



**Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)**  
(Landesinitiative Demenz-Service NRW)

Newsletter und Forschungsmonitoring 2/2010

© Landesinitiative Demenz-Service NRW 2010  
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Department Pflegewissenschaft,  
Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)  
Stockumer Str. 10 • 58453 Witten  
Telefon +49 (2302) 926306 • Fax +49 (2302) 926310  
dialogzentrum@uni-wh.de  
www.dialogzentrum-demenz.de || www.demenz-service-nrw.de

## Newsletter DZD 2/2010

Willkommen zum neunten Newsletter des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD). Im Newsletter wollen wir Sie regelmäßig

- über den Stand unserer Arbeit und unserer Aktivitäten informieren,
- rechtzeitig auf Veranstaltungstermine hinweisen,
- eine Rundschau wichtiger, internationaler Fachliteratur anbieten (Monitoring),
- über Fragen und Anregungen berichten, die wir von Ihnen erhalten.

### Was wir wollen, was wir tun

Das Dialogzentrum Demenz (DZD) hat unter anderem die Aufgaben:

1. wissenschaftliche Erkenntnisse aus Versorgungs- und Pflegeforschung zu identifizieren und der Praxis, insbesondere der Pflegepraxis zur Verfügung zu stellen, und
2. den Wissensbedarf der Pflegepraktiker zu identifizieren und als Anregung an die Wissenschaft (Versorgungs- und Pflegeforschung) weiterzugeben.

Insgesamt ist es unser Ziel, den Dialog zwischen Praxis und Forschung zu befördern. Die Zukunftsvision ist ein „Dialog auf Augenhöhe“. Die Konzeption des DZD können Sie auf unserer Homepage unter dem Stichwort „Profil“ einsehen ([www.dialogzentrum-demenz.de](http://www.dialogzentrum-demenz.de)). Das Dialogzentrum ist eine Säule der „Landesinitiative Demenzservice NRW ([www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de))“.

### Neues aus dem Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Auch in diesem Newsletter wollen wir Ihnen kurz von Highlights der Arbeit des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD) berichten.

#### Erste Ergebnisse der „Oasenforschung“ vorgestellt

Das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) hat am 28. September eine Tagung zum Thema „Wohnen und Demenz“ durchgeführt. Im Rahmen dieser Tagung wurden auch erste Ergebnisse der „Oasenevaluation“ des DZD vorgestellt. Das DZD evaluiert für 1,5 Jahre eine Pflegeoase für Menschen mit Demenz in Solingen. Des Weiteren wurden neben anderen interessanten Wohnprojekten Praxisprojekte zu Wohn-/Hausgemeinschaften für Menschen mit Demenz vorgestellt. Den Festvortrag hielt der Schweizer Michael Schmieder, Heimleiter der Sonnweid AG und Pionier der Pflegeoasen. Die Vorträge werden in absehbarer Zeit auf den Seiten des DZD zum Download bereitstehen.

#### Evaluation der Landesinitiative Demenzservice NRW angelaufen

Die Evaluation der Landesinitiative Demenzservice NRW durch das DZD ist angelaufen. Derzeit fokussiert das DZD vor allem die Demenz-Servicezentren und die anerkannten niedrigschwelligen Angebote. In einem nächsten Schritt werden die im Rahmen der Landesinitiative angesiedelten Wohnberatungsstellen in den Blick genommen. Ziel der Evaluation ist die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Landesinitiative zum Wohle der Bürgerinnen und Bürger in NRW ([www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)). Die Mitarbeiterinnen des Dialog- und Transferzentrums befinden sich derzeit in der Datenerhebungsphase.

Des Weiteren arbeitet das Dialog- und Transferzentrum Demenz an vielen Projekten in leitender oder begleitender Funktion. Die Mitarbeiterinnen reisen zu Vorträgen durch Deutschland und versuchen auf diesem Wege, Wissen in die Praxis zu bringen. Bei Nachfragen wenden Sie sich bitte an uns.

***Dialogveranstaltungen und Veranstaltungshinweise des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD)***

Das DZD wird in diesem Jahr noch eine bereits im letzten Newsletter angekündigte Veranstaltung durchführen. Leider musste der Termin und der Veranstaltungsort geändert werden.

Die Tagung „Herausforderung Frontotemporale Demenz“ findet nicht wie angekündigt am 25. November 2010, sondern am **8. November 2010** statt. Der Veranstaltungsort verschiebt sich lediglich um wenige Meter; anstelle des Audimax der Uni Witten/Herdecke wurde das FEZ gewählt, welches neben der Uni an der gleichen Straße liegt. Die neue Wegbeschreibung wird Ihnen bei Anmeldung zur Tagung per Mail zugesendet (dialogzentrum@uni-wh.de; 02302-926 306 Fr. Kuhr).

Weitere Veranstaltungen oder Informationen zu Projekten und wissenschaftlichen Arbeiten des DZD entnehmen Sie bitte der derzeit in Überarbeitung befindlichen Homepage des Dialogzentrums.

Viel Freude beim Lesen und auf den Dialog mit Ihnen freut sich

Ihr Team des  
Dialog- und Transferzentrums Demenz

Stefan Juchems  
Claudia Kuhr  
Gergana Ivanova  
Christian Müller-Hergl  
Nicole Ruppert  
Detlef Rüsing



## **Forschungsmonitoring 2/2010**

### **Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)**

**Oktober 2010**

## Inhaltsverzeichnis

Editorial .....	7
1. Trauern um Angehörige mit Demenz stellt ein eigenständiges Belastungsphänomen dar .....	11
2. Depressivität der PA geht einher mit einem niedrigen Kohärenzgefühl .....	13
3. Hilfen für zu Hause pflegende Angehörige zeigen nur geringe Wirksamkeit bezüglich Depressivität und Belastungserleben.....	15
4. Zugehende Beratung erhöht die Inanspruchnahme von Hilfen.....	17
5. Familiäre Verpflichtungsgefühle von PA erhöhen Depressivität .....	18
6. Die eigene Gesundheit ist der wichtigste Risikofaktor für Pflegende Angehörige .....	20
7. Demenzen vom Alzheimer Typ verlaufen in unterschiedlichen Geschwindigkeiten....	22
8. Kommunikation und Interaktion erhöhen die gerichtete Bewusstheit* von Menschen mit schwerer Demenz.....	24
9. Interventionen für Menschen mit Demenz sind auch für Menschen mit Delirium geeignet.....	27
10. Herausforderungen und Empfehlungen für die Versorgung von Menschen mit FTD .	29
11. Infantilisierende Umgangsweisen erhöhen Widerstandsverhalten während der Pflege .....	31
12. Die besten Umgebungen sind bei fehlendem Engagement von MitarbeiterInnen nutzlos .....	32
13. Unterschiede in der Häufigkeit neuropsychiatrischer Symptome lassen sich nicht durch Umweltmerkmale erklären.....	34
14. Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms für das Pflegepersonal in Altenpflegeheimen zum Umgang mit Demenzkranken – eine prospektive kontrollierte Interventionsstudie .....	36
15. Erfahrungen von älteren Personen und deren Angehörigen in Akut-Pflege-Settings: eine systematische Übersicht und Zusammenführung qualitativer Studien .	38
16. Kognitiv angepasste Fernsehprogramme finden mehr Aufmerksamkeit .....	39
17. Beschäftigungstherapie in der eigenen Häuslichkeit verbessert Kompetenzen.....	40
18. Gegenwärtige Interessen erweisen sich als bedeutsamer für die Beschäftigung als vergangene Präferenzen .....	42
19. Somatisch und psychiatrisch anspruchsvolle Klienten bedürfen der Versorgung durch multidisziplinäre Teams .....	45
20. Die Wirkung von abgespielter Musik während der Mittagessenszeit auf Menschen mit herausforderndem Verhalten bei Demenz .....	47
21. „Namaste“ verbessert das Wohlbefinden von Menschen mit schwerer Demenz .....	49
22. Depressivität und Unruhe sagen schlechte Lebensqualität voraus .....	51
23. Lebensqualität ist besonders bei der Morgenpflege niedrig .....	53

## Forschungsmonitoring 2/2010

Editorial

Liebe Interessierte,

in diesem Forschungs-Newsletter stellen wir Ihnen Studien zu fünf interessanten Bereichen vor. Wie immer weisen wir Sie darauf hin, dass es sich bei den Zusammenfassungen um den Versuch handelt, teils komplizierte Sachverhalte in einfacher Sprache und stark verkürzt auf die Kernaussagen darzustellen. Das Lesen dieses Monitorings ersetzt nicht die Lektüre der Originalarbeiten.

Die fünf Bereiche, aus denen die insgesamt 23 Studien stammen, sind:

1. Studien zu Pflegenden Angehörigen (PA)
2. Studien zum Demenzwissen
3. Studien zum Umgang mit Menschen mit Demenz
4. Studien zu Interventionen
5. Studien zur Lebensqualität.

In einigen Fällen greifen wir auch Studien aus früheren Jahren auf, zum einen, wenn nur auf ihrem Hintergrund aktuelle Studien verständlich sind, zum anderen, wenn sie von grundlegender Bedeutung sind und eine hohe praktische Relevanz aufweisen. In einigen Kurzberichten werden zudem eine ganze Reihe von Studien zusammengefasst, die entweder ein sehr ähnliches Thema verfolgen oder Teil einer fortlaufenden Serie von Studien darstellen.

### **Themenschwerpunkt 1: Pflegende Angehörige**

Erneut wird Trauer als eigenständiger Faktor zum Verständnis des Belastungserlebens PA vorgestellt. Die Bedeutung des Beziehungsverlustes gleicht einem permanenten Stresszustand, der wegen des fehlenden Todes auch nicht aufhören kann. Die Studie lässt an die deutsche Arbeit von Frau Franke zur „inkompletten Stauspassage“ denken.<sup>1</sup> Ein neues, an Pearlin angelehntes „Trauer-Stress-Modell“ wird vorgestellt und als Rahmen für weitere Forschungsarbeiten anempfohlen. (1) - Im Kontext des Modells der Salutogenese von Antonowski steht eine weitere Arbeit: Depressivität geht mit einem niedrigen Kohärenzgefühl einher, dies ausgeprägter bei Frauen als bei Männern. Interessant an dieser Arbeit sind zwei Beobachtungen: je mehr der PA die Person mit Demenz versteht, desto geringer wird die Belastung empfunden, und: sind die pflegenden Frauen berufstätig, ist das Kohärenzgefühl höher und der Stress eher weniger belastend. (2) - Eine Studie zu psychosozialen Hilfen für PA bestätigt frühere Befunde: psychosoziale Hilfen für zu Hause pflegende Angehörige zeigen wenig Wirkung bezüglich Depressivität und Belastungserleben. Dabei scheinen pflegende (erwachsene) Kinder psychosoziale Hilfen besser als Ehepartner annehmen zu können. Auch Kurzzeitpflege oder telefonische Beratung zeigen wenig Wirkung. Es wird vermutet, dass das Belastungserleben viel zu einschneidend ist, als dass es durch Interventionen dieser Art gemildert werden könnte. (3) Eine deutsche Studie (4) lässt aber Zweifel an dieser Behauptung aufkommen. Auch die Erfahrungen im Kreis Minden-Lübbecke lassen vermuten, dass entsprechende Rahmenbedingungen von zugehenden Hilfen die Wirksamkeit psychosozialer Maßnahmen deutlich erhöhen (siehe Quellenangabe im Kurzbericht). – Die deutsche Studie zum Thema der zugehenden Beratung kommt zu dem Ergebnis, dass vom Arzt initiierte Beratungen durch andere Berater (hier: Pflegende mit einer Zusatzausbildung) besonders bei älteren pflegenden Ehepartnern die Inanspruchnahme von Beratung deutlich erhöht. Die Beratung wird allerdings vornehmlich für gesundheitliche Themen der Person mit Demenz und zu (finanziellen) Rahmenbedin-

---

<sup>1</sup> Franke L, Demenz in der Ehe, Mabuse-Verlag 2006

gungen der Versorgung in Anspruch genommen, weniger für psychosoziale Themen. (4) Eine Studie aus Spanien nimmt den „Familismus“ in den Blick, worunter ein starkes Verpflichtungsgefühl zur Pflege auf dem Hintergrund traditioneller Wertvorstellungen verstanden wird. Diese Art der Motivation begünstigt Belastungserleben und Depressivität. Ist der Faktor „Familismus“ hoch, dann tendieren die PA dazu, Hilfen weniger anzunehmen. (5) Hoher Familismus geht mit „somatischer Präsentation“ depressiver Symptome einher und einer Vermeidung außerfamiliärer Hilfen bis zum Zusammenbruch der Pflegearrangements. Zuweilen werden depressive Symptome als Strafe Gottes verstanden, die in Schweigen und Demut hinzunehmen seien.<sup>2</sup> – Eine Studie zu Risikofaktoren für die Gesundheit von PA weist eine hohe Vielfalt und Individualität in den Belastungen auf. Es gibt Hinweise darauf, dass die Anzahl und Komplexität der Belastungsfaktoren eher einen Indikator für die Belastungsintensität abgeben als hohe Werte für einzelne Belastungsfaktoren. Insgesamt erwies sich das Gesundheitsverhalten der PA als wichtigster Indikator für das Belastungserleben.<sup>3</sup> Dem Gesundheitsverhalten der PA kommt damit in Bezug auf Belastungserleben eine ähnliche Bedeutung zu wie dem herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz. (6) –

### **Themenschwerpunkt 2: Studien zum Demenzwissen**

Demenz schreitet bei den Betroffenen in unterschiedlichem Tempo voran – dies ist bekannt. Neu ist, dass bei langsamem Verlauf auch in der fortgeschrittenen Demenz der Verlauf langsam bleibt, bei mittlerem und hohem Verlaufstempo aber im Fall der schweren Demenz das Verlaufstempo eher zunimmt. Die Ergebnisse haben eine hohe Relevanz für Interventionsstudien: Besonders eindruckliche Erfolge oder das Ergebnis mangelnder Wirksamkeit könnten dadurch entstehen, dass bei den Vergleichsgruppen nicht auf eine Gleichartigkeit bei der Verlaufsgeschwindigkeit geachtet wurde. (7) – Eine Studie zur Bewusstheit (awareness) von Menschen mit Demenz kommt zu dem Ergebnis, dass es zum einen mehr Bewusstheit bei schwerer Demenz gibt, als man gemeinhin annimmt (so können manche Menschen noch die Qualität der Ehebeziehung gut beschreiben und einschätzen); zugleich sind die Befunde höchst heterogen, Bewusstheit fluktuiert bei Einzelnen erheblich. Vielleicht der wichtigste Befund: der Grad der Bewusstheit scheint eng mit der Beziehungsqualität und weiteren Kontextfaktoren verbunden zu sein, welche die Personen erfahren. (8) – Einige Theorien zur Demenz betrachten Demenz und Delirium als Teil ein- und derselben Störung. Es liegt dann der Schluss nahe, dass aufmerksamkeitssteigernde und anregende Angebote für Menschen mit Demenz auch bei Menschen mit einem Delirium Wirkung zeigen. Die Autoren der Studie vertreten die Ansicht, dass erholsame Aktivitäten Delirien verringern und damit u. U. auch die Demenzentwicklung verzögern. (9) – Fallgeschichten zur Frontotemporalen Demenz/Degeneration finden sich in der Literatur nicht sehr häufig. Hier wird ein (zugegebenermaßen drastisches) Fallbeispiel vorgestellt, an dem die Autoren illustrieren, wie die Erkrankung vorhandene Versorgungsstrukturen sprengt. Auf sechs unterschiedlichen Ebenen werden Herausforderungen und Empfehlungen formuliert. (10)

### **Themenschwerpunkt 3: Studien zum Umgang mit Menschen mit Demenz**

Was Tom Kitwood „Infantilisierung“ nannte, wird in der US-amerikanischen Forschung mit „elderspeak“ bezeichnet: eine herablassende, übertrieben freundliche, süßliche Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Vorliegende Studie belegt, dass mit der Verringerung von „elderspeak“ auch das Widerstandsverhalten im Kontext der Körperpflege zurückgeht. Leider wird auch bestätigt: je weiter die Demenz voran schreitet, desto häufiger er-

---

<sup>2</sup> Cucciare MA, Gray H, Azar A, Jimenez D, Gallagher-Thompson D (2010) Exploring the relationship between physical health, depressive symptoms, and depression diagnoses in Hispanic dementia caregivers. *Aging & Mental Health* 14(3) 274-282

<sup>3</sup> Einschlägig zum Zusammenhang physischer Gesundheit und Depressivität bei PA von Menschen mit Demenz: O'Rourke N, Cappeliez P, Guindon S (2003) Depression symptoms and physical health of caregivers of persons with cognitive impairment. *Journal of Aging and Health* 15(4) 688-712



fahren die Personen „elderspeak“. (11) – Gerade in der BRD erfährt die Milieuthérapie besondere Wertschätzung. Eine interessante Studie kommt zu dem Ergebnis, dass geeignete Milieus und Nahobjekte an sich einen nur geringen Unterschied für Menschen mit Demenz machen. Auch die Anwesenheit von Personal an sich bringt kaum Effekte. Entscheidend ist, dass MitarbeiterInnen die Möglichkeiten des Milieus aktiv in der Begleitung nutzen. Besonders die direkte Förderung von Klientenkompetenzen im Kontext von Tätigkeiten des täglichen Lebens erweist sich als positiv für das Wohlbefinden. Die Autoren warnen davor, ein „pseudo-aktivierendes Furnier“ (gemeint sind weitgehend sinnlose Tätigkeiten und Aktivierungen aus Perspektive der Klienten) zu implementieren in der verdeckten, aber maßgeblichen Absicht, Klienten möglichst gut zu überwachen (um z.B. Stürze zu vermeiden). (12) – Herausfordernde Verhaltensweisen und neuropsychiatrische Symptome bilden weiterhin einen Schwerpunkt in der Versorgungsforschung. Vorliegende Arbeit stellt einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der MitarbeiterInnen und der Apathie von Menschen mit Demenz her. Alle anderen Umweltmerkmale scheinen sich nicht erkennbar auf die Symptomatik auszuwirken. Daher äußern die Autoren Zweifel an der Behauptung, dass sich kleine Gruppen (Wohngruppen, Wohngemeinschaften) grundsätzlich positiv auf die Lebensqualität auswirken. (13) – Eine deutsche Untersuchung zur Wirksamkeit von Training und Ausbildung von professionell Pflegenden kommt zu dem bekannten Ergebnis, dass die Effekte nur kurzfristig eine Veränderung im Wissen bewirkten. Erworbene Sozialkompetenzen blieben allerdings länger erhalten. Positive Konsequenzen stellten sich besonders für Teilnehmende, die Entspannungstechniken erlernt hatten, heraus. Die Autoren machen darauf aufmerksam, dass fehlende Strategien zur Implementierung von Wissen und mangelnde Veränderungsbereitschaft seitens der Institutionen die Wirksamkeit von Bildungsanstrengungen stark begrenzen. (14) – Die Dominanz „technischer Pflege“ im Krankenhaus wird von älteren und dementen Menschen negativ bewertet. Schlüsselinhalt für eine Verbesserung wäre aus Sicht dieser Klienten ein Aufenthaltskontext, der Gemeinschaft ermöglicht, Identität erhält und Menschen an Prozessen teilhaben lässt anstatt über sie zu verfügen. Ein hoher Bedarf nach personaler und würdevoller Versorgung wird konstatiert. (15) –

#### **Themenschwerpunkt 4: Studien zu Interventionen**

Eine weitere Arbeit zum Einsatz von Medien bestätigt insgesamt den geringen und fragwürdigen Effekt des Fernsehkonsums. Gezielt ausgesuchte, kognitiv angepasste Programme finden allerdings mehr anhaltende Aufmerksamkeit. Ein Zusammenhang mit der Häufigkeit von Medienkonsum vor Beginn der Erkrankung ließ sich nicht feststellen. (16) – Gelingt es, unter Anleitung Menschen mit Demenz im eigenen Haushalt zu mehr Tätigkeiten zu bewegen, dann hat dies deutlich positive Auswirkungen auf die Kompetenzen der betroffenen Personen und steigert die Selbstwirksamkeitsbewertungen der PA. Dies ist besonders dann der Fall, wenn beide Partner die Tätigkeiten gemeinsam ausüben. Die positiven Effekte bleiben über einen längeren Zeitraum erhalten. Nachfolgestudien in Deutschland versuchen, diesen Effekt auch unter anderen Kontextbedingungen zu erforschen. (17) – In einer ganzen Reihe von Studien gehen Cohen-Mansfield und MitarbeiterInnen den Zusammenhängen zwischen Verhalten, Identität, Tätigsein und Wohlbefinden nach. Die Autoren suchen nach Belegen für die Auffassung, dass bis in die schwere Demenz hinein Anteile des Selbst und der personalen Identität erhalten bleiben. In vorliegender Arbeit erweisen sich gegenwärtige Präferenzen als maßgeblicher als vergangene Präferenzen. Die Vorstellung, mögliche gegenwärtige Tätigkeiten aus der Biographie abzuleiten stellt sich damit als nur teilweise richtig heraus. (18) – Viele Klienten in der stationären Altenpflege sind sowohl somatisch wie psychiatrisch erkrankt und stellten damit sehr hohe Anforderungen an die professionell Pflegenden (double care demanding patients). Eine andauernde externe Beratung und Begleitung von Pflegenden durch psychiatrische Konsiliardienste haben einen positiven Effekt. Auch die in diesem Rahmen erfolgenden kurzfristigen Aufenthalte in der Psychiatrie erweisen sich als effektiv für die Patienten und

die Pflegenden. (19) – Eine Studie zur Musiktherapie während des Mittagessens zeigt auf, dass sich nach einer Woche Anwendung das Essverhalten verbesserte, sich unangemessenes Verhalten reduzierte und sich der Arbeitsaufwand beim Essenreichten verringerte. (20) – Zum Schluss der Interventionsstudien eine Studie zu einem Pflegekonzept für Menschen mit schwerer Demenz: das „Namaste-Pflegekonzept“ bietet ein tägliches, 5-stündiges Wellness- und Stimulationsprogramm durch Pflegende an. Dabei werden einfache Tätigkeiten wie z.B. Nägel schneiden, Haare waschen, eincremen etc. durchgeführt. Eine Reduktion von Apathie und Delirien wird berichtet. (21) –

### **Themenschwerpunkt 5: Studien zur Lebensqualität**

Die Art der Demenz wirkt sich nicht charakteristisch auf die Lebensqualität aus. Herausforderndes Verhalten und neuropsychiatrische Symptome sowie Psychopharmaka gehen in der Regel mit schlechter Lebensqualität einher. Unruhe und Depression sind dabei die markantesten Anzeichen für schlechte Lebensqualität. (22) – Eine weitere niederländische Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Apathie und Agitiertheit/Unruhe bei der Morgenpflege mit schlechter Lebensqualität einhergeht. Die Autoren empfehlen, die Gestaltung der Morgenpflege besonders zu beachten. (23) –

Wir wünschen Ihnen eine fruchtbare und angeregte Lektüre auch dann, wenn die Ergebnisse nicht Ihrem Wissen und Ihren Erfahrungen entsprechen. Über Rückmeldungen freuen wir uns immer. Falls Sie Hinweise auf wichtige Studienergebnisse haben, die uns entgangen sind, dann geben Sie uns dies weiter.

Ihr Team des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD)

Stefan Juchems  
Claudia Kuhr  
Gergana Ivanova  
Christian Müller-Hergl  
Nicole Ruppert  
Detlef Rüsing

## 1. Trauern um Angehörige mit Demenz stellt ein eigenständiges Belastungsphänomen dar

### Ziel/Hintergrund:

Das Stress-Prozess Modell von Pearlin stellt das dominante Rahmenkonstrukt zum Verständnis der Belastung von Angehörigen dar (vgl. Editorial Monitor 7). Stress ist demnach das Produkt aus Aufgaben, die mit der Pflege verbunden sind, und persönlichen Ressourcen des Pflegenden Angehörigen (PA). Auf dem Hintergrund von Kontextfaktoren (Einkommen, Finanzen, Gesundheit) werden primäre Stressoren (z.B. objektive: herausforderndes Verhalten, subjektive: Beziehungsverlust) und sich daraus ergebende sekundäre Stressoren (z.B. Rollenbelastungen wie Familienkonflikte und Belastungen für das Selbstkonzept wie Rollengefangenschaft/-überlastung vgl. Monitor 7,8) vom PA bewertet (Bedeutsamkeit und Ressourcen, z.B. Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, vgl. Monitor 5,12; 7,7; 8,14) und führen zu negativen (z.B. Depressivität) oder positiven (z.B. personales Wachstum) Ergebnissen (vgl. Monitor 8,11; 8,12). – In zunehmendem Maße wird Trauer als eigenständiger belastender Faktor oder Stressor diskutiert (Monitor 5,8; 7,1). PA müssen sich nicht nur mit den Folgen der Anforderungen der Pflege, sondern auch mit dem Verlust zutiefst bedeutsamer Beziehung auseinandersetzen. Die bisherigen Arbeiten im Rahmen des Modells von Pearlin bearbeiten Trauer als primären, subjektiven Stressor (Beziehungsverlust „relational deprivation“). – Vorliegende Studie fasst das Wissen um Trauer bei PA von Menschen mit Demenz zusammen, differenziert das Konzept des Beziehungsverlustes (relational deprivation), diskutiert die sich daraus ergebenden Folgerungen für klinische Einschätzungen und Interventionen bei PA und schlägt abschließend ein erweitertes Stress-Modell – das „Trauer-Stress-Modell“ – zum Verständnis von Belastungserleben vor.

### Methode:

Literaturanalyse, systematischer Review.

### Resultate:

Ein aus der kognitiven Psychologie stammendes Konstrukt versteht Trauer als andauernder interpersonaler Verlust, der das Sicherheitsgefühl und Wohlbefinden gefährdet. Eine Weiterentwicklung dieses Verständnisses wird von Meuser et al (vgl. Monitor 5,8) für PA von Menschen mit Demenz präzisiert: Es handelt sich um einen lang andauernden permanenten Stresszustand, der in Bezug auf persönliche Bedeutung und Wirkung nicht geringer, sondern unter Umständen massiver ausfallen kann, als bei der Trauer um einen Verstorbenen.

Die Trauer im Kontext der Pflege/Versorgung eines Angehörigen mit Demenz wird weiter präzisiert als „ambivalenter Verlust“: Die Person mit Demenz ist mal mehr, mal weniger als Partner und Gegenüber zugegen. Dies erzeugt ein Wechselbad von Gefühlen zwischen Hoffnung und Resignation mit zermürbenden Konsequenzen für den Trauernden.

In einer empirischen Studie beschrieben 68% der Befragten klassische Symptome des Trauerns zusammen mit ambivalenten Gefühlen zum Kranken, leiden unter den ewig wechselnden Rollen in der Beziehung, dem Verlust der Intimität und dem Gefühl des Verlustes personaler Verbundenheit, dem Verlust des Gefühls wechselseitiger Unterstützung und dem Bewusstsein einseitiger Abhängigkeit. Dies nimmt bei fortschreitender Erkrankung eher noch zu (und nicht etwa ab), zusammen mit vorwegnehmender Trauer über die zu gegenwärtigen weiteren Verluste.

Die Phänomenologie dieser Trauer geht – nach Meinung der Autoren – weit über das Konzept des Beziehungsverlustes („relational deprivation“) hinaus. Insbesondere die Dynamik immer wieder aufkeimender Hoffnung und Enttäuschung und Resignation wird durch den Begriff des Beziehungsverlustes nicht erfasst. Im Unterschied zur Witwenschaft ist die betrauerte Person noch beständig zugegen und kann nicht losgelassen bzw. als innerer Besitz verinnerlicht werden. Zudem kann dieses Gefühl nicht eindeutig benannt werden; der PA

positioniert sich nicht öffentlich als Trauernder und ist weniger bereit, sich Hilfe zu suchen bzw. Trauerbegleitung anzunehmen. Die Autoren vermuten, dass ein Großteil der bei PA festgestellten depressiven Symptome nicht erkannte Trauerreaktionen darstellen.

Marwit und Meuser haben bislang das einzige Assessment zur Erfassung von Trauer von Angehörigen von Menschen mit Demenz entwickelt. (Marwit&Meuser, Caregiver Grief Inventory: MM-CGI) Sie unterscheiden drei Faktoren dieser Trauer:

1. Persönliche Selbstaufopferung und Belastung (Verlust an Freiheit, Schlaf, Zeit),
2. Tiefe Trauer und Sehnsucht (emotionale Reaktionen auf die Verluste, Depressivität),
3. Sorge und Isolation (Verlust des sozialen Netzwerkes Sorgen um die Zukunft).

Empirische Studien unter Verwendung dieses Assessments belegen, dass mit der Schwere der Demenz Trauer und Depressivität zunehmen. Dies gilt insbesondere für den Faktor 2, der wohl am ehesten das mit Trauer verbundene Belastungserleben vorhersagt. Und umgekehrt: je mehr die PA von „persönlichem Wachstum“ durch die Pflege berichten konnten, desto geringer stellt sich die Trauer dar.

In der klinischen Anwendung werden die Ergebnisse des Assessments für die Einleitung unterschiedlicher Interventionen für PA verwendet. Wer hoch in Faktor 1 abschneidet benötigt eher Rollenentlastung, wer hoch in Faktor 2 abschneidet benötigt eine Begleitung, die das „normale“ des Trauerns betont und bewusstes Trauern unterstützt.

Abschließend stellen die Autoren ein erweitertes Stress Modell, das Trauer-Stress-Modell vor. Hierbei wird das Stress-Modell von Pearlin weitgehend übernommen mit dem Unterschied, dass zwei unterschiedliche Arten von primären Stressoren/Verlusten angenommen werden: ambivalenter Verlust (1) bei Kommunikationsverlust und Rollenüberlastung (2) als Ergebnis der pflegerischen Beziehung. Sekundäre Stressoren wären dann zum einen die verschiedenen Aspekte des Beziehungsverlustes (1) sowie die einschränkenden Folgen für das eigene Leben (2). Diese Verluste werden bewertet: Im Ergebnis (outcome) zeigen sich dann Elemente von Depressivität und Angst in Form des Trauerns oder der Stressbelastung (z.B. in Form der Rollengefangenschaft). – Bislang wurde der Stressbelastung mehr Aufmerksamkeit geschenkt als den spezifischen Formen des Trauern der PA im Kontext der Demenz.

### **Schlussfolgerungen:**

Die Autoren beanspruchen, mit diesem Modell einen theoretischen Rahmen für weitere Forschungsarbeiten entwickelt zu haben. Sie skizzieren eine Reihe von sich daraus ergebenden Forschungsfragen, z.B.

- Gibt es unterschiedliche Arten von Trauerreaktionen und was haben diese Reaktionen mit der Pflegesituation zu tun?
- Wie verändert das Trauern die Pflegesituation?
- Wie verhalten sich Trauer und Stressbelastung bei PA zueinander?
- Wie beeinflusst das Trauern die Selbstwirksamkeit der PA?

**Quelle: Noyes BB, Hill RD, Hicken BL, Luptak M, Rupper R, Dailey NK, Bair BD (2010) The Role of Grief in Dementia Caregiving. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 25(1) 9-17**

## **2. Depressivität der PA geht einher mit einem niedrigen Kohärenzgefühl**

### **Ziel/Hintergrund:**

Es ist bekannt, dass PA auf die Belastung aus Pflege und Betreuung sehr unterschiedlich reagieren. Diese unterschiedliche Bewältigungsstile werden unter der Perspektive der Salutogenese in Zusammenhang gebracht mit einem unterschiedlich stark ausgeprägten „Kohärenzsinn“ (Sense of Coherence: SOC), der folgend konzeptualisiert ist: das Leben und die Erfahrungen

1. sind verstehbar: Konsistenz der Erfahrung, Wahrnehmung verlässlicher anderer Personen (z.B. Mutter), Vorhersagbarkeit von Reaktionen
2. sind handhabbar: gute Belastungsbalance (zw. Über- & Unterforderung), Nutzung von Ressourcen
3. haben Bedeutung: Partizipation an Entscheidungen, Gestaltung von Handlungen, interpersonale Anerkennung, man muss dem Stress nicht ausweichen.

Dieser SOC entwickelt sich ein Leben lang und nimmt im Alter eher zu, geht einher mit einer hohen subjektiv empfundenen Lebensqualität und einem breit gefächerten sozialen Netzwerk.

Vorliegende Studie untersucht die Beziehungen zwischen SOC, Lebensqualität und Belastungserleben insbesondere in Hinblick auf den Schweregrad der Demenz und die Depressivität der PA.

### **Methode:**

Es konnten 170 Menschen mit Demenz und deren PA für die Studie gewonnen werden. Es wurden (Ehe)Partner ausgewählt von Personen, denen unmittelbar zuvor die Diagnose eröffnet worden war. Es werden Erhebungsinstrumente beschrieben, welche die Depressivität, den SOC sowie die Lebensqualität der PA darstellen. Daten von Menschen mit Demenz wurden erhoben in Bezug auf Schweregrad, neuropsychiatrische Symptome und Aktivitäten des täglichen Lebens.

### **Resultate:**

Pflegende Frauen erwiesen sich als depressiver und insgesamt belasteter als pflegende Männer. Dies wiederum wies deutliche Zusammenhänge mit Stress, Medikation und geringem Einkommen auf. Der Stress männlicher - aber nicht weiblicher - Pfleger wies deutliche Zusammenhänge mit dem Auftreten neuropsychiatrischer Symptome auf (Wahn, Halluzination, repetitive Bewegung, Vokalisierung etc). Erwartungsgemäß fiel der SOC von pflegenden Frauen deutlich geringer als der pflegender Männer aus. Dies wiederum wies Korrelationen mit der gemessenen Lebensqualität auf. Die Schwere der Demenz korreliert nicht mit der Stärke des SOC.

Der höchsten Erklärungswert kam dem Faktor 1 „das Leben und die Erfahrungen verstehen“ zu, also: Je mehr man die Erfahrungen in der Pflege von Menschen mit Demenz verstehen und einordnen kann, desto geringer fällt die Belastung aus; und umgekehrt: Je ausgeprägter depressive Symptome und Stress ausfallen, desto weniger kann man „das Leben und die Erfahrungen“ verstehen (und desto geringer fällt der SOC aus).

### **Schlussfolgerungen:**

Je stärker der SOC, desto besser kann man vorhandene Ressourcen nutzen. Alter und Schwere der Demenz wirken sich nicht auf den SOC aus, sehr wohl aber das Geschlecht. Der bessere SOC der Ehemänner geht damit einher, dass die Erkrankung der Ehefrauen noch nicht sehr weit fortgeschritten war und die Belastungen im Alltag sich in Grenzen hielten. Frauen dagegen haben in der Regel lebenslang einen Haushalt zu verantworten gehabt und mögen die Erkrankung des Partners und die eigene Pflegerolle als zusätzliche

Belastung für die Bewältigung ihrer anderen Rollen (Haushaltsführung) erleben. Wichtig: sind die pflegenden Frauen berufstätig, wirkt sich dies positiv auf den SOC aus. Es wird vermutet, dass Berufstätigkeit stabilisierende Auswirkungen auf den SOC zeigt.

Es bestehen enge Zusammenhänge des SOC (insbesondere der 1. Dimension) und der Lebensqualität. Es wird vermutet, dass Depressivität der PA nach der Diagnose oft unerkannt bleibt. Hier schlagen die Autoren vor, dass eine verstehende Auseinandersetzung mit der Erkrankung des Partners nach der Diagnose Depressivität vermieden und damit der SOC stabilisiert werden könnte. Das bisherige Leben wird aufgrund der Demenz weniger überschaubar, vorhersehbar und eben dies löst Unsicherheit, Ängste und Depressivität bei den PA aus.

Insgesamt resümieren die Autoren, dass viele negative und belastende Faktoren in der Frühphase (nach der Diagnose) für PA akkumulieren und diese zu Beginn ihrer „Pflegekarriere“ Begleitung benötigen. (vgl. Editorial Newsletter 8)

**Quelle: Välimäki TH, Vehviläinen-Julkunen KM, Pietilä A-M, Pirttilä TA (2009) Caregiver depression is associated with a low sense of coherence and health-related quality of life. *Aging & Mental Health* 13(6) 799-807**

### **3. Hilfen für zu Hause pflegende Angehörige zeigen nur geringe Wirksamkeit bezüglich Depressivität und Belastungserleben**

#### **Ziel/Hintergrund:**

Es ist bekannt, dass das Belastungserleben PA nicht mit der Schwere der Pflege oder der Demenz, sondern mit der Wahrnehmung und Bewertung der Belastung zusammenhängt. Professionelle Hilfen für PA in der häuslichen Pflege und Versorgung werden zwar dankbar und gerne angenommen, reduzieren aber anscheinend die Depressivität oder das Belastungserleben nicht. Der Wissensstand ist schwer zu bewerten, weil die untersuchten Unterstützungsstrategien und ihre Dauer sehr unterschiedlich, der Grad der Implementierung und die Zielgruppen der Studien sehr verschieden sind. Einigkeit besteht darin, Effekte von Hilfen zu messen am Wohlbefinden der PA, operationalisiert an den Dimensionen: Belastungserleben, Stress, Depression, Freudlosigkeit. – Vorliegende systematische Literaturanalyse trägt Befunde über die Wirksamkeit verschiedener professioneller Interventionen zur Entlastung von PA in der eigenen Häuslichkeit zusammen.

#### **Methode:**

Suchstrategien, Auswahlkriterien und Qualitätsansprüche für Studien werden benannt. Studien von 1980 bis 2007 wurden erfasst.

#### **Resultate:**

Von ursprünglich 906 konnten nur 26 Studien in der Metaanalyse verwendet werden. Studien, welche psychosoziale Interventionen beschrieben, belegen nur einen geringen bis bescheidenen positiven antidepressiven Effekt. Die Effekte bezüglich Belastungserleben sind noch geringer. Die Interventionen beinhalten kognitive und verhaltensbezogene Strategien zur Stressbewältigung. Es gibt keine Hinweise darauf, dass die Häufigkeit solcher Hilfen mit erwünschten Wirkungen korreliert: Konsens besteht darin, die psychosoziale Unterstützung und Häufigkeit den Klienten individuell anzupassen; Kinder der Kranken zeigen in der Regel mehr positive Effekte als Ehepartner. Kurzzeitpflege führt dagegen eher zu einem Anstieg des Belastungserlebens, da die „Übergabe“ des Klienten als sehr belastend erlebt wird. Telephonische Unterstützung wies einen sehr geringfügigen bis gar keinen antidepressiven Effekt auf. Für multidisziplinäres Case Management konnte eine größere, dennoch aber insgesamt unbedeutende Reduktion von Depressivität belegt werden. Nach 1 ½ Jahren glich sich das Belastungserleben der Phase vor der Intervention wieder an.

#### **Schlussfolgerungen:**

Insgesamt erweisen sich die bisherigen Interventionen als wenig erfolgreich. Die Autoren diskutieren, dass die in der Regel zum Tragen kommenden Ergebniskriterien (Depression, Belastungserleben) ungeeignet sein könnten, weil sie kleine Verbesserungen nicht abbilden. Weiterhin mag das Belastungserleben zu gravierend sein, um durch psychosoziale Interventionen erkennbar reduziert werden zu können: daher sei u. U. die Vermeidung einer Heimaufnahme das bessere Ergebnismaß. Umgekehrt mag die Rekrutierungsstrategie die Ergebnisse beeinflussen: In der Regel werden Teilnehmende PA über ambulante Dienste gewonnen, wobei diese Teilnehmenden eher zu der zufriedeneren Gruppe gehören werden und sich daher für die Studien zur Verfügung stellen.

Trotz der eher mageren Effekte weisen die Autoren darauf hin, dass die untersuchten Dienste sehr wohl geschätzt werden und unverzichtbar sind und durchaus kurzzeitige Effekte haben, die allerdings mit der Zeit eher wieder verschwinden.

**Quelle: Schoenmakers B, Buntinix F, DeLepeleire J (2010) Supporting the dementia family caregiver: The effect of home care intervention on general well-being. Aging & Mental Health 14(1) 44-56**

Vgl. Monitor 6,8

Vgl. auch: von der Ahe E, Meyer SH, Weidner F, Laag U, Isfort M (2010) Entlastungsprogramm bei Demenz. Ede: „Optimierung der Unterstützung für Demenzkranke und ihre Angehörigen im Kreis Minden-Lübbecke mit besonderer Berücksichtigung pflegepräventiver Ansätze“. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.



#### 4. Zugehende Beratung erhöht die Inanspruchnahme von Hilfen

##### **Ziel/Hintergrund:**

Trotz der erheblichen Belastung von PA nehmen nach internationalen Studien nur 4-31% eine Beratung in Anspruch. In Deutschland beträgt die Anzahl weniger als 10%. Beratung wird – wenn überhaupt – erst in späteren Phasen der Demenz gesucht und kann oft wegen der fortgeschrittenen Situation nur eingeschränkt greifen. – Eine der Hauptursachen wird darin gesehen, dass der PA aktiv Beratung aufsuchen muss (Komm-Struktur). Vorliegende Studie berichtet Effekte über eine zugehende Beratung (Counsellors Contact Caregivers) seitens der Beratenden. Kann die Inanspruchnahme von Beratungen durch diesen Dienst erhöht werden? Was sagt die Inanspruchnahme des Dienstes voraus?

##### **Methode:**

Der Dienst CCC stellt Teil einer randomisiert-kontrollierten deutschen Studie dar, welche die ärztliche Primärversorgung von Menschen mit Demenz zum Gegenstand hat. Hausärzte und Patienten wurden in drei Gruppen unterteilt: eine Gruppe (Kontrollgruppe A) wurde regelversorgt, in den anderen beiden Gruppen (Interventionsgruppen B, C) wurden Selbsthilfegruppen empfohlen, in Gruppe C zusätzlich eine Beratung empfohlen und - bei Zustimmung - seitens des Arztes eingeleitet.

Die Berater (erfahrene examinierte Pflegekräfte) waren über die Hauptrisiken einer frühzeitigen Institutionalisierung (Heimaufnahme) informiert. Diese Risiken wurden in der Beratung gezielt berücksichtigt. Nach der Kontaktaufnahme riefen die Berater (n=4) die PA alle 6-8 Wochen an. Inhalte dieser Gespräche wurden auf einer abstrahierten Ebene den Forschenden zugänglich gemacht (z.B. Pflege, Finanzen, Soziale Unterstützung).

##### **Resultate:**

Die Daten von 97 Personen konnten verwendet werden. 29 PA (30%) hatten keinen Kontakt zum Berater, 33 PA (34%) haben nur einmal, 35 Personen (36%) mehrfach Kontakt aufgenommen. Innerhalb eines Jahres wurde in der letzten Gruppe durchschnittlich 3,9 Mal Kontakt aufgenommen (zwischen 2-10 Kontakten). Hauptthemen waren die Gesundheitssituation der Person mit Demenz (20%) und die Rahmenbedingungen der häuslichen Versorgung (18%). - Die Gruppen B und C unterschieden sich deutlich: PA, die Beratung mehrfach in Anspruch nahmen, waren älter, zumeist verrentet, eher Ehepartner. Sie verbrachten den Hauptteil des Tages mit der Person mit Demenz, deren Demenz in der Regel von schwererer Ausprägung war.

Was sagte die Inanspruchnahme voraus? Faktor 1 bildete die *subjektive Belastung*, die einherging mit der Anzahl der mit dem Kranken verbrachten Stunden, oft im Zusammenhang mit pflegerischen Aufgaben. Faktor 2 bildete das *Alter* der PA, Faktor 3 die Anzahl der *Begleiterkrankungen*, Faktor 4 die psychiatrischen und verhaltensbezogenen Symptome, Faktor 5 das *weibliche Geschlecht* der PA. Zusammenfassend: Eheleute mit einer hohen subjektiven Belastungen nutzen die Beratung am häufigsten.

##### **Schlussfolgerungen:**

Aktiv zugehende, vom Hausarzt eingeleitete Beratung erhöht die Inanspruchnahme von Beratungsdienstleistungen deutlich. Es fällt auf, dass die Beratung in erster Linie zu den gesundheitlichen Verfassungen der Kranken sowie den Rahmenbedingungen der Versorgung eingefordert wurde. Die eigene emotionale Verfassung der PA stand weitaus weniger im Zentrum der Beratung. Hausärzte sollten bei älteren pflegenden Ehepaaren mit einer hohen subjektiven Belastung vermehrt auf Beratungsmöglichkeiten hinweisen bzw. diese selber aktiv einleiten.

**Quelle:** Grossfeld-Schmitz M, Donath C, Holle R, Lauterberg J, Ruckdauschel S, Mehlig H, Marx P, Wunder S, Gräbel E (2010) Counsellors contact dementia caregivers- predictors of utilisation in a longitudinal study. BMC Geriatrics, 10:24, article URL: [www.biomedcentral.com/1471-2318/10/24](http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/24)

## 5. Familiäre Verpflichtungsgefühle von PA erhöhen Depressivität

### Ziel/Hintergrund:

Es ist bekannt, dass das Erleben und Bewerten von Belastungen u.a. vom Denkstil der betroffenen PA abhängt. Unangemessene Denkstile bezüglich Belastungen („dysfunctional thoughts“) sind oft in kulturbedingten Werthaltungen verankert, von denen einer der „Familismus“ ist. Darunter versteht man eine starke Identifikation und Bindung von Einzelnen und Familien mit starken Gefühlen von Loyalität, Wechselseitigkeit und Solidarität. Familismus ist sowohl mit positiven wie negativen Effekten in Verbindung gebracht worden: Einige Studien berichten, dass Einzelne mit starkem Familismus weniger Belastung erleben. Andere Studien belegen Effekte wie erhöhte Depressivität insbesondere dann, wenn Familismus mit vermeidenden Bewältigungsstilen einhergeht. Dies lässt vermuten, dass Familismus ein komplexes Konstrukt darstellt und im ungünstigen Fall starre, realitätsverleugnende, irrationale Denkschemata begünstigt, welche Stress indirekt erhöhen und realitätsadäquate Umgangsweisen (z.B. die Nutzung von Beratung oder Pflegediensten) verhindern. – Vorliegende spanische Studie analysiert die Bedeutung von Familismus und dysfunktionalen Gedanken für das Belastungserleben.

### Methode:

Im Rahmen von Interviews mit PA wurde der Grad an Familismus anhand einer Einschätzungsskala erhoben mit den Dimensionen: familiäre Verpflichtungen, Wahrnehmung familiärer Unterstützung, familiäre Referenzwerte (z.B. Kinder sollten mit Eltern bis zur Eheschließung zusammenleben). Zusätzlich wurden Daten gesammelt zu unangemessenen Denkstilen, sozialer Unterstützung, Belastungserleben, Depressivität. In der Datenanalyse wurden Korrelationen zwischen Familismus und Distress ermittelt.

### Resultate:

334 PA aus Spanien nahmen an der Studie teil (260 Frauen, 74 Männer). Je höher die Werte für unangemessene Denkstile ausfielen, desto ausgeprägter stellte sich der Familismus der Interviewten dar. Weiterhin konnte ein Zusammenhang zwischen unangemessenen Denkstilen und Depression nachgewiesen werden. Dies erwies sich besonders deutlich für den Zusammenhang zwischen familiären Verpflichtungen (und Verpflichtungsgefühlen) und Depressivität.

Umgekehrt konnte auch ein Zusammenhang hergestellt werden zwischen dem Familismus-Faktor „Wahrnehmung familiärer Unterstützung“, „familiäre Referenzwerte“ und der erfahrenen sozialen Unterstützung.

### Schlussfolgerungen:

Die Resultate legen nahe, dass ein Glaube an familiäre Werte (Familie kommt zuerst) im Kontext von häuslicher Pflege von Menschen mit Demenz das Belastungserleben erhöht. Familiäre Werte und Verpflichtungen/Verpflichtungsgefühle begünstigen depressive Einstellungen durch Aktivierung dysfunktionaler Gedanken (z.B. wenn man sich um einen Verwandten kümmert, dann muss man seine eigenen Interessen hinten an stellen und sich ganz und gar der Pflege widmen). Familismus steht demnach mehr für Verpflichtung als für positive Gefühle bezüglich Unterstützung.

Allerdings weisen die Ergebnisse auch auf die Komplexität dieses Begriffes hin, weil das Element „Wahrnehmung familiärer Unterstützung“ mit positiven Auswirkungen auf das Belastungserleben verbunden ist. Der Widerspruch löst sich z.T. auf, wenn man beachtet, dass dieser positive Zusammenhang immer dann zum Tragen kommt, wenn gleichzeitig der Faktor „familiäre Verpflichtung“ niedrig ist.

Insgesamt erhärtet die Studie die Vermutung, dass kulturelle Werte über den Weg dysfunktionaler Gedanken den Bewältigungsprozess beeinflussen; zugleich legt diese Studie nahe, nicht nur global Belastungen abzufragen, sondern gezielt kulturelle und kognitive

Faktoren zu berücksichtigen. Dies gilt dann gleichfalls für die daraus sich ergebenden möglichen Interventionen: so erklärt u.U. der hohe Familismus bei Lateinamerikanischen und Afroamerikanischen PA, warum mögliche Hilfen und Beratungsleistungen in erheblich geringerem Ausmaß genutzt werden als bei Amerikanern europäischer Abstammung.

**Quelle: Losada A, Marquez-Gonzales M, Knight BG, Yanguas J, Sayegh P, Romero-Moreno R (2010) Psychosocial Factors and caregivers' distress: effects of familism and dysfunctional thoughts. Aging & Mental Health 14(2) 193-202**

## 6. Die eigene Gesundheit ist der wichtigste Risikofaktor für Pflegende Angehörige

### Ziel/Hintergrund:

Viele Interventionsstudien zum Belastungserleben PA untersuchen eine singuläre Maßnahme (z.B. Schulungen im Umgang mit Verhalten) in Bezug auf spezifische Effekte (z.B. Reduktion depressiver Symptome). Der Vorteil dieser Art von Studien besteht darin, den Einfluss der Maßnahme unabhängig von anderen Maßnahmen bestimmen zu können. Zum Nachteil aber gereicht diesen Studiendesigns, dass nicht alle PA dieselben Risiken erfahren und daher nicht von denselben Maßnahmen profitieren können. Tatsächlich können ganz unterschiedliche Risikofaktoren zu denselben Ergebnissen (z.B. Depressivität) führen und umgekehrt: unterschiedliche Ergebnisse (Depressivität, schlechte Gesundheit) können mit denselben Risikofaktoren (z.B. Verhalten des Kranken) einhergehen. Zudem können die Risikofaktoren auf unterschiedliche Weise miteinander kombinieren und zu denselben oder höchst verschiedenen Ergebnissen führen. (vgl. Monitor 6,8) Bsp.: Wer depressiv wird auf dem Hintergrund eines Familienkonfliktes, wird von einem Training im Umgang mit herausforderndem Verhalten nicht profitieren. Ähnliches gilt für die Ergebnisse (outcomes): Einige Personen reagieren depressiv aufgrund von chronischem Stress, andere aufgrund sich verschlechternder Gesundheit oder aufgrund eines bestimmten Zusammenhangs beider Risikofaktoren.

Vorliegende (explorative) Studie geht den Zusammenhängen zwischen Risikofaktoren und Ergebnissen nach mit dem Ziel, ein umfassendes Assessment für Risikofaktoren und Ergebnisse von Maßnahmen für PA zu entwickeln. Die große Heterogenität sowohl bei Risiken wie bei Ergebnissen verlangt nach einem höchst individuellen Vorgehen in jedem Einzelfall.

### Methode:

67 PA von Menschen mit Demenz (häusliche Versorgung) wurden in den USA befragt. Risikofaktoren und Ergebnisse wurden anhand einer Literaturstudie identifiziert, systematisiert und für den Interviewleitfaden ausgewertet.

Anhand des Stressmodells von Pearlin (vgl. Editorial Monitoring 7) wurden drei Gruppen von Risikofaktoren unterschieden: a) Primäre Risiken in Verbindung mit Pflegebedürfnissen (Aktivitäten des täglichen Lebens, Bedürfnisse der Pflegenden, Häufigkeit und Bewertung herausfordernden Verhaltens), b) Sekundäre Risiken, die sich aus der Pflege für andere Lebensbereiche ergeben (Verlust, belastete Paarbeziehung (dyadic strain), Häufigkeit informeller (z.B. niedrigschwelliger) Hilfe, Unzufriedenheit mit informeller Hilfe, emotionale Unterstützung, Familienkonflikt, Gesundheitsverhalten, Freizeit), c) Dienstleistungen (Häufigkeit formaler Hilfe, Unzufriedenheit mit formaler Hilfe, Finanzielle Belastung).

Ergebnisse sollen die Auswirkung von Belastungen (Stressoren) auf das Leben und Wohlbefinden PA abbilden. Hier werden unterschieden a) Pflegespezifische Ergebnisse (Rollenüberlastung und Rollengefangenschaft) und b) allgemeines Wohlbefinden (Depressivität, Ärger, Positiver Affekt, Subjektive Gesundheit).

Untersucht werden Zusammenhänge zwischen den Risikofaktoren, zwischen den Ergebnisfaktoren sowie zwischen Risiken- und Ergebnisfaktoren.

### Resultate:

Die 15 Risikofaktoren wiesen nur moderate bis geringe Zusammenhänge auf. Häufigkeit und Bewertung herausfordernden Verhaltens weisen einen hohen Grad an Zusammenhang auf und beide wiederum eine hohe Korrelation mit dem Faktor „belastete Paarbeziehung“. Die Häufigkeit herausfordernden Verhaltens wies Zusammenhänge auf mit den Faktoren: Unzufriedenheit mit informeller Hilfe, Familienkonflikt, Gesundheitsverhalten. PA weisen durchschnittlich vier Risikofaktoren auf, die allerdings höchst heterogen ausfallen so dass keine zwei PA dieselbe Kombination von Risikofaktoren zeigten.

Ähnliche moderate bis geringe Zusammenhänge zeigten sich bei den Ergebnissen: Depressive Symptome wiesen einen hohen Zusammenhang mit Rollenüberlastung und Rollengefangenschaft auf. Im Durchschnitt konnten je PA zwei Ergebnisse ermittelt werden, wiederum aber in recht großer heterogener Zusammenstellung.

Einige Risikofaktoren wiesen durchgängig Zusammenhänge mit allen Ergebnisfaktoren auf: dies besonders für Häufigkeit und Bewertung herausfordernden Verhaltens. Im Rahmen von weiteren statistischen Verfahren konnten folgende Zusammenhänge ermittelt werden: Familienkonflikt und Gesundheitsverhalten sagen Rollenüberlastung voraus; Gesundheitsverhalten sagt Rollengefangenschaft voraus; Bewertung von herausforderndem Verhalten, Familienkonflikt und Gesundheitsverhalten sagen depressive Symptome voraus; belastete Paarbeziehung sagt Ärger voraus.

### **Schlussfolgerungen:**

Die genannten *Risikofaktoren* sind relativ unabhängig voneinander und erweisen sich als höchst heterogen oder individuell in Gestalt und Zusammenhang bei den einzelnen PA.

Die *Ergebnisse* weisen eine etwas höhere Korrelation miteinander auf, sind aber bezogen auf die einzelnen PA ähnlich heterogen wie die Risikofaktoren.

Insgesamt korreliert die *Gesamtzahl* der Risikofaktoren je PA stark mit den Ergebnissen, so dass die Vermutung besteht, dass die Anzahl und Komplexität der Risiken eher auf Belastungsintensität hinweisen als hohe Werte für einzelne Belastungsfaktoren. Dies bedeutet praktisch: Wer sowohl depressive Symptome wie auch eine schlechte Gesundheit aufweist, bedarf eher einer Entlastung von Pflegeaufgaben; wer nur depressive Symptome aufweist, mag eher von Interventionen profitieren, welche die Eigenaktivität unterstützen und neue Umgangsweisen mit Stressoren entwickeln helfen.

Der Risikofaktor mit der höchsten durchgängigen Korrelation mit Ergebnissen war das Gesundheitsverhalten des PA (vgl. Monitor 5,13). Die Art und Weise, in der PA mit der eigenen Gesundheit umgehen, scheint sich bedeutsam auf das Belastungserleben auszuwirken. Hierbei ist die kausale Beziehung unklar: haben PA aufgrund schlechter Gesundheit mehr depressive Symptome oder haben PA aufgrund depressiver Symptome eine schlechtere Gesundheit? Deutlich ist: Dem Gesundheitsverhalten der PA kommt in Bezug auf Belastungserleben eine ähnliche Bedeutung zu wie dem Umgang mit herausforderndem Verhalten.

Insgesamt belegt die Studie, dass Risikofaktoren individuell ermittelt werden sollten und deren Assessment Grundlage für eine spezifische Auswahl von Interventionen darstellen muss. Abschließend halten die Autoren fest:

1. Kein einziges Instrument kann allein alle Risiken und Ergebnisse abbilden.
2. Nicht jeder wird auf gleiche Weise von einer bestimmten einzelnen Intervention profitieren (wie z.B. Informationen, Trainings im Umgang mit herausforderndem Verhalten etc.).

**Quelle: Zarit SH, Femia EE, Kim K, Whitlatch CJ (2010) The structure of risk factors and outcomes for family caregivers: implications for assessment and treatment. Aging & Mental Health 14(2) 220-231**

## **7. Demenzen vom Alzheimer Typ verlaufen in unterschiedlichen Geschwindigkeiten**

### **Ziel/Hintergrund:**

Es ist bekannt, dass die Demenz vom Alzheimer Typ sehr unterschiedliche Verlaufsgeschwindigkeiten annehmen kann. Für Angehörige, aber auch für Ärzte, Pflegende und Forschende kann es von Bedeutung sein, die Geschwindigkeit im Voranschreiten der Erkrankung vorherzusagen. Die Studie baut auf einem Verfahren auf, welches erlaubt, die Geschwindigkeit des Erkrankungsprozesses zu bestimmen (Einschätzung des Krankheitsbeginns zusammen mit MMSE-Resultaten). Vorliegende Studie untersucht, ob die Geschwindigkeit im Voranschreiten gleich bleibt oder sich im Verlauf der Erkrankung verändert. Genauer wird untersucht: 1. Sagt die zu Beginn der Erkrankung ermittelte Progressionsrate die Geschwindigkeit des weiteren Verlaufes voraus? 2. Sagt die Progressionsrate voraus, wie lange der Patient noch leben wird?

### **Methode:**

Die Untersuchung basiert auf Daten von Patienten des „Baylor Alzheimer’s Disease and Memory Disorder Center“ (USA) über einen Zeitraum von 15 Jahren. Klinische und neuropsychologische Daten wurden bei der Erstuntersuchung sowie im jährlichem Abstand erhoben. – Die Studie beschreibt die bei den jährlichen Untersuchungen verwendeten Assessments (Kognition, Schwere der Demenz, Aufmerksamkeit und Konzentration, funktionale Einbußen, Aktivitäten des täglichen Lebens, prämorbid Intelligenz, Ausbildung, psychiatrische Co-Morbidität, Ausmaß parkinsonoider Störungen). Es werden drei Gruppen unterschieden: Menschen mit langsamer Progression (jährliche Abnahme von MMSE-Punktwerten von 1-2), mit mittlerer Progression (Abnahme von 2-4 Punktwerten), Abnahme von 5 und mehr Punkten im Jahr.

### **Resultate:**

597 Patienten konnten in die Untersuchung eingeschlossen werden. Patienten mit langsamer Progression wiesen eine lang anhaltende Dauer spezifischer Symptome auf. Patienten mit langsamer Progression wiesen einen vergleichsweise höheren Intelligenzquotienten und einen höheren Bildungsstand auf. Menschen mit langsamer und mittlerer Verlaufsgeschwindigkeit wiesen insgesamt bessere Funktionswerte auf als Menschen mit schnellem Verlauf. Patienten mit schnellem Krankheitsverlauf wiesen in der Spätphase der Demenz zeitlich einen deutlich schnelleren Funktionseinbruch auf als Patienten mit langsamem und mittlerem Verlauf, also: je schneller die Demenz voranschreitet, desto mehr nimmt das Tempo der Einbrüche in der späten Demenz zu. Patienten mit mittlerem Verlauf nähern sich mit der Zeit dem Tempo der Funktionseinbrüche den Patienten mit schnellem Verlauf an. Aktivitäten des täglichen Lebens unterscheiden sich bei der Basiserhebung kaum, mit den Jahren weisen die schnelle und mittlere Gruppe deutlich höhere Funktionseinbußen auf. Wahn ging in der Regel eher mit schnelleren Verläufen, Halluzinationen eher mit langsamen Verläufen einher. Bezüglich der Überlebensrate ergaben sich folgende Werte: Menschen mit langsamem Verlauf lebten nach Ersterhebung im Durchschnitt noch 4.7, mit mittlerem Verlauf 4.1, mit schnellem Verlauf 2.5 Jahre.

### **Schlussfolgerungen:**

Die Autoren heben hervor, dass Patienten mit langsamem Verlauf im Laufe der Erkrankung keine Beschleunigung der Verlaufsgeschwindigkeit der Erkrankung erfahren. Im Gegenteil: die Unterschiede in der Rate der Geschwindigkeit bei langsamem und schnellem Verlauf nimmt mit der Zeit zu, d.h. bei Menschen mit langsamem Verlauf nehmen die Funktionseinbrüche in der späten Phase eher langsamer, bei schnellem Verlauf eher schneller zu. Vorhersagen für die Verlaufsgeschwindigkeit sind für die Gruppe der langsamen und schnellen Progression am zuverlässigsten: in der mittleren Gruppe hängt die Geschwindigkeit vom Alter und der Einschätzung der Lebenserwartung anlässlich der Erstdiagnose ab.

Behandlungen mit Antidementiva verlangsamten die Verlaufsgeschwindigkeit in allen Gruppen.

Die Autoren betonen die Bedeutung dieser Ergebnisse für klinische Studien. In Studien mit Vergleichsgruppen sei darauf zu achten, Personen mit ähnlicher Verlaufsgeschwindigkeit zu bestimmen. Ansonsten könnten gemessene Effekte tatsächlich eher auf unterschiedliche Progressionsgruppen zurückzuführen sein und nicht auf die Wirkung/ fehlende Wirkung der Interventionen.

**Quelle: Doody RS, Pavlik V, Massman P, Rountree S, Darby E, Chan W (2010) Predicting progression of Alzheimer's Disease. Alzheimer's Research & Therapy 2(2)**

## **8. Kommunikation und Interaktion erhöhen die gerichtete Bewusstheit\* von Menschen mit schwerer Demenz**

### **Ziel/Hintergrund:**

Bewusstheit kann von Bewusstsein unterschieden werden als Gerichtetsein auf einen spezifischen Gegenstand/Person/Situation, die sich im Verhalten oder im Gesagten ausdrückt (Intentionalität). (Gerichtete) Bewusstheit beinhaltet eine spezifische Hierarchie vom Einfachen zum Komplexen, angefangen von sensorischer Aufmerksamkeit (inklusive Wachheit) über das Verfolgen von Ereignissen oder Handlungen („on-line-monitoring“) bis hin zu realistischen Urteilsbildung und Selbstreflexion. – Bisherige Forschungen haben gezeigt, dass Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz Aufmerksamkeitsstörungen auf den komplexeren Ebenen aufweisen, die mit der Schwere der Demenz zunehmen. Andererseits weisen vereinzelte Forschungen darauf hin, dass dieser Befund nicht immer zutrifft und selbst Menschen mit schwerer Demenz ihre Gefühle einschätzen/bewerten können, Stellung nehmen können zur eigenen Lebensqualität und pflegerischen Versorgung, Selbstwissen an den Tag legen, sich kohärent verhalten zu lebensgeschichtlich erworbenen sozialen Rollen, die Natur ihrer Erfahrungen und ihres Erlebens zum Ausdruck bringen können. – Vorliegende Studie versucht, vorhandenes Wissen zum Thema Bewusstheit bei schwerer Demenz zu sichten und zu integrieren. Ziel ist es, Pflegenden das Potential für Aufmerksamkeit und Bewusstsein in der schweren Demenz vor Augen zu führen und auf Möglichkeiten hinzuweisen, durch Kontakt- und Umweltveränderungen/-ergänzungen eine Teilhabe an der Umwelt zu eröffnen.

### **Methode:**

Beschrieben wird die Methodik der Literaturrecherche und -auswertung. Gesucht werden empirische Studien, die Bewusstheit in der schweren Demenz zum Gegenstand haben und dies am Verhalten (Reaktionen auf Reize, Wieder erkennen des Spiegelbildes) festmachen.

### **Resultate:**

#### *Sensorische Ebene*

Studien liegen vor, die differenzierte Reaktionen zu Musik, Berührung und Objekten belegen. Unangenehme Reize gehen in der Regel mit deutlicher erkennbaren Reaktionen einher als angenehme. - Andere Studien beschreiben mimische Reaktionen, die Rückschlüsse auf differenzierte Emotionen erlauben, wobei der Ausdruck von Interesse, Freude und Traurigkeit mit der Schwere der Demenz sukzessive abnimmt. Ärger geht auch in der späten Demenz oft mit der Morgenpflege einher, Trauer mit dem Besuchende von Angehörigen: der Emotionsausdruck konnte mit spezifischen Situationen in Verbindung gebracht werden. - Weitere Studien belegen den Rückzug bei sensorischer Armut oder Überreizung, was Pflegende (fälschlicherweise) vermuten zuweilen lässt, dass die Person Anregung ablehne bzw. die Wahrnehmung keine Anregung mehr zulasse. Morgenpflege zusammen mit individuell ausgesuchter Musik oder Singen geht einher mit gesteigerter Wachheit, mehr angemessenen Reaktionen auf das eigene Spiegelbild und verbesserten Selbstpflegeaktivitäten. Gemessen wird dies an: Körperposition, Bewegungsqualität, mimischem Ausdruck, Verfolgen des Geschehens mit den Augen. Kontakt und Umwelt – und nicht nur die Erkrankung per se - wirken sich bedeutsam auf Wahrnehmung und Aufmerksamkeit aus.

#### *„on-line-monitoring“*

Diese Ebene kann u.a. gemessen werden an der Fähigkeit, adäquat auf das eigene Spiegelbild zu reagieren (bspw. einen roten Punkt auf der Stirn berühren). Untersuchungen zeigen, dass diese Fähigkeit bei zunehmender Demenz deutlich abnimmt. Allerdings fiel auf, dass bestimmte Interventionen: Namensschild, ungewöhnlichen Hut zeigen und dann vor dem Spiegel aufsetzen u.ä.m. implizites Wieder erkennen bemerken lassen. Der Ein-



satz derartiger Hilfsmittel aktualisiert über das implizite auch das explizite Wieder erkennen im Spiegel.

### *Realistische Urteilsbildung*

Hierbei werden Selbsteinschätzungen zu kognitiven Funktionen verglichen mit Fremdeinschätzungen durch Angehörige: je größer die Differenz, desto geringer die Urteilsfähigkeit. – Die Grundannahmen dieser Vorgehensweise unterliegt z. Zt. einer methodischen Kontroverse. Doch auch bei Akzeptanz dieses Vorgehens erweist sich in Studien, dass Einschätzungen zur Unruhe, zum Bedürfnis nach Routine, zur depressiven Stimmungslage nicht so unterschiedlich ausfallen wie Einschätzungen zu kognitiven Funktionen. – Insgesamt wird damit gerechnet, dass derartige Vergleiche unter klinischen Untersuchungsbedingungen erheblich ungünstiger ausfallen als in der Wohnumgebung der Person mit Demenz. In letzterem Fall kommen die Personen zu durchaus einigen realistischen Urteilen bezüglich ihrer Beziehungen, ihrer Umgebung und ihrer eigenen Situation auch dann, wenn die Teilnehmenden in anderer Hinsicht zur Urteilsbildung nicht mehr in der Lage sind. Oft stellen die Urteile Versuche dar, eine unverständliche Situation zu erklären oder sie ergeben Sinn in Hinblick auf einen anderen Zeithorizont der Person (Zeitgitterstörungen).

### *Selbstreflexion („Metarepräsentation“)*

In einigen Studien konnte gezeigt werden, dass auch Klienten mit schwerer Demenz Überlegungen zur eigenen Situation, zum Verlust des Partners oder auch zum nahen Tod anstellten. Gelegentlich konnten sie sogar die Perspektive anderer Personen einnehmen. Auch Bewältigungsformen (z.B. sich auf eine bestimmte Art und Weise zu präsentieren und Fehlleistungen herunterzuspielen) konnten beobachtet werden. – Die Manifestation dieser Überlegungen hing davon ab, ob es Gesprächspartner gibt, die sich auf diese Themen einzulassen gewillt sind. In der Regel werden diese eher existentiellen Themen im Kontakt gemieden.

### **Schlussfolgerungen:**

Menschen mit schwerer Demenz weisen gelegentlich auf allen Ebenen Äußerungen/Manifestationen von Bewusstheit auf. Es gibt keine unmittelbare Korrespondenz zwischen dem Grad vorhandener Aufmerksamkeitskomplexität und dem Grad der kognitiven Einschränkung. Zudem fluktuiert die Bewusstheit auf den verschiedenen Ebenen im Rahmen von Tagesverfassungen erheblich. Zum Teil ist der Grad der Bewusstheit von der Qualität der Beziehung und der unmittelbaren Umgebung abhängig. Derartige Kontextfaktoren können den Grad der Bewusstheit entscheidend – positiv oder negativ – beeinflussen. Die Annahme von fehlender Aufmerksamkeitsfähigkeit setzt eine sich selbst erfüllende Prophezeiung frei: Je weniger dies angenommen wird, desto weniger Gelegenheiten werden gegeben mit sich verfestigendem Rückzug der Personen.

Es gibt keine Evidenz zu der Frage, ob die Erhöhung der Bewusstheit für Menschen mit schwerer Demenz generell zu begrüßen ist. Alle vorhandenen Studien gehen davon aus, dass erhöhtes Engagement der Personen in Reaktion auf Stimuli und Kontakt das Wohlbefinden erhöhen. Die Autorin verweist auf Studien, die gute Erfolge bei individuell zugeschnittenen Anregungen belegen: Können die Personen durch gezielte Anregungen sich selbst erkennen, dann verbessert sich die Orientierung mit der Folge einer erhöhten Funktionalität und Selbstpflegefähigkeit. In der Regel fehlt es an diesen Angeboten und Möglichkeiten. Abschließend hält die Autorin fest:

1. Man sollte immer damit rechnen, dass mehr Fähigkeiten zur komplexen Aufmerksamkeit (Bewusstheit) vorhanden sind als es den Anschein hat.
2. Man sollte immer nach Anzeichen für elementare Formen der Bewusstheit suchen und diese fördern.

3. Man sollte immer damit rechnen, dass Interaktion und Kommunikation sich positiv auf die Fähigkeit zur Reziprozität (Wechselseitigkeit in der Beziehung) auswirken.

**Quelle: Clare L (2010) Awareness in people with severe dementia: Review and integration. Aging & Mental Health 14(1) 20-32**

\* „Awareness“ wurde mit „Bewusstheit“ übersetzt, weil Aufmerksamkeit in der Regel dem Begriff „attention“ entspricht und der Begriff „Wahrnehmung“ nicht unbedingt ein intentionales Element konnotiert und eher dem Begriff „perception“ entspricht.

## 9. Interventionen für Menschen mit Demenz sind auch für Menschen mit Delirium geeignet

### **Ziel/Hintergrund:**

Delirium im Kontext der Demenz (DKD) beschleunigt den funktionalen Niedergang. Geht das Delirium langsam zurück (länger als zwei Wochen) können die Betroffenen den funktionalen Status vor dem Delirium nicht mehr erreichen (weniger als 50% Funktionserhalt). Vorliegende Arbeit stellt eine theoriebasierte Intervention vor, die sich gründet auf Annahmen bezüglich kognitiver Reserve und Neuroplastizität.

**Kognitive Reserve:** Fehlende eindeutige Korrelation zwischen Hirnpathologie und Symptomatologie hat zur Annahme einer „kognitiven Reserve“ geführt bei Klienten, die trotz erheblicher Pathologie keine Demenz zeigen. Unterschieden wird zwischen einer a) passiven Reserve („mehr Hirn“ im Sinne von größeren Volumina und dichteren synaptischen Verbindungen) und b) einer aktiven Reserve (höhere metabolische Hirnaktivität). Unterschiedliche Reserven werden erklärt durch größere geistige Herausforderungen und Lernprozesse. Diese Reservenbildung kann jederzeit aufgebaut werden, auch im hohen Alter und auch noch während der Demenzentwicklung.

**Pathophysiologie:** Demenz und Delirium sind durch sehr ähnliche hirnorganische Prozesse gekennzeichnet (cholinerges Defizit, dopaminerger Exzess, abnehmender cerebraler Metabolismus, Entzündungen). Demenz ist ein bedeutsamer Risikofaktor für Delirium und länger anhaltende Delirien erhöhen die Wahrscheinlichkeit der Demenz. Beide werden von einigen Forschern als Teil derselben Störung betrachtet.

**Neuropsychologie der DKD:** Es ist die Aufmerksamkeit, die beim Delirium besonders betroffen ist (insbesondere die anhaltende im Unterschied zur selektiven und geteilten Aufmerksamkeit). Aufmerksamkeitsdefizite (präoperativ) sagen die Wahrscheinlichkeit eines Deliriums (postoperativ) voraus. – Ähnliches gilt auch für die Demenz, die mit gleichem Recht nicht nur als Gedächtnis-, sondern auch als Aufmerksamkeitsstörung aufgefasst werden muss, auch wenn bei der Demenz eher die selektive und geteilte Aufmerksamkeit betroffen ist. Aufmerksamkeitsstörungen gehen mit Exekutivstörungen einher und Defizite in diesen Bereichen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, bald an Demenz zu erkranken. Aufmerksamkeitsstörungen gelten mitunter als die Wurzel aller kognitiven und physischen Störungen der Demenz vom Alzheimer Typ: sie signalisieren erschöpfte kognitive Reserven. Daher liegt die Vermutung nahe, Delirium und Demenz als unterschiedliche Entwicklungsstadien in einem gemeinsamen Kontinuum zu begreifen, so dass Interventionen für die eine Störung auch bei der anderen greifen könnten.

**Aktivitätsabhängige Neuroplastizität:** Es ist bekannt, dass einfache körperliche Übungen, neue (z.B. sensorische) Erfahrungen und eine Bereicherung der Umgebung positive Veränderungen im Hirn bewirken und die kognitive Reserve erhöhen. Physisch und geistig aktive Menschen, aber auch Personen, die anregenden Freizeitaktivitäten nachgehen, weisen einen geringeren kognitiven Abbau auf. Ein von abwechslungsreichen Erfahrungen und anregenden Umgebungen gekennzeichnetes Leben wirkt sich demnach auf kognitive und verhaltensbezogene Veränderungen positiv aus – auch dann, wenn die Demenz bereits begonnen hat.

**Erholsame Aktivitäten:** Ein regelmäßiger Fokus auf Aufmerksamkeitsdefizite erhöht die Wahrscheinlichkeit, an Aktivitäten teilnehmen und dabei bleiben zu können. Orientieren sich diese Aktivitäten an den individuellen Interessen, Kompetenzen und Fähigkeiten, ist die Wahrscheinlichkeit höher, die Aufmerksamkeit zu fesseln. Empfohlen werden erholsame Aktivitäten, in die kognitiv anregende Elemente spielerisch eingebaut werden. Solche

individuell zugeschnittenen Interventionen sollten erfreulich, interaktiv und unaufdringlich in den Pflegealltag eingebaut werden, dabei aber systematisch die physischen und mentalen Fähigkeiten aufgreifen und anregen. Es gilt dabei 1) die Anregungen in den Kontext individuell angenehmer Tätigkeiten einzubetten, 2) dabei verschiedene kognitive Dimensionen anzusprechen (Aufmerksamkeit, Erinnerung), 3) die Anregungen möglichst nahe an den Realitäten der je vorhandenen Umgebung zu orientieren, 4) sie so zu gestalten, dass sie von möglichst vielen (auch angelernten) Mitarbeitern durchgeführt werden können und 5) sie für unterschiedliche Kontexte (Angehörige, niedrigschwellige Angebote, angelernte Mitarbeiter) anzupassen.

**Quelle: Kolanowski AM, Fick DM, Clate L, Therrien B, Gill DJ (2010) An Intervention for delirium superimposed on dementia based on cognitive reserve theory. Aging & Mental Health 14(2) 232-242**

## 10. Herausforderungen und Empfehlungen für die Versorgung von Menschen mit FTD

### Ziel/Hintergrund:

Menschen mit FTD (Frontotemporale Demenz) erkranken zumeist zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr. Innerhalb dieser Gruppe von Demenzen/Degenerationen gilt die verhaltensbezogene Ausprägung (bv-FTD) als besonders herausfordernd, da Wesensveränderungen und Verlust der Verhaltenskontrolle und viele andere Symptome (Apathie, emotionale Abstumpfung, mangelnde persönliche Hygiene) die Beziehungsaufnahme zum Kranken massiv beeinflussen oder zerstören. Häufig wird die Erkrankung erst sehr spät diagnostiziert zu einem Zeitpunkt, an dem die Folgen für das soziale Netzwerk bereits eingetreten sind. Das junge Alter sowie das herausfordernde Verhalten erschweren eine stationäre Unterbringung erheblich. – Folgende Studie präsentiert einen Einzelfall und systematisiert verschiedene Anforderungen für die Versorgung dieser Patientengruppe.

### Fall:

Eine 39 jährige Patientin wird von der Freundin wegen Verhaltensveränderungen in eine neurologische Klinik gebracht, nachdem Untersuchungen durch niedergelassene Haus- und Fachärzte keinen Befund haben erkennen lassen. Die Patientin hat keine Krankheitseinsicht, obwohl ihr das Sorgerecht für die Kinder wegen Vernachlässigung bereits entzogen wurde und der Ehepartner sich hat scheiden lassen. Die Auskünfte über ihr Leben, Einkünfte und Tätigkeiten stellen sich als falsch heraus. Obgleich ihre Mutter aufgrund ähnlicher Symptome hospitalisiert wurde und bereits mit 52 Jahren verstarb, können z.ZT testpsychologisch keine Befunde ermittelt werden. Nach der Entlassung wird die Patientin kriminalisiert und in die Psychiatrie eingewiesen. Dort wird sie zwischen den Abteilungen hin- und herverwiesen, in eine andere Klinik verlegt, dort entlassen. Sie verschwindet und lebt eine Weile auf der Strasse, bis sie von der Freundin aufgefunden wird. Aufgrund massiver Intervention dieser Freundin wird die Patientin in eine Universitätsklinik aufgenommen, wo nun die Diagnose FTD gestellt wird. Nach einem viermonatigen Aufenthalt kann die Patientin nicht in ein Pflegeheim entlassen werden, da diese die Aufnahme (zu jung, zu viele Verhaltensveränderungen) verweigern. Die Gabe von Psychopharmaka stabilisieren die Situation hinreichend genug, so dass sie in einer beschützenden Wohngemeinschaft unterkommen kann.

### Schlussfolgerungen:

Die Autoren resümieren, dass die Problemkonstellation einer bv-FTD die vorhandenen Versorgungsstrukturen sprengt. Rechtliche und finanzielle Probleme, Kriminalisierung sowie der Zerfall der sozialen Beziehungen und Netzwerke, fehlende Diagnosen bzw. Fehldiagnosen und falsche Behandlungen tragen zu einer Problemakkumulation besonderen Ausmaßes bei. Sie identifizieren Herausforderungen und Empfehlungen auf 6 Ebenen:

	Herausforderungen	Zielgruppen	Empfehlungen
1.	Falsche Annahme, dass Demenz ausschließlich alte Menschen betrifft	Politik, Öffentlichkeit, Dienstleister/Anbieter	Kampagnen für neue Politiken; Bewusstheit schaffen bei allen Gruppen, insbesondere den professionellen
2.	Hohe Rate von Fehldiagnosen und unpassende Pflege/ Versorgungsmöglichkeiten für jüngere Menschen mit Demenz in Spezialabteilungen	Krankenhäuser und Professionelle, Heime, Versicherungsträger	Einsatz angemessener und klinisch geeigneter Assessments, Zusammenarbeit der Spezialisten aller Disziplinen, Bildungsbedarfe erheben und diesen nachgehen

	Herausforderungen	Zielgruppen	Empfehlungen
3.	Fehlendes Wissen von PA wie man mit Menschen mit FTD umgehen und Verhalten bewältigen kann	Familien und PA, ambulante Dienste, Tagespflegen, niedrigschwellige Angebote	Bildungsprogramme für unterschiedliche Gruppen
4.	Zunehmende Zahl von jüngeren Menschen als Bewohner in Pflegeheimen, fehlende Ausbildung der Mitarbeiter für diese Zielgruppe	Budgetverantwortliche auf politischer Ebene und in den Versicherungen, Zertifizierungsgesellschaften, QS-Systeme, Heimträger	Politiken und finanzielle Anreize schaffen, die alle Demenzen, Altersgruppen berücksichtigen; gute Praxisbeispiele entwickeln und verbreiten (Projekte); Akkreditierungs-/ Zertifizierungsnormen für diese Patientengruppe schaffen und in die gängigen Systeme implementieren; Bildungsnormen schaffen
5.	Fehlende finanzielle Anreize, um Wohn- und Lebensräume für diese Patientengruppe zu entwickeln	Regierungen, ausschreibende Stellen für Projekte und Forschungen, Städte/ Kreise/ Gemeinden	Anreize für Träger entwickeln, um Pflege- und Wohnangebote für jüngere Menschen mit FTD anzubieten;
6.	Wenig Fürsprache in professionellen Organisationen	Kammern und andere professionelle Vertretungen	Bewusstheit schaffen auf professioneller Ebene, Fürsprecherwesen für diese Patientengruppe entwickeln

Diese Empfehlungen wurden zusammengetragen unter Mitwirkung verschiedener involvierter Professionen sowie den Sprechern von Selbsthilfegruppen von PA. Es wird darauf verwiesen, dass die Unterbringung in bestehende Einrichtungen in der Regel häufig eine von PA zusätzlich zu finanzierende Betreuungsperson für eben nur diesen Kranken erfordert: Dies ist eine zumeist nicht realisierbare Forderung. – Die Autoren erinnern, dass Menschen mit Huntington und anderen durch Hirntraumata erworbenen Veränderungen vor vergleichbare Herausforderungen gestellt sind.

**Quelle: Chemali Z, Withall A, Daffner KR (2010) The Plight of Caring for Young Patients With Frontotemporal Dementia. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 25(2) 109-115**

## **11. Infantilisierende Umgangsweisen erhöhen Widerstandsverhalten während der Pflege**

### **Ziel/Hintergrund:**

In Einrichtungen der Langzeitpflege ist eine infantilisierende Umgangsweise mit den Klienten, auch „elderspeak“ genannt, weit verbreitet (gemeint sind Formen wie: Täuschen, Babysprache, Diminutive, das „wir“, übertrieben hohe Stimmlage etc.) Einige Forscher halten diese Art des Umgangs für angemessen und empfehlenswert. Vorliegende Studie untersucht die Wirkungen, welche diese Umgangsweise auf Menschen mit Demenz zeitigt, insbesondere in Hinblick auf Widerstandsverhalten im Kontext der pflegerischen Versorgung. Bisherige Studien belegen, dass eine Verringerung von ‚elderspeak‘ auch mit einer Verminderung des Widerstandsverhaltens einhergeht.

### **Methode:**

In der Studie kommen psycholinguistische Methoden sowie Analysen von Verhalten durch Beobachtung zum Tragen. 80 Videoaufnahmen von pflegerischen Interaktionen zwischen 20 BewohnerInnen aus drei Einrichtungen mit einer mittelschweren Demenzerkrankung (homogene Gruppe) und 52 MitarbeiterInnen wurden im Sekundenabstand analysiert. Es wurden Vorkommnisse von ‚elderspeak‘, von Widerstandsverhalten sowie von angepasstem Verhalten gezählt und auf mögliche Zusammenhänge hin untersucht. Nonverbale Aspekte der Interaktion wurden dabei berücksichtigt. Die Studie beschreibt den recht komplexen Prozess der Transkription und Auswertung der Videosequenzen. Unterschiedliche Einschätzer trainierten das Verfahren der Kodierung von linguistischen, non-verbalen Verhalten und Widerstandsverhalten ausreichend lange, bis eine Übereinstimmung von 90% erreicht wurde. Statistische Methoden der Datenanalyse werden beschrieben.

### **Resultate:**

‚Elderspeak‘ konnte bei allen pflegerischen Aktivitäten beobachtet werden. Kollektive Pronomina (WIR) tauchten besonders beim Baden, Duschen und Anziehen auf. Je schwerer die Demenz, desto häufiger wurde ‚elderspeak‘ beobachtet. – Ein signifikanter Zusammenhang von ‚elderspeak‘ und Widerstandsverhalten konnte belegt werden: je ausgeprägter die linguistischen Signalebenen von ‚elderspeak‘, desto ausgeprägter stellte sich das Widerstandsverhalten dar (höhere Wahrscheinlichkeitswerte). Umgekehrt konnte kein Zusammenhang festgestellt werden: MitarbeiterInnen verwenden bei Zunahme von Widerstandsverhalten nicht vermehrt ‚elderspeak‘: neutrales Verhalten geht eher mit infantilisierender Kommunikation einher als Widerstandsverhalten.

### **Schlussfolgerungen:**

Die Autoren ziehen den Schluss, dass es einen eindeutigen, zeitlichen, unumkehrbaren Zusammenhang zwischen ‚elderspeak‘ und Widerstandsverhalten bei Menschen mit Demenz gibt. Schweigen nimmt eine Mittelstellung ein: Geht nicht in dem Maße mit Widerstandsverhalten einher, wie ‚elderspeak‘, aber mit mehr Widerstand als normale, erwachsengemäße Kommunikation. Widerstandsverhalten wird demnach als Reaktion auf ein durch ‚elderspeak‘ unerfülltes Bedürfnis gewertet. Daher ist die Empfehlung begründet, ‚elderspeak‘ nach Möglichkeit zu vermeiden.

Die Autoren weisen darauf hin, dass einige Bewohner durchgängig mit normalem oder Widerstandsverhalten reagierten, unabhängig von der Art der Interaktion.

Abschließend wird auf die relativ hohe Homogenität der Untersuchungsgruppe hingewiesen: es ist nicht erwiesen, dass Menschen mit leichter oder schwerer Demenz einen ähnlichen Zusammenhang zwischen ‚elderspeak‘ und Widerstandsverhalten aufweisen.

**Quelle: Williams KN, Herman R, Gajewski B, Wilson K (2009) Elderspeak Communication: Impact on Dementia Care. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 24(1) 11-20**

## **12. Die besten Umgebungen sind bei fehlendem Engagement von MitarbeiterInnen nutzlos**

### **Ziel/Hintergrund:**

Die soziale und physische Umgebung hat deutliche Auswirkungen auf das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz. Vorliegende Studie untersucht Zusammenhänge zwischen routinemäßigen Aktivitätssituationen von Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer Typ, die in einer Einrichtung spezieller Dementenbetreuung wohnen und theoriegeleiteten Aspekten des Wohlbefindens, wie z.B. Beschäftigung, mit anderen Personen oder Objekten im Kontakt sein, eine Bandbreite verschiedener Emotionen zeigen.

Theoretisch orientieren sich die Autoren an den Arbeiten von Brod, Stewart und Sands: Hiernach beeinflussen soziale und physische Umgebungsfaktoren das Alltagsverhalten (sowohl Teilnahme an Aktivitäten wie auch herausforderndes Verhalten) sowie funktionale Fähigkeiten (z.B. Mobilität). Dieses Alltagsverhalten wiederum bestimmt wesentlich die Lebensqualität, welche am positivem und negativem Affekt, dem Zugehörigkeitsgefühl, dem Selbstwertgefühl sowie der Wahrnehmung (angenehm/unangenehm) festgemacht wird.

Weiterhin wird unter Bezugnahme auf Lawton angenommen, dass adaptives Verhalten und positiver Affekt durch Anpassung der Umwelanforderungen an die Kompetenzen der Klienten vermehrt wird und umgekehrt: Fehlende Anpassung bzw. umweltbedingter Stress erzeugt negative Affekte und herausforderndes Verhalten.

Die Arbeiten von Hasselkus legen nahe, dass die Nutzung von Räumen und umweltbedingten Ressourcen davon abhängt, dass Pflegenden/Betreuenden die Klienten gezielt an diese Möglichkeiten heranzuführen und dabei die Ressourcen und Kompetenzen genau beachten. Nicht die Anwesenheit von Personal und günstiger Umgebungen führen per se zu positiven Ergebnissen, sondern effektive Nutzung der Möglichkeiten unter Beachtung der Kompetenzen in Alltagssituationen führen dazu, dass Klienten die Zeit subjektiv sinnvoll verbringen und positives Wohlbefinden zeigen. Vier Fragen werden untersucht:

1. Welche allgemeinen Verhaltensmuster kennzeichnen die Verwendung und den Nutzen von Umgebungsfaktoren, von verbrachter Zeit und erkennbarem Affekt?
2. Wie häufig kommen Aktivitätssituationen am Tag vor?
3. Was kennzeichnet den umweltbedingten Stress in den Alltagssituationen, d.h. woran ist dies erkennbar?
4. Welche Zusammenhänge existieren zwischen spezifischen Aktivitäten und dem erkennbarem Affekt der Klienten?

### **Methoden:**

Sieben TeilnehmerInnen mit einer mittelschweren Demenz nahmen an der Studie teil. Ausgesucht wurde eine Einrichtung für spezielle Dementenbetreuung, die verschiedenen fachlichen Anforderungen in besonderem Maße entsprach. Anhand eines computergestützten Beobachtungsverfahrens wurden Zusammenhänge zwischen Umgebungsmerkmalen, verbrachter Zeit und Affekt aufgezeichnet. Sechs typische Aktivitätssituationen zwischen 8:00 und 20:00 Uhr wurden unterschieden: Hintergrundmedien (z.B. laufendes Radio), Fernsehen, Mahlzeiten, Aktivitätsgruppen, Aktivitäten des täglichen Lebens und ‚Leerzeit‘ (downtime). Physische und soziale Umgebungsfaktoren, Zeitintervalle sowie Affekte werden definiert und einander zugeordnet: ein interessierter Blick gilt als niedrigste Form, ein interessierter Blick zusammen mit z.B. zielgerichtetem Gehen als höherwertige Form, ein interessierter Blick zusammen mit Gehen, Konversation und Teilnahme an Aktivitäten gilt als höchste Form des Engagements. – Weitere Instrumente zur Einschätzung von Affekt werden beschrieben.



### **Resultate:**

Zu 87% der Zeit (durchschnittlich 10,5 von 12 Stunden) zeigten die Klienten keine sozialen Reaktionen und zu 71 % der Zeit (8,5 von 12 Stunden) keine physischen Reaktionen. 60% oder 7 Stunden zeigten sie einen interessierten Blick, 40% oder 5 Stunden (von 12) einen desinteressierten Blick. 16% der Zeit (2Std) verbrachten sie mit Gehen, 9% (etwa 65 Minuten) mit Konversation, aktive Teilnahme an Aktivitäten konnte zu 26% der Zeit (3 Std.) beobachtet werden. Herausforderndes Verhalten, aber auch Freude, Ärger, Trauer und Angst wurden selten oder kaum beobachtet. 55% der Zeit ging mit Interesse, 39% der Zeit mit der Abwesenheit jeglichen Affekts einher. Drei von sieben Klienten zeigten das höchste Maß von Engagement, die anderen vier eher mittlere bis niedrige Engagementformen.

32% der Zeit liefen Hintergrundmedien, 23% bestand aus ‚Leerzeit‘, Fernsehen aus 21%, Mahlzeiten aus 16%, Aktivitätengruppen aus 6% und Aktivitäten des täglichen Lebens aus 2% der Zeit.

Hintergrundmedien gingen mit fehlender physischer oder sozialer Anforderung zusammen mit leerem Blick oder geschlossenen Augen einher. Leerzeit ging – wenn überhaupt – mit Umhergehen oder Hinlegen einher. Fernsehzeit bedingte wenig Kontakt zu MitarbeiterInnen oder anderen Klienten; es war nicht erkennbar, dass die Klienten die Programme inhaltlich verfolgten (vgl. Monitor 9,14). Bei den Mahlzeiten beschäftigten sich die Klienten nur mit den Speisen, soziale Interaktionen kommen – außer funktional bedingten Kontakten – kaum vor, auch nicht zwischen den Klienten. Klienten nahmen selten Kontakt zueinander auf, auch nicht im Kontext der Aktivitätengruppen. Am ehesten griffen Klienten zu Objekten wie z.B. Musikinstrumenten, die vom Gruppenleiter angeboten wurden. In großen Gruppen, die hausübergreifend angeboten wurden, schiefen die Klienten zumeist oder zeigten einen desinteressierten leeren Blick. In speziellen Gruppen nur für Menschen mit Demenz zeigten diese kontinuierliches Interesse und Aufmerksamkeit.

### **Schlussfolgerungen:**

Die Ergebnisse legen nahe, dass gut ausgestattete, familiäre, mit Objekten angereicherte Umgebungen allein nicht ausreichen, um sich aktiv mit der Umgebung auseinanderzusetzen. Auch die Anwesenheit von Personal per se führte nicht zu sozialen Kontakten. Trotz mannigfacher Anregungen ist das Wohlbefinden dieser Gruppe als gering einzuschätzen.

Am positivsten stellt sich das Wohlbefinden dar, wenn MitarbeiterInnen Klienten direkt bei Aktivitäten des täglichen Lebens oder in einer demenz-angepassten Gruppe unterstützten. Nur in diesen, eher seltenen Situationen waren hinreichende Unterstützungen vorhanden, die gegebenen Kompetenzen zu fördern: eben dies ging in der Regel mit positivem Affekt einher. Die Unterstützung bei den Mahlzeiten beschränkte sich auf unmittelbar notwendige funktionale Hilfen; alle weiteren, insbesondere mit sozialen und ästhetischen Aspekten verbundenen Dimensionen der Ernährung blieben außen vor. Teilnahme an großen, hausübergreifenden Aktivitäten sowie der Einsatz von Hintergrundmedien und Fernsehen ließen keinen Nutzen erkennen. Die Autoren sprechen von dem pseudo-aktivierendem „Furnier“ dieser Maßnahmen, welche eher als ‚Behälter‘ dienten, innerhalb derer die Klienten gut überwacht werden konnten. – Insgesamt fällt auf, dass das Ergebnis dieser Versorgung zu einem Zustand fehlender positiver und negativer Affekte führt mit der Folge einer durchgehend desinteressierten Langeweile (disengagement).

Insgesamt bewerten die Autoren die Ergebnisse als Bestätigung ihrer Theorie, dass nur die aufmerksame und ressourcenorientierte Nutzung von adäquaten Räumen, Materialien und Maßnahmen durch Personal zu positivem Wohlbefinden führt.

**Quelle: Wood W, Harris S, Snider M, Patchel S (2005) Activity situations on an Alzheimer's disease special care unit and residential environmental interactions, time use, and effect. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias 20(2) 105-118**

### **13. Unterschiede in der Häufigkeit neuropsychiatrischer Symptome lassen sich nicht durch Umweltmerkmale erklären**

#### **Ziel/Hintergrund:**

Der hohe Anteil von Menschen mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen (darunter auch Formen herausfordernden Verhaltens) in Pflegeheimen hängt wohl damit zusammen, dass diese Symptome einen der Hauptgründe für die Heimeinweisung bilden. Dennoch können diese Symptome auch durch die psychosoziale und physische Umgebung mit verursacht werden: Überstimulation, Enge, Anzahl und Haltung der Professionellen, Größe des Bereichs. In der bisherigen Literatur werden große Wohnbereiche mit vermehrter Unruhe und apathischem Rückzug in Verbindung gebracht. – Umweltbezogene Korrelate neuropsychiatrischer Symptome von BewohnerInnen in Heimen der besonderen stationären Dementenbetreuung in den Niederlanden (SCU: special care units) sind bislang nicht erhoben worden. Diese Wohneinheiten umfassen zwischen 10 und 30 BewohnerInnen, die von einem multidisziplinärem Team (inklusive Arzt und Ergotherapeut) betreut werden. In zunehmendem Maße werden kleine Einheiten favorisiert.

#### **Methode:**

Vorliegende niederländische Querschnittsstudie ist Teil einer größeren Untersuchung, welche neuropsychiatrische Symptome in niederländischen Heimen zum Gegenstand hat. Klienten wurden gewonnen aus 26 Heimen, die insgesamt 59 SCUs umfassen. Alle Daten wurden innerhalb eines Zeitraums von vier Wochen erhoben. Instrumente werden beschrieben, welche die strukturierten Interviews begleiteten. Diese Instrumente bilden agitiertes Verhalten, neuropsychiatrische Symptome, den Schweregrad der Demenz ab. An Umweltmerkmalen wurde erhoben: Rundwege, Personalschlüssel, Anzahl der Personen pro Einheit, Pflegestunden pro Klient, verschriebene Psychopharmaka. Korrelationsanalysen wurden durchgeführt, um Zusammenhänge zwischen Umweltmerkmalen und neuropsychiatrischen Symptomen nachzugehen.

#### **Resultate:**

Insgesamt konnten 1289 Klienten in die Studie einbezogen werden. 27 von 56 SCUs wiesen einen Rundgang auf, die durchschnittliche Anzahl von BewohnerInnen lag bei 25 (Größen lagen zwischen 10-42 Klienten pro Einheit). Die Zeit, die mit einem Klienten in direkter Pflege verbracht wurde, rangierte zwischen 2,3 bis 4,1 Stunden (Durchschnitt 3,2) pro Tag. Der Pflegeschlüssel lag durchschnittlich bei 0,64 (zwischen 0,4 und 0,9). 5 SCUs mit 76 Klienten waren für neuropsychiatrische Symptome besonders ausgestattet.

Das Vorhandensein neuropsychiatrischer Symptome wurde am ehesten vorhergesagt durch den Schweregrad der Demenz. Männer tendieren eher zu physisch aggressivem Verhalten und Apathie, Frauen eher zu verbal agitiertem Verhalten und Depressivität/Angst. Jüngere Klienten zeigten vermehrt physisch nicht-aggressives Verhalten (Laufen, abweichendes motorisches Verhalten), Depressivität und Ängste.

Keine der gemessenen Umweltkorrelate zeigte deutliche Zusammenhänge mit neuropsychiatrischen Symptomen oder/und herausforderndem Verhalten. Nur Apathie nahm in Einrichtungen deutlich ab, in denen MitarbeiterInnen mehr Zeit mit den Klienten verbringen konnten. – Die verschiedenen SCUs wiesen recht unterschiedliche Cluster von Symptomen und Verhalten der Klienten auf: so variierte die Häufigkeit aggressiven Verhaltens in den Einrichtungen zwischen 15% und 89% der Klienten.

#### **Schlussfolgerungen:**

Die großen Unterschiede in der Prävalenz neuropsychiatrischer Symptome zwischen den beteiligten Einrichtungen kann nicht nur durch klientenbezogene Unterschiede wie kognitiver oder funktionaler Status oder Medikation erklärt werden. Dies legt einen Einfluss von Umwelt und Umgebung nahe. Bis auf den Zusammenhang von Apathie und Kontaktdichte

durch Pflegende konnte allerdings in dieser Studie kein weiterer Zusammenhang aufgewiesen werden. Dies lässt offen, ob die Annahme höherer Lebensqualität für kleinere Wohngruppen wirklich berechtigt ist. Unter anderem stellen die Autoren die Vermutung auf, dass eine Berücksichtigung des „Praxisstils“ (Pflegekultur) und die Anzahl und Qualität psychosozialer Interventionen die erhebliche Differenz zwischen den SCUs erklären könnte. – Weitere Forschungen zu diesem Thema sind nötig.

**Quelle: Zuidema SU, de Jonghe JFM, Verhey FRJ, Koopmans RTCM (2010) Environmental correlates of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry (25) 14-22**

## **14. Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms für das Pflegepersonal in Altenpflegeheimen zum Umgang mit Demenzkranken – eine prospektive kontrollierte Interventionsstudie**

### **Ziel/Hintergrund:**

Um die Interaktion zwischen Pflegepersonal und an Demenz erkrankten Heimbewohnern zu verbessern, wurde in Zusammenarbeit der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig und dem Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaften der Martin Luther Universität Halle-Wittenberg ein Trainingsprogramm für das Pflegepersonal von Altenpflegeheimen entwickelt.

In der vorliegenden Studie wurde die Wirksamkeit des Trainingsprogramms evaluiert. Dabei lag der Fokus insbesondere auf der Langzeitwirkung.

Untersuchungsgegenstand war unter anderem, ob die Teilnahme am Trainingsprogramm dazu führt, dass Pflegendе freiheitsentziehende Maßnahmen seltener einsetzen und die Gabe von Sedativa reduzieren.

Zudem wurde untersucht, ob das Trainingsprogramm zu einer Verringerung von gesundheitlichen Beschwerden beim Pflegepersonal führt und das Risiko eines Burnout Syndroms gesenkt wird.

### **Methode:**

Die Evaluation des Trainingsprogramms erfolgte als dreiarmlige, cluster-randomisierte und kontrollierte Interventionsstudie. Insgesamt waren sechs Altenpflegeheime aus Leipzig beteiligt. Davon nahmen 96 Pflegendе an der Studie teil. Diese waren in drei Gruppen eingeteilt: Interventionsgruppe, Entspannungsgruppe und Wartelistengruppe.

Die Interventionsgruppe absolvierte das Trainingsprogramm. Die Entspannungsgruppe erhielt ein Training zu Entspannungstechniken, die Wartelistengruppe keine Intervention.

Alle Gruppen wurden vor Beginn des Trainingsprogramms, unmittelbar im Anschluss an das Training und sechs Monate danach befragt. Dazu wurden der GEROLF Test (Zimber, 2003), der Penn State Health Care-giving Fragebogen (Spore et al., 1991), die Maslach Burnout Skala und ein Fragebogen zu Gesundheitsbeschwerden eingesetzt.

Außerdem waren insgesamt 210 Heimbewohner mit Demenz an der Studie beteiligt. Die Diagnosestellung der Demenz erfolgte durch ein interdisziplinäres Team. Dazu wurde bei den Bewohnern die Clinical Dementia Rating Skala, der Mini-Mental-Status-Test und der Barthel-Index Test durchgeführt und die Dokumentation der Mitarbeiter miteinbezogen.

Um überprüfen zu können, ob sich das Training der Pflegemitarbeiter auf die betreuten Bewohner auswirkt, wurde die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen und die Gabe von Sedativa mithilfe der Pflegedokumentation erhoben.

### **Resultate:**

Die Teilnehmer der Interventionsgruppe verfügten unmittelbar nach dem erfolgten Trainingsprogramm über einen hohen Wissenszuwachs. Bei der zweiten Posterhebung wurde jedoch festgestellt, dass die Fachkenntnisse der Interventionsgruppe wieder auf den Ausgangswert (vor dem Trainingsprogramm) abgefallen waren.

Die Sozialkompetenzen stiegen sowohl in der Interventionsgruppe, als auch in der Entspannungsgruppe signifikant an. Dieser Trend zeigte sich auch bei der Erhebung, sechs Monate nach dem erfolgten Training, wobei die praktische Relevanz bei der Interventionsgruppe höher war als bei der Entspannungsgruppe. Bei der methodischen, interpersonellen und Teamkompetenz der Teilnehmergruppen wurden keine Veränderungen festgestellt.

Eine signifikante, langfristige Abnahme von gesundheitlichen Beschwerden konnte bei der Entspannungsgruppe festgestellt werden.

Vor der Intervention lag der Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei den an Demenz erkrankten Heimbewohnern zwischen 30 und 40 Prozent. Es zeigte sich, dass im

Verlauf des Erhebungszeitraums der Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei der Entspannungsgruppe und bei der Wartelistengruppe signifikant erhöht wurde. Im Gegensatz dazu blieb der Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei der Interventionsgruppe weitgehend konstant. Zudem verminderte sich die Sturzhäufigkeit der Heimbewohner, die von der Interventionsgruppe betreut wurden.

Bei der Gabe von Sedativa zeigten sich im Verlauf der Studie keine signifikanten Veränderungen.

### **Schlussfolgerungen:**

Die Ergebnisse der Studie geben wenig wissenschaftliche Hinweise auf die Wirksamkeit des Trainingsprogramms. Es lässt sich vermuten, dass das Training der Interventionsgruppe einen positiven Einfluss auf die Mitarbeiter und die an Demenz erkrankten Heimbewohner hatte. Die Ergebnisse zeigen jedoch auch die Grenzen eines Trainingsprogramms für das Pflegepersonal, das zur Pflege bei Menschen mit Demenz eingesetzt wird. Ein Trainingsprogramm für Pflegepersonal ist nur ein erster Schritt. Nach wie vor fehlen in deutschen Pflegeheimen Strukturen, die die Implementierung der erworbenen Fachkompetenz unterstützen.

Die Forscher empfehlen bei der Durchführung weiterer Studien eine nachhaltige Unterstützung durch Veränderungen in der Unternehmensorganisation und deren Umfeld anzustreben, damit die Mitarbeiter ihre neu erworbenen Kompetenzen auch praktisch anwenden können. Zudem sollten auch Heimbewohner mit einer leichten bis mittleren Demenz mit einbezogen werden, damit auch die Sichtweise des an Demenz erkrankten Teilnehmers berücksichtigt werden kann.

Führungskräften aus dem Gesundheitswesen wird nahe gelegt, dem Potenzial des Pflegepersonals mehr Beachtung zu schenken sowie deren Fachkompetenz und zu bewältigenden Anforderungen in der Pflege anzuerkennen.

Die Fachkompetenz und die Berufserfahrung der Mitarbeiter sollte in Weiterbildungen, in Organisations- und Umweltentwicklungen integriert werden.

Die Autoren weisen darauf hin, dass zudem weitere Forschung im Bereich Entspannungstechniken und ihre Nützlichkeit im pflegerischen Alltag von Nöten ist.

**Quelle: Bettina Kuske, Tobias Luck, Stephanie Hanns, Herbert Matschinger, Matthias C. Angermeyer, Johann Behrens, Steffi G. Riedel-Helle(2009): Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. International Psychogeriatrics, 21:2, 295-308**

## **15. Erfahrungen von älteren Personen und deren Angehörigen in Akut-Pflege-Settings: eine systematische Übersicht und Zusammenführung qualitativer Studien**

### **Ziel/Hintergrund:**

Ziel der Studie ist es, Kenntnisse darüber zu erlangen, welche Erfahrungen älteren Personen und deren Angehörigen in der akuten Gesundheitsversorgung gemacht haben. Die akute Krankenhausaufnahme kann ein bedeutsames Ereignis für ältere Personen und deren Angehörige sein. Sie kann als Bedrohung der Identität und Autonomie empfunden werden. Vorangegangene Studien weisen darauf hin, dass beziehungsorientierte Pflege das Wohlbefinden von Patienten, Angehörigen und Personal steigern. Die Ergebnisse bestätigen dies und können dabei helfen, die Strukturen besser an die Bedürfnisse der Patienten anzupassen.

### **Methode:**

Die Forschergruppe erarbeitet eine systematische Literaturübersicht und führt eine Meta-Ethnographie durch. Dabei schließen sie 42 Studien und eine systematische Übersichtsarbeit ein. Als Auswahlkriterien wurden unter anderem die englische Sprache und der Zeitraum von 1999 bis 2008 angegeben.

### **Resultate:**

Die Qualität „technischer Pflege“ wird von älteren Personen und deren Angehörigen als garantiert angesehen. Jedoch werden konsistent negative Gefühle wie Angst, Wertlosigkeit und Autonomieverlust beschrieben. Drei Schlüsselbegriffe konnten identifiziert werden, die diesen Gefühlen wirkungsvoll entgegenwirken: „Gemeinschaft gestalten: verbinde dich mit mir“, „Aufrechterhaltung der Identität: Schau, wer ich bin“, und „gemeinsame Entscheidungsfindung: beteilige mich“. Ein Nebenergebnis der Studie ist, dass insbesondere Menschen mit Demenz, Delirien oder Kommunikationsschwierigkeiten besonders häufig negative Erfahrung mit Pflege im Akut-Setting machen.

### **Schlussfolgerungen:**

Das Ergebnis gibt Orientierung für die Pflege von älteren Personen im Akut-Setting: ein hoher Bedarf an einer personalisierten und würdevollen Versorgung im Akut-Setting wird identifiziert. Dort, wo diesem Bedarf entsprochen wird, beschreiben ältere Personen und deren Angehörige dies als entlastend, beruhigend und Sicherheit gebend. Ansätze zur Pflege sollten somit auf Beziehung, Identität und Integration ausgerichtet werden. Die Ergebnisse stützen sich auf die Perspektiven der älteren Personen und deren Angehörigen.

**Quelle: Jackie Bridges, Mary Flatley, Julienne Meyer: Older people's and relatives' experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies; International Journal of Nursing Studies 47 (2010) 89–107**

## **16. Kognitiv angepasste Fernsehprogramme finden mehr Aufmerksamkeit**

### **Ziel/Hintergrund:**

Bislang liegen nur wenige Studien zum Einsatz des Fernsehens in stationären Einrichtungen für Menschen mit Demenz vor (vgl. Monitor 8). Die bisherigen Untersuchungen präsentieren unterschiedliche Ergebnisse: Einige Studien bringen Fernsehen mit Unruhe und herausforderndem Verhalten in Verbindung; Videos in Verbindung mit Lebenserinnerungen oder simulierter Präsenztherapie dagegen reduzieren Unruhe und herausforderndes Verhalten. Dies lässt vermuten, dass der Einsatz von Medien besonderer Anpassungen, einer „kognitiv angepassten Programmierung“ in der Verwendung bei Menschen mit Demenz bedarf. Eine Reduktion der Komplexität des Materials erhöht die Kongruenz mit den kognitiven Fähigkeiten der Klienten. – Vorliegende Studie untersucht, ob kognitiv angepasste, kongruente Programme mit erhöhtem Interesse der Klienten einhergehen (anhaltende Aufmerksamkeit- „sustained look behaviour“); des Weiteren wird untersucht, ob das Interesse im Zusammenhang steht mit bisherigem Ausmaß des Medienkonsums.

### **Methode:**

24 Teilnehmerinnen mit mittelschwerer Demenz konnten für die Studie gewonnen werden. Familienmitglieder schätzen den Medienkonsum vor Beginn der Erkrankung ein. Vier kognitiv angepasste Filme (Erinnerungsfilm, ein Kinderfilm, eine Komödie aus den 50er Jahren), und ein nicht kognitiv angepasster Film (Nachrichten) von je etwa 20 Minuten wurde den Klienten einzeln zusammen mit einer Forscherin gezeigt. Anschließend erfolgte ein auswertendes Interview. Während des Fernsehens wurden die Teilnehmenden aus unterschiedlichen Perspektiven gefilmt und anschließend ausgewertet.

### **Resultate:**

Die kognitiv angepassten Programme wiesen deutlich mehr anhaltende Aufmerksamkeit auf als die Nachrichten, obwohl die Klienten vor Beginn der Erkrankung eher Nachrichten und kaum eine der nun angepassten Programme gesehen haben. Zwischen den vier kognitiv angepassten Programmen konnten kaum Unterschiede bezüglich Aufmerksamkeit festgestellt werden. Ein Zusammenhang mit bisherigem (prämorbidem) Medienkonsum und bisherigen Präferenzen konnte nicht festgestellt werden.

### **Schlussfolgerungen:**

Insgesamt konnte die erste Hypothese bezüglich der Vorzüge kognitiv angepasster Programme bewiesen werden, die zweite Hypothese widerlegt werden. Die Autoren betonen, dass die ausgewählten Filme wurden nicht in infantilisierender Absicht, sondern in Hinblick auf bestimmte Programmeigenschaften (Tempo, wenig Schnitte, geringer Themenwechsel etc) ausgewählt. Weiterhin fällt auf, dass lebenslange Gewohnheiten im Medienkonsum sich nicht auf die Präferenzen der Klienten ausgewirkt haben. Die Autoren plädieren zum Schluß für einen bewussten Einsatz mit Medien, die für Menschen mit Demenz kognitiv angepasst bzw. ausgewählt wurden.

**Quelle: Heller RB, Dobbs BM, Strain LA (2009) Video Programming for Individuals With Dementia: Assessing Cognitive Congruence. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 24(2) 122-128**

## **17. Beschäftigungstherapie in der eigenen Häuslichkeit verbessert Kompetenzen**

### **Hintergrund:**

Die positiven Auswirkungen von Beschäftigungstherapie (BT) auf Menschen mit Demenz sind unbestritten. Primäres Ziel der BT besteht in der Aktivierung von Kompetenzen für Aktivitäten des täglichen Lebens, der Förderung der Teilhabe an sozialen Bindungen, der Verringerung von herausforderndem Verhalten und damit auch der Reduktion des Belastungserleben von PA. Vorliegende Studie versucht im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie den Effekt von BT in der häuslichen Pflege zu erweisen. (vgl. Monitor 6,15; 6,18; 6,21; 7,16).

### **Methode:**

Von 2001 bis 2005 wurden 135 Menschen mit Demenz nebst deren Angehörigen für die niederländische Studie gewonnen. Die Klienten wiesen eine mittelschwere Demenz auf, wurden von einem Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit versorgt und litten nicht zusätzlich unter Depression, schwerwiegenden Formen herausfordernden Verhaltens und schweren Begleiterkrankungen.

Teilnehmende wurden per Zufall der Interventions- und der Kontrollgruppe zugewiesen. Zwar wussten Klienten und PA, wer zur Interventionsgruppe gehört, nicht aber die untersuchenden Forscher (single blind). Die Klienten wurden über 12 Wochen in die Untersuchung miteinbezogen.

Erfahrene BT führten gemäß einer eigens entwickelten Leitlinie zehn einstündige Begleitungen in einem Zeitraum von fünf Wochen durch. In den ersten vier Wochen wurden sinnvolle Aktivitäten gesucht, durchgeführt und teilweise wurde die häusliche Umgebung diesen Aktivitäten angepasst. Strategien wurden entwickelt, um eine maximale Beteiligung unter Berücksichtigung der Kompetenzen zu gewährleisten. In den folgenden sechs Wochen wurden die kompensatorischen und milieubezogenen Strategien verfeinert und die PA angeleitet, zusammen mit den Klienten die Tätigkeiten durchzuführen. Dabei wurden problemlösende Strategien eingeübt und Bewältigungsstrategien der PA reflektiert.

Klienten und PA wurden zu Beginn, nach sechs und nach zwölf Wochen untersucht. Primäre Messgröße bestand in der Selbständigkeit bezüglich der Aktivitäten täglichen Lebens; bei den PA wurde die selbst eingeschätzte Kompetenz erhoben. Weitere Untersuchungsebenen, Assessments und Analyseebenen werden beschrieben.

### **Resultate:**

Nach sechs Wochen konnten zwischen den beiden Gruppen deutliche Unterschiede festgestellt werden. Personen aus der Interventionsgruppe wiesen eine deutlich gestiegene Kompetenz in den Aktivitäten des täglichen Lebens auf. Auch die PA aus der Interventionsgruppe bekundeten höhere Kompetenz im Umgang mit den Klienten. Auf allen Messebenen wiesen 47% der Interventions- und nur 2% der Kontrollgruppe klinisch relevante (u.a. funktionale) Verbesserungen auf.

Auch nach 12 Wochen waren die Werte für Klienten in der Interventionsgruppe deutlich besser als die der Kontrollgruppe. Auf allen Messebenen wiesen 37% der Interventions- und weiterhin 2% der Kontrollgruppe Verbesserungen im Vergleich zur Erstuntersuchung auf.

### **Schlussfolgerungen:**

Die Erwartungen der Studie wurden vollständig erfüllt. Fähigkeiten und Kompetenzen der Interventionsgruppe wurden deutlich erhöht, das Belastungserleben der PA reduziert und ihre Kompetenzeinschätzung deutlich verbessert. Die positiven Effekte nach sechs Wochen konnten weitgehend nach 12 Wochen bestätigt werden. Die Autoren heben die Bedeutung des Trainings und der Begleitung der PA im häuslichen Umfeld hervor: dies habe wesentlich zum Erfolg der Intervention beigetragen.



**Quelle: Graff MJL, Vernooij-Dassen, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WHL, Olde Rikkert MG (2006) Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. BMJ, doi:10.1136/bmj.39001.688843.BE**

Vgl. Dazu auch folgende Studie, welche die Effekte unter deutschen Bedingungen zu replizieren versucht:

**Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, Schornstein K, Vernooij-Dassen M, Olde Rikkert M, Huell M (2009) WHEDA study: Effectiveness of occupational therapy at home for older people with dementia and their caregivers – the design of a pragmatic randomised controlled trial evaluating a Dutch program in seven German centres. BMC Geriatrics 9:44, doi:10.1186/1471-2318-9-44**

Vgl. dazu eine weitere Studie aus China: Lam LCW, Lui VWC, Luk DNY, Chau R, So C, Poon V, Tam P, Ching R, Lo H, Chiu J, Fung A, Ko FSL (2010) Effectiveness of an individualized functional training program on affective disturbances and functional skills in mild and moderate dementia – a randomized control trial. International Journal of Geriatric Psychiatry (25) 133-141

In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass auf einzelne Menschen mit Demenz zugeschnittene Tätigkeiten, die in der häuslichen Pflege oder im Heim entwickelt wurden, Apathie und Depressivität deutlich verringerten.

## **18. Gegenwärtige Interessen erweisen sich als bedeutsamer für die Beschäftigung als vergangene Präferenzen**

### **Ziel/Hintergrund:**

In einer ganzen Reihe von Arbeiten gehen Cohen-Mansfield und MitarbeiterInnen seit Jahren Fragen nach Zusammenhängen zwischen Verhalten, Selbst-Identität, Tätigsein und Wohlbefinden nach. Die Autoren wollen der Behauptung nachgehen, dass bis in die schwere Demenz hinein Anteile des Selbst und der personalen Identität erhalten bleiben. Diese Fragen werden u.a. im Rahmen des Need-Driven-Compromised-Behaviour-Modells (NDB) verfolgt, welches herausforderndes Verhalten als Ausdruck unerfüllter Wünsche/Befürfnisse versteht: würde man diese Bedürfnisse erfüllen und Tätigkeiten anbieten, die vorhandenen Identitätsmustern entspricht, so wäre mit einem Rückgang oder einer Modifikation von herausforderndem Verhalten zu rechnen. –

In einem ersten Schritt (Cohen-Mansfield 2000) wurde ein Instrument entwickelt, um bestehende identitätswichtige Rollen zusammen mit PA zu erheben (SIQ: Self-Identity Questionnaire). Von den angenommenen Rollen (professionell, familienbezogen, freizeitbezogen, bezogen auf Lebensleistungen und Erfolge) erwiesen sich nur die familiären Rollen, oft in zeitversetzter Gestalt, als tragend (z.B. sich wieder als Mutter/Vater verstehen). Andere Rollen (Identitäten), aber auch die gegenwärtige Rolle (z.B. als Heimbewohner) sind weniger präsent und werden mit zunehmender Demenz z. T. vollständig vergessen. Imaginäre Rollen (u.a. als Ausdruck unerfüllter Wünsche, z.B. die Vorstellung, schwanger zu sein) nehmen zu. In einer weiteren Arbeit zu diesem Themenkreis (2006) konnte gezeigt werden, dass Aktivitäten, die gezielt dem Fähigkeits-/Kompetenzniveau, den vorhandenen Identitätsmustern, Rollen und persönlichen Lebensleistungen angepasst werden, die Unruhe reduzieren, mehr positive emotionale Reaktionen evozieren, das Interesse und insgesamt das Wohlbefinden erhöhen. –

In einem zweiten Schritt wurde der Begriff des „Engagement“ erarbeitet (2009). Dies wird definiert als: beschäftigt sein mit oder einbezogen sein in einen externen Reiz. In der Regel werden in der Literatur Musik, strukturierten Aktivitäten, Tierbesuche und Familienvideos (SPT) mit positiven Emotionen, Abnahme herausfordernden Verhaltens, verbesserte Einstellungen der Pflegenden gegenüber den Klienten und verbesserte Selbstpflegefähigkeiten in Verbindung gebracht und eine höhere Lebensqualität bescheinigt. Engagement mit einem äußeren Reiz wird beeinflusst von der Umgebung, den Merkmalen der Person (Funktionen, Persönlichkeit, Alter etc.) und den Merkmalen des Reizes (soziale Qualitäten, Manipulierbarkeit, bildet Arbeitstätigkeiten nach) und resultiert in einem veränderten Affekt und Verhalten. Entwickelt wurde ein Instrument (Observational Measurement of Engagement: OME), das anhand der Dimensionen Verweigerung, Dauer, Aufmerksamkeit, Haltung (inklusive Affekt) und Verhalten gegenüber dem Reiz Umfang und Qualität des Engagements abbilden kann. In einer ersten Anwendung wurden nach SIQ (siehe oben) ausgesuchte Stimuli (Puppe, Stofftier, Tier, Bälle, Musiken, Magazine etc.) Personen mit Demenz präsentiert: es konnten die oben geschilderten Effekte eindrucksvoll belegt werden (verringerte Unruhe, positiver Affekt, mehr Engagement und Interesse, höheres Wohlbefinden, mehr Bezüge zu identitätswichtigen Rollen). So stellte sich in Bezug auf Hunde heraus, dass das meiste positive Engagement bei Hundevideos zu beobachten war, gefolgt von mittelgroßen Hunden mit dickem Fell(Pudel); es folgen kleine Hunde sowie Kleinroboterhunde. - Als wichtigste Dimensionen zur Darstellung von Engagement stellten sich heraus: Verweigerung, Aufmerksamkeit, Haltung (inklusive Affekt). –

Vorliegende Arbeit baut auf diesen Forschungen auf mit einer etwas anderen Fragestellung: in der Regel sind Pflegende unter den heutigen Rahmenbedingungen nicht mehr in der Lage, individualisierte Angebote zu recherchieren und zu unterbreiten. Daher untersucht vorliegende Studie standardisierte Reize und Angebote, die in der Regel in einer Pflegeeinrichtung zur Verfügung stehen wie z.B. Tetherball (Ball an Gummileine, die an

einer Stange befestigt ist), Seifenblasen, Bälle, Puzzle, große ausdehnbare Bälle („expanding spheres“), Musik, Tiere, Kunsttherapie.

### **Methode:**

Teilnehmende an der Untersuchung waren 193 Personen mit Demenz in sieben Pflegeheimen in Maryland, USA. Es wurden Daten erhoben zu Aktivitäten des täglichen Lebens, zum kognitiven Status (MMSE Durchschnitt 7,2), zu identitätswichtigen Rollen (SIQ) und zum Engagement (OEM). Die Teilnehmenden wurden in einem Zeitraum von drei Wochen mit bestimmten standardisierten Reizen/Anlässen regelmäßig (4 x am Tag) in Kontakt gebracht (babyartigen Puppen, Büroarbeit, Stofftiere und lebendige Tiere, Fernsehen, Lesen, Musik). Ein Forscher brachte die Person in Kontakt mit dem Material, eine andere beobachtete das Geschehen nach OEM. Jeder Versuch dauerte mindestens drei und höchstens 15 Minuten. Die Forschenden waren über die Hypothesen der Studie nicht informiert (single-blinded). – In der Analyse wurden Zusammenhänge zwischen beobachteten Interessen (Engagement) und identitätswichtigen Rollen und vergangenen Interessen untersucht.

### **Resultate:**

#### *Musik*

Insgesamt zeigten die Teilnehmenden mehr Interesse an Engagementreizen, die nicht in Verbindung mit Musik standen. Wer aber – nach Aussage der PA - in der Vergangenheit einen positiven Bezug zur Musik hatte, der zeigte vergleichsweise vermehrt Engagement in der musikalischen Situation. Wichtiger als das frühere Interesse war das gegenwärtige Interesse insbesondere in Bezug auf die Dauer: wer gegenwärtig Musik schätzt, der zeigt auch am längsten positive Reaktionen.

#### *Kunst*

Insgesamt zeigten Teilnehmende an künstlerischen Tätigkeiten (Malen) mehr Interesse als an Reizen, die nicht in Verbindung mit Malen standen. Auch hier stach die Bedeutung gegenwärtigen Interesses – nach Auskunft der PA - heraus: wer jetzt gerne malt, der zeigt auch das höchste Engagement unabhängig von vergangenen Interessen und Neigungen.

#### *Tiere*

Personen, die früher Tiere hatten, zeigten auch jetzt mehr Engagement im Kontakt mit Tieren als Personen, die früher keine Tiere hatten. Die höchste Bedeutung hatte auch hier wiederum das Ausmaß gegenwärtigen Interesses.

Interaktionen mit Stofftieren, Puppen, Büroarbeit, Fernsehen und Lesen wiesen keine bedeutsamen Unterschiede auf.

### **Schlussfolgerungen:**

Insgesamt erweisen sich gegenwärtige Interessen/Präferenzen als bedeutsamer als vergangene. Gegenwärtige Präferenzen geben daher eher Auskunft über zu erwartendes Verhalten als vergangene Präferenzen. Dennoch: werden Personen Reize zur Verfügung gestellt, die vergangene Interessen und Identitäten berücksichtigen, zeigen sie deutlich mehr Engagement als Personen, die früher die Präferenzen nicht teilten. Insgesamt ist es also von Bedeutung, die identitätswichtigen Rollen und früheren Präferenzen der Personen zu kennen; wichtiger aber ist es herauszufinden, was Personen im Hier und Jetzt interessiert. – Insgesamt ist es wichtig, die Präferenzen (gegenwärtige und vergangene) von Klienten für bestimmte Reize /Anlässe zu recherchieren um gezielt auf Verhalten und Affekt einzuwirken.

Die Autoren beschreiben anstehende Forschungsprojekte, in denen untersucht werden sollen, ob Stimuli, die gezielt die wichtigsten lebensgeschichtlichen Rollen wieder beleben, einen aktivierenden Einfluss ausüben: dies gilt insbesondere für familiäre und berufliche Rollen und Identitäten. Aus diesen Forschungen erhoffen sich die Autoren Ergebnisse zu prioritären Themen, für die standardisierte Materialien und Vorgehensweisen entwickelt

werden können für Pflegende, die individuelle Angebote nicht mehr zu leisten in der Lage sind.

**Quelle: Cohen-Mansfield J, Marx MS, Thein K, Dakheel-Ali M (2010) The impact of past and present preferences on stimulus engagement in nursing home residents with dementia. *Aging & Mental Health* 14(1) 67-73**

**Cohen-Mansfield J, Golander H, Arnheim G (2000) Self-identity in older persons suffering from dementia: preliminary results. *Social Sciences & Medicine* 51: 381-394**

**Cohen-Mansfield J, Parpura-Gill A, Golander H (2006) Utilization of self-identity roles for designing interventions for persons with dementia. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* Vol 61B: P 202- P 212**

**Cohen-Mansfield J, Dakheel-Ali M, Marx MS (2009) Engagement in persons with dementia: the concept and its measurement. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 17(4) 299-307**

**Marx MS, Cohen-Mansfield J, Regier NG, Dakheel-Ali M, Srihari A, Thein K (2010) The Impact of Different Dog-related Stimuli in Engagement of Persons With Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 25(1) 37-45**

## **19. Somatisch und psychiatrisch anspruchsvolle Klienten bedürfen der Versorgung durch multidisziplinäre Teams**

### **Ziel/Hintergrund:**

Immer mehr stationäre Einrichtungen sind konfrontiert mit Klienten, die sowohl einen hohen Pflegeaufwand und eine Demenz als auch eine hohe psychiatrische Co-Morbidität und herausfordernde Verhaltensweisen aufweisen. Diese Patienten werden bezeichnet als „Double Care Demanding Patients“ (DCD). Der Anteil dieser Klienten in niederländischen Heimen beträgt rund 9%. Kombinierte Ansätze somatischer und psychiatrischer Versorgung haben aufgezeigt, dass viele Betroffene reaktiviert und ihre Lebensqualität verbessert werden konnte. – Psychiatrische Versorgung ist allerdings in Pflegeheimen kaum gewährleistet. Gelegentlichen Visiten durch Neurologen oder Psychiater wird eine geringe Wirksamkeit bescheinigt und beschränkt sich zumeist auf die Verschreibung von Psychopharmaka. – Vorliegende Literaturstudie geht der Frage nach, welche integrierten Interventionen geriatrischer und psychiatrischer Pflege von HeimbewohnerInnen in der Forschung beschrieben wurden und welche Effekte diese Interventionen aufwiesen.

### **Methode:**

Schlüsselbegriffe und Recherche der Literatur inklusive Einschluss- und Ausschlusskriterien und Evidenzgrade werden beschrieben.

### **Resultate:**

Insgesamt konnten acht Studien identifiziert werden, die in der Mehrzahl in den USA durchgeführt wurden. Die Interventionen fanden sowohl im Heimen als auch in psychiatrischen Kliniken statt. In der Regel handelt es sich um Klienten, die aufgrund ihres Verhaltens - trotz ambulanten Versorgung durch einen Facharzt - nicht mehr im Heim versorgt werden konnten. Die Behandlung erfolgte durch ein multidisziplinäres Team, an dem zumeist ein Geriater sowie ein Psychiater sowie Fachkräfte für psychiatrische Pflege beteiligt waren (zwischen sechs und acht verschiedene Disziplinen). In allen Studien steht ein sehr umfassendes Assessment sowie eine gemeinsame Auswertung der Ergebnisse durch alle Disziplinen an erster Stelle. Den Assessments folgten individuell ausgearbeitete Behandlungspläne mit pharmakologischen, sozialen, nicht-pharmakologischen, pflegerischen Interventionen und Psychotherapie. Einige Studien beschreiben auch gezielte Schulungen und Trainings der Mitarbeiter im Pflegeheim. – An Ergebnissen wird beschrieben: Reduktion der Verhaltenssymptomatik, der psychiatrischen Symptomatik, Verbesserung von Funktionen (körperlich und kognitiv). Zwei der Studien beschreiben eine Verbesserung der Symptome nach Schulungen und Beratungen der Pflegenden im Heim durch multidisziplinäre Teams der Psychiatrien (multidisciplinary mental health consultancies - Konsiliar-dienste). Es wird berichtet, dass 53-90% aller Klienten, deren Heime gezielte psychiatrische Beratungsdienste erfuhren, deutlich profitierten und dass diese positiven Effekte länger anhaltend waren.

### **Schlussfolgerungen:**

Es überrascht, wie wenig Studien für die Versorgung von DCD-Klienten vorliegen. Die Studien belegen eindrucksvoll den Erfolg multidisziplinärer Vorgehensweisen mit einem hohen Beratungsanteil. Kurze Aufenthalte in Psychiatrien zeigen positive Effekte für die umschriebene Klientengruppe. Intensive, personenzentrierte und psychotherapeutisch ausgerichtete Interventionen werden bevorzugt. Die Vorteile eines im Heim ansässigen Geriaters werden diskutiert, um der fragmentierten und in der Regel pharmakologisch ausgerichteten psychiatrisch-neurologischen Versorgung entgegenzuwirken.

Viele Fragen bleiben unbeantwortet, z.B. welche Zusammenstellung von Disziplinen besonders wirksam ist, welche Interventionen zu bevorzugen sind, welche Kompetenzen die

professionell Pflegenden im Heim mitbringen müssen etc. Weitere Forschung wird ange-mahnt.

**Quelle: Collet J, de Vugt ME, Verhey FRJ, Schols JMGA (2010) Efficacy of integrated interventions combining psychiatric care and nursing home care for nursing home resi-dents: a review of literature. International Journal of Geriatric Psychiatry (25) 3-13**

## **20. Die Wirkung von abgespielter Musik während der Mittagessenszeit auf Menschen mit herausforderndem Verhalten bei Demenz**

### **Ziel/Hintergrund:**

Zu den Symptomen der Demenz gehören kognitive Beeinträchtigungen, Depressionen, Schlafstörungen und auch Verhaltensänderungen. Diese Verhaltensänderungen bei Demenz werden von Pflegekräften und Angehörigen als größte Herausforderung angesehen. Mehrere Studien sagen aus, dass Musiktherapie das Auftreten von herausforderndem Verhalten reduzieren kann.

Ziel der vorliegenden Studie war es zu untersuchen, ob Musiktherapie zur Mittagessenszeit bei Menschen mit Demenz die als problematisch empfundenen Verhaltensweisen von Demenz auch langfristig reduzieren kann.

### **Methode:**

Die Studie wurde in einer Altenpflegeeinrichtung in Taiwan mittels quasi-experimentellem Design durchgeführt. In einem Beobachtungszeitraum von insgesamt acht Wochen wurden 41 Menschen mit Demenz auf unangemessene Verhaltensweisen, bedingt durch die Demenz, beobachtet. Die Beobachtungen fanden täglich zwischen neun und einundzwanzig Uhr statt. In den ungeraden Wochen des Erhebungszeitraums wurde zur Mittagessenszeit keine Musik gespielt. In den geraden Wochen wurde zur Mittagessenszeit Musik abgespielt. Verhaltensänderungen der einzelnen Teilnehmer wurden mithilfe der chinesischen Version der Cohen-Mansfield Skala (CMAI) erhoben.

### **Resultate:**

Nach der Beobachtungsphase setzten acht Teilnehmer die Gewohnheit, Musik zu hören, fort, obwohl sie zuvor in der Altenpflegeeinrichtung keine Musik gehört hatten.

Bei der Gesamtaussage der Cohen-Mansfield Skala und bei verbal nicht-aggressiven Verhaltensweisen konnten keine signifikanten Veränderungen festgestellt werden.

Die Betrachtung von Teilaussagen der Cohen-Mansfield Skala zeigt eine signifikante Abnahme bei physikalisch-aggressivem und verbal-aggressivem Verhalten bei Menschen mit Demenz.

Es zeigte sich, dass eine Musiktherapie erst in der Folgewoche Verhaltensänderungen bei den Teilnehmern bewirkt.

Während der Beobachtungsphase erwähnten die Pflegekräfte mehrmals, beobachtet zu haben, dass bei musischer Untermalung der Mittagessenszeit zügiger gegessen wurde.

### **Schlussfolgerungen:**

Im Rahmen der Studie wurde die Teilnehmergruppe über einen Zeitraum von zwei Monaten dahingehend beobachtet, ob sich physikalisch und verbal aggressives Verhalten beim Einsatz von Musiktherapie positiv ändern.

Es konnte eine signifikante Reduktion unangemessener Verhaltensweisen bei den Teilnehmern festgestellt werden. Das Arbeitsaufkommen der Pflegekräfte während der Mahlzeiten wurde durch die Abnahme von verbal und physikalisch aggressivem Verhalten positiv beeinflusst.

Die Forscher empfehlen daher den Einsatz von Musiktherapie während der Mahlzeiten.

Die Autoren legen jedoch nahe, bei zukünftigen Studien zu dieser Forschungsfrage eine Kontrollgruppe und mehrere Pflegeeinrichtungen mit einzubeziehen und eine „Rund um die Uhr“ Beobachtung zu ermöglichen, damit detailliertere Ergebnisse ermittelt werden können.

Zudem wird empfohlen zusätzlich zu der Cohen-Mansfield Skala auch Instrumente einzusetzen, die emotionsbezogene Veränderungen (zum Beispiel Veränderungen des Gesichtsausdrucks) bei den Teilnehmern messen. Angeregt wird auch zu erforschen, ob die Mahlzeiten bei musischer Untermalung tatsächlich zügiger aufgegessen werden.

**Quelle: Fang Yu Chang, Hui-Chi Huang, Kuan-Chia Lin and Li-Chan Lin (2010) The effect of a music programme during lunchtime on the problem behavior of the older residents with dementia at an institution in Taiwan. Journal of clinical nursing, 19, 939-948**



## 21. „Namaste“ verbessert das Wohlbefinden von Menschen mit schwerer Demenz

### **Ziel/Hintergrund:**

In den letzten zehn Jahren wurden viele Programme in Einrichtungen der besonderen Demenztbetreuung (SCU: Special Care Units) eingeführt, die in der Regel auf sozial aktive Menschen ausgerichtet sind. Bei fortschreitender Demenz nehmen soziale Aktivitäten ab, die Personen schlafen vermehrt, ziehen sich zurück. In diesem Fall erfolgt häufig eine Verlegung in allgemeine Pflegeumgebungen, in denen außer einer grundpflegerischen Versorgung wenig geschieht. Das „Namaste Pflegeprogramm“ (NCP) stellt einen Versuch dar, für Menschen mit schwerer Demenz, aber auch Patienten mit einer vergleichbaren Bedürftigkeit (Parkinson, Krebserkrankungen, COPD) ein spezifisches tagesstrukturierendes Angebot bereitzustellen und damit allen Beteiligten (besonders aber den PA) den Umzug akzeptabler zu machen.

### **Intervention:**

NCP wird einer Gruppe von sechs bis elf Personen mit schwerer Demenz an sieben Tagen der Woche vor- und nachmittags mit einer durchschnittlichen Anwesenheit von fünf Stunden täglich angeboten. Der Raum ist einfach und unterstimulierend eingerichtet. Mitarbeiter werden gezielt ausgesucht und auf die Betreuung vorbereitet. Es halten sich zwischen 1-2 Pflegenden beständig in dem Raum auf.

„Namaste“ ist ein Begriff aus dem Hindu und bedeutet „den Geist im anderen ehren“. In diesem Sinne werden alle Teilnehmer nach der Grundpflege einzeln und sehr persönlich willkommen geheißen; sie erfahren sodann eine gezielte, individuell bestimmte Aufmerksamkeit, wobei auf den Zusammenhang zwischen körperlicher Zuwendung und liebevoller Nähe besonderen Wert gelegt wird. Beispiele sind: Nägel schneiden, Haare kämmen, Musik hören, Aromaanwendungen, Füße baden und eincremen, Schnee zum Fühlen geben (viele Elemente könnte man als sensorische oder basal orientierte Stimulationen beschreiben). All diese Handlungen werden langsam, aufmerksam durchgeführt und der Person beschrieben. Handlungen sind demnach von einem beständigen (substitutiven) Dialog begleitet. Getränke und Süßigkeiten werden gereicht. Familienmitglieder werden an diesen Tätigkeiten nach Möglichkeit beteiligt.

### **Methode:**

86 Bewohnerinnen von sechs Einrichtungen eines Heimträgers konnten in die US-amerikanische Studie einbezogen werden. Die Studie bezieht sich auf die MDS-Unterlagen (Minimum Data Set) vor und 30 Tage nach der Intervention, ausgefüllt von den Pflegenden vor Ort. Es handelt sich um ein „within-group“ Design ohne Kontrollgruppe. Aus den Daten wurden abstraktere Konzepte abgeleitet bezüglich kognitiver Funktionen, Depressivität, Delirien und herausforderndem Verhalten.

### **Resultate:**

Die Daten für Depressivität und herausforderndem Verhalten wiesen kaum Unterschiede vorher und nachher auf. Allerdings reduzierte sich Apathie, Rückzug und soziale Interaktion nahm zu. Das Ausmaß von Agitiertheit verringerte sich in geringem Umfang. Delirien konnten seltener festgestellt werden, Angstlösende Medikamente wurden an weniger Tagen verabreicht.

### **Schlussfolgerungen:**

Trotz einiger methodischer Schwächen der Studie (Beschränkung auf MDS-Daten, keine Kontrollgruppe, within group design, keine Erhebung der Daten durch unabhängige Dritte) bestätigen die Ergebnisse die Selbsteinschätzungen der Pflegenden. Die friedliche Atmosphäre des Raumes sowie die persönliche Zuwendung tragen nach Meinung der Pflegenden zu einer Reduzierung des Stresses bei den Patienten deutlich bei. Anhand der

Körpersprache stellen die Pflegenden eine verbesserte Stimmung fest. Diese Befunde werden auch von den Angehörigen bestätigt.  
Interessant sind diese Ergebnisse im Kontext der deutschen Oase-Diskussion, die zu ganz ähnlichen Feststellungen Anlass gibt.

**Quelle: Simard J, Volicer L (2010) Effects of Namaste Care on Residents Who Do Not Benefit From Usual Activities. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias 25(1) 46-50**

## **22. Depressivität und Unruhe sagen schlechte Lebensqualität voraus**

### **Ziel/Hintergrund:**

Bestehende Studien haben folgende bestimmende Faktoren für Lebensqualität für Menschen mit Demenz hervorgehoben: neuropsychiatrische Symptome (herausforderndes Verhalten), Aktivitäten des täglichen Lebens, kognitive Funktionen und psychosoziale Faktoren. Von den ersteren gehen insbesondere Depressivität, Apathie, aber auch Angst und Unruhe mit negativer Lebensqualität einher. Die dagegen eingesetzten Psychopharmaka weisen aber gleichfalls negative Effekte auf. – Insgesamt zeigen Menschen mit Demenz in der häuslichen Pflege eine höhere Lebensqualität als Menschen in stationären Einrichtungen. Es wird angenommen, dass letztere einen höheren Schweregrad, mehr und schwerere neuropsychiatrische Symptome aufweisen und mehr Psychopharmaka erhalten. – Folgende Studie aus den Niederlanden untersucht bestimmende Faktoren (Determinanten) der Lebensqualität einer recht homogenen großen Gruppe von Menschen mit Demenz in Heimen.

### **Methode:**

Die Untersuchungsgruppe besteht aus BewohnerInnen von neun niederländischen Spezialeinrichtungen (Gelegenheitsstichprobe). Vorhandene Diagnosen wurden überprüft. Instrumente werden beschrieben, die Lebensqualität, neuropsychiatrische Symptome, den Einsatz von Psychopharmaka, die Schwere des Demenzgrades, die Selbständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens beschreiben. Analysemethoden werden beschrieben, um Zusammenhänge zwischen Lebensqualität und Alter, Geschlecht, Art und Schwere der Demenz, neuropsychologische Symptome, Lebensaktivitäten, Psychopharmaka zu ermitteln.

### **Resultate:**

290 Personen nahmen an der Studie teil. Männer zeigten einerseits mehr negative Affekte als Frauen, wiesen aber auch mehr positive Selbstbilder auf. Menschen mit sehr schwerer Demenz zeigten weniger psychotische (z.B. wahnhaft) Anteile auf, zeigten aber sehr viel mehr Apathie. 60% der Klienten erhielten mindestens ein Psychopharmakon. Lebensqualität schnitt schlecht ab für Menschen mit neuropsychiatrischen Symptomen, schwerer Demenz und Psychopharmaka. Die Art der Demenz wirkte sich nicht auf die Lebensqualität unterschiedlich aus. Bei Menschen mit mittelschwerer Demenz konnte ein Zusammenhang von Lebensqualität, Unruhe, Depressivität, psychotischen Anteilen, psychomotorischer Unruhe und Psychopharmaka hergestellt werden. Unruhe und Depressivität erwiesen sich als stärkste Faktoren (Prädiktoren) für schlechte Lebensqualität.

### **Schlussfolgerungen:**

50% der Lebensqualität lässt sich durch neuropsychiatrische Symptome, Psychopharmaka und den kognitiven Niedergang erklären. Bei mittelschwerer, nicht aber bei schwerer Demenz erwiesen sich Depressivität und Unruhe als entscheidende verschlechternde Faktoren. – Die Autoren diskutieren die Befunde in Bezug auf konkurrierende Untersuchungen, die eher Lebensaktivitäten und Demenzschweregrad als entscheidende Faktoren herausgestellt haben. –

Die Autoren vermuten: da Unruhe oft zur stationären Aufnahme führt und zugleich eine schlechte Lebensqualität erwarten lässt, wundert es nicht, dass Menschen im Heim eine schlechtere Lebensqualität aufweisen als Menschen in der häuslichen Pflege.

Bemerkenswert ist, dass sich die Art der Demenz nicht auswirkt: unterschiedliche Ätiologien (Krankheitsursachen) führen bei fortgeschrittener Demenz und Alter zu ähnlicher Lebensqualität.

**Quelle: Wetzels RB, Zuidema SU, de Jonghe JFM, Verhey FRJ, Koopmans RTCM (2010) Determinants of Quality of Life in Nursing Home Residents with Dementia. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 29, 189-197  
DOI:10.1159/000280437**

## 23. Lebensqualität ist besonders bei der Morgenpflege niedrig

### Ziel/Hintergrund:

Immerhin 14% aller Menschen mit Demenz in niederländischen Heimen leben lange genug, um vollständig abhängig zu werden und alle messbaren kognitiven und funktionalen Fähigkeiten zu verlieren (Reisberg-Stadium (FAST) 7). Etwa die Hälfte dieser BewohnerInnen versterben an Kachexie (Abmagerung) und Dehydration (Austrocknung) und unterscheiden sich damit in der Todesursache deutlich von Menschen mit Demenz, die früher versterben. – Bislang liegt kein einheitliches Verständnis darüber vor, was unter „schwerer Demenz“ zu verstehen ist (eine europäische Konsensuskommission ist dabei, ein solches Verständnis zu erarbeiten). Wenig ist bekannt über die neuropsychologischen Symptome dieser Gruppe (u.a. herausforderndes Verhalten, aber auch wahnhaftes Erleben, Agitiertheit, Apathie, Depressivität), Aussagen über Lebensqualität sind aufgrund mangelnder Sensitivität vorhandener Einschätzungsinstrumente kaum möglich. – Ein neues Einschätzungsinstrument zur Lebensqualität aus den Niederlanden (QUALIDEM) macht dies nach Aussage der Entwickler möglich. Vorliegende Studie untersucht eine Gruppe von Menschen mit schwerer Demenz bezüglich neuropsychologischer Symptome und Lebensqualität.

### Methode:

39 BewohnerInnen aus zwei Einrichtungen zur besonderen stationären Dementenbetreuung („Special Care Units“) erfüllten die Auswahlbedingungen: Mini Mental State Examination 0, keine Mobilität, vollständige Abhängigkeit in allen Aktivitäten des täglichen Lebens, Inkontinenz, Aphasie (weniger als fünf Worte). Die Daten wurden in zwei Zeiträumen von vier Wochen erhoben zu: neuropsychiatrischen Symptomen, Agitiertheit und Lebensqualität.

Im Instrument QUALIDEM werden 37 Fragen (items) durch professionell Pflegenden retrospektiv beantwortet. Diese 37 Fragen (jeweils mit vier Antwortmöglichkeiten) werden in neun Lebensqualitätsdimensionen zusammengefasst. 18 dieser Fragen lassen sich auch für Menschen mit schwerer Demenz anwenden.

### Resultate:

85% der untersuchten BewohnerInnen wiesen keine klinisch relevante Agitiertheit auf (CMAI [Cohen-Mansfield-Agitation-Inventary] mehr als 44), dennoch wiesen vier von fünf einzelne Agitiertheitssymptome auf. Diese waren zumeist Vokalisieren (44%), andere Personen anfassen, repetitive Stereotypen. 79% der Personen zeigten neuropsychiatrische Symptome, von diesen wiederum wiesen 87% mehr als vier Symptome auf: Am häufigsten Apathie (64%), Angst (31%) sowie Agitiertheit und repetitive Stereotypen mit je 18%. Die meisten dieser Verhaltensweisen traten im Kontext der Morgenpflege auf.

Anhand von QUALIDEM konnten an positiven Merkmalen festgestellt werden: nimmt Hilfe an (79%), reagiert positiv auf Kontakt (67%), freut sich über die Mahlzeit (64%); und an negativen Merkmalen: ängstlicher Gesamtausdruck (64%) und angespannte Körperhaltung (72%).

### Schlussfolgerungen:

Apathie und Agitiertheit stechen bei den neuropsychiatrischen Symptomen heraus, die besonders im Kontext der morgendlichen Pflege durch Vokalisieren, Anfassen und repetitive Stereotypen auffallen. Die Ergebnisse von QUALIDEM ergeben ein mittleres Niveau von Lebensqualität: die Pflegebeziehungen stellen sich positiv dar, negativer Affekt und soziale Isolation sind eher gering; allerdings fallen soziale Beziehungen eher niedrig aus und es konnte wenig positiver Affekt beobachtet werden.

Die Ergebnisse werden mit denen anderer Studien verglichen, die zum Teil zu recht anderen Ergebnissen gekommen sind: in anderen Studien beeindruckte eher die Rastlosigkeit/Unruhe, nicht die Apathie. Wiederum andere Studien unterstützen die Ergebnisse z.B.

dahingehend, dass herausforderndes Verhalten in besonderem Maße während der Morgenpflege vorkommt.

Insgesamt gehen die hohen Einschätzungen zur Pflegebeziehung einher mit den niedrigen Werten für agitierte Verhaltensweisen und erklären das Vorhandensein der letzteren als Ausdruck des „Widerstands gegen Pflegemaßnahmen“. Geringe soziale Beziehungen gehen mit der Schwere der Demenz einher: dies wird u.a. mit der zunehmenden Aphasie der BewohnerInnen erklärt.

Abschließend plädieren die Autoren für einen verstehenden Zugang, der Verhalten als Ausdruck unterfüllter Bedürfnisse oder Schmerzen erklärt. Insbesondere die Gestaltung der Morgenpflege bedarf der sorgfältigen Beachtung.

**Quelle: Koopmans TCM, van der Molen M, Raats M, EttemaTP (2009) Neuropsychiatric symptoms and quality of life in patients in the final phase of dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry, 24: 25-32**