

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

(Landesinitiative Demenz-Service NRW)

Newsletter und Forschungsmonitoring 1/2015

gefördert von:

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



**LANDESVERBÄNDE  
DER PFLEGEKASSEN**



Das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) fördert den Dialog zwischen Forschung und Praxis in der Versorgung von Menschen mit Demenz. Das DZD wird seit 2005 seitens des Sozialministeriums (MGEPA) und der Pflegekassen NRW gefördert und ist Teil der Landesinitiative Demenz-Service NRW. Es ist inneruniversitär am Department Pflegewissenschaft (Fakultät für Gesundheit) der privaten Universität Witten/Herdecke angesiedelt.

Über UW/H:

Die Universität Witten/Herdecke (UW/H) nimmt seit ihrer Gründung 1982 eine Vorreiterrolle in der deutschen Bildungslandschaft ein: Als Modelluniversität mit rund 1.900 Studierenden in den Bereichen Gesundheit, Wirtschaft und Kultur steht die UW/H für eine Reform der klassischen Alma Mater. Wissensvermittlung geht an der UW/H immer Hand in Hand mit Werteorientierung und Persönlichkeitsentwicklung.

Witten wirkt. In Forschung, Lehre und Gesellschaft.

© Landesinitiative Demenz-Service NRW 2015

Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Department Pflegewissenschaft,

Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Stockumer Str. 10 • 58453 Witten

Telefon +49 (2302) 926306 • Fax +49 (2302) 926310

[dialogzentrum@uni-wh.de](mailto:dialogzentrum@uni-wh.de)

[www.dialogzentrum-demenz.de](http://www.dialogzentrum-demenz.de) || [www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)

## **Sehr geehrte Leserinnen und Leser des DZD-Forschungsnewsletters,**

es ist wieder so weit: Der erste Forschungsnewsletter 2015 ist versandbereit, das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) hat eine weitere Förderung seitens des Pflegeministeriums und der Pflegekassen NRW – zunächst befristet bis zum Jahresende – bekommen und wir sind guter Hoffnung, dass es mit unserer Arbeit auch im nächsten Jahr weitergeht.

Das ist aber noch nicht alles: Alle Teammitglieder des DZD waren zufrieden mit unserem Jubiläums-Newsletter-Day, die Referenten und Referentinnen waren zufrieden und – zumindest nach den Postings und weiteren Rückmeldungen nach der Tagung – es sieht so aus, als sei auch für die Besucher der Tag ein wirklicher Gewinn gewesen.

Aber auch das ist noch nicht alles: Das DZD hat weiterhin eigene Ideen für Projekte und auch Anfragen zur Mitarbeit an Forschungsprojekten, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind noch an Board und unser kleines Institut hat Nachwuchs in Form eines kleinen Institutshundes namens Caspar bekommen.



Unser erster Institutshund „Hilde“ (siehe dazu: <https://youtu.be/OZPIIqPeN98>) – Caspars Vorgängerin – ist leider im hohen Alter von 16 Jahren verstorben.

Und natürlich waren wir nicht untätig in den letzten Monaten nach der Tagung. Es wurde ein virtuelles E-Book zum Thema „Psychosoziale Interventionen bei Demenz“ erstellt, es gibt auf unseren social-media Kanälen eine umfangreiche Nachlese zum Newsletter-Day mit Videos und anderen Medien, wir haben diesen Newsletter erstellt, waren viel unterwegs und haben Vorträge gehalten.

Außerdem hatten wir Besuch von einer südkoreanischen Delegation des dortigen Gesundheitsministeriums, die sich nach unserer Arbeit im DZD und natürlich dem „state-of-the-art“ in der Versorgung Demenzerkrankter erkundigten.

Last but not least: Wir haben den nächsten Newsletter-Day geplant. Er wird sich um das Thema **Sexualität und Demenz** drehen und findet am **24. Februar 2016** an gewohnter Stelle in der Uni Witten/Herdecke statt. Ich verspreche jetzt schon, dass es sehr spannend wird. Anmeldungen werden bereits angenommen (weitere Infos unter „Neues aus dem DZD“ in diesem Newsletter oder unter <http://dzd.blog.uni-wh.de/vorankuendigung-tagung-zum-thema-sexualitaet/#more-10091>.)

Sie sehen also: es bleibt spannend ... uns gehen noch lange nicht Lust und Ideen aus. Es wird wieder neue „Demenzeier“ geben, wir arbeiten an neuen Arbeitspapieren zu verschiedenen Aspekten in der Versorgung Demenzerkrankter und wir haben ganz viel Lust auf Kontakt mit Ihnen ... von Angesicht zu Angesicht, per Mail oder aber über unsere social-media-Kanäle. Mischen Sie sich ein ...

Viel Freude beim Lesen  
wünscht Ihnen  
Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. Rüsing', with a horizontal line above the 'i' and a long, sweeping underline.

Detlef Rüsing  
(Leiter DZD)

## Newsletter DZD 1/2015

Willkommen zum sechzehnten 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](http://www.dialogzentrum-demenz.de)). Das Dialogzentrum ist eine Säule der „Landesinitiative Demenzservice NRW ([www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de))“.

### Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Fakultät für Gesundheit

Universität Witten/Herdecke

Stockumer Str. 10

58453 Witten

tel.: ++49 (0) 2302/926306

fax: ++49 (0) 2302/926310

e-mail: [dialogzentrum@uni-wh.de](mailto:dialogzentrum@uni-wh.de)

**web:** [www.dialogzentrum-demenz.de](http://www.dialogzentrum-demenz.de)

**facebook:** <https://www.facebook.com/DialogzentrumDemenz>

**twitter:** <https://twitter.com/DemenzDialog>

**youtube:** <https://www.youtube.com/user/DialogzentrumDemenz>

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

### **4. Newsletterday zum Thema „Sexualität und Demenz“ findet am 24. Februar 2016 statt**

Der nächste Newsletter-Day des Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) wird am 24. Februar 2016 stattfinden. Diesmal beschäftigen wir uns mit der Frage, wie Sexualität im Alter aussieht und wie insbesondere Menschen mit Demenz Sexualität im Alter erleben und diese ausleben. Dabei wird der Bogen von der Wissenschaft zur Praxis geschlagen.

Das Recht auf Sexualität gilt für Menschen mit Demenz genauso wie für alle anderen Menschen. Statt also Sexualität von Menschen mit Demenz zu pathologisieren, möchten wir auf unserer nächsten Tagung am 24. Februar 2016 die Frage stellen, wie Menschen mit Demenz Sexualität erleben. Ändert sich das Erleben von Sex und Intimität mit Demenz?

Wie immer werden wir diese Frage zunächst aus wissenschaftlicher Sicht beleuchten: Gibt es beispielsweise empirische Studien, die danach fragen, wie sich Demenz auf Sexualität auswirkt? Oder ändert sich etwa die Beziehungen von Paaren, wenn einer der Partner Demenz bekommt? Neben diesen Fragen werden wir uns aber ebenso ganz praktischen Fragen aus der professionellen Pflege widmen. So wird etwa konkret danach gefragt, wie der Umgang mit Sexualität in professionellen Pflegeeinrichtungen aussieht. Schließlich spielen auch ethische und rechtliche Aspekte eine Rolle.

Der Eintritt zur Tagung beträgt 50 Euro. Arbeitssuchende, Studierende und Schüler und Schülerinnen erhalten freien Eintritt. Für diese Gruppe liegt ein begrenztes Kontingent an Karten vor. Voranmeldungen zum vierten Newsletter-Day des DZD werden unter folgender E-Mail Adresse entgegengenommen: [dialogzentrum@uni-wh.de](mailto:dialogzentrum@uni-wh.de). Unsere Mitarbeiterin Frau Koch wird sich bei Ihnen melden!

### **Tagungsrückblick: Leben mit Demenz und herausforderndem Verhalten (3. Newsletter-Day)**

Wissenschaft trifft auf Wirklichkeit – so könnte man den ungewöhnlichsten Teil der Tagung „Möglichkeiten und Grenzen psycho-sozialer Interventionen bei Demenz“, die wir am 25.02.2015 an der Universität Witten/Herdecke ausgetragen haben nennen. Dabei war sicherlich einer der Höhepunkte das Interview mit dem Demenzbetroffenen Joachim Boes (61) und seiner Frau Kerstin Thörmer (50). Der 61-Jährige ist an Alzheimer erkrankt. Seit sieben Jahren arbeitet der ehemalige Verkaufsleiter eines Tabakunternehmens, der seinen Beruf so liebte, nicht mehr. Er spielte viele Instrumente, machte sogar einen Flugschein. Es war sehr bewegend, ihn und seine Frau auf der Tagung interviewen zu dürfen und zu sehen, wie eine solche Person trotz ihrer Krankheit den Alltag bewältigt. So erzählte Boes, wie er jeden Tag in der nächsten Umgebung spazieren geht, wenn seine Frau auf der Arbeit ist und wie fest verankerte Rituale für Halt im Alltag sorgen, so wie etwa der Gang zur nächstgelegenen Metzgerei, den er regelmäßig zu einem festen Zeitpunkt wiederholt.

Dafür braucht man Nachbarn und Personen in der nächsten Umgebung, die auf Menschen wie Boes eingestellt sind. „Quartiersnahe Versorgung“ ist hier das Stichwort, wie auch NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens später in ihrem Vortrag „Wie wollen wir im Alter (mit Demenz) leben?“ bestätigte: „Wir sind alle froh, dass wir eine höhere Lebenserwartung haben, und möchten gerne, dieses Mehr an Lebensjahren, was wir gewonnen haben, mit einer guten Lebensqualität leben, und zwar da, wo wir immer gelebt haben.“

Außerdem war die Demenzforscherin Prof. Jiska-Cohen Mansfield (Department of Health Promotion School of Public Health, Tel Aviv University) extra aus Israel angereist, um an diesem Tag über ihre Forschung zu herausforderndem Verhaltensweisen bei Demenz zu berichten. Dafür muss man wissen, dass Mansfield seit über 20 Jahren dazu forscht und es in der Forschung nur recht selten der Fall ist, dass sich eine Forscherin so wie sie in einem Feld bewegt, das gerade auch für Praktiker sehr aufschlussreich ist: Welche Interventionen helfen beispielsweise, wenn Menschen mit Demenz auf der verbalen Ebene so gut wie mehr kommunizieren? Wie gewinnt man dennoch einen Zugang zu solchen Menschen, etwa über Musik? Das sind Fragen, mit denen sich Mansfield in ihren wissenschaftlichen Studien beschäftigt.

Eine ausführlichere Dokumentation zu unserer Tagung finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.youtube.com/playlist?list=PL9rBlcslqtL1DXfZuW9rLC5H7Wfs8d0QS>.

Unter diesem Link finden Sie auch das Video zu dem Gespräch mit Joachim Boes und Kerstin Thörmer sowie weitere Videos zu einzelnen Vorträgen (unter anderem die Vorträge von Barbara Steffens und Prof. Jiska-Cohen Mansfield).

### ***Virtuelles E-Book: Psychosoziale Interventionen bei Demenz***

Nach der Tagung haben wir die Zeit genutzt, einzelne Beiträge und Videos zum Thema herausforderndes Verhalten bei Demenz in einem virtuellen E-Book zusammenzuführen. Marcus Klug, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD), hat zu diesem Zweck außerdem weitere Zeichnungen und Infografiken ergänzt.

In dem E-Book "Psychosoziale Interventionen bei Demenz" geht es um die Frage, was Pflegende unternehmen können, wenn Wahn, depressive Krisen, Nahrungsverweigerung und Aggression in der Versorgung von Menschen mit Demenz die Oberhand annehmen. In dem Buch geht es zunächst darum, Basiswissen zu herausforderndem Verhalten auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen zu vermitteln, bevor Interventionen wie Fallkonferenzen als praktische Lösungsansätze präsentiert werden.

Link zum E-Book:

<http://dzd.blog.uni-wh.de/psychosoziale-interventionen-bei-demenz-virtuelles-e-book/#more-9720>

## **Neues aus der Uni Witten/Herdecke**

### ***Care for Chronic Condition: Internationales Hospitations- und Fortbildungsprogramm zu chronischen Krankheiten und Multimorbidität***

Neue Impulse aus dem Ausland: Ab sofort können sich professionelle Akteure im Gesundheitswesen für das internationale Hospitations- und Fortbildungsprogramm Care for Chronic Condition bewerben. Mit dem neuen Programm fördert die Robert Bosch Stiftung Aufenthalte im Ausland, durch die neue Erkenntnisse zur Versorgung chronisch und mehrfach erkrankter Menschen gewonnen werden können. Dazu gehören Hospitationen an Bildungs- und Praxiseinrichtungen, Fort- und Weiterbildungen sowie die Teilnahme an Konferenzen im Ausland. Ziel des Programms ist es, das Wissen zur Versorgung chronisch und mehrfach erkrankter Menschen in Deutschland mit internationalen Impulsen zu erweitern und die beteiligten Akteure bei der Entwicklung innovativer, praxisorientierter und nachhaltiger Angebote und Konzepte zu unterstützen. Verantwortlich für die Programmdurchführung ist das Institut g-plus am Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke.

Weitere Informationen: [www.g-plus.org](http://www.g-plus.org)

### ***Teilnehmer für Studie gesucht: Menschen mit Demenz und ihren Familien den zeitgerechten Zugang zu professionellen Hilfen erleichtern. Das europäische Forschungsprojekt ActifCare***

Wir suchen dringend professionelle Mitarbeiter im Gesundheitswesen, die uns einen Kontakt zu gesprächsbereiten Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen ermöglichen. Gerne stellen wir unser Projekt in Ihrer Einrichtung vor. Weitere Informationen finden Sie auch im Internet unter: <http://www.actifcare.eu>.

Ansprechpartner:

Gabriele Bartoszek, Mobil. (01577) 4162404, E-mail: [gabriele.bartoszek@uni-wh.de](mailto:gabriele.bartoszek@uni-wh.de)

Ihr Team des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD)

Georg Franken  
Marcus Klug  
Christian Müller-Hergl

Gergana Ivanova  
Britta Koch  
Detlef Rüsing





## **Forschungsmonitoring 1/2015**

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

**Mai 2015**

## Inhaltsverzeichnis

1. Dynamische Beleuchtungssysteme sind schlecht implementiert.....	4
2. Die Erfahrung mit Demenz geht einher mit einem Bedürfnis nach einer neuen Art von Ordnung .....	6
3. Halbprivate Räumlichkeiten ermöglichen eine höherwertige soziale Interaktion.....	8
4. Architektur verändert das Raumverhalten, nicht aber in vorhergesagter Art und Weise.....	10
5. Eine anregende und abwechslungsreiche Umgebung geht einher mit höherer selbst bekundeter Lebensqualität.....	12
6. Umfang der Gebrechlichkeit sagt Wahrscheinlichkeit der Demenz voraus.....	15
7. Funktionale Verschlechterungen und depressive Symptome setzen schon Jahre vor Beginn der Demenzdiagnose ein.....	18
8. Depression und metabolisches Syndrom bilden die wichtigsten Risikofaktoren für das Auftreten einer Demenz .....	20
9. Kein zwingender Zusammenhang zwischen Schwere der Demenz und Lebensqualität .....	22
10. Je jünger die Personen, desto mehr stimmen sie ärztlich assistiertem Suizid zu .....	24
11. Person-zentrierte Pflege im Krankenhaus ist nicht realisierbar .....	26
12. Beteiligung an Entscheidungen wird nicht ohne Ausüben von Zwang umgesetzt .....	29
13. Vertrauen ist die Basis ambulanter Dienste für allein lebende Menschen mit Demenz .....	31
14. Gründe für einen Heimeinzug fallen in Europa sehr unterschiedlich aus .....	34
15. Musik ist eine Möglichkeit, emotionale Identitätsarbeit zu leisten.....	38
16. Arbeit mit Puppen verbessert die Kommunikation und Lebensqualität.....	41
17. Unruhe und Aggressivität verbessern sich deutlich nach Elektrokrampftherapie .....	43
18. Schulungen zum Thema Demenz und Selbstpflege reduzieren Burnout und verbessern die Arbeitszufriedenheit.....	45
19. Ein unsicherer Bindungsstil geht mit höherem Burnout einher .....	47
20. Auch bei schwerer Demenz gestalten Menschen die Kommunikation bewusst mit .....	50
21. Zunehmende Demenz von Heimbewohnern gehen mit veränderten Rollen und höheren Belastung der Angehörigen einher .....	53

## **Forschungsmonitoring 1/2015**

### ***Editorial***

Liebe Interessierte,

wir freuen uns, Ihnen den 18. Newsletter zur Forschung im Arbeitsfeld Demenz vorstellen zu können. Der Schwerpunkt dieser Ausgabe liegt im Bereich Milieu und Umwelt.

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 jeweils am Ende der Zusammenfassung die bibliografischen Angaben der Originalstudie. Des Weiteren können Sie auf den Seiten des DZD ein Glossar zu Fachbegriffen herunterladen.

In der ersten Studie wird deutlich, dass dynamische Beleuchtungssysteme nicht gut umgesetzt werden. Die Lichtdynamik wird den tatsächlichen Abläufen nur ungenügend angepasst, die Mitarbeitenden kaum in der Nutzung geschult. Die mangelhafte Implementierung erschwert die Effektivitätsbeurteilung der Intervention selbst. (1) In einer Einzelfallstudie (2) wird deutlich, dass die Erfahrung von Demenz eine andere Raumnutzung erfordert. Weniger Mobiliar, hellere Räume und Ordnungsiseln helfen, sich zurechtzufinden und sich in der Lebensumwelt zu platzieren, dort einen Ort zu finden. Nischen und intimere Räumlichkeiten, die wenig öffentlich einsehbar sind, fördern die Kommunikation unter den Bewohnern. Große Aufenthalts- und Speiseräume resultieren eher in verstärkter Anonymität und Kontaktarmut. (3) Raumveränderungen führen nicht unbedingt zu den erwarteten Ergebnissen. Vielmehr passen sich die Bewohner sehr unterschiedlich einer neuen Umgebung an. Dabei bleibt offen, ob ihnen die neue Umgebung eher zum Vorteil oder Nachteil gereicht – jeder macht etwas anderes daraus. Ein eindeutiger Bezug zwischen ‚demenzgerechter Umgebung‘ und Verhalten kann nicht festgestellt werden. (4) Eine weitere Studie kommt zu einem etwas anderen Ergebnis: Umweltmerkmale, die Gelegenheit für interessante Tätigkeiten und Objekte bereithält, aber auch Vertrautheit und Wohnlichkeit vermittelt, wird von den Bewohnern sehr geschätzt. Dies lässt aber einen breiten Spielraum von Wohnarrangements offen. Eine angehängte Studie von Lee et al zeigt immerhin, dass eine gut organisierte Umgebung die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter deutlich erhöht.

Einige Arbeiten wurden ausgesucht, die zu Grundlagenfragen im Demenzverständnis informieren: Grad und Umfang der Gebrechlichkeit sagen Sterblichkeit und Demenz gut voraus. Demenz scheint stark mit nachlassenden Reparatur- und Regenerationsprozessen assoziiert zu sein. Nicht das Alter per se, sondern der Gebrechlichkeitsstatus ist für die Wahrscheinlichkeit einer Demenzerkrankung ausschlaggebend. (6) Depressive Symptome und funktionale Defizite in der Alltagsbewältigung sind schon Jahre vor der Demenzdiagnose erkennbar. Sie können mitunter als frühe Warnzeichen einer Demenz gewertet werden. Unter Umständen ist es sinnvoll, alte Menschen mit affektiven und funktionalen Einbrüchen auf den Beginn einer Demenz vorzubereiten. (7) Dieses Ergebnis wird durch eine weitere Studie unterstützt: Depression und vaskuläre Risikofaktoren bilden die gravierendsten Risikofaktoren für Demenz. Der Veränderung des Lebensstils kommt daher präventive Bedeutung zu. Dabei macht es keinen Unterschied, um welche Demenz es sich handelt. (8) Demenzentwicklung und Lebensqualität sind

weitgehend voneinander unabhängig. Insgesamt entwickelt sich Lebensqualität sehr individuell. Menschen mit Demenz passen sich den Veränderungen an und kehren – nach Einbrüchen – zumeist auf ein recht stabil bleibendes Ausgangsniveau von Lebensqualität zurück. (9) Je jünger Menschen sind und je mehr sie in Ländern mit liberalen Regelungen leben, desto mehr stimmen Menschen der Option eines ärztlich assistierten Suizids bei Demenz zu. Dabei gibt es Unterschiede: Ärzte und Pflegende halten dies eher bei früher Demenz für eine Option (Selbstbestimmung noch erkennbar), die Allgemeinbevölkerung begrüßt dies eher bei schwerer Demenz. Insgesamt zeigen sich Ärzte und Pflegende etwas zurückhaltender, weil sie die Möglichkeiten einer guten palliativen Versorgung besser kennen.

Einige Arbeiten beschäftigen sich mit der Versorgungssituation: diese fällt in Krankenhäusern sehr ungünstig, ja lebensgefährlich aus. Einzig separate Abteilungen für Menschen mit Demenz weisen positive Effekte auf. Einzelne Maßnahmen (z.B. Liaison-Dienste) haben kaum Aussicht auf Erfolg, solange das Thema Demenz nicht ein Anliegen des gesamten Krankenhauses wird und in die Systematik der Abläufe eingreift. Die Autoren ziehen ein grimmiges Fazit: unter den gegenwärtigen Umständen kann man nur versuchen, den Krankenhausaufenthalt möglichst zu vermeiden, ein personenzentrierter Ansatz im Umgang ist unmöglich. (11) Im Heim werden Bewohner nur teilweise an Entscheidungen beteiligt. Je besser die Ausbildung und je kontinuierlicher der Kontakt, desto mehr Entscheidungsspielräume werden zugestanden. Zwang wird bei gut ausgebildeten Personen überlegt und gezielt eingesetzt. Zusätzliche Aspekte sind: das Wissen über den Klienten und die ständige Präsenz der Wohnbereichsleitung erhöhen das Ausmaß der Beteiligung an Entscheidungen. (12) Etwa 30% aller Personen mit Demenz leben allein in der eigenen Häuslichkeit. Die Studie beschreibt die Herausforderungen in der ambulanten Begleitung allein lebender Menschen. Dies erweist sich oft als Seiltanz, bei dem Pflegende mittels ‚sanften Realismus‘ schmerzliche Übergänge erträglich zu gestalten versuchen. (13) Gründe für einen Einzug ins Heim fallen in Europa unterschiedlich aus. Eine Reihe von Studien gewährt Einblick in unterschiedliche Realitäten europäischer Versorgungspraxis. (14)

Drei ausgewählte Studien befassen sich mit Interventionen: Musik scheint für Menschen mit Demenz eine existenzielle Bedeutung zu besitzen – sie stellt ein wesentliches Ausdrucksmittel dar, das auch dann zur Verfügung steht, wenn viele andere Möglichkeiten verblassen. Musik ist eine Möglichkeit, sich seiner selbst und seiner Situation zu vergewissern und kann mit Identitätsarbeit verglichen werden. Die Verbundenheit mit anderen, besonders aber mit dem Therapeuten, erweist sich für diese Arbeit als entscheidender Parameter. (15) Die Arbeit mit Puppen verbessert die Kommunikation: Teilnehmende können sich besser artikulieren, nehmen mehr Kontakt untereinander auf („Müttergruppe“) und kommunizieren mehr und besser mit Pflegenden und Angehörigen. Der Effekt hält nur kurz an und zuweilen verläuft sich das Interesse mit der Zeit. Bis auf wenige Ausnahmen scheinen Menschen mit Demenz davon zu profitieren. (16) Im medizinischen Bereich gewinnt die Elektrokrampftherapie an Bedeutung: Menschen mit Demenz und aggressivem Verhalten, das sich medikamentös nicht beeinflussen lässt, reagieren positiv auf diese Intervention, ohne, dass ihre kognitiven Fähigkeiten Schaden nehmen. (17)

Zwei Studien widmen sich der Situation der professionellen Mitarbeiter: Schulungen zum Thema Demenz erweisen sich als wirksamer, wenn die Mitarbeiter in-

nerhalb dieser Schulungen auch vermehrt zu einer besseren Selbstpflege befähigt werden. Dies ist noch zu steigern: in vorliegender Studie begleiten die Trainer die geschulten Mitarbeiter im Alltag und unterstützen damit die Implementierung. Sinnvoll ist es auch, wenn Leitende an den Schulungen teilnehmen und Mitarbeiter anschließend in der Umsetzung ermutigen. (18) Aus der Perspektive der Bindungstheorie sprechen Forschungsergebnisse dafür, dass Mitarbeiter mit einem ängstlichen Bindungsstil besonders gefährdet sind, an einem Burnout zu leiden. Je höher allerdings die Selbstwirksamkeit, desto geringer wird die Ängstlichkeit und desto weniger wahrscheinlich wird ein Burnout. In der Konsequenz gilt es, systematisch die Selbstwirksamkeit von Mitarbeitern zu stärken. (19)

Zwei Studien schließen unseren Newsletter ab: Die kommunikativen Fähigkeiten von Menschen mit schwerer Demenz hängen von der Aufmerksamkeit, Sensibilität und Antwortbereitschaft der Beteiligten ab. Je höher diese – bei Mitarbeitenden oder Angehörigen – ausfällt, desto mehr signalisieren die Personen mit Lauten, Gesten und Blicken. Allerdings können die Personen diesen Kontakt nicht länger als 10 Minuten aufrechterhalten. (20) Mit der Zunahme der Demenz übernehmen pflegende Angehörige auch im Heim immer mehr pflegerische Tätigkeiten, insbesondere im Bereich Mobilität und Essen reichen. Diese Übernahme geht mit einem deutlich höheren Belastungserleben einher. Dadurch reduziert sich die Entlastung, die nach einer Heimaufnahme verspürt wurde, erheblich. Mitarbeitende sollten darauf achten, mit Angehörigen über diese Rollenübernahmen im Kontakt zu bleiben, um Belastungen rechtzeitig zu reflektieren und nicht in Konflikte ausarten zu lassen. (21)

Wie immer hoffen wir, hier und da Ihren Informationsbedarf getroffen zu haben. Wir wünschen Ihnen eine interessierte Lektüre.

# 1. Dynamische Beleuchtungssysteme sind schlecht implementiert

## Ziel/Hintergrund

Forschungen haben belegt, dass Menschen mit Demenz bei hohen Beleuchtungsstärken aktiver werden; zudem unterstützt helles Tageslicht den natürlichen Tag/Nacht-Rhythmus. Helles Licht hat einen gewissen Einfluss auf kognitive und nicht-kognitive Symptome der Demenz. In Weiterführung dieser Ansätze wurde die Theorie und Praxis der „Dynamischen Beleuchtung“ entwickelt. Darunter wird verstanden, dass sich Beleuchtungsfarbe, Beleuchtungsstärke und Lichtrichtung im (Tages)Zeitablauf verändert. Die Dynamik wird von einem entsprechend programmiertem Steuerungssystem überwacht und gelenkt. ([www.licht.de](http://www.licht.de)) In der Altenhilfe werden Steuerungen verwendet, die von 2 beleuchtungsstarken (Vormittag und Nachmittag) und 2 beleuchtungsschwachen Zeiträumen (nach dem Mittagessen, am Abend) ausgehen. Die bisherige Forschung hat eher die Effekte statischer, nicht aber dynamischer Beleuchtungssysteme beachtet. Da es sich um eine nicht-invasive, nicht-pharmakologische und personalunabhängige Maßnahme handelt, sind Träger trotz fehlender Evidenz geneigt, solche Systeme zu implementieren.

Vorliegende niederländische Studie untersucht die Implementierung dynamischer Beleuchtungssysteme mit Blick auf Effekte für Bewohner und Mitarbeiter.

## Methoden

Fragebögen wurden entwickelt, um Leitungen und Mitarbeiter zu befragen. Lichtmessungen durch die Forschenden vor Ort sollen Aufschluss darüber geben, ob die in der Literatur genannten Effektgrößen für Licht tatsächlich erreicht werden.

## Resultate

Von insgesamt 11 identifizierten Einrichtungen konnten Daten von 4 Einrichtungen erhoben werden.

Für die Leitungen motivierte die Investition die vermutete Verbesserung des Tag/Nacht-Rhythmus und der Lebensqualität der Bewohner. Andere indirekte Gründe (z.B. reduzierte Arbeitsbelastung) spielten kaum eine Rolle. Leitungen, die weniger investierten, würden die Anschaffung erneut tätigen. In nur einer Einrichtung fanden Sitzungen mit Mitarbeitern statt, um den Rhythmus in der Lichteinstellung zu optimieren; in nur einer Einrichtung haben Mitarbeiter die Möglichkeit, die Einstellung eigenständig zu verändern. Ebenfalls in nur einer Einrichtung konnten positive Veränderungen festgestellt werden z.B. in Form von verbessertem Schlaf, besserem Tag/Nacht-Rhythmus oder Reduktion von Medikamenten. In den meisten Einrichtungen ging die Einführung dynamischer Beleuchtung mit vielen anderen Milieuveränderungen einher, so dass keine kausalen Zusammenhänge hergestellt werden können.

14 von 17 befragten Mitarbeiterinnen, welche die Verfassung der Bewohner vor und nach Einführung dynamischer Beleuchtung kannten, konnten weder positive noch negative Veränderungen feststellen – auch nicht in Bezug auf das Schlafverhalten. Dennoch begrüßten 12 von 17 die Einführung dynamischer Beleuchtung. 14 von 17 bekundeten, dass die Beleuchtung keinen Einfluss auf ihre Arbeitsmotivation gehabt habe.

Keine der Einrichtung erreichte die in der Literatur genannten Effektgrößen. Die vorgegebenen Phasen von hoher und niedriger Beleuchtungsstärke waren in allen Einrichtungen nicht optimal mit dem Tagesablauf abgestimmt: so saßen die Bewohner in der mittäglichen Ruhezeit in grellem Tageslicht. Veränderungen von Sitzpositionen und Mobiliar zogen keine Veränderungen im Beleuchtungssystem nach sich.

### **Diskussion**

Die Evidenzen für die Einführung dynamischer Beleuchtung sind gering. Erhoffte Effekte traten nicht ein, dennoch wurden die Beleuchtungssysteme positiv beurteilt. Mitarbeiter wurden nur unzureichend in das Beleuchtungssystem eingeführt; diese waren zudem schlecht an die tatsächlichen Abläufe angepasst. Gesundheitliche Effekte blieben aus; allerdings: in der Einrichtung mit den besten Einstellungen wurden die meisten Effekte berichtet. Insgesamt leidet die Beurteilung dynamischer Beleuchtung an mangelhafter Implementierung.

### **Quelle**

Aarts M.P.J., Aries M.B.C., Straathof J., van Hoof J. (2014). Dynamic lighting systems in psychogeriatric care facilities in the Netherlands: a quantitative and qualitative analysis of stakeholders' responses and applied technology. *Indoor and Built Environment*, DOI: 10.1177/1420326X14532387

## 2. Die Erfahrung mit Demenz geht einher mit einem Bedürfnis nach einer neuen Art von Ordnung

### Ziel/Hintergrund

Die Studie geht der Frage nach, wie Menschen mit Demenz ihre räumliche Umgebung erfahren und mit ihr umgehen. Raum; Zeit und Identität werden als aufeinander bezogene Konstrukte aufgefasst: kann die Person an diesem Ort sie selbst sein, dort einen Platz finden, sich beheimatet fühlen? Wie verhält sich die Veränderung des Selbst zum Umgang mit Ort und Raum?

### Methoden

Es handelt sich um eine qualitative Einzelfallstudie über ‚Mary‘. Die untersuchte Person hat sich mehrfach öffentlich zu ihrer Demenz geäußert und war bereit, sich 3 x interviewen zu lassen und dabei zu erzählen, wie sie in ihrem Haus zusammen mit ihrem Partner lebt. Beschrieben wird das qualitative Studiendesign. Gezielt wird der Zusammenhang zwischen den Erfahrungen mit Demenz und dem Umgang mit Raum und Ort gesucht. Vorgestellt werden die wesentlichen Konstrukte.

### Resultate

Mary benutzt die Metapher des Nebels, um ihre Erfahrung zu beschreiben. Sie weiß nicht mehr, wie sie den Stift benutzen soll, zieht die Schuhe verkehrt herum an: man sieht die Dinge und weiß, dass man wissen sollte, was zu tun ist, aber es geht nicht. Vieles geht an ihr vorbei, ohne dass sie es versteht: sie nutzt die Metapher der ‚Außenlinie des Spielfeldes‘, um ihr Gefühl zu beschreiben. Viele Dinge des bisherigen Lebens erhalten eine eher flüchtige Qualität, andere, kleine Dinge werden wichtiger: eine Umarmung, der Garten, das Wachstum der Blumen, die sie nun über Stunden hinweg betrachten kann. Anliegen zu erledigen fällt schwerer, die Irritierbarkeit nimmt zu – sie nutzt das Bild eines Schalters, der einmal umgelegt, nicht zurückgedreht werden kann und dazu führt, dass sie sich wie eine Pflanze fühlt. Hilfestellungen im Haushalt erfährt sie ambivalent: sie mag es nicht, wenn andere in ihren Sachen Ordnung schaffen, sie lässt Hilfe zu, aber nur dann, wenn es genauso gemacht wird, wie sie es mag. Zunehmend schafft sie sich – zusammen mit ihrem Mann – kleine Inseln: ein Regal, ein Sessel mit diversen Gegenständen auf kleinen Tischen dabei, ihren Korb, Bücher und Süßigkeiten, ein eigener Bereich im Badezimmer. Besonders wichtig ist das Arrangement diverser Objekte auf dem Nachtschränkchen. Nichts darf in diesen Bereichen verändert werden: wenn alles dort so liegt, muss sie sich nicht erinnern, wohin sie etwas gelegt oder verstaut hat. Es ist wichtig, dass die Dinge eine für sie passende Ordnung haben – Unordnung kann sie nicht vertagen. So ist das Haus durchsetzt mit kleinen Ordnungsinselfen, die nicht von anderen verändert werden dürfen. Anstelle der alten Möbel werden helle Möbel in freundlichen Farben angeschafft und



insgesamt spärlicher möbliert - eine Veränderung, die sie begrüßt: "Ich brauche Platz, damit ich atmen kann." Mehr Platz, weniger Möbel und weniger herumliegende Dinge (außer an ,ihren' Stellen) geht mit positiven, freudigen Gefühlen einher - dies gibt Raum, ihre eigenen Vorstellungen von Ordnung nachzugehen und die Dinge so zu gruppieren, wie es ihr gefällt. Sie mag es, in ihrem Sessel in vielen Decken eingepackt umgeben von Teddybären und ihrem Hund zu sitzen. Dies scheint ihr Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln und oft kann sie dort gut schlafen.

### **Diskussion**

In der Diskussion heben die Autoren hervor, dass die Erfahrung von Demenz mit dem Bedürfnis nach einer neuen Ordnung der Dinge in kleine, vertraute, insgesamt aber übersichtlichere Arrangements einhergeht. Die Welt wird quasi in kleine überschaubare Pakete gepackt und Mary bewegt sich zwischen diesen Vertrautheitsinseln. Dazwischen kann man sich bewegen bzw. ,atmen'. Die Autoren werfen die (unbeantwortete) Frage auf, inwiefern Architektur diese andere Raumnutzung unterstützen kann, so dass sich Personen mit Demenz Zwischenräume und belebte Inseln schaffen können.

Die Autoren reflektieren die Grenzen einer Einzelfallstudie, deren Ergebnisse nicht generalisiert werden können. Sie empfehlen, Raumnutzungen von Menschen mit Demenz vermehrt zu beobachten und damit Einsichten zu gewinnen, wie unterschiedlich Demenz und Raumnutzung aufeinander bezogen sind.

### **Quelle**

Van Steenwinkel I., Van Audenhove C., Heylighen A. (2014). Mary's little worlds: changing person-space relationships when living with dementia. *Qualitative Health Research*, 24(8), 1023-1032

### 3. Halbprivate Räumlichkeiten ermöglichen eine höherwertige soziale Interaktion

#### Ziel/Hintergrund

Das Architekturdesign von Einrichtungen für Menschen mit Demenz sollte auf einer genauen Kenntnis des Lebens und der sozialen Organisation in einer Einrichtung basieren. Die physische Umgebung kann soziale Interaktion und Selbstständigkeit unterstützen, zur Verminderung herausfordernden Verhaltens beitragen und Lebensqualität verbessern. Dies betrifft in besonderem Maße den öffentlichen Raum und speziell den Speiseraum, die oft laut und überstimulierend erlebt werden. Darüber hinaus kann sich der Grundriss auf die räumliche Orientierung auswirken.

Ziel vorliegender Studie ist es, anhand von quantitativen Messungen zu überprüfen, ob die in der Literatur angenommen positiven Effekte von Umweltmerkmalen tatsächlich eintreffen. Hierbei stehen die Effekte der räumlichen Konfiguration (Raumsyntax) auf das soziale Leben von Menschen mit Demenz im Mittelpunkt. Die dabei leitende Annahme lautet: Je höher die Sichtbarkeit und Nähe („proximity“: Zugänglichkeit), desto eher ergibt sich soziale Interaktion. Leicht zugängliche und sichtbare Gemeinschaftsräume („accessibility“) sowie ein Grundriss, dessen Wegführung zueinander führt („connectivity“) sollten demnach einen positiven Einfluss auf soziale Interaktion haben. Dies wird an Speiseräumen in 3 Heimen in den USA überprüft.

#### Methoden

Methoden: Die Studie folgt drei Schritten: zunächst wird anhand von DCM (Dementia Care Mapping) eine Verhaltensbeschreibung vorgenommen, um den Zusammenhang von sozialer Interaktion und Umwelt abzubilden (1). In einem weiteren Schritt werden räumliche Konfigurationen beschrieben und analysiert in Blick auf ihre Auswirkungen auf Verhalten (2). In einem dritten Schritt werden Beziehungen und Zusammenhänge zwischen sozialer Interaktion (1) und räumlichen Analysen (2) hergestellt.

#### Resultate

Resultate: Entgegen der Vorhersage konnte im Speiseraum mit hoher Sichtbarkeit und Zugänglichkeit soziale Interaktion nur in geringem Umfang festgestellt werden. Wenn überhaupt, dann gestalteten sich die Kontakte kurz und flüchtig. Längere Konversationen einschließlich Berührungen, die hohe soziale Begegnungen kennzeichnen, konnten eher in Bereichen mit geringer Sichtbarkeit und Zugänglichkeit beobachtet werden. Größere Sichtbarkeit und Zugänglichkeit scheinen unter den Bedingungen einer stationären Einrichtung hochwertige soziale Interaktion eher zu verhindern. Daraus lässt sich folgern: möchte man hochwertige soziale Interaktion fördern, sollten räumliche Konfigurationen gewählt werden, die weniger Sichtbarkeit und Zugänglichkeit und mehr Schutz und Privatheit ermöglichen.

**Diskussion**

Eine Raumgestaltung, die eher Kleingruppen (in Nischen für 2-3 Personen) ermöglicht, scheint den beteiligten Personen mehr Kontrolle zu ermöglichen und ein höheres Maß an sozialer Interaktion zu befördern. Es ist nicht wahrscheinlich, dass sich Bewohner in großen Räumen persönlichen Begegnungen öffnen werden. Eine Raumsyntax, die mehrere kleinere Räume und Nischen mit etwas höherer Privatheit ermöglicht kann auch Mitarbeiter befähigen, sich freier und offener zu verhalten und personenzentriert zu arbeiten. Die Autoren plädieren für eine Balance zwischen öffentlichen und halb-öffentlichen Räumlichkeiten mit verschiedenen Optionen, sich zu zweit oder dritt in halb-private/halb-öffentliche Orte zurückzuziehen. Dies könnte durch verschiebbare Wände (shojj) und flexibles Mobiliar unterstützt werden.

**Quelle**

Ferdous F., Moore K.D. (2014). Field Observations into the Environmental Soul: Spatial Configuration and Social Life for People Experiencing Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, August ahead of print, DOI: 10.1177/1533317514545378

## 4. Architektur verändert das Raumverhalten, nicht aber in vorhergesagter Art und Weise

### Ziel/Hintergrund

Therapeutisch gestaltete Umgebungen für Menschen mit Demenz gehen von der Annahme aus, dass bestimmte Umweltmerkmale besser zu den verbliebenen Ressourcen der Person passen und ihr Anpassungsverhalten unterstützen. Vorliegende Studie untersucht den Einfluss der physischen Umgebung auf das räumliche Verhalten, d.h. auf Verhaltensformen wie ‚Wandern‘ (eher mit Zielvorstellungen oder neugierig erkundend), zielloses Umherlaufen („pacing“), Versuche, Türen zu öffnen und ‚Weglaufen‘. Dabei wird das Verhalten einer kleinen Gruppe von ausgesuchten Personen mit Demenz (n=6) in einer eher klassischen Pflegeumgebung verglichen mit dem Verhalten eben dieser Personen nach dem Umzug in eine speziell für Menschen mit Demenz gebauten Einrichtung (SCU= Special Care Unit – in etwa: Bereiche der speziellen Dementenbetreuung). Die Personen wurden dabei von denselben Mitarbeitern ohne Veränderung der zugrundeliegenden Pflegephilosophie versorgt. Die zweite Beobachtung erfolgt relativ kurz nach dem Umzug, um den Einfluss einer Veränderung durch Voranschreiten der Demenz möglichst auszuschließen.

### Methoden

Die Daten werden durch direkte Beobachtung von räumlichem Verhalten gewonnen. Beobachtet wird die Häufigkeit und Dauer der oben genannten Verhaltensformen. Zwei Personen beobachten das Verhalten der 6 Personen über 3 Monate (19 Tage) in der traditionellen und über 3 Monate (20 Tage) in der neuen Umgebung. Die Beobachtungszeit wird auf den Zeitraum von 14-17 Uhr festgelegt. Alle 15 Minuten wird das Raumverhalten der Bewohner kodiert. Es handelt sich um Personen, die mobil sind und ein gewisses Maß an herausforderndem Verhalten an den Tag legen, das den Zugang zu einer speziellen Einrichtung ermöglicht.

Die eher traditionelle Einrichtung verfügt über einen T-förmigen Flur mit Bewohnerzimmern; der neue Bereich weist folgende Merkmale auf: Verblendung der Ausgangstüren, ein kreisförmiger Flurgrundriss, mehr Einzelzimmer und eine Terrasse bzw. einen Innenhof (geht aus der Beschreibung nicht eindeutig hervor). Es wurde versucht, eine mehr wohnliche Atmosphäre zu schaffen, vermehrt Orientierungshilfen zu implementieren und für ausreichend helles natürliches Licht zu sorgen.

### Resultate

Resultate: In der traditionellen Einrichtung kamen die Bewohner gewöhnlich vor den Dienstzimmern oder vor dem Fernseher zusammen. Im neuen Bereich hielten sie sich vermehrt im eigenen Zimmer und im Speiseraum auf. Die Terrasse/der Innenhof wurde zu dieser Zeit noch nicht genutzt. Die Anzahl der gemessenen Situationen, in denen die Bewohner herumliefen, ließ im neuen Bereich deutlich nach;

allerdings: wenn die Personen ins Laufen kamen, dann liefen sie im neuen Bereich etwas länger und ausgiebiger als im traditionellen Bereich. Dies führen die Autoren auf den Endloscharakter der Wegführung im Grundriss zurück. Bis auf eine Person ließen die Versuche, die Eingangstüren zu öffnen, deutlich nach. Einige Bewohner zogen sich im neuen Bereich deutlich mehr zurück, andere hielten sich nun vermehrt im öffentlichen Bereich auf – beides im Vergleich zum Verhalten in der traditionellen Umgebung.

Zusammenfassend: zwar änderte die neue Umgebung das Raumverhalten/die Raumnutzung durch die Bewohner, nicht aber unbedingt im Sinne der Vorhersage einer allgemeinen Reduktion von ‚Wandern‘ oder ‚Weglaufen‘.

## Diskussion

Die Autoren erwarteten eine Reduktion der Anzahl und des zeitlichen Umfangs von ‚Wandern‘ und ‚Weglaufen‘ (Lauf- und Fluchtverhalten) sowie eine Abnahme von Rückzugsverhalten. Diese Erwartungen wurden durch die Studie nicht bestätigt. Vielmehr veränderte sich das Verhalten aller Personen auf unterschiedliche Art und Weise: jede passt sich anders den veränderten räumlichen Bedingungen an. Insgesamt aber schien das kleinere, kompaktere Design mit mehr Privaträumen die Folge zu haben, sich nicht mehr vor dem Dienstzimmer zu versammeln und mehr Zeit in den eigenen Räumlichkeiten zu verbringen. Der Endloscharakter der Wegführung führte zu längeren Laufphasen, die aber in ihrer Anzahl abnahmen. Die helleren, vom Tageslicht beschienenen Bereiche wurden vermehrt genutzt.

Offen bleibt, ob es den Bewohnern im neuen Bereich besser oder nur anders erging, ob die Abnahme von Versuchen, Außentüren zu öffnen, positiv oder negativ zu werten ist. Insgesamt muss damit gerechnet werden, dass die Architektur das Raumverhalten und die Raumnutzung von Menschen mit Demenz verändert, nicht aber unbedingt in vorhergesagter Art und Weise.

## Quelle

Mazzei F., Gillan R., Cloutier D. (2014). Exploring the Influence of Environment on the Spatial Behavior of Older Adults in a Purpose-Built Acute Care Dementia Unit. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 29(4), 311-319

Beispiel für Türverblendung rechts und links



## 5. Einen anregende und abwechslungsreiche Umgebung geht einher mit höherer selbst bekundeter Lebensqualität

### Ziel/Hintergrund

Bislang fällt die empirische Evidenz für einen Zusammenhang zwischen Lebensqualität von Menschen mit Demenz und der Qualität des Heimbaus eher schmal aus. Dies halten die Autoren für verwunderlich, da es eine Reihe von Einzelbefunden gibt, welche Zusammenhänge nahelegen, z.B. Verhaltensverbesserung bei Vermeidung von Überstimulation, verbesserte Orientierung bei mehr Sichtbarkeit und Zugänglichkeit (man sieht, wo man hingehen will), Reduktion von Angst und Depressivität in vertrauten Umgebungen. Die Autoren machen dafür u.a. auch Probleme in der Messung bzw. Einschätzung in beiden Bereichen verantwortlich. Die Studie zielt darauf hin, anhand eines neuen Verfahrens empirische Belege für den Zusammenhang zwischen der Qualität der Umgebung und der Lebensqualität von Bewohnern mit Demenz zu erbringen.

### Methoden

Zentrales Einschätzungsinstrument ist ein neues Verfahren, das literaturbasiert bisherige Befunde zur Umgebungsqualität zusammenfasst und operationalisiert (EAT= Environmental Audit Tool, in etwa: Instrument zur Bewertung der Umgebung). Es enthält die Bereiche: unaufdringliche Sicherungsmaßnahmen, kleine Wohn-/Pflegeinheit, hohe Sichtbarkeit (aller wichtigen Ziele), gute Orientierungshilfen, Reduktion von Überstimulation, Wohnlichkeit/Vertrautheit (‚familiarity‘), eine interne und externe anregende Wegführung, Verbindungen zur Gemeinde, Räume die öffentlich, halb-öffentlich und privat sind, eine häusliche Umgebung, die zu haushaltlichen Aktivitäten anregt. Die genannten Dimensionen werden in 72 Fragen aufgefächert. Die australische Studie konnte 35 Einrichtungen mit 275 Teilnehmenden gewinnen. Alle Teilnehmer waren in der Lage, einfache Fragen zu beantworten. Ihre Lebensqualität wurde mit einem Verfahren, das für Menschen mit mittlerer Schwere der Demenz entwickelt wurde (DEMQOL), erhoben: Hierbei werden Fragen zu Gefühlen, Gedächtnis, Alltag und abschließend eine zusammenfassende Frage nach der Lebensqualität gestellt. Beschrieben werden neben EAT weitere Messinstrumente, um die Art und Schwere der Demenz, die Komorbidität, die Selbstständigkeit und die psychiatrische Morbidität einzuschätzen.

### Resultate

Umweltmerkmale, die mit selbst bekundeter Lebensqualität deutlich zusammenhängen, lauten: Angebot interessanter, abwechslungsreicher Laufwege, Wohnlichkeit und Vertrautheit, unterschiedliche Orte für soziale Interaktion und Privatheit, Gelegenheit für hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Nur die eigene Selbstständigkeit wurde als wichtiger für die eigene Lebensqualität eingeschätzt als die physische Umgebung.

## Diskussion

Die Studie belegt empirisch einen Zusammenhang zwischen bestimmten Umweltmerkmalen und selbst bekundeter, globaler Lebensqualität. Die Zusammenhänge konnten zwischen den beschriebenen Umweltmerkmalen und der fremdeingeschätzten Lebensqualität durch Angehörige nicht festgestellt werden. Die Autoren sehen dies als Beleg dafür an, wie wichtig es ist, Personen mit Demenz direkt zu fragen.

Bietet die Umgebung Gelegenheiten, sich mit interessanten Objekten und Tätigkeiten zu befassen, dann kann erwartet werden, dass Bewohner ihre Lebensqualität höher einschätzen. Die Qualität der physischen Umgebung hat demnach – nach der Selbstständigkeit – den höchsten Einfluss auf die selbst bekundete Lebensqualität.

## Quellen

Fleming R., Goodenough B., Low L-F., Chenoweth L., Brodaty H. (2014). The relationship between the quality of the built environment and the quality of life of people with dementia in residential care. *Dementia*, May, ahead of print, DOI: 10.1177/1471301214532460

Vgl. Lee S.Y., Chaudhury H., Hung L. (2014). Exploring staff perceptions on the role of physical environment in dementia care setting. *Dementia*, May, ahead of print, DOI: 10.1177/1471301214536910

In der Studie werden Ergebnisse zweier Fokusgruppeninterviews mit Mitarbeitern zweier gezielt ausgesuchter Heime vorgestellt. Mitarbeiter des einen Heims kamen aus einer eher traditionellen Einrichtungen mit einem funktional bestimmten Pflegeansatz, großen Gruppen und langen Gängen; Mitarbeiter der anderen Einrichtung kamen aus einer neuen Einrichtung mit einem personenzentrierten Ansatz, eher kleinen Wohn/Pflegegruppen und eher kompakten Design und kurzen Korridoren. Ziel der Studie ist es, die Mitarbeitersicht auf Merkmale und Funktionalität der physischen Umgebung in Hinblick auf deren Bedeutung für das Wohlergehen von Bewohnern zu erheben.

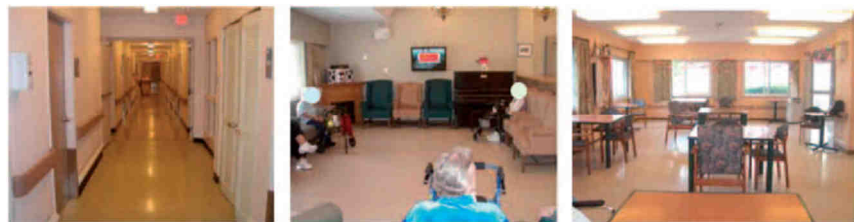
Ergebnisse: eine unterstützende Umgebung verbessert sowohl das Wohlbefinden der Bewohner wie auch das der Mitarbeiter; die wichtigsten Elemente dieser Umgebung lauten: Wohnlichkeit („comfort“), z.B. Musik, ebenerdiger Garten, Erinnerungsboxen, künstlerische Aktivitäten; Vertrautheit („familiarity“), z.B. persönliche Gegenstände, kein wechselndes Personal; und eine gut organisierte Räumlichkeit, z.B. Utensilien für Pflege aber auch für den Bewohner schnell zur Hand haben, Vermeidung von Laufwegen. Negativ dagegen wirken sich aus: Überstimulation, z.B. laute Geräusche, Überfüllung, viele hin und her gehende Personen, schlechte Luft und hohe Temperaturen, laufende Fernseher; Sicherheitsrisiken, z.B. nicht sehen können, wo sich Bewohner befinden, Notwendigkeit, Bewohner von Ausgängen fernzuhalten; schlechte Wegführung und gehetzte Pflege. Insgesamt äußerten sich Mitarbeiter der neuen Einrichtung sehr

viel positiver zu ihrem Wohlbefinden und dem der Bewohner als Mitarbeiter der traditionellen Einrichtung. Eine gut organisierte Umgebung erhöht die Arbeitsmoral, trägt zu besseren Beziehungen zwischen Bewohnern und Mitarbeitern bei, erhöht die Arbeitseffizienz der Mitarbeiter und verbessert das Wohlbefinden der Bewohner. Insbesondere die kleine Gruppengröße (nicht mehr als 12 Bewohner) trägt sichtlich zur Entspannung und Gelassenheit aller bei.

Korridor, Aufenthaltsraum und Speiseraum der neueren Einrichtung



Korridor, Aufenthaltsraum und Speiseraum der eher traditionellen Einrichtung





## 6. Umfang der Gebrechlichkeit sagt Wahrscheinlichkeit der Demenz voraus

### Ziel/Hintergrund

Ausgangspunkt der Studie ist die Beobachtung, dass immer mehr Risikofaktoren – traditioneller und ungewöhnlicher Natur – für Demenz identifiziert werden. Diese Faktoren erscheinen sehr unterschiedlich und ein ihnen unterliegender gemeinsamer Mechanismus ist nicht unmittelbar evident. Ihre Unterschiedlichkeit legt nahe, die Gemeinsamkeit im Niedergang von allgemein wirksamen Reparaturprozessen zu suchen.

Alter ist der wichtigste Faktor für Demenz und Tod. Da aber Personen im selben Alter nicht das gleiche Mortalitätsrisiko aufweisen, ist an den Faktor „Gebrechlichkeit“ (frailty) zu denken. Die leitende Hypothese lautet: ‚Gebrechlichkeit‘ stellt eine Anhäufung von gesundheitlichen Defiziten dar; je größer die Anzahl der Defizite ausfällt, desto größer die Wahrscheinlichkeit des Zusammenbruchs allgemeiner Reparaturprozesse. Dies betrifft auch kognitive Funktionen: Demenz repräsentiert den Zusammenbruch integrativer Funktionen höherer Ordnung, deren Desintegration mit hoher Gebrechlichkeit, also fehlenden Reparatur-/Regenerationsprozessen einhergeht. Weniger das Alter per se, sondern das Ausmaß und der Umfang von Gebrechlichkeit ist für die Wahrscheinlichkeit einer Demenz entscheidend.

Die Autoren schlagen daher vor, nicht sosehr einzelnen Faktoren nachzugehen, die individuell Demenz vorhersagen (z.B. vaskuläre Veränderungen), sondern zu überlegen, ob unterschiedliche, aber in der Anzahl genügend große Anhäufungen von Gebrechlichkeiten („sub-sets of frailty“) gleich zuverlässig Demenz vorhersagen. Dies hieße, dass ganz unterschiedliche, nicht demenztypische, aber genügend große Anhäufungen von Gebrechlichkeit mit Demenz einhergehen. Die Studie vergleicht, ob traditionelle (z.B. vaskuläre) und untypische (z.B. Gesundheitseinstellung, Magen- und Nierenkrankheiten, Krankheiten, Seh- und Höreinschränkungen, Zahnstatus, Hautkrankheiten) Risikofaktoren Demenz gleich gut vorhersagen und ob die Anzahl der Defizite insgesamt entscheidend für die Vorhersage ist.

### Methoden

Daten der kanadischen Langzeitstudie (Canadian Study of Health and Aging/ CSHA) von insgesamt 10263 Personen werden genutzt, um Zusammenhänge zwischen Gebrechlichkeit und Demenz zu untersuchen. Berechnet wird der FI-Index (Gebrechlichkeitsindex = Anzahl der vorhandenen Gebrechlichkeiten dividiert durch die Summe möglicher Gebrechlichkeiten; insgesamt werden 42 verschiedene mögliche Gebrechlichkeiten identifiziert). Anhand eines von den Personen auszufüllenden Fragebogens wurde die Anzahl der Gebrechlichkeiten erhoben. Primäres Ergebnis sind Demenz

und Tod nach 10 Jahren in Relation zu einem erhobenen Gebrechlichkeitsstatus zu Beginn der Studie.

## Resultate

Wer zu Beginn der Studie vergleichsweise jünger war, eine bessere Ausbildung genossen hatte und niedrigere Werte bei der Gebrechlichkeit aufwies, zeigte sich kognitiv gesünder. Für jeden Zähler Gebrechlichkeit mehr stieg die Wahrscheinlichkeit der Demenz. Personen mit der höchsten Gebrechlichkeit wiesen auch die höchste Mortalität oder die höchste Wahrscheinlichkeit für Demenz auf und umgekehrt. Dabei macht es keinen Unterschied, ob die Art der Gebrechlichkeit eher den traditionellen (mit Demenz assoziierten) oder untypischen (nicht mit Demenz assoziierten) Faktoren entsprach. Für die Vorhersage der Demenz macht es demnach keinen Unterschied, welche, sondern nur, wie viel Gebrechlichkeitsfaktoren vorliegen.

## Diskussion

Mortalität und Demenz werden durch die Anzahl von Gebrechlichkeitsfaktoren, also dem Gesundheitsstatus vorhergesagt. Diese Faktoren erstrecken sich über ein weites Feld gesundheitlicher Beeinträchtigungen, die sowohl demenztypische wie demenzatypische Faktoren umfassen. Versterben oder Entwicklung einer Demenz werden demnach stark vom allgemeinen Gesundheitsstatus und der Anzahl von Gebrechlichkeitsfaktoren bestimmt. Das alternde Hirn und seine kognitive Funktionen spiegeln demnach den Niedergang insgesamt wieder: je mehr Reparaturprozesse und Regenerationsfähigkeiten insgesamt betroffen sind, desto mehr scheinen die Schäden zu akkumulieren und diese Akkumulation erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Demenz. Die Autoren vergleichen dies mit einer Warteschlange: die Länge der Warteschlange (Anzahl der Defizite) ist eine Funktion der Anzahl der ankommenden Personen (= Rate der Schäden) und der Effizienz der Kassenmitarbeiter (= Reparaturprozesse).

Gebrechlichkeit sagt demnach Demenz besser voraus als Alter per se. Umgekehrt heißt das: ein wichtiger Faktor zu Verzögerung einer dementiellen Entwicklung mag darin bestehen, einzelne Gebrechlichkeiten gezielt anzugehen und zu verbessern.

## Quellen

Song X., Mitnitski A., Rockwood K (2014). Age-related deficit accumulation and the risk of late-life dementia. *Alzheimer's Research and Therapy*, 6(54)  
doi: 10.1186/s13195-014-0054-5

vgl.: Anstey K., Dixon R.A. (2014). Applying a cumulative deficit model of frailty to dementia: progress and future challenges. *Alzheimer's Research and Therapy*, 6(84)  
doi:10.1186/s13195-014-0084-z

Die Autoren kommentieren die Studie: Sie fragen, ob Schweregrade und die Dauer einzelner Gebrechlichkeiten nicht ebenso einen Unterschied machen wie die zeitliche

Entwicklung und Struktur der einzelnen Gebrechlichkeiten. Sie überlegen, ob es nicht Schwellenpunkte gibt, ab dem eine deutliche Beschleunigung und Anhäufung von Gebrechlichkeiten zu beobachten ist (Kaskaden-Theorie). Weiterhin gibt der Ansatz keinen Aufschluss darüber, welche Arten von Demenz sich entwickeln und ob es bestimmte Konstellationen von Gebrechlichkeiten gibt, die mit bestimmten Formen der Demenz einhergehen.

## 7. Funktionale Verschlechterungen und depressive Symptome setzen schon Jahre vor Beginn der Demenzdiagnose ein

<b>Ziel/Hintergrund</b>	Bekannt ist, dass jahrelange kognitive Veränderungen einer Demenzdiagnose vorausgehen. Weniger bekannt ist, ob auch affektive, funktionale und neuropsychiatrische Veränderungen weit vor der Diagnosestellung eine sich anbahnende Demenz erkennen lassen könnten. In diesem Fall wäre zu überlegen, ob Personen, welche diesbezügliche Veränderungen erleben, auch schon vor der eigentlichen Diagnosestellung Hilfen und Unterstützung erfahren könnten.
<b>Methoden</b>	Für die Studie werden Daten der NACC (National Alzheimer's Coordinating Center/USA) herangezogen. Es handelt sich um Daten einer prospektiven Langzeitstudie, in der Verläufe von Demenzerkrankungen verglichen werden mit Verläufen von Personen mit wahrscheinlicher oder möglicher Demenz und Personen ohne Demenz bzw. einen Verdacht auf Demenz. Die Daten stammen aus dem Zeitraum 2005-2011. Teilnehmende unterzogen sich mindestens drei jährlichen Untersuchungen. Verglichen wurde die Entwicklung der Daten von 139 Personen mit wahrscheinlicher Demenz, 109 Personen mit möglicher Demenz und 2230 Personen ohne Demenz. Beschrieben werden die Instrumente zur Abbildung von funktionalem Status, neuropsychiatrischen Symptomen, depressiven Symptomen sowie der statistischen Analyse.
<b>Resultate</b>	Personen aus der Kontrollgruppe erwiesen sich insgesamt als jünger, litten weniger häufig an Schlaganfällen, Herz- und Kreislauferkrankungen oder Depressionen in den letzten 2 Jahren. Funktionale Defizite und depressive, nicht aber neuropsychiatrische Symptome konnten schon Jahre vor der eigentlichen Demenzdiagnose – im Vergleich zur Kontrollgruppe – festgestellt werden.
<b>Diskussion</b>	Funktionale Defizite und depressive Symptome nehmen schon Jahre vor der Demenzdiagnose deutlich zu. Die Autoren vermuten, dass die betroffenen Personen schon Jahre zuvor Veränderungen bemerken, mit Aufgaben des Alltags zunehmend schlechter zurechtkommen, abhängiger von der Hilfe anderer werden und darauf depressiv reagieren. Unklar bleibt, ob diese Veränderungen auch im klinischen Kontext festgestellt werden und den Zugang zu Hilfen eröffnen können. Beginnende Demenz ist damit nicht nur an kognitiven, sondern besonders an psychologischen und emotionalen Veränderungen festzumachen, die als frühe Warnzeichen einer möglichen dementiellen Entwicklung ernst zu nehmen sind. Die Autoren empfehlen, Personen mit funktionalen Verschlechterungen und Depressionen gezielter zu untersuchen

und gegebenenfalls auf eine beginnende Demenz vorzubereiten.

**Quelle**

Gaugler J.E., Hovater M., Roth D.L., Johnston J.A., Kane R.L., Sarsour K. (2014). Depressive, functional status, and neuropsychiatric symptom trajectories before an Alzheimer's disease diagnosis. *Aging & Mental Health*, 18(1),

## 8. Depression und metabolisches Syndrom bilden die wichtigsten Risikofaktoren für das Auftreten einer Demenz

<b>Ziel/Hintergrund</b>	Angesichts steigender Prävalenz und Inzidenz der Demenz ist es wichtig zu wissen, welche Faktoren bei der Entstehung einer Demenz beeinflussbar sind. Vorliegende Studie fasst die vorhandene Literatur zu beeinflussbaren Risikofaktoren zusammen und gewichtet diese Faktoren anhand des Urteils von 10 international renommierten Experten.
<b>Methoden</b>	Beschrieben wird die Suche und Auswahl der Literatur (populationsbasiert, prospektiv, von 2009 bis 2012). Auf der Basis dieses Befundes werden 10 Experten gebeten, potentielle Risikofaktoren zu benennen und in einer 2 Runde zu gewichten.
<b>Resultate</b>	<p>320 Studien konnten identifiziert werden. 7 beeinflussbare Risikofaktoren wurden identifiziert: Depression, Diabetes, Rauchen, koronare Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Nierenerkrankungen, Entzündungen. Die Gewichtungen der Experten ergibt folgende Reihenfolge:</p> <p>Depressionen: 19 von 21 Studien belegen ein erhöhtes Risiko (90% für Demenz vom Alzheimer-Typ, 85% für alle anderen Demenzarten). Umstritten ist, ob Depression einen kausalen Faktor darstellt oder ob es die Vulnerabilität erhöht. Depressivität erhöht das Risiko für vaskuläre Demenz um den Faktor 2,5.</p> <p>Diabetes: 17 von 19 Studien belegen ein erhöhtes Risiko (47% erhöhtes Risiko). Ursächlich werden das metabolische Syndrom (Fettleibigkeit/Übergewicht, Bluthochdruck, erhöhtes HDL-Cholesterin) sowie Gefäßveränderungen und Entzündungsprozesse diskutiert.</p> <p>Kognitive Aktivität: Alle vorliegenden Studien belegen ein reduziertes Risiko (62%) bei kognitiv stimulierenden Aktivitäten. Kognitive Aktivität erhöht die kognitive Reservekapazität.</p> <p>Physische Aktivität: 5 von 7 Studien belegen ein erhöhtes Risiko bei mangelnder körperlicher Aktivität (39%). Letztere beeinflusst Faktoren wie Bluthochdruck, Diabetes und Übergewicht.</p> <p>Bluthochdruck: Bluthochdruck im mittleren Lebensalter wirkt sich risikoe erhöhend auf Demenz im hohen Alter aus (61%). Zusammenhänge mit Arteriosklerose, Läsionen der weißen Materie (oder auch Marklager: Leitungsbahnen des Nervensystems, Axone und Neurone, erscheinen bei Läsionen in MRT-Aufnahmen als weiße Flecken; betrifft insbesondere den präfrontalen/orbitofrontalen Kortex), Zunahme der neuritischen Plaques und Tangles sowie Atrophie (Alzheimer-Demenz) werden diskutiert.</p>

Nachgeordnet, gewichtet in angegebener Reihenfolge, werden diskutiert: Mittelmeer-Diät (Fisch, Olivenöl, Früchte und Gemüse, wenig Fleisch, 1 Glas Wein am Tag), Reduktion von Übergewicht im mittleren Lebensalter, Verzicht auf Rauchen, Vermeiden von übermäßigem Alkoholkonsum, Reduktion von HDL-Cholesterin. Koronare Herzkrankheiten, Nierenerkrankungen, und Einnahme ungesättigter Fettsäuren sowie Entzündungen werden als weitere Risikofaktoren benannt.

## Diskussion

Insgesamt wird diesen modifizierbaren Risikofaktoren ein 50% kausaler Beitrag für die Demenz-Prävalenz zugeschrieben. Neben Depressivität kommt den vaskulären Risikofaktoren die höchste Bedeutsamkeit zu (Diabetes, Bluthochdruck, koronare Herzkrankheiten, Übergewicht, Rauchen, Alkohol). Eine Veränderung des Lebensstils könnte damit vorrangiges Ziel von Präventionsprogrammen bilden.

Zunehmend nehmen Experten die Zusammenhänge unterschiedlicher Demenzarten und deren gemeinsame Ursachen und Risikofaktoren wahr („gemischte Pathologie“: Rahimi 2014 – je nach Studie zwischen 10-74% aller Demenzen sind gemischter Natur; die Kombination verschiedener neuropathologischer Prozesse erhöht die Wahrscheinlichkeit der Demenz um den Faktor 10). Die Risikofaktoren scheinen sich gegenseitig zu beeinflussen und zusammen das „metabolische Syndrom“ zu verursachen. Insbesondere die im mittleren Lebensalter auftretenden Risiken (Bluthochdruck und Übergewicht) sind für Präventionsprogramme geeignet.

## Quellen

Deckers K.m van Boxtel M., Schiepers O., de Vugt M., Sanchez J., Anstey K., Brayne C., Dartigues J.-F., Engedal K., Kivipelto M., Ritchie K., Starr J., Yaffe K., Irving K., Verhey F., Köhler S. (2015). Target risk factors for dementia prevention: a systematic review and Delphi consensus study on the evidence from observational studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30, 234-246

Vgl.: Rahimi J., Kovacs G.G. (2014). Prevalence of mixed pathologies in the aging brain. *Alzheimer's Research and Therapy*, 6:82

## 9. Kein zwingender Zusammenhang zwischen Schwere der Demenz und Lebensqualität

### Ziel/Hintergrund

Bisherige Studien weisen keine eindeutigen, für alle Personen geltenden Zusammenhänge zwischen der fortschreitenden Demenzentwicklung und der Lebensqualität auf. Dies gilt sowohl auf der Ebene der selbst- wie auch auf der fremdbekundeten Ebene. Insgesamt scheint die selbst empfundene oder von anderen eingeschätzte Lebensqualität stark individuell zu variieren. Mehr als die Hälfte der Befragten weisen eine sehr stabile, gleichbleibende Lebensqualität trotz fortschreitender Demenz auf. – Vorliegende Studie untersucht, ob der Grad der Abhängigkeit, im Zusammenhang mit abnehmender Kognition, Funktion und Verhaltenskompetenz, Unterschiede in der Lebensqualität auf der Gruppenebene erklären kann. Die Annahme lautet: je größer die Abhängigkeit (aufgrund von kognitiven, funktionalen oder verhaltensbezogenen Einbrüchen), desto geringer die Lebensqualität.

### Methoden

Es handelt sich um eine Anschlussstudie, die 18 Monate nach der ersten Runde von Datenerhebungen anhand einer erneuten Messung erforschen will, ob mit den dementiell bedingten Veränderungen auch verallgemeinerbare Verringerungen in der Lebensqualität festzustellen sind. Beschrieben werden Instrumente, um Lebensqualität, Abhängigkeit, kognitive Funktionen, funktionale Fähigkeiten und neuropsychiatrische Symptome abzubilden.

### Resultate

145 Personen nahmen an der Anschlussstudie teil. Ein Teil davon (n=70) konnten eigene, selbstbekundete Angaben zur Lebensqualität machen.

Werte für Abhängigkeit nahmen deutlich zu, kognitive Fähigkeiten und Kompetenzen für alltägliche Aktivitäten nahmen deutlich ab. Zunehmende Abhängigkeit und abnehmende Funktionalität wiesen deutliche Zusammenhänge auf. Neuropsychiatrische Symptome blieben gleich (niedrig).

Es wurden 2 unterschiedliche Instrumente zur Abbildung von Lebensqualität verwendet mit widersprüchlichen Ergebnissen: die von Angehörigen eingeschätzte Lebensqualität in einem Instrument nahm im Durchschnitt leicht ab, im anderen Instrument im Durchschnitt deutlich zu. Personen, die ihre Lebensqualität selber einschätzen konnten, schätzten sie nach 18 Monaten im Durchschnitt gleich ein.

Auf der Ebene der einzelnen Personen gab es deutlich unterschiedliche Einschätzungen zwischen der 1. und 2. Messung, nicht aber auf der Gruppenebene.

Ein Zusammenhang von Abhängigkeit und Lebensqualität und zwischen kognitiven und alltagsbezogenen Fähigkeiten konnte für beide Instrumente der Lebensqualität nicht nachgewiesen werden. Allerdings: dort, wo sich Verschlechterungen bezüglich neuropsychiatrischer Symptome ergaben,



schätzen Angehörige die Lebensqualität der von ihnen versorgten Personen mit Demenz schlechter ein.

Wer zu Beginn die Lebensqualität schlechter einschätzte, bewertete sie in der Regel nach 18 Monaten besser, und umgekehrt: wer sie zu Beginn sehr gut einschätzte, tendierte nach 18 Monaten zu schlechteren Werten.

## **Diskussion**

Insgesamt entwickelt sich die Lebensqualität sehr individuell, Aussagen auf der Gruppenebene sind kaum möglich. Mehr als 50% der Beteiligten schätzte nach 18 Monaten die Lebensqualität besser ein, trotz funktionalem und kognitivem Abbau.

Personen, die nach 18 Monaten ihre Lebensqualität in etwa genauso wie vorher einschätzten, sind eher Personen, deren funktionaler und kognitiver Abbau nicht sehr groß war. Personen mit gravierendem Abbau konnten keine Auskunft mehr geben.

Insgesamt besehen korreliert zunehmende Abhängigkeit nicht notwendigerweise mit schlechterer Lebensqualität. Nur zunehmende neuropsychiatrische Symptome gehen in der Fremdbewertung mit abnehmender Lebensqualität einher.

Verschiedene Erklärungen bieten sich an: Geringer werdende Einsicht in die eigene Verfassung mag die Auswirkungen abnehmender Funktionalität auf die eigene Lebensqualität trüben; oder aber, die Personen passen sich den reduzierten Möglichkeiten erfolgreich an bzw. reduzieren die Erwartungen an sich. Zuletzt: Personen, die einen wesentlichen Einbruch in der Lebensqualität erfahren, könnten als Teilnehmende an der Studie ausgefallen sein.

Zusammenfassend lässt die Studie keinen zwingenden Zusammenhang zwischen Schwere der Demenz und Veränderungen in den Einschätzungen zur Lebensqualität erkennen. Zudem zeigt die Studie, dass unterschiedliche Instrumente zur Erfassung zur Lebensqualität zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen können.

## **Quelle**

Trigg R., Jones R.W., Knapp M., King D., Lacey L.A.(2015). The relationship between changes in quality of life outcomes and progression of Alzheimer's disease: results from the Dependence in AD in England 2 longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30, 400-408

## 10. Je jünger die Personen, desto mehr stimmen sie ärztlich assistiertem Suizid zu

### Ziel/Hintergrund

Obwohl Demenz immer mehr zum öffentlichen Thema geworden ist, hat die Angst vor Demenz nicht abgenommen. Angst vor Abhängigkeit und Kontrollverlust haben das Interesse am ärztlich assistierten Suizid bei Demenz ansteigen lassen. Ärztlich assistierter Suizid wird dabei abgegrenzt von terminaler Sedierung oder dem Einstellen lebenserhaltender Maßnahmen im Rahmen der Palliativversorgung.

Ärztlich assistierter Suizid ist gebunden an die Fähigkeit der Person, dies bei klarem Verstand wiederholt zu wünschen: dies ist nur bei leichter Demenz, nicht aber in fortgeschrittenen Phasen denkbar. In den Niederlanden ist bei Menschen mit leichter Demenz ein Anstieg von 3 Personen in 2006 auf 49 in 2011 zu verzeichnen.

Allerdings gibt es in den Beneluxstaaten die Möglichkeit einer vorab bekundeten Euthanasiedirektive: liegt diese schriftlich vor und sind weitere gesetzlich geregelte Voraussetzungen erfüllt, kann die Euthanasie durchgeführt werden. Eine Bejahung ärztlich assistierten Suizids im Allgemeinen bedeutet nicht unbedingt eine vergleichbare Haltung im Fall neurodegenerativer Veränderungen. Vorliegende Studie fasst die internationale Literatur zu Haltungen bezüglich assistiertem Suizid von Menschen mit Demenz zusammen.

### Methoden

Beschrieben werden die Suchstrategie und die Auswertungskriterien. Ausgeschlossen werden Studien zur terminalen Sedierung und zum Behandlungsabbruch in der Palliativversorgung.

### Resultate

Insgesamt konnten 18 Studien, zumeist aus den USA und aus den Niederlanden identifiziert werden. 16 Studien wiesen ein quantitatives Design auf.

Studien zur öffentlichen Haltung weisen deutlich länderspezifische Unterschiede auf. Wo ärztlich assistierter Suizid legalisiert wurde, findet sich auch mehr Zustimmung. Je jünger die Studien sind, desto zustimmender fällt die Haltung aus.

Professionell Pflegende sind etwas zurückhaltender, je nach Land liegt die Zustimmung zwischen 30% und 58% (NL). Ärzte dagegen weisen die geringste Zustimmungswahl auf, selbst in Ländern, in denen ärztlich assistierter Suizid legalisiert wurde (10-30% Zustimmung). Auch hier gilt: Je jünger die Studie, desto größer die gemessene Zustimmung. Insgesamt scheint auch unter den Ärzten die Zustimmung zu wachsen. In der Regel halten Ärzte assistierten Suizid eher in der Früh- nicht aber in der Spätphase der Demenz für legitim. Vorliegende Studien zu Auffassungen von Menschen mit Demenz selbst sind nicht sehr aussagefähig. Pflegende Angehörige zeigen den höchsten Zustimmungsgrad (zwischen 50 und 77%). Weitere Faktoren: Je jünger die Be

fragten, desto höher die Zustimmung. Männer stimmen dem assistierten Suizid von Menschen mit Demenz eher zu als Frauen, weiße Menschen (oft ‚Kaukasier‘ genannt) stimmen mehr zu als Personen andersfarbiger Minoritäten, religiöse Menschen lehnen dies vermehrt ab, Menschen mit höherem Bildungsgrad stimmen vermehrt zu, ebenso Menschen die allein leben. Menschen aus eher konservativen Gegenden lehnen assistierten Suizid eher ab.

Insgesamt kann die Gefahr sozial erwünschter Antworten nicht ausgeschlossen werden, d.h. Personen äußern in Interviews, was sie glauben, was von ihnen zu sagen erwartet wird. Eher mäßige Antwortraten, fehlende validierte Einschätzungsinstrumente sowie tendenziöse Fallvignetten, zu denen sich die Interviewten zu äußern hatten, schränken insgesamt die Aussagefähigkeit vorliegender Studien ein.

## **Diskussion**

Während in der Öffentlichkeit ärztlich assistierter Suizid – auch bei fortgeschrittener Demenz – zunehmend positiv gesehen wird, zeigen sich Ärzte und professionell Pflegende mit der Zustimmung verhalten und bejahen dies eher bei Demenz in der Frühphase, da die Person zustimmungsfähig ist. Insgesamt fällt die Zustimmung in Ländern mit Legalisierung höher aus. Während in der Öffentlichkeit das Leiden und der Verlust an Würde schwer zu Buche schlagen, sind sich Professionelle eher der Bandbreite palliativer Möglichkeiten bewusst. Pflegende Angehörige bejahen assistierten Suizid eher für die Frühphase und lehnen dies für spätere Phasen eher ab, da sie sich nicht sicher sind, ob die betroffene Person nicht vielleicht inzwischen die Meinung geändert hat. Während das Urteil der Angehörigen auf der lebenslangen Kenntnis der Person basiert, urteilen Professionelle eher auf der Basis des vorgefundenen Zustandsbildes. Die Autoren empfehlen den Professionellen, Angehörigen vermehrt die Möglichkeiten palliativer Behandlung vor Augen zu führen, mit denen eine gute Lebensqualität erreicht werden kann.

## **Quelle**

Tomlinson E., Stott J. (2015). Assisted dying in dementia: a systematic review of the international literature on the attitudes of health professionals, patients, carers and the public, and the factors associated with these. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30, 10-20

## 11. Person-zentrierte Pflege im Krankenhaus ist nicht realisierbar

<b>Ziel/Hintergrund</b>	<p>Senioren machen bis zu <math>\frac{2}{3}</math> der Patienten in Krankenhäusern aus. Nur in etwa der Hälfte der Fälle wird eine vorhandene Demenz erkannt. Etwa <math>\frac{3}{4}</math> der Personen mit Demenz sind mit der Krankenhausbehandlung unzufrieden und viele Symptome der Demenz verschlechtern sich. 90% der Pflegenden in Krankenhäusern bewerten den Umgang mit alten Menschen mit Demenz als schwierig und unangenehm. Ziel vorliegender Literaturstudie aus Großbritannien ist es, das Wissen über die Akutpflege in Krankenhäusern zusammenzufassen. Personzentrierte Pflege gilt dabei als angemessenes Modell in der Versorgung von Menschen mit Demenz, unabhängig von der Versorgungsform.</p>
<b>Methoden</b>	<p>Beschrieben wird die Suchstrategie der Literaturrecherche. Erfasst werden Literaturen ab 2008 in englischer Sprache. Insgesamt wurden 53 Studien ausgewertet.</p>
<b>Resultate</b>	<p>Ausgehend von der zusammenfassenden Kategorie „Konsequenzen eines Hospitalaufenthaltes von Menschen mit Demenz“ werden Ergebnisse unter weiteren 7 Rubriken vorgestellt (davon werden hier 6 ausgewählt):</p> <p><b>Konsequenzen eines Hospitalaufenthaltes</b> Krankenhausumgebungen sind generell ungünstig für Menschen mit Demenz: der Aufenthalt dauert vergleichsweise länger, die Sterblichkeitsrate ist höher, Stürze und funktionaler Abbau sind häufig, Abhängigkeiten nehmen zu, Depressivität und Delirien komplizieren den Aufenthalt. Beispielsweise erhalten Menschen mit Demenz nach Hüftoperationen deutlich weniger Schmerzmittel als Personen ohne Demenz: dies wird darauf zurückgeführt, dass Pflegendes Verhaltenszeichen schlechter deuten können und nicht erfüllte Bedürfnisse weniger aufspüren. 38% der Personen mit Demenz kommen nach Krankenhausaufenthalt nicht in die eigene Häuslichkeit zurück. Angehörige sind oft sehr unzufrieden, sehen sich in ihren Erwartungen enttäuscht und beobachten misstrauisch die Versorgung. Die wenigsten Angehörigen werden auf die Rückverlegung in die Häuslichkeit adäquat vorbereitet.</p> <p><b>Die Pflegeumgebung</b> Funktionale und unpersönliche Umtriebigkeit des Betriebes, mangelnde Orientierungshilfen, fehlende sinnvolle Beschäftigung, wenig Raum und Platz in Mehrbettzimmern und oft eine große Entfernung zwischen Patientenzimmern und Diensträumen kennzeichnen die Demenzfeindlichkeit eines Hospitals. Schwerer wirkt sich das Alleinsein und das Fehlen einer emotional warmen Präsenz aus.</p> <p><b>Pflegekultur</b> Management und Pflegeleitung ignorieren oder unterschätzen die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz. Das akute</p>

Krankheitsgeschehen steht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Nur wenige Mitarbeitende sind im Umgang mit Menschen mit Demenz geschult. Körper, Routine und Compliance des Patienten zählen mit der Folge, dass Zuwendung, Aufmerksamkeit und subjektive Bedürfnisse eine untergeordnete, ja nichtige Bedeutsamkeit besitzen. Der Blick auf den Klienten ist eher ein kritisch beäugender – die Autoren sprechen vom kalten, kustodialen Blick, der einseitig auf Symptome ausgerichtet ist. Sicherheit, Risikominimierung tragen zum Objektcharakter der Patienten bei. Versuche der Person, eine gewisse Kontrolle über die Situation wieder zu erlangen (z.B. durch Herumlaufen), werden als störend und symptomatisch wahrgenommen. Obgleich dies bekannt ist und sich manche Hospitäler öffentlich zu einer anderen Politik bekennen, wird eine andere Pflegekultur in der Regel nicht umgesetzt – es bleibt bei der Papierimplementierung. Spätestens dann, wenn sich der Patient nicht fügt, werden Aspekte personzentrierter Pflege ignoriert und in der Regel zu Medikamenten gegriffen.

#### Haltungen

Die meisten Pflegenden in Hospitälern weisen eine eher negative Haltung gegenüber Personen mit Demenz auf – in einer japanischen Studie konnte ein direkter Zusammenhang zwischen negativer Haltung und dem Einsatz von Sedativa festgestellt werden. Aspekte negativer Haltung sind: viele Personen mit Demenz im Arbeitsbereich, eher jüngere Mitarbeiter, eher niedriger Status im Hospital, (besonders Pflegehelfer, die direkt mit herausforderndem Verhalten konfrontiert werden).

#### Herausforderung für Mitarbeiter

Unruhe, Widerstand, Aggressivität, Vokalisieren werden als besonders schwierig für den Umgang beschrieben. In immer kürzerer Zeit sollen immer mehr und zunehmend schwierige Patienten versorgt werden. Dies erzeugt Gefühle von Frustration, Stress, Erschöpfung und Schuld. In der Regel sind die funktional ausgerichteten Teams auf psychosoziale Pflege nicht vorbereitet, lehnen letztere tendenziell auch eher ab. 77% aller Pflegenden im Hospital favorisieren den schnellen Einsatz von Psychopharmaka.

#### Liaison Dienste

Abteilungsübergreifende psychiatrische Liaison-Dienste kommen nur sehr vereinzelt zum Einsatz, sind oft abhängig von in absehbarer Zeit auslaufenden Projektfinanzierungen, sind oft wenig auf alte Menschen mit Demenz ausgerichtet und erweisen sich oft als hausintern schlecht vernetzt oder positioniert. Häufig werden sie als ‚troubleshooter‘ eingesetzt ohne nachhaltige Folgen für das Wissen und die Fertigkeiten in den Teams. Ihre Rolle ist häufig nicht klar definiert, Pflegenden tendieren dazu, schwierige Patienten bei Mitarbeitenden des Liaison-Dienstes zu ‚deponieren‘, um sich nicht weiter ‚damit‘ auseinandersetzen zu müssen. Insgesamt ist die Evidenz dafür, dass Liaison-Dienste eine

positive Lernentwicklung in den Teams befördern, gering. Eher werden Entfähigungsprozesse beobachtet (de-skilling).

#### Spezielle Abteilungen

Spezielle Abteilungen für Menschen mit Demenz weisen insgesamt die positivsten Effekte auf: Stürze verringern sich, Funktionen werden besser erhalten, psychiatrische Dienste müssen weniger genutzt werden, herausforderndes Verhalten kommt weniger vor. Allerdings verringert sich nicht – wie erhofft – die Länge des Krankenhausaufenthaltes, aber er vergrößert sich auch nicht. Ein längerer Verbleib ist oft dem Transfer in eine stationäre Einrichtung geschuldet. – Es scheint ein ganzes Bündel von Interventionen, Schulungen und organisatorischen Veränderungen erforderlich zu sein, um einen Kulturwandel zu ermöglichen. Am ehesten scheint dies in einer gesonderten Abteilung (segregativ) zu gelingen.

### Diskussion

Zurzeit dokumentiert die Forschung im Detail, warum die Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus nicht gelingt – Belege für positive Modelle sind eher selten mit widersprüchlichen Resultaten. Insgesamt scheinen die Anstrengungen für einen Kulturwandel sehr viel umfassender angelegt sein zu müssen als es bislang der Fall ist. Ansätze dazu wären: die psychosoziale Umgebung verbessern, umfassende Schulungen und Haltungsänderungen bei Ärzten und Pflegenden, Demenzexpertise nicht bei einzelnen Beauftragten ansiedeln, sondern bei allen Pflegenden verankern, enge Partnerschaft vor, während und nach dem Krankenhaus mit pflegenden Angehörigen.

Solange das Akutkrankenhaus eng bio-medizinisch ausgerichtet ist, eine kurze Verweildauer anstrebt und unter Einsparungszwängen steht, kann – so glauben die Autoren – der Demenzfeindlichkeit des Krankenhauses nichts entgegen gesetzt werden. Unter den gegenwärtigen Bedingungen – so die Autoren – ist eine personzentrierte Pflege von Menschen mit Demenz im Krankenhaus nicht realisierbar.

### Quelle

Dewing J., Dijk S. (2014). What is the current state of care for people with dementia in general hospitals? A literature review. *Dementia*, Jan. 2014 ahead of print, DOI: 10.1177/1471301213520172

## 12. Beteiligung an Entscheidungen wird nicht ohne Ausüben von Zwang umgesetzt

### Ziel/Hintergrund

Die Beteiligung von Menschen mit Demenz an Entscheidungen spielt im Rahmen inklusiver bzw. integrativer Versorgungskonzepte eine zentrale Rolle. Da die Entscheidungsfähigkeit mit zunehmender Demenz abnimmt, stellt sich die Frage, wie mit Beteiligung an Entscheidungen in Bereichen der speziellen Dementenbetreuung (Special Care Units) umgegangen wird. Vorliegende Studien betonen die Bedeutung der Pflegekultur sowie die individuelle Haltung und Beziehung der Pflegekraft zum Klienten. Ziel der Studie ist es, die Erfahrungen Pflegenden im Umgang mit Beteiligung an Entscheidungen in Bereichen der speziellen Dementenbetreuung zu erforschen.

### Methoden

Es handelt sich um eine explorative Studie aus Norwegen mit einem qualitativen Design (Grounded Theory). Daten werden anhand von Interviews mit Pflegenden unterschiedlicher Qualifikation in 3 norwegischen Heimen erhoben. Insgesamt wurden 11 Personen 2x befragt. Beschrieben werden die Erstellung des Interviewleitfadens sowie die Datenbearbeitung.

### Resultate

Beteiligung an Entscheidungen wird von den Fähigkeiten des Einzelnen abhängig gemacht. Der Grad der Beteiligung wird allerdings deutlich den Vorstellungen der handelnden Pflegekraft, was sie wie zu machen hat, angepasst. Entscheidungen könne man den Personen nur bedingt überlassen, da sie die Konsequenzen für sich und andere nicht immer überblicken könnten, ja diese zuweilen eine Bedrohung der Sicherheit und der Würde der Person und anderer Personen darstelle. Im Falle der Ernährung würde man einen geschlossenen Mund beim Anreichen der Speise als ein Nein respektieren. In vielen Fällen – z.B. bei der Kleidungsauswahl – werden nur reduzierte Entscheidungsoptionen angeboten, um die Person nicht zu überfordern. Zöge sich die Person zwei Blusen an, würde man dies eher zu verhindern trachten, da es von anderen abwertend kommentiert werden könnte. In einigen Fällen würde man situativ die Verweigerung beim Waschen und Ankleiden hinnehmen; habe sich eine Person aber lange nicht gewaschen, würde man die Person entschlossen zum Duschen/Baden führen und keine Option lassen: man müsse die Person reinigen, daher sei eine Wahlmöglichkeit irrelevant. Dies würde im Vorfeld gut überlegt, dann aber entschlossen umgesetzt werden. Auch beim Wunsch, den Bereich zu verlassen, gäbe es keine Optionen: die Türen blieben geschlossen.

Beteiligung weist damit unterschiedliche Grade auf: Entscheidungen zulassen, Entscheidungen leicht korrigiert/reguliert zulassen, für den Klienten entscheiden, den Klienten zu etwas zwingen. Kontextfaktoren für diese vier

Varianten sind die Person des Klienten, die Person der Pflegekraft, die Angehörigen und das System „spezielle Demen-tenbetreuung“.

Je höher die Ausbildung, je ausgiebiger die Beschäftigung mit Demenz und je kontinuierlicher die Pflegekraft mit dem Klienten zusammenarbeitet, desto eher können Bedürfnisse erkannt werden. In diesem Falle wird den Klienten mehr Spielraum und Beteiligung zugestanden. Wird Zwang ausgeübt, dann nach reiflicher Überlegung in begründeten Fällen.

Je geringer die Ausbildung und der Status, desto eher sind die vermuteten Erwartungen der Kollegen und nicht der Wunsch des Klienten entscheidend. Zwang kommt eher unreflektiert und spontan zur Anwendung.

Je mehr Angehörige den Pflegenden über Vorlieben, Wünsche und Erwartungen berichten, desto mehr können Pflegende dies berücksichtigen, wenn die Person nur eingeschränkt an Entscheidungen beteiligt werden kann. Beteiligung an Entscheidungen hängen auch davon ab, in welchem Umfang die Leitung aktiv im Bereich präsent ist. Auch die jeweilige Personalbesetzung ist bedeutsam: je knapper die Besetzung, desto weniger spielt die Beteiligung der Klienten eine Rolle.

## Diskussion

Ein allgemeines Bekenntnis zur Beteiligung an Entscheidungen wird in der Praxis in einer vielschichtigen Bandbreite umgesetzt – bis hin zum Zwang. Umfang der Beteiligung hängt von vielen begünstigenden Bedingungen ab, deren Fehlen (z.B. schlechte Personalbesetzung, keine Leitung vor Ort, eher wenig geschultes Personal) das Beteiligungsrecht schnell in den Hintergrund treten lässt. Beteiligung gilt als anstrengend, zeitraubend und ineffektiv unter angestregten Bedingungen.

Je besser die Pflegekraft den Klienten kennt und mit ihm/ihr vertraut ist, je höher der Ausbildungsgrad und die Kontinuität in der Versorgung gewährleistet ist, desto eher wird Beteiligung angestrebt – auch unter belastenden Bedingungen. Zwang scheint allerdings – auch unter den besten Bedingungen – unvermeidbar zu sein, taucht insbesondere im Zusammenhang mit hygienischen Herausforderungen auf, wird in der Regel gut reflektiert, kommt aber gegenüber Menschen mit Demenz unter angestregten Bedingungen auch häufiger in unreflektierter Form zum Tragen.

## Quelle

Helgesen A.K., Larsson M., Athlin E. (2014) Patient participation in special care units for persons with dementia: A losing principle? *Nursing Ethics*, 21(1), 108-118



### 13. Vertrauen ist die Basis ambulanter Dienste für allein lebende Menschen mit Demenz

#### Ziel/Hintergrund

Nach Studienlage leben etwa 30% aller Personen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit allein in ihrer Wohnung. Politische Initiativen zielen darauf hin, ein Leben in der eigenen Häuslichkeit so lange wie möglich zu unterstützen und zu diesem Zweck genügend professionelle Personen zu qualifizieren. Personen mit Demenz, die alleine leben, nehmen in der Regel vermehrt soziale Dienste in Anspruch, insbesondere Essen auf Rädern und Fallmanagement. Mitarbeiter von Gesundheitsdiensten, insbesondere Pflegenden in der Hauskrankenpflege/ambulante Pflege, kommt eine Schlüsselrolle zu, die Akzeptanz für weitere unterstützende Dienste zu erreichen sowie kritische Entscheidungen zu begleiten, insbesondere die Abgabe des Führerscheins und die u.U. notwendige Übersiedlung in ein Pflegeheim. Vorliegende kanadische Studie untersucht die Erfahrungen professionell Pflegenden in der Arbeit mit Menschen mit Demenz, die alleine leben.

#### Methoden

Es handelt sich um eine qualitative, beschreibende Studie anhand von Interviews mit professionell Pflegenden in der Ambulanz. Beschrieben werden die halb-strukturierten Interviews und die Methode der Auswertung.

#### Resultate

Es wurden 15 Personen interviewt, davon 4 zweimal. Bis auf eine Person hatten alle eine höhere Ausbildung absolviert (Fachhochschule/Universität) und waren in der Mehrheit in Case-Management und direkter Pflege und Versorgung vor Ort involviert.

Unter dem Titel „das Beste für sie machen, was wir können“ werden verschiedene Hauptthemen beschrieben:

Unter „sanften Realismus“ beschreiben Pflegenden eine Strategie, freundlich aber nachdrücklich darauf hinzuwirken, dass die Personen Hilfe annehmen, ihre Fahrerlaubnis abgeben und sich damit auseinandersetzen beginnen, die eigene Wohnung zu verlieren und ins Heim umzusiedeln. Es sei wichtig, dies über einen längeren Zeitraum anzubahnen, die Themen behutsam und vorsichtig aber auch mutig einzubringen.

Obwohl in der Regel nur mit einem eingeschränkten Auftrag ausgestattet nehmen ambulante Dienste indirekt (und unbezahlt) einen weitaus größeren Auftrag wahr, indem sie Personen auf die beschriebenen Themen vorbereiten, Risiken und Selbstbestimmung abwägen und oft – in Absprache mit Kollegen – wichtige Entscheidungen treffen oder anbahnen müssen – zum Beispiel die Anbahnung eines Heim- oder Krankenhausaufenthaltes. Mit solchen Entscheidungen, auch oft gegen den Willen des Betroffenen, müsse man dann zurechtkommen und leben können. Dieser „Seiltanz“ geschieht in einem Rahmen, der von begrenzten

(Zeit)Ressourcen, Personaleinsparungen und mangelnder familiärer Hilfe gekennzeichnet ist.

Andererseits seien einem „die Hände gebunden“: Familien machten nicht mit, kümmerten sich nicht, trafen fragwürdige Entscheidungen, die nicht im Interesse des Klienten seien; vorhandene Regularien verhinderten angemessene Interventionen (bei Verwahrlosung, Medikamenten- und Behandlungsverweigerung) bzw. würden nicht finanziert. Dem machtlos zuzusehen und die Grenzen der eigenen Kompetenz hinzunehmen führt oft zu einem „emotionalen Kampf“: Mit dem Entzug der Fahrerlaubnis würde oft das gewonnene Vertrauen untergraben, der Heimeinzug oft mit traurigen Gefühlen verbunden sein, vielleicht auch versagt zu haben. Man müsse den Leuten am Ende sagen: Sie dürfen nicht mehr fahren, Sie können nicht mehr hier wohnen bleiben. Das führe zuweilen zu wütenden, auch gewalttätigen Ausbrüchen, zuweilen mit der Folge, dass die professionelle Beziehung abgebrochen werde. Ambulante Mitarbeiter trösteten sich dann damit, dass sie dennoch das Richtige getan haben; dafür benötigten sie oft Reflexion und Zuspruch der Kollegen. Man sei nicht abgestumpft: aber man müsse lernen, mit solchen Entscheidungen zu leben, ohne übermäßig zu verzweifeln und zu hadern.

## Diskussion

Die Autoren betonen das entscheidende Moment des Vertrauens als Basis für den ambulanten Dienst. Ohne dieses Vertrauen in der Beziehung, würden die Personen viele ergänzende Dienste nicht annehmen. Zugleich sei die am meisten bei allein lebenden Personen mit Demenz verbreitete Angst die, dass man am Ende ins Heim komme. Da eben genau dies von Mitarbeitern beizeiten auch thematisiert werden müsse (sanfter Realismus), entstehe eine paradoxe Situation: wie kann ich Personen vertrauen, die am Ende genau das vorantreiben, was ich am meisten befürchte?

Die gewünschte personenzentrierte Ausrichtung ambulanter Pflege – auch um Vertrauen aufzubauen – kontrastiert scharf mit den in der Regel eng gezogenen Auftragsgrenzen, eingeschränkten Finanzierungen für zumeist ausschließlich somatische Pflege, sowie der oft ambivalenten Rolle beteiligter Familien.

In dieser Gemengelage betonen die Autoren die Bedeutung emotionaler Unterstützung professionell Pflegenden, damit diese nicht in eine „Mitgefühlsermüdung“ (compassion fatigue) abgleiten, Gefühle kontrollieren und eine zugewandte, fürsorgliche Haltung aufrechterhalten können. Eben diese „übermenschliche“ Aufgabe zu leisten sei aber die stillschweigende Grundlage in vielen professionell pflegenden Kontexten.

Zusammenfassend resümieren die Autoren: dem Ziel eines Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit zum Trotz sei die Unausweichlichkeit eines Heimaufenthaltes die kulturelle Norm. In eben diesem Widerspruch bleibt die ambulante Pflege gefangen, solange nicht die gesellschaftlichen Vo

raussetzungen geschaffen sind, auch als allein lebende Person bis zum Ende in der eigenen Wohnung verbleiben zu können.

**Quelle**

de Witt L., Ploeg J. (2014). Caring for older people living alone with dementia: Healthcare professionals' experiences. *Dementia* (ahead of print),  
DOI: 10.1177/1471301214523280

## 14. Gründe für einen Heimeinzug fallen in Europa sehr unterschiedlich aus

### Ziel/Hintergrund

In den meisten europäischen Staaten ist es erklärte Politik, Menschen mit Demenz ein Verweilen in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Dabei ist es nicht gesichert, ob und unter welchen Umständen ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit oder ein Umzug in ein Heim für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen vorzuziehen ist.

Eine Reihe von Studien dokumentieren Ergebnisse eines europäischen Projektes, Erkenntnisse in 8 Ländern über den rechten Zeitpunkt für eine Übersiedlung in die Langzeitpflege zu gewinnen. Welche Faktoren beeinflussen die Heimaufnahme? Dabei werden Daten zu den Sichtweisen von Angehörigen, Personen mit Demenz und professionell Pflegenden in Bezug auf den ‚richtigen Zeitpunkt‘ erhoben. Daten zur Lebens- und Pflegequalität in der ambulanten und stationären Pflege sowie Daten zum Belastungserleben von Angehörigen werden ermittelt.

### Methoden

In 8 europäischen Ländern werden Daten erhoben von Personen, die innerhalb der letzten 3 Monate in ein Heim aufgenommen wurden sowie Daten von Personen, die nach Meinung der professionell Pflegenden oder Angehörigen kurz vor einer Heimaufnahme stehen. Beschrieben werden die Methoden, anhand derer Daten für Personen mit Demenz, für Angehörige und professionell Pflegende erhoben und bearbeitet werden.

### Resultate

Ausgesuchte Resultate und Diskussionen gemäß Quellenverzeichnis:

2 Sowohl Personen mit Demenz als auch deren Angehörige in nord- und westeuropäischen Ländern beurteilen die Lebensqualität von Menschen mit Demenz höher als in ost- und südeuropäischen Ländern. England, Schweden, die Niederlande und Deutschland weisen höhere Werte aus als Frankreich, Spanien, Finnland und Estland. Klinisch relevante Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Versorgung konnten nicht festgestellt werden. Angehörige aus England, Deutschland, Niederlande und Schweden schätzten die stationäre, aus Spanien dagegen die ambulante Pflege als besser ein. Personen in ambulanter Pflege erhielten weniger Psychopharmaka, erlitten weniger Fixierungen und wiesen weniger Druckgeschwüre auf, litten aber mehr an Depressionen, Gewichtsverlust und Schmerzen. Depressivität ging durchweg mit geringerer Lebensqualität einher. Insgesamt wiesen Lebens- und Pflegequalität sehr unterschiedliche Muster in den beteiligten Ländern auf, so dass abschließend keine Aussage darüber zu treffen ist, welches Land am besten bzw. schlechtesten abschließt. – Die Unterschiede in den Beurteilungen der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz entsprechen denen der jeweiligen Ge

samtbevölkerungen und werden auf die sozioökonomischen Rahmenbedingungen und nicht auf die spezifische Qualität der Versorgung von Menschen mit Demenz zurückgeführt. Obwohl Faktoren wie Psychopharmaka, Gewichtsverlust, Schmerzen, Druckgeschwüre, Stürze, Fixierungen oft als Indikatoren für Qualität dienen, konnte in der Studie kein Zusammenhang dieser Faktoren zur Lebensqualität nachgewiesen werden. Lebensqualität scheint eher mit psychosozialen Faktoren, insbesondere mit Depressivität zusammenzuhängen. Die Studie lässt offen, ob die geringere Depressivität von Personen im Heim mit der dort gegebenen besseren Versorgung zusammenhängt oder aber mit einem fortgeschrittenerem Stadium der Demenz. Dennoch: die Studie gibt keinen Hinweis darauf, dass sich die Lebensqualität nach Heimeinzug insgesamt verschlechtert.

3 Für pflegende Angehörige gehört die Entscheidung, die Person mit Demenz in ein Heim umzusiedeln, mit zu den schwersten Ereignissen in der Versorgung. Gibt es Unterschiede in den beteiligten Ländern, warum pflegende Angehörige eine Heimeinweisung einleiten? – Die Umstände, die zu einer Heimeinweisung führen, erweisen sich als vielfältig und komplex. Es sind in der Regel Kombinationen aus Gründen, die der Person mit Demenz(a), der Person des pflegenden Angehörigen(b) oder auch – in geringem Umfang – der professionellen Versorgung(c) zugewiesen werden. Zur ersten Gruppe (a) zählen neuropsychiatrische Symptome, insbesondere das ‚Weglaufen‘, die Unruhe bzw. Aggressivität und Schlafstörungen. Während das ‚Weglaufen‘ Angehörige besonders in England beunruhigt, ist dies in Frankreich eher die Unruhe/Aggressivität. In den Niederlanden, Schweden und Deutschland stechen besonders die Schlafstörungen hervor. Nach den neuropsychiatrischen Symptomen kommt die Pflegeabhängigkeit, die besonders in Finnland zu Buche schlägt. Angehörigen-bezogene Gründe (b) sind Belastungen (besonders hoch in Deutschland und Spanien) und die bekundete Unfähigkeit, sich weiter um die Person mit Demenz kümmern zu können (wiederum Deutschland und Spanien) aufgrund eigener Gesundheitsprobleme oder fehlenden Pflegefertigkeiten. Pflegende Kinder nennen vermehrt Pflegeabhängigkeit, kognitive Symptome und Stürze als Gründe für Heimaufenthalte als Ehepartner. Partner nennen eher Gründe, die mit ihnen selbst, insbesondere mit ihrer Gesundheit zusammenhängen. – Neuropsychiatrische Symptome – besonders ‚aktive‘ Ausprägungen wie ‚Wandern‘ oder Aggressivität und Pflegeabhängigkeit bilden insgesamt die häufigsten Gründe für Heimeinweisung. Obwohl es sich in der Regel immer um eine Kombination von Gründen handelt, sind die mit der eigenen Belastung zusammenhängenden Gründe deutlich geringer ausgeprägt als diejenigen, die auf die Person mit Demenz zurückzuführen sind. Für Ehepartner sind die eigene Gesundheit und die eigene Belastung aufgrund des fortgeschrittenen Alters ausschlaggebend. Die Autoren kommentieren, dass sich wahr

scheinlich in der Angabe von neuropsychiatrischen Symptomen mitunter Belastungsphänomene verbergen, so dass es weniger das Symptom per se, sondern doch die damit zusammenhängende Belastung ist, welche die Heimeinweisung begründet. Zusammenfassend legen die Ergebnisse nahe, pflegende Angehörige im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen und Pflegeabhängigkeit professioneller zu begleiten.

4 In der letzten Studie wird der Frage nachgegangen, inwieweit sich die Urteile von pflegenden Angehörigen und professionell Pflegenden bezüglich der Frage einer Heimeinweisung unterscheiden. Beide sind sich in 41% der Fälle in Bezug auf einen Heimeinweisungsgrund einig. Im Vergleich fallen die Übereinstimmungen in Deutschland, Schweden und Finnland höher, in England und Spanien niedriger aus. Die größten Unterschiede tauchen beim Grund „Belastung des pflegenden Angehörigen“ auf: Während professionell Pflegende diesen Grund in 39% aller Fälle angeben, tun dies pflegende Angehörige nur in 14% aller Fälle. Besonders auffällig die Zahlen für Spanien: Professionelle führen Belastung als Hauptgrund in 72% aller Fälle auf, pflegende Angehörige nur in 10% aller Fälle. Insgesamt wird die Übereinstimmung als niedrig veranschlagt. – Es wird die Empfehlung ausgesprochen, dass ambulant Pflegende vermehrt Gespräche über das Belastungserleben führen sollten: dies könne pflegenden Angehörigen Schuldgefühle nehmen, ihnen Entlastungsangebote vermehrt bewusst machen und besseres Selbstpflegeverhalten einleiten. Überrascht zeigen sich die Autoren über die Diskrepanzen in England, wo eine enge Begleitung der Angehörigen durch ‚mental health teams‘ besonders favorisiert wird.

## Quellen

- 1 Verbeek H., Meyer G., Leino-Kilpi H., Zabalegui A., Hallberg I.R., Saks K., Soto M.E., Challis D., Sauerland D., Hamers J.P.H (2012). A European study investigating patterns of transition from home care towards institutional dementia care: the protocol of a RightTimePlaceCare study. *BMC Public Health*, 12:68
- 2 Beerens H.C., Sutcliffe C., Renom-Guiteras A., Soto M.E., Suhonen R., Zabalegui A., Bökberg C., Saks K., Hamers J.P.H. (2014). Quality of life and quality of care for people with dementia receiving long term institutional care or professional home care: the European RightTimePlaceCare study. *J Am Med Dir Assoc. (Jamda)*, 15(1), 54-61
- 3 Afram B., Stephan A., Verbeek H., Bleijlevens M., Suhonen R., Sutcliffe C., Raamat K., Cabrera E., Soto M.E., Hallberg I.R., Meyer G., Hamers J.P.H. (2014). Reasons for Institutionalization of People With Dementia: Informal Caregiver Reports From 8 European Countries. *J Am Med Dir Assoc (Jamda)*, 15(2), 108-116
- 4 Stephan A., Afram B., Koskeniemi J., Verbeek H., Soto M.E., Bleijlevens M., Sutcliffe C., Lethin C., Risco E., Saks K., Hamers J.P.H., Meyer G. (2014). Older Persons

with dementia at risk for institutionalization in eight European countries: a cross-sectional study on the perceptions of informal caregivers and healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*, (ahead of print), doi: 10.1111/jan.12493.

## 15. Musik ist eine Möglichkeit, emotionale Identitätsarbeit zu leisten

### Ziel/Hintergrund

Musische Interventionen für Menschen mit Demenz erfreuen sich großer Beliebtheit und scheinen dem Wohlbefinden zuträglich zu sein. Weniger bekannt ist, wie und warum sie Wohlbefinden erzeugen. Eine rein funktionale Betrachtung reduziert den Effekt oft auf Verbesserungen herausfordernden Verhaltens. Es scheint aber die Qualität des interpersonellen Beziehungsprozesses, also die kommunikative Funktion der Musik zu sein, welche die eigentliche Wirkung entfaltet.

Versteht man Demenz mehr als Prozess denn als Zustand, entsteht die Frage, wie und warum Musik diesen Prozess beeinflusst. Ziel vorliegender Studie ist es, Bedeutung und Wert der Musik für Menschen mit Demenz aus den Perspektiven der Personen selbst, der Familien, der Pflegenden sowie der Musiktherapeuten zu verstehen und Ansätze für ein psychosoziales Verständnis der Musik für Menschen mit Demenz zu finden.

### Methoden

Es handelt sich um eine qualitative Studie, die Daten anhand von Einzel- und Fokusgruppen-Interviews gewinnt. Die Studie wurde in zwei Einrichtungen des englischen nationalen Gesundheitsdienstes durchgeführt. Teilnehmende waren sowohl Heimbewohner als auch Tagesgäste.

Die zentralen Fragen lauteten: Was bedeutet Musik für Sie und auf welche Art und Weise wird sie bedeutungsvoll? Welche Veränderungen und Reaktionen werden bei Klienten beobachtet, wie erkennen Sie, dass Musik für die Klienten bedeutungsvoll ist?

Die qualitative Analyseverfahren wird beschrieben: Ziel ist es, die auftauchenden zentralen Themen im Kontext psychosozialer Faktoren zu betrachten und Ansätze für ein psychosoziales Modell der Musik bei Demenz zu entwickeln.

### Resultate

Insgesamt konnten 53 Personen befragt werden, davon 12 Heimbewohner mit Demenz, 4 Tagesgäste, 15 Familienmitglieder, 14 professionell Pflegende und 8 Musiktherapeuten. Es fanden 17 Einzelgespräche und 6 Fokusgruppeninterviews statt. Insgesamt 6 Themen konnten identifiziert werden: die Themen 1-3 betreffen die Erfahrung mit Musik, Themen 4-5 betreffen die Wirkungen, das 6. Thema betrifft die Evaluation von und Kommunikation mit Musik im Rahmen klinisch-therapeutischer Arbeit.

Thema 1: Das Hier und Jetzt

Musik hat einen unmittelbar stimulierenden Einfluss und weckt auch das Interesse der ansonsten eher zurückgezogenen Personen. „Musik verändert das Tagestempo“, „sie fließt durch einen hindurch“. Musik löst viele emotionale Reaktionen aus, auch bei Personen, die sich ansonsten nicht zu ihren Gefühlen mehr äußern können.



#### Thema 2: Wer du bist

Musiken lösen Erinnerungen aus, sind mit der individuellen Geschichte und besonderen Lebensereignissen, insbesondere mit den emotionalen und spirituellen Aspekten verknüpft. Da alle Reaktionen musisch aufgegriffen und gespiegelt werden, wird die Person auch mit sich selbst konfrontiert – z.B. im musischen Spiegeln von Vokalisierungen. Im Spiegeln von Gegenwärtigem und Aufgreifen des Vergangenen geht es im Musischen demnach immer um Identität – wer man war und wer man nun ist.

#### Thema 3: Verbundenheit

Einige setzen sich zum ersten Mal mit einem Instrument auseinander und erfahren dabei auf neue Weise Gemeinschaft und Zugehörigkeit. Dies bringt eine emotionale Verbundenheit ohne Worte mit sich, eine ‚Familiarität musischer Verbundenheit‘. Die Wirkung ist zumeist eher kurzfristig, kann sich aber auch in vermehrten sozialen und kommunikativen Aktivitäten im Anschluss auswirken.

#### Thema 4: Auswirkungen auf die Gestimmtheit

Nach musischen Interventionen werden weniger Formen herausfordernden Verhaltens, mehr positive Stimmung und Wachheit beobachtet. Auch wenn die Wirkung nur kurz anhält, so stellt Musik doch eine Möglichkeit dar, belastende Stimmungen zu verbessern.

#### Thema 5: Effekte für die Umgebung

Musik stellt auch eine Möglichkeit für Angehörige dar. Pflegende beobachten, dass Musik am Abend die Agitiertheit reduziert und damit ihre Arbeit erleichtert wird. Angehörige bekunden, Musik in der Gruppe sei eine der wenigen sozialen Aktivitäten, die für die Personen noch eine Bedeutung zu haben scheinen.

Nicht immer ist es leicht, unterschiedlichen musischen Erwartungen und Wünschen zu entsprechen. Pflegende haben oft ganz andere musische Vorlieben als Personen mit Demenz, besonders dann, wenn sie aus anderen Kulturen stammen.

#### Thema 6: Evaluation

Therapeuten äußern Bedenken, non-verbale Signale eindeutig Zustimmung oder Ablehnung entnehmen zu können; standardisierte Auswertungen hätten den Nachteil, eher standardisierte Interventionen zu begünstigen und den individuellen Gegebenheiten nicht mehr entsprechen zu können. Da die meisten Musiktherapeuten eher teilzeitbeschäftigt sind oder als externe Dienstleistung in die Einrichtung kommen, sind Absprachen und Austausch mit Pflegenden oft ungenügend. Die musischen Möglichkeiten verbleiben beim Therapeuten und können von den Pflegenden nicht genutzt werden.

## Diskussion

Musik scheint mit der persönlichen und kulturellen Identität der Person, mit Vorlieben und Lebensgeschichte verbunden zu sein und geht weit über ihre Instrumentalisierung als Intervention für herausforderndes Verhalten hinaus. Mit und

durch Musik scheinen sich emotionale Anteile der eigenen Identität auszudrücken und kommuniziert zu werden. Sie stellt eine Möglichkeit dar, das historische Gewordensein zusammen mit der gegenwärtigen Gestimmtheit in Gemeinschaft zum Ausdruck zu bringen. Musik stellt damit eine Möglichkeit dar, sich zu finden, zu verorten, zu positionieren, neu zu ‚definieren‘, wer man ist und wie man von anderen gesehen wird. Fasst man Demenz auch als einen Prozess fortlaufender Identitätskrisen auf, so stellt Musik eine emotionale Möglichkeit dar, diese Identitätsarbeit zu leisten. In der musischen Situation entsteht eine Verbundenheit mit dem Therapeut und den Teilnehmenden, in der die Herausforderungen, mit Demenz zu leben, indirekt – verbal und non-verbal – ausgedrückt und bearbeitet werden können.

**Quelle**

McDermott O., Orrell M., Ridder H.M. (2014). The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists. *Aging & Mental Health*, 18(6), 706-716

## 16. Arbeit mit Puppen verbessert die Kommunikation und Lebensqualität

### Ziel/Hintergrund

Menschen mit Demenz Puppen anzubieten, ist in den letzten Jahren zur gängigen Praxis geworden. Puppen werden gehalten, gewiegt, angezogen, umhergefahren und vieles mehr. Dies scheint die Wachheit zu verbessern, soziale Kontakte zu unterstützen, Ängste zu nehmen und sogar die Ernährungssituation zu verbessern. Theoretisch wird dieser Ansatz begründet mit der Bindungstheorie: Demenz untergräbt das Urvertrauen und das Gefühl von Sicherheit. Eine Puppe zu haben stellt ähnlich wie in der Kindheit – Sicherheit wieder her. Ein anderer Ansatz stammt von Winnicott: danach handelt es sich bei Puppen um Übergangsobjekte, die Sicherheit und Vertrauen in einer unsicheren Situation vermitteln.

Gegen die Arbeit mit Puppen wird der Verdacht der Infantilisierung bemüht. Um diesem Verdacht zu entgehen wird zumeist empfohlen, Puppen nicht aufzudrängen, Wahlmöglichkeiten zu ermöglichen und eher indirekt anzubieten. Ziel vorliegender Literaturstudie ist es, die in der Literatur benannten Vorzüge und Herausforderungen bei der Arbeit mit Puppen zusammenzufassen.

### Methoden

Da es wenige empirische Arbeiten zu diesem Thema gibt, wird bei den Inklusionskriterien eine eher breite Suche angestrebt. Das Thema scheint primär in Großbritannien verfolgt worden zu sein, dort besonders vom Newcastle Challenging Behaviour Service. Andere Studien kommen aus den USA und Australien. Insgesamt konnten 11 Studien identifiziert werden. In der Regel werden Personen beobachtet (alle Studien n= 448) oder Pflegende (alle Studien n= 49) interviewt. 7 Studien wird eine hohe Qualität zugewiesen. Zieht man die Teilnehmenden von Studien mit geringer Qualität sowie Studien, in denen Puppenarbeit als eine von vielen Methoden untersucht wurden ab, dann verbleiben 111 Personen, die in hochwertigen Studien untersucht wurden. Weder wurden Personen mit Demenz noch deren Angehörige direkt befragt.

### Resultate

Alle Studien kommen darin überein, den Hauptnutzen in der Verbesserung und Vermehrung der Kommunikation zwischen Person und Mitbewohnern sowie Pflegenden zu sehen. Bewohner sitzen vermehrt zusammen und haben ein gemeinsames Thema – es wirkt wie eine ‚Müttergruppe‘. Es wurde mehr berührt, geküsst und gesungen. Teilnehmende können sich besser artikulieren, Wünsche äußern; Pflegende haben oft einen klaren Ansatzpunkt für den Kontakt und nutzen dies, um zu pflegerelevanten Themen widerstandsärmerer überzuleiten. Herausfordernde Verhaltensweisen nehmen ab, insbesondere Unruhe, zielloses Umherlaufen, Ängstlichkeit und Rückzug von anderen Personen. In einer

Arbeit konnte der Rückgang in der Verschreibung psychoaktiver Substanzen beschrieben werden. In Begleitung der Puppe verbesserten sich das Ernährungsverhalten und die Schlafqualität.

An Herausforderungen wurden identifiziert: der Effekt hält nur kurz an; nach einer gewissen Zeit verlieren einige Personen das Interesse an Puppen. Manchmal ergeben sich Stresssituationen im Zusammenhang mit Puppen: einige Personen werden sehr besitzergreifend, kümmern sich nur noch um ihre Puppe und lassen sich nicht von der Puppe lösen. Haltungen von Pflegenden stellen oft eine Barriere dar, da sie die Arbeit mit Puppen als babyhaft, entwürdigend, patronisierend empfinden.

## **Diskussion**

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Arbeit mit Puppen Potential besitzt und personenzentriert ausfällt, wenn sie überlegt und gezielt eingesetzt wird. Dafür bedarf es bestimmter Voraussetzungen (Akzeptanz und Unterstützung durch die Pflegenden), einer unterstützenden Pflegeumgebung (die risikofreudig ist und ungewöhnliche Wege geht), eines personenzentrierten Prozesses (der verschiedene therapeutische Möglichkeiten nutzt und die Werte und Überzeugungen der Person respektiert) sowie Beachtung der Ergebnisse (Zufriedenheit und Wohlbefinden des Patienten).

Offen bleibt, für welche Stadien der Demenz die Arbeit mit Puppen sinnvoll ist und ob die Arbeit mit Puppen auch außerhalb stationärer Pflegesettings, insbesondere aber zuhause genutzt werden kann, ob nicht nur Frauen, sondern auch Männer davon profitieren können. Die Evidenz basiert auf wenigen Studien im englischen Sprachraum: es bleibt offen, ob diese Art von Intervention auch in anderen Umgebungen greift.

## **Quelle**

Mitchell G., McCormack B., McCance T. (2014). Therapeutic use of dolls for people with dementia: A critical review of the literature. *Dementia*, ahead of print, DOI: 10.1177/1471301214548522

## 17. Unruhe und Aggressivität verbessern sich deutlich nach Elektrokrampftherapie

### Ziel/Hintergrund

Unruhe und Aggressivität stellen eine häufige Herausforderung in der Versorgung dar. Nicht-pharmakologische Interventionen sind häufig aufgrund chronischen Personalmanagements kaum zu implementieren. Psychopharmaka sind nur teilweise wirksam und weisen oft viele Neben- und Wechselwirkungen auf. Unruhe und Aggressivität können zuweilen auch eine Heimaufnahme oder andere Formen der Versorgung verhindern mit gravierenden Folgen für die Person. Elektrokrampftherapie hat sich in der Behandlung schwerer Depressionen auch von alten Menschen bewährt. Vorliegende Studien legen positive Resultate bei geringen bis keinen Auswirkungen auf kognitive Funktionen nahe. Vorliegende Studie untersucht die Sicherheit und Wirksamkeit von Elektrokrampftherapie, um Aggressivität und Unruhe bei Demenz zu reduzieren.

### Methoden

Es handelt sich um eine Vorher-Nachher Vergleichsstudie. Patienten werden im Rahmen klinischer Versorgung an 2 Krankenhäusern in den USA gewonnen. Instrumente werden beschrieben, um Schwere und Ausprägung von Aggression und Unruhe abzubilden. Weitere Instrumente erheben den Schweregrad der Demenz, komorbide Depressivität sowie weitere neuropsychiatrische Symptome. Daten werden erhoben bei Einweisung, nach der 3., 6., 9. und 12. Anwendung sowie 72 Stunden vor Entlassung. Elektrokrampftherapie wird in der Regel 3x in der Woche unter Betäubung eingesetzt. Die Auswertung der Daten wird beschrieben.

### Resultate

Daten von 23 Patienten konnten ausgewertet werden. Von Messzeitpunkt zu Messzeitpunkt konnte eine stetige Abnahme von Aggressivität und Unruhe beschrieben werden. Auch die Werte für andere neuropsychiatrische Symptome nahmen stetig ab, ohne, dass Einbrüche bezüglich Affekt und Stimmung oder Zunahme von Psychosen und beobachtet werden konnten. Der Grad der Depressivität blieb gleich, antipsychotisch wirksame Medikationen konnten herabgesetzt bzw. ausgeschlichen werden. Kognitive Funktionen verbesserten sich leicht. Bei 2 Patienten wurde die Maßnahme vorzeitig wegen schlechter Resonanz abgesetzt, die aber nicht kausal mit der Behandlungsmethode zusammenhing.

### Diskussion

Insgesamt zeigen sich die Autoren sehr zufrieden mit der Intervention. Personen, bei denen Psychopharmaka keinen Effekt zeigten, reagierten deutlich positiv auf die Anwendung der Elektrokrampftherapie (besonders stark nach der 3. Anwendung) ohne Auswirkungen auf Kognition und Stimmung. Die Werte für Kognition verbesserten sich leicht

bis moderat (im Durchschnitt 2 Basispunkte beim Mini Mental Test). Zugleich konnte die Verabreichung von Psychopharmaka reduziert oder abgesetzt werden.

Die Autoren empfehlen gründlichere Forschungsdesigns anhand randomisiert kontrollierter Studien. Der Einfluss der Medikation konnte nicht ausgeschlossen werden. Die Auswirkungen auf unterschiedliche Formen der Demenz wurden nicht differenziert untersucht. Die Bedeutung anderer psychiatrischer Begleiterkrankungen wurde nicht beforscht. Dennoch urteilen die Autoren: bei Personen mit schwerer Ausprägung von Aggressivität und Unruhe, die nicht auf Psychopharmaka reagieren, stellt die Elektrokrampftherapie eine interessante Option in der Behandlung dar.

**Quelle**

Acharya D., Harper D.G., Achtyes E.D., Seiner S.J. et al (2015). Safety and utility of acute electroconvulsive therapy for agitation and aggression in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30, 265-273

## 18. Schulungen zum Thema Demenz und Selbstpflege reduzieren Burnout und verbessern die Arbeitszufriedenheit

### Ziel/Hintergrund

Pflegepersonen ohne formale Ausbildung sind oft für die unmittelbare Versorgung von Menschen mit Demenz zuständig. Sie haben oft die größte Kontaktdichte zu den Klienten und sind meist mit vielen Verhaltensproblemen konfrontiert, werden aber oft schlecht vorbereitet und begleitet und erleben sich häufig als allein gelassen. Burnout und Unzufriedenheit mit Auswirkungen auf die Lebensqualität von Mitarbeitenden und Bewohnern sind dann die Folge. Die Studie geht der Frage nach, ob eine Vorbereitung für den Umgang mit Menschen mit Demenz sowie Strategien zur Reduktion von Stress Burnout reduziert und Arbeitszufriedenheit erhöht.

### Methoden

Es handelt sich um eine experimentelle Studie mit einem Vorher/Nachher Design, an der vier Heime in Portugal beteiligt sind. Jeweils 2 Einrichtungen, die einander bezüglich von Personalbesetzung sowie Anzahl von Bewohnern mit Demenz entsprechen, werden durch das Los der Interventions- bzw. der Kontrollgruppe zugeordnet. Insgesamt erklären sich 58 Mitarbeiter bereit, an der Studie teilzunehmen.

Die Intervention besteht aus 3 Teilen: Informationen zum Themenfeld Demenz, Informationen und Übungen zum Selbstmanagement und unmittelbar praktische Begleitung in der Arbeit mit den Klienten selbst. Der erste Teil beinhaltet Informationen und Fertigkeiten in Bezug auf herausfordernde Verhaltensweisen, Kommunikation und Interaktion, Biographiearbeit, sensorische Stimulation und Ähnliches mehr. Ein zweiter Teil umfasst Inhalte wie Teamarbeit, Entspannungstechniken, Zeitmanagement sowie Übungen zum Stretching, Atmen, Yoga, Body Scan und Ähnliches mehr. Ein Gerontologe und ein Physiotherapeut begleiten nach jeder der insgesamt an unterschiedlichen Tagen erfolgenden 8 Unterrichtseinheiten die Teilnehmenden in der Praxis. Während die Vergleichsgruppe nur Informationen zum Arbeitsfeld Demenz erhalten, werden in der Interventionsgruppe Informationen und Übungen zum Selbstmanagement sowie Begleitung in der Praxis durchgeführt. Quantitative Daten werden in beiden Gruppen zu Stress, Burnout und Arbeitszufriedenheit vorher und nachher erhoben. Qualitative Daten werden anhand von Fokusgruppeninterviews 2 Wochen nach Beendigung der Schulung erhoben.

### Resultate

Im Vorher/Nachher Vergleich konnte in beiden Gruppen eine geringfügige Verbesserung bezüglich wahrgenommenem Stress festgestellt werden. In der Interventionsgruppe ergab sich ein deutlicher Effekt bezüglich emotionaler Erschöpfung: während diese in der Interventionsgruppe nach

ließ stieg sie in der Kontrollgruppe an. In der Interventionsgruppe konnte eine deutlich höhere Verbesserung der Arbeitszufriedenheit gemessen werden. Qualitative Daten legen eine Verbesserung des Gruppenzusammenhaltes, der Bearbeitung emotionaler Belastungen und eine Verbesserung im Selbstpflegeverhalten der Pflegenden nahe. Mangelhafte Zusammenarbeit mit den Leitenden und dem Management wurde von beiden Gruppen beklagt.

### **Diskussion**

Beide Interventionen zeigte Effekte, aber nur in der Interventionsgruppe konnten selbstpflegebezogene Wirkungen festgestellt werden. Die Autoren plädieren dafür, Schulungen von Mitarbeitern mit unterstützenden, die Selbstpflege betreffenden Maßnahmen zu ergänzen. Diese sollten sich sowohl auf die Person, das Team und die Organisation beziehen. Dabei ist zu empfehlen, Leitung und Management eng mit einzubeziehen, um verbessertes Selbstpflegeverhalten positiv zu flankieren. Einen entscheidenden Beitrag zum Erfolg der Intervention bildete die persönliche, pflegeunmittelbare Begleitung im Anschluss der Schulung. Diese wirkte sich sehr hilfreich in der praktischen Umsetzung der empfohlenen Interventionen aus.

### **Quellen**

Barbosa A., Nolan M., Sousa L., Figueiredo D. (2014). Supporting direct care workers in dementia care: effects of a psychoeducational intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. Sept 2014 (ahead of print),  
DOI: 10.1177/1533317514550331

Vgl.: Barbosa A., Nolan M., Sousa L., Figueiredo D. (2014). Effects of person-centered care approaches to dementia care on staff: a systematic review. Sept 2014 (ahead of print),  
DOI: 10.1177/1533317513520213



## 19. Ein unsicherer Bindungsstil geht mit höherem Burnout einher

### Ziele/Hintergrund

Eine gute Beziehung ist entscheidend für die Pflege von Menschen mit Demenz. Da Demenz das Gefühl von Sicherheit erodiert, versuchen Menschen mit Demenz, durch Rufen, Nachlaufen oder Anklammern an Pflegenden Sicherheit wieder herzustellen.

Dieses Verhalten trifft auf Reaktions- und Erlebensmuster bei den Pflegenden (also Bindungsstile der Pflegenden), die sich ihrerseits auf die Gestaltung der Pflegebeziehung, die Selbstwirksamkeit, die Haltung sowie das Belastungserleben bis hin zum Burnout auswirken. Besonders Personen mit ängstlichen oder vermeidenden Bindungsstilen sind gefährdet, unter Burnout zu leiden. Unter Burnout wird eine Belastungsreaktion verstanden, die sich in emotionaler Erschöpfung, negative und abwertende Gefühle gegenüber den Klienten (= Depersonalisation) sowie einer negativen Bewertung seiner selbst und seiner Leistungen auswirkt. Während viele Studien eher den Kontextfaktoren des Burnout nachgehen, fokussiert vorliegende Studie individuelle Faktoren. Pflegende mit ängstlichen oder vermeidenden Bindungsstilen mögen weniger spontan und mühelos auf die Bindungsbedürfnisse von Menschen mit Demenz reagieren, mit der Folge, dass sie sich als weniger wirksam erfahren (Selbstwirksamkeit). Während ängstlich geneigte Personen sich und ihre Ressourcen negativ einschätzen und sich daher viel mit dem eigenen Belastungserleben auseinandersetzen, distanzieren sich Personen mit einem vermeidenden Bindungsstil vom Klienten, zeigen weniger Aufmerksamkeit und wehren die eigene Hilfsbedürftigkeit eher ab.

Der Bindungsstil mag sich auch auf die Haltung gegenüber den Klienten auswirken: so ist bekannt, dass sich eine personenzentrierte, hoffnungsvolle Haltung in vermehrter Empathie und Sozialkontakten auswirkt.

Die Studie fragt nach Verbindungen zwischen den Faktoren Bindungsstil, Selbstwirksamkeit und Haltungen einerseits und dem Konstrukt Burnout andererseits. Dazu werden 6 Hypothesen aufgestellt:

1. Unsichere Bindung hat vermehrt Burnout zur Folge
2. Unsichere Bindung geht mit geringer Selbstwirksamkeit einher
3. Unsichere Bindung resultiert in weniger positive Haltungen
4. Höhere Selbstwirksamkeit und positivere Haltung reduziert Burnout
5. Bindungsstil, Selbstwirksamkeit und Haltungen sagen zusammen Burnout voraus
6. Bindungsstil ist ein wichtiger vorhersagender Faktor für Burnout, wenn man die anderen Faktoren (Selbstwirksamkeit, Haltungen) berücksichtigt.

## Methoden

Es handelt sich um eine britische Querschnittstudie anhand von Fragebögen, die an Mitarbeiter des nationalen Gesundheitsdienstes ausgegeben wurden. Mitarbeitende wurden aus 9 Abteilungen von 2 Trusts des nationalen Gesundheitsdienstes gewonnen. Alle Abteilungen arbeiten fast ausschließlich mit Menschen mit Demenz. 174 Fragebögen wurden verteilt, von denen 75 ausgewertet werden konnten. Bei rund 47% der Antwortenden handelte es sich um Assistenzkräfte, rund 42% machten registrierte Pflegefachkräfte aus. Es werden Instrumente beschrieben, um den Bindungsstil der Pflegenden, Haltungen, Selbstwirksamkeit und Burnout abzubilden. Die statistische Datenbearbeitung wird beschrieben.

## Resultate

Burnout war nur in einem moderaten Ausmaß festzustellen für emotionale Erschöpfung (41,3%), Depersonalisation (14,7%) und negative Bewertung der eigenen Leistung (44%). Depersonalisierungswerte fielen für männliche Pflegenden etwas höher aus als für weibliche. Die Selbsteffizienz wurde relativ hoch eingeschätzt (53 von 63 Punkten) und auch die Haltung/Einstellung mit den Dimensionen Hoffnung und Personzentrierung wiesen mit 80 von 95 Punkten einen hohen Wert auf.

Die Analyse der Zusammenhänge (Korrelationen) bestätigten weitgehend die Ausgangshypothesen. Ängstlichkeit (als ein Merkmal unsicherer Bindung) wies dabei durchgehend stärkere Zusammenhänge mit Burnout auf als Vermeidung: dies gilt gleichermaßen für die Dimensionen emotionale Erschöpfung, Depersonalisation sowie negative Bewertung der eigenen Leistung. Je geringer die Ängstlichkeit, desto höher fielen die Werte für Selbstwirksamkeit aus; je höher die Ängstlichkeit, desto niedriger die Beachtung der Personzentrierung und der Hoffnung (Haltung/Einstellung). Ähnlich: Emotionale Erschöpfung und Depersonalisation (Burnout) gehen mit geringeren Werten für Selbstwirksamkeit einher. Soweit wie erwartet. Unerwartet dagegen: Mehr optimistische Haltungen (Personzentrierung und Hoffnung) gingen mit vermehrter emotionaler Erschöpfung einher.

## Diskussion

Trotz niedrigerer Werte für Burnout zeigt die Studie deutlich, dass unsichere Bindungsstile und niedrige Selbstwirksamkeit mit erhöhtem Burnout einhergehen. Dies gilt insbesondere für Ängstlichkeit, weniger für Vermeidung. Sicherer Bindungsstil korreliert mit einer positiveren Haltung, die allerdings auch wiederum mit erhöhter emotionaler Erschöpfung einhergeht. Die Autoren erklären dies folgend: da Personen mit einer positiven Haltung sich sehr engagieren, kann dies in ungünstigen Kontexten (Überstunden, unklare Aufgaben, Konflikte) zur emotionalen Erschöpfung führen. Eine Konsequenz könnte sein, die Selbstwirksamkeit – Überzeugung, einer Aufgabe gerecht werden zu können – zu

erhöhen und damit die Ängstlichkeit zu reduzieren. In eine ähnliche Richtung geht die Empfehlung, den Mitarbeitern zu spiegeln, dass sie eine gute Arbeit machen und dies seitens der Leitung auch gesehen und anerkannt wird.

**Quelle**

Kokkonen T.-M., Cheston R.I.L., Dallos R., Smart C.A. (2014). Attachment and coping of dementia care staff: The role of staff attachment style, geriatric nursing self-efficacy, and approaches to dementia in burnout. *Dementia*, 13(4), 544-568

## 20. Auch bei schwerer Demenz gestalten Menschen die Kommunikation bewusst mit

### Ziel/Hintergrund

Menschen in der Spätphase der Demenz, die ihre Sprachfähigkeit verloren haben, erscheinen oft zurückgezogen. Dies wird oft als Indiz für mangelnde Bewusstheit und Einsicht aufgefasst. Bewusstheit wird hier aufgefasst als ein realitätsbezogenes Antworten und Reagieren auf Umgebung und Situation.

Bisherige Studien haben den linearen Zusammenhang zwischen Bewusstheit und kognitivem Niedergang widerlegt. Bewusstheit kann sich im Laufe eines Jahres verringern, stabilisieren und wieder zunehmen, also fluktuieren. Studien weisen auf einen Zusammenhang zwischen Qualität und Intensität des zwischenmenschlichen Kontaktes und Bewusstheit hin. Gezeigte Gefühle, gestische und mimische Reaktionen, sich ab- oder zuwenden sowie antwortende Reaktionen z.B. durch Blicke legen nahe, dass Menschen mit Demenz sich in Beziehungen verstehen und darauf reagieren.

Vorliegende Studie widmet sich der Bewusstheit in Fällen sehr schwerer Demenz bei weitgehend vollständigem Sprachverlust. Es soll der Ausdruck verbliebenen Bewusstseins beschrieben und seine Abhängigkeit von einer verstehenden Resonanz durch Angehörige untersucht werden.

### Methoden

Es handelt sich um eine qualitative, phänomenologische Studie, welche die Kommunikation mit Menschen mit sehr schwerer Demenz in vier Familien untersucht. In jeder Familie wurden innert eines Monats 3 familiäre Begegnungen gefilmt. Jede Aufnahme begann 15 Minuten vor dem Familienbesuch, umfasste den Besuch selbst sowie weitere 15 Minuten nach dem Familienbesuch. Beschrieben werden die Transkription sowie die Analysemethoden.

### Resultate

Zusammenfassend werden die Interaktionen als ein „Tanz der Kommunikation“ benannt. Alle beobachteten Personen zeigen einen deutlich erkennbaren Willen, mit der Familie anlässlich eines Besuches Kontakt aufzunehmen. Diese Kontaktversuche werden unter zwei Rubriken beschrieben: ‚im Takt‘ (in-step) und ‚aus dem Takt‘ (out-of-step).

‚Im Takt‘ ist gekennzeichnet von Harmonie, Spontaneität und Wechselseitigkeit, ‚aus dem Takt‘ von Disharmonie, Ungleichzeitigkeit („syncopation“) und Verletzlichkeit.

‚Im Takt‘ – Interaktionen zeichnen sich aus durch eine Leichtigkeit in der Art und Weise, wie wechselseitig aufeinander Bezug genommen wird. Rhythmus und Zeitstruktur sind aufeinander abgestimmt. Angehörige geben sich sichtlich Mühe, jede Äußerung, Bewegung und Laut der Person mit Demenz als Signal zu verstehen und dies zu würdigen. Personen mit Demenz signalisieren oft mit Blicken – sowohl zustimmend und eröffnend wie ablehnend oder grenzen-

setzend. Laute und Gesten ähneln in ihrer Rhythmik einer konventionellen Konversation und scheinen weniger die ‚Begleitmusik‘, sondern den Inhalt der Kommunikation zu bilden. In guten Situationen erreicht die Familie ein gut aufeinander abgestimmtes Hin und Her, in dem die Person mit Demenz mit Gesten und Lauten gut aufgehoben ist und eingewoben wird. Kleine Signale wie Laute, Runzeln der Augenbrauen, Blicke, Schließen der Augen werden aufmerksam wahrgenommen und beantwortet. Letztere sind oft von Berührungen, Lächeln, aber auch von Versuchen begleitet, Interpretationen abzusichern: Es wird gefragt und nach einem zustimmenden Signal gesucht.

‚Aus dem Takt‘ Interaktionen sind dadurch gekennzeichnet, dass diese feinen Abstimmungen im „Tanz der Kommunikation“ nicht gelingen. Verzögerungen tauchen im falschen Moment auf, Geräusche oder Laute werden auf eine für die Person nicht angenehme Weise aufgegriffen, verspätet gegebene Reaktionen werden nicht mehr in ihrem Signalcharakter erkannt und aufgegriffen. In vielen Fällen vermuten die Autoren Beziehungsstörungen, die sich in der schweren Demenz kommunikations-blockierend auswirken. Laute Umgebungsgeräusche und nicht gut eingeleitet, plötzliche Berührungen lösen Stressreaktionen in Form von Abwehrbewegungen oder drohenden Blicken aus.

In der Regel lassen die Fähigkeiten von Menschen mit schwerer Demenz, im Kontext einer Familie mitzuschwingen, nach 10 Minuten deutlich nach. Verstärkte Versuche, die Aufmerksamkeit zu erregen, schlagen dann fehl. Nach dem Familienbesuch erscheinen die Personen besonders verletzlich: müde, erstarrt, leerer Blick.

## Diskussion

Die Autoren stellen heraus, dass jede Interaktion von Momenten „im Takt“ und „aus dem Takt“ gekennzeichnet ist. Je mehr die Familie von der Bewusstheit der Person mit Demenz ausging, die zeitliche Taktung wechselseitigen Aufgreifens von Signalen gelang, Deutungen seitens der Person abgesichert werden konnten (Nicken oder ‚Ja‘) und das Ganze auf dem Hintergrund eines guten Beziehungsgefüges stattfand, desto besser gelang die Kommunikation. Jede Familie hat ihren eigenen Stil, zentrale Worte, Witze, Geschichten und Objekte, um den Kontakt zu gestalten. Die Anstrengung, in diesem Geschehen ‚mitzuschwingen‘, war den Bewohnern nach 10 Minuten deutlich anzusehen.

Die Autoren sehen sich in der Annahme bestätigt, dass auch Menschen mit schwerer Demenz bewusst und wach Interaktionen erleben und mitgestalten. Gelingt die Interaktion gut, können sich die kommunikativen Fähigkeiten kurzfristig deutlich steigern. Zuweilen zeigten sich Angehörige überrascht über die eindeutige Qualität des Signals seitens der Person mit Demenz.

**Quelle**

Wamsley B.D., McCormack L. (2014). The dance of communication: Retaining family membership despite severe non-speech dementia. *Dementia*, 13(5), 626-641

## 21. Zunehmende Demenz von Heimbewohnern gehen mit veränderten Rollen und höheren Belastung der Angehörigen einher

### Ziel/Hintergrund

Die Schwere der Demenz wirkt sich nicht in Bezug auf Häufigkeit und Dauer der Besuche von Angehörigen aus. Es besteht aber ein Grund für die Vermutung, dass sich sowohl die Qualität der Besuche als auch die damit einhergehende Belastung für Familienmitglieder verändert, wenn die Demenz zunimmt. In der Regel reklamieren Angehörige für sich eher psychosoziale Aktivitäten sowie die Überwachung und Bewertung der Pflegequalität. Mitarbeiter dagegen machen sie für die Durchführung aller pflegebezogenen Aktivitäten verantwortlich.

Die Sorgebeziehung der Angehörigen findet mit der Heimplatzierung kein Ende: Auseinandersetzungen über Pflegequalität sowie Rollenunsicherheiten belasten weiterhin. Ziel vorliegender Untersuchung ist es, die Art und Weise oder Qualität der Angehörigenbesuche bei Menschen mit Demenz zu untersuchen.

### Methoden

Es handelt sich um eine US-amerikanische, gruppenrandomisierte Studie, an der 6 Heime und 18 Einrichtungen des Betreuten Wohnens (Assisted Living: umfasst in den USA in der Regel kleinere pflegerische und hauswirtschaftliche Hilfen) teilnahmen. In jeder Einrichtung konnten 20 Familienangehörige sowie die für die Personen zuständigen Bezugspflegekräfte gewonnen werden. Familienmitglieder (n= 467) wurden telefonisch interviewt und Mitarbeiter (n=381) im persönlichen Gespräch befragt. Beschrieben werden Instrumente, um kognitiven Status, funktionalen Status, Familienbeteiligung/-besuche und Belastungserleben abzubilden.

### Resultate

28% der Bewohner litten an leichter, 25% an mittlerer Demenz, 47% wiesen keine Demenz auf. Familie und Mitarbeiter bestätigten, dass Demenz und Schweregrad keinen Unterschied ausmachten für Häufigkeit und Dauer der Besuche. Natürlicherweise berichteten die Familien von mehr Besuchen als Mitarbeiter. Mit der Demenz nahmen Tätigkeiten wie gemeinsam einkaufen gehen, anrufen, Ausflüge machen, miteinander spielen u.ä.m. ab, andere Tätigkeiten wie Hilfen bei der Mobilität, mit Mitarbeitern über die Versorgung diskutieren, bei der Ernährung assistieren, auf angemessene Bekleidung achten deutlich zu. Diese Veränderung in den Tätigkeiten ging mit einem deutlich höherem Belastungserleben einher.

### Diskussion

Die Autoren stellen heraus, dass mit Zunahme der Demenz die Angehörigen Tätigkeiten (wieder) übernehmen, für die sie eigentlich die Mitarbeiter für verantwortlich halten. Dabei bleibt offen, ob sie dies bewusst und freiwillig tun, oder

ob sie sich – angesichts gewachsener Bedürftigkeit, nicht zufriedenstellender Versorgung oder dem Drängen der Person mit Demenz – dazu genötigt sehen. Vorliegende Literatur lässt eher letzteres vermuten. Insbesondere die Diskussionen mit Mitarbeitern über die Qualität der Versorgung sowie die Betreuung finanzieller Angelegenheiten gingen mit erhöhtem Belastungserleben einher.

Die Autoren empfehlen, bei zunehmender Demenz vermehrt mit den Angehörigen über Rollen und Zuständigkeiten in Kontakt zu kommen und für möglichst große Rollentransparenz Sorge zu tragen. Damit sollte eine gut geregelte Kommunikation einhergehen, insbesondere zwischen Bezugspflegerkraft und Angehörigem. Damit können negative Zuschreibungen (Angehörige, die Mitarbeiter für inkompetent halten, Mitarbeiter, die sich über mangelnde Sorge der Angehörigen beschweren) vermieden werden. Insgesamt sollte dabei berücksichtigt werden, dass Menschen mit Demenz dem Besuch der Angehörigen höchste Priorität beimessen.

#### **Quelle**

Cohen L.W., Zimmerman S., Reed D., Sloane P.D., Beeber A.S., Washington T., Cagle J.G., Gwyther L.P. (2014). Dementia in Relation to Family Caregiver Involvement and Burden in Long-Term-Care. *Journal of Applied Gerontology* 33(5), 522-540



