

# Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

(Landesinitiative Demenz-Service NRW)

Newsletter und Forschungsmonitoring 1/2017

gefördert von:

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



LANDESVERBÄNDE  
DER PFLEGEKASSEN



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

Über UW/H:

Die Universität Witten/Herdecke (UW/H) nimmt seit ihrer Gründung 1982 eine Vorreiterrolle in der deutschen Bildungslandschaft ein: Als Modelluniversität mit rund 2.000 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 2017

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 Ihnen liegt der erste Forschungsnewsletter des Jahres 2017. Dass es nun im Januar zu diesem Newsletter gekommen ist, hat mit einem ausgesprochen erfreulichen Umstand zu tun: Die bisherigen Förderer des DZD haben Ende vergangenen Jahres entschieden, das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) finanziell weiterhin zu unterstützen; sowohl das nordrheinwestfälische Pflegeministerium (MGEPA) als auch der Verband der Ersatzkassen (vdek) beauftragten das DZD, weiterhin den Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis im Rahmen der Landesinitiative Demenz-Service NRW zu unterstützen. Dies freut uns natürlich sehr und das Team des DZD empfindet die **Weiterförderung** sowohl als Ansporn für die zukünftige als auch als Bestätigung der in den letzten 11 Jahren mit viel Engagement durchgeführten Arbeit ([Pressemitteilung: http://www.uni-wh.de/aktuelles/detailansicht/artikel/foerderung-des-dialog-und-transferzentrum-demenz-dzd-um-zwei-jahre-verlaengert-1/](http://www.uni-wh.de/aktuelles/detailansicht/artikel/foerderung-des-dialog-und-transferzentrum-demenz-dzd-um-zwei-jahre-verlaengert-1/)).

Nach dieser freudigen Nachricht am Ende des letzten Jahres sind wir natürlich sofort in die Planung des aktuellen Jahres eingestiegen. Ein erstes Ergebnis dieser Planung ist der auch in diesem Jahr stattfindende **Newsletterday**, am **8. November 2017**. Das Thema unserer diesjährigen Tagung ist „Angst und Demenz“. Nietzsche sagt:

*„Die Phantasie der Angst ist jener böser, äffische Kobold, der dem Menschen gerade dann noch auf den Rücken springt, wenn er schon am schwersten zu tragen hat.“*

Wir stecken gerade mit Hochdruck in den Planungen für den Tag, schreiben potentielle Referentinnen und Referenten an und diskutieren hier im Team zu den vielen Aspekten des Phänomens Angst vor dem Hintergrund einer Demenzerkrankung. Ich bin sicher, auch dieser Newsletterday hält für Sie spannende und herausfordernde Referate, Themen und Begegnungen bereit. Wir freuen uns schon jetzt sehr! Wenn Sie mögen, können Sie sich bereits jetzt zu diesem Tag anmelden. Wie immer ist das Fassungsvermögen des Audimax in der UWH begrenzt (Nähere Informationen zur Anmeldung unter (<http://dzd.blog.uni-wh.de/save-the-date-tagung-zum-thema-angst/>)).

Ansonsten hat sich nach dem letzten Newsletter im vergangenen Jahr noch viel im DZD getan. Wir haben viele Vorträge gehalten, es wurden neue Transferformate im digitalen Bereich verwirklicht (z.B. eine Podcast-Serie), wir haben den 13 Demenz-Servicezentren der Landesinitiative inhaltlich zugearbeitet ([www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)) und viele andere Institutionen, Personen und Interessierte im Bereich Demenz beraten und unterstützt. Aber das ist alles „Schnee von gestern“.

Vor Ihnen liegt also der aktuelle Forschungsnewsletter des DZD, welcher unter anderem den Schwerpunkt der Implementierung personenzentrierter Arbeit sowie die professionelle Arbeit selbst in den Mittelpunkt stellt. Es sind spannende Studien durchgeführt worden, welche wir für Sie heruntergebrochen und in ihrer Essenz dargestellt haben. Lassen Sie sich inspirieren ...!

Das Jahr 2017 hat begonnen und wir haben wieder „Fahrt aufgenommen“!

Bis bald und viel Freude beim Lesen

wünscht Ihnen

Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. Rüsing', with a horizontal line above the 'i' and a large, sweeping flourish below the 'g'.

Detlef Rüsing  
(Leiter DZD)



## Newsletter DZD 3/2016

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

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

### Was wir wollen, was wir tun

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

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



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

### Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Fakultät für Gesundheit

Universität Witten/Herdecke

Stockumer Str. 10

58453 Witten

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

fax: ++49 (0) 2302/926310

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

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

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

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

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

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

### **Newsletterday zum Thema „Angst und Demenz“ am 8. November 2017**

Zum fünften Mal veranstaltet das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) am 8. November 2017 den Newsletterday. Das Thema: "Angst und Demenz".

Obwohl die Angst im Alter zunimmt, gibt es nach wie vor nur verhältnismäßig wenig Forschung zu diesem Thema, speziell im Zusammenhang mit Demenz. Dabei spielt der Umgang mit Angst eine zentrale Rolle in der Pflege.

Das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) wird sich bei dem nächsten Newsletterday am 8. November 2017 intensiver mit der Frage beschäftigen, welche Interventionen zwischen Forschung und Praxis in der Pflege von Menschen mit Demenz dazu beitragen, einzelne Ängste besser abzubauen. Dabei wird zunächst danach gefragt, welche Ängste und Angststörungen im Alter prinzipiell häufiger anzutreffen sind, etwa solche Ängste wie Panikstörungen, Sozialphobien und generalisierte Angststörungen, bevor weiter danach gefragt wird, welche Formen der Angst häufiger bei Menschen mit Demenz auftreten, auch im Zusammenspiel mit begleitenden Symptomen wie Depression.

Während der Vormittag stärker auf Erkenntnisse aus der Forschung zum Thema eingeht, steht am Nachmittag die Pflegepraxis im Vordergrund. Hier geht es insbesondere um Erfahrungen mit unterschiedlichen Interventionen im Umgang mit Angst. Ein Beispiel dazu wären verhaltenstherapeutische Ansätze, die im Gegensatz zu psychotherapeutischen Verfahren auch dann noch erfolgversprechend sind, wenn die Fähigkeit zur Reflexion nachlässt.

Der Eintritt zur Tagung beträgt 50 Euro. Im Preis enthalten ist die Pausenverpflegung (Mittagessen, Kaffee und Kuchen). Arbeitssuchende, Studierende und Schüler erhalten freien Eintritt. Für diese Gruppe liegt ein begrenztes Kontingent an Karten vor. Anmeldungen zum fünften Newsletterday des DZD werden unter folgender E-Mail Adresse entgegengenommen: [dialogzentrum@uni-wh.de](mailto:dialogzentrum@uni-wh.de). Unsere Mitarbeiterin Frau Koch wird sich bei Ihnen melden!

### **DZD beendet dreijährige Evaluation des Projektes „Gastfamilien für Demenzkranke“**

Zu Beginn des Jahres hat das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) die dreijährige Evaluation des Projektes „Gastfamilien für Demenzkranke“ der Diakonie Düsseldorf e.V. beendet. Das Projekt wurde seitens des NRW-Pflegeministeriums (MGPEA) und des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) finanziert. Bislang wurden noch keine Ergebnisse zur Studie publiziert. Der Abschlussbericht der Evaluation wurde den Auftraggebern vom DZD übergeben.

### **Mehrteilige Podcast-Serie „Die Pflegesprechstunde“ auf dem Blog des DZD erschienen**

Seit August 2016 produzierte das DZD eine siebenteilige Podcast-Serie mit vornehmlich Experten-Interviews zu Themen wie „Ernährung und Demenz“, „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ oder „Kriegstrauma und Demenz“. Es lohnt

sich, einmal „nachzuhören“ (<http://dzd.blog.uni-wh.de/category/die-pflegesprechstunde/>).

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

### **Internationale Studienreise „Demenz im Krankenhaus“ nach Norwegen startet im Mai**

Save the date: Die zweite 5-tägige internationale Studienreise zur akutstationären Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus findet zwischen dem 22.05. und dem 02.06.2017 statt – und führt nach Norwegen. Der genaue Reisettermin wird in Kürze bekannt gegeben. Bewerben können sich alle Akteure im Gesundheitswesen, die die Versorgung von den Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus verbessern wollen. Die Studienreise findet im Rahmen des Programms „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Internationale Studienreisen“ statt, das von der Robert Bosch Stiftung gefördert wird. Weitere Informationen (Bewerbungsstart, Reiseroute) werden unter [www.g-plus.org](http://www.g-plus.org) veröffentlicht.

### **Tagung „TOGETHER EVERYONE ACHIEVES MORE! Perspektiven erweitern durch multiprofessionelle Zusammenarbeit bei der Versorgung von Menschen mit Demenz“ findet am 27./28.04.2017 in der Universität Witten/Herdecke statt**

Die Tagung des Lehrstuhls für multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen bietet einen breiten Überblick über verschiedene Ansatzpunkte, die kleine, aber wirkungsvolle Schritte zur Verbesserung der Versorgungslage der Betroffenen und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe aufzeigen. Neben den Referaten besteht ausreichend Gelegenheit zum Meinungsaustausch und der Netzwerkarbeit. Wissenschaftlicher Kooperationspartner ist in diesem Jahr die Schweiz.

Weitere Infos zum Programm und zur Anmeldung erfragen Sie bitte bei Claudia Kuhr: [claudia.kuhr@uni-wh.de](mailto:claudia.kuhr@uni-wh.de)

Ihr Team des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD)

Georg Franken  
Britta Koch  
Detlef Rüsing

Marcus Klug  
Christian Müller-Hergl



## **Forschungsmonitoring 1/2017**

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

**Februar 2017**

## Inhaltsverzeichnis

1. Altert man positiv, kann Demenz den Kontext für persönliches Wachstum bilden..... 12
2. Die Lebensqualität in der eigenen Häuslichkeit ist deutlich höher als im Heim ..... 16
3. Hospitalisierungen von Menschen mit Demenz erfolgen häufig wegen unabsichtlicher Vergiftungen..... 18
4. Baden, Ernährung und Ankleiden stellen die häufigsten Ursachen für Abwehrverhalten in der häuslichen Pflege dar ..... 20
5. Sensorische Beeinträchtigungen erhöhen das Risiko der Demenz..... 22
6. Veränderung der Lebensweise ist wichtiger als gezielte Trainings ..... 24
7. Ein individuelles Format in Zuwendung und Inhalt der Aktivitäten zeigt positive Effekte ..... 26
8. Trotz mangelnder Aufklärung bleibt das Vertrauen in den Hausarzt ungebrochen .... 28
9. „Wenn man mir helfen muss, bin ich auch so etwas wie ein Patient“ ..... 31
10. Eine hohe methodische Vielfalt erleichtert die Einführung personenzentrierter Pflege . 34
11. Personenzentrierte Pflege lässt sich erfolgreich in der ambulanten Versorgung umsetzen  
38
12. Implementierung von Demenzcoaches führt zur Umsetzung personenzentrierter Pflege und zur Reduktion von Psychopharmaka..... 41
13. Was belastet professionell Pflegenden in der Arbeit mit Menschen mit Demenz?..... 45
14. Haltungen lassen sich durch Wissensvermittlung wenig beeinflussen ..... 47

## Forschungsmonitoring 1/2017

### **Editorial**

Liebe Interessierte,  
wir freuen uns, Ihnen den 22. 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. Aus vielen Studien haben wir wieder eine Auswahl vorgenommen, mit der wir Ihr Interesse zu treffen hoffen.

Schwerpunkt dieser Ausgabe bilden die letzten fünf Artikel, in denen von Forschungen zur Implementierung personenzentrierter Arbeit sowie über professionelle Mitarbeiter in der Pflege berichtet wird. Beides bildet einen eng zusammenhängenden Komplex, denn die Umsetzung personenzentrierter Pflege und Betreuung gelingt nur dann, wenn Mitarbeiter sie umsetzen können und wollen. Wenn dies gelingt - so zeigen die Studien - dann ist es das Ergebnis eines komplexen, aufwendigen, zeit- und wohl auch kostenintensiven Prozesses. Personenzentrierte Pflege bedingt einen systematischen Ansatz, der von allen Beteiligten nachhaltig verfolgt werden muss und in der Regel ohne externe Unterstützung schnell ver-ebbt. Wichtiges Element bei der Implementierung und Handlungsveränderung bildet die Schaffung besonderer Rollen mit klar definierten Kompetenzen, Zeitresourcen und Qualifizierungen.

Doch zunächst zu einer Reihe von Forschungen, die Menschen mit Demenz und ihre Versorgung betrifft.

Ein positiv verstandenes und gelebtes Altern hilft auch, trotz Demenz Freude am Leben zu haben. Voraussetzung ist, sich mit der Demenz auseinanderzusetzen sowie bewusst und entschlossen zu versuchen, das bisherige Leben fortzuführen. Die innere Haltung changiert dabei zwischen Kampf und Akzeptanz, oft unterstützt durch Humor und Hoffnung. (1) Zu Hause lebt es sich halt doch am besten: eine norwegische Studie bestätigt die gängige Einschätzung. Es ist die Vielfalt an Aktivitäten und Sozialbeziehungen, die den Unterschied machen. Aktivitäten und Sozialkontakte im Heim sind nicht natürlich, lebensgeschichtlich gewachsen, individuell zugeschnitten. (2)

Zur Versorgung von Menschen mit Demenz fielen uns eine Reihe unterschiedlicher Studien auf: Menschen mit Demenz leiden nicht selten unter einer selbst- oder fremdverschuldeten „Falschdosierung“ von Medikamenten. Das höchste Risiko für eine Vergiftung ergibt sich im Heim oder Krankenhaus. Das komplexe Medikamentenregime erhöht die Wahrscheinlichkeit von professionellen Irrtümern. (3) Abwehrverhalten bei der Ernährung, der Körperpflege und beim Ankleiden scheint nicht nur ein Thema der professionellen Pflege zu sein. Je schwerer die Demenz, desto mehr haben auch pflegende Angehörige mit diesen Herausforderungen zu kämpfen. Die Autoren empfehlen, nicht zu herausforderndem Verhalten insgesamt zu schulen, sondern das Augenmerk verstärkt auf das Abwehrverhalten im Kontext genannter Grundfunktionen zu legen. (4) Sensorische Beeinträchtigungen, insbesondere, wenn sie das Hören und Sehen zugleich betreffen, gehen mit einem erhöhten Demenzrisiko einher. Auf eben diesen kombi-

nierten sensorischen Zusammenhang sollte beim Arzt, aber auch in der Pflege mehr geachtet werden. Warum dies so ist scheint noch nicht geklärt zu sein. (5) Interventionsstudien zu kognitiven Trainings und zu Bewegung liefern unterschiedliche Ergebnisse. Die deutsche Studie lässt vermuten, dass Interventionen immer nur dann wirklich erfolgreich sind, wenn sie auf Menschen treffen, die bereits vielfältig aktiv und interessiert sind. Davon losgelöst haben einzelne Interventionen einen nur geringen Effekt. (6) Dies wird in der Tendenz durch eine weitere Studie unterstützt: Wenn Aktivitäten für die Person relevant sind und gezielt an dem bisherigen Leben anknüpfen wie dies in der kognitiven Rehabilitation erfolgt, dann ergeben sich auch messbare Effekte auf kognitive Funktionen. Insgesamt lässt dies darauf schließen, dass vom konkreten Kontext der Person abgelöste Interventionen wenig Aussicht auf Erfolg haben. (7) Schon seit langem ist bekannt, dass für die meisten Angehörigen und Betroffenen der Hausarzt die wichtigste Schnittstelle für krankheitsbezogene Informationen darstellt. Dies betrifft auch Informationen zu Pflege und Betreuung. Dieses Vertrauen wird auch dann nicht aufgegeben, wenn die Informationen ungenügend sind. Interessant ist die Vorstellung einer im Wartezimmer platzierten Informationsplattform für Patienten (touch-screen), die vom Hausarzt gesteuert den Angehörigen gezielte und sichere Informationen vermittelt. (8) Angehörige in der Frühphase der Demenz haben es besonders schwer. Die Besorgnis über die Zukunft ist hoch, die Bereitschaft, sich beraten zu lassen eher gering. Im Nachhinein erst kommen sie zu der Einschätzung, es wäre gut gewesen, hätten sie sich früher beraten lassen. Erst wenn man durch Krisen und Niederlagen hindurch gegangen ist, scheint die Bereitschaft, sich beraten und helfen zu lassen, zuzunehmen. Dies erinnere stark an die Forschungsergebnisse von Lewis, die wir im Newsletter 19,10 vorgestellt haben. (9)

Eine Arbeit aus den Niederlanden fasst Ergebnisse der Implementierungsforschung zusammen. Viele parallel laufende, klug aufeinander abgestimmte Prozesse erleichtern die Implementierung. Wissenszuwachs ist leichter zu bewirken als Haltungsänderung. Arbeitsnahe Begleitung, Supervision, Entwicklung fachspezifischer Rollen sowie entschiedene Unterstützung durch Leitung erhöhen die Erfolgschancen. Der Bericht über die Studie aus England (angehängt) beleuchtet auf recht dramatische Weise, wie wenig sich Mitarbeiter anerkannt fühlen und in welchem Umfang schon das Wort ‚Intervention‘ zum Reizwort geworden ist. Viele scheinen durch Fortbildung und Trainings kaum mehr erreichbar zu sein und nehmen die Forschenden und ihre Interventionen gar nicht mehr ernst. (10) Eine Studie aus den USA zeigt eindrucksvoll, dass die Einführung personenzentrierter Pflege in der ambulanten Versorgung durchaus gelingen kann. Neben einer guten Ausbildung und speziellen Vorbereitung scheint eine lückenlose und zeitnahe Informationsverarbeitung eine Schlüsselrolle zu spielen, um Maßnahmen immer wieder präzise anpassen zu können. (11) Eine Arbeit aus England zeigt Vergleichbares für den stationären Bereich auf: Im Mittelpunkt stehen die Demenzcoaches, die arbeitsbegleitend Wissen, Haltung und Praxis vermehrt auf personenzentriertes Arbeiten umzustellen helfen. Besonders wirksam erweisen sich dabei die Supervisionen, die fall- und funktionsbezogen ein sehr konkretes Lernen ermöglichen. Wichtig hierbei: praxiserfahrene Supervisoren, die sich fachlich wirksam einbringen konnten. Nicht zuletzt konnte durch den Einsatz der Demenzcoaches Psychopharmaka reduziert werden. (12) Eine schwedische Studie stellt einen Erfassungsbogen für das Belastungserleben von Mitarbeitern im Arbeitsfeld Demenz vor. Spezifische Belastungen abzubilden und daraus die richtigen Maßnahmen abzuleiten ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Lernprozesse überhaupt erst zu ermöglichen. Das Dialogzentrum bietet hier eine erste Übersetzung an, die

aber nicht validiert ist. Im Zweifelsfall wird die Nutzung der englischen Originalfassung empfohlen. (13) Die letzte Studie macht einen wesentlichen Zusammenhang deutlich: Veränderung ergibt sich nicht primär über die Beeinflussung der Haltung, sondern über die Veränderung konkreter Abläufe und Praktiken. Die Haltung wächst dann ‚nach‘. Andererseits stellt die Studie auch die gängigen Formen der Wissensvermittlung in Frage und empfiehlt, hier neue und eher erfahrungsorientierte, experimentelle Lernformen zu versuchen. (14)

Wir hoffen wieder etwas für Sie gefunden zu haben, das für ihre Praxis bereichernd oder anregend ist. Über Rückmeldungen - das kennen Sie schon - freuen wir uns.

Ihr Team des DZD

## 1. Altert man positiv, kann Demenz den Kontext für persönliches Wachstum bilden

### Ziel/Hintergrund

Es ist durchaus strittig, ob Menschen mit Demenz überhaupt positive Erfahrungen machen können. Die Forschung bezüglich des Erlebens von Menschen mit Demenz ist von krankheitsgeleiteten, negativen Perspektiven geprägt: wenn Positives beschrieben wird, dann zumeist im Kontext von Krankheitsbewältigung, um dem Negativen etwas entgegenzusetzen oder es auszuhalten. Weiterhin: zwar werden psychosoziale Interventionen mit verbesserter Lebensqualität in Verbindung gebracht, aber wie dies erreicht wird und was zur positiven Erfahrung beiträgt – eher die Persönlichkeit oder Merkmale der Intervention selbst –, dies bleibt zumeist unklar.

Vorliegende Studie orientiert sich an der positiven Psychologie, die Konzepte wie Hoffnung, Optimismus, Wechselseitigkeit, persönlichen Gewinn und persönliches Wachstum mit positiver Bewältigung chronischer Erkrankungen in Zusammenhang bringt. In dieser Perspektive wird die vorhandene qualitative Literatur einer Analyse unterzogen mit dem Ziel, positive Erfahrungen von Menschen mit Demenz zu identifizieren.

### Methoden

Es werden verschiedenste Literaturen auf mögliche Hinweise auf positive Zustände, Erfahrungen oder sonstige Attribute untersucht, unabhängig davon, ob die Studien derartige Erfahrungen explizit als Forschungsziel im Sinn hatten. Beschrieben wird die Suchstrategie. Es werden nur Forschungen herangezogen, in denen die Personen mit Demenz – nicht aber Angehörige oder Professionelle – selbst zu Wort kommen, die den Ansprüchen an eine hohe wissenschaftliche Qualität entsprechen, eher alte Menschen mit Demenz im Blick haben und Erfahrungen nicht nur in spezifischen Kontexten (z.B. bei der Diagnosestellung) thematisieren. Die Befunde werden einer thematischen Analyse unterzogen und anschließend unter drei Hauptkategorien präsentiert.

### Resultate

Von 424 Studien entsprachen 27 den gesetzten Anforderungen. 20 Studien berichteten von Personen, die in der eigenen Häuslichkeit lebten, 3 Studien von Personen im Heim und weitere 4 von Personen in einem gemischten Versorgungssetting. Alle erfassten Personen litten an einer Demenz, wobei die Art und Schwere der Demenz nicht immer präzise benannt wurden. Nur 4 Studien entsprachen einer sehr hohen Gütequalität, die meisten Studien bewegten sich in der Kategorie einer mittleren Qualität. Die Themen:

### *Engagiert Altern*

Hierbei geht es darum, dass die Personen ihr Altern positiv erleben und dies mit einer aktiven, dem Leben zugewandten Haltung verbinden. Dies betrifft zum einen das Streben nach Freude und Vergnügen im Zusammenhang mit bestimmten Aktivitäten wie gemeinsam Kochen, Spaziergänge, Musik, Lesen, Spiele und auch Kunst. Zum anderen kommt das Bemühen zum Ausdruck, weiterzumachen und die Dinge und Aktivitäten aufrecht zu erhalten, die man auch bislang verfolgt hat. Dieses Bemühen um Kontinuität ist oft mit einer sehr bewussten Haltung und auch Anstrengung verbunden, sich das Leben nicht von der Demenz bestimmen zu lassen. Im Zeitempfinden ist der jeweilige Tag im Zentrum – für die Zukunft planen ist weniger wichtig. Erfahrene Liebe und Unterstützung spielen dabei eine bedeutende Rolle: Zumeist sind es Ehepartner und Kinder, die einem das Gefühl vermitteln, in Verbindung zu sein und anerkannt zu werden.

### *Sich mit Demenz auseinandersetzen*

Hierbei geht es um positive Erfahrungen, die man im Kontext von Symptomen der Demenz macht. Weitermachen, durchhalten, der Demenz bewusst begegnen und die Verfassung Demenz annehmen werden hierbei thematisiert. Trotz der Demenz gut leben zu wollen ist eine bewusste Entscheidung, die eine Auseinandersetzung mit der eigenen Demenz voraussetzt. Dem folgt das Bemühen, daraus das Beste zu machen. Dazu gehört auch, die Lebensumstände anzupassen, es sich leichter zu machen, sich mehr Zeit zu lassen und damit der Demenz den belastenden, verärgern- oder entmutigenden Stachel zu nehmen. Dies geht oft einher mit einer Haltung, Demenz als persönliche Herausforderung zu betrachten, einer Entschlossenheit, trotz Demenz das Leben so gut es geht in vollen Zügen zu genießen. Zumindest zeitweise stellt sich dann ein Gefühl von Kontrolle und ‚Bemeisterung‘ der Demenz ein. Wichtige Ressourcen in diesem Bemühen sind Humor, gerade auch eine Fähigkeit, die eigenen Fehler und Unglücke mit einem Quäntchen Spaß zu nehmen. Das Gefühl der Hoffnung beschreibt weniger ein bestimmtes Ziel oder einen kognitiven Vorgang, sondern eher eine allgemein motivierende Kraft im Zusammenhang mit der Freude, Dinge zu tun, die einem wichtig sind.

### *Identität und persönliches Wachstum*

Hierbei stehen Gefühle von Weisheit, persönlichem Wachstum und Dankbarkeit gegenüber dem Leben im Mittelpunkt, oft als Ergebnis eines positiven Lebensrückblicks. Im Rückblick auf ein erfülltes, positiv bewertetes Leben kann die Demenz gut eingeordnet und verkraftet werden. Sich seiner Identität bewusst zu werden und zu erhalten wird oft artikuliert als Selbstwertgefühl oder als Gefühl, an sich selbst glauben zu können. Einige Personen berichten auch davon, anhand der Demenz sich neu mit sich selbst auseinanderzusetzen und positiv verändert zu haben. Man wisse die wirklich wichtigen Dinge mehr zu schätzen, sei bereiter, anderen

Menschen beizustehen und sie zu unterstützen, fühle sich mehr und intensiver anderen Menschen verbunden. Diese andere Sicht auf das Leben und Prioritäten wird oft mit einer eher transzendierenden, spirituellen Haltung gegenüber dem Leben in Verbindung gebracht.

## Diskussion

Um das Potential jedes Einzelnen zur Entfaltung zu bringen ist es wichtig, die Stärken und Ressourcen zu verstehen und anzuerkennen, die ein jeder in die Verfassung Demenz mit einbringt. Positive Erfahrungen werden zumeist im Kontext von Krankheitsbewältigung, von Kampf gegen Demenz, zuweilen auch als ‚positive Illusion‘ aus mangelnder Einsicht in die Natur der Demenz thematisiert. Im Kontrast dazu stehen wenige Forschungsarbeiten, die das aktive Suchen nach Freude, Erfüllung, Liebe, Hoffnung und Humor zum Thema haben. Letztere Forschungen machen deutlich, dass Demenz nicht nur eine negative Erfahrung darstellt, sondern im Kontext positiven Alterns integriert werden kann. Dies steht im engen Zusammenhang mit einer Perspektivenveränderung, die jeder positiven Bewältigung einer chronischen Erkrankung zugrunde liegt. Positiv oder erfolgreich Altern stellt damit den Kontext für die Möglichkeit positiver Erfahrungen mit Demenz dar. Hinzu kommen wahrscheinlich adaptive Persönlichkeitszüge wie positive Affektivität, Extrovertiertheit und Offenheit für neue Erfahrungen. Wichtig scheint in diesem Zusammenhang das zweite Rahmenthema: sich bewusst mit Demenz auseinandersetzen mit dem Ziel, das Beste daraus zu machen. Dies ist weniger ein Kampf, sondern eine andere Haltung gegenüber dieser Lebensphase, die durch mehr Humor sich selbst gegenüber, aber auch mehr Hoffnung, dass es gut werden kann, geprägt ist. Dies geht mit einer anderen Haltung gegenüber dem Leben einher, die zuweilen als Gero-Transzendenz beschrieben wird. Genauer gesagt gehören dazu Tugenden wie Tapferkeit (der Demenz begegnen), Ausdauer (an den wichtigen Dingen festhalten) und Lebendigkeit (mit Begeisterung und Wachheit am Leben teilnehmen).

Einschränkend betonen die Autoren, dass sich genannte Befunde zumeist auf Personen in der leichten/frühen Phase der Demenz beziehen und offen bleibt, ob diese Ergebnisse auch für später Phasen gelten. Weiterhin sind die befragten Personen zumeist weiße, gut ausgebildete Frauen der Mittelklasse: wie man Demenz wahrnimmt, wenn man aus eher ärmeren und ungebildeten Schichten entstammt, bleibt offen.

Es geht den Autoren nicht darum, Demenz zu verniedlichen oder zu glorifizieren, auch nicht, der ‚Tyrannei des Positiven‘ anheim zu fallen. Vielmehr geht es darum, eine neue Perspektive zu eröffnen, welche die Erfahrung der Demenz in das Thema ‚positives Altern‘ einbettet und die Möglichkeit eröffnet, auch persönliches Wachstum in der Demenz zu thematisieren.

**Quelle**

Wolverson, E.L., Clarke, C., Moniz-Cook, E.D. (2016). Living positively with dementia: a systematic review and synthesis of the qualitative literature. *Aging & Mental Health*, 20(7), 676-699

## 2. Die Lebensqualität in der eigenen Häuslichkeit ist deutlich höher als im Heim

### Ziel/Hintergrund

Im Unterschied zu anderen europäischen Ländern leben in Norwegen mehr Personen mit Demenz in stationären Einrichtungen – etwa die Hälfte. Obwohl Studien vorliegen, wie sich der stationäre Aufenthalt auf Menschen mit Demenz auswirkt, liegen nicht viele Vergleichsstudien für Lebensqualität vor. Bekannt ist, dass sich Menschen mit Demenz im Kontext des Heims vergleichsweise weniger bewegen, mehr Schlafprobleme aufweisen und bis zu 94% der Zeit liegend oder sitzend verbringen. In allen europäischen Ländern wird ein möglichst langes Verweilen in der eigenen Häuslichkeit favorisiert. Vorliegende Studie vergleicht Lebensqualität, kognitive und physische Funktionen, Sozialkontakte, Schlafprobleme, Tageslicht und Medikation von (vergleichbaren) Menschen mit Demenz in der stationären und häuslichen Pflege.

### Methoden

Teilnehmende wurden in Zusammenarbeit mit drei Demenz-Entwicklungszentren gewonnen. 15 Pflegeheime und 15 Tageszentren wirkten mit. 193 Teilnehmende (78 aus Pflegeheimen, 115 aus der häuslichen Versorgung) konnten zur Datengewinnung herangezogen werden. Daten wurden gesammelt zur Lebensqualität, zur Schwere der Demenz, zum Schlafverhalten, physischen Aktivität und Lichtexposition sowie zur Verabreichung von Psychopharmaka.

### Resultate

Etwa die Hälfte der Personen in eigener Häuslichkeit lebte allein, wiesen aber erheblich mehr soziale Kontakte als Heimbewohner auf. Gehhilfen wurden im Heim mehr verwendet als in der häuslichen Versorgung. Menschen mit Demenz im Heim wiesen einen höheren Demenzgrad auf. Diese Unterschiede wurden durch ein Analyseverfahren ausgeglichen, das nur vergleichbare Gesamtverfassungen von Menschen in häuslicher und stationärer Pflege zuließ.

Dabei ergab sich ein deutlich geringeres Wohlbefinden für Menschen im Heim, eine 4-fach geringere Lichtexposition sowie schlechtere Werte für das Gesamtschlafverhalten. Menschen mit Demenz im Heim erwiesen sich als deutlich weniger aktiv und zeigten mehr passive und sitzende Verfassungen.

Diese schlechteren Werte für Heimbewohner zeigten sich über das Gesamtspektrum der Demenz (leicht, moderat, schwer) hinweg, allerdings besonders deutlich für Menschen mit moderater/mittlerer Demenz.

Eine kleine Untergruppe wurde erneut nach 6 Monaten untersucht: während die Lebensqualität von Menschen im Heim weiterhin abgenommen hatte blieb die Lebensqualität von Menschen im häuslichen Bereich stabil.

**Diskussion**

Das Leben im Heim geht mit einer deutlich geringeren Lebensqualität einher. Menschen in eigener Häuslichkeit zeigen mehr und vielfältigere Aktivitäten auf als Menschen im Heim. Heimbewohner verwenden auch deutlich mehr Gehhilfen als Personen in der häuslichen Pflege: dies lässt vermuten, dass Personen im Heim trotz gleichen Demenzgrades schlechtere physische Ausgangsbedingungen aufweisen und abhängiger von Hilfe sind. Zudem erfuhren sie deutlich weniger Sozialkontakte, waren also sozial schlechter eingebunden. Verminderte Lebensqualität von Menschen mit Demenz könnte wesentlich mit diesen beiden Faktoren zusammenhängen: höhere physische Abhängigkeit/schlechtere Mobilität und ein geringeres Maß an sozialer Einbindung. Leider macht die Studie keine Angaben zur Häufigkeit und Schwere herausfordernden Verhaltens.

Menschen im Heim fühlen sich oft nicht zuhause und abgeschnitten von ihrem bisherigen Leben und dessen Aktivitäten. Aktivitäten im Heim finden weniger Resonanz und werden vermehrt abgelehnt.

Solange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu verbringen empfiehlt sich daher nicht nur aus ökonomischen Gründen, sondern geht auch mit einer deutlich höheren Lebensqualität einher.

**Quelle**

Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M.-J., Joranson, N., Calogiuri, G., Ihlebaek, C. (2016). Differences in quality of life in home-dwelling persons and nursing home residents with dementia – a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 16: 137, DOI 10.1186/s12877-016-0312-4

### 3. Hospitalisierungen von Menschen mit Demenz erfolgen häufig wegen unabsichtlicher Vergiftungen

<b>Ziel/Hintergrund</b>	<p>Verletzungen stellen eine häufige Ursache für Krankenhausaufenthalte von Menschen mit Demenz dar. Die dritthäufigste Ursache für Verletzungen sind absichtliche und unabsichtliche Verletzungen durch Gifte, zumeist in Form von Medikamenten. Immerhin 15-22% aller Notaufnahmen von älteren Menschen stehen im Zusammenhang mit Medikamenten-Überdosierungen. Menschen mit Demenz kommen häufig mit komplexen Medikationen nicht zurecht, insbesondere in Bezug zu Dosis und Zeitpunkt der Einnahme. Vorliegende australische Studie aus dem Bundesstaat New South Wales vergleicht Daten von älteren Menschen mit und ohne Demenz in Bezug auf absichtliche und unabsichtliche Vergiftungen, die zu einer Krankenseinweisung geführt haben.</p>
<b>Methoden</b>	<p>Es handelt sich um eine retrospektive Analyse von Krankenhausdaten aus dem Zeitraum 2003 bis 2012. Eingeschlossen sind alle Krankenhäuser des Bundesstaates.</p>
<b>Resultate</b>	<p>In dem Zeitraum von 10 Jahren wurden 6.240 Personen wegen unabsichtlicher Vergiftungen eingewiesen, darunter 581 (9,3%) Personen mit Demenz. 10.451 Personen vergifteten sich absichtlich, darunter 314 (3,0%) Personen mit Demenz. 2/3 aller Personen mit Demenz, die sich unabsichtlich vergifteten, waren 80 Jahre und älter. Menschen mit Demenz vergifteten sich unabsichtlich etwa doppelt so häufig wie Personen ohne Demenz. 11,4% aller Personen mit unabsichtlicher Vergiftung litten unter einer zusätzlichen psychiatrischen Erkrankung, insbesondere Delirien und Alkoholmissbrauch. Während insgesamt Menschen sich eher in der eigenen Häuslichkeit vergifteten, traf dies auf Menschen mit Demenz nicht zu: diese vergifteten /wurden vergiftet am häufigsten in Altenheimen und in Krankenhäusern. Zumeist handelt es sich um medizinische Substanzen, die das autonome Nervensystem betreffen, darunter Antidementiva und Herzmittel. Menschen mit Demenz wiesen eine vergleichsweise deutlich höhere Mortalitätsrate nach unabsichtlichen Vergiftungen auf.</p> <p>Absichtliche Vergiftungen fanden sich bei Menschen mit Demenz etwa 1,5 mal häufiger vor als bei Menschen ohne Demenz. 61,2% dieser Personen wiesen eine psychiatrische Erkrankung auf, darunter 16,6% mit Depression, 9,9% mit Delirium und 27,4% mit Alkoholmissbrauch. Fast alle absichtlichen Vergiftungen wurden mit Medikamenten unternommen. Menschen mit Demenz versuchten dies eher mit einer eher willkürlichen Ansammlung von Medikamenten, Personen ohne Demenz gingen gezielter vor.</p>

Unabsichtliche Vergiftung findet sich vergleichsweise häufiger bei Männern, älteren Alterskohorten, Menschen mit Demenz, Menschen mit Multimorbidität und Personen, die im Heim leben oder sich im Krankenhaus aufhalten.

## **Diskussion**

Menschen mit Demenz im höheren Lebensalter, die im Heim leben oder sich im Krankenhaus aufhalten, sind am meisten von unabsichtlichen Vergiftungen bedroht. Die hohe Anzahl von Medikamenten im Zusammenhang mit einem komplexen Medikamentenregime machen Irrtümer in Einnahme bzw. Verabreichung von Medikamenten wahrscheinlicher. Depressionen spielen eher bei Menschen ohne Demenz und bei absichtlicher Vergiftung eine Rolle. Psychiatrische Erkrankungen, besonders Delirien und Alkoholmissbrauch stehen oft im Hintergrund absichtlicher Vergiftungen. Menschen in frühen Phasen der Demenz, insbesondere in den ersten 3 Monaten nach der Diagnose, weisen mehr absichtliche Vergiftungen auf als in späteren Phasen. Bei Menschen mit Demenz spielen Überdosierungen von Antidementiva eine führende Rolle.

Es ist damit zu rechnen, dass absichtlich oder unabsichtlich erfolgte Überdosierungen bei Menschen mit Demenz besondere Folgeschäden mit sich bringen und in der Regel die Demenz verschlechtern. Die Autoren schlagen vor, das Stellen und Verabreichen von Medikamenten besonderen Kontrollen zu unterziehen und Vorkommnisse der fehlerhaften Verabreichung genau zu analysieren, um Fehler zukünftig zu vermeiden.

## **Quelle**

Mitchell, R., Harvey, L., Brodaty, H., Draper, B., Close, J. (2015). Dementia and intentional and unintentional poisoning in older people: 10 year review of hospitalization records in New South Wales, Australia. *International Psychogeriatrics*, 27(11), 1757-17683

## 4. Baden, Ernährung und Ankleiden stellen die häufigsten Ursachen für Abwehrverhalten in der häuslichen Pflege dar

### Ziel/Hintergrund

In Studien der letzten Jahre ist deutlich geworden, dass viele Formen herausfordernden Verhaltens in bestimmten Situationen auftauchen, insbesondere beim Baden, beim Anziehen und der Assistenz bei der Ernährung. Obwohl neurologische Faktoren eine leitende Rolle spielen, scheinen kontextuelle Faktoren wie die genannten, die relevanten Auslöser für das Abwehrverhalten darzustellen. Diese Zusammenhänge sind bislang für professionelle Mitarbeiter der Pflege in stationären Einrichtungen nachgewiesen, nicht aber für die häusliche Pflege durch Angehörige.

Vorliegende Studie untersucht, ob auch im häuslichen Umfeld herausforderndes Verhalten vorzugsweise im Kontext genannter Faktoren auftaucht und das Belastungserleben der Pflegenden Angehörigen erhöht.

### Methoden

Es handelt sich um eine Querschnittsstudie aus den Vereinigten Staaten. Daten zu 234 Personen mit Demenz und deren Angehörige wurden ausgewertet. Personen mit Demenz wurden auf ihren kognitiven Status überprüft, Angehörige anhand von Interviews befragt. Zusätzlich werden Instrumente beschrieben, anhand derer Hilfen bei Aktivitäten des täglichen Lebens und herausfordernden Verhaltens abgebildet werden können.

### Resultate

Die Angehörigen berichteten zu fast 60%, dass die Personen mit Demenz sowohl Einbrüche in den benannten Aktivitäten sowie Abwehrverhalten zeigten. 6,4% beklagten das Abwehrverhalten, obwohl die Personen keine Hilfe benötigten und 26,1% berichteten, dass die Personen Hilfe ohne Widerstand annehmen. 7,7% bekundeten weder das eine noch das andere. Weibliche Angehörige (Anteil 79,5%) berichteten verstärkt von Rollenüberlastung, Rollengefangenschaft und depressiven Symptomen. Je mehr die Personen mit Demenz der Assistenz bei den drei Tätigkeiten bedurften, desto mehr stieg das Widerstandsverhalten an. Je häufiger das Widerstandsverhalten, desto mehr konnte Rollenüberlastung /-gefangenschaft und Depressivität aufgewiesen werden.

### Diskussion

Abwehrverhalten im Kontext von Hilfen bei Aktivitäten des täglichen Lebens, erweist sich als in der häuslichen Pflege weit verbreitet. Sowohl die Häufigkeit als auch die Bewertung des Verhaltens spielen bei der Entwicklung von Belastungserleben eine entscheidende Rolle.

Hilfen bei der Ernährung, beim Baden/Duschen sowie beim Ankleiden stellen besonders kritische Kontexte für die Entwicklung von Abwehrverhalten im häuslichen Kontext dar. Anstatt die Angehörigen über herausforderndes Verhalten

insgesamt aufzuklären, sollte der Schwerpunkt in Schulung und Begleitung auf diesen Zusammenhang gelegt werden. Dabei muss beachtet werden, dass ein und dasselbe Abwehrverhalten durch unterschiedliche Kontexte und Ursachen ausgelöst werden kann: Abwehrverhalten bei der Ernährung kann durch Schmerzen, Ängste oder peinliche Gefühle ausgelöst werden. Umgekehrt kann ein und dieselbe Ursache dem Abwehrverhalten bei verschiedenen Aktivitäten zugrunde liegen. Eine genaue Beobachtung des Verhaltens der Person mit Demenz, Ermittlung der möglichen Auslöser sowie eine Hypothese zum Verhalten sollten Modifikationen von Umwelt und Angehörigenverhalten vorausgehen.

**Quelle**

Fauth, E.B., Femia, E.E., Zarit, S.H. (2016). Resistiveness to care during assistance with activities of daily living in non-institutionalized persons with dementia: associations with informal caregivers' stress and well being. *Aging & Mental Health*, 20(9), 888-898

## 5. Sensorische Beeinträchtigungen erhöhen das Risiko der Demenz

<b>Ziel/Hintergrund</b>	Beeinträchtigtes Hörvermögen beschleunigt den kognitiven Niedergang und stellt einen eigenständigen Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz dar. Allerdings wird dem Hörvermögen oft geringe Aufmerksamkeit gewidmet und zu wenig diagnostiziert. Gleiches gilt für das gleichzeitige Vorliegen visueller und auditiver Einschränkungen. Vorliegende Studie aus Japan untersucht die Zusammenhänge zwischen sensorischer Beeinträchtigung, kognitiver Beeinträchtigung und Mortalität.
<b>Methoden</b>	Es handelt sich um eine populationsbasierte Studie über einen Zeitraum von durchschnittlich 4,7 Jahren. Teilnehmende waren Personen, die häusliche Pflege erhielten und von der japanischen Pflegeversicherung erfasst waren. Es werden Methoden beschrieben, um kognitive Beeinträchtigung sowie sensorische Beeinträchtigungen abzubilden. Verglichen wurden Ausgangsdaten zu den beschriebenen Dimensionen mit Enddaten nach 4,7 Jahren. Beschrieben werden statistische Verfahren, um die Wahrscheinlichkeit des Risikos zu berechnen, bei vorliegender sensorischer Beeinträchtigung eine zunehmende kognitive Beeinträchtigung zu entwickeln sowie ein höheres Mortalitätsrisiko in Kauf zu nehmen. Teilnehmende wurden in drei Gruppen nach Alter eingeteilt (65-74, 75-89, 90 und älter). Komorbiditäten wurden berücksichtigt.
<b>Resultate</b>	1.754 Personen (605 Männer, 1.149 Frauen) wurden erfasst. Zu Beginn wiesen 44,1% keine sensorischen Beeinträchtigungen, 14,4% Hörbeeinträchtigungen und 18,2% auditive zusammen mit visuellen Beeinträchtigungen auf. 54,2% wiesen anlässlich der Basisdatenerhebung kognitive Beeinträchtigungen auf - je älter, desto häufiger. Personen ohne sensorische Beeinträchtigungen waren zu 46,5%, mit visuellen Beeinträchtigungen zu 54,8%, mit Hörbeeinträchtigungen zu 57,9% und mit doppelter sensorischer Beeinträchtigung zu 67,2% von kognitivem Niedergang betroffen. Zweifache sensorische Beeinträchtigung geht mit einem deutlich höheren Risiko einher, eine kognitive Beeinträchtigung zu erwerben. Dieses erhöhte Risiko kommt besonders in der Altersgruppe von 75-89 zum Tragen und geht mit einem höheren Mortalitätsrisiko einher.
<b>Diskussion</b>	Zur Erklärung wird vermutet, dass sensorisch eingeschränkte Menschen weniger Kontakte zu anderen Menschen aufnehmen, sich infolgedessen vermehrt isolieren und damit eher gefährdet sind, eine kognitive und andere psychische Beeinträchtigungen zu entwickeln. Weiterhin besteht Grund zu der Annahme, dass verminderte Hör-, nicht

aber Sehfähigkeit, mit kardiovaskulären Prozessen zusammenhängt und das Mortalitätsrisiko erhöht. Die Autoren empfehlen, Hörbeeinträchtigungen in Routineuntersuchungen vermehrt zu berücksichtigen und Personen frühzeitig an Hörgeräte zu gewöhnen.

**Quelle**

Mitoku, K., Masaki, N., Ogata, Y., Okamoto, K. (2016). Vision and hearing impairments, cognitive impairment and mortality among long-term care recipients: a population-based cohort study. *BMC Geriatrics* 16:122, DOI 10.1186/s12877-016-0286-2

## 6. Veränderung der Lebensweise ist wichtiger als gezielte Trainings

### Ziel/Hintergrund

Während Beobachtungsstudien (bei denen Teilnehmende über längere Zeit im Kontext ihres realen Lebensvollzuges beobachtet wurden) einen präventiven Effekt von Bewegung und kognitiver Aktivität belegen bezüglich Demenz, weisen experimentelle Studien (Interventionsstudien, die eher kurze Zeit dauern) eher gemischte Ergebnisse auf. Positive Effekte beruhen auf Messungen, die in etwa ähnlich angelegt waren wie die Trainingseinheiten selbst. Die Auswirkungen der Trainings auf weitere, nicht vom Training erfasste kognitive Bereiche fielen eher uneinheitlich aus.

Ein möglicher Hintergrund für diese unterschiedlichen Ergebnisse mag darin zu suchen sein, dass die Art der Aktivitäten in Beobachtungsstudien und experimentellen Studien verschieden war und daher die Ergebnisse der Studien nicht vergleichbar sind.

Vorliegende Studie untersucht Effekte von gezielten Interventionen (experimentell) auf kognitive Funktionen unter besonderer Berücksichtigung unterschiedlicher (schon länger praktizierter) Lebensstile der Teilnehmenden. Weiterhin sollen Effekte von Interventionen mit Effekten von Lebensstilen/Lebensweisen verglichen werden.

### Methoden

In der deutschen Studie wurden Teilnehmende im Kontext von Untersuchungen und Behandlungen in Memorykliniken gewonnen. Alle Teilnehmenden leben in eigener Häuslichkeit. Insgesamt konnten 54 Personen hinzugezogen werden. Die Gesamtgruppe wurde dreigeteilt: 19 Personen erhielten kognitive Trainings, 21 Personen physische Trainings, 25 Personen (Warteliste) stellten die Kontrollgruppe dar. Die Gesamtgruppe wurde auf Homogenität untersucht, so dass unterschiedliche Ergebnisse nicht z.B. auf die Schwere der Demenz zurückgeführt werden können. Beschrieben werden die Interventionen sowie die Instrumente, welche kognitiven Status und Lebensstil erheben. In Bezug auf Lebensstil wurde Anzahl und Häufigkeit von 40 verschiedenen möglichen kognitiven, physischen und sozialen Aktivitäten erhoben. Unter Lebensstil wurde die Verschiedenheit unterschiedlicher Aktivitäten verstanden. Daten wurden vor, direkt nach und 3 Monate nach den Trainings erhoben. Beschrieben wird das statistische Auswertungsverfahren.

### Resultate

Nach 10 Wochen Training konnten für die beiden Interventionsgruppen keine Verbesserungen im Vergleich zur Wartegruppe festgestellt werden. Allerdings wiesen die Individuen mit einem variablen Lebensstil (höhere Anzahl von Aktivitäten vor Beginn der Intervention) Verbesserungen auf. Dieser Zusammenhang trat in beiden Interventionsgruppen zutage, d.h. Effekte der Trainings – egal welche Trainings – sind nur dann zu erwarten, wenn die Teilnehmenden zuvor bereits

einen abwechslungsreichen, vielfältigen Lebensstil aufweisen.

### **Diskussion**

Eine Vielfalt kognitiver, körperlicher und sozialer Aktivitäten weisen einen präventiven Effekt auf für Menschen, die an der Schwelle zur Demenz stehen. Liegt dieser Hintergrund vielfältiger Aktivitäten nicht vor, dann haben gezielte Trainings einen nur minimalen Effekt. Anstelle einzelner Trainings würde sich daher eine Intervention zum aktiven Lebensstil empfehlen, die über die ganze Breite bisheriger Lebenspraktiken Veränderungen empfiehlt. Dazu legt sich eine gezielt bereicherte Umgebung nahe, die eine Veränderung der Lebenspraktiken erleichtert und ermöglicht.

Die Autoren vermuten, dass es die intrinsische Motivation sowie die persönliche Freude sind, aber auch die Einbettung von Aktivitäten in das gelebte Leben, die hier einen Unterschied machen.

### **Quelle**

Küster, O.C., Fissler, P., Laptinskaya, D. et al (2016). Cognitive change is more positively associated with an active lifestyle than with training interventions in older adults at risk of dementia: a controlled interventional clinical trial. *BMC Psychiatry*, 16: 315, DOI 10.1186/s12888-016-1018-z.

## 7. Ein individuelles Format in Zuwendung und Inhalt der Aktivitäten zeigt positive Effekte

### Ziel/Hintergrund

Der Verlauf der Demenz kann durch Medikamente nur marginal verlangsamt werden. Dies erklärt die gestiegene Attraktivität nicht-medikamentöser, kognitiver Therapien und Verfahren. Hierbei handelt es sich in der Regel um standardisierte Übungen für Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Sprache. Auch Ansätze der Reminiszenzarbeit versuchen, Stimmung, Selbstwertgefühl und Lebensqualität zu verbessern und damit indirekt auch Kognition zu beeinflussen. Ein drittes, zumeist bei jüngeren hirnerkrankten Personen lautet ‚kognitive Rehabilitation‘. Hierbei werden individuell persönlich relevante Ziele identifiziert und gemeinsam Strategien entwickelt, diesen Zielen praktisch nachzukommen. Dabei geht es primär um Alltagsfähigkeiten und -fertigkeiten, weniger um kognitive Leistungen an sich.

Vorliegende Studien zeigen keine eindeutige Evidenzlage. In einer Studie wird gar von einer Zunahme der Ängste nach der Intervention berichtet. Insgesamt liegt die beste Evidenz für individuelle kognitive Rehabilitation für Menschen in den frühen Phasen der Demenz vor.

Vorliegende randomisiert-kontrollierte Studie aus Frankreich überprüft die Langzeiteffekte der genannten drei Interventionen auf kognitive Funktionen von Personen mit einer Demenz vom Alzheimerstyp.

### Methoden

Personen mit Demenz wurden an verschiedenen französischen Demenzzentren gewonnen. Diese Personen wurden zu Beginn, und dann nach 3, 6, 12, 18 und 24 Monaten umfassenden Untersuchungen unterzogen. Per Zufall wurden die identifizierten 655 Patienten (leichte bis mittelschwere Demenz) 4 Untergruppen zugeordnet: kognitive Therapie, Reminiszenz, kognitive Rehabilitation, Kontrollgruppe. Die jeweiligen Interventionen wurden streng standardisiert und folgten einem Manual, dessen Einhaltung kontinuierlich überprüft wurde. Jede Intervention wurde in einem Zeitraum von 3 Monaten 1x in der Woche für 1,5 Stunden durchgeführt, gefolgt von Nachfolgetreffen alle 6 Wochen über 21 Monate.

Die Interventionen werden gemessen an dem primären Kriterium: Überleben ohne schwere Demenz. Sekundäre Ergebniskriterien sind: Heimaufnahme, Verhaltensänderungen, funktionalen Fähigkeiten, Abhängigkeit, Apathie, Depressivität, Lebensqualität, Belastungserleben Angehöriger, Nutzen von Ressourcen.

### Resultate

Die Interventionen wirkten sich nicht auf den Faktor ‚Überleben ohne schwere Demenz‘ aus. Kognitives Training oder Reminiszenztherapie zeigten im Vergleich zur Kontrollgruppe auch keine Unterschiede in Bezug auf die sekundären Kriterien. Teilnehmer der individualisierten kognitiven

Rehabilitation zeigten im Vergleich zu den Teilnehmern der anderen Gruppen eine erkennbare Verlangsamung des kognitiven Niedergangs auf. Auch die sekundären Kriterien wiesen in diese Richtung: weniger Verhaltensänderungen, geringere Belastung der Angehörigen, weniger Heimaufnahmen.

## Diskussion

Das Voranschreiten des kognitiven Niedergangs konnte von keiner Intervention maßgeblich beeinflusst werden. Nur die individuelle kognitive Rehabilitation wies bei den sekundären Kriterien günstige Effekte auf. Die positiven Effekte der kognitiven Rehabilitation führen die Autoren auf folgende Faktoren zurück: es handelt sich um Aktivitäten, welche die Personen für wichtig und sinnvoll erachten und an deren Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung sie ein hohes subjektives Interesse zeigten. Dies insbesondere deswegen, weil es sich idR um Aktivitäten handelte, anhand derer die Personen glaubten, etwas gegen die Demenz tun zu können. Zudem erfolgte diese Intervention in einem individuellen Format und nicht in Form einer Gruppentherapie. Eben diese individuelle Zuwendung und Ausrichtung der Inhalte könnte für den Erfolg der Intervention ausschlaggebend sein.

## Quelle

Amieva, H., Robert P.H., Grandoulier, A.-S. et al (2016). Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: The ETNA3 randomized trial. *International Psychogeriatrics*, 28(5), 707-717

Vgl.: Lauenroth, A., Ioannidis, A.E., Teichmann, B. (2016). Influence of combined physical and cognitive training on cognition: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 16:141, DOI 10.1186/s12877-016-0315-1

Untersucht werden Studien, die Effekte von kombiniertem kognitiven und physischen Training berichten. Insgesamt konnten 20 Studien herangezogen werden, einige davon mit hoher Qualität. Zusammenfassend ergeben sich verbesserte kognitive Funktionen, aber nur in den trainierten Bereichen: die Effekte wirken sich nicht auf alle kognitiven Funktionen aus.

Beide Interventionen können kombiniert oder hintereinander erfolgen, sind bezüglich ihres Erfolges aber davon abhängig, lange, häufig und mit einer gewissen Intensität durchgeführt zu werden. Die Intensität der physischen und kognitiven Übungen muss langsam aber kontinuierlich gesteigert werden. Dabei dürfen die Teilnehmenden allerdings auch nicht überfordert werden. Die Gleichzeitigkeit kognitiver und physischer Anforderungen setzt metabolische, neuroprotektive und neurochemische Prozesse in Gang, die sich insgesamt in eine bessere kognitive Leistung übersetzen.

Kombinierte Übungen sollten 1-3x in der Woche über einen Zeitraum von 3-4 Monaten durchgeführt werden. Bisher gibt es nur eine Studie, die einen Langzeiteffekt dokumentiert hat. Hierzu sind weitere Forschungen von Nöten.

## 8. Trotz mangelnder Aufklärung bleibt das Vertrauen in den Hausarzt ungebrochen

### Ziel/Hintergrund

Personen mit Demenz werden zumeist von Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit versorgt. In Studien geben die Angehörigen zu 80% an, mehr und bessere Informationen zu benötigen. Sie wenden sich in erster Linie an den Hausarzt, werden dort aber idR nicht gut informiert. Viele Informations- und Unterstützungsdienste außerhalb der Hausarztpraxis sind wenig bekannt und werden – trotz bewiesener positiver Effekte – wenig genutzt.

Vorliegende Studie aus den USA versucht, die Faktoren zu verstehen, die bestimmen, dass Angehörige ihren Bedarf nach Schulung und Information erkennen. Weiterhin ist von Interesse, welche Informationsquellen Angehörige nutzen, welche Barrieren sie dabei erfahren und welche Informationsquellen sie bevorzugen.

### Methoden

Angehörige wurden in halb-strukturierten Interviews befragt und die Antworten einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Die Teilnehmenden wurden im Kontext einer Behandlung und Beratung durch ein Demenzzentrum in Kalifornien gewonnen. Insgesamt konnten Interviews von 27 Angehörigen ausgewertet werden.

### Resultate

Teilnehmende berichteten, dass ihnen zunächst kognitive Defizite wie häufiges Vergessen auffielen. Erste Verdachtsmomente kamen schon viele Jahre vor der Diagnose auf, aber die wenigsten brachten diese Veränderungen mit Demenz in Verbindung. Man erlebte den Angehörigen als schwierig, komisch und bezog dies auf das Alter oder andere Änderungen im Leben. Kaum einer dachte an ein medizinisches Problem. Ohne der Sache einen Namen geben zu können fiel es auch schwer, gezielt nach Informationen zu suchen.

Es folgten herausforderndes Verhalten, Veränderungen von Stimmung und Persönlichkeit. Zunehmende Agitiertheit am Abend und Tag/Nacht Störungen raubte den Teilnehmern den Schlaf. Exekutivstörungen und Sicherheitsanliegen (Geld, Auto, Herd) folgten. Die Rolle als Pflegender Angehöriger wurde nie bewusst angenommen oder ausgesucht. Sie entwickelte sich zumeist deswegen, weil kein anderer es übernehmen konnte/wollte/sollte.

Den Teilnehmenden war nicht bewusst, dass es zusätzlich zu medizinischen Informationen zur Erkrankung auch Informationen zum Umgang, zur Alltagsgestaltung und Pflege gibt. Keiner der Befragten wurde vom Hausarzt auf diese Informationen oder Stellen, von denen diese Informationen zu beziehen gewesen wären, hingewiesen. Auch zur Krankheit und ihrer Entwicklung selbst gab es kaum Informationen: oft mussten die Hausärzte gedrängt werden, überhaupt eine Diagnose zu stellen. Auch Internetrecherchen stellten sich

als wenig hilfreich heraus, da es den Angehörigen schwer fiel, unter den unübersichtlich vielen Treffern zuverlässige Informationsquellen zu identifizieren: man fühlte sich überwältigt und orientierungslos.

Viele erlebten sich dann am Ende ihrer Kraft und verzweifelt. Viele bekundeten, stark im Leben eingebunden zu sein und gar nicht die Muße gehabt zu haben, nach Informationen zu suchen und in Bezug auf Kommunikation, Umgang und Alltag zu lernen. Viele hofften, dass es ‚irgendwie‘ wieder besser werden würde.

Obwohl der Hausarzt ungenügend informiert hatte, sehen die Angehörigen denselben als wichtigste und zuverlässigste Quelle für gesundheitsbezogene Informationen an. Sie zeigten Verständnis dafür, dass Hausärzte überlastet sind, sich nicht mit jedem Problem gut auskennen können.

Angehörige äußerten den Wunsch, in der Hausarztpraxis Zugang zu verständlichen und zuverlässigen Informationen auch zum Umgang, zur Pflege und zur Versorgung insgesamt zu finden. Die Idee eines touch-screens, auf dem man unterschiedliche Krankheiten anklicken und eine Basisinformation mit weiterführenden zuverlässigen Quellen finden könne, fand große Zustimmung.

## Diskussion

Der Umstand eines bleibenden Vertrauens in den Hausarzt trotz ungenügender Information, wird von den Autoren hervorgehoben. Die meisten Angehörigen sind deswegen schlecht informiert, weil sie nicht den richtigen Zugang zu Informationen finden, überfordert sind, keinen ‚Lotsen‘ finden. Verleugnen oder Verdrängen spielen eine untergeordnete Rolle.

Weiterhin weisen die Daten auf einen erheblichen Zeitraum hin, der zwischen einer ersten Wahrnehmung einer Veränderung bis zur Diagnose vergeht. Auch Ärzten fallen Symptome erst dann auf, wenn sie zu einem Assessment genötigt werden.

Des Weiteren kommentieren die Autoren den Umstand, dass viele Angehörige zunächst an nichts Medizinisches denken und auch das Vokabular nicht zur Verfügung haben, um an eine Demenz zu denken. Daraus ergibt sich für die Autoren die Notwendigkeit, Kampagnen zur Früherkennung immer wieder anzusetzen.

Darüber hinaus fällt ihnen auf, dass die übliche Unterscheidung zwischen krankheitsbezogenen medizinischen und pflegerischen Informationen zwar Experten, nicht aber den Angehörigen einleuchtet. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, auch pflegerische Informationen in der Hausarztpraxis zu vermitteln.

## Quelle

Peterson, K., Hahn, H., Lee, A.J., Madison, C.A., Atri, A. (2016). In the Information Age, do dementia caregivers get the information they need? Semi-Structured interviews to determine informal caregivers' education needs, barriers,

and preferences. BMC Geriatrics, 16:164, DOI  
10.1186/s12877-016-0338-7

## 9. „Wenn man mir helfen muss, bin ich auch so etwas wie ein Patient“

<b>Ziel/Hintergrund</b>	<p>Auch in Zukunft wird die Pflege von Menschen mit Demenz primär von Angehörigen wahrgenommen werden. Aus Studien ist bekannt: je rechtzeitiger die Diagnose, desto besser können sich Angehörige auf ihre Aufgabe vorbereiten und ihre Zukunft planen. Zu Beginn ist der objektive Stress (z.B. herausforderndes Verhalten) relativ gering, die subjektive Belastung (Besorgnis über die Zukunft) jedoch hoch. Diese Zeit stellt ein gutes Fenster der Gelegenheit für Information, Kompetenzentwicklung, Netzwerkbildung, also Beratung dar. Über die besonderen Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen in der Vor- und Frühphase der Demenz im Unterschied zu erfahrenen pflegenden Angehörigen in späteren Phasen ist wenig bekannt. Vorliegende qualitative Studie aus den Niederlanden versucht, Einsicht in die frühen Anliegen und Themen von Angehörigen zu gewinnen, die in der Regel noch nicht wissen (wollen), dass sie pflegende Angehörige („care-givers“) sind bzw. sich nicht als solche positionieren.</p>
<b>Methoden</b>	<p>25 pflegende Angehörige aus unterschiedlichen Gegenden in den Niederlanden konnten im Kontext von Alzheimer Cafés, Memory Kliniken und regionalen Gesundheitsdiensten für Fokus-Gruppen Interviews gewonnen werden. 4 Fokus-Gruppen-Interviews wurden durchgeführt, videographiert und anschließend von 2 unabhängig voneinander arbeitenden Forschern qualitativ analysiert.</p>
<b>Resultate</b>	<p>Vier übergreifende Themen konnten aus den Interviews entwickelt werden:</p> <p><i>Das Paradox der Bedürfnisse in der Frühphase der häuslichen Pflege</i></p> <p>Erfahrene pflegende Angehörige bekundeten retrospektiv, dass sie Begleitung und Beratung in der Frühphase sehr wohl hätten in Anspruch nehmen sollen. Angehörige in der Frühphase sahen dies nicht so: sie wollen sich und den Angehörigen mit Demenz nicht stigmatisieren und wehrten sich dagegen, sich als ‚pflegender Angehöriger‘ (caregiver) zu verstehen. Sie würden sich dann ein wenig wie ein Patient fühlen, dem man helfen müsse. Zudem seien alle Informationen, die man erhalten hatte, entmutigend negativ: das helfe einem doch nicht.</p> <p><i>Akzeptanzbarrieren</i></p> <p>Viele bekundeten, einfach nichts von dieser Krankheit wissen zu wollen – allerdings könne man sich dann auch nicht gut mit der Krankheit auseinandersetzen. Die Gefahr sei groß, das Verhalten der Person mit Demenz persönlich zu nehmen, sich immer wieder unnötig aufzuregen. Oft verstehe man den anderen einfach nicht oder sei unangenehm berührt davon, dass Nahestehende nicht verstehen: ‚was ist denn mit</p>

ihm los, er sieht doch prächtig aus?’ Man spüre die Verluste, entgleite aber immer wieder in den Ärger oder in eine eindringende Beobachtungshaltung gegenüber dem anderen: ‚was macht er jetzt schon wieder?’ All dies lasse negative Kreise von Gefühlen entstehen, aus denen man sich oft gar nicht mehr lösen kann.

#### *Was die Akzeptanz befördert*

Alles hänge davon ab, endlich die Krankheit und die eigene Rolle als ‚caregiver‘ einzugestehen und das Leben an beides, die Krankheit und die neue Verantwortung anzupassen. Erst diese Akzeptanz ermögliche, sich Freiräume zu schaffen, Entlastungen einzuplanen, gemeinsam mit dem anderen positiv tätig zu werden, Strukturen und Routinen zu entwickeln, mit denen beide leben können. Viele bekundeten, dass ihnen dies nicht immer gelänge und schwer falle.

#### *Änderung der Blickrichtung: vom Verlust zur Anpassung*

Im günstigen Fall gelingt es, die eigenen Erwartungen an die Möglichkeiten anzupassen, nicht auf die Verluste zu schauen, sondern auf das, was noch möglich ist. Ob dies gelingt hängt von der Persönlichkeit, den individuellen Bewältigungsstilen sowie dem prämorbidem Verlauf der Beziehung ab.

## **Diskussion**

Die Bereitschaft und Fähigkeit zur Akzeptanz der Krankheit ist Voraussetzung dafür, Bedürfnisse anzuerkennen, sich anzupassen und ein anderes Niveau des Gemeinsam-Seins zu entwickeln. Dies scheint einen schmerzlichen Prozess darzustellen, der nicht immer und nicht immer vollständig gelingt. Die Autoren ziehen die ‚Duale-Prozess-Theorie‘ von Verlusten heran: Ist die Person noch verlustorientiert, dann steht das Verlusterleben im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit mit höherem Belastungserleben, Ängsten und Depressivität. Beginnt man dagegen, sich anzupassen, dann kann man mehr auf diejenigen Aspekte aufmerksam werden, die möglich sind und Lebensfreude bringen. Allerdings: je negativer die prämorbid Beziehung, desto eher misslingt die Empathie und das Mitgefühl und alles Verhalten wird als ärgerlich, absichtlich, verfolgend gedeutet. (Neurotizismus) Die Anpassung kann dann nicht gelingen.

Abschließend betonen die Autoren die Bedeutung einer möglichst frühen Begleitung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen, um diesen Anpassungsprozess möglichst früh in die Wege zu leiten. Diese frühen Interventionen müssen aber berücksichtigen, dass pflegende Angehörige eine hohe Stigmatisierungsangst mitbringen und daher mit einem problem-lösenden Ansatz überfordert sind. Günstiger scheint es zu sein, den Angehörigen zu helfen, die eigenen Bedürfnisse zu fokussieren, sich Wissen anzueignen und sich mit positiven Rollenmodellen als Pflegender Angehöriger auseinanderzusetzen, z.B. in Form gemeinsamer erfreulicher Tätigkeiten und Projekte.

## **Quelle**

Boots, L., Wolfs, C., Verhey, F., Kempen, G., de Vugt, M. (2015). Qualitative study on the needs and wishes

of early-stage dementia caregivers: the paradox between needing and accepting help. *International Psychogeriatrics*, 27(6), 927-936

## 10. Eine hohe methodische Vielfalt erleichtert die Einführung personenzentrierter Pflege

### Ziel/Hintergrund

Personenzentrierte Pflege wird oft mit einem Wechsel von aufgabenbezogener zu personbezogener Pflege in Verbindung gebracht, bei der die Wünsche, Präferenzen und Bedürfnisse der Klienten besondere Beachtung finden. Eine Konkretisierung dieses Ansatzes erfolgt zumeist über die Einführung psychosozialer Interventionen in Form von Schulungen, Trainings, Fallbesprechungen und Rollenspielen.

Während die Interventionen (z.B. sensorische Möglichkeiten) häufiger beforscht werden, findet der Prozess ihrer Einführung (Implementierung) weit weniger Beachtung. Es lässt sich dann schwer beurteilen, ob das Scheitern oder Gelingen einer Intervention auf der Intervention selbst oder aber auf die Art ihrer Einführung zurückzuführen ist. Dieser Umstand wird oft bezeichnet als die ‚black box‘ der Implementierung.

Zweck vorliegenden Reviews ist es, vorhandene Studien zur erfolgreichen Implementierung psychosozialer Interventionen in Pflegeheimen darzustellen. Zur Orientierung verwenden die Autoren das RE-AIM Rahmenwerk. Dies steht für: Reach (etwa: Reichweite - gemeint ist: welcher Prozentanteil aller Mitarbeiter wurde erfasst?), Efficacy (Wirksamkeit: positive Ergebnisse in Bezug auf Wissen, Haltungen und Fertigkeiten), Adoption (Annahme: findet die Intervention Eingang in die tagtäglichen Praktiken, Planungen, Leitbilder), Implementierung (wird die Intervention ebenso durchgeführt wie geplant?) und Maintenance (Aufrechterhaltung über einen längeren Zeitraum).

### Methoden

Beschrieben wird die Suchstrategie für qualitative und quantitative Studien. Insgesamt konnten 47 Studien identifiziert werden, welche über die Implementierung psychosozialer Interventionen berichten. Inhaltlich kreisen die Interventionen um Themen der personenzentrierten Pflege, Musik, Biographie, Snoezelen, spezielle Kommunikationstechniken wie Validation.

### Resultate

Die Ergebnisse werden entsprechend des vorgestellten Rahmenwerks berichtet:

*Reichweite:* In 60% der Studien wird die Anzahl der teilnehmenden Mitarbeiter beschrieben, weniger häufig deren Status und Qualifikation. In vielen Studien sind es überraschend wenige Mitarbeiter, die an der Einführung tatsächlich beteiligt waren.

*Wirksamkeit:* In den meisten Studien (60%) konnte ein deutlicher Wissenszuwachs festgestellt werden. In der Regel fiel der Wissenszuwachs höher und nachhaltiger aus, wenn mehrere Implementierungsstrategien zugleich verfolgt wurden (z.B. Fortbildung und Fallbesprechung), die Fortbildung

gen mehrfach über einen längeren Zeitraum angeboten wurden, es Nachfolgetreffen gab und ein Projektverantwortlicher eingeführt wurde. Wesentlich nüchterner fällt das Resümee bezüglich Haltungen und Fertigkeiten aus: Etwa die Hälfte der Studie berichten über eine wirksame Veränderung, wobei diese anhand von Selbsteinschätzungsbögen erhoben wurden. Es ist bekannt, dass diese Form der Auswertung zu weniger gültigen Resultaten führt als Ergebnisse anhand von Fremdbeobachtung. Selbst komplexe Implementierungsstrategien ändern die Haltung nur minimal.

*Annahme:* Zwei Studien berichten, dass Wissensvermittlung und Training allein keine Veränderung der Praxis bewirken. Nachtreffen, Begleitung während der Arbeit, Rollenspiele und Videoanalysen, konkrete Handlungspläne sowie Supervision verbessern die Annahme. Insgesamt enthalten die Studien recht wenige Hinweise darauf, inwieweit die Interventionen wirklich angenommen und im Alltag verankert wurden.

*Implementierung:* Die Unterstützung seitens der Leitung und der Meinungsführer, ein erfahrenes und begeisterungsfähiges Team sowie die Lernkultur in der Einrichtung sind entscheidende Variablen, welche die erfolgreiche Einführung bestimmen.

*Aufrechterhaltung:* 7 von 11 Studien zeigten auf, dass die Effekte der Intervention auch noch nach 6 Monaten feststellbar waren, 4 Studien zeigten das Gegenteil. Entscheidend sei, dass die Interventionen im Leitbild verankert seien, es einen langfristigen Implementierungsplan gebe und der Input der Trainer wiederholt werde.

## Diskussion

Die Studien zeigen eine hohe Heterogenität in Bezug auf Dauer, Intensität und Begleitung bei der Einführung von Interventionen auf. Erhebliche Wissenslücken bestehen bezüglich der Fragen, warum die Haltung schwer veränderbar ist, unter welchen Bedingungen Interventionen tatsächlich angenommen werden, welches Wissen und welche Fähigkeiten bei der Einführung schon vorhanden sein müssen, um Erfolg zu haben. Oft ist unklar, ob das, was dann als Einführung gefeiert wird auch das ist, was man ursprünglich einführen wollte. Auch in Bezug auf die Kunst der Aufrechterhaltung einmal erworbener Haltungen und Fertigkeiten besteht viel Unwissenheit.

Es lässt sich aber festhalten: Eine methodische Vielfalt zahlt sich aus. Nachfolgetreffen, Verankerung in den Pflegeplänen, eine längerfristige Projektplanung sowie eine Projektleitung erhöhen die Erfolgchancen deutlich. Wissen und Verhalten der Pflegenden sind leichter zu beeinflussen als Haltungen und Fähigkeiten. Rollenspiele, Fallbesprechungen und Arbeit an vorbereiteten Fallvignetten haben am ehesten eine Chance, sich positiv auf Haltungen auszuwirken. Sorgen bezüglich Mehrarbeit und Probleme bezüglich der Einarbeitung psychosozialer Interventionen in den Arbeitsablauf sollten intensive Beachtung seitens der Leitenden finden.

**Quelle**

Boersma, P., van Weert, J.C.M., Lakerveld, J., Dröes, R.-M. (2015). The art of successful implementation of psychosocial interventions in residential dementia care: a systematic review of the literature based on the RE-AIM framework. *International Psychogeriatrics*, 27(1), 19-35

Vgl.: Lawrence, V., Fossey, J., Ballard, C., Ferreira, N., Murray, J. (2016). Helping staff to implement psychosocial interventions in care homes: augmenting existing practices and meeting needs for support. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 284-293

Vorliegende qualitative Studie ist Teil einer größeren Studie zur Entwicklung eines evidenzbasierten Trainings für psychosoziale Interventionen in stationären Einrichtungen. Hier interessiert die Perspektive der Mitarbeiter. Diese erhielten Trainings zu den Themen: personenzentrierte Pflege, Umgang mit Psychopharmaka, soziale Interaktion, erfreuliche Situationen herbeiführen und zu körperlichen Übungen anregen. 119 Mitarbeitende aus 16 Einrichtungen in England nahmen an Fokusinterviews teil, die anschließend qualitativ ausgewertet wurden.

Die Mitarbeitenden stellten sich überwiegend als überarbeitet dar und beklagten mangelnde Wertschätzung. Schon das Wort ‚Interventionen‘ würde den Eindruck erwecken, dass sie bislang alles falsch gemacht haben. Man befürchte, wenig Unterstützung bei der Einführung zu erfahren. Die Haltung und Stimmung im Team seien entscheidend, die Interventionen selbst machten da wenig Unterschied. Manche würden nur so tun, als ob sie die Interventionen verstünden und akzeptierten, tatsächlich aber machten sie sich darüber lustig.

Personalnot und Überarbeitung führten zu einer Art Tiefenerschöpfung. Individuelle Zuwendung sei zeitlich, aber auch mental kaum möglich. Eins-zu-eins Arbeit stelle den Königsweg dar, würde aber oft als ‚Verwöhnung‘ diskreditiert.

Die Beziehung zu den Klienten sei in der Regel allen Pflegenden sehr wichtig. Über ihr Leben mehr zu erfahren und auch etwas von sich selbst einzubringen stelle eine primäre Motivation für die Tätigkeit dar. Allerdings werden enge Bindungen seitens des Managements nicht immer gern gesehen.

Familien könnten die Demenz oft nicht akzeptieren und verlangten oft nicht durchführbare Leistungen. Sie als Partner zu gewinnen stelle sich schwierig dar.

Als wichtigster Faktor für Pflegequalität wurden der Zusammenhalt und ein gemeinsam getragenes Ethos im Team genannt. Ohne dies gehe nichts.

Da zunehmend aktivierende und alltagsbegleitende Tätigkeiten von gesonderten Mitarbeitern außerhalb der Pflege

wahrgenommen werden, wüsste man oft auch nicht mehr, was man den Bewohnern anbieten könne.

Im Rahmen einer ersten Analyse empfehlen die Autoren, Lehrende und Trainer müssten ausdrücklich und glaubhaft die Arbeit der Pflegenden wertschätzen und ihre Leistungen sichtbar machen. Zudem müsse darauf hingearbeitet werden, personenzentrierte Zuwendungen im Rahmen der Pflege selbst zu verankern und nicht als zusätzliche Intervention zu konzipieren. Zuletzt sei es entscheidend, die Führungsverantwortlichen zu gewinnen, sich an der Integration personenzentrierter Interventionen in die Alltagsabläufe zu beteiligen.

Trainer und Dozierende wüssten zumeist wenig über die vorhandenen Teamdynamiken. Ohne diese zu kennen oder zu erarbeiten seien die Chancen einer Praxisentwicklung gering.

## 11. Personenzentrierte Pflege lässt sich erfolgreich in der ambulanten Versorgung umsetzen

### Ziel/Hintergrund

International hat sich das Konzept personenzentrierter Pflege behauptet. Sowohl Personen mit Demenz als auch Pflegenden profitieren von einem humanistischen Pflegemodell: zufriedener Mitarbeiter, Verbesserung der psychischen Verfassung von Menschen mit Demenz sowie Rückgang agitierten und herausfordernden Verhaltens. Erfolgreiche Umsetzung personenzentrierter Pflege gehen einher mit Milieuveränderungen, Gelegenheiten für soziale Interaktion, Veränderungen in Führung und Management, Befähigung und Stärkung der Mitarbeitenden, Bezugspflege und eine auf den Einzelnen ausgerichtete Pflegephilosophie.

Gegenstand vorliegender Studie ist die Erweiterung eines familienorientierten, klinischen Begleitungsprogramms am Healthy Aging Brain Center in Indiana, USA. Es handelt sich um eine Klinik mit einem ambulanten, zugehenden Begleitprogramm. In diesem Begleitprogramm werden kontinuierlich Daten zu Kognition, Funktionen, Verhalten, psychischen Funktionen sowohl bei der Person mit Demenz wie auch beim pflegenden Angehörigen erhoben. Diese Daten dienen dazu, das Begleitprogramm beständig den sich entwickelnden Bedürfnissen beider und der Dynamik zwischen beiden anzupassen. In dieser ‚mobile memory care practice‘ (etwa: mobile Praxis der Gedächtnispflege) spielt die Ausbildung und der Einsatz von Assistenten der Pflegekoordination eine Schlüsselrolle. Vorliegende US-amerikanische Studie beschreibt einen Ansatz zum Training dieser Assistenten, berichtet über qualitative Analysen von mit diesem Training einhergehenden Fallberichten und stellt Lernerfahrungen vor, die man mit einer neuen Funktion gemacht hat.

*Entwicklung einer neuen Rolle:* Ein umfassendes Eingangsassessment sichert, dass Schlüsselkompetenzen ausreichend vorhanden sind (interpersonale und analytische Fähigkeiten). Es folgt ein 10-tägiges Trainingsprogramm, das weniger kognitiv ausgerichtet ist, sondern mit Rollenspielen, Übungspatienten mit Videofeedback, Modelllernen (bei erfahrenen Pflegenden) mit umfassender Reflexion sowie gezielter Übungen für den Umgang mit depressiven und/oder sterbenden Personen arbeitet. Die Assistenten arbeiten nach Abschluss der Ausbildung unter der Supervision einer professionellen Pflegekraft sowie eines Sozialarbeiters. Alle während der Begleitung gesammelten Daten gehen in eine besondere Software ein (eMR-ABC\*), die zugleich gezielte Empfehlungen für Behandlung, Beratung sowie physische, psychische und soziale Maßnahmen entwickelt. Nach den Hausbesuchen wird zusammen mit den Supervisoren ein individueller Pflegeplan festgelegt, der neben der Medikation nicht-pharmakologische Möglichkeiten für den pfl

genden Angehörigen, Selbstmanagementaufgaben, Patientenedukation, Aktivierungsansätze für beide, Rückfallprävention (Delir, Depression), Problemlösungs-Therapie und Koordination mit einem breiten Versorgungsfeld umfasst. Durch beständiges Erheben von Daten während der Durchführung der Maßnahmen, geschieht eine laufende Anpassung sowie Kontrolle des Pflegeplans.

Den Assistenten wird regelmäßig Gelegenheit gegeben, ihre Tätigkeit in Fallbesprechungen mit verschiedenen Professionen (Ärzte, Ergotherapeuten etc.) zu reflektieren.

*Programmziel:* Das Ziel des Programms besteht darin, problematische Symptome zu managen, zu reduzieren und zu verhindern, als auch die physischen und psychologischen Belastungen des Angehörigen zu reduzieren. Der Familie soll somit geholfen werden, durch den Krankheitsprozess zu ‚navigieren‘.

*Setup:* 16 Assistenten wurden geschult. Zwischen 2013 und 2014 wurden 233 Personen mit Demenz, 876 Personen mit Depression und 104 Personen mit Demenz und Depression erfasst und behandelt. Nach einem ersten Hausbesuch erfolgten weitere Besuche zur Pflege- und Betreuungs Koordination sowie sich anschließende telefonische und e-mail Kontakte. Viele dieser Kontakte dienten dem kontinuierlichen Datenfluss und der Anpassung von Diensten und Leistungen, die von anderen Dienstleistungen und Agenturen durchgeführt wurden.

## **Methode**

Als Teil der weiteren Schulung und Entwicklung der Assistenten präsentiert jede/r in regelmäßigen Abständen ein Fall, der gemeinsam reflektiert wird. Fälle wurden einer qualitativen Analyse unterzogen, resultierend in sechs übergreifenden Themenfeldern.

## **Resultate**

1. Themenfeld: Viele Berichte kreisten um Fragen des Kennenlernens – und miteinander vertraut Werdens, das Herausschälen der zentralen Bedürfnisse sowie der spezifische Zuschnitt von Interventionen. Oft erwiesen sich die Familien und Patienten unwillig, Hilfe zuzulassen. Oft stand die Befürchtung im Raum, dass das Zulassen von Hilfe zur Heimeinweisung führt. Der Aufbau von Vertrauen erfordert Zeit und Geduld: gewährt man davon genug, stellt der weitere Pflegeprozess kein Problem mehr dar.

2. Autonomie und Tätigsein: auf der Basis ermittelter Interessen und Ressourcen werden Patienten ermutigt, ihren Alltag aktiv und selbstbestimmt zu gestalten. Viele depressive Patienten benötigen dazu eine von außen kommende Unterstützung, die auch Rückschläge in Kauf nimmt. Viele Patienten konnten lernen, bei den ersten Anzeichen wiederkehrender Depression äußere Hilfen verstärkt einzufordern.

3. Die Pflege und Betreuung bedarf der Flexibilität und Kontinuität. Auf der Basis einer guten Beziehung gelingt die Anpassung in der Regel gut. Patienten wurden mit der Zeit offener für Anregungen und bereiter, für sich Entscheidungen zu treffen. Viele konnten hierbei ihre Wünsche für die weitere Versorgung zum Ausdruck bringen (advance care planning).

4. Beständige Einbeziehung der Angehörigen in die Datensammlung ermöglichte, rechtzeitig Entlastungen, Hilfen und therapeutische Angebote, aber auch Hilfsmittel und Wohnanpassungen zu vermitteln, die sich für alle als stabilisierend herausstellten.

5. Die Assistenten bewiesen, dass sie ihr Training auch anwenden konnten und aus der Datensammlung die richtigen Schlüsse zogen. Oft konnten die Hilfen rechtzeitig genug implementiert und damit das Verweilen in der eigenen Häuslichkeit gesichert werden.

6. Das Arbeiten und der Austausch im Team stabilisierten die Assistenten und trugen wesentlich zur Kompetenzentwicklung bei.

## Diskussion

Die Studie demonstriert, dass personzentrierte Pflege erfolgreich in der ambulanten Versorgung implementiert werden kann. Offensichtlich gelang es den Assistenten, mit Hilfe der beständigen Datenabgleichung den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen zu entsprechen. Die Autoren heben die Bedeutung kollegialer Beratung anhand von Fallpräsentationen hervor, um Wege zu finden, Abwehr und Widerstand gegen Hilfen umzuwandeln in Kooperation. Daten für Depressivität, herausforderndes Verhalten und Belastungserleben der Angehörigen belegen den Erfolg der Maßnahme. Mittels des Beziehungsaufbaus wurde es möglich, sinnvolle Tätigkeiten und Hilfen so bereitzustellen, dass die Klienten selbstwirksamer und autonomer für sich selbst sorgen konnten.

## Quelle

Austrom, M.G., Carvell, C.A., Alder, C.A., Gao, S., Boustani, M., LaMantia, M. (2016). Workforce development to provide person-centred care. *Aging & Mental Health*, 20(8), 781-792

\*Frame, E. et al (2013). Development and Implementation of an Electronic Decision Support to Manage the Health of a High-Risk Population: The enhanced Electronic Medical Records Aging Brain Care Software (eMR-ABC). *eGEMs (Generating Evidence & Methods to improve patient outcomes)*, Vol 1, Iss.1, Art. 8,

## 12. Implementierung von Demenzcoaches führt zur Umsetzung personenzentrierter Pflege und zur Reduktion von Psychopharmaka

### Ziel/Hintergrund

Studien weisen darauf hin, dass Menschen mit Demenz zur Linderung neuropsychiatrischer Symptome antipsychotische Medikamente erhalten, obwohl sich das Verhalten und oft das Befinden nicht verbessert, unerwünschte Nebenwirkungen dominieren und – in Großbritannien – für geschätzte 1.800 zusätzliche Sterbefälle verantwortlich gemacht werden können. Hinter herausforderndem Verhalten und neuropsychiatrischen Symptomen verbergen sich häufig unbehandelte Delirien, unbehandelte Schmerzen, ein schlechter Ernährungszustand, Langeweile, unerfüllte emotionale Bedürfnisse, mangelndes Verständnis für kognitiven Niedergang, unangepasste Kommunikation, maligne Sozialpsychologie, Unkenntnis der Lebensgeschichte und insgesamt schlechte Pflege. Solange Pflegenden und Betreuenden für diese Themen nicht genügend geschult und sensibilisiert sind, besteht die Gefahr, über den Arzt die Verschreibung von Psychopharmaka zu veranlassen, um Verhalten zu kontrollieren. Hinzu kommen eine wenig unterstützende Pflegekultur, fehlende Spezialisierung und mangelhaft entwickelte professionelle Rollen, fehlende Zeit und schlechtes Management. In der Regel treten diese Faktoren gemeinsam auf in einem sich wechselseitig verschlimmernden Systemzusammenhang.

Bisher liegen nur wenige Evidenzen für effektive Trainings- und Entwicklungsprogramme vor (siehe aber die Studien von Boersma und Austrom in diesem Newsletter). Eine randomisierte Studie aus England zeigte vielversprechende Evidenzen für ein Trainings- und Entwicklungsverfahren (FITS: Focussed Intervention Training and Support), um personenzentrierte Pflege zu implementieren und die Verschreibung von Psychopharmaka zu reduzieren<sup>1</sup>. Vorliegende Studie ergänzt und erweitert das ursprüngliche Programm und untersucht seine Wirkungen im Rahmen eines nationalen Großversuches unter Beteiligung von Einrichtungen aus ganz Großbritannien.

### Methoden

Schlüsselattribute der Intervention:

*Entwicklungscoach für Demenzpraxis*: Hierbei handelt es sich um 2 praxiserfahrene, universitätsbasierte Dozenten, die sowohl die sich über 3 Monate erstreckende Schulungen

---

<sup>1</sup> Fossey, J., Ballard, C., Juszczak, E., James, I., Alder, N., Jacoby, R., & Howard, R. (2006). Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: A cluster randomised trial. *British Medical Journal*, 332. 756\_758.

die auch die sich daran anschließenden Supervisionen gestalten.

*Coach für Demenzpflege:* Hierbei handelt es sich um (zumeist, aber nicht immer) examinierte Mitarbeiter der beteiligten Einrichtungen, welche an den Schulungen und Supervisionen teilnehmen und die Umsetzung von Maßnahmen in der eigenen Einrichtung vorantreiben. Hierfür wurde ein wöchentlicher Zeitraum von 1-2 Tagen ausgehandelt.

*Schulungsprogramm:* Der erste Schulungsblock besteht aus 10 Tagesveranstaltungen, verteilt auf 5x2 Tage in einem Zeitraum von 3 Monaten. Die Schulung folgt dabei einem Programm, das von I. James und J. Fossey 2008 veröffentlicht wurde<sup>2</sup>. Unter anderem umfasst das Programm ein Assessment, um Stärken und Schwächen der eigenen Einrichtung abzubilden, ein Rahmen um Verhalten als Ausdruck unerfüllter Bedürfnisse zu verstehen und darauf angemessen zu reagieren, sowie eine breite Palette psychosozialer Interventionen. Ergänzt wurde das Programm um pädagogische Elemente, um Teammitgliedern die erworbenen Erkenntnisse weiter zu vermitteln, sowie um einige weitere Inhalte (Kommunikationsstrategien, familienorientierte Interventionen).

*Supervision:* An die Schulung knüpfte ein 6-monatiges supervisorisches Begleitprogramm an, bei dem Implementierungsschritte vereinbart, kontrolliert und reflektiert wurden. Die Coaches wurden ermutigt, eine aktive, fachlich vorantreibende Rolle in der Einrichtung einzunehmen.

*Instrumente:* Beschrieben werden Instrumente, um bewohnerbezogene und teilnehmerbezogene Daten abzubilden. Vergleiche zwischen den Daten vor und nach den Trainings werden angezielt.

*Fallstudien:* In 14 der beteiligten Einrichtungen sollen Fallstudien mit vertiefenden Interviews durchgeführt werden, um Effekte von und Erfahrungen mit dem FITS-Programm abzubilden.

Weiterhin beschrieben wird eine externe Steuerungsgruppe, die Verantwortung für den Gesamtprozess übernimmt. Diese bestand aus Vertretern der Originalstudie, der Aufsichtsbehörden, der beteiligten Universitäten sowie der englischen Alzheimer-Gesellschaft.

## Resultate

Es konnten 106 Einrichtungen für die Teilnahme gewonnen werden, von denen 67 (63%) das Gesamtprogramm absolvierten. Von anfänglich 100 teilnehmenden Coaches waren 66 in der Lage, das Gesamtprogramm erfolgreich zu absolvieren. Häufigste Gründe für das Ausscheiden bildeten Jobwechsel, Arbeitsüberlastung gefolgt von organisationalen Mängeln. 65% der abbrechenden Personen nahmen in der jeweiligen Einrichtung eine Führungs-

---

<sup>2</sup> Fossey, J., James, I. (2008). Evidence-based approaches for improving dementia care in care homes. London: Alzheimer's Society

rolle ein, die sich mit der angestrebten Position eines Demenzcoaches nicht vertrug.

Das Trainingsprogramm stieß auf ein sehr positives Echo; die am meisten genannte Umsetzungsbarriere war Zeitmangel. In Bezug auf Rolle, Fähigkeiten, Vermittlungskompetenzen und Anerkennung konnte eine deutliche Steigerung (95%) am Interventionsende im Vergleich zu den Ausgangsdaten festgestellt werden. Als besonders bedeutend und wirksam wurden die Supervisionssitzungen hervorgehoben: man habe von den Ideen und Anregungen der anderen profitieren können und wertvolle Hinweise seitens der Entwicklungskoaches erhalten.

Werte für Haltung und Wissen der Demenzcoaches verbesserten sich deutlich. 84% der antwortenden Teilnehmer äußerten die Auffassung, in der Rolle des Demenzcoaches in ihrer Einrichtung gut angekommen zu sein. 79% waren der Auffassung, mehr als 50% der Inhalte des Kurses umgesetzt zu haben. Zeitmangel, fehlende Unterstützung des Managements sowie eine für die Rolle nicht passende Grundfunktion (Führung/Leitung) waren die Hauptgründe, die für mangelhafte Implementierung angegeben wurden. Verschreibungen von Psychopharmaka fielen von anfänglich 20% der Bewohner auf 14%. Die Reduktion fiel deutlicher aus in Einrichtungen mit einer eingangs hohen Verschreibungsrate.

In Bezug auf Bewohner konnten einige Pflegeziele realisiert werden; allerdings gelang es nicht, Ziele zur Reduktion herausfordernden Verhaltens zu erreichen. Die Rolle des Demenzcoaches umfasste praktisch folgende Aufgaben: mit Ärzten über Reduktionen verhandeln; die Pflegeplanungen anpassen mit besonderer Berücksichtigung herausfordernden Verhaltens; Kollegen informieren und fortbilden; geeignete Aktivitäten für Bewohner entwickeln und umsetzen; an der Sprache arbeiten, mit der über Bewohner gesprochen wird. Einigen Demenzcoaches begegneten unüberwindbare Barrieren, die sich auf ihr Wohlbefinden negativ auswirkten und sogar in einem Fall zum Ausscheiden aus dem Betrieb führten. Grund hierfür war zumeist, dass den Mitarbeitern die eingangs zugestandene Zeit für die neue Rolle praktisch nicht eingeräumt wurde.

## Diskussion

Das Programm FITS erwies sich in der überwiegenden Zahl der Fälle als wirksam und erfolgreich, Veränderungen mit dem Ziel personenzentrierter Pflege und Reduktion von Psychopharmaka umzusetzen. Abbrecher- und Ausfallquote entsprechen den in anderen Studien genannten Zahlen (etwa ein Drittel). Weiterhin als schwierig erwies sich die Beeinflussung organisationaler Barrieren. Im Unterschied zur ersten Studie von Fossey & James erwies sich die Ausgangsrate psychotroper Verschreibungen in vorliegender Studie als geringer; dennoch konnten auch hier weitere Reduktionen vorgenommen werden. Diese wären ohne den nachhaltigen Einsatz der Demenzcoaches kaum im vorlie

genden Umfang erfolgt. Auch wenn herausforderndes Verhalten nicht reduziert werden konnte, so wurden doch andere bewohnerbezogene Ziele realisiert, darunter eine verbesserte Kommunikation, verbesserte Mobilität, verbessertes Ernährungs- und Schlafverhalten.

Abschließend diskutieren die Autoren die Gefahr, dass mangelnde Möglichkeiten der Umsetzung Mitarbeiter veranlassen könne, die Einrichtung zu wechseln oder gar das Berufsfeld aufzugeben: Sensibilisierung und Qualifizierung leiten dann den beruflichen Ausstieg ein. Für zukünftige Projekte dieser Art wird empfohlen, dass die Steuerungsgruppe und die Supervisoren einen direkten Einfluss auf Managemententscheidungen haben müssen, um Rolle und Implementierung von Maßnahmen zu sichern. Um dies zu ermöglichen sollten Leitungen an einer Anzahl von Fortbildungen und Supervisionen teilnehmen. Weiterhin sei es sinnvoll, dass die Instruktoren nicht universitätsbasiert agierten, sondern festangestellte Mitarbeiter der Einrichtung mit Kaderfunktion darstellten.

#### **Quelle**

Brooker, D., Latham, I., Evans, S., Jacobson, N., Perry, W., Bray, J., Ballard, C., Fossey, J., Pickett, J. (2016). FITS into practice: translating research into practice in reducing the use of anti-psychotic medication for people with dementia living in care homes. *Aging & Mental Health*, 20(7), 709-718

### 13. Was belastet professionell Pflegende in der Arbeit mit Menschen mit Demenz?

<b>Ziel/Hintergrund</b>	<p>Bei der Umsetzung personenzentrierter Pflege kommen zunehmend professionelle Mitarbeiter in Pflege und Betreuung in den Blick, da ihr Wohlbefinden bzw. ihre Zufriedenheit sich deutlich auf die der Klienten mit Demenz auswirkt. Klienten nicht derart versorgen zu können wie sie es brauchen stellt einen besonders wichtigen Belastungsfaktor dar. In der Regel sind es organisationale Faktoren wie übergroße Arbeitsbelastung, schlechte Personalausstattung, konkurrierende Anforderungen, Mangel an emotionaler und praktischer Unterstützung, Führungsstile und geringe Autonomie, die als Gründe für diesen Umstand genannt werden. Um die Belastung gezielt zu verändern ist es notwendig, zunächst die belastenden Faktoren genau zu identifizieren. Vorliegende Arbeit aus Schweden dokumentiert die Entwicklung einer Skala, um die Art des Belastungserlebens von Mitarbeitern im Arbeitsfeld Demenz abzubilden.</p>
<b>Methoden</b>	<p>Anlass für die Entwicklung bildete die Revision einer allgemeinen Belastungsskala für Pflegende, die aber für Mitarbeiter im Demenzbereich für nicht angemessen beurteilt wurde. Beschrieben wird ein mehrstufiges Verfahren, in dem ausgehend von Fokusgruppeninterviews eine Faktorenanalyse durchgeführt wurde, die weiter bearbeitet zu einer Skala mit 27 Fragen kondensiert wurde, um abschließend 5 Faktoren zuverlässig abzubilden. Diese Faktoren werden bezeichnet mit: frustrierte Empathie(Faktor 1), Schwierigkeiten zu verstehen und zu interpretieren(Faktor 2), konkurrierende Bedürfnisse ausgleichen(Faktor 3), emotionale Verstrickung ausgleichen(Faktor 4), Mangel an Anerkennung(Faktor 5). Die Skala wird ergänzt von einer Einschätzung von Emotionen im Kontext täglicher Arbeit. Beschrieben werden Verfahren, mit denen die psychometrischen Qualitäten untersucht wurden.</p>
<b>Resultate</b>	<p>siehe Skala im Anhang</p>
<b>Diskussion</b>	<p>Die genannten fünf Faktoren weisen Zusammenhänge auf, stellen aber unterschiedliche und eigenständige Konzepte dar, die auch unterschiedliche Interventionen erfordern: ‚Konkurrierende Bedürfnisse ausgleichen‘ signalisiert geringe Ressourcen, ‚die Schwierigkeit zu verstehen/zu interpretieren‘ signalisiert dagegen Kommunikationsdefizite und u.U. mangelnde Kenntnisse der individuellen Bedürfnisse. Die intrinsische Schwierigkeit in Bezug auf die Arbeit mit Menschen mit Demenz (z.B. herausforderndes Verhalten) spiegelt sich nicht unbedingt in den bedrängendsten Ursa</p>

chen für Belastung der Mitarbeiter: viele Faktoren haben mit den Klienten und ihrem Verhalten gar nichts zu tun.

Die Autoren gehen näher auf die 5 Belastungsfaktoren ein: *Frustrierte Empathie*: dieser wichtigste Faktor bezeichnet den Umstand, Klienten nicht die Pflege angedeihen lassen zu können, die sie eigentlich bräuchten. Hierzu gehört auch z.B. die Wahrnehmung, dass Klienten von anderen Kollegen nicht gut behandelt werden. Faktor 1 ist ein umfassender Hintergrundfaktor, der auch in den anderen Faktoren zum Tragen kommt, z.B. wenn Bedürfnisse nicht verstanden werden. Empathie ist der Hauptgrund, warum professionell Pflegende belastet sind: würden sie sich nicht sorgen, gäbe es auch weniger Belastung.

*Schwierigkeiten zu verstehen*: oft ist es nicht leicht nachvollziehbar, wie der Klient die Welt versteht, was er zum Ausdruck bringen will, was für Bedürfnisse vorliegen, welche Gründe sein Verhalten hat. Folglich mag das eigene Verhalten der Pflegenden kränkend beim Patienten ankommen, weil man die Bedürfnisse und Botschaften nicht versteht.

*Konkurrierende Bedürfnisse ausgleichen*: Oft geht die Dringlichkeit vor Bedürfnisse oder Fairness. Sicherheitsanliegen konkurrieren mit Lebensqualität, manche Pflegemaßnahmen erfolgen gegen den Willen des Betroffenen. Mangelnde Ressourcen verschärfen diese Spannung.

*Emotionale Verstrickung ausgleichen*: Mitarbeiter fühlen sich oft Personen mit Demenz emotional sehr verbunden. Besonders dann, wenn man eng und lange mit ihnen zusammen gelebt und gearbeitet hat und eine persönliche Bindung gewachsen ist. In der Regel werden die Gefühle von Verlust und Trauer nach Versterben kaum aufgegriffen.

*Mangel an Anerkennung*: Viele angelernte Mitarbeiter werden wenig gesehen, anerkannt, unterstützt und gefördert. Die finanzielle Entschädigung fällt zumeist gering aus. Leitende sehen es nicht immer als ihre Aufgabe an, mit Mitarbeitern wertschätzend umzugehen.

Die Autoren machen umfassende Angaben zur Validität, Sensitivität und Reliabilität der Skala. Ihre Stärke sehen sie darin begründet, dass sie auf Berichten von Pflegenden zu Belastungen in der Arbeit mit Menschen mit Demenz beruht. Anhand der Ergebnisse können Leitende/Verantwortliche das Belastungsprofil der Mitarbeiter erheben und gezielt gegensteuern. Damit wird auch ein Beitrag für die Lebensqualität von Menschen mit Demenz geleistet.

## Quelle

Edberg, A.-K., Anderson, K., Wallin, A.O., Bird, M. (2015). The development of the strain in dementia care scale (SDCS). *International Psychogeriatrics*, 27(12), 2017-2030

## 14. Haltungen lassen sich durch Wissensvermittlung wenig beeinflussen

<b>Ziel/Hintergrund</b>	Mitarbeiterfaktoren gelten als entscheidende Variable für das Wohlergehen von Menschen mit Demenz. Je kompetenter und selbst-wirksamer sich Mitarbeiter einschätzen, desto eher entwickeln Mitarbeiter eine positive, optimistische Haltung gegenüber ihrer Aufgabe. Dies wiederum trägt dazu bei, mit herausforderndem Verhalten besser umgehen zu können. Verschiedene Forschungen sind der Frage nachgegangen, wie Kompetenz und Selbstwirksamkeit erhöht werden können. In Frage kommen Haltung, Wissen, Trainings für spezifische Aufgaben (z.B. palliative Pflege) und die Implementierung personenzentrierter Strategien im Umgang mit herausforderndem Verhalten: allerdings haben diese Variablen nur einen geringen bis mittleren Einfluss auf Kompetenz- und Selbstwirksamkeitsgefühl. – Vorliegende australische Studie untersucht den relativen Einfluss, den genannte Faktoren auf Kompetenz und Selbstwirksamkeit haben.
<b>Methoden</b>	Beschrieben werden Instrumente, um die Kompetenzeinschätzung der Mitarbeiter, ihre Haltung mit den Faktoren ‚Hoffnung‘ und ‚Personzentrierung‘ abzubilden sowie ein Instrument, um spezifisches Demenzwissen zu erfassen. Anhand von pflegerischen Reaktionen auf vorbereitete Fallvignetten wird die Wahrscheinlichkeit, mit der angemessene Reaktionen erfolgen, erfasst. – Es handelt sich um eine Querschnittsstudie, welche 61 Mitarbeitende erfasst. Beschrieben wird das statistische Verfahren zur Auswertung der Daten.
<b>Resultate</b>	Der Ausbildungsstand (Universitätsabschluss in Pflege oder nicht) wirkt sich im Hinblick auf die selbsteingeschätzte Kompetenz nicht aus. Haltung und personenzentrierte Praktiken/Strategien sind am engsten, Training und Wissen am wenigsten mit dem Kompetenzgefühl verbunden. Alle 4 Faktoren erklären 34% des Kompetenzgefühls, d.h. es gibt noch andere gewichtige Faktoren, die hierbei eine Rolle spielen (z.B. Leitung, Organisation, teambezogene Faktoren).
<b>Diskussion</b>	Haltung und die Implementierung personenzentrierter Strategien im Umgang mit herausforderndem Verhalten sind eigenständige, bedeutsame Faktoren, die zum Teil das Kompetenzgefühl vorhersagen (erklären) können, d.h.: sind personenzentrierte Strategien implementiert und teilen die Mitarbeiter eine dementsprechende Haltung, dann fühlen sie sich auch kompetent im Umgang mit Menschen mit Demenz. Wissen und Trainings spielen hierbei keine bedeutende Rolle. Dies wirft die Frage auf, wie und was Haltungen und personenzentrierte Strategien entwickeln und sta

bilisieren helfen. Zugleich stellt es die bisher dominierenden Formen der Wissensvermittlung in Frage. Offenbar berühren die Trainings und Wissensvermittlung zu wenig die unmittelbaren Anliegen, die Mitarbeiter im Umgang mit herausforderndem Verhalten mitbringen. Methodische Ansätze, die vermehrt mit Rollenspielen, Projekten, Fallbesprechungen, enge Begleitung im Arbeitsprozess selbst arbeiten, scheinen im höheren Masse geeignet, das Kompetenzgefühl zu unterstützen.

**Quelle**

Mullan, M.A., Sullivan, K.A. (2016). Positive attitudes and person-centred care predict of sense of competence in dementia care staff. *Aging & Mental Health*, 20(4), 407-414