
(Forschungs-) Newsletter: Februar 2022



22. Februar 2022

**Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA)
Hochschule Osnabrück**



DIALOGZENTRUM LEBEN IM ALTER (DZLA)

Hochschule Osnabrück

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

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

© DZLA 2022

Inhaltsverzeichnis

Editorial (Februar 2022)	6
NEUES AUS DEM DZLA & DER DIALOGAKADMIE	8
Zukunft des DZLA-Teams.....	8
Überblick: Sämtliche Folgen des „Podcast WissenstransFair“	9
Ihr Platz im DZLA	11
NEUES AUS DEM DNQP	12
AUFRUF ZUR BEWERBUNG ALS WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG DER EXPERTENARBEITSGRUPPE	12
NEUIGKEITEN AUS DER PFLEGEWISSENSCHAFT	14
ForschungsNewsletter (Februar 2022)	16
Editorial - ForschungsNewsletter	17
Studien	20
Inhaltsverzeichnis Studien	21
(1) Ehepartner von Menschen mit Demenz sind die am meisten belastete Gruppepflegender Angehöriger	22
(2) Rollenspiele erweisen sich als zentral für die affektive Selbstberuhigung	26
(3) Kaum Hilfen für pflegende Jugendliche von dementiell Früherkrankten	28
(4) Tagesstrukturierung und erfreuliche Aktivitäten reduzieren das Depressionsniveau von Menschen mit Demenz in der Frühphase	31
(5) Positive Verhaltensmodifikation reduziert herausforderndes Verhalten bei frontotemporaler Demenz/Degeneration	35
(6) Neuropsychiatrische Symptome zu Beginn der Demenz legen eine schnellere Demenzentwicklung nahe.....	38
(7) Leben an und auf der Schwelle zwischen Krankheit und Normalität – kognitive Beeinträchtigung ohne Demenz	41
(8) Ein kleines Nickerchen am Tag ist zu empfehlen	45
(9) Der jeweilige lokale Kontext sowie engagierte Projektleitende sind entscheidend für Projektprozesse	47
(10) Die Bedeutung wichtiger Objekte nimmt mit dem Älterwerden zu.....	49
(11) Überwachungstechnologie in der eigenen Häuslichkeit bedarf kontinuierlicher fachlicher Unterstützung, wenn sie von Nutzen sein soll	53
(12) Machtdynamiken im Pflgeteam – die Bedeutung von Würdigkeit und Wechselseitigkeit im Kontext der Annahme von Hilfen	56
(13) Pflegende in Einrichtungen erweisen sich als risikoscheu	59
(14) Ältere Psychiatriepatienten weisen häufiger sexuellen Missbrauch auf als die Vergleichsbevölkerung	63
(15) Bedürfnisse und Präferenzen von Menschen mit Demenz finden im Krankenhaus wenig Beachtung.	65

Info: DZLA & „(Forschungs-)Newsletter“

Das DZLA hat seit 2019 maximal acht Mal im Jahr einen kostenfreien Newsletter an die Abonnent*innen versendet. 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](#) und kann dort auch [abonniert](#) werden. Da der gesamte ForschungsNewsletter zur Versendung als Mail zu umfangreich wäre, erhalten die Abonnent*innen jeweils einen Downloadlink mit dem ForschungsNewsletter.

Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA)

Caprivistr. 30 a
D-49076 Osnabrück

Kontakt:

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

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

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

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

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

Social-Media:

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

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

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

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

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.

Editorial (Februar 2022)

Liebe Leserinnen und Leser,

herzlich willkommen zum ersten Newsletter des DZLA im Jahr 2022.

Christian Müller-Hergl stellt nun leider zum letzten Mal 15(!) Studien vor, beschreibt und diskutiert diese, damit Sie, liebe Abonnent*innen sich mit neuesten Entwicklungen, Fragestellungen und Problembeschreibungen in der gerontopsychiatrischen Versorgung auseinandersetzen können.

Zu dieser so wichtigen Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen, neuen Erkenntnissen, ohne die eine notwendige Weiterentwicklung nicht möglich ist, laden wir Sie gerne ein und freuen uns über das Feedback. Wir freuen uns, wenn Sie anderen von uns erzählen und unseren Blog oder unsere Social-Media-Kanäle verlinken, diese kommentieren und unseren (Forschungs-)Newsletter abonnieren!

Das Teilen unserer kostenfreien Inhalte ist unter Wahrung der „Creative-Commons- Lizenzen“ (BY – NC – ND)“ ausdrücklich erwünscht!

Teil dieses Newsletters sind aber auch – wie immer – Neuigkeiten aus dem [Dialogzentrum](#), der [DialogAkademie](#), dem [Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege \(DNQP\)](#) und der Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück.

++ Online-Seminare der DialogAkademie ++

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

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

Im März 2022 werden zwei Online-Seminar in der DialogAkademie angeboten. Weitere Seminare sind in Planung!

Die DialogAkademie bietet im März 2022 zwei spannende Online-Seminare an!

Die Termine für die Online-Seminare sind:

07.03.2022: Online-Seminar „Sexualität & Demenz“

16.03.2022: Online-Seminar „Pflege von Menschen mit Depressionen im Alter“

Alle Informationen hierzu finden Sie auf unserem Blog unter dem Punkt „[DialogAkademie](https://www.dzla.de/dialogakademie/)“. (<https://www.dzla.de/dialogakademie/>).

Der Podcast „WissenstransFair“ informiert über alle Neuigkeiten aus dem DZLA!

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 vorwiegend im Homeoffice. Über eine Weiterleitung sind wir telefonisch erreichbar. Melden Sie sich jederzeit gerne. 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 22. Februar 2022

NEUES AUS DEM DZLA & DER DIALOGAKADEMIE

Zukunft des DZLA-Teams

Christian Müller-Hergl wird zum April 2022 die Hochschule Osnabrück verlassen. Über Gastbeiträge und Seminare bleibt er dem Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA) verbunden.

Detlef Rüsing ist seit September 2021 als Lehrkraft für besondere Aufgaben der Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück angestellt. Gemeinsam mit Nils Hensel wird er weitere Formate für den DZLA-Blog und die DialogAkademie entwickeln.

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

Ihre Meinung zählt!

Kritik, Zustimmung, Anregungen und Hinweise zu Beiträgen des DZLA sind über alle Social-Media-Kanäle und auf dem Blog herzlich willkommen!

Eine Übersicht sämtlicher Beiträge des DZLA finden Sie unter:

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

In die Beiträge des Dialogzentrums können Sie auch weiterhin 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 024 (27.01.2022): Wie über Demenz sprechen oder schreiben? Zwischen Panikmache und Verharmlosung ++ Bedeutet mehr Pflege auch mehr Lebensqualität? ++ Frontotemporale Demenz ++ Neues aus dem DZLA & der DialogAkademie
- Episode 023 (23.12.2021): Alle in die Pflege? – Können oder müssen wir uns sogar leisten, trotzdem auswählen? ++ Zur Zukunft der häuslichen Versorgung ++ Ein Weihnachtsrück- und Ausblick auf die Arbeit des DZLA ++ Neues aus dem DZLA & der DialogAkademie
- 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 zahnlöser Tiger? – Sprachlosigkeit unter Praktikern – Zuhause ist nicht immer Zuhause – Neues aus dem DZLA, DialogKonferenz & DialogAkademie
- Episode 007 (25.06.2020): Virtuelle vs. physische Beziehungsgestaltung – Haustheater: Demaskiert Corona die Gerontopsychiatrie – Lebensqualität bei Demenz: Eine Frage der Perspektive – Psychopharmaka bei Demenz – Neues aus dem DZLA – DialogKonferenz – das Team als Therapeutikum
- Episode 006 (27.05.2020): Ein Demenzboard für die Gerontopsychiatrie – DZLA eröffnet DialogAkademie – Massage bei Demenz – Neues aus dem DZLA
- Episode 005 (29.04.2020): Neutralität der Wissenschaft – Psychose bei Demenz – Allein leben & kognitiver Abbau – Fallbesprechungen
- Episode 004 (03.04.2020): Doppelt bezahlt=Nix bekommen – Schwerhörigkeit & Demenz – BPSD
- Episode 003 (27.02.2020): SEXUALITÄT – HOCHSCHULLEHRE – KETAMIN – TAGUNG
- Episode 002 (30.01.2020): Vermittlung von Wissen – Rastlosigkeit – Herausforderndes Verhalten – pflegerisches Rollenverständnis
- Episode 001 (31.10.2019): Gegen eine Diktatur der Kürze

Ihr Platz im DZLA

SCHALTEN SIE SICH EIN UND POSTEN IHREN BEITRAG

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

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

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

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

SIE HABEN EINE IDEE?

Nähere Informationen:

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

Nehmen Sie Kontakt zu uns auf!

Neues aus dem DNQP

AUFRUF ZUR BEWERBUNG ALS WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG DER EXPERTENARBEITSGRUPPE

Das DNQP nimmt gemäß seinem methodischen Vorgehen die zweite Aktualisierung des 2014 zum ersten Mal aktualisierten Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ in Angriff.

Die Aktualisierung umfasst eine Recherche zum aktuellen Wissens- und Erkenntnisstand zur Förderung der Harnkontinenz sowie zu pflegerelevanten Indikatoren zum Thema. Ebenso gilt zu prüfen, ob der Expertenstandard im Rahmen der Aktualisierung um das Thema der Stuhlkontinenz in der Pflege erweitert werden kann. Der Aktualisierungszeitraum erstreckt sich über ca. 18 Monate. Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens findet sich im Methodenpapier zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis der Expertenstandards. Das Methodenpapier steht auf der DNQP-Homepage zum Download zur Verfügung.

Für die fachliche Leitung der Expertenarbeitsgruppe sucht das DNQP eine/einen auf diesem Gebiet ausgewiesene Wissenschaftlerin/ausgewiesenen Wissenschaftler mit umfassender Expertise zum Thema und Erfahrung in der Leitung von Projektgruppen. Die wissenschaftliche Leitung der Expertenarbeitsgruppe ist verantwortlich für das wissenschaftliche Niveau des Expertenstandards, der Kommentierungen und der Literaturanalyse sowie für die Berücksichtigung relevanter und aktueller Praxisbedingungen. Im Zusammenhang mit der Aktualisierung sollen auch Indikatoren für das interne pflegerische Qualitätsmanagement auf Basis des aktualisierten Expertenstandards entwickelt werden, weshalb Erfahrungen in diesem Bereich von Vorteil sind.

Für die Durchführung der Literaturrecherche und die Erstellung der Literaturstudie nach anerkannten Verfahren werden entsprechende finanzielle Mittel für zwei wissenschaftliche Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter durch das DNQP bereitgestellt. Die wissenschaftliche Leitung der Expertenarbeitsgruppe erfolgt ehrenamtlich, anfallende Reisekosten zu den Sitzungen werden erstattet.

Neben der fachlichen Expertise werden die Bewerberinnen/Bewerber gebeten, eigene Interessen, Verbindungen zu Industrie und Interessenverbänden offenzulegen, um die wissenschaftliche und institutionelle Unabhängigkeit des Expertenstandards garantieren zu können.

Die Mitglieder einer neuen Expertenarbeitsgruppe werden in einem weiteren Bewerbungsverfahren gemeinsam mit der wissenschaftlichen Leitung ausgewählt. Hierzu erfolgt ein gesonderter Aufruf zur Bewerbung im März 2022.

Bewerbungen werden per E-Mail oder auf dem Postwege bis zum 15.03.2022 an folgende Anschrift erbeten:

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
an der Hochschule Osnabrück
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Büscher
Postfach 19 40, 49009 Osnabrück
E-Mail: dnqp@hs-osnabrueck.de
Internet: <https://www.dnqp.de/>

Neuigkeiten aus der Pflegewissenschaft

Deutsches Projekt HERO –

Entwicklung eines Digitalen Hilfesystems zur Förderung der kollaborativen Pflege von Angehörigen

Das interdisziplinär angelegte Forschungsprojekt HERO befasst sich mit digitalen Unterstützungsmöglichkeiten von Familien mit Pflegeverantwortung im häuslichen Bereich. Die Fakultäten Wirtschafts- und Sozialwissenschaften sowie Ingenieurwissenschaften und Informatik der Hochschule Osnabrück erarbeiten gemeinsam mit Partnern aus der Wirtschaft eine mobile, nutzerzentrierte Applikation zur Entlastung von informell Pflegenden. Die App mit dem Namen ease soll die Zusammenarbeit durch Kollaborationswerkzeuge, wie z.B. Kalender, Aufgabentools mit Planungs- und Erinnerungsfunktionen, Chat und Dokumentationsmöglichkeiten umfassend unterstützen. Ziel ist es, die Koordination der Tätigkeiten zu erleichtern, die Kommunikation zu verbessern und die Kollaboration im Team zu fördern. Darüber hinaus soll ease die Mitglieder des privaten Pflegenetzwerks in die Lage versetzen, den Versorgungsstatus der/des Pflegebedürftigen schnell und auch aus räumlicher Entfernung einschätzen zu können. Auf diese Weise kann ease einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Qualität der Pflege zu Hause zu verbessern und die pflegenden Angehörigen zu entlasten. Durch die Integration von sozio-emotionalen Funktionen wie dem Teilen von schönen Momenten, Versenden von Grüßen und den Erhalt von Anerkennungen für bestimmte Tätigkeiten, soll das Gemeinschafts- und Zusammengehörigkeitsgefühl im Team gestärkt und erbrachte Leistungen sichtbar werden. Erste Usability Tests zeigen, dass die Probandinnen und Probanden die App ease grundsätzlich sehr positiv bewerten, insbesondere deren sozio-emotionalen Funktionen. Die Anwendung biete Überblick und Transparenz über die anstehenden Aufgaben und fördere den Informationsaustausch innerhalb des Teams. Durch die Verteilung der Aufgaben auf mehrere Personen werde der Überlastung Einzelner entgegengewirkt.

Der geplante Feldtest im realen Nutzungsumfeld vom 14.03.22 – 17.04.22 wird wichtige Erkenntnisse zur Akzeptanz der App und deren Vermögen zur Entlastung der Hauptpflegeverantwortlichen hervorbringen.

Sollten Sie als pflegende Angehörige oder pflegender Angehöriger Interesse haben, am Feldtest teilzunehmen oder nähere Informationen zur Feldtestung erhalten möchten, kontaktieren Sie gerne Frau Prof. Dr. Elke Hotze (e.hotze@hs-osnabrueck.de).

Alles Weitere zum Projekt finden Sie auf der Projekthomepage:

<https://www.projekt-hero.de>

Eine Übersicht des Teams an der Hochschule Osnabrück finden Sie hier:

<https://www.hs-osnabrueck.de/hero/kontakt/>

ForschungsNewsletter

(Februar 2022)

Editorial – ForschungsNewsletter

Mit unserem (Forschungs-)Newsletter des DZLA wollen wir Ihnen 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. 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:

Der Newsletter beginnt mit einer Reihe von Studien zu pflegenden Angehörigen, geht dann auf verschiedene dementielle Krankheitsbilder und deren Entwicklung ein, nimmt sodann Bezug auf verschiedene Interventionen und Forschungen zur Implementierung, widmet sich sodann einigen Themen, welche die Teamdynamik und die Risikovermeidung betreffen und endet mit einer Studie zum Thema Demenz und Krankenhaus. Wir hoffen, dass Sie auch diesmal das eine oder andere von Interesse finden und sind – wie immer – für Rückmeldungen dankbar.

Pflegende Ehepartner haben es vergleichsweise am schwersten. Sie leben zumeist kontinuierlich mit dem Partner mit Demenz zusammen und übernehmen die Pflege und Versorgung zumeist selbst. Sie sind vergleichsweise mehr von psychischen Belastungen, Schlafstörungen und sozialer Isolierung betroffen. Das Zusammenleben unter Covid-19 Bedingungen erschwert die Situation erheblich. (1) Eine mögliche Intervention für pflegende Angehörige beschreibt das kanadische Programm CAREERS. In kleinen Gruppen mit 6 Angehörigen werden problemlösende Strategien zusammen mit einem Therapeuten entwickelt, in Rollenspielen durchgearbeitet, dann angewandt und reflektiert. Stress, Belastungserleben, Depressivität nahmen deutlich ab. (2) Jugendliche von früh an Demenz erkrankten Eltern sind in einer besonders belastenden Situation, da die Sorge um beide Eltern fast alle anderen Themen verdrängt, das Leben wie ‚angehalten‘ wirkt und professionelle Hilfen für diese Jugendlichen nicht/kaum zur Verfügung stehen. All dies wirkt sich auf die Entwicklung der Jugendlichen mehrheitlich schädlich aus. (3)

Der Beginn kognitiver Beeinträchtigungen oder auch die Eröffnung der Demenzdiagnose kann eine begleitende Depression zur Folge haben, welche die Demenzentwicklung negativ beeinflusst. Ein Multikomponentenprogramm aus Norwegen trägt dazu bei, in

der Gruppe und zusammen mit Therapeuten eine angepasste Tagesstruktur zu entwickeln. Im Ergebnis wiesen Teilnehmende eine vergleichsweise geringere Depressivität und höhere Lebensqualität auf. (4)

Für die Arbeit mit frontotemporal veränderten Menschen liegen kaum Umgangsempfehlungen vor. Die australische Studie beschreibt die Ergebnisse eines Ansatzes, bei dem Methoden aus dem Arbeitsfeld mit geistiger Behinderung auf die Arbeit mit FTD-Patienten übertragen werden. Insgesamt gelang es, viele problematische Situationen erheblich zu entschärfen und Angehörige zu entlasten. (5)

Demenzerkrankungen schreiten mit unterschiedlichem Tempo voran. Die norwegische Studie setzt das Tempo der Progredienz mit herausforderndem Verhalten in Beziehung mit dem Ergebnis: je ausgeprägter herausforderndes Verhalten bzw. neuropsychiatrische Symptome zu Beginn der Erkrankung ausfallen, desto größer ist das Tempo. (6)

Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Alter ohne Demenz finden sich in einer ungewissen Schwellensituation vor. Dienstleistungen greifen oft hier nicht und die Personen erleben sich recht allein gelassen und weisen eine erhöhte Suizidgefährdung auf. Selbstorganisierten Gruppen könnten eine Hilfestellung bieten. (7)

Ein kurzer Schlaf am Tag scheint kognitive Funktionen insgesamt positiv zu beeinflussen, längere Schlafdauer am Tag dagegen nicht. Exzessive Tagesschläfrigkeit dagegen geht mit einem höheren Demenzrisiko einher. Schlaflosigkeit und schlechte Schlafqualität dagegen erhöht das Risiko nicht. (8)

Nicht-pharmakologische Interventionen für Menschen mit Demenz sind zumeist nur mit Mühe auf Dauer zu implementieren. Die niederländische Studie fasst einige zentrale Charakteristika für eine erfolgreiche Implementierung zusammen. Interne Strukturen und Aspekte der Teamdynamik werden als besonders wichtige Merkmale hervorgehoben. Engagierte Projektbeauftragte (oft Facilitators genannt) sind von zentraler Bedeutung, zunehmend aber fällt es schwer, bereitwillige Personen zu finden. (9)

Für viele alt werdende Menschen gewinnen vertraute Objekte eine identitätsstabilisierende Funktion. Beschrieben wird dies mit dem Gefühl, ‚ganz tief daheim‘ zu sein. Die Objekte stehen für das eine Leben und das Potential, das man in diesem Leben besaß und noch besitzt. Von diesen Objekten umgeben fällt es leichter, den Herausforderungen des Älterwerdens standzuhalten. (10)

Technologische Hilfen sind zurzeit en vogue, weniger bekannt ist, wie und warum sie eine Wirkung haben. Insgesamt bewerten Angehörige die Alarmfunktion der Technologien positiv. Allerdings dauert es seine Zeit, bis die Technologien den Nutzern gut angepasst sind. Das Gesamtbild der Reaktionen und Effekte stellt sich als sehr heterogen dar. Deutlich aber wird, dass Angehörige über einen längeren Zeitraum technologische Unterstützung und Schulung benötigen. Erfolgt dies nicht, wird die Technik zu einem zusätzlichen Stressor. (11)

Die Zusammenhänge von Pflege- und Teamqualität sind oft beschrieben worden und hinlänglich bekannt. Weniger häufig finden sich Studien zum ‚Innenleben‘ der Teams. Vorliegende kanadische Studie beschreibt die Mechanismen der Hierarchiebildung in

Teams jenseits der Aufbauorganisation und deren Auswirkungen auf riskante Pflege. (12) Trotz Betonung der Berücksichtigung von individuellen Präferenzen der BewohnerInnen finden diese ihre Grenzen an der dominanten Haltung, Risiken zu vermeiden. Die Studie beschreibt, wie Pflegende in Institutionen mit dieser Spannung umgehen. Risiken werden nur zugestanden, wenn die Konsequenzen sicher antizipiert werden können. Eine weitere Studie beschreibt die Rechtfertigungen, die Pflegende in diesem Kontext verwenden. (13)

Auch im Alter spielen sexuelle Viktimisierungen eine bedeutsame Rolle. Da ein immer größer werdender Anteil der Psychatriepatienten alte Menschen sind und sexuelle Viktimisierungen häufig einen wichtigen Hintergrundfaktor bilden, ist eine Kenntnis dieser Fakten für das Verständnis psychischer Erkrankungen im Alter von hoher Bedeutung. (14)

Der Krankenhausaufenthalt stellt häufig einen Wendepunkt im Leben alter Menschen dar. Wie im Krankenhaus werden aufgrund welcher Informationen und Beteiligung welcher Personen Entscheidungen im Krankenhaus gefällt? Die Unterschiedlichen Perspektiven von Gesundheitsarbeitern, Familienangehörigen und alten Patienten werden untersucht und deren Unterschiede herausgearbeitet. Im Falle einer Demenzerkrankungen haben Menschen mit Demenz die geringste Verhandlungsmacht und werden wenig an Entscheidungen beteiligt. (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 Februar 2022

Studien

Inhaltsverzeichnis Studien

(1) Ehepartner von Menschen mit Demenz sind die am meisten belastete Gruppe pflegender Angehöriger	22
(2) Rollenspiele erweisen sich als zentral für die affektive Selbstberuhigung	26
(3) Kaum Hilfen für pflegende Jugendliche von dementiell Früherkrankten	28
(4) Tagesstrukturierung und erfreuliche Aktivitäten reduzieren das Depressionsniveau von Menschen mit Demenz in der Frühphase.....	31
(5) Positive Verhaltensmodifikation reduziert herausforderndes Verhalten bei frontotemporaler Demenz/Degeneration.....	35
(6) Neuropsychiatrische Symptome zu Beginn der Demenz legen eine schnellere Demenzentwicklung nahe	38
(7) Leben an und auf der Schwelle zwischen Krankheit und Normalität – kognitive Beeinträchtigung ohne Demenz.....	41
(8) Ein kleines Nickerchen am Tag ist zu empfehlen	45
(9) Der jeweilige lokale Kontext sowie engagierte Projektleitende sind entscheidend für Projektprozesse.....	47
(10) Die Bedeutung wichtiger Objekte nimmt mit dem Älterwerden zu.....	49
(11) Überwachungstechnologie in der eigenen Häuslichkeit bedarf kontinuierlicher fachlicher Unterstützung, wenn sie von Nutzen sein soll	53
(12) Machtdynamiken im Pflegeteam – die Bedeutung von Würdigkeit und Wechselseitigkeit im Kontext der Annahme von Hilfen	56
(13) Pflegende in Einrichtungen erweisen sich als risikoscheu	59
(14) Ältere Psychiatriepatienten weisen häufiger sexuellen Missbrauch auf als die Vergleichsbevölkerung	63
(15) Bedürfnisse und Präferenzen von Menschen mit Demenz finden im Krankenhaus wenig Beachtung	65

(1) Ehepartner von Menschen mit Demenz sind die am meisten belastete Gruppe pflegender Angehöriger

Ziel/Hintergrund: Angehörige tragen die Hauptlast der Pflege von Menschen mit Demenz. Ehepartner stellen dabei eine besondere Gruppe dar, weil sie ebenfalls älter und oft erkrankt sind und daher unter erhöhtem Stress leiden. Vorliegende Studie beschreibt die Pflegesituation von Ehepartnern in der häuslichen Pflege.

Methoden: Es handelt sich um eine populationsbasierte Querschnittsstudie. Beschrieben werden die Gewinnung und Auswahl der Teilnehmenden sowie der Fragebogen. Von 11168 Antworten erfüllten 1638 (14,7%) die Kriterien, ein pflegender Angehöriger zu sein. 330 Antwortende (20,1%) erwiesen sich als pflegende Angehörige einer Person mit Demenz. 22,5% dieser letzten Gruppe waren pflegende Ehepartner, 52% pflegende (erwachsene) Kinder.

Resultate: Pflegende Ehepartner sind vergleichsweise sehr viel häufiger verrentet (70,8%) und leben mit dem Ehepartner zusammen in einer Wohnung (78,4%), letzteres war nur bei 4,5% der pflegenden (erwachsenen) Kinder der Fall. Waren die Kinder die Hauptpflegeperson, dann lebten die Personen mit Demenz sehr viel häufiger im Heim als bei pflegenden Ehepartnern. Ehepartner wendeten im Durchschnitt 30 Stunden pro Woche für die Pflege auf (in der Regel täglich), pflegende Kinder dagegen 10 oder weniger Stunden. Der in Frage kommende Pflegeaufwand unterschied sich für beide Gruppen kaum. Während die Ehepartner in der Regel die Pflege alleine durchführen, wird die Pflege von erwachsenen Kindern in 8 von 10 Fällen an andere Dienste und Personen delegiert. Pflegende Ehepartner wurden vergleichsweise häufiger Unterstützungsgruppen, Beratung und Tagespflege angeboten und von diesen auch angenommen als dies bei pflegenden erwachsenen Kindern der Fall war. Insgesamt ist das Niveau dieser Inanspruchnahme dennoch sehr gering. Erwartungsgemäß wiesen pflegende Ehepartner vergleichsweise mehr psychische Belastungen auf, z.B. in Bezug auf Kontakt zu Freunden, für eigene sportliche Betätigungen, in Bezug auf Probleme in der Beziehung zum pflegebedürftigen Partner oder zur Familie. Zusammenfassend berichten pflegende Ehepartner eine schlechtere Gesundheit und mehr Schlafstörungen als pflegende erwachsene Kinder.

Diskussion: Pflegende Ehepartner pflegen vergleichsweise häufiger und mit weniger Unterstützung durch die Familie, erleben sich in ihrem Sozialleben vergleichsweise

mehr eingeschränkt und berichten von negativen Folgen für ihre physische und psychische Gesundheit. Allerdings nehmen sie mehr Beratung und Tagespflege in Anspruch und berichten teilweise von einer engen Beziehung zum Pflegebedürftigen. Ehepartner tragen damit eine vergleichsweise besonders schwere Last und sollten damit vermehrt im Fokus von professionellen Hilfen und Unterstützung stehen besonders dann, wenn sie alleine pflegen und an, zunehmender Isolation leiden. Die Autoren plädieren für flexiblere Formen der Tages- und Kurzzeitpflege (um soziale Kontakte und kulturelles Leben zu ermöglichen) sowie für Hilfen und Beratungen zu Beziehungsgestaltung mit der zu pflegenden Person. Die große Nähe bringt auch schwere psychische Belastungen und Beziehungskrisen mit sich, mit der pflegende Ehepartner zumeist sehr alleine sind.

Quelle: Johansson, M., McKee, K. et al. (2021). A comparison of spouse and non-spouse carers of people with dementia: a descriptive analysis of Swedish national survey data. BMC Geriatrics 21:338, <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02264-0>

Schlagnworte: Pflegende Angehörige, Ehepartner, Demenz

Vgl.: Mittelman, M., et al. (2021). Longitudinal study: understanding the lived experience of couples across the trajectory of dementia. BMC Geriatrics, 21: 558, <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02503-4>

Es wird eine Studie beschrieben und angekündigt, die das ‚dyadische Coping‘ von Paaren bei Demenz untersucht. Die Studie geht von einem lebenslangen Anpassungsprozess der Partner aus, der eine zunehmende Konkordanz im Wahrnehmen, Erleben und Beurteilen konstatiert mit der Folge, dass die abnehmende geistige Gesundheit des einen auch Einbrüche beim anderen Partner zur Folge hat. U.U. könnte dies erklären, warum viele pflegende Ehepartner ebenfalls an Demenz erkranken. Die Studie untersucht über 3 Jahre hinweg die Veränderungen in der Beziehungsdynamik von Paaren, bei denen ein Partner an Demenz leidet. Dabei wird versucht werden, die Paardynamik von beiden Seiten, also auch aus Sicht der Person mit Demenz, zu ermitteln. Im Fokus stehen dabei Wechselbeziehungen z.B. zwischen den funktionalen und verhaltensbezogenen Einbrüchen des einen, den Reaktionen darauf des anderen, den gemeinsamen Versuchen, die Einbrüche zu bewältigen, das sich dabei insgesamt verändernde Wohlbefinden und die Gesundheit beider.

Vgl.: Rokstad, A., Rosvik, J. et al. (2021). The COVID-19 pandemic as experienced by the spouses of home-dwelling people with dementia – a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 21:583, <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02551-w>

Pflegende Ehepartner von Menschen mit Demenz sind besonders belastet von der COVID-19 Situation, da sie auf viele unterstützende professionelle Dienste und Hilfen von Familienmitgliedern verzichten mussten. Studien haben gezeigt, dass sich die Restriktionen negativ auf kognitive Funktionen und Verhalten ausgewirkt haben und pflegende Partner häufiger physisch und psychisch erkrankten.

In Norwegen sind alle Kommunen gehalten, als Kompensation für die Reduktion von Heimplätzen Tages- und Kurzzeitpflege anzubieten und Familien durch ein reichhaltiges Netz häuslicher Hilfe zu unterstützen. Eben diese Hilfen konnten nicht mehr wahrgenommen werden. 17 pflegende Ehepartner wurden interviewt. Die Ergebnisse werden unter vier Rubriken vorgestellt:

1. Die Angehörigen fühlen sich sehr alleingelassen, wie eingesperrt ohne die Möglichkeit einer Pause. Man war den beständigen Fragen und der anhänglichen Nähe, aber auch dem Ärger des Partners mit Demenz ganz allein ausgeliefert. Dies führte auch zu Konflikten in der Ehe mit anhaltendem Ärger und Frustration.
2. Die täglichen Routinen mussten geändert werden. Die Person mit Demenz wurde mitgenommen zu den Einkäufen und wehrte sich gegen die Maske und hielt den geforderten Abstand nicht ein – mit vorhersehbaren Konflikten mit anderen Personen im Geschäft. Das ewige Zuhause sein ohne Aktivität steigerte passives Verhalten und beschleunigte den Demenzprozess.
3. Einige Patienten konnten zu vermehrter Hausarbeit animiert werden, andere versanken in der Passivität, verschliefen den Tag. Funktionale Kompetenzen brachen zum Teil massiv ein. Angehörige erlebten sich teilweise im Burnout, wurden vermehrt krank, schliefen schlechter, wurden ungeduldiger oder brachen schneller in Tränen aus.
4. In einige Fällen gelang es, aus der Not eine Tugend zu machen. In lokalen Initiativen traf man sich vermehrt zu Gruppenspaziergängen an der frischen Luft, führte die Hunde gemeinsam aus, versuchte über Chatrooms vermehrt mit den anderen Personen mit Demenz und deren Angehörigen im Kontakt zu bleiben. Auch das Bemühen professioneller Kräfte, den Kontakt durch Telefonanrufe zu halten, machte einen positiven Unterschied.

Insgesamt verdeutlichen die Interviews, welchen bedeutsamen Stellenwert der

vielfältigen Unterstützung in der häuslichen Pflege zukommt. Umgekehrt verdeutlichen die Erfahrungen, wie leicht beim Ausfall dieser Hilfen depressive und ängstliche Symptome überhandnehmen.

Vgl.: Backhaus, R. et al. (2021). From wave to wave: a Dutch national study on the long-term impact of COVID-19 on well-being and family visitation in nursing homes. BMC Geriatrics, 21:588, <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02530-1>

Auf der Basis von Interviews in 64 Heimen in den Niederlanden werden die Folgen der COVID-19 Restriktionen untersucht. Auch nach Aufhebung der Einschränkungen sind die Besuche von Angehörigen seltener (aus Angst, andere unwissentlich anzustecken) und sind weniger Freiwillige bereit, in den Einrichtungen tätig zu sein. Die Einrichtungen haben vergleichsweise mehr mit physisch, aber auch psychisch langzeiterkrankten MitarbeiterInnen auszukommen, so dass sich die angespannte Personalsituation weiter verschärft hat. Mit dem Ende der Einschränkungen sind die Folgen derselben noch lange nicht bewältigt.

(2) Rollenspiele erweisen sich als zentral für die affektive Selbstberuhigung

Ziel/Hintergrund: Einen Angehörigen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit zu versorgen stellt eine einzigartige und extreme Belastung dar. Etwa 40% entwickeln eine klinisch bedeutsame Depression. Interventionen für Angehörige zeigen oft nur geringe und nicht anhaltende Wirkungen. Am ehesten bewähren sich Programme mit verschiedenen, ineinandergreifenden Elementen mit Anteilen von Psychotherapie, Psychoedukation, Problemlösen sowie Befähigung, sich in dem jeweiligen Gesundheitssystem auszukennen und adäquate Hilfen zu erhalten. Vorgestellt wird die Evaluation eines in Kanada entwickelten Multikomponenten-Programms CARERS (coaching, advocacy, respite, education, relationship, simulation).

Methoden: Effekte einer Interventionsgruppe werden mit Daten einer Kontrollgruppe (Wartegruppe) verglichen. Beschrieben wird die Gewinnung der teilnehmenden Angehörigen. Beschrieben werden Instrumente, um Stress, Depressivität, Kompetenz, Rollengefangenschaft, Rollenüberlastung, Stile der Stressbewältigung und Reaktionsweisen auf herausforderndes Verhalten abzubilden.

Intervention: Die in einem Handbuch detailliert beschriebene Intervention besteht aus 2-stündigen wöchentlichen Sitzungen in einem Zeitraum von 4 Wochen mit zumeist 6 teilnehmenden Angehörigen, in denen über Problemlösungstherapie, Kommunikation, Umgang mit herausforderndem Verhalten und die emotionalen Belastungen der Pflege unterrichtet und gesprochen wird. In einem zweiten Block von 4 jeweils 2-stündigen Sitzungen werden konkrete Probleme der Teilnehmenden aufgegriffen, die bislang erlernten Lösungsstrategien angewandt und in Rollenspielen (Simulation, Psychodrama) durchgearbeitet, z.B. Themen, die mit Widerstand oder Vereinnahmung zusammenhängen. Für diese Rollenspiele stehen speziell vorbereitete Übungspatienten zur Verfügung, mit denen die zentralen Situationen aufgeführt, durchgespielt und immer wieder variiert werden, bis sich für die Angehörigen eine brauchbare Lösung abzeichnet. Begleitendes Deuten und Coaching durch die Therapeuten zielen darauf ab, die Beziehung zum Angehörigen mit Demenz zu stärken. Die Teilnehmenden unterstützen sich in der Gruppe und wirken der Isolation entgegen. Zentral dabei ist die zu trainierende

Fähigkeit der affektiven Selbstberuhigung, um überhaupt in der Lage zu sein, Probleme als solche zu erkennen, zu analysieren und zu lösen. Die durchführenden Therapeuten sind klinisch erfahren und in den zugrunde gelegten Verfahren und Techniken sorgfältig ausgebildet.

Resultate: An der Intervention nahmen 264 Personen teil, die Kontrollgruppe (Wartegruppe) bestand aus 83 Personen. Die Effekte der Intervention erwiesen sich als deutlich (signifikant) im Vergleich zur Kontrollgruppe in den Bereichen Stress, Belastungserleben, Depressivität, Kompetenz, Rollenüberlastung, emotionsorientiertes Coping und vermeidungs-fokussiertes Coping.

Diskussion: Die hohe Effektivität der Intervention führen die Autoren auf den Ansatz zurück, konkrete Anliegen der Angehörigen in psychodynamischen Rollenspielen auf dem Hintergrund der Problemlösungstherapie wiederholt durchzuarbeiten. Damit konnten die Bereich Kommunikation und Problemlösen konkret eingeübt und Verhaltenssicherheit erzielt werden. In den Rollenspielen konnte gezielt daran gearbeitet werden, die eigene emotionale Beteiligung zu erkennen, zu regulieren, herunterzufahren und sich auf die Problemlösung zu konzentrieren.

Quelle: Sadavoy, J., Sajedinejad, S., Chiu, M. (2021). A quasi-experimental study of the effectiveness of the Reitman Centre CARERS group intervention on family caregivers of persons with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36, 811-821

Schlagworte: pflegende Angehörige, Problemlösungstherapie, Psychotherapie, Simulationsübungen

(3) Kaum Hilfen für pflegende Jugendliche von dementiell Früherkrankten

Ziel/Hintergrund: Etwa 5-10% der dementiellen Erkrankungen treten vor dem 65. Lebensjahr auf. Da Kinder in westlichen Ländern eher später geboren werden, sind Kinder und Jugendliche oft noch im Elternhaus, wenn einer der Elternteile dementiell erkrankt. Die Familie erlebt dies in einer ‚unpassenden‘ Lebensphase, in der die Eltern noch arbeiten, die Kinder zur Schule gehen oder in Ausbildung sind. Zudem verweilen Kinder immer länger im Elternhaus, so dass sie auch im jungen Erwachsenenalter mit der Demenz eines Elternteils konfrontiert werden. Etwa ein Drittel der Früherkrankten haben Kinder unter 18 Jahren.

Insgesamt kümmern sich zwischen 4 und 10% von Kindern und jungen Erwachsenen um ein krankes Elternteil. Dies geschieht in einer wichtigen Entwicklungsphase, in der wichtige Freundschaften geschlossen, Partner gefunden und Ausbildungen gemacht werden. Die Pflege, Beaufsichtigung, Betreuung eines Elternteils erhöht die Wahrscheinlichkeit deutlich, selber psychisch krank zu werden.

Vorliegende Literaturstudie aus Italien fasst zusammen, was über die Erfahrungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Zusammenhang mit der Pflege eines demenzerkrankten Elternteils bekannt ist.

Methoden: Beschrieben wird die Literatursuche, die Ein- und Ausschlusskriterien, die Bewertung der Studienqualität.

Resultate: Insgesamt konnten 21 Studien herangezogen werden.

Zumeist weisen die Eltern eine frontotemporale oder eine Demenz vom Alzheimerstyp auf. Häufig dauert es lang, bis eine Diagnose vorliegt. Zwar wird diese dann häufig als Schock erlebt mit Empfindungen von Trauer, Ärger und Angst, dennoch stellt sie einen Wendepunkt im Leben der Familie dar: die Veränderungen werden erklärlich, die Diagnose ermöglicht Unterstützung vom Gesundheits- und Sozialsystem, definiert die Krankenrolle und ermöglicht, sozialnormative Verhaltenserwartungen zu dispensieren. Immerhin 24% wissen niemanden zu benennen, mit dem/der sie ihre Erfahrungen und Empfindungen hätten besprechen können.

Die Kinder/Jugendlichen erfahren eine ‚Parentifizierung‘, also eine Umkehrung der Sorgebeziehungen. Folglich müssen sie ihr Leben an die Pflegebedürfnisse des

Elternteils anpassen. Die Gefühle weisen eine große Bandbreite auf von Trauer bis hin zur Ablehnung und Wut. Viele machen sich Sorgen um den gesunden Elternteil und versuchen, diesen zu entlasten und zu schützen. In einer Studie werden sie als ‚Waisen mit Eltern‘ bezeichnet, da sie sich verpflichtet sehen, sich um beide Elternteile je unterschiedlich kümmern zu müssen.

Die Art und Weise, wie Familie abläuft („doing family“) ändert sich: Ferien fallen aus, Gespräche kreisen fast ausschließlich um den kranken Elternteil, wobei letzterer die Kinder zuweilen nicht mehr erkennt und zu kommunizieren aufhört. Feiern, Hochzeiten, Abschlussfeiern sind nur eingeschränkt möglich.

Die Pflege, Betreuung und das Zusammenleben bringen viel emotionale Belastungen mit sich (Streit schlichten, trösten, die Familie zusammenhalten) mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, selbst psychisch krank zu werden. Die Belastungen erhöhen sich, wenn Arbeitslosigkeit und finanzielle Engpässe hinzukommen, der kranke Elternteil – weil verwitwet oder geschieden – alleine lebt und verringern sich, wenn sich der gesunde Elternteil in erster Linie kümmert und die Belastungen auf mehrere Personen (Geschwister) verteilt werden kann.

Das eigene Leben wirkt wie „angehalten“, man sitze zwischen den Stühlen und das Leben jenseits der Krankheit kann nicht angepackt werden. Viele unterbrechen die Ausbildung, die eigene Karriere und kehren in die Familie zurück, um zu helfen. Schulen erweisen sich – trotz Aufklärung – als wenig hilfreich, passen den Lehrplan nicht an (z.B. durch online-Lernen), unterstützen wenig. Die Schüler und Studenten sprechen dann wenig über ihre häusliche Situation, da sie dann eher Ausgrenzung und Stigmatisierung erfahren.

In der Literatur werden die Anpassungs- und Copingprozesse verschieden beschrieben. Am Anfang steht zumeist die Leugnung, gefolgt von der Erkenntnis (Schock), der Rollenumkehrung, Trauer und Neubestimmung der eigenen Rolle und Aufgabe. Zuletzt geht es darum, die (früheren) gesunden und (gegenwärtigen) kranken Bilder des Elternteils zu integrieren und ein positives Gesamtbild zu entwickeln. Eine etwas andere Strukturierung gliedert den Prozess in Trauer, emotionale Distanzierung sowie abschließend eine mehr erwachsene Sorgebeziehung zum kranken Elternteil. Solange die Aufgaben zu bewältigen sind, liegt zumeist ein problemfokussierter Copingstil vor. Verliert man dagegen die Kontrolle mit den Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit, kommt es zum Rückzug, zum Alkoholismus bis hin zur Selbstverletzung. Viele haben Mühe, über ihre Empfindungen zu sprechen und versuchen eher, sich abzulenken.

Zumeist erfahren die Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen wenig oder keine professionellen Hilfen und fühlen sich eher allein und ausgeschlossen. Mit einer kundigen Person zu sprechen oder peer-support zu erfahren erweist sich dagegen als hilfreich. Das Internet ist für sie die Hauptquelle für Informationen, in sozialen Medien (blog-Seiten, chat-Gruppen) finden sie am ehesten Unterstützung.

Diskussion: Kinder und Jugendliche sind durch die frühe Demenz eines Elternteils besonders belastet. Dies wirkt sich auf ihre psychische und soziale Entwicklung schwerwiegend aus. Ihre Erfahrung bleibt weitgehend ‚unsichtbar‘, sie erleben sich als verloren im Chaos, das eigene Leben wird angehalten. Insgesamt gleichen ihre Erfahrungen denen von Kindern/Jugendlichen, die psychisch kranke Eltern versorgen. Ein besonderes Augenmerk auf diese Gruppe von Angehörigen gibt es seitens vorhandener Dienste in der Regel nicht, selten sind einige wenige durchaus erfolgreiche, aber nicht in der Fläche installierte Angebote. Die Autoren empfehlen Psychoedukation, spezielle Gruppenangebote und online Foren. Wichtig wäre eine Unterstützung der Familie über den Gesamtprozess der Erkrankung hinweg, der die besonderen Bedürfnisse der Familienmitglieder wahrnimmt und darauf eingeht (z.B. mit der Schule ein angepasstes Curriculum aushandeln).

Quelle: Chirico, I., Ottoboni, G. et al. (2021). Children and young people’s experience of parental dementia: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36, 975-992

Schlagworte: Pflegende Kinder, Pflegende Angehörige, Psychische Erkrankungen

(4) Tagesstrukturierung und erfreuliche Aktivitäten reduzieren das Depressionsniveau von Menschen mit Demenz in der Frühphase

Ziel/Hintergrund: Etwa 2/3 aller Patienten mit einer kognitiven Beeinträchtigung und beginnenden Demenz entwickeln eine Depression, welche den weiteren Verlauf der Demenz negativ beeinflussen kann. Eine Kombination von Interventionen bietet sich an, um Depressivität zu reduzieren: zum einen kognitive Verhaltenstherapie zur Tagesstrukturierung, Erinnerungstherapie, um sich an positive Ereignisse zu erinnern bzw. sich mit der eigenen Lebensgeschichte zu versöhnen, sowie kognitive Rehabilitation, um kompensatorische Strategien zu erlernen und Ziele im Leben anzupassen. Dabei gilt es, pflegende Angehörige miteinzubeziehen, um den Lernprozess in der eigenen Häuslichkeit aufrechtzuerhalten und zu stabilisieren. Vorliegende Langzeitstudie aus Norwegen untersucht die Effekte dieser Multikomponenten-Intervention (CORDIAL: Cognitive Rehabilitation and Cognitive Behavioural Treatment for Early Dementia) auf depressive Symptome.

Methoden: An der Studie nahmen 100 Personen in der Interventions- und 98 Personen in der Kontrollgruppe teil. Patienten wurden im Rahmen von 5 psychiatrischen Kliniken und Memorykliniken gewonnen. Daten werden erhoben zu Beginn und dann nach 4 und 6 Monaten. Neben Hintergrundvariablen (Symptome, Medikation, Behandlungen) werden erhoben Daten zur kognitiven Funktion, zu (Instrumentellen) Aktivitäten des täglichen Lebens, zur Depressivität und neuropsychiatrischen Symptomen, zur Lebensqualität und Selbstwirksamkeit.

Bei der Intervention handelt es sich um 6 Module verteilt auf 11 Sitzungen. In jeder Sitzung erfolgt ein therapeutisches Gespräch, wird mit Arbeitsblättern und ‚Hausaufgaben‘ gearbeitet. In Modul 1 wird die Intervention insgesamt vorgestellt und werden individuelle Ziele erarbeitet, Modul 2 konzentriert sich auf die Tagesstrukturierung und erfreuliche Aktivitäten (hierbei wurden noch besondere Aktivitäten für Männer entwickelt: Fußball, Fischen, Autofahren), Module 3 und 4 erarbeiten Methoden der kognitiven Rehabilitation (Routinen aufbauen, Erinnerungshilfen nutzen. Problemlösungen), Modul 5 widmet sich der Erinnerungstherapie, im Modul 6 wird die Gesamtintervention evaluiert und geschaut, wie die Ergebnisse verstetigt werden können.

Resultate: Die Ausgangsdaten ergaben, dass die Teilnehmenden alle noch recht selbstständig waren, geringe Raten von Depressivität und eine hohe Lebensqualität aufwiesen. Im Vergleich zur Kontrollgruppe wies die Interventionsgruppe dennoch nach 4 Monaten deutlich geringere Werte für Depressivität auf. Werte für die Lebensqualität und neuropsychiatrischer Symptome änderten sich nicht, was bei der guten Ausgangslage auch nicht zu erwarten war. Ein hoher Grad von Selbstwirksamkeit ging mit weniger depressiven Symptomen und einer höheren Lebensqualität einher. Die positiven Effekte konnten auch noch nach 6 Monaten festgestellt werden.

Diskussion: In Ergänzung zu bisherigen Studien zeigt vorliegende Untersuchung, dass die Intervention auch bei Patienten Effekte zeigt, die eine hohe Lebensqualität und eine eher niedrige Ausgangswerte für Depressivität aufweisen. Auch für Menschen mit einem ‚subklinischen‘ Niveau von Depressivität zeigt die Intervention positive und anhaltende Wirkung. Dies besonders in dem Feld der Tagesstrukturierung und der erfreulichen Aktivitäten.

Quelle: Tonga, J., Benth, J. et al. (2021). Managing depressive symptoms in people with mild cognitive impairment and mild dementia with a multicomponent psychotherapy intervention. A randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 33(3), 217-231

Schlagworte: Demenz, Depression, Psychotherapie

Vgl.: Smith, K., Kahlon, C. et al. (2021). Methylphenidate use in geriatric depression: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36, 1304-1312

Die medikamentöse Standardbehandlung von älteren Patienten mit Depression besteht zumeist in der Verabreichung von SSRIs. Bis zu 50% der Patienten reagiert kaum oder nur gering auf diese Medikation. Methylphenidat (Ritalin) wird seit einiger Zeit nicht nur bei ADHS, sondern auch bei Menschen mit Demenz (gegen Apathie) und auch bei Menschen mit Depression eingesetzt. Die Studie trägt Evidenzen für den Einsatz bei älteren Personen zusammen. 5 Studien erfüllten die Suchkriterien. Die Autoren

kommen zu dem Schluss, dass alle Studien einen deutlichen Effekt von Methylphenidat belegen – entweder als alleiniges Therapeuticum oder in Kombination mit einem SSRI. Bei den untersuchten Personen handelt es sich in der Mehrheit um Patienten, die schon lange unter Depressivität litten, die sich als behandlungsresistent erwiesen, also mehrere Behandlungsversuche ergebnislos abgeschlossen hatten. Bereits in der zweiten Woche nach Einnahmebeginn können gemäß einer Studie bedeutsame Veränderungen festgestellt werden. Insbesondere in Kombination mit einem SSRI scheint es die Remission zu beschleunigen. Anfänglich werden zumeist Dosierungen zwischen 2,5 bis 5 mg verwendet mit einer, vom jeweiligen Patienten abhängigen allmählichen Aufdosierung bis zu 20mg. Die Medikation wird in der Regel 8-16 Wochen aufrechterhalten und dann wieder herunterdosiert. Besonders für behandlungsresistente Formen der Depression im Alter scheint die Kombination von SSRI und Methylphenidat geeignet zu sein. Allerdings fehlen bislang Langzeitstudien bezüglich dieser Therapieform.

Vgl.: Xiang, X., Wang, X. (2021). Childhood adversity and major depression in later life: A competing-risks regression analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36, 215-223

Forschungen der letzten 2 Jahrzehnte haben plausibel gemacht, dass Depressivität im höheren Alter häufig seinen Ursprung in der Kindheit hat. U.a. Missbrauch, Gewalt, Vernachlässigung führen zu erhöhten Stressreaktionen, einer veränderten Emotionsregulierung und finden ihren lebenslangen Ausdruck in neuronalen, endokrinen, immunologischen und metabolischen Folgen. Bislang ist umstritten, welche der schädigenden Faktoren sich wie und wann auf den Menschen auswirken. Hinzu kommen die Wirkungen modifizierender, altersspezifischer Faktoren, die sich mildernd auswirken wie z.B. die Positivitätstendenz. Vorliegende Studie unterzieht die schädigenden Faktoren einer differenzierten Würdigung. Die US-amerikanische Studie verwendet Interviewdaten im Rahmen einer repräsentativen nationalen Bevölkerungsstudie (Health and Retirement Study). In dem Interview wird gefragt, ob man vor dem 18. LJ Schuljahre wiederholen musste, Drogen- oder/und Alkoholprobleme hatte, von den Eltern physisch missbraucht wurde, in Konflikte mit der Polizei gekommen ist.

Am häufigsten liegen Drogen- und Alkoholprobleme vor (20%), gefolgt von finanziellen

Problemen (16,4%) und wiederholten Schuljahren (16,2%). Depressivität im letzten Jahr erwies sich am häufigsten, wenn alle Faktoren zusammenkamen. Je mehr Faktoren sich anhäuferten, desto größer die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an Depressionen zu leiden (die Wahrscheinlichkeit einer späteren Depressivität ist damit abhängig von der ‚Dosis‘ der frühen Schädigungen). Die am meisten ausschlaggebende Ursache ist physischer Missbrauch und Gewalt (19,5%) gefolgt von Auseinandersetzungen mit der Polizei (12,1%).

Gewalt und Missbrauch führen zu Selbstbildern, gemäß derer man sich als wenig liebenswert, unwürdig und leistungsfähig einschätzt – alles typische Merkmale einer Depression.

Das Risiko, angestoßen durch kindliche Schädigungen, später im Leben eine Depressivität zu entwickeln, ist für Männer höher als für Frauen. Männer mit frühkindlichen Schädigungen sind vergleichsweise häufiger weniger erfolgreich, was wiederum das Selbstbild von Männern unterminiert. Zudem suchen sie vergleichsweise weniger psychotherapeutische Hilfen auf.

Personen mit erfahrenem Missbrauch und Gewalt erwiesen sich allerdings leicht resilienter gegenüber späteren traumatischen Ereignissen, ein Befund, der unter dem Titel ‚posttraumatisches Wachstum‘ diskutiert wird.

(5) Positive Verhaltensmodifikation reduziert herausforderndes Verhalten bei frontotemporaler Demenz/Degeneration

Ziel/Hintergrund: Patienten mit frontotemporaler Demenz/Degeneration (FTD) stellen für Angehörige und Pflegende eine besondere Herausforderung dar. Insbesondere Enthemmung, Impulsivität, fehlende Krankheitseinsicht, ritualisiertes, zwanghaft-stereotypes Verhalten und verändertes Essverhalten sind sehr schwer zu kompensieren. Bislang gibt es weder eine medikamentöse noch eine überzeugende nicht-medikamentöse Option. Die ansonsten im Arbeitsfeld gültigen Empfehlungen greifen hier kaum oder gar nicht, da die Verhaltensveränderungen primär hirnorganischen Veränderungen in zentralen Bereichen der Kontrolle geschuldet sind. Zwar werden drei Untertypen dieser Demenzform unterschieden, viele Verhaltensveränderungen tauchen aber in allen drei Formen auf.

Seit einigen Jahren müht sich eine Forschergruppe aus Australien um einen ergotherapeutischen Ansatz. Der Ansatz der Unterstützung zu positivem Verhalten (PBS: Positive Behaviour Support) wird bereits erfolgreich bei Menschen mit geistiger Behinderung und/oder Hirnverletzungen eingesetzt. Die vorliegende Pilotstudie beschreibt eine erste Anwendung dieses Ansatzes auf 4 Personen mit FTD.

Methoden: Der Ansatz beginnt mit einer umfassenden Analyse der vermuteten Funktion eines Verhaltens. Dabei konzentriert man sich auf drei Verhaltensweisen, die als besonders belastend eingeschätzt werden. Darauf sattet ein Handlungsplan auf mit Elementen der Umwelanpassung, der Einübung und Verstärkung positiver Verhaltensalternativen, der Vermeidung wahrscheinlicher Auslöser eines belastenden Verhaltens sowie Möglichkeiten, die Folgen und Konsequenzen eines Verhaltens abzufedern. Beides wird zusammen mit den Angehörigen (hier: nur Eheleute) unter möglicher Beteiligung der Person mit FTD durchzuführen versucht.

Teilnehmende wurden im Rahmen eines ‚Brain and Mind Centre‘ an der Universität von Sydney gewonnen. Es handelt sich um ein einfach ‚vorher-nachher‘ Design, demgemäß man Messwerte vor und nach der Intervention (4 Monate) vergleicht. Der Prozess findet in der Häuslichkeit beteiligter Paare statt. Assessments und mehrere über einen Tag hinweg stattfindende teilnehmende Beobachtungen durch die Therapeutin werden gemeinsam durchgeführt. Im Zentrum steht die Formulierung einer funktionalen Hypothese. Insgesamt bedeutet dies ein Arbeitsaufwand von 5-7 Sitzungen pro Klient.

Bei der Verhaltensanalyse wird versucht, das Verhalten vier zugrundeliegenden Motiven zuzuordnen: Etwas Greifbares („tangible“: das Verhalten bezieht sich auf etwas, das die Person zu erhalten erhofft), Flucht (die Person versucht etwas zu vermeiden), Aufmerksamkeit sowie Sensorisches (die Person reagiert auf etwas Wahrgenommenes, das sie für gut oder schlecht hält). Verhalten wird anhand des NPI (Neuropsychiatrisches Inventar) beschrieben.

Resultate: Es gelang den Familien, mindestens eine, häufiger aber mehrere, positive Verhaltensveränderung umzusetzen. Es gelang ihnen besser, angesichts agitiertem Verhalten ruhig zu bleiben und den Partner mit einer Alternative abzulenken. Zumeist wurde apathisches oder/und enthemmtes Verhalten fokussiert. In der Motivationsanalyse stand das Sensorische an erster Stelle, gefolgt vom Thema des Greifens. Das Thema Flucht war weniger bedeutsam, am wenigsten das Motiv „Aufmerksamkeit“. Typische Verhaltensweisen, die als problematisch eingeschätzt wurden, waren: exzessives Kaufverhalten, Diebstahl, Fluchen und Schreien, exzessives Spielverhalten, Kommunikationsprobleme (z.B. Hinweise auf eingestuhlte Kleidung oder Bettwäsche ignorieren), Apathie, Ängste. Typische Verhaltensalternativen waren: gemeinsame Spiele, Puzzle, Dinge sortieren (z.B. Schrauben und Muttern), Möbel polieren, Zahlenspiele (z.B. Sudoku), erläuternde Karten (die man an unfreiwillig Beteiligte verteilt, die plötzlich vom Partner beschimpft oder hart angegangen werden), mit der Polizei ein Arrangement finden, Kommunikation mit Bildkarten, Einübung der Selbstberuhigung, das Wort „Nein“ vermeiden, sich die „Schlachten“ bewusst aussuchen, (spezialisierte) Tagespflege, (besonders angepasstes) Töpfern, Kleidung immer doppelt kaufen, so dass verschmutzte Wäsche entfernt werden kann, ohne dass der Partner es merkt.

Das Ausmaß enthemmten Verhaltens (Intensität und Häufigkeit) nahm bei drei Personen ab (etwa um ein Drittel), eine von vier Personen profitierte von der Intervention überhaupt nicht. Ebenfalls um etwas weniger als ein Drittel reduzierte sich das Belastungserleben der Angehörigen. (Instrumentelle) Aktivitäten des täglichen Lebens nahmen weiter ab und wurden durch die Intervention nicht verbessert.

Diskussion: Die Intervention zeigt einiges Potential, um Verhalten zu modifizieren und das Belastungserleben der Angehörigen zu reduzieren. Die Wirkungsstärke der

Intervention fiel bei den beteiligten Personen sehr unterschiedlich aus, so dass nicht damit gerechnet werden kann, dass diese Intervention für alle FTD-Patienten geeignet ist. Dies war auch auf dem Hintergrund der hohen Heterogenität dieser Erkrankung nicht anders zu erwarten. Insgesamt ist unklar, wie sich das Verhalten bei Fortschreiten der Erkrankung weiterentwickelt und für wen und wann diese Intervention hilfreich sein kann.

Interessant ist der Befund, dass das Sensorische die wesentliche Motivstruktur für Verhalten zu sein scheint: dies lässt vermuten, dass das als schwierig bewertete Verhalten für die Personen mit FTD eher angenehm oder vergnüglich ist und damit eine für die Person belohnende Funktion hat. So scheint sich auch das Fluchen oder Schimpfen zu ‚lohnen‘, da man damit dann doch das Gewünschte erhält (Greifbares). Dem Verhalten liegt also weniger Stress oder Angst zugrunde, sondern eher eine positive Motivation – dies ist wohl ein gravierender Unterschied zur Motivationsstruktur von Verhalten bei Menschen mit den klassischen Demenzformen. Daher, so vermuten die Autoren, muss auch der Umgang mit Verhalten bei Personen mit FTD anders aufgefangen werden als bspw. der Umgang mit Verhalten von Personen mit einer Alzheimer Demenz.

In der Arbeit mit den Familien muss es darum gehen, eine familiäre Kompetenz im Umgang mit der Person und ihrem Verhalten aufzubauen. Dafür ist eine kompetente, individuelle und kontinuierliche Begleitung der Familie unumgänglich.

Quelle: O’Connor, C., Mioshi, E. et al. (2021). Positive behavior support in frontotemporal dementia: A pilot study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 31(4), 507-530

Schlagworte: Frontotemporale Demenz, Herausforderndes Verhalten, Pilotstudie

(6) Neuropsychiatrische Symptome zu Beginn der Demenz legen eine schnellere Demenzentwicklung nahe

Ziel/Hintergrund: Dementielle Erkrankungen weisen unterschiedliche Entwicklungen auf auch in Bezug auf die Geschwindigkeit ihres Fortschreitens. Neuropsychiatrische Symptome und ihre Schwere werden oft mit der Geschwindigkeit der Demenzentwicklung in Verbindung gebracht. Mögliche andere Faktoren werden diskutiert, wie z.B. Bluthochdruck, Herzinsuffizienz und Diabetes.

Vorliegende Forschung geht der Frage nach, ob es bestimmte neuropsychiatrische Symptome gibt, deren Vorliegen einen schnelleren Verlauf vorhersagen.

Methoden: Genutzt werden Patientendaten der Memory Klinik am Universitätshospital in Oslo, die eine Demenzdiagnose aufweisen. Gemessen wurden Ausgangsdaten (baseline) und mindestens eine Nachfolgeerhebung nach 6 Monaten. Mehrfache Datenerhebung erfolgte, wenn möglich, über einen Zeitraum von 3 Jahren (durchschnittliche Anzahl der Untersuchungen pro Teilnehmer: 3,5). Daten von 442 Patienten konnten einbezogen werden. Beschrieben werden die Assessments, um die Art, den Schweregrad der Demenz und neuropsychiatrische Symptome zu erheben. Beschrieben wird die statistische Analyse und die Faktorenanalyse (bezüglich der Frage, welche neuropsychiatrischen Symptome mit welcher Verlaufsgeschwindigkeit der Demenz einhergehen).

Resultate: Die neuropsychiatrischen Symptome werden in Gruppen, sogenannter Cluster eingeteilt. Für jeden zusätzlichen Punkt mehr auf der Skala für affektive Symptome (Depression, Angst) zu Beginn der Erkrankung steigt die Wahrscheinlichkeit, eine besonders schnelle Demenzentwicklung aufzuweisen, um 29%. Für jeden zusätzlichen Punkt mehr auf der Skala für psychotische Symptome zu Beginn der Erkrankung steigt diese Wahrscheinlichkeit um 53%. Für beide Symptomcluster konnte ein früheres Versterben nachgewiesen werden. Patienten dieser Gruppen erwiesen sich zu Beginn der Demenzerkrankung als vergleichsweise älter. Der schnellere Niedergang ist auch assoziiert mit vergleichsweise schnellerer psychomotorischer Retardierung. Insgesamt: Weisen die Patienten früh Symptome auf, die nicht mit Erinnerung zusammenhängen, legt dies ein schnelles Voranschreiten der Demenz nahe.

Allerdings: die relative Wahrscheinlichkeit, zu dieser Gruppe zu gehören, sinkt, wenn man bereits vor Beginn der Demenz an einer psychischen Erkrankung litt. Also: Starke affektive und /oder psychotische Symptome, die erst im Kontext der Demenzerkrankung auftreten, erhöhen die Wahrscheinlichkeit, eine rasch voranschreitende Demenzentwicklung zu erleiden.

Diskussion: Eine Literaturumschau bestätigt, dass insbesondere früh auftretende psychotische und affektive Symptome mit einem besonders schnellen kognitiven Niedergang und einer baldigen Heimaufnahme einhergehen. Einige Studie legen eine Verbindung zwischen psychotischen und affektiven Symptomen einerseits und stärker akzentuierten hirnrorganischen Veränderungen andererseits nahe.

Psychosen und affektive Störungen vor Beginn der Demenz sind ätiologisch anders einzuordnen: Ihnen liegen vermutlich andere hirnrorganische Prozesse zugrunde und sie äußern sich auch symptomatologisch verschieden (bei Demenz besonders häufig paranoide Vorstellungen, z.B. Bestehungswahn, der vermutlich zum erheblichen Teil auf Vergessen zurückzuführen ist). Unabhängig davon besteht bei vorbestehender Depressivität und Schizophrenie (inkl. Bipolarität) eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken (Vermutung: früherer Beginn neuropathologischer Veränderungen aufgrund geringer kognitiver Reserve), nicht aber an der rasch voranschreitenden Variante.

Quellen:

Edwin, T., Strand, B. et al (2021). Neuropsychiatric symptoms and comorbidity: Associations with dementia progression rate in a memory clinic cohort. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36, 960-969

[Neuropsychiatric symptoms and comorbidity: Associations with dementia progression rate in a memory clinic cohort - Edwin - 2021 - International Journal of Geriatric Psychiatry - Wiley Online Library](#)

Edwin, T., Strand, B. et al. (2021). Trajectories and risk factors of dementia progression: a memory clinic cohort followed up to 3 years from diagnosis. *International Psychogeriatrics*, 33(8), 779-789

<https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/trajectories-and-risk-factors-of-dementia-progression-a-memory-clinic-cohort-followed-up-to-3-years-from-diagnosis/8985CBE9FCC321F411F86208259423DD>

Schlagworte: Demenz, Neuropsychiatrische Symptome, Demenzentwicklung

Vgl.: Wrigglesworth, J., Ward, P., Harding, I. et al. (2021). Factors associated with brain aging – a systematic review. BMC Neurology, 21:312, <https://doi.org/10.1186/s12883-021-02331-4>

Tatsächliches Hirnalter und chronologisches Hirnalter korrespondieren nicht immer, d.h. das Gehirn mancher Menschen altert im Vergleich schneller. Funktionelle Hirntomographie (MRI) macht es möglich, an Menschen Alterungsprozesse (Hirnatrophie, Verlust an grauer und weißer Substanz) abzubilden und miteinander zu vergleichen. Dadurch lässt sich das Hirnaltern (Differenz zwischen individuellem Hirnaltern im Vergleich zu den jeweiligen Durchschnittswerten einer Alterskohorte = Brain Age Gap= GAP) numerisch ausdrücken. Vorliegende Studie aus Australien fasst zusammen, was über die Zusammenhänge von beschleunigtem Hirnaltern mit bestimmten Faktoren bekannt ist.

Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen weisen ein höheres Hirnaltern auf, besonders Menschen mit Schizophrenie (2,3 bis 7,8 Jahre älter) und (weniger eindeutig) Menschen mit Bipolarität und schwerer Depression. Neurologische Erkrankungen und (weniger ausgeprägt) kognitiven Einbußen, insbesondere Alzheimer, weisen die höchste Beschleunigung auf (5,4 bis 10 Jahre). Besonders akzentuiert liegt beschleunigtes Hirnaltern hierbei bei Einbrüchen in den psychomotorischen und exekutiven Funktionen vor. Weitere mit beschleunigtem Hirnaltern assoziierte Erkrankungen sind die Temporallappenepilepsie, Apoplexie und Multiple Sklerose, wobei hier die Evidenzlage eher gemischt und nicht eindeutig ausfällt. Positive Korrelationen liegen ebenfalls vor für Adipositas, HIV, sowie Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol und Rauchen). Zusammenhänge mit genetischen Faktoren, Geschlecht, Lebensstil und Umgebung erweisen sich als wenig bedeutsam.

(7) Leben an und auf der Schwelle zwischen Krankheit und Normalität – kognitive Beeinträchtigung ohne Demenz

Ziel/Hintergrund: Die Möglichkeiten, kognitive Beeinträchtigungen früh zu erkennen, nehmen zu. Jede fünfte Person über 65, so schätzt man, weist eine kognitive Minderung bis Beeinträchtigung ohne Demenz auf. Solange aber keine Demenz besteht, liegt für die untersuchenden und behandelnden Institutionen kein Handlungsauftrag vor. Zwar werden allgemeine Handlungsempfehlungen für einen veränderten Lebensstil ausgesprochen, die Personen mit ihren Ängsten in der Regel aber allein gelassen. Vorliegende Studie aus Großbritannien geht den Fragen nach, wie Dienstleistungen und betroffene Personen diese Situation wahrnehmen, beurteilen und darauf reagieren.

Methoden: Es handelt sich um eine qualitative Studie, die anhand von Interviews mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, mit Familienmitgliedern und mit Professionellen Daten erhebt und diese analysiert.

Resultate: Insgesamt wurden 18 Personen mit kognitiver Beeinträchtigung, 6 Angehörige, 10 Gesundheitsarbeiter sowie 11 Personen aus dem Bereich ehrenamtlicher und sonst wie unterstützender Arbeit für diesen Personenkreis befragt. Die Datenanalyse wird unter drei Hauptthemen vorgestellt:

Anerkennung der Schwellensituation: Man falle durch die Lücken der Versorgung und verbleibe in einem Zwischenzustand – weder gesund noch krank. Man erhalte allgemeine Empfehlungen, kehre aber mit Unsicherheit und Sorgen in das eigene Leben zurück. Insgesamt fühle man sich nicht wirklich durch die Professionellen ernst genommen, etwa nach dem Motto ‚ein bisschen Schwund ist immer‘. Die Eröffnung der Diagnose bzw. ‚Nichtdiagnose‘ wird als ‚definierender Moment‘ beschrieben, nachdem das Leben ein anderes geworden sei.

Auch Angehörige wissen nicht wirklich, wie sie damit umgehen sollen, sie definieren sich noch nicht in der Rolle als ‚pflegender Angehöriger‘, sondern befinden sich eher in einem sorgenvollen Vorhof dieser möglicherweise auf sie zukommenden Rolle.

Professionelle sehen ihre Aufgabe darin, die Fakten zu kommunizieren, zu informieren, mehr nicht. Die Diagnose Demenz sei ein ‚gatekeeper‘, der Zugang zu Leistungen eröffne, der Umstand einer kognitiven Beeinträchtigung unterhalb der Diagnose

Demenz sei es nicht. Auch ein gewisser Nihilismus der Professionellen sei erkennbar, man könne ja wenig machen. (dagegen siehe unten)

Veränderungen in einem herausfordernden Kontext ermöglichen: Zwar wird empfohlen, die eigenen Kontakte zu mobilisieren und mehr unter Menschen zu sein, was schwierig ist, wenn man bislang eher zurückgezogen gelebt hat. Mit nachlassenden körperlichen Kompetenzen und im Kontext anderer hinzukommender Erkrankungen fällt es schwer, seine Lebensweise zu verändern und anzupassen. Man möchte nicht auffallen oder als Belastung angesehen werden. Am schwersten aber wiegt der Verlust des Selbstvertrauens.

Bestehende Werte, kulturelle Interessen und Routinen: Es gilt weiterzumachen, an dem bisherigen Leben anzuknüpfen und bestehende Ressourcen zu pflegen und auszubauen im Sinne der ‚selektiven Optimierung‘.

Diskussion: Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen erleben sich gefangen zwischen Krankheit und Normalität, leben auf der ‚Schwelle‘, ohne dabei einen Ansprechpartner zu haben, eine Dienstleistung in Anspruch nehmen zu können, einen Rahmen zu haben, in dem sie sich positionieren und verhalten können. Es gibt für diese Verfassung keine vorbereitete Rolle wie die des Krankseins, die in der Regel neben Einschränkungen auch Schutz gewährt und Ansprüche begründet. Die Autoren verweisen auf die Möglichkeit selbstorganisierter Gruppen, in denen sich Mitglieder gegenseitig ermutigen, gegen das Fortschreiten der kognitiven Beeinträchtigung etwas zu tun und wieder Selbstvertrauen zu gewinnen. Es sei wichtig, kognitive Beeinträchtigung nicht von vorneherein zu pathologisieren und zu medikalisieren, sondern es wie andere (nicht krankhafte) Herausforderungen des Älterwerdens als Anpassungserfordernis anzunehmen.

Quelle: Poppe, M., Mansour, H. et al. (2020). „Falling through the cracks“; Stakeholders' views around the concept and diagnosis of mild cognitive impairment and their understanding of dementia prevention. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35, 1349-1357

Schlagnworte: kognitive Beeinträchtigung, Krankenrolle, qualitative Forschung

Vgl.: Altomare, D., Molinuevo, J. et al. (2021). Brain Health Services: organization, structure, and challenges for implementation. A user manual for Brain Health Services. *Alzheimer's Research and Therapy*, 13:168

<https://alzres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13195-021-00827-2>

<https://doi.org/10.1186/s13195-021-00827-2>

Vorliegender Aufsatz macht den Auftakt für eine Artikelserie, in der Forscher und Wissenschaftler aus der Schweiz den Rahmen für eine neue Institution entwerfen mit der Aufgabe der Demenzprävention. Zu diesem Zweck soll schon weit vor Auftreten von Demenzsymptomen Risikopatienten identifiziert und beraten werden, ihre Lebensweisen so zu verändern, dass der symptomatische Beginn der Demenz verzögert bzw. sogar verhindert wird. Es wird damit gerechnet, dass zunehmend mehr Menschen über ihr persönliches Risiko aufgeklärt und über präventive Maßnahmen informiert werden wollen. Gerade Personen mit beginnender kognitiver Beeinträchtigung wären die Zielgruppe, die anstatt mit allgemeinen Empfehlungen abgespeist zu werden individuelle, auf sie abgestimmte Programme erhalten und in der Umstellung ihrer Lebensweise Begleitung erfahren könnten. Im Einzelnen geht es darum, individuelle Risikoprofile zu erstellen, die Risiken auf eine angemessene Weise zu kommunizieren, Wege zu entwickeln, das Risiko zu reduzieren und Programme der kognitiven Förderung und Steigerung anzubieten.

Vgl.: Günak, M., Barnes, D. et al. (2021). Risk of suicide attempt in patients with recent diagnosis of mild cognitive impairment or dementia. *Jama Psychiatry*,

doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0150

<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2777657>

Personen, die jüngst eine Diagnose Demenz oder milde kognitive Beeinträchtigung erfahren haben, weisen ein höheres Suizidrisiko auf als die (altersangepasste) Vergleichsbevölkerung (bei kognitiver Beeinträchtigung 73%, bei Demenz 44% über der Vergleichsbevölkerung). Andere psychiatrische Erkrankungen (insbesondere Depressivität) spielen dabei keine Rolle, d.h. sie unternehmen nicht deswegen einen Suizidversuch, weil sie zuvor oder aktuell an Depressivität gelitten haben bzw. leiden. Menschen mit einer bereits bestehenden Demenzdiagnose unternehmen dagegen vergleichsweise weniger einen Suizidversuch (29% weniger). Dieser Befund macht es

zwingend erforderlich, Menschen nach der Diagnosestellung in der ersten Phase der Auseinandersetzung (Zeitraum: 6 Monate nach Diagnosestellung) therapeutisch zu begleiten und nicht mit der Diagnose allein zu lassen. Die noch bestehende höhere Einsicht in die Natur und die Konsequenzen der Erkrankung (keinen Sinn mehr sehen, für andere eine Belastung sein) ohne das Aufzeigen von Lebensmöglichkeiten und Hoffnungsperspektiven erhöht gerade bei kognitiver Beeinträchtigung ohne Demenz das Suizidrisiko.

(8) Ein kleines Nickerchen am Tag ist zu empfehlen

Ziel/Hintergrund: Schlafdauer und Schlafstörungen werden mit dem kognitiven Niedergang in Verbindung gebracht. Der Kurzschlaf am Tag (Nickerchen) ist dagegen umstritten und die Evidenz gemischt. Vorliegende Studie aus Japan untersucht in einer 5-jährigen Langzeitstudie, ob Nickerchen am Tage sich schädlich oder verhindernd auf den kognitiven Niedergang auswirken.

Methoden: Zu Beginn wurden Personen von 65 Jahren und älter aus verschiedenen Regionen gewonnen, die nicht an einer Demenz litten. 509 Personen wurden in der Eingangsuntersuchung und von diesen noch 371 nach 5 Jahren untersucht. Viele möglicherweise beeinflussende Variablen wurden berücksichtigt, darunter Bluthochdruck, Diabetes, cerebrovaskulärer Status, kognitive Funktionen, Alkoholkonsum, Rauchen und Schlafgewohnheiten. Nach 5 Jahren wurden die gleichen Daten mit den gleichen Instrumenten erhoben.

Resultate: Das mittlere Lebensalter der Teilnehmenden betrug 74,6 Jahre. Frauen halten vergleichsweise seltener und wenn, kürzer ein Nickerchen am Tag als Männer. Personen, die nicht länger als 29 Minuten ein Nickerchen hielten, wiesen vergleichsweise weniger kognitive Beeinträchtigungen auf, früheres Zubettgehen dagegen und längere Nickerchen sehr wohl. Die Länge des nächtlichen Schlafes dagegen erwies keinen Zusammenhang mit kognitiver Beeinträchtigung.

Diskussion: Ein kurzer Schlaf am Tag scheint die Wachheit und kognitive Funktionen insgesamt positiv zu beeinflussen. Vermutet wird, dass kurze Schlafephasen am Tag einen stressreduzierenden Effekt aufweisen. Es wird spekuliert, ob ein kurzer Schlaf das glymphatische System und damit die Ausscheidung von beta-Amyloid positiv beeinflusst. Zusammenfassend empfehlen die Autoren einen täglichen Kurzschlaf von nicht mehr als 30 Minuten.

Quelle: Kitamura, K., Watanabe, Y. et al. (2021). Short daytime napping reduces the risk of cognitive decline in community-dwelling older adults: a 5-year longitudinal study.

Schlagworte: Schlaf, kognitive Beeinträchtigung, Demenz

Vgl.: Cavailles, C., Berr, C. et al. (2022). Complaints of daytime sleepiness, insomnia, hypnotic use, and risk of dementia: a prospective cohort study in the elderly. *Alzheimer's Research and Therapy*, 14:12, <https://doi.org/10.1186/s13195-021-00952-y>

Die französische Studie geht der Frage nach, ob sich die Einnahme von Schlaf/Beruhigungsmitteln und/oder Schlafstörungen (exzessive Tagesschläfrigkeit, nächtliche Schlaflosigkeit, schlechte Schlafqualität) einzeln oder zusammen in einem Untersuchungszeitraum von 12 Jahren auf das Demenzrisiko auswirkt. 9294 Personen aus drei Städten konnten als Teilnehmende gewonnen werden. Untersuchungen erfolgten im Abstand von 2 Jahren. Exzessive Tagesmüdigkeit/Schläfrigkeit erwies sich als stark assoziiert mit einem Demenzrisiko auch dann, wenn Faktoren wie kardiovaskuläre Erkrankungen und Depressivität berücksichtigt wurden. Dabei ergab sich ein starker Zusammenhang mit vaskulärer (58%), weniger mit Alzheimer-Demenz (21%). Besonders betroffen von diesem Risiko sind Personen mit 75 Jahren und älter. Unabhängig davon ging die regelmäßige und kontinuierliche Einnahme von Benzodiazepinen mit einem höheren Demenzrisiko einher, egal welche Art von Demenz. Besonders hoch zeigte sich das Risiko für Diabetes-Patienten, die regelmäßig Benzodiazepine zu sich nehmen. Erklärt wird dies mit Bezugnahme auf das durch Benzodiazepine gestörte glymphatische System.

Schlaflosigkeit, schlechte Schlafqualität dagegen wiesen keinen Zusammenhang mit einem gehobenen Demenzrisiko auf.

(9) Der jeweilige lokale Kontext, sowie engagierte Projektleitende sind entscheidend für Projektprozesse

Ziel/Hintergrund: Etwa 80% aller HeimbewohnerInnen mit Demenz weisen herausforderndes Verhalten bzw. neuropsychiatrische Symptome auf. Die Ursachen sind vielfältig und komplex und erfordern gleichfalls komplexe, aus verschiedenen Komponenten bestehende Interventionen. Leider ist diesen Interventionen zumeist nur ein mäßiger Erfolg beschieden, was die Frage aufwirft, ob dies an den Interventionen oder ihrer Implementierung (oder an beiden) liegt. Vorliegende Studie aus den Niederlanden fasst Erkenntnisse über erleichternde und erschwerende Faktoren bei der Implementierung komplexer Interventionen für HeimbewohnerInnen mit Demenz zusammen.

Methoden: Beschrieben werden die Auswahlkriterien für die gesichteten Studien, es wird definiert, was unter einer komplexen Intervention zu verstehen ist, wie die Studien bewertet und ausgewertet werden.

Resultate: Insgesamt konnten 15 Studien identifiziert werden, zumeist qualitative Prozessevaluationen von Interventionen, die personenzentriertes Arbeiten, multidisziplinäre Zusammenarbeit, Fort- und Weiterbildung sowie Aktivitätsprogramme zum Gegenstand hatten. Die Ergebnisse werden anhand der Gliederung des ‚Consolidated Framework for Implementation Research‘ (CFIR) hier auszugsweise vorgestellt:

1. Charakteristika der Intervention: Vorteilhaft für die Implementierung erwiesen Interventionen, die zu mehr multidisziplinären Konsultationen und einem verbesserten Informationsfluss führten, offensichtlich zu positiven Reaktionen der BewohnerInnen beitrugen und leicht umzusetzen waren. Ein während des Arbeitsprozesses erfolgreiches, begleitetes Lernen trug sehr dazu zur Umsetzung bei.

2. Interne Strukturen: Flache Hierarchie, ein gut funktionierendes Team, eine flexible Organisationsstruktur, eine Spezialisierung auf die Pflege von Menschen mit Demenz sowie vergleichsweise kleine Bereichsgrößen unterstützen, schlechte Personalschlüssel, deutliche Hierarchie mit komplexen Schnittstellen und hoher Mitarbeiter- und Leitungswechsel erschweren die Umsetzung von Interventionen. Viele Hinweise belegen, dass die Pflege- und Kommunikationskultur im Team, ein Verständnis der Rollen und Funktionen, ein guter Informationsfluss im Team einen

zentralen Stellenwert einnehmen. Für das ‚Implementierungsklima‘ werden weiterhin folgende Faktoren benannt: Umfang des Widerstandes gegen Veränderung, Vereinbarkeit mit bisherigen Zielen und Praktiken, Grad der Priorisierung des Projekts bzw. Vermeidung gleichzeitig ablaufender Projekte, Rückmeldung über Meilensteine bzw. Zielerreichung, die Lernkultur, das Engagement der Leitung sowie der Zeitdruck aller Beteiligten.

3. Merkmal ‚Überzeugungen Einzelner‘: Interventionen, die als kindisch beurteilt werden, zeitraubend sind, seitens der Leitung wenig Beachtung finden, die Mitarbeitenden überfordern haben geringe Chancen auf Umsetzung. Gleichfalls: weiß man wenig über die Klienten, ist man eher ‚reflexions scheu‘, beherrscht man die Landessprache nicht, dann wirkt sich dies ver hindernd aus.

4. Prozess: Gute Projektplanung wirkt sich förderlich aus, gleichfalls Projektbeauftragte, die eng mit den MitarbeiterInnen vor Ort zusammenarbeiten, Stolpersteine umgehen helfen, die neue Praxis vorleben (role modelling) und von der Leitung stark unterstützt werden. Allerdings wird mehrfach beschrieben, wie schwer es fällt, vor Ort solche Personen zu finden.

Diskussion: Die internen Strukturen und die Merkmale der Organisation sind entscheidend für den Umsetzungserfolg. Dabei gilt: was sich in der einen Einrichtung – oder gar Abteilung - als förderlich erweist (z.B. Kontinuität in der Mitarbeiterschaft), kann in der anderen als nachteilig empfunden werden: Verallgemeinerungen sind nur begrenzt möglich. Daher empfehlen die Autoren, bei Implementierungsprozessen die lokalen Bedingungen sowie die spezifischen Barrieren möglichst genau im Vorfeld zu recherchieren.

Abschließend unterstreichen sie die Bedeutung der Projektleitenden und der ‚Champions‘ vor Ort, also der Personen, welche die Veränderungen vorleben und in die bisherige Praxis integrieren. Deren Auswahl, deren Rolle im Team (Akzeptanz), deren Kompetenz entscheidet wesentlich über Erfolg oder Misserfolg.

Quelle: Kormelinck, C., Janus, S. et al. (2021). Systematic review on barriers and facilitators of complex interventions for residents with dementia in long-term care. *International Psychogeriatrics*, 33(9), 873-889

Schlagworte: Implementierung, neuropsychiatrische Symptome, Demenz, review

(10) Die Bedeutung wichtiger Objekte nimmt mit dem Älterwerden zu

Ziel/Hintergrund: Objekte unterschiedlicher Art helfen älteren Menschen, mit ihrer Vergangenheit und ihren Beziehungen in Verbindung zu bleiben und damit Identität und Kontinuität herzustellen. In und mit diesen Objekten zu leben bedeutet, sich sicher, geborgen, entspannt zu erleben, etwas, das die Autoren mit ‚insiderness‘ (etwa: ‚Innen-Sein‘) beschreiben – im Gegensatz zu ‚outsiderness‘, eine Verfassung, die man vielleicht ‚Ent-Heimattung‘ nennen könnte. Diese Objekte und das Leben in und mit ihnen gewinnt beim Älterwerden an Bedeutung und hilft der Person, sich zu verankern (oft im englischen Kontext mit ‚situated‘ beschrieben). Vorliegende Studie befasst sich mit der Frage, ob das Umgebensein von vertrauten Objekten („Lebenswelt“) auch eine gegenwartsbezogene, die Funktionalität unterstützende Rolle besitzt.

Methoden: Es handelt sich um eine qualitative Studie aus Neuseeland, in deren Verlauf 28 Personen zwischen 65 und 94 Jahren befragt werden. In einem zweiten Interview werden subjektiv wichtige Objekte und Wohnbereiche fotografiert und anschließend von den Personen ausführlich kommentiert. Die Ergebnisse werden unter drei Rubriken zusammengefasst und interpretiert.

Resultate: Umgebensein und Innen-Sein: Von den eigenen Objekten umgeben zu sein bedeutet, sich mit all den Menschen und Ereignissen des Lebens weiterhin verbunden zu fühlen. Sie repräsentieren, wer die Person war und helfen, mit dem Gewordensein Identität herzustellen: sie verbinden die Person mit dem Leben da draußen, sind aufgeladen mit Bedeutung und persönlichem Sinn, die mit konkreten Begegnungen, Entscheidungen, Ereignissen assoziiert sind. Die eigene Lebensgeschichte wird durch die Objekte gleichsam visualisiert. Da häufig auch Gegenstände der Eltern und Großeltern aufbewahrt werden, fühlt man sich über die eigene Person hinaus mit den vorhergehenden Generationen verbunden: Hier sei man ‚ganz tief daheim‘. Die dadurch vermittelte Kontinuität wird verbunden mit dem Gefühl, hierher zu gehören, hier zurecht zu kommen, sicher zu sein, den Herausforderungen standhalten zu können.

Das eigene Selbst erhalten: Im Umfeld dieser Objekte wird deutlich, was die Person repräsentierte, welche Kompetenzen sie besaß, über welche Ressourcen man verfügte – eben auch gerade dann, wenn man jetzt diese Kompetenzen und Ressourcen nicht mehr hat. Die Person reduziert sich damit nicht auf das, was sie zurzeit zu leisten imstande ist.

Die Objekte stehen gleichsam für das Potential, dass diesem Leben insgesamt innewohnt. So wird der Person immer wieder deutlich, was sie im Leben geleistet hat und worauf sie stolz sein kann, z.B. Bücher geschrieben, Vereine gegründet, Initiativen begonnen, Preise gewonnen zu haben.

Selbstreflexion und Versöhnung: Bestimmte Objekte regen die Auseinandersetzung mit sich und der Vergangenheit an, lassen wichtige Stationen des Lebens wiederaufleben und regen zum inneren Austausch mit Verstorbenen an. Bilder der Eltern in späten Jahren machen klar, wie ähnlich man ihnen nun sieht. Bestimmte Bereiche Nischen in der Wohnung haben die Qualität von Ahnentafeln, regen dazu an, sich als Fortsetzung einer langen Reihe von Traditionen, Gebräuchen, Gewohnheiten zu verstehen.

Diskussion: Bestimmte Objekte werden mit dem Älterwerden als Teil seiner selbst erlebt, mit denen man in den Dialog tritt, die etwas von einem selbst widerspiegeln und Teil des seelischen Bodens darstellen. Dieser Boden wird als Basis verstanden, um weiterzumachen, standzuhalten, einen Sinn zum Leben zu finden. Es empfiehlt sich demnach, sich der Bedeutung derartiger Objekte bewußt zu sein besonders dann, wenn die Wohnung gewechselt wird oder gar ein Heimeinzug ansteht. Der Wegfall dieser Gegenstände kommt möglicherweise einem Identitätsverlust gleich: an ihnen erkennt die Person sich ein Stück weit wieder.

Quelle: Coleman, T., Wiles, J. (2020). Being with objects of meaning: cherished possessions and opportunities to maintain aging in place. *The Gerontologist*, 60(1), 41-49

Vgl.: Santagata, F. et al. (2021). The doll therapy as a first line treatment for behavioral and psychologic symptoms of dementia in nursing homes residents: a randomized, controlled trial. *BMC Geriatrics*, 21:545, <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02496-0>

In der italienischen Studie wird die Wirkung von Interaktionen mit Puppen auf herausforderndes Verhalten respektive neuropsychiatrische Symptome untersucht. Es wird angenommen, dass Puppen die Funktion von Übergangsobjekten einnehmen, also Sicherheit und Nähe angesichts von Stress und Ängsten vermitteln können. Gezielt werden Personen mit Demenz ausgesucht, die initial positiv auf Puppen (sogenannte ‚Empathiepuppen‘) reagieren. Diese Gruppe wird in eine Interventions-(n=26) und

Kontrollgruppe (n=26) unterteilt und Effekte nach der Interaktion mit Puppen beobachtet. Die Personen der Interventionsgruppe erhielten 2 Stunden am Morgen und 2 Stunden am Nachmittag eine Empathiepuppe. Daten zu herausforderndem Verhalten resp. neuropsychiatrischen Symptomen wurden zu Beginn, nach 45 Tagen und nach 90 Tagen erhoben. Insgesamt wiesen Personen der Interventionsgruppe weniger Agitiertheit und Aggressivität auf. Besonders stark erwies sich der Effekt auf die Symptome Dysphorie, zielloses Umherwandern und Apathie. Auch das Auftreten von Delirien verringerte sich. Die Medikation von Antipsychotika veränderte sich allerdings nicht in bedeutsamer Weise. Wichtig für die Anwendung dieser Intervention sind: Bemühungen, eine Infantilisierung zu vermeiden und herauszufinden, für wen diese Intervention geeignet ist. Für die letzte Frage gibt es nur die Möglichkeit, dies durch Versuch und Irrtum herauszufinden.

Wie immer kann auch hier nicht ausgeschlossen werden, dass die Puppe ein Medium für die Interaktion zwischen Pflegenden und Bewohnern dient und es eben auch diese Interaktion bzw. Zuwendung ist, welche den beschriebenen Effekt mit erzeugt.

Vgl.: Scerri, A. et al. (2021). Formal caregivers' perception and experiences of using pet robots for persons living with dementia in long-term care: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 77, 83-97

In der vorliegenden Literaturstudie werden Effekte von Roboter-Kuscheltieren (Robbe, Kate, Hund) auf Menschen mit Demenz zusammengefasst. Die Ergebnisse werden unter drei Rubriken gebracht:

Nützlich, aber nicht für jedermann: Im Urteil professionell Pflegende wirkt sich die Intervention deutlich positiv auf Agitiertheit und Rastlosigkeit, repetitives Verhalten und Vokalisierungen aus. Die Roboter-Kuscheltiere haben eine beruhigende („pacifier“) oder aktivierende Wirkung. Dies führen die Pflegenden zurück auf das taktile Feedback der Roboter-Bewegung, die den Eindruck vermitteln, berührt worden zu sein. Die Interaktion mit dem Kuscheltier regt auch Kontakte zu Angehörigen, Mitbewohnern und Besuchern an, dient als gemeinsamer Fokus für den Austausch. Den deutlichsten Gewinn sehen sie für Menschen, die sich alleine fühlen, depressiver Stimmung sind und sich zurückziehen. Zudem: das Kuscheltier haut nicht ab, muss nicht groß gereinigt oder gefüttert werden und verunreinigt nicht die Böden und Teppiche. – Es gibt aber auch BewohnerInnen, die auf das Objekt gar nicht oder sogar negativ reagieren.

Einschränkungen: Bedenken werden zu den auditiven Signalen geäußert – dies kann von anderen Mitbewohnern als störend wahrgenommen werden. Zudem sind die Geräte recht groß, unhandlich und sehr kostenintensiv. Die Geräte können den menschlichen Kontakt nicht ersetzen, durchaus aber anregen.

Schulungen und Trainings: Es konnte beobachtet werden, dass Bedenken seitens der Angehörigen durch Aufklärung und Schulungen gut beruhigt werden konnten. Wurden die positiven Effekte wahrgenommen, dann traten die Bedenken zurück. Es sei wichtig, diese Geräte regelmäßig und geplant einzusetzen, sie in die Tagesstrukturierung einzubauen. Noch nicht geklärt ist, ob sich der Neuigkeitseffekt schnell abnutzt und die Robot-Kuscheltieren uninteressant werden.

Insgesamt, so das Resümee, wirken sich diese Geräte für einige Bewohnerinnen, besonders aber für zurückgezogene, depressiv gestimmte, einsame Personen positiv aus und schaffen Gelegenheit und bilden den Anlass für mehr Austausch und Interaktion. Ihr Einsatz sollte in der Regel durch Schulungen ergänzt werden mit dem Ziel, die Geräte in die Tagesstruktur einzubeziehen.

Schlagnworte: Depressionen, Selbstpflege, erfolgreiches Altern, Milieu

(11) Überwachungstechnologie in der eigenen Häuslichkeit bedarf kontinuierlicher fachlicher Unterstützung, wenn sie von Nutzen sein soll

Ziel/Hintergrund: In den USA sind 83% aller Personen mit Demenz auf einen pflegenden Angehörigen angewiesen. Allerdings nimmt der Anteil der pflegenden Angehörigen stetig ab (und der der professionellen Hilfe stetig zu). Eine Möglichkeit, die Belastung der Angehörigen zu verringern, besteht in technologischen Hilfen. Eine dieser Hilfen besteht aus beständiger elektronischer Überwachung der Aktivitäten der Person mit Demenz. Bisherige Forschungen haben den tatsächlichen Nutzen (Wohlbefinden beider) im konkreten Alltag der eigenen Wohnlichkeit bislang ungenügend erwiesen. Häufig dauert es eine ganze Weile, bis die richtigen Technologien ausgewählt, implementiert, angepasst und eingeübt worden sind. Zum einen generiert diese Technologie fortlaufende Daten über Verhalten, zum anderen alarmiert sie den Angehörigen, wenn das Verhalten in kritischen Bereichen von den zuvor gesetzten Parametern abweicht (z.B. wenn die Wohnung verlassen wird). Vorliegende Langzeitstudie untersucht den Nutzen elektronischer Überwachung für Angehörige und zuhause lebende Menschen mit Demenz über einen 18-monatigen Zeitraum mit qualitativen und quantitativen Methoden. Dabei geht es nicht nur darum, ob sie einen Effekt haben, sondern wie und warum sie einen oder keinen Effekt haben.

Methoden: Ausgehend vom Prozess-Stress Modell werden Effekte auf Faktoren wie Rollenüberlastung, Rollengefangenschaft, Belastungserleben und Selbstwirksamkeit anhand von Fragebögen nach 6, 12 und 18 Monaten abgebildet. Abschließend erfolgten vertiefende Interviews mit 15 Teilnehmenden, welche die Technologie positiv sehen und 15, welche sie eher kritisch erlebt haben. Bei der elektronischen Fernüberwachung handelt es sich um in der Wohnung angebrachte Sensoren, die Abweichungen von einer zuvor erhobenen Basislinie des Verhaltens anzeigen und flugs den Angehörigen mittels Anrufe oder Mails Bescheid geben. Sogenannte ‚Dyaden‘ (Person mit Demenz und Angehörige) wurden gezielt gewonnen und per Zufall in eine Interventionsgruppe (die erhalten die Technologie) und eine Kontrollgruppe (erhalten monatlichen Anruf) aufgeteilt. Da nach einem Jahr festgestellt wurde, dass in einigen Fällen die Technologie unbemerkt nicht funktionierte, wurde für die Interventionsgruppe ein monatlicher Kontrollanruf mit einem technologischen Check-Up eingeführt. Beschrieben werden die einzelnen qualitativen und quantitativen Instrumente zur Datenerhebung und die anschließende Datenbearbeitung.

Resultate: 88 Teilnehmende wurden der Interventions- und 91 Teilnehmende der Kontrollgruppe zugewiesen. Nach 18 Monaten waren Verluste aus unterschiedlichen Gründen zu beklagen, so dass für die Schlussauswertung noch Daten von 77 Teilnehmenden aus der Interventions- und 81 aus der Kontrollgruppe zur Verfügung standen. Mehrheitlich wurde das System als akzeptabel und nützlich bewertet. Hilfreich waren insbesondere die Alarmmeldungen, die dazu beitrugen, Krisen rechtzeitig zu erkennen und zu verhindern. Erst nach längerer Zeit stellte sich ein gewisses Vertrauen zu der Technologie ein in dem Masse, in dem man die Daten, ihre Auswertung sowie die Präsentation der Daten nachvollziehen und nutzen konnte.

Qualitative Ergebnisse: Einige Teilnehmende hatten Mühe, sich an die vielen Anrufe oder Mails zu gewöhnen bzw. auf das Maß hin zu justieren, das für sie passte. Besonders zu Beginn machen die Teilnehmenden eine steile Lernkurve durch oder verzweifelten zuweilen. Einige berichteten über eine gute Unterstützung, andere erlebten die Trainingszeit zu kurz gegriffen und hätten sich Wiederholungen gewünscht. Einige Personen mit Demenz störten sich anfangs an den Sensoren und vergaßen sie dann, andere empfanden sie beständig und sogar zunehmend als unerwünschte Bewachung. Die Zunahme der Demenz erforderte häufig eine ständige Präsenz des Angehörigen vor Ort mit der Folge, dass die Meldungen recht überflüssig waren (man war ja vor Ort). Andere wiederum bewerteten die Alarmmeldungen als besonders hilfreich, besonders den Sensor an der Ausgangstür. Wiederum andere erlebten die Person mit Demenz als wenig auffällig und herausfordernd, so dass es kaum zu relevanten Meldungen kam. Die Daten erwiesen zum Teil nützlich, um Verhalten gegenüber Ärzten oder Behörden zu objektivieren, so z.B. bei der Behandlung von Schlafstörungen. In einigen, aber nicht allen Fällen trug das System dazu bei, der Person mit Demenz mehr Freiheitsräume zu ermöglichen und länger in der eigenen Wohnlichkeit zu verbleiben.

Quantitativ: Es ließ sich in den 18 Monaten kein Effekt auf das Belastungserleben der Angehörigen erweisen, also z.B. auf Depressivität, Rollenüberlastung oder Rollengefangenschaft.

Diskussion: Obgleich quantitativ eine direkte Entlastung nicht dargestellt werden konnte, sind viele Ergebnisse, warum etwas nutzte oder nicht, für die Weiterentwicklung hilfreich. Die Bandbreite der Reaktionen und Effekte erwiesen sich als höchst unterschiedlich. Zeitweise war System als hilfreich, dann wieder nicht. Insgesamt ergibt sich ein sehr komplexes Bild für die Nutzung von

Überwachungstechnologien, abhängig von der Technologieaffinität der Nutzer, dem Schweregrad bzw. dem Voranschreiten der Demenzerkrankung, des Bedarfs an fortlaufender Unterstützung für die Nutzung der Technologie. Insgesamt belegt die Studie, dass die meisten Angehörigen intensive und fortlaufende Unterstützung benötigen, um die Technologie zu nutzen. Ansonsten wird sie abgestellt, nicht mehr beachtet, mehr störend denn nützlich empfunden. Es reicht nicht, zu Beginn umfassend zu schulen und die Technologie zu installieren und anzupassen: der Wartungs- und Anpassungsbedarf ist kontinuierlich gegeben und immer wieder müssen bestimmte Technologien entfernt und andere implementiert werden. Erfolgt dies nicht, wird die Technologie eher zu einem zusätzlichen Stressor für die Angehörigen. Fazit: der kontinuierliche Begleitungs- und Serviceaufwand bei dieser Art von Technologie ist erheblich und damit kostenintensiv.

Quelle: Gaugler, J., Zmora, R. et al. (2021). Remote activity monitoring for family caregivers of persons living with dementia: a mixed methods, randomized controlled trial. BMC Geriatrics 21:715, <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02634-8>

Schlagerworte: Überwachungstechnologie, Demenz, Angehörige

(12) Machtdynamiken im Pflgeteam – die Bedeutung von Würdigkeit und Wechselseitigkeit im Kontext der Annahme von Hilfen

Ziel/Hintergrund: Ausgehend von der Erkenntnis, dass die Anzahl der Pflegenden nicht alleine ausschlaggebend für die Pflegequalität ist, besteht die Frage, welche anderen Faktoren hineinspielen. Ein solcher Faktor stellt die Dynamik im Team, also die Art der Beziehungen unter den Mitarbeitenden dar.

Angelernte MitarbeiterInnen (residential care aids: RCA) machen in vielen Ländern den Großteil der Pflegenden aus, finden sich aber in Bezug auf Anerkennung, Respekt, Mitbestimmung eher am unteren Ende wieder. Es besteht die Vermutung, dass unter starkem äußerem Druck (schwierige Klienten, knappe Besetzung, hohe Anforderungen) die Pflegequalität wesentlich davon abhängt, wie sich die Teamqualität, die Kommunikation und Zusammenarbeit in dieser MitarbeiterInnengruppe darstellt. Einige Studien machen darauf aufmerksam, dass sich unter dem beschriebenen Druck informelle Hierarchien verschärft ausbilden können (nicht müssen), die durch soziale Prozesse gesteuert werden wie z.B. soziale Exklusion (mit bestimmten MitarbeiterInnen wird nicht oder kaum geredet), Tratsch, hinter dem Rücken negative Stimmung machen, Beschuldigungen und Kritik, Nichtweitergabe von Informationen. Den Teilnehmenden sind diese Mechanismen nur z.T. bewusst, in der Regel halten sie diese für ‚natürlich‘ und haben wenig im Blick, wie sie selbst diese Prozesse beständig re-initialisieren. Diese Dynamiken haben Folgen für die Qualität in der Versorgung. Vorliegende Studie geht der Frage nach, um welche Themen herum diese Prozesse und Dynamiken gruppiert sind.

Methoden: Es handelt sich um eine ethnographische Studie, die mehrere Methoden nutzt, darunter Einzelinterviews, Fokusinterviews und teilnehmende Beobachtungen. Die Studie wurde in 2 kanadischen Einrichtungen (gemeinnützig) mit jeweils 100 Plätzen durchgeführt. Insgesamt nahmen 38 Teilnehmende teil. Interviews und 100 Stunden Beobachtungen erstreckten sich über einen Zeitraum von 13 Monaten. Beschrieben wird die qualitative Inhaltsanalyse.

Resultate: Die Ergebnisse werden unter drei Rubriken vorgestellt: Hilfe einfordern, Hilfe annehmen, Hilfe verweigern.

Hilfe einfordern: Es fällt schwierig, von Kolleginnen Hilfe einzufordern, mit denen man

zuvor einen Konflikt hatte. Die Pflegesituation wird als sensibel und kritisch wahrgenommen, so dass man nur von einer Person Hilfe annehmen kann, mit der man sich gutsteht. Das zeigt sich u.a. daran, dass Pflegende, während sie mit einem Bewohner arbeiten, beständig verbal und nonverbal miteinander im Kontakt sind. Im Kontrast dazu signalisieren Kolleginnen ihre Abneigung zu helfen oft eher indirekt durch Augenrollen, betontem Stöhnen, Schnaufen oder Seufzen oder ignorieren die Anfrage. Es wird einem deutlich gemacht, dass die Anfrage eine Unverschämtheit, einen Übergriff darstellt. Dann weiß man, dass man sozial ausgeschlossen ist und traut sich nicht mehr zu fragen.

Hilfe annehmen: Schnell, eigenständig und gut zu arbeiten – damit erweist man seine ‚Würdigkeit‘, Hilfe zu bekommen. Zudem muss man darauf achten, selber Hilfe vor oder nach der Annahme von Hilfe der Kollegin seinerseits anzubieten – das System der Wechselseitigkeit. Die Annahme: ‚Ich arbeite hier sehr hart, ich erwarte das auch von dir; wenn du das nicht leistest, dann bist du nicht würdig, Hilfe zu erhalten.‘

Insbesondere den ‚Langsamen‘ wird unterstellt, ihren Beitrag (die Quantität der Pflegeeinheiten) nicht ausreichend zu leisten, so dass nicht eingesehen wird, denen auch noch zu helfen. MitarbeiterInnen beobachten sich beständig, wer hier welchen Beitrag leistet: diese Wahrnehmungen verdichten sich mit der Zeit zu festen Urteilen, welche die implizite Hierarchie bestimmen.

Durch Anbieten von Unterstützung und Hilfe kann man sich ‚hocharbeiten‘: ‚you have got to play the game.‘ Und umgekehrt: wird einem ‚hochrangigem Mitglied‘ keine Hilfe angeboten, dann beginnt diese, schlecht über die Kollegin zu denken und zu reden, so dass letztere an Status und Ansehen verliert.

Neue MitarbeiterInnen bekommen das ‚Spiel‘ schnell mit und wissen, dass sie eine besondere Anstrengung machen müssen, um hier akzeptiert zu werden. Man muss sich beweisen durch schnelles, gutes Arbeiten und das Anbieten von Hilfe.

Die Rangordnung wird deutlich: während ‚hochstehende‘ Mitglieder, die schon lange in der Einrichtung arbeiten, Anspruch auf sofortige Hilfe erheben und auch erhalten, müssen ‚rangniedrige‘ Mitglieder zumeist warten, bis sie Hilfe bekommen. Dabei wird erwartet, dass sie nach Möglichkeit keine Hilfe einfordern, aber wenn, dann mit Wartezeit. Macht man in diesem Spiel mit, wartet geduldig, bietet den ‚Hochrangigen‘ schnell und wiederholt Hilfe an, dann steigt man im Ansehen und Status auf.

Hilfe verweigern: Hat man erst einmal einen schlechten Ruf, kann das ‚Hocharbeiten‘ gelegentlich schwierig werden: zwar bietet die rangniedrige Mitarbeiterin Hilfe an, aber

diese wird nicht angenommen. Die Bemühungen, im Team anzukommen, werden sabotiert. Einige Mitarbeiterinnen reagieren auf diese Zurückweisung dadurch, dass auch sie keine Hilfe mehr einfordern, selbst dann, wenn Verletzungs-/Unfallgefahr des Bewohners und damit gefährliche Pflege entsteht. Hierbei kann sich ein Teufelskreislauf von sich aufschaukelnder Isolation und Selbstisolierung entstehen mit riskanten Folgen für die Klienten.

Diskussion: Unabhängig von der Aufbauorganisation entwickelt sich eine Hierarchiedynamik, die über das Annehmen, Anbieten, Verweigern von Hilfe und Unterstützung reguliert wird. Schnell, hart, gut zu arbeiten und Unterstützung anzubieten sind Möglichkeiten, Anerkennung und Status zu gewinnen. Diese Hierarchie bestimmt maßgeblich die Arbeitsbeziehungen und damit auch die Arbeitsqualität. Ist die Hierarchie stabil und ausgeglichen – also hat jeder /jede ihren/seinen akzeptierten Platz, dann funktioniert das Team gut. Unter den Bedingungen von Personalknappheit und höheren Arbeitserfordernissen nimmt die Bedeutung der Wechselseitigkeit und damit die Dynamik in den Machtbeziehungen eher zu als ab. Je schwieriger und anstrengender die Arbeit, desto wichtiger ist es, seinen Wert zu beweisen durch Schnelligkeit und Wechselseitigkeit im Anbieten und Annehmen von Hilfe. Für die Beteiligten fühlt sich dies ‚natürlich‘ an, eine selbstverständliche Reaktion auf die gegebenen Arbeitsbedingungen.

Abschließend diskutieren die Autoren Möglichkeiten der Vorgesetzten, durch Maßnahmen wie Mentoren, offene Kommunikation, persönliche Begleitung der Mitarbeitenden vor Ort, Anerkennung und Supervision ein vertrauensvolles Klima zu schaffen, in dem gegenseitige Hilfen selbstverständlich sind. Hier kommt den Wohn/Pflegebereichsleitungen eine besondere Verantwortung zu, für die sie allerdings auch gezielte Schulungen und ggf. Supervision benötigen.

Quelle: Cooke, H., Baumbusch, J. (2021). Not just how many but who is on shift: The impact of workplace incivility and bullying on care delivery in nursing homes. *The Gerontologist*, 61(4), 563-572

<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2777657>

Schlagworte: MitarbeiterInnen, Teamdynamik, Arbeitsbeziehungen

(13) Pflegende in Einrichtungen erweisen sich als risikoscheu

Ziel/Hintergrund: In stationären Einrichtungen stehen die Werte Risikovermeidung und persönliche Präferenzen der Bewohner in einer Spannung und widersprechen sich zuweilen. Professionell Pflegende sind in dieser Spannung gehalten, zum einen die Sicherheit und eine Minimierung von Risiken zu gewährleisten, zugleich aber die Präferenzen zu beachten. Allerdings werden Präferenzen, wenn überhaupt, dann eher im Plan verschriftlicht als konkret berücksichtigt. Pflegende vermissen und beklagen die mangelnde Berücksichtigung von Präferenzen, rechtfertigen dies aber mit Behördenauflagen, Regularien und Ängsten vor Haftungsfolgen. Die Studie geht der Frage nach, wie Pflegende Risiken wahrnehmen im Zusammenhang mit der Berücksichtigung persönlicher Präferenzen.

Methoden: Daten werden im Rahmen von mehreren, aufeinander folgenden Fokusinterviews anhand von Leitfragen gewonnen und qualitativ ausgewertet.

Resultate: 27 Pflegende aus drei stationären Einrichtungen wurden in insgesamt 12 aufeinander folgenden Fokusinterviews befragt. Die Befragten benannten vielfältige Risiken bei den Aktivitäten des täglichen Lebens im Zusammenhang mit Bewegung, Ernährung, Körperpflege und Hautzustand, Nutzung von (Geh)Hilfen, Einnahme von Medikamenten, Transfers, Alleinsein im Zimmer, Toilettengängen und Inkontinenzversorgung und Sitzposition.

Risikovermeidende Haltungen und Verhalten erweisen sich dabei dominant auf allen Ebenen der Personen, der Abläufe und der Institution insgesamt. Dies wird auf drei Ebenen weiter beschrieben:

Werte: Risiken gilt es zu verringern – die Bewohner sollen so weit wie es geht sicher und geschützt sein. Dies hat in der Regel Vorrang vor dem, was der Bewohner oder die Familie wünschen. Ängste bestehen, im Zweifelsfall zur Verantwortung gezogen zu werden. Was im Pflegeplan stehe habe in der Regel Vorrang vor dem, was der Bewohner wünsche. Risiken gehe man nur ein, wenn man sicher sei, die Konsequenzen vorhersagen zu können.

Unterstützung für das Eingehen von Risiken: Es gibt etablierte Praktiken, mit risikobehafteten Wünschen umzugehen. Zunächst wird verhandelt, um sich z.B. mit

Familien auf ein akzeptables Risiko zu einigen. Je eher die Familie den verhandelten Risiken zustimmt, desto eher gehen Pflegende diese auch ein. Dann wird versucht, Bewohner und Familien aufzuklären, wie man Risiken (z.B. bei kritischen Nahrungsmitteln) vermeiden bzw. minimieren kann. Werden dann Risiken eingegangen, versuchen Pflegende, die Situation in möglichst großer Nähe zu beobachten und ggf. einzugreifen. Zuletzt versuche man, mit den Kollegen über vorhandene Risiken über eins zu kommen, so dass man nicht als Einzelner die Verantwortung tragen muss.

Herausforderungen bei risikobehafteten Präferenzen: Pflegende berichten, dass die Gesamtkultur der Einrichtungen das Eingehen von Risiken nicht würdige, eher das Gegenteil. Viele Einrichtungen zeigen in der Praxis wenig Verständnis oder Toleranz, wenn bestehende Regeln zur Risikovermeidung nicht beachtet werden. Sei vorgeschrieben, dass ein Bewohner nur zu zweit zu pflegen sei, müsse man dies beachten auch dann, wenn man sicher sei, es alleine bewältigen zu können. Weitere Risikofelder, die strengen Regularien unterworfen sind, lauten auszugsweise: etwas für den Bewohner einkaufen, Berücksichtigung von Nahrungspräferenzen (z.B. bei Diabetes), die Medikamente selbstständig verwalten, Selbstbestimmung bei Art und Umfang der persönlichen Hygiene, Rauchen, unbeaufsichtigtes Verlassen der Einrichtung. Zwar mache es einem etwas aus, wenn sich die Bewohner ärgern, wenn ihre Präferenzen nicht berücksichtigt werden, aber ‚der Bewohner muss verstehen lernen, dass wir ja nur in seinem/ihrem besten Interesse handeln‘. Im Zweifelsfall obsiegt eine paternalistische Haltung. Weiterhin werden angeführt: viele miteinander konkurrierende Anforderungen, Mangel an Erfahrung, zu viele gleichzeitig zu versorgende Bewohner. Dies resultiert in einem Verhalten, das Präferenzen wenig Raum gibt. Dies gilt besonders bei Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen.

Diskussion: Obwohl person-zentrierte Pflege und Berücksichtigung von Präferenzen großgeschrieben wird, dominieren in der Praxis risikofeindliche Haltungen auf allen Ebenen einer Einrichtung – sie bildet das dominante Werte- und Wahrnehmungsgerüst. Diese Risikophobie setzt der Berücksichtigung persönlicher Präferenzen deutliche Grenzen. Pflegende nehmen für sich hier einen eng begrenzten Entscheidungsspielraum wahr. Risiken werden nur eingegangen, wenn ihre Konsequenzen vollständig beherrschbar und vorhersehbar sind. In der Regel erweisen sich Pflegende als risikoscheu/phobisch in dem Sinne, dass alle Angelegenheiten des Alltags primär aus der Perspektive möglicher Risiken wahrgenommen werden. All dies

steht in deutlichem Kontrast zu evidenzbasierten Praktiken und Empfehlungen, die das Eingehen von Risiken als notwendigen Teil des Lebens und der Lebensqualität auch von alten, kognitiv beeinträchtigten BewohnerInnen ansieht.

Die Autoren plädieren für ein präferenzorientiertes Risikomanagement mit den Elementen: Einschätzung von Präferenzen und Risiken, Umgang mit präferenzorientierten Risiken, die eigene Haltung zu präferenzorientierten Risiken erkunden und daran arbeiten. Abschließend reflektieren die Autoren die rechtlichen und regulatorischen Kontexte und merken an, dass deren Risikofeindlichkeit nicht dazu beiträgt, die Lebensqualität von Heimbewohnern positiv zu verändern.

Quelle: Behrens, L., Bolz, M., Kolanowski, A., Abbott, K. et al. (2020). Pervasive risk avoidance: Nursing staff perceptions of risk in person-centered care delivery. *The Gerontologist*, 60(8), 1424-1435

Schlagworte: Person-zentrierte Pflege, Risiken, professionell Pflegende

Vgl.: Lundin, A., Bülow, P., Stier, J. (2021). Assistant nurses' positioned accounts for prioritizations in residential care for older people. *The Gerontologist*, 61(4), 573-581

<https://doi.org/10.1093/geront/gnaa154>

Sind Pflegende Täter, Opfer oder beides – und aus welcher Perspektive? Die zunehmende Ökonomisierung und Regulierung stationärer Pflege begrenzt die Zeit für Interaktion, Kommunikation und Berücksichtigung individueller Präferenzen und tangiert das Wohlbefinden von Bewohnern und Mitarbeitern in gleicher Weise negativ. Die vorliegende Studie befasst sich mit der Frage, wie Pflegende ihr Handeln und ihre Haltung in dieser Situation begründen und rechtfertigen.

In bisher vorliegender Forschung werden zumeist der Mangel an Ressourcen sowie die Dokumentationserfordernisse als Gründe genannt. Solche Rechtfertigungen (engl.: 'accounts') haben die Funktion, die Person von der Nichtbeachtung von Regeln und Werten zu ,entschulden'. Hierzu werden in betroffenen Gruppen ,storylines' entwickelt, die helfen, sich der eigenen professionellen Identität zu vergewissern und als moralisch Handelnde zu positionieren. Durch diese Narrative werden auch andere, die Organisation, die Rahmenbedingungen und deren Vertreter ,positioniert'. Zwar stellen

sich Letztere ‚marktgerecht‘ als personenzentriert dar, werden nun aber mit einer Gegenrechnung („counter narratives“) konfrontiert. Dies hilft die eigene professionelle Ehre – angesichts der als mangelhaft eingeschätzten Versorgung - wiederherzustellen: ‚wir konnten ja nicht anders, obgleich wir wollten‘.

Insgesamt 12 Personen werden in der schwedischen Studie befragt, wie sie damit umgehen, schneller arbeiten und ihre Zuwendung begrenzen zu müssen. Dabei wird berücksichtigt, dass es sich um (kollektive) Rechtfertigungen handelt, die gemeinsam entwickelt werden und sich im Diskurs beständig verändern und wechselseitig aneinander anpassen.

Die beschriebenen Diskurse („Organisationale Erzählungen“) kreisen um das zentrale Thema des/der ‚zerissenen Pflegers/in‘ („torn carer“). Demnach wäre es das Wichtigste, gemeinsame Zeit mit den Bewohnern zu verbringen. Dabei wird die Bedeutung des ruhigen Dabei-Sitzens betont. Genau dies wird durch die Rahmenbedingungen verhindert: sitzen tue man vor dem Computer oder der Dokumentation, ansonsten ‚renne‘ man. Im Kern müsse man gezwungenermaßen Werten nachkommen, die den eigenen diametral entgegenstünden und mit Pflege wenig, bis nichts zu tun hätten. Gegen diese Bedrohungen befinde man sich in einem fortwährenden Abwehrkampf, der darin bestehe, trotz dieser der Pflege entgegenstehenden Werte dennoch dem eigenen Anspruch gerecht zu werden. In dieser Erzählung stehen Bewohner und Mitarbeiter gemeinsam auf der einen Seite und werden gemeinsam durch die ‚anderen‘ viktimisiert.

Abschließend überlegen die Autoren die Möglichkeit, durch Reflexion diese Erzählung aufzubrechen, z.B. mit der Frage, ob die eigenen Werte nicht eben doch in den täglichen pflegerischen Begegnungen gelebt und verwirklicht werden? Ob es dort nicht eben all dies gibt: Wahlmöglichkeiten, Prioritäten, Begegnung, Nähe und gemeinsame Freude? Ob es nicht doch mehr Handlungsfreiräume gibt als die dominante Erzählung vorzuhalten scheint. Durch derlei Reflexionen wäre es möglich, der Engführung der Erzählung vom ‚torn carer‘ entgegenzuwirken und für sich und die Gruppe eine hoffnungsvollere und realistischere Perspektive zu gewinnen und damit der Opferposition zu entrinnen.

(14) Ältere Psychatriepatienten weisen häufiger sexuellen Missbrauch auf als die Vergleichsbevölkerung

Ziel/Hintergrund: Studien belegen einen Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und sexuellen Missbrauch. Zugleich berichten psychisch kranke Menschen davon eher selten im Rahmen einer Behandlung. Es liegt nahe, diesen Zusammenhang auch bei alten psychisch kranken Menschen zu vermuten, belegt ist dies allerdings kaum. Mögliche Gründe könnten sein, dass das Reden über sexuelle Übergriffe in früheren Zeiten mit einem Tabu belegt war, verinnerlicht wurde, selber daran schuld zu sein, dass alte Menschen eher als asexuell wahrgenommen werden und daher weniger nachgefragt wird, jüngere Gesundheitsarbeiter Hemmungen haben könnten, hier nachzuhaken bzw. Angst haben, etwas auszulösen, das sie nicht mehr auffangen können.

Es ist damit zu rechnen, dass ein immer größer werdender Anteil der Psychatriepatienten alte Menschen sind und sein werden. Für deren Behandlung ist es wichtig, die Hintergründe psychischer Erkrankungen zu verstehen und entsprechend diese zu erfragen. Vorliegende belgische Studie untersucht den über die ganze Lebenszeit hinweg bestehenden Umfang sexuellen Missbrauchs anhand einer ausgesuchten Population von Psychatriepatienten in Flandern.

Methoden: Befragt werden ältere Psychatriepatienten (70 Jahre und älter) aus drei verschiedenen Psychiatrieabteilungen in drei Städten. Patienten mit einer akuten Psychose wurden ausgeschlossen. Insgesamt 100 Patienten konnten befragt werden.

Resultate: Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 78 Jahre, 66% davon Frauen. An erster Stelle der psychiatrischen Symptomatik stand Depressivität, gefolgt von Angsterkrankungen, PTBS und Alkoholabhängigkeit. 57% berichteten über sexuelle Viktimisierung, 65% der Frauen und 42% der Männer. Eine/r von dreien berichtete von sexuellen Übergriffen in einem Alter vor dem 18. Lebensjahr, eine in fünf der Frauen über (versuchte oder vollzogene) Vergewaltigung. In den letzten 12 Monaten erfuhren 7,3% der Befragten zumindest eine Form der sexuellen Viktimisierung. Patienten ohne Partner und/oder mit einer niedrigen Bildung erfuhren deutlich mehr sexuelle Viktimisierungen als Patienten, die in Partnerschaft lebten und/oder über eine höhere Bildung verfügten. Im Vergleich zu Patienten ohne sexuelle Viktimisierung wiesen Patienten mit eben dieser geringfügig mehr psychiatrisch relevante Symptome auf.

Täter wurden zu 80% als männlich beschrieben, zumeist Freunde (26%), unbekannte Täter (21%), Familienmitglieder (13%), Bekannte (15%), in nur 5,7% der Fälle um den Partner. Insgesamt handelte es sich bei den Tätern in 80% der Fälle um den Opfern bekannte Personen. Mehr als die Hälfte der Befragten bekundeten, anlässlich dieser Befragung zum ersten Mal in ihrem Leben über sexuelle Übergriffe gesprochen zu haben. Nur 11% der Befragten gab an, in ihrem Leben diesbezüglich nach professioneller Hilfe nachgefragt zu haben.

Diskussion: Sexuelle Viktimisierungen bilden bei älteren Psychatriepatienten oft den Hintergrund für das Verständnis psychischer Erkrankungen. Die Häufigkeit ist höher im Vergleich zu älteren Personen ohne psychische Erkrankungen (dort 44%). Die niedrige Angabe von sexuellen Übergriffen durch Partner erklären die Autoren damit, dass in früherer Zeit diese nicht als Straftatbestand wahrgenommen wurden.

Ältere Psychatriepatienten kommen von sich aus nicht auf sexuelle Viktimisierungen zu sprechen. Inwieweit diese (mit)ursächlich für die psychische Erkrankungen anzusehen sind, wird im Einzelfall zu prüfen sein. Dennoch sollten im Rahmen der gerontopsychiatrischen Befundungen Fragen nach sexueller Viktimisierung in angemessener Weise und im Rahmen des Beziehungsaufbaus gestellt werden. Viele der Befragten zeigten sich dankbar, Erfahrungen bezüglich sexueller Viktimisierung endlich berichten zu können. Sie sind in der Regel bereit, das Schweigen zu brechen, wenn sie angemessen darauf angesprochen werden. Die Autoren stellen Parallelen dazu her, wie alte Menschen zu häuslicher Gewalt befragt werden: für beides gelte es, entsprechende Leitlinien und Assessments zu erstellen und Pflegenden darauf vorzubereiten.

Quelle: Nobels, A., Keygnaert, I. et al. (2021). „Breaking the silence ‘: Sexual victimization in an old age psychiatry patient population in Flanders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36, 1550-1558

Schlagworte: sexueller Missbrauch, Psychiatrie, Assessment

Vgl.: Nobels, A., Cismaru-Inescu, A. et al. (2021). Sexual violence in older adults: a Belgian prevalence study. *BMC Geriatrics* 21:601, <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02485-3>

(15) Bedürfnisse und Präferenzen von Menschen mit Demenz finden im Krankenhaus wenig Beachtung

Ziel/Hintergrund: Menschen mit Demenz im Krankenhaus weisen zumeist einen hohen Grad an Multimorbidität zusammen mit komplexen Pflegebedarfen auf. Dies erfordert ein komplexes Assessment, das nicht nur auf die Person, sondern auch auf die Familie und weitere Personen und Dienste zurückgreifen muss. Besonders herausfordernd ist der Umstand, dass die kognitive Beeinträchtigung die Beteiligung der Person erschwert, zugleich aber gewichtige, sehr persönliche Entscheidungen mit Bezug auf Entlassung zu treffen sind. Für alte Menschen mit Demenz bedeutet der Krankenhausaufenthalt möglicherweise eine gravierende Zäsur für ihre bisherige Lebensweise. Wie also werden aufgrund welcher Informationen und Beteiligung welcher Personen Entscheidungen im Krankenhaus gefällt? Vorliegende Studie aus England berichtet, wie dies konkret ausschaut (nicht, wie es gedacht ist), welche Personen und Perspektiven entscheidend sind und in welchem Umfang Personen mit Demenz zu Gehör kommen.

Methoden: Die Datensammlung erfolgte in zwei geriatrischen Abteilungen in zwei nordenglischen Städten über einen Zeitraum von 9 Monaten hinweg. Es kommen verschiedene Methoden zur Anwendung wie z.B. Beobachtung, informelle Konversationen, Tiefeninterviews mit Angehörigen, Gesundheitsarbeitern und Personen mit Demenz. Über die Zeit hinweg wurde versucht, mit den Beteiligten ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und dadurch vertiefen Einblick in die Gesamtsituation zu gewinnen. Insgesamt basiert die Studie auf Daten von 12 ‚Dyaden‘ (Person mit Demenz und Angehöriger), die über einen längeren Zeitraum begleitet, beobachtet und befragt wurden. Zudem wurden Situationen in Augenschein genommen, in denen wichtige Entscheidungen fallen wie z.B. Patientenkonferenzen und Angehörigengespräche. Insgesamt basiert die Studie auf 400 Stunden Beobachtung und 46 Tiefeninterviews sowie Feldnotizen und informellen Gesprächen. Die fortlaufende Datenanalyse führte während der Studie immer wieder zu Veränderungen im Fokus der Datensammlung. Beschrieben wird die Inhaltsanalyse.

Resultate: In der Analyse werden die unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten herausgearbeitet. Jede Gruppe entwickelt ein eigenes Bild des Patienten und verfügt

über ein eigenes, aber partielles Wissen über die Bedürfnisse.

Gesundheitsarbeiter: Die Perspektive der Mitarbeitenden ist geprägt von Fragen nach physischen Bedürfnissen, funktionalen (auch kognitiven) Defiziten und vorhandenen Risiken. Ziel ist es, an Informationen zu gelangen, die eine ‚sichere Entlassung‘ ermöglichen, die nicht zu kritischen Nachfragen und Rechtsfolgen zulasten des Hospitals führen. Zwar werden auch andere Informationen eingeholt zu Routinen, Gewohnheiten, sozialen und emotionalen Bedürfnissen, aber diese Informationen gehen so gut wie nie in die Pflegeplanung ein oder werden selten mit hoher Priorität versehen. Mitarbeitende mit einer höheren Demenzexpertise haken schon einmal nach (‚Möchte die Patientin wirklich freiwillig ins Heim?‘) und dies wird bedeutsamer, wenn Leitungen und Ärzte vermehrt danach fragen. Gelegentlich, aber wird kritisch angemerkt: ‚was helfen mir diese psychosozialen Informationen für Entscheidungen, die jetzt anstehen? Zumeist sind sie dafür irrelevant.‘

Familie: Die Perspektive der Familienmitglieder ist bestimmt vom Leben außerhalb der Institution. Verfassung (damit auch die jetzt vorhandenen Fähigkeiten bzw. Kompetenzen) und Bedürfnisse während des Krankenhausaufenthaltes sind ihnen nur teilweise zugänglich. Mangelnde Kommunikation mit Gesundheitsarbeitern haben zur Folge, dass letztere wenig über die Lebensgeschichte, das normale Verhalten der Person wissen und Gefahr laufen, die Person auf das zu reduzieren, was sich jetzt und hier zeigt. Familien berichten zwar, dass sie gebeten werden, psychosoziale Assessments auszufüllen, dennoch aber den Eindruck gewonnen haben, dass diese keine Rolle spielen.

Person mit Demenz: ...sind sich oft nicht darüber im Klaren, warum sie hier sind. Sie sind sich möglicher Risiken häufig nicht bewusst und scheinen ihre Fähigkeiten zu überschätzen. Allerdings werden sie auch wenig über ihre Verfassung informiert oder wenn, dann auf eine Art und Weise, die sie nicht verstehen. Sie erleben, wie andere oft in ihrer Gegenwart über sie reden, aber mit ihnen selbst wird weniger gesprochen. Sehr häufig wird ungeprüft angenommen, die Person könne sich an dem Gespräch nicht sinnvoll beteiligen und sei überfordert.

Partielle Perspektiven innerhalb der Gruppen: Familienmitglieder hegen oft sehr konträre Auffassungen über die Kompetenzen des Patienten und sind sich nicht einig, was in deren besten Interesse zu tun sei. Auch Gesundheitsarbeiter sind sich nicht einig: ein besonderer Kontrast (mitunter auch konfliktrichtig) besteht zwischen den Pflegenden, die täglich Kontakt haben, und Angehörigen von Disziplinen (Physio- und Ergotherapie, Ärzten), die seltener und funktionaler Kontakt zum Patienten haben. Es

sei schwer, sich von Menschen mit Demenz ein klares Bild zu machen, da sie im eigenen Heim eine sehr viel höhere Kompetenz an den Tag legen als unter den Bedingungen des Krankenhausaufenthaltes.

Die Perspektiven angleichen: Zumeist sind es formale Diskussionen, in denen unterschiedliche Perspektiven zusammenkommen. Zumeist kreisen diese um das Thema Entlassung. Es besteht ein erheblicher Druck auf den Gesundheitsarbeitern, Entlassungen zügig vorzunehmen, allerdings unter Vermeidung einer zeitigen Wiederaufnahme. Aus der Perspektive des Krankenhauses ist es wichtig, verantwortungsvoll mit den vorhandenen Risiken umzugehen: die Präferenzen und Wünsche der Patienten mit Demenz sind daher systemisch eher unbedeutend. Dies ist besonders dann der Fall, wenn zum einen die Entscheidungsfähigkeit des Patienten fraglich ist und eine Heimunterbringung gegen den Willen des Patienten ansteht. In diesem Fall werden Entscheidungen zwischen Krankenhaus und Angehörigen ausgehandelt, ohne dass die Patienten beteiligt werden. Letztere haben also die schlechteste Verhandlungsposition. Daher hängt viel von der Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit des Patienten ab. Die Beobachtungen und Interviewaussagen lassen an der Qualität dieser Beurteilungen (im englischen Kontext) zweifeln.

Diskussion: Die Studie unterstreicht die Bedeutsamkeit des Informationsaustausches und der wechselseitigen Beratung. Besonders die Perspektive der Patienten auf sich selbst, ihre Wünsche und Präferenzen kommen – trotz einigen Bemühens und entgegen der erklärten Absicht - in der Regel aus systemischen und zeitbezogenen Gründen unter die Räder. Patienten mit Demenz werden wenig informiert und beteiligt.

Weiterhin reichen die vorhandenen Gesprächskontexte nicht aus, die verschiedenen und unterschiedlichen Perspektiven wahrzunehmen und auszuhandeln – dies sowohl innerhalb als auch zwischen den beschriebenen Gruppen. Abschließend plädieren die Autoren für die Notwendigkeit, den kommunikativen Prozessen innerhalb und zwischen den Beteiligten, insbesondere aber der Perspektive der Patienten selbst, sehr viel mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Die Autoren erstellen eine Liste möglicher Aktivitäten, die dazu beitragen könnten.

Quelle: Kelley, R., Godfrey, M. et al. (2021). Knowledge exchanges and decision-making within hospital dementia care triads: an ethnographic study. *The Gerontologist*, 61(6), 954-964

<https://pdfs.semanticscholar.org/a7cd/34b50e8ddb42cb5a7f4e14ef11f65ad4e1bd.pdf>

Schlagworte: Krankenhaus, Demenz, Angehörige

Vgl.: Surr, C., Sass, C. et al. (2020). Components of impactful dementia training for general hospital staff: a collective case study. *Aging & Mental Health*, 24(3), 511-521

<https://eprints.leedsbeckett.ac.uk/id/eprint/5372/1/ComponentsOfImpactfulDementiaTrainingForGeneralHospitalStaffAM-SURR.pdf>

Die englische Studie beschreibt eine Fallstudie zum Demenztraining im Allgemeinkrankenhaus. Zu diesem Zweck werden Krankenhäuser ausgesucht, die nach englischen Kriterien eine hohe Qualität bezüglich Demenzfortbildung und demenzsensible Pflegepraxis aufweisen. Neben Interviews von Teilnehmenden (Fokusinterviews anhand von Szenarien) und Auszubildenden (Trainern) wird die konkrete Praxis durch Beobachtung (DCM) angeschaut. Die Ergebnisse werden gegliedert in sieben Themenbereichen vorgestellt:

Design: Alle beteiligten Krankenhäuser nutzen Trainingsformate, welche auf die Aufgaben der Pflegenden im Krankenhaus speziell zugeschnitten waren. Beständiges Feedback hilft, das Trainingsdesign weiterzuentwickeln.

Umsetzung: Besonders geschätzt wird ein hoher interaktiver, diskussionsfreudiger Anteil, Einblicke in das Erleben der Demenz sowie eine engagierte, lebendige („enthusiastic“) Präsentation der Inhalte. Zwar wird der Einsatz von Rollenspielen und simulierten Situationen sehr geschätzt, von Teilnehmenden aber auch bedrohlich und beängstigend erfahren – ein Umstand, dem selten adäquat Rechnung getragen wird. Videobeispiele und verschriftlichte Szenarien helfen, sich in die Situation von Menschen mit Demenz zu versetzen.

Lernen: Praktische Aspekte zu verschiedenen Pflegesituationen sowie die Entwicklung von mehr Empathie werden als wichtigste Themen benannt.

Verhalten: Menschen mit Demenz besser zu verstehen, angemessener kommunizieren

können und Anregung zu sinnvoll erlebter Aktivität werden als Themen benannt, die das Verhalten der Pflegenden verändert. Man werde geduldiger, langsamer und schränke die Aktivitäten der Patienten weniger ein und lasse mehr zu. Allerdings zeigte die Beobachtung eine nicht unerhebliche Differenz auf zwischen dem, was Mitarbeitende glauben zu tun und dem, was sie tatsächlich tun. Letzteres zeigte eher wenig Geduld, Langsamkeit und Toleranz.

Pflegeerfahrungen: Pflegende meinten, Angehörige nun sehr viel mehr einzubeziehen, was diese häufig nicht bestätigen konnten. Es gebe nicht genügend Personal und Personal sei wenig erreichbar, ansprechbar, meinten die Angehörigen. Auch in Bezug auf Beschäftigungsangebote zeigten die beteiligten Abteilungen erhebliche Unterschiede und kein gleichbleibend verlässlich gutes Angebot. Patienten wiesen einen hohen Grad an Stress und Agitiertheit auf: das Wohlbefinden wurde durchweg eher vermehrt negativ eingeschätzt mit großen Unterschieden zwischen den Abteilungen.

Barrieren: Der Mangel an Ressourcen, Zeit, Mitarbeitenden schlägt immer wieder entscheidend durch mit der Tendenz, dass funktionale Arbeitsweisen obsiegen. Mitarbeitende können häufig nicht an Trainings wegen kurzfristiger Ausfälle teilnehmen. Der Einsatz von externen Mitarbeitenden (Fremdpersonal) wirkt sich negativ aus. Mitarbeitende anderer Berufe (besonders Ärzte) verweigern sich den Schulungen zur Demenzsensibilisierung. Die Krankenhausumgebung ermöglicht Aktivitäten nur in sehr begrenztem Umfang.

Erleichternde Faktoren: Ein förderndes, unterstützendes Management sowie eine kundige Person vor Ort, welche den Prozess vorantreibt und informiert („dementia champion“, „dementia training lead“), bilden entscheidende erleichternde Faktoren. In der Diskussion stellen die Autoren die Bedeutsamkeit dieser Funktion besonders heraus: es bedarf vor Ort kundiger Personen, die vom Team anerkannt sind und den Entwicklungsprozess im Umgang mit Menschen mit Demenz weiterentwickeln.

DIALOGZENTRUM LEBEN IM ALTER (DZLA)

Hochschule Osnabrück

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

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

© DZLA 2022