
(Forschungs-) Newsletter: 1/2019



19. NOVEMBER 2019

Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA)
Hochschule Osnabrück



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

DIALOGZENTRUM LEBEN IM ALTER (DZLA)

Hochschule Osnabrück

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

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

Inhaltsverzeichnis

EDITORIAL (1/2019)	4
NEUES AUS DEM DZLA	6
DIALOGZENTRUM LEBEN IM ALTER STARTET DIVERSE DIGITALE WISSENS-FORMATE	6
DZLA LAUNCHT EIGENEN PODCAST „WISSENSTRANSFAIR“	7
IHR PLATZ IM DZLA	7
SAVE THE DATE: DIALOGKONFERENZ ZUM THEMA „TEAM“	8
NEUE SERIE DES DZLA: „POST AUS DEM DNQP“	8
NEUES AUS DEM DNQP	9
NETZWERK-WORKSHOP ZUM EXPERTENSTANDARD ENTLASSUNGSMANAGEMENT IN DER PFLEGE	9
WEITERBILDUNGSPROGRAMM ZUR ARBEIT MIT DEN EXPERTENSTANDARDS UND AUDITINSTRUMENTEN	9
FORSCHUNGSNEWSLETTER (1/2019)	10
EDITORIAL - FORSCHUNGSNEWSLETTER	11
STUDIEN	16
(1) REDUKTION DER PSYCHOPHARMAKA VERSCHLECHTERT LEBENSQUALITÄT	17
(2) ERFAHRENE PFLEGENDE SIND ENTSCHEIDEND FÜR DIE VERSORGUNG VON STERBENDEN MENSCHEN MIT DEMENZ.....	21
(3) DER VERLUST HÄUSLICHER TÄTIGKEITEN BEDROHT BEI EINIGEN FRAUEN DIE IDENTITÄT	25
(4) SCHÄDLICHER GEBRAUCH VON ALKOHOL GEHT MIT ZUNEHMENDEM ALTER ZURÜCK	27
(5) TEILNAHME AN SOZIALEN AKTIVITÄTEN VERZÖGERT DEN KOGNITIVEN NIEDERGANG IM ALTER	29
(6) NAMASTE CARE SCHAFFT EINEN SICHEREN RAHMEN FÜR PERSONZENTRIERTE PFLEGE	32
(7) GLEICHZEITIG KÖRPERLICH UND PSYCHISCH KRANKE ALTE MENSCHEN STELLEN EINE EXTREME HERAUSFORDERUNG FÜR DIE VERSORGUNG DAR	34
(8) ANGEHÖRIGE VERLANGEN, AN DER GESTALTUNG DER DIENSTE BETEILIGT ZU WERDEN	36
(9) DIE IMPLEMENTIERUNG VON FALLBESPRECHUNGEN BEDARF VERBINDLICH GEREGLTER RAHMENBEDINGUNGEN.....	39
(10) HORTEN UND VERWAHROSEN NEHMEN MIT DEM ALTER DEUTLICH ZU	42
(11) KONSENS ERZIELT ZUR STURZPRÄVENTION	45
(12) MENSCHEN MIT SCHWERER DEMENZ REAGIEREN AUF SOZIALE KONTAKTE SITUATIONSADÄQUAT	48
(13) EINE PERSONZENTRIERTE HALTUNG IN DER PFLEGE WIRKT SICH POSITIV FÜR DAS THEMA SEXUALITÄT VON MENSCHEN MIT DEMENTZ AUS.....	50
(14) VERBESSERUNG VON LEBENSQUALITÄT UND REDUKTION VON AGITIERTHEIT DURCH EIN PERSON-ZENTRIERTES SCHULUNGSPROGRAMM	54
(15) INTERVENTIONSFORSCHUNG ORIENTIERT SICH WEITGEHEND AN VERHALTENSMODIFIKATION FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ	58

Editorial (1/2019)

Liebe Leserinnen und Leser,

herzlich willkommen zum ersten Newsletter des Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA) an der Hochschule Osnabrück. Das DZLA ist als Zentrum unter dem Dach des Deutschen Netzwerk(s) für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (WiSo) der Hochschule verankert.

Am 1. April 2019 gründeten mein Kollege Christian Müller-Hergl und ich (Detlef Rüsing) zusammen mit dem Leiter des DNQP, Prof. Andreas Büscher, das DZLA. Kurz danach vervollständigte der Medienredakteur Nils Hensel unser Team.

Einige der geneigten Leser dieses Newsletters kennen die Arbeit von Christian Müller-Hergl und mir aus unserer gemeinsamen 15-jährigen Zeit im ebenfalls von uns gegründeten Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) an der Uni Witten/Herdecke, welches in Art und Ausrichtung ohne Weiteres als Vorläufer des DZLA gesehen werden kann. Ebenso wie das DZD hat sich das Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA) der Wissenszirkulation zwischen Forschung und Praxis verschrieben; dies allerdings mit einem wichtigen Unterschied: Das DZLA nimmt nicht nur die Versorgung an einer Demenz erkrankter Personen in den Blick. Ganz bewusst haben wir uns dafür entschieden, den Fokus unserer Arbeit von der Demenz auf die gerontopsychiatrische Versorgung zu erweitern. Neben dem Umstand, dass wir zu wenig wissenschaftlich fundiertes Wissen über bestimmte gerontopsychiatrische Erkrankungen und den pflegerischen Umgang mit den erkrankten Personen haben, verteilt sich das vorhandene Wissen auf Forschende und Praktiker, die wiederum wenig miteinander kommunizieren. Das Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA) arbeitet an genau dieser Schnittstelle und hat sich die Beförderung der Wissenszirkulation zwischen Forschung und Praxis zum Ziel gesetzt (ausführlicher dazu unter „Idee und Konzept des DZLA“ auf unserem Blog: <https://dzla.de/idee-konzept/>).

FÜR EINEN AUSTAUSCH AUF AUGENHÖHE

ZWISCHEN

FORSCHUNG UND PRAXIS

Das DZLA versendet etwa acht Mal im Jahr einen Newsletter an die Abonentinnen und Abonnenten. (man kann den Newsletter hier abonnieren: <https://dzla.de/forschungsnewsletter-des-dzla/>)

Einmal im Quartal enthält der Newsletter (so wie der vorliegende) den sogenannten „ForschungsNewsletter“, in welchem der Kollege Müller-Hergl jeweils 15 internationale Studien verständlich auf ihre Kernaussagen reduziert und diskutiert.

Der Newsletter des DZLA findet sich zur Ansicht auf dem Blog des DZLA und kann dort abonniert werden (<https://dzla.de/forschungsnewsletter-des-dzla/>). Die Abonnenten und Abonentinnen des Newsletters erhalten mit diesem vier Mal jährlich einen Downloadlink mit dem ForschungsNewsletter.

Das Team des DZLA ist an der Hochschule Osnabrück und insbesondere am DNQP mit offenen Armen empfangen worden. Das tat und tut uns allen sehr gut. Wir haben die volle Freiheit und Unabhängigkeit hinsichtlich der Inhalte und der Form der Gestaltung unserer Inhalte ... - das ist nicht selbstverständlich (und deswegen umso erfreulicher!) Diese Freiheit ist für uns Ansporn und Verantwortung zugleich! Wir fühlen uns hier in Osnabrück „pudelwohl“ und hoffen, dass man das unserer Arbeit anmerken kann. Wir haben Ideen über Ideen für analoge und digitale Transferinhalte und -formate, welche wir nach und nach an Sie herantragen werden. Und wir sind gespannt auf Ihre Rückmeldungen, Anregungen und Kritik. Wir sind schließlich ein Dialogzentrum und hoffen, diesem Anspruch gerecht zu werden. Dazu brauchen wir Sie!

Ihr

Detlef Rüsing

NEUES AUS DEM DZLA

In diesem Teil des Newsletters berichten wir von Neuigkeiten aus dem Dialogzentrum, dem DNQP oder der Hochschule.

Dialogzentrum Leben im Alter startet diverse digitale Wissens-Formate

Seit Oktober 2019 ist das DZLA mit seinen Social-Media Kanälen online. Im Zentrum des digitalen Wissenstransfers steht der Blog des DZLA (www.dzla.de). Das Team postet 1-2 pro Woche (Dienstag und Donnerstag) selbsterstellte Beiträge, die in Form von Print-, Audio- oder Video-Beiträgen erscheinen.

So werden in der Serie „Lichtblicke“ außergewöhnliche Studien oder beispielsweise „Best-Practice“- Modelle in der gerontopsychiatrischen Versorgung vorgestellt, die nach Meinung des DZLA einen „Lichtblick“ in der Gerontopsychiatrie darstellen können und zur Nachahmung empfohlen werden.

Ein weiteres Format ist das „Haustheater“, in dem Christian Müller-Hergl und Detlef Rüsing kontrovers über Fragestellungen in der Pflege diskutieren. In der ersten Folge tauschen sich die Beiden zum Thema „Ist Fort- und Weiterbildung vor dem Hintergrund schwieriger Rahmenbedingungen in der Pflege unethisch?“ aus. Weitere Formate, die unter anderem bereits auf dem Blog und den weiteren Kanälen gepostet wurden, sind „Fallbesprechungen“ und beispielsweise die Serie „Köpfe“, in der Personen ihren Tätigkeiten/Studien/Ideen vorstellen, die unserer Ansicht nach wichtig für die gerontopsychiatrische Praxis sind. Ein erster vorgestellter „Kopf“ war die Pflegepädagogin Karin Welling, die ihre Studie zur Kommunikation zwischen Betreuenden und Personen mit weit fortgeschrittener Demenz in einem Video vorstellte.

Die Beiträge können und sollen auf den Social-Media-Kanälen des DZLA kommentiert und diskutiert werden.

DZLA online:

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

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

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

Twitter: https://twitter.com/DZLA_HSO

DZLA launcht eigenen Podcast „WissenstransFair“

Im November 2019 hat das DZLA seinen eigenen Podcast „WissenstransFair“ ans Netz gebracht. Das DZLA nimmt mit diesem Podcast den Wissenstransfer und die Wissenszirkulation selbst in den Fokus. Sind YouTube, Facebook, Twitter, ein Blog oder eher analoge Transferformate wie Workshops, Vorträge oder Printartikel die richtigen Formate für den Wissenstransfer in der gerontopsychiatrischen Pflege? Wie sorgen wir dafür, dass Forschungsergebnisse in der Praxis landen? Diese und weitere Fragen werden im Podcast „WissenstransFair“ angesprochen und/oder pointiert diskutiert.

Abonnieren und hören Sie die erste Episode unseres Podcasts „WissenstransFair“:
<https://dzla.de/podcast-wissenstransfair/>

Ihr Platz im DZLA

SCHALTEN SIE SICH EIN UND POSTEN IHREN BEITRAG

Ihre Institution hat eine praxisrelevante Studie im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung durchgeführt, deren Ergebnisse Sie zur Information und Diskussion auf unserem Blog verbreiten wollen? Ihre Einrichtung praktiziert ein Versorgungskonzept welches als Best-Practice Modell nach Nachahmung ruft? Sie haben als Person eine besondere Idee, die sie unter das Volk bringen wollen?

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

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

SIE HABEN EINE IDEE?

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

Nehmen Sie Kontakt zu uns auf!

Save the Date: DialogKonferenz zum Thema „Team“

Das DZLA veranstaltet seine erste DialogKonferenz an der Hochschule Osnabrück am 26. Mai 2020. Im thematischen Zentrum der Tagung steht das gerontopsychiatrische Team. Weitere Informationen zu Inhalt und Anmeldung folgen in Kürze auf unserem Blog (www.dzla.de).

Neue Serie des DZLA: „Post aus dem DNQP“

Das Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA) firmiert unter dem Dach des Deutschen Netzwerk(s) für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an der Hochschule Osnabrück. Dessen Leiter, Prof. Andreas Büscher, war maßgeblich daran beteiligt, dass das DZLA als Zentrum im DNQP gegründet werden konnte. Jeden ersten Donnerstag eines Monats zeichnet das DNQP für den Beitrag auf dem Blog des DZLA verantwortlich ... – mit anderen Worten: Es gibt neue “Post aus dem DNQP” (www.dzla.de)

NEUES AUS DEM DNQP

In diesem Teil des Newsletters berichten wir von Neuigkeiten aus dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

Netzwerk-Workshop zum Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege

Am 21. Februar 2020 findet an der Hochschule Osnabrück der 22. Netzwerk-Workshop zur [2. Aktualisierung des Expertenstandard Entlassungsmanagement](#) in der Pflege statt. In Fachvorträgen und einer Podiumsdiskussion werden Themen rund um das Entlassungsmanagement vorgestellt und diskutiert sowie in mehreren Arbeitsgruppen vertieft. Weitere Informationen finden Sie in der [Programmbroschüre](#), eine Anmeldung ist über die [Homepage des DNQP](#) möglich.

Weiterbildungsprogramm zur Arbeit mit den Expertenstandards und Auditinstrumenten

Das DNQP bietet seit rund drei Jahren für Pflegefachkräften in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen ein Unterstützungsangebot bei der Auseinandersetzung und der Arbeit mit Expertenstandards und Auditinstrumenten an. Das Programm besteht aus zwei Modulen, die inhaltlich aufeinander aufbauen, jedoch je nach individuellem Bedarf einzeln gebucht werden können. Weitere Informationen zu Inhalt und Struktur des Angebotes sowie aktuelle Veranstaltungstermine und die Möglichkeit zur Anmeldung finden sich auf der [Homepage des DNQP](#).

ForschungsNewsletter (1/2019)

Editorial - ForschungsNewsletter

Mit unserem ersten Newsletter des DZLA wollen wir eine Tradition des DZD (Dialog- und Transferzentrum Demenz) fortführen und Ihnen regelmäßig alle 3 Monate eine Auswahl von 15 Studien aus dem Forschungsfeld Gerontopsychiatrie vorstellen. Dies ist ein weites Feld mit einer sehr breiten Palette von Themen. Wir hoffen mit der einen oder anderen Auswahl Ihr Interesse getroffen zu haben. Falls nicht, geben Sie uns einen Hinweis, was Sie interessiert. Gerne gehen wir dem nach.

An dieser Stelle möchten wir Sie darauf hinweisen, dass sowohl Auswahl als auch Zusammenfassung der einzelnen Studien subjektiv sind und nicht das Lesen der Originalstudien ersetzen. Zu diesem Zweck sind jeweils die Originalquellen verzeichnet.

Ihr Team des DZLA

Zunächst eine kurze Übersicht zu den vorgestellten Studien:

Allen Empfehlungen zum Trotz geht eine deutliche Reduzierung von Psychopharmaka mit einer Verschlechterung der Lebensqualität einher – zumeist hört man eher Gegenteiliges. Die Mehrzahl der praktisch tätigen Ärzte und Pflegenden scheinen die Überzeugung zu hegen, dass antipsychotisch wirksame Medikamente notwendig und nicht durch nicht-pharmakologische Möglichkeiten ersetzbar sind. Die Sedierung schreiben sie mehrheitlich eher dem fortgeschrittenen Alter und der Demenz, nicht aber den Medikamenten zu. Eine Steigerung der Lebensqualität ist eher vermehrter sozialer Aktivität, nicht aber einer Verminderung antipsychotisch wirksamer Medikamente geschuldet. (1)

Angehörige melden zurück: erfahrene und medizinisch sowie pflegerisch kompetente Pflegekräfte sind für die Qualität der Sterbephase ganz entscheidend. Sie können Krisen gut begleiten und schaffen einen sicheren Rahmen, auf den man sich verlassen könne. So könnte man sich selbst viel mehr mit dem Sterben des Verwandten beschäftigen und müsse sich nicht um die Begleitumstände kümmern. (2)

Frauen, die sich ihr Leben lang um andere gekümmert und eher haushaltliche Tätigkeiten ausgeübt haben, haben Mühe, sich im Alter helfen und versorgen zu lassen. Vermutet wird, dass die Sorge für andere und anderes das Identitätsgefühl bestimmt und ein Verlust dieses Rahmens eine Art Sinnkrise auslöst. Frauen, die sich weniger mit der Sorge für andere beschäftigt und sich damit identifiziert haben, konnten sich besser den alters- und demenzbedingten Veränderungen anpassen. (3)

Insgesamt nimmt der Alkoholkonsum in Europa beständig zu, im Alter aber mehrheitlich eher ab. Immerhin 22% der untersuchten Personen wiesen auch im Alter noch einen schädlichen Gebrauch auf, am höchsten in Dänemark. Männer trinken zwar häufiger und mehr, mit zunehmendem Alter aber insgesamt weniger. Bei Frauen bleibt der Konsum eher gleich. Geschiedene und verwitwete Männer sind vergleichsweise besonders gefährdet. (4)

Soziale Aktivität und Teilhabe, Gesundheit und körperliche Aktivität sowie eine geringe Neigung zur Depressivität stellen die wichtigsten beeinflussbaren Faktoren für eine Demenz im Alter dar. Diese Faktoren, insbesondere aber soziale Aktivitäten, sind in etwa mit dem Faktor Alter gleichgewichtig, will heißen: sie können zumindest eine Zeitlang dementogene Faktoren, die mit dem Altern per se zusammenhängen, kompensieren. Ein aktives Sozialleben bildet dabei ein besonders bedeutsames Gegengewicht gegen kognitive Einbußen. (5)

Bei der Einführung neuer Pflegekonzepte hat es sich bewährt, Pflegenden ein gut durchstrukturiertes ‚Handwerkzeug‘ mitzugeben (siehe 15), um sich gut einzuarbeiten und das Erlernte einfach und schnell anwenden zu können (‚ready to use‘). Ein derartig gut durchstrukturiertes Programm stellt die ‚Namaste Care‘ dar – eine Möglichkeit, mit Menschen mit Demenz in der Endphase gut und sicher Beziehungs/Kontaktarbeit anhand körperlicher und stimulierender Möglichkeiten durchzuführen. Pflegende und Angehörige bekunden hohe Zufriedenheit mit diesem Ansatz. (6)

Patienten mit einem hohen physischen und psychischen Pflegebedarf stellen eine beachtliche Herausforderung dar – nicht nur im Pflegeheim, sondern auch in der Psychiatrie (‚double care patients‘). Etwa ¼ der Personen leiden zudem an Persönlichkeitsveränderungen und fronto-temporalen Beeinträchtigungen, die allerdings beide wenige Beachtung geschweige Behandlung erfahren. Die Arbeit mit

dieser Patientengruppe erfordert eine hohe pflegerische Kompetenz. Insbesondere müssen Pflegende in der Lage sein, zwischen verschiedenen Beziehungsformen bzw. Handlungsskripten schnell hin- und her springen zu können. (7)

Angehörigen fällt es schwer, den Alltag zuhause interessant und abwechslungsreich zu gestalten. Ebendies erwarten sie dann von der Tagespflege. Allerdings gewinnen Angehörige eher den Eindruck, dass dort die Bedarfe sehr abhängiger Patienten dominieren und sich Personen mit leichter bis mittelschwerer Demenz eher langweilen. Damit wachsen die Mühen, die Patienten zur Teilnahme zu motivieren. Es müsse mehr Außenaktivitäten, mehr Bewegung und arbeitsähnliche Aufgaben geben. Angehörige empfehlen, an der Entwicklung individualisierter Tätigkeitspläne mitwirken zu können und insgesamt Gruppenangebote mehr zu individualisieren und zu differenzieren. (8)

Fallbesprechungen erweisen sich als sinnvolles Instrument für alle Beteiligten, bedürfen aber einer klaren Beauftragung, stabiler Rahmenbedingungen und einer zusätzlichen Finanzierung. Selbst unter diesen im Projekt zusätzlich finanzierten Bedingungen gelang die Implementierung nur zu etwa 50%. In der Regel hatten Fallbesprechungen eine verbesserte Kommunikation sowie ein vertieftes Verständnis für die betroffene Person zur Folge. Beides erleichterte Umgang und Pflege erheblich. (9)

Das Horten nutzloser Dinge sowie die Verwahrlosung nehmen mit dem Älterwerden deutlich zu. Es betrifft zum einen Personen, die schon früh im Leben Mühe hatten, sich von Dingen zu trennen, sowie Personen mit einer Alkoholabhängigkeit. Personen, die horten, lassen sich mehrheitlich ungern helfen, da sie bislang wenig gute Erfahrungen mit Unterstützung gemacht haben. Es gibt kaum Studien oder Evidenzen für einen adäquaten pflegerischen Umgang. Es kann vermutet werden, dass eine gute ambulante psychiatrische Pflege mit einem wohlüberlegten Beziehungsaufbau am ehesten geeignet sein wird, ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. (10)

Stürze in der eigenen Wohnung leiten oft einen weitgehenden Niedergang ein. Eine Forschungsgruppe aus Großbritannien erarbeitete 3 zentrale Empfehlungen für das Vorgehen im multidisziplinären Team. Die Autoren heben besonders die Interventionslänge hervor: empfohlen werden nach Stürzen 22 Einsätze eines

Physiotherapeuten über 12 Wochen. In einem Praxisprojekt werden die Empfehlungen zurzeit überprüft. (11)

Menschen mit Demenz sind sich sozialer Situationen durchaus bewusst und reagieren auf das jeweilige Gegenüber verbal und non-verbal differenziert und situationsadäquat. Sie spiegeln das Verhalten des Angehörigen ‚konkordant‘, will heißen: schwingen sich auf mehreren Ebenen präzise in das Angebot ein, das ihnen gemacht wird. Diese Arbeit ist von besonderer Bedeutung, da in der Regel die Vermutung besteht, dass kognitive Einbußen auch einhergehen mit einem Niedergang emotionaler und sozialer Kompetenzen. (12)

Ein guter, zulassender Umgang mit sexuellen Bedürfnissen alter Menschen im Heim stellt einen indirekten Beleg für eine personenzentrierte Haltung dar. Zudem zeigt sich daran, welches Leitbild prägend ist und wie geführt und geleitet wird. Interessanterweise führen Regeln und Positionierungen eher zu einer ablehnenden Haltung. Mit dem Alter hat eine zulassende Haltung nichts zu tun, wohl aber mit dem Ausbildungsgrad. (13)

Es ist allen Widerständen zum Trotz gut möglich, personenzentrierte Pflege in Einrichtungen einzuführen und dauerhaft zu verankern. Das englische Programm WHELD ist bemerkenswert differenziert und klug durchdacht: es setzt auf den Einbezug der Leitungen, der gezielten Schulung von Multiplikatoren, einem Set gut vorstrukturierter Maßnahmen („ready to use“) samt Implementierungsanweisung bis ins Detail sowie eine lange Begleitung durch externe Experten. Kostenmäßig schlägt es nicht sehr hoch zu Buche. Beeindruckend an der Studie ist die deutliche Verbesserung der Lebensqualität der Klienten, sichtbar besonders an der Vermehrung und Intensivierung sozialer Aktivitäten – siehe 1. (14)

Zum Schluss soll es im Forschungsnewsletter um Forschung gehen. In der Mehrzahl aller Forschungen im Themenfeld Gerontopsychiatrie geht es um Menschen mit Demenz und dort noch einmal um Interventionen, um herausforderndes Verhalten zu beeinflussen. Zunehmend ist die angezielte Effektgröße eher Wohlbefinden und nicht, dass das Verhalten verschwindet oder abnimmt. Während die Mehrzahl der Studie sich immer noch mit dem Verschwinden unerwünschter Symptome befasst, widmet sich eine zunehmende Anzahl der Studien der Frage, wie Menschen besser und zufriedener leben können auch dann, wenn die Symptomatik unverändert bestehen

bleibt. Vernachlässigte Forschungsthemen sind die ambulante Pflege sowie die Versorgung am Lebensende. (15)

Christian Müller-Hergl

Studien

(1) Reduktion der Psychopharmaka verschlechtert Lebensqualität

Ziel/Hintergrund: Im Zusammenhang von funktionalen, kognitiven und kommunikativen Einschränkungen erhalten viele Heimbewohner mit Demenz aller personenzentrierten Konzepte zum Trotz antipsychotisch wirksame Psychopharmaka. Obwohl die Einnahme mit erheblichen Risiken verbunden ist, liegen keine Studien zu der mit der Einnahme verbundenen Lebensqualität vor. Allerdings ist die Annahme weit verbreitet, dass eine Reduktion der Psychopharmaka mit einer Erhöhung der Lebensqualität einhergeht. Vorliegende Evidenzen legen nahe, dass ein Training in personenzentrierter Pflege zusammen mit nicht-pharmakologischen Interventionen wie soziale Interaktion und Bewegung und einer strengen Überprüfung (sprich: Reduktion) der Psychopharmaka zu einer Erhöhung der Lebensqualität führen sollte. Ziel vorliegender Studie ist es, die Wirkung dieser drei kombinierten Faktoren (personenzentriertes Training zusammen mit entweder sozialer Interaktion oder individualisiertem Bewegungsprogramm sowie reduzierter Einnahme von Psychopharmaka) in unterschiedlichen Kombinationen („added impact“) auf Lebensqualität zu untersuchen.

Methoden: Es handelt sich um eine Cluster-randomisierte Studie, an der 16 Heime in England mitwirkten. In allen Heimen wurde ein Training zur Personenzentrierung verteilt über 9 Monate durchgeführt. Zusätzlich erhielten Bewohner in 8 Heimen eine Überprüfung der Psychopharmaka sowie die Mitarbeiter entweder ein Training in sozialer Interaktion oder in individualisierter Bewegung. Teilnehmende Bewohner wiesen eine mittlere bis schwere Demenz auf. Die Interventionen wurden von geschulten Therapeuten gemäß standardisierten Handbüchern durchgeführt. Die Überprüfung der Medikation orientierte sich an nationalen Leitfäden, wobei im Fall der Reduktion von Psychopharmaka gezielt nach möglichen Verhaltensursachen wie z.B. Schmerzen oder nicht erfüllten Bedürfnissen gesucht und individuelle nicht-pharmakologische Interventionen entwickelt wurden. Gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde von den Pflegenden rückblickend (1 Woche) eingeschätzt anhand der Dimensionen: Tägliche Aktivitäten, für sich selber Sorge tragen, Gesundheit und Wohlbefinden, Kognitives Funktionieren, Soziale Beziehungen und Selbstkonzept.

Resultate: Von 277 Teilnehmenden konnten 195 (70%) vollständig an der Studie mitwirken. 13% der Teilnehmenden wiesen eine leichte, 40% eine mittlere und 47% eine schwere Demenz auf. In Einrichtungen mit einer Überprüfung der Medikation

konnte der Einsatz von Psychopharmaka um 50% reduziert werden. In Einrichtungen mit Überprüfung der Medikation und Inputs zur sozialen Interaktion sank die Sterblichkeit um 30%. Überraschenderweise sank die Lebensqualität (Zunahme negativer Emotionen) in Einrichtungen, in denen Psychopharmaka reduziert wurden – mit Ausnahme der Einrichtungen, in denen ein Input zur sozialen Interaktion eingeführt wurde: dort konnte weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung der Lebensqualität festgestellt werden. Verbesserung der sozialen Interaktion allein erhöhte die Lebensqualität am meisten – unabhängig von allen anderen Interventionen. Interventionen in Bezug auf Bewegung zeigte keine Auswirkung auf Lebensqualität.

Diskussion: Entgegen aller Vermutungen führten eine rigorose Überprüfung und Reduktion von Psychopharmaka zu einer Verschlechterung der Lebensqualität. Verbesserung der sozialen Interaktion zusammen mit personenzentriertem Training verbesserte Lebensqualität. Verbesserung der sozialen Interaktion kompensierte die Effekte einer Reduktion von Psychopharmaka. Die Ergebnisse legen nahe, dass trotz einer Reduktion der Sterblichkeit eine Reduktion von Psychopharmaka verschiedene neuropsychiatrische Symptome wiederaufleben und verschlechtern lassen. Der durch internationale Studien unterstützte Druck, Psychopharmaka zu reduzieren, scheint in manchen Fällen dazu zu führen, Personen Medikamente zu entziehen, die sie aber brauchen. Die Autoren sprechen sich daher dafür aus, Reduktionen vorsichtig und unter genauer Beobachtung der dann entstehenden Effekte vorzunehmen. Soziale Interaktionen hingegen, auch in niedrigen ‚Dosierungen‘ und mit einem eher geringen Grad an Individualisierung, scheinen ganz wesentlich zur Lebensqualität beizutragen.

Quelle: Ballard, C., Orrell, M., Fossey, J. et al (2017). Impact of antipsychotic review and non-pharmacological intervention on health-related quality of life in people with dementia living in care homes: WHELD-a factorial cluster randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, 1094-1103

Schlagworte: Psychopharmaka, Lebensqualität, soziale Interaktion

Vgl.: Janus, S., van Manen, J., Ijzerman, M. (2018). Reasons for (not) discontinuing antipsychotics in dementia. *Psychogeriatrics*, 18, 13-20

Allen Empfehlungen zum Trotz werden antipsychotisch wirksame Medikamente häufig bei Menschen mit Demenz eingesetzt. Die Verschreibungsrate beträgt je nach Erhebung

11% bis 38% aller Patienten mit Demenz. Ärzte und professionell Pflegende sind mehrheitlich der Meinung, dass Verhaltensprobleme nach dem Ansetzen wiederauftauchen und die Lebensqualität verschlechtern.

Anhand eines Fragebogens für niedergelassene Ärzte in den Niederlanden wurden Daten zu drei Variablen erhoben, welche eine Vorhersage menschlichen Verhaltens erlauben: Haltung (z.B. die Überzeugung, dass das unerwünschte Verhalten nach Absetzen wiederauftaucht), subjektive Norm (z.B. dass Familie oder Mitarbeiter der Pflege ein Wiederaufflammen des Verhaltens übel nehmen) sowie Verhaltenskontrolle (die Leichtigkeit und Zuversicht, mit der man das Absetzen vornimmt). 41 Ärzte nahmen an der Befragung teil.

Die Mehrzahl der Ärzte waren nicht überzeugt, dass antipsychotisch wirksame Medikamente ernsthaft negative Folgen haben. Die Patienten wurden als weit in der Demenz fortgeschritten eingeschätzt und die Passivität eher der Demenz und nicht der sedierenden Medikation zugeschrieben. Weiterhin habe die Medikation positive Folgen für die Mitarbeiter und erleichtere deren Job. Je stärker die Überzeugung ausfiel, man müsse Antipsychotika reduzieren, desto leichter fiel es den Ärzten, dies auch zu tun (Verhaltenskontrolle) und umgekehrt. Die Autoren vermuten, dass Rücksichtnahmen auf Pflegende und Angehörige sowie der wahrgenommene Mangel an wirksamen Alternativen das Verschreibungsverhalten verstetigen.

Vgl.: Törmälehto, S., Martikainen, J., Bell, S., Hallikainen, I., Koivisto, A. (2017). Use of psychotropic medications in relation to neuropsychiatric symptoms, cognition and functional performance in Alzheimer's disease over a three-year period: Kuopio ALSOVA study. *International Psychogeriatrics*, 29(10), 1723-1733

Der Zusammenhang zwischen neuropsychiatrischen Symptomen (darunter auch herausforderndes Verhalten) und der Demenzentwicklung ist vielfach beschrieben und erforscht worden. Vorliegende finnische Studie beschreibt den Zusammenhang von Demenzentwicklung, neuropsychiatrischen Symptomen und Psychopharmaka über einen Zeitraum von 3 Jahren, beginnend bei Personen mit sehr leichter Demenz. Innerhalb von 3 Jahren stieg der Einsatz der Benzodiazepine (Zoplikon und Temazepam) von 16% auf 24%, der Antidepressiva (Citalopram und Mirtazipin) von 11% auf 18%, der Antipsychotika (Risperidon und Quetiapin) von 4 auf 16%. Hierbei konnte ein enger Zusammenhang zwischen dem Auftreten und der Verschlechterung von neuropsychiatrischen Symptomen, der zunehmenden Abhängigkeit infolge Demenz sowie der gesteigerten Einnahme insbesondere von Benzodiazepinen festgestellt werden. Auffällig ist der Zusammenhang von Abhängigkeit in den Aktivitäten des

täglichen Lebens und neuropsychiatrischen Symptomen, der mit einer Steigerung in der Verschreibung von Psychopharmaka assoziiert ist. Hierbei ist die Richtung der Kausalität ungeklärt: führen die Psychopharmaka zu vermehrter Abhängigkeit, die neuropsychiatrischen Symptome zu vermehrter Einnahme von Psychopharmaka, die Zunahme der Demenz zu neuropsychiatrischen Symptomen?

Zusammenhänge zwischen Psychopharmaka und abnehmenden kognitiven Funktionen – unabhängig von neuropsychiatrischen Symptomen – konnten nicht festgestellt werden.

Schon bei sehr leichter Demenz zeigt sich eine hohe Wahrscheinlichkeit, Benzodiazepine einzunehmen. Die Autoren vermuten, dass dies zu einem Zeitpunkt vor der Demenzdiagnose erfolgt und einen Kompensationsversuch für Befindlichkeiten und Verhaltensweisen darstellt, deren Ursache noch unbekannt ist.

(2) Erfahrene Pflegende sind entscheidend für die Versorgung von sterbenden Menschen mit Demenz

Ziel/Hintergrund: Es ist wenig bekannt, was eine gute Versorgung von Menschen mit Demenz am Lebensende aus der Perspektive der Angehörigen, der Personen mit Demenz, aber auch der Pflegekräfte ausmacht. Vorliegende Studie berichtet über eine integrative Analyse von Daten aus unterschiedlichen Quellen, um die Perspektiven der Beteiligten, die unmittelbar in der Versorgung involviert sind, zu erhellen.

Methoden: Die Daten wurden in einer Serie von miteinander verbundenen und aufeinander aufbauenden Phasen gewonnen. Dazu gehörten einzelne Interviews und Fokusinterviews sowie vergleichende Fallstudien anhand von Beobachtungen der Pflege- und Versorgungssituation von Menschen mit Demenz am Lebensende.

Resultate: Insgesamt waren 259 Personen an der englischen Studie beteiligt, darunter nationale Demenzexperten, Leitungen von Institutionen, Mitarbeiter in Pflege und Betreuung, Menschen mit Demenz sowie pflegende Angehörige. Insgesamt konnten sieben Schlüsselfaktoren identifiziert werden, die maßgeblich eine gute Versorgung am Lebensende ausmachen.

1. Die richtige Zeit für Gespräche: Es ist wichtig, rechtzeitig und möglichst vor gesundheitlichen Krisen miteinander und möglichst unter Einbeziehung der Person mit Demenz ins Gespräch über Behandlungsoptionen zu kommen. Den richtigen Zeitpunkt zu finden ist nicht einfach: Verschlechterungen in Gesundheit und Demenz bilden oft den Kontext solcher Gespräche. Besonders geeignet dafür sind Pflegende, die in unmittelbarem pflegerischem Kontakt zur Person und Familie stehen. Familien fallen diese Gespräche oft schwer und sie enden häufig eher entscheidungsoffen, ohne die gewünschte Klarheit herbeigeführt zu haben. Menschen mit Demenz winken oft eher ab, wollen über die Zukunft nichts wissen, vertrauen auf die richtige Entscheidung der Angehörigen. Angehörige zeigen sich oft unsicher in Bezug auf die Wünsche der Person mit Demenz: Ärzte und Pflegende erwarten hier eine Klarheit im Urteil, das es so oft nicht gibt.
2. Ab wann es zum Ende geht ist häufig umstritten und unklar. Erfahrene Pflegende machen dies an eher unscheinbaren Veränderungen fest, z.B. am Verhalten, Gewichtsverlust, einsetzende Schwäche. Pflegende Angehörige berichteten, dass sie recht gut über das bevorstehende Ende informiert wurden. Schmerzfreiheit, Erfüllung psychischer und spiritueller Wünsche sowie eine friedvolle Umgebung sind Themen in dieser Phase. Was die sterbenden Personen denken, fühlen und wünschen war zumeist nicht mehr zu erschließen, so dass eher allgemeine Auffassungen zum friedlichen Sterben handlungsleitend waren.

-
- Da sich der Prozess zeitlich in die Länge ziehen kann, gerieten die Familien bisweilen erheblich unter Stress und in Streit miteinander.
3. Soweit wie möglich wurde ein Versterben in der eigenen Häuslichkeit angestrebt. Die dafür notwendige Koordination unterschiedlicher Dienst erlebten die Familien als belastend. Wünschenswert sei die Übernahme dieser Koordination durch eine professionelle Kraft. Zuweilen konnten die Dienste den hohen Pflegebedarf nicht mehr abdecken, so dass in der Endphase fremde Pflegepersonen zusätzlich eingesetzt werden mussten. Hospize wurden eher in ihrer ambulant-begleitenden als in ihrer stationären Funktion für wünschenswert erachtet. Da die Klienten eher in der Nacht starben, ergaben sich Versorgungsdefizite, weil zu dieser Zeit niemand zur Verfügung steht.
 4. In der Regel galt der Hausarzt als wichtigster Ansprechpartner im Verlauf des Sterbeprozesses. Heime bevorzugten das Heimarztprinzip, da dieser beständig ansprechbar sei und durch häufigen Kontakt aufkommende Veränderungen und neue Bedarfslagen schnell erkennen könne. Verhandlungen mit mehreren Ärzten und Praxen erschweren die Sterbesituation deutlich. Je besser die hausärztliche Versorgung, desto eher konnten Krankenhauseinweisungen vermieden werden.
 5. Hospitalisierung: Selbst im besten Fall erwiesen sich Krankenhauseinweisungen als belastend und schwierig. Unerfahrene und unsichere professionell Pflegende sowie nächtliche Krisen waren mehrheitlich für Krankenhauseinweisungen verantwortlich. Besonders problematisch erwiesen sich vom Krankenhaus initiierte Heimeinweisungen von sterbenden Personen mit Demenz. War kein Angehöriger zugegen, dann konnte die Kontinuität in der Versorgung nicht aufrechterhalten werden.
 6. Pflege auch nach dem Versterben: diese ‚letzten Dienste‘ halfen den professionell Pflegenden, die Arbeit für sich zufriedenstellend abzuschließen. Angehörige wussten praktische Hilfe nach dem Versterben, z.B. die Vermittlung eines Beerdigungsinstitutes, zu schätzen besonders dann, wenn die Zurückgebliebenen sehr alt waren. Einige Dienste pflegten die Praxis, noch Wochen nach dem Versterben die Angehörigen aufzusuchen und diese ggf. auf eine Trauergruppe hinzuweisen.
 7. Während Pflegenden in Heimen und der Ambulanz mit Themen und Anliegen sterbender Menschen mit Demenz vertraut waren, wiesen Ärzte eher negative Haltungen auf. Mitarbeiter von Hospizdiensten erwiesen sich wenig vertraut mit dem Thema sterbender Menschen mit Demenz. Um eine gute Pflege in der Sterbephase zu ermöglichen, wurden ein stabiles Team, Kontinuität in der Pflege und Begleitung, eine gute Führung, die Mitarbeiter anerkennt sowie eine gute palliative Ausbildung („end of life champion“) genannt.

Diskussion: Die Autoren heben hervor, dass die einzelnen Faktoren vielfach miteinander verbunden sind und sich Defizite in einem Bereich (z.B. in den Gesprächen) auf andere

Bereiche auswirken. Die Versorgung sterbender Menschen mit Demenz wird als fortlaufender kreisförmiger Prozess beschrieben, der durch Verschlechterungen oder Veränderungen immer wieder neu angestoßen werden muss. Die physische Umgebung wurde bei Angehörigen als unwesentlich, die interpersonellen Fähigkeiten der Pflegenden und der Ärzte als entscheidend beurteilt. Während die Experten der Vorsorgeverfügung große Bedeutung zumaßen, spielte sie für Personen mit Demenz und Angehörige eine geringe Rolle. Beide leben sehr ‚in der Gegenwart‘ und erwarten eher praktische Hilfe, Stressreduktion, Berücksichtigung von Wünschen und Vorlieben und Vermeidung von Krankenhausaufenthalten. Erfahrene und kompetente Pflegekräfte, die Themen ansprechen, Verlegungen vermeiden, den Wechsel von besseren und schlechteren Phasen unaufgeregt begleiten, die Familienperspektive einnehmen scheinen für die Qualität der Versorgung in der Sterbephase entscheidend zu sein. Die Autoren ziehen den Begriff ‚supportive care‘ (unterstützende Pflege) dem Begriff der palliativen Pflege vor: die Sterbephase sollte nicht unabhängig von einem längeren und kontinuierlichen Pflegeprozess betrachtet werden.

Quelle: Bamford, C., Lee, R., Exlex, C. et al (2018). What enables good end of life care for people with dementia? A multi-method qualitative study with key stakeholders. BMC Geriatrics, <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0983-0>
Schlagworte: Demenz, palliative Pflege, Lebensende

Vgl.: Bravo, G, Sene, M., Arcand, M. (2017). Surrogate inaccuracy in predicting older adults' desire for life-sustaining interventions in the event of decisional incapacity: is it due in part to erroneous quality-of-life assessments? International Psychogeriatrics, 29(7), 1061-1068

In ungefähr der Hälfte aller Fälle der Krankenhausbehandlungen von Personen über 65 Jahren sind innerhalb der ersten 48 Stunden Angehörige zum Teil oder vollständig gezwungen, bedeutsame Entscheidungen für die hospitalisierte Person zu treffen. Bekannt ist, dass diese Entscheidungen nicht immer dem Wunsch der behandelten Person entsprechen. Vermutet wird, dass die Beziehungsqualität, die Häufigkeit des Kontaktes, aber auch Projektionen eine erhebliche Rolle spielen. Vorliegende Studie geht der Vermutung nach, dass die Diskrepanz in den Entscheidungen von unterschiedlichen Lebensqualitätseinschätzungen abhängt.

235 Personen 70 Jahre und älter sowie die für sie maßgeblichen Bezugspersonen wurden getrennt mit bestimmten kritischen klinischen Szenarien konfrontiert, wobei

die Angehörigen einschätzen mussten, wie sich die älteren befragten Personen (also die Partner) wohl entscheiden würden.

Die Hypothese konnte bestätigt werden: Je größer die Diskrepanz in der Einschätzung der vermuteten Lebensqualität im Kontext der jeweils vorgestellten Szene ausfiel, desto höher die Unterschiede in der Bewertung möglicher klinischer Optionen bezüglich eines Szenarios. Die größten Unterschiede gab es in Bezug auf die Wünsche bezüglich des Schlaganfalls-Szenarios, die geringsten bei schwerer Demenz.

Die Autoren ziehen Konsequenzen für die Einrichtung des Patiententestamentes: die beteiligten Personen sollten unter Begleitung verschiedene klinische Szenarien gemeinsam durchgehen mit dem Ziel, dass der Angehörige eine genauere Vorstellung von den Wünschen der bevollmächtigenden Person erhält.

(3) Der Verlust häuslicher Tätigkeiten bedroht bei einigen Frauen die Identität

Ziel/Hintergrund: Etwa 2/3 aller Personen mit Demenz sind Frauen. Für viele ist die eigene Identität eng verknüpft mit lebenslang gepflegten Rollen und den damit verbundenen Rückmeldungen/Bestätigungen. Diese Rollen kreisen sehr häufig um Familie, Sorge um und Pflege für Familie, Freunde, Nachbarn. Da Demenz zur Erosion dieser Rollen führt, kann sich dies auf das Identitätsgefühl und das Wohlbefinden auswirken. Vorliegende Studie aus England untersucht, wie Frauen es erleben, dass man sich um sie sorgt und wie sich dies auf ihr Identitätsgefühl auswirkt.

Methoden: Es handelt sich um eine qualitative Studie, bei der 8 verheiratete Frauen mit leichter bis mittelschwerer Demenz, die noch in eigener Häuslichkeit leben, zweimal zu ihren Erfahrungen befragt wurden. (Mini-Mental: 15-26)

Resultate: Die Ergebnisse der Interviews konnten unter fünf Rubriken subsumiert werden:

Wer ich bin: Drei Frauen beschrieben das Gefühl, keine richtige Frau mehr zu sein, weil sie all die Dinge im Haushalt nicht mehr versorgen könnten. Sie beschrieben das Gefühl, diese Seite ihrer Partnerschaft sei abgestorben.

Unglücklich damit, ich selbst zu sein: In ähnlicher Weise beschrieben 3 Frauen, dass sie sich mit sich selbst unglücklich fühlten, weil sie die Dinge nicht mehr in Ordnung bringen und den Haushalt führen könnten. Man fühle sich nutzlos, wertlos, sitze nur herum und warte, dass andere etwas machen. Man wolle dem Partner nicht immer zeigen, wie unglücklich man damit sei, und dass man so eigentlich nicht leben wolle, aber man sehe für sich keine Zukunft und keinen Sinn mehr.

Kämpfe darum, sich selbst zu bleiben: Zwei der Frauen kämpften darum, ihre bisherige Identität zu erhalten. Sie nahmen bislang eine zentrale Position in der Familie ein und zeigten sich nicht bereit, diese aufzugeben. Bislang erfuhren sie sich als zentrale Entscheiderin in Familienangelegenheiten und erfuhren nun, nicht einmal gefragt zu werden. Sie äußerten den Eindruck, immer noch die zu sein, die sie immer waren.

Ich bin nicht mehr dieselbe, aber das macht nichts: Frauen, die sich weniger über Familie und Haushalt definierten, konnten Veränderungen eher einsehen und auch annehmen. Sie bekundeten, mit den Dingen und Anliegen eher spielerisch umzugehen, einfach da zu sitzen und nichts zu tun auch dann, wenn der Ehemann sich beschwerte.

Akzeptanz und Zufriedenheit: Zwei Frauen bekundeten zudem hohe Zufriedenheit und Gelassenheit. Früher hätten sie Spinnweben weggeputzt, jetzt fänden sie diese ganz

schön und erfreuten sich an deren Anblick. Sie seien faul und bequem, aber das sei schon gut so.

Diskussion: Für einige Frauen war die Identität stark an frühere häusliche Rollen gebunden, die sie entweder stark vermissten oder darum kämpften. Dies gab ihrem Tag Struktur, Routine und Bedeutung. Ohne diese Tätigkeiten fühlten sie sich nicht mehr vollständig als Frau und Ehefrau: Unordnung und Schmutz symbolisierte für sie eine Identitätsveränderung verbunden mit abnehmender Selbstachtung. Alternativ nahmen sie dies auch projektiv dem Ehemann übel und bearbeiteten ihre eigene Schwäche in der Wut auf den Partner. Frauen, die sich weniger mit Haushalt identifizierten und im Leben viele Wechsel erlebt hatten konnten sich eher in die Veränderungen hinein verfügen und ihrer gegenwärtigen Existenz Bedeutung und Zufriedenheit abgewinnen. Für sie war es eher angenehm, umsorgt zu werden und sich um nichts mehr kümmern zu müssen. Sie haben andere Aspekte ihres Lebens unter Kontrolle und das genügt ihnen.

Quelle: Borley, G., Hardy, S. (2017). A qualitative study on becoming cared for in Alzheimer's disease: the effects to women's sense of identity. *Aging & Mental Health*, 21(10), 1017-1022

Schlagworte: Demenz, Gender, Identität

(4) Schädlicher Gebrauch von Alkohol geht mit zunehmendem Alter zurück

Ziel/Hintergrund: Alte Menschen sind besonders gefährdet, durch übermäßigen Alkoholkonsum Schaden zu erleiden. Seit 1990 hat der Alkoholkonsum in Europa beständig zugenommen. Vorliegende Studien lassen vermuten, dass häufiges Trinken mit zunehmendem Alter nicht immer abzunehmen scheint, sondern sich verstetigt. Vorliegende Studie aus Spanien untersucht, welche Faktoren den Alkoholkonsum bestimmen und wie sich diese Faktoren mit zunehmendem Alter ändern. Ziel der Studie ist es, Unterschiede bei gefährlichem Trinken (schädlicher Gebrauch) in Bezug auf Alter und Geschlecht festzustellen.

Methoden: Die Querschnittsstudie nutzt Daten von 65.955 Personen aus 17 Ländern in Europa und Israel, die älter als 50 Jahre sind. Es wurden auf die Vergleichbarkeit der nationalen Stichproben geachtet. Schädlicher Gebrauch wird anhand von drei Fragen zu Häufigkeit, Quantität und ‚Komasaufen‘ (binge drinking) erhoben: Jede Frage kann von 0 bis 4 beantwortet werden, ein Summenscore von 5 (Männer) oder 4 (Frauen) bedeutet ‚schädlicher Gebrauch‘. Auf der Ebene des Individuums wurden folgende Faktoren untersucht: Geschlecht, Alter, Heimatland, Migrationshintergrund, Familienstand, Bildungsniveau, Rauchen, chronische Erkrankung, selbst-wahrgenommene Gesundheit. Auf der Ebene des Heimatlandes wurden erhoben: Arbeitslosenrate, Bruttosozialprodukt, Index der geschlechtsspezifischen Ungleichheit, nationale Regulierungen zur Bewerbung von Alkoholika.

Resultate: Die Unterschiede zwischen den Ländern in Bezug auf Faktoren für schädlichen Gebrauch fallen erheblich aus (z.B. 3,2% in Israel und 45,4% in Dänemark). Männer sind häufiger betroffen als Frauen. Allerdings nimmt bei Männern der schädliche Gebrauch mit zunehmendem Alter ab während er bei Frauen gleich bleibt. Rauchen oder geraucht zu haben bedeutet für Männer und Frauen gleichermaßen ein erhöhtes Risiko für schädlichen Gebrauch. Ein Migrationshintergrund senkt das Risiko genauso wie eine selbst eingeschätzte gute Gesundheit. Strengere Regulierung öffentlicher Werbung in einem Land reduziert die Gefahr schädlichen Gebrauchs, geschieden oder verwitwet zu sein erhöht die Gefahr – allerdings nur bei Männern. Bei Frauen schützt Scheidung oder Verwitwung eher vor schädlichem Gebrauch. Frauen mit höherer Bildung sind eher gefährdet als Frauen mit niedriger Bildung, wogegen es bei Männern keinen Zusammenhang zwischen Bildung und schädlichem Gebrauch

festzustellen gab. Depressivität geht bei Männern bis 64 Jahren mit einem erhöhten Risiko einher, bei älteren Männern senkt es dagegen das Risiko. Je grösser die geschlechtsspezifische Gleichheit, desto mehr wird getrunken: aber dies betrifft nur Frauen, nicht Männer.

Diskussion: Auf der Ebene des Individuums geht schädlicher Gebrauch einher mit den Faktoren Migrationshintergrund, Familienstand, Bildungsniveau (nur bei Frauen), Rauchen (oder geraucht zu haben), Depressivität (nur bei Männern jünger als 64 Jahre) sowie selbst eingeschätzte Gesundheit. Insgesamt wiesen über alle untersuchten Personen hinweg 22% einen schädlichen Gebrauch auf. In Europa ist ein Trend zur Homogenisierung von Trinkkulturen zu beobachten. Insgesamt geht der Alkoholkonsum mit zunehmendem Alter zurück, vermutlich im Zusammenhang mit altersbedingten Erkrankungen und Veränderungen.

Quelle: Bosque-Prous, M., Brugal, M.T., Espelt, A. et al (2017). Hazardous drinking in people aged 50 years or older: a cross-sectional picture of Europe, 2011-2013. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, 817-828

Schlagworte: Alkohol, Alter, Europa

(5) Teilnahme an sozialen Aktivitäten verzögert den kognitiven Niedergang im Alter

Ziel/Hintergrund: Verschiedene Faktoren werden mit kognitiven Veränderungen und Niedergang in Zusammenhang gebracht. Die Frage ist, wie diese Faktoren aufeinander einwirken, zusammenhängen und ob einige dieser Faktoren in besonderer Weise mit Kognition assoziiert ist.

Bekannt ist, dass Einsamkeit bzw. soziale Isolation einen Risikofaktor darstellen. Die Häufigkeit tiefgehender persönlicher Kontakte scheint dabei wichtiger zu sein als die Breite des sozialen Netzwerkes insgesamt. Sozialkontakte bilden einen wesentlichen Faktor für Neurogenese. Zudem weisen Studien darauf hin, dass Menschen mit vielen und guten Sozialkontakten weniger Stress aufweisen. Insgesamt legen die Studien einen Zusammenhang zwischen guten Sozialkontakten und einem Schutz vor kognitiven Einbußen nahe.

Dies gilt auch für andere Faktoren wie Gesundheit, Depressivität, physische Aktivität, die alleine oder auch zusammen mit kognitiven Veränderungen assoziiert sind. So mag schlechte Gesundheit die Teilnahme an sozialen Aktivitäten verhindern oder die Depressivität der physischen Aktivität im Wege stehen.

Vorliegende Studie geht der Frage nach, wie stark der Faktor Teilnahme an sozialen Aktivitäten mit Kognition, insbesondere Erinnerung und Exekutivfunktion assoziiert ist, sowie der Frage, ob soziale Teilnahme auf einzigartige und von den anderen Faktoren getrennte Art und Weise mit Kognition verbunden ist.

Methoden: Die Studie beruht auf einer großen Datenbasis der europäischen SHARE-Studie (Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe) mit Teilnehmenden aus 19 Staaten in Europa und Israel. Vielfältige psychologische und physische Variablen wurden erfasst, insbesondere Daten zur Kognition, Exekutivfunktion, Erinnerung, sozialer Teilnahme, physischer Gesundheit, Depressivität und physischer Aktivität. Insgesamt wurden die Daten von 19832 Personen aus 13 Ländern für die Studie verwendet. Umfassend wird die Datenanalyse beschrieben.

Resultate: Alle genannten Faktoren sagten zu drei Zeitpunkten der Datenerfassung Veränderungen von Erinnerung und Exekutivfunktionen unabhängig voneinander voraus. Je geringer soziale Teilnahme, Gesundheit und physische Aktivität, und je höher

Depressivität, desto steiler fiel der Niedergang kognitiver Funktionen aus. Jeder dieser Faktoren wies eine vergleichbare Stärke für die Vorhersage des Niedergangs auf.

Diskussion: Die Autoren betonen die Stärke dieser Studie, welche auf einem großen Datensatz aus verschiedenen beteiligten Ländern beruht. Sie vergleichen die Einflussstärke sozialer Teilnahme auf Kognition mit dem Faktor Alter auf Kognition und kommen zu dem Ergebnis, dass beide Einflussgrößen in etwa gleich sind. Dies könnte u.a. auch bedeuten, dass soziale Teilhabe den Einfluss von Alter auf Kognition kompensieren kann. Soziale Aktivitäten können dazu beitragen, das Gehirn einer kognitiv anregenden und herausfordernden Umgebung zuzuführen und damit den kognitiven Niedergang zu kompensieren. – Zu Fragen der Kausalität äußern sich die Autoren vorsichtig: es könnte gut sein, dass hohe soziale Teilnahme und gutes kognitives Funktionieren mit dem genetisch bedingten Persönlichkeitsfaktor ‚Extrovertiertheit‘ assoziiert sind oder auch, dass neuropathologische Veränderungen soziale Teilnahme negativ tangieren. Nichtsdestoweniger spricht nichts dagegen und alles dafür, dass alte Menschen von einer sozial stimulierenden Umgebung profitieren und dies zu einer Verzögerung kognitiver Einbrüche beiträgt.

Quelle: Bourassa, K., Memel, M., Woolverton, C., Sbarra, D. (2017). Social participation predicts cognitive functioning in aging adults over time: comparisons with physical health, depression, and physical activity. *Aging & Mental Health*, 21(2), 133-146

Schlagworte: Kognition, Sozialkontakte, Depressivität, Gesundheit

Vgl.: Jao, Y.-L., Loken, E., MacAndrew, M., VanHaitsma, K., Kolanowski, A. (2018). Association between social interaction and affect in nursing home residents with dementia. *Aging & Mental Health*, 22(6), 778-783

Positive Stimmung, Lebensqualität und auch besseres kognitive Funktionieren hängt eng mit sozialen Interaktionen und Tätigkeiten zusammen. Einbrüche in der Kommunikation, neuropsychiatrische Symptome und herausforderndes Verhalten, aber auch körperliche Einschränkungen erschweren die Teilnahme an strukturierten sozialen Aktivitäten. In der Folge verbringen Personen mit Demenz den Tag zunehmend allein und ohne Aktivität. Vorliegende Beobachtungsstudie anhand von Videos geht dem routinemäßigen Fluss von Aktivitäten im Pflegeheim nach mit der Frage, ob die üblichen ungeplanten Interaktionen mit positiven oder negativen Affekten verbunden sind. 126

Personen mit Demenz aus 12 stationären Einrichtungen in den USA waren an der Studie beteiligt. An fünf Tagen wurden je zweimal Filmdaten erhoben und die Daten anschließend anhand einer Affekt-Skala bewertet.

Teilnehmende Personen zeigen ein mittleres Niveau sozialer Interaktionen. Ein höheres Niveau von Interesse (Aufmerksamkeit) und Freude/Vergnügen geht mit einem höheren Niveau sozialer Interaktion einher. Einige Personen zeigen aber während höherer sozialer Interaktion vermehrt Ängste und Traurigkeit, nicht aber Ärger. Dies konnte speziell für den Nachmittag festgestellt werden. Interesse und Ängste sind am Nachmittag am höchsten. Je besser kognitive Funktionen erhalten, sind, desto mehr Vergnügen/Freude zeigen sie. Diese Personen können besser von sich aus Kontakt aufnehmen, die zu positiven Affekten führen, abhängigere Personen sind auf zugehende Interventionen angewiesen. Insgesamt kann der enge Zusammenhang zwischen positivem Affekt und sozialer Interaktion bestätigt werden. Besondere Aufmerksamkeit kommt der Gestaltung des Nachmittages zu: hier sollte ein besonderer Schwerpunkt auf zugehende, u.U. mit Bewegung und Beruhigung verbundene soziale Aktivierung bei ängstlichen und unruhigen Personen gelegt werden.

Vgl.: Travers, C. (2017). Increasing enjoyable activities to treat depression in nursing home residents with dementia: A pilot study. *Dementia*, 16(2), 204-218

Beschrieben wird ein australisches Aktivierungsprogramm (BE-ACTIVE) zur Verbesserung von Lebensqualität und zur Reduktion von Depressivität. Zwar konnten keine signifikanten Unterschiede vor und nach der Intervention festgestellt werden (Werte für Lebensqualität und Depression blieben in etwa gleich), zeigten die Personen während der aktivierenden Interventionen vermehrt positive Affekte besonders dann, wenn die Aktivitäten sehr einfach strukturiert waren (spazieren gehen, gemeinsam in der Sonne sitzen) und wenn sie im 1:1 Format mit einer Mitarbeiterin erfolgten.

(6) Namaste Care schafft einen sicheren Rahmen für personenzentrierte Pflege

Ziel/Hintergrund: Eine mögliche Intervention am Lebensende von Menschen mit Demenz nennt sich ‚Namaste Care‘: diese adressiert physische, sensorische und emotionale Bedürfnisse, wird an allen Tagen zweimal im Rahmen einer 1:1 Begegnung in einem besonderen, reizreduzierten Raum angeboten. Sie zielt darauf, Isolation zu verhindern, gerichtete Zeit gemeinsam zu verbringen und die Lebensqualität am Ende zu erhöhen. Vorliegende Literaturstudie trägt Wissen darüber zusammen, wie Namaste Care im Einzelnen funktioniert und wie sie zu den angestrebten Ergebnissen gelangt. Dabei stehen Kontexte und Prozesse im Mittelpunkt der Untersuchung.

Methoden: Beschrieben werden die einzelnen Phasen und Suchstrategien für die Literatur. Zunächst wurden nach einer ersten Durchsicht der Literatur Telefoninterviews mit 11 Anwendern, Ausbildern und Forschenden aus dem Vereinigten Königreich, den USA und den Niederlanden geführt. Aus diesen Materialien heraus wurde eine Theorie über Kontexte und Wirkungsweisen entwickelt, die mit weiteren Anwendern der Methode in Workshops verfeinert wurde. In einer weiteren Phase wurde die Suchstrategie für Literatur erweitert, um verwandte Interventionen zu identifizieren und gemeinsame Prozesse, Kontexte und Wirkungsweisen auszumachen.

Resultate: Die Autoren kommen zu drei zentralen Aussagen über Kontexte, Prozesse und Ergebnisse:

1. Namaste Care sorgt für einen strukturierten Zugang zu sozialer und physischer Stimulation: das Programm erlaubt den Pflegenden, sich auch unabhängig von funktional bestimmten Tätigkeiten den Bewohnern zuzuwenden und sich von anderen Tätigkeiten bewusst zu lösen. Es muss nicht immer dieselbe Pflegeperson sein, aber sie muss denselben Ansatz mit denselben Mitteln und Abläufen befolgen. Soziale Stimulation stellt die Schlüsselkomponente dar und wirkt sich besonders nachhaltig auf Tätig Sein und Aufmerksamkeit aus. Es folgen Gerüche und Musik, sanftes Licht, einen sicheren unterbrechungsfreien Ort. Interviewte Personen berichten, dass unter diesen Umständen die Personen ‚aus ihrer Schale kommen‘.
2. Es ist wichtig, die Mitarbeiter zu befähigen, mit komplexen Verhaltensweisen und unterschiedlichen Reaktionen effektiv umzugehen. Ein ‚Werkzeugkasten‘ für multisensorische Möglichkeiten trägt dazu bei, sich an Verhalten und Reaktionen flexibel anzupassen. Hier steht an erster Stelle die liebevolle Berührung, z.B. in Form einer Handmassage, aber auch der Einsatz von Puppen, Stofftieren und Musik. Letztere werden aber immer im Rahmen eines engen, fortlaufenden zumeist körperlichen Kontaktes eingesetzt. Oft ist es der kombinierte Effekt olfaktorischer, taktiler, auditiver und visueller Reize, der Verhalten und Befinden positiv beeinflusst und zu einem ‚Auftauchen‘ der Person führt. Es wird angenommen, dass nicht einzelne Aktivitäten (wie z.B. Musik) ausschlaggebend für den Erfolg sind, sondern dass die

Vielfalt dieser Möglichkeiten und ihrer Kombinationen den Mitarbeitern die Fähigkeit und Fertigkeit vermittelt, sich an die Personen optimal anzupassen.

3. Einen Rahmen für personenzentrierte Pflege bereitstellen: Multisensorische Interventionen, die biographische Elemente aufgreifen und sich mit dem verbinden lassen, was die Person im Hier und Jetzt erlebt, machen Mitarbeitende empfänglicher für Bedürfnisse und erhöhen die Antwortbereitschaft des Klienten. Viele Studien untersuchen unter den Begriffen ‚Personalisierung‘ oder ‚individuell zugeschnittene Interventionen‘ den Effekt von Interventionen, bei denen besonders auf das ‚wie‘ geachtet worden ist. Je besser es gelingt, sich den interaktiven und kommunikativen Eigenheiten des Klienten anzupassen, desto deutlicher der Effekt besonders auf agitiertes Verhalten.

Diskussion: Die Theorie fasst gut zusammen, warum Namaste Care die berichteten Wirkungen aufzeigt: Klienten wird eine familienähnliche Geborgenheit vermittelt von gut vorbereiteten und befähigten Pflegenden, die im Rahmen einer 1:1 Situation unter Einbeziehung der Biographie und Vorlieben einen intensiven Kontakt aufbauen. Zentraler Inhalt ist bildet die Schaffung einer Gelegenheit für bedeutungsvolle Kommunikation und Interaktion zwischen Klienten und Pflegekraft. Eben dies trägt wesentlich zu einer Reduktion von Agitiertheit und herausforderndem Verhalten bei. Weiterhin belegt die Studie eindrucksvoll den Zusammenhang zwischen personenzentrierter Pflege, der Kompetenz und dem Selbstvertrauen sowie Zufriedenheit von professionell Pflegenden.

Quelle: Brunn, F., Lynch, J., Goodman, C., Sharpe, R., Walshe, C., Preston, N., Froggatt, K. (2018). Improving living and dying for people with advanced dementia living in care homes: a realist review of Namaste Care and other multisensory interventions. BMC Geriatrics, <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0995-9>

Schlagworte: Namaste Care, Multisensorisch, Beziehungspflege

(7) Gleichzeitig körperlich und psychisch kranke alte Menschen stellen eine extreme Herausforderung für die Versorgung dar

Ziel/Hintergrund: Patienten mit körperlichem und psychischem Pflegebedarf stellen eine besondere Herausforderung dar. Hierzu gehören auch Patienten mit chronifizierten psychischen Erkrankungen, die zudem unter Demenz leiden. Oft kommen diese Patienten aus dem Pflegeheim in die Psychiatrie mit dem Anliegen, eine Lösung für herausforderndes Verhalten zu finden. Andere Klienten Gruppen sind jüngere Patienten mit einem Abhängigkeitsproblem, mit post-traumatischer Enzephalopathie und anderen degenerativen Erkrankungen des ZNS. Erforderlich ist eine Kombination physischer, psychogeriatrischer und psychiatrischer Pflege und Behandlung. Da Pflegeheime und Psychiatrien auf bestimmte Pflegesituationen ausgerichtet sind, kommt es immer wieder vor, dass in der Psychiatrie die somatischen Anliegen und im Pflegeheim die psychiatrischen Anliegen zu wenig Beachtung finden. Besonders in Pflegeheimen sind psychiatrisch ausgebildete Pflegekräfte eher selten zu finden. Umgekehrt wird eine ungenügende Versorgung somatischer Erkrankungen von Patienten in der Psychiatrie beklagt.

Die vorliegende Studie aus den Niederlanden geht der Frage nach: was sind die physischen und psychischen gesundheitsbezogenen Merkmale von Patienten mit doppeltem Pflegebedarf und wie steht es um deren Lebensqualität?

Methoden: Es handelt sich um eine explorative Querschnittsstudie aus den Niederlanden. Teilnehmende wurden aus psychiatrischen Abteilungen in Krankenhäusern sowie aus psychogeriatrischen Abteilungen in Altenheimen gewonnen. Instrumente werden vorgestellt, um Multimorbidität, Kognition, Angsterkrankungen und Depressionen, Lebensqualität, Pflegeabhängigkeit und neuropsychiatrische Symptome abzubilden.

Resultate: Insgesamt konnten 163 Klienten hinzugezogen werden, davon 83 aus Altenheimen und 80 aus Psychiatrien. Das durchschnittliche Alter in beiden Gruppen betrug 68 Jahre. Personen mit doppeltem Pflegebedarf in Heimen waren zu 2/3 Männer und vergleichsweise jünger. Teilnehmende aus Psychiatrien wiesen zumeist einen vergleichsweise geringen Bildungsgrad auf, 1/5 mit einer geistigen Behinderung. Alle litten im Durchschnitt unter 7 Erkrankungen mit einem hohen Anteil kardiovaskulärer, pulmonaler, neurologischer und gastrointestinaler Erkrankungen. Dies ging einher mit

einem hohen Grad der Pflegeabhängigkeit. Über 1/3 der Patienten in Psychiatrien litten unter einer Form der Psychose sowie unter einer doppelt so hohen psychiatrischen Komorbidität im Vergleich zu Personen in den Heimen. Demzufolge waren hier auch vermehrt neuropsychiatrische Symptome zu finden. In den Heimen dagegen dominierten die Demenzen – vierfach mehr als in den Psychiatrien – sowie die affektiven Erkrankungen (Ängste und Depressionen). Heimbewohner bekundeten eine höhere Lebensqualität als Patienten in der Psychiatrie. Für beide Gruppen wurden in etwa einem Viertel der untersuchten Personen zudem Achse 2 Symptome (Persönlichkeitsstörungen) diagnostiziert.

Diskussion: Erwartungsgemäß dominierten in den Psychiatrien die Psychosen und in den Heimen die Demenzen, aber in beiden Gruppen erwies sich die physische Komorbidität und die Pflegeabhängigkeit in etwa gleich hoch. Heimbewohner, die doppelt pflegebedürftig waren, wiesen mehr neuropsychiatrische Symptome auf als Heimbewohner, die entweder physisch oder psychisch pflegeabhängig waren. Als besonders bedeutsam für die Heime stellen die Autoren heraus, dass es sich bei den doppelt pflegebedürftigen Bewohnern in der Regel um Männer handelt, die vergleichsweise jünger sind und häufig fronto-temporale Veränderungen aufweisen. Diese Personen waren in der Regel unverheiratet und ohne Familienanbindung. Abschließend weisen die Autoren auf die hohe pflegerische Komplexität hin, die mit der Versorgung dieser Klienten Gruppe verbunden ist. Mitarbeitende müssen bereit sein, sehr schnell und flexibel zwischen unterschiedlichen Pflege- und Versorgungskonzepten hin und her zu springen, manchmal mehr einschränkend und strukturierend, manchmal mehr zulassend und unterstützend. Forschungsbedarf besteht, um zu erheben, was dies für die Rahmenbedingungen der Einrichtungen sowie die Ausbildungen der Pflegekräfte an Folgen mit sich bringt.

Quelle: Collet, J., de Vugt, M., Verhey, F., Engelen, N., Schols, J. (2018). Characteristics of double care demanding patients in a mental health care setting and a nursing home setting: results from the SpeCIMen study. *Aging & Mental Health*, 22(1), 33-39

Schlagworte: double care, geriatrische Psychiatrie,

(8) Angehörige verlangen, an der Gestaltung der Dienste beteiligt zu werden

Ziel/Hintergrund: Ein pflegender Angehöriger einer Person mit Demenz zu sein stellt ein beachtliches gesundheitliches Risiko dar. Zudem haben sich die meisten Interventionen, den Stress der Angehörigen zu reduzieren und Lebensqualität zu verbessern, nicht als sehr erfolgreich erwiesen. Vorliegende Studie aus Norwegen beschreibt die Perspektive der Angehörigen auf Bedürfnisse und Bedarfe in der häuslichen Pflege von Menschen mit Demenz.

Methoden: Pflegeerfahrene Teilnehmende wurden gezielt angesprochen im Kontext eines demenzbezogenen Beratungsdienstes der Stadt Trondheim. Fokusinterviews wurden in 2 Gruppen von 4-6 Teilnehmenden anhand eines Leitfadens durchgeführt. Beschrieben wird die Methode der Datenanalyse.

Resultate: Die Ergebnisse werden unter 3 thematischen Überschriften zusammengefasst:

Die Lücke zwischen Bedürfnissen und Angeboten

Die Teilnehmenden beschreiben eher negative Erfahrungen, die sie mit Tagespflege gemacht haben. Die Gruppen seien zu groß und die Personen kennten einander nicht, da die Zusammenstellung der Personen sich jeden Tag ändere. Die Aktivitäten passten nicht und seien langweilig. Daher sei es ermüdend, immer wieder für einen Besuch zu motivieren. Teilnehmende verglichen die Tagespflege mit einem Lagerhaus. Viele Tagesgäste seien körperlich recht fit und benötigten aushäusige Angebote mit Ausflügen, Sport, Bewegung und interessanten Erfahrungen. Zudem: die Teilnehmenden würden kaum zu ihrem persönlichen Erleben, ihrer Identität, der Verarbeitung der Krankheitserfahrung angesprochen respektive begleitet.

Die Pflegerolle frisst alles

In der Rolle des pflegenden Angehörigen sei man recht allein, verliere seine Sozialkontakte, ziehe sich auch selbst zurück. Oft verweigere die Person mit Demenz die Hilfe aus anderen Händen und könne auch mit freiwillig tätigen Besuchern nichts anfangen. Man sei darin gefangen, beständig ‚Feuer zu löschen‘. Es gebe kaum Zeit, Dinge für sich zu erledigen. Man wolle zwar gerne auch zusammen mit der Person mit Demenz schöne Aktivitäten unternehmen, aber oft gebe es die nicht, es falle einem schwer, immer alles gemeinsam zu tun und sich etwas auszudenken.

An der Gestaltung der Dienste und Angebote beteiligt sein

Es sei falsch, dass man die Dienste so hinnehmen müsse, wie sie einem geboten würden; wichtig sei es, an der Gestaltung dieser Dienste aktiv beteiligt zu werden. Dies gelte sowohl für die Angehörigen als auch für die Personen mit Demenz. Zu diesem Zweck müssten die Dienste stark individualisiert und personalisiert werden und weniger auf gruppenbezogene und sitzende Aktivität ausgerichtet sein. Es müsse versucht werden, Menschen mit gleichen Fähigkeiten und Interessen zusammen zu bringen. Gemeinsam einkaufen gehen sei so etwas, das viele interessiere. Man müsse die Personen mit Demenz wirklich gründlich kennen lernen und dann möglichst kontinuierlich von ein- und derselben Person betreuen lassen. Eine Gruppe, die gemeinsam schwimmen oder segeln geht oder zusammen einmal in der Woche ein Konzert anhört. Dies seien echte Angebote.

Diskussion: Angehörige möchten, dass die Klienten in für sie interessante Aktivitäten und Erfahrungen eingebunden werden, etwas erleben und nicht nur irgendwo sitzend deponiert sind. Vorhandene Angebote sind grobschnittig mehr auf abhängige Personen zugeschnitten und passen nicht für ältere Menschen mit beginnender oder leichter Demenz. Angehörigen fällt das Zusammensein und auch das gemeinsam tätig sein mit den Klienten schwer. Das Gesundheitssystem ist zu wenig darauf ausgerichtet, Menschen mit Demenz gesund und lebendig zu halten. Zu diesem Zweck bedarf es einer ganz anderen, sehr viel mehr personalisierten Angebotsstruktur, welche den Klienten als relevant und passend einleuchtet.

Quelle: Granbo, R., Boulton, E., Saltvedt, I., Helbostad, J., Taraldsen, K. (2019). My husband is not ill; he has memory-loss – caregivers' perspectives on health care services for persons with dementia. BMC Geriatrics, <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1090-6>

Schlagworte: frühe Demenz, Tagespflege, Aktivierung, Beteiligung

Vgl.: Van't Leven, N., de Lange, J., Groenewoud, J., van der Ploeg, E., Pot, A. (2019). Exploring the usefulness of indicators for referring people with dementia and their informal caregivers to activating interventions: a qualitative analysis of needs assessments. BMC Geriatrics 19:230, <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1221-0>

Menschen mit Demenz und pflegende Angehörige berichten häufig darüber, dass sie Mühe haben, ihren gewohnten Aktivitäten nachzugehen. Anhand von Bedürfnis-Indikatoren geht die Studie der Frage nach, ob aktivierende Interventionen das Bedürfnis nach Aktivität erfüllen können. Diese Bedürfnisindikatoren sind in 5 Kapitel gegliedert: Bedürfnisse nach Aktivität, Zeitrahmen und Offenheit für Veränderungen, Lebensstil, Zusammen oder getrennt, die Bedeutung der Aktivitäten. 20 Paare wurden anhand des Indikatoren-Leitfadens zweimal interviewt und die Daten ausgewertet. Im Ergebnis zeigen sich häufig ein verstecktes („latent“) Bedürfnis nach Anregung zu (gemeinsamer) Aktivität. Anhand von Langeweile oder Inaktivität der Person mit Demenz wurde deutlich, dass die bisherigen Strategien von Paaren, gemeinsam etwas zu tun, an ihre Grenzen stoßen. Auffallend, dass trotz vermisster (alleiniger oder gemeinsamer) Aktivitäten es beiden schwerfiel, die Natur der vermissten bzw. gewünschten Aktivitäten klar zu benennen. Oft hilft es, dem bisherigen Lebensstil und der Bedeutung früherer Aktivitäten nachzugehen, um neuen Möglichkeiten auf die Spur zu kommen. Die Autoren ziehen folgende Schlüsse: Paare mit Demenz benötigen schon in der Frühphase der Demenz einen Gesprächsrahmen, in dem sie leitfadengestützt ermutigt werden, vermissten, gewünschten, latenten Aktivitätsbedürfnissen nachzuspüren und Alternativen zu erproben, wenn die bisherigen Routinen nicht mehr funktionieren. Die Autoren sehen sich bestätigt, den entwickelten Leitfaden für dieses Gespräch zu nutzen.

(9) Die Implementierung von Fallbesprechungen bedarf verbindlich geregelter Rahmenbedingungen

Ziel/Hintergrund: Die palliative Pflege von Menschen mit Demenz im Heim erfordert eine genaue Abstimmung vieler Beteiligten, um die Versorgung den Bedürfnissen und dem Krankheitsverlauf anzupassen. Palliative Fallkonferenzen stellen eine attraktive Möglichkeit dar. Wie verpflichtend diese ausfallen, wie strukturiert sie sein sollen, wie häufig sie stattfinden und wie sie dokumentiert und Ergebnisse umgesetzt werden sollen, all dies ist häufig unklar. Vorliegende australische Studie stellt Evaluationsergebnisse eines Projektes vor, in dem besonders geschulte Pflegefachkräfte interdisziplinäre Fallbesprechungen in Pflegeheimen unter Hinzuziehung der Hausärzte und Familien durchführen und die Ergebnisse implementieren helfen. Der dafür angesetzte Einsatz von 2 Tagen in der Woche für benannte Mitarbeiter der Pflege sowie die Teilnahme der Hausärzte wurden für 18 Monate zusätzlich finanziert.

Rolle der Fallbesprecher für palliative Pflege: Identifikation von Bewohnern in palliativen Situationen, eine Fallbesprechung ansetzen, organisieren, leiten, dokumentieren und für eine Beteiligung von Familien und Ärzten Sorge tragen, die Implementierung der Ergebnisse begleiten und überwachen, andere Mitarbeiter in palliativer Pflege schulen.

Methoden: Es handelt sich um eine qualitative Studie, die auf Ergebnissen in der Befragung aller Beteiligten beruht. Die Beteiligten umfassen Fallbesprecher, Pflegefachkräfte, Ärzte und Mitglieder anderer Gesundheitsberufe, die mindestens eine Fallbesprechung erlebt haben.

Resultate: 11 Fallbesprecher und weitere 26 Mitarbeiter in Pflege und Versorgung sowie drei Hausärzte wurden befragt. Die Ergebnisse werden unter zwei Rubriken zusammengefasst.

Vorteile der Fallbesprechung

In erster Linie wird eine verbesserte Kommunikation zwischen Pflegenden und Familien festgestellt: man könne diese auf den absehbaren Krankheitsverlauf vorbereiten, erfahre aber auch viele wichtige Detailinformationen von den Angehörigen, die den Zugang zum Klienten erleichtern. Es gebe ‚Aha-Erlebnisse‘ aller Beteiligten und ein gemeinsames Verständnis von Situation und erwünschtem Verhalten.

Die Implementierung einer eigenständigen Rolle ermöglichte es den Fallbesprechern, eine umfassende Expertise in Planung und Durchführung von Fallbesprechungen aufzubauen. Dies hieß u.a., ein Feingespür dafür zu entwickeln, wann man Angehörige wie auf palliative Themen ansprechen kann oder wie man formulieren muss, um Angehörige zu erreichen.

Anstelle der üblichen Checklisten für Risiken trete ein umfassenderes Verständnis aller Beteiligten für die Situation, die Person und Handlungsoptionen. Anhand der Fälle konnten Schulungsinhalte vertieft und konkretisiert werden, so dass Pflegende sehr viel mehr den Eindruck gewannen, sinnvoll und wirksam einen Beitrag leisten zu können. Mitarbeitende konnten besser erkennen, wann und wie ein Klient die Schwelle zur palliativen Situation überschritt und ihre Pflegeangebote feiner und präziser modulieren: dies bedeutete die Reduktion von Körperpflege auf das absolut Notwendige sowie der Verzicht auf belastende Mobilisierungen.

Kontexte der Implementierung

Mitarbeiterausfälle, Mitarbeiterwechsel und knappe Zeitressourcen stellten die größten Herausforderungen dar. Dies führte immer wieder dazu, dass die palliativen Fallbesprecher ihre Sonderaufgaben zurückstellten und in die reguläre Pflege einsprangen. Dadurch wurde die angestrebte Rolle immer wieder brüchig. Die zusätzliche Finanzierung der Rolle wurde als entscheidend angesehen und befürchtet, dass nach Projektende diese Aufgaben wieder eingeschmolzen werden. Mitarbeitende schätzten die Rolle sehr: endlich ist einer da, den man fragen kann und der auch etwas weiß.

Leitende und Mitarbeiter zeigten sich nicht immer interessiert und unterstützend. Eben diese Personen in Fallbesprechungen einzubinden erwies sich häufig als ‚Eisbrecher‘. Einige Ärzte maßen den Fallbesprechungen geringe Bedeutung zu, änderten aber zum Teil ihre Meinung, wenn sie erlebten, dass es sich um gut strukturierte Sitzungen handelte und die Sitzungen an den Terminen stattfanden, zu denen sie in der Einrichtung verweilten. Zudem wurde die Teilnahme der Ärzte finanziell honoriert. Selbst bei Abwesenheit wurden die Ärzte über die Ergebnisse informiert, z.T. wirkten sie über soziale Medien an den Besprechungen mit.

Familien bekundeten, dass ihr Beitrag ernst genommen wurde. Viele erlebten sich als unterstützt und gefördert, gewannen aber insbesondere den Eindruck, dass sich die Pflegenden individuell um die Klienten sorgen. Dies führte zu einem Rückgang der Beschwerden.

Diskussion: Die klaren Strukturen und unterstützenden Rahmenbedingungen trugen wesentlich zur erfolgreichen Implementierung der Rolle Fallbesprecher bei, so dass die meisten in der Literatur genannten Hindernisse überwunden werden konnten. Trotz dieser optimalen Bedingungen konnte nur die Hälfte der Fallbesprecher ihre Rolle kontinuierlich wahrnehmen. Die Autoren resümieren, dass eine verpflichtende Regelung welcher Art auch immer notwendig ist, um die Ausübung der Rolle Fallbesprecher auf Dauer zu sichern. Dazu reicht nicht nur das Engagement der Beteiligten sowie der Leitungen, es bedarf auch klarer politischer und finanzieller Regelungen. Dies gilt insbesondere auch für die Teilnahme der Hausärzte.

Quelle: Lockett, T., Chenoweth, L., Agar, M. et al (2017). A facilitated approach to family case conferencing for people with advanced dementia living in nursing homes: perceptions of palliative care planning coordinators and other health professionals in the IDEAL study. *International Psychogeriatrics*, 29(10), 1713-1722

Schlagworte: Fallbesprechung, Familie, Implementierung

(10) Horten und Verwahrlosen nehmen mit dem Alter deutlich zu

Ziel/Hintergrund: Seit Einführung von DSM-5 wird Horten von Zwangsstörung unterschieden und gilt als eigenständige Krankheitskategorie. Sie betrifft etwa 2-5% der Bevölkerung, betrifft vermehrt ältere Menschen und geht mit einer komplexen psychiatrischen Komorbidität und erhöhten Sterblichkeit einher. Unter Horten wird verstanden: die Unfähigkeit, sich nutzloser Dinge zu entledigen mit der Folge, dass eine erhebliche Ansammlung dieser Objekte die Nutzung der eigenen Wohnung erheblich beeinflusst und dieser Umstand die Person erheblich beeinträchtigt und stresst. Horten kann, muss aber nicht mit Verwahrlosung, insbesondere der Vernachlässigung der Körperpflege und mangelnder oder schlechter Ernährung einhergehen. In beiden Fällen – mit und ohne Verwahrlosung - sind die Personen eher unverheiratet, isoliert und leben zurückgezogen. Der sozioökonomische Status macht keinen Unterschied. Vorliegende Literaturanalyse erarbeitet eine Übersicht über die vorliegenden Erkenntnisse zu diesem Thema.

Methoden: Beschrieben wird die Suchstrategie, die Auswahlkriterien und methodologische Bewertung der Studien. Hinzugezogen wurden Literaturen von 2000 bis 2015. An methodologischen Herausforderungen werden u.a. genannt: Bewertung von Studien, die vor DSM-5 erschienen sind; Probleme mit der Gewinnung von Teilnehmenden, die sich für Befragungen oder Untersuchungen zur Verfügung stellen; Studien beruhen oft auf Befragungen von Personen, die in Bezug auf Horten vergleichsweise mehr Einsicht zeigen und folglich eine Positivauswahl darstellen. Insgesamt konnten 13 Studien identifiziert werden, welche den Auswahlkriterien entsprachen.

Resultate: Die Ergebnisse werden unter vier Rubriken vorgestellt.

Epidemiologie und Demographie

Horten betrifft eher alte Menschen, beginnt spätestens mit 40 Jahren und nimmt mit dem Älterwerden zu. Verwahrlosungen tauchen im Alter etwa 5x häufiger auf als in jüngeren Jahren. 66% der Personen mit Verwahrlosung weisen auch hortendes Verhalten auf. Horten betrifft Männer und Frauen in etwa gleichem Masse, Verwahrlosung ist bei Männern etwas stärker vertreten (je nach Studie 66-72% der Betroffenen mit Verwahrlosung sind Männer).

Komorbiditäten

Die häufigsten Begleiterkrankungen sind Depression und Angststörungen, gefolgt von Zwangsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS). Wer an Horten leidet, der ist zu etwa 1/3 der Betroffenen auch alkoholabhängig. In Bezug auf Persönlichkeitsstörungen werden besonders die paranoiden, schizotypischen, antisozialen, vermeidenden und zwanghaften Ausprägungen benannt. Etwa 33% aller Personen mit Horten und Verwahrlosung weisen mindestens eine, zumeist aber mehrere und komplexe Persönlichkeitsstörungen auf. Je nach Studie werden Zusammenhänge mit PTBS von 3,5% bis 18% beschrieben. Hierbei stechen Kindheitstraumatisierungen besonders hervor: die Wahrscheinlichkeit, an Horten und Verwahrlosung zu leiden, ist bei Menschen mit Kindheitstraumatisierungen 4x höher als in der Vergleichsbevölkerung. 26% der Personen mit Horten und Verwahrlosung weisen eine Demenz, 90% der Betroffenen weisen zudem mindestens eine chronische Erkrankung auf.

Sicherheit

Menschen, die horten, sind zusätzlich gefährdet durch Stürze, Brände, weitere funktionale Einschränkungen sowie Lebensmittelvergiftungen und falsche Einnahme von Medikamenten. Weitere Gefährdungen umfassen bauliche Mängel, Schädlingsbefall, Feuchtigkeit und Schimmel sowie unzureichenden Zugang zu ärztlicher und pflegerischer Versorgung, die besonders im Alter zu Buche schlagen.

Kognition

Auffällig sind besonders Überzeugungen zur emotionalen Bedeutung bestimmter Objekte sowie bereits früh feststellbare Einbrüche in Exekutivfunktionen, Konzentration und Arbeitsgedächtnis.

Diskussion: Die Autoren diskutieren kritisch die sehr unterschiedliche Qualität der zugrundeliegenden Studien. Dennoch lassen diese insgesamt ein recht differenziertes Bild des Hortens und Verwahrlosens im Alter erkennen. Vermutet wird, dass Einbrüche in Exekutivfunktionen (u.a. Unter- und Entscheidungen, abstraktes Denken, Arbeitsgedächtnis) und damit Störungen in fronto-temporalen Bereichen - ganz unabhängig von Depressivität oder Zwangserkrankungen - in besonderem Masse für zwanghaftes Horten verantwortlich sind. Ob dem wiederum Kindheitstraumatisierungen und dadurch bedingte Persönlichkeitsstörungen zugrunde liegen, welche wiederum eine lange Geschichte der Selbstvernachlässigung bedingen, ist in vielen wenn auch nicht allen Fällen naheliegend. Zunehmende kognitive Einbrüche bzw. Demenz erklären die Zunahme des Hortens und der Verwahrlosung im Alter. Eine

anhaltende Verwahrlosungs-Geschichte zusammen mit Demenz lässt auch verstehen, warum sich die Betroffenen möglicher Hilfen erwehren: sie haben bislang keine Hilfe erfahren und sehen nun nicht ein, wieso sich das ändern sollte. Der Bedarf, für diese Klientel Interventionen zu entwickeln, wird als dringend beschrieben, aber nicht weiter konkretisiert.

Quelle: Roane, D., Landers, A., Sherratt, J., Wilson, G. (2017). Hoarding in the elderly: a critical review of the recent literature. *International Psychogeriatrics*, 29(7), 1077-1084

Schlagworte: Horten, Verwahrlosung, Literaturreview

Vgl.: Lee, S., Lewis, M., Leighton, D., Harris, B., Liong, B., Macfarlane, S. (2017). A comparison of the neuropsychological profiles of people living in squalor without hoarding to those living in squalor associated with hoarding. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, 1433-1439

Vorliegende Studie unterscheidet die Profile von Personen, die *nur* verwahrlosen von Personen, die horten *und* verwahrlosen.

Personen die horten *und* verwahrlosen sind älter als Personen, die *nur* verwahrlosen. Personen, die *nur* verwahrlosen, weisen vergleichsweise vermehrt eine Alkoholabhängigkeit, Personen, die verwahrlosen *und* horten vergleichsweise eher eine Demenz auf. Personen, die *nur* verwahrlosen und vergleichsweise jünger sind, weisen die meisten und schwersten neuropsychologischen Defizite auf und kommen, bedingt durch die Abhängigkeitserkrankungen, eher und schneller in Kontakt mit Gesundheitsdiensten als die Personen, die älter sind, schon länger horten und erst später verwahrlosen.

Die Daten lassen an zwei verschiedene Gruppen denken: bei der einen Gruppe beginnt die Problematik mit zunächst unauffälligem Horten bereits in jungen Jahren, die erst im Alter und bedingt durch Demenz zur Verwahrlosung führt. Bei der anderen Gruppe handelt es sich um eher jüngere Personen, die früh unter Alkoholabhängigkeit leiden, deswegen vermehrt neuropsychologische Einbrüche aufweisen und darob früh verwahrlosen.

Vgl.: Konzept „Diogenes-Syndrom“

(11) Konsens erzielt zur Sturzprävention

Ziel/Hintergrund: Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit stürzen 10x so häufig wie Menschen ohne Demenz. Die Folgen eines Sturzes sind nicht nur physisch, sondern auch psychisch hochbedeutsam (post-fall-Syndrom). Belege für die Wirksamkeit präventiver Strategien in der häuslichen Umgebung sind nicht eindeutig, obgleich Rehabilitationsprogramme die motorischen Kompetenzen teilweise verbessern können. Vorliegende Studie aus Großbritannien dokumentiert die Entwicklung eines präventiven Programms für Personen mit Demenz, die gestürzt sind oder zu stürzen drohen.

Methoden: Ein breiter Methodenmix aus qualitativer und quantitativer Forschung zusammen mit einer Literaturanalyse kommt zum Einsatz, darunter Interviews und Fokusgruppen sowie Konsens-Prozesse mit Experten. All dies mündet in einem ‚Logikmodell‘, das Ziele, Zielgruppen, Ressourcen, Aktivitäten, Ergebnisse (outcomes), Auswirkungen (impacts) und Daten der Prozessevaluation umfasst. Insgesamt orientiert sich die Studie an der ‚realistischen Methodologie‘, die Wirkungsfaktoren und Veränderungsmechanismen beschreibt. (sogenannte Context-Mechanism-Outcome-Configurations, kurz: CMOcs).

Resultate: 9 CMOcs werden unter drei Rubriken vorgestellt:

Eine Optimierung der Rehabilitationskontexte sicherstellen (1-3)

Schmerzfreiheit stellt eine Voraussetzung für Mobilitätsinterventionen dar. Daher müssen diese verbal und non-verbal im Vorfeld eingeschätzt und kompensiert werden. Interventionen sollten in erster Linie in der eigenen Häuslichkeit stattfinden, um Irritationen durch unvertraute Umgebung möglichst auszuschließen. Ein umfassendes geriatrisches Assessment erlaubt, Faktoren wie psychische und körperliche Begleiterkrankungen sowie psychosoziale Faktoren angemessen zu berücksichtigen. Hierzu gehören auch: Fußpflege, Schuhwerk, Ernährung, Gebrechlichkeit, Inkontinenz, vorhandene Hilfsmittel sowie kognitive Funktionen.

Reduzierte Selbstpflegefähigkeiten kompensieren (4-6)

Die Übungen müssen an den Ort, die Interessen und Vorlieben der Person angepasst werden. Dies bedeutet, die Übungen möglichst in die prozedural noch erinnerlichen Routinen einzubetten (z.B. Tanzen, Treppensteigen in der eigenen Wohnung). Geschieht dies, können die Interventionen besser erinnert und eingeübt werden.

Angehörige und Pflegende müssen über diese Einbettung gezielt informiert und angeleitet werden.

Physiotherapeutische Interventionen erfolgen für Menschen mit Demenz häufig in zu kurzer Zeit. Empfohlen werden eine intensive Einübungsphase mit regelmäßigen Kontrollterminen über einen längeren Zeitraum hinweg. Die Expertengruppe empfiehlt 22 Interventionen innerhalb einer 12-wöchigen Interventionsphase mit einer Überprüfung der Wirksamkeit zur Hälfte und am Ende der Zeit.

Pflegende Angehörige sollten diese Übungen fortführen, müssen dazu aber angeleitet und begleitet werden. Dazu muss die Situation, aber auch die Fähigkeit der Angehörigen eingeschätzt werden, da viele selber an Einschränkungen leiden.

Mitarbeitende mit den nötigen Kompetenzen ausstatten

Eine enge Zusammenarbeit mit Angehörigen erlaubt es, ein umfassendes Verständnis des Klienten und seiner Krankheitsgeschichte zu gewinnen. Die konkrete Umgebung, in welcher sich der Klient befindet, muss auf Sturzgefahren hin überprüft werden.

Physiotherapeuten sind nicht immer gut zum Umgang mit Menschen mit Demenz informiert: zum einen gilt es, die eigene Haltung zu Alter und Demenz zu reflektieren, zum anderen darum, die eigene physiotherapeutische Praxis an die Demenz und den Klienten anzupassen. Mitarbeitende müssen eng mit anderen Berufen zusammenarbeiten und wissen, wen man für was fragen kann. Verantwortung für den Klienten muss geteilt werden: dies geht nur dann, wenn man andere Dienste, die sich mit Stürzen befassen, kennt und deren Kompetenz vertrauen kann. An dieser Stelle wird auf die Bedeutung von formalisierten klinischen Behandlungspfaden verwiesen, die das Risiko von Irrtümern, unberücksichtigten Begleitumständen sowie inkonsistentes, gar widersprüchliches Arbeiten minimieren. Die Expertenkommission empfiehlt daher die Entwicklung eines verbindlichen Behandlungspfades für alle Sturzvorkommnisse im Kontext der Demenz.

Diskussion: Zusammenfassend wird eine häusliche Intervention beschrieben, die von einem multidisziplinären Team, bestehend aus Physiotherapie, Ergotherapie, Geriater und Therapieassistenz durchgeführt werden soll. Das Interventionspaket umfasst 22 Einsätze über 12 Wochen, beginnend sowohl mit einem umfassenden physiotherapeutischen als auch einem ergotherapeutischen Assessment; ein Handbuch (Manual) für die handelnden Personen, in dem alle Interventionen genau beschrieben sind; ein umfassendes geriatrisches Assessment, das dazu beiträgt, die Interventionen der jeweiligen Person präzise anzupassen; ein Trainingsprogramm für die Mitarbeiter, um sich auf die Arbeit mit Menschen mit Demenz vorzubereiten; Anleitung zur

Information und Beteiligung der Angehörigen; ein Patiententagebuch, in dem durchgeführte Aktivitäten verzeichnet und kommentiert sind.
Zur Zeit wird die Implementierung des Programms evaluiert.

Quelle: Wheatley, A., Bamford, C., Allan, L. et al (2019). Developing an Intervention for Fall-Related Injuries in Dementia (DIFRID): an integrated, mixed-methods approach.
<https://doi.org/10.1186/s12877-019-1066-6>

Anmerkung: die Online-Studie umfasst zusätzliche Materialien bezüglich der Intervention, die heruntergeladen werden können.

Schlagworte: Sturz, häusliche Pflege, Multiprofessionalität

(12) Menschen mit schwerer Demenz reagieren auf soziale Kontakte situationsadäquat

Ziel/Hintergrund: Familienbesuche gehören zu den wichtigsten Kontakten für Menschen mit Demenz. Es ist bekannt, dass gute Kontakte zu mehr Bewusstheit im Erleben führen und kurzzeitig kognitive Funktionen verbessern. Bei fortgeschrittener Demenz verlässt der Kontakt sozialnormative Pfade, so dass Angehörige unsicher werden und oft Besuche seltener werden. Vorliegende Studie aus England geht der Frage nach, ob und inwieweit Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz auf eher positiv unterstützende oder negative Interaktionen seitens Familienangehöriger reagieren und damit zeigen, dass sie sich auf einer bestimmten Ebene des Kontaktes bewusst sind.

Methoden: Interaktionen zwischen Menschen mit schwerer Demenz und ihrer Angehörigen wurden videographiert und analysiert. Insgesamt konnte die Interaktion zwischen 5 Personen mit Demenz und Familienmitgliedern (insgesamt 14 Personen) mindestens 2x erfasst werden. Analysiert wurden Sprechen, Stimme, Gesichtsausdruck sowie körperliche Gestik.

Resultate: Die familiären Bindungen („bond“) werden unterteilt in zwei Systeme:

Im Gleichtakt

Hierbei handelt es sich um Begegnungen, die mit sozialer Unterstützung, geteilter Freude sowie mit einem Bemühen, auf der Wahrnehmungsebene der Person anzukommen (etwa: „gemeinsam auf dem Weg sein“), einhergehen. Dabei konnte folgendes beobachtet werden: Familienmitglieder suchen positiven Augenkontakt, wiederholen das Gesagte, benennen bei Bedarf, wer sie sind, laden zu Tätigkeiten ein ohne Forderungscharakter, verwenden kurze Sätze, stimulieren die Sinne, vermeiden Fragen, die mit Merkfähigkeit oder Erinnerung einhergehen, lassen der Person Zeit zu reagieren, verstärken positive und spontane Signale der Person und bemühen sich, mit Gedanken und Gefühlen übereinzustimmen. Diese Strategien wurden häufig von der Person mit Demenz auf gleicher Ebene beantwortet: durch Augenkontakt, Kopfnicken, Anlehnen, Berührungen, Küsse, Lächeln und Lachen, entspannte Gesichtszüge und entspannte Körpersprache sowie humorige und spielerische Reaktionen. Angehörige passen sich den Personen an und versuchen ihr bestes, eine gelingende Wechselseitigkeit im Kontakt aufzubauen. Dieses Bemühen ist auch seitens der Person mit Demenz zu beobachten: Blicke und Lächeln werden erwidert, an bedeutsamen

Stellen genickt, ermutigend die Hand gedrückt. In der Regel versuchen beide Interaktanten, positiv aufeinander zu reagieren und gemeinsam freudige Momente zu erleben.

Aus dem Takt

Diese Kontakte sind von wechselseitiger Irritation, Ablehnung, Befremdung und Fluchtbewegungen gekennzeichnet. Auf Wünsche und Anliegen erfolgt keine Bestätigung oder Reaktion, zu Handlungen wird nicht eingeladen, sondern diese werden eher eingefordert, Sätze sind komplex und lang, Themen erfolgen im schnellen Wechsel, Fragen werden gestellt, die Erinnerung und Merkfähigkeit voraussetzen, das Sprech- und Handlungstempo ist zu hoch, Signale von Überholung und Irritation werden übersehen, Reaktionen und Antworten werden korrigiert, belächelt, ignoriert. Dies geht seitens der Person mit Demenz mit folgenden Reaktionen einher: mangelhafter Augenkontakt und wenn, dann eher mit irritierten, ärgerlichen Ausdruck, an der Unterlippe nagen, viele kratzende und reibende Bewegungen an Kopf, Ellenbogen und hinter den Ohren, Stöhnen und Seufzen, vom Besucher abrücken, Berührungen nicht erwidern oder zurückweisen, Versuche sich zu entfernen oder in sich zusammen sacken. Ungeduld und Machtspiele kennzeichnen diese Interaktionen, Signale, die Ängste oder Unruhe anzeigen, finden keine Beachtung, sarkastische und ironische Bemerkungen signalisieren Abwertung, Verachtung, Distanzierung, aber auch Misstrauen. Vorgebliche Rücksichtnahmen z.B. beim Ankleiden gehen mit Zwang und Druck einher, Wünsche werden nicht wirklich erfüllt, sondern nur so getan als ob.

Diskussion: Die Analyse zeigt, dass sich die Personen mit schwerer Demenz der sozialen Situationen bewusst waren und sowohl verbal wie non-verbal situationsadäquat reagierten. Trotz der Fluktuation im Bewusstsein schienen die Personen mit Demenz auf erstaunlich komplexe Weise konkordant mit Art und Weise der sozialen Interaktion. Die besonderen interpersonalen und innerfamiliären Dynamiken werden weiterhin ‚bespielt‘. Gezielte Aufklärung der Angehörigen könnte dazu beitragen, durch und in diesen Interaktionen ein positives Selbstwertgefühl aufzubauen. Umgekehrt trägt eine mangelnde Konkordanz dazu bei, dass sich Personen mit Demenz abgelehnt und verloren fühlen.

Quelle: Walmsley, B., McCormack, L. (2017). Severe dementia: relational social engagement (RSE) during family visits. *Aging & Mental Health*, 21(12), 1262-1271

Schlagworte: Bewusstsein, Kommunikation, Angehörige, Beobachtungsstudie

(13) Eine personzentrierte Haltung in der Pflege wirkt sich positiv für das Thema Sexualität von Menschen mit Demenz aus

Ziel/Hintergrund: Sexuelle Interessen und Aktivitäten von Menschen mit Demenz lösen bei Mitarbeitenden zuweilen Besorgnisse und Unbehagen aus. Diese Haltungen können sich blockierend für die Personen mit Demenz auswirken. Bisherige Forschung besagt, dass höheres Alter der Mitarbeiter, eine höhere Berufsausbildung, ein geringer Grad an religiöser Bindung sowie mehr Kenntnisse in Bezug auf die Sexualität Älterer einen positiven, also zulassend akzeptierenden Einfluss auf die Haltung besitzen. Weiterhin scheint die Organisation Bedeutung zu haben: je mehr Sicherheit und Risikovermeidung im Vordergrund stehen, desto eher ist mit negativen, einschränkenden Haltungen zu rechnen.

Vorliegende Studie aus den Niederlanden geht der Frage nach, inwiefern eine personzentrierte Haltung in der Pflege sowie die Einrichtungskultur die Wahrnehmung sexueller Bedürfnisse beeinflussen.

Methoden: Für die Studie konnten 187 Mitarbeiter in Pflege und Betreuung, aber auch Mitglieder anderer Gesundheitsberufe (Therapeuten, Ärzte, Mitarbeiter des Managements) gewonnen werden. Die Daten beruhen auf einer Befragung im Rahmen eines vorstrukturierten Fragebogens. Zentrale Fragen bezogen sich auf Haltungen zu und Wissen über die Sexualität Älterer, zur personzentrierten Haltung sowie zur Einrichtungskultur. Letztere beziehen sich auf Orientierungen wie Unterstützung (Kooperation, Teamgeist, individuelles Wachstum), Innovation (Kreativität, vorausschauendes Denken und Handeln, Experimentierlust, Suche nach neuem Wissen), Regelorientierung (Autorität und Arbeitsteilung) und Zielorientierung (Rationalität, Leistung, Verantwortlichkeit).

Resultate: Je höher die Ausbildung, desto positiver die Haltung zur Sexualität Älterer. Therapeuten äußerten sich in der Regel positiver als Pflegende in unmittelbarem Pflegekontakt zu Menschen mit Demenz. Ebenso wirkte sich mehr Wissen über die persönlichen sexuellen Präferenzen der Klienten positiv auf die Haltungen aus, wenn auch nur in geringem Umfang. Das Alter und die Berufserfahrung zeigten dagegen keine Zusammenhänge mit positiver oder negativer Haltung. Hohe Werte für personzentrierte Haltung gingen in einem hohen Masse, beschriebene Orientierungen in der Einrichtungskultur in einem geringeren Masse mit einer positiven Haltung zur Sexualität von Menschen mit Demenz einher.

Ein ungewöhnlicher Befund: explizite Erklärungen zur Sexualität („policy“) scheinen sich eher negativ auf die Haltungen auszuwirken. Die Autoren vermuten, dass sich diese Erklärungen eher risikovermeidend und sicherheitsorientiert positionieren. Daher wirkt sich ihr Fehlen eher positiv aus. (besser keine Regeln als schlechte Regeln)

Diskussion: Personenzentrierte Pflege unterstützt eine liberale, zulassende Haltung zu vielen Themen in der Pflege. Es gelingt, sexuellen Bedürfnissen mehr Raum zu geben und beruhigend auf agitiertes Verhalten einzuwirken. Dies wiederum wird durch eine unterstützende („supportive“) Einrichtungskultur begünstigt, die Mitarbeitende unterstützt, Fragen im Umfeld des sexuellen Selbstausdrucks offen zu stellen, kontrovers zu diskutieren und zu individuellen, passenden Lösungen zu gelangen. Dieser offene Umgang trägt wesentlich dazu bei, Bedenken auszuräumen, legitimen Anliegen von Sicherheit und Freiwilligkeit Rechnung zu tragen und letztendlich mehr Raum für sexuellen Selbstausdruck wohlwollend zu begleiten. Eine Auseinandersetzung mit Sexualität im Alter insgesamt und Sexualität bei Menschen mit Demenz im Besonderen unterstützt diese Haltung, wobei die Autoren zu bedenken geben, dass die Form dieser Wissensvermittlung gut zu überlegen ist.

Dies aber setzt voraus, dass Mitarbeitende genügend Zeit haben für Beziehungsarbeit, um die Personen und mögliche Risiken gut einschätzen zu können, aber auch ausreichend Gelegenheit, sich mit anderen Mitarbeitenden auszutauschen. Ein guter Umgang mit der Sexualität alter Menschen mit Demenz ist demnach auch ein sekundäres Resultat einer guten Einrichtungs- und Führungskultur.

Die Haltung der Mitarbeitenden scheint sich auch auf Angehörige auszuwirken mit der Folge, dass eher restriktive Haltungen Angehörige zögern lässt, ihre Zuneigung offen und körperlich zu zeigen. Diese Frage bedürfte näherer Untersuchung.

Quelle: Roelofs, T., Luijckx, K., Cloin, M., Embregts, P. (2019). The influence of organizational factors on the attitudes of residential care staff toward the sexuality of residents with dementia. BMC Geriatrics, <https://doi.org/10.1186/s12877-018-1023-9>

Schlagworte: Sexualität, Demenz, Haltung

Vgl.: Wiskerke, E., Manthorpe, J. (2018). New relationships and intimacy in long-term care: The views of relatives of residents with dementia and care home staff. Dementia,

17(4), 405-422; Intimacy between care home residents with dementia: Findings from a review of the literature. *Dementia*, 18(1), 94-107

Mitarbeiter in der Pflege und Angehörige in England werden anhand einer hypothetischen Fallvignette in Fokusgruppeninterviews befragt, wie sie den Fall beurteilen. Vignette: ein Mann und eine Frau, beide mit Demenz im Altenheim lebend, beide mit einem außerhalb des Heimes lebenden Partners verheiratet, beginnen einen zärtlichen Kontakt, der am Ende zur körperlichen Intimität führt: beide werden zusammen nackt im Bett vorgefunden. Befragt wurden 12 Mitarbeiter*innen sowie 8 Angehörige.

Beide Gruppen kamen zu etwa gleichen Einschätzungen: Körperkontakt und Zärtlichkeiten ohne intimen Kontakt seien zu tolerieren, sexuell intimer, nackter Kontakt nicht. Als Begründung wurde die dementiell bedingte reduzierte Urteilsfähigkeit angeführt mit der Vermutung, dass die Frau den Mann verkenne. Insgesamt kreisten alle Argumente um einen möglichen Missbrauch der Frau („Opferzuschreibung“) – ein Missbrauch des Mannes wurde nicht in Erwägung gezogen. In diesem persönlichen Nahfeld sprachen Angehörige und Mitarbeiter den Personen mit Demenz kein Selbstbestimmungsrecht zu. Management und Mitarbeiter seien gefordert, den verheirateten Partner unverzüglich zu informieren und intime Kontakte – auch gegen den Willen der Personen – aktiv, aber möglichst ‚sanft‘ zu unterbinden. Empfohlen wurde: Bilder vom Ehemann zeigen („redirection“), gemeinsame Aufenthalte in einem Zimmer unterbinden, ablenken.

Interessant: Mitarbeiter und Angehörige waren sich einig, den Fall anders zu bewerten, wenn beide unverheiratet bzw. verwitwet wären. In diesem Fall sei intimer Kontakt u.U. zu tolerieren. Dass hier nun die Fähigkeit zur Urteilsbildung gleichfalls eingeschränkt wäre, spielt im Urteil der Befragten plötzlich keine Rolle mehr.

Die Autoren vermuten, dass Teilnehmende das eigene Unbehagen in Bezug auf ‚Außenbeziehungen‘ auf das Paar mit Demenz projizierten. Keine Rolle spielten Überlegungen, ob vielleicht beide vor Beginn der Demenz gelegentlich Außenbeziehungen gehabt haben könnten und nur fortsetzten, was sie bereits kannten. Ängste wurden benannt vor Beschwerden, Öffentlichkeit, Rufschädigung wegen vermutlichem Missbrauch einer Schutzbefohlenen, vielleicht sogar auch vor Strafprozessen. Mitarbeiter griffen auf das Management für die Entscheidungsfindung zurück, da es an professionellen Leitlinien und gesetzlichen Regelungen fehle. Insgesamt fand sich nur eine Mitarbeiterin, die den Konsens nicht teilte und der Meinung war, beide hätten ein Recht auf selbstbestimmte Sexualität trotz Demenz.

Anmerkung: Nach dem englischen Mental Capacity Act (2005) kann kein Mensch (auch kein Angehöriger) anstelle einer Person mit Demenz entscheiden, ob sie einen sexuell intimen Kontakt zu einer anderen Person haben darf oder nicht. Wichtig ist nur, dass die Person verbal oder non-verbal zustimme und die Zustimmung klar erkennbar sei. Die Fähigkeit (capacity) ist immer als vorhanden anzunehmen, es sei denn, das Gegenteil kann zweifelsfrei erwiesen werden. Es reicht nicht, eine kognitive Beeinträchtigung insgesamt nachzuweisen. Es muss nachgewiesen werden, dass die Person in einer spezifischen Situation zu einer spezifischen Angelegenheit und einem bestimmten Zeitpunkt unfähig ist, eine Entscheidung zu treffen. Die Urteilsfähigkeit ist anzunehmen, wenn die Person: die Informationen bezüglich der Entscheidung versteht, die Informationen im Rahmen des Entscheidungsprozesses erinnern kann (z.B. zu möglichen Verletzungen aufgrund mangelnder Lubrikation mit möglichen Entzündungsfolgen etc.), diese Informationen bei der Entscheidungsfindung nutzen kann, die Entscheidung deutlich und klar kommunizieren kann. Im Zweifelsfall ist das Urteil einer weiteren Person einzuholen.

Allerdings: fehlt nachweislich die Urteilsfähigkeit, dann ist jede sexuelle Handlung mit dieser Person ein Verbrechen. Besonders schwierig zu beurteilen sind Fälle, in denen sich die Person mit Demenz dem Wunsch nach sexuellem Kontakt passiv fügt und auf die Frage, ob sie das auch will, keine eindeutige Antwort geben kann. In diesem Fall ist darauf zu achten, ob die Person zögert bzw. leichte Abwehrhaltungen einzunehmen bereit ist. Dies ist dann als körpersprachliches Nein zu interpretieren.

(siehe: <https://www.nhw.nhs.uk/content/uploads/2017/01/MCA-PGN-01-AssessCapConsentSexRelat-V03-IssFeb16.pdf>

<https://www.alzheimers.org.uk/get-support/daily-living/dementia-consenting-sexual-relations>)

(14) Verbesserung von Lebensqualität und Reduktion von Agitiertheit durch ein person-zentriertes Schulungsprogramm

Ziel/Hintergrund: Um Agitiertheit von Menschen mit Demenz zu verringern und Lebensqualität zu verbessern empfiehlt es sich, zugleich eine personzentrierte, psychosoziale Gesamtintervention einzuführen und Psychopharmaka einer genauen Überprüfung zuzuführen. Die Autoren beschreiben die Effekte eines solchen Programms (well-being and health for people with dementia: WHELD) auf Agitiertheit und Lebensqualität sowie einige weitere Indikatoren.

WHELD-Programm:

Mitarbeiter, Führungskräfte, Umsetzungsverantwortliche (Hier: ‚WHELD-champions‘ genannt) sowie auch Bewohner (mit leichter Demenz) werden in personzentrierter Pflege an 2 Tagen bzw. 4 halben Tagen geschult bzw. unterrichtet. Die unterrichtende Therapeutin (nicht näher beschrieben) führt an diesen Tagen in das Projekt ein, identifiziert die Erwartungen, Hoffnungen und Anliegen und macht sich mit der Einrichtung (ihrer Geschichte, den Bewohnern, den Mitarbeitern, dem Setting insgesamt) vertraut.

In jeder Einrichtung werden 2 Umsetzungsverantwortliche benannt, die an einer weitergehenden, zentral organisierten Schulung (in jedem von 4 Monaten 1 Tag) teilnehmen und anschließend eine supervisorische und coachende Begleitung für weitere 4 Monate erfahren. Inhalte der Schulung umfassten: personzentrierte Pflege, Verfassen ressourcen-orientierter Pflegepläne inklusive individueller und sozialer Aktivitäten, Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von Psychopharmaka, Auseinandersetzung mit herausforderndem Verhalten. Die Schulung enthielt viele Elemente selbstbestimmten, erfahrungsorientierten Lernens. Die Umsetzungsverantwortlichen erhielten den Auftrag, abgestimmte Inhalte umzusetzen. Dies wurde begleitet durch Visitationen der Therapeutin vor Ort (je Einrichtung 8 Stunden pro Monat). Parallel wurden die Hausärzte über die Intervention informiert und die Umsetzungsverantwortlichen darauf vorbereitet, zusammen mit den behandelnden Ärzten die Medikation kritisch zu sichten.

Methoden: Es handelt sich um eine cluster-randomisierte, 2-armige kontrollierte Studie, an der 69 Heime in Großbritannien teilnahmen. Die Heime gruppierten sich in drei Regionen Englands. Verglichen werden Daten der Interventionsgruppe mit einer

Kontrollgruppe anhand von Ausgangs- und Enddaten nach 9 Monaten. Beschrieben werden die Instrumente, die Schwere der Demenz, Lebensqualität, Agitiertheit, neuropsychiatrische Symptome insgesamt sowie einige weitere Indikatoren (u.a. Depressivität, Schmerzen, Qualität der Interaktion) abzubilden. Ausgangs- und Enddaten wurden von unterschiedlichen, einander unbekanntenen Personen erhoben, die zudem nicht darüber informiert waren, ob sie in der Interventions- oder der Kontrollgruppe Daten erheben („Verblindung“).

Resultate: 847 Bewohner*innen erklärten sich bereit, an der Studie teilzunehmen. Enddaten konnten von 553 Personen erhoben werden. In der Interventionsgruppe ließ sich eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität (beurteilt durch den „Caregiver“: unklar, ob damit Angehörige oder professionelle Mitarbeiter gemeint sind) sowie eine deutliche Reduktion der Agitiertheit und der neuropsychiatrischen Symptome insgesamt feststellen. Eine deutliche Veränderung der Medikation ergab sich nicht. Allerdings konnte in der Interventionsgruppe im Vergleich zu den Ausgangsdaten eine Steigerung positiver Interaktionen um 19,7% beobachtet werden. Insgesamt dominierten Verbesserungen für die Gruppe der mittel bis schwer an Demenz erkrankten Personen, weniger deutlich für Menschen mit leichter/beginnender und sehr schwerer Demenz. Psychosoziale Interventionen wirkten sich bei den letzten beiden Gruppen nicht deutlich erkennbar aus. In Rahmen einer Kostenanalyse konnte ermittelt werden, dass die Intervention mit Pound Sterling 130 pro Person zu Buche schlug (Freistellung und Schulung der Mitarbeiter). Im Vergleich zur Kontrollgruppe fielen die Kosten in der Interventionsgruppe insgesamt geringer aus: in der Kontrollgruppe erhöhten sich die Kosten durch die Verschlechterung der Gesundheit und Demenz.

Diskussion: Es handelt sich um die bislang größte randomisiert kontrollierte Studie bezüglich der Effekte einer personenzentrierten Schulung. Die ermittelten Effekte gleichen oder übertreffen die Wirkung antipsychotischer Medikamente und beschränkten sich nicht nur auf die Reduktion von Agitiertheit, sondern führten auch zu einer Verbesserung der Lebensqualität. Eine deutliche Erhöhung positiver Interaktionen konnte festgestellt werden. Die Intervention erfolgte im Rahmen eines genau beschriebenen Manuals, so dass sie leicht übertragbar bzw. wiederholbar ist. Insgesamt schneidet die Intervention auch kostenmäßig eher günstig ab.

Quelle: Ballard, C., Corbett, A., Fossey, J., et al (2018). Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLoS Medicine*, 15(2):21002500. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002500>

Schlagworte: person-zentrierte Pflege, psychosoziale Interventionen, Implementierung

Die erste (probeweise) Durchführung des Programms und die Evaluation („proof of concept“) ist beschrieben in:

Ballard, C., Orrell, M., Fossey, J., et al (2016). Impact of Antipsychotic Review and Nonpharmacological Intervention on Antipsychotic Use, Neuropsychiatric Symptoms, and Mortality in People With Dementia Living in Nursing Homes: A Factorial Cluster-Randomized Controlled Trial by the Well-Being and Health for People With Dementia (WHELD) Program. *Am J Psychiatry* 2016; 173:252–262; doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15010130

Vgl.: Fossey, J., Garrod, L., Testad, I., et al (2019). What influences the sustainability of an effective psychosocial intervention for people with dementia living in care homes? A 9 to 12-month follow-up of the perceptions of staff in care homes involved in the WHELD randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34, 674-682

Aus der Literatur ist bekannt, dass psychosoziale Interventionen und personzentrierte Programme nur eine geringe Chance haben, über längere Zeiträume aufrecht erhalten werden zu können. Die Studie untersucht, warum die Intervention nach ihrem Abschluss weiterhin Bestand hatte. Mitarbeiter wurden im Rahmen von Fokus-Gruppen-Interviews nach fördernden und behindernden Faktoren befragt. Drei Themenbereich konnten identifiziert werden:

- Das Programm weist deutlich positive Ergebnisse für die Bewohner aus. Dieser positive Effekt trägt wesentlich dazu bei, an dem Programm festzuhalten. An dem Programm teilzunehmen habe die eigene Perspektive auf die Arbeit nachhaltig verändert. Die im Handbuch (Manual) der Intervention festgelegten Schritte haben geholfen, sich auch weiterhin an diese Vorgaben zu halten und in die Ablauforganisation zu integrieren. Neue Routinen und andere Arbeitsweisen seien nun angepasst und dauerhaft verankert.
- „Gut eingearbeitet sein“: man habe immer wieder Gelegenheit erhalten, die Arbeitsweisen und neuen Routinen zu reflektieren und auch illustriert zu bekommen. Dieser lange Prozess von Klienten naher Supervision und Coaching („bedside training“) an immer neuen Klienten habe den Lernprozess konsolidiert. Besonders hervorgehoben wurden Methoden erfahrungsorientierten Lernens, die Rolle der ‚Champions‘ in der Unterrichtung der

Mitarbeiter*innen (Multiplikatoren) sowie die Bedeutsamkeit praktischer Arbeitsanweisungen (z.B. für Biographie, Beschäftigung, sensorische Anregung).

- Die Aneignung von Philosophie und Praxis wurde erleichtert durch Haltung und Unterstützung seitens der Leitungen, die den Arbeitsgruppen mehr Freiräume in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben einräumte, bei gleichzeitig entschiedener und konsequenter Führung vor Ort („local leadership“). Mitarbeiter fühlten sich in ihrer Verantwortung und Selbstständigkeit ernstgenommen und zugleich unterstützt. Dies habe sich in einem neuen Teamgeist sowie neuen Formen des Austausches über Arbeitsanliegen niedergeschlagen.

Die Studie zeigt eindrücklich, dass es möglich ist, die Implementierung einer Intervention so anzulegen, dass sie auch nach Abschluss der Interventionsphase Bestand hat. Eine ganze Reihe von einander zugeordneten Faktoren schafft eine ‚organisationsbezogene Erinnerung neuer Praktiken‘ zusammen mit einer neuen Form, in Organisationen zu lernen. Die Autoren diskutieren verschiedene verwandte Modelle, um derartige Lernprozesse zu organisieren. Leitung und erfahrene, vorbildliche Personen sowie Erfahrungsorientierung und Zuversicht werden als entscheidende Aspekte benannt.

(15) Interventionsforschung orientiert sich weitgehend an Verhaltensmodifikation für Menschen mit Demenz

Ziel/Hintergrund: Bislang vorliegende Literaturanalysen zu psychosozialen Interventionen legen nahe, dass Interventionen mit komplexen, vielfältig einander ergänzenden und variablen Anteilen („multi-component/modal interventions“) positive Effekte für pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz nach sich ziehen, z.B. Heimeinweisungen hinausschieben, kognitive Funktionen, Alltagsaktivitäten, Stimmung und Verhalten stabilisieren bzw. erhalten. Literaturanalysen aus den letzten Jahren legen z.B. nahe, dass körperliche Aktivität sich nicht nur auf Verhalten, sondern auch auf allgemeine Funktionalität und Stimmung positiv auswirkt und dass Musik, Massagen und sanfte Berührungen sowie verhaltenstherapeutische Interventionen herausforderndes Verhalten reduzieren. Da eine Heilung nicht in Aussicht steht, zielen psychosoziale Interventionen auf den Erhalt bzw. die Verbesserung von Wohlbefinden aller Beteiligten im Hier und Jetzt. Ob Interventionen eine positive Wirkung entfalten hängt vom Zwischenspiel vielfältiger Faktoren ab (u.a. Art der kognitiven Beeinträchtigung, Persönlichkeit, Lebensart, Stressregulation, soziale Ressourcen), ein Umstand, der die Theoriebildung („was hilft beim wem warum?“) erheblich erschwert. Ziel vorliegender Metaanalyse („scoping review“) ist es, die Forschung zu psychosozialen Interventionen aus den letzten Jahren (2008-2015) in einem Überblick zusammenzufassen und sich abzeichnende Forschungstrends zu analysieren und zu kommentieren.

Methoden: Beschrieben wird die Literatanalyse, Einschluss- und Ausschlusskriterien, die Art der Datenanalyse sowie die Synthese der Befunde. Die Ergebnisse werden unter vier Rubriken gebracht, die in etwa dem „Pflegepfad“ folgen, den Menschen mit Demenz in der Regel erfahren: Interventionen für Menschen, die noch zuhause leben und ihnen helfen, dort gut zurecht zu kommen (1); Interventionen, die zunehmend mehr durch eine andere Person *für* die Person mit Demenz durchgeführt werden, in der Regel durch einen pflegenden Angehörigen (2); Interventionen für Menschen, die im Heim leben (3); Interventionen für Menschen mit Demenz am Lebensende (4).

Resultate: (1) Positive Effekte werden berichtet für Case-Management sowie für den Einsatz gezielt ausgewählter und geschulter Pflegekräfte („dementia care specialists“). Wenn sich die ambulante Leistung an den Kunden anpasst (und nicht umgekehrt), dann werden kommunale Dienste auch vermehrt in Anspruch genommen und steigt die

Zufriedenheit. Für weitere psychosoziale Interventionen (körperliche, musische, erinnerungsbezogene, kognitive...) finden sich einige positive Effekte, besonders für Menschen in der Frühphase der Erkrankung. In der Regel steigt der positive Effekt, wenn die Maßnahmen hoch individualisiert erfolgen und den Wünschen und Bedürfnissen entsprechen. Lernprozesse für spezifische Aktivitäten sind möglich, resultieren aber nicht in einem allgemeinen, darüberhinausgehenden Kompetenzgewinn. (2) Kognitiv-verhaltenstherapeutische Maßnahmen („reframing“: den Stress anders wahrnehmen und bewerten) für Angehörige führen zwar zu mehr Verständnis, Einsicht und Selbstwirksamkeit, verzögern aber Heimaufenthalte nicht und wirken sich auch nicht erkennbar auf die Person mit Demenz positiv aus. Ähnliches gilt für Interventionen, die auf das Kommunikations- und Interaktionsverhalten der Angehörigen zielen. (3) Interventionen für Heimbewohner kreisen in der Mehrzahl um das Thema „herausforderndes Verhalten“. Zumeist handelt es sich um Studien zur Mitarbeiterschulung, zu Fallbesprechungen, zu gezielten Veränderungen in Milieu und Umfeld sowie um den Einsatz einer großen Bandbreite einzelner Interventionen (Musik, Bewegung, sensorische Möglichkeiten). Die Evidenz für diese Maßnahmen in Bezug auf Beeinflussung herausfordernden Verhaltens fällt sehr unterschiedlich aus und erlaubt kein abschließendes Urteil. Unabhängig von dem Ziel der Verhaltensmodifikation haben umweltbezogene, sensorische, musische etc. Aktivitäten, die der Person gut angepasst sind, positive Effekte für Wohlbefinden und Zufriedenheit. (4) In Bezug auf das Lebensende wirken sich Patientenverfügungen teilweise positiv aus: Krankenhauseinweisungen können vermieden, Pflegeprozesse optimiert werden und Pflegenden berichten positiv, dass sie diese Entscheidungshilfen als entlastend erlebten.

Diskussion: Die überwiegende Anzahl von Studien zu psychosozialen Interventionen zielen auf Verhaltensmodifikation von Heimbewohnern. Über Interventionen im häuslichen Kontext wird deutlich weniger berichtet. Es ist zu vermuten, dass das Konzept „BPSD“ (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) bzw. das Konzept „herausforderndes Verhalten“ zu allgemein und unspezifisch sind, um bestimmte Maßnahmen bestimmten Verhaltensweisen bzw. Stimmungen zuzuordnen. Einige Interventionen wie z.B. Musik mögen einen beruhigenden Effekt für Menschen mit Demenz aufweisen, Fallbesprechungen dagegen eher der Stressreduktion der Pflegenden dienen. Für die nähere Zukunft empfehlen sie, sich um die Implementierung von Programmen zu kümmern, die allgemein als zielführend gelten: der Einsatz von speziell geschulten Demenzspezialisten, die Einführung von Fallbesprechungen sowie angepasste und wirksame Möglichkeiten der Mitarbeiterschulung.

Die Autoren beklagen, dass Interventionsstudien in der Regel über einen viel zu kurzen Interventionszeitraum durchgeführt werden. Bedeutsame Effekte ließen sich nach 6-12 Wochen nur begrenzt festzustellen erlaube nur wenige Schlussfolgerungen. Studien zu Interventionen auf der Systemebene (z.B. Fallbesprechungen) und zur Veränderung der Pflegekultur seien von besonderer Relevanz, da die Einführung einzelner an sich sinnvoller Interventionen häufig von eben diesen Systemfaktoren abhängt. Viele Übersichtsarbeiten enden mit der Aussage, dass die Evidenzlage kein Urteil zulasse: dies belegt einen deutlichen Mangel an empirischer Forschung. Weiterhin: viele Interventionsstudien kommen zu dem Schluss, dass Menschen mit Demenz hoch unterschiedlich auf die Intervention reagieren, ohne dass diese hohe Variabilität erklärt werden kann. Dies belegt einen Mangel an Theoriebildung: es kann nicht wirklich erklärt werden, warum bestimmte Personen von einer Intervention profitieren und andere nicht. Eben dies zu wissen wäre aber für die Praxis von entscheidender Bedeutung, um Ressourcen effektiv zu nutzen und Personen nicht Maßnahmen zuzuführen, die sie stören oder langweilen.

Trotz bedeutender Fortschritte in der Interventionsforschung bleibt festzuhalten: Forschung sollte sich von dem einseitigen Ziel der Verhaltensmodifikation lösen; Interventionsforschung sollte mehr als bisher in theoretischen Modellen verankert werden, um Wirkungen auch erklären zu können;

Implementierungsforschung muss Interventionsforschung begleiten, um eine möglichst flächendeckende Einführung guter Interventionen zu ermöglichen.

Besonders die beiden Endpunkte des ‚Pflegepfades‘ bedürfen der Aufmerksamkeit: Intervention für die häusliche Situation und für das Lebensende.

Quelle: Oyeboode, J., Parveen, S. (2019). Psychosocial interventions for people with dementia: An overview and commentary on recent developments. *Dementia*, 18(1), 8-35

Schlagworte: psychosoziale Interventionen, personenzentrierte Pflege, Literaturrecherche

Vgl.: Cohen-Mansfield, J. (2018). Non-pharmacological interventions for persons with dementia: what are they and how should they be studied? *International Psychogeriatrics*, 30(3), 281-283

Die Autorin vermutet, dass die meisten Formen herausfordernden Verhaltens bzw. neuropsychiatrischer Symptome mit unerfüllten Bedürfnissen zu tun haben, welche die

Personen nicht mehr adäquat zum Ausdruck bringen können. Zumeist litten sie unter Langeweile, Einsamkeit, Schmerzen und Unbehagen.

Interventionen jenseits der Gabe eines Psychopharmakons werden zumeist als nicht-pharmakologisch beschrieben. Dieser Begriff ist zu eng, da er medizinische, nicht psychosoziale Möglichkeiten wie z.B. tiefe Hirnstimulation oder Elektrokonvulsive Therapien ausschließt. Die Autorin schlägt den Begriff ‚bedürfnisbezogene Interventionen‘ vor.

Weiterhin beklagt sie den Umstand, dass aus den Forschungen nicht immer deutlich zu entnehmen sei, was genau an einer Intervention welchen Effekt habe: ist es nun die Musik, die Sängerin, die Art des Vortrages oder der erfahrene Sozialkontakt, der den Effekt bringt? Solange es nicht gelingt, diese ‚aktiven Bestandteile‘ zu identifizieren, bleibt die Forschung ungenau und erlaubt keine präzisen Empfehlungen für die Praktiker.

Abschließend fordert sie, die ‚Werkzeuge‘ im Umgang mit Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen (insb. Demenz) zu erweitern, die Zusammenhänge zwischen Person, Verhalten, Bedürfnis und Intervention präziser zu beschreiben und der Implementierung von Maßnahmen mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Zur Zeit handele es sich bei nicht-pharmakologischen Möglichkeiten um ‚orphan drugs‘ (Arzneimittel für seltene Leiden), für die es sich wenig lohne, umfassend und gründlich zu forschen, weil der kommerzielle Anreiz fehle.