

# Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

(Landesinitiative Demenz-Service NRW)

Newsletter und Forschungsmonitoring 2/2016

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 Pflegeministeriums (MAGS, MGEPA) und den Landesverbänden 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 2.300 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 2016

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,**

vor sich haben Sie den zweiten Forschungsnewsletter dieses Jahres. Den letzten Newsletter mit vielen Studien zum Thema „Demenz & Sexualität“ hatten wir noch kurzfristig vor unserer Tagung im Februar, dem Newsletterday zu selbigem Topic, herausgegeben.

Von unserer Seite empfanden wir den Newsletterday im Februar diesen Jahres als großen Erfolg: Tolle Vorträge, tolles Publikum und viele Gespräche zwischen Praktikern und Wissenschaftlern auf Augenhöhe! So soll es sein. Auch Ihnen vielen Dank für Ihre Rückmeldungen. Auf unserer Homepage ([www.dialogzentrum-demenz.de](http://www.dialogzentrum-demenz.de)) finden Sie ein virtuelles E-Book als Backup zum Thema, in welchem eine Nachlese unserer Tagung mit Präsentationen und Vortragsvideos eingearbeitet ist. Schauen Sie vorbei, wenn Sie nicht live dabei sein konnten und/oder aber nochmals in das Thema eintauchen wollen ... - es lohnt sich (virtuelles E-Book Sexualität und Demenz: <http://dzd.blog.uni-wh.de/sexualitaet-und-demenz-virtuelles-e-book/>)!

Ansonsten waren wir bislang auch in diesem Jahr wieder viel unterwegs, haben Vorträge gehalten, neue oder alte Themen mit unterschiedlichen Formaten auf unseren social-media-Kanälen be- und verarbeitet. Hierzu mehr in diesem Newsletter unter der Rubrik „Neues aus dem DZD“. Bemerkenswert und für uns als Ansporn ausgesprochen ermutigend sind zudem die stetig anwachsenden social-media-Zahlen, die uns verdeutlichen, dass Sie unsere Arbeit wertschätzen. All dies wäre nicht möglich ohne die Förderung des DZD mit dem Auftrag des Wissenstransfers im Rahmen der [Landesinitiative Demenz-Service NRW](#) durch das [nordrheinwestfälische Pflegeministerium \(MGEPA\)](#) und die [Landesverbände der Pflegekassen\(vdek\)](#).

In diesem Ihnen vorliegenden Forschungsnewsletter geht es bei den ausgewählten Studien – wie immer – um Themen der Versorgung von Menschen mit einer Demenzerkrankung; dazu gehören Aspekte der Lebensqualität, Suizidalität, die Implementierung und Anwendbarkeit personenzentrierter Pflege und vielem mehr. Viele der Studien sind in unseren Augen relevant für ein besseres Verständnis von Menschen mit einer Demenz und der sie Versorgenden. Wissen hilft uns bei der Bewältigung dieser großen gesellschaftlichen Aufgabe. Wissen gepaart mit der Rogerianischen Trias von Empathie, Kongruenz und Akzeptanz im Kontakt mit demenzerkrankten Personen bleibt in unseren Augen ein guter Ansatz!

In diesem Sinne,

viel Freude beim Lesen  
wünscht Ihnen  
Ihr



Detlef Rüsing  
(Leiter DZD)

## Newsletter DZD 2/2016

Willkommen zum einundzwanzigsten 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 Dialogzentrum

### **DZD hat neues Arbeitspapier zum Thema „Prävention und Demenz“ erstellt**

Mitte des Jahres hat der Kollege Franken ein neues Arbeitspapier zum Thema „Inklusion und Demenz“ erstellt. Das DZD erstellt seit vielen Jahren Papiere mit dem aktuellen Stand der Forschung zu verschiedensten relevanten Themen im Bereich der Versorgung Demenzerkrankter. Diese Arbeitspapiere werden mit Ziel erstellt, als Diskussionsgrundlage zur Weiterentwicklung eines Themas/Schwerpunktes zu dienen. Unter folgendem Link auf unserer Homepage finden Sie neben dem aktuellen viele andere Arbeitspapiere, die Sie downloaden können: [Arbeitspapiere: http://dzd.blog.uni-wh.de/arbeitspapiere-archiv/](http://dzd.blog.uni-wh.de/arbeitspapiere-archiv/)

### **Zwei neue „Demenzeier“ zu den Themen Langeweile und Gewalt erschienen**

Seit einigen Jahren produziert das DZD sogenannte „Demenzeier“. Das sind Videos, in denen der Leiter des DZD (D. Rüsing) bestimmte Themen der Versorgung Demenzerkrankter aufgreift und sich zu diesen auf der Basis von Forschungsergebnissen und Praxisberichten äußert und so versucht, Diskussionen und den Wissensaustausch anzustoßen. Ziele der „Eier, die ausgebrütet werden müssen“, sind es, zum einen Praktiker aufzufordern, ihr Praxiswissen und ihre Praxisfragen mitzuteilen sowie in den Austausch mit anderen Personen zu diesen Themen zu treten und zum anderen die Forschung auf praxisrelevante Forschungsthemen aufmerksam zu machen. In dieser Jahr ist jeweils ein Demenzei zum Thema [Langeweile](https://youtu.be/rZmfCSXPHoo) (<https://youtu.be/rZmfCSXPHoo>) und zum Thema [Gewalt](https://www.youtube.com/watch?v=QvRfAv6oQHM) (<https://www.youtube.com/watch?v=QvRfAv6oQHM>) erschienen. Ältere „Demenzeier finden Sie auf dem [youtube-Kanal des DZD](https://www.youtube.com/user/DialogzentrumDemenz) (<https://www.youtube.com/user/DialogzentrumDemenz>).

## Neues aus der Uni Witten/Herdecke

### **Symposium „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Internationale Studienreisen“ am 28.10.2016 in Berlin**

Am 28. Oktober 2016 veranstaltet das Institut g-plus in der Repräsentanz der Robert Bosch Stiftung in Berlin ein Symposium zum Thema „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Internationale Studienreisen“. Das Symposium findet im Rahmen der Auftaktveranstaltung zur dritten Ausschreibung des Programms „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ der Robert Bosch Stiftung (<http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/64002.asp>) statt. Auf dem Symposium stellen Teilnehmende der ersten, von der Robert Bosch Stiftung geförderten Studienreise nach Großbritannien (April 2016) innovative Konzepte aus dem Gastland und erste Umsetzungsbeispiele in Deutschland vor. Die Veranstaltung richtet sich an alle Akteure in der akutstationären Versorgung, die die Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus in Deutschland verbessern möchten – und die sich für eine der nächsten, von g-plus organisierten Studienreisen im Programm „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Internationale Studienreisen“ interessieren. Die Teilnahme ist kostenfrei, allerdings ist eine verbindliche Anmeldung erforderlich. Weitere Informationen dazu werden in Kürze bekannt gegeben unter [www.g-plus.org](http://www.g-plus.org). Das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) ist im übrigen Kooperationspartner des g-plus – Zentrum im internationalen Gesundheitswesen.

## **Robert Bosch Stiftung schenkt dem Masterstudiengang „Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz und chronischen Einschränkungen“ erneut das Vertrauen**

Zum dritten Mal fördert die Robert Bosch Stiftung die Studierenden, die sich an der UW/H für diesen Studiengang einschreiben. Angesprochen sind wieder alle Gesundheits- und Sozialberufe sowie ausdrücklich auch alle Angehörige von Nicht-Gesundheitsberufen, die sich mit der Verbesserung der Versorgungssituationen der Betroffenen in ambulanten und stationären Settings beschäftigen wollen.

Weitere Infos siehe Homepage:

<http://www.uni-wh.de/gesundheit/pflegewissenschaft/multiprofessionelle-versorgung-von-menschen-mit-demenz-und-chronischen-einschraenkungen-ma/>

## **Tagung „Angehörigenfreundliche Intensivstation“ am 25. November 2016 in Berlin, Jugendgästehaus Hauptbahnhof, Lehrter Straße 68, 10557 Berlin**

Am 25. November 2016 findet in Berlin die 2. Fachtagung „Angehörigenfreundliche Intensivstation“ in Zusammenarbeit zwischen dem Pflege e.V. und der Universität Witten/Herdecke statt.

Inzwischen wurden mehr als 200 Intensivstationen zertifiziert. Von zunehmender Bedeutung ist besonders bei Patienten mit dementiellen Prozessen, die Anwesenheit von Angehörigen auf Intensivstationen erforderlich. Die Tagung wird neue und bewerte Konzepte vorstellen. Informationen / Programm-Flyer finden Sie unter: [www.stiftung-pflege.de](http://www.stiftung-pflege.de)

## **Save the date: 27. – 28. 4. 2017 Demenzfreundliches Krankenhaus im Versorgungsprozess – eine multiprofessionelle Herausforderung.**

Am Donnerstag den 27.4.2017 werden ab 13:00 Uhr verschiedene Projekte zur Gestaltung von Unterstützungsleistungen in der vor- und nachstationären Versorgung vorgestellt. Der erste Tag klingt mit einer szenischen Lesung zum Thema Demenz und einem Come-together aus. Ausgehend von der Frage, „Welche Erwartungen bzw. Behandlungsaufträge sind mit Einweisungsdiagnosen verbunden“ bis hin zu Wirksamkeit von Kinästhetik bei der Patientenführung, Qualität der Hilfsmittelversorgung oder Kriterien eines demenzfreundlichen Krankenhauses, steht am Freitag ab 10:00 Uhr das Krankenhaus selbst im Mittelpunkt der Tagung. Das genaue Programm kann alsbald über [otto.inhester@uni-wh.de](mailto:otto.inhester@uni-wh.de) bezogen werden.

## **Am 16.06.2016 fand ein Workshop zum Thema „Wie wollen Sie im Alter wohnen“ statt**

Im Rahmen eines Zukunftscafés will die Architektin und Studierende des Multiprofessionellen Masterstudiengangs Julia Kirch mit jungen Senioren (65 -75 Jahre) herausarbeiten, wie die Vorstellungen und Wünsche bezüglich Wohnen und Leben im hohen Alter und bei Pflegebedürftigkeit durch konzeptionelle und räumlich-technische Maßnahmen umgesetzt werden können. Ziel ist es, neue Impulse für die Arbeit von Stadt-, Landschaftsplaner und Architekten zu gewinnen.

### **Was tun, wenn das Krankenhaus geschlossen wird?**

Im Rahmen eines Wettbewerbs haben drei Studierendengruppen, ausgehend von der Situation der Stadt Emsdetten, unterschiedliche Konzepte entwickelt, wie der Wegfall eines Krankenhauses in einer kleinstädtischen Kommune kompensiert werden kann. Unter den, für eine Kommune typischen restriktiven Rahmenbedingungen wurden innovative Ideen entwickelt, wie der Gebäudebestand nachhaltig für medizinisch-pflegerische Konzepte genutzt werden kann. „Auch wenn man nicht alles umsetzen kann, nehme ich doch viele gute Anregungen mit nach Hause“, kommentierte Bürgermeister Georg Moenike, der eigens angereist war, um als Jury-Vorsitzender den von Frau Professor Höhmann ausgelobten Preis von 150 Euro zu überreichen.

### **Neues Projekt am DZNE Witten**

Ein demenzspezifisches Kurzzeitpflegekonzept mit demenzspezifischem Rehabilitations- und Beratungsprogramm wird im Rahmen des Projektes „DESKK“ seit April 2016 durch den Caritasverband Paderborn unter wissenschaftlicher Begleitung des Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) am Standort Witten entwickelt und erprobt. Das Projekt mit dreijähriger Laufzeit wird durch die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW gefördert. In enger Zusammenarbeit beider Projektpartner sollen die Elemente des Konzeptes von Beginn an praxistauglich und nachhaltig entwickelt werden, um sie während der Projektlaufzeit einer ersten wissenschaftlich begleiteten Umsetzung zu unterziehen.

Ihr Team des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD)

Georg Franken  
Britta Koch  
Detlef Rüsing

Marcus Klug  
Christian Müller-Hergl



## **Forschungsmonitoring 2/2016**

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

**September 2016**



## Inhaltsverzeichnis

1. Angehörige wünschen sich eine trägerunabhängige, zentrale Beratungsstelle bei anstehendem Heimeinzug .....	12
2. Allgemeine Programme für Personen mit beginnender Demenz haben keine positiven Auswirkungen .....	14
3. Lewy Body Demenz geht häufiger mit Eifersuchtswahn einher .....	16
4. Enge fachliche Begleitung von Pflorgeteams tragen wesentlich zur Reduktion herausfordernden Verhaltens bei .....	18
5. Einsatz von antipsychotisch wirksamen Medikamenten für Menschen mit Demenz ist nicht immer gut begründet.....	21
6. Abwehrverhalten wird nicht allein durch das Verhalten der Pflegenden ausgelöst .....	24
7. ‚Langsam Pflegen‘ stabilisiert das Kohärenzgefühl der Personen und stellt eine zentrale Qualitätskategorie dar .....	26
8. Personzentrierte Ansätze scheitern häufig an Implementierungsproblemen.....	29
9. Der soziale Kontext von Mahlzeiten sind entscheidend für die Vermeidung von Mangelernährung .....	32
10. Gezielte Zuwendung in einem geschützten Raum verbessert die Lebensqualität von Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz .....	36
11. Pflegende lernen am besten voneinander und im Fallgespräch.....	39
12. ‚Verbundenheit‘ stellt den zentralen Faktor für Lebensqualität dar.....	42
13. In Verbindung zu sein motiviert zu Aktivitäten und sinnvolle Aktivitäten helfen, in Verbindung zu bleiben.....	46
14. Entscheidungen am Lebensende von Menschen mit Demenz kreisen um das Thema Lebensqualität .....	49

## Forschungsmonitoring 2/2016

### **Editorial**

Liebe Interessierte,  
wir freuen uns, Ihnen den 21. Newsletter zur Forschung im Arbeitsfeld Demenz im Auftrag der Landesinitiative Demenz-Service NRW vorstellen zu können. 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.

Vorliegender Newsletter berichtet von Studien, die fachliche Einschätzungen bestätigen: zum Beispiel, dass ‚langsam pflegen‘ die Selbstpflegefähigkeit und Lebensqualität von Menschen mit Demenz unterstützt. Einige Studien aber widersprechen dem ‚mainstream‘: Vorhandene antipsychotisch wirksame Medikamente – auch die ‚Atypica‘ – sind für Menschen mit Demenz in der Regel nicht geeignet und es besteht wenig Aussicht, dass dies sich ändert: also keine Medikamente mehr? Professionell Pflegende und Angehörige bezweifeln, dass personenzentrierte Pflege erlernbar ist – man sei Naturtalent oder lasse es besser bleiben: lohnen sich also Schulungen? Gute Interventionen für Menschen mit Demenz sind schwer einzuführen und werden zumeist vom Team schnell wieder ‚vergessen‘: ist die Pflegekultur überhaupt nachhaltig zu beeinflussen? Die meisten Interventionen, um Ernährung zu verbessern und Gewicht zu erhöhen, haben kaum oder nur kurzfristig Erfolg: sollte man daher darauf verzichten, Menschen immer wieder zum Essen und Trinken zu animieren? Die üblichen psychosozialen Maßnahmen direkt nach der Diagnose wirken sich nicht positiv auf den Krankheitsverlauf, die Heimaufnahme oder den Stress der Angehörigen aus: welchen Wert hat dann die möglichst frühe Diagnostik, die doch allseits angemahnt wird? Das Abwehrverhalten von Menschen mit Demenz während der Körperpflege ist weniger dem Verhalten der Pflegenden oder der Umwelt, sondern primär der Verhaltensbereitschaft (Disposition) der Person selbst geschuldet: liegt es also doch weniger an der Interaktion und der Person des Pflegenden, sondern an der Persönlichkeit der Person mit Demenz?

Wir hoffen, dass die Studien zum Nachdenken und zu kritischen Fragen Anlass geben. Nicht zuletzt besteht darin der Reiz wissenschaftlicher Studien, liebege-  
wonnene Überzeugungen auf ihre Tragfähigkeit abzuklopfen und seine Meinung gegebenenfalls zu ändern.

Nun aber zu den Studien im Einzelnen:

Ein Umzug ins Heim ist für alle belastend. Angehörige begrüßen eine trägerunabhängige, in der Gemeinde angesiedelte Beratung nebst einer gut aufbereiteten Handreichung für die Entscheidungsfindung. Patientenverfügungen spielen dabei bislang kaum eine Rolle, wohl aber Beratungen in der Familie (1). Nach der Diagnose (hier: Alzheimer) früh einsetzende psychosoziale Maßnahmen haben keinen Effekt auf den Verlauf der Erkrankung, den Zeitpunkt der Heimaufnahme oder den Stress der Angehörigen. Empfohlen wird: nicht alle unterschiedslos an psychosoziale Maßnahmen heranzuführen, sondern sich auf die ‚schwierigen Fälle‘ zu konzentrieren und dort individuelle Hilfen entwickeln. (2)

Eifersuchtswahn (Othello-Syndrom) taucht vermehrt bei Lewy-Körperchen-Demenz auf und ist eher neurologisch als lebensgeschichtlich begründet. Der Kontext des Auftretens ist eher leichte bis mittelschwere Demenz unmittelbar nach deutlicher Zunahme von Abhängigkeit: diese Erfahrung scheint dann projektiv (wahnhaft) verarbeitet zu werden. (3) Aus den USA stammt das Programm STAR zur Reduktion herausfordernden Verhaltens. Entscheidend für dessen Erfolg ist die enge Zusammenarbeit von Psychologen und ‚Umsetzern‘ vor Ort: erstere sorgen für beständigen fachlichen Input, Supervision und Fallbesprechungen, letztere treiben den kulturellen Wandel in den Teams voran. Ohne die Implementierung dieser Rollen kollabieren die Anstrengungen recht schnell. (4) Antipsychotisch wirksame Medikamente wurden nicht entwickelt, um Verhalten von Menschen mit Demenz positiv zu beeinflussen. Ihr Effekt ist zumeist gering, kurzfristig und vornehmlich sedierend. Der spezifisch antipsychotische Effekt tritt oft nicht ein. Vermutet wird unter anderem, dass Psychosen im Rahmen der Demenz eine ganz andere Pathogenese aufweisen als beispielsweise bei der Schizophrenie. Zumeist ist der Einsatz dieser Medikamente bei Menschen mit Demenz schlecht begründet. Nicht-medikamentöse Möglichkeiten sind Ärzten zumeist nicht bekannt. Der Einsatz dieser Medikamente ist – so vermutet man – eng verbunden mit Personalnot und Wissensmangel. (5) Abwehrverhalten bei der Grundpflege – so eine verbreitete Vermutung – wird unter anderem durch das unangemessene Verhalten von Pflegenden mit ausgelöst. Vorliegende Studie widerspricht dieser Annahme und zeigt, dass Abwehrverhalten eher der Disposition des Kranken zuzuordnen ist. Auch die zunehmende Aphasie scheint bedeutsam zu sein. Das Verhalten der Pflegenden per se ist eher selten Auslöser von Abwehrverhalten. (6)

„Langsam Pflegen“ stabilisiert das Kohärenzgefühl der Personen mit Demenz, unterstützt die Selbstpflegefähigkeit, die Zufriedenheit und die Lebensqualität. Um dies zu realisieren bedarf es einer ‚offenen Situation‘, also dem Verzicht, den Tag im Voraus verbindlich durchzustrukturieren, sowie des Verzichtes auf Macht und Kontrolle – der Personen und der Situationen. Dies lässt am Sinn programmierter Aktivitäten („Kalenderaktivitäten“) zweifeln. (7) Die Implementierung personenzentrierter Pflege stellt einen zunehmend bedeutenden Forschungsgegenstand dar. Vorliegende Studien aus Australien kommen zu dem Schluss, dass Interventionen häufig nicht genug in ihren Auswirkungen und Tragweiten auf vorhandene Abläufe, Rollen, Strukturen und Qualitätsmaßstäbe vorbedacht werden. Schulungen und Instruktionen sind oft zu global, nicht konkret genug und nicht ausreichend von Verantwortlichen begleitet. Überarbeitung und Überforderung der Leitenden stellen einen Hauptgrund für das Scheitern personenzentrierter Ansätze dar. (8) Die Effekte von Interventionen, den Gewichtsverlust von Menschen mit Demenz zu verhindern, fallen eher gering und kurzfristig aus. Mit sich wiederholenden Bewegungen (Stereotypen) und Tonussteigerungen scheint der Gewichtsverlust nichts zu tun zu haben. Am ehesten haben Multikomponenten-Interventionen (Snacks, proteinreiche Nahrung, Milchzubereitungen) eine Chance, wenn sie mit sozialen Komponenten (individuelle Assistenz, Tischgemeinschaft) kombiniert werden. Gewichtszunahme scheint deutlich mit sozialen, familienähnlichen Anreizen verbunden zu sein. Besonders wirksam: die gemeinsame Frühstücksrunde. Umgebungsfaktoren sowie verhaltensbezogene Interventionen (zum Beispiel Bewegung) spielen kaum eine Rolle. (9) Intensive Zuwendung bei weit fortgeschrittener Demenz verbessert die Lebensqualität. Intensiver Kontakt scheint nur für den jeweiligen Augenblick eine Wirkung zu entfalten, nicht aber einen nachhaltigen Effekt nach sich zu ziehen. Allerdings nimmt das Interesse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, eine dementsprechende Intervention auf-

recht zu erhalten, mit der Zeit deutlich ab. Schmerzen der Bewohner nehmen dann wieder zu und die Lebensqualität sinkt. Hauptgrund für das Scheitern: beständiger Personalwechsel auf der Führungsebene. (10) Personenzentrierte Pflege kann nach Aussage professionell Pflegenden aus England, nicht wirklich gelernt werden: man sei ein Naturtalent oder eben nicht. Am ehesten könnte man von den ‚informellen Experten‘, die ein positives Rollenmodell vorleben, etwas lernen. Blockaden bestünden nicht im fehlenden Wissen, sondern in mangelnden Ressourcen, strikten Zeitvorgaben und der Komplexität vorgeschriebener klinischer Abläufe. (11)

Worin besteht Lebensqualität in der Demenz? In Zusammenschau vieler Studien kommen die Autoren zu dem Schluss: es besteht in der Verbundenheit zu Beziehungen, zum Tätigsein, zur Gesundheit und dem Verwurzel-Sein. All diese Dimensionen hängen auf das Engste zusammen und bedingen einander. Nicht die Beeinträchtigungen der Demenz selbst, sondern ihre Wahrnehmung bestimmen die Lebensqualität. Indikator für die Lebensqualität ist zumeist das Gefühl, glücklich bzw. zufrieden zu sein. (12) Ähnlich eine anders angelegte Studie: In Verbindung zu sein motiviert zu Aktivitäten, sinnvolle Aktivität motiviert, in Verbindung zu sein – mit sich selbst, anderen Menschen und seiner Umgebung. Gelingt dies, stabilisiert sich Gesundheit, Selbstwertgefühl, soziale Identität und Selbstpflegefähigkeit. (13, vgl. 7)

Zuletzt eine Arbeit aus Belgien: Entscheidungen am Lebensende (zum Beispiel auf Medikamente zu verzichten) erfolgen in der Regel aus Erwägungen bezüglich der künftigen Entwicklung und der erwartbaren Lebensqualität. Dies wird zumeist zusammen mit den Angehörigen entschieden. Patientenverfügungen liegen selten vor. Zumeist werden Menschen mit Demenz vergleichsweise mit Schmerzmedikamenten nur dürftig versorgt. Wünsche nach ärztlich assistiertem Suizid gibt es in der Demenz selten. (14)

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre und freuen uns über Meinungen, Widersprüche und Kommentare aller Art.

## 1. Angehörige wünschen sich eine trägerunabhängige, zentrale Beratungsstelle bei anstehendem Heimeinzug

### Ziel/Hintergrund

Menschen mit Demenz müssen bei wachsender Abhängigkeit oft einen Umzug auf sich nehmen, manchmal in die Häuslichkeit der erwachsenen Kinder, häufiger in ein Heim. Diese Entscheidung ist für alle Beteiligten besonders dann, wenn diese Entscheidung nicht in besseren Tagen vorbereitet und diskutiert wurde, sehr belastend. Angehörige fühlen sich dann oft genötigt, auch gegen den Willen der Person Entscheidungen zu treffen – was sie in der Regel als sehr belastend und herausfordernd erleben.

Vorliegende Arbeit ist Teil einer größeren Studie, in der eine Entscheidungshilfe für Angehörige und Menschen mit Demenz entwickelt wird. Vorliegende Studie berichtet anhand von Interviews, wie Angehörige diese Entscheidung treffen.

### Methoden

Es handelt sich um eine britische qualitative Studie. Im Rahmen der Behandlung in einer Memory Klinik wurden Teilnehmer gewonnen, Menschen mit Demenz und/oder pflegende Angehörige. Interviews wurden einzeln oder paarweise durchgeführt. Themen bildeten die gegenwärtige Wohnsituation, darauf bezogene Sorgen und Anliegen, unterschiedliche Meinungen zu diesem Thema, Einbezug der Person mit Demenz in die Entscheidung. Abschließend wurde den Teilnehmenden eine Handreichung vorgestellt, welche die Umzugsentscheidungen erleichtern soll (Deciding about a care home). Die Interviews wurden gemäß eines Verfahrens der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

### Resultate

Es konnten 20 Teilnehmende gewonnen werden, darunter 7 Personen mit Demenz. Unter der Rubrik ‚wer entscheidet?‘ bekundeten Personen mit Demenz Ärger und Enttäuschungen darüber, dass über sie fremdbestimmt wurde; auch Fragen kamen auf, ob die Angehörigen das eigentlich gedurft hätten.

Gemeinsame Entscheidungen zum Heimaufenthalt wurden auch berichtet, wobei Angehörige sich bei fehlender Einsicht seitens der Betroffenen trotz vieler Bedenken und Zweifel am Ende für den fremdbestimmten Heimaufenthalt entschieden. Vorausschauende Verfügungen (advance statements) spielten im Prozess keine Rolle, sehr wohl aber Beratungen mit der ganzen Familie.

In den Beratungen wogen die Sorge um die zunehmende Isolation und Einsamkeit der Angehörigen mit Demenz schwer. Die eigenen Bedürfnisse, Möglichkeiten, Grenzen und Verpflichtungen der eigenen Primärfamilie gegenüber bildeten weitere wichtige Ankerpunkte in den Überlegungen. In der Abwägung wurde die Bedeutung einer vertrauten Umgebung und den damit einhergehenden Routinen kontrastiert mit dem oft eingeschränkten Zugang zu (nahen) Geschäften

und zum öffentlichen Nahverkehr. Fehlen letztere, dann könnte sich die Person in der eigenen Wohnung nicht mehr versorgen und habe keinen Zugang mehr zu Gesundheitsdiensten.

Auch Sicherheitsaspekte im Umgang mit Wohnungsschlüsseln, Gas und Treppen spielten eine wichtige Rolle. Hinzu kamen einschränkende physische Erkrankungen und resultierende Behinderungen, nicht nur der Person mit Demenz sondern auch des pflegenden Angehörigen.

Viele entschieden sich für das Heim, weil ihnen unterstützende Dienste in der eigenen Häuslichkeit des Kranken, das Ineinandergreifen dieser Dienste und deren Finanzierung nicht bekannt waren. Auch der damit einhergehende bürokratische und organisatorische Aufwand spielte hier eine Rolle. Fast alle Angehörigen bekundeten eine große Ratlosigkeit, Informationsdefizite und Unkenntnisse, wer wo wie kompetent berät und hilft.

Alle Angehörigen gaben zu erkennen, dass ihnen eine Entscheidungshilfe recht wäre, allerdings möglichst im Rahmen eines zeitgleich erfolgenden beratenden Gesprächs. Reine Listen mit Adressen oder Flyer wären wenig hilfreich, weil man denen zumeist nicht genau entnehmen könne, wozu, wie umfassend und mit welchem Interesse die beratende Stelle unterwegs sei. Idealerweise wünschte man sich eine an der Gemeinde angesiedelte, trägerunabhängige zentrale Beratungsstelle, die einem in der Entscheidung mit Rat und Tat zur Seite stünde.

## Diskussion

Personen mit Demenz zeigten sich in der Regel stark entschlossen, an der eigenen Wohnlichkeit um jeden Preis festzuhalten. Angehörige taten sich sehr schwer damit, dieser Entschlossenheit zu begegnen und dennoch gegen den Willen der Betroffenen einen Heimaufenthalt anzuberaumen. Mangelnde Einsicht, Sicherheitsbedenken sowie abnehmende Gesundheit und Selbstsorgefähigkeit der Person mit Demenz erwiesen sich letztendlich als entscheidend. In der Regel wurden diese Fragen nicht in besseren Tagen vorüberlegt, die frühzeitige Auseinandersetzung in der Familie eher vermieden. Entscheidungen mussten daher zu einem Zeitpunkt gefällt werden, an dem die Person mit Demenz nicht mehr mitentscheiden konnte. Vermisst wurde eine kompetente Hilfestellung, um diese Entscheidung auf eine rationale und gut informierte Basis zu stellen. Besonders ist hervorzuheben: viele Entscheidungen für den Heimaufenthalt basieren auf der Unkenntnis der ambulant zur Verfügung stehenden Hilfen.

## Quelle

Lord, K., Livingston, G., Robertson, S., Cooper, C. (2016). How people with dementia and their families decide about moving to a care home and support their needs: development of a decision aid, a qualitative study. *BMC Geriatrics* 16:68  
DOI 10.1186/s12877-016-0242-1

## 2. Allgemeine Programme für Personen mit beginnender Demenz haben keine positiven Auswirkungen

### Ziel/Hintergrund

International wird eine Gesundheitspolitik favorisiert, die ein möglichst langes Verweilen in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht. Unter anderem erhofft man sich dadurch eine Verzögerung der Heimaufnahme, einhergehend mit Kosteneinsparungen. Eine Möglichkeit, dies zu erzielen, besteht darin, den Stress im Zusammenleben von Personen mit Demenz und Angehörigen durch eine Vielzahl psychosozialer Maßnahmen zu reduzieren.

Zahlreiche Studien legen den Erfolg psychosozialer Maßnahmen für Personen mit beginnender und leichter Demenz nahe. Allerdings beruhen diese Studien zumeist auf einer in Bezug auf Art und Schwere der Demenz heterogenen Untersuchungsgruppe.

Vorliegende Studie untersucht, ob umfassende psychosoziale Maßnahmen für Personen mit beginnender und leichter Demenz vom Alzheimerstyp in einem Zeitraum von 3 Jahren die Heimaufnahme verzögert, einen Einfluss auf die kognitiven und neuropsychiatrischen (unter anderem verhaltensbezogenen) und alltagsbezogenen Symptome hat und den Stress der Angehörigen reduziert.

### Methoden

Es handelt sich um eine prospektive, randomisierte Studie aus Finnland. Daten werden von unabhängigen Personen erhoben. Rekrutiert werden 241 ‚Paare‘ (‚dyads‘: Person mit Demenz und pflegender Angehöriger), von denen eine Person vor etwa 5 Monaten eine Diagnose von beginnender Demenz erfahren hat. Alle Personen erhalten Antidementiva und sind umfassend untersucht worden. Die ‚Paare‘ werden per Zufall auf Interventionsgruppe und Kontrollgruppe verteilt. Die Intervention erfolgte an 16 Tagen innerhalb von 2 Jahren. Jedes Jahr werden Personen mit Demenz und Angehörige umfassend untersucht beziehungsweise befragt. Nach einem weiteren Jahr werden abschließende Daten (Ergebnisse) erhoben.

Die Interventionen werden von einem Rehabilitationszentrum durchgeführt. Ziele sind: Wissen um Demenz vermitteln, Isolation und Stress vermeiden, Funktionalität und Alltag reflektieren und gezielt trainieren. Auf individuellen Assessments basierend werden weitere Beratungen, Schulungen, Kreativ- und Sportangebote und Unterstützungsgruppen initiiert beziehungsweise auf vorhandene Möglichkeiten hingewiesen. Für jedes Paar werden individuelle Pläne erarbeitet, um das Zusammenleben zu erleichtern. Vorgestellt werden Assessmentinstrumente, um Heimeinzug, Demenzentwicklung, Funktionalität, neuropsychiatrische Symptome und Lebensqualität der Personen mit Demenz sowie Depressivität, Gesundheit und Lebensqualität der Angehörigen abzubilden.

## Resultate

Im Laufe der 3 Jahre verlor die Studie 106 Paare (46%), in der Kontrollgruppe wesentlich mehr als in der Interventionsgruppe. 27 Personen verstarben. Personen, die in ein Heim umzogen, verstarben durchschnittlich nach 9 Monaten. Es konnten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe keine Unterschiede in Bezug auf Heimeinzug festgestellt werden. In Bezug auf Demenzentwicklung, Funktionalität und Schwere der Demenz schnitt die Kontrollgruppe sogar besser als die Interventionsgruppe ab. Bezüglich neuropsychiatrischer Symptome und Lebensqualität ergaben sich keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

## Diskussion

Ein Langzeiteffekt psychosozialer Interventionen für Menschen mit beginnender Demenz und deren Angehörigen konnte weder in Bezug auf Heimeinzug noch in Bezug auf Verlauf und Symptomatik aufgezeigt werden. Auch die umfassenden Unterstützungen der Angehörigen wirken sich nicht stressreduzierend aus. Die Autoren verweisen auf die Qualität der Langzeitstudie, die Homogenität der Untersuchungsgruppe, die Verblindung der Untersuchenden, die lange Laufzeit.

Die Autoren ziehen den Schluss, dass allgemeine Programme, die sich unterschiedslos an alle Personen mit Demenz und deren Angehörige wenden, nicht zu empfehlen seien. Vielmehr müsse man die Personen identifizieren, welche eine besonders belastende Demenzentwicklung durchmachten beziehungsweise Angehörige identifizieren, die gefährdet seien, depressiv zu reagieren und Stress schlecht kompensieren könnten. Unter Umständen seien verstärkte Hilfen bei fortgeschrittener Demenz sinnvoller. In jedem Fall sei es ratsam, Unterstützungsbedarfe individuell zu erheben und dafür spezielle Interventionen zu entwickeln. Ein allgemeines Programm für alle Personen mit Demenz und deren Angehörige hat in vorliegender Studie keine positiven Auswirkungen gehabt.

## Quelle

Koivisto, A.M., Hallikainen, I., Välimäki, T. et al (2016). Early psychosocial intervention does not delay institutionalization in persons with mild Alzheimer disease and has impact on neither disease progression nor caregivers' well-being: ALSOVA 3-year follow-up. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 273-283



### 3. Lewy Body Demenz geht häufiger mit Eifersuchts- wahn einher

<b>Ziel/Hintergrund</b>	<p>Unter einem Eifersuchtswahn oder Othello-Syndrom versteht man die wahnhaftige Überzeugung, der eigene Partner sei untreu. Sie gilt als Begleiterscheinung vieler psychischer Erkrankungen, tritt gehäuft aber vor allem bei Schlaganfall, Parkinson, traumatischen Hirnverletzungen und bei Demenz auf. Die Prävalenz bei organischen Psychosen (darunter die Demenz) beträgt 7% und bei paranoiden Erkrankungen 6,7%, bei affektiven Veränderungen (Depression) aber nur 0,1%. Daher ist ursächlich eine Kombination neurologischer und psychodynamischer Faktoren wahrscheinlich. Eine Studie weist für Eifersuchtswahn bei Demenz eine Prävalenz von 15,6% nach. Eifersuchtswahn geht oft mit heftigen Aggressionen besonders gegenüber dem Partner einher und gefährdet damit die Sicherheit beider. – Vorliegende Studie aus Japan untersucht klinische Eigenschaften und mögliche Hintergründe des Eifersuchtswahns.</p>
<b>Methoden</b>	<p>208 Personen mit Demenz wurden im Rahmen eines Aufenthaltes in einer Memory Clinic umfassend neurologisch und psychiatrisch untersucht, eine Differenzialdiagnostik wurde erstellt (unter anderem 127 Personen mit Alzheimer, 38 mit Lewy Body Demenz, 21 mit vaskulärer und 7 mit Fronto-Temporaler Degeneration). Mit den pflegenden Angehörigen von Personen mit Eifersuchtswahn wurden umfassende Interviews geführt und ausgewertet.</p>
<b>Resultate</b>	<p>18 von 208 Personen (8,7%) litten unter anhaltendem Eifersuchtswahn. Differenzialdiagnostisch wurde bei 10 Personen Lewy Body Demenz, bei 7 Alzheimer und bei 1 Person vaskuläre Demenz festgestellt. Der Anteil von Personen mit Lewy-Body Demenz ist demnach besonders hoch. Unterschiede in Bezug auf Geschlecht, Alter, Bildung konnten nicht festgestellt werden. Allerdings litten 10 von 18 Personen unter einer nur leichten Demenz (MMSE 20 und mehr). 17 von 18 wiesen mindestens ein weiteres psychotisches Symptom auf: 8 Personen halluzinierten den Partner in sexuell eindeutigen Situationen, 6 verkannten den Partner für einen anderen, 2 wiesen eine hypersexuelle Entwicklung nach Demenzbeginn auf und bei einer Person überlebte der Eifersuchtswahn das Versterben des Partners. 7 von 9 Männern von 4 von 9 Frauen griffen den Partner physisch an. Bei 8 Patienten konnte unmittelbar vor Beginn des Eifersuchtswahns eine ernsthafte physische Erkrankung nachgewiesen werden (Krebs, Aneurysma, Frakturen). Nur bei einem Partner ließ sich lebensgeschichtlich eine Außenbeziehung nachweisen, 8 Partner hielten sich häufiger außerhalb des Hauses auf. Dopaminerge Medikation (oft im Verdacht, Eifersuchtswahn auszulösen) spielte keine Rolle.</p>

13 Personen wurden mit Antidementiva behandelt. Bei 15 von 18 Personen besserte sich der Eifersuchtswahn erheblich nach Einnahme von Neuroleptika, bei 3 Personen hatte die Behandlung keinen Erfolg.

## Diskussion

Der Eifersuchtswahn bei organischen Psychosen (darunter Demenz) stellt ein recht häufig anzutreffendes Symptom dar. Besonders Personen mit Lewy Body Demenz sind davon betroffen: dies legt kausal eine primär neurologische Verursachung nahe. Auffällig ist, dass bei den betroffenen Personen der Eifersuchtswahn mit ausgeprägt lebendigen visuellen Halluzinationen einhergingen, die dem Betroffenen sexuelle Untreue glaubhaft suggerierten. Es bleibt offen, ob der Eifersuchtswahn den Halluzinationen vorausging oder letztere den Wahn verursachten.

Gefühle von Unsicherheit oder Minderwertigkeit, die in psychologischen Studien zur Eifersucht eine Rolle spielen, konnten bei der Patientengruppe nicht festgestellt werden. Eher lässt der recht hohe MMSE-Wert vermuten, dass der Eifersuchtswahn ein gewisses Maß intakter kognitiver Funktionen voraussetzt.

Vorhergehende schwere Erkrankungen lassen zunehmende Abhängigkeit vermuten; im Kontrast dazu erfreuten sich die pflegenden Angehörigen einer guten Gesundheit und verließen häufiger für längere Zeiten das Haus. Ob dies Gefühle der Minderwertigkeit und Ängste vor Verlassenwerden ausgelöst hat bleibt im Rahmen vorliegender Studie spekulativ. Hoffnungsvoll stimmt, dass die meisten Patienten (83%) sehr gut auf die medikamentöse Behandlung ansprachen. Patienten mit Lewy Body Demenz und Halluzinationen sprachen weniger gut auf die Behandlung an.

## Quelle

Hashimoto, M., Sakamoto, S., Ikeda, M. (2015). Clinical Features of Delusional Jealousy in Elderly Patients with Dementia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76(6), 691-695

## 4. Enge fachliche Begleitung von Pflegeteams tragen wesentlich zur Reduktion herausfordernden Verhaltens bei

### Ziel/Hintergrund

Herausfordernde Verhaltensweisen verringern sich eher, wenn Umgebung und Aktivitäten den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Klienten entsprechen. Im Rahmen einen ‚ökologischen‘ Ansatzes gilt es, die Person-Umwelt-Passung zu optimieren, so dass sich der Klient besser der Umgebung anpassen beziehungsweise die Umgebung besser dem Klienten angepasst werden kann.

Vorliegende Studie untersucht eine Weiterentwicklung eines bekannten Trainingansatzes aus den USA (STAR: Staff Training in Assisted Living) auf Effekte für Bewohnerinnen und Bewohner (Frequenz und Schwere herausfordernden Verhaltens) und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Durchführbarkeit und Wirksamkeit). Das Programm wurde erweitert zu einer interdisziplinären klinischen Intervention unter besonderer Berücksichtigung von Implementierungsfragen (Beeinflussung von Organisation, Pflegekultur, Leitung und Führung). Letztere manifestieren sich in der Einführung zweier Rollen: dem ‚Verhaltenskoordinator‘ (in der Regel ein Psychologe oder Psychiater) und dem ‚Umsetzer‘ (dementia champion = Vorkämpfer für Menschen mit Demenz).

### Methoden

Der Kern der STAR-VA Intervention besteht aus drei Schritten: Analyse von Auslösern und Verstärkern herausfordernden Verhaltens sowie deren Vermeidung (1), Identifizierung und vermehrtes Angebot angenehmer, sinnvoller Tätigkeiten (2) sowie das Training elementarer verbaler und non-verbaler kommunikativer und interaktioneller Fähigkeiten (3).

Ein Psychologe oder Psychiater firmiert als ‚Verhaltenskoordinator‘, der sowohl die Teamschulungen und anschließenden Fallbesprechungen /Supervisionen durchführt, als auch eng mit den im Team verankerten ‚Umsetzern‘ zusammenarbeitet. Die ‚Umsetzer‘ sind in der Regel anerkannte (registrierte) Pflegekräfte, die den Inhalt der Schulung im Pflegealltag umsetzen und verankern. Alle anderen (Pflegerinnen, Therapeuten, Sozialarbeiter et cetera) werden geschult und nehmen regelmäßig an Fallbesprechungen /Nachschulungen teil. Verhaltenskoordinator und ‚Umsetzer‘ sind in beständigem, regelmäßigem Kontakt über Fallsituationen, Implementierungsfragen, Fachfragen und Aspekte der Teamentwicklung. Der Gesamtprozess wird durch ein Implementierungsmニュアル strukturiert, um eine möglichst homogene Einführung zu gewährleisten.

Insgesamt nahmen 19 US-Einrichtungen der (Kriegs)Veteranen an der 6-monatigen Interventionsstudie teil. In diesen 6 Monaten hatte jede Einrichtungen 4-6 Klienten nach dem vorgegebenen Modell zu ‚bearbeiten‘.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von 12 dieser Einrichtungen (n=126) wurden am Schluss um schriftliches Feedback gebeten. Beschrieben werden Assessments, um Veränderungen bezüglich Kognition, Verhalten, Depressivität, Angst, Agitiertheit bei Bewohnern sowie Einschätzungen für Umsetzbarkeit und Wirksamkeit bei Mitarbeitern abzubilden.

## Resultate

Die zumeist identifizierten Formen herausfordernden Verhaltens lauteten: Verweigerung der Pflege und Versorgung, Agitiertheit zusammen mit Ängstlichkeit und Irritierbarkeit, physische oder /und verbale Aggressivität, Vokalisierungen, zielloses Umherlaufen und weitere Formen (Hypersexualität, selbstisolierendes Verhalten). Insgesamt reduzierte sich die Häufigkeit herausfordernden Verhaltens im Vergleich zu den Ausgangsdaten um 45,4%, die Schwere um 63,7% (Reduktion von Depressivität um 46%, von Ängsten um 50%, von Agitiertheit um 27,3%).

Verhaltenskoordinatoren und ‚Umsetzer‘ berichteten von überwiegend positiven Erfahrungen: das Programm unterstütze den kulturellen Wandel zu einer personenzentrierten Pflege /Versorgung, die Kernintervention (Auslöser, positives Ereignisse, verbesserte Kommunikation) wurde auf einer Skala von 1-7 (mit 7 als bestes Ergebnis) mit 5 bewertet. Beide Rollen (Verhaltenskoordinator und Umsetzer) wurden als entscheidend für den Erfolg gewertet. Man müsse Teamplayer sein, vom Programm begeistert, zuhören und Geduld haben können, ermutigendes Feedback sei wichtig und eine insgesamt positive Haltung. Alle Beteiligten berichten davon, das Programm in der Einrichtung zu expandieren. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beteiligten Organisationen bestätigten diesen Eindruck: das Programm habe sowohl den Bewohnerinnen und Bewohnern wie auch ihnen selbst sehr geholfen.

## Diskussion

Die Autoren betonen die Bedeutung, Implementierung eines solchen Programms auf allen Ebenen der Organisation durchzuführen und eng zu verzahnen. Besonders die beiden beschriebenen Rollen seien für die Einführung entscheidend gewesen. Ohne den beständigen fachlichen Input der Verhaltenskoordinatoren hätte der Wissenszuwachs und der Bezug zu realen Fallsituationen nicht erfolgreich umgesetzt werden können, ohne die ‚Umsetzer‘ wäre die Verankerung in der Pflegepraxis nicht nachhaltig angekommen. Kritisch geben die Autoren zu bedenken, dass dieser Input für die meisten Einrichtungen nicht zur Verfügung steht: aber eben dieser Input habe wesentlich zu der gestiegenen Urteils- und Handlungskompetenz der Teams beigetragen. Die investierte Zeit würde sich auszahlen in Bezug auf zufriedeneren Bewohnerinnen und Bewohner und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

**Quelle**

Karel, M.J., Teri, L., McConnell, E., Visnic, S., Karlin, B.E. (2016). Effectiveness of Expanded Implementation of STAR-VA for Managing Dementia-Related Behaviors Among Veterans. *The Gerontologist*, 56(1), 126-134

## 5. Einsatz von antipsychotisch wirksamen Medikamenten für Menschen mit Demenz ist nicht immer gut begründet

### Ziel/Hintergrund

Trotz bekannter Risiken bleibt der Einsatz antipsychotischer Medikamente (Neuroleptika) in Heimen hoch. Nach US-Studien nehmen 33% aller Heimbewohner mit Demenz Neuroleptika ein. Nach bisheriger Datenlage werden etwa  $\frac{1}{4}$  aller Neuroleptika ohne klare Diagnose beziehungsweise medizinisch definierter Indikation verabreicht. In immerhin 17% der Fälle übersteigt die gegebene Dosis die empfohlene Tagesdosis.

Vorliegende Forschung erfolgt im Auftrag der US-amerikanischen CMS (Centres for Medicare/Medicaid Services: bundesstaatliche Krankenversicherung /Gesundheitsfürsorge), um die Gründe für die Verabreichung von Neuroleptika an Heimbewohner mit Demenz zu identifizieren.

### Methoden

Beschrieben wird ein Verfahren, US-weit eine repräsentative Auswahl von Einrichtungen und Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz zusammenzustellen. Hierbei fanden besonders Einrichtungen mit einer hohen und niedrigen Verschreibungspraxis Beachtung. Es wurden Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz ohne weitere psychiatrische Diagnosen (wie zum Beispiel Schizophrenie, Chorea Huntington et cetera) ausgewählt. Dokumentationen wurden bezüglich der begründenden Diagnosen untersucht. Strukturierte Interviews wurden mit Pflegenden, Leitenden sowie behandelnden Ärzten, Apothekern et cetera durchgeführt. Die Forschenden hielten sich in jeder beteiligten Einrichtung zwischen 2-4 Tagen auf, um die Daten zu erheben.

### Resultate

Die Untersuchungsgruppe bestand aus 204 Bewohnerinnen und Bewohnern inklusive 27 Personen, bei denen die antipsychotische Medikation erfolgreich abgesetzt werden konnte sowie 22 Personen, bei denen dies vergeblich versucht worden war. Interviews wurden mit 466 Personen geführt, wobei Pflegende am meisten zugänglich waren (96%) und behandelnde Ärzte sich am wenigsten auskunftsbereit erwiesen (30%). Zudem wurden 41 Angehörige interviewt. Als Gründe wurden zumeist aufgeführt: aggressives Verhalten (verbal und physisch), Umherwandern, Widerstand bei der täglichen Pflege und ‚Verhalten‘ ohne genauere Beschreibung. 159 von 204 Bewohnerinnen und Bewohnern erhielten Neuroleptika: bei 95 Bewohnerinnen und Bewohnern (60%) lag die Diagnose ‚Psychose‘ vor. Weitere Beschreibungen und Diagnosen lauteten: Verlust des Realitäts sinns(42%), Depression (34%) und Angsterkrankungen (22%). In den Interviews mit behandelnden Psychiatern konnten diese nur in 1/3 der behandelten Fälle eine psychiatrische Erklärung für das Verhalten vorbringen. Bei 105

Bewohnern wurde zusätzlich als Grund genannt: ärgerlich, agitiert (unruhig) oder traurig. Weitere Gründe lauteten: ‚kognitive Symptome‘, ‚Verhalten‘ oder ‚psychiatrische Diagnose‘ ohne Angabe der Art der Diagnose, sowie bei 26 Bewohnern ‚Lebensqualität‘. Einrichtungen mit einem hohen Einsatz von Neuroleptika wiesen vermehrt nicht-weiße Bewohnerinnen und Bewohner, Männer und Personen mit geringem Einkommen auf. Sie waren in der Regel in eher ärmeren Wohngebieten mit einer eher nicht-weißen Bevölkerung mit vergleichsweise geringer Bildung lokalisiert.

## Diskussion

Neuroleptika sind gedacht für Personen mit genau umschriebenen psychiatrischen Diagnosen. Zulassungsüberschreitende Einsätze (‚off-label use‘) für ‚Verhalten‘ und ‚kognitive Symptome‘ werden von den einschlägigen Richtlinien und Forschungen nicht empfohlen. Ihr spezifischer Effekt ist erwiesenermaßen gering (vgl. Newsletter 16,6; 20,8) und ihre Nebenwirkungen erheblich. Gründe für deren Einsatz trugen in der Substanz zumeist wenig und waren gering ausformuliert und differenziert. Alternative, nicht-medikamentöse Möglichkeiten waren wenig bekannt und wurden nicht in Erwägung gezogen. Die Autoren verweisen auf eine Internetseite, die nicht-pharmakologische Möglichkeiten zusammenfassend darstellt:

[www.nursinghometoolkit.com](http://www.nursinghometoolkit.com).

Die Autoren schließen mit Überlegungen zu notwendigen Schulungen. Sie vermuten enge Zusammenhänge antipsychotischer Medikation mit Personalbesetzung, Mitarbeiterschulung sowie Pflege- und Betreuungsmodellen<sup>1</sup>.

## Quellen

Bonner, A.F., Field, T.S., Lemay, C.A., Mazor, K.M., Andersen, D.A., Compher, C.J., Tjia, J., Gurwartz, J.H. (2015). Rationales that Providers and Family Members Cited for the Use of Antipsychotic Medications in Nursing Home Residents with Dementia. *Journal of the American Geriatric Society*, 63, 302-308

Vgl.: Soto, M., Andrieu, S., Nourhashemi, F., Ousset, P.J., Ballard, C., Robert, P., Vellas, B., Lyketsos, C., Rosenberg, P.B. (2015). Medication development for agitation and aggression in Alzheimer disease: review and discussion of recent randomized clinical trial design. *International Psychogeriatrics*, 27(2), 181-197

Auch atypische Neuroleptika haben nur einen geringen, kurzfristigen Effekt bei Menschen mit Demenz, eine nachhaltige Wirkung bei Agitiertheit und Aggression ist nicht festzustellen. Eine Vermutung lautet, dass die Pathogenese

---

<sup>1</sup> Vgl.: Testad I, Auer S, Mittelman M, Ballard C, Fossey J, Donabauer Y, Aarsland D (2010) Nursing home structure and association with agitation and use of psychotropic drugs in nursing home residents in three countries: Norway, Austria and England. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 725-731



von Psychosen im Kontext der Demenz ganz anders abläuft als bei Menschen aus dem Kreis schizophrener Erkrankungen. Im Unterschied zu Anwendungen bei schizophrenen Erkrankungen, stellt sich bei Menschen mit Demenz bei kontrollierten Studien immer eine hohe Wirksamkeit von Placebos ein, zudem auch eine vergleichsweise häufig auftretende spontane Verbesserung der psychotischen Symptome ohne jede medikamentöse Einwirkung beziehungsweise eine Verschlechterung der Symptome trotz Einnahme der Medikamente.

Die Studie untersucht methodologische Herausforderungen, die für die bislang enttäuschenden Ergebnisse verantwortlich sein könnten. Die Autoren sehen wenig Anlass zu hoffen, dass bald bessere Medikamente zur Behandlung psychotischer Symptome bei Demenz zur Verfügung stehen werden.

Eine konsentrierte Leitlinie für die Praxis haben Forscher aus den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich und Norwegen herausgegeben:

Zuidema, S.U., Johansson, A., Selbaek, G., Murray, M., Burns, A., Ballard, C., Koopmans, R.T.C.M. (2015). A consensus guideline for antipsychotic drug use for dementia in care homes. Bridging the gap between scientific evidence and clinical practice. *International Psychogeriatrics*, 27(11), 1849-1859

In der Regel sollten antipsychotische Medikamente bei Demenz nur eingesetzt werden, wenn nicht-pharmakologische Möglichkeiten ausgeschöpft wurden. Wenn sie eingesetzt werden, sollte nach einer Beruhigung der Symptomatik sogleich der langsame Ausstieg eingeleitet werden. Langzeitbehandlungen sollten nur bei gleichzeitig bestehender psychotisch /schizophrener Erkrankung oder mindestens 2 nicht erfolgreichen Absetzungsversuchen in Erwägung gezogen werden und dann nur unter Aufsicht eines Fachexperten



## 6. Abwehrverhalten wird nicht allein durch das Verhalten der Pflegenden ausgelöst

### Ziel/Hintergrund

Im Verlauf der Demenz verweigern sich Menschen mit Demenz gelegentlich bis regelmäßig der Körperpflege. Studien gehen von einer Gesamthäufigkeit von 70% aus. Berührungen und Intimpflege werden als übergriffig und grenzüberschreitend wahrgenommen und lösen Abwehrreaktionen aus. Aspekte der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (zum Beispiel ‚männlich‘) sowie organisationale Aspekte (geringe Zeitressource) tragen weiter zu dem Verhalten bei. Es wird vermutet, dass bestimmte verbale und physische Verhaltensweisen der Pflegenden zur Auslösung von Abwehrverhalten beitragen. – Vorliegende Beobachtungsstudie aus Kanada untersucht, in welcher Weise verbale und physische Verhaltensweisen von Pflegenden im Kontext der Körperpflege Abwehrverhalten oder kooperatives Verhalten bei Menschen mit Demenz auslöst.

### Methoden

Acht Personen mit Demenz, deren Abwehrverhalten bekannt war, wurden je 30, insgesamt 240mal bei der Körperpflege beobachtet. Beschrieben wird die Methode der Beobachtung mittels Filmaufzeichnungen, die Auswertung dieser Aufzeichnungen sowie weitere Assessmentinstrumente, anhand derer Daten über den Schweregrad der Demenz, den Grad der Autonomie und Pflegeabhängigkeit und neuropsychiatrische Symptome gewonnen wurden. Mitarbeiterinnen /Mitarbeiter und Bewohnerinnen /Bewohner wurden über eine 4-wöchige Periode an die Präsenz der Aufnahmegeräte gewöhnt bevor Daten erhoben wurden.

### Resultate

Die 8 Personen wiesen mittlere bis sehr schwere Demenzgrade mit schwerer bis vollständiger Abhängigkeit in allen Aktivitäten des täglichen Lebens auf. Aggressionen, Agitiertheit, Enthemmung und Irritierbarkeit konnten bei allen Personen beobachtet werden. Die 240 Beobachtungen umfassten eine Gesamtzeit von 46 Stunden und 57 Minuten. Die durchschnittliche Pflegezeit am Morgen betrug 11 Minuten 44 Sekunden. In 6,53% der beobachteten Zeit konnte Abwehrverhalten, in 10,73% kooperierendes Verhalten beobachtet werden. Verbales und physisches Verhalten der Pflegenden löste Abwehrverhalten besonders dann aus, wenn die Person bereits Abwehrverhalten zuvor gezeigt hatte und dieses Verhalten gleich zu Beginn der pflegerischen Aktivitäten erneut einsetzte. Auch neutrale oder sogar positive verbale Ankündigungen lösten vermehrt Abwehrverhalten aus, wenn die Person bereits widerständig gewesen war oder zu Beginn der Tätigkeit erste Ansätze von Widerstand zeigte. Umgekehrt: Positive oder neutrale Ankündigungen wie auch physisches Verhalten (zum Beispiel Berührungen) lösten kooperatives Verhalten vermehrt dann aus, wenn die Person

sich entweder neutral oder zuvor bereits kooperativ verhalten hatte.

Je weniger die Person verbale Instruktionen der Aphasie wegen verstehen konnte, desto eher löste das Verhalten Pflegender Abwehrverhalten aus. Personen mit relativ intaktem Sprachverstehen zeigten sich vergleichsweise kooperativer.

## Diskussion

Im Unterschied zu bisheriger Forschung konnte nicht bestätigt werden, dass das Verhalten Pflegender allein der maßgebliche Auslöser von Abwehrverhalten darstellt. Das Verhalten Pflegender löst vor allem dann Abwehrverhalten aus, wenn die Person bereits zuvor Abwehrverhalten gezeigt hatte. Zeigte die Bewohnerin oder der Bewohner zuvor kein oder nur geringfügiges Abwehrverhalten, dann löste das Verhalten Pflegender zumeist auch eher kooperatives oder neutrales Verhalten aus. Die vorbestehende Verhaltensbereitschaft des Bewohners ist demnach ausschlaggebend dafür, ob Verhalten Pflegender Abwehr hervorruft. Zudem: je mehr die Bewohnerin oder der Bewohner die Instruktionen versteht, desto geringer ist die Abwehrbereitschaft. Komplexe Erklärungen bei reduziertem Sprachverstehen erhöhen die Widerstandswahrscheinlichkeit.

Dies eröffnet die Frage, warum und wie die Abwehrbereitschaft zuallererst entsteht. Die Autoren haben darauf keine eigene Antwort, sondern zitieren vorhandene Literatur: eine je eigene Kombination von bewohnerbezogenen Faktoren (zum Beispiel Schmerzen), pflegebezogenen Faktoren (zum Beispiel Kommunikationsfähigkeit) und Umweltfaktoren (zum Beispiel Temperatur, Licht, Privatheit). Sie empfehlen, bei Abwehr die Handlung sofort zu unterbrechen, Pausen anzubieten, die Pflege in kleinen Schritten über einen größeren Zeitraum verteilt anzubieten.

## Quelle

Bezil, G., Vezina, J., (2015). Impact of caregivers' behaviors on resistiveness to care and collaboration in persons with dementia in the context of hygienic care: an interactional perspective. *International Psychogeriatrics*, 27(11), 1861-1873

## 7. „Langsam Pflegen“ stabilisiert das Kohärenzgefühl der Personen und stellt eine zentrale Qualitätskategorie dar

<b>Ziel/Hintergrund</b>	<p>Gute Pflege entsteht mit und durch Beziehung. Vorrangiges Feld für die Beziehung ist die Interaktion bei der Assistenz in täglichen Aktivitäten. Ein konkreter Ausdruck dieses Ansatzes ist die zeitliche Strukturierung der Interaktion, bekannt unter dem Titel „slow nursing“ (langsam pflegen). Vorliegende Arbeit geht der Frage nach, was dieses Konzept für Pflegenden genau bedeutet.</p>
<b>Methoden</b>	<p>Es handelt sich um eine qualitative Studie. Ziel ist, die lebendige Erfahrung und die Kontexte langsamer Pflege einzufangen und zu verstehen. 16 Pflegenden aus 2 stationären Einrichtungen aus Norwegen nahmen an der Studie teil. Es handelt sich um examinierte Fachpersonen mit mindestens 2 Jahren Erfahrung in speziellen Abteilungen für Menschen mit Demenz. Jede Pflegende wurde eine Woche lang täglich 4-5 Stunden beobachtet. Dabei wurden umfassende Feldnotizen gemacht. Anschließend fanden 1-stündige Fokusgruppeninterviews mit je 4 Personen statt. Beschrieben wird das qualitative Auswertungs- und Analyseverfahren.</p>
<b>Resultate</b>	<p>Drei zentrale Themen konnten identifiziert werden: im Moment präsent sein, eins nach dem anderen, Freude und Zufriedenheit befördern.</p> <p>„Im Moment präsent sein“ Absichtsloses Verweilen besteht aus Situationen, in denen man sich von der Bewohnerin oder vom Bewohner in Inhalt und Tempo leiten und die Interaktion/Kommunikation von der Bewohnerin oder vom Bewohner her initiieren lässt. Berührungen – in der Regel das Halten der Hände – spielen dabei eine zentrale Rolle, um Ängstlichkeit zu kompensieren. Dies trägt dazu bei, die Bewohnerin oder den Bewohner besser zu verstehen und von ihm verstanden zu werden. Auch scheint er die Situation und die ihn umgebenden Personen besser zu verstehen und situationsgerechter handeln zu können. Im Moment präsent sein führt zu häufigen klaren (luziden) Momenten, die der Verankerung im Hier und Jetzt (Orientierung) dienlich sind: die Orientierung insgesamt verbessert sich. Die Personen fühlen sich sicher und zuversichtlich und trauen sich dementsprechend mehr zu (Selbstvertrauen).</p> <p>„eins nach dem anderen“ Sich selbst zu entschleunigen und sich erlauben, sich Zeit zu lassen wurden von allen Pflegenden als zentrale Qualitätsmerkmale der Arbeit erlebt. Pflegenden und Personen mit Demenz müssten sich im Gemeinsam-Sein zur Situation orientieren und herausfinden, was jetzt möglich sei. Wenn man sich die Zeit nehme, dann könne sich die Bewohnerin oder</p>

der Bewohner besser orientieren und auch ein besseres Selbstpflegeverhalten an den Tag legen. Umgekehrt: je mehr man dem Zeitdruck nachgibt, desto mehr spiegelt sich dies negativ auf die Bewohnerin oder den Bewohner zurück mit einer deutlichen Reduzierung seiner Selbstpflegefähigkeit. Sich bewusst und kontrolliert im Tempo, sowohl bei den Bewegungen wie auch im Sprechen zu reduzieren, sei daher ein wichtiges Zeichen von Qualität.

„Freude und Zufriedenheit befördern“

Psychisches Wohlbefinden sei genauso wichtig wie das physische. Daher gehe es bei den pflegerischen Tätigkeiten darum, sie so angenehm wie möglich zu gestalten. Es gehe nicht primär um Sauberkeit oder Ankleiden, sondern um die sich im gemeinsamen Tun ergebende Freude oder Zufriedenheit. Wertschätzung, Anerkennung, Selbstvertrauen – all dies sei in der Körperpflege selbst zu leisten. Bezüglich der Aktivitäten außerhalb der Pflege wurde die Arbeit mit den Sinnen sowie Außenaktivitäten genannt: zum Beispiel barfuß über eine Wiese gehen und sich an frühere Zeiten erinnern, mit der Straßenbahn fahren und in einem Cafe sitzen. Nicht die – oft kalendarisch organisierten – Aktivitäten im Heim, sondern die Teilhabe am öffentlichen Leben sei das Entscheidende.

Zusammenfassend: es geht darum, eine persönliche und einzigartige Umgangsweise mit jeder Bewohnerin und jedem Bewohner zu entwickeln, eine aufmerksame und zuhörende Haltung einzuüben sowie die Person mit Respekt und Achtung zu behandeln. Alles, was man unternahme, diene dem Ziel, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ihr Leben verstehen, bewältigen und ihm einen Sinn abgewinnen könnten.

## Diskussion

In der Diskussion beziehen die Autoren das „langsam Pflegen“ auf das Konstrukt „Kohärenzsinn“ nach Antonowski: dieser erhöht sich, wenn die Welt/Menschen verstehbar sind (Verstehbarkeit), man in der Welt wirksam handeln kann (Handhabbarkeit) und sich hieraus Herausforderungen ergeben, für die es sinnvoll ist, sich einzusetzen (Bedeutsamkeit).

Eine langsame Pflege trägt dazu bei, dass alle drei Dimensionen unterstützt und gefördert werden. Die Person kann sich besser orientieren, in die gegenwärtige Situation hineinfinden, besser entwickeln, was sie hier tun und beitragen kann. Hierdurch ergibt sich mehr Freude/Zufriedenheit in dem Sinne, dass die Person sich bedeutsam erlebt und einen sinnvollen Alltag gestalten kann. Um dies zu erreichen ist es nötig, eine möglichst „offene Situation“ anzustreben, sich von vorherbestimmten Abläufen und zeitlichen Vorgaben zu lösen und damit auf Kontrollierbarkeit des Tages zu verzichten. Dies wird unterstützt durch eine reflektierende Haltung, die immer wieder erlaubt, sich den Pflegeprozess von außen anzusehen und sich nicht in Details zu verstricken.

**Quelle**

Lillekroken, D., Hauge, S., Slettebø, A. (2015). The meaning of slow nursing in dementia care. *Dementia* DOI: 10.1177/1471301215625112

## 8. Personenzentrierte Ansätze scheitern häufig an Implementierungsproblemen

### Ziel/Hintergrund

Personenzentrierte Pflege und ein personenzentriertes Milieu tragen nachweislich zur Reduktion herausfordernden Verhaltens bei. Eine Kombination beider Ansätze scheint plausibel und erfolgversprechend. Eine aufwändige, australische 4-armige Interventionsstudie hat versucht, Auswirkungen personenzentrierter Pflege, personenzentrierten Milieus sowie einer Kombination beider auf Heimbewohnerinnen und -bewohner nachzuweisen. (Chenoweth et al 2014)

Jeweils 5 Mitarbeitende pro Einrichtung erhielten 32 Stunden Training in personenzentrierter Pflege mit anschließender Supervision und telefonischer Beratung. Zwei Experten für personenzentrierte Milieus berieten die Einrichtungen, entwickelten und implementierten Milieuveränderungen mit einem Aufwand von 10.000 australischen Dollar pro Einrichtung. In der dritten Gruppe erfolgte eine Kombination beider Ansätze. Effekte wurden erwartet für Agitiertheit, emotionale Reaktionen auf Versorgung, Lebensqualität und Depressivität sowie die Qualität der pflegerischen Interaktion. Daten wurden vor der Intervention, 4 Monate und 8 Monate nach Beginn der Intervention erhoben. 38 Heime und insgesamt 601 Heimbewohnerinnen und -bewohner mit Demenz nahmen an der Studie teil.

Die Ergebnisse fallen sehr unterschiedlich und widersprüchlich aus. Während Bewohnerinnen und Bewohner keine Verbesserungen der Lebensqualität bekundeten, stellen Angehörige leichte Verbesserungen fest. Personen mit Demenz in den ersten beiden Interventionsgruppen wiesen leichte Reduktionen bezüglich Agitiertheit auf, nicht aber in der Kombinationsgruppe. Ein Zusammenhang der Effekte mit dem jeweils betriebenen Aufwand für die Implementierung konnte nicht aufgewiesen werden. Die Interventionen schienen ebenfalls keine bedeutsamen Unterschiede zu machen in Bezug auf Depressivität oder emotionale Reaktionen (zum Beispiel vermehrt Freude oder Interesse). Interaktionsqualität in der Pflege verbesserte sich kurz-, aber nicht langfristig in der Kombinationsgruppe.

Diese schwer zu deutenden Befunde legen nahe, dass es bedeutsame Unterschiede in Umsetzung und Unterstützung für die Interventionen gegeben hat. Unter anderem konnten Interventionen nicht zeitig umgesetzt werden, Führungskräfte unterstützten den Veränderungsprozess nicht nachhaltig oder blockierten ihn sogar, klare Rollenbeschreibungen und Ressourcen für die ‚Umsetzer‘ (dementia champions) fehlten. In einer zweiten Studie (Chenoweth 2015) geht die Arbeitsgruppe den Implementierungsfragen vertieft nach und versucht, fördernde und hemmende Faktoren zu identifizieren.

**Methoden**

Angehörige wurden befragt, halb-strukturierte Interviews mit Freiwilligen und professionell Pflegenden geführt und Pflegeplanungen ausgewertet. Gefragt wurde nach Veränderungen in der Pflegequalität, nach Auswirkungen der Interventionen für die Bewohner sowie verhindernden und fördernden Faktoren. Die Feldnotizen der ‚Umsetzer‘ wurden ebenso wie personenzentrierte Aspekte in den Pflegeplanungen gesichtet. Beschrieben wird die Methode der Datenanalyse.

**Resultate**

Die Familien wussten von vergleichsweise positiven Veränderungen zu berichten. Diese Veränderungen bezogen sich sowohl auf die Haltung der Pflegenden wie auch Verbesserungen in den Abläufen. Pflegende gingen in der Regel bereitwilliger auf Fragen der Angehörigen und Anliegen sowie Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner ein, beteiligten sie vermehrt an erfreulichen Aktivitäten. Nur die Hälfte der Angehörigen bejahte die Frage nach genaueren Nachfragen zur Biographie seitens der Pflegenden. Aufforderungen, die Räumlichkeiten persönlicher zu gestalten kamen eher selten (25%) vor.

Die Feldnotizen der ‚Umsetzer‘ wiesen auf einen gelassenen Umgang und eine Reduktion psychotroper Medikamente hin. Manager stellten eine größere Bandbreite von Aktivitäten und mehr Flexibilität in Bezug auf Routinen und Abläufe fest. Obwohl sich dies nicht in den Statistiken niederschlug, konnten viele Fälle aufgewiesen werden, bei denen es gelang, herausforderndes Verhalten (Agitiertheit) zu reduzieren. Es konnten eine ganze Reihe hemmender Faktoren identifiziert werden: Unterschiedliche Auffassungen im Team über Prioritäten, Organisation und Abläufe sowie Schwierigkeiten, die daraus entstandenen Konflikte zufriedenstellend zu lösen; mangelnde Beherrschung der englischen Sprache, so dass viele nicht verstanden, worum es geht; kulturell geprägt unterschiedliche Auffassungen von Pflege und Betreuung, die nicht auf einen Nenner zu bringen waren; ruppige und konfrontierende Kommunikationen, die – obwohl bekannt – von Managern, ‚Umsetzern‘ und Projektverantwortlichen ignoriert wurden; wenig Unterstützung der ‚Umsetzer‘ in Form von Zeit, Ressourcen und klar umschriebenen Rollen und Verantwortungen; irrige Überzeugung, bereits personenzentriert zu arbeiten, obgleich dies offensichtlich nicht der Fall war; geringes Interesse an Sitzungen im Rahmen des Projektverlaufes; Zweifel an der Angemessenheit und Praktikabilität der Interventionen; geringe Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beziehungsweise geringe Bereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sich trotz Einladung einzubringen; eher funktionale Erwartungen der Angehörigen (zum Beispiel Sauberkeit), welche den Projektzielen entgegenliefen. Familien mit nicht-europäischem Hintergrund, hatten Mühe, die Ziele personenzentrierter Pflege zu verstehen und konnten dies erst nach längerer Zeit nachvollziehen.



## Diskussion

Als wichtigste Faktoren für die Implementierung stellen die Autoren heraus: Engagement von Leitung und Führung, Akzeptanz durch die Mitarbeiter, Nachhaltigkeit im Prozessablauf und –umsetzung, Akzeptanz seitens der Familien. Die Darstellung und Einführung der Interventionen wurden für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht nachvollziehbar genug mit der konkreten Praxis und der Relevanz für die pflegerischen Abläufe dargestellt: zum Beispiel wie genau und wann und von wem der Garten zu nutzen, wie dies mit Sicherheitsbestimmungen zu vereinbaren ist. Die Autoren empfehlen, im Vorfeld einer Intervention dieser Tragweite sehr genau zu überlegen, wie Mitarbeitende zu schulen sind, welche konkrete Relevanz dies für Rollen, Funktionen, betriebliche Abläufe hat. Viele Mitarbeitende benötigen sehr genaue Instruktionen und eine sehr enge, praxisnahe Begleitung mit unmittelbarem Feedback.

Wo die ‚Umsetzer‘ nicht nachhaltig unterstützt wurden, dort kollabierte der Prozess. Wo sich das Management stark mit dem Prozess identifizierte, dort gelang auch den Umsetzern betrieblich relevant aktiv zu werden. In einigen Einrichtungen der Kombinationsgruppe erwiesen sich die Leitungen überfordert: Projekte müssen klein genug sein, um kontrollierbar und nachvollziehbar zu sein. Die Überarbeitung und Überforderung der Leitenden stellte einen wesentlichen hindernden Faktor in der Implementierung dar. Viele Leitende scheinen schon im Vorfeld des Prozesses das Projekt in seiner Praxisrelevanz nur eingeschränkt verstanden zu haben – auch dies aus Gründen der Überlastung.

## Quellen

Chenoweth, L., Forbes, I., Fleming, R., King, M., Stein-Parbury, J. et al (2014). PerCEN: a cluster randomized controlled trial of person-centred residential care and environment for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 26(7), 1147-1160

Chenoweth, L., Jeon, Y.-H., Stein-Parbury, J., Forbes, I., Fleming, R. et al (2015). PerCEN trial participant perspectives on the implementation and outcomes of person-centred dementia care and environments. *International Psychogeriatrics*, 27(12), 2045-2057



## 9. Der soziale Kontext von Mahlzeiten ist entscheidend für die Vermeidung von Mangelernährung

<b>Ziel/Hintergrund</b>	<p>Ein Großteil der Heimbewohnerinnen und -bewohnern mit Demenz weisen Assistenzbedürfnisse bei der Ernährung auf (76%). Diese Probleme nehmen mit der Schwere der Demenz zu und stellen eine erhebliche Belastungsquelle für die Personen, Angehörigen und professionell Pflegenden dar. Ursachen und Hintergründe fallen sehr heterogen aus: geringer Appetit, mangelndes Durstgefühl, Flüssigkeitsverluste, Ernährung vergessen, Strukturverlust, verringerter sozialer Kontakt, Mühen in der Besorgung und Zubereitung, fehlende Unterweisung von Angehörigen und Professionellen. – Vorliegende systematische Literaturstudie untersucht die Wirksamkeit direkter Hilfen, um die Ernährung zu verbessern und das Gewicht zu halten beziehungsweise zu erhöhen.</p>
<b>Methoden</b>	<p>Beschrieben wird die Suchstrategie, die Inklusionskriterien, die Datensammlung und –bearbeitung.</p>
<b>Resultate</b>	<p>Insgesamt konnten 43 Studien ausgewertet werden. Ergebnisse werden unter folgenden Überschriften dargestellt: orale Zusatz- und Aufbaunahrung, besondere Trink- und Speis Zubereitungen, Management von Schluckproblemen, Assistenz bei der Ernährung und soziale Unterstützung.</p> <p>Aufbaunahrung: es konnten lediglich kleine, gar keine oder widersprüchliche Effekte (Heterogenität) aufgezeigt werden. Die Auswirkungen auf Gewicht sind – bis auf eine Studie – gering. Die Lebensqualität und die Funktionalität wurden nicht erkennbar beeinflusst.</p> <p>Besondere Zubereitungen: Fruchtsäfte, viele kleine Zwischenmahlzeiten („snacks“) führten nicht zu einer Zunahme von Gewicht, vermehrte Gabe von probiotischem Joghurt führte eher zu einem signifikanten Gewichtsverlust. Eine dänische Studie, in der 11 Wochen lang Zusatznahrung und pürierte Gratins gereicht wurden, konnte eine Gewichtszunahme nachweisen. Ebenso führen nach einigen Studien „Multikomponenteninterventionen“ (hochenergetische Snacks, proteinreiche Zusatznahrung, Milchzubereitungen) zusammen mit sozialen Komponenten (Tischgemeinschaft, individuelle Assistenz) zur Gewichtszunahme, andere Studien aber kommen zu gegenteiligen Ergebnissen.</p> <p>Schluckbeschwerden: Eine Studie konnte eine Gewichtszunahme bei Nutzung pürierter Speisen und andgedickter Getränke nachweisen, eine andere Studie fand keinen Unterschied in Bezug auf Pneumonie oder Mortalität bei Verwendung solcher Modifikationen. Fingerfood kann nach einer Studie dazu führen, dass sich der Gewichtsverlust verhindern und die Selbstständigkeit bei der Ernährung verbessern lässt.</p>

Assistenz: Zeitlich ausgedehnte Begleitung und Assistenz führt zwar zur gesteigerten Energiezufuhr, nicht aber unbedingt zur Gewichtszunahme. Auch hier fallen die Studien recht unterschiedlich und widersprüchlich aus.

Soziale Faktoren: familienähnliche Mahlzeiten, bei denen Bewohnerinnen und Bewohner an der Gestaltung, Zubereitung beteiligt und anschließend unterstützt und gezielt ermutigt werden, führen nach einigen Studien nicht nur zur Gewichtszunahme, sondern auch zur Verbesserung des Interaktionsverhaltens, der Kommunikation und der grundsätzlichen Freude bei den Mahlzeiten. Gewichtszunahme bei Mahlzeiten scheint damit nicht unabhängig von sozialen Faktoren, die auch bei der Förderung funktionaler und kognitiver Dimensionen eine wichtige Rolle spielen.

## Diskussion

Die Autoren geben zu bedenken, dass es zwar viele Studien gibt, welche die Mangelernährung von Personen mit Demenz belegen, vergleichsweise aber sehr viel weniger Studien, welche aussagekräftig sind bezüglich der Wirksamkeit der Interventionen. Insgesamt fallen die Effekte auf Gewicht, BMI oder Energiezufuhr eher gering und kurzfristig aus, sind von einer klinisch eher geringen Relevanz und tragen nicht über einen längeren Zeitraum hinweg. Effekte auf Lebensqualität, funktionalen und kognitiven Status sind gering oder nicht vorhanden. Auch die Evidenz für die Wirksamkeit von angedickten Getränken, pürierten Speisen und Fingerfood sind eher gering und scheinen bei schwerer Demenz nur kurzfristig erfolgversprechend. Am ehesten erscheinen Interventionen sinnvoll, welche den sozialen Kontext von Mahlzeiten aufwerten und in diesen Kontext Aufbaunahrungen, andere Zubereitungen oder gezielte Assistenz einbauen (Multikomponenteninterventionen). Gemeinsam zu speisen gehört zu den anthropologischen Grunderfahrungen des Menschen und sind daher am ehesten geeignet, einen Kontext zu setzen, der Mangelernährung vorbeugt.

## Quellen

Abdelhamid, A., Bunn, D., Copley, M. et al (2016). Effectiveness of interventions to directly support food and drink intake in people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 16:26, DOI 10.1186/s12877-016-0196-3

Vgl.: Bunn, D.K., Abdelhamid, A., Copley, M. et al (2016). Effectiveness of interventions to indirectly support food and drink intake in people with dementia: Eating and Drinking Well In dementia (EDWINA) systematic review. *BCC Geriatrics*, 16: 89, DOI 10.1186/s12877-016-0256-8

Die Studie untersucht, ob indirekte Faktoren wie die Umgebung im Speiseraum, die Fortbildung von Mitarbeitenden, sportliche Übungen oder auch verhaltensbezogene Interventionen die Aufnahme von Speisen beeinflussen und eine Gewichtserhöhung begünstigen. Es konnten insgesamt 51

Studien einbezogen werden. Eindeutige Evidenzen für die Wirksamkeit umschriebener Interventionen konnten nicht gefunden werden. Die Studien arbeiteten mit kleinen Fallzeiten, wiesen zu kurze Laufzeiten auf, kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen und sind nicht immer gegen einseitige Deutung von Daten gefeit. Umgekehrt bedeutet dies aber nicht, dass die genannten Interventionen keinen Effekt haben: er konnte nur in den Studien nicht nachgewiesen werden. Dennoch können folgende Interventionen mit Einschränkungen empfohlen werden:

Pflegende sollten zusammen mit Menschen mit Demenz speisen (Imitations- und Gemeinschaftseffekt), Mahlzeiten sollten familiären Charakter aufweisen, beruhigende Musik kann unterstützend wirken, zwischendurch sollten kleine Mahlzeiten („snacks“) angeboten werden, Mahlzeiten sollten zeitlich ausgedehnt werden, gezielte Fortbildungen für Mitarbeitende und Angehörige fördern deren Verständnis und Geduld, Mahlzeiten sollten so vereinfacht werden, das sie zu den Fähigkeiten der Personen passen: vermehrte Hinweise, sanfte und einleitende Bewegungen, positive Unterstützung und Lob erhöhen eher die Eigenständigkeit bei der Nahrungsaufnahme, nicht aber die Menge der Speisen oder eine Gewichtszunahme. Gemeinsame Frühstücksrunden erweisen sich als hilfreich wie auch Interventionen, die mehrere dieser Elemente einsetzen und nutzen (Multikomponenteninterventionen). Schränke und Kühlschränke, die verglast sind, regen an, vermehrt zu Speisen zu greifen. Körperliche Übungen und Anstrengungen verbessern die Mobilität und Eigen/Selbstständigkeit, führen aber nicht zu einer Gewichtszunahme. In vielen Studien werden indirekte Effekte beobachtet in Bezug auf Gemeinschaft, Kommunikation, verbesserte Lebensqualität, mehr Kontakt zu Bewohnern/Gästen und Mitarbeitenden. Zumeist führen diese weiteren Effekte, obgleich begrüßenswert, nicht zwingend zu einer verbesserten Nahrungsaufnahme.

Selten werden Angehörige und Personen mit Demenz selbst an der Entwicklung der Interventionen beteiligt. Damit bleiben spezifische Bedürfnisse, Wünsche und Gewohnheiten oft im Dunklen. Weiterhin äußern sich die meisten Studien nur zu Personen, die im Heim leben, nicht aber zur häuslichen Situation. Beiden Aspekten wird in einer weiteren Studie nachgegangen:

Johansson, L., Björklund, A., Sidenvall, B., Christensson, L. (2015). Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home. *Dementia*, DOI: 10.1177/1471301215619083

In dieser Studie wird die Bedeutung einer individuellen Essbiographie betont. Dies betrifft nicht nur die Art der Speisen, sondern auch Essenszeiten, räumliche und soziale Kontexte und die Rolle der Angehörigen. Wichtig ist, dass die Mahlzeiten weiterhin zu Hause zubereitet werden, Personen mit Demenz daran beteiligt werden und anschließend in

Gemeinschaft speisen. Die Funktion der Ernährung kann schwerlich von ihrem sozialen Kontext gelöst werden. Einige Evidenzen weisen darauf hin, dass Essen-auf-Rädern ohne soziale Komponente nicht wirksam genutzt wird. Angehörige benötigen Unterstützung um zu lernen, möglichst stressfrei Mahlzeiten zusammen mit Menschen mit Demenz zuzubereiten und einzunehmen.

## 10. Gezielte Zuwendung in einem geschützten Raum verbessert die Lebensqualität von Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz

### Ziel/Hintergrund

Trotz vieler Bemühungen gelingt es oft nicht, für Menschen mit fortgeschrittener Demenz eine gute Lebensqualität zu erzielen. Das Pflegeprogramm ‚Namaste‘ (indisch: in etwa – ‚die Seele/den Geist ehren‘) versucht, in einem geschützten Raum eine besondere Qualität individueller Zuwendung und Anregung zu vermitteln, der Person Annehmlichkeit, Behaglichkeit und Trost zukommen zu lassen. Berührungen, Massagen, Musik, Gerüche, Geschmack, Farben, aber auch Nahrungshäppchen und Getränke werden eingesetzt, um sensorisch angenehme Erfahrungen im Rahmen einer aufmerksam zugewandten Beziehung zu vermitteln. Personen mit fortgeschrittener Demenz werden 2x am Tag für 2 Stunden in einen besonders gestalteten Raum gebracht, in dem sie gezielte Aufmerksamkeit von einer geschulten Mitarbeiterin erfahren.

Die Erfassung von Lebensqualität von Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz ist nicht leicht zu erfassen. Eine Reduktion neuropsychiatrischer Symptome (herausforderndes Verhalten und affektive sowie psychotische Symptome) und Schmerzen kann dahingehend gedeutet werden, dass Bedürfnissen und Stress besser entsprochen werden. – Vorliegende Studie untersucht, ob die Einführung des Namaste-Pflegeprogramms umschriebene Effekte zeigt.

### Methoden

Die Studie arbeitet mit der Methode der Aktionsforschung, bei der die Forschenden die Einführung und Umsetzung der Intervention begleiten, mitarbeiten, den Prozess mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beraten und reflektieren. 6 Heime in London konnten gewonnen werden, von denen allerdings nur 5 an der Studie partizipierten. Zwei der Heime setzten zuvor erfolgreich das Programm ‚Gold Standards Framework‘ um – ein nationales Schulungsprogramm zur palliativen Pflege ([www.goldstandardsframework.org.uk](http://www.goldstandardsframework.org.uk)). Eine Einrichtung musste diesen Prozess zuvor ohne Erfolg abbrechen. Teilnehmende Bewohnerinnen und Bewohner wiesen eine Demenz im weit fortgeschrittenen Stadium auf. Vorliegende Studie berichtet nur die quantitativen Resultate. Vorgestellt werden Instrumente, um Gebrechlichkeit (frailty), Demenzschwere, neuropsychiatrische Symptome und Schmerzen abzubilden. Daten wurden vor Beginn und danach in 3-monatigem Abstand 3x erhoben, insgesamt also 4x.

### Resultate

30 Bewohnerinnen nahmen an der Intervention teil. Bis auf eine Einrichtung konnte bei allen anderen eine deutliche Reduktion von Schmerz und neuropsychiatrischen

Symptomen festgestellt werden. Dieser ‚Ausreißer‘ wies schon zu Beginn deutlich höhere Werte für Schmerzen auf, welche in der Folgezeit eher stiegen als abnahmen. Die Abnahme von Schmerz und neuropsychiatrischen Symptomen waren nach Einführung der Intervention am größten und ließ in der Folgezeit (von der 3. zur 4. Messung) wieder nach, das heißt der Effekt der Intervention wurde mit der Zeit geringer. Zusätzlich fiel auf, dass neuropsychiatrische Symptome und Schmerz zusammen zu- und abnehmen, was Zusammenhänge zwischen beidem nahelegt.

Von den ursprünglich 6 beteiligten Einrichtungen schieden in der Interventionszeit 5 Heim- und Pflegeleitungen aus verschiedenen Gründen aus dem Amt aus. Die Einrichtung mit den zunehmenden Werten (‚Ausreißer‘) war zuvor am Gold Standards Framework gescheitert.

## Diskussion

In der Regel hatte die Intervention einen positiven Effekt auf die Bewohnerinnen. Einrichtungen mit den besten Werten in diesem Zeitraum wiesen einen intensiven Kontakt zu palliativen Teams und Medizinerinnen auf. Fehlende oder wenig interessierte Leitungen ließen das Programm weniger greifen: mangelhafte und fehlende Einschätzung von Schmerz führte dazu, Mediziner verzögert zu informieren. Mit der Zeit erwiesen sich die Pflegeteams weniger motiviert, das Programm im gewünschten Sinn fortzusetzen mit der Folge, dass Symptome und Schmerzen wieder zunahmen.

Berücksichtigt man diese Herausforderungen der Implementierung, dann scheint insgesamt die tägliche eins-zu-eins Zuwendung in einem geschützten Kontext durch eine geschulte Mitarbeiterin über einen längeren Zeitraum hinweg ein erfolgversprechendes Programm darzustellen. Weitere Beobachtungen bestätigen diese Vermutungen: wo Schmerz und Symptome abnahmen, nahm das Gewicht der beteiligten Personen zu, nahm die Infektionsrate (Pneumonie, Blasenentzündungen) ab und schlugen weniger Stürze zu Buche.

## Quelle

Stacpoole, M., Hockley, J., Thompsell, A., Simard, J., Volicer, L. (2015). The Namaste Care programme can reduce behavioural symptoms in care home residents with advanced dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30, 702-709

Vgl.: de Vocht, H.M., Hoogeboom, A.M.G.M., van Niekerk, B., den Ouden, M.E.M. (2015). The Impact of Individualized Interaction in the Quality of Life of Elderly Dependent on Care as a Result of Dementia: A Study with a Pre-Post Design. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 39, 272-280

Die Studie berichtet von Effekten einer täglichen 30-minütigen, individualisierten Arbeit mit Menschen mit weit vorangeschrittener Demenz. Effekte auf Lebensqualität

wurden anhand von Videos und einem Instrument zur Erfassung von Lebensqualität abgebildet. Augenkontakt, Berührungen, sich gemeinsam auf nahe Objekte beziehen und auf Ansprache reagieren verbesserte das Interaktionsverhalten während der Interaktion, wirkte sich aber nicht grundsätzlich oder nachhaltig auf die Lebensqualität aus. Angehörige waren der Meinung, die Intervention habe eine Auswirkung auf die grundlegende Stimmung. Pflegende berichteten, die Personen seien wacher, aufmerksamer und würden mehr Resonanz auf Kontakt und Umgebung zeigen. In jedem Fall trug die Intervention zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit der Pflegenden bei.

## 11. Pfleger lernen am besten voneinander und im Fallgespräch

<b>Ziel/Hintergrund</b>	<p>Angesichts steigender Bedarfe für die professionelle Versorgung von Menschen mit Demenz sind Konzepte für Ausbildung und Schulung zwingend erforderlich. Bisherige Studien lassen erkennen, dass Schulungseffekte nicht lange anhalten und sich als abhängig von organisatorischen Veränderungen, finanziellen Anreizen und Teamentwicklungsprozessen erweisen. Fortlaufende Unterstützung und enge Begleitung in der Weiterentwicklung der Arbeitsorganisation unterstützen Lernprozesse nachhaltig. Direkte Auswirkungen von Schulungen auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Bewohnern/Klienten lassen sich bislang nicht eindeutig aufweisen.</p> <p>In vorliegender Studie werden die Meinungen und Einschätzungen von professionell Pflegenden und anderer Heilberufe (Physio- und Beschäftigungstherapeuten) zu Schulungen für den Umgang mit und Pflege von Menschen mit Demenz erkundet.</p>
<b>Methoden</b>	<p>Es handelt sich um eine qualitative Studie, die Daten anhand von Fokusinterviews erfasst. Insgesamt wurden 70 Teilnehmende in 14 Fokusinterviews befragt. Ziel der thematischen Analyse der Interviews ist es, zentrale Themen zu Rollen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Wissensbedarfen und Erfahrungen mit bereits erfolgten Schulungen zu identifizieren.</p>
<b>Resultate</b>	<p>Die Ergebnisse werden unter 5 thematischen Rubriken zusammengefasst.</p> <p><b>Kompetenzbasierte Fähigkeiten</b> Teilnehmende aus der Pflege haben Mühe, Kernfähigkeiten zu benennen. Zwar werden Aspekte wie Problemlösung, Beobachtungsfähigkeit genannt, genauer aber noch: die Fähigkeit, Wissen situationsangemessen anzuwenden und dies Kolleginnen und Kollegen auch mitteilen zu können. Kommunikation, Beratung und Flexibilität werden genannt sowie die Fähigkeit, mit herausforderndem Verhalten und pflegerischen Grundaufgaben geschickt zurechtzukommen. Es fällt auf, dass andere Berufe ihre besonderen Kompetenzen spezifischer und funktionaler benennen können als Pfleger. Pfleger führen dies mitunter darauf zurück, für alles und jedes zuständig zu sein und dies schlecht von anderen Berufen abgrenzen zu können.</p> <p><b>Überzeugungen</b> Pfleger zeigen sich davon überzeugt, dass personenzentrierte Pflege nicht wirklich unterrichtet oder gelehrt werden kann. Dies sei eine Frage von ‚Naturtalent‘ und ‚magischem Touch‘, den man entweder habe oder nicht. Es gebe Personen, die ohne jede Schulung personenzentriert arbeiten und andere, welche dies trotz vielfältiger Schulungen</p>



niemals umsetzen könnten. Es stellten sich im Team ‚informelle Experten‘ heraus, denen man nachzueifern und von denen man lernen könne.

#### Barrieren

Man wisse, was personenzentrierte Pflege sei und wie sie aussehe. Man könne sie nur eingeschränkt praktizieren, weil sie mit den Zeitvorgaben, der Aufgabenfülle und Komplexität klinischer Abläufe kaum zu vereinbaren seien. Daher müsse sie als getrennte, eigenständige Aufgabe betrachtet werden, welche nicht in die Regelvorgänge der Pflege integriert werden könne. Als Beispiel wird genannt: Man könne die Leute nicht nach Gusto im Bett lassen, da sie dann Mahlzeiten verpassten, die später nicht mehr regelgerecht serviert und begleitet werden könnten. Weiterhin: es passierten viele Vorgänge gleichzeitig, die jeder für sich viel Zeit und Aufmerksamkeit erforderten – ein rufender Bewohner, eine fragende Angehörige, ein Konflikt zwischen Klienten, eine Person, die sich aus dem Bereich entfernt. Wechselseitige Beratung und ein enger Teamzusammenhalt können allerdings dazu beitragen, dass man die Arbeit dennoch gerne verrichte.

#### Lernen

Man lerne, indem man zusammen mit ‚informellen Experten‘ arbeite, von denen man sich das Wesentliche abschauen könne. Positive Rollenmodelle und Teamreflexionen seien die wichtigsten Lernorte. Externen Experten, die oft nicht in der Pflege arbeiten, messe man geringe Bedeutung bei. Das Arbeiten im ‚Klassenzimmer‘ bringe nichts und sei verschwundene Zeit.

#### Familien/Angehörige

Befragte Angehörige bestätigten die meisten Aussagen der Pflegenden. Mit Menschen personenzentriert zu arbeiten sei eine Gabe, eine Berufung, die man nicht erlernen könne. Angehörige beschrieben dies folgendermaßen: begabte Pfleger könnten die Menschen mit Demenz ‚lesen‘ und deren Verhalten intuitiv richtig deuten. Sie könnten spontan die Situation aus der Binnenperspektive der Person nachvollziehen und unmittelbar die richtigen de-eskalierenden Maßnahmen einleiten. Zuhören, Verstehen können, eine menschliche warme Atmosphäre schaffen, Freundlichkeit und Geduld machten diesen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern keine Mühe, sondern ‚fließen‘ wie von selbst.

## Diskussion

Die Autoren deuten diese Aussagen mit dem Konzept der ‚unbewussten Kompetenz‘ von Maslow (man weiß/kann etwas so selbstverständlich, dass man nicht weiß, warum man es kann oder weiß). Dies gehe einher mit der Mühe, aufgrund eines sehr weit gesteckten Aufgabenfeldes (‚Alltag‘) die eigene Rolle zu bestimmen und abzugrenzen. Dies gelte vor allem für die angelernten Pflegekräfte, welche die Hauptlast der Körperpflege bewältigen, aber am unteren Ende der Hierarchie stünden. Dies fördere die

Auffassung, dass es nicht das Wissen und die erlernte Kompetenz sei, welche in diesem Arbeitsfeld zähle. Für die Lernprozesse aber bedeutet dies, erfahrungsbezogenem und reflexionsbasiertem Lernen den Vorzug zu geben: man müsse Lernprozesse so aufbauen, dass sie eigene Erfahrungen reflektiere, aufgreife, vertiefe. Auf dem Hintergrund der Lebens- und Arbeitserfahrung würden konkrete lösungsorientierte Schritte gemeinsam beraten. (Fallbesprechung) In diesem Kontext sei dann auch Wissenstransfer, aber auch Generalisierung von Erfahrung möglich.

**Quelle**

Smythe, A., Bentham, P., Jenkins, C., Oyebode, J.R. (2015). The experiences of staff in a specialist mental health service in relation to development of skills for the provision of person centred care for people with dementia. *Dementia*, 14(2), 184-198

## 12. „Verbundenheit“ stellt den zentralen Faktor für Lebensqualität dar

<b>Ziel/Hintergrund</b>	<p>Es besteht in der Forschung keine Einigkeit darüber, welche Faktoren die (subjektive Bewertung der) Lebensqualität von Menschen mit Demenz beeinflussen. So herrscht zum Beispiel die Meinung vor, dass die Abnahme von kognitiven und alltagsbezogenen Funktionen und die Zunahme herausfordernden Verhaltens und Abhängigkeit die Lebensqualität vermindern. Wenig ist darüber bekannt, ob Menschen mit Demenz dies auch so sehen, oder vielmehr trotz aller Widrigkeiten ihr Leben positiv bewerten (dies wird unter dem Konzept ‚disability paradox‘ diskutiert). Da oft Angehörige oder Pflegende zur Bewertung der Lebensqualität herangezogen werden, könnten diese die Bedeutung von Einschränkungen überbewerten. Vorliegende Studie fasst auf einer abstrakteren Ebene zusammen, was Menschen mit Demenz zu den ihre Lebensqualität beeinflussenden Faktoren zu sagen haben.</p>
<b>Methoden</b>	<p>Es handelt sich um eine besondere Form der systematischen Literaturanalyse, die qualitative Studien betrifft (Metasynthese). Einbezogen werden qualitative Studien seit 1970, welche Faktoren der Lebensqualität aus Sicht der Betroffenen thematisieren. Studien, welche die Perspektive von Professionellen oder von Angehörigen einnehmen, wurden ausgeschlossen. Beschrieben werden die Suchstrategie, die Kriterien zur Bewertung der Studien sowie die Analyse. Es wird der Versuch gemacht, die Begriffe der verschiedenen Studien zu synthetisieren und zu neuen, übergreifenden Begriffen zu gelangen.</p>
<b>Resultate</b>	<p>Es konnten 12 Studien gefunden werden, welche den Kriterien entsprachen. Sie werden unter sechs Rubriken zusammengefasst, wobei die erste Rubrik ein Metakonzept darstellt, das in allen anderen Rubriken vorkommt.</p> <p>Verbundenheit (connectedness): Immer wieder wird die Bedeutsamkeit unterstrichen, mit der Familie, anderen Bewohnerinnen und Bewohnern, mit der unmittelbaren Umgebung verbunden zu sein. Ähnliche Begriffe lauten: Interaktion, Partizipation, Einbezogenensein, in Verbindung sein (attachment), Kontakt und Kooperation. Verbundenheit geht damit einher, auf positive und harmonische Weise Entsprechungen zwischen dem Selbstbild, den dazu passenden Erfahrungen und Beziehungen, dem eigenen Tätigsein, dem Wohlbefinden und dem Ort, an dem man lebt, wahrzunehmen.</p> <p>Beziehungen (zusammen versus allein): Beziehungen zu Freunden, Familien, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern tangieren die Lebensqualität deutlich. Begriffe wie Freundlichkeit, Liebe, Respekt, das Gefühl anerkannt und verstanden</p>

zu werden, Hilfe zu erfahren aber auch zu geben (Wechselseitigkeit) kennzeichnen die Qualität einer positiven Beziehung, welche Lebensqualität verbessert. Das Gegenteil bildet: abgeschnitten und allein zu sein.

Heute lebendig tätig sein (zielgerichtet versus ziellos): Das Gefühl, eine Richtung, Struktur, Zweck zu haben bedeutet, sich selbst zu verwirklichen, selbst- und eigenständig etwas tun zu können und daraus Befriedigung ziehen zu können. Nichts mehr tun zu können, nicht mehr teilhaben zu können, nichts mehr beitragen zu können geht mit schlechter Lebensqualität einher.

Gesund sein (gesund versus krank): Chronische und schmerzhaftes Erkrankungen gehen nicht per se mit geringer Lebensqualität einher; vielmehr hängt dies von Persönlichkeitsmerkmalen ab, wie die chronische Erkrankung wahrgenommen wird, zum Beispiel optimistisch bleiben, auf andere verweisen, denen es schlechter geht, sich auf das konzentrieren, was man noch mit Freude machen kann. Nimmt man wahr, dass die eigene Erkrankung andere nahestehende Personen negativ tangiert, dann verringert dies die Lebensqualität. Dies betrifft auch Symptome der Demenz selbst: Vergesslichkeit wird nicht per se mit schlechterer Lebensqualität in Verbindung gebracht. Wenn es gelingt, die Erfahrung chronischer Erkrankung in das Leben insgesamt zu integrieren, dann dominiert diese Erfahrung nicht alles andere.

Die Wahrnehmung des Ortes (verwurzelt oder entwurzelt): Mit seiner Umgebung zufrieden und vertraut zu sein unterstützt die Wahrnehmung einer positiven Lebensqualität. Dies betrifft sowohl das „Zuhause-Gefühl“, dass der Ort den eigenen Neigungen und Bedürfnissen entspricht, aber auch, dass man die weitere Umgebung nutzen kann, zum Beispiel für Spaziergänge oder Einkäufe, und mit dieser vertraut ist. Lebt man weiter in seiner Gemeinde, dann erleben sich die Personen auch nützlicher, relevanter und anerkannter. Entwurzelt fühlt man sich, wenn nur entfernte Orte von persönlicher Bedeutung sind, wenn man sich am gegenwärtigen Ort langweilt und dort keine Rolle und Aufgabe hat. Am fremden Ort verliert sich auch das Gefühl, der zu sein, der man ist.

Wie in der Graphik deutlich wird, hängen diese Faktoren auf vielfältige Weise eng zusammen. Besonders der Faktor „Verbundenheit“ zieht sich durch die anderen Faktoren wie ein roter Faden. So ergeben sich Verbindungen zwischen „Beziehung“ und „Wahrnehmung des Ortes“, zwischen „Beziehung“ und „Gesundheit“, zwischen „heute lebendig tätig sein“ und „Wahrnehmung des Ortes“. Alle Faktoren wiesen enge Zusammenhänge zu den Konzepten „sich glücklich/unglücklich beziehungsweise traurig“ fühlen. Positive Wertungen genannter Faktoren gehen mit „sich glücklich fühlen“ einher und umgekehrt: fühlt man sich entwurzelt, dann ist man traurig.

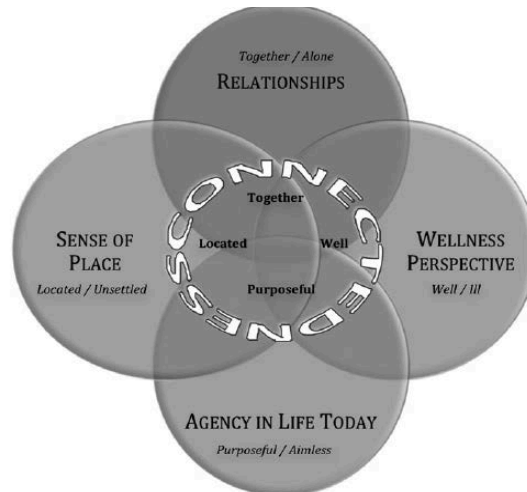


Figure 2. Factors that affect quality of life according to people with dementia. The overlapping circles show that relationships exist between the four factors. Connectedness in all four factors is illustrated in the center of the figure where all circles overlap.

## Diskussion

Im Unterschied zur Perspektive Professioneller oder Angehöriger verbinden Menschen mit Demenz mit Demenzsymptomen an sich nicht unbedingt eine schlechtere Lebensqualität. Vielmehr scheint es wichtig zu sein, wie diese Beeinträchtigungen wahrgenommen werden, ob die Wahrnehmung der Unterstützung dem Beeinträchtigungsempfinden entspricht, ob man trotz Beeinträchtigungen zufrieden tätig sein kann. Tätigkeiten des täglichen Lebens (also auch Selbstpflege) haben eine hohe Bedeutsamkeit, aber eben nur dann, wenn sie für die Person wichtig sind und mit dem Gefühl, etwas Sinnvolles tun zu können, in Verbindung stehen. Auch Umgebung/Milieu ist von Bedeutung, aber eher in dem Sinn, dass die Person sich dort verwurzelt und zuhause fühlt.

Abschließend diskutieren die Autoren, ob für die Befragten ‚glücklich sein‘ ein Synonym für Lebensqualität darstellt. Dies stünde in scharfem Kontrast zur Theoriebildung, die ‚Glücklichsein‘ dem psychologischen Wohlbefinden zuordnet und letzteres als nur eine Dimension von Lebensqualität auffasst. Weiterhin kommentieren die Autoren die bislang nicht gelöste Frage, ob genannte Rubriken als Faktoren (beeinflussen Lebensqualität ohne mit ihr identisch zu sein) oder Komponenten/Dimensionen der Lebensqualität (definieren, was Lebensqualität ist, bedeutet) aufgefasst werden sollten.

Sie fassen zusammen: wenn eine der genannten Faktoren mit Verbundenheit einhergeht, dann geht er auch mit ‚Glücklichsein‘ einher und umgekehrt. Dies legt eine Systematik nahe, die man für die Entwicklung von Instrumenten zur Abbildung von Lebensqualität nutzen könnte.

**Quelle**

O'Rourke, H.M., Duggleby, W., Fraser, K.D., Jerke, L. (2015). Factors that Affect Quality of Life from the Perspective of People with Dementia: A Metasynthesis. *Journal of the American Geriatric Society*, 63, 24-38

Vgl.: Sundström, A., Westerlund, O., Kotyrlo, E. (2016). Marital status and risk of dementia: a nationwide population-based prospective study from Sweden. *BMJ Open*, 6: e008565. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008565

Die schwedische Langzeitstudie, die landesweit Daten der gesamten schwedischen Population von 50-74 Jahren erfasst, untersucht Zusammenhänge zwischen Partnerschaft und Demenzbeginn. Insgesamt bestätigen sich Befunde, nach denen Personen die allein, geschieden oder verwitwet sind, einen früheren Demenzbeginn aufweisen. Besonders deutlich wird der Unterschied zwischen geschiedenen und verheirateten Personen. Geschiedene Männer weisen ein höheres Risiko auf als geschiedene Frauen. Die Autoren stellen folgende Erklärungsversuche zusammen: In Partnerschaft zu leben sei der beste Kontext für kognitive Anregung. Man sei weniger allein, habe mehr soziale Kontakte und damit auch Hilfen. In einer Beziehung zu leben könnte den Stress reduzieren, insbesondere vor Depressionen besser schützen. Alternativ könnten die Daten ‚Selektionsprozesse‘ abbilden: gesündere Menschen haben bessere Chancen, sich zu verheiraten und die Heirat selber trägt dazu bei, die eigene Gesundheit ernst zu nehmen.

### 13. In Verbindung zu sein motiviert zu Aktivitäten und sinnvolle Aktivitäten helfen, in Verbindung zu bleiben

<b>Ziel/Hintergrund</b>	Menschen mit Demenz mangelt es oft an Gelegenheiten sinnvoll tätig werden zu können. Aktiv zu sein und Gemeinschaft zu erfahren stellen die häufigsten unerfüllten Bedürfnisse dar. Professionelle Aktivierungs- und Gemeinschaftsangebote werden oft als nicht sinnvoll erfahren und gehen an ihren Bedürfnissen vorbei. – Vorliegende Studie fasst die Ergebnisse qualitativer Studien zu diesem Thema aus der Perspektive der betroffenen Personen zusammen.
<b>Methoden</b>	Die Such- und Auswahlstrategie der Literaturanalyse wird beschrieben. Nur Studien, welche die Perspektive von Menschen mit Demenz einnehmen, kommen zum Zuge. Zudem müssen die Studien ein umschriebenes Qualitätsniveau erreichen. Zur Anwendung kommt ein Verfahren namens ‚Meta-Ethnographie‘, die mit den Interpretationen und Erklärungsansätzen der Originalautoren arbeitet und nicht mit deren Daten.
<b>Resultate</b>	<p>Aus 796 Artikeln wurden 34 ausgesucht. Zentrale Kategorie der Analyse wird benannt mit „in Verbindung sein“. Dies stelle die wichtigste Motivation von Menschen mit Demenz dar, aktiv zu werden. ‚In Verbindung sein‘ kann sich im Einzelnen oder in Kombination beziehen auf das Selbst, andere Personen oder die Umwelt.</p> <p>Mit sich selbst in Verbindung sein</p> <p>Aus den Studien ergeben sich zumeist Auskünfte von Menschen mit beginnender beziehungsweise leichter Demenz. Alltägliche, gewohnte Tätigkeiten fortzuführen trägt zu einem Gefühl von Kontinuität mit dem bisherigen Lebensstil, den eigenen Werten und Überzeugungen bei. Dies kann sich beispielsweise auf das eigene Aussehen (Mode, Frisur) oder auch auf die Arbeit beziehen. Gewohnheiten und Routinen unterstützen das erworbene Gerüst von Rollen und Identitäten zum Beispiel in der jeweiligen Kirchengemeinde oder im Sportverein. Das Beibehalten bisheriger Freizeitaktivitäten (Spaziergänge, Kreuzworträtsel, Lesen), aber auch in positiven Erinnerungen schwelgen, trägt zu dem Gefühl bei, etwas ‚gegen‘ die Demenz tun zu können und seine körperliche und seelische Gesundheit aufrecht zu erhalten. Für die eigene Familie von Nutzen zu sein (Enkelkinder hüten, Einkäufe erledigen) unterstützt die Selbstachtung in besonderem Maße. Personen, die in stationären Einrichtungen leben, vermissen zumeist sinnvolle Tätigkeiten im umschriebenen Sinne.</p>



Mit anderen in Verbindung sein

Alleinsein und Einsamkeit zu vermeiden stellt eine häufige Angst dar, besonders im Fall eines Lebens im Heim. Fernsehen und Radio werden als eine virtuelle Kompensationsmöglichkeit angesehen. Am besten ist es, mit anderen, insbesondere dem Partner, etwas zusammen zu tun. Dabei ist die Art der Tätigkeit zunächst weniger wichtig als das Gefühl der Zugehörigkeit; Freude aber entsteht besonders dort, wo es gelingt, Tätigkeiten an die Interessen und Fähigkeiten der Person anzugleichen. Sich mit anderen auszutauschen trägt dazu bei, Herausforderungen im Alltag zu relativieren, sich kompetenter zu fühlen und von anderen zu lernen. Von herausragender Bedeutung für das Wohlbefinden sind die Kontakte zur eigenen Familie.

Mit der Umwelt in Verbindung sein

Das Leben in der eigenen Wohnung unterstützt die Identität: umgeben von den eigenen Gegenständen weiß die Person besser, wer sie war und ist, fühlt sich eingebettet und verortet. Dies betrifft auch die unmittelbare Umgebung: bekannte Wege und Geschäfte, vertraute Fahrten. Auch der Blick aus dem eigenen Fenster und die Personen/Nachbarn, denen man im vertrauten Umfeld begegnet, tragen dazu bei, sich in der Gemeinde sicher zu fühlen.

Die Autoren kommentieren, dass diese Themen auf vielfältige Weise miteinander vernetzt sind. Familie, Gemeinde, geteilte Erinnerungen scheinen das Grundvertrauen in sich, die anderen und die Umgebung wechselseitig zu stabilisieren: so hilft die Verbindung zum Partner, sich an sinnvolle Tätigkeiten zu erinnern oder sie auf angepasstem Niveau mit subtiler Unterstützung des Partners noch durchführen zu können.

## Diskussion

In Verbindung zu sein motiviert zu Aktivitäten und sinnvolle Aktivitäten helfen, in Verbindung zu bleiben. Mit sinnvoll erlebten Tätigkeiten verbunden zu sein stabilisiert die physische, geistige und seelische Gesundheit, erhält das Selbstwertgefühl und die soziale Identität, ermöglicht den Erhalt relativer Unabhängigkeit und Zufriedenheit.

Tätigkeiten, die Angehörige für sinnvoll halten, sind nicht unbedingt sinnvoll für Menschen mit Demenz: Während Angehörige soziale Aktivitäten im Heim für sinnvoll halten, ziehen es die Personen selbst vor, eben diese Aktivitäten mit der Familie durchzuführen. Auch die Bedeutung positiver Reminiszenz und bestimmter Lieder und Musiken für die Person, sind Familien zumeist nicht bewusst.

Es ist wichtig zu wissen, warum eine Person eine Aktivität schätzt: wer Fahrrad fährt, um in der Natur zu verweilen, wird einen Hometrainer nicht attraktiv finden. Nur wenn man die Natur des Interesses versteht kann die Tätigkeit den Fähigkeiten der Person angepasst werden.



**Quelle**

Han, A., Radel, J., McDowd, J.M., Sabata, D. (2016). Perspectives of People with Dementia About Meaningful Activities: A Synthesis. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31(2), 115-123

## 14. Entscheidungen am Lebensende von Menschen mit Demenz kreisen um das Thema Lebensqualität

### Ziel/Hintergrund

Die sich zeitlich in die Länge ziehende Natur der Demenz in Kombination mit vielen anderen akuten und chronischen Erkrankungen erfordern ein komplexes klinisches Assessment und am Lebensende auch schwierige Entscheidungen. Entscheidungen am Lebensende umfassen Behandlungsabbrüche, Schmerztherapien mit möglicher Lebensverkürzung und – zumindest in Belgien – auch die Möglichkeit eines ärztlich assistierten Suizids. Im Arbeitsfeld der Behandlung von Karzinomen ist dies sehr viel umfassender diskutiert worden als in dem der Demenz. Der ärztlich assistierte Suizid in Belgien ist Personen mit vollständig erhaltener Einwilligungsfähigkeit vorbehalten: Menschen mit Demenz sind von dieser Möglichkeit in der Regel ausgeschlossen, obgleich viele Stimmen laut geworden sind, Menschen mit Demenz diese Option zu eröffnen. Vorliegende Studie vergleicht Entscheidungen am Lebensende bei Menschen mit Krebs- und Menschen mit Demenzerkrankungen. Genauer: wie oft erfolgen Entscheidungen am Lebensende bei Menschen mit Demenz und was charakterisiert diesen Entscheidungsprozess insbesondere in Bezug auf die Familie?

### Methoden

Daten wurden anhand eines Fragebogens erhoben, den behandelnde Ärzte aus Flandern und Brüssel bearbeitet haben. Ausgangspunkt der Befragung waren Todesbescheinigungen und die korrespondierende Wahrscheinlichkeit, dass in den Fällen eine Entscheidung am Lebensende gefällt worden ist. Jeder ausstellende Arzt eines auf ein halbes Jahr begrenzten Zeitraumes erhielt einen 5-seitigen Fragebogen. Beschrieben werden das Anonymisierungsverfahren, der Fragebogen sowie die Datenbearbeitung. Gefragt wurde nach Behandlungsabbruch, Intensivierung der Schmerzbehandlung und nach (illegal erfolgten) Euthanasien aufgrund des expliziten Verlangens des Patienten.

### Resultate

Kombiniert ergab sich eine Antwortrate von 54,7% (4.324 von 7.902 Fällen). Bei Menschen mit Demenz erfolgten vergleichsweise weniger Entscheidungen am Lebensende als bei Krebspatienten. Behandlungsabbrüche – Beendigung künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, Beendigung der Antibiotikatherapie – dagegen erfolgten vergleichsweise vermehrt bei Menschen mit Demenz. Menschen mit Demenz erhielten vergleichsweise weniger intensivierete Schmerztherapie, die Schmerzproblematik wurde bei Menschen mit Krebs in der Regel höher eingeschätzt. Lebensverkürzende Effekte von Medikationen bei Menschen mit Demenz wurden für einen Tag mit 38,4%, für 1-7 Tage mit 30,8% und für 7-30 Tage mit 30,8% eingeschätzt.

Euthanasie kam nicht vor, obgleich 1,3% der Personen mit Demenz danach verlangt hatten.

Nur selten wurden Entscheidungen am Lebensende mit den Patienten mit Demenz, in der Regel dagegen mit den Angehörigen besprochen. Patientenverfügungen lagen nur in 1,2% der Fälle vor. Entscheidungen am Lebensende bei Menschen mit Demenz erfolgten weniger wegen Schmerzen oder besonderer Wünsche, sondern wegen der erwartbaren Lebensqualität: keine Aussicht auf Besserung (59,7%), das Leben soll nicht grundlos verlängert werden (54,5%) und absehbares Leiden soll vermieden werden (37,6%).

## Diskussion

In etwa der Hälfte der Fälle erfolgte eine Entscheidung mit lebensverkürzenden Effekten – wesentlich weniger als bei Krebspatienten. Lebensverlängernde Maßnahmen wurden bei Menschen mit Demenz sehr viel häufiger vermieden als bei Krebspatienten. Familien und Ärzte entscheiden in der Regel, der Betroffene kann nicht mehr hinzugezogen werden. Die Autoren führen die Unterschiede auf die unterschiedlichen Entwicklungsdynamiken der Erkrankungen zurück. Entscheidungen am Lebensende bei Menschen mit Demenz kreisen um das Thema der absehbaren zukünftigen Entwicklung. Die Autoren geben zu bedenken, dass diese Entscheidungen die Angehörigen sehr unter Druck setzen: Patientenverfügungen aus der Zeit vor Beginn der Demenz, bei denen Wünsche im Fall schwerer Demenz mitbedacht wurden, könnten hier entlastend wirken. Bedenklich stimmt die vergleichsweise geringe Schmerztherapie bei schwerer Demenz: die Autoren vermuten, dass Menschen mit Demenz regelhaft unterbehandelt sind. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Sterbephase bei Menschen mit Demenz schwer zu bestimmen ist und es daher immer wieder zu unnötig aggressiven Behandlungen kommt. Die Frage der Euthanasie spielt dagegen eine verschwindend kleine Rolle.

## Quelle

Chambaere, K., Cohen, J., Robijn, L., Bailey, S.K., Deliens, L., (2015). End-of-life Decisions in Individuals Dying with Dementia in Belgium. *Journal of the American Geriatric Society*, 63, 290-296, DOI: 10.1111/jgs.13255