



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

Newsletter und Forschungsmonitoring 2/2013

Gefördert durch

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



LANDESVERBÄNDE
DER PFLEGEKASSEN

© Landesinitiative Demenz-Service NRW 2013
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Department Pflegewissenschaft,
Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) (ViSdP: Detlef Rüsing)
Stockumer Str. 10 • 58453 Witten
Telefon +49 (2302) 926306 • Fax +49 (2302) 926310
dialogzentrum@uni-wh.de
www.dialogzentrum-demenz.de
<http://www.facebook.com/DialogzentrumDemenz>
<https://twitter.com/DemenzDialog>
www.demenz-service-nrw.de

Sehr geehrte Nutzer des DZD-Forschungsnewsletters,

viel ist passiert im und um das Dialog- und Transferzentrum Demenz. Das DZD nutzt verstärkt die digitalen Medien, um Wissen aus dem Bereich der Versorgung von Menschen mit einer Demenzerkrankung zu verbreiten (siehe dazu Wissenstransfer 2.0) und nutzt die digitalen Medien, um ins Gespräch mit anderen zu kommen und dadurch „neues“ Wissen zu generieren.

Parallel dazu forscht das DZD als Institution in der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke selbst im Bereich der Versorgung und Betreuung von Personen mit einer Demenzerkrankung. Als sich das DZD im Jahr 2005 als Baustein der Landesinitiative Demenz-Service NRW (www.demenz-service-nrw.de) gründete, haben wir uns nicht zu träumen erhofft, dass es eine Zeit geben würde, in der wir als eigenständiges Institut der Universität Witten/Herdecke unter dem Dach des Departments Pflegewissenschaft derart von der interessierten Öffentlichkeit wahrgenommen werden. Diese Anerkennung zeigt sich in Projekten sowohl des Wissenstransfers selbst als auch in Projekten der Generierung von Wissen, gefördert von Politik, Organisationen und Stiftungen. Im Herbst dieses Jahres zeigte sich die fachliche Anerkennung zudem durch den Gewinn des Agnes-Karll-Preises für herausragende innovative Projekte im Bereich der professionellen Pflege. Dabei lautete in diesem Jahr das Thema: „Von der Pflegepraxis über die Pflegewissenschaft in die Pflegepraxis“. Das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) gewann den Preis für sein Konzept des „Wissenstransfers 2.0“; überflüssig zu erwähnen, dass wir uns darüber sehr gefreut haben!

Eines der wesentlichen Ziele für das Jahr 2014 besteht darin, noch mehr Leser auf unser Angebot im Bereich der Vermittlung von praxisrelevanten Erkenntnissen aus Demenz- und Versorgungsforschung aufmerksam zu machen und dabei den Grad an Interaktion mit Ihnen persönlich zu erhöhen. Daneben würden wir es auch begrüßen, wenn noch mehr (Gast-)Autoren für unseren Blog schreiben würden. Vielleicht kann sich ja die ein oder andere Person von Ihnen vorstellen, einmal einen (Gast-)Beitrag auf unserem Blog zu veröffentlichen, etwa Ihre persönliche Meinung zu einem Thema wie die Diagnose bei Alzheimer. Oder Sie schildern uns aus Ihrer persönlichen Perspektive beispielsweise Ihre Erfahrungen mit solchen herausfordernden Verhaltensweisen wie „Rufen und Schreien“. Denn das ist u. a. in der ambulanten Versorgung ein wirklich ernstzunehmendes Problem, nicht nur in der direkten professionellen Pflege, sondern durchaus auch auf der Leitungs- und Management-Ebene. Ihre Vorschläge zu einen Gast-Beitrag können Sie übrigens an folgende E-Mail-Adresse senden: dialogzentrum@uni-wh.de.

Einige Projekte des DZD wurden im Laufe dieses Jahres abgeschlossen und einige neue Projekte gestartet. Im Folgenden finden Sie dazu einige kurze Meldungen.

Am 28. Februar des nächsten Jahres veranstaltet das Dialogzentrum den 2. Newsletterday zum Thema „Emotionen erkennen bei Demenz“, auf den wir uns hier besonders freuen.

Last but not least senden wir Ihnen hiermit den von einigen ungeduldig erwarteten aktuellen Forschungsnewsletter mit spannenden Studien, welcher sich im In- und Ausland immer größerer Beliebtheit erfreut.

Sie sehen, es ist viel zu tun und es geht weiter ...

Wir danken allen interessierten Bürgern, Förderern und Fachleuten für Ihr Interesse an unserer Arbeit.

Insbesondere danken wir der nordrhein-westfälischen Landesregierung und dem Verband der Pflegekassen NRW, welche das DZD als Institution des Wissenstransfers im Rahmen der Landesinitiative seit der Gründung bis zum heutigen Tage fördern.

Das Team des Dialog- und Transferzentrums Demenz wünscht Ihnen und Ihren Familien eine gute Zeit über die Feiertage

Ihr

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'D. Rüsing'. The signature is stylized with a long horizontal stroke at the end.

Detlef Rüsing
(Leiter DZD)

Newsletter DZD 2/2013

Willkommen zum fünfzehnten 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 fördern. 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). Das Dialogzentrum ist eine Säule der „Landesinitiative Demenzservice NRW (www.demenz-service-nrw.de)“.

Neues aus dem Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

1. Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) erhält den Agnes-Karll-Preis

Beim fünften Niederrheinischen Pflegekongress im September 2013 wurde abermals der Agnes-Karll-Pflegepreis für herausragende Projekte im Bereich der professionellen Pflege überreicht. Dabei lautete in diesem Jahr das Thema: „Von der Pflegepraxis über die Pflegewissenschaft in die Pflegepraxis“.

Der Agnes-Karll-Pflegepreis für herausragende Projekte im Bereich der professionellen Pflege geht 2013 an das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) an der Universität Witten/Herdecke. Das DZD an der Universität Witten/Herdecke wurde für das Projekt "Wissenstransfer 2.0" ausgezeichnet.

Mit dem Agnes-Karll-Pflegepreis soll insbesondere die Gegenseitigkeit von Pflegewissenschaft und Pflegehandeln beleuchtet werden. Gesucht wurden bei dem diesjährigen Wettbewerb Beispiele, die anhand von Beispielen in besonderer Weise aufzeigen, dass Theorie und Praxis sich als zwei Formen professionellen Berufsverständnisses wechselseitig bedingen und auf gemeinsame Ziele ausgerichtet sind. Hinzu kommt die Tatsache, dass im Berufsfeld Pflege auch weiterhin ein großer Bedarf darin besteht, mit Hilfe von Online-Portalen und Wissensmedien neueste wissenschaftliche Erkenntnisse für die Pflege nutzbar zu machen.

Dieser Preis hat uns wirklich berührt und auch ein wenig stolz gemacht!

Link:

<http://dzd.blog.uni-wh.de/agnes-karll-pflegepreis-2013-fur-projekt-wissenstransfer-2-0/>

2. Tagung am 28. Februar 2014: „Gefühle lesen. Erkennen von Emotionen in der Pflege Demenzerkrankter“

Wissen Sie, wie Sie passender auf Gefühlsausbrüche im Pflegealltag reagieren können? Worauf kommt es eigentlich im professionellen Umgang mit Emotionen in der Pflege an? Genau mit solchen Fragestellungen werden wir uns bei unserer nächsten Tagung beschäftigen. Das Dialogzentrum Demenz veranstaltet am 28.02.2014 an der Universität Witten/Herdecke die Tagung "Gefühle lesen. Erkennen von Emotionen in der Pflege Demenzerkrankter".

Bei der Tagung wird das Erkennen von Emotionen aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet: Zunächst aus der Sicht der Neurobiologie ("Demenz und Emotionen – Wichtige Ergebnisse der Forschung aus neurobiologischer Perspektive"), dann selbstverständlich auch verstärkt mit praktischem Bezug ("Das Projekt Demian – Warum besondere Momente für Menschen mit Demenz wichtig sind") und schließlich auch eher unkonventioneller am Beispiel des Clowns: "Beziehungsarbeit und Humor". Erfahren Sie mehr: Hier geht es zum Flyer:

<http://dzd.blog.uni-wh.de/files/2013/12/DZD-Newsletterday-28-02-2014.pdf>

Passend zu dem Schwerpunkt der Tagung wird es außerdem ab Januar 2014 eine neue Reihe mit dem Titel "Das kleine ABC der Emotionsforschung" auf unseren Blog geben, in der wir Ihnen bereits im Vorfeld wichtige Begriffe und Konzepte aus der

Emotionsforschung vorstellen, die Ihnen hoffentlich wichtige Impulse für die Praxis vermitteln.

Seien Sie also gespannt auf diese neue Reihe auf unseren Blog, die ab Januar 2014 startet, und auf die darauf folgende Tagung!

3. Das „Demenzei“ des Monats; mehr Diskussion mit einem neuen Video-Format

Im Dezember 2013 starteten wir auf unserem Blog sowie in YouTube, Facebook und Twitter die Reihe „Das Demenzei des Monats“. Unter diesem – zugegebenermaßen etwas skurrilen Titel - stellen wir Ihnen in der Form von kleineren Video-Beiträgen Fragen zu Themen aus dem Bereich der Versorgung/Betreuung Demenzerkrankter und kommen so mit Ihnen direkter in den Austausch. Bei dem ersten „Demenzei“ geht es um das Thema „Diagnostik bei Alzheimer“.

Wir stellten zwei Fragen zu diesem Thema.

1. Angenommen Sie hätten erste mögliche Symptome einer Demenzerkrankung. Würden Sie ohne weiteres zum Arzt gehen?
2. Stellen Sie sich vor, es wäre jetzt schon möglich, Menschen im frühesten Kindesalter auf Alzheimer untersuchen zu lassen. Wie stehen Sie persönlich zu dieser Art von Frühdiagnostik?

Wir haben bereits zahlreiche Antworten zu diesen Fragen von Ihnen erhalten und werden das Demenzei ab Januar 2014 einmal pro Monat mit weiteren Fragen fortsetzen, um mit Ihnen im nächsten Jahr noch häufiger in den direkten Austausch zu kommen.

Link: <http://dzd.blog.uni-wh.de/das-demenzei-des-monats-horspiel-und-buch-gewinnen/>

4. Mitarbeiter (Marcus Klug) des DZD produziert Hörspiel zum Thema „Diagnostik bei Alzheimer“

Passend zu diesem Schwerpunkt haben wir auch ein Hörspiel produziert, welches über unseren SoundCloud-Kanal frei erhältlich ist (Link: <https://soundcloud.com/dialogzentrum-demenz>). Der Titel des Hörspiels lautet „Alzheimer mit dem Spürsinn von Sherlock Holmes auf der Spur“. Dabei wird anhand der Krankheitsgeschichte von Frau B. (eine fiktive Figur) die Diagnose Alzheimer hinterfragt. Das Hörspiel ist als eine Art von Wissenskrimi angelegt, da sich bei der Krankheitsgeschichte von Frau B. im Laufe der Zeit herausstellt, dass es nicht so ist, wie es zunächst scheint ...

Der Hintergrund: Es gibt tatsächlich aktuell mehr als 50 Krankheiten, die ähnliche Symptome wie die einer Demenz aufweisen. Von einer wirklich verlässlichen Diagnose sind wir daher in der Praxis noch relativ weit entfernt. Erst nach dem Tode kann man derzeit beispielsweise eine wirklich verlässliche Diagnose von Alzheimer stellen.

5. DZD beendet zweite Oaseevaluation in NRW

Im Herbst des Jahres hat das DZD nach der Pflegeoase für Demenzerkrankte der Diakonie Bethanien in Solingen die zweite großanlegte Vergleichsstudie zur Pflegeoase für Demenzerkrankte in Telgte unter der Trägerschaft der Caritas Seniorenheime Betriebsführungs- und Trägerschaft GmbH abgeschlossen und arbeitet derzeit an der Berichtsstellung für das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) als Auftraggeber der Studie. Die wesentlichen Ergebnisse wurden am 28.10.2013 auf der Abschlussveranstaltung in Telgte präsentiert.

6. DZD beendet Evaluation der Landesinitiative Demenz-Service NRW

Das DZD hat im August 2013 die dreijährige Evaluation der bundesweit einzigartigen Landesinitiative-Demenz-Service NRW beendet. Schwerpunkte der Evaluation lagen in der Tätigkeitsbeschreibung, der wissenschaftlichen Begleitung und Messung möglicher Effekte der drei Kernbestandteile der Initiative (Demenz-Servicezentren, Niedrigschwellige

Angebote, Wohnberatungsagenturen). Wir danken den Auftraggebern (Pflegeministerium NRW und Pflegekassen NRW) für das Vertrauen.

7. DZD erstellt Literaturrecherche zur Problematik der Tag-Nacht-Umkehr bei Demenz

Das DZD hat im Auftrag der Bruderhaus Diakonie und der Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg eine internationale Literaturrecherche zur Problematik der Tag-Nacht-Umkehr bei Demenzerkrankten erstellt (TaNaDe).

8. DZD beendet Evaluation des Betreuungsangebotes „Katjuschas Träume (KATJA)“ für an Demenz erkrankte russische Migrantinnen

Das DZD hat über einen Zeitraum von einem Jahr ein Niedrigschwelliges Angebot für an Demenz erkrankte russische Migrantinnen in Trägerschaft der Diakonie Düsseldorf evaluiert. Nähere Informationen zum Projekt erhalten Sie hier:

<http://www.zentrum-plus-diakonie.de/garath/regelmaessige-angebote/katjuschas-traeume>

9. DZD übernimmt wissenschaftliche Begleitung des Projektes „Gastfamilien für Demenzerkrankte“

Das DZD hat die dreijährige wissenschaftliche Begleitung des Projektes „Gastfamilien für Demenzerkrankte (GasD)“ unter der Trägerschaft der Diakonie Düsseldorf übernommen. Nähere Informationen zum Projekt selbst finden Sie unter folgendem Link:

http://www.diakonie-duesseldorf.de/uploads/tx_didbasic/Information_Gastfamilien_f%C3%BCr_Menschen_mit_Demenz_gesucht.pdf

10. DZD sucht wissenschaftliche Mitarbeiterin (50%-Anteil, befristet bis Dezember 2014) ab sofort

Das DZD sucht ab dem nächstmöglichen Zeitpunkt (Januar 2014 – Dezember 2014) eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter für das Projekt „Wissenstransfer“ im Rahmen der Landesinitiative Demenz-Service NRW. Trauen Sie sich! Die Stellenausschreibung finden Sie hier: <http://www.uni-wh.de/aktuelles/stellenangebote/job/angebot/show/Job/379/>

11. DZD erweitert Konzept des „Wissenstransfer 2.0“ - Monitoring und Ausblick

Wahrscheinlich werden einige von Ihnen schon einmal auf unseren Blog gewesen sein, der unter der Adresse www.dialogzentrum-demenz.de seit Ende 2012 erreichbar ist. Oder Sie haben sich einzelne unserer Aktivitäten in Facebook, Twitter oder YouTube genauer angeschaut.

Entscheidend ist bei diesen Aktivitäten, dass unser Fokus in diesen Kanälen auf dem Wissenstransfer liegt. Bis Ende 2014 lautet unser Auftrag seitens des nordrhein-westfälischen Pflegeministeriums und der Pflegekassen NRW, das Internet und soziale Medien verstärkt dazu zu nutzen, relevante Erkenntnisse aus der Demenz- und Versorgungsforschung in multimedialer Form von der Forschung hin zur Praxis zu befördern und mehr professionellen Pflegekräften und Entscheidern dieses Wissen zugänglich zu machen.

Dass wir uns dabei scheinbar auf dem richtigen Weg befinden, belegt etwa die Tatsache, dass wir bereits im September 2013 unter dem Projekt-Titel „Wissenstransfer 2.0“ den Agnes-Karll-Pflegepreis für besonders innovative Wissensvermittlungsprojekte gewonnen haben.

Im Sommer dieses Jahres (Juli 2013) haben wir uns einmal die Mühe gemacht, unsere Aktivitäten im Internet genauer zu analysieren und auszuwerten. Die wichtigsten Ergebnisse möchten wir Ihnen nun an dieser Stelle mitteilen. Dabei werden wir zunächst die jüngsten Entwicklungen innerhalb unserer Social Media-Aktivitäten voranstellen, damit Sie einen Vergleichsmaßstab haben.

Folgende Fragen werden in diesem Kurzbericht bearbeitet:

- Wie erfolgreich waren wir bis dato mit unseren Social Media-Aktivitäten?
- Wo lagen die Schwerpunkte?
- Wie sehen die jüngsten Entwicklungen aus?
- Was ist für das erste Quartal des Jahres 2014 im Social Web geplant?

Bei der Analyse und Auswertung unserer Social Media-Kanäle standen zudem folgende Fragen im Vordergrund:

- Welche Personen interessieren sich für unsere Inhalte?
- Wie viele Personen lesen unsere Beiträge?
- Welche Dialoggruppen dominieren?
- Was waren die beliebtesten Beiträge und Themen?
- Und wie steht es um einzelne Interaktionen, etwa Diskussionen anhand einzelner Video-Beiträge auf Facebook?

Die Ergebnisse aus unserem ersten Social Media-Monitoring beziehen sich auf den Zeitraum von Oktober 2012 bis Juli 2013, da der erste Blog-Eintrag am 23. Oktober 2012 veröffentlicht worden ist. **Unter einem Blog versteht man übrigens im Gegensatz zu anderen Web-Auftritten von Unternehmen ein zumeist öffentlich einsehbares Tagebuch oder Journal.** Bei dem Blog des DZD handelt es sich vor diesem Hintergrund am ehesten um ein fortlaufendes Wissensmagazin.

Wir vermitteln innerhalb dieses Wissensmagazins in unseren verschiedenen Social Media-Kanälen (u. a. Facebook, Twitter und YouTube) praxisrelevantes Wissen und Informationen aus der Demenz- und Versorgungsforschung in multimedialer Form. Dazu gehören u. a. Video-Beiträge, Tagebucheinträge, Hörspiele, Veranstaltungshinweise, Tagungsbände, Interviews oder Hintergrundberichte.

Aktuell (Dezember 2013) erreichen wir mit den Aktivitäten auf unserem Blog knapp 4.000 Personen pro Monat. Auf Facebook folgen uns 90 Personen, auf Twitter haben wir 99 Follower, in YouTube wurden unsere Video (derzeit insgesamt 11 Beiträge) insgesamt 1.994 mal aufgerufen. Zum Vergleich: Im Juli 2013 waren 2.190 Besucher auf unserem Blog unterwegs, auf Facebook folgten uns 66 Personen, auf Twitter 47 Follower, und in YouTube wurde unser Angebot bis dato 1.405 mal aufgerufen.

Anvisiertes Ziel bezüglich des Traffics auf unserem Blog sind bis Ende 2014 auf 10.000 Personen pro Monat und ebenfalls eine Steigerung der Aktivitäten auf unseren weiteren Social Media-Kanälen wie u. a. Facebook und YouTube.

Was uns aber noch wesentlich wichtiger ist als derartige Ziele, ist der direktere Austausch mit Ihnen persönlich. Folglich wollen wir zukünftig mit Ihnen persönlich noch mehr diskutieren bzw. in den direkteren Dialog treten.

Die wichtigsten Ergebnisse des ersten Social Media-Monitorings

Nun aber die wichtigsten Ergebnisse aus unserem ersten Social Media-Monitoring, welches den Zeitraum von Oktober 2012 bis Juli 2013 umfasste:

- Wir werden vor allem von professionellen Pflegekräften, Entscheidern aus der Gesundheitsbranche sowie von Pflegewissenschaftlern, beratenden Personen (etwa Beratungs-Angebote für pflegende Angehörige) und pflegenden Angehörigen gelesen.
- Rein geschlechterspezifisch überwiegt dabei der Anteil an Frauen. So lag etwa im Juli 2013 der Anteil an Frauen in unseren Facebook-Kanal bei 75% und der Anteil an Männern dementsprechend bei 25%.
- Ebenfalls aufschlussreich ist sicherlich auch die Verteilung der Altersgruppen: Auf Facebook dominierten vor diesem Hintergrund beispielsweise folgende zwei Gruppen:
 - 45 bis 54 Jahre zu 25%
 - 35 bis 44 Jahre zu 23%
- Die meisten Personen, die unsere Aktivitäten häufiger verfolgen, kommen aus NRW (auf Facebook und Twitter), was sicherlich vor allem damit zusammenhängt, dass sich unser Institut an der Universität Witten/Herdecke befindet.
- Interessanterweise deckt sich dieses Ergebnis allerdings nur zum Teil mit jenen Personen, die dagegen mehr das Geschehen auf unseren Blog verfolgen. Im Juli 2013 stammten die meisten Leser auf unseren Blog nicht nur aus Deutschland, sondern auch aus Montenegro (das ist eine Republik an der südöstlichen Adriaküste in Südosteuropa, wo zum Teil auch Deutsch gesprochen wird), der Schweiz, China und aus Österreich.

Was uns außerdem beim Monitoring ganz besonders interessierte, war die Frage, welche Beiträge und Themen – etwa auf unseren Blog – bis dato auf die größte Resonanz gestoßen sind.

Was glauben Sie? Denken Sie dabei an den Zusammenhang von Wissenschaft und Pflege. Für welches Wissen bzw. für welche Wissensschwerpunkte interessieren sich Pflegekräfte ganz besonders? Das sind ja zumeist Themen, die mit der Lösung von Problemen zusammenhängen, und die vor allem praxistauglich sind.

Tatsächlich stammt der beliebteste Beitrag auf unseren Blog von Dr. Hans-Werner Urselmann mit dem Titel „Schreien oder Rufen: eine echte Herausforderung für Pflegende“. Im Juli 2013 hatten diesen Beitrag bereits 3.570 Personen gelesen. In der professionellen Pflege stellt „Schreien oder Rufen“ sicherlich eine echte Herausforderung dar, und es gibt zu diesem Thema in der Forschungsliteratur nur sehr wenig Fachliteratur: Es handelt sich also noch um ein echtes wirklich wichtiges Nischenthema für die erweiterte Reflexion dieser herausfordernden Verhaltensweise. (Siehe dazu folgenden Link:

<http://dzd.blog.uni-wh.de/schreien-oder-rufen-eine-echte-herausforderung-fur-pflegende-ein-vortrag-von-hans-werner-urselmann/>.

Weitere Beiträge und Serien, die sich großer Beliebtheit auf unseren Blog erfreuen, ist das täglich erscheinende [Demenztagebuch von Katja Hörter](#) (darin reflektiert die studierte Sozialarbeiterin und Kunsttherapeutin Katja Hörter die Pflege ihrer demenzkranken Großmutter in ihrem letzten Lebensjahr), unser [Forschungsnewsletter](#) sowie einzelne Beiträge aus den beiden „[Soziale Medien in der Vermittlungspraxis](#)“ und „[Selbstmanagement in der Pflege](#)“.

Was ist im Social Web für das erste Quartal 2014 geplant?

Insbesondere zum Management-Thema wird zu Beginn des nächsten Jahres (Anfang 2014) ein E-Book mit voraussichtlich folgendem Titel erscheinen „Selbstmanagement in der professionellen Pflege“. Darin erfahren Sie nicht nur, wie modernes Selbstmanagement funktioniert, wie Sie für mehr Entlastung im häufig stressigen Pflegealltag sorgen können, sondern es geht zudem auch darum, diese Themen auch im wissenschaftlichen Sinne auf eine Weise zu hinterfragen, von der Sie insbesondere bei verzwickteren Problemen in der professionellen Versorgungspraxis profitieren können: etwa die Frage, inwieweit Persönlichkeit und Gewohnheiten mit äußeren Arbeitsanforderungen abgeglichen werden können, und was die moderne Persönlichkeitspsychologie und Hirnforschung dazu sagen. Seien Sie also gespannt auf unser Anfang nächsten Jahres erscheinendes E-Book zum Schwerpunkt Selbstmanagement. Bis dahin empfehle ich Ihnen dazu folgenden Link: <http://dzd.blog.uni-wh.de/category/selbstmanagement-in-der-pflege/>.

Wir haben außerdem für Sie im nächsten Jahr einen neuen Schwerpunkt auf unseren Blog, nämlich „Das kleine ABC der Emotionsforschung“. Am **28. Februar 2014** wird zu diesem Schwerpunkt auch eine Tagung unter dem Titel „Gefühle lesen. Erkennen von Emotionen in der Pflege Demenzerkrankter“ an der Universität Witten/Herdecke stattfinden. Über diese Tagung werden wir Sie selbstverständlich auf unseren Blog und in unseren verschiedenen Social Media-Kanälen wie u. a. Facebook und Twitter genauer informieren. Zwei Monate vor der Tagung machen wir Sie bereits zuvor mit grundlegenden Begriffen und Konzepten aus der Emotionsforschung vertraut, die Sie insbesondere im professionellen Umgang mit Emotionen für einzelne Probleme sensibilisieren, etwa wenn Sie sich persönlich fragen, wie Sie zukünftig besser mit einzelnen Gefühlsausbrüchen von Demenzkranken umgehen können. In diesem Zusammenhang wird sich u. a. der Pflegewissenschaftler und Philosoph Christian Müller-Hergl, der Spezialist für das Thema Demenz ist, in einer kleineren Serie mit der Beziehung von Demenz und Emotionen beschäftigen.

Neues aus der Uni Witten/Herdecke

1. Menschen mit Demenz im Krankenhaus: Perspektiven der Pflegenden. Neue transferplus-Ausgabe ab sofort kostenlos erhältlich

Die Behandlung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus stellt alle Beteiligten vor große Herausforderungen. Auch Pflegende sind dabei besonderen Belastungen ausgesetzt und stoßen nicht selten an ihre Grenzen. Das neu erschienene Themenheft „transferplus“ stellt aktuelles Fachwissen und (inter-)nationale Praxisbeispiele zur Versorgung von demenziell erkrankten Patienten im Krankenhaus vor.

Wenn demenziell veränderte Menschen im Krankenhaus behandelt und betreut werden müssen, bedeutet das für sie selbst, aber auch für ihre Angehörigen und für das Pflegepersonal eine besondere Belastung. Oftmals fehlen nicht nur Zeit und demenzspezifische Kenntnisse, sondern auch übergreifende Konzepte, um die Pflege dieser Patienten im Stationsalltag angemessen bewältigen zu können. Die neue Ausgabe des g-plus-Themenheftes transferplus widmet sich dieser Herausforderung und zeigt an Modellprojekten und neuen Forschungsergebnissen zum Thema „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ exemplarisch auf, welche Veränderungsprozesse für Pflegende und ihre Einrichtungen möglich und notwendig sind.

Das Heft beinhaltet Beiträge des Symposiums „Demenz im Krankenhaus: Perspektiven der Pflegenden“, das das Institut g-plus am Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke am 3. Mai 2013 in Witten veranstaltete, unterstützt von der Robert Bosch Stiftung. Auch eine Zusammenfassung des Diskussionsforums „Welt-Café“, die die Diskussionen und den Austausch der Veranstaltungsteilnehmer abbildet, ist enthalten – und zeigt damit praxisnah, welche Ideen und Anregungen für „demenzfreundlichere“ Krankenhäuser sich Pflegende im Klinikalltag wünschen.

Ab sofort ist die neue transferplus-Ausgabe kostenlos erhältlich: www.g-plus.org

Liebe Leserinnen und Leser,
das war in Kürze ein Ausschnitt der Tätigkeiten des DZD in den letzten Monaten.
Bleiben Sie uns gewogen ...,

Ihr Team des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD)

Gergana Ivanova
Marcus Klug
Britta Koch

Christian Müller-Hergl
Detlef Rüsing

Forschungsmonitoring 2/2013

Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Dezember 2013

Inhaltsverzeichnis

Editorial	15
1. Schrittweiser Verlust der Selbstgewissheit hilft, unverständliche Handlungen und Äußerungen zu rekonstruieren.....	19
2. Menschen mit Demenz passen ihr Selbst aktiv den veränderten Umständen an	23
3. Hyperaktive und psychotische Symptome weisen im Krankheitsverlauf eine zunehmende Stabilität auf	26
4. Alter und Schweregrad bei Diagnosestellung sowie Demenzart sagen eine kürzere Lebenserwartung voraus	28
5. ‚Halluzination‘ wird von professionellen Mitarbeitern verwendet, um nicht nachvollziehbares Verhalten zu beschreiben.....	30
6. Apathie ohne Depression stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz dar	33
7. Pflegende und Ärzte greifen bei herausforderndem Verhalten in der Praxis gerne auf Psychopharmaka zurück	35
8. Die kontinuierliche Einnahme psychotroper Drogen geht mit rapiden Demenzverläufen einher.....	37
9. Qualitätsindikatoren müssen die Schwere der Demenz und den Einrichtungstyp besser berücksichtigen.....	39
10. Das soziale Milieu stellt im Urteil der professionell Pflegenden und der Familien den wichtigsten Umweltfaktor dar	41
11. Leichter bis mäßiger Rotweingenuss geht mit verringertem Demenzrisiko einher	43
12. Freizeitaktivitäten tragen dazu bei, dem Leben mit Demenz Sinn und Hoffnung zu geben	45
13. Über den Tag verteilte Aktivitäten reduzieren Agitiertheit und Stürze.....	47
14. Verheiratet zu sein verringert die Wahrscheinlichkeit einer schnellen Heimaufnahme	49
15. Die gegenwärtige Situation ist bei Entscheidungen zu lebensverlängernden Maßnahmen wichtiger als Patientenverfügungen	51
16. Religiösität, Kompetenz und geringe Rollengefangenschaft gehen damit einher, Pflege sinnvoll und bedeutsam zu erleben.....	53
17. Wahrnehmungstraining der Pflegenden verbessert die Lebensqualität von Menschen mit schwerer Demenz.....	55
18. Internet-basierte Lernprogramme für den Umgang mit herausforderndem Verhalten zeigen nachhaltigen Erfolg.....	57
19. Integrierte emotions-orientierte Pflege kann gut umgesetzt werden und nimmt nicht mehr Zeit in Anspruch.....	59
20. Die Aussichten, eine ausreichende Kapazität für die Versorgung von Menschen mit Demenz zu schaffen sehen düster aus.....	61
21. Stress trägt dazu bei, Menschen mit Demenz für ihr Verhalten verantwortlich zu machen	64

Editorial

Liebe Interessierte,

wie immer weisen wir Sie darauf hin, dass es sich bei den Zusammenfassungen der Studien um den Versuch handelt, teils komplizierte Sachverhalte in einfacher Sprache und stark verkürzt auf die Kernaussagen darzustellen. Das Lesen dieses Monitorings ersetzt natürlich nicht die Lektüre der Originalarbeiten. Aus diesem Grunde finden Sie – wie immer – jeweils am Ende der Zusammenfassung die bibliografischen Angaben der Originalstudie. Des Weiteren können Sie auf den Seiten des DZD ein Glossar zu Fachbegriffen herunterladen. (www.dialogzentrum-demenz.de).

Das Wissensfeld um die Versorgung und Pflege von Menschen mit Demenz nimmt zu. Dies ist vor allem durch die im internationalen Kontext kaum noch überschaubare Fülle von Studien sichtbar. Inzwischen erscheinen viele systematische Literaturübersichten, die Studien zusammenfassen und Einsicht in die vorliegende Evidenz vermitteln. Trotz dieser Fülle gewinnt man den Eindruck mannigfacher Wiederholungen und oft wenig direkt nutzbarer neuer Erkenntnis. In diesem Newsletter unternehmen wir wieder den Versuch, aus der Fülle einige Studien herauszugreifen, die uns innovativ, praxiswirksam oder auch nur aufschluss- und erkenntnisreich erscheinen.

Aus mehr als 150 Veröffentlichungen haben wir für Sie 21 Studien ausgewählt, von denen wir glauben, dass sie für die unterschiedlichen Lesergruppen von Interesse sein könnten. Die Themen kreisen um das Selbst der Person mit Demenz, das Demenzwissen, Psychopharmaka, Qualität, Interventionen, die Wahrscheinlichkeit eines Umzugs ins Heim, Angehörige sowie Training und Schulung von Professionellen. Wir stellen Ihnen die Studien kurz vor, damit sie gezielt zu den für Sie wichtigen Texten kommen können.

Handlungen von Menschen mit Demenz wirken oft bizarr, unverständlich und rücksichtslos. Die Auflistung einzelner Symptome und allgemeine Charakteristik der Schweregrade macht es schwer, die Zusammenhänge zwischen Funktionsausfällen und Symptomatiken insgesamt zu durchdringen und zu verstehen. In einer Reihe japanischer Studien (1) wird versucht, die mit der Demenz einhergehende geistige Degeneration im Modell des Abbaus von Selbstgewissheit zu denken. Der allmähliche und schrittweise Abbau von Selbstgewissheit könnte erklären, warum die Personen zunehmend keinen Zugang zu den sie betreffenden Veränderungen haben (Dissoziation) und nicht mehr in der Lage sind, an kommunikativem Handeln und kulturell bestimmter Interaktion (Habitus) teilzunehmen. Parallelen zur Position von Dr. Christof Held bieten sich an.¹ Die angebotene Systematik könnte dazu dienen, unterschiedliche Selbst-bezogene Forschungen zu integrieren. Zumindest in der leichten bis mittleren Phase der Demenz versuchen die Personen, sich aktiv den demenzbedingten Veränderungen anzupassen. Die Vorstellung, sie hielten einseitig an früher erworbenen Selbstkonzepten fest, stimmt nicht: viele Beispiele von aktualisiertem Selbstwissen werden vorgestellt. (2) Die Personen zeigen sogar Verständnis für die Ablehnung durch andere, habe man doch früher selber so reagiert. Insgesamt aber wird das Wohlbefinden abhängiger vom Wohlwollen und Verständnis anderer. -

¹ Held C. (2013). Was ist ‚gute‘ Demenzpflege? Demenz als dissoziatives Erleben – Ein Praxishandbuch für Pflegende. Bern: Huber Verlag

Entwicklung und Verlauf neuropsychologischer Symptome und herausforderndem Verhalten sind Gegenstand vieler Untersuchungen. Vorgestellte Studie beobachtet nach einer anfänglich eher abwechslungsreichen Entwicklung eine im weiteren Verlauf sich stabilisierende Symptomatik, die sich in einige wenige Hauptgruppen unterteilen lässt. (3) So bedarf die Stabilität bestimmter Psychosen (Delusion, Illusion, Halluzination) spezifischer neuropathologischer Veränderungen, um auf Dauer präsent bleiben zu können. Wichtig auch der Hinweis, dass Appetenzstörungen häufig mit zunehmender Apathie einhergehen. Der Versuch, durch eine Analyse vorliegender Studien zu einer Einschätzung der Lebenserwartung von Menschen mit Demenz zu gelangen, kommt zu dem Ergebnis, dass sich diese höchst variabel erweist und präzise nicht vorhergesagt werden kann. (4) Je älter die Person und je ausgeprägter das vaskuläre Geschehen, desto geringer ist die verbleibende Lebenszeit. Antidementiva haben bislang kaum einen Einfluss auf die Lebenserwartung. Halluzinationen werden im Kontext der Demenz zumeist nur dann festgestellt und beachtet, wenn sie mit herausforderndem Verhalten und der Notwendigkeit eines Mitarbeiterinsatzes einhergehen. Zusammenhänge mit bestimmten äußeren Auslösern und Kontexten konnten nicht ermittelt werden. (5) Zumindest teilweise können sie als Selbststimulation und damit als Selbsthilfestrategie im Kontext extrem empfundener Einsamkeit verstanden werden. Sie stellen daher einen Hinweis für einen vermehrten Kontakt- und Kommunikationsbedarf dar. Apathie geht einher mit der erhöhten Wahrscheinlichkeit, dass sich aus einer milden kognitiven Beeinträchtigung (MCI) eine Demenz entwickelt. Allerdings entwickeln nicht alle Menschen mit Alzheimer Demenz eine Apathie. Der Apathie und der Depression unterliegen wahrscheinlich unterschiedliche neuropathologische Veränderungen. (6) Apathie geht zudem einher mit einem Verlust an spontaner Emotionalität und emotionaler Reaktivität. Dies erhöht das Risiko, dass Bedürfnisse weniger Beachtung finden. -

Pflegende, Ärzte und (klinische) Psychologen zeigen unterschiedliche Haltungen zum Einsatz von Psychopharmaka und nicht-pharmakologischen Möglichkeiten bei Vorliegen von herausforderndem Verhalten. (7) Wesentlicher Grund für den eher seltenen Einsatz der letzteren sind Mangel an Zeit, Ressourcen und Wissen. Obwohl Pflegende nicht-pharmakologische Möglichkeiten (ähnlich wie Psychologen) vorziehen, akzeptieren sie den Einsatz von Psychopharmaka ähnlich häufig wie Ärzte. Häufig geschieht dies auch deswegen, weil Pflegende wenig Einfluss auf Prioritäten und Abläufe haben und schnelle Lösungen (durch Psychopharmaka) organisationsbedingt vorziehen. Psychopharmaka werden also deswegen häufig eingesetzt, weil es an Zeit und Wissen fehlt und ein reibungsloser Ablauf Priorität genießt. Der Einsatz von Psychopharmaka (einschließlich Antidepressiva) geht einher mit einem stärkeren kognitiven und funktionalen Abbau. (8) Es wird angenommen, dass bei eher rapiden Demenzverläufen häufiger Psychopharmaka eingesetzt werden. Es ist aber nicht auszuschließen, dass letztere den Verlauf auch beschleunigen. Immerhin: der Einsatz von Psychopharmaka geht kaum mit einer Reduktion neuropsychiatrischer Symptome einher. Daher sind nicht-pharmakologische Möglichkeiten vorzuziehen. Diese allerdings sind (vgl. 7) sehr zeitaufwendig, personalintensiv und erfordern spezifisches Wissen und Fertigkeiten.

Es ist bekannt, dass die psychosozialen Aspekte der Pflege schwer zu erfassen sind und in der Regel als Qualitätsindikatoren eher vernachlässigt werden. Einrichtungen der speziellen Dementenbetreuung haben es oft mit Bewohnern zu tun, die aufgrund hoher psychiatrischer Ko-Morbidität eine eher geringe Lebensqualität aufweisen und daher eher schlechte Bewertungen seitens der Aufsichtsbehörden zu erwarten haben. Einheitliche Vorgaben für Qualitätsindikatoren würden daher ein eher verzerrtes Bild der Qualität erzeugen, besonders in psychosozialen Bereichen. (9) - Es liegen viele Forschungen dazu vor, was die Lebensqualität von Menschen mit Demenz erhöht und herausforderndes Verhalten verringert. Im Urteil des Pflegenden und der Angehörigen sind es der schlechte

Personalschlüssel, der alltägliche Umgang miteinander, die aufgrund von Auflagen erfolgten rigiden Regeln des Alltagslebens, aber auch die hohe Geräuschkulisse, die beides ganz wesentlich beeinflussen. Die materielle Qualität und das Wohnumfeld werden gegenüber dem sozialen Milieu eher als nachrangig beurteilt, obgleich Wohnlichkeit hoch bewertet wird. (10) Investition in Qualität und Quantität des Personals sei die wichtigste Maßnahme, um herausforderndes Verhalten zu reduzieren und Lebensqualität zu erhöhen.

Freizeitaktivitäten haben für Menschen mit Demenz einen hohen Stellenwert, da sie Gelegenheit bieten, der Krankheit etwas entgegen zu setzen und Normalität für sich zu reklamieren. (11) Sie sind Teil des aktiven Bemühens seitens der Personen, nicht aus dem gewohnten Leben zu fallen. - Am Wein scheiden sich die Geister. 1-2 Gläschen Rotwein am Tag scheint das Demenzrisiko gegenüber Abstinenzlern und viel Trinkenden zu verringern. Offen bleibt, ob dies dem Alkohol, den darin gelösten Stoffen oder den mit dem Weingenuss einhergehenden Lebensweisen zuzuschreiben ist. Sicher aber ist wohl: Wer nicht an einer Abhängigkeitserkrankung leidet, dem scheint der Rotwein in Maßen nicht zu schaden. (12) - Tätigkeitslosigkeit und Langeweile bilden mögliche Ursachen herausfordernden Verhaltens. Beschrieben wird die Entwicklung kleiner, alltagsnaher Tätigkeiten, die ohne Aufwand ‚zwischen durch‘ angeboten werden können. (13) Die Aktivitäten erinnern zum Teil an die 10-Minuten-Aktivierung. Besonders positiv wird die gelungene Einbeziehung der Angehörigen beschrieben: die Tätigkeiten stabilisierten oft die Beziehung zwischen Angehörigen und Bewohnern. -

Menschen mit Demenz, die ohne Partner alleine leben, einen geringen kognitiven Status aufweisen und mobilitätseingeschränkt sind ziehen schneller in ein Heim ein als vergleichbare Personen, die mit einem Partner leben. Verheiratete Personen verbleiben am längsten in der eigenen Wohnlichkeit. Hausärzte sollten rechtzeitig bei Alleinlebenden ambulante Hilfen mobilisieren, um einen Heimaufenthalt zu verzögern. (14) -

Angehörige und gesetzlich bestellte Betreuer urteilen in Krisensituationen deutlich verschieden. Situationsbezogene Fakten sind allerdings für beide wichtiger für die Entscheidung als die medizinische Indikation. Angehörige entscheiden eher intuitiv, gesetzliche Betreuer eher rational-abwägend. Angehörige entscheiden sich eher gegen, gesetzliche Betreuer eher für lebenserhaltende Maßnahmen. Die Präferenzen des Patienten aber – die eigentlich zu berücksichtigen wären – spielen insgesamt nur eine nachgeordnete Rolle. (15) - Angehörige können der häuslichen Pflege eine Bedeutung geben und ihr einen Sinn abgewinnen, wenn sie die eigene Pflegekompetenz hoch und die Rollengefangenschaft niedrig einschätzen. Eben diese beide Variablen gilt es in der Frühphase der Erkrankung gezielt anzugehen. (16)-

Gezieltes Wahrnehmungstraining verhilft Pflegenden dazu, Klienten mit schwerer Demenz mehr zu beachten und deren Lebensqualität zu steigern. (17) Wichtig ist die anschließende Fallarbeit und Supervision, um die Wahrnehmungen zu vertiefen, zu verstehen und mit dem Team zu teilen. Auffällig: nach dem Training der Professionellen fiel unabhängigen Forschern und Familien auf, dass sich die Lebensqualität der Bewohner erhöhte. Die beteiligten Mitarbeiter bemerkten dies nicht, vielleicht deswegen – so vermuten die Forscher –, weil professionell Pflegenden Lebensqualität an funktionalen Parametern zu messen gewohnt sind. Internet- und Smartphonebasierte Schulungen für den Umgang mit herausforderndem Verhalten zeigen einen deutlichen Erfolg. Das Lernen wird unabhängiger von der Person des Lehrenden, die Teilnehmer können selber bestimmen, wann, wie lange und über welchen Zeitraum hinweg sie lernen wollen. Eine Barriere besteht im erheblichen Kostenaufwand für die Entwicklung derartiger Lernprogramme. (18) - Gründliche Schulungen zum emotionsorientierten Arbeiten (eine niederländische Variante von Validation und sensorischer Stimulation) führen zu deutlich besseren

Patienten- und Mitarbeiterergebnissen. Dafür ist nicht nur die Güte der Schulung, sondern auch die anhaltende Implementierung mithilfe von internen Experten verantwortlich. Wissen, wie man etwas macht, ist genauso wichtig und wertvoll wie Interventionswissen: beides ist für den Erfolg entscheidend. (19) Wichtig: Insgesamt nimmt nach erfolgreicher Implementierung emotionsorientierte Arbeit nicht mehr Zeit in Anspruch. Trotz vielfältiger Bemühungen weisen Schulungen und Trainings im Arbeitsfeld Demenz eher kurzfristige Auswirkungen auf und werden unter den Rahmenbedingungen, unter denen Pflege stattfindet, oft zunichte gemacht. Die Aussicht in westlichen Gesellschaften, eine ‚organisationale Kapazität‘ zur Bewältigung der Versorgungserfordernisse von Menschen mit Demenz aufzubauen, sehen eher düster aus. Inhalte von Schulungen sind zumeist sehr demenzlastig und nehmen die Ressourcen und Copingmöglichkeiten der Mitarbeitenden zu wenig in den Blick. (20) - In eine ähnliche Richtung verweist die letzte Studie: Stress trägt dazu bei, dass professionell Pflegenden Menschen mit Demenz für deren Verhalten verantwortlich machen. In der Regel wird in Schulungen zu wenig berücksichtigt, wie sich Stress auf das Erleben herausfordernden Verhaltens auswirkt. Supervision und Fallbesprechungen bilden Gelegenheiten, von wenig hilfreichen Zuschreibungen Abstand zu nehmen, das Urteil zu korrigieren und vermehrt externe Umstände zu berücksichtigen. (21) -

Insgesamt fällt bei den Studien auf, dass sich in Folge der Empfehlung für nicht-pharmakologische Möglichkeiten das Interesse zunehmend den realen Versorgungsbedingungen zuwendet. Der therapeutische, aber auch der nicht-therapeutische Alltag wird vermehrt in den Blick genommen: nicht nur, was getan werden kann (Intervention), sondern auch, wie man Interventionen umsetzen kann (Implementierung). Mehrfach findet sich der Hinweis, dass Bezugspersonen, eben auch professionell Pflegenden, die wichtigste Ressource darstellen, damit sich Menschen mit Demenz an die krankheitsbedingten Veränderungen anpassen können. Dies wiederum erfordert, die Rahmenbedingungen der Arbeit, das Verständnis herausfordernden Verhaltens (Attributionen) und die Formen der Stressbewältigung genauer zu untersuchen. Vielfach finden Supervisionen und Fallbesprechungen Erwähnung als Instrumente der Wahl, um Wahrnehmungsmodalitäten und letztlich auch Pflegekulturen nachhaltig zu beeinflussen. Schulungen und Trainings werden wohl mitarbeiter- und nicht nur demenzzentriert ausfallen müssen; die geringe Wirksamkeit von Schulungen erfordert nachhaltige Konzepte, Wissen mit Praxis zu verbinden und in den Arbeitsstrukturen zu verankern. Insgesamt legt sich das Urteil nahe, dass sich Forschung vermehrt mit den realen Bedingungen beschäftigt, unter denen Menschen mit Demenz und ihre Pflegenden/Betreuenden zusammenleben und zusammenarbeiten. Daher kommt auch der oft fachlich eher blockierende Einfluss regulierender Behörden und den damit einhergehenden Fehlentwicklungen bezüglich der Arbeitsprioritäten vermehrt in den Blick.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre mit nützlichen ‚Funden‘. Für Rückmeldungen sind wir Ihnen dankbar.

Ihr Team des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD)

1. Schrittweiser Verlust der Selbstgewissheit hilft, unverständliche Handlungen und Äußerungen zu rekonstruieren

Ziel/Hintergrund:

Unverständliche Äußerungen und Handlungen von Menschen mit Demenz werden in der Regel durch den Verweis auf reduziertes Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Intelligenz erklärt. Beispiel: Aufgrund eines gestörten Gedächtnisses und einer gestörten Orientierung, finden Menschen nicht zurück in die Wohnung, obgleich sie deren Adresse kennen. Sie können demnach das Wissen nicht mit dem Urteil und gerichteten Handlungen verknüpfen. Warum sie dies nicht verknüpfen können (Dissoziation) bleibt unklar.

In einer Serie von Artikeln entwerfen die Autoren ein theoriegeleitetes Erklärungsmodell und wenden dies auf Beobachtungsstudien zum Suchverhalten nach Hilfe, zum Umherwandern und zu Ernährungssituationen an.

Beispiel: Um nach Hause zu finden muss die Person sich dessen bewusst sein, sich verlaufen zu haben, die Intention in den Blick nehmen nach Hause zu wollen und die Vorstellung entwickeln, andere nach dem Weg fragen zu können. Demenz – so die Autoren – bedeutet nicht nur den Ausfall einer Reihe kognitiver Funktionen, sondern des organisierten und koordinierten Zusammenwirkens dieser Funktionen unter dem Aspekt der „Selbstgewissheit“ oder „Selbstbewusstheit“ (self-awareness).

Das Modell: Im Rückgriff auf entwicklungspsychologische Theorien unterscheiden die Autoren drei Stufen der Selbstgewissheit:

Auf der Grundlage von Basisemotionen (Zufriedenheit, Neugierde, Stress, und später: Freude, Überraschung, Trauer, Ärger) lernt das Kind mit etwa 18 Monaten zwischen Selbst und Anderen zu unterscheiden und die Gefühle Verlegenheit und Empathie zu entwickeln (Selbstbewusstsein).

Ab etwa 2 ½ Jahren beginnt das Kind gesellschaftliche Regeln und Normen zu verstehen und sein eigenes Handeln zu bewerten (Selbstevaluation). Anzeichen dafür ist die Herausbildung der Gefühle Schuld und Scham.

Zwischen 4-6 Jahren entwickelt das Kind eine Vorstellung davon, dass sich hinter den Handlungen und Worten anderer Personen Absichten, Wünsche und Gedanken verbergen auch dann, wenn diese nicht geäußert werden. Es bildet die Vorstellung aus, dass andere Menschen geistige Wesen sind („theory-of-mind“).

Selbstgewissheit setzt all diese Ebenen voraus und bildet die Basis sozialen Verhaltens. Nur wer sich von anderen unterscheiden, das eigene Verhalten bewerten und sich anpassen und dem Verhalten anderer Absichten, Gedanken und Wünsche zuschreiben kann ist in der Lage, sich sozial zu verhalten. Damit sind zwei logische Ebenen involviert: sich als Handelnder verstehen (Ich) und sich zum Gegenstand der Betrachtung machen können (mich). Verliert der Mensch mit Demenz die ‚theory-of-mind‘, dann kann er zunächst nicht mehr die Intentionen, Wünsche und Absichten anderer und in der Folge auch nicht mehr die eigenen verstehen. Verliert die Person Schuld und Scham, kann sie sich den Normen und Werten ihrer Umgebung nicht mehr anpassen und verliert das Verständnis für soziale Normen. Verliert die Person die Unterscheidung zwischen Selbst und Anderen und damit die Emotionen Empathie und Verlegenheit, dann bilden die primären Emotionen die einzige verbliebene Kontaktebene zur Umwelt; zudem automatisieren sich Handlungsabläufe, die dann, ohne ein Bewusstsein von ihnen zu haben, ablaufen. Das Fortschreiten der Demenz ist demnach ein Prozess, in dem sich die Person immer weniger dem komplexen Geflecht sozialer Beziehungen anpassen und damit immer weniger kooperieren und interagieren kann. Eben diese Fähigkeit komplexer Interaktion und Kooperation macht menschliche Intelligenz aus.

Die genannten drei Ebenen setzen die Autoren nun an, um die Desintegration der Urteilsfähigkeit und damit die zunächst unverständlichen Handlungen und Äußerungen zu erklären.

Methoden:

In allen drei Studien werden Heimbewohner einer Einrichtung für Menschen mit Demenz in Japan drei non-verbale Testsituationen unterzogen, um den Grad der vorhandenen Selbstgewissheit festzustellen (Studie 1: n= 44, Studie 2: n=28, Studie 3: n=5). Die am meisten entwickelte Ebene der Selbstgewissheit besteht in der Annahme, dass andere Menschen – gleich mir – geistige Wesen sind, also Gedanken, Gefühle und Absichten haben. Dies bildet eine wesentliche Voraussetzung für soziales Handeln. es kann anhand einer Comic-Zeichnung etc.(die Comic-Zeichnung legt – für eine geistig gesunde Person - zwingend nahe, einer der Figuren bestimmte Gedanken zuzuschreiben) Anhand der Reaktionen auf weitere Zeichnungen kann beurteilt werden, ob die Person das Verhalten als angemessen oder normverletzend einschätzen kann. Selbstbewusstsein, die am frühesten erworbene Kompetenz der Selbstgewissheit, wird daran überprüft, ob die Person spezifisch auf die Nennung des eigenen Namens reagiert.

Derart eingestufte Personen werden nun unter der Fragestellung beobachtet, inwieweit sich die eingeschränkte Kompetenz zur Selbstgewissheit in den Handlungen und Äußerungen der Person manifestiert. Die Beobachtungen wurden 2x wöchentlich in einem Zeitraum von 3 Monaten durchgeführt.

Zusätzliche Instrumente werden vorgestellt, um Art und Schwere der Demenz zu beurteilen.

In der ersten Studie werden Szenen beobachtet, in denen die Teilnehmenden um Unterstützung nachsuchen oder nicht um Unterstützung nachsuchen, obwohl sie diese offensichtlich bräuchten.

In der zweiten Studie werden Szenen beobachtet, in denen die Teilnehmenden an Mahlzeiten teilnehmen, in der dritten Szene erscheinen Teilnehmende, die beständig hin- und hergehen.

Resultate:

Beispiele für die Degeneration der Selbstgewissheit werden in allen Studien auf den drei beschriebenen Ebenen präsentiert. Aus jeder Studie werden hier Beispiele für je eine Ebene vorgestellt:

Beispiele für Personen, in denen diese Personen dem Verhalten anderer Absichten und Gedanken zuschreiben, wenn auch oft in irriger und grotesker Art und Weise (,theory-of-mind'): In Studie 1 konnten Bewohner ihre Situation einschätzen und auch spezifische Hilfe einfordern, aber mit deutlichen Abstrichen. Die Verfassung von Mitbewohnern konnte oft nicht nachvollzogen werden; zuweilen wurden anderen auch irrige bzw. groteske Überzeugungen und Absichten unterstellt; zuweilen wurde keine Hilfe verlangt, da Personen die Umgebung falsch einschätzten und der Überzeugung waren, von anderen keine Hilfe erfahren zu können. Um Hilfe einzufordern muss nicht nur die eigene Situation, sondern auch die Absicht und Bereitschaft anderer Personen richtig eingeschätzt werden. Da dies oft nicht gelingt, werden Wünsche nicht eingefordert, Hilfen verlangt wo keine nötig ist, Absichten unterstellt wo keine sind. In dem Maße, in dem die Einschätzung der Absichten, Überzeugungen und Gedanken anderer nicht mehr gelingt, scheint auch zunehmend die Fähigkeit zur Introspektion in die eigenen Absichten und Überzeugungen unsicher zu werden. Die zunehmende Instabilität in den Überzeugungen, warum man hier sei, wie lange, was man hier solle etc. trägt zu einer wachsenden Irritierbarkeit durch die nicht recht nachvollziehbaren Äußerungen und Handlungen der Mitbewohner bei. Es kommt unter Bewohnern zu einer sich wechselseitig steigernden Spirale der Irritation: so führt das Eindringen einer Mitbewohnerin in den Raum dazu, die Türen zu verbarrikadieren (und nicht dazu, um Hilfe zu rufen).

Beispiele für Personen, welche den Test für ,theory-of-mind' nicht bestanden, ihr Verhalten aber noch bewerten können: In Studie 2 aßen die Personen keine heruntergefallenen Speisen, versuchten das Herunterfallen von Speisen zu verhindern und begründeten ihre

Verweigerung mit mangelndem Appetit.(Hintergrund: in Japan gilt es als unschicklich, heruntergefallene Speisen zu sich zu nehmen) Die Fähigkeit zur Selbstevaluation wies Fluktuationen auf: eine Person, die kaum noch aß, äußerte die Überzeugung, sehr gut zu essen; Speisen wurden zugeführt, obwohl der Mundraum noch gut gefüllt war. Die Personen registrierten die Abnahme der Intelligenz, schätzen die eigenen Fähigkeiten gering ein, nannten sich Narren oder Dummköpfe, äußerten die Überzeugung, nicht mehr zu wissen, was sie wollten und sollten. Sie sind – mit Unterschieden – noch in der Lage, sich an Speisennormen zu orientieren und selbst zu korrigieren. Die Autoren stellen eine ganze Reihe von Beobachtungen vor, die illustrieren, dass die Personen kaum noch in der Lage sind, Absichten oder Gedanken anderer anzunehmen und daher das Verhalten anderer nicht mehr verstehen können. Beispiel: Einer auf den Tisch klopfenden Person wird beschieden, sie solle sich auf den Kopf hauen und den Tisch in Ruhe lassen.

Beispiele für Personen, welche ihr Verhalten nicht bewerten aber noch zwischen sich und anderen unterscheiden können: In Studie 3 werden Personen beschrieben, die zwar laufen, aber kein Bewusstsein von sich als Laufende haben. Das Verhalten kann nicht mehr bewertet werden, so dass einige Personen beim Laufen einstuhlen oder einnässen oder auf dem Gang unter sich lassen; darauf angesprochen äußern sie, dass dies nichts mit ihnen zu tun habe. Tätigkeiten werden begonnen, schnell aber wieder aufgegeben: die Personen fallen schnell aus der Situation. Eine Person klopft auf den Tisch, äußert dass sie etwas beunruhige, kann aber nicht benennen, was dies sei. Personen laufen aneinander vorbei, ohne Blickkontakt aufzunehmen; laufen in andere Zimmer hinein und wieder heraus; unterhalten sich mit ihrem Spiegelbild; ziehen sich beim gemeinschaftlichen Essen vollständig aus. Gefühle wie Scham und Schuld tauchen nicht mehr auf. Die Autoren nehmen an, dass Personen auf dieser Ebene Dinge tun, ohne sie zu verstehen. Die Aktionen laufen ohne Selbstkontrolle und Steuerung, stereotyp, automatisiert und ohne Absicht ab. Selbst dann, wenn Äußerungen erfolgen, die Absichten zu bekunden scheinen, zeigen die anschließenden Handlungen keinen Zusammenhang mit der bekundeten Absicht. Es besteht Grund zur Annahme, dass für die Personen das Konzept der Zeit nicht mehr existiert. Die Personen haben kein Bewusstsein mehr von sich als einer Person mit schwindender Intelligenz. Zuvor bestehende Gefühle von Angst und Irritation lassen deutlich nach.

Schlussfolgerungen:

Beobachtete Phänomene, wie z.B. das Wandern, sind je nach Ausmaß der Einbrüche bezüglich Selbstgewissheit unterschiedlich zu werten: Wer die ‚theory-of-mind‘ vergisst – also eigene Absichten weniger durch Introspektion verstehen kann, weiß oft nicht mehr warum er wandert; dabei kann sich die Person ihrer eingeschränkten Kompetenzen noch bewusst sein und diesbezüglich ein Gefühl von Scham entwickeln. Wandern könnte daher Ausdruck der Irritation, der Depression oder der Angst darstellen. Verliert man auch die Ebene der Selbstbewertung, verschwindet das Schamgefühl und das Bewusstsein verminderter Intelligenz: Irritiertheit, Angst und Depressivität ist dann weniger wahrscheinlich als Hintergrund des Wanderns.

Da Personen auf dieser Ebene weder die Absichten anderer noch die eigenen verstehen, noch ihr Verhalten kontrollieren können, wirken die Handlungen der Personen oft eigenartig, rücksichtslos, bizarr. So sind Mitarbeiter oder andere Bewohner in der Interaktion zunächst nicht „anschlussfähig“ und es kommt keine gelungene Interaktion zustande. Rohe Gefühle brechen unkontrolliert hervor, da die Fähigkeit, sie zu verstehen und zu kontrollieren, kompromittiert ist.

Abschließend reflektieren die Autoren das Potential ihres Vorgehens, um bizarre Handlungen und unverständliche Äußerungen zu rekonstruieren und einem dann doch wieder ‚verstehenden‘ Umgang zuzuführen.

Quellen:

1. Yokoi T., Okamura H. (2012). Why do dementia patients become unable to lead a daily life with decreasing cognitive function? *Dementia* (16.März 2012, published before print) 1-18
2. Yokoi T., Haraguchi E., Hashimoto T., Okumara H. (2012). Investigation of Eating Actions of People With Dementia From the Viewpoint of Self-Awareness. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 27(4) 228-237
3. Yokoi T., Aoyama K., Ishida K., Okumara H. (2012) Conditions Associated With Wandering in People With Dementia From the Viewpoint of Self-Awareness: Five Case Reports. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 27(3) 162-170

2. Menschen mit Demenz passen ihr Selbst aktiv den veränderten Umständen an

Ziel/Hintergrund:

Demenz wird häufig als Verlust der Identität und des Selbst beschrieben. Dahinter steht die auf John Locke und David Hume zurückgehende Tradition, Selbst und Identität am autobiographischen Gedächtnis festzumachen. Empirische, insbesondere klinisch-psychologische Forschungen folgen in der Regel dieser Auffassung.

Dagegen spricht, dass Fragmente des autobiographischen Gedächtnisses lange erhalten bleiben und es – je nach Art der Demenz – gelegentlich zu luziden Momenten kommt, bei denen die Person – zumeist im Kontext guter zwischenmenschlicher Erfahrung – sehr genau zu wissen scheint, was mit ihr passiert.

Unabhängig davon bestreiten unterschiedliche psychologische Schulen, dass die Identität bzw. das Selbst des Menschen wesentlich mit dem autobiographischen Gedächtnis verbunden ist (einige Ansätze machen das Selbst an der Leiblichkeit des Menschen fest= ‚embodied self‘). Interaktionelle Modelle verankern das Selbst in einem beständig fortschreitenden kommunikativen und interaktiven Prozess und rechnen eher mit der Wandlung als dem Verlust des Selbst. Ein Ausdruck dieses Verständnisses stellen narrative Modelle des Selbst dar: in den gemeinsamen Erzählungen, Rollen und Handlungen bleibt das Selbst erhalten, wird von bedeutsam anderen gleichsam unterstützt und substituiert. Hier knüpfen Vorstellungen der relationalen Autonomie bzw. des unterstützten Selbst von Menschen mit geistiger Behinderung oder Demenz an.

Die vorliegende Studie nutzt den sozialkonstruktivistischen und linguistischen Ansatz von Rom Harre, der – basierend auf logischen Unterscheidungen von Wittgenstein - unterschiedliche Perspektiven des Selbst integriert und bereits häufig in qualitativen Studien Anwendung gefunden hat. Hierbei wird unterschieden zwischen

- Selbst 1: die Fähigkeit des Menschen, auf sich selbst zu verweisen (Mich) und sich als Zentrum des Handelns zu begreifen (Ich), manifestiert im Gebrauch indexikalischer Funktionsausdrücke (ich, du, mein, dein...)
- Selbst 2: die materialen Attribute, Fähigkeiten, Überzeugungen, Erinnerungen, die sich eine Person zuschreibt
- Selbst 3: die sozialen Rollen und die Positionen, welche eine Person einnimmt (Personae).

Ziel der Studie ist es, unter Verwendung von Rom Harres Theorie zu beschreiben, wie Menschen mit leichter bis moderater Demenz ihre eigene Situation mit Demenz auffassen.

Methoden:

Es wurden im Kontext eines Alzheimer Cafes 12 Personen für halbstrukturierte Interviews gewonnen. Die Personen wiesen leichte bis mittelschwere Demenz auf. Das Interview wurde am Ort ihrer Wahl, zumeist in der eigenen Häuslichkeit durchgeführt. Themenbereiche waren: Lebenserzählungen, Leben mit Demenz, mit sich selbst umgehen, die soziale Situation, Sicht auf das eigene Leben. Die Interviews dauerten 20 bis 50 Minuten.

Bei den Gesprächen wurden folgende Punkte berücksichtigt: Die Personen setzten die Themen, denen der Interviewer nachging; es wurde Zeit gegeben, Fragen zu verstehen und Antworten zu finden. Fragen zu bestimmten Zeiten und Orten wurden ebenso wie komplexe Sätze vermieden. Durch Paraphrasen wurde gelegentlich eine indirekte Korrektur (indirect repair) angeboten, z.B.: die Person sagt, der Vater sei so alt,. Die Interviewerin fragt nach: der Vater sei altmodisch gewesen. Die Person stimmt zu.

2 Personen kommunizierten ohne Schwierigkeiten, 10 Personen zeigten z.T. erhebliche Probleme bei der Wortfindung. Die Fragen der Interviewer schienen immer gut verstanden zu werden.

Beschrieben wird ein qualitatives Verfahren zur Auswertung der Interviews.

Resultate:

Alle Teilnehmenden verfügten über die Fähigkeit, durch Indexausdrücke oder Zeigehandlungen auf sich selbst zu verweisen. Alle verfügten über die Fähigkeit, sich selbst als Zentrum des Erlebens und Handelns zu verstehen. (Selbst 1). Beispiel: Ja, ich hatte ein aufregendes Leben.

Unter „Selbst 2“ werden drei Kategorien zum Thema Lebenserzählungen und zwei Kategorien zum Thema Attribute (Eigenschaften der Person) aufgeführt.

Lebenserzählungen:

- Ich hatte ein aufregendes Leben: diverse episodische Erzählungen – von der Kindheit bis zur Gegenwart - oft mit der Zielrichtung, die eigene Bedeutung, Kompetenz und Rolle im Leben zu unterstreichen.
- Und dann erhältst du dein Urteil: Berichte über das Erleben vor der Diagnose, über die Diagnosestellung selbst, über das Leben mit der Diagnose, über das Zusammenleben mit Partner und Familie nach Erhalt der Diagnose.
- Solange es nicht schlimmer wird: Berichtet wird von der bewussten Entscheidung, nicht an die Zukunft zu denken, sondern sich auf das gegenwärtige Leben – die verbliebenen Möglichkeiten und Ressourcen – zu konzentrieren; Berichte zu Sorgen um den Partner und die Familie, gelegentlich Hoffnung auf vielleicht noch mögliche Heilung.

Attribute:

- Ich bin bescheidener geworden: Berichtet wird von bedeutsamen Veränderungen, die man bei sich selbst beobachtet habe, z.B. die eigenen Anspruchshaltungen sich selbst und anderen gegenüber mildern, sich mehr um das eigene konkrete Wohlbefinden kümmern. Insgesamt sei einem die Familie immer wichtiger geworden. Aber auch von düster-traurigen Stimmungen, die man so von sich nicht kenne, wird berichtet.
- In der Tat, du lernst so zu leben: Teilnehmende berichten über die reduzierte Fähigkeit, mehreren Aufgaben gleichzeitig nachzukommen. Zugeschriebene Persönlichkeitszüge und Fähigkeiten/Fertigkeiten hängen eng zusammen: kann man dieselben Dinge wie früher weitgehend noch verfolgen, glaubt man auch, noch derselbe zu sein. Auch bei Verlusten von Fähigkeiten beschreiben sich Personen noch mit diesen Attributen („ich bin technisch orientiert“). Viele beschreiben, wie sie gelernt haben, mit ihren Defiziten zu leben, sich anzupassen und auf die positiven Dinge des Lebens zu schauen.

Selbst 3 lässt sich schwer von Selbst 2 unterscheiden. Unter vielen Aspekten der Beziehung zu anderen Personen sticht das Verständnis gegenüber Freunden und Verwandten heraus, wenn diese sich wegen der Demenz zurückziehen, sich irritiert zeigen oder unangemessen reagieren. Viele resümieren, sich früher ebenfalls so distanziert verhalten zu haben. Ansonsten bemühen sich die Personen, ihre Beziehungen wie bisher weiter aufrecht zu erhalten. Berichtet wird von Schwierigkeiten mit Ehepartnern, aber auch von Problemen, sich gegenüber anderen als der, der man ist, zu positionieren und zu behaupten.

Schlussfolgerungen:

Die befragten Personen zeigten auf allen drei Ebenen intakte Selbstfunktionen. Veränderungen wurden registriert, reflektiert und in das bisherige Leben eingeordnet. Es wird zugleich von Kontinuitäten und Veränderungen berichtet und deren positive und negative Seiten bedacht. Sie passen sich den Veränderungen aktiv an, lernen neue Dinge und Haltungen hinzu und greifen auf bewährte Fertigkeiten und Rollen zurück. Die Autoren heben hervor, dass die Teilnehmenden ihr Selbstwissen gemäß den erfahrenen Veränderungen aktualisieren und nicht – wie häufig vermutet – an alten Selbstkonzepten

festhalten. Die Anpassungen und Aktualisierungen gehen einher mit dem Bewusstsein der Kontinuität und der Kohärenz über die Zeiten hinweg: ein wichtiger Beleg für die bleibende integrative Funktion des Selbst. Besonders erwähnenswert ist das Verständnis der Ablehnung durch andere: in der Regel wird unterstellt, dass Menschen mit Demenz die Empathiefähigkeit früh verlieren.

In methodologischer Hinsicht reflektieren die Autoren, dass quantitative Studien eher Defizite offen legen, indem sie z.B. das Selbstwissen der Person am Wissen der Angehörigen messen (und deren Erinnerungen zum Maßstab nehmen) – es wird eine Außenseiterposition eingenommen. Qualitative Methoden scheinen eher dahingehend zu tendieren, vorhandene Fähigkeiten, Fertigkeiten und Ressourcen aufzuspüren, da hier eine Insider-Perspektive versucht wird.

Zusammenfassend zeigt die Studie, dass die Teilnehmenden ihr Selbst aktiv den veränderten Bedingungen anpassten. Ihr Empfinden von Wohlbefinden ist allerdings in vermehrtem Maße von der Kooperation und vom Verständnis anderer abhängig. Für alle im Gesundheitswesen Tätige ist es wichtig, zu begreifen, dass die Aufrechterhaltung des eigenen Selbst ein wesentlicher Arbeits- und Lebensinhalt von Menschen mit Demenz darstellt, den es zu unterstützen und nicht „maligne“ (böartig) zu untergeben gilt (indem die Person als defizitär, unkooperativ, schwierig, disfunktional dargestellt wird).

Quellen:

Hedman R., Hansebo G., Ternstedt B.-M., Hellström I., Norberg A. (2012). How people with Alzheimer's disease express their sense of self: Analysis using Rom Harre's theory of selfhood. *Dementia*, DOI:10.1177/1471301212444053

Zu einem Versuch, die unterschiedlichen Forschungen zum Selbst bei Menschen mit Demenz zu integrieren, siehe: Caddell L.S., Clare L. (2011). Studying the self in people with dementia: How might we proceed? *Dementia*: DOI: 10.1177/1471301211418486

3. Hyperaktive und psychotische Symptome weisen im Krankheitsverlauf eine zunehmende Stabilität auf

Ziel/Hintergrund:

Seit einigen Jahren wird versucht, die Entwicklung von verhaltensbezogenen und psychologischen Symptomen der Demenz über den Verlauf der Demenz hinweg zu verstehen. In ersten Arbeiten wurden die verschiedenen Symptome in drei Hauptgruppen („cluster“) unterteilt: Stimmung und Apathie (Depression, Apathie, Schlafstörungen, Appetenzstörungen), Hyperaktivität (Agitiertheit, Euphorie, Irritierbarkeit, Enthemmung, selbststimulierende motorische Aktivität), Psychosen (Halluzinationen, Delusionen, d.h. Wahn). Selbststimulierende motorische Aktivität und Schlafstörungen scheinen dabei weniger stabil zu bleiben als andere Symptome, d.h. diese beiden Symptome kommen und gehen.

Bisherige Studien erlauben aufgrund ihres Forschungsdesigns wenig verlässliche Aussagen darüber, wie stabil sich die Symptome über den Krankheitsverlauf hinweg entwickeln. Einige der Studien lassen darauf schließen, dass eine selbststimulierende Hyperaktivität psychotischen Symptomen vorhergeht.

Vorliegende Studie untersucht im Rahmen einer Langzeitstudie, ob und wie sich die Symptomhauptgruppen über die Zeit hinweg verändern bzw. stabilisieren.

Methoden:

Teilnehmer der englischen Studie wurden im Rahmen psychiatrischer Behandlungen in Manchester gewonnen. Diagnostische Prozeduren und Zugangskriterien werden erläutert, Instrumente zur Abbildung neuropsychiatrischer Symptome und kognitiver Veränderungen dargestellt und die Verfahren der statistischen Auswertung beschrieben.

Resultate:

144 Patienten erfüllten die Zugangskriterien und wurden über 2 Jahre hinweg halbjährlich untersucht. Für 84 Patienten konnten Daten zu allen Messzeitpunkten erhoben werden. Die Ergebnisse basieren im Wesentlichen auf den Daten der letzten Gruppe. 60% litten an Demenz vom Alzheimer Typ, 33% an vaskulärer Demenz. Der MMSE sank in den 2 Jahren von 21,9 (SD 5,62) auf 16,5 (SD 8,38) Punkte. Die wegen fehlender Daten ausgeschlossenen Patienten unterschieden sich nicht signifikant von der untersuchten Gruppe.

Im Fortschreiten der Demenz – nach 18 und nach 24 Monaten - stabilisierten sich die Symptome auf die bereits beschriebenen Hauptgruppen: Psychose, Hyperaktivität, Apathie und affektive Störungen. Die stabilste Gruppe von Symptomen umfasste Delusionen (Wahn), Halluzinationen, Irritierbarkeit und Agitiertheit. Auch die Gruppe der affektiven Störungen mit Depressivität und Apathie wies eine zunehmende Stabilität auf.

Schlussfolgerungen:

Hyperaktive und psychotische Symptome scheinen sich im Verlauf der Erkrankung zu stabilisieren, d.h. weniger Veränderungen aufzuweisen. In früheren Phasen der Demenz variieren die Symptome stärker und lassen keinen eindeutigen Trend erkennen. Während in den früheren Phasen Depressivität vermehrt vorzufinden ist, wird diese zunehmend von psychotischen und hyperaktiven Symptomen abgelöst. Die Autoren erklären dies mit Veränderungen des dopaminergen Systems sowie strukturellen Veränderungen in fronto-temporalen Hirnarealen in der mittleren Krankheitsphase. Es bedarf spezifischer Veränderungen in bestimmten Hirnbereichen, damit psychotische Symptome stabil bleiben können.

Die Hauptgruppe Apathie-Appetenzstörungen wies in den ersten drei Messpunkten (nach 6, 12 und 18 Monaten) eine hohe Stabilität auf. Die Autoren weisen darauf hin, dass

Probleme mit dem Appetit eher mit Apathie als mit Depression zusammenhängen: daher sei es wichtig, Depression von Apathie sorgfältig zu unterscheiden.

Vorliegende Untersuchung klärt nur darüber auf, wie sich die Symptom-Hauptgruppen über einen Zeitraum von 2 Jahren verändert haben. Wünschenswert wären weitere Studien, welche die Entwicklung der Symptomatik der Demenz über einen langen Zeitraum beschreiben.

Quellen:

Bettney L., Butt S., Morris J., Connolly A., McCollum C., Burns A., Purandare N. (2012). Investigating the stability of neuropsychiatric sub-syndromes with progression of dementia: a 2-years prospective study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 1118-1123

Vgl.: Majic T., Pluta J.P., Mell T., Treusch Y., Gutzmann H., Rapp M.A. (2012). Correlates of agitation and depression in nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(11), 1779-1789

In der deutschen Studie (Leuchtturm Projekt VIDEANT) werden Symptome der Agitiertheit und Depression mit der Schwere der Demenz assoziiert: Physisch aggressives und nicht aggressives Verhalten sowie verbal agitiertes Verhalten nimmt mit der Schwere der Demenz zu. Das Risiko der Depression steigt mit der Schwere der Demenz. Depressive Symptome sind assoziiert mit physisch aggressiven und verbal agitierten Verhalten auch unabhängig von der Schwere der Demenz. Je ausgeprägter die Depressivität und Agitiertheit, desto eher werden Antipsychotica verschrieben.

4. Alter und Schweregrad bei Diagnosestellung sowie Demenzart sagen eine kürzere Lebenserwartung voraus

Ziel/Hintergrund:

Es besteht Konsens darüber, dass Demenz die Lebenszeit insgesamt verkürzt. Daten zur Lebenserwartung sind wichtig für die Entwicklung von Diensten zur Entlastung und Begleitung von Betroffenen und Angehörigen. Demenzart und Schwere der Demenz beeinflussen die Länge des Überlebens, der Einfluss von Alter und Geschlecht ist umstritten. Insgesamt scheinen Menschen mit Demenz mittlerweile länger zu leben: dafür werden sowohl bessere Versorgungskonzepte aber auch der Einsatz von Azetylcholinesterasehemmern (Antidementiva) verantwortlich gemacht. Sollte sich dies bestätigen, hätte dies weitreichende Folgen für die Landschaft der Dienstleistungen. Grundsätzlich variiert das Überleben von Menschen mit Demenz entsprechend ihrem Gesundheitsverhalten, ihrem kulturellen Hintergrund, dem Gesundheitssystem in dem Menschen leben, aber auch der Gründlichkeit und Sorgfalt ärztlicher Untersuchungen. Die zumeist berichtete Überlebenszeit nach Diagnosestellung beträgt zwischen 3 und 10 Jahren. Vorliegende Studie unterzieht die vorhandenen Literatur einer systematischen Prüfung, um Betroffenen, Familien, aber auch Verantwortlichen in Dienstleistungen und Politik eine vorläufige Antwort auf die Frage zu geben, wie lange Menschen nach Diagnosestellung leben und wie viele Jahre an Leben sie durch Demenz verlieren.

Methoden:

Untersucht wurden Studien, die durchschnittliche Überlebensraten vorstellen und den Zeitpunkt der Diagnose, der ersten klinisch beobachteten Symptome oder den Untersuchungsbeginn als Ausgangsdatum nutzen. Verglichen werden die Überlebensraten mit der allgemeinen Lebenserwartung in Bezug auf Alter, Geschlecht, Nation/Kontinent und Jahrgang. Berücksichtigte Variablen in der Darstellung der Überlebensraten sind das Alter bei Diagnosestellung, Geschlecht, Demenztyp, Schweregrad der Demenz bei Diagnosestellung sowie die Zeit der Diagnosestellung – vor und nach der Einführung von Antidementiva.

Resultate:

Insgesamt erfüllten 42 Studien die Auswahlkriterien. Ergebnisse werden in fünf Sektionen präsentiert:

- Menschen mit früh beginnender Demenz (vor dem 65. Lebensjahr) weisen eine Überlebensrate von 1,3 bis 7,9, Menschen mit spät einsetzender Demenz eine Überlebensrate von 1,8 bis 7,2 Jahren auf. Innerhalb beider Gruppen hängt die verbleibende Lebenszeit nicht vom Alter bei der Diagnosestellung ab. Menschen mit früh einsetzender Demenz verlieren zwischen 9,6 und 19,4 Jahren ihrer Lebenszeit, Menschen mit spät einsetzender Demenz zwischen 1,3 und 9,2 Jahren ihrer Lebenszeit.
- Die Lebenszeit von Männern und Frauen nach Diagnosestellung unterscheidet sich kaum. Für beide gilt: je älter die Person bei Diagnosestellung, desto kleiner die verbleibende Lebenszeit. Frauen verlieren durch die Demenz insgesamt zwischen 2,4 und 15,3 Jahren, Männer zwischen 0,4 und 11,4 Jahren ihrer Lebenszeit (in Relation zur Vergleichsbevölkerung).
- In Bezug auf den Demenztyp scheinen Menschen mit der Demenz vom Alzheimer Typ länger zu leben als Menschen mit allen anderen Demenzarten (Unterschied von etwa einem Jahr). Jüngere Menschen mit einer vaskulären Demenz oder fronto-temporalen Demenz weisen eine deutlich längere Lebenserwartung auf als ältere Menschen mit eben diesen Demenzarten. Insgesamt besehen haben Menschen mit einer vaskulären

- Demenz oder einer fronto-temporalen Demenz eine deutlich reduzierte Lebenserwartung im Vergleich zu anderen Demenzarten.
- Je schwerer die Ausprägung der Demenz bei Diagnosestellung, desto kürzer die Lebenserwartung. Bei leichter Demenz zwischen 2,9 und 7 Jahren, bei moderater Demenz 1,5 bis 3 Jahren, bei schwerer Demenz zwischen 1,4 und 2,4 Jahren.
 - Der Einsatz von Antidementiva seit 1997 hat nur zu einem sehr geringfügigen Anstieg der Lebenserwartung beigetragen.

Schlussfolgerungen:

Je älter die Personen bei der Diagnosestellung sind, desto weniger stellt die Demenz den entscheidenden Faktor für das Versterben dar. Zwischen Männern und Frauen gibt es keine signifikanten Unterschiede bezüglich Überleben: Da Frauen in der Regel eine längere Lebenserwartung haben, verlieren sie durch die Demenz mehr Lebenszeit. Da viele Menschen eine fronto-temporale Demenz eher im jüngeren Lebensalter erwerben, erstaunt deren längere Überlebenszeit nicht. Je älter die Personen mit vaskulärer Demenz, desto kürzer ihre Lebenserwartung: dies ist auf die hohe Komorbidität bei vaskulären Demenzen zurückzuführen. Es überrascht, dass der Einsatz von Antidementiva keinen Unterschied bezüglich der Überlebensraten zu machen scheint.

Die Autoren reflektieren umfassend die methodologischen Probleme ihrer Untersuchung. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der untersuchten Studien stellte sich als sehr schwierig dar. Es werden Vorschläge für zukünftige Forschungen bezüglich der Überlebensraten von Menschen mit Demenz unterbreitet.

Was kann nun der Kliniker den Familien auf die Frage nach der Lebensdauer nach Diagnosestellung mitteilen? Die Lebensdauer ist sehr variabel und kann nicht präzise vorausgesagt werden. Die Angabe – zwischen 1,1, und 8,5 Jahren – kann von einzelnen deutlich überschritten werden. Die Berücksichtigung von Alter, Schweregrad und Demenztyp lassen präzisere Angaben zu. Je älter die Person, desto ausgeprägter das vaskuläre Geschehen, desto geringer ist die verbleibende Lebenszeit zu veranschlagen.

Quellen: Brodaty H., Seeher K., Gibson L. (2012). Dementia time to death: a systematic literature review on survival time and years of life lost in people with dementia. *International Psychogeriatrics* 24(7), 1034-1045

5. ‚Halluzination‘ wird von professionellen Mitarbeitern verwendet, um nicht nachvollziehbares Verhalten zu beschreiben

Ziel/Hintergrund:

Unter Halluzinationen versteht man sensorische Erfahrungen, denen keine tatsächlichen, realitätsbezogenen sensorischen Empfindungen entsprechen. Bisherige Forschungen im Arbeitsfeld Demenz haben eine recht heterogene Datenlage geschaffen, wofür unterschiedliche Definitionen, Methoden und Informationsquellen verantwortlich sind.

So wie Delusionen (Wahn) sehr häufig mit Hörbehinderungen einhergehen, so sind Halluzinationen häufig mit Sehbehinderungen assoziiert. Weiter kommen hinzu: unvertraute Umgebungen, sensorische Verarmung und Erfahrungsarmut, schlechte Beleuchtung, zumeist aber im Kontext neurologischer und/oder psychiatrischer Diagnosen. Einige Studien verorten den Beginn von Halluzinationen in den späten Phasen der Demenz, andere Studien widersprechen diesem Ergebnis.

Vorliegende Arbeit beschreibt Halluzinationen alter Menschen mit Demenz, den Kontext ihres Auftretens und mögliche ursächlichen Faktoren aus der Perspektive professionell Pflegender.

Methoden:

Die Studie basiert auf der Auswertung von 74 Interviews, die mit professionell Pflegenden, tätig in 9 israelischen Heimen, durchgeführt wurden. Es werden die Instrumente zur Beschreibung halluzinogener Vorkommnisse beschrieben sowie die auf qualitativen Methoden basierende Analyse der Daten.

Resultate:

Insgesamt konnten Berichte der Pflegenden zu 10 Personen mit Demenz und Halluzinationen ausgewertet werden. Darunter Berichte zu visuellen, auditorischen, taktilen und gustatorischen (geschmacksbezogenen) Halluzinationen. Visuelle und auditorische Phänomene kommen häufig zusammen vor: eine Person wird gesehen und zu ihr gesprochen. Personen mit Halluzinationen wiesen eine vergleichsweise geringe Bildung, einen höheren Grad kognitiver Beeinträchtigung und vermehrt Seh- und Hörbehinderungen auf.

Visuell: beschrieben werden der Fall eines Mannes, der mit einem imaginären Telefon mit Personen von Autorität zu verhandeln scheint, der Fall eines weiteren Mannes, der mit seinen Vorstellungen recht zufrieden zu sein scheint, sowie einer Frau, die mit ihren Händen etwas Imaginäres wegzuwischen oder zu verscheuchen versucht.

Auditiv: Neben den bereits erwähnten Fällen wird der Fall einer halb erblindete Frau erwähnt, die Geräusche nicht anwesender Personen in der Umgebung hört, der nicht anwesenden Tochter Fragen stellt: dies geschieht bei der morgendlichen und abendlichen Versorgung aber auch während des Tages beim Gehen oder in Ruhephasen. Eine andere Dame mit Sehbehinderung sitzt allein, hört Stimmen und sucht nach deren Quelle. Dabei läuft der Fernseher. Ein Mann mit Seh- und Hörbehinderung hört die Stimme seiner Tochter während der Mahlzeiten im Speiseraum. In der Regel läuft auch dort das Radio oder der Fernseher, die Klingelanlage ist zu hören und Pflegende telefonieren. Er bleibt dabei zufrieden und ruhig und zeigt keine bestimmten Emotionen. Oft geschieht dies, nachdem ihm mitgeteilt wurde, dass die Tochter zu Besuch kommen wird.

Taktil: Es wird von krabbelnden Phänomenen auf der Haut berichtet. Eine Person mit Sehbehinderung kratzt sich, ruft aus und weint. Hautprobleme konnten nicht festgestellt werden. Dies taucht mehrfach in der Woche auf ohne Zusammenhänge mit Orten und Zeiten. Eine weitere Dame zeigt die Vorstellung, die Körperlotion nach der Dusche sei Wasser und fragt, warum sie erneut gewaschen wird.

In der Regel reagieren die Pflegenden auf die Halluzinationen mit dem Hinweis, dass die Vorstellung oder Empfindung nicht der Realität entspreche. In der Analyse der beschriebenen Situationen fällt auf, dass es sich um Verhaltensweisen handelt, die von Pflegenden nicht eingeordnet und verstanden werden können. Hat eine Person ein krabbelndes Empfinden auf der Haut und kann diese medizinisch nicht aufgeklärt werden, dann handelt es sich – im Urteil der Pflegenden – eben um eine Halluzination. Mit dieser Attribution „Halluzination“ einhergehende Hautthemen sind:

- Mit einer nicht vorhandenen Person sprechen. Die Vermutung, die Personen kompensierten damit ihre Einsamkeit, stimmt nur zum Teil: einige der Personen erhalten mehrfach in der Woche von Kindern und Enkeln ausgedehnte Besuche.
- Mangel an Stimulation mit resultierender Langeweile: In einigen Fällen konnte Inaktivität und Langeweile festgestellt werden. Einige Personen verstanden die Landessprache nicht.
- Auslöser: die meisten Halluzinationen traten ohne erkennbare Auslöser, situative Kontexte oder bestimmte Zeiten bzw. Orte auf. In anderen Fällen schien die Ankündigung des Besuches der Tochter das Hören ihrer Stimme auszulösen oder das Auftragen der Körperlotion die Vorstellung auszulösen, wieder gewaschen zu werden.
- Sensorik: alle Personen mit zugeschriebener Halluzination wiesen deutliche Hör- und Seheinschränkungen auf.

Schlussfolgerungen:

Halluzinationen werden von professionell Pflegenden zugeschrieben, wenn sie nicht erklärbar Phänomene begegnen. Der Verwendung des Begriffs liegt in der Regel nicht eine detaillierte Beschreibung oder Selbstaussage der Person mit Demenz zugrunde, sondern ein Interpretations- und Attributionsvorgang durch Pflegende. Pflegende konnten in der Regel die Vorkommnisse nicht deuten, wussten wenig über Natur und Vorkommnis von Halluzinationen und konnten auch Kontextfaktoren (Ankündigung des Besuchs der Tochter, laufende Radios und Fernseher, Seh- und Hörbehinderung) nicht dazu in Bezug setzen. Die Autoren resümieren: die Personen mit Demenz konnten sich zur Natur ihrer Wahrnehmungen nicht mehr äußern (keine Metarepräsentation); die Professionellen verfügten nicht über die Fähigkeit zur präzisen Beobachtung, wurden darin nicht ausgebildet und hatten für diese Fragestellung auch weder Raum noch Zeit. Die Autoren ziehen daraus den Schluss, dass Studien zu Phänomenen, die auf Aussagen und Einschätzungen wenig geschulter und motivierter Personen beruhen, mit sehr viel Vorsicht zu interpretieren sind.

Weiterhin erwies sich die fachliche Begrifflichkeit mit ihrer Unterscheidung von visuellen und auditiven Halluzinationen nicht als hilfreich, da sie zumeist zusammen vorkommen. Halluzinationen weisen per se keine bestimmte affektive Komponente auf – sie können positiv, negativ oder neutral erlebt werden - , wobei taktile und gustatorische Halluzinationen deutlich unangenehm waren.

Von Halluzinationen wird berichtet, wenn auffälliges, irritierendes Verhalten und ein damit zusammenhängendes Problem festgestellt werden. Halluzinationen, die eher still verlaufen, keine deutlich affektive Komponente aufweisen und keinen Mitarbeiterinsatz erfordern, werden weder beobachtet noch behandelt.

Einige Vorkommnisse lassen sich mit dem Mangel an Aktivität und Langeweile in Verbindung bringen, andere nicht. Immerhin: Mangel an Aktivität und Nichtverstehen der Landessprache mögen als Risikofaktoren für die Ausbildung von Halluzinationen gelten.

Alle Halluzinationen geschehen im Kontext sensorischer Beeinträchtigungen: daher können sie zum Teil als neurologisch bedingte Selbststimulation gedeutet werden. In der Regel werden diese Beeinträchtigungen wenig beachtet, diagnostiziert und behandelt.

Interaktionen mit nicht vorhandenen, aber geliebten Personen deuten die Autoren als ‚comfort phenomenon‘, verstanden als positiver Bewältigungsversuch durch Selbststimulation im Kontext extrem empfundener Einsamkeit, Isolation oder Deprivation.

Die Autoren hegen Zweifel, ob dieses nach außen gekehrte innere Zwiegespräch als Halluzination verstanden werden kann. In der Regel sollte dieses Verhalten dazu Anlass geben, vermehrt den Kontakt zur Person zu suchen.

Die Autoren schließen mit Überlegungen, zum einen die beschreibenden Begrifflichkeiten (Deskriptoren) weiter zu entwickeln und Mitarbeiter gründlich zu schulen, bevor man die von ihnen generierten Daten für Studien verwenden kann. Weiterhin ergeben sich ernsthafte Fragen zum Wohlergehen der betroffenen Personen: die Natur und die Ursache der Halluzinationen aber auch Möglichkeiten der Behandlung werfen viele offene Fragen auf.

Quellen:

Cohen-Mansfield J., Golander H. (2012). Analysis of Caregiver Perceptions of „Hallucinations“ in People with Dementia in Institutional Settings. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 27(4), 243-249

6. Apathie ohne Depression stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz dar

Ziel/Hintergrund:

Apathie ist gekennzeichnet durch einen Mangel an Motivation bzw. einen Mangel, genügend Energie für Motive zu mobilisieren. In jedem Fall bringt Apathie einen Mangel an zielorientiertem Verhalten mit sich. Das neuropsychiatrische Symptom kommt bei verschiedenen Erkrankungen vor, u.a. bei Demenz, Parkinson, Schlaganfall und Schizophrenie. Es ist verwandt mit der Depression, unterscheidet sich von dieser aber durch Abwesenheit der Traurigkeit, der Hoffnungslosigkeit und der Schuldgefühle.

Apathie steht im Verdacht, eng mit dem Entstehen einer Demenz verbunden zu sein. In vorgestellter Studie wird untersucht, ob Apathie bei Personen ohne Depressivität mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit verbunden ist, dass sich aus der milden kognitiven Beeinträchtigung eine Demenz entwickelt.

Methoden:

Die Studie nutzt Daten der „Alzheimer’s Disease Neuroimaging Initiative“ (ADNI). Diese US-amerikanische Initiative wurde vom „National Institute on Aging“ und vielen anderen staatlichen und privaten Organisationen gegründet mit dem Ziel, verschiedene diagnostische Messinstrumente daraufhin zu überprüfen, ob sie das Voranschreiten von milder kognitiver Beeinträchtigung (MCI) zur leichten Alzheimer Demenz abbilden bzw. vorhersagen können. Ziel ist es, Daten von 800 Personen zu gewinnen: davon 200 kognitiv unauffällige Teilnehmer, 400 Teilnehmer mit MCI – deren Entwicklung über 3 Jahre verfolgt wird – und weitere 200 Personen mit leichter Demenz vom Alzheimer Typ, deren Entwicklung 2 Jahre lang verfolgt wird.

Beschrieben werden die Testverfahren, die Auswahlkriterien für die Teilnehmenden sowie die statistischen Analyseverfahren.

Hauptinstrument für die Ermittlung der Apathie bildet die Geriatrische Depressionsskala, die drei Apathie-spezifische Fragen enthält: 1. Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten aufgegeben? 2. Ziehen Sie es vor, zu Hause zu bleiben statt nach draussen zu gehen und neue Dinge zu tun bzw. zu unternehmen? 3. Fühlen Sie sich energievoll? Es wurde mit positivem Ergebnis überprüft, dass alle drei Fragen zusammen das Symptom Apathie gut abbilden.

Resultate:

Es konnten Daten von 397 Personen mit MCI gewonnen werden. Patienten mit Apathie erwiesen sich als vergleichsweise geringfügig älter. 187 (44,8%) zeigten mindestens ein Symptom der Demenz, 59 (14,8%) Personen zeigten nur Symptome der Apathie und 127 Personen (32%) zeigten nur depressive Symptome. Bei einer erneuten Untersuchung (durchschnittlich nach 2,7 Jahren) zeigten 166 Personen (41,8%) eine Demenz vom Alzheimer Typ. Personen, die ausschließlich Apathie zeigten, wiesen ein erhöhtes Risiko auf, bei der Folgeuntersuchung eine Demenz aufzuweisen. Depressive Symptome allein waren nicht mit diesem erhöhten Risiko verbunden: so auch für Personen mit Depression und Apathie.

Schlussfolgerungen:

Die Untersuchung zeigt, dass der Apathie, nicht aber Depression bei der Entwicklung von Demenz vom Alzheimer Typ eine besondere Signalfunktion zukommt. Weder Depressivität noch die Kombination von Depression und Apathie weisen dasselbe Risiko auf wie die Apathie für sich genommen. Apathie allein stellt also einen vorhersagenden Faktor für das Voranschreiten von MCI zur Demenz dar.

Ursächlich vermuten die Autoren eine direkte Verbindung zwischen Apathie und für die Alzheimer Demenz spezifische neurodegenerative Veränderungen. Daraus ziehen sie den Schluss, dass der Depression einerseits und der Apathie/Demenz andererseits verschiedene neuropathologische Mechanismen unterliegen. Weiterhin muss Apathie im Kontext der Depression anders bewertet werden als Apathie allein, da nur die letztere mit einem erhöhten Demenzrisiko assoziiert ist. Es gibt Hinweise, dass Apathie ohne Depression mit cerebrovaskulären Veränderungen einhergeht, ein Umstand, der bei Apathie im Kontext der Depression nicht zu beobachten ist.

Insgesamt belegt die Studie, dass Personen mit MCI und selbst einem geringen Grad von Apathie ein erhöhtes Risiko besitzen, in der Folgezeit eine Demenz zu entwickeln, Daher sollte neben Instrumenten zur Einschätzung kognitiver Veränderungen das Risiko der Apathie immer zusätzlich erfasst werden, um rechtzeitig adäquate Hilfen bereit stellen zu können.

Apathie ohne Depressivität stellt ein eigenständiges Konstrukt dar und geht mit dem Risiko einer Demenzentwicklung einher. Apathie im Rahmen einer bestehenden Depression muss demnach anders bewertet und gewichtet werden.

Quellen:

Richard E., Schmand B., Eikelenboom P., Yang S.C., Ligthart S.A., Moll van Charante E.P., van Gool W.A. (2012). Symptoms of Apathy Are Associated with Progression from Mild Cognitive Impairment to Alzheimer's Disease in Non-Depressed Subjects. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 33, 204-209

Vgl. auch: Seidl U., Luecken U., Thomann P.A., Kruse A., Schröder J. (2012). Facial Expression in Alzheimer's Disease: Impact of Cognitive Deficits and Neuropsychiatric Symptoms. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 27(2), 100-106:

Ziel der deutschen Studie ist es, bestimmende Faktoren des emotionalen Gesichtsausdrucks bei Menschen mit Alzheimer Demenz zu erforschen und dabei den Einfluss kognitiver und neuropsychiatrischer Symptome, insbesondere der Apathie, zu untersuchen.

Apathie geht nicht nur mit reduzierter Motivation einher, sondern auch mit dem Verlust spontaner Emotionalität und emotionaler Reaktivität (auf andere). Nicht alle Personen mit Alzheimer Demenz leiden unter Apathie, sondern nur Personen, bei denen spezifische frontale Hirnregionen betroffen sind. Apathie ist nicht einfach nur das Resultat von kognitivem Niedergang, sondern von spezifischen, zusätzlichen Schädigungen. Menschen ohne Apathie zeigen trotz vermehrten kognitiven Niedergangs eher mehr, aber weniger spezifischen emotionalen Gesichtsausdruck.

Apathie bei Demenz geht mit dem Verlust der Kontrolle über den Gesichtsausdruck einher. Die reduzierte Motorik wirkt sich dahingehend aus, dass weniger und wenig spezifische Emotionen gezeigt werden.

Apathie hat negative Folgen für Kommunikation und Interaktion, deren non-verbaler Teil wesentlich auf dem Mitteilen und Empfangen emotionaler Botschaften beruht. Apathie kann dazu führen, dass Personen und deren Bedürfnisse weniger Beachtung finden. Mitarbeiter müssen in dieser Hinsicht sensibilisiert werden.

7. Pflegende und Ärzte greifen bei herausforderndem Verhalten in der Praxis gerne auf Psychopharmaka zurück

Ziel/Hintergrund:

Die pharmakologische Behandlung (P) von herausforderndem Verhalten ist weit verbreitet, obgleich ihre Effektivität von der Forschung bezweifelt und die massiven Nebenwirkungen kritisiert werden. Richtlinien und Rahmenempfehlungen weisen nicht-pharmakologische Möglichkeiten (NP) als erste Behandlungsoption aus. Letztere basieren auf der Annahme, dass herausforderndes Verhalten zu einem Großteil aus einer Kombination physiologischer, umweltbezogener, systemischer, psychosozialer und pflegebezogener Faktoren heraus entsteht. Ärzte, Psychologen und Pflegende werden aufgrund unterschiedlicher professioneller Sozialisationen unterschiedlich mit herausforderndem Verhalten umgehen. Vorliegende Studie untersucht die Haltungen und Überzeugungen dieser drei Berufsgruppen in Hinblick auf pharmakologische und nicht-pharmakologische Interventionen für herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz.

Methoden:

Es handelt sich um eine Internet-basierte Befragung der drei Berufsgruppen anhand eines strukturierten, geschlossenen Fragebogens in den USA. Insgesamt konnten 108 Mediziner, 36 Psychologen und 89 Pflegende gewonnen werden.

Der Fragebogen besteht aus 13 Behauptungen, die auf einer Skala von 7 Antwortmöglichkeiten angekreuzt werden konnten. Diese Behauptungen sind nach drei Kategorien geordnet: Aussagen, welche die Nutzung von NP, von P favorisieren und Aussagen bezüglich Mitarbeiter und vorhandenen Ressourcen.

Resultate:

Fast alle kamen überein, dass NP mehr zum Einsatz kommen sollten als bisher üblich (95%-100%); dennoch waren die meisten Antwortenden der Meinung, dass psychotrope Drogen gut wirken (73%-82%). Weiterhin stimmten sie darin überein, dass professionell Pflegende zu schnell nach psychotropen Drogen verlangten (76%-87%) und oft nicht bekannt sei, wie genau nicht-pharmakologische Möglichkeiten genutzt werden könnten.

Etwa die Hälfte bis 2/3 der Befragten stimmten den Auffassungen zu: Psychopharmaka würden in zu hohen Dosierungen verabreicht; Maßnahmen mit NP scheitern an schlechter Ausstattung, mangelnden Ressourcen und Personalmangel.

Unterschiede zeigten sich bei den Fragen: Sollten Psychopharmaka nur als letztes Mittel zu Anwendung kommen? Gibt es Verhalten, für das kein Medikament genutzt werden kann? Werden NP seitens der Pflege nicht genügend anzuwenden versucht? All diese Fragen fanden bei den Pflegenden die meiste, bei den Psychologen die geringste Zustimmung. Psychologen tendierten allerdings dazu, der mangelnden Aufmerksamkeit seitens der Pflegenden eine wichtige Bedeutung bei der Entstehung herausfordernden Verhaltens zuzumessen, was wiederum von den Ärzten am meisten bezweifelt wurde.

Insgesamt favorisierten Pflegende NPs stärker als Psychologen und Ärzte. Pflegende und Psychologen wiesen die höchste Kenntnis von NP auf, Ärzte die niedrigste. Pflegende erwiesen sich eher kundig in Bereichen der sensorischen Anregung, Psychologen beherrschten eher Verfahren wie Verhaltensmodifikation, Selbstwert aufbauende und kognitive Strategien.

Wissensdefizite bezüglich NP fielen bei den Ärzten am höchsten, bei den Psychologen am niedrigsten aus.

Schlussfolgerungen:

Von allen Gruppen wiesen Pflegende die höchste Wertschätzung von NP auf; dennoch griffen sie gerne und häufig auf Psychopharmaka zurück und unterschieden sich auf der

Verhaltensebene kaum von den Ärzten. Trotz bekannter Risiken und der bekannten geringen Wirkung bei Phänomenen wie Wandern, Horten, Vokalisieren, stereotype und repetitive Bewegungen ist die Praxis verbreitet, auf Psychopharmaka zurückzugreifen, oft mit den Hinweisen, es gebe keine pharmakologischen Alternativen (in der Regel zu Benzodiazepinen und atypischen Antipsychotica) und NP-Maßnahmen seien zu arbeits- und zeitintensiv.

Die Mehrheit der Befragten ließ erkennen, dass Mitarbeiterverhalten, mangelnde Ausbildung und begrenzte Ressourcen wohl mitverantwortlich für die Entstehung herausfordernden Verhaltens seien, andererseits Mitarbeiter in der Pflege wenig Entscheidungsgewalt über Aufgaben und Abläufe besäßen und daher der Ruf nach Medikamenten verständlich sei.

Die Autoren stellen Überlegungen dazu an, ob Psychologen eher mit Klienten in Berührung kommen, bei denen Verhaltensmodifikationen auch möglich seien, Ärzte und Pflegende dagegen eher mit den Personen zu tun haben, bei denen diese Maßnahmen wenig greifen. Während Psychologen eher dazu neigen, unerkannte Depressivität als Hintergrundfaktor anzunehmen, versuchen Pflegende eher, körperliches Unbehagen anzugehen und durch den Einsatz von Musik, Massage, Aromatherapie und Entspannung zu reduzieren.

Bei Pflegenden ist für den Einsatz von NP entscheidend, über welche Rahmenbedingungen sie verfügen, welche Schwerpunkte der Anbieter setzt und über welches Wissen sie konkret verfügen. Psychologen dagegen arbeiten eher in eigener Praxis oder können in den Einrichtungen den Kontext ihres Einsatzes stärker bestimmen und regeln. Ärzte sind eher geneigt, ein medizinisches Problem zu vermuten, reklamieren für sich, über NPs auch nicht genau Bescheid wissen zu müssen. Berufsständige Identität und Autonomie in den Rollen wirken sich hinsichtlich der Haltungen und Praktiken in den drei Gruppen deutlich aus.

Abschließend fordern die Autoren, Pflegende sehr viel umfassender und nachhaltiger in der Anwendung nicht-pharmakologischer Möglichkeiten im Umgang mit herausforderndem Verhalten geschult werden sollten.

Quellen:

Cohen-Mansfield J., Jensen B., Resnick B., Norris M. (2012) Knowledge of and Attitudes Toward Nonpharmacological Interventions for Treatment of Behavior Symptoms Associated With Dementia: A Comparison of Physicians, Psychologists, and Nurse Practitioners. *The Gerontologist*, 52(1), 34-45

vgl. auch: O'Sullivan G. (2011) Ethical and effective: Approaches to residential care for people with dementia. *Dementia* DOI:10.1177/1471301211421707

Die Autorin zeigt anhand einer Praxisentwicklung in Neuseeland auf, dass in zwei auf Demenz spezialisierten Abteilungen der stationären Altenhilfe vollständig auf Psychopharmaka verzichtet werden konnte. Voraussetzung bildeten ein individualisiertes Aktivitätenprogramm, viel Bewegung in einem großzügig angelegten Außenbereich, eine Veränderung des Milieus in Richtung normale Wohnlichkeit (dabei wurde auch die interessante Idee einer Rumpelkammer mit vielen Objekten, die zum Mitnehmen gedacht sind, eingeführt) sowie eine umfassende Schulung aller Mitarbeiter. Mitarbeiter konnten Schritt für Schritt aus ihrer "Bequemlichkeitszone" (comfort zone) heraus und in die neue Pflegephilosophie eingeführt werden. Der Verzicht auf Psychopharmaka resultierte in einer dramatischen Abnahme von Stürzen, einer deutlichen Reduzierung herausfordernder Verhaltensweisen sowie in positiven Rückmeldungen seitens der Angehörigen: letzteren fiel die gestiegene Wachheit und Aufmerksamkeit, das fast vollständige Verschwinden des Tagesschlafes sowie die erhöhte Bereitschaft der Bewohner auf, miteinander und mit den Angehörigen etwas zu tun bzw. zu unternehmen.

8. Die kontinuierliche Einnahme psychotroper Drogen geht mit rapiden Demenzverläufen einher

Ziel/Hintergrund:

Psychotrope Medikamente werden häufig gegen neuropsychiatrische Symptome der Demenz, darunter auch gegen herausforderndes Verhalten eingesetzt, obwohl es begründete Zweifel bezüglich Wirksamkeit und Sicherheit gibt. Bisherige Studien haben sowohl mögliche nützliche wie auch schädliche Effekte aufgewiesen. Nützliche Effekte wurden besonders für Antidepressiva bei Demenz beschrieben.² Angesichts dieser gemischten Resultate bezüglich des Einsatzes von psychotropen Substanzen bei Demenz ist es notwendig, unterschiedliche Wirksamkeiten der Medikamentengruppen in populationsbasierten Studien zu untersuchen. In bisherigen Studien dieser Art wurde erwiesen, dass der Einsatz von Sedativa (inklusive Benzodiazepinen) und Antipsychotika mit einer Verdopplung funktionaler Einbußen und erhöhter Sterblichkeit einherging. Diese Studien basierten allerdings auf Teilnehmenden unterschiedlicher Schweregrade (Prävalenzstudien) und nicht auf Teilnehmenden, die neu an Demenz erkrankt sind (Inzidenzstudien). – Vorliegende Arbeit untersucht die Assoziation zwischen unterschiedlichen Arten psychotroper Medikationen mit kognitiven und funktionalen sowie neuropsychologischen Entwicklungslinien im Rahmen einer populationsbasierten Langzeitstudie (Cache County Dementia Progression Study). Es wird die Hypothese überprüft, dass antipsychotische Medikation und Benzodiazepine mit einem stärkeren kognitiven und funktionalen Niedergang einhergehen, antidepressive Medikation aber eine Verbesserung neuropsychiatrischer Symptome und Kognition aufweist.

Methoden:

Die Daten stammen aus einer weit umfassenderen Langzeitstudie (Cache County Study on Memory in Aging), welche Prävalenz, Inzidenz und Risikofaktoren in einer ländlichen Region der USA erforscht. Dabei wurden 90% der Bevölkerung über 65 Jahren erfasst. Neu erkrankte Personen werden in der Folge wiederholt alle 6 bis 18 Monate untersucht. Methoden der Diagnosestellung werden beschrieben, Instrumente zur Feststellung des Schweregrades, der allgemeinen Gesundheit, der neuropsychiatrischen Symptome vorgestellt. Von besonderer Bedeutung für diese Studie ist der „persistence index“ (PI), mit dem festgehalten wird, wie kontinuierlich psychotrope Substanzen während der Erkrankung eingenommen werden. Psychotrope Medikation wurde unterschieden in verschiedene Kategorien: Antidepressiva, Antipsychotika und Benzodiazepine. Der PI repräsentiert die Jahre der Medikation dividiert durch die Jahre der Erkrankung (nimmt eine Person während der Gesamtzeit der Erkrankung psychotrope Substanzen ein, beträgt der Wert 1; nimmt sie nichts ein, beträgt der Wert 0). Die Einnahme wurde während der Besuche beobachtet und registriert, so dass die Angaben nicht auf retrospektiven Angaben der Teilnehmenden beruhen. Statistische Analyseverfahren werden beschrieben.

Resultate:

335 Teilnehmer wurden als Ersterkrankte identifiziert und bei 230 davon konnte mindestens eine (höchstens 12) Folgeuntersuchung durchgeführt werden. 47,8% der Teilnehmenden nahmen kontinuierlich Antidepressiva ein, davon 90% Serotoninwiederaufnahmehemmer. Antipsychotische Medikamente wurden zu 29% der Zeit eingenommen. Etwa ein Viertel der Teilnehmenden nahmen kontinuierlich

² Siehe allerdings dagegen: Banerjee S., Dewey M., Romeo R. et al (2011). Sertraline or mirtazepine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomized, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*, 378, 403-411. Im Ergebnis bezweifeln die Autoren irgendeine Wirksamkeit von Antidepressiva bei Depression im Kontext der Demenz: Besonders wirkungsarm fallen Serotoninwiederaufnahmehemmer aus.

Benzodiazepine ein. Für die meisten Teilnehmenden galt: wer ein Psychopharmakon aus einer Gruppe einnimmt, nimmt auch Psychopharmaka aus anderen Gruppen ein. Wer Antidepressiva einnahm, war schon vergleichsweise länger an Demenz erkrankt, eher weiblichen Geschlechts, wies einen höheren Demenzgrad und vermehrt neuropsychiatrische Symptome und eine schlechtere Gesundheit auf. Ganz ähnliche Zusammenhänge ließen sich für Antipsychotika aufweisen. Insgesamt gilt für alle psychotropen Medikamentengruppen (insbesondere für die kombinierte Gabe von Antipsychotika und Antidepressiva): je kontinuierlicher sie eingenommen werden (je höher der PI-Wert), desto gravierender fällt die Geschwindigkeit des kognitiven Abbaus aus. Keine der Medikamentengruppen ging mit einer Reduktion neuropsychiatrischer Symptome inklusive herausforderndem Verhalten einher, sondern eher mit einem rapiden Anstieg dieser Symptome. Je weiter die Demenz vorangeschritten war, desto mehr nahm der rapide Abbau kognitiver Funktionen und die Zunahme neuropsychiatrischer Symptome ab, d.h. die Zusammenhänge zwischen der Zunahme neuropsychiatrischer Symptome, dem rapiden kognitiven Abbau einerseits und der kontinuierlichen Einnahme von Psychopharmaka andererseits werden bei schwerer Demenz weniger ausgeprägt.

Schlussfolgerungen:

Je länger und kontinuierlicher Personen psychotrope Medikamente einnehmen, desto rapider fällt der Verlauf kognitiver Beeinträchtigungen, die Schwere der Demenz und die Ausprägung neuropsychiatrischer Symptome aus. Im Unterschied zu bisherigen Untersuchungen betrifft dieser Befund auch Antidepressiva – damit konnte ein Teil der zuvor genannten Hypothese nicht bestätigt werden.

Insgesamt werden Antidepressiva kontinuierlicher eingenommen als Antipsychotika und Benzodiazepine. Je schwerer die Ausprägung der Symptome, desto häufiger werden diese Medikamente eingesetzt. Psychiatrische Polypharmacie (Einnahme mehrerer psychotroper Drogen aus unterschiedlichen Gruppen) bildet den Regelfall. Ein positiver Effekt (z.B. Reduktion neuropsychiatrischer Symptome) ist nicht zu erkennen.

Die Resultate können in zweifacher Hinsicht interpretiert werden: Personen mit schweren, rapiden Verläufen (fast progressors), bedingt durch eine spezifische, biologische Psychopathologie, erhalten auch mehr psychotrope Drogen. Oder umgekehrt: Weil Personen vermehrt psychotrope Drogen einnehmen, zeigen sie rapide Krankheitsverläufe mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen.

Die Autoren plädieren eindeutig für die erste Interpretation, resümieren allerdings, dass die Resultate dieser Studie keine über längere Zeit hinweg erkennbaren positiven Effekte erkennen lassen. Es sei auch nicht auszuschließen, dass der Einsatz dieser Medikamente den Verfall beschleunige. Offen bleibt, ob der rapide Verlauf noch schneller erfolgt wäre, hätte man diese Drogen nicht eingesetzt. Allerdings verweisen die Autoren auf eine Studie, die zeigt, dass Personen mit Demenz und Psychosen langfristig von der Einnahme psychotroper Drogen nicht profitieren. Zusammengefasst unterstützt die Studie die heute geltende Auffassung, nicht-pharmakologische Behandlungen als Mittel erster Wahl einzusetzen.

Quellen:

Rosenberg P.B., Mielke M.M., Han D., Leoutsakos J.S., Lyketsos C.G., Rabins P.V. et al (2012). The association of psychotropic medication use with the cognitive, functional, and neuropsychiatric trajectory of Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 1248-1257

9. Qualitätsindikatoren müssen die Schwere der Demenz und den Einrichtungstyp besser berücksichtigen

Ziel/Hintergrund:

Weltweit wird bei der öffentlichen Inspektion, den Berichtspflichten und der Qualitätsentwicklung dazu übergegangen, Qualität an evidenzbasierten Indikatoren festzumachen. Diese liegen auch für Menschen mit Demenz in der Regel eher für funktionale Aspekte der Pflege vor, z.B. Umgang mit Fixierung, psychotrope Medikation, funktionaler Abbau (Ernährung, Stürze) und Inkontinenz. In der Regel wird Qualität an der Abwesenheit negativer funktionaler Ergebnisse festgemacht.

Weniger berücksichtigt werden die für die Personen oft besonders bedeutsamen Dimensionen ‚Subjektive Lebensqualität‘ und ‚Zufriedenheit‘. Letztere nehmen nach Heimaufnahme und der Eingewöhnung mit der Zeit wieder zu, es sei denn, kognitive Funktionen und Unabhängigkeit bei alltäglichen Aktivitäten nehmen deutlich ab. Dies kann zum Teil durch Teilhabe an sozialen und für sinnvoll erachteten Aktivitäten kompensiert werden. Eben diese werden durch auf Demenzbetreuung spezialisierte Einrichtungen besonders ins Auge gefasst. Allerdings versorgen diese Einrichtungen in der Regel eine Bewohnerschaft mit einer hohen psychiatrischen Co-Morbidität, welche die Lebensqualität und den Effekt der Aktivitäten mindert. Vorliegende Studie untersucht, wie sich kognitive Beeinträchtigung auf die Lebensqualität von Heimbewohnern auswirkt. Dabei wird unterschieden zwischen Heimbewohnern, die in Einrichtungen der speziellen Dementenbetreuung (SCU: Special Care Units) und solchen, die in konventionellen Wohnbereichen leben. Gesucht wird nach typischen Mustern / Strukturen der Lebensqualität, die für bestimmte Einrichtungstypen charakteristisch sind. Anders herum gefragt: Wie wirken sich kognitive Beeinträchtigung und Einrichtungstyp auf Domänen der Lebensqualität aus?

Methoden:

Anhand des ‚Minnesota Nursing Home Resident Quality of Life and Consumer Satisfaction Survey‘-Fragebogens zur Erhebung der Lebensqualität und Kundenzufriedenheit von Heimbewohnern des Staates Minnesota wurden im Jahr 2007 Daten erhoben. Der Fragebogen umfasst 52 Fragen zur Lebensqualität, Zufriedenheit und Stimmung. Die darin enthaltenen 35 Fragen zur Lebensqualität umfassen zehn Domänen, von denen für den Zweck dieser Untersuchung sieben ausgesucht wurden. Diese sieben lauten: Behaglichkeit, bedeutungsvolle Aktivitäten, Privatheit, angepasste Umgebung, Individualität, Autonomie und bedeutsame Beziehungen sowie (zusätzlich, generiert aus anderen Daten) Stimmung. Weitere Daten umfassen den kognitiven Status, funktionale Einschränkung, somatische und psychiatrische Diagnosen. Aus 390 Heimen wurden 13.983 Personen nach einem komplexen Verfahren ausgesucht und befragt. Datensätze von 13.107 Bewohnern konnten für die Studie verwendet werden. Statistische Verfahren werden aufgeführt, um Beziehungen zwischen kognitiver Beeinträchtigung, Einrichtungstyp und Lebensqualität zu beschreiben.

Resultate:

18,6% der Befragten wies keine, 16% eine geringe, 22,1% eine leichte, 37,6 eine mittlere und 5,7% eine schwerwiegende kognitive Beeinträchtigung auf.

Bewohner in Einrichtungen der speziellen Demenzbetreuung (SCU) wiesen vergleichsweise eine höhere Lebensqualität in den Bereichen Behaglichkeit, Aktivität, Umwelt/Umgebung und Autonomie und eine niedrigere in dem Bereich Stimmung auf. Zugleich unterschieden sie sich durch vergleichsweise schwere kognitive Beeinträchtigung, Abhängigkeit und Inkontinenz von Bewohnern in traditionellen Einrichtungen.

Bezüglich kognitiver Beeinträchtigung konnte Folgendes gezeigt werden: Mit der Ausnahme der Bereiche Behaglichkeit und angepasste Umgebung nahmen alle Domänen der Lebensqualität mit zunehmender kognitiver Beeinträchtigung ab. Besonders deutlich zeigte sich dieser Zusammenhang für die Bereiche Privatheit, Individualität, Beziehungen, Aktivitäten und Stimmung.

Schlussfolgerungen:

Die Untersuchung bestätigt die angenommenen Hypothesen: mit der Zunahme der kognitiven Beeinträchtigung nimmt die Lebensqualität ab. Die Autoren zeigen sich überrascht, dass Behaglichkeit und Anpassung der Umwelt eine Ausnahme bilden. Sie führen dies darauf zurück, dass diese Domänen am meisten durch die aktuellen Qualitätsindikatoren und damit durch die laufende Qualitätssicherung positiv beeinflusst werden. Soziale und psychologische Komponenten der Lebensqualität fallen dagegen komplexer und individueller aus: sie sind durch die Möglichkeiten gegenwärtiger QM-Aktivitäten sehr viel schwieriger zu erfassen und zu beeinflussen.

Die Autoren heben die Konsequenzen für die Einschätzung und Bewertung der Lebensqualität von Heimbewohnern hervor: Einrichtungen mit kognitiv schwer beeinträchtigten Personen laufen Gefahr, unverhältnismäßig schlecht bewertet zu werden. Ähnliches gilt für die Einrichtungen der besonderen Dementenbetreuung: sie weisen ein eigenständiges Profil in der Einschätzung der Lebensqualität auf, so dass die Daten dieser Einrichtung nicht ohne weiteres mit traditionellen Einrichtungen verglichen werden können. Einrichtungstyp und Grad kognitiver Beeinträchtigung sind damit wesentliche Faktoren, die bei der Bewertung von Lebensqualitätseinschätzungen berücksichtigt werden müssen. Einheitliche, nicht nach kognitiver Beeinträchtigung und Einrichtungstyp differenzierte Vorgaben regulierender Behörden erzeugen damit ein verzerrtes Bild der Lebensqualität.

Zuletzt richtet die Studie den Blick auf die bedeutsamen Domänen: Aktivitäten, Individualität, Privatheit, bedeutungsvolle Beziehungen und Autonomie. Diese sollten in den Qualitätsanstrengungen der Einrichtungen und in den Bewertungen der regulierenden Behörden besondere Aufmerksamkeit erfahren.

Die Studie trägt dazu bei, demenz- und einrichtungsspezifische Qualitätsindikatoren zu entwickeln, welche die Erfahrungen der Heimbewohner besser berücksichtigen und die Qualitätsanstrengungen in diesen Bereichen neu gewichten helfen.

Quellen:

Abrahamson K., Clark D., Perkins A., Arling G. (2012). Does cognitive impairment influence quality of life among nursing home residents? *The Gerontologist*, 52(5), 632-640

10. Das soziale Milieu stellt im Urteil der professionell Pflegenden und der Familien den wichtigsten Umweltfaktor dar

Ziel/Hintergrund:

Herausforderndes Verhalten belastet sowohl die pflegenden Familien wie professionell Pflegende. Zunehmend spezialisieren sich stationäre Einrichtungen auf den Umgang mit dieser Patientengruppe. Bestimmte Umweltbedingungen tragen dazu bei, herausforderndes Verhalten zu minimieren.

Vorliegende Studie untersucht die Wahrnehmungen von Familienmitgliedern und professionell Pflegenden zu Milieufaktoren, welche das Verhalten, Wohlbefinden und die Lebensqualität der Klienten mit fortgeschrittener Demenz in der stationären Pflege beeinflussen.

Methoden:

Im Rahmen einer qualitativen Studie (Grounded Theory) werden Urteile von Familienmitgliedern und professionell Pflegenden in getrennten Fokusgruppen erhoben. Die Teilnehmenden stammen aus 3 kanadischen Großstädten. Nur Personen, die schon länger in der Einrichtung arbeiteten bzw. ihre Angehörige dort über einen längeren Zeitraum mindestens 1x pro Woche besuchten, konnten teilnehmen.

Die meisten Wohngruppen waren eher Kleingruppen nach dem Hausgemeinschaftsprinzip mit häuslichem Charakter. Es nahmen sowohl Wohngruppen mit speziellen Abteilungen für Menschen mit Demenz als auch gemischte Wohngruppen teil, insgesamt 8 Abteilungen.

Die Fokusgruppen zählten 6-10 Personen und dauerten von 1 bis 2,5 Stunden. Die Teilnehmer brachten zunächst in Einzelarbeit ihre Beobachtungen zu Papier (Elemente der physischen und der sozialen Umgebung, die Verhalten und Lebensqualität negativ oder positiv beeinflussen). Diese Ergebnisse wurden in der Gruppe diskutiert und in negative und positive Faktoren unterschieden. In jeder Gruppe wurde dann eine Prioritätenliste von insgesamt 9 Faktoren erarbeitet. Alle Listen wurden von den Autoren in zwei getrennten Phasen bearbeitet, kodiert und in Kategorien geordnet. Ein System der Bewertung für die Gewichtung der einzelnen Punkte führte zu einer abschließenden Reihenfolge von Gesichtspunkten.

Resultate:

Insgesamt nahmen 45 Familienmitglieder und 59 professionell Pflegende teil. An erster Stelle wird von Familien und Professionellen der Personalschlüssel genannt, gefolgt vom Geräuschpegel, dem häufigen Wechsel von Mitarbeitern mit Einbrüchen in der Arbeitskontinuität, sowie rigide Regeln und Regularien der Organisation. Anliegen, welche die quantitative und qualitative Ausstattung mit Mitarbeitern betreffen, rangieren mit Abstand an erster Stelle und bestimmen maßgeblich das Verhalten und die Lebensqualität. Durch den häufigen Wechsel von Mitarbeitern sei eine familiäre Atmosphäre nicht aufrecht zu erhalten. So entstünden immer wieder Missverständnisse, die in herausforderndem Verhalten münden.

Auch bezüglich Lebensqualität steht an erster Stelle die Haltung und das Verständnis der professionell Pflegenden: es sei wichtig, sich Zeit für die Menschen zu nehmen und eine beruhigende Haltung einzunehmen. Es folgt die Fähigkeit, individuelle Bedürfnisse zu erkennen und zu befriedigen. Dazu sei es notwendig, die Bewohner besser kennen zu lernen und eine hohe Kontinuität in Pflege und Betreuung zu gewährleisten. Eine wohnungsähnliche Atmosphäre sei wichtig mit einem Zentrum für Aktivitäten (lebendige Mitte), vertrauten Objekten und gemeinsamen Tätigkeiten. Sinnvolle Tätigkeiten seien in der Folge möglich.

Pflegende waren eher der Auffassung, Menschen mit und ohne Demenz zu trennen; Familien äußerten die Sorge, dass sich die Personen mit Demenz bezüglich ihrer affektiven

Impulse wechselseitig anstecken und aufladen und es eher zu einer Zunahme herausfordernden Verhaltens kommen könne. Auch eine größere Anzahl von Bewohnern pro Einheit sowie psychotrope Drogen galten für die Familien als mögliche Ursachen herausfordernden Verhaltens und niedriger Lebensqualität.

Schlussfolgerungen:

Insgesamt wurde die soziale Umgebung von Professionellen und Familien als weit wichtiger als die materielle Umgebung eingeschätzt. Zudem können Menschen mit mittlerer bis schwerer Demenz in einer Kleingruppe in wohnungsähnlicher Umgebung ohne Barrieren, mit einem Einzelzimmer und einem geringen Geräuschpegel leben. In diesem Fall wird ein eher geringes Maß herausfordernden Verhaltens vermutet. Die Umgebung müsse sich nach den Bedürfnissen der Klienten richten und die Mitarbeiter müssten die Bewohner gut kennen – dann seien die besten Chancen gegeben. Im Ergebnis wurde der Begriff CAREFUL entwickelt für:

C: Konsistenz und Kontinuität in der Arbeit

A: Approach – therapeutische Haltung des Teams (Kommunikation und Interaktion mit Menschen mit Demenz)

R: Ratio – nicht-pharmakologische Anwendungen erfordern einen hohen Personalschlüssel

E: Environmental Design – kleine Gruppe in einem wohnungsähnlichen Ambiente

F: Flexibility – die Regularien müssen flexibel genug sein, damit die aktuellen Bedürfnisse immer im Vordergrund stehen können

U: Understanding – die Klienten gut kennen lernen

L: Level of Noise – für eine geräuscharme Umgebung sorgen.

Die Autoren reflektieren, dass trotz der Heterogenität der Teilnehmenden der Fokusgruppen überall recht ähnliche Ergebnisse resultierten. Überall nahm der Faktor ‚soziales Milieu‘ den bedeutsamsten Stellenwert ein. Es folgte überall der Faktor ‚Wohnlichkeit‘ im Sinne eines Ortes, an dem man uneingeschränkt leben kann, Objekte mit Erinnerungswert vorfindet, wo man immer denselben Personen und Abläufen begegnet, an dem man seinen Interessen nachgehen kann, wo man in seinen Rollen, seinem Status bekannt ist, wo man sich mit anderen Menschen verbunden fühlen kann.

Die Autoren schließen mit dem Appell, Politiken und Mittel in erster Linie für den Aufbau sozialer Milieus zu verwenden und den physischen Umbau (Neubau) daran zu orientieren, ob er hilft, ein positives soziales Milieu zu unterstützen. In Abwägung der Prioritäten sei Investition in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie in eine qualitativ und quantitativ bessere Personalausstattung wichtiger, als Veränderungen der physischen Umgebung. Für eine gute Umgebung für Menschen mit schwerer Demenz sei nötig: eine wohnliche, erleichternde Umgebung, gut ausgebildete Mitarbeiter sowie eine flexible Organisation, die es den Mitarbeitern erlaubt, das, was sie gelernt haben, auch umzusetzen.

Quellen:

Garcia L.J., Hebert M., Kozak J., Senecal I., Slaughter S.E., Aminzadeh F., Dalziel W., Charles J., Eliasziw M. (2012). Perceptions of family and staff on the role of the environment in long-term care homes for people with dementia. *International Psychogeriatrics* 24(5), 753-765

11. Leichter bis mäßiger Rotweingenuss geht mit verringertem Demenzrisiko einher

Ziel/Hintergrund:

Es liegen zahlreiche Erkenntnisse vor, dass die Entwicklung einer Demenz auch vom Lebensstil und der damit einhergehenden Gefäßsituation eines Menschen abhängt (u.a. mediterrane Diät, Bewegung). Auch dem geringen Genuss von Alkohol, insbesondere in Form des Rotweins, wird eine neuroprotektive Wirkung zugeschrieben. Vorliegende Studien lassen aufgrund ihres Forschungsdesigns oft keine Schlüsse zu, worin sich alte Menschen, die trinken oder nicht trinken, unterscheiden; genetische Risikofaktoren, aber auch Rauchen und Bildung scheinen sich auf die Frage auszuwirken, ob geringer Konsum von Alkohol eine neuroprotektive Wirkung entfaltet. Auch bezüglich der Trinkmenge, die mit günstigen Folgen einhergehen, gibt es unterschiedliche Angaben. Häufig findet sich die Angabe: 2 Gläser Wein für Männer, ein Glas Wein für Frauen am Tag (wobei ein Glas mit 14 Gramm Alkohol angegeben wird), stellten einen geringen Alkoholkonsum dar. Im vorgestellten Review werden Ergebnisse von Studien zum Alkoholkonsum und Demenz bis zum September 2011 vorgestellt und diskutiert.

Methoden:

Zentrale Begriffe der Suchstrategie und Vorgehen bei der Literaturanalyse werden vorgestellt.

Resultate:

In der Mehrzahl der vorgestellten Studien wird Personen mit leichtem bis mäßigem Alkoholkonsum ein besseres kognitives Funktionieren attestiert als Personen, die abstinent leben oder viel trinken. Diese Funktionen betreffen die fluide Intelligenz, die Exekutivfunktionen, die Psychomotorik und das autobiographische Gedächtnis. Das relative Risiko an Demenz zu erkranken, fällt für Personen mit leichtem bis mäßigem Konsum am geringsten aus. Einige Studien weisen nach, dass gegenwärtiger leichter Konsum entscheidend ist, nicht der Konsum in früheren Lebenszeiten. Diese Ergebnisse konnten in mehreren Langzeitstudien bestätigt werden, allerdings gibt es auch gegenteilige Befunde. Insgesamt weisen geringe Alkoholmengen bei alten Menschen proportional höhere Wirkungen auf als bei jüngeren Menschen. In einigen Studien wird dem Rotwein ein besonders nachhaltiger Effekt nachgesagt, andere Studien konnten dieses Ergebnis nicht bestätigen.

Die positiven Effekte eines leichten bis mäßigen Konsums werden auf bestimmte Stoffe zurückgeführt, die besonders in Rotweinen vorzufinden sind (Flavonoide und andere), die dem oxidativem Stress entgegenwirken, welcher wesentlich mit Alterungsprozessen verbunden ist. Weitere mögliche Faktoren für die positive Wirkung von Rotwein werden diskutiert, wie z.B. die Reduktion von vaskulären Risikofaktoren, die Stimulierung bestimmter, für das Gedächtnis wesentlicher Hirnbotenstoffe (Acetylcholin) durch Alkohol, eine Erhöhung spezifischer Plasmalevels und ein Abbau von (HDL)Cholesterin. Es ist umstritten, ob die protektiven Effekte auf den Alkohol allein oder auf die im Alkohol gelösten Zusatzstoffe zurückzuführen sind. Als gesichert kann angesehen werden, dass moderater Rotweinkonsum Entzündungsprozessen entgegen- und sich in diesem Zusammenhang auch demenzprotektiv auswirkt.

Offen bleibt zudem die Frage, ob beobachtbare Effekte ursächlich auf den Weinkonsum, oder auf den mit diesem einhergehenden moderaten und sozial förderlichen Lebensstil zurückzuführen sind. Es geht also nicht nur um den Konsum per se, sondern um die Menge, die Konsummuster sowie den damit einhergehenden sozialen Lebensstil. Dieser mag damit einhergehen, auch größere Mengen an Früchten und Gemüse zu sich zu nehmen, gesund zu leben und sich ausreichend zu bewegen. Bisherige Forschungen können diese Fragen noch nicht ausreichend beantworten.

Schlussfolgerungen:

Leichter bis mäßiger Konsum scheint einherzugehen mit einem reduzierten Risiko, an Demenz zu erkranken. Hierbei scheint sich eine besondere Präferenz für den Rotwein zu bestätigen, obgleich die Befunde nicht ganz eindeutig sind. Die genetische Ausstattung scheint eine Rolle zu spielen: die Abwesenheit einer bestimmten, die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung erhöhenden Risikokonstellation (APOE ϵ 4) scheint den protektiven Effekt von Weinkonsum eher zu begünstigen. Wer diese Risikokonstellation aufweist, scheint über eine schlechtere neurale Selbstheilungsfähigkeit zu verfügen und erweist sich damit anfälliger für die neurotoxischen Wirkungen des Alkohols. Aufgrund dieser Evidenzen kommen die Autoren in dem Schluss überein: leichter bis mäßiger Weingenuss ist nicht schädlich, allerdings ist es nicht möglich, das adäquate Mass exakt zu quantifizieren.

Quellen:

Panza F., Frisardi V., Seripa D., Logroscino G., Santamato A., Imbimbo B.P., Scafato E., Pilotto A., Solfrizzi V. (2012). Alcohol consumption in mild cognitive impairment and dementia: harmful or neuroprotective? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 1218-1238

12. Freizeitaktivitäten tragen dazu bei, dem Leben mit Demenz Sinn und Hoffnung zu geben

Ziel/Hintergrund:

Bisherige Forschungen zum subjektiven Erleben in der Frühphase der Demenz haben deutlich gemacht, wie die Personen ihr Leben an die Verfassung Demenz anpassen. In dem Versuch, ein möglichst normales Leben fortzusetzen, kommen auch sozialen und Freizeitaktivitäten ein hoher Stellenwert zu. Sich sinnvoll zu beschäftigen, zum Leben der Familie und der Gemeinschaft etwas beizutragen, den gewachsenen Verpflichtungen und Interessen unter Berücksichtigung von demenzbedingten Grenzen und geminderten Kompetenzen nachzukommen, ist Ausdruck dieses Bemühens um Normalität und Anpassung.

Während der Nutzen therapeutischer Aktivitäten umfassend untersucht wurde, ist die Bedeutung von Freizeitaktivitäten bislang wenig in den Blick genommen worden. Vorliegende Untersuchung geht der Frage nach, welche Bedeutsamkeit der Freizeit im Leben und im Anpassungsprozess zukommt.

Methoden:

Es kommt die Methode der hermeneutischen Phänomenologie zur Anwendung. Vier Personen konnten gewonnen werden. Daten wurden über mehrere Monate hinweg in drei Interviews, durch teilnehmende Beobachtungen und anhand von Fotografien (photovoice) gewonnen, welche die Teilnehmenden selber anfertigten. Die Bearbeitung der Daten wird beschrieben und zentrale Themen werden identifiziert.

Resultate:

Freizeit konnte nicht leicht von anderer Zeit (z.B. Einkaufen, Kochen) unterschieden werden, da sich die Äußerungen und Darstellungen der Teilnehmenden immer auf beide bezogen; viele Freizeitaktivitäten wiesen einen arbeitsähnlichen Charakter auf. Negative und positive Aspekte des Lebens mit Demenz lagen nah beieinander. Teilnehmende erfuhren das Leben mit Demenz als herausfordernd, offenbarten aber auch Hoffnung und Zuversicht. Obgleich die Demenz Freizeitaktivitäten teilweise einschränkte oder gar verhinderte, wurde Freizeit auch als Möglichkeit erlebt, den Veränderungen etwas entgegen zu setzen und Lebenssinn zu finden.

Die Themen von Herausforderung und Hoffnung werden unter zwei Rubriken gebracht: mit den Veränderungen kämpfen und das Leben mit Demenz anpacken.

Die erste Rubrik umfasst Unterthemen wie: konfuse Gedanken, fluktuierende Fähigkeiten, erschreckendes Gewahrwerden der Veränderungen, beunruhigende Gefühle. Die zweite Rubrik umfasst Unterthemen wie: sich mit dem Leben versöhnen wie es ist, sich durchkämpfen und nicht hängen lassen, aus Beziehungen leben, optimistisch bleiben, an bedeutsamen Aktivitäten festhalten. Freizeitaktivitäten wurden aufrecht erhalten durch Hilfestellungen, durch Anpassung und Vereinfachung, durch Vermeiden eher belastender, anfordernder Aspekte dieser Aktivitäten. Eher von Konkurrenz und Wettkampf geprägte Aktivitäten wurden durch vermehrt kooperative oder Einzelaktivitäten abgelöst. Die Erwartungen wurden den Möglichkeiten und Grenzen angepasst.

Schlussfolgerungen:

Freizeitaktivitäten aufrecht zu erhalten spielt eine bedeutsame Rolle in dem Versuch, dem Leben mit Demenz einen Sinn abzugewinnen. Hierbei geht es weniger um therapeutisch begleitete Aktivitäten, sondern um die Fortsetzung und Anpassung von Aktivitäten, die für die Menschen immer schon bedeutsam waren (Karten spielen, schwimmen gehen, tanzen, Dart spielen, den Garten pflegen). Zu lernen mit Demenz zu leben heißt nicht zuletzt, auf einem angepassten Niveau weiterhin mit Freude den Freizeitaktivitäten nachzugehen –

vorzugsweise, aber nicht immer, mit Partnern, Familien und Freunden. Auch Spiele auf dem Mobiltelefon werden genutzt, um das eigene Reaktionsvermögen zu trainieren. Freizeitaktivitäten erhalten ihren Sinn und ihre Bedeutsamkeit – wie auch gezieltes kognitives Training – nicht zuletzt aus der Hoffnung, damit der Krankheit etwas entgegen zu setzen, Kontrolle aufrecht zu erhalten, in Übung zu bleiben. Sie bilden auch Teil des fortwährenden Bemühens um eine positive Stimmung und tragen dazu bei, negative Gedanken zu kontrollieren, sich der eigenen Kompetenz zu versichern, sich den eigenen Selbstwert zu beweisen. Freizeitaktivitäten tragen daher dazu bei, die tagtägliche Balance zwischen Herausforderung und Hoffnung zu meistern.

Quellen:

Genoe M.R., Dupuis S.L. (2012). The role of leisure within the dementia context. *Dementia*, 14(4), 427-452

13. Über den Tag verteilte Aktivitäten reduzieren Agitiertheit und Stürze

Ziel/Hintergrund:

Ogleich nicht-pharmakologische Möglichkeiten im Umgang mit Menschen mit herausforderndem Verhalten empfohlen werden, ist deren Erfolg eher mäßig bis enttäuschend. Da medikamentöse Möglichkeiten im Verdacht stehen, die Demenz zu verschlechtern und die Lebensqualität zu mindern, ist die Ratlosigkeit groß. Vielversprechend scheinen personenzentrierte Interventionen zu sein, die sich an die einzelne Person richten und nicht an die Gruppe.

Die meisten Studien untersuchen einzelne, isolierte Interventionen, deren Anwendung besonders geschultes Personal erfordert, auf Beruhigung zielt und oft die Möglichkeiten einer stationären Einrichtung überfordert (z.B. Musiktherapie). Sie setzen eine Homogenität der Interessen, Bedürfnisse und Wünsche voraus, die der Praxis wenig entspricht, da eine Gruppe von Personen eher selten zur gleichen Zeit von ein- und derselben Intervention profitiert.

Vorliegende Studie beschreibt und evaluiert komplexe, individuell zusammengestellte Interventionen, die von Mitarbeitern ohne besondere Ausbildung durchgeführt werden können und sich an Personen mit Demenz richten, die einen höheren Funktionsgrad aufweisen (leichte bis mittelschwere Demenz). Die Interventionen haben einen eher präventiven, proaktiven Charakter und sollen das Vorkommen herausfordernden Verhaltens, insbesondere von Langeweile und Tätigkeitslosigkeit, im Ansatz verhindern oder mildern.

Intervention:

Eine gründliche Recherche über Lern- und Lebensgewohnheiten, Persönlichkeit und Verhalten leitet die verhaltensbasierte, ergonomische Therapie (BBET) ein. Aktivitäten und dazu gehörige Materialien werden zusammengestellt und beschrieben, so dass Mitarbeiter sie jederzeit ohne zusätzlichen Aufwand einsetzen können. Familien werden – so vorhanden – an der Zusammenstellung aber auch an der Anwendung der Aktivitäten beteiligt. Einschätzungen der funktionalen Einschränkungen und Kompetenzen und Verhaltensbeobachtungen ergänzen die Daten zur Entwicklung eines individuellen Repertoires für jeden Bewohner.

Die Aktivitäten wurden den Bewohnern genau angepasst und in Zeiträumen angeboten, in denen keine strukturierten Aktivitäten vorgesehen waren (wie z.B. Mahlzeiten oder Gruppenangebote). Die Auswahl und die Ein- und Anleitung der entsprechenden Aktivität, nehmen nicht mehr als 3 Minuten in Anspruch. Wenn möglich beobachtet die Pflegekraft den weiteren Fortgang der Tätigkeit, während sie einer anderen Aufgabe nachgeht. Mitarbeiter wurden im Umgang mit der Methode einen ½ Tag lang geschult.

Ein typischer Aktivitätenplan differenziert sich in: Aktivitäten mit der Erinnerungsbox, ausgewählte Musik CDs, ausgewählte DVDs, sensorisch stimulierende Aktivitäten, Aktivitäten die zusammen mit Mitgliedern der Familie durchgeführt werden können.

Methoden:

Es wurden Daten erhoben bezüglich der Art der Intervention, ihrer Dauer, der dabei angefallenen Kontaktzeit und der Sturzvorkommnisse. Die Daten wurden der Dokumentation entnommen.

Resultate:

Zur Zeit der Pilotstudie hielten sich zwischen 16 und 18 Personen in der Wohngruppe für Menschen mit Demenz auf. Zwischen März und August 2010 stieg die Anzahl beschriebener alltagsnaher Interventionen von 111 auf 320 Einsätze an. Die monatliche Kontaktzeit stieg von 56 Stunden im März auf 208 Stunden im August 2010. Sensorisch

stimulierende Therapien nahmen nach einem ersten Anstieg wieder ab, da sie als zu personalintensiv eingeschätzt wurden und umfassenderer Schulungen bedürfen. Neben sensorisch stimulierenden Aktivitäten und Aktivitäten zusammen mit Familie nahmen beruhigende, stress-reduzierende Aktivitäten (Hören von Musik, Einsatz von Medien) einen breiten Raum ein. Zeitlich erfolgte deren Einsatz vor dem Frühstück, außerhalb der Gruppenangebote, während und nach Familienbesuchen, gegen Abend, vor dem Nachtessen, vor der Nachtruhe, bei Unruhe in der Nacht. Nach einer ersten Anlaufzeit nahm die Inanspruchnahme der Interventionen durch Familienangehörige deutlich zu, nachdem diese auf diese Möglichkeiten hingewiesen und ‚eingearbeitet‘ worden waren. In der Regel wiesen die Interventionen eine Dauer von mehr als 10 Minuten auf: dieser Zeitraum (mehr als 10 Minuten) korrelierte stark mit positiven Kommentaren, d.h. ging in der Regel mit Berichten zu positiven Affekten und Interesse einher.

Sturzvorkommnisse nahmen in dem Untersuchungszeitraum um 32% ab. Es wird angenommen, dass Aktivitäten und Interventionen dazu beitrugen, zielloses Umherlaufen und damit eine der wahrscheinlichen Sturzursachen zu reduzieren. Kommentare der Angehörigen lassen darauf schließen, dass diese eine merkliche Verbesserung von Unruhe feststellen konnten.

Schlussfolgerungen:

Die Autoren sehen ihre These bestätigt: personenzentrierte Interventionen müssen vielfältig angelegt sein, den Neigungen und Interessen der Personen angepasst werden, müssen ohne großen Aufwand gerade in den beschäftigungsarmen Zeiten greifen können und Angehörige mit einbeziehen. Personenzentrierte Aktivitäten dürfen nicht auf die programmierten Gruppenaktivitäten eingeschränkt werden, sondern müssen in kleinen Aktionen über den ganzen Tag verteilt angeboten werden können. Das Programm veränderte nicht nur das Verhalten der Bewohner, sondern bereicherte das Kontaktpertoire der Professionellen und Angehörigen. Die Reduktion der Agitiertheit manifestierte sich in einem Rückgang der Stürze.

Abschließend betonen die Autoren den Charakter der Pilotstudie und skizzieren ein anspruchsvolles Forschungsdesign, um die Wirkung dieser Intervention weiter zu untersuchen.

Quellen:

Bharwani G., Parikh P.J., Lawhorne L.W., VanVlymen E., Bharwani M. (2012). Individualized Behavior Management Program for Alzheimer's/Dementia Residents Using Behavior-Based Ergonomic Therapies. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementia*, 27(2), 188-195

14. Verheiratet zu sein verringert die Wahrscheinlichkeit einer schnellen Heimaufnahme

Ziel/Hintergrund:

Demenz stellt die Hauptursache für Heimaufenthalte dar. Die meisten Personen mit Demenz ziehen ein Verweilen in der eigenen Wohnlichkeit vor. Daher ist es von Bedeutung, Risikofaktoren für Heimaufnahmen von Menschen mit Demenz zu identifizieren, um durch gezielte Prävention Heimaufenthalte zu verhindern oder zeitlich hinauszuschieben.

Bisherige Studien zu diesem Thema basieren auf Untersuchungsgruppen mit unterschiedlichen Schweregraden der Demenz und Unklarheit über den Beginn der Erkrankung, der zumeist rückblickend eingeschätzt wurde. Vorliegende Studie basiert auf Teilnehmenden, deren Demenz neu festgestellt wurde (Inzidenz). Diese Teilnehmenden rekrutierten sich aus einer sehr viel größeren Gruppe von Personen ab 75 Jahren, die zu Beginn der Studie keine Demenz aufwiesen. Ziel der Studie ist es, Risikofaktoren zu identifizieren, die den Zeitpunkt der Heimaufnahme maßgeblich bestimmen.

Methoden:

Teilnehmende wurden im Rahmen einer deutschen Langzeitstudie zur Früherkennung milder kognitiver Beeinträchtigung und Demenz in der Hausarztpraxis gewonnen. Die Teilnehmenden wurden zwischen dem 1.1.2003 und dem 30.11.2004 gewonnen und insgesamt 4x einer Untersuchung unterzogen (im Durchschnitt alle 1,5 Jahre). Die Gruppe wurde nicht nach vorher bestimmten Kriterien ausgesucht und kann daher als repräsentativ gelten. Von insgesamt 3.327 Personen entwickelten in einem Zeitraum von 6 Jahren 254 Personen eine kognitive Beeinträchtigung oder Demenz. Diese Gruppe galt es in Hinblick auf das Risiko einer Institutionalisierung zu untersuchen.

Die Personen wurden bei jedem Untersuchungszeitpunkt interviewt, angewandte Testverfahren zur Ermittlung von Art und Schweregrad der Demenz sowie statistische Analyseverfahren werden beschrieben.

Resultate:

Von den 254 untersuchten Personen wechselten im Untersuchungszeitraum 77 Personen (30,3%) ins Heim. Die durchschnittliche Zeit bis zur Heimeinweisung betrug 4,1 Jahre (CI 3,7-4,5). Folgende Faktoren erwiesen sich als entscheidend für den Heimeinzug: Sie erwiesen sich als im Vergleich älter, lebten ohne Partner oder waren verwitwet, wiesen einen vergleichsweise geringeren kognitiven Status auf und erwiesen sich vergleichsweise schwerer mobilitätsbeeinträchtigt. Die durchschnittliche Zeit bis zur Institutionalisierung betrug bei Verheirateten 4,7, für Geschiedene 3,7, für Verwitwete 3,1 und für allein Lebende 2 Jahre.

Schlussfolgerungen:

Verheiratete Personen mit Demenz bleiben am längsten in der eigenen Wohnlichkeit, allein Lebende werden am schnellsten institutionalisiert. Verwitwete oder geschiedene Personen können oft auf unterstützende Kinder zurückgreifen und schneiden daher vergleichsweise günstiger ab als allein lebende Personen. Hausärzte sollten daher bei allein lebenden Personen mit Demenz frühzeitig ambulante Hilfen in die Wege leiten, um eine schnelle Institutionalisierung zu verhindern.

Der Befund, dass sich verschlechternde Werte für kognitive Funktionen zu einer rascheren Institutionalisierung führen, deckt sich mit bislang vorliegenden Studien. Auch Abhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens erhöhen diese Wahrscheinlichkeit: neu ist, dass eingeschränkte Mobilität – im Kontrast zu anderen Einschränkungen wie z.B. Hör- oder Sehbehinderung – für die Institutionalisierung entscheidend ist.

Abschließend plädieren die Autoren für ein professionelles Fallmanagement, das durch rechtzeitige Assessments und kompetente Zusammenarbeit mit Diensten die Bühne für eine möglichst stabile und kontinuierliche Versorgung in der eigenen Häuslichkeit sichert.

Quellen:

Lippa M., Riedel-Heller S.G., Stein J., Leicht H., König H.-H. et al (2012). Predictors of Institutionalisation in Incident Dementia – Results of the German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 33, 282-288

15. Die gegenwärtige Situation ist bei Entscheidungen zu lebensverlängernden Maßnahmen wichtiger als Patientenverfügungen

Ziel/Hintergrund:

Je weiter die Demenz voranschreitet, desto eher und mehr müssen lebenswichtige Entscheidungen von Angehörigen oder gesetzlich bestellten Betreuern (Österreich: Sachwalter, Schweiz: Beistand) bezüglich künstlicher Ernährung, Behandlung mit Schmerzmitteln und Opiaten, Antibiotika, Krankenhauseinweisungen, Behandlungen im Intensivbereich, operativen Eingriffen und Wiederbelebungsversuchen gefällt werden. In den gesetzlichen Vorgaben ist geregelt, dass bei diesen Entscheidungen die Präferenzen, Wünsche und Werte der Person zu berücksichtigen sind. Da schriftlich niedergelegte Patientenverfügungen eher selten vorliegen, muss auf den mutmaßlichen Willen der Person mit Demenz zurückgegriffen werden. Vorliegende Studie untersucht, wie Stellvertreter zu ihren Entscheidungen kommen, welche Gründe sie für ihre Entscheidungen aufführen, welche Rolle situationsbezogene Faktoren dabei spielen und ob sich Unterschiede zwischen Angehörigen und Betreuern finden lassen.

Methoden:

Die qualitative Studie aus Deutschland präsentiert den Stellvertretern (Gruppe Betreuer, Gruppe Angehörige) zwei Fallvignetten mit Entscheidungsoptionen für oder wider eine Behandlung, wobei die Teilnehmenden aufgefordert werden, bei der Entscheidung laut zu denken. Dadurch wird der Entscheidungsprozess transparent.

Die Fallvignetten betreffen 90-jährige Personen mit weit fortgeschrittener Demenz und ausgeprägter Aphasie. In einem Fall ist die Anlage einer PEG zu entscheiden, im anderen die Anlage eines Herzschrittmachers. Beide Fallsituationen werden mit komplexen Zusatzinformationen versehen, so dass Argumente für und wider den Eingriff gut ausbalanciert sind.

Die Daten wurden gemäß der qualitativen Inhaltsanalyse bearbeitet.

Resultate:

Insgesamt konnten 16 Angehörige und 16 Betreuer für die Studie gewonnen werden. Während Angehörige zu 28% dem Eingriff zustimmten, betrug die Prozentzahl für die Betreuer 69%. Während die Betreuer überwiegend auf rational-abwägende Strategien zurückgriffen (78%) taten Angehörige dies nur zu 34%. Angehörige urteilten dagegen eher intuitiv und orientierten sich an eigenen Präferenzen.

Für Angehörige spielten das Wohlbefinden der Person, die (resultierende) Lebensqualität, das fortgeschrittene Alter und das Mitgefühl für das Leiden der Person eine entscheidende Rolle; Betreuer stützten ihre Entscheidung dagegen eher auf der Autonomie der Patienten gemäß früherer Willensäußerung und gegenwärtigem Verhalten, sowie auf Informationen seitens der medizinischen und gesetzlichen Autoritäten. Sehr viel mehr als Angehörige gaben sie dem Verlangen Ausdruck, sich mit allen Beteiligten zu beraten und ein zweites medizinisches Urteil einzuholen. Angehörige zeigten sich dagegen in ihrem Urteil sicher und griffen weniger auf das Urteil anderer zurück. Auch dann, wenn Angehörige und Betreuer in einem Fall zur gleichen Entscheidung kamen, erwiesen sich die Gründe für die Entscheidung recht unterschiedlich.

Es konnten auch Gemeinsamkeiten aufgezeigt werden: Das gegenwärtige Verhalten des Patienten (fröhlich, zugewandt oder traurig, ängstlich) gab in 74% aller Entscheidungen den Ausschlag. Haltungen und Lebenseinstellungen des Patienten erwiesen sich als wenig bedeutsam, bekannte Erklärungen des Patienten (z.B. in Form der Patientenverfügung) nahmen eine Mittelstellung ein.

Schlussfolgerungen:

Insgesamt sind situationsbezogene Faktoren entscheidend für das Urteil von Stellvertretern. Die Situation und das Befinden sowie die Ziele der Behandlung sind wichtiger als die konkrete lebenserhaltende Maßnahme. Die Frage der medizinischen Indikation spielte eine nachgeordnete Rolle.

Betreuer entschieden sich zu 2/3 für, Angehörige zu 2/3 gegen die lebenserhaltende Maßnahme. Die jeweilige soziale Rolle bedingt unterschiedliche Begründungen und Urteile. Während Angehörige eher emotional und in Hinblick auf eigene Werte und Präferenzen entschieden, wirkte sich die professionelle Sozialisation der Betreuer in einer eher rational-abwägenden Form der Begründung und der Urteilsfindung aus.

Die Autoren betonen, dass die Präferenzen des Patienten und seine Werte und Haltungen bei der Entscheidung durch Stellvertreter eine nachgeordnete Rolle spielen. Merkmale der Situation wie z.B. die Meinungen der Ärzte und der Pflegenden sowie das gegenwärtige (lebensbejahende oder lebensverneinende) Verhalten der Person bestimmen den Entscheidungsprozess.

Quellen:

Jox R.J., Denke E., Hamann J., Mendel R., Förstl H., Borasio G.D. (2012). Surrogate decision making for patients with end-stage dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 1045-1052

16. Religiosität, Kompetenz und geringe Rollengefangenschaft gehen damit einher, Pflege sinnvoll und bedeutsam zu erleben

Ziel/Hintergrund:

Je mehr sich die Gesellschaft für das Thema Demenz interessiert, desto eher werden auch die Pflegenden – Angehörige und Professionelle – in den Blick genommen. In der Frühphase der Erkrankung wird die Versorgung in der Regel von der Familie in der Häuslichkeit der Person wahrgenommen. Um diese häusliche Situation mit gezielten Maßnahmen positiv zu flankieren, ist es wichtig zu wissen, welche Faktoren einen negativen und welche einen positiven Effekt auf das Versorgungsgeschehen und die Verfassung des Pflegenden Angehörigen (PA) haben werden. Ein solcher Faktor ist der Sinn und die Bedeutung, die der PA der Pflege gibt.

In der Regel hängt der Stress von der Einschätzung der Bedeutsamkeit der Situation und der eigenen Kompetenzen ab. Im positiven Fall wird die Situation als Herausforderung und nicht als Bedrohung erlebt. In der Regel liegen sowohl positive wie negative Bewertungen vor: Rollengefangenschaft (sich gefangen in der Pflegerolle erleben), erlebte Kompetenz, das eigene Geschlecht, der Verwandtschaftsgrad (Ehepartner oder Kinder), die Qualität der bisherigen und das Erleben der gegenwärtigen Beziehung, die Länge der Pflegezeit und Religiosität spielen eine bedeutsame Rolle.

Eine Situation bedeutsam/sinnvoll zu erleben beinhaltet drei Komponenten: eine kognitive (die eigene Erfahrung erklärende), eine emotionale (mit Befriedigung oder Erfüllung zusammenhängende) und eine motivationale (eine zum Lebenssinn beitragende) Dimension. Kann solch eine Bedeutung/Sinn gefunden werden, trägt dies deutlich zu einem höheren Wohlbefinden in Form eines erfahrenen Gewinns bei.

Vorliegende Studie untersucht, welche Faktoren einen erfahrenen Lebenssinn in der Pflege vorhersagen.

Methoden:

Die britische Studie gewann ihre Teilnehmer durch Befragung der Angehörigen von Kunden eines demenz-spezifischen ambulanten Dienstes (Admiral Nurses). Von 1.228 versandten Fragebögen wurden 460 ausgefüllt (37,5%), von denen 447 verwandt werden konnten.

Es werden Instrumente für die vorhersagenden Faktoren - (in- und extrinsische) Pflegemotivation, vor der Krankheit bestehende und gegenwärtige Beziehungsqualität, Rollengefangenschaft, selbst eingeschätzte Kompetenz als Pflegenden – vorgestellt, sowie ein Instrument zur Darstellung des Ergebnisses (Sinn und Bedeutung der Pflege). Die statistische Auswertung wird beschrieben.

Resultate:

Mehr Sinn und Bedeutung wird der Pflege zugeschrieben, wenn die pflegende Person Ehepartner ist, eher mehr Stunden am Tag pflegt und eher religiös ist. Wer der Pflege einen hohen Sinn abgewinnt, weist in der Regel eher eine gute bisherige und gegenwärtige Beziehung auf, erlebt sich als kompetent in der Pflege, ist intrinsisch motiviert und weist eine geringe Rollengefangenschaft auf.

Schlussfolgerungen:

Eine ausgeprägte Sinnggebung wurde durch hohe Religiosität, eine hoch eingeschätzte Pflegekompetenz, eine hohe intrinsische Motivation und eine geringe Rollengefangenschaft vorhergesagt. Hohe Religiosität korreliert mit Persönlichkeitsmerkmalen wie Verträglichkeit, Sorgfalt und Altruismus, die insgesamt eher dazu beitragen, Belastungen gut zu verkräften.

Ansatzpunkte zur Verbesserung der Sinnzuweisung bilden die selbsteingeschätzte Pflegekompetenz sowie die Rollengefangenschaft. Adäquate Schulung und Begleitung in der Anfangsphase der Pflege können dazu führen, dass der PA Erfolge sieht und aus diesen Erfolgen eine Verbesserung des eigenen Wohlbefindens zieht. Durch zeitige Mobilisierung externer Hilfen kann der PA die Erfahrung gewinnen, dass die Pflegrolle nicht das ganze Leben dominiert.

Interventionen für PA sollten folglich zu ermitteln suchen, welchen Sinn und welche Bedeutung die pflegende Person dieser Tätigkeit abgewinnt. Sinn in der Pflege zu finden stellt einen längeren individuellen Prozess dar, der durch Erwerb von Kompetenzen und entlastende Hilfen positiv unterstützt werden kann. Professionell Pflegende sollten darauf achten, zu positiven Bilanzierungen der Angehörigenpflege beizutragen.

Quellen:

Quinn C., Clare L., Woods R. (2012). What predicts whether caregivers of people with dementia find meaning in their role? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 1195-1202

17. Wahrnehmungstraining der Pflegenden verbessert die Lebensqualität von Menschen mit schwerer Demenz

Ziel/Hintergrund:

Reaktionen auf sensorische Wahrnehmungen bleiben bis in die sehr schwere Demenz hinein erhalten. Diese Reaktionen umfassen beispielsweise Aufmerksamkeit gegenüber einem Objekt, Kopfbewegungen bei Berührung, Veränderung der Körperhaltung bei Geräuschen. Das Ausmaß, in dem dies geschieht, hängt von Umweltmerkmalen ab: Unter- oder Überstimulation können zum Rückzug führen, Zuwendung und Aufmerksamkeit können vermehrte Reaktionen und mehr positiven Affekt nach sich ziehen. Es ist bekannt, dass Personen mit Demenz, die nur gering oder kaum reagieren, auch weniger Kontakte seitens der Professionellen erfahren. Vorliegende Studie untersucht, ob ein Wahrnehmungstraining für professionelle Mitarbeiter in der Pflege eine größere Reaktionsbereitschaft und eine höhere Lebensqualität der Klienten nach sich zieht.

Methoden:

Die walisische Studie nutzt ein cluster-randomisiertes, kontrolliertes Design, bei dem 8 Einrichtungen der stationären Altenhilfe per Zufall in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe aufgeteilt wurden. In der Interventionsgruppe erhielten die Mitarbeiter ein besonderes Wahrnehmungstraining mit nachfolgender Supervision. Zudem erhielten sie gezielte Wahrnehmungsaufträge, die dann Gegenstand der supervisorischen Begleitung darstellten. Die Intervention insgesamt umfasste einen Zeitraum von 8 Wochen. Es werden verschiedene Instrumente vorgestellt, deren Anwendung sicherte, dass nur Personen mit schwerer Demenz an der Untersuchung teilnahmen. Es werden primäre Ergebnisparameter für Lebensqualität der Klienten beschrieben sowie sekundäre Parameter für Klienten und Mitarbeiter. Die Untersuchenden waren bezüglich der Interventions- und Kontrollgruppe verblindet.

Resultate:

Beteiligte Familienmitglieder konnten nach Abschluss der Intervention eine deutliche Steigerung der Lebensqualität feststellen, nicht aber die beteiligten Mitarbeiter. In der Kontrollgruppe konnten weder die Familien noch die Mitarbeiter eine Verbesserung der Lebensqualität ausmachen.

Mitarbeiter sagten aus, das Training habe ihnen geholfen, effektiver in ihrer Rolle zu werden, die mit den Klienten verbrachte Zeit positiver zu erleben, die Klienten besser zu verstehen sowie eine Reihe zuvor nicht wahrgenommener Reaktionen zu bemerken.

Die verblindeten Forscher konnten ohne Ausnahme aufgrund der erhobenen Ergebnisse zwischen Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden. Sie konnten Beispiele positiver Veränderungen aufführen, sowohl in Bezug auf Reaktionen der Klienten als auch in Bezug auf das Verhalten der Pflegenden sowie der Umgebung, des Milieus.

Schlussfolgerungen:

Die Studie zeigt, dass Mitarbeiter und Klienten von einem Wahrnehmungstraining profitieren. Die Mitarbeiter konnten das Beobachtungsinstrument AwareCare (etwa: Wachsam Pflegen) gut einsetzen und zogen einen deutlichen Lerngewinn aus der Kombination von Beobachtung und anschließender Supervision. Dieser Gewinn zeigte sich in Form von besserem Verstehen und vermehrtem Eingehen auf Reaktionen. Die Autoren diskutieren die Frage, warum diese Veränderungen nur den externen Forschern und Familienmitgliedern, nicht aber den Mitarbeitern auffielen. Es ist möglich, dass Familien der vermehrte Aufmerksamkeit der Mitarbeiter gewahr wurden und dies mit höherer Lebensqualität der Klienten verbanden; umgekehrt mögen die Mitarbeiter ihre gewachsene Sensibilität und Sensitivität nicht mit einer Veränderung der Lebensqualität

der Bewohner in Verbindung gebracht haben. Möglicherweise machen Mitarbeiter Lebensqualität an funktionalen Veränderungen fest. Insgesamt wiesen die Instrumente der Untersuchenden eine zu geringe Sensitivität auf, um die Veränderungen in der Interventionsgruppe genügend abzubilden. Die qualitativen Feldnotizen der Forschenden erwiesen sich als tragfähiger als die quantitativen Datensätze.

Abschließend diskutieren die Autoren unterschiedliche Grade der Implementierung. Dabei kam dem Engagement der Leitenden eine Schlüsselrolle zu.

Quellen:

Clare, L., Whitaker, R., Woods, R.T., Quinn, C., Jelley, H., Hoare, Z., Woods, J., Downs, M., Wilson, B.A. (2013). AwareCare: a pilot randomized controlled trial of an awareness-based staff training intervention to improve quality of life for residents with severe dementia in long-term care settings. *International Psychogeriatrics*, 25(1), 128-139

18. Internet-basierte Lernprogramme für den Umgang mit herausforderndem Verhalten zeigen nachhaltigen Erfolg

Ziel/Hintergrund:

Viele Studien belegen, dass professionell Pflegenden oft täglich verbaler und physischer Gewalt seitens der Klienten ausgesetzt sind. Die Folgen betreffen die Beziehungsqualität, das einsetzende Vermeidungsverhalten sowie wachsenden Burn-Out. Auf physische oder medikamentöse Fixierung wird vermehrt zurückgegriffen. Trotz der Häufigkeit dieser Vorkommnisse, werden Pflegenden unzureichend auf derartige Situationen vorbereitet bzw. geschult. Vorliegende Studie stellt ein internetbasiertes Trainingsprogramm für Hilfskräfte in der Pflege vor, um aggressive Vorkommnisse zu vermeiden bzw. professionell damit umzugehen.

Methoden:

Teilnehmende wurden per Zufall auf eine Interventions- und eine Kontrollgruppe verteilt. Sie wurden einem Basisassessment unterzogen (T1) und nahmen in der Folge an zwei, im Wochenabstand aufeinander folgenden, internet-basierten Schulungen teil (V1 und V2). Zwei Wochen nach der letzten Schulung erfolgte ein weiteres Assessment (T2), gefolgt von einem dritten im Monatsabstand (T3).

Die Schulung bestand aus Instruktionen und Illustrationen anhand von Videoszenen, die von Schauspielern inszeniert wurden. Inhalte orientierten sich an Interventionen für Menschen mit Demenz im Rahmen personenzentrierter Umgangsweisen. Möglichkeiten für Deeskalation und Selbstschutz wurden besprochen und illustriert.

Es werden Instrumente vorgestellt, anhand derer die Reaktionen auf die Videoszenen, die selbst eingeschätzte Selbstwirksamkeit, das Wissen, die Haltung, das Einfühlungsvermögen sowie die Nutzerfreundlichkeit ermittelt werden konnten.

Resultate:

Insgesamt konnten 159 Teilnehmende gewonnen werden. Die Interventionsgruppe schoss nach der zweiten Messung (T2) in den Dimensionen Selbstwirksamkeit, Einfühlungsvermögen (erhebliche Effektgrößen) und Haltungen (geringe Effektgröße) deutlich positiver ab. Diese Unterschiede blieben auch nach einem Monat erkennbar, d.h. der Gewinn an Selbstwirksamkeit, Haltungen und Empathie konnten 2 Monate nach Beginn der Schulung erhalten und nachgewiesen werden.

Je zeitintensiver sich die Teilnehmenden mit den Lernprogrammen auseinandersetzten, desto deutlicher zeigte sich ein Lernerfolg.

Schlussfolgerungen:

Die Autoren stellen heraus, dass es möglich ist, einen bleibenden Lernerfolg anhand von internet-basierten Schulungen für den Umgang mit Aggressionen zu erzielen. Die Schulungen tragen dazu bei, negativen Stereotypen in Wahrnehmung und Urteil entgegen zu wirken und mehr Sympathien für Menschen mit aggressiven Verhaltensweisen aufzubauen. Das Nachlassen der Dimension Empathie im Laufe der Zeit legt nahe, derartige Schulungen regelmäßig zu wiederholen.

Die Autoren stellen heraus, dass ein derartiges Training durch sinnvoll gestaffelte Instruktionen und videogestütztes Modellieren erwünschter Verhaltensweisen eine hohe Wiedergabetreue (treatment fidelity) garantiert. Zudem ermöglicht es dem Teilnehmenden, zu einer für ihn/sie günstigen Zeit zu lernen. Der Lernprozess wird unabhängiger vom jeweiligen Referenten und der Tagesverfassung der Lernenden.

Die Autoren diskutieren mögliche Barrieren: Internet- und videogestützte Lernprogramme zu entwickeln ist kostspielig. Das Lernen mittels Internet mag für viele Nutzer ungewohnt und mit gezielter Unterstützung verbunden sein – das angestrebte Level digitaler

Expertise ist eher gering anzusetzen. Die Rolle der Unterrichtenden mag sich verändern: sie sind eher inhaltlich, didaktisch und technologisch gefordert.

Dennoch besitzt diese Art von Instruktion und Training ein hohes Potential, eher bildungsferne Personen zu erreichen. Mitarbeiter können zeitnah und mit geringem Planungsaufwand Schulungsprogramme jederzeit absolvieren. Sie können das eigene Lerntempo und die inhaltliche Tiefe der Auseinandersetzung mit Thematiken bestimmen. Die Vertrautheit im Umgang mit Computern/Smartphones nimmt immer mehr zu und eröffnet vielfältige Möglichkeiten kleinerer und erweiterbarer Lerneinheiten.

Quellen:

Irvine A.B., Billow M.B., Gates D.M., Fitzwater E.L., Seeley J.R., Bourgeois M. (2012). Internet Training to Respond to Aggressive Resident Behaviors. *The Gerontologist*, 52(1), 13-23

19. Integrierte emotions-orientierte Pflege kann gut umgesetzt werden und nimmt nicht mehr Zeit in Anspruch

Ziel/Hintergrund:

In der gegenwärtigen Forschung wird oft zu wenig unterschieden zwischen der Wirksamkeit einer Maßnahme/Intervention und der Wirksamkeit der Einführung/Implementierung einer Maßnahme. Schlechte Ergebnisse lassen die Frage offen: taugt die Idee wenig oder ist sie schlecht umgesetzt worden? Vorliegende Studie untersucht die Wirksamkeit der Einführung integrierter emotionsorientierter Pflege (IEOC). Diese umfasst eine Integration verschiedener psychosozialer Methoden wie z.B. Validation, Erinnerungsarbeit und sensorische Möglichkeiten inklusive Snoezelen. Die Studie wurde im Kontext einer größeren Untersuchung bezüglich der Wirksamkeit von IEOC selbst durchgeführt. Zentrale Fragen vorliegender Studie lauten: Haben die Pflegenden der Interventionsgruppe tatsächlich ihre Arbeitsweise verändert in Richtung einer mehr empathischen und emotionalen Zuwendung? Nimmt diese Arbeit mehr Zeit in Anspruch?

Methoden:

Die Studie bezieht sich auf 16 psychogeriatrische Abteilungen in niederländischen Altenheimen. Dabei nahmen 124 professionell Pflegende teil. Die Interventions- und die Kontrollgruppe wiesen keine nennenswerten Unterschiede auf: sie wurden per Zufall der einen oder anderen Gruppe zugewiesen. Beide Gruppen erhielten zunächst eine gemeinsame Schulung, um ein vergleichbares Ausgangsniveau sicher zu stellen. Erst danach setzte die 9-monatige Implementierung von IEOC in der Interventionsgruppe ein. Ausmaß und Umfang emotionsorientierter Pflege wurde in beiden Gruppen vor Beginn der Intervention und 7 Monate nach Beginn der Intervention gemessen. Teilnehmende Pflegende schätzen retrospektiv Veränderungen in emotions-orientierten Fähigkeiten ein. Teilnehmende Beobachtungen durch Forschende fanden vor Beginn der Intervention sowie nach 4 Monaten und nach Beendigung der Intervention statt.

Pflegende der Interventionsgruppe erhielten eine Basisschulung und Begleitung während der Arbeit; jeweils eine von 4 Mitarbeiterinnen erhielt eine weiterführende Schulung; weiterhin wurde je eine Pflegende zum internen Begleiter/Berater fortgebildet.

Es werden Instrumente beschrieben, anhand derer, durch Selbsteinschätzung und teilnehmende Beobachtungen, Daten erhoben wurden.

Resultate:

Pflegende der Interventionsgruppe schätzen ihre emotionsbezogene Expertise und ihr Wissen über die Bewohner am Ende der Studie deutlich höher ein als Pflegende der Kontrollgruppe. Ein Wachstum bezüglich emotions-orientierter Arbeitsweisen konnte durch Beobachtungen bestätigt werden: sie setzten sich vermehrt mit Gefühlen auseinander, besonders bei Traurigkeit, achteten vermehrt auf Wünsche und Bedürfnisse, reagierten aufmerksamer auf Äußerungen der Klienten und trugen für eine angenehmere Stimmung bei den Mahlzeiten bei. Klienten wurden individueller kontaktiert, non-verbales Kontaktverhalten nahm zu, Klienten wurden vermehrt miteinander in Bezug gesetzt, mehr spezifische Gelegenheiten für positive Situationen wurden gezielt geschaffen. Je höher die Ausbildungsstufe, desto deutlicher der Effekt. Zwar wiesen auf Pflegende der Kontrollgruppe hohe emotionale Kompetenzen auf, doch sie vermehrten sich nicht in der Interventionsphase.

Die Pflege- und Versorgungsqualität blieb in beiden Gruppen gleich. Ein vermehrter Zeitaufwand konnte nicht festgestellt werden.

Schlussfolgerungen:

Die Autoren resümieren, dass das Schulungs- und Trainingsprogramm das erwünschte Ergebnis bewirkt hat. Emotions-orientierte Pflege kann wirksam implementiert werden. Vermehrte Schulungen und Trainings schlugen sich in erkennbar besseren Resultaten nieder.

Zudem zeigt die Studie, dass die Implementierung von Interventionen in Altenheimen durchaus erfolgreich erforscht werden kann. Wissen darüber, wie man eine Maßnahme einführt, ist genauso wichtig wie Wissen darüber, welche Maßnahmen sinnvoll und nützlich sind: nur wenn man beides beforschen kann, können Aussagen über die Wirksamkeit von Interventionen gemacht werden.

Quellen:

van der Kooij C.H., Dröes R.M., de Lange J (2012). The implementation of integrated emotion-orientated care: Did it actually change the attitude, skills and time spent of trained caregivers? *Dementia*, 1-15
DOI: 10.1177/1471301211435187

20. Die Aussichten, eine ausreichende Kapazität für die Versorgung von Menschen mit Demenz zu schaffen sehen düster aus

Ziel/Hintergrund:

Da Demenz einen zunehmend wichtigen Faktor für die Gesundheitssysteme weltweit darstellt, haben viele Länder nationale Demenzpläne entwickelt. In allen Erklärungen wird die Bedeutung der Pflegekräfte für die Entwicklung einer gesellschaftlichen „Demenzfitness“ betont. Leider haben diese Erklärungen kaum Auswirkungen auf die Gewinnung, Schulung, Bezahlung und Beibehaltung dieser Arbeitskräfte.

Vorliegende Studie untersucht den gegenwärtigen Wissenstand darüber, wie die Schulung und das Training der professionell Pflegenden dazu beitragen, eine organisationale Kapazität aufzubauen, um Menschen mit Demenz gut zu versorgen. Hierbei wird von einem wechselseitigen Bedingungsverhältnis ausgegangen, zum einen von Faktoren, die den einzelnen Pflegenden, und zum anderen von Faktoren, welche die Organisation als Ganzes betreffen. Nur wenn Interventionen beide Ebenen berücksichtigen, kann ein anhaltender Lern- und Entwicklungsprozess entstehen. Erstere sind Variablen wie Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit des Mitarbeiters, die Zweiten betreffen Variablen wie Leistungsfähigkeit, Produktivität, Kapazität, Widerstandsfähigkeit gegen Belastungen – in Bezug auf die Gesamtorganisation. Die Untersuchung zieht Studien über Interventionen heran, welche im Arbeitsfeld Demenz beide Ebenen – die des einzelnen Mitarbeiters und die der Organisation – berücksichtigen und Effekte in beider Hinsicht beforschen.

Die meisten Forschungen stellen Interventionsergebnisse für Menschen mit Demenz und deren Angehörige vor. Dagegen werden Effekte von Schulungen und Trainings auf Mitarbeiter und Organisation sehr viel seltener beschrieben. Vorliegende Untersuchung konzentriert sich auf Studien, die Effekte für Mitarbeiter und Organisationen präsentieren. Vorab werden die Herausforderungen benannt, mit denen sich Schulungen und Trainings konfrontiert sehen: viele Pflegende sind schlecht oder kaum zum Thema Demenz informiert; die Arbeitsanforderungen und Arbeitsbelastungen nehmen weltweit beständig zu; das Erleben von Unzufriedenheit ist eng verknüpft mit Zeitmangel und Arbeitsstress; hohe Arbeitsanforderungen und geringe Autonomie/Selbstwirksamkeit gehen einher mit depressiven Erkrankungen und Burnout; die Pflegenden werden im Durchschnitt immer älter, werden oft nur teilzeit- oder gering beschäftigt, verfügen oft über geringe Bildung, werden schlecht bezahlt und sprechen oft nur schlecht die jeweilige Landessprache. Die Entwicklungsmöglichkeiten im Arbeitsfeld sind gering. All diese Faktoren münden im Verlust von Arbeitskräften, erheblichen Kosten für die Gewinnung neuer Mitarbeiter und insgesamt in einem beständigen Wissensverlust. Die zentrale Aufgabe besteht darin, Mitarbeiter zu gewinnen und zu halten, indem attraktive Arbeitsbedingungen mit adäquater Schulung und anschließender Begleitung angeboten werden. Geschieht dies nicht, werden Pflegende mit der Qualität ihrer Arbeit immer unzufriedener und verlassen das Arbeitsfeld. Es entsteht eine systemisch bedingte Abwärtsspirale mit insgesamt sinkender Qualität für alle Beteiligten.

Methoden:

Es wurden Studien recherchiert, die zwischen 1990 und 2011 erschienen sind. Die strengen Auswahlkriterien – randomisiert kontrollierte Studien, die Effekte von Interventionen für Mitarbeiter und Organisation beschreiben – werden auf Effektgrößen hin untersucht und die methodische Qualität nach 8 Kriterien gemäß CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) bewertet.

Resultate:

Von insgesamt 74 Studien erfüllten nur 6 die Auswahlkriterien. 5 davon untersuchten Interventionen in den USA, eine Interventionen in den Niederlanden. Alle Studien fanden im Kontext der stationären Pflege – Heim und Krankenhaus – statt, keine im Feld der ambulanten Pflege. Erfasste Studien bildeten Effekte von Schulungen für insgesamt 2.274 Pflegenden mit unterschiedlichen Qualifikationen ab. Die Hälfte der Interventionen umfasste ein nach der Schulung einsetzendes Begleitprogramm, oft in Form von Fallarbeit, Supervision oder Coaching. Inhaltlich geht es in den Schulungen zumeist um Informationen zum Krankheitsbild Demenz, um die Vermittlung von Strategien im Umgang mit herausforderndem Verhalten, um multimodale Programme für Umwelt, Beschäftigung und Aktivierung. Methodisch handelt es sich in der Regel um eine Form seminaristischen Unterrichts mit Elementen von Präsentation, Rollenspiel, Gruppenarbeit und Fallarbeit. Die durchschnittliche Länge der Schulungen beträgt 22 Unterrichtseinheiten. Unterrichtende verfügten über spezialisiertes Wissen auf dem Hintergrund einer universitären Ausbildung. Eine Studie berichtet über eine Schulung mit computer-basierten Einheiten (interaktives selbstgesteuertes Lernen) mit hohen Zufriedenheitsraten seitens der Mitarbeiter.

In der Regel werden für Mitarbeiter kurzzeitige Effekte berichtet, wobei der Zuwachs an Wissen länger anhält als die aus der Intervention resultierende Veränderung der Praxis. Eine Studie berichtete über reduzierten Stress durch vermehrtes Anwenden emotionsorientierter Strategien – doch auch hier nur für einen begrenzten Zeitraum. Ähnliche Effekte beschreiben die anderen Studien: ein anderer Umgang mit herausforderndem Verhalten lässt etwa nach einem halben Jahr nach dem Training wieder nach und verschwindet dann ganz.

In Bezug auf die Organisation konnten anhaltende Effekte bezüglich der Beibehaltung und Wiedergewinnung von Mitarbeitern berichtet werden, wenn eine anhaltende Begleitung (Coaching, Training on the job, Supervision, Fallarbeit) nach der Schulung implementiert wurde. Andere Effekte wie z.B. Rückgang der Fehltagelast, Verbesserung der Pflegequalität, Rückgang pharmakologischer und physischer Fixierungen konnten nur im geringen Umfang oder gar nicht aufgezeigt werden. Einige positive Effekte (verbesserte Selbstpflege der Klienten, bessere emotionale Balance der Klienten, Rückgang der Depressivität der Klienten, Veränderung von Verhaltensproblemen) konnten nur für einen kurzen Zeitraum festgestellt werden. Über bleibend positive Effekte für die Mitarbeiter wurden keine Ergebnisse vorgestellt.

Schlussfolgerungen:

Keine der Studien nimmt Schulungen und Trainings für Mitarbeiter im Feld der ambulanten Pflege in den Blick. Alle Studien wiesen z.T. erhebliche methodologische Defizite auf. Die Ergebnisse der Studien fallen recht gemischt aus, so dass keine eindeutigen Empfehlungen und Schlussfolgerungen möglich sind. Effekte fielen eher kurzfristig aus. Dennoch legen die Autoren nahe, Schulungen und Trainings immer mit einer nachgehenden Begleitung zu kombinieren und in regelmäßigen Abständen das Wissen aufzufrischen. Dies habe am ehesten Aussicht, über die Zeit hinweg die erforderliche organisationale Kapazität aufzubauen.

Die Autoren kommentieren, dass eher psychologische Inhalte wie der Umgang mit Intimität, Scham, Ekel wenig thematisiert werden: die eigentlich kritischen Beziehungsthemen würden umgangen, indem man eher allgemein über Kommunikation und Interaktion mit Menschen mit Demenz spreche. Die Fokussierung auf Themenfelder wie Ernährung, Mobilisierung und Hygiene erfolge zu funktional und berücksichtige zu wenig die ethischen, spirituellen und beziehungsbezogenen Herausforderungen. Gleichfalls werden Themen der Psychohygiene vernachlässigt, z.B. die Erhaltung der eigenen körperlichen und geistigen Gesundheit, der Umgang mit den eigenen Gefühlen, das bewusste Herstellen positiver Arbeitsbilanzen und die Relativierung eigener Ansprüche.

Ein weiteres Feld bildet der Kontext der Schulungsmaßnahme, über das wenig bekannt sei: so werde oft nicht berücksichtigt, dass die Abwesenheit von Mitarbeitern für Schulungen Versorgungslücken erzeuge, die wiederum die Bereitschaft zur Teilnahme schmälern. Viel zu wenig werde in den Studien das Ausgangsniveau der Teilnehmenden, ihre Rolle und Position sowie ihre Arbeits- und Karriereperspektiven berücksichtigt. Zuletzt merken die Autoren kritisch an, dass oft Trainingshandbücher, Vorgaben zur Didaktik und Methodik fehlen, um die „Schulungstreue“ (,fidelity') zu gewährleisten. Abschließend fordern die Autoren, sehr viel mehr hochwertige Forschungen über effektive Schulungen und Trainings durchzuführen um ein Wissen zu generieren, wie die für eine gute Versorgung notwendige organisationale Kapazität aufzubauen ist.

Quellen:

Elliott K-E.J., Scott J.L., Stirling C., Martin A.J., Robinson A. (2012). Building capacity and resilience in the dementia care workforce: a systematic review of interventions targeting worker and organizational outcomes. *International Psychogeriatrics*, 26(6), 882-894

21. Stress trägt dazu bei, Menschen mit Demenz für ihr Verhalten verantwortlich zu machen

Ziel/Hintergrund:

Überzeugungen bezüglich der Ursachen herausfordernden Verhaltens hat einen Einfluss darauf, wie professionell Pflegende reagieren. Schulungen und Trainings zeigen eher eine geringe Wirkung: das vermehrte Wissen scheint nicht unbedingt die Denk- und Handlungsweise zu verändern, wenn man mit bestimmten Verhaltensweisen unter fordernden Bedingungen konfrontiert wird.

Im theoretischen Modell weisen Menschen dem Verhalten anderer Ursachen und Motive zu (= Attributionen) auf drei Ebenen zu:

„Internalität“ beschreibt das Ausmaß, in dem angenommen wird, dass die Ursache des Verhaltens bei der Person selbst zu finden ist;

„Stabilität“ beschreibt die Wahrscheinlichkeit der Ursache, auch in Zukunft dieses Verhalten hervorzubringen;

„Kontrollierbarkeit“ beschreibt die zugeschriebene Fähigkeit, das Verhalten zu kontrollieren.

Je mehr man annimmt, das Verhalten gehe auf externe Ursachen zurück, sei stabil und unkontrollierbar (z.B. ausgelöst durch Erkrankungen), desto höher ist in der Regel das Verständnis und die Sympathie und folglich die Bereitschaft, auf sinnvolle Weise zu helfen. Je eher man annimmt, das Verhalten sei seitens der Person kontrollierbar, komme aus der Person selbst und sei auch in Zukunft zu erwarten, desto eher empfinden Menschen Abscheu und desto weniger reagieren Menschen hilfreich und unterstützend.

Über die situativen Faktoren und Kontexte, die solcherlei Attributionen von Seiten der Pflegenden mitbestimmen ist wenig bekannt. Im Modell wird angenommen, dass jede Attribution drei zusammenhängende logische Ebenen aufweist: das Verhalten wird zunächst kognitiv eingeordnet (Kategorisierung) und der Person werden dann Persönlichkeitszüge zugewiesen (Charakterisierung). Diese beiden Schritte geschehen automatisiert und weitgehend unreflektiert. Unter günstigen Bedingungen reflektieren Menschen dann noch einmal, ob das Verhalten nicht auch durch situative, äußere Faktoren bestimmt sein könnte (z.B. eine Erkrankung) und revidieren ihre Attribution (dies heißt „Korrektur“). Hierbei besteht die Annahme: ist ein Mensch überlastet, gestresst, überfordert, abgelenkt, dann fällt dieser letzte, korrigierende Schritt eher weg und dem Verhalten werden in der Regel interne Ursachen zugeschrieben („er macht es absichtlich und er weiß genau, was er tut“).

Pflegende arbeiten gewöhnlich unter einem erheblichen Druck, müssen verschiedene Aufgaben und Anliegen zeitgleich und parallel verfolgen und unterliegen vielfältigen Ablenkungen. Vorliegende Studie überprüft die Hypothese, ob Pflegende in experimentell erzeugten Stresssituationen (miteinander gleichzeitig konkurrierende kognitive Anforderungen = „kognitive Geschäftigkeit“) externe situative Faktoren eher vernachlässigen und interne Ursachen zuschreiben – mit der möglichen Folge, wenig hilfreich auf dieses Verhalten einzugehen.

Methoden:

Die Teilnehmenden wurden per Zufall in eine Interventions- und Kontrollgruppe geteilt. Jede Gruppe sah sich eine Videoszene an, die von Schauspielern gespielt wurde. Die Interventionsgruppe wurde während der Videopräsentation einem zusätzlichen Stress ausgesetzt, wobei sie insgesamt 6 Fragen beantworten mussten. Danach schätzen die Teilnehmer ihre Attributionen ein. Nach zwei Wochen wurde die Interventions- zur Kontrollgruppe und umgekehrt – jede Gruppe funktionierte also als eigene Kontrollgruppe. Beide Gruppen wurden erneut einer weiteren Videopräsentation ausgesetzt, die Interventionsgruppe wiederum in Kombination mit Fragen.

Eine der gespielten Szenen beinhaltete, wie ein unter Anspannung stehender Mann öffentlich uriniert und sich dann aggressiv gegenüber einem Mitarbeiter verhält; die zweite Szene zeigt eine unter Anspannung stehende Frau, die aktiv versucht, nach Hause zu gehen und verbal aggressiv wird gegenüber ihrer Tochter.

Es konnten 45 Pflegende gewonnen werden, von denen allerdings nur 30 beide Termine wahrnehmen konnten. Beschrieben werden Fragebögen, mit denen interne Attributionen und Urteile über Kontrollierbarkeit abgebildet wurden.

Resultate:

Die Simulierung kognitiver Geschäftigkeit reduzierte die Fähigkeit zur Konzentration deutlich, beeinträchtigte aber nicht die Fähigkeit der Teilnehmenden, Fakten korrekt wiederzugeben. Die Arbeitserfahrung spielte bei der Zuweisung von Attributionen keine Rolle.

Unter der Bedingung kognitiver Geschäftigkeit (=Stress) erfolgten bei der ersten Szene mit aggressivem männlichen Verhalten vermehrt interne Attributionen und in geringerem Umfang auch bei der zweiten Szene (nicht aggressives Verhalten gegenüber Pflegenden, aggressives Verhalten gegenüber Tochter). Bei der zweiten Szene wurde zusätzlich vermehrt Kontrollierbarkeit unterstellt. Die Effektgrößen bewegten sich im mittleren bis kleinen Bereich.

Schlussfolgerungen:

Die Autoren heben hervor, dass dies die erste experimentelle Studie darstellt, um Kontexte von internen Attributionen von Pflegenden in der Demenzpflege zu untersuchen. Im Kern sehen sie die Hypothese bestätigt, dass belastende äußere Umstände die Fähigkeit reduzieren, Attributionen zu korrigieren und situative Informationen – externe Umstände – als Ursachen des Verhaltens zu erwägen.

Die Autoren betonen, dass insbesondere das als aggressiv bewertete Verhalten die Annahme auslöst, dies sei auf die Person selbst und nicht auf die äußeren Umstände zurückzuführen. Die verbal aggressive Szene löst dagegen unter Stress eher die Zuschreibung der Kontrollierbarkeit aus. Die Autoren überlegen, ob es wichtig wäre, zu untersuchen, welche Arten von herausforderndem Verhalten unter Stressbedingungen welche Attributionen/ Zuschreibungen auslösen.

Weitere beeinflussende Faktoren/Kontexte in Bezug auf Attributionen könnten sein: Personalschlüssel, Führung und Organisation, Arbeitslast und Arbeitsverdichtung, Ausbildungsstand, Vertrautheit mit der Person, Burnout, bisherige Erfahrungen im Umgang mit herausforderndem Verhalten.

Zwei Folgerungen werden gezogen: Zum einen werden in bisherigen Schulungen und Trainings die Zuschreibungen/Attributionen, die Pflegende unter Stressbedingungen machen, zu wenig reflektiert. Es müsste den Pflegenden deutlich gemacht werden, was herausforderndes Verhalten unter Stressbedingungen bei ihnen selbst auslöst. Zum anderen bedarf es bestimmter Rahmenbedingungen, unter denen Pflegende ihre – weitgehend automatisierten – Attributionen reflektieren und korrigieren können. Da dies innerhalb der Arbeitssituation eher schwierig ist, sollte dies im Rahmen von Fallbesprechungen oder Supervisionen geschehen. Diese können eine entscheidende Rolle dabei spielen, eine personenzentrierte Haltung aufzubauen, indem die Korrektur vorschneller Attributionen eingeübt und in den Alltag transferiert wird.

Quellen:

Parker S., Clarke C., Moniz-Cook E., Gardiner E. (2012). The influence of ‚cognitive busyness‘ on causal attribution of challenging behaviour in dementia: A preliminary experimental study. *Aging & Mental Health*, 16(7), 836-844