
(Forschungs-) Newsletter: 2/2020



19. MAI 2020

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



DIALOGZENTRUM LEBEN IM ALTER (DZLA)

Hochschule Osnabrück

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

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

© DZLA 2020

Inhaltsverzeichnis

INFO: „(FORSCHUNGS-)NEWSLETTER“	4
EDITORIAL (MAI 2020)	5
NEUES AUS DEM DZLA	8
DIALOGZENTRUM LEBEN IM ALTER (DZLA) STARTET DIE „DIALOGAKADEMIE“	8
IHR PLATZ IM DZLA	8
UNTERSTÜTZEN SIE UNS: WERDEN SIE DZL-AKTEUR	9
FORSCHUNGSNEWSLETTER (2/2020)	10
EDITORIAL - FORSCHUNGSNEWSLETTER	11
STUDIEN	15
(1) MÖGLICHT EIGENSTÄNDIG SPEISEN LASSEN UND SICH BEIM ANREICHEN GENUG ZEIT NEHMEN IST AUSSCHLAGGEBEND FÜR ERFOLGREICHE NAHRUNGSZUFUHR	16
(2) ERNÄHRUNG – ES WIRD VIEL EINGESCHÄTZT UND WENIG UMGESETZT	19
(3) MIT ZUNEHMENDER DEMENZ VERÄNDERT SICH DAS GESCHMACKSEMPFINDEN	21
(4) PFLEGENDE ANGEHÖRIGE SIND FÜR DEN ÜBERGANG IHRER VERWANDTEN INS PFLEGEHEIM SCHLECHT VORBEREITET	23
(5) DER HEIMEINZUG BEDEUTET NICHT DAS ENDE DER ENTSCHEIDUNGSPROZESSE	25
(6) UMZÜGE HABEN MEHRHEITLICH NEGATIVE PHYSISCHE, PSYCHISCHE UND SOZIALE AUSWIRKUNGEN AUF MENSCHEN MIT DEMENZ	28
(7) INDIVIDUELL ZUGESCHNITTENE STRATEGIEN SIND ENTSCHEIDEND, UM MENSCHEN MIT DEMENZ ZU AKTIVIEREN	30
(8) WEB-BASIERTE EINSCHÄTZUNG HERAUSFORDERNDEN VERHALTENS VERBESSERT DAS SYMPTOMMANAGEMENT	33
(9) DIE RECHTE VON PFLEGENDEN SIND BEI ÜBERWACHUNGSTECHNOLOGIEN NOCH WENIG IM BLICK	35
(10) HINWEISE VON TECHNISCHEM SYSTEMEN FÜHREN SCHNELL ZU FRUSTRATION	38
(11) SPEZIFISCHE FAKTOREN BEEINFLUSSEN DIE LEBENSQUALITÄT PFLEGENDER ANGEHÖRIGES VON MENSCHEN MIT DEMENZ ...	41
(12) BESSERE EMOTIONSERKENNUNG VON PERSONEN MIT DEMENZ GEHT MIT GERINGERER ZUFRIEDENHEIT DER ANGEHÖRIGEN EINHER	44
(13) PSYCHIATRISCHE DIENSTE WERDEN VON ÄLTEREN MENSCHEN SELTEN GENUTZT	46
(14) MENSCHEN MIT DEMENZ AM LEBENSENDE WÜNSCHEN ÜBERWIEGEND EINE MÖGLICHT NICHT-AGGRESSIVE UND NICHT-INVASIVE BEHANDLUNG	48
(15) HÖHERES KOGNITIVES FUNKTIONIEREN UND EINSICHT BESTIMMEN, WIE MAN HALLUZINATIONEN ERLEBT	50

Info: „(Forschungs-)Newsletter“

Das DZLA versendet maximal acht Mal/ Jahr einen Newsletter an die Abonnent*innen. Vier Mal im Jahr enthält der Newsletter (so wie der vorliegende) den sogenannten „ForschungsNewsletter“, in welchem der Kollege Christian Müller-Hergl jeweils 15 internationale Studien verständlich auf ihre Kernaussagen reduziert und diskutiert.

Der Newsletter des DZLA findet sich zudem zur Ansicht auf dem [Blog des DZLA](#)¹ und kann dort [abonniert](#)² werden. Da der gesamte ForschungsNewsletter zur Versendung als Mail zu umfangreich wäre, erhalten die Abonnent*innen des Newsletters mit diesem jeweils einen Downloadlink mit dem ForschungsNewsletter.

Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA)

Caprivistr. 30 a

D-49076 Osnabrück

Kontakt:

Tel.: +49(0)541 969 3233

mail: dzla@hs-osnabrueck.de

DZLA online:

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

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

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

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

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

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

¹ <http://www.dzla.de>

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

Editorial (Mai 2020)

Liebe Leserinnen und Leser,

herzlich willkommen zum zweiten Newsletter des DZLA im Jahr 2020. Wieder gibt es einen Newsletter des DZLA mit integriertem „ForschungsNewsletter“. Zunächst aber möchte ich Ihnen einige wenige Neuigkeiten aus dem DZLA berichten. Vorweg: Die Akzeptanz und Annahme des kostenfreien Online-Angebotes des DZLA wächst und wächst ... und das ist wunderbar! Doch dazu später mehr ...

Natürlich komme auch ich in diesem Editorial nicht umhin, zunächst einige wenige Zeilen zur derzeitigen Situation zu schreiben. Aber ich verspreche: Es sind nur vier Sätze!

1. Das Team des DZLA dankt den vielen Personen, die sich Tag für Tag – insbesondere in Pflege und Betreuung vulnerabler Gruppen – gesundheitlichen Gefahren aussetzen, um für andere Personen da zu sein!
2. Noch nie wurde derart deutlich, wie wichtig wissenschaftliches Arbeiten und wissenschaftliche Ergebnisse für die Praxis/für die Gesellschaft sind!
3. Noch nie wurde derart deutlich, wie notwendig es ist, mit wissenschaftlichen Ergebnissen die Praxis/die Gesellschaft zu erreichen.
4. [Das Team des DZLA arbeitet – teils im Homeoffice – weiter an der Wissenszirkulation im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung. \(siehe Video vom 23.03.2020\) \(https://www.dzla.de/auf-die-schnelle/\)](https://www.dzla.de/auf-die-schnelle/)

Aber natürlich beschäftigen wir uns im DZLA mit den Auswirkungen der Corona-Krise auf die gerontopsychiatrische Versorgung. Die Effekte – insbesondere der Quarantäne-Maßnahmen – auf Personen in stationären Einrichtungen haben in unterschiedlichem Maße zu mehr Isolation und Vereinsamung betagter Menschen geführt. Aber gibt es diese Vereinsamung und Isolation erst seit Corona? Oder „demaskiert“ – bildlich gesprochen – die „Maske(npflicht)“ unseren Umgang mit vulnerablen psychisch beeinträchtigten Personen in unserer Gesellschaft und führt sie uns drastisch vor Augen? Was können wir tun, was macht das mit den Pflegenden und was können und müssen wir daraus auch für die Zeit nach Corona lernen?! Christian Müller-Hergl und meine Wenigkeit (Detlef Rüsing) werden uns genau mit diesen Gedanken in unserem nächsten „[Homeoffice-Haustheater](https://www.dzla.de/event/haustheater-4/)“ am 21. Mai 2020 beschäftigen (<https://www.dzla.de/event/haustheater-4/>). Und wir hoffen natürlich – wie immer – auf eine rege Beteiligung Ihrerseits!

Und nun habe ich eine wirklich gute Nachricht! Das Team des DZLA hat die [DialogAkademie](#) gestartet. Wie bereits mehrfach berichtet, wird die Arbeit des DZLA für drei Jahre (4/2019-3/2022) komplett seitens des [Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege \(DNQP\)](#) finanziert! Das ist einfach wunderbar ... - und bestimmt nicht selbstverständlich. Unsere Idee war es deswegen von Beginn an, dauerhaft etwas zur Refinanzierung unserer Stellen als Dialogzentrum im DNQP beizutragen. Was liegt also – bei der Vita von Christian Müller-Hergl und mir [Detlef Rüsing] - näher, als ein kleines, aber feines Fort- und Weiterbildungsprogramm im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung aufzubauen. Ziel des Programmes **ist es nicht**, unsere kostenfreie Arbeit im Bereich der Wissenszirkulation **zu ersetzen**! Vielmehr geht es uns darum, durch das Weiterbildungsprogramm die Grundlage für eine Weiterfinanzierung des kostenfreien Online-Angebotes des DZLA über den dreijährigen Förderzeitraum hinaus zu legen. Aus diesem Grunde werden die Kollegen Müller-Hergl, Rüsing und Hensel selbst zusammen ca. sechs kostenpflichtige Präsenz- oder Onlineseminare im Jahr anbieten. Ab 2021 werden uns dann ausgesuchte ausgewiesene Expertinnen und Experten im Rahmen der DialogAkademie mit eigenen Seminaren unterstützen. Wir vom Team des DZLA selbst wollen bewusst nicht mehr als die genannte Anzahl an kostenpflichtigen Seminaren anbieten, damit wir weiterhin für Sie unter dem Dach des Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA) wie bisher die kostenfreie Wissenszirkulation im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung ausführen und erweitern können. Alles, was derzeit auf dem Blog oder den anderen Social-Media-Kanälen unsererseits kostenfrei angeboten wird, wird weitergeführt und ausgebaut. Glauben Sie mir: Wir haben noch so viele Ideen!

Die ersten drei Seminare sowie natürlich unsere DialogKonferenz zum Thema „Das Team als Therapeuticum“ am 4. November finden noch in diesem Jahr als kostenpflichtige Präsenzseminare statt. Näheres dazu finden Sie in diesem Newsletter unter der Rubrik [„Neues aus dem DZLA“](#) sowie auf unserem [Blog](#) (<https://www.dzla.de/dialogakademie-seminare/>) oder als einzelne Termine in unserem [Eventkalender](#) (<https://www.dzla.de/events/>) .

Ach ja, wo wir schon gerade beim Thema Finanzierung des DZLA sind: Durch die Corona Krise hat sich die Abklärung einer möglichen **Online-Spende** an das DZLA etwas verzögert. Es wird aber hochschulintern an diesem Thema für uns weitergearbeitet. **Eine Spende ist natürlich auch jetzt bereits möglich**! Dazu möchten wir Sie bitten, sich direkt mit uns – unter den bekannten Kontaktformen - in Verbindung zu setzen. Wir würden uns sehr freuen. Jede Spende hilft, die Arbeit des DZLA dauerhaft an der Hochschule zu verankern. Werden Sie DZL-Akteur!

Bei Fragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Wie bereits erwähnt, arbeitet das DZLA mit voller Kraft weiter. Unser Problem ist nicht der Mangel an Ideen, sondern vielmehr der Mangel an Zeit, all unsere Ideen umzusetzen! Die uns geschaffenen Arbeitsbedingungen allerdings – nämlich völlig frei in der Umsetzung eigener Ideen zu sein – empfinde ich tagtäglich als Privileg und wünsche sie Jedem von Ihnen von ganzem Herzen.

Ob wir diese Freiheit (hoffentlich) sinnvoll nutzen, überlassen wir Ihrem Urteil ...

Viel Freude beim Lesen wünscht Ihnen

Ihr
Detlef Rüsing

Osnabrück, am 18. Mai 2020

NEUES AUS DEM DZLA

Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA) startet die „DialogAkademie“

Ab Juni 2020 startet das DZLA die DialogAkademie, in der das Team des DZLA sowie ausgewiesene weitere Expert*Innen Präsenz- und Onlineseminare sowie Tagungen/Konferenzen kostenpflichtig veranstalten. Das Programm der kostenpflichtigen DialogAkademie dient der Verstärkung und Erweiterung des kostenfreien Online-Angebotes des DZLA.

Folgende Seminare sind bereits kostenpflichtig buchbar (alle Veranstaltungen an der Hochschule Osnabrück):

- 04. November 2020: DialogKonferenz zum Thema „Das Team als Therapeuticum“
- 17. November 2020: Ganztagesseminar - Persönlichkeitsstörungen im Alter
- 01. Dezember 2020: Ganztagesseminar - Pflege von Menschen mit Depression im Alter
- 08. Dezember 2020: Ganztagesseminar – Angst & Demenz

Sämtliche Informationen zu den Veranstaltungen finden Sie auf dem [Blog des DZLA \(https://www.dzla.de/dialogakademie-seminare/\)](https://www.dzla.de/dialogakademie-seminare/) oder im [Eventkalender \(https://www.dzla.de/events/\)](https://www.dzla.de/events/).

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!

Unterstützen Sie uns: Werden Sie DZL-Akteur

Die Arbeit des Dialogzentrums auf den Social-Media-Kanälen ist für Nutzer*innen vollkommen kostenfrei und soll es auch in Zukunft bleiben. Allerdings kosten die Mitarbeiter des DZLA natürlich Geld und werden derzeit vollständig vom DNQP getragen.

Wir arbeiten von Beginn an inhaltlich vollkommen frei und unabhängig und sind Niemandem verpflichtet. Wir wissen das natürlich zu schätzen und gehen verantwortungsvoll damit um, denn genau diese Unabhängigkeit ist in unseren Augen notwendig und wichtig.

Damit dies aber so bleiben kann, bieten wir Ihnen an, uns finanziell zu unterstützen.
Das DZLA als Zentrum im DNQP an der Hochschule Osnabrück ist gemeinnützig und kann Ihnen die Spende entsprechend bescheinigen. Sie können sich jederzeit bei uns persönlich melden, damit wir bezüglich eines Spendenvorhabens miteinander sprechen können.

Werden Sie DZL-Akteur:

Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA)

Tel: +49 (0)541/969-3233

Mail: [d.ruesing\(at\)hs-osnabrueck.de](mailto:d.ruesing@hs-osnabrueck.de)

dzla@hs-osnabrueck.de

ForschungsNewsletter (2/2020)

Editorial - ForschungsNewsletter

Mit dem (Forschungs-)Newsletter des DZLA wollen wir 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:

Die Auswahl von Studien in diesem dritten Newsletter weist vier Schwerpunkte auf: es beginnt mit einigen Studien zur Ernährungspflege, gefolgt von Studien zum Heimeinzug, sodann einige Arbeiten zu Milieu und Technik sowie zu Angehörigen. Drei einzelne Studien zur Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste, zu Patiententestamenten (Behandlungen im Voraus planen) und zum Umgang mit Halluzinationen schließen diesen Newsletter ab. Im Unterschied zu den ersten beiden Veröffentlichungen ist diese etwas „demenzlastig“. Interessante Studien zur psychiatrischen Pflege alter Menschen finden sich vergleichsweise seltener.

Schwerpunkt: Ernährung und Ernährungspflege

Ob Menschen mit Demenz genügend Speisen aufnehmen hängt auch wesentlich von der Beziehungsqualität ab, Je individueller die Person und die Pflegekraft aufeinander eingestimmt sind, desto besser auch die Nahrungsaufnahme. Dies erfordert Zeit, Geduld aber auch Respekt. Fördert man die Selbstständigkeit, dann nehmen die Personen vergleichsweise mehr Nahrung zu sich. Speisen ist eben auch immer eine soziale Handlung. (1) Vielfach verbreiteter Standards und Leitlinien zum Trotz werden Fragen der Ernährungspflege wenig beachtet. Zwar wird viel gemessen, gewogen, berechnet, an der praktischen Umsetzung und Kontrolle der Planungen aber mangelt es. Zumeist sind es enge Zeitvorgaben, vorgegebene Handlungskorridore, aber auch

akutmedizinische Prioritätensetzungen, die eine adäquate Ernährungspflege zu kurz kommen lassen. (2) Auch das Geschmacksempfinden ist bei Menschen mit Demenz tangiert mit der Folge, dass der Geschmack der Speisen stärker ausfallen muss um erkannt zu werden. Dies betrifft besonders die Geschmacksqualität ‚umami‘, ein japanischer Begriff, der für den würzigen Geschmack bei Fisch- und Fleischspeisen steht. Geschmacksverstärker werden als sinnvolles Additiv für die Nahrung von Menschen mit Demenz diskutiert. (3)

Schwerpunkt: Umzug ins Heim

Im ersten Artikel dieser Reihe wird deutlich, dass Angehörige zumeist schlecht informiert und überfordert sind sowie unter hohem Zeitdruck stehen, wenn sie den Übergang ins Heim organisieren müssen. Sie beklagen den Mangel an Information, Beratung und Begleitung. Menschen mit Demenz werden an diesen Entscheidungen kaum beteiligt. Pflegende sollten qualifiziert werden, diese Vermittlungs- und Begleitaufgabe zu gestalten. (4) Ein wesentlicher Grund für Heimaufnahmen ist mangelndes Wissen bezüglich möglicher Alternativen. Besonders erwachsene Kinder kommen hier schnell an ihre Grenzen. Wer diese Entscheidung trifft (treffen muss), der fühlt sich häufig überfordert und allein gelassen. Für alle stellt der Akt der Heimaufnahme eine familiäre Zäsur dar. Noch lange danach sind Angehörige mit Schuldgefühlen und Rechtfertigungsversuchen unterwegs. (5) Umzüge wirken sich mehrheitlich negativ auf Menschen mit Demenz aus. Von erhöhter Sterblichkeit, gesundheitlichen Verschlechterungen und einer Zunahme psychischer Symptome wird berichtet. Allerdings: werden die Betroffenen an der Entscheidung beteiligt und wird der Umzug gut vorbereitet, dann wirkt er sich weniger negativ aus. Schlecht vorbereitete und abrupte Umzüge dagegen können einer Traumatisierung gleichkommen. (6)

Schwerpunkt: Milieu und Technik

In der ersten Studie werden wesentliche Ankerpunkte der Milieugestaltung zusammengefasst. Insgesamt gilt es, einen ‚erleichternden‘ Ansatz zu entwickeln, demgemäß die Umwelt keine zusätzlichen Hürden oder Blockaden mit sich bringt. Kleine Einheiten, die einfach aber familiär gestaltet sind, haben sich insgesamt bewährt. Zunehmend ergeben sich aus der neuropsychologischen Forschung hilfreiche Hinweise für die Milieugestaltung (Sicherheit und Neugierde). (7) Eine wichtige Information für den Umgang mit herausforderndem Verhalten bilden die Kontexte: wann, wo, mit wem, in welcher Situation? Die Studie stellt ein web-basiertes Assessment-Instrument vor, um

Verhalten zeitnah und reich an Kontext abzubilden. (8) Überwachungstechnologien im Heim werden einerseits begrüßt, da sie den Betreuenden mehr Sicherheit und den Personen mit Demenz mehr Bewegungsfreiheit ermöglichen. Andererseits werden mit diesen Techniken indirekt auch die Handlungen und das Verhalten von Pflegenden offenbar. Dies scheint aber weder die Leitenden noch die Pflegenden sonderlich zu stören: Bedenken werden nur in Bezug auf die Verletzung der Privatheit der Bewohner vorgebracht. Interessant: die Daten dienen praktischerweise eher der Rechtfertigung gegenüber Aufsichtsbehörden und Angehörigen. Es mehr darum, den Haftungsausschluß zu sichern als Bewohnern mehr subjektiv empfundene Freiheit zu gewähren. (9) Können technische Systeme Menschen mit Demenz in eigener Häuslichkeit durch gezielte Ansagen helfen, Tätigkeiten des täglichen Lebens besser zu meistern? Tatsächlich ist es eher sehr schwierig, die Systeme auf den individuellen Bedarf ‚einzuschleifen‘. Es kommt immer wieder zu Missverständnissen, die dann doch nur durch den Einsatz einer realen (und nicht virtuellen) Person aufgelöst werden können. Wenn überhaupt, dann empfehlen sich diese Systeme nur am Beginn der Demenz, dort werden sie aber am wenigsten gebraucht. (10)

Schwerpunkt: Angehörige:

Die Lebensqualität pflegender Angehöriger bildet einen wichtigen Faktor für die Lebensqualität von Menschen mit Demenz. Um gezielt unterstützen zu können bedarf es einer leitenden, empirisch gesicherten Theorie, die Strategien für Hilfen abzuleiten erlaubt. Das beschriebene Modell macht das komplexe Geflecht miteinander verwobener Einflussfaktoren sichtbar. (11) Im Laufe der Demenz lässt die Fähigkeit nach, Emotionen anderer zu erkennen. Dennoch scheinen die kognitiven und emotionalen Kompetenzen eher locker mit viel individuellem Spielraum verbunden zu sein: es hängt davon ab, welche Hirnregionen besonders betroffen sind. Die mangelnde interaktive Emotionserkennung führt zu Missverständnissen, Ärger und Frustrationen. Je besser sie erhalten ist, desto schlechter allerdings geht es den Angehörigen, wohl deswegen, weil die Demenz das Verhalten weniger ‚entschuldigt‘. Ähnliche Befunde liegen für Familien vor, in denen ein Mitglied psychisch erkrankt ist. (12)

Ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen werden fast ausschließlich medikamentös behandelt. Der Annahme psychiatrische Dienste steht entgegen, dass viele meinen, man müsse mit solchen Problemlagen selber zurechtkommen. Weiterhin sind psychiatrische Dienste älteren Menschen kaum bekannt. Erst bei gravierenden Beeinträchtigungen kommt es auf Betreiben des Hausarztes zur Nutzung psychiatrischer

Dienste. (13) Nur eine Minderheit älterer Menschen nehmen (zusammen mit Angehörigen) eine Beratung in Anspruch, wenn sie ein Patiententestament verfassen. Vorliegende Studie stellt ein System für die Vorausplanung von Behandlungen für in eigener Häuslichkeit lebende alte Menschen vor, bei dem speziell qualifizierte Pflegekräfte eine Schlüsselrolle einnehmen. Es handelt sich um einen mit den ambulanten Diensten assoziierten Liaison-Dienst, so dass diese ‚Spezialisten‘ nicht unbegleitet und unbekannt alte Menschen mit existenziellen Fragen überfordern. In der Regel bevorzugen alte Menschen nicht-invasive, nicht-aggressive Behandlungen am Lebensende. (14) Halluzinationen bei Demenz machen den betroffenen Personen vergleichsweise weniger zu schaffen: sie werde eher als Ärgernis denn als Problem wahrgenommen. Viele gewinnen Einsicht in die Natur der Wahrnehmungen und lernen, damit gut umzugehen (Scheinhalluzinationen). Mit dem Verlust der Einsicht wachsen die Konflikte und allseits die Ratlosigkeit im Umgang. Die Studie beschreibt verschiedene Strategien, die bei Angehörigen zur Anwendung kommen. (15)

Wenn immer möglich werden wir zukünftig Artikel zu Themenschwerpunkten zusammenstellen. Wir hoffen, dass die heutige Auswahl Ihr Interesse gefunden hat. Wenn Sie uns Anregungen mit auf den Weg oder Feedback geben wollen, sind wir dafür immer dankbar.

Christian Müller-Hergl

Studien

(1) Möglichst eigenständig speisen lassen und sich beim Anreichen genug Zeit nehmen ist ausschlaggebend für erfolgreiche Nahrungszufuhr

Ziel/Hintergrund: In vorliegenden Studien zur Ernährung von Menschen mit Demenz ist bislang dem komplexen, interaktiven und dynamischen Prozess zwischen Bewohner und Pflegekraft vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. Kognitive und funktionale Veränderungen führen u.a. dazu, mit den komplexen Handlungen der Nahrungszufuhr nicht mehr zurecht zu kommen (Störung der Exekutivfunktionen). In vorliegender Studie wird eben diesen Aspekt untersucht: die Speisen vom Teller aufzunehmen, zum Mund zu führen, sie zu kauen und zu schlucken. Diese Handlung wird hier ‚Essleistungszyklus‘ (eating performance cycle) genannt und umfasst die Person, welche den Zyklus beginnt (Bewohner oder Mitarbeiter), die Art der angebotenen Speise (fest oder flüssig), die Dauer des Zyklus und das Ergebnis (die Nahrungsaufnahme). Ob dies gelingt hängt zunehmend von der Qualität in der pflegerischen Interaktion ab. Hierbei geht es um verbale, visuelle, physische Aufforderungen und Anreize, um die Nahrungsaufnahme zu unterstützen. Je besser diese auf den einzelnen Bewohner individuell abgestimmt erfolgt, desto eher kann die Person selbstständig speisen. Häufig wird die Nahrungsaufnahme vorschnell komplett übernommen in der Annahme, sie damit sicher zu stellen.

Vorliegende Studie untersucht Zusammenhänge zwischen der Nahrungsaufnahme und den Charakteristika des Essleistungszyklus. Untersucht werden die Ergebnisse für selbstständiges oder unterstütztes Speisen, die Art der Speisen und die Dauer der Zyklen bei Menschen mit Demenz im Pflegeheim.

Methoden: Es handelt sich um eine zweite Analyse von Videoaufnahmen, die ursprünglich für eine Kommunikationsstudie aufgenommen worden waren. Diese Materialien umfassten Situationen, an denen 127 Mitarbeitende aus der Pflege sowie 83 Bewohner aus 13 Einrichtungen in Kansas, USA, beteiligt waren. Beschrieben wird, welche Szenen wie ausgewählt und analysiert wurden.

Resultate: Teilnehmende waren durchschnittlich 84 Jahre alt und litten an schwerer bis sehr schwerer Demenz. 1122 Zyklen aus 111 Videos wurden analysiert. 64% der Bewohner konnten teilweise alleine essen und zeigten das Potential dazu (88%), obwohl ihnen die Speisen dann auch wieder gereicht wurden (53,7%).

Die Wahrscheinlichkeit der Nahrungszufuhr wuchs mit ihrer Dauer der Zyklen. Dies allerdings hing davon ab, ob die Essleistungszyklen eigenständig oder unterstützt erfolgten und ob die Speisen in flüssiger oder fester Form angeboten wurden. Die Nahrungszufuhr gelang am besten, wenn die Bewohner die Zyklen eigenständig bewältigen konnten. Mit der Dauer der Zyklen (also je länger der Vorgang des Aufnehmens und Einverleibens dauerte) wuchs die Abhängigkeit von adäquater Unterstützung: mit dieser Unterstützung führte die Nahrungsaufnahme zu mehr Erfolg als ohne.

Diskussion: Insgesamt gelingt die Nahrungszufuhr am besten, wenn Bewohner dies eigenständig bewältigen und die Nahrung in flüssiger Form dargeboten wurde. Wenn Bewohner den Zyklus alleine beginnen, dann sind sie eher motiviert und interessiert. Werden die Speisen gereicht, dann können sie das Tempo weniger bestimmen und zeigen mehr Abwehrverhalten.

Nehmen sich die Mitarbeiter mehr Zeit, während der Essenszyklen zu unterstützen, anzuregen, zu motivieren (Dauer der Zyklen steigt), dann erfolgt die Nahrungsaufnahme besser als wenn die Nahrungsaufnahme übernommen wird (dann ist die Dauer der Zyklen eher kurz). Je abhängiger die Bewohner werden, desto eher ist die unterstützte Nahrungszufuhr erfolgreich, wenn sie länger dauert und kontinuierlich ohne Unterbrechung erfolgt.

In der Mehrzahl versuchen die Bewohner weiterhin, den Zyklus eigenständig zu beginnen. Je mehr sie in dieser Eigenständigkeit unterstützt werden ohne Übernahme, desto besser ist die Nahrungsaufnahme.

Insgesamt empfiehlt sich Nahrung in flüssiger Form. Bei fester Nahrung sollte mit Flüssigkeit begonnen und zwischen den Zyklen immer wieder neu Flüssiges angeboten werden, also zwischendurch immer wieder getrunken werden.

Die Autoren betonen, es sei wichtig, Mitarbeiter zu befähigen, eine maximale funktionale Eigenständigkeit der Bewohner bei der Nahrungszufuhr durch Motivation, Anreize, soziale Interaktion und Beziehungsarbeit zu unterstützen. Wenn angereicht werden muss, dann ist es wichtig, sich sehr viel Zeit zu nehmen.

Quelle: Liu, W., Williams, K., Batchelor-Murphy, M., et al. (2019). Eating performance in relation to intake of solid and liquid food in nursing home residents with dementia: A secondary behavioral analysis of mealtime videos. *International Journal of Nursing Studies*, 96, 18-26

Schlagworte: Demenz, Ernährung, Beobachtungsstudie

Vgl.: Johansson, L., Björklund, A., Sidenvall, B., Christensson, L. (2017). *Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home. Dementia, 16(7), 835-852*

Die Ernährung von Menschen mit Demenz in eigener Häuslichkeit ist wenig untersucht, obwohl 50% als unter- bzw. fehlernährt gelten. Obgleich viele Personen ‚Essen auf Rädern‘ erhalten, besteht Unsicherheit, ob sie die Speisen auch verzehren. Vorliegende Studie aus Schweden beschreibt, was ambulant Pflegende im Rahmen von Fokusinterviews für die Ernährung im ambulanten Bereich empfehlen.

Teilnehmende empfehlen ein strukturiertes Vorgehen. Mahlzeiten sollten für Menschen mit Demenz eine vertraute Situation darstellen. Daher sei es nötig, die Person, den Partner, die Lebensumstände gut zu kennen. Des Weiteren sei es sinnvoll, Klienten an der Zubereitung zu beteiligen, da man sich dann mit der Mahlzeit mehr identifizieren kann und dies eine sinnvolle Strukturierung des Alltags darstelle. Anleitung und Begleitung sind der Übernahme vorzuziehen. Dabei müssen man darauf achten, dass sich die Person nicht gefährde, das Essen nicht anbrennen lasse, nicht übermäßig salze oder scharfe Gewürze beibringe. So vorhanden solle auch der Partner mitmachen, nicht aber den Beitrag der Person mit Demenz übernehmen.

Eine häusliche Atmosphäre mit gewohnten Speisen sei wichtig: es sollte so schmecken und so präsentiert werden, wie man es gewohnt sei. Zudem: Mahlzeiten bildeten eine wichtige soziale Dimension: idealerweise speise der Klient mit Partner oder aber auch mit der Pflegekraft.

(2) Ernährung – es wird viel eingeschätzt und wenig umgesetzt

Ziel/Hintergrund: Obgleich es in Europa viele Standards und Leitlinien zur Ernährung alter pflegebedürftiger Menschen gibt, werden sie in der Praxis nur wenig befolgt. Neben fehlendem Wissen sind die Ursachen dafür vermutlich institutionelle Rahmenbedingungen, Zeitmangel, unklare Rollen und Verantwortlichkeiten, andere Prioritätensetzungen. Pflegende beklagen, dass die Standards dazu führen, die Autonomie in Fragen der Ernährung zu wenig zu beachten. Vorliegende Studie erhellt die Auffassungen professionell Pflegenden zur Ernährungspflege im der ambulanten und der stationären (Geriatric, Hospital) Pflege in Norwegen.

Methoden: Es handelt sich um ein qualitatives Vorgehen, bei dem Pflegende aus beiden Arbeitsbereichen gezielt ausgesucht und einzeln interviewt wurden. Beschrieben wird die Auswahl, der Interviewleitfaden sowie die Datenanalyse.

Resultate: 12 professionell Pflegenden aus der geriatricen sowie 11 aus der ambulanten Pflege konnten gewonnen werden. Die Ergebnisse werden unter 2 Rubriken und 6 Unterthemen vorgestellt.

Patienten mit komplexen Ernährungsproblemen begegnen

Es kommt viel zusammen: Depressivität, Einsamkeit, Probleme mit Zähnen und Gaumen – physiologische, psychologische und soziale Probleme wirken sich auf die Bereitschaft, sich Speisen zu richten und Appetit zu haben merklich aus. Einige befürchten zu verstopfen (Obstipation), andere wollen Gewicht verlieren und wiederum andere wollen gar nicht mehr leben und sehen denn Sinn einer Ernährungsbehandlung nicht ein. Die beständigen Aufforderungen und Hinweise erleben Patienten als lästig und sinnlos.

Ernährungsprobleme sind oft sekundäre Folgen anderer Problemlagen: schaut man nur auf die Ernährung, gerät man pflegerisch in eine Sackgasse. Es gilt, den Patienten irgendwie Freude am Leben, am Körper, und eben dann auch an Speisen zu bereiten. Der Kontext muss stimmen, das Essen gut schmecken, am besten in Gemeinschaft mit anderen.

Die Struktur der Ernährungspflege

Assessments werden gemacht, Körper gewogen und vermessen, Nahrungseinheiten berechnet – aber dann folgt daraus oft recht wenig. Besonders im Hospital sind die Prioritäten auf den aktuellen Krankheitsprozess gerichtet, den Ernährungsassessments folgen zwar Pläne, die aber selten umgesetzt werden. Zeitmangel und institutionelle

Vorgaben verhindern, den individuellen Ernährungsgewohnheiten gerecht zu werden. Der schnelle Wechsel der Patienten zusammen mit einer funktionalen Orientierung verhindere es, Aspekten der Ernährung ausreichend nachzukommen. Oft sei die Rolle der Beteiligten (Arzt, Pflegende, Ernährungsbeauftragte, Logopäde) nicht klar und es bleibe dann offen, wer Kontrollen und Interventionen durchführt. In der ambulanten Pflege könne man sich sowieso nicht ganzheitlich dem Patienten widmen und greife im Bedarfsfall auf Fertig- und Aufbaunahrung zurück – zumeist die, welche ein Firmenvertreter bei der letzten Fortbildung angepriesen habe. Beides - Fertig- und Aufbaunahrung – treffen bei den Klienten nicht auf besondere Begeisterung und häufig werden diese Nahrungsergänzungen abgelehnt. Die Klienten wollen Haumannskost („home made meals“): daher müsse man mehr Zeit haben, zusammen mit den Klienten daheim zu kochen.

Diskussion: Für die Krankenhäuser gilt: es wird viel gemessen, aber wenig umgesetzt. Für die ambulante Pflege gilt: der Blick auf den Klienten ist sehr eingeschränkt auf die benannten Unterstützungsbedarfe: Selbst dann, wenn Ernährungspflege im Auftrag benannt ist, passt das Angebot nicht zu den Bedürfnissen und wird von Klienten abgelehnt.

Pflegende haben keine Bestimmungsmacht über ihre Tätigkeiten, sind nicht frei, das Richtige und Wichtige den Bedarfen und Bedürfnissen gemäß auch zu tun. Mit der daraus resultierenden Ambivalenz und Belastung sind sie zumeist allein gelassen. Sie sind an Zeitkorridore, Aufgabenbeschriebe, Regularien gebunden, die einer individualisierten Pflege entgegenstehen. Dies wirkt sich auch deutlich auf die Ernährungspflege aus.

Die Pflegenden wissen sehr wohl, unter welchen Bedingungen sich die Ernährungspflege erfolgreich umsetzen ließe. Allein: solange die Rahmenbedingungen sich nicht ändern, kann das Wissen (und damit auch Fortbildungen) das Gefühl professionellen Unvermögens eher vertiefen.

Quelle: Hestevik, C., Molin, M., Debesay, J., et al (2019). Healthcare professionals' experience of providing individualized nutritional care for older people in hospital and home care: a qualitative study.

BMC Geriatrics, <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1339-0>

Schlagworte: Ernährung, Geriatrie, ambulante Pflege, Interviews

(3) Mit zunehmender Demenz verändert sich das Geschmacksempfinden

Ziel/Hintergrund: Nicht nur das Hören, die Raumwahrnehmung sowie die propriozeptive Wahrnehmung, sondern auch der Geschmackssinn ist von der Demenz betroffen. Vermutlich ist dies auch einer der Ursachen für die Mangelernährung und den Gewichtsverlust bei Menschen mit Demenz. Die Bewertung der Studienlage fällt uneindeutig aus: ist dies nur bei der Alzheimer-Demenz, oder auch schon bei milder kognitiver Beeinträchtigung der Fall und unterscheidet sich das deutlich von anderen alten Menschen ohne kognitive Einschränkungen?

Vorliegende Studie aus Japan untersucht die Geschmackserkennung von 5 Basisformen des Geschmacks und vergleicht dazu Personen mit Alzheimer-Demenz, mit milder kognitiver Beeinträchtigung sowie eine Kontrollgruppe ohne kognitive Beeinträchtigungen. Die fünf Qualitäten lauten: süß, salzig, sauer, bitter und umami: letzterer ein japanischer Begriff für Schmackhaftigkeit, Würze und Fleischhaltigkeit. (Fleisch, Fisch, Käse, aber auch getrocknete Tomaten oder Sojasauce)

Methoden: Beschrieben werden die dreiarmlige Studie, die Testverfahren für Geschmack, Kognition sowie weitere Tests für Speichelfluss, Ernährungsgewohnheiten, Bluttests und die Methode der Datenauswertung.

Resultate: Im Unterschied zu Menschen mit milder oder keiner kognitiven Beeinträchtigung fiel die Schwelle für die Geschmackserkennung bei Menschen mit Demenz höher aus, sprich: der Geschmack musste deutlich stärker ausfallen um erkannt zu werden. Die Schwelle fiel besonders deutlich höher aus für die Geschmacksarten umami, süß und bitter. Obzwar umami insgesamt von der Gesamtgruppe der Untersuchten am schlechtesten erkannt wurde, fielen die Werte für Personen mit Demenz nochmals deutlich schlechter aus: viele konnten den Geschmack überhaupt nicht erkennen. Aus der Korrelationsanalyse ließ sich entnehmen, dass beides, ein niedriger BMI sowie höheres Alter, mit einer höheren Schwelle für die Geschmackserkennung einhergeht.

Diskussion: Appetitverlust und Gewichtsverlust hängen besonders deutlich mit Beeinträchtigung in der Geschmacksqualität umami zusammen. Mononatriumglutamat (oft als Geschmacksverstärker eingesetzt, als ‚Gefräßigmacher‘ verschrien) scheint dieses Defizit gut zu kompensieren und wird zunehmend als Additiv für die Nahrung von

Menschen mit Demenz diskutiert. Durch mehrere Analyseschritte machen die Autoren plausibel, dass diese Veränderungen mit dem kognitiven Niedergang zusammenhängen und weniger dem reduzierten Speichelfluss, geringeren Zinkgehalt oder den Effekten der Medikation zuzuordnen sind.

Die Veränderung setzt erst bei zunehmender und nicht bereits in den Anfangsphasen der Demenz ein.

Weitere Empfehlungen zur Ernährung geben die Autoren nicht an.

Quelle: Kouzuki, M., Ichikawa, J. et al. (2020). Detection and recognition thresholds for five basic tastes in patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease dementia. BMC Neurology, <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01691-7>

Schlagnworte: Demenz, Geschmackssinn, Sensorik

(4) Pflegende Angehörige sind für den Übergang ihrer Verwandten ins Pflegeheim schlecht vorbereitet

Ziel/Hintergrund: Ein Umzug von Menschen mit Demenz ins Pflegeheim erweist sich – ob hinausgezögert oder verfrüht – häufig als unvermeidbar. Vorliegende Studie untersucht, wie pflegende Angehörige diesen Übergang erleben und welche Aspekte professionellen Akteuren (z.B. Pflegenden, Sozialarbeitern, Geriatern) dabei wichtig erscheinen.

Methoden: Neben einer Durchsicht qualitativer Studien werden Daten aus Interviews einer europäisch-deutschen Studie zum rechtzeitigen Übergang in ein Heim verwendet (RightTimePlaceCare). Die interviewten Personen wurden mithilfe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft gewonnen anhand des für dieses Thema besonders guten Praxisbeispielen. Die Gespräche wurden in Form leitfadengestützter Fokusinterviews geführt. Beschrieben wird die qualitative Inhaltsanalyse sowie das Vorgehen der Literaturanalyse.

Resultate: Hauptgründe für den Heimeinzug bilden akute Ereignisse (z.B. Sturz), eine Überforderung der Angehörigen (z.B. Verschlechterung der Gesundheit des Angehörigen) oder der zunehmende Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf. Angehörige erleben sich dann oft schlecht informiert, unvorbereitet und unter enormen zeitlichen Entscheidungsdruck gestellt. Im Nachhinein betrachten sie den Mangel an Information, Beratung und Begleitung. Während sich die Angehörigen eine frühzeitige Beratung wünschen, empfehlen professionelle Akteure eine zentrale Steuerung des Übergangs unter Vernetzung bzw. Vermittlung der beteiligten Institutionen. Gerade bei Paaren verzögert sich der Heimeinzug wegen finanzieller Sorgen, da der verbleibende Partner befürchten muss, nach Heimeinzug weitgehend mittellos dazustehen. Bei pflegenden erwachsenen Kindern ist zu beachten, dass die Beziehungsqualität zu den Eltern die Pflege deutlich erschwert, wenn nicht verunmöglicht.

Um Ängste vor dem Pflegeheim zu überwinden, wird ein Probewohnen, durchaus auch für ein halbes oder ganzes Jahr empfohlen mit der Aussicht, das Heim dann wieder zu verlassen. Eine über mehrere Wochen sich hinziehende Einzugsbegleitung erleichtert es den Angehörigen, sich an die neue Situation anzupassen. Professionelle Akteure, darunter auch der Hausarzt, könnten und sollten in dem Übergang eine vermittelnde Rolle spielen. Das soziale Umfeld kann sich als hilfreich, aber bei Uneinigkeit auch als

erschwerend erweisen. Angehörigen widerfährt in der Übergangsphase ein Mix von erleichternden, aber auch schuldhaft-belastenden Gefühlen. Die Trennung wird von allen Beteiligten als schwerer Einschnitt bewertet. Psychologische Unterstützung wäre in diesem Zeitraum angebracht.

In der Mehrzahl der Fälle berichten die Angehörigen nach einer Eingewöhnungszeit über positive Erfahrungen und zeigten sich mit der Betreuung im Heim zufrieden.

Diskussion: Angehörige stehen oft unter einem Verantwortungs-, Entscheidungs- und Zeitdruck, der ein aktives Mitgestalten des Umzugs erschwert. Ein Abschied vom eigenen Zuhause werde dann den Personen mit Demenz nicht gewährt, den Angehörigen aber oft auch nicht der Abschied von einem langen gemeinsamen Zusammenleben. Völlig übergangen werden dabei in der Regel Menschen mit Demenz: deren Stimme kommt in dem Übergang gestaltend und mitentscheidend nicht zu Gehör. Eine frühzeitige Beratung und Koordinierung wird zwar empfohlen, hängt aber wesentlich davon ab, dass sie persönlich und bedürfnisorientiert erfolgt (und nicht nur eine Leistungsberatung darstellt). Die Autoren diskutieren Formen des Care- und Case-Managements sowie die Qualifizierung professionell Pflegender für die Vermittlungs- und Begleitungsaufgabe.

Quelle: Nguyen, N., Renom-Guiteras, A., Meyer, G., Stephan, A. (2018). Umzug von Menschen mit Demenz in ein Pflegeheim. Eine qualitative Sekundäranalyse und Literaturübersicht zu Sichtweisen von pflegenden Angehörigen und professionellen Akteuren. *Pflege*, 31(3), 155-166

Schlagnworte: Angehörige, Pflegeheim, Umzug

(5) Der Heimeinzug bedeutet nicht das Ende der Entscheidungsprozesse

Ziel/Hintergrund: Die Entscheidung zum Heimeinzug ist eine der schwersten Entscheidungen, die eine Familie treffen muss. Es gibt keine klaren Kriterien, wann der richtige Zeitpunkt dafür gekommen ist. Der Umzug ist mit vielen Ängsten für alle Beteiligten verbunden und wird als letztes Mittel verstanden. Vorliegende Studie aus England fasst Literaturen zusammen, die sich mit diesem Entscheidungsprozess befassen.

Methoden: Beschrieben werden die Suchstrategien, Einschluss- und Ausschlusskriterien sowie die Methode der thematischen Inhaltsanalyse.

Resultate: Insgesamt konnten 21 Studien einbezogen werden. Es kristallisierten sich sieben übergreifende Themen heraus:

Was geschah vor dem Umzug?

In der Regel wird eine Schwelle verschiedener, sich überlappender Faktoren und Ereignisse überschritten, zumeist gesundheitliche Einbrüche zusammen mit vermehrt herausforderndem Verhalten sowie der Wahrnehmung des pflegenden Angehörigen, den Anforderungen nicht mehr gewachsen zu sein. Zumeist liegt eine Krisensituation vor, die ein Verbleib in der eigenen oder geteilten Wohnung riskant erschienen lässt oder aber eine nicht leistbare kontinuierliche Gegenwart des Angehörigen erfordert. Erwachsene Kinder kommen schneller an diese Grenze denn die Partner. Vermehrte Stürze, Schmerzen aber auch Inkontinenz beschleunigen den Entscheidungsprozess. Für Partner sind es die eigenen gesundheitlichen Einbrüche und sozialen Einbußen sowie die Einschätzung der eigenen Kräfte und Kompetenzen, die sich auf den Entscheid auswirken.

Den Umzug planen

Vor einem Umzug werden alle anderen Möglichkeiten erkundet: mehr Hilfe in der eigenen Wohnung, Essen auf Rädern, Tagespflege, geriatrische Rehabilitation. Kosten spielen eine einschränkende Rolle. Kurzzeitpflege wird oft als Vorbereitung auf den Übergang in die Langzeitpflege verstanden. Der Heimaufenthalt wird mehrheitlich als unumgebar eingeschätzt. Meldet man den Angehörigen nicht rechtzeitig an, muss man nehmen, was im Bedarfsfall zur Verfügung steht. Mehrere Faktoren beeinflussen die Bereitschaft, den Umzug voranzutreiben: Abhängigkeitsverhältnisse, Unterstützung von anderen, Schuldgefühle, Angst vor Einsamkeit, Einschätzung der zu erwartenden Pflegequalität.

Abwägen

Finanzen spielen eine wesentliche Rolle: die beste Pflege für den geringsten Preis zu finden, das Erbe nicht zu gefährden oder umgekehrt: die Pflege selbst übernehmen, dafür aber die eigene Beruflichkeit einzuschränken oder aufzugeben. Das Heim wird als letzte Zufluchtsstätte bewertet, die es so lange wie möglich zu vermeiden gilt.

Mangelnde Unterstützung

Je weniger man über Information und Unterstützung verfügt, desto eher kommt ein Heimaufenthalt in Frage. In der Regel berichten Angehörige über fehlenden Zugang zu Information und Entscheidungshilfen. Überwiegend gewünscht: eine im Quartier verankerte professionelle Person, die einem im direkten Kontakt bei der Entscheidung hilft. Angehörige wünschen sich ein Heim in der Nähe mit einer familiären Atmosphäre, freundlichen und fachlich kompetenten Mitarbeitern sowie einem ‚guten Ruf‘.

Was die Entscheidung treibt

Es ist die Familie, welche die Entscheidung trifft, in erster Linie der Partner. Dennoch fühlen sich die ‚Entscheider‘ oft allein gelassen. Verfügungen der Person mit Demenz liegen für diesen Fall zumeist nicht vor, allerdings spielt deren akuter Widerstand gegen eine Heimaufnahme eine wesentliche und zumeist für alle Beteiligten schmerzliche Rolle. Personen mit Demenz beklagen, dass über ihren Kopf hinweg entschieden wird und fühlen sich in ihren Rechten verletzt. Heftige familiäre Zerwürfnisse sind nicht selten das Ergebnis dieser Entscheidungsprozesse. Mit dieser schwierigen und schmerzhaften Erfahrung geht für alle Beteiligten eine ‚Ära‘ zu ende, eine wesentliche Zäsur im Leben ist erfolgt.

Danach

Die Zusammenarbeit mit den Professionellen wird erschwert, wenn Angehörige Bedarfe und Bedürfnisse anders einschätzen und die erfolgte Pflege mit der zuvor selbst geleisteten häuslichen Pflege vergleichen können. Man verliert die Kontrolle und ist jetzt ‚Besuch‘. Man versucht ‚festzuhalten‘ und muss doch ‚loslassen‘. Angehörige erleben sich zunehmend in einer anwaltschaftlichen, kontrollierenden Rolle. Gemischte Gefühle von Erleichterung und Schuld mit anhaltenden Selbstrechtfertigungsversuchen werden berichtet.

Der richtige Zeitpunkt?

Der ‚richtige Zeitpunkt‘ ist hoch subjektiv und intuitiv. Alle genannten Faktoren kommen vor, zumeist aber ist die Wahrnehmung des Angehörigen entscheidend, nicht mehr zu können.

Diskussion: Der Entscheidungsprozess hat eine kreisförmige, schleifenartige Struktur: immer wieder werden Faktoren bedacht und beurteilt. Dies findet auch mit dem Heimeinzug kein Ende, sondern geht weiter in anhaltenden Selbstrechtfertigungsversuchen. Angehörige gehen immer wieder in Phasen den Gesamtprozess der Entscheidung durch, zögern oft in letzter Minute, beginnen wieder von vorn. Dabei ist der Entscheidungsprozess abhängig von vielen Kontextfaktoren sowie dem sozialen und kulturellen Kontext. Besonders schwierig sind die Entscheidungen für Familien mit mittlerem und höherem Einkommen immer dann, wenn erspartes Vermögen für die Pflege aufgewandt werden muss.

Quelle: Cole, L., Samsi, K., Manthorpe, J. (2018). Is there an 'optimal time' to move to a care home for a person with dementia? A systematic review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 30(11), 1649-1670

Schlagworte: Pflegeheim, Heimeinzug, Angehörige

(6) Umzüge haben mehrheitlich negative physische, psychische und soziale Auswirkungen auf Menschen mit Demenz

Ziel/Hintergrund: Umzüge aus der eigenen Wohnung in eine stationäre Einrichtung oder auch von einer Abteilung in eine andere kann mit Umzugsstress („relocation stress“) verbunden sein. Dieser zeigt sich u.a. durch vermehrte Abhängigkeit, Verwirrtheit, Ängste, Depressivität und Rückzug. Vorliegende Studie trägt Befunde zusammen, die sich mit den gesundheitlichen Veränderungen von Menschen mit Demenz im Kontext eines Umzuges befassen.

Methoden: Beschrieben wird die Suchstrategie und die Bewertung von relevanten Studien. Insgesamt konnten 13 Studien verwendet werden.

Resultate: 7 der Studien wiesen eine hohe, zwei eine befriedigende und vier eine schlechte Qualität auf. Vorgestellt werden Ergebnisse zur Sterblichkeit, zu negative und positiven gesundheitlichen Wirkungen sowie zu modifizierenden Faktoren.

Sterblichkeit: Umzüge gehen nach mehreren Studien mit einer erhöhten Sterblichkeit einher. Allerdings: in einer Studie wurde der Umzug in eine Einrichtung betreuten Wohnens durch eine umfassende Intervention begleitet: dadurch sank die Sterblichkeit im Unterschied zu den sonstigen Studienergebnissen. Umzüge erfolgen häufig in den letzten 3 Monaten des Lebens: dies ist wohl allerdings der sich verschlechternden gesundheitlichen Verfassung geschuldet, die ein Verbleiben in der eigenen Wohnlichkeit nicht mehr erlaubte.

Gesundheitliche Auswirkungen (Morbidität): Drei Studien berichten von sich negativ entwickelnder gesundheitlicher Verfassung nach dem Umzug, insbesondere zunehmender Gebrechlichkeit („frailty“). Menschen mit und ohne Demenz sind davon in etwa gleich betroffen. Auch das psychische und soziale Wohlbefinden ist vom Umzug negativ beeinflusst: gerade bei Menschen mit Demenz wird von vermehrt auftretenden Ängsten und Agitiertheit berichtet.

Modifizierende Faktoren: Je mehr die Personen an der Entscheidung beteiligt und ihre Wünsche Gehör finden, desto weniger sind negative Effekte beim Umzug zu beobachten. Zudem scheint es einen Unterschied zu machen, ob der Umzug eine einzelne Person oder eine ganze Abteilung betrifft: im letzteren Fall ziehen alle um und die Pflegenden und Betreuenden bleiben dieselben. Dies scheint sich weniger ungünstig auszuwirken. Einige wenige Studie kommen zu keinen negativen Ergebnissen in Bezug auf Umzüge und halten die damit einhergehenden Befürchtungen für unbegründet.

Diskussion: Die Evidenzen für negative Auswirkungen von Umzügen überwiegen. Werden Personen auf den Umzug gut vorbereitet und beteiligt, kann die Kontinuität in Abläufen, den Pflegenden und der Situation insgesamt gewahrt werden, dann minimieren sich die Risiken. Menschen mit Demenz sind besonders gefährdet, dass Umzüge ohne ihren Willen und ihre Beteiligung und häufig auch plötzlich erfolgen. Kommen sie dann in eine andere Abteilung mit anderen Abläufen und anderen Pflegenden, dann sind negative physische und psychische Folgen zu erwarten. Insgesamt ist es noch zu wenig beforscht, welche Art von Vorbereitung und Beteiligung die negativen Effekte verringern können. Weiterhin ist unbekannt, wie Menschen mit Demenz an diesen Prozessen sinnvoll beteiligt werden können.

Von praktischer Bedeutung könnte sein: ist die neue Umgebung der alten gleich, unterscheiden sich die Abläufe wenig, ziehen mehrere Personen zeitgleich um (z.B. Personen, die sich gut kennen oder kennengerlernt haben) und wechseln auch Pflegende in den neuen Bereich, dann dürften negative Effekte gering ausfallen. Ungünstig dagegen: schlecht vorbereitete, abrupte Umzüge (Bsp: von der eigenen Wohnlichkeit nach Spitalaufenthalt direkt ins Heim) aufgrund plötzlich sich verschlechternder Gesundheit. Aber eben diese Form des Umzuges ist eine der häufigsten, die mitunter für die Betroffenen einem Trauma gleichkommt, von dem sie sich nicht mehr erholen.

Quelle: Ryman, F., Erisman, J. et al. (2019). Health effects of the relocation of patients with dementia: a scoping review to inform medical and policy decision-making. *The Gerontologist*, 59(6), e674-e682

Schlagworte: Umzug, Demenz, Gesundheit

(7) Individuell zugeschnittene Strategien sind entscheidend, um Menschen mit Demenz zu aktivieren

Ziel/Hintergrund: Im Alltag noch tätig sein zu können verbessert nicht nur das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz, sondern wirkt sich auch auf Angehörige entlastend aus. Allerdings sind alltägliche Tätigkeiten schon in der Frühphase der Demenz tangiert. Die Umwelt darf daher nicht zu viel Anpassungsdruck auf das Individuum ausüben, sondern im Gegenteil: sie muss es der Person erleichtern, noch maximal tätig sein zu können („press-competence-model“).

Vorliegende Literaturstudie fasst das Wissen darüber zusammen, welche Umwelthanpassungen es Personen mit Demenz erleichtern, körperlich an Aktivitäten des Alltags teilnehmen zu können. Dabei wird unterschieden zwischen der Umgebung (Helligkeit, Geräusche, Temperatur), Aspekten der Architektur sowie des Interieurs.

Methoden: Beschrieben wird die Methode der Literatursauswahl

Resultate: Insgesamt konnten 72 Artikel einbezogen werden. Die Ergebnisse werden in mehreren Kapiteln dargestellt.

Auswirkung der physischen Umgebung insgesamt

Insgesamt wirkt sich ein familiäres, geräuscharm, anregendes Umfeld positiv auf die Lebensqualität aus. Kleinere Einheiten begünstigen selbstaktivierendes Verhalten und einen besseren funktionalen Status eher als große Einheiten. Ein einfaches und freundliches, aber aufgeräumtes, also gut strukturiertes Umfeld wirkt sich förderlich aus. Ungeschützte, großräumige Aufenthaltsbereiche hemmen die Aktivität. Nach einer am familiären Umfeld orientierten Renovierung ergeben sich oft kurzzeitig Neugierigkeitseffekte mit mehr Aktivität. Dies lässt aber nach recht kurzer Zeit wieder nach. Gehen diese Milieuveränderungen mit gezielten Trainings für Professionelle und einem Nutzungskonzept für den Raum einher, dann halten die Aktivierungseffekte länger an.

Mahlzeiten

Höhere Lichtintensität, visuelle Kontraste (z.B. von Geschirr und Tisch) und ein nicht-institutionelles Ambiente im Speiseraum gehen mit erhöhter Nahrungsaufnahme einher. Dazu gehören auch Elemente wie mehr Auswahl in Bezug auf die Speisen, Selbstbedienung, beruhigende Musik und Verzicht auf laufende Fernseher. Ein solches Milieu fördert auch das Gemeinschaftsleben, das wiederum positive Effekte für die Ernährung aufweisen kann.

Orientierung

Spezifische Hinweisreize tragen zur Orientierung bei: so weist ein weißes Tischtuch zusammen mit einer bestimmten Musik auf die bald beginnende Mahlzeit hin. Unterschiedliche Studien empfehlen in Bezug auf den Grundriss eine L-förmige oder aber gerade Grundstruktur: in jedem Fall sollte den Personen beim Umhergehen möglichst kein Richtungswechsel abverlangt werden. Hinweisschilder mit dem Wort „Toilette“ mit Pfeil erweisen sich als hilfreicher als Piktogramme. Die Personalisierung der Zimmertür bzw. der Umgebung der Tür (z.B. ein Kreuz oder Bild) erleichtert das Wiederfinden der eigenen Räumlichkeiten. Die Verblendung von Türen oder auch Streifenmuster auf dem Boden verhindern mitunter das Verlassen geschützter Bereiche, die Unruhe der Patienten verringert sich dadurch allerdings nicht.

Freizeit

Der Neuigkeitseffekt von Gärten nutzt sich bald ab. Zumeist wird die Zeit dort sitzend verbracht, zur Konversation regt der Garten nur selten, zur Aktivierung (außer Gehen) fast gar nicht an. Je gemütlicher eine Umgebung, desto mehr wird gegessen. Interessant gestaltete Korridore regen zu mehr Umhergehen an, aber auch dies nur für eine kurze Zeit. Mehr leicht zugängliche private und halb-private Rückzugsmöglichkeiten (Nischen) tragen eher zu vertieften Gesprächen der Bewohner untereinander bei; große öffentliche Bereiche (Pan-Optik) führen eher zu sehr kurzen ‚small-talk‘ Gesprächen und lassen die Personen eher verstummen.

Diskussion: Umgebungsfaktoren spielen eine wichtige Rolle für Menschen mit Demenz. Insgesamt hat sich ein ganzheitlicher („holistic“) Ansatz in der Umgebungsgestaltung bewährt, wobei in den Studien nicht immer ganz deutlich wird, welche Elemente in diesem ganzheitlichen Ansatz welche spezifische Wirkung nach sich ziehen. In der Forschung werden oft Effekte anhand von Aktivitätsskalen aufgezeigt, weniger aber, welche Aspekte des Milieus für welche Bewohner welchen Effekt erbracht haben. Zudem beeinflussen Umgebungen nicht nur Bewohner-, sondern auch Mitarbeiterverhalten, so dass nicht immer zu erkennen ist, ob Veränderungen dem Milieu selbst oder einem anderen Umgang durch Pflegende geschuldet sind. Viele Effekte gehen auf den Neuigkeitseffekt zurück. Oft ist fraglich, wie lange dieser erhalten bleibt und für wen (Art und Schwere der Demenz, Komorbidität etc.) dies der Fall ist. Individuell zugeschnittene Strategien zu entwickeln, die spezifische Ziele Einzelner in den Blick nehmen, ist insgesamt der Königsweg, um einen höheren Grad an Aktivierung im Alltag zu erreichen. So mag für den einen das geschriebene Schild besser sein (langer

Erhalt der Lesefähigkeit), wogegen sich für den anderen das Piktogramm als förderlich erweist.

Insgesamt sind Themenfelder wie Selbstpflege, Hobbies, subjektiv bedeutsame Aktivitäten (Freizeit und Spass) vernachlässigte Themen der Milieuforschung. Hinzu kommt der Aspekt, dass der Lebensort der Bewohner zugleich der Arbeitsort der Mitarbeiter darstellt. Es finden sich kaum Studien, die beide Fragen ineinander denken. Zuletzt: Unabhängigkeit, Autonomie und Aktivierung müssen nicht unbedingt die einzigen Zielgrößen für Milieuanpassung darstellen: dies gilt eher für Menschen im frühen und mittleren Krankheitsstadium. Eine umfassendere Zielgröße stellen Wohlbefinden und Zufriedenheit dar.

Quelle: Woodbridge, R., Sullivan, M., et al (2018). Use of the physical environment to support everyday activities for people with dementia: A systematic review. *Dementia*, 17(5), 533-572

Schlagnworte: Milieu, Demenz, Aktivitäten, Literaturanalyse

Vgl.: O'Malley, M., Innes, A., Wiener, J. (2017). Decreasing spatial disorientation in care-homes: how psychology can guide the development of dementia friendly design guidelines. *Dementia*, 16(3), 315-228

Die Autoren untersuchen verschiedene Empfehlungen zur Förderung der räumlichen Orientierung. Insgesamt bleiben die Empfehlungen sehr vage. Im Rückgriff auf neuropsychologische Forschungen zur räumlichen Orientierung gehen die Autoren auf die Bedeutung von Landmarken ein, die beständig vorhanden sind, auffallen und der Person helfen, die eigene Position im Kontext der Umgebung zu lokalisieren. Diese Landmarken müssen immer dort vorhanden sein, wo „Entscheidungen“ anstehen oder auch assoziativ und automatisiert bestimmte Bewegungsimpulse (jetzt nach rechts) auslösen. Die Autoren empfehlen, Orientierungen für Menschen mit Demenz gemäß diesen neuropsychologischen Erkenntnissen zu entwickeln.

(8) Web-basierte Einschätzung herausfordernden Verhaltens verbessert das Symptommanagement

Ziel/Hintergrund: Um angemessen auf herausforderndes Verhalten zu reagieren, muss man wissen, wann, wo, unter welchen Umständen, unter welchen Voraussetzungen und Kontexten das Verhalten auftritt. Zwar gibt es für diesen Zweck viele Einschätzungsinstrumente, die aber zumeist selten oder nur in der Rückschau genutzt werden. Vorliegende Studie aus Australien stellt ein web-basiertes Instrument (auf Grundlage des neuropsychiatrischen Inventars) vor, mit dessen Hilfe man Verhaltensformen und Kontexte zeitnah abbilden kann. Untersucht wird, ob das Instrument von Pflegenden angenommen wird, leicht zu nutzen ist und von ihnen für sinnvoll erachtet wird.

Methoden: Pflegende einer neuropsychiatrischen Abteilung eines Hospitals tragen Vorkommen, Schwere, Häufigkeit des Verhaltens im Moment seines Auftretens ein. Dabei werden relevante Kontextinformationen abgebildet. Anwendungsbedingung ist eine funktionierende Internetverbindung. Fragebögen werden entwickelt, um Akzeptanz und Machbarkeit zu ermitteln. Unabhängig davon werden schichtbezogene Personalschlüssel und Anwendungstage (wochentags im Unterschied zu Wochenenden) erfasst. Unterschieden wird die Nutzung durch festangestelltes Personal, Springer und Mitarbeiter von Zeitarbeitsfirmen. Auswertungen erfolgten nach 3-wöchiger Nutzung.

Resultate: Verhalten von 36 Patienten wurden erfasst, davon 20 Personen mit Demenz. Beteiligte Pflegende beurteilten das System positiv, es sei einfach zu nutzen und geeigneter als die Papierform. Es erhöhe die Qualität der Arbeit und erlaube den Ärzten und Pflegenden einen genaueren visuellen Überblick bezüglich Häufigkeiten, Schweregrade aber auch in Bezug auf Verläufe: dies besonders dann, wenn mehrere Einträge am Tag erfolgten. Die Daten gaben Hinweise, wann und unter welchen Kontextbedingungen das Verhalten häufig auftraten, so dass Maßnahmen im Vorfeld das Auftreten mindern oder verhindern konnten.

Festangestellte Mitarbeiter nutzen das System am häufigsten, Mitarbeiter von Zeitarbeitsfirmen so gut wie nie. Für jeden der 36 Patienten wurden durchschnittlich 3 Verhaltensweisen notiert, wobei Agitiertheit, Ängste und Depressivität die häufigsten Nennungen erfuhren.

Diskussion: Festangestellte Mitarbeiter kamen nach kurzer Einarbeitung gut mit dem System zurecht und wurde als besser nutzbar beurteilt als die Papierversion. Die Möglichkeiten, die Daten visuell ansprechend aufzuarbeiten, erhöhte deren Nutzwert. Der klinische Nutzen für das Symptommanagement konnte erwiesen werden. Wenn Technik einfach zu nutzen ist und wichtige Daten nutzerfreundlich präsentiert, wächst auch die Akzeptanz.

Quelle: Loi, S., Wanasinghage, S., Goh, A., Lautenschlager, N., Darby, D., Velakoulis, D. (2018). A pilot study investigating the feasibility of symptom assessment manager (SAM), a Web-based real-time tool for monitoring challenging behaviors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33, 576-582

Zugang: <http://www.cerescape.com/sam/>

Registrieren, anmelden, nutzen

Schlagworte: Herausforderndes Verhalten, Technologie, Assessment

(9) Die Rechte von Pflegenden sind bei Überwachungstechnologien noch wenig im Blick

Ziel/Hintergrund: Zunehmend kommen in der Langzeitpflege von Menschen mit Demenz Überwachungstechnologien zum Einsatz, um ihre Aktivitäten und Bewegungen einzuschätzen und Risiken schnell zu erkennen. Das wachsende Interesse an der (videobasierten) Überwachung (monitoring) erklärt sich auch daraus, Vorwürfen schlechter Praxis zu begegnen und unbeobachtete Konflikte zwischen Bewohnern zu erfassen. Einerseits eröffnet die Technik möglicherweise unerwünschte Einblicke in das Privatleben der Bewohner, andererseits ermöglicht es auch mehr Bewegungsfreiheit und Aktivität jenseits der unmittelbaren Präsenz eines Pflegenden. Einerseits besteht die Befürchtung, dass sich durch den Einsatz die Kontakthäufigkeit seitens der Pflegenden reduziert, andererseits ermöglicht die Technik einen präziseren und zeitlich passenden Kontakt in Krisen- und Bedarfssituationen. Wenig diskutiert werden die Auswirkungen des Einsatzes von Überwachungstechnik auf die professionell Pflegenden. So könnte man z.B. sein Verhalten anpassen, wenn man überwachte Bereiche betrete oder gar das Betreten dieser Bereiche vermeiden, weil man negative Folgen für sich befürchtet. Vorliegende Studie geht der Frage nach, wie sich die technische Überwachung des pflegerischen Alltags und damit indirekt auch der Pflegenden auf den Nutzen der Überwachungstechnik auswirkt.

Methoden: Untersucht werden 3 stationäre Einrichtungen in Nordengland, in denen unterschiedliche Überwachungstechniken zum Einsatz kommen: tragbare Aktivitäts-Peilsender („tracker“) mit Ruffunktion und Bettensensoren, tragbare GPS-Ortungsgeräte mit Ruffunktion sowie an Türen angebrachte Überwachungstechnologie (misst, wann einen Bereich verlässt bzw. betritt). Die Bereiche wurden nicht-teilnehmend beobachtet (175 Beobachtungsstunden) und Pflegende (n=24) sowie Angehörige (n=9) befragt.

Resultate: Befragte Personen verstehen den Nutzen der Technologie primär unter dem Aspekt der Sicherheit. Auch videobasierte Technologie wird im Grundsatz begrüßt: dies würde jeden auf Trab halten, man habe auch nichts zu verbergen. Leitende äußern sich dagegen eher zurückhaltend, begründen diese Zurückhaltung allerdings damit, die Privatheit der Bewohner schützen zu wollen. Dass auch Daten über Mitarbeitende erfasst werden, spielt bei den Bedenken der Leitenden keine Rolle.

Bezüglich der professionell Pflegenden meinen die Leitungen, diese profitierten eher von einer offenen Kommunikationskultur und motivierten sich gegenseitig zu Bestleistungen. Überwachung sei zu diesem Zweck eher kontraproduktiv. Einige Mitarbeiter äußern Befürchtungen, durch die Überwachungstechnologien überprüft zu werden, obwohl die Leitenden das Gegenteil versichern. In allen Einrichtungen werden die Daten der Überwachungstechnologien zentral erfasst und dienen dazu, im Zweifelsfall den Angehörigen bzw. den Aufsichtsbehörden zu beweisen, wann ein Bewohner aufgestanden, den Bereich verlassen bzw. sich bewegt habe. Mitarbeitende äußern sich skeptisch, inwieweit man diesen Daten trauen könne: zwar werde das Bedienen eines Rufs registriert, nicht aber, ob dem Anliegen des Bewohners dann auch nachgekommen wurde. Über die Qualität und Angemessenheit des Kontaktes sagen die bloße Tatsache, das System ‚bedient‘ zu haben, nichts aus. Vielmehr bestehe die Gefahr, das System so zu bedienen, dass erwünschte Daten (z.B. Kontakthäufigkeiten) entstehen. Leitende wiederum meinen: wenn dies passiere, müsse man die dahinter liegenden Gründe aufspüren und bearbeiten, die Technologie selbst könne einem dabei nicht helfen.

Zusammenfassend: Bewegungsdaten dienen primär der Sicherheit und als Beweis gegenüber Angehörigen und Behörden. In Bezug auf Personalentwicklung spielt sie eine untergeordnete Rolle. Ethische Bedenken bestehen, wenn überhaupt, dann in Bezug auf das Recht auf Privatheit der Bewohner. Vergleichbare Bedenken in Bezug auf die Mitarbeitenden bestehen nicht.

Diskussion: Im Urteil der Pflegenden wird der Sicherheit mehr Gewicht als der Privatheit beigemessen. Viele Überwachungsdaten könnten akkumuliert werden und Auskunft über die Arbeit der Pflegenden geben: allerdings spielen diese Erwägungen für Pflegende und Leitende eine geringe Rolle. Nur gelegentlich wird ein allgemeiner aber unspezifischer Verdacht zum Ausdruck gebracht, was Leitung mit diesen Daten machen könnte.

Leitende und Pflegende sehen umgekehrt nicht das Potential, dass mit videogestützter Überwachung gegeben sein könnte: die reale Arbeitsbelastung und marginale Aspekte der Pflegepraxis könnten so offenbar und reflektiert werden. Hier wäre zu fragen, wer die ‚Macht‘ über die Daten hat und wofür die Daten verwendet werden dürfen. Andererseits könnte das systematische Sammeln von mitarbeiterbezogenen Daten Interessenten abschrecken und Ängste schüren. Insgesamt sind die Überlegungen zu den ethischen Implikationen der Überwachungstechnologie für Mitarbeitende noch wenig differenziert und im Blick.

Quelle: Hall, A., Wilson, C., Stanmore, E., Todd, C. (2019). Moving beyond 'safety' versus 'autonomy': a qualitative exploration of the ethics of using monitoring technologies in long-term dementia care. *BMC Geriatrics*, 19:145, <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1155-6>

Schlagworte: Assistive Technologien, Überwachung, Pflegende

(10) Hinweise von technischen Systemen führen schnell zu Frustration

Ziel/Hintergrund: Technologische Möglichkeiten können Angehörige entlasten und Menschen mit Demenz zu mehr Selbstbestimmung verhelfen. Um häusliche Aktivitäten erfolgreich durchzuführen, benötigen Menschen mit Demenz gezielte Aufforderungen („prompting“). Zurzeit werden Technologien entwickelt, die – anstelle eines Angehörigen oder einer Pflegenden - Menschen mit Demenz Hinweise geben, wie sie Tätigkeiten erfolgreich bewältigen können. Ziel vorliegender US-amerikanischer Studie ist es herauszufinden, wie Menschen mit Demenz auf technologisch gesteuerte verbale Aufforderungen in Bezug auf eine Tätigkeit reagieren und welches Verhalten oder andere physische Aktivität der Aufforderung folgt.

Methoden: Es handelt sich um eine Beobachtungsstudie unter Experimentalbedingungen. 15 Menschen mit Demenz halten sich einzeln in einer Umgebung ‚intelligenten Wohnens‘ (smart home testbed) auf. Eine Stimme leitet schrittweise zu bestimmten instrumentellen Tätigkeiten des täglichen Lebens (IADL) an: z.B. eine Lampenbirne wechseln, Hände waschen, Arbeitsfläche einer Küche reinigen, mithilfe eines Telefonbuches einen Anruf tätigen u.ä.m. Diese im vorhinein bespielten Ansagen werden von 2 Forschern in einem anderen Raum sitzend ausgelöst: sie simulieren die KI (Künstliche Intelligenz). Wenn eine Tätigkeit nicht wie vorherbestimmt durchgeführt wird, erfolgten die vorbereiteten verbale Hinweise, die bei erneuter Fehlleistung kleinschrittiger und präziser erfolgen: graduiertes Auffordern, beginnend mit einer indirekten (z.B. ‚es sieht so aus, als ob das Wasser noch läuft‘), dann direkten (‚drücke den Hebel der Mischbatterie nach untern‘), dann multimodalen (Wiederholung der letzten Aufforderung zusammen mit einer Video-Illustration) Aufforderung. Die Durchführung wird von mehreren Kameras aufgenommen und anschließend qualitativ ausgewertet.

Resultate: Zwei Hauptthemen konnten identifiziert werden:

Kontext

Den Hinweisen mangelt es an spezifischer Ausrichtung auf die jeweilige Person (‚Personalisierung‘), abhängig vom Schweregrad der Demenz und den jeweiligen Unterstützungsbedürfnissen. So wurden in bestimmten Fällen Hinweise benötigt, welche aber nicht erfolgten, oder Hinweise gegeben, die nicht benötigt wurden, oder Hinweise gegeben, aber die Person erkannte den Fehler nicht. In der Regel führte das dazu, dass die Aufgabe schlecht oder gar nicht erfüllt werden konnte: so wurde zum

Beispiel die Person aufgefordert, Zimt über die Speisen zu geben, die Person aber entleert die ganze Flasche über die Speisen, ohne dass dies (gemäß des vorbereiteten Fehlercodes) als Fehler erkannt werden konnte. Weitere Hilfen und Demonstrationen verbesserten das Ergebnis nicht, eher trat das Gegenteil ein. Die Personen regierten dann zunehmend irritiert oder frustriert. Zudem reagierte das System nur bei Fehlern, belohnte aber nicht die erfolgreiche Bewältigung einer Aufgabe.

Kommunikation

Die Hinweise wurden als künstlich empfunden ohne Möglichkeit, auf sie zu reagieren: es fehlte die Flexibilität und Interaktion, die den normalen Austausch kennzeichnen. Mehrfach versuchten die Teilnehmenden, mit der Stimme zu reden bzw. bei einer Demonstration auf dem Computer, mit der die Demonstration begleitenden Stimme in Kontakt zu treten. Irritationen, Frustration und Zögern traten in Folge dessen häufiger auf. Bei zunehmendem Stress gesellten sich die Forscher hinzu, was sogleich zur Entspannung beitrug.

Diskussion: Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Systeme, die gezielte Hinweise und Aufforderungen für Aktivitäten geben, bestimmten Ansprüchen genügen müssen: Es bedarf betont positiver Rückmeldungen, wenn eine Aufgabe bewältigt werden konnte.

Aufforderungen müssen derart gewichtet sein, dass auch dann, wenn die Aufgabe anders als vorgesehen, dennoch aber gut bewältigt wurde, anerkannt und belohnt wird. Eine derart individuell und feinschliffig abgestimmte Form der Aufforderung scheint die gegenwärtig verfügbaren Systeme noch zu überfordern.

Menschen mit leichter Demenz kamen insgesamt recht gut mit den Anweisungen zurecht. Je schwerer die Demenz ausgeprägt war, desto weniger konnten die Personen den Aufforderungen folgen. Damit empfiehlt sich ein solches System nur für die Anfangsphasen der Demenz.

Insgesamt sollte das System der Aufforderungen gemäß den Prinzipien irrtumsfreien Lernens aufgebaut werden. Multimodale Hinweise kamen insgesamt besser an.

Hinweisgebende Systeme benötigen die Fähigkeit, in geringem Umfang zu interagieren, also Fragen zu beantworten oder Anweisungen kleinschrittiger und leichter verständlich zu wiederholen.

Menschen mit Demenz sind schnell überfordert und benötigen Pausen:

Hinweisgebende Systeme müssen dies erkennen und bei Fehlern die Person bitten, sich eher auszuruhen oder die Tätigkeit zu einem späteren Zeitpunkt erneut zu versuchen.

Quelle: Braley, R., Fritz, R., Van Son, C., Schmitter-Edgecombe, M. (2019). Prompting Technology and Persons With Dementia: The Significance of Context and Communication. *The Gerontologist*, 59(1), 101-111

Schlagworte: Technologie, Aktivitäten des täglichen Lebens, Autonomie

Vgl.: Nauha, L. Keränen, N. et al, (2018). Assistive technologies at home for people with a memory disorder. *Dementia*, 17(7), 909-923

Die Studie geht der Frage nach, ob assistierende Technologien Angehörige unterstützen bzw. die Unabhängigkeit der Person fördern. Erforscht wurde der Nutzen diverser Alarmsysteme aus der Perspektive professionell Pflegender und Angehöriger. Bevorzugt werden einfache, fehlerarme Systeme, die ohne großen Aufwand eingestellt werden können. Funktionieren sie gut, werden sie auch geschätzt und gerne verwendet. Fehlalarme, Unterbrechung der Verbindung, komplexe Benutzeroberflächen und schlechte Tonqualität wurden bemängelt.

(11) Spezifische Faktoren beeinflussen die Lebensqualität pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz

Ziel/Hintergrund: Obgleich über das Belastungserleben pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz viel geforscht wurde, gibt bislang kein übergreifendes Modell für die Lebensqualität pflegender Angehöriger. Viele einzelne Erkenntnisse liegen vor, z.B. über die Bedeutung der Gesundheit des Angehörigen, der Person mit Demenz, der Selbstwirksamkeit, aber auch über die Bedeutung moderierender Faktoren wie z.B. soziale Unterstützung, Freizeit, erfreuliche Aktivitäten und Sorge um die Zukunft. Auf dem Hintergrund des bekannten Prozess-Stress Modells berichtet die Studie über die Entwicklung eines Modells für Lebensqualität pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz.

Methoden: Angehörige und erfahrene Pflegekräfte wurden gezielt ausgesucht und einzeln sowie in Gruppen interviewt. Die Leitfragen wurden auf dem Hintergrund einer Literaturrecherche entwickelt. Die Leitfragen zielten auf die erlebte Beziehungsqualität, die Erfahrungen mit der Pflege und den Gefühlen dazu, die Auswirkungen der Pflege auf das sonstige Leben und auf weitere Faktoren, welche die Einschätzung der Lebensqualität beeinflussen. Beschrieben wird die qualitative Auswertung.

Resultate: Insgesamt wurden 12 Themen unterschieden, die unter 3 Rubriken sortiert wurden.

Faktor-Person mit Demenz: Die Beziehungsqualität – früher und jetzt - ist von zentraler Bedeutung für die erlebte Lebensqualität. Der Verlust von Wechselseitigkeit und mangelnde Anerkennung für die gegebene Unterstützung beeinflussen die Lebensqualität negativ. (1) Belastend werden die Persönlichkeitsveränderungen bewertet besonders dann, wenn sie mit Ärger, Apathie und Halluzinationen einhergehen. (2) Das beständige Beaufsichtigen, aber auch die Körperpflege und Inkontinenzversorgung wirken sich belastend aus. (3)

Faktor- Angehörige: Es wirkt sich positiv aus, wenn genügend Freizeit für persönlich bedeutsame Aktivitäten verbleibt. Einschränkungen in der Freiheit werden weniger belastend erlebt, wenn es Angehörigen gelingt, zusammen mit der Person mit Demenz die Freizeit zu gestalten. (4) Je eher Angehörige in der Lage sind, ihre Rolle als Pflegende zu akzeptieren, desto besser fällt die Lebensqualität aus. Auch das Gefühl, einander verpflichtet zu sein und Dinge gemeinsam, wechselseitig zu tun, wirkt sich positiv aus.

(5) Einige Angehörige ziehen Kraft und auch Stolz aus dem Erlebnis, dass es der Person mit Demenz gut geht und sie zufrieden ist. (6) Die eigene Gesundheit spielt eine wesentliche Rolle in der Beurteilung der Lebensqualität. (7) Sorgen um die Zukunft treiben die Angehörigen herum: einige konzentrieren sich auf den Moment und die Gegenwart und verdrängen die Zukunft bewusst, andere hoffen, nicht vor der Person mit Demenz zu sterben und sie allein zurück zu lassen. (8)

Faktor – Umfeld: Unterstützung durch andere Familienmitglieder aber auch professioneller Dienste wirkt sich zumeist positiv auf die Lebensqualität aus – bei Letzteren hängt es allerdings sehr davon ab, ob die Dienste den gestellten Aufgaben gerecht werden können. Nicht nur bei der Pflege, sondern auch Unterstützung bei wichtigen Entscheidungen ist hoch bedeutsam. (9) Viele Angehörige fühlen sich vom Gewicht der Verantwortung niedergedrückt: gemeinsame Entscheidungsfindungen helfen hier sehr. (10) Familie und soziale Netzwerke können sich entlastend auswirken, Konflikte zwischen Geschwistern aber beeinträchtigen die Lebensqualität oft nachhaltig negativ. (11) Rollenkonflikte werden zumeist von pflegenden erwachsenen Kindern erlebt, z.B. dann, wenn andere Familienmitglieder (die eigenen Kinder) Zeit und Aufmerksamkeit erfordern. (12)

Das Modell: Im Modell werden die verschiedenen Faktoren miteinander in Beziehung gesetzt (siehe unten). Je nachdem, wie die Hintergrundfaktoren ausfallen (Background Context), wirken die primären Belastungen (Primary Stressors) sich auf das sonstige Leben (Secondary Role Stressors) und den intrapsychischen Stress (Secondary Intra-Psychic Strain) aus. Dieses Gefüge wird ganz wesentlich von vermittelnden Instanzen (Mediators) beeinflusst: wird die Unterstützung als hilfreich erfahren, bleiben Freiräume erhalten etc., dann kann sich dies auf die primären Belastungen und die Ergebnisse in der Lebensqualität (Outcome) positiv auswirken. Letzteres steht im Mittelpunkt der Lebensqualität: wie der pflegenden Angehörige das gesamte Gefüge erlebt und bewertet.

Diskussion: Spezifische Aspekte der Lebensqualität, die sich in allgemeinen Instrumenten zur Lebensqualität nicht finden, sind: Persönlichkeitsveränderungen bei Menschen mit Demenz, die Annahme der Pflegerolle, die Last der Verantwortung, die Bewertung erfahrener Unterstützung, die Rollenkonflikte. Da sich das Zustandsbild der Person mit Demenz laufend verändert, bildet Umgang mit weiteren Veränderungen einen weiteren wichtigen Aspekt der Lebensqualität.

Das vorgestellte Modell wird die Basis eines neuen Instruments zur Einschätzung der Lebensqualität Angehöriger bilden.

Quelle: Daley, S., Murray, J., Banerjee, S., et al (2019). Understanding the quality of life of family carers of people with dementia: Development of a new conceptual framework. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34, 79-86

Schlagnworte: Angehörige, Demenz, Lebensqualität

(12) Bessere Emotionserkennung von Personen mit Demenz geht mit geringerer Zufriedenheit der Angehörigen einher

Ziel/Hintergrund: Mit Zunahme der Demenz sinkt die Zufriedenheit der pflegenden Partner mit der Partnerschaft. Wachsende Bedürftigkeit des Partners, neuropsychiatrische Symptome aber auch depressive Stimmungen der Angehörigen kennzeichnen Belastung und Belastungserleben.

Auf der interpersonalen, dynamischen Ebene spielt zudem die abnehmende Fähigkeit des dementiell veränderten Partners eine Rolle, anhand von Mimik, Körpersprache und Intonation die Stimmung des gesunden Partners zu erkennen und sich darauf einzustellen. Die mit dem Alter insgesamt abnehmende Fähigkeit zur Emotionserkennung („Theory of Mind“= TOM) stört den Zusammenklang zwischen den Partnern und kommt auch als Auslöser für herausforderndes Verhalten in Betracht. Mangelnde Abstimmung in der interaktiven Emotionserkennung und -regulierung führt mitunter zum Phänomen der ‚expressed emotion‘, welches sich in Kritik, Ärger, Feinseligkeit und einem emotionalen Überengagement manifestiert. Vorliegende US-amerikanische Studie untersucht, ob Störungen in der Emotionserkennung unabhängig von herausforderndem Verhalten und funktionalen und kognitiven Einbußen die Zufriedenheit des gesunden Partners mit der Beziehung berührt.

Methoden: Teilnehmende waren 28 Personen mit mittelschwerer Demenz, deren Partner sowie 30 andere ältere Personen ohne Demenz (Kontrollgruppe). Beschrieben werden Instrumente, um verschiedene Funktionen und Werte abzubilden: Fähigkeit zu Emotionserkennung, z.B. Fotos von Gesichtern mit Emotionen paaren, gehörte Stimmen mit Emotionen paaren, sowie Instrumente, um kognitive Funktionen, neuropsychiatrische Symptome, Aktivitäten und funktionalen Status abzubilden. In Bezug auf Angehörige kamen Instrumente zum Tragen, welche die Zufriedenheit in der Beziehung, das Belastungserleben sowie depressive Symptome abzubilden erlaubten. Personen mit Demenz und Partner sowie Teilnehmer der Kontrollgruppe wurden in der eigenen Wohnlichkeit befragt bzw. untersucht.

Resultate: Wie erwartet schnitten Personen mit Demenz im Test für Emotionserkennung deutlich schlechter ab als Personen der Kontrollgruppe. Weiterhin konnte kein systematischer Zusammenhang zwischen Emotionserkennung, kognitiven Funktionen, funktionalen Kompetenzen (z.B. Bewegung, Ernährung) und neuropsychiatrischen Symptomen (dazu zählt auch herausforderndes Verhalten)

festgestellt werden. Die Autoren vermuten, dass im Verlauf der Demenzerkrankung die für Emotionsverarbeitung verantwortlichen Bereiche in sehr unterschiedlichem Ausmaß betroffen sind und dies nicht kausal mit kognitiven Bereichen (Erinnerung, Intelligenz) zusammenhängt.

Überraschenderweise ergab sich der Befund, dass vergleichsweise bessere Emotionserkennung seitens Personen mit Demenz mit erhöhter Depressivität, erhöhtem Belastungserleben und geringerer Zufriedenheit mit der Partnerschaft seitens der pflegenden Angehörigen korreliert war. Diese Zusammenhänge bestanden unabhängig von Schwere und Ausprägung neuropsychiatrischer Symptome, funktionaler Kompetenzen oder kognitivem Status.

Diskussion: Die Autoren versuchen, diesen überraschenden Befund zu erklären: Ein ähnlicher Zusammenhang besteht auch bezüglich der Beziehungsqualität in Familien mit einem psychisch kranken Mitglied: Gelingt die Emotionserkennung noch gut, dann gibt es mehr Auseinandersetzungen, weil Handlungen oder Befindlichkeiten der Person mit Demenz oder einer psychischen Erkrankung nicht so einfach aus der Erkrankung heraus erklärt werden können, sondern eher als absichtsvoll oder böse wahrgenommen werden. Zudem reagieren Personen mit Demenz deutlicher auf Kritik oder negative Emotionen seitens der pflegenden Angehörigen, ein Umstand, der bei fehlender Emotionserkennung nicht zu erwarten wäre. Diese Zusammenhänge tragen zur wechselseitigen Frustration in der Beziehung bei und erhöhen das Belastungserleben der Angehörigen.

Einschränkend geben die Autoren zu bedenken, dass sich dieser Befund auf Daten einer relativ kleinen Gruppe von Personen stützt. Zudem erwiesen sich die Personen mit Demenz als mehrheitlich männlich und Personen der Kontrollgruppe als mehrheitlich weiblich. Da die Literatur nahelegt, Frauen eine bessere Emotionserkennung zuzusprechen, müssen die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden.

Quelle: Daley, R., Sugarman, M., Shirk, S., O'Connor, M. (2018). Spared emotional perception in patients with Alzheimer's disease is associated with negative caregiver outcomes. *Aging & Mental Health*, 22 (5), 595-602

Schlagnworte: Emotion, Angehörige, Ehepartner, Belastung

(13) Psychiatrische Dienste werden von älteren Menschen selten genutzt

Ziel/Hintergrund: Eine Person von dreien ab dem 65 Lebensjahr bekundet, im Laufe des letzten Jahres eine psychische Beeinträchtigung bzw. Erkrankung erfahren zu haben und eine Person von vieren ab 65 Jahren bekundet, derzeit an einer solchen zu leiden. Forschungen mit Angaben zur Nutzung psychiatrischer Dienste lassen darauf schließen, dass ältere Personen, besonders aber Männer, diese vergleichsweise weniger in Anspruch nehmen und wenn, dann zumeist nur medikamentös behandelt werden. Ältere Menschen erhalten zudem vergleichsweise viele antipsychotisch wirksamen Medikamente. Zugangsbarrieren sind zumeist persönliche Überzeugungen (Ich brauche keine Hilfe, ich komme allein zurecht), praktische Hindernisse (Kosten und Entfernungen) sowie Stigma. Vorliegende europäische Studie beschreibt das Nutzerverhalten von Personen zwischen 65 und 84 Jahren aus 6 beteiligten Ländern, darunter Deutschland.

Methoden: Es handelt sich um eine repräsentative Querschnittsstudie, die Daten von 16.758 Personen heranzieht. Beschrieben werden Assessments zur Abbildung psychischer Erkrankungen, Nutzerverhalten und Barrieren.

Resultate: Nur 10,7% der Personen, die in den letzten 12 Monaten eine psychische Erkrankung erfahren haben, nutzten eine psychiatrische Dienstleistung. Personen mit Depressionen suchten Hilfe zu 14,9%, mit Angststörungen zu 10,57%, mit Abhängigkeitserkrankungen (idR Alkohol) zu 6,6%. Zu 70,7% bestand die Behandlung in der Verschreibung von Medikamenten, gefolgt von Arzt- oder Therapeutengesprächen von mindestens 20 Minuten (56,6%), ein Kurzgespräch mit Arzt oder Therapeut von 10 Minuten (28,3%) sowie Gruppengespräche (5,7%). Männer sowie Personen mit höherer Bildung suchten vergleichsweise weniger Hilfe. Funktionale Beeinträchtigungen sowie höhere Komorbidität bildeten Kontexte, um Bedarfe anzumelden. Barrieren für den Zugang bildeten: persönliche Überzeugungen (89,9%), besonders die Vorstellung, mit den Symptomen allein zurecht zu kommen. Letztere Überzeugung wurde eher von den ‚jungen Alten‘ (65-69: 26,2%) vorgebracht als von den ‚alten Alten‘ (80-84 Jahren: 16,5%).

Diskussion: Insgesamt nutzen ältere Menschen psychiatrische Dienste eher selten. Sogar die Personen mit einer psychiatrischen Diagnose nutzten die Dienste nur zu 11%.

Die Haltung gegenüber diesen Diensten, die Vorstellungen zur Symptomschwere und die Meinung, damit alleine zurecht zu kommen sowie eine mangelnde Kenntnis dieser Dienste werden insgesamt als maßgeblich angesehen. Wenn überhaupt, dann werden niedergelassene Hausärzte sowie ambulant psychiatrische Dienste in Anspruch genommen. Psychopharmaka sowie Gespräche mit dem Arzt oder Therapeuten bilden die häufigsten Maßnahmen. Es ist zu vermuten, dass die Patienten in vielen Fällen nicht ausreichend und gut behandelt werden, da Nebenwirkungen der Medikamente häufig nicht ausreichend beachtet werden und therapeutische Gespräche nur vereinzelt erfolgen. Erst bei gravierender Beeinträchtigung des täglichen Lebens bzw. mehreren gleichzeitig auftretenden psychischen Erkrankungen (Komorbidität) werden Dienste häufiger genutzt. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass es an Informationen, Wissen und vereinfachten Zugängen fehlt. Professionelle sollten psychisch kranke alte Menschen besser identifizieren, sie informieren und adäquate Hilfen bereitstellen können.

Quelle: Volkert, J., Andreas, S., Wittchen, H.-U., Schulz, H. et al (2018). Predisposing, enabling, and need factors of service utilization in the elderly with mental health problems. *International Psychogeriatrics*, 30(7), 1027-1037

Schlagworte: Gerontopsychiatrie, Nutzungsverhalten, ambulant

(14) Menschen mit Demenz am Lebensende wünschen überwiegend eine möglichst nicht-aggressive und nicht-invasive Behandlung

Ziel/Hintergrund: Behandlungen im Voraus planen (die deutsche Version für ‚Advance Care Planning‘) stellt eine wichtige Hilfe für Personen mit Demenz und ihre Angehörigen dar. Häufig aber fehlen entsprechende Dokumente, sind im Notfall nicht zur Hand, gehen sie im Behandlungsverlauf verloren mit dem Ergebnis unerwünschter, oft unnötiger und aggressiver Behandlungen in den letzten 6 Monaten vor dem Tod. Nur eine Minderheit betroffener Familien nehmen eine ausführliche Beratung und Begleitung zu diesem Thema wahr. Beim Hausarzt stehen akute Erkrankungen im Vordergrund und fehlt oft die Zeit und zuweilen auch die Kompetenz, diese palliativen Themen zu erörtern.

Vorliegende US-amerikanische Studie stellt die Ergebnisse eines umfassenden Managements für Behandlungen am Lebensende von Menschen mit Demenz vor. Das Management wird im Wesentlichen von speziell qualifizierten Pflegekräften durchgeführt. Um die Wünsche und Bedürfnisse von Menschen mit Demenz am Lebensende zu erheben, arbeitet die Studie mit einem Fragebogen, der in den USA breite Verwendung gefunden hat (POST: Physician Orders for Scope of Treatment oder POLST: Physician Orders for Life-Sustaining Treatment – www.polst.org).

Methoden: Untersucht werden die erhobenen Präferenzen, die Nutzung von Krankenhäusern und Hospizeinrichtungen von Menschen mit Demenz in den letzten 6 Monaten vor dem Versterben. Von 2012 bis 2016 konnten Daten von 322 Personen herangezogen werden. Das von Pflegenden betriebene Programm umfasst 5 Elemente: strukturierte Erfassung von Bedarfen/Bedürfnissen (needs) der Patienten und ihrer Angehörigen, Entwicklung und Implementierung individualisierter Pflegepläne; regelmäßige Überprüfung und gegebenenfalls Veränderung dieser Pläne; Vermittlung von/Überweisung an ambulant tätige demenz-spezialisierte Dienste; Zugang zu klinischen Hilfen an 24 Stunden an allen Tagen der Woche. Alle Personen lebten in der eigenen Häuslichkeit. Die Methode der Datenanalyse und Datenbearbeitung wird beschrieben.

Resultate: Fast alle Personen (n=321) nahmen die Gelegenheit zu einem ausführlichen Gespräch über palliative Themen wahr; 64% hinterließen detaillierte Wünsche zur Wiederbelebung, zu medizinischen Interventionen und zur künstlichen Ernährung. Alle Personen benannten eine Person, die im Zweifelsfall für sie entscheiden sollte.

Personen, die eine Verfügung veranlassten, verfügten zu 88% eine Erklärung, nicht wiederbelebt werden zu wollen, zu 48% nur sehr bedingt medizinisch behandelt werden zu wollen, zu 35% ausschließlich gegen Schmerzen behandelt werden zu wollen. 74% verfügten gegen künstliche Ernährung. Es gab auch Änderungswünsche in den Verfügungen innert der letzten 6 Monate, i.d.R. in die beschriebene Richtung, mögliche Eingriffe einzuschränken. 54% der am Programm teilnehmenden Personen erfuhren keinen Krankenhausaufenthalt in den letzten 6 Monaten. Die durchschnittliche Anzahl von Tagen im Krankenhaus für die Gesamtgruppe in den letzten 6 Monaten betrug 2,8 Tage. Nur 5% der Gesamtgruppe erfuhr den Aufenthalt auf einer Intensivstation, 17% der Teilnehmer verstarb im Krankenhaus, die meisten verstarben Zuhause (66%) oder im Hospiz bzw. zu Hause in Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst (69%).

Diskussion: Die Autoren betonen die hohe Beteiligung an dem Programm, die vergleichsweise sehr hohe Nutzung ambulanter Hospizdienste sowie die vergleichsweise geringe Nutzung von Notaufnahmen, Krankenhäusern und Intensivstationen. Personen und Angehörige verfügten in der Regel eine möglichst nicht-aggressive/invasive Versorgung am Lebensende inklusive eines Verzichtes auf künstliche Ernährung jeglicher Art. Die Ergebnisse unterscheiden sich deutlich von ansonsten üblichen Versorgungssituationen, bei denen die Nutzung von Hospizdiensten, Vorausverfügungen eher gering und die Krankenhausaufenthalte am Lebensende eher häufig ausfallen. Die Autoren plädieren, diese Art von palliativen Diensten weniger an die Hausarztpraxen, sondern eher an demenz-spezifische Dienste anzudocken. Pflegende und andere Gesundheitsarbeiter benötigen für diese Arbeit eine besondere Qualifikation und einen eigenen organisatorischen und finanziellen Rahmen. Sind diese gegeben, dann kann eine hohe Qualität in der Versorgung, eine Entlastung der Krankenhäuser, ein hoher Einsatz palliativer Dienste in der eigenen Häuslichkeit gesichert werden.

P.S. In Deutschland ist die gesundheitliche Versorgungsplanung, genannt ‚Behandlung im Voraus planen‘, im § 132 SGB V geregelt.

Quelle: Jennings, L., Turner, M., et al, (2019). The effect of a comprehensive dementia care management program on end-of-life care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67, 443-448, DOI: 10.1111/jgs.15769

Schlagnworte: Demenz, Lebensende, Behandlung im Voraus planen

(15) Höheres kognitives Funktionieren und Einsicht bestimmen, wie man Halluzinationen erlebt

Ziel/Hintergrund: Visuelle Halluzinationen treten im Alter in der Regel im Kontext von Parkinson sowie bei Lewy-Body-, Alzheimer- und vaskulären Demenzen auf. Sie gehen einher mit reduziertem Wohlbefinden, funktionellen Einbrüchen und erhöhten Belastungen für Angehörige. Warum das so ist wird noch nicht gut verstanden. Vorliegende Studie geht der Frage nach, welche Bedürfnisse, Erfahrungen und Bewältigungsstrategien mit visuellen Halluzinationen einhergehen.

Methoden: Es handelt sich um eine qualitative klinische Studie mit einer gezielten Auswahl von betroffenen Personen und deren Angehörigen, die interviewt wurden. Insgesamt wurden 11 Personen und deren Angehörige interviewt.

Resultate: Während Menschen mit Demenz Personen und Tiere wahrgenommen haben, berichten Parkinsonpatienten eher von einer unbestimmten Präsenz. Das Vorkommen war schwer vorherzusagen und changierte zwischen gelegentlich und wöchentlich. Häufig gehen visuelle Halluzinationen auch mit Stimmenhören und Wahnideen einher. Betroffene und Angehörige betrachteten die Halluzinationen als Ärgernis, klagten aber sehr viel mehr über Gedächtnisschwund und frustrierende gesundheitliche Einschränkungen.

Je mehr Einsicht in die Natur der Halluzinationen vorlag, desto besser konnte man sie bewältigen als weiteres Symptom und Teil des gelebten Lebens. Mit dem Verlust der Einsicht steigt das Leiden aller interviewten Personen: die Wahrnehmungen wurden vermehrt für real gehalten und lösten Ängste aus: z.B. eine menschliche, schwarze Figur, die in der Nacht auf das Bett zu kriecht. Oft konnten Angehörige im Kontakt die Ängste beruhigen besonders dann, wenn die Natur der wahrgenommenen Inhalte nicht sehr bedrohlich ausfiel. Trotz dieser Ängste akzeptierten die Betroffenen die Wahrnehmungen als Teil ihres Lebens.

Angehörige berichteten über folgende Reaktionen ihrerseits: Unsicherheit (z.B. verlegen reagieren), den Realitätsgehalt bestreiten, das Ganze herunterspielen, mitspielen (z.B. einen ‚Bison‘ aus dem Wohnzimmer jagen), Ablenken (z.B. etwas singen). Häufig gingen Angehörige auf die Vorstellungen ein in dem Bemühen, eine Lösung zu finden, die akzeptabel war. Allerdings fühlten sie sich danach unwohl, machten dies aber trotzdem, wenn andere Möglichkeiten nichts fruchteten. Bei fortgeschrittener Demenz berichteten die Angehörigen von Befürchtungen, die Person mit Demenz nicht mehr

allein lassen zu können – dementsprechend wuchsen das Stresserleben und ihre Zukunftssorgen.

Die Bewertung, es hier mit etwas ‚Abnormalen‘ zu tun zu haben verhinderte, mit anderen über diese Phänomene in Kontakt zu kommen.

Diskussion: Der Grad an Einsicht und kognitives Funktionieren sind entscheidend dafür, wie belastend visuelle Halluzinationen erlebt werden. Die Unterschiede im Erleben zwischen Menschen mit Demenz und mit Parkinson fielen gering aus. Viele lernten zusammen mit Angehörigen und Professionellen, die Halluzinationen einzuordnen, anzunehmen und als Teil ihres Lebens zu begreifen. Gelingt die Einsicht nicht mehr, dann lösen visuelle Halluzinationen Ängste und Besorgnisse auf beiden Seiten aus. Während sie anfangs versuchten, den Realitätsgehalt anzuzweifeln, erwies sich diese Strategie in späteren Phasen nicht mehr als tragbar. Da Scham und Stigma mit Halluzinationen einhergehen, sollten sich Professionelle nicht scheuen, gelegentlich danach zu fragen.

Quelle: Renouf, S., Ffytche, D., Pinto, R., Murray, J. (2018). Visual hallucinations in dementia and Parkinson’s disease: A qualitative exploration of patient and caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33, 1327-1334

Schlagworte: Halluzination, Parkinson, Demenz, Erleben