

Gewalt an Demenzkranken durch pflegende Angehörige

Beeinflussende Faktoren und pflegerische Interventionsmöglichkeiten

Systematische Literaturarbeit

Bachelor-Thesis

Melanie Hofmann

Matrikel-Nr. 11-646-965

Cornelia Stähli

Matrikel-Nr. 11-645-280

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science Pflege 2011

Referentin

Gisela Bähler, lic. phil.

Bern, 15.08.2014

INHALTSVERZEICHNIS

ABSTRACT	4
1 Einleitung und Zielsetzung	5
2 Theoretischer Bezugsrahmen	6
2.1 Demenz	6
2.1.1 Verschiedene Formen und Epidemiologie	7
2.1.2 Pathophysiologie und Therapie	8
2.2 Krankheitsbild, Auswirkungen auf den Alltag und Verlauf	9
2.3 Demografische Veränderungen	10
2.4 Pflegende Angehörige	10
2.5 Gewalt	11
2.5.1 Definition	11
2.5.2 Formen der Gewalt	12
2.5.3 Häusliche Gewalt	13
2.6 Maligne Sozialpsychologie nach Kitwood	14
2.6.1 Gewalt im Zusammenhang mit Demenz	15
2.7 Ethische Aspekte	16
3 Methode	17
3.1 Ein- und Ausschlusskriterien	17
3.2 Suchstrategie	18
4 Tabellarische Übersicht der Studien	20
4.1 Cooney et al., 2006	20
4.2 Cooper et al., 2007	21
4.3 Cooper et al., 2008	22
4.4 Cooper, Selwood et al., 2010	23
4.5 Cooper, Blanchard et al., 2010	24
4.6 Drossel et al., 2011	25
4.7 Livingston et al., 2013	26
4.8 Selwood et al., 2007	27
4.9 Selwood et al., 2009	28
4.10 Vande Weerd & Paveza, 2006	29
4.11 Vande Weerd et al., 2013	30
4.12 Wiglesworth et al., 2011	31
5 Synthese der Ergebnisse	32
5.1 Beeinflussende Faktoren	32
5.1.1 Faktoren der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger	32

5.1.2	Faktoren der pflegenden Angehörigen	36
5.1.3	Faktoren der Interaktion	40
5.2	Interventionen	42
5.2.1	Verhaltenstherapeutische Interventionen	42
5.2.2	Entlastungsangebote	44
5.2.3	Unterstützende Massnahmen	45
6	Diskussion	46
6.1	Beeinflussende Faktoren der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger	46
6.2	Faktoren der pflegenden Angehörigen	48
6.2.1	Faktoren der Interaktion	50
6.2.2	Verhaltenstherapeutische Interventionen	51
6.2.3	Entlastungsangebote	54
6.2.4	Unterstützende Massnahmen	54
6.3	Stärken und Limitationen der vorliegenden Arbeit	56
6.4	Beantwortung der Fragestellung	58
6.4.1	Beeinflussende Faktoren	58
6.4.2	Wirksame Interventionen	59
6.4.3	Nicht wirksame Interventionen	60
6.5	Schlussfolgerung	60
6.5.1	Empfehlungen für die Praxis	60
6.5.2	Empfehlungen für die Forschung	62
8	Literaturverzeichnis	63
9	Abbildungsverzeichnis	66
10	Tabellenverzeichnis	67
11	Abkürzungsverzeichnis	69
12	Anhang	71
12.1	Glossar	71
12.2	Diverse Anhänge	72
12.2.1	Evidenzlevel nach Polit& Beck	72
12.2.2	Evidenlevel nach CEBM	73
12.2.3	Grades of Recommendation nach CEBM	74
12.2.4	MCTS	74
13	Selbständigkeitserklärung	75
14	Einwilligung zur Ausleihe	76

ABSTRACT

Einleitung: Weltweit ist die Misshandlung alter Menschen ein Problem, das immer noch weitgehend tabuisiert wird. Zudem wird die Bevölkerung immer älter, womit das Risiko steigt, an einer Demenz zu erkranken. Die Gruppe der Demenzkranken stellt eine besonders vulnerable Population für das Erleben von Misshandlung dar. Häufig finden gewalttätige Handlungen im persönlichen Umfeld der Betroffenen statt. In der Schweiz leben 60% der Demenzkranken zu Hause und werden von Angehörigen betreut. In der vorliegenden Arbeit sollten Faktoren identifiziert werden, welche das Auftreten von Gewalt an Demenzkranken durch ihre pflegenden Angehörigen beeinflussen und es sollen Interventionsmöglichkeiten für die Pflege aufgezeigt werden.

Fragestellung: Welche Faktoren beeinflussen das Auftreten von Gewalt an Demenzkranken durch ihre pflegenden Angehörigen und welche Interventionsmöglichkeiten ergeben sich anhand dieser Faktoren für die Pflege?

Methode: Es wurde eine systematische Literaturrecherche auf den Datenbanken Medline (Pubmed), CINAHL, Cochrane, PsycInfo und auf sämtlichen Seiten zu Guidelines durchgeführt. Zusätzlich wurde eine Handsuche unternommen. Es wurden 12 Studien zur Beantwortung der Fragestellung beigezogen.

Ergebnisse: Die Ergebnisse wurden in beeinflussende Faktoren und Interventionen unterteilt. Als gewaltfördernde Faktoren galten: Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger, welche selbst Gewalt anwandten, mehr dementielle Symptome, Reizbarkeit oder neuropsychiatrische Symptome aufwiesen. Bei pflegenden Angehörigen stellten sich Depression, dysfunktionales Coping, Ängstlichkeit und hohe Belastung als Risikofaktoren heraus. Beziehungen mit häufigen Auseinandersetzungen waren assoziiert mit Gewalt. DBT und vermittelte Coping-Strategien konnten Depression signifikant vermindern. Die MCTS wurde als valides Instrument eingestuft.

Diskussion: Sieben der zwölf eingeschlossenen Studien stammen von einem sehr ähnlich zusammengesetzten Team von Forscherinnen und Forscher, wodurch das Vorgehen in den Studien optimiert werden konnte, jedoch eine einseitige Sichtweise auf die Thematik entstanden sein könnte. In vielen Arbeiten wurden Schlüsselbegriffe ungenügend definiert, jedoch wurde fast in allen ein informed consent eingeholt.

Schlussfolgerung: Das Einbeziehen pflegender Angehöriger in Gespräche, das Aufbauen einer Vertrauensbeziehung und das direkte Ansprechen von Gewalt können empfohlen werden. Eine Frage nach Gewaltanwendung soll ins Erstassessment eingebaut werden. Zur Reduktion der Depression und Ängstlichkeit der pflegenden Angehörigen zeigten sich verhaltenstherapeutische Ansätze vielversprechend.

Schlüsselbegriffe: Dementia, Domestic Violence, Caregivers, Verbal Abuse

1 EINLEITUNG UND ZIELSETZUNG

Die Misshandlung älterer Menschen ist eine Problematik, die häufig unterschätzt wird. Die World Health Organisation (WHO) Europe (2011) schätzt, dass allein in Europa jährlich 4 Millionen Menschen im Alter von über 65 Jahren davon betroffen sind. Laut der Unabhängigen Beschwerdestelle für das Alter (n.d.) ist in der Schweiz jeder zwanzigste alte Mensch von Gewalt betroffen.

Die Erforschung der Thematik gestaltet sich schwierig, da eine grosse Dunkelziffer und Zugangshemmnisse bestehen (Hörl & Spanring, 2002).

Laut dem Bundesamt für Statistik (2010) steigt im Alter das Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Gleichzeitig wird der Anteil an alten Menschen in den nächsten Jahren stark zunehmen, was dazu beiträgt, dass das Krankheitsbild der Demenz immer mehr an Relevanz gewinnt.

Die Prävalenz der Demenz belief sich im Jahre 2010 in der Schweiz auf ca. 100 000, mit einer Jahresinzidenz von 23 000 Fällen (Eidgenössisches Departement des Innern, 2012). 60% der an Demenz Erkrankten leben zu Hause und 40% in Institutionen (Bundesamt für Gesundheit, 2013). Somit wird die Mehrheit der demenziell Erkrankten im ambulanten Setting betreut. Dies legt nahe, dass Angehörige einen Teil oder sogar die gesamte Pflege der Betroffenen übernehmen. Die Betreuung von demenzkranken Menschen wird laut der Schweizerischen Alzheimervereinigung (2009) von vielen Angehörigen als sehr belastend erlebt. Die Angehörigen sorgen rund um die Uhr für die kranke Person, was nicht selten zu einer sozialen Isolation, wie auch zu konstant vorhandenen Erschöpfungszuständen der Angehörigen führt.

Mit der Demenzerkrankung gehen Persönlichkeits- wie auch Verhaltensveränderungen einher, was zu einer Veränderung der Beziehung zwischen der an Demenz erkrankten und der pflegenden Person führt (Görgen, Herbst, & Rabold, 2006). Der Krankheitsverlauf ist progressiv, womit der Pflegebedarf, wie auch die psychische Belastung für die pflegenden Angehörigen steigt. Aus diesen Gründen ist es naheliegend, dass aufgrund der andauernden Belastung das Risiko einer Gewaltanwendung seitens der Angehörigen zunimmt.

Demenz stellt unter anderem einen Hauptrisikofaktor für das Erfahren von Gewalt dar: 14% der demenziell erkrankten Menschen sind betroffen, wobei davon ausgegangen wird, dass die Dunkelziffer hoch ist (WHO, 2011). Wie Sowarka in Müller-Hergl (2011) aufzeigt, wird die Gewalt an Demenzkranken meistens von Personen aus deren nächstem Umfeld ausgeübt. Oft handelt es sich hierbei um die pflegenden Angehörigen. In einer Zufallsstichprobe von 254 Personen (Müller-Hergl, 2011) gaben 47,6% der pfl-

genden Angehörigen an, in den letzten 12 Monaten psychische Misshandlungen vorgenommen zu haben. Der Anteil an physischer Gewaltanwendung belief sich auf 19,4% (Müller-Hergl, 2011).

Pflegefachpersonen sind oftmals die Einzigen, die durch ihre Berufsausübung im ambulanten Bereich wie z.B. Spitex, wie auch bei Spitaleintritt einer zu Hause gepflegten Person, Einblick in die Pflegesituation erhalten.

Pflegende haben häufig Einblick in Pflegebeziehungen, in welchen sich eine Form der Gewalt beobachten oder zumindest vermuten lässt. Somit sind Pflegende verpflichtet, auf wahrgenommene Gewalt angemessen zu reagieren. Um dies gewährleisten zu können, soll der pflegerische Handlungsspielraum bezüglich dieser Thematik erkundet werden, um die Betroffenen zu schützen, wie auch die pflegenden Angehörigen zu unterstützen. Dies führte zu folgender Fragestellung:

Welche Faktoren beeinflussen das Auftreten von Gewalt an Demenzkranken durch ihre pflegenden Angehörigen und welche Interventionsmöglichkeiten ergeben sich anhand dieser Faktoren für die Pflege?

Das Ziel dieser Arbeit besteht einerseits darin, Faktoren zu identifizieren, welche mit dem Auftreten von Gewalt durch pflegende Angehörige an Demenzerkrankten in Verbindung stehen. Andererseits sollen Interventionen ergründet werden, welche diese Faktoren beeinflussen und im Handlungsspielraum der Pflege im ambulanten oder stationären Setting liegen. Ein sekundäres Ziel besteht darin, Pflegende auf diese oft zu wenig berücksichtigte Thematik zu sensibilisieren und zur Selbstreflexion über das eigene Verhalten gegenüber Demenzkranken zu ermutigen.

2 THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN

2.1 Demenz

Laut der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, wird Demenz wie folgt definiert (Dilling, Mombour, & Schmidt, 1991):

Demenz ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler kortikaler¹ Funktionen, einschliesslich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle,

¹ Siehe Glossar

des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf.

2.1.1 Verschiedene Formen und Epidemiologie

Es werden mehrere Formen der Demenz unterschieden. Im Folgenden sind die Hauptgruppen kurz aufgelistet, wie sie in Lieb, Frauenknecht, & Brunnhuber (2012) aufgezeigt werden.

- Die Alzheimer-Krankheit ist mit einem Anteil von 55% die häufigste Demenzform. Sie ist charakterisiert durch einen schleichenden und langsam progredienten Verlauf. Die kognitiven Defizite sind gleichmässig über alle Bereiche verteilt.

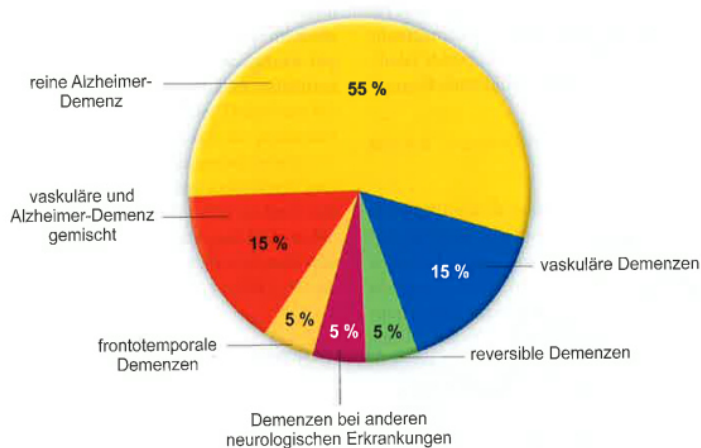


Abbildung 1: Epidemiologie der verschiedenen Demenzformen

- Bei den vaskulären Demenzen bestehen typischerweise vaskuläre Risikofaktoren wie Diabetes Mellitus, Nikotinabusus usw. Die kognitiven Defizite sind in gewissen Bereichen stärker und in anderen weniger ausgeprägt, je nach Lokalisation der Läsion.
- Bei der Frontalhirndemenz, auch bekannt als Pick-Komplex, Morbus Pick, frontotemporale Demenz oder frontotemporale Lobärdegeneration, setzen die Persönlichkeitsveränderungen und Verhaltensstörungen in der Regel früher ein als die Gedächtnisstörungen. Die frontotemporale Demenz ist nach der Alzheimererkrankung die häufigste Form der Demenz vor 65 Jahren.
- Eine weitere Form von Demenz, die in obiger Grafik nicht ersichtlich ist, stellt die Lewy-Body-Demenz dar. Das klinische Bild beinhaltet visuelle Halluzinationen, fluktuierende Aufmerksamkeit und Störungen der Extrapyramidalmotorik (Mosimann & Müri, 2010).

- Demenzerkrankungen können auch als Spätfolge verschiedener neurologischer Erkrankungen wie Parkinson, Chorea Huntington und der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung auftreten.

Schliesslich gibt es die potenziell reversiblen dementiellen Erkrankungen, welche eine Vielzahl von Ursachen haben können. Zerebrale Raumforderungen, Vitamin-B12-Mangel, chronischer Alkoholabusus, Leber- oder Nierenversagen und endokrinologische Störungen sind nur einige Beispiele für auslösende Faktoren.

Ein Instrument, das unter anderem häufig zur Diagnosestellung der Demenz verwendet wird, ist der Minimal State Test (MMSE). Dieses Messinstrument enthält einen Satz von Fragen, welche alle Qualitäten der Orientierung, die Merkfähigkeit und die Fähigkeit zu rechnen, prüfen (Frank, 2007).

2.1.2 Pathophysiologie und Therapie

Die Alzheimerdemenz wird laut Lieb et al. (2012) durch extrazelluläre Plaques, eine Degeneration der Neurofibrillen und einen Untergang von Nervenzellen im Gehirn verursacht. Diese Prozesse stören die Reizweiterleitung im Gehirn und beeinträchtigen so die Hirnleistung. Im Krankheitsverlauf kommt es zur Atrophie der kortikalen und subkortikalen Strukturen um bis zu 20%. Besonders stark von diesem Zelluntergang betroffen ist der Meynert-Basalkern, der für die Produktion des Neurotransmitters Acetylcholin verantwortlich ist. Acetylcholin ist einer der wichtigsten Neurotransmitter im menschlichen Körper und für die Übertragung von Reizen von eminenter Wichtigkeit. Ebenfalls kommt es zu einer Minderproduktion von Noradrenalin und Dopamin, was unter anderem einen Grund für die psychiatrischen Symptome der Demenz darstellt. Die Ursachen sowie die genauen pathophysiologischen Abläufe der Demenz sind noch nicht abschliessend geklärt.

In der medikamentösen Therapie der Demenz werden Acetylcholinesterasehemmer sowie Memantine eingesetzt (Beubler, 2011). Acetylcholinesterasehemmer hemmen das Enzym, das für den Abbau von Acetylcholin zuständig ist. Memantine regulieren den pathologisch erhöhten Neurotransmitter Glutamat. Die medikamentöse Therapie kann das Fortschreiten der Erkrankung zwar aufhalten, führt jedoch nicht zur Heilung der Erkrankung.

Da die Medikamente sehr teuer sind und die chronisch degenerative Entwicklung nicht aufgehalten werden kann, wird der Einsatz von Antidementiva unter Fachleuten kontrovers diskutiert. Die psychiatrischen Begleitsymptome werden häufig mit Neuroleptika und Sedativa behandelt.

2.2 Krankheitsbild, Auswirkungen auf den Alltag und Verlauf

Verschiedene Autoren beschreiben unterschiedliche Stadien der Demenz. Nachfolgend werden Kriterien zur Stadieneinteilung tabellarisch nach Lieb et al. (2012) dargestellt.

Tabelle 1: Stadien der Demenz

Stadium	Typische Symptome
Leichte Demenz	<ul style="list-style-type: none"> • Das Lernen neuer Inhalte fällt schwer • Termine werden vergessen • Verlegen von Gegenständen • Sozialer Rückzug und Antriebslosigkeit • Die Fähigkeit, selbständig zu leben ist noch erhalten • Versuch, kognitive Defizite zu verstecken • Ausweichen bei Fragen
Mittelschwere Demenz	<ul style="list-style-type: none"> • Speichern neuer Informationen fällt zunehmend schwerer, diese werden nur kurz behalten • Vergessen des eigenen Wohnortes • Den Patienten/innen bekannte Personen werden nicht mehr erkannt • Die selbständige Lebensführung ist stark eingeschränkt, es können nur noch einfache Haushaltsarbeiten selbständig ausgeführt werden • Störungen des Wortverständnisses und des Neugedächtnisses • Wortfindungsstörungen • Störungen des Lesens und Rechnens • Apraxie • Orientierungsschwierigkeiten
Schwere Demenz	<ul style="list-style-type: none"> • Schwerer Gedächtnisverlust, es bleiben nur Bruchstücke von bereits Erlerntem erhalten • Häufig werden enge Verwandte nicht mehr erkannt • Die Ausführung der persönlichen Hygiene erfolgt nicht mehr selbständig • Motorische Fähigkeiten sind zunehmend gestört

2.3 Demografische Veränderungen

Das Bundesamt für Statistik (2010) geht davon aus, dass der Anteil der über 65-Jährigen bis 2060 von 17% auf 28% ansteigen wird. Die grösste Veränderung wird bei der Personengruppe der über 80-Jährigen vermutet. Von 382`000 Personen im Jahre 2010, soll die Zahl im Jahre 2060 auf 1`071`000 ansteigen, somit würde diese Altersgruppe 12%, der Gesamtbevölkerung ausmachen. Im Jahre 2010 lag dieser Anteil vergleichsweise bei 5 % (Bundesamt für Statistik, 2010). Da das Risiko an einer Demenz zu erkranken, mit dem Alter zunimmt, kann davon ausgegangen werden, dass aufgrund der demographischen Veränderungen die Zahl der Demenzkranken in Zukunft drastisch ansteigen wird (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2009). Die Gesellschaft hat zudem ein grosses Interesse daran, dass demenzkranke Personen zu Hause gepflegt werden. Im Vergleich zu der Betreuung in einem Pflegeheim, verursacht eine zu Hause gepflegte Person nur einen Viertel der Kosten.

2.4 Pflegende Angehörige

Als Angehörige werden laut dem Duden (Scholze-Stubenrecht, 2013) Verwandte bezeichnet, welche dem engsten Familienkreis angehören.

In der vorliegenden Arbeit wird von einem offenen Angehörigenbegriff ausgegangen, welcher sich an die Definition der Familie von Wright & Leahey anlehnt (Preusse-Bleuler, Métrailler, & Frey, 2012). Familie wird laut Wright & Leahy als Einheit betrachtet, bei der die Patientin oder der Patient selbst entscheidet, wer sie oder er als seine Familie betrachtet. Wesentlich ist, dass eine Bindung zwischen den Mitgliedern besteht, einschliesslich der Übernahme von Fürsorgefunktionen und zukünftigen Verpflichtungen (Preusse-Bleuler et al., 2012). Somit kann es sich bei den Angehörigen um verwandte Personen handeln, welche im gleichen Haushalt leben, die Definition könnte sich jedoch auch auf einen Freund beziehen, der nicht mit der Betroffenen, dem Betroffenen zusammenlebt.

Schätzungsweise 220`000 bis 250`000 Menschen werden in der Schweiz durch ihre Angehörigen gepflegt. Dies entspricht etwa 80% der pflegebedürftigen Personen in der Schweiz (Kesselring, 2004). Solche Zahlen beweisen, wie wichtig und auch notwendig die Übernahme der Pflege durch Angehörige in unserer Gesellschaft ist.

Bei der Hälfte der pflegenden Angehörigen handelt es sich um Kinder (Perrig-Chiello, Höpflinger, & Schnegg, 2010). Zwei Drittel der Angehörigenpflege wird von weiblichen Angehörigen ausgeführt. Männer pflegen mehrheitlich ihre Partnerinnen, nur ein Drittel

der Männer, welche die Pflege Angehöriger übernehmen, betreuen ihre Eltern (Kesselring, 2004).

Pflegende Angehörige geben verschiedene Beweggründe für die Übernahme der Pflege an. Laut einer Studie übernehmen Angehörige die Pflege aus Gründen wie geographischer Nähe, vorhandenen Zeitressourcen, Zuneigung oder weil sonst niemand die Pflege übernehmen kann (Camden, Livingston, & Cooper, 2011).

Wie Görge et al. (2006) beschreiben, spielt die Wahrnehmung einer Reziprozität eine grosse Rolle, wenn es um die Motivation zur Übernahme der Pflege im familiären Rahmen geht. Als besonders belastend werden Situationen erlebt, in welchen Persönlichkeits- oder Verhaltensveränderungen auftreten. Diese gehen häufig mit der Demenzerkrankung einher (Kesselring, 2004). Die Persönlichkeitsveränderungen der Demenzkranken führen oftmals zu einem Zusammenbruch geregelter familiärer Beziehungen (Hörl & Spanring, 2002).

Als belastend werden auch komplizierte Beziehungen zu den Patientinnen und Patienten und hohe Einbussen an Freizeit und Lebensqualität der pflegenden Angehörigen zugunsten der Pflegesituation beschrieben. Perrig-Chiello (2010) beschreiben, dass viele pflegende Angehörige mehr Zeit in die Pflege investieren, als sie eigentlich möchten. Sowohl die Pflegenden, wie auch die Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger müssen sich mit ihrer neuen Rolle anfreunden. Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit der Patientinnen und Patienten steigt der Pflegeaufwand, wodurch die körperliche und seelische Belastung der pflegenden Angehörigen steigt (Handel, 2003).

2.5 **Gewalt**

2.5.1 Definition

Der Gewaltbegriff wird in der Literatur sehr unterschiedlich definiert. Laut der WHO (2003) ist die Definition von Gewalt davon abhängig, zu welchem Zweck sie erstellt wird. Beispielsweise lautet eine strafrechtliche Definition des Begriffs anders, als eine Begriffsklärung für den sozialpsychologischen Arbeitsbereich. Die WHO (2002) definiert den Begriff wie folgt:

„Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt“ (World Health Organisation, 2003).

In der Regel wird erst von Gewalt gesprochen, wenn es sich nicht um einzelne Ereignisse handelt, sondern ein systematisches und mehrfaches Handeln oder Unterlassen ersichtlich ist. Allerdings werden auch unabsichtliche Einzelhandlungen als Gewalt betrachtet, wenn sie gravierende Folgen für das Opfer haben (Dieck, 1987). In der verwendeten Literatur werden die Begriffe „Gewalt“ (violence) und „Misshandlung“ (abuse) weitgehend gleichgesetzt. Deshalb werden die Begrifflichkeiten auch in vorliegender Arbeit synonym verwendet.

2.5.2 Formen der Gewalt

Je nach Autor werden mehrere Formen von Gewalt unterschieden. Wie Vollhardt (in Hirsch, 2000, S. 849) aufzeigt, können folgende Gewaltformen unterschieden werden:

Tabelle 2: Die unterschiedlichen Formen der Gewalt

Gewaltform	Beschreibung
Physische Gewalt	Aktiv beigebrachte Verletzungen, wie z.B. Schlagen, grob anfassen aber auch sexuelle Übergriffe und deutlich überdosierte Medikamentengaben (Dieck, 1987, p. 311).
Psychische Gewalt	Beschreibt die Art von Gewalt, welche sich auf der emotionalen und verbalen Ebene zwischen Anwender und Adressat abspielt (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011). Beispiele hierzu sind Beschimpfungen, Drohungen, Einschüchterungen aber auch den Entzug von Lebensnotwendigkeiten.
Finanzielle Gewalt	Es wird über das Vermögen der Betroffenen verfügt, ohne deren Willen zu berücksichtigen.
Vernachlässigung	Wiederholte Vorenthaltung von notwendiger Hilfeleistung (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011).
Freiheitseinschränkung	Die betroffene Person wird an der Ausübung ihrer Grundrechte gehindert: Die Person wird beispielsweise eingesperrt (Hirsch, 2000).

Die Folgen von Gewalt reichen laut dem Eidgenössischen Departement des Innern (2012) von sichtbaren physischen, bis zu nicht sichtbaren psychischen Verletzungen. Ebenfalls häufig sind psychosomatische Folgen und „Überlebensstrategien“ wie z.B. Substanzmissbrauch. Dabei wird aufgezeigt, dass die Folgen psychischer Gewalt weitaus schwerwiegender ausfallen können, als die der physischen Gewalt. Vor allem Opfer, die langandauernde systematische Gewalt erfahren haben, erleiden schwere gesundheitliche und soziale Beeinträchtigungen.

2.5.3 Häusliche Gewalt

Da die vorliegende Arbeit Gewalt unter Angehörigen untersucht, wird der Begriff „häusliche Gewalt“ an dieser Stelle kurz definiert. Häusliche Gewalt liegt vor, wenn Personen innerhalb einer andauernden oder aufgelösten partnerschaftlichen bzw. familiären Beziehung psychischer, physischer oder sexueller Gewalt ausgeliefert sind oder mit solcher bedroht werden (Schwander, 2006).

Das Eidgenössische Departement des Innern (2012) unterscheidet bei häuslicher Gewalt zwischen zwei grundsätzlich verschiedenen Gewaltmustern. Einerseits kann die Gewalt spontan als Konfliktverhalten auftreten, worunter man eine situativ bedingte physische oder psychische Gewaltanwendung einordnet. Andererseits kann die Gewalt in entwürdigenden oder machtmisbrauchenden Verhaltensweisen auftreten, welche darauf abzielen, die andere Person zu dominieren. Bei diesem Gewaltmuster steht die Asymmetrie der Beziehung im Vordergrund, wobei diese von fortwährendem und systematischem Charakter ist.

Bei der häuslichen Gewalt besteht meist eine emotionale Bindung zwischen Opfer und Täter. Es kann vorkommen, dass eine Person gleichzeitig Opfer und Täter ist (Eidgenössisches Departement des Innern, 2012). Hörl & Spanring (2002) sehen in der Beziehungsstruktur einen wesentlichen Einflussfaktor auf die Gewalt. Auch erwähnen sie, dass es wahrscheinlich ist, dass ungelöste Konflikte aus der Vergangenheit reaktiviert werden können.

2.6 Maligne Sozialpsychologie nach Kitwood

Kitwood (2008) entwickelte einen personenzentrierten Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Unter anderem sagt er aus, dass Menschen mit Demenz ihre persönlichen Verluste bedauern, was Gefühle des Versagens und der Machtlosigkeit auslöst. Er beschreibt 17 Aspekte der malignen Sozialpsychologie, die er als besonders beeinträchtigend für die Integrität einer Person erachtet (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011).

- **Betrug:** Die Person täuschen, sie zu manipulieren, abzulenken oder von etwas zu überzeugen versuchen
- **Zur Machtlosigkeit verurteilen:** Vorhandene Fähigkeiten können von der Person nicht optimal genutzt werden, die Pflegepersonen unterstützen bei begonnenen Handlungen nicht
- **Infantilisieren:** Personen sehr autoritär und mütterlich, resp. väterlich behandeln
- **Einschüchtern:** Jemandem drohen oder die Person einschüchtern
- **Etikettieren:** Die Person in erster Linie als Demenzkranker und nicht als Mensch betrachten.
- **Stigmatisieren:** Jemanden wie einen Aussätzigen behandeln.
- **Überholen:** Alternativen anbieten, dies jedoch so schnell, dass die betroffene Person keine Zeit zum Reagieren hat.
- **Entwerten:** Die Gefühle einer Person werden nicht anerkannt, ihrem subjektiven Erleben wird keine Gültigkeit beigemessen.
- **Verbannen:** Eine Person wegschicken, physisch oder seelisch vom Geschehen ausschliessen.
- **Zum Objekt erklären:** Eine Person als Materie behandeln und ihr Einfühlungsvermögen nicht anerkennen.
- **Ignorieren:** Eine Handlung oder ein Gespräch trotz Anwesenheit einer Person weiterführen, als wäre sie nicht da
- **Zwang:** Jemanden zu etwas zwingen, keine Alternativen zur Auswahl bereitstellen
- **Vorenthalten:** Offensichtliche Bedürfnisse unbefriedigt lassen, Informationsweitergabe verweigern

- **Anklagen:** Eine Situation, die sich aus mangelnden Fähigkeiten ergibt oder auf einer Fehlinterpretation beruht, zum Vorwurf machen
- **Unterbrechen:** Die Handlung oder den Gedankengang einer Person abrupt unterbrechen
- **Lästern:** Sich über jemanden lustig machen, entwürdigende Witze machen
- **Herabwürdigen:** Einer Person vermitteln, sie sei nutzlos, Aussagen machen, welche ihr Selbstwertgefühl schädigen

Diese Aspekte verdeutlichen, dass Gewalt bereits mit scheinbar harmlosen Äusserungen oder Handlungen beginnen kann. Hier wird wiederum sichtbar, wie schwierig Gewalt zu definieren ist.

2.6.1 Gewalt im Zusammenhang mit Demenz

„Elder abuse is a single or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person“ In dieser Definition der WHO (2002) wird betont, dass die Abhängigkeitsbeziehung eine zentrale Rolle spielt, wenn es um Gewalt an älteren Menschen geht. Da Demenzkranke meistens ein höheres Lebensalter aufweisen und im Verlauf der Krankheit oftmals eine Pflegebedürftigkeit entwickeln, kommt der Gewaltanwendung durch Personen, auf deren Hilfe die Betroffenen angewiesen sind, eine grosse Bedeutung zu. Ausserdem wird in Görjen et al. (2006) eingebracht, dass die Demenzerkrankung aus kriminologischer Sichtweise diverse Tatbegehungs- und Tatverdeckungs-Möglichkeiten mit sich bringt, was wahrscheinlich zu einer hohen Grauziffer führt.

2.7 Ethische Aspekte

Bei uns gilt etwas, wer eine entsprechende Leistung erbringt (Produktivität), über intellektuelle Fähigkeiten verfügt (Rationalität) und sein Leben selbstbestimmt und selbständig meistert (Autonomie), ohne gross auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. Genau diese Aspekte des Menschseins werden aber durch eine demenzielle Erkrankung zerstört. Darum erscheint uns Demenz als das pure Gegenteil dessen, was wir als erstrebenswert ansehen: Wir empfinden sie als krassen Gegensatz zu dem, worin für uns Sinn, Wert und Würde menschlichen Lebens begründet sind. Demenz ist für uns eine Kränkung unserer Idealvorstellungen, von einem guten Leben und einem gelingenden Altern (Rüegger, 2009, p. 35).

Das obenstehende Zitat veranschaulicht die weitverbreitete Haltung, mit welcher die Gesellschaft Demenzkranken begegnet. Es ist kein abwegiger Gedanke, dass solch stigmatisierende, aber gesellschaftlich akzeptierte Haltungen die Auftretenswahrscheinlichkeit verschiedener Formen von Gewalt an Demenzkranken erhöhen.

Der Selbstbestimmung wird allgemein ein grosser Stellenwert zugeschrieben. Ist jedoch die Fähigkeit, autonom zu entscheiden, mit fortschreitendem Krankheitsverlauf eingeschränkt, treten unweigerlich ethische Fragen in den Vordergrund, welchen sich Betreuungspersonen stellen müssen.

Ethische Fragestellungen lassen sich anhand der vier ethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress betrachten: „Autonomie“, „Gutes tun“, „Gerechtigkeit“ und „Nicht Schaden“ (Billaud, Braissant, Monteverde, & Zierath, 2011). Diese Prinzipien können im Falle eines ethischen Konflikts angewendet werden, um diesen einzuordnen, zu umschreiben oder zu klären. Die Prinzipien müssen sorgfältig gegeneinander abgewogen werden, um zu einer Entscheidungsfindung zu gelangen.

Im Vordergrund steht bei der Betreuung Demenzkranker aus pflegerischer Perspektive vielfach der Konflikt zwischen den Prinzipien: „Autonomie“ und „Nicht Schaden“. Demenzkranke sollten vor dem geschützt werden, was ihnen schaden könnte (Rüegger, 2010). Dies führt dazu, dass ihren Wünschen nicht immer entsprochen werden kann. Beispielsweise wird eine Person daran gehindert wegzulaufen, indem sie eingesperrt wird. Wenn nun Gewalt als Einschränkung der Autonomie definiert wird, stellt sich die Frage, wo Gewalt gegenüber Demenzkranken beginnt.

Rüegger (2010) sieht die Anerkennung der Menschenwürde einer an Demenz erkrankten Person als Voraussetzung an, um deren moralische Ansprüche auf Menschenrechte zu begründen. Es ist die Pflicht der pflegenden Angehörigen, stets im Sinne des

mutmasslichen Willens der Demenzkranken zu handeln. Mit dem Verlust der Urteilsfähigkeit geht nicht die ganze Autonomie des Individuums verloren, selbst in fortgeschrittenem Stadium verfügen Demenzkranke über die „Autonomie des Augenblicks“. Betroffene sind durchaus in der Lage, situative Entscheidungen zu treffen, auch wenn diese eher auf die momentane Gefühlslage, Bedürfnisse oder Impulse zurückzuführen sind (Schwerdt in Rügger, 2010).

3 METHODE

In folgendem Kapitel werden sowohl die Ein- und Ausschlusskriterien beschrieben, wie auch die Suchstrategie erläutert. Die erfolgreichen Suchstrategien werden zusätzlich tabellarisch dargestellt.

3.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Es wurden Studien eingeschlossen, welche unter Anwendung eines quantitativen Designs mögliche Faktoren zu identifizieren versuchten, die die Gewalt an Demenzkranken durch ihre Angehörigen beeinflussen. Ebenso wurden Studien eingeschlossen, welche die Wirksamkeit einer Intervention auf einen Faktor untersuchten, der positiv mit dem Auftreten von Gewalt in dieser Pflegbeziehung korreliert. Dabei musste aber ein direkter Zusammenhang zwischen dem jeweiligen Faktor und dem Auftreten von Gewalt in der Studie hergestellt werden. Ebenfalls eingeschlossen wurden Arbeiten, die pflegende Angehörige als Hauptverantwortliche für die Pflege definierten und nicht zwingend eine Verwandtschaft mit dem Betroffenen voraussetzten.

Ausgeschlossen wurden Studien, die sich zwar mit Misshandlung älterer Menschen, aber nicht explizit mit Demenzkranken beschäftigten. Ebenso nicht berücksichtigt wurden Arbeiten, welche verschiedene Screening-Instrumente miteinander verglichen oder ausschliesslich die Güte einzelner Instrumente beschrieben. Ausgeschlossen wurden ausserdem Arbeiten, die nicht aus dem westlichen Kulturraum stammen und somit als nicht übertragbar bewertet wurden. Ebenso nicht beachtet wurden Studien, die sich mit Gewalt an Demenzkranken durch professionell Pflegende beschäftigten.

3.2 Suchstrategie

Es wurde auf den Datenbanken Medline (Pubmed), CINAHL, Cochrane, Psychinfo mit den Begriffen: *“Elder Abuse”, “Mistreatment”, “Maltreatment”, “Domestic Violence” “Abuse”, “Verbal Abuse”, “Abuse Reporting”, “Dementia”, “Caregiver”, “Aggression”, “Violence”, “Alzheimer Disease”, “Prevention”, “Nursing Intervention”, “Relatives” und “Family Violence”* in verschiedenen Kombinationen mit AND und OR gesucht.

Zudem wurde eine Handsuche auf Medline (Pubmed) nach den Forscherinnen durchgeführt, die sich intensiv mit dem Thema beschäftigten und mehrere Arbeiten zum Thema veröffentlicht haben (Claudia Cooper, Amber Selwood, Gill Livingston und Carla Vande Weerd) und somit als Fachexpertinnen betrachtet werden dürfen. Eine weitere Handsuche wurde im *“Journal of Elder Abuse and Neglect”* und im *„Journal of Affective Disorders“* durchgeführt.

Die Seiten folgender Anbieter wurden nach Guidelines durchsucht: *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Joanna Briggs Institut Australien, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, McGill University Health Centre, National Guideline Clearinghouse, National Health and Medical Research Council Australia, National Institute for Health and Clinical Excellence, National Library of Guidelines Specialist Library, Registered Nurses`Association of Ontario, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Royal College of Nursing, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, www.leitlinien.de, Institute for Clinical System Improvement, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften und das Deutsche Cochrane Zentrum.* Zudem wurde per E-Mail Kontakt mit der Registered Nurses` Association of Ontario aufgenommen, da eine Guideline zu *“Abuse and Neglect of Older Adults”* in Bearbeitung ist, das Herausgabedatum ist allerdings noch unklar.

Die zeitliche Limite wurde auf 10 Jahre beschränkt, um die Übertragbarkeit und Aktualität gewährleisten zu können. Es wurden Arbeiten englischer, französischer und deutscher Sprache berücksichtigt. Die gefundenen Studien wurden nach Titel und Abstract auf ihre Brauchbarkeit beurteilt.

Die Suche fand zwischen Dezember 2013 und März 2014 statt. Nach diesen vier Monaten wurde eine Sättigung erreicht: Es wurden immer wieder dieselben Studien gefunden, weshalb die Literatursuche abgeschlossen wurde. Es konnten zwölf Arbeiten eingeschlossen werden, davon zwei systematische Reviews, ein RCT, ein Quasiexperiment, eine Längsschnittstudie und sieben Querschnittstudien.

Tabelle 3: Suchstrategien

Datenbank	Suchbegriffe & Operatoren	Limiten	Anzahl gefundene Studien	Anzahl verwendete Studien
Medline (Pubmed)	MeSH (Dementia) AND MeSH (Domestic Violence)	Human Abstract 2004-2014	48	7
Medline (Pubmed)	Autorensuche Selwood Amber	Abstract 2004-2014	11	1
PsycInfo	Keywords (Dementia) AND (Caregivers) AND (Verbal Abuse)	Human Abstract 2004-2014	3	1
Medline (Pubmed)	Autorensuche Vandeweerd Carla	Abstract 2004-2014	12	1
Medline (Pubmed)	Autorensuche Cooper	Abstract 2004-2014 Human	51	1
Handsuche	Journal of Affective Disorders		1	1

4 TABELLARISCHE ÜBERSICHT DER STUDIEN

4.1 Cooney et al., 2006

Tabelle 4: Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: can we identify those most at risk? (Cooney, Howard, & Lawlor, 2006)

Autor, Jg, Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen, Evidenzlevel
Cooney, Howard and Lawler, 2006, England	Die Zusammenhänge zwischen Charakteristika des Patienten ² , der Betreuungsperson sowie Aspekten der Betreuungssituation sollen erkundet werden, um Risikofaktoren für die Anwendung von Gewalt zu identifizieren und zukünftigen Interventionsstudien als Orientierung zu dienen. Querschnittstudie	Alle Patienten wohnten in London, waren über 65 Jahre alt, erfüllten die Diagnosekriterien für Demenz laut DSM111-R und lebten mit einer Betreuungsperson zusammen. Als Betreuungsperson galt in der Studie die Person, die mit dem Patienten zusammenlebt und die Hauptverantwortung für dessen Betreuung trägt. 82 Betreuungspersonen Demenzkranke wurden befragt.	Es wurde ein strukturiertes Interview zu vier Hauptthemen durchgeführt: Charakteristika der Betreuungsperson, Aspekte der Rolle der Betreuungsperson und der generellen Betreuungssituation, Beziehung zwischen Betreuungsperson und Patient und Charakteristika des Patienten. Im Interview wurden folgende Instrumente verwendet: General Health Questionnaire (GHQ-30) zur Erfassung der psychischen Gesundheit, Shortened Beck Depression Inventory, (BDI) CAGE-Fragebogen ³ , Professional Care Index (Anzahl erhaltener offizieller Unterstützungsangebote), Likert-Skalen, um die Zufriedenheit mit Unterstützungsangeboten zu erfassen, Social Interaction Scale zur Beurteilung der prämorbidem Beziehungsqualität, Patient Rejection Scale zur Erfassung der jetzigen Beziehungsqualität. Ausserdem wurde der Mini Mental State Examination (MMSE) des Patienten bezogen. Mithilfe der Behaviour and Mood Disorder Scale und der Physical Dependancy Scale machte die Betreuungsperson Angaben über den Pflegeempfänger. Aus der Conflict Tactic Scale abgeleitete Fragen erfassten das Vorliegen von Gewaltanwendung. Die verschiedenen Formen der Gewalt wurden gruppiert und es wurden Vergleiche unter den Gruppen angestellt.	Es gab keine signifikanten Unterschiede bzgl. der soziodemografischen Variablen zwischen den Betreuungspersonen, die irgendeine Form der Gewalt anwandten und solchen, die keine Gewalt anwandten. Betreuungspersonen, die längere Pausen von der Betreuung hatten, waren eher verbal gewalttätig ($p > 0.05$). Betreuungspersonen, die physisch gewalttätig waren, schätzten ihre physische Gesundheit besser ein als solche, die keine physische Gewalt anwandten ($p = 0.005$). Betreuungspersonen mit gewalttätigen Verhaltensweisen erzielten höhere Werte im GHQ-30 als solche, die keine Gewalt anwandten ($p > 0.05$). Es bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den gewalttätigen und nicht gewalttätigen Angehörigen in der BDI. Es besteht ein nicht signifikanter Trend, dass Betreuende, die angaben, verbal gewalttätig zu sein, höhere Werte im GHQ erzielten als solche, die keine verbale Gewalt angaben ($p = 0.07$). Betreuungspersonen, die physische Gewalt anwandten, wurden in der Vergangenheit nicht häufiger aufgrund psychischer Erkrankungen behandelt, als solche, die angaben, keine physische Gewalt anzuwenden ($p = 0.84$). Dasselbe galt für Betreuungspersonen, die verbale Gewalt anwandten ($p = 0.3$). Auch gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen Betreuungspersonen, die entweder verbale oder physische Gewalt anwandten und solchen, die keine Gewalt anwandten bzgl. ihres wöchentlichen Alkoholkonsums oder den Werten des CAGE. Beziehungen zwischen Betreuenden und Patienten in welchen es zu regelmässigen Auseinandersetzungen kam, waren assoziiert mit häufig vorkommender verbaler Gewalt durch die Betreuungsperson ($p = 0.005$), nicht aber mit körperlicher Gewalt ($p = 0.5$). Betreuende, die sich zu verbaler Gewalt bekannten, hatten signifikant höhere Werte in der Social Interaction Scale ($p = 0.05$). Betreuende, die angaben, dass der Patient vor der Erkrankung ihnen gegenüber physisch gewalttätig war, wendeten nicht häufiger physische Gewalt an und hatten auch keine veränderten Werte auf der Social Interaction Scale verglichen mit Betreuenden ohne solche Vorgeschichte. Aufgrund eines signifikanten Zusammenhangs der Werte der PRS und der Social Interaction Scale lässt sich schliessen, dass Betreuende, die eine weniger befriedigende Beziehung zu den Patienten vor deren Erkrankung hatten, die Patienten nun häufiger ablehnten ($p = 0.001$). Gewalttätige Betreuende erzielten signifikant höhere Werte auf der PRS als nicht gewalttätige ($p = 0.001$). Jüngere Patienten wurden signifikant häufiger Opfer von verbaler Gewalt ($p = 0.05$). Es gab keine signifikanten Unterschiede bzgl. dem Grad an kognitiver und physischer Beeinträchtigung zwischen Patienten, die von Gewalt betroffen waren und solchen, die keine Gewalt erlitten ($p = 0.01$). Patienten, deren Betreuungspersonen, verbale Gewalt anwandten, wiesen mehr Verhaltensauffälligkeiten auf, als solche, die nicht von verbaler Gewalt betroffen waren. Dabei waren höhere Werte in der Active Disturbed Scale ($p = 0.03$) und der Mood Disturbance Scale ($p = 0.05$) mit verbaler Gewalt assoziiert, nicht so aber hohe Werte auf der Apathy Scale.	Stärken: Pflegende Angehörige werden als diese Person angesehen, die die Hauptverantwortung für die Pflege haben. Eine Ethik-Kommission hat die Studie genehmigt. Differenzierte Darstellung des Samples. Schwächen: Daten über den Pflegeempfänger wurden durch Befragung der pflegenden Angehörigen erfasst, dadurch sind die Angaben stark durch den pflegenden Angehörigen geprägt. Die Population der pflegenden Angehörigen besteht zu einem überdurchschnittlich grossen Anteil aus Männern, was nicht repräsentativ für die Population der pflegenden Angehörigen ist. Die verwendeten Messinstrumente sind nicht beschrieben. Evidenzlevel 4 (Polit & Beck, 2008)

² Aus Platzgründen wird in den tabellarischen Übersichten nur die männliche Form verwendet, das weibliche Geschlecht ist natürlich mitgemeint.

³ Siehe Anhang

4.2 Cooper et al., 2007

Tabelle 5: A systematic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia (Claudia Cooper, Valamurali, Selwood, & Livingston, 2007)

Autor, Jg, Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen, Evidencelevel
Claudia Cooper, T.B.S. Valamurali, Amber Selwood and Gill Livingston, 2007, England	Das Ziel dieser systematischen Review bestand darin, Interventionen zur Reduktion der Ängstlichkeit von pflegenden Angehörigen Demenzkranker zu synthetisieren. Systematische Review	Die Datenbanken Allied and Complementary Medicine, British Nursing Index, CINAHL, MEDLINE, EMBASE und PsycINFO wurden im Juni 2005 durchsucht. Es wurden Primärstudien mit validierten quantitativen Ergebnissen, eingeschlossen, welche in englischer Sprache verfasst waren. Zudem wurden Experten dieser Thematik nach zukünftigen Studien gefragt. Nach Betrachtung der Abstracts wurden 24 Studien eingeschlossen.	Die Studien wurden nach der Guideline des Center for Evidence Based Medicine (CEBM ⁴) bzgl. deren Evidencelevel (EL) eingestuft: EL 1=RCTs guter Qualität bis EL 5= nicht transparente Studien oder Expertenmeinungen. Zudem wurde eine Empfehlung in Form eines Grade of Recommendation (GR) von A (Nur EL 1) bis D (Mehrheitlich EL 5) formuliert. Zwei unabhängige Forscher beurteilten die Studien, Uneinigkeiten wurden mit einem dritten Forscher diskutiert. Es wurde ein Konsens über den GR gefunden.	Cognitive Behavioural Therapy (CBT)⁵Gruppen In den Studien wurden Coping-Strategien und Skills wie z.B. Entspannungstechniken vermittelt. Ebenso wurde Psychoedukation und Stärkung der Durchsetzungsfähigkeit in Sitzungen thematisiert. Nur in einem von 3 RCTs wurde ein signifikanter Effekt erzielt. CBT-Gruppeninterventionen erhielten den GR=D, da inkonsistente Evidenz vorliegt. Behavioural Management Techniques (BMT) In den Studien wurden Workshops zu Problemlösungs-Strategien und Entspannung durchgeführt. Es gab eine Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige, Hausbesuche und Telefonanrufe einer Pflegenden. In keinem von 3 RCTs konnte ein signifikanter Unterschied nach 8-10 Sitzungen BMT direkt nach der Intervention noch 6 Monate später nachgewiesen werden. Es wird mit GR=B ausgesagt, dass BMT nicht empfohlen werden kann. Bereitstellung von IT-Support Per Computer konnten Probleme besprochen werden, Coping-Strategien wurden vorgeschlagen, es bestand die Möglichkeit, per Voicemail Kontakt mit einer Pflegefachperson aufzunehmen und automatische Ablenkungsanrufe für den Patienten wurden getätigt. 1 RCT zeigte, dass es keinen signifikanten Unterschied bzgl. Ängstlichkeit direkt nach der Intervention oder 6 Monate später gab. Der GR für die Ineffektivität von IT-Support beträgt C. Körperliche Aktivität Es wurde in 2 Studien festgestellt dass körperliche Aktivität zur Verminderung der Ängstlichkeit keinen Effekt zeigt. Der GR beträgt B für den Zeitpunkt direkt nach der Intervention. Zusätzliche professionelle Unterstützung In 2 Studien wurden die Hausbesuche einer Pflegenden in Kombination mit Training in Problemlösung, Psychoedukation und Selbsthilfegruppen mit normalen Spitz-Hausbesuchen verglichen oder mit der Abgabe von Informationen. Nur in einer Studie wurde nach 8 Monaten ein signifikanter Effekt nachgewiesen. Der GR für diese Intervention beträgt D für die Wirksamkeit direkt nach der Intervention und 6 Monate später. Eine Auszeit von der Pflege In einer Studie zeigte Erholung zu Hause während sich jemand um den Demenzkranken kümmerte keine signifikanten Auswirkungen auf die Ängstlichkeit. Es kann mit GR=B ausgesagt werden, dass eine Auszeit von der Pflege keine Verbesserung der Ängstlichkeit herbeiführt, direkt nach der Intervention oder 1 Monat später. Yoga 2 Studien zeigten auf, dass Yoga einen signifikant positiven Effekt auf die Ängstlichkeit hatte. Es kann mit dem GR= C ausgesagt werden, dass Yoga und Entspannungstechniken wirksam sind. Einzel-CBT, Gruppen-Psychotherapie, Vollzeit-Pflege für den Demenzkranken , Es bestehen Inkonsistente Resultate, welche mit dem GR= D bewertet wurden	Stärken: Interventionen werden in Gruppen unterteilt und in tabellarischer Darstellung übersichtlich dargestellt. Die Qualität der Studien wird in die Formulierung der Empfehlungen miteinbezogen. Schwächen: Die Population der Primärstudien wird ungenügend beschrieben Es ist keine explizite Fragestellung vorhanden, das Vorgehen der Studienselektion ist unklar formuliert, es wird keine graue Literatur einbezogen, es besteht eine Beschränkung auf die englische Sprache. Evidencelevel 1b (Polit & Beck, 2008)

⁴ Siehe Anhang

⁵ Siehe Glossar

4.3 Cooper et al., 2008

Tabelle 6: Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: prevalence, correlates and validation of instruments (C. Cooper, Manela, Katona, & Livingston, 2008)

Autor, Jg, Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen, Evidencelevel
Claudia Cooper, Monica Manela, Cornelius Katona, Gill Livingston, 2008, England	<p>Untersuchung der Validität und Zumutbarkeit der Modified Conflict Tactic Scale (MCTS⁶) sowie der Hypothese, dass diese mit dem Beobachtungsinstrument für Missbrauch (MDS), fehlerhaften Coping-Strategien aber nicht mit dem Ausbildungsstand korreliert. Zudem sollten Faktoren identifiziert werden, welche mit dem Auftreten von Missbrauch von Demenzkranken durch ihre pflegenden Angehörigen korrelieren.</p> <p>Follow-Up Erhebung einer Längsschnittstudie, wird allein als Querschnittstudie betrachtet.</p>	<p>86 Demenzkranke, die eine diagnostizierte Demenz aufwiesen und von Angehörigen gepflegt wurden, sowie in London oder dem südöstlichen Teil Englands wohnhaft waren, nahmen am Follow-Up Interview teil (Baseline Interview fand 3.5 Jahre früher statt). Die pflegenden Angehörigen mussten nicht mit dem Pflegeempfänger verwandt sein, jedoch mind. 4h Pflege pro Woche leisten.</p>	<p>Es wurden soziodemografische Variablen erhoben. Die in der vorhergehenden systematischen Review mit Missbrauch korrelierenden Faktoren, wurden in vorliegender Studie erhoben. Um diese Faktoren zu messen, wurden folgende Instrumente verwendet:</p> <p>Pflegende Angehörige: Modified Conflict Tactic Scale (MCTS) zusätzlich wurden die Probanden zu ihrer Einschätzung bzgl. der Zumutbarkeit der MCTS befragt., Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Zarit Burden Scale, Health Status Questionnaire 12 (HSQ-12) Quality of Life-Alzheimer's Disease Scale (QoL-AD) zur Erfassung der Beziehungsqualität, The Brief Coping Orientation to Problem Experience Scale (COPE)</p> <p>Pflegeempfänger: Cornell Scale for Depression in Dementia Mini Mental State Examination (MMSE), Neuro Psychiatric Inventory (NPI), The Alzheimer's Disease Cooperative Study Inventory- Activities of Daily Living (ADCS-ADL) wurde vom pflegenden Angehörigen ausgefüllt. In einem einstündigen Interview das Minimum Data Set Abuse screen mit den Pflegeempfängern durchgeführt (MDS-A)</p> <p>Die Korrelation der Faktoren mit der MCTS wurde mittels mehreren statistischen Tests erhoben. Und so u.a. die diskriminante und konvergente Validität getestet Das Chronbachs Alpha der MCTS wurde bestimmt.</p>	<p>Die MCTS identifizierte in 24 Fällen das Vorliegen eines Missbrauchs (27.9%). Das Chronbachs Alpha für die MCTS betrug 0.83. Laut dem MDS wurden keine Probanden als Missbrauchsfälle eingeschätzt, was darauf hinweist, dass das MDS nicht geeignet ist. Das MCTS wurde von 72 (83.7%) pflegenden Angehörigen als zumutbares Messinstrument angesehen. 10 (11.6%) stufen es weder als zumutbar noch als unzumutbar ein und 3 (3.5%) waren der Meinung, dass es unzumutbar sei. Dysfunktionale Coping-Strategien korrelierten mit Missbrauch (p = 0.003). Es gab keine signifikante Korrelation von Missbrauch und dem Bildungsniveau der pflegenden Angehörigen (p=0.15). Ein höherer Missbrauchs-Score⁷ korrelierte ausserdem mit höherem Belastungsempfinden und höherem Angst-Score der pflegenden Angehörigen. Auch war der Missbrauchs-Score höher, wenn die Pflegeempfänger weniger Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens aufwiesen und reizbar waren. Folgende Werte waren Prädiktoren⁸ für Missbrauchsfälle: Männliche pflegende Angehörige (OR = 6.8), die eine höhere Belastung angaben (OR =1.1). Zudem klinisch signifikante Reizbarkeit der Pflegeempfänger (OR = 38.3), die weniger funktionelle Einschränkungen aufwiesen (OR =1.1) und mehr kognitive Beeinträchtigungen hatten (OR = 1.2).</p>	<p>Stärken: Meistens validierte Messinstrumente zur Operationalisierung, Datenerhebung erfolgte auf verschiedene Arten, Faktoren werden aus einer vorhergehenden systematischen Review erhoben.</p> <p>Schwächen: Sehr kurz gehaltene Einleitung, Resultate werden wenig ausgeführt, die Leserführung ist mangelhaft, was zu schwerer Verständlichkeit führt.</p> <p>Evidenzlevel 4 (Polit & Beck, 2008)</p>

⁶ Siehe Anhang

⁷ Siehe Glossar

⁸ Siehe Glossar

4.4 Cooper, Selwood et al., 2010

Tabelle 7: The determinants of family carers' abusive behaviour to people with dementia: Results of the CARD study (C. Cooper, Selwood, et al., 2010)

Autor, Jg, Land	Hypothese und Design	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen, Evidenzlevel
C. Cooper, A. Selwood, M. Blanchard, Z. Walker, R. Blizard, G. Livingston, 2010, England	<p>Folgende zwei Hypothesen sollten geprüft werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ängstliche oder depressive pflegende Angehörige üben mehr Gewalt an Demenzkranken aus, da diese dysfunktionale Coping-Strategien haben und unter Belastung leiden. 2. Interventionen, welche dysfunktionale Coping-Strategien vermindern, führen eine Reduktion von Ängstlichkeit und Frustration herbei. Dadurch wird das Auftreten von Gewalt vermindert. Dies geschieht durch das Vermitteln von adäquaten Strategien, um schwierige Situationen und Ärger besser handhaben zu können. <p>Querschnittstudie</p>	<p>220 Pflegende Angehörige von Personen mit diagnostizierter Demenz, welche nicht zwingend mit dem Patienten verwandt sein mussten aber mind. 4 h Pflege pro Woche leisten. Die Probanden mussten zu Hause leben und waren wohnhaft in London und Essex.</p>	<p>Es wurden strukturierte Interviews durchgeführt. Soziodemografische Variablen wurden erhoben. Medizinische Akten der Betroffenen wurden mit Einverständnis eingesehen.</p> <p>Folgende Instrumente wurden verwendet: Modified Conflict Tactic Scale (MCTS) zur Erfassung der Häufigkeit und Ausprägung der Gewalt, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), The Brief Coping Orientation to Problem Experience Scale (COPE), Zarit Burden Scale, Health Status Questionnaire (HSQ-12) zur Erfassung der psychischen Gesundheit, Likert Skalen, um die Wahrnehmung der Gesundheit und die prämorbid Beziehungsgüte anzugeben, List of Threatening Experiences, um einschneidende Lebensereignisse der letzten 6 Monaten zu erfassen, Alzheimers Disease Cooperative Study Inventory.- Activities of Daily Living (ADCS-ADL), Neuropsychiatric Inventory (NPI). Auch wurde nach aggressivem Verhalten durch den Betroffenen gefragt.</p>	<p>Folgende Faktoren korrelierten signifikant mit Missbrauch:</p> <p>Anzahl Stunden, die für die Pflege aufgewendet werden: Je mehr Aufwand, desto mehr Misshandlung ($p < 0.01$).</p> <p>NPI: je mehr neuropsychiatrische Symptome, desto mehr Missbrauch ($p < 0.001$)</p> <p>ADCS-ADL: Je grösser der Pflegebedarf, desto mehr Missbrauch ($p < 0.01$).</p> <p>Aggressives Verhalten gegenüber den pflegenden Angehörigen durch die Demenzkranken: Je häufiger, desto mehr Missbrauch ($p < 0.001$).</p> <p>Depression: Je mehr depressive Symptome die pflegenden Angehörigen aufwiesen, desto mehr Missbrauch ($p < 0.001$).</p> <p>Ängstlichkeit: Je ängstlicher die pflegenden Angehörigen, desto mehr Missbrauch ($p < 0.001$);</p> <p>Belastungs-Score: Je grösser die Belastung, desto mehr Missbrauch ($p < 0.001$).</p> <p>Dysfunktionales Coping: Je mehr dysfunktionale Copingstrategien, desto mehr Missbrauch ($p < 0.001$).</p> <p>Prämorbid Beziehungsgüte: Je besser die prämorbid Beziehung, desto weniger Misshandlung ($p < 0.001$).</p> <p>Gewalt durch den Patienten gegenüber dem pflegenden Angehörigen war der stärkste Prädiktor für das Auftreten der Gewalt am Patienten.</p>	<p>Stärken: Die ethisch vorbildliche Vorgehensweise (written informed consent⁹, mutmasslicher Wille), die Operationalisierung der Daten anhand von Skalen, welche differenziert beschrieben werden. die aufgeführten Limitationen sind sehr selbstkritisch formuliert und die Schlussfolgerungen sind präzise.</p> <p>Schwächen: Die Prävalenz der Gewalt wird wahrscheinlich unterschätzt, da viele kontaktierte Probanden nicht teilnahmen wodurch die Wahrscheinlichkeit gross ist, dass schwerwiegende Missbrauchsfälle nicht eingeschlossen wurden, da diese Angehörigen vor einer Teilnahme vermutlich zurückschreckten.</p> <p>Evidenzlevel 4 (Polit & Beck, 2008)</p>

⁹ Siehe Glossar

4.5 Cooper, Blanchard et al., 2010

Tabelle 8: Family carer's distress and abusive behaviour: longitudinal study (C. Cooper, Blanchard, Selwood, Walker, & Livingston, 2010)

Autor, Jg, Land	Hypothese und Design	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen, Evidencelevel
Claudia Cooper, Martin Blanchard, Amber Selwood, Zuzana Walker, Gill Livingston. 2010, England	Die Hypothese wurde aufgestellt, dass bei pflegenden Angehörigen mit Angst und Depression eine grössere Wahrscheinlichkeit besteht, dass diese Gewalt gegenüber dem Pflegeempfänger anwenden. Eine zweite Hypothese bestand darin, dass die Gewaltnwendung der pflegenden Angehörigen mit der Dauer der Übernahme der Pflege zunimmt und dass die Häufigkeit der Gewaltnwendung durch das Ansteigen der Scores der Messinstrumente für Depression und Angst prognostiziert werden kann. Längsschnitt-Studie	220 pflegende Angehörige nahmen an der Baseline-Erhebung teil, von diesen nahmen noch 131 an der Follow-Up-Erhebung teil. Die Probanden pflegten eine Person mit diagnostizierter Demenz zu Hause und waren wohnhaft in Essex und London. Es wurde keine Verwandtschaft mit dem Pflegeempfänger vorausgesetzt, um in die Studie eingeschlossen zu werden, die Pflege des Patienten musste jedoch für mind. 4h pro Woche übernommen werden. Die erste Datenerhebung in Form von strukturierten Interviews wurde zwischen Januar 2007 und April 2008 durchgeführt. Die zweite Datenerhebung fand 1 Jahr später statt.	Bei der Baseline – Erhebung wurden soziodemografische Daten des Patienten und des pflegenden Angehörigen erfasst. Folgende Instrumente wurden eingesetzt: MCTS, HADS, COPE; Zarit Burden Scale, HSQ-12, List of Threatening Experiences, ADCS-ADL, NPI Beim Follow-Up Interview wurde erst nachgefragt, ob die Pflegesituation nach wie vor besteht und die Messungen zu Gewalt, Angst und Depression wurden wiederholt. 4Teilnehmer wurden auf Wunsch interviewt und 2 telefonisch befragt, der Rest antwortete schriftlich	Die durchschnittlichen Werte waren beim Follow-Up höher als beim Baseline-Interview, die folgenden p-Werte beziehen sich auf die Zunahme der jeweiligen Variablen: Misshandelndes Verhalten: p, 0,003 Depression: p=0.001 Ängstlichkeit: p< 0.001. Von den soziodemografischen Variablen der Pflegeempfänger korrelierte nur das Vorhandensein einer Ausbildung mit einer Veränderung des Missbrauchs-Scores. Pflegeempfänger ohne Ausbildung erlebten nach 1 Jahr signifikant mehr Gewalt (p=0.038). Eine Zunahme der Missbrauchs-Scores war ebenfalls assoziiert mit einem kürzeren Vorhandensein der Gedächtnisprobleme (p=0.032), wenn der Pflegeempfänger weniger Stunden externe Unterstützung empfing (p=0.055) und mit der Zunahme der Depressions-(0.002) und Ängstlichkeits-Scores (p>0.001). In der multivariaten Analyse war eine Zunahme des Missbrauchs-Scores assoziiert mit weniger externer Unterstützung zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung (p=0.031) und mit einer Zunahme des Ängstlichkeits-Scores (p< 0.001). Signifikante Prädiktoren für eine Zunahme der Gewalt waren eine Zunahme des Depressions-Scores und weniger externe Unterstützung zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung (p=0.025) sowie einem höheren Ausbildungsgrad der Pflegeempfänger (p=0.028).	Stärken: Die ethisch vorbildliche Vorgehensweise (written informed consent, mutmasslicher Wille), die sehr differenzierte Beschreibung der verwendeten Messinstrumente, diese sind für die Population gut gewählt und deren Spezifität und Sensitivität wurde tlw. vorgängig von den Autoren untersucht. Längsschnittdesign ist zur Beantwortung der Fragestellung gut geeignet Schwächen: Es werden nicht alle Begriffe definiert. Beim Follow-Up wurden die Daten auf unterschiedliche Art erhoben, was zu Verfälschungen führen kann, Resultate werden nur knapp erläutert, Verlust von Probanden für die Follow-Up Erhebung. Evidenzlevel 4 (Polit & Beck, 2008)

4.6 Drossel et al., 2011

Tabelle 9: A DBT Skills Training Group for Family Caregivers of Persons With Dementia (Drossel, Fisher, & Mercer, 2011)

Autor, Jg, Land	Hypothese und Design	Setting und Sample	Intervention und verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen, Evidenzlevel
Claudia Drossel, Jane E. Fisher, Victoria Mercer, 2011, Nevada, USA	Es wurde die Hypothese gestellt, dass die Teilnahme an einer Dialectal Behavior Therapy ¹⁰ (DBT)-Skills Gruppe die psychosoziale Anpassung der pflegenden Angehörigen fördert. In der Gruppe sollen durch Problemfokussiertes Coping und eine Reduktion depressiver Muster die Risikofaktoren für Gewalt an den Pflegeempfängern reduziert werden. Eine weitere Hypothese war, dass das Vertrauen in die individuellen Therapieangebote in der DBT-Gruppe zurückgehen wird. Quasiexperiment	Die Intervention fand an einer ambulanten Klinik für Demenzerkrankte statt. Die 24 pflegenden Angehörigen von Menschen mit diagnostizierter Demenz wurden der DBT-Gruppe durch ihren Therapeuten zugewiesen und hatten gleichzeitig Zugang zu den anderen Angeboten der Klinik. Die Gruppe wurde als Lebensbewältigungs- Gruppe für pflegende Angehörige angepriesen. Die Pflegeempfänger waren alle über 60 Jahre alt, die pflegenden Angehörigen waren zwischen 38-72 Jahre alt und mussten pro Woche mind. 5h Pflege leisten. Alle pflegenden Angehörigen wiesen einen oder mehrere Risikofaktoren für Gewalt auf: Sie hatten früher oder zurzeit Kontakt zur Schutzbehörde für ältere Menschen und/oder früheren oder aktuellen Drogengebrauch, und/oder körperliche Einschränkungen, und/oder zeigten signifikant depressive Verhaltensmuster.	Ein DBT-Benutzerhandbuch wurde für pflegende Angehörige Demenzerkrankter angepasst und in einer 8-wöchigen Gruppenintervention (Basisgruppe) vermittelt. Die Gruppen bestanden aus 5-8 Personen und es fand eine Sitzung à 2,5 h pro Woche statt. Zentrale Themen dabei waren: Ein Überblick über das Thema Demenzpflege, Achtsamkeit, Interpersonelle Effektivität, Emotionsregulation und Distress-Toleranz. Die Teilnehmer wurden ermuntert, Termine mit ihren individuellen Therapeuten zu vereinbaren, um über die Umsetzung der Skills zu sprechen. Auf freiwilliger Basis konnten in Kleingruppen (Booster Gruppen) die Inhalte repetiert werden. Es wurde eine Baseline-Messung sowie eine Erhebung eine Woche nach der Intervention mit folgenden Instrumenten durchgeführt: Center for Epidemiological Studies depression scale (CES-D), Caregiver burden inventory (CBI) Medical outcome studies short-form 36-item health survey (SF-36), mit welchem allgemeines Wohlbefinden erhoben wurde, Ways of Coping Checklist – Revised (WoC-R) Bei den Teilnehmern der Booster Gruppen wurde eine weitere Erhebung nach deren Beendigung durchgeführt (3 Wochen später).	Basisgruppe: (n=16, 8 sind ausgeschieden): Im SF-36 wurden keine Veränderungen der sozialen Funktionsfähigkeit und der Rollenlimitationen aufgrund emotionaler Schwierigkeiten festgestellt. Es konnte eine signifikante Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens ($\alpha=0.04$, $p=0.002$) und des Energielevels ($\alpha=0.004$; $p=0.001$) gezeigt werden. Es wurde keine signifikante Veränderung im CBI bzgl. Belastung der Pflegeperson festgestellt. Im WoC-R wurde eine signifikante Verbesserung des problemfokussierten Copings ($\alpha=0.005$, $p=0.002$) nachgewiesen. Es wurde keine signifikante Veränderung bzgl. des Wunschdenkens, des Vermeidungsverhaltens, der sozialen Funktionsfähigkeit sowie sozialer Unterstützung festgestellt. Im CES-D wurde keine signifikante Reduktion der Depression gezeigt. Die Werte für Erschöpfung im MBI wurden nicht signifikant reduziert, zudem konnte keine signifikante Veränderung des Werts für Depersonalisation und Vergegenständlichung gezeigt werden. Booster-Gruppen: Die Scores der CES-D sanken, Aussagen über statistische Signifikanz sind aufgrund zu kleinem Sample jedoch nicht möglich. Nutzung individueller Therapieangebote: Während der Dauer der DBT-Gruppe nahm die Nutzung der individuellen Therapieangebote von durchschnittlich 3.25h pro Woche auf 7.8h pro Woche zu. Im folgenden Vierteljahr betrug die Nutzungshäufigkeit 4.5h pro Woche. 2 pflegende Angehörige wurden während der Studierendurchführung an die „Schutzbehörde für ältere Menschen“ überwiesen, absolvierten aber die Gruppentherapie bis zum Schluss.	Stärken: Prozedere zur Implementierung und Umsetzung der Intervention ist gut beschrieben und Begründung des Vorgehens ist vorhanden. Die Leiter der Gruppen wurden vorgängig geschult und verfügten über Fachwissen. Schwächen: Die Hypothesen sind ungenügend beschrieben, die Risikofaktoren für Missbrauch werden nicht definiert. Informationen werden teils im falschen Kapitel aufgeführt. Die Zahl der Probanden variiert. Die verwendeten Messinstrumente werden selten zur Untersuchung dieser Thematik beigezogen. Evidenzlevel 2b (Polit & Beck, 2008)

¹⁰ Siehe Glossar

4.7 Livingston et al., 2013

Tabelle 10: Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STrategies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomised controlled trial (Livingston et al., 2013)

Autor, Jg, Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Intervention und verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen, Evidenzlevel
Gill Livingston, Julie Barber, Penny Rapaport, Martin Knapp, Mark Griffin, Derek King, Debbie Livingston, Cath Mummery, Zuzana Walker, Juanita Hoe, Elizabeth L Sampson, Claudia Cooper, 2013, England	<p>Zielsetzung: Die Wirksamkeit einer Intervention für pflegende Angehörige Demenzkranker, die auf dem US Coping with Caregiving Programme basierte mit der üblichen Behandlung zu vergleichen. Ein weiteres Ziel bestand darin, die Häufigkeit von Depressions- und Ängstlichkeits-Fällen mithilfe der HADS zu bestimmen. Hierbei wird unter einem Fall das Überschreiten eines definierten Scores verstanden. Zudem wurden die Lebensqualität des pflegenden Angehörigen und des Pflegeempfängers sowie das misshandelnde Verhalten des pflegenden Angehörigen erhoben.</p> <p>Randomised Controlled Trial</p>	<p>Verschiedene Institutionen für Demenzkranke in London und Essex wurden zur Rekrutierung der Probanden kontaktiert. 260 pflegende Angehörige, welche mindestens wöchentlich praktische oder emotionale Unterstützung gewährleisteten und sich selbst als hauptverantwortlich für die Pflege eines demenzkranken Familienmitglieds bezeichneten, wurden eingeschlossen. Zudem musste der Pflegeempfänger zu Hause leben. 173 wurden in die Interventionsgruppe und 87 in die Kontrollgruppe eingeteilt. Angehörige, die keinen informed Consent geben konnten, oder an einer Demenz litten, wurden ausgeschlossen. Um das Vorliegen einer Demenz auszuschließen, wurde bei allen pflegenden Angehörigen, die über 60 Jahre alt waren, ein MMSE durchgeführt. Die Datenerhebung fand zwischen März 2010 und Februar 2012 statt.</p>	<p>Das Handbuch des US Coping with Caregiving Programme wurde speziell für pflegende Angehörige Demenzkranker angepasst. Es wurden Schulungen auf Basis des Handbuchs bei den pflegenden Angehörigen zu Hause durchgeführt.</p> <p>Die Intervention wurde in 8 Sitzungen von Psychologen mit frisch abgeschlossener Ausbildung durchgeführt. Die Psychologen wurden zusätzlich speziell für die Durchführung der Intervention geschult. Während 8-14 Wochen wurden die Sitzungen teils unter Supervision durchgeführt. Sie beinhalteten die Themen: Psychoedukation über Demenz, Stress bei der Pflege Demenzkranker, Informationen darüber, wo emotionale Unterstützung geholt werden kann, Verhaltensweisen Demenzkranker verstehen lernen, BMT, Beeinflussung nicht hilfreicher Gedanken, Akzeptanz fördern; bestätigende Kommunikationsweisen, Entspannung, Zukunftsplanung, vermehrt schöne Aktivitäten planen und erlernte Fähigkeiten beibehalten. Die pflegenden Angehörigen konnten diese Fähigkeiten mithilfe des Handbuchs und einer Entspannungs-CD zu Hause anwenden. Die Kontrollintervention orientierte sich an best practise Guidelines für Demenzpflege und richtete sich in erster Linie an den Pflegeempfänger. Es fanden Interviews zur Baseline, sowie nach 4 und 8 Monaten statt. Während der Intervention hielt sich der Pflegeempfänger nicht im selben Raum auf. Es wurden Übersetzer eingesetzt, falls nötig. Bei allen 3 Messungen wurden soziodemografische Variablen erhoben.</p> <p>Folgende Instrumente wurden bei allen 3 Messungen verwendet: Pflegende Angehörige: HADS, Zarit Burden Scale, MCTS, HSQ-12, COPE, Pflegeempfänger: NPI, Clinical Dementia Rating, Quality of Life Alzheimer's Disease, (wurden durch den pflegenden Angehörigen ausgeführt),</p>	<p>Der Gesamtscore der HADS über 4 und 8 Monate verringerte sich in der Interventionsgruppe signifikant, wenn die beeinflussenden Faktoren (Alter und Geschlecht des pflegenden Angehörigen, NPI Score, Zarit Burden Score) berücksichtigt wurden ($p=0.02$)</p> <p>Wenn beeinflussende Faktoren nicht berücksichtigt wurden, ergab sich ein signifikanter p-Wert von 0,05. Es konnte kein Unterschied zwischen der 4 und 8-Monate-Erhebung, also kein Einfluss der Zeit festgestellt werden ($p=0.90$).</p> <p>Die Skalen wurden dichotomisiert, es wurde in „Fälle“ und „Nicht-Fälle“ ab gewissen Scores unterschieden. Der Effekt der Intervention auf die Reduktion der Häufigkeit der Fälle war signifikant: Ängstlichkeit: OR=0.35, Depression: OR =0,25, MCTS: OR =0,47 (Angepasst an Baseline- und 4-Monate-Score). Ängstlichkeit: OR =0.30, Depression: OR =0,24, MCTS: OR =0,48 (Angepasst an Baseline- und 4-Monate-Score und an Alter und Geschlecht des pflegenden Angehörigen, NPI Score, Zarit Burden Score.)</p> <p>Es gab keine signifikanten Verbesserungen bzgl. der Lebensqualität der Pflegeempfänger.</p>	<p>Stärken: Operationalisierung mit validierten und gut beschriebenen Messinstrumenten, das Design des RCT ist sehr gut zur Untersuchung der Wirksamkeit der Intervention geeignet. Das Blinding der Rater verringert Bias. Das Handbuch des US Coping with Caregiving Programme wird verwendet, welches sich zur Reduktion von Depressionen als wirksam erwiesen hat.</p> <p>Schwächen: Vorgehen zur Anpassung der Daten wird zu wenig nachvollziehbar beschrieben, was eine korrekte Interpretation der Ergebnisse erschwert. Zudem werden die Tabellen zu wenig erläutert. Pflegende machen Aussagen zur Lebensqualität der Pflegeempfänger.</p> <p>Evidenzlevel 2a (Polit & Beck, 2008)</p>

4.8 Selwood et al., 2007

Tabelle 11: Systematic review of the effect of psychological interventions of family caregivers of people with dementia (Claudia Cooper et al., 2007)

Autor, Jg, Land	Ziel und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen, Evidenzlevel
A. Selwood, K. Johnston, C. Katona, C. Lyketsos, G. Livingston. 2007, England	<p>Ziel: Evidenzbasierte Empfehlungen für professionelles Gesundheitspersonal sollen abgegeben werden können, welche Interventionen akut und über längere Zeit hinweg die psychische Gesundheit von pflegenden Angehörigen Demenzkranker verbessern.</p> <p>Systematische Review</p>	<p>62 Studien wurden in die systematische Review einbezogen. Einschlusskriterien waren: Primärstudien mit quantitativen Ergebnissen, welche die psychische Gesundheit der pflegenden Angehörigen untersuchten. Ausschlusskriterien waren: Studien, welche die psychische Gesundheit der Demenzkranken massen, Pflegende Angehörige von nicht an Demenz Erkrankten und Interventionen, welche Medikamente beinhalteten oder nicht auf einem psychologischen Modell basierten.</p>	<p>Die Studien wurden gemäss des Oxford Centre for Evidence Based Medicine auf ihre Evidenz bewertet. Der „Level of Evidence“ (LOE) wird in Level 1-5 unterteilt, wobei Level 1 die höchste Evidenz aufweist. Die Empfehlungen wiederum wurden in „Grades of recommendation“ (GR) angegeben. Ein GR A weist die beste Evidenz auf (z.B. durchgehend Level 1 Studien), wiederum weist ein GR D auf nicht beweiskräftige oder auf eine grosse Anzahl Studien mit Level 5 hin. Zwei Forscher nahmen unabhängig voneinander Einschätzungen der Evidenzlevel der einzelnen Studien vor und besprachen diese anschliessend, bis sie zu einer Übereinstimmung kamen. Die Interventionen wurden in sechs Kategorien unterteilt: Schulungen, Demenz-spezifische Therapie, Coping-Strategien (CS); diese wurden unterteilt in individuelle (iCS) und in Gruppeninterventionen (gCS), Verhaltens-Management-Techniken (BMT), welche ebenfalls wieder in individuelle (iBMT) und Gruppeninterventionen (gBMT) unterteilt wurden, und unterstützende Therapieformen</p>	<p>Schulungen: Schulungen werden als Interventionen beschrieben, die ausschliesslich Informationen zur Diagnose Demenz bereitstellen. Der GR für Schulungen als Intervention gegen Stress, Depressionen und Belastung beträgt B. Die Evidenz sagt aus, dass Schulungen keinen positiven Einfluss auf den Gesundheitszustand der pflegenden Angehörigen haben, weder direkt nach der Intervention, noch nachdem einige Monate vergangen sind. Demenz-spezifische Therapien: Häufig wurden hierzu die Effekte von kognitiver Stimulations-Therapie, welche aus dem Modell der Realitätsorientierung abgeleitet sind, auf die pflegenden Angehörigen untersucht. Die Evidenz des Nutzens der Demenz-spezifischen Therapie ist nicht vorhanden. Der GR wurde auf D eingestuft. Coping-Strategien (Gruppen): Alle Interventionen umfassten 6 oder mehr Sitzungen, bei welchen den pflegenden Angehörigen Coping-Strategien, Problembewältigungsstrategien oder ein besserer Umgang mit Stresssituationen vermittelt wurde. Der GR für gCS gegen Depressionen beträgt B. Ein Effekt war direkt nach der Durchführung und drei Monate später ersichtlich. Der GR für gCS gegen Belastung beträgt D, die Evidenz ist inkonsistent. Coping-Strategien (individuell): Der GR für iCS beträgt B. Stresswahrnehmungen und Depressionen werden durch iCS, direkt nach der Durchführung und bis zu drei Monate später signifikant reduziert. Der GR für iCS gegen Belastungen erhielt nur Wert D, da zu wenige Studien vorhanden waren. Verhaltens-Management-Techniken (Gruppen): Mindestens sechs Sitzungen müssen stattgefunden haben, in welchen den pflegenden Angehörigen Theorien übermittelt wurden, wie sie mit problemhaftem Verhalten seitens des Demenzkranken umgehen können, oftmals kombiniert mit dem Vermitteln von Coping-Strategien. Der GR für gBMT in Bezug auf Depressionen beträgt B. Es gab keine signifikante Verbesserung, weder direkt nach der Intervention noch acht Monate später. Verhaltens-Management-Techniken (individuell): Der GR für Interventionen, welche in weniger als sechs Sitzungen erfolgten, beträgt den Wert B. Die Evidenz sagt aus, dass iBMT zur Reduktion von Stresswahrnehmungen, Depressionen oder Belastungen nicht effektiv ist. Wenn es sich um mehr als sechs Sitzungen handelte, konnte nachgewiesen werden, dass es sich bei der iBMT um eine effektive Intervention handelte, um Depressionen direkt nach der Durchführung und 32 Monate später zu vermindern. Diese Intervention erhielt den GR A. Der GR für Belastung ist wiederum nur bei C, es wurde aufgezeigt, dass iBMT Belastungen nicht effektiv vermindert. Unterstützende Therapieformen: In diese Kategorie gehören z.B. wöchentliche Auszeiten von der Pflege für den pflegenden Angehörigen, Gruppendiskussionen oder Unterstützungs-Angebote per Telefon. Der GR für mehr als sechs Sitzungen, in welchen unterstützende Massnahmen angeboten wurden, ist bei B. Es konnte aufgezeigt werden, dass diese Interventionen nicht effektiv sind.</p>	<p>Stärken: Die systematische Review umfasst eine grosse Breite an Studien, auch bzgl. deren unterschiedlichen Evidenzlevel und Interventionen. Es wurde versucht, die Interventionen zu strukturieren, indem Kategorien gebildet wurden. Von jeder Kategorie sind die eingeschlossenen Studien in einer Tabelle aufgeführt, auf welcher genau ersichtlich ist, welche signifikante Ergebnisse vorweisen konnten.</p> <p>Schwächen: Die Studien sind alle nicht in den letzten 10 Jahren publiziert worden, weshalb es möglich wäre, dass die Aktualität darunter leidet. Die Suchstrategie ist absolut ungenügend beschrieben. In vielen Primärstudien wurde nicht genau beschrieben, wie die Interventionen vorgenommen wurden, was eine Gefahr einer Verfälschung darstellt. Die Diskussion ist für den Umfang der Arbeit zu wenig ausführlich.</p> <p>Evidenzlevel 3 (Polit & Beck, 2008)</p>

4.9 Selwood et al., 2009

Tabelle 12: What would help me stop abusing? The family carer's perspective (Selwood, Cooper, Owens, Blanchard, & Livingston, 2009)

Autor, Jg, Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen, Evidenzlevel
Amber Selwood, Claudia Cooper, Colm Owens, Martin Blanchard and Gill Livingston, 2009, England	<p>Es sollte erfasst werden, welche Interventionen pflegende Angehörige Demenzkranker als sinnvoll erachten, um ihr misshandelndes Verhalten gegenüber dem Pflegeempfänger zu reduzieren oder diesem vorzubeugen. Die Resultate sollen verwendet werden, um die Entwicklung von evidenzbasierten Massnahmen zu unterstützen.</p> <p>Querschnittstudie</p>	<p>220 Pflegende Angehörige von Menschen mit diagnostizierter Demenz, die zu Hause von ambulanten psychiatrischen Teams betreut wurden und in London und Essex wohnhaft waren. Um als pflegender Angehöriger zu gelten, musste keine Verwandtschaft bestehen, jedoch mussten mind. 4 h Pflege pro Woche geleistet werden.</p>	<p>Es wurden soziodemografische Daten zu den pflegenden Angehörigen und den Pflegeempfängern erhoben. Es wurde um Einsicht in die medizinischen Akten der Demenzkranken gebeten und der aktuellste MMSE wurde bezogen. Die pflegenden Angehörigen füllten das MCTS aus und bewerteten je 5 physisch und 5 psychisch missbräuchliche Verhaltensweisen auf die Häufigkeit ihres Vorkommens auf einer Likert-Scala von 0-4 (Von nie bis immer). Wenn sie etwas mit 1 bewerteten, wurden sie gebeten, auf einer Liste mit Coping-Strategien solche zu identifizieren, die ihnen bereits geholfen haben oder in Zukunft helfen könnten. Die Strategien wurden von den Probanden in eine Reihenfolge gebracht, die ihre Wichtigkeit ausdrückte. Es wurde zudem nachgefragt, ob die pflegenden Angehörigen zusätzliche Strategien verwendeten oder sich Strategien vorstellen könnten, die ihnen hilfreich erscheinen, welche nicht auf der Liste aufgeführt wurden. (Die Liste wurde von 3 Gerontopsychiatern erarbeitet und mit anderen Psychiatern diskutiert, bis Sättigung erreicht wurde.)</p>	<p>115 von 220 gaben mindestens eine missbräuchliche Verhaltensweise an, von diesen 115 beantworteten 113 Fragen dazu, wie diesem Verhalten vorgebeugt werden könnte. Die am häufigsten genannten Strategien waren: Medikamente, um das Gedächtnis des Demenzkranken zu verbessern (n=54, 48.2%), schriftliche Anleitungen, um die Gedächtnisprobleme besser verstehen zu können, Handlungsanweisungen (n=48, 42.9%) und mehr Informationen von professionellen Pflegepersonen im Umgang mit Demenzkranken (n=45, 40.2%). Weitere Interventionen, die als hilfreich erachtet wurden, waren: Die Möglichkeit zu haben, mit jemanden über seine Gefühle sprechen zu können (36.5%), ambulante Unterstützung im Haushalt zu erhalten (36.6%), Kontakt zur Alzheimervereinigung oder ähnlichen Organisationen (33.9%), Jemanden zu treffen, der Ratschläge zum Umgang mit der Situation als pflegender Angehöriger geben kann (31.3%), Medikamente, um Verhaltensauffälligkeiten des Pflegeempfängers zu kontrollieren (27.7%), mehr finanzielle Unterstützung (19.6%), Umzug des Pflegeempfängers in ein Altersheim (17%). Die Reihenfolge der wichtigsten Strategien fiel folgendermassen aus: Auf Platz 1: Medikamente, um das Gedächtnis des Demenzkranken zu verbessern (n=21, 18.6%), auf dem 2. Platz der hilfreichsten Strategien stand die ambulante Pflege (n=17; 15%). Sitzwachen, um dem pflegenden Angehörigen einige Stunden Erholung zu ermöglichen und Tagesheime wurden auf dem 3. Platz der wichtigsten Interventionen platziert (n=12, 10.6%). Nur 5 Teilnehmer nannten eigene Interventionen, wobei nur zweimal dasselbe genannt wurde.</p>	<p>Stärken: Erste Studie, die die Ansichten der Angehörigen bzgl. hilfreichen Interventionen berücksichtigt, Studiendesign bietet die Möglichkeit, die bestehende Liste der Strategien mit eigenen Vorschlägen zu ergänzen Die Liste der Strategien wurde von Gerontopsychiatern erstellt.</p> <p>Schwächen: Relativ komplizierte Auswertung der Resultate im Fliesstext, Bias durch ungenügende Differenzierung der Strategien (tatsächlich angewandte oder nur als potentiell hilfreich eingeschätzte Interventionen werden nicht unterschieden), Suggestion der Liste mit Strategien, dass es Medikamente gibt, die das Gedächtnis der Betroffenen verbessern.</p> <p>Evidenzlevel 4 (Polit & Beck, 2008)</p>

4.10 Vande Weerd & Paveza, 2006

Tabelle 13: Verbal mistreatment in older adults: A look at persons with alzheimer's disease and their caregivers in the state of florida (Vande Weerd & Paveza, 2006)

Autor, Jg, Land	Ziel und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen, Evidenzlevel
Carla Vande Weerd & Gregory J. Paveza, 2006, Florida, USA	Das Ziel bestand darin Risikofaktoren für verbale Gewalt an Demenzkranken anhand des Risk and Vulnerability-Models zu betrachten, um Faktoren zu identifizieren, die das Risiko von verbaler Gewalt an Demenzkranken erhöhen oder vermindern. Querschnittstudie	Das Setting umfasste 76 an Alzheimer erkrankte Patienten und 254 pflegende Angehörige im Staat Florida. Eingeschlossen wurden Patienten, welche mind. 60 Jahre alt sind, seit mind. drei Jahren Alzheimer diagnostiziert haben, Englisch sprechen und einen Wert von 16 oder mehr beim MMSE aufwiesen. Pflegende Angehörige mussten englischsprechend sein, mit dem Pflegeempfänger verwandt sein, ein Telefon besitzen und mind. 20h pro Woche die Pflege übernehmen.	Demografische Informationen wie auch der MMSE wurden erhoben. Die Anzahl Demenzsymptome wurde erfasst und mit der Elders Impairment Subscale der Determination of Need Scale Revised der Grad der Beeinträchtigung gemessen. Der psychische Zustand der Betroffenen wurde mit der Langer Psychiatric Symptoms Scale und der Cornell Depression Scale gemessen. Eine Aussage über den allgemeinen Gesundheitszustand der Betroffenen wurde anhand der Anzahl verschriebener Medikamente getroffen. Die Belastung der pflegenden Angehörigen wurde mit der Determination of Need Scal- Revised(DON-R), der Caregiver Hassle Scale, und der subjektiv angegebene Belastung erhoben. Der Gesundheitszustand der pflegenden Angehörigen wurde mit der DON-R gemessen. Soziale Unterstützung wurde mit der Norbeck Social Support Scale (NSSS) gemessen. Die psychische Gesundheit der pflegenden Angehörigen wurde mit der Langer Psychiatric Symptoms Scale, der Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D), der Rosenberg Self Esteem Scale), und dem Michigan Alcohol Screening Test erhoben. Das Coping der pflegenden Angehörigen wurde mit dem Coping Styles Questionnaire erfasst.	Weibliche pflegende Angehörige waren 2.73-mal häufiger verbal aggressiv gegenüber ihren Pflegeempfängern als männliche ($p=0.021$). War die betroffenen Person selbst verbal aggressiv, trat verbale Aggression 8mal häufiger auf, als wenn keine verbale Aggression seitens des Pflegeempfängers bestand ($p=0.001$). Pflegende Angehörige mit einem beeinträchtigten kognitiven Status ($p=0.038$), vielen psychiatrischen Symptomen ($p=0.046$), Depression ($p =0.047$), oder solche, die aufgrund der Pflege des Angehörigen viele Schwierigkeiten hatten ($p =0.038$) waren fast doppelt so häufig verbal aggressiv gegen die betroffene Person. Jüngeres Alter (zwischen 60-70 Jahren) ($p =0.021$), weniger Symptome der Demenz ($p =0.043$) und weniger Anzeichen einer Depression ($p =0.041$) wurden als schützende Faktoren identifiziert. Jüngere Patienten in einem weniger fortgeschrittenen Stadium der Demenz waren nur ca. 1/3-mal so häufig von verbaler Gewalt betroffen. Weniger von Depression betroffene Pflegeempfänger erfuhren nur etwa halb so oft verbale Gewalt. Es wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Depression des Pflegeempfängers und dem Risiko für verbale Misshandlung identifiziert ($p=0.014$). Pflegende Angehörige, die an einer Depression litten und eine Person mit vielen Demenzsymptomen betreuten, wendeten 4-mal häufiger verbale Gewalt an. Pflegende Angehörige mit vielen psychiatrischen Symptomen, die aussagten Schwierigkeiten bei der Pflege zu erleben und eine Person mit depressiven Symptomen betreuten, wandten 6.5 mal mehr verbale Gewalt an.	Stärken: Frühere Forschung wird aufgeführt, es wird nachvollziehbar an ihr angeknüpft und Anpassungen im Design werden vorgenommen (z.B. verbale Gewalt separat), Die meisten Untersuchungen wurden mithilfe von Messinstrumenten vorgenommen. Die Ergebnisse sind übersichtlich und mit Kennwerten dargestellt. Die Studie weist eine grosse Population von pflegenden Angehörigen auf, was die Aussagekraft erhöht. Schwächen: Bei den pflegenden Angehörigen musste es sich um Familienangehörige handeln, die Patienten mussten eine Alzheimer-Demenz diagnostiziert haben und die einen MMSE von mind. 16 aufweisen, was die externe Validität vermindert. Es wird nicht genau benannt, welche Fragen per Mail und welche im Interview gestellt wurden. Das Vorgehen der Forscher ist im Allgemeinen zu wenig transparent dargestellt. Die verwendeten Screening-Instrumente werden nur ungenügend beschrieben. Die Studie wurde nicht von einer Ethik-Kommission genehmigt. Evidenzlevel 4 (Polit & Beck, 2008)

4.11 Vande Weerd et al., 2013

Tabelle 14: Physical Mistreatment in Persons with Alzheimer's Disease (Vande Weerd, Paveza, Walsh, & Corvin, 2013)

Autor, Jg, Land	Ziel und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen, Evidenzlevel
Carla Vande Weerd Gregory J. Paveza, Margaret Walsh, Jaime Corvin, 2013, Florida, USA.	Ziel: Risikofaktoren von Alzheimerkranken Personen und deren pflegenden Angehörigen bezüglich physischer Gewaltausübung zu identifizieren. Querschnittstudie	Das Setting umfasste 76 an Alzheimer erkrankte Patienten und 254 pflegende Angehörige im Staat Florida. Eingeschlossen wurden Patienten, welche mind. 60 Jahre alt waren, seit mind. drei Jahren Alzheimer diagnostiziert hatten, Englisch sprachen und einen Wert von 16 oder mehr beim Mini Mental Test aufwiesen. Pflegende Angehörige mussten englischsprechend sein, Familienzugehörigkeit aufweisen können, ein Telefon besitzen und mind. 20h pro Woche die Pflege übernehmen.	Die Prävalenz der physischen Gewaltanwendung durch pflegende Angehörige gegenüber Alzheimerkranken stütze sich auf eine frühere Studie von VandeWeerd & Paveza (2006). Die Forscher wählten mehrere Instrumente aus, welche sie in Interviews bei den Probanden zu Hause und in Fragebögen (welche per Mail versandt wurden) verwendeten. Hierzu wurden die Daten in zwei Gruppen unterteilt, die Verletzlichkeitsfaktoren und die Risikofaktoren. Die Verletzlichkeit der Patienten wurde folgendermassen erhoben: demographische Daten zum Patienten Anzahl dementielle Symptome, mit einer Unterskala namens „Elders Level of Impairment“, psychische Verfassung mittels „Langer Psychiatric Symptoms Scale“, mit der „Cornell Depression Scale“ und die Anzahl verordneter Medikamente. Die Risikofaktoren des pflegenden Angehörigen wurden folgendermassen erhoben: Demographische Daten, kognitiver Status gemessen mittels MMSE, Belastungsempfinden gemessen durch „Patients unmet need for care“, subjektive Aussagen des pflegenden Angehörigen bezüglich Belastungsempfindungen, der „Norbeck Social Support Scale“, „Langer Psychiatric Scale“, „Center for epidemiological studies depression inventory“, „Rosenberg self esteem scale“, „Michigan alcohol screening test“ und der „Coping styles questionnaire“.	Pflegende Angehörige, welche Patienten pflegen, die viele funktionelle Beeinträchtigungen aufwiesen, wendeten zweimal soviel Gewalt an, wie solche, welche weniger schwere Beeinträchtigung zeigten ($p=0.034$; $OR=2.049$; $CI=1.093-4.912$). Pflegende Angehörige, welche Alkoholprobleme hatten, wiesen eine dreimal so hohe Chance auf, Gewalt anzuwenden ($p=0.041$; $OR=2.049$; $CI=2.382-4.775$). Patienten, welche eine höhere Zahl an Demenz-Symptomen aufwiesen ($p=0.019$; $OR=4.817$; $CI=3.509-12.518$) oder Gewalt gegenüber ihrem pflegenden Angehörigen anwendeten ($p=0.010$; $OR=4.168$; $CI=2.176-8.399$), waren einem viermal höheren Risiko ausgesetzt, Gewalt zu erfahren. Pflegende Angehörige mit einem hohen Selbstbewusstsein wendeten signifikant weniger physische Gewalt an, als solche mit tiefem Selbstbewusstsein ($p=0.046$; $OR=0.662$; $CI=0.591-0.748$). Die Kombination aus Risikofaktoren und Verletzlichkeitsfaktoren wies eine höhere Wahrscheinlichkeit für physische Gewalt auf. Das Zusammenspiel zwischen dementiellen Symptomen und depressiven pflegenden Angehörigen ($p=0.007$; $OR=6.176$; $CI=4.511-9.706$), und dementiellen Symptomen in Kombination mit gewalttätigem Verhalten seitens des Patienten in Kombination mit Alkoholismus der pflegenden Angehörigen ($p=0.052$; $OR=6.176$; $CI=4.511-9.706$) standen signifikant in Beziehung zur Wahrscheinlichkeit der physischen Gewaltausübungen.	<p>Stärken: Die meisten Untersuchungen wurden mithilfe von Messinstrumenten vorgenommen. Die Ergebnisse sind übersichtlich und mit Kennwerten dargestellt. Die Studie weist eine grosse Population von pflegenden Angehörigen auf, was die Aussagekraft erhöht.</p> <p>Schwächen: Es ist nicht ersichtlich, ob eine erneute Datenerhebung stattfand oder ob alle Daten ausschliesslich aus der Studie von Vande Weerd & Paveza 2006 übernommen wurden. Bei den pflegenden Angehörigen musste es sich um Familienangehörige handeln, die Patienten mussten eine Alzheimer-Demenz diagnostiziert haben und einen MMSE von mind. 16 aufweisen, was die externe Validität vermindert. Es wird nicht genau benannt, welche Fragen per Mail und welche im Interview gestellt wurden. Das Vorgehen der Forscher ist im Allgemeinen zu wenig transparent dargestellt. Die verwendeten Screening-Instrumente werden nur ungenügend beschrieben. Die Studie wurde nicht von einer Ethik-Kommission genehmigt.</p> <p>Evidenzlevel 4 (Polit & Beck, 2008)</p>

4.12 Wiglesworth et al., 2011

Tabelle 15: Screeing for Abuse and Neglect of People with Dementia (Wiglesworth et al., 2010)

Autor, Jg, Land	Ziel und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen, Evidenzlevel
Aileen Wiglesworth, Laura Mosqueda, Ruth Mulnard, Solomom Liao, Lisa Gibbs, William Fitzgerald, 2010 Kalifornien, USA	Ziel: Charaktereigenschaften von Patienten mit Demenz und deren pflegenden Angehörigen zu untersuchen, um daraus Rückschlüsse ziehen zu können, welche Eigenschaften das Risiko von Gewaltnwendung gegenüber dem Patienten fördern könnte. Diese Eigenschaften sollten schlussendlich dazu genutzt werden, in ein Screening-Instrument integriert zu werden. Querschnittstudie	129 Patienten und ihre Hauptpflegepersonen (88% Ehepartner) aus Kalifornien (USA), welche auf unterschiedliche Weise für die Studie angefragt wurden. Kriterien waren: Der Patient musste mind. 50 Jahre alt sein, zu Hause gepflegt werden, Englisch sprechend sein und Alzheimer oder eine andere Form der Demenz diagnostiziert haben.	Die Daten wurden in zwei Kategorien unterteilt: In der ersten wurde direkt untersucht, wie oft die drei verschiedenen Arten (physische, psychische und Vernachlässigung) der Gewalt auftreten. In der zweiten wurden unabhängige Variablen gemessen, welche das Risiko von Gewaltnwendungen hypothetisch förderten. Zuerst wurde ein 90 minütiges Assessment durchgeführt inklusive einem kurzen Interview mit dem Zweierpaar (welches aus Patient und pflegendem Angehöriger bestand), und eine kurze Führung durch den Wohnraum. Anschliessend wurde die pflegende Person mit einer abgeänderten Form der folgenden drei Instrumenten befragt: „Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) „Elder Abuse Instrument“, „Safety of the Environment“ abgeleitet von der „Self Neglect Assessment Scale“. Die Feldforscher legten anschliessend ihre Beobachtungen, medizinische Berichte und Resultate aus den Assessments dem LEAD-Ausschuss vor, welcher aus drei Geriatern bestand. Um die unabhängigen Variablen zu erfassen, wurden bei den pflegenden Angehörigen standardisierte, validierte Messinstrumente, meistens in Form von Likert-Skalen verwendet: Eine Selbsteinschätzung bzgl. physischer und emotionaler Gesundheit, das Auftreten von depressiven Symptomen, das Auftreten von Ängstlichkeit, Belastung in Abhängigkeit mit den Verhaltensveränderungen bei den Patienten und das Ausmass an sozialen Kontakten. Der pflegende Angehörige wurde daraufhin mittels Skalen zu folgenden Charaktereigenschaften der Patienten befragt: Aktivitäten des täglichen Lebens, Schweregrad und Stadium der Demenzerkrankung, Auftreten von depressiven Symptomen, Ausmass an sozialer Einbindung, Auftreten von aggressivem Verhalten und neuropsychiatrischen Symptomen. Zudem wurde durch Befragung des pflegenden Angehörigen die prämorbid Beziehung zwischen Patient und pflegendem Angehörigem und das Beziehen von Dienstleistungen wie z.B. Tagespflege, erfasst.	Es wurden vier Untergruppen gebildet: Physische Gewaltnwendung kombiniert mit anderen Gewaltnwendungen (n=12), Vernachlässigung mit physischer Gewaltnwendung (n=13), nur psychische Gewaltnwendung (n=36), keine Gewaltnwendung (n= 68). Signifikant war, dass pflegende Angehörige, welche in der Gruppe der Physischen Gewalt mit anderen Gewaltnwendungen waren, schlechtere Werte als alle anderen Probanden aufwiesen. Z.B. gaben diese an, unter emotionalen Problemen zu leiden, welche sie in ihren Tätigkeiten einschränkten (p=0.001), zudem wiesen sie einen durchschnittlich schlechteren Gemütszustand auf. Patienten in dieser Gruppe übten vermehrt physische Tötlichkeiten (p=0.001) und psychisch aggressives Verhalten (p=<0.001) gegen die pflegende Person aus. Sie hatten zudem ein tieferes Einkommen (p=0.047). Im Vergleich zu der Gruppe ohne Gewaltnwendungen gaben die pflegenden Angehörigen in der Gruppe der Vernachlässigung, ein höheres Mass an Belastung (p=0.03) und weniger soziale Kontakte an (p=0.02). Auch hier zeigten Patienten vermehrt physische (p=0.001) sowie psychische (p=<0.001) Aggressivität und hatten ein tieferes Einkommen (p=0.047) und einen tieferen Bildungsstand (p=0.03). Pflegende Angehörige welche Gewaltnwendungen vornahmen, hatten signifikant weniger Ausbildungsjahre absolviert (p=0.1) und einen tieferen allgemeinen psychischen Gesundheitszustand (p=0.009), zudem wiesen sie vermehrt depressive Symptome auf (p=0.02), waren vermehrt ängstlich (p=0.006) und gaben eine höhere Belastung an (p=0.007). Die Patienten, welche Gewalt ausgesetzt waren, hatten durchschnittlich ein tieferes Einkommen (p=0.01) und zeigten vermehrt aggressives Verhalten auf der physischen (p=0.002) und psychischen Ebene (p=< 0.001) gegenüber ihren pflegenden Angehörigen.	Stärken: Die Probanden wurden mithilfe unterschiedlichen Organisationen rekrutiert. Es wurde zuerst eine Literaturrecherche mit dem Ziel durchgeführt unabhängigen Variablen zu identifizieren, welche Auswirkungen auf die Gewaltnwendungen haben könnten. Diese wurden daraufhin mit standardisierten, validierten Messinstrumenten erfasst. Die Feldforscher arbeiteten mit drei Geriatern des LEAD-Ausschusses zusammen, welche über eine grosse Expertise in diesem Gebiet verfügen. Es wurden verschiedene Arten der Datenerhebung eingesetzt. Schwächen: Unter den pflegenden Angehörigen waren acht Personen, welche bezahlt wurden. Die Forscher geben nur zu physischer und psychischer Gewaltnwendung seitens des Patienten konkrete Vorschläge, wie diese in ein Screening-Instrument integriert werden sollen. Die statistischen Werte, werden nicht in den Fliesstext integriert. Evidenzlevel 4 (Polit & Beck, 2008)

5 SYNTHESE DER ERGEBNISSE

Im vorliegenden Kapitel werden identifizierte Faktoren, welche das Auftreten von Gewalt beeinflussen, sowie mögliche Interventionen dargelegt. Wie in Abbildung 2 ersichtlich ist, wurde die Synthese der Fragestellung entsprechend in zwei Hauptgruppen und sechs Untergruppen gegliedert.

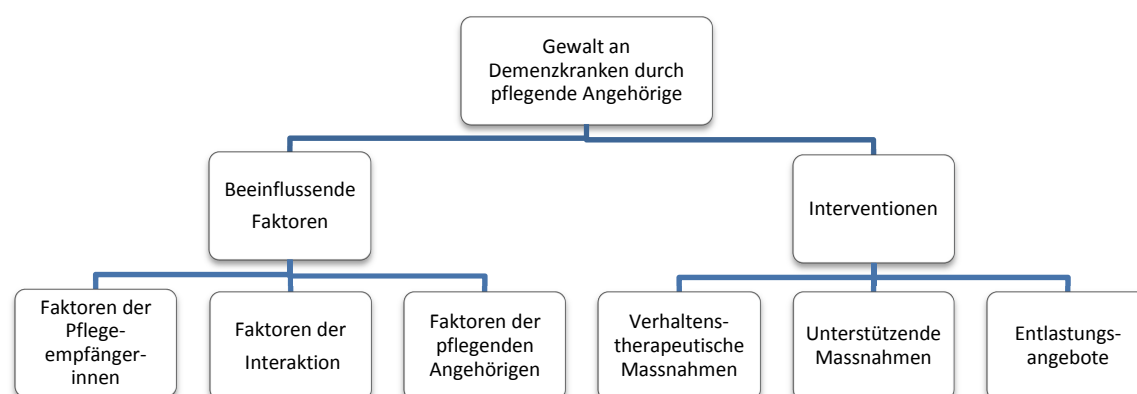


Abbildung 2: Gliederung der Synthese

5.1 Beeinflussende Faktoren

In der Hauptgruppe der beeinflussenden Faktoren wurden jegliche Faktoren zusammengefasst, welche Einfluss auf das Gewaltvorkommen haben. Die beeinflussenden Faktoren wurden in drei Untergruppen unterteilt. Eine Untergruppe beinhaltet Faktoren der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger, eine weitere enthält Faktoren der pflegenden Angehörigen und die letzte Untergruppe beinhaltet Faktoren der Interaktion. Um eine bessere Übersicht zu gewährleisten, werden am Ende jedes Unterkapitels jene Ergebnisse tabellarisch dargestellt, zu welchen mindestens zwei Studien eine Aussage machen.

5.1.1 Faktoren der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger

Unter Faktoren der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger werden in der vorliegenden Arbeit sowohl soziodemografische Daten wie auch Charakteristika der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger verstanden. Diese Charakteristika beinhalten Verhaltensweisen, sowie die physische und psychische Gesundheit der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger. Diese Faktoren wurden in den Studien oftmals mit Hilfe verschiedener Messinstrumente erhoben.

Laut Cooney et al. (2006) werden jüngere Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger signifikant häufiger Opfer von verbaler Gewalt ($p=0.05$). Im Gegensatz zu dieser Dar-

stellung kommen Vande Weerd & Paveza (2006) zum Schluss, dass jüngeres Alter (60-70Jahre) als schützender Faktor wirkt ($p=0.021$).

Zudem zeigten sie auf, dass Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger, welche weniger dementielle Symptome zeigten, nur 1/3 mal so häufig von Misshandlung betroffen waren, wie Personen mit mehr Symptomen der Demenz ($p=0.043$).

Betroffene mit hoher funktioneller Beeinträchtigung erfuhren zweimal so viel Gewalt wie selbstständigere ($p=0.034$) (Vande Weerd & Paveza, 2006). Cooney et al. (2006) zufolge gab es keinen signifikanten Unterschied bezüglich der kognitiven und physischen Beeinträchtigung zwischen Patientinnen und Patienten, die von Gewalt betroffen waren und solchen, die keine Gewalt erfuhren ($p=0.01$). Auch Cooper et al. (2008) haben diesen Aspekt untersucht, sind jedoch zu dem Schluss gekommen, dass der Missbrauchs-Score höher war, wenn die Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger weniger Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens aufwiesen und reizbar waren.

Als Prädiktoren für das Auftreten von Gewalt in der Pflegebeziehung wurden in Cooper et al. (2008) die Reizbarkeit der Pflegeempfängerin, des Pflegeempfängers ($OR=38.3$), weniger funktionelle Einschränkungen ($OR=1.1$) und mehr kognitive Beeinträchtigungen ($OR=1.2$) identifiziert.

Cooper et al. (2008) konnten anhand der Messinstrumente „Neuropsychiatric Inventory“ und der „Modified Conflict Tactic Scale“ (MCTS)¹¹ nachweisen, dass mit dem erhöhten Auftreten von neuropsychiatrischen Symptomen auch die Anzahl an Missbrauchsvorkommnissen stieg. Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger, welche von Betreuungspersonen gepflegt wurden, die ihnen gegenüber verbale Gewalt anwandten, wiesen mehr Verhaltensauffälligkeiten auf, als solche, die nicht von verbaler Gewalt betroffen waren (Cooney et al., 2006).

Auf der „Behaviour and Mood Disturbance Scale“ schätzten pflegende Angehörige die Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger bezüglich Reizbarkeit, Agitation und Apathie ein. Es konnte ein signifikanter Zusammenhang von Reizbarkeit ($p=0.05$) und Agitation ($p=0.03$) mit verbaler Gewalt festgestellt werden, wobei diese Korrelation nicht auf Apathie zutraf (Cooney et al., 2006).

Vande Weerd & Paveza (2006) legen dar, dass ein Zusammenhang zwischen verbaler Aggression der Pflegeempfängerin, des Pflegeempfängers und der gegen sie oder ihn gerichteten verbalen Misshandlung besteht. Bei dieser Form der reziproken¹² Gewalt trat verbale Aggression durch den pflegenden Angehörigen achtmal häufiger auf

¹¹ Siehe Anhang

¹² Siehe Glossar

($p=0.001$). Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger, welche eine hohe Zahl an Demenzsymptomen aufwiesen ($p=0.019$) oder Gewalt gegenüber der pflegenden Person anwandten ($p=0.010$), waren viermal höherem Risiko ausgesetzt, physische Gewalt zu erfahren (Vande Weerd et al., 2013).

In der Studie von Wiglesworth et al (2010) wurden die Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger in unterschiedliche Gruppen eingeteilt. Es konnte gezeigt werden, dass die Probandinnen und Probanden, welche der Gruppe der physischen Gewalt in Kombination mit anderer Gewaltanwendung angehörten, die schlechtesten Werte bezüglich psychischer und physischer Gesundheit aufwiesen. Diese Probandinnen und Probanden zeigten gegenüber ihren pflegenden Angehörigen vermehrt physische ($p=0.001$), wie auch psychische ($p=0.001$) Aggressivität. Dasselbe gilt für die Gruppe der Vernachlässigung, mit $p=0.001$ für physische, und $p=0.001$ für psychische Gewaltanwendung.

Aus der Studie von Wiglesworth et al (2010) geht hervor, dass Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger, welche Gewalt ausgesetzt waren, vermehrt physisch ($p=0.002$) wie auch psychisch ($p < 0.001$) aggressives Verhalten gegenüber den pflegenden Angehörigen ausübten. Cooper, Selwood et al. (2010) bestätigen, dass Demenzkranke, welche Gewalt anwendeten, selbst auch häufiger Gewalt durch die pflegenden Angehörigen erfuhren ($p=0.001$). Vande Weerd et al. (2013) zeigten eine Assoziation zwischen dementiellen Symptomen in Kombination mit gewalttätigem Verhalten seitens der Patientinnen und Patienten und gleichzeitig bestehendem Alkoholabusus der pflegenden Angehörigen ($p=0.052$). Es wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Depression der Pflegeempfängerin, des Pflegeempfängers und dem Risiko für verbale Misshandlung identifiziert ($p=0.014$) (Vande Weerd & Paveza, 2006). Weniger Anzeichen einer Depression wurden als schützender Faktor vor verbaler Gewalt genannt ($p=0.041$).

Wiglesworth et al (2010) unterstreichen die Tatsache, dass Patientinnen und Patienten, welche Gewalt ausgesetzt waren, durchschnittlich ein tieferes Einkommen hatten ($p=0.01$). Zudem stellten sie fest, dass die Probandinnen und Probanden in der Gruppe der Vernachlässigung ein signifikant tieferes Einkommen hatten ($p=0.047$) und über einen tieferen Bildungsstand verfügten ($p=0.03$). Auch Cooper et al. (2010) untersuchten diesen Aspekt und fanden in ihrer Längsschnittstudie heraus, dass Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger ohne Ausbildung bei der zweiten Datenerhebung nach einem Jahr signifikant mehr Gewalt erlebten ($p=0.038$). Unter den soziodemografischen Variablen korrelierte in ihrer Studie zudem nur das Vorhandensein einer Ausbildung mit einer Veränderung des Missbrauchs-Scores.

Tabelle 16: Einfluss von Faktoren der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger auf die Gewalt. Legende: +=positive Korrelation, - = negative Korrelation, 0=kein Zusammenhang, Korrelationen wurden tlw. auch in die andere Richtung untersucht, werden aber in der Tabelle zusammenfassend dargestellt.

	Jüngeres Alter	Mehr dementielle Symptome	Hohe funktionelle Beeinträchtigung	Reizbarkeit	Neuropsychiatrische Symptome	Reziproke Gewalt
Cooney et al. (2006)	+	0	0	+	+	
Cooper et al.(2007)			-			
Cooper et al.(2008)		+	-	+	+	
Cooper, Blanchard et al. (2010)						
Cooper, Selwood et al. (2010)						+
Drossel et al. (2011)						
Livingston et al. (2008)						
Selwood et al. (2007)						
Selwood et al. (2009)						
Vande Weerd & Paveza (2006)	-	+				+
Vande Weerd et al. (2013)		+	+			+
Wiglesworth et al (2010)						+

5.1.2 Faktoren der pflegenden Angehörigen

Unter beeinflussenden Faktoren der pflegenden Angehörigen werden, wie bereits in der Untergruppe der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger, soziodemografische Daten wie auch Angaben zur physischen und psychischen Gesundheit verstanden, welche aus den Studien hervorgehen. Die Korrelation dieser Faktoren mit Gewalt wurde in den Studien untersucht.

In Vande Weerd & Paveza (2006) wurde festgestellt, dass weibliche Angehörige 2,73-mal häufiger verbal aggressiv waren als männliche. Cooper et al. (2008) kommen hingegen zum Schluss, dass die männliche Geschlechtszugehörigkeit pflegender Angehöriger und zusätzlich höhere Belastung ($OR=1.1$), einen Prädiktor für die Gewaltanwendung darstellen. Ebenfalls wurde die Korrelation von Missbrauch und dem Bildungsniveau pflegender Angehöriger untersucht, wobei jedoch kein signifikanter Zusammenhang festgestellt wurde ($p=0.15$) (Cooper et al., 2008). Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen steht die Erkenntnis von Wiglesworth et al. (2010), die in ihrer Studie belegen konnten, dass weniger Ausbildungsjahre signifikant in Zusammenhang mit Gewalt standen ($p=0.01$). Diesen Ergebnissen steht die Erkenntnis von Cooper, Blanchard et al. (2010) gegenüber, welche einen höheren Ausbildungsgrad als Prädiktor für die Zunahme der Prävalenz von Gewalt über ein Jahr identifizierten ($p=0.028$).

Pflegende Angehörige, welche sich zu physischer Gewalt in Kombination mit einer anderen Gewaltform bekannten, verfügten über ein tieferes Einkommen ($p=0.047$).

Diesen Aussagen widerspricht die Schlussfolgerung von Cooney et al. (2006), dass die soziodemografischen Daten keinen signifikanten Einfluss auf die Prävalenz der Gewalt hatten. Pflegende Angehörige, die in der Studie von Wiglesworth et al. (2010) in die Gruppe der physischen Gewalt in Kombination mit einer anderen Gewaltform eingeteilt wurden, wiesen -verglichen mit anderen Gruppen- schlechtere Werte der Scores, wie auch einen durchschnittlich schlechteren Gemütszustand auf. Diese Probandinnen und Probanden litten unter mehr emotionalen Problemen, die sie in ihren Tätigkeiten einschränkten ($p=0.001$).

Pflegende Angehörige, die Gewalt anwandten, wiesen einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand auf ($p=0.009$) (Wiglesworth et al., 2010). Beispielsweise wurden folgende Faktoren als mit Gewalt korrelierend identifiziert: Cooper, Selwood et al. (2010) ($p<0.001$), Wiglesworth et al. (2010) ($p=0.006$) wie auch Cooper et al. (2008) führen in ihren Studien den Faktor Ängstlichkeit auf.

Depression wurde in den Studien von Vande Weerd & Paveza (2006) ($p=0.047$), Wiglesworth et al. (2010) ($p=0.02$), und Cooper, Selwood et al. (2010) ($p=0.001$) ge-

nannt. Zudem fanden Vande Weerd et al. (2013) heraus, dass ein gleichzeitiges Auftreten von depressiven Symptomen der pflegenden Angehörigen und vielen dementiellen Symptomen seitens der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger zu vermehrter physischer Gewalt führte ($p=0.007$). Bereits 2006 stellten diese fest, dass pflegende Angehörige, welche an einer Depression litten, viermal häufiger verbale Gewalt anwandten (Vande Weerd & Paveza, 2006).

Dem gegenübergestellt sei die Erkenntnis von Cooney et al. (2006), welche die Depression anhand eines Messinstruments namens „Beck Depression Inventory“ erfassen. Anhand der gemessenen Werte wurde kein Unterschied zwischen gewalttätigen und nicht gewalttätigen Angehörigen festgestellt. Ein weiteres Indiz für die schlechtere psychische Gesundheit misshandelnder pflegender Angehöriger besteht in höheren Werten des „General Health Questionnaire“. Dieser wurde in der Studie von Cooney et al. (2006) zur Erfassung des psychischen Gesundheitszustandes eingesetzt und es wurde festgestellt, dass pflegende Angehörige, die misshandelndes Verhalten zeigten, höhere Werte hatten als solche, die keine Gewalt anwandten ($p>0.05$). Auch erzielten Personen, die verbal gewalttätig waren, höhere Werte ($p=0.07$).

Es konnte in Vande Weerd & Paveza (2006) nachgewiesen werden, dass pflegende Angehörige mit einem hohen Selbstbewusstsein signifikant weniger physische Gewalt anwandten ($p=0.046$). Bei verbaler Aggression spielten ein beeinträchtigter kognitiver Status (0.038) und Schwierigkeiten aufgrund der Pflege ($p=0.038$) eine bedeutende Rolle: Pflegepersonen, welche diese Charakteristika aufwiesen, wurden doppelt so häufig verbal ausfällig. Noch höhere Werte ergaben sich bei Betreuungspersonen mit vielen psychiatrischen Symptomen, die Schwierigkeiten bei der Pflege erlebten und eine depressive Person pflegten: Sie reagierten 6.5mal häufiger verbal missbräuchlich. Physisch gewalttätige Betreuungspersonen schätzten ihre körperliche Gesundheit hoch ein (Vande Weerd et al., 2013).

Aus der Studie von Wigglesworth et al. (2010) geht hervor, dass pflegende Angehörige, welche Gewaltanwendungen vornahmen, mehr Belastung empfanden ($p=0.007$). Diese Aussage unterstützen auch Cooper et al. (2008) und Cooper, Selwood et al. (2010) ($p<0.001$). Ausserdem stellten Wigglesworth et al. (2010) fest, dass besonders pflegende Angehörige, welche ihre Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger vernachlässigten, unter höherer Belastung litten ($p=0.03$). Diese pflegenden Angehörigen hatten zudem weniger soziale Kontakte ($p=0.02$).

Cooper et al. (2008) ($p=0.003$) wie auch Cooper, Selwood et al. (2010) untersuchten dysfunktionale Copingstrategien und kamen zum Schluss, dass diese positiv mit Missbrauch korrelierten.

Es liegen widersprüchliche Resultate bzgl. des Alkoholkonsums als beeinflussenden Faktor vor: Vande Weerd et al. (2013) stellen fest, dass pflegende Angehörige, die Alkoholprobleme hatten, ein dreimal so hohes Risiko aufwiesen, zu Gewalt zu greifen. Im Kontrast dazu steht die Aussage von Cooney et al. (2006), dass es keinen Unterschied zwischen misshandelnden und nicht misshandelnden Personen bzgl. ihres wöchentlichen Alkoholkonsums oder ihren Werten im CAGE-Test gab.

Cooney et al. (2006) zeigten auf, dass Betreuungspersonen, welche physische ($p=0.84$) wie auch verbale Gewalt ($p=0.3$) anwandten, in der Vergangenheit nicht häufiger aufgrund einer psychischen Erkrankung in Behandlung waren, als solche, die keine Gewalt anwandten.

Tabelle 17: Einfluss von Faktoren der pflegenden Angehörigen auf die Gewalt. Legende: +=positive Korrelation, - = negative Korrelation, 0=kein Zusammenhang. Korrelationen wurden tlw. auch in die andere Richtung untersucht, werden aber in der Tabelle zusammenfassend dargestellt.

	Weibliches Geschlecht	Männliches Geschlecht	Hohe Belastung	Hohes Bildungsniveau	Tiefes Einkommen	Dysfunktionales Coping	Ängstlichkeit	Depression	Alkoholkonsum
Cooney et al. (2006)	0	0	0	0	0			0	0
Cooper et al.(2007)									
Cooper et al.(2008)		+	+	0	+	+	+		
Cooper, Blanchard et al. (2010)				+					
Cooper, Selwood et al. (2010)			+			+	+	+	
Drossel et al. (2011)									
Livingston et al. (2008)									
Selwood et al. (2007)									
Selwood et al. (2009)									
Vande Weerd & Paveza (2006)	+							+	
Vande Weerd et al. (2013)								+	+
Wiglesworth et al (2010)			+	-		+	+	+	

5.1.3 Faktoren der Interaktion

In diesem Kapitel werden Faktoren zusammengefasst, welche die Interaktion beschreiben. Ergebnisse zur Beziehungsqualität, zur Dauer der Pflegebeziehung, sowie Risikofaktoren, die sowohl die pflegenden Angehörigen als auch die Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger betreffen, werden nachfolgend aufgezeigt.

In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass das Auftreten von Gewalt in der Pflegebeziehung abhängig von der Qualität der Beziehung zwischen der Betreuungsperson und der Pflegeempfängerin, dem Pflegeempfänger ist. Cooper, Selwood et al. (2010) konnten nachweisen, dass eine gute Beziehungsqualität vor der Erkrankung negativ mit dem Auftreten von Gewalt in der aktuellen Beziehung korreliert ($p < 0.001$). Als stärksten Prädiktor für Gewaltanwendung gegenüber den Demenzkranken erachteten sie die Tatsache, dass Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger gewalttätiges Verhalten gegenüber den pflegenden Angehörigen zeigten.

Cooney et al. (2006) legen dar, dass Beziehungen, in welchen es zu regelmässigen Auseinandersetzungen kam, häufig mit verbaler Gewalt ($p = 0.005$), nicht aber mit körperlicher Gewalt ($p = 0.5$) in Verbindung standen. Zudem erreichten misshandelnde Betreuungspersonen signifikant höhere Werte auf der „Patient Rejection Scale“ ($p = 0.001$), mit welcher die aktuelle Beziehungsqualität erfasst wurde, und der „Social Interaction Scale“ ($p = 0.05$), welche die prämorbid Qualität der Beziehung mass. Cooney et al. (2006) schliessen aufgrund eines signifikanten Zusammenhangs der Werte dieser beiden Skalen darauf, dass Angehörige die pflegebedürftigen Personen in der jetzigen Situation tendenziell ablehnten, wenn die Beziehung zu einer Pflegeempfängerin, einem Pflegeempfänger vor deren oder dessen Erkrankung als unbefriedigend erlebt wurde. Zudem kamen sie zum Schluss, dass pflegende Angehörige, welche in der Vergangenheit unter verbaler Gewalt durch die Pflegeempfängerinnen oder den Pflegeempfänger litten, nicht häufiger physische Gewalt anwandten und keine veränderten Werte der „Social Interaction Scale“ erzielten.

Es gibt Hinweise darauf, dass die Dauer der Pflegebeziehung, sowie das Mass an aufgewendeter Zeit Faktoren sind, die auf das Vorkommen von Misshandlung einwirken. So konnten Cooper, Blanchard et al. (2010) aufzeigen, dass folgende Werte über ein Jahr gesehen signifikant zunahmen: Der Wert der MCTS, die das Vorkommen von Gewalt erfasst ($p = 0.003$), die Werte für Ängstlichkeit ($p < 0.001$) und das Ausmass der Depression der pflegenden Angehörigen ($p = 0.001$). Weiter sagen sie anhand der multivariaten Analyse aus, dass wenig externe Unterstützung zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung ($p = 0.031$), kombiniert mit einer Zunahme der Ängstlichkeits-Scores zu einer

Zunahme des Missbrauchs-Scores führte ($p < 0.001$). In der Längsschnittstudie von Cooper, Blanchard et al. (2010) konnte gezeigt werden, dass eine Zunahme des Depressions-Scores, kombiniert mit weniger sozialer Unterstützung zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung signifikant mit einer Zunahme der Gewalt über die Dauer eines Jahres in Verbindung stehen ($p = 0.025$).

Cooper, Selwood et al. (2010) zeigten auf, dass eine höhere Anzahl Stunden geleisteter Pflege positiv mit dem Auftreten von Gewalt korrelierte ($p < 0.01$). Es wird darauf eingegangen, dass neben der Zeit auch die Intensität der Pflege eine Rolle spielt. Auch wird aufgezeigt, dass bei grösserem Pflegebedarf das Risiko für Missbrauch steigt ($p < 0.01$). Dem gegenübergestellt sei die Feststellung von Cooney et al. (2006), die besagt, dass Betreuungspersonen, welche im Verlaufe der Betreuung längere Pausen von der Betreuung in Anspruch nahmen, vermehrt verbal aggressiv waren ($p > 0.05$).

Tabelle 18: Einfluss von Faktoren der Interaktion auf die Gewalt. Legende: +=positive Korrelation, - = negative Korrelation, 0=kein Zusammenhang. Korrelationen wurden tlw. auch in die andere Richtung untersucht, werden aber in der Tabelle zusammenfassend dargestellt.

	Beziehungen mit häufigen Auseinandersetzungen	Grösserer Pflegebedarf
Cooney et al. (2006)	+	-
Cooper et al. (2007)		
Cooper et al. (2008)		
Cooper, Blanchard et al. (2010)		
Cooper, Selwood et al. (2010)	+	+
Drossel et al. (2011)		
Livingston et al. (2008)		
Selwood et al. (2007)		
Selwood et al. (2009)		
Vande Weerd & Paveza (2006)		
Vande Weerd et al. (2013)		
Wiglesworth et al. (2010)		

5.2 Interventionen

Alle Interventionen, welche aus den Studien hervorgehen, werden im folgenden Kapitel erläutert. Der Effekt der Interventionen zielt entweder direkt auf die Verminderung der Gewalt ab oder indirekt auf die mit Gewalt assoziierten Faktoren. Die Hauptgruppe der Interventionen wird in die Untergruppen verhaltenstherapeutische Interventionen, unterstützende Massnahmen und Entlastungsangebote gegliedert.

5.2.1 Verhaltenstherapeutische Interventionen

Unter dem Begriff „Verhaltenstherapeutische Interventionen“ werden Interventionen mit verhaltenstherapeutischem Ansatz aufgeführt. Darunter versteht man laut (Schädle-Deiningner, 2010) einen Ansatz, welcher der Lerntheorie entsprungen ist. Im Gegensatz zur Psychotherapie wird nur das beobachtbare Verhalten therapiert. Die Autorinnen beziehen sich bei ihrer Einteilung der Interventionen auf die Nomenklatur der Interventionen in den Studien.

Die Studie von Drossel et al. (2011) untersuchte die Wirkung der Dialektisch-Behaviouralen Therapie (DBT)¹³ anhand einer Intervention, die über acht Wochen in Basis-Gruppen vermittelt wurde. Hierzu wurde das DBT-Benutzerhandbuch speziell für die Population pflegender Angehöriger Demenzkranker angepasst. Die Intervention wurde in Form von Schulungen durchgeführt und beinhaltete Themen wie: Achtsamkeit, interpersonelle Effektivität, Emotionsregulation und Distress-Toleranz. Es konnten signifikante Verbesserungen des emotionalen Wohlbefindens ($p=0.002$), des Energielevels ($p=0.001$) und des problemfokussierten Copings gezeigt werden ($p=0.005$). Die Schulungen zeigten keinen signifikanten Effekt auf die Werte des Wunschdenkens, des Vermeidungsverhaltens und der sozialen Funktionsfähigkeit der pflegenden Angehörigen. Zudem erhielten die pflegenden Angehörigen nach der Intervention nicht mehr soziale Unterstützung. Die Intervention bewirkte keine Reduktion: der depressiven Symptome, der Erschöpfung und der Belastung. Es liess sich keine signifikante Veränderung bezüglich des Wertes für Depersonalisation und Vergegenständlichung nachweisen.

Anhand des SF-36, mit welchem das allgemeine Wohlbefinden gemessen werden kann, wurden keine Veränderung der sozialen Funktionstätigkeit und der Rollenlimitation aufgrund emotionaler Schwierigkeiten festgestellt. Angehörige hatten auf freiwilliger Basis die Möglichkeit, die Inhalte der Schulungen vier weitere Wochen lang in einer Gruppe zu repetieren. Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Gruppe zeigten einen

¹³ Siehe Glossar

verminderten Depressions-Score, Aussagen über die Signifikanz dieses Wertes sind laut den Forscherinnen und Forschern jedoch nicht möglich, da das Sample zu klein war.

Cooper et al. (2007), fassen in ihrer Review unter dem Begriff „Behavioural Management Techniques“ folgende Interventionen zusammen: Workshops zur Problemlösung, Entspannungstechniken, Selbsthilfegruppen, Hausbesuche oder Telefonanrufe von professionellen Pflegenden. Diese Interventionen erwiesen sich jedoch direkt nach der Durchführung wie auch sechs Monate später als ineffektiv, was mit der Empfehlungsstärke GR= B belegt ist. Auch Selwood et al. (2007) beschäftigten sich in ihrer systematischen Review mit Interventionen, welche sie unter dem Oberbegriff „Verhaltens-Management-Techniken“ aufführten. Es wurde mit dem GR=B ausgesagt, dass Interventionen wie beispielsweise Gruppensitzungen, in welchen Lösungsansätze zu problemhaftem Verhalten übermittelt wurden, keinen signifikanten Effekt zeigten, weder direkt nach der Intervention, noch acht Monate später.

Einen GR=A erhielten BMT- Sitzungen, welche individuell und in mehr als sechs Treffen abgehalten wurden. Depressionen konnten dadurch direkt nach der Intervention und 32 Monate später signifikant reduziert werden. Fanden jedoch weniger als sechs Sitzungen statt, zeigte sich diese Intervention als nicht effektiv, was mit einem GR= B belegt wird. Die Intervention erwies sich bezüglich der Reduktion der Belastung als nicht effektiv (GR=C).

Cooper et al. (2007) fassten unter dem Begriff „Cognitive Behavioural Therapy“¹⁴ verschiedene Gruppen-Interventionen, wie z.B. Coping-Strategien, Skills, Entspannungstechniken und Stärkung der Durchsetzungsfähigkeit zusammen. In der systematischen Review wurden die CBT-Interventionen mit GR=D bewertet, da nur inkonsistente Evidenz vorliegt und aus diesem Grund keine Aussage bezüglich der Effektivität der Interventionen gemacht werden kann. Dasselbe galt für CBT-Interventionen welche in Einzelsitzungen durchgeführt wurden.

In Selwood et al. (2007) wurde die Wirkung vermittelter Coping-Strategien untersucht. Falls diese in sechs oder mehr Sitzungen übermittelt wurde, konnte ein signifikant positiver Effekt auf die Depression festgestellt werden, sowohl direkt nach der Durchführung, wie auch drei Monate später (GR=B). Der GR für die Implementierung dieser Intervention zur Verminderung der Belastung betrug jedoch nur D, da sich die Studien als inkonsistent erwiesen. Stresswahrnehmungen und Depressionen wurden direkt nach der Durchführung wie auch drei Monate später signifikant reduziert, wenn die Coping-Strategien den pflegenden Angehörigen in individuellen Besprechungen vermit-

¹⁴ Siehe Glossar

telt wurden (GR=B). Der Effekt dieser Intervention auf die Belastung wurde jedoch mit GR=D bewertet, da zu wenige Studien vorlagen.

Livingston et al. (2013) führten in acht Sitzungen Schulungen durch, in welchen pflegende Angehörige lernten, Verhaltensweisen Demenzkranker besser zu verstehen, wo sie sich emotionale Unterstützung holen können oder wo es um die Annahme ihrer Situation ging. Auch BMT und Skills sowie Coping-Strategien wurden vermittelt. Die Intervention hatte eine Reduktion der Ängstlichkeits- (OR=0.35), Depressions- (OR=0.25) und Missbrauchs- (OR=0.47) „Fälle“ bei den Erhebungen vier und acht Monate nach Beginn der Intervention zur Folge. Als „Fall“ wurde das Überschreiten eines definierten Scores auf einer Skala betrachtet. Es konnte jedoch kein Unterschied zwischen den Werten nach vier und den Werten nach acht Monaten festgestellt werden, was nahe legt, dass die Zeit keinen Einfluss auf die Effektivität hatte.

5.2.2 Entlastungsangebote

Unter Entlastungsangeboten werden Interventionen zusammengefasst, welche die pflegenden Angehörigen in der Pflege der Demenzkranken durch Pflegeübernahme oder einer Auszeit zu entlasten versuchen.

Selwood et al. (2009) befragten pflegende Angehörige, welche Massnahmen sie bereits ergriffen hatten, oder welche Interventionen sie als potentiell hilfreich erachten würden, um eine Reduktion ihres gewalttätigen Verhaltens zu erreichen. Auf Platz zwei der hilfreichsten Strategien nannten sie ambulante Pflegeangebote (15%), auf Platz drei Sitzwachen und Tagesheime (10,6%). Ausserdem erachteten sie folgende Entlastungsmöglichkeiten als hilfreich: Ambulante Unterstützung im Haushalt (33.9%), und Umzug des Pflegeempfängers in ein Altersheim (17%).

In der systematischen Review von Selwood et al. (2007) wurden Gruppendiskussionen, Auszeiten von der Pflege und Unterstützungsangebote per Telefon als nicht effektiv bewertet (GR=B). Diese Aussage unterstützen Cooper et al. (2007), welche in ihrer Studie keine signifikanten Auswirkungen von Erholung, während sich jemand um die Demenzkranke Person kümmerte, auf die Ängstlichkeit verzeichnen konnten (GR=B). Dies gilt für die Werte der Ängstlichkeit direkt nach der Intervention wie auch einen Monat später. Der Vergleich von regulären Spitex- Besuchen mit Hausbesuchen, bei welchen zusätzlich Unterstützung zum Pflegealltag geboten wurde, zeigte keinen Unterschied (GR=D).

5.2.3 Unterstützende Massnahmen

Unter unterstützenden Massnahmen werden Interventionen aufgeführt, die sich in keine homogene Gruppe einordnen liessen und verschiedene Ansätze darstellen, um den pflegenden Angehörigen Hilfestellung zu bieten.

In der Studie, in welcher Selwood et al. (2009) Angehörige zu Strategien, um misshandelndem Verhalten vorzubeugen fragten, nannten diese am häufigsten die Möglichkeit, Medikamente einzusetzen, um das Gedächtnis der Betroffenen zu verbessern (48.2%) Diese Strategie wurde von den Pflegepersonen gleichzeitig als die hilfreichste gewertet (27.7%). Zudem bewerteten sie folgende Strategien als hilfreich: Schriftliche Anleitungen, um das Gedächtnisproblem besser verstehen zu können (42.9%), mehr Informationen von professionellen Pflegenden im Umgang mit Demenzkranken (40.0%), Medikamente, um Verhaltensauffälligkeiten des Pflegeempfängers zu kontrollieren (27.7%), mehr finanzielle Unterstützung (19.6%), die Möglichkeit, mit jemandem über seine Gefühle zu sprechen (36.5%), Kontakt zur Alzheimerorganisation oder ähnlichen Institutionen (33.9%) oder Ratschläge von einer pflegenden Angehörigen, eines pflegenden Angehörigen zu erhalten (31.3%).

In einer anderen Studie von Selwood et al. (2007) wurde der Nutzen von demenzspezifischen Therapieformen untersucht. Es wurden unter anderem die kognitive Stimulationstherapie und die Realitätsorientierung auf die Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger angewendet, es konnte jedoch kein positiver Effekt auf das psychische Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen nachgewiesen werden (GR=D). Ebenso wurde dargelegt, dass Schulungen der pflegenden Angehörigen, in welchen ausschliesslich Informationen zur Diagnose Demenz abgegeben wurden, keinen positiven Effekt auf deren mentalen Gesundheitszustand hatten (GR=B).

Cooper et al. (2007) untersuchten den Einsatz von computerbasierten Unterstützungsangeboten, bei welchen per Voicemail Beratung eingeholt werden konnte und die Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger mit Ablenkungsanrufen beschäftigt wurden. Es wurde kein signifikanter Unterschied bezüglich der Ängstlichkeit direkt nach der Intervention oder sechs Monate später festgestellt (GR=C).

In derselben Studie wurde der Einfluss körperlicher Aktivität auf die Prävalenz von Ängstlichkeit betrachtet, es konnte kein Effekt verzeichnet werden (GR=B). Der Effekt von Yoga hingegen wirkte sich signifikant auf die Ängstlichkeit aus (GR=C).

Die Studie von Cooper et al. (2008) hatte das Ziel, das Screening-Instrument MCTS auf seine Validität zu prüfen. Zudem sollte erhoben werden, ob die pflegenden Angehörigen diese als zumutbares Instrument einstufen. Die MCTS wurde von 83.7% der

pflegenden Angehörigen als zumutbares Instrument bewertet, nur 3.5% sahen sie als unzumutbar an. Das Chronbachs Alpha für die MCTS betrug 0.83, womit die Validität erwiesen ist.

6 DISKUSSION

Im Folgenden werden die Ergebnisse kritisch bewertet, diskutiert und interpretiert. Dabei werden Aspekte aus der Synthese aufgegriffen und Faktoren, welche die Qualität der Arbeit beeinflussen, vertieft betrachtet. Die Stärken und Schwächen der Arbeit sollen aufgezeigt werden und die Fragestellung wird beantwortet. Am Ende des Kapitels werden Empfehlungen für die Praxis und die Forschung abgegeben.

6.1 Beeinflussende Faktoren der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger

Es fällt auf, dass in den meisten Studien ähnliche soziodemografische Daten erhoben wurden. In Bezug auf das Alter verhalten sich die Ergebnisse der Studien jedoch widersprüchlich (Cooney et al., 2006; Vande Weerd & Paveza, 2006). Laut der WHO Europe (2011) gelten ältere Menschen grundsätzlich als gefährdet, Gewalt zu erfahren, da diese oftmals eine Pflegebedürftigkeit entwickeln und somit häufig in Abhängigkeitsverhältnissen leben. Eine besonders vulnerable Population stellen an Demenz erkrankte Menschen dar (Selwood & Cooper, 2009). Selwood & Cooper (2009) zeigen auf, dass 6% der älteren Bevölkerung Gewalt ausgesetzt sind. Betrachtet man die Population der Demenzkranken, sind es 25%.

Diese Aussage wurde in den Studien mehrheitlich unterstützt, hohe funktionelle Beeinträchtigung und Reizbarkeit wurden beispielsweise als Faktoren identifiziert, welche das Gewaltisiko erhöhen. In diesen Studien wurden diese Daten jedoch jeweils durch Befragung der pflegenden Angehörigen erhoben, was zu Verfälschungen führen kann. Diese Angaben widerspiegeln das subjektive Erleben der pflegenden Angehörigen. Andererseits ist nachvollziehbar, dass die Befragung der Demenzkranken aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen nur begrenzt möglich war.

Eine weitere Schwäche besteht darin, dass in Vande Weerd et al. (2013) alle Daten aus der Studie von 2006 übernommen wurden. Ausserdem ist nicht ersichtlich, welche Daten per E-Mail und welche im Interview erhoben wurden. Es findet zusätzlich keine Differenzierung zwischen den Daten, die durch Befragung der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger erhoben wurden und solchen, die durch Befragung der pflegenden Angehörigen erfasst wurden, statt.

In Cooney et al. (2006) wurde verbale Gewalt in Zusammenhang mit Verhaltensauffälligkeiten seitens der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger gebracht. In dieser Studie mussten die Betreuungspersonen mit den Betroffenen zusammenleben, dadurch ist es denkbar, dass die Verhaltensauffälligkeiten in dieser Arbeit einen größeren Einfluss auf die Pflegesituation nahmen, als in Studien, in welchen die Betroffenen nicht mit den pflegenden Angehörigen zusammenlebten.

Des Weiteren überrascht es, dass die Anwendung von Gewalt zwar mit neuropsychiatrischen Symptomen, nicht aber mit Apathie korrelierte (Cooney et al., 2006). Wie in Görge et al. (2006) aufgezeigt wird, gehen mit der Demenz schwerwiegende Verhaltensveränderungen einher, welche für die Betreuungspersonen sehr belastend sein können. Da es sich bei den dementiell erkrankten Personen häufig um Menschen handelt, zu welchen die pflegenden Angehörigen seit langer Zeit eine enge emotionale Bindung haben, wäre anzunehmen, dass Apathie als genauso schwerwiegende Verhaltensveränderung wahrgenommen wird wie beispielweise Agitation. Es wäre also naheliegend, wenn die Apathie eine ebenso starke Reaktion in Form von Gewalt bei den pflegenden Angehörigen auslösen würde.

Eine besondere Bedeutung gilt es der reziproken Gewalt beizumessen. Diese wird in vier Studien als Risikofaktor identifiziert (C. Cooper, Blanchard, et al., 2010; Vande Weerd & Paveza, 2006; Vande Weerd et al., 2013; Wiglesworth et al., 2010). Dabei beziehen sich die Studien von Vande Weerd & Paveza (2006) und Vande Weerd et al. (2013) auf dieselbe Datenerhebung, obwohl zwischen der ersten und der zweiten Studie sieben Jahre liegen. Wiglesworth et al (2010) zeichneten sich durch eine umfangreiche Datenerhebung aus, was auf die Validität dieses Ergebnisses schliessen lässt. Die pflegenden Angehörigen weisen meist selbst ein höheres Lebensalter auf, was die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie ebenfalls unter gesundheitlichen Beschwerden leiden (Perrig-Chiello et al., 2010) und somit selbst zu den Personengruppen gehören, welche ein höheres Risiko aufweisen, Opfer von Gewalt zu werden. Die Autorinnen gehen davon aus, dass die Motivation für die Pflege einen Einfluss auf das Auftreten reziproker Gewalt hat.

6.2 Faktoren der pflegenden Angehörigen

Auch bzgl. der soziodemografischen Faktoren der pflegenden Angehörigen liegen inkonsistente Ergebnisse vor. Kontrovers diskutiert wird in Vande Weerd & Paveza (2006) und Cooper et al. (2008) der Einfluss der Geschlechtszugehörigkeit. In der Querschnittstudie von Vande Weerd & Paveza (2006) zeigten weibliche Angehörige mehr verbal aggressives Verhalten als männliche. Diese Studie zeichnet sich durch ein grosses Sample aus, das Vorgehen der Datenerhebung ist jedoch zu wenig transparent beschrieben.

Im Gegensatz zu Cooper et al., (2008) mussten die Probandinnen und Probanden in Vande Weerd & Paveza (2006) 20 Stunden Pflege pro Woche leisten, bei Cooper et al. (2008) mussten es nur vier Stunden sein. Dadurch sind die Resultate nur beschränkt vergleichbar, da vorstellbar ist, dass mit zunehmendem Zeitaufwand auch die Belastung und somit das Risiko für Gewalt steigt. Cooper et al. (2008) bestätigen, dass Belastung zu Gewalt führt, indem sie in ihrer Querschnittstudie die wahrgenommene Belastung kombiniert mit männlicher Geschlechtszugehörigkeit als Prädiktor für das Auftreten von Gewalt identifizierten. Die Autorinnen erklären sich diese widersprüchlichen Ergebnisse dadurch, dass Vande Weerd und Paveza (2008) sich nur auf verbale Gewalt bezogen. Es ist denkbar, dass Frauen eher verbale Gewalt anwenden und Männer häufiger auf physische Gewalt zurückgreifen, da sie hinsichtlich ihrer Kräfte überlegen sind.

In Cooper et al. (2008), Wigglesworth et al (2010) und Cooper, Blanchard et al. (2010) liegen unterschiedlichste Ansichten darüber vor, ob das Bildungsniveau einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit der Gewaltanwendung hat. Da es sich bei allen drei Studien um Querschnitterhebungen handelt und alle eine vergleichbare Qualität aufweisen, lassen diese widersprüchlichen Resultate keine Schlussfolgerung zu. Einzig kann in Wigglesworth (2010) kritisiert werden, dass acht der 129 Betreuungspersonen für ihre Pfllegetätigkeit bezahlt wurden.

Allgemein lässt sich sagen, dass pflegende Angehörige, welche mehrere Gewaltformen anwandten, über ein tieferes Einkommen verfügten (Wigglesworth et al., 2010). Die Autorinnen nehmen an, dass der Bildungsstand mit dem Einkommen korreliert. Da die Resultate zum Einkommen und zum Ausbildungsstand beide aus der Studie von Wigglesworth et al. (2010) stammen, welche einen tiefen Ausbildungsgrad in Zusammenhang mit Gewalt brachten, ist es vorstellbar, dass die Probandinnen und Probanden, welche ein tiefes Bildungsniveau aufwiesen, auch weniger finanzielle Möglichkeiten hatten.

Ein Resultat welchem grosse Bedeutung beigemessen werden darf, ist die positive Korrelation schlechter psychischer Gesundheit der pflegenden Angehörigen mit der Zunahme misshandelnder Verhaltensweisen (Cooney et al., 2006).

Die Autorinnen messen den Faktoren Ängstlichkeit und Depression eine besonders grosse Bedeutung zu. In Wiglesworth et al. (2010), Cooper, Selwood et al. (2010), und Cooper et al. (2008) wird Ängstlichkeit als wichtiger Faktor beschrieben, der das Auftreten von Gewalt begünstigt. Depression wird ebenfalls in drei Studien als mit Gewalt korrelierend identifiziert (C. Cooper, Blanchard, et al., 2010; Vande Weerd & Paveza, 2006; Wiglesworth et al., 2010). Es handelt sich bei allen vier Studien um Querschnittserhebungen, in welchen unterschiedliche Messinstrumente verwendet wurden. Aufgrund dessen, dass sich die Studien in ihrem Design, und ihrer Population gleichen, und mit unterschiedlichen Messinstrumenten zum selben Resultat kommen, kann die positive Korrelation dieser zwei Faktoren mit Gewalt als erwiesen angesehen werden.

Die Autorinnen gehen davon aus, dass Menschen mit angeschlagener psychischer Gesundheit eine geringere Frustrationstoleranz haben und über ein kleineres Repertoire an Strategien verfügen, die zur Bewältigung von Schwierigkeiten eingesetzt werden können.

Ausserdem kann hinterfragt werden, welcher Faktor zuerst bestand: Es ist denkbar, dass die Pflegesituation zu Belastung führt und dies über längere Zeit eine Depression zur Folge hat, welche wiederum Ängstlichkeit verursacht. Es kann jedoch keine Aussage über die Kausalität gemacht werden. Zur Untersuchung dieser Gegebenheiten wäre die Durchführung von Längsschnittstudien zur Thematik empfehlenswert, zu dieser Thematik existierte zur Zeit der Recherche leider nur eine Studie.

Vande Weerd & Paveza (2006), erfassten mehrere Faktoren der pflegenden Angehörigen, welche positiv mit dem Auftreten von verbaler Gewalt korrelierten. Dabei konnte eine positive Korrelation eines beeinträchtigten kognitiven Status und Problemen bei der Pflege festgestellt werden. Ausserdem kam es häufiger zu Gewaltvorkommnissen, wenn eine depressive Person gepflegt wurde. Eine negative Korrelation bestand mit hohem Selbstbewusstsein der pflegenden Angehörigen. Die Autorinnen sehen eine mögliche Erklärung hierfür darin, dass Menschen mit schlechter psychischer Verfassung-welche als mit Gewalt korrelierend identifiziert wurde-ein eher tiefes Selbstbewusstsein haben.

Diese Querschnittstudie beschäftigt sich allerdings ausschliesslich mit verbaler Gewalt. Zudem mussten die Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger mindestens einen MMSE von 16 aufweisen, um teilnehmen zu dürfen, was die externe Validität beein-

trächtig. Während schlechtere Werte der psychischen Gesundheit der pflegenden Angehörigen mit Gewalt assoziiert waren, schätzten physisch gewalttätige Angehörige ihre körperliche Gesundheit vergleichsweise hoch ein. Die Autorinnen sehen eine mögliche Erklärung hierfür darin, dass Personen mit guter körperlicher Konstitution eher in der Lage sind, körperliche Gewalt auszuüben.

Belastung wurde in verschiedenen Studien, als mit Gewalt zusammenhängender Faktor identifiziert (Cooper et al., 2008, Cooper, Selwood et al., 2010, Wiglesworth et al., 2010). In Wiglesworth et al. (2010) wurde noch die Unterteilung vorgenommen, dass pflegende Angehörige, welche die Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger vernachlässigten, unter höherer Belastung litten. Die Autorinnen kritisieren die Aufteilung nach verschiedenen Gewaltformen, wie sie in Wiglesworth et al. (2010) vorgenommen wurde. Es ist fraglich, inwiefern diese Differenzierung der Resultate für die Implementierung von Interventionen genutzt werden kann.

Die Ergebnisse, welche Alkoholkonsum in Zusammenhang mit Gewalt bringen, sind diskrepant. Während Vande Weerd et al. (2013) in ihrer Querschnittstudie einen Zusammenhang zwischen missbräuchlichen Verhaltensweisen und Alkoholproblemen verzeichneten, konnten Cooney et al. (2006) keinen Zusammenhang feststellen. Drossel et al. (2011) rekrutierten ihre Probandinnen und Probanden anhand von Kriterien, welche sie als gewaltfördernd ansahen. Ein Kriterium war das Bestehen von aktuellem Drogen- bzw. Alkoholmissbrauch. Allgemein ist nicht ersichtlich, anhand welcher Kriterien die Risikofaktoren für die Gewaltanwendung in der Studie von Drossel et al. (2011) bestimmt wurden.

6.2.1 Faktoren der Interaktion

Die aktuelle wie auch die prämorbid Beziehungsgüte wurden in zwei Studien als Einflussfaktoren auf Gewaltvorkommnisse identifiziert (Cooper, Selwood et al., 2010, Cooney et al., 2006). Gørgen bekräftigt in Müller-Hergl (2011) dass die prämorbid Beziehung einen Einfluss auf das Auftreten von Gewalt hat. Auch Hörl (2002) verweist darauf, dass die Beziehungsstruktur einen wesentlichen Einfluss auf das Auftreten familiärer Gewalt hat. Außerdem zeigt er den Zusammenhang von präorbider häuslicher Gewalt und Gewalt in der Pflegebeziehung auf. Hierbei betont er, dass es durch die Pflegesituation häufig zu einer Verstärkung oder Umkehrung der bestehenden Machtverhältnisse kommt.

In familiären oder ähnlich nahen Beziehungen können sich nach Ansicht der Autorinnen Interaktionsmuster etablieren, welche von aussenstehenden Personen als gesellschaftlich inakzeptabel bewertet würden. Solche Interaktionsmuster werden im häus-

lichen Kontext nach längerer Zeit zur Normalität, was die Definition von Gewalt zusätzlich erschwert. Es ist denkbar, dass die Art der Interaktion häufig als Privatsache betrachtet wird, was die Erforschung der Thematik und die Intervention durch ausserstehende Personen erschwert.

Die Dauer der Pflegebeziehung, sowie die zur Pflege aufgewendete Zeit, haben einen Einfluss auf das Ausmass der Gewalt (Cooper, Blanchard et al., 2010, Cooper, Selwood et al., 2010). Da die Demenzkrankheit progressiv verläuft, steigt der Pflegebedarf, wodurch die pflegenden Angehörigen mehr Zeit für die Pflege aufopfern müssen, was sie als belastend empfinden (Kesselring, 2004).

Ungefähr 50% der pflegenden Angehörigen werden selbst physisch oder psychisch krank (Stoppe, 2006). Dies bestätigen die Resultate von Cooper, Blanchard et al. (2010) welche aufzeigen, dass die Scores für Depression und Ängstlichkeit über ein Jahr signifikant zunahmen. Ebenfalls konnte ein erhöhtes Gewaltvorkommen nach einem Jahr festgestellt werden. Vande Weerd & Paveza (2006) zeigen auf, dass viele dementielle Symptome, welche bei der Demenzerkrankung im Laufe der Zeit unweigerlich zunehmen, in Kombination mit Depression der pflegenden Angehörigen zu mehr Gewalt führten. Zudem wurde Ängstlichkeit in drei Studien als beeinflussender Faktor identifiziert, welcher das Auftreten von Gewalt erhöht (Cooper et al., 2008, Cooper, Blanchard et al., 2010, Vande Weerd & Paveza, 2006). Aufgrund der homogenen Ergebnisse aus den oben genannten Studien ist erwiesen, dass der Faktor Zeit einen wichtigen Einfluss auf die Pflegebeziehung zwischen den Demenzkranken und deren Betreuungspersonen hat.

Die Autorinnen sehen eine mögliche Erklärung darin, dass die Frustrationstoleranz der pflegenden Angehörigen durch die eigene Erkrankung herabgesetzt wird. Hinzu kommt, dass die Demenzkranken mit zunehmender Krankheitsdauer mehr Pflege benötigen, was die Belastung erhöht. Allgemein war in den eingeschlossenen Studien selten ersichtlich, wie lange die Angehörigen sich bereits der Pflege des Demenzkranken widmeten. Da die Studien eine vergleichbar gute Qualität aufweisen, können die Resultate als geltend angesehen werden.

6.2.2 Verhaltenstherapeutische Interventionen

Unter allen Studien, welche Interventionen zur Verminderung der Gewalt pflegender Angehöriger gegenüber Demenzkranken untersuchten, richtete sich nur diese von Drossel et al. (2011) nach den Vorgehensweisen der DBT. Die Effektivität von DBT zur Behandlung von älteren Menschen mit einer Depression wurde nachgewiesen (Lynch, Mendelson, & Robins, 2003). In der Studie von Drossel et al. (2011) wird nachvollzieh-

bar beschrieben, welche Anpassungen des DBT- Handbuchs vorgenommen wurden. Die Interventionen konnten bezüglich des emotionalen Wohlbefindens, des Energielevels und des problemfokussierten Copings der Probandinnen und Probanden Erfolge verzeichnen. Jedoch zeigten sie keine signifikante Veränderung der depressiven Symptome, der Erschöpfung und der Belastung. Depressive Symptome wurden in vier der eingeschlossenen Studien als Faktor benannt, welcher das Risiko einer Gewaltanwendung erhöht (Vande Weerd & Paveza, 2006, Wiglesworth et al., 2010, Cooper, Selwood et al., 2010).

Ausserdem unterstützten Cooper et al. (2008) und Cooper, Selwood et al. (2010) die Erkenntnis von Wiglesworth et al. (2010), welche die Belastung der pflegenden Angehörigen als beeinflussenden Faktor für Gewaltanwendung identifizierten. Da in den Studien gezeigt werden konnte, dass sowohl Depression wie auch Belastung mit Gewalt assoziiert sind, gehen die Autorinnen davon aus, dass Interventionen, welche Depression und Belastung reduzieren, auch das Auftreten von Gewalt vermindern müssten. In der Studie von Drossel et al. (2011), wurden diese zwei Variablen nicht signifikant reduziert, obwohl die Hypothese der Studie unter anderem darin bestand, dass depressive Muster mit der Intervention reduziert werden können.

Die in die Studie von Drossel et al. (2011) eingeschlossenen Probandinnen und Probanden hatten alle in ihrer Vergangenheit Kontakt zu der Schutzbehörde für ältere Menschen und/oder wiesen einen der folgenden Faktoren auf: früheren oder aktuellen Drogengebrauch, körperliche Einschränkungen und signifikant depressive Verhaltensmuster. Die Population scheint somit im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung morbider, was den Erfolg der Intervention beeinträchtigen könnte. Die Autorinnen sehen es gerade in dieser Population als nötig an, dass die Interventionen über einen längeren Zeitraum als acht Wochen erfolgen müssten, um einen Effekt verzeichnen zu können. Zudem wurden die Variablen mit Messinstrumenten gemessen, welche in keiner der anderen Studien verwendet wurden. Die oben genannten Kritikpunkte vermindern die Aussagekraft der Resultate aus Drossel et al. (2011) und somit lässt sich der Erfolg der DBT als Intervention zur Gewaltverminderung an Demenzkranken zu wenig beurteilen.

Die beiden systematischen Reviews Cooper et al. (2007) und Selwood et al. (2007) befassten sich mit Verhaltens-Management-Techniken. Beide systematischen Reviews zielten nicht auf die Verminderung der Gewalt ab, sondern wollten die psychische Gesundheit der pflegenden Angehörigen erfassen, wobei sich Cooper et al. (2007) nur auf das Symptom Ängstlichkeit bezogen. Die Studie von Cooper et al. (2007) konnte anhand dreier RCTs nachweisen, dass die Verhaltens-Management-Techniken in Gruppen keinen signifikanten Effekt aufwiesen. Es gilt jedoch kritisch zu betrachten, dass

Cooper et al. (2007) unter diesem Begriff sehr unterschiedliche Interventionen synthetisierten: Telefonanrufe durch Pflegepersonen, Selbsthilfegruppen und Durchführung von Hausbesuchen. Selwood et al. (2007) verzeichnet dasselbe Problem, da die eingeschlossenen Studien die Interventionen nur ungenau beschrieben. Zudem wurde als Outcome nur der Wert des Messinstruments für Depression gemessen, welcher nicht signifikant vermindert wurde. Da depressive Symptome erst nach mehr als sechs Sitzungen und nur wenn diese in Einzelgesprächen abgehalten wurde, reduziert werden konnten, lässt es sich vermuten, dass Gruppeninterventionen den individuellen Problemen der pflegenden Angehörigen nicht gerecht werden. Es ist auffallend, dass Selwood et al. (2007) in ihrer systematischen Review, 62 Studien eingeschlossen haben, was die Aussagekraft der Empfehlungen steigert. Es ist jedoch zu bemängeln, dass viele Studien älteren Datums sind.

Selwood et al. (2007) fassten Studien zusammen, welche sich mit den Auswirkungen von Coping-Strategien auf die psychische Gesundheit befassten. Hier ist anzumerken, dass diese Coping-Strategien auf unterschiedliche Weise vermittelt wurden (Gruppeninterventionen, Video-Filme, Telefonanrufe, Entspannungstechniken). Zudem war das Augenmerk der Interventionen oftmals auf unterschiedliche Outcomes gerichtet.

Depression, welche als wichtiger Risikofaktor für gewalttätiges Verhalten seitens der pflegenden Angehörigen identifiziert wurde, konnte mithilfe der Coping-Strategien signifikant vermindert werden. Die Autorinnen gehen davon aus, dass gute Coping-Strategien alltagstauglich sein sollten, was in Selwood et al. (2007) dadurch bestätigt wird, dass diese Coping-Strategien drei Monate später immer noch wirkungsvoll waren und demzufolge von den Probandinnen und Probanden noch angewandt wurden.

Livingston et al. (2013) führten in acht, auf der abgeänderten Version des Handbuchs „US Coping with Caregiving Programme“ basierten Schulungen verschiedene Interventionen durch. Dieses Handbuch enthielt verschiedene Interventionen, welche jedoch mehrheitlich einen verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt aufwiesen. Die Ängstlichkeits-, Depressions- und Missbrauchsfälle konnten vier und acht Monate nach Beginn der Schulungen signifikant vermindert werden. Diese Studie ist als besonders repräsentativ bzgl. externer Validität zu erachten, da sie keine sprachlichen Einschränkungen vornahm, indem Dolmetscher beigezogen wurden, und aufgrund der Grösse des Samples. Es handelt sich bei der Studie um ein RCT, allerdings nur mit Blinding der Forscherinnen und Forscher, ein Blinding der Probandinnen und Probanden war nicht möglich. Wie auch in anderen Studien wurden Aussagen der pflegenden Angehörigen zur Erfassung der Lebensqualität der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger

verwendet. Aus Sicht der Autorinnen ist es nur begrenzt möglich, Aussagen über die Lebensqualität einer anderen Person zu machen, auch wenn eine langjährige Beziehung zu ihr besteht. Wie in der Studie von Drossel et al. (2011) wurde auch hier ein Handbuch (US Coping with Caregiving Programme) verwendet, welches sich bereits als effektiv zur Verminderung von Depressionen erwiesen hat. Die Gültigkeit der Ergebnisse ist aufgrund der oben genannten Faktoren gegeben.

6.2.3 Entlastungsangebote

In der Studie von Selwood et al. (2009) wurden die Bedürfnisse und Wünsche der pflegenden Angehörigen erfragt. Hierzu wurde von Gerontopsychiaterinnen und Gerontopsychiatern eine Liste erstellt, auf welcher die möglichen Strategien aufgeführt waren. Die pflegenden Angehörigen wählten jene Strategien aus, welche ihnen bereits geholfen hatten oder welche sie als hilfreich erachten würden. Da die Liste von Fachexperten erstellt wurde, kann davon ausgegangen werden, dass diese auf klinischer Expertise beruht. Es wurde in den Studien nicht unterschieden zwischen Strategien, welche die pflegenden Angehörigen bereits angewandt hatten, und solchen, welche sie lediglich als potentiell hilfreich erachteten, was die Interpretation der Ergebnisse erschwert. Die Studie von Selwood et al. (2009) fragte als Erste nach den Bedürfnissen pflegender Angehöriger, was positiv zu bewerten ist.

Die Studie hat gezeigt, dass ein grosses Bedürfnis nach Entlastung besteht. Dies wird von Kesselring (2004) bestätigt, welche die Pflege von Demenzkranken als besonders belastend beschreibt, wenn die pflegenden Angehörigen aufgrund der Pflegesituation einen Grossteil ihrer Freizeit opfern müssen. Paradoxerweise wurden in den beiden eingeschlossenen systematischen Reviews (Cooper et al., 2007, Selwood et al., 2007) keine signifikante Auswirkung durch Entlastungsangebote auf die psychische Gesundheit der pflegenden Angehörigen festgestellt. Diese Ergebnisse sind jedoch nicht direkt vergleichbar mit den Resultaten von Selwood et al. (2009), da sich die Reviews nicht direkt auf die Verminderung der Gewalt beziehen, sondern auf die Verbesserung der psychischen Gesundheit pflegender Angehöriger.

6.2.4 Unterstützende Massnahmen

In der Studie von Selwood et al. (2009) erachteten pflegende Angehörige Medikamente, um das Gedächtnis der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger zu verbessern, als hilfreichste Strategie. Diese Strategie lässt sich bis anhin nur begrenzt umsetzen, da es zwar medikamentöse Therapieformen gibt, welche das Fortschreiten der Demenz verlangsamen, jedoch nicht aufhalten können (Beubler, 2011). Die Autorinnen

sehen diesen Wunsch als Zeichen eines vermeidenden Coping-Verhaltens. Darunter verstehen sie den Wunsch, die zu Grunde liegende Problematik zu beheben anstatt Strategien zu entwickeln, um mit der Situation umzugehen. Es gibt Hinweise aus den Studien (Cooper et al., 2008, Cooper, Selwood et al., 2010), dass dysfunktionale Coping-Strategien positiv mit dem Auftreten von Missbrauch korrelieren. Andererseits suggeriert die Liste der Strategien, dass solche Medikamente existieren.

Pflegende Angehörige sagen in der Studie von Selwood et al. (2009) aus, dass es ihnen ein grosses Anliegen ist, mit jemandem über die Pflegesituation und die mit ihr einhergehenden Schwierigkeiten zu sprechen und Ratschläge zu erhalten. Dieser Wunsch impliziert die grosse Bedeutung der Signalisierung von Kommunikationsbereitschaft von professionellen Betreuungspersonen gegenüber pflegenden Angehörigen. Weiter wurde der Wunsch nach Medikamenten, um die Verhaltensauffälligkeiten der Demenzkranken zu vermindern, geäussert. Dies lässt vermuten, dass die pflegenden Angehörigen Verhaltensauffälligkeiten der Demenzkranken als sehr belastend wahrnahmen, was Kesselring (2004) bekräftigt.

Selwood et al. (2007) untersuchten demenzspezifische Therapieformen und konnten eine Verbesserung der psychischen Gesundheit der pflegenden Angehörigen feststellen. Es ist auffallend, dass sowohl Faktoren der pflegenden Angehörigen, der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger, wie auch der Interaktion existieren, die das Auftreten von Gewalt beeinflussen. Die oben beschriebene Intervention ist die einzige unter all den in den Studien vorkommenden Interventionen, die sich direkt an die Pflegeempfängerin, den Pflegeempfänger richtet. Aufgrund ungenügender Evidenz kann keine Aussage über die Effektivität dieser Interventionen gemacht werden.

In Cooper et al. (2007) wurde die Wirkung von computerbasierten Interventionen auf die Ängstlichkeit pflegender Angehöriger als nicht signifikant positiv bewertet. Wie in den anderen Studien ersichtlich ist, weist die Mehrheit der pflegenden Angehörigen ein höheres Lebensalter auf. Es ist vorstellbar, dass viele von ihnen Mühe mit der Umsetzung der Intervention hatten, da diese Generation tendenziell weniger mit diesem Medium vertraut ist.

Sportliche Tätigkeit zeigte keinen Einfluss auf die Ängstlichkeit. Einzig Yoga vermochte diese signifikant zu vermindern (Cooper et al., 2007). Den Grund dafür sehen die Autorinnen darin, dass Yoga gezielt Entspannung herbeizuführen versucht, was bei sportlichen Aktivitäten nicht im Vordergrund steht.

In Cooper et al. (2008) wurde die Validität des MCTS belegt. Dieses Messinstrument wird in fünf der eingeschlossenen Studien verwendet (Cooper et al., 2008, Cooper,

Blanchard et al., 2010, Cooper, Selwood et al., 2010, Livingston et al., 2013, Selwood et al., 2009) was die Resultate bzgl. Gewaltvorkommen vergleichbar macht. 83,7% der pflegenden Angehörigen stuften dieses Instrument als zumutbar ein, obwohl die Fragen im MCTS sehr konkret formuliert sind. Eine mögliche Kritik an dieser Tatsache ist, dass Beobachtungen nicht miteinbezogen werden und die pflegenden Angehörigen offen zur Gewaltanwendung stehen müssen, was zu einer absichtlichen Abschwächung der Resultate durch die pflegenden Angehörigen führen kann. Das MCTS beinhaltet bei genauer Betrachtung Fragen zu Aspekten der malignen Sozialpsychologie, welche Kitwood (2008) als besonders einschränkend für das Personsein beschreibt.

6.3 Stärken und Limitationen der vorliegenden Arbeit

Eine Stärke besteht in der Literatursuche, welche sehr umfassend durchgeführt wurde, bis eine Sättigung erreicht war.

Nach Ansicht der Autorinnen verstösst keine der eingeschlossenen Studien grob gegen ethische Richtlinien. Speziell die Studien von Cooper et al. zeichnen sich dadurch aus, dass sie den informed consent der Probandinnen und Probanden einholten.

Viele der Interventionen, welche aus den Studien hervorgehen, lassen sich nicht durch die Pflege allein anwenden sondern erfordern interdisziplinäre Zusammenarbeit. Viele der Interventionen enthalten beispielsweise psychotherapeutische Aspekte, für deren Durchführung das Pflegefachpersonal oftmals zu wenig spezialisiert ist.

Eine Schwäche der vorliegenden Arbeit besteht darin, dass meist nur Betroffene mit diagnostizierter Demenz eingeschlossen wurden. Personen, welche ebenfalls an Demenz erkrankt sind, bei welchen aber keine Diagnosestellung erfolgte, wurden nicht berücksichtigt. Die Vermutung liegt nahe, dass Personen mit nicht diagnostizierter Demenz weniger gut in ein professionelles Betreuungsnetz eingebunden sind und über weniger soziale Unterstützung verfügen. Möglicherweise bringen somit pflegende Angehörige weniger Verständnis für die Patienten auf, wodurch die Wahrscheinlichkeit des Missbrauchs steigen könnte. Dies kann unter Umständen dazu führen, dass das Ausmass an Gewalt in der vorliegenden Arbeit unterschätzt wurde. Andererseits ist es nachvollziehbar, dass dieses Einschlusskriterium notwendig war.

Zwei der eingeschlossenen Studien beziehen sich ausschliesslich auf Alzheimerkranke. Obwohl die Alzheimerdemenz die häufigste Form der Demenz darstellt, ist dieses Sample nicht repräsentativ für die Population der Demenzkranken.

In der vorliegenden Arbeit wurden sieben von zwölf eingeschlossenen Studien von einem sehr ähnlich zusammengesetzten Team von Forscherinnen und Forschern

durchgeführt, was sowohl als Stärke wie auch als Schwäche betrachtet werden kann. Der Vorteil liegt darin, dass das methodische Vorgehen ausgearbeitet wurde und die Forscherinnen und Forscher als Expertinnen und Experten der Thematik gelten. So entsteht eine Kontinuität und die Ergebnisse sind aufgrund ähnlichen Vorgehens bei der Datenerhebung miteinander vergleichbar. Als Nachteil gilt die Tatsache, dass dadurch eine einseitige Sichtweise der Thematik entstehen könnte.

Es wurden zwei systematische Reviews in die vorliegende Arbeit eingeschlossen, welche die Reduktion von Angst und Depression bei pflegenden Angehörigen anstrebten und sich nicht direkt auf die Verminderung der Gewalt bezogen. Diese Arbeiten wurden trotzdem eingeschlossen, da mehrere Studien eine positive Korrelation von Angst und Depression mit Gewalt bestätigten. Obwohl diese Studien nicht direkt die Fragestellung beantworteten, wurden die Ergebnisse als übertragbar angesehen.

Cooper et al. rekrutierten ihre Probandinnen und Probanden wiederholt in London und Essex und verwendeten häufig dieselben Einschlusskriterien. Es kann somit nicht ausgeschlossen werden, dass dieselben Probandinnen und Probanden in mehrere Studien eingeschlossen wurden.

In den Studien galten unterschiedliche Einschlusskriterien in Bezug auf die Anzahl Stunden geleisteter Pflege pro Woche. Diese variierten von gar keiner Mindestvorgabe bis zu mind. 20 Stunden Pflege pro Woche, was die Vergleichbarkeit der Studien einschränkt. Zudem könnte es zu Verfälschungen kommen: Wie Cooper, Selwood et al. (2010) aufzeigen, korreliert eine höhere Anzahl Stunden geleisteter Pflege positiv mit dem Auftreten von Gewalt.

Vier der eingeschlossenen Studien stammen aus den USA, der Rest stammt aus England. In den USA haben im Vergleich zu England und der Schweiz, viele Personen keine Krankenversicherung, da diese dort nicht obligatorisch ist. Die Autorinnen gehen davon aus, dass aus diesem Grund die Übernahme der Pflege häufig aus finanziellen Gründen erfolgt. Es ist erwiesen, dass die Motivation für die Pflege die Pflegebeziehung und das Auftreten von Gewalt beeinflusst (Camden et al., 2011).

Eine weitere Limitation dieser Arbeit besteht darin, dass die pflegenden Angehörigen meistens informiert wurden, dass es sich um eine Studie zum Thema Gewalt an Demenzkranken handelt. Häufig wurde darauf verwiesen, dass die Forscherinnen und Forscher bei schwerwiegendem Missbrauch der Meldepflicht unterstanden. Dieses Vorgehen ist zwar ethisch korrekt, kann jedoch zu einer grossen Grauziffer führen, da die pflegenden Angehörigen die Antworten möglicherweise bewusst verfälschten. Aus-

serdem wäre es denkbar, dass pflegende Angehörige, welche schwerwiegende Gewalt anwandten, gar nicht an der Studie teilnahmen.

Des Weiteren ist die Arbeit durch die oftmals ungenügenden Definitionen der Schlüsselbegriffe in den Studien limitiert. Bei der Erfassung mittels Messinstrumenten wird zwar ein gewisser Score als signifikant definiert, in der Einleitung werden die Begriffe jedoch nicht, oder nur minimal definiert. Zudem werden in den Studien unterschiedliche Unterteilungen der Gewaltformen vorgenommen, oder diese beschränken sich auf eine Gewaltform (Vande Weerd & Paveza, 2006; Vande Weerd et al., 2013). Ebenfalls wurde der Schweregrad der Gewalt oftmals nicht oder nur ungenügend definiert. So könnten z.B. unter dem Begriff „verbale Gewalt“ alle Ausprägungen dieser Gewaltform enthalten sein. Es könnte dahingehend interpretiert werden, dass sich pflegende Angehörige in einer Studie dazu bekannten, Beschimpfungen auszusprechen während sie in einer anderen einräumten, Morddrohungen einzusetzen.

Die Autorinnen bemängeln, dass in den Studien keine Hinweise darauf gegeben werden, ob gewalttätige Angehörige nach Abschluss der Studien weiter betreut wurden. Hier erscheint es ethisch bedenklich, Gewalt zwar zu erfassen, jedoch keine Interventionen anzubieten.

Dem ethischen Dilemma, welches bei der Betreuung Demenzkranker häufig zwischen den Prinzipien „Autonomie“ und „Nicht Schaden“ besteht, wird in den Studien keine Beachtung geschenkt. Besonders bei der Gewaltform der Vernachlässigung ist es schwierig einzustufen, ab wann eine Handlung als gewalttätig angesehen werden kann.

6.4 Beantwortung der Fragestellung

Welche Faktoren beeinflussen das Auftreten von Gewalt an Demenzkranken durch ihre pflegenden Angehörigen und welche Interventionsmöglichkeiten ergeben sich anhand dieser Faktoren für die Pflege?

Da die vorliegende Arbeit sehr unterschiedliche, wie auch teilweise widersprüchliche Ergebnisse beinhaltet, werden in diesem Kapitel nur jene Resultate aufgeführt, deren Relevanz in mehreren Studien erwähnt wird.

6.4.1 Beeinflussende Faktoren

In den eingeschlossenen Studien konnten folgende beeinflussende Faktoren identifiziert werden: Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger waren am häufigsten Gewalt ausgesetzt, wenn diese selbst Gewalt gegenüber ihren pflegenden Angehörigen anwandten (Cooper, Selwood et al., 2010, Vande Weerd & Paveza, 2006, Vande

Weerd et al., 2013, Wiglesworth et al., 2010). Weitere Risikofaktoren wie das Vorhandensein von mehr dementiellen Symptomen (Cooper et al., 2008, Vande Weerd & Paveza, 2006, Vande Weerd et al., 2013), Reizbarkeit der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger (Cooney et al., 2006, Cooper et al., 2008) und das Vorhandensein von neuropsychiatrischen Symptomen (Cooney et al., 2006, Cooper et al., 2008) wurden in den Studien als gewaltfördernd beschrieben.

Bei den pflegenden Angehörigen, stellte sich die Depression als bedeutendster Faktor für das Ausüben der Gewalt gegenüber den Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfängern heraus (Cooper Selwood et al., 2010, Vande Weerd & Paveza, 2006, Vande Weerd et al., 2013, Wiglesworth et al., 2010). Ebenfalls wurden dysfunktionales Coping (Cooper et al., 2008, Cooper, Selwood et al. 2010, Wiglesworth et al., 2010), Ängstlichkeit (Cooper et al., 2008, Cooper, Selwood et al. 2010, Wiglesworth et al., 2010), sowie hohe Belastung (Cooper et al., 2008, Cooper, Selwood et al. 2010, Wiglesworth et al., 2010) als Risikofaktoren für die Gewaltanwendung identifiziert.

Beziehungen, in welchen es zu häufigen Auseinandersetzungen kam, waren assoziiert mit einer höheren Prävalenz der Gewalt in der Pflegebeziehung. (Drossel et al., 2011)

6.4.2 Wirksame Interventionen

Folgende verhaltenstherapeutische Interventionen zeigten eine Wirkung: DBT verbesserte das emotionale Wohlbefinden, das Energielevel, sowie das problemfokussierte Coping. Es konnte jedoch keine Reduktion der Depressionen, der Erschöpfung und der Belastung der pflegenden Angehörigen nachgewiesen werden (Drossel et al., 2011).

In Selwood et al. (2007) konnte nachgewiesen werden, dass BMT, welche in mehr als sechs individuellen Sitzungen vermittelt wurden, Depressionen signifikant vermindern. Dies gilt jedoch nicht für die Belastung.

Wurden den pflegenden Angehörigen Coping-Strategien vermittelt, konnte Depression signifikant vermindert werden. Wurde die Intervention in Einzelsitzungen vermittelt, wurde zusätzlich die Stresswahrnehmung reduziert (Selwood et al., 2007).

Schulungen, in welchen BMT, Skills, sowie weitere Hilfestellungen zur Bewältigung des Pflegealltags angeboten wurden, konnten eine Reduktion der Ängstlichkeits-Depressions- und Missbrauchsfälle vorweisen (Livingston et al., 2013).

Das MCTS wurde von pflegenden Angehörigen als zumutbares Messinstrument bewertet und seine Validität wurde erwiesen, weshalb es von Pflegepersonen als Screening-Instrument verwendet werden kann, um Gewalt zu erkennen (Cooper et al., 2008).

6.4.3 Nicht wirksame Interventionen

CBT verminderte das Auftreten von Gewalt nicht (Cooper et al., 2007).

Entlastungsangebote wie Auszeiten von der Pflege konnten in keiner Studie eine signifikante Verminderung der Gewalt in der Pflegebeziehung herbeiführen (Selwood et al., 2007, Cooper et al., 2007).

Es konnte keine Verbesserung der psychischen Gesundheit der pflegenden Angehörigen durch demenzspezifische Therapieformen für die Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger erreicht werden (Selwood et al., 2007).

Die Autorinnen hatten das Ziel, Interventionen ausfindig zu machen, welche sich an den Risikofaktoren für das Auftreten von Gewalt orientierten, um so die Ursache der Gewalt zu bekämpfen. Die wirksamen Interventionen zielten jedoch häufig nicht direkt auf die einzelnen Einflussfaktoren ab. Die schlechte psychische Gesundheit pflegender Angehöriger konnte als wichtiger Risikofaktor identifiziert werden. Interventionen, welche die psychische Gesundheit pflegender Angehöriger auf ganzheitliche Art und Weise verbesserten, erwiesen sich als wirkungsvoll. Es zeigte sich, dass keine isolierte Betrachtungsweise des Zusammenhangs zwischen Einflussfaktoren und der zugehörigen Interventionen möglich ist.

6.5 Schlussfolgerung

6.5.1 Empfehlungen für die Praxis

Pflegende Angehörige erklärten sich bereit, an den Studien teilzunehmen, obwohl sie darüber informiert wurden, dass Daten über ihr gewalttätiges Verhalten erhoben werden sollten. Die Autorinnen gehen folglich davon aus, dass ein grosser Leidensdruck vorhanden sein muss, da die pflegenden Angehörigen das Bedürfnis verspürten, über Gewaltanwendungen in der Pflegebeziehung sprechen zu können. Pflegende Angehörige wünschen sich jemanden, mit dem sie über die Pflegesituation und die mit ihr einhergehenden Schwierigkeiten sprechen können (Selwood et al., 2009). Diese Fakten zeigen auf, dass professionelles Pflegepersonal die pflegenden Angehörigen direkt auf Gewalt in der Pflegebeziehung ansprechen soll. Das Pflegepersonal sollte bei allen pflegenden Angehörigen, welche eine dementiell erkrankte Person pflegen, Offenheit signalisieren, um damit den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, über dieses Tabuthema zu sprechen. Sobald sich die pflegenden Angehörigen den Pflegefachpersonen anzuvertrauen wagen, kann ihnen gezielt Hilfestellungen angeboten werden.

Die Autorinnen sehen es als notwendig an, dass bei den Eintritts- bzw. Bedarfs-Assessments, sowohl im stationären wie auch im ambulanten Setting, die Thematik der Gewalt gegen Demenzkranke integriert wird. Da bei der Pflege Demenzkranker die pflegenden Angehörigen wichtige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für die professionelle Pflege darstellen, ist eine systemische¹⁵ Betrachtungsweise von eminenter Bedeutung. Die Bezugspflege bietet hierzu eine geeignete Grundlage, da durch diese Pflegeorganisationsform das Vertrauensverhältnis gefördert wird.

Zur Erfassung der Gewalt kann das MCTS empfohlen werden, da seine Validität in dieser Population bestätigt wurde.

Es ist erwiesen, dass Depression und Ängstlichkeit der pflegenden Angehörigen das Gewaltrisiko erhöhen. Deshalb wäre es empfehlenswert, Fragen betreffend Depression und Ängstlichkeit in ein Risiko-Assessment zu integrieren. Zusätzlich sollen Pflegefachpersonen in Gesprächen mit den Betroffenen und ihren Betreuungspersonen auf depressive Symptome oder Anzeichen von Angst achten, um bei Bedarf auf entsprechende Ansprechpartner verweisen zu können.

Auf betrieblicher Ebene lassen sich Weiterbildungen des Pflegepersonals bezüglich Beratung und Verhaltenstherapie empfehlen.

Es ist von grosser Bedeutung, dass die Interventionen über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden, um so die Nachhaltigkeit der Therapien zu gewährleisten. Grundsätzlich wird nahegelegt, die Interventionen in Einzelsitzungen abzuhalten, da in zwei Studien gezeigt werden konnte, dass diese deutlich effektiver waren als Gruppeninterventionen. Vielversprechend zeigten sich vor allem verhaltenstherapeutische Ansätze. Beim Einsatz von Copingstrategien soll darauf geachtet werden, dass diese alltagstauglich sind und den Angehörigen sinnvoll erscheinen.

Es ist zu empfehlen, die neuropsychiatrischen Symptome der Demenzkranken so gut wie möglich pharmakologisch und non-pharmakologisch zu behandeln, da sich gezeigt hat, dass diese mit Gewalt assoziiert sind.

Das Gesundheitswesen ist langfristig auf pflegende Angehörige angewiesen, wodurch die professionelle Begleitung eine wirtschaftliche Notwendigkeit darstellt.

¹⁵ Siehe Anhang

6.5.2 Empfehlungen für die Forschung

Allgemein besteht grosser Forschungsbedarf bezüglich wirksamer Interventionen zur Verminderung von Gewalt an Demenzkranken durch pflegende Angehörige.

Generell besteht ein Mangel an praxisnahen Interventionen, die im Handlungsspielraum der Pflege liegen.

Auch im stationären Setting steht das Pflegepersonal oft in Kontakt zu Demenzkranken und deren pflegenden Angehörigen. Da der grösste Anteil der Pflegefachpersonen im stationären Bereich tätig ist, wäre es notwendig, speziell für diesen Bereich Empfehlungen zur Gewaltprävention in diesen Pflegebeziehungen abgeben zu können.

Des Weiteren gilt es zu untersuchen, ob Interventionen, welche Depression und Angst Demenzkranker in den Studien aufgrund deren kognitiver Einschränkungen nur begrenzt möglich ist, wäre ein vermehrter Einbezug ihrer Perspektive in den Studien wünschenswert.

Es besteht ein Mangel an RCTs und Längsschnittstudien, welche eine genauere Untersuchung der Thematik zulassen und entsprechend evidenzbasierte Ergebnisse aufweisen würden.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Batra, A., Wassermann, R., & Buchkremer, G. (2013). *Verhaltenstherapie: Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete* (Vol. 4). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Beubler, E. (2011). *Kompendium der Pharmakologie* (Vol. 3. Auflage): Springer Wien New York.
- Billaud, F., Braissant, C., Monteverde, S., & Zierath, M. (2011). *Ethik in der Pflegepraxis* (SBK-ASI Ed. Vol. 2): SBK-ASI Bern.
- Bonse, M. (2010). *Neurologie und neurologische Pflege - Lehrbuch für Pflegeberufe* (C. H. Beck Ed. Vol. 8).
- Bundesamt für Gesundheit. (2013). Nationale Demenzstrategie 2014-2017. Bern.
- Bundesamt für Statistik. (2010). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010–2060. Neuenburg.
- Camden, A., Livingston, G., & Cooper, C. (2011). Reasons why family members become carers and the outcome for the person with dementia: results from the CARD study. *International Psychogeriatrics*, 23(9), 1442-1450.
- Cooney, C., Howard, R., & Lawlor, B. (2006). Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: can we identify those most at risk? *International Journal of International Psychiatry*, 21, 564-571.
- Cooper, C., Blanchard, M., Selwood, A., Walker, Z., & Livingston, G. (2010). Family carers' distress and abusive behaviour: longitudinal study. *Br J Psychiatry*, 196(6), 480-485. doi: 10.1192/bjp.bp.109.071811
- Cooper, C., Manela, M., Katona, C., & Livingston, G. (2008). Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: prevalence, correlates and validation of instruments. *Int J Geriatr Psychiatry*, 23(3), 283-288. doi: 10.1002/gps.1875
- Cooper, C., Selwood, A., Blanchard, M., Walker, Z., Blizard, R., & Livingston, G. (2010). The determinants of family carers' abusive behaviour to people with dementia: results of the CARD study. *J Affect Disord*, 121(1-2), 136-142. doi: 10.1016/j.jad.2009.05.001
- Cooper, C., Valamurali, T. B. S., Selwood, A., & Livingston, G. (2007). A systemic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 181-188.
- Dieck, M. (1987). Gewalt gegen ältere Menschen im familialen Kontext- Ein Thema der Forschung, der Praxis und der öffentlichen Information. *Zeitschrift für Gerontologie*, 305-313.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen : ICD-10, Kapitel V (F, klinisch-diagnostische Leitlinien)*. Bern: Huber.
- Dimeff, L., & Linehan, M. M. (2001). Dialectal behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34, 10-13.
- Drossel, C., Fisher, J. E., & Mercer, V. (2011). A DBT Skills training group for family caregivers of persons with dementia. *Behav Ther*, 42(1), 109-119. doi: 10.1016/j.beth.2010.06.001
- Eidgenössisches Departement des Innern. (2012). Definition, Formen und Folgen häuslicher Gewalt. Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft.
- Frank, W. (2007). *Psychiatrie* (Vol. 15). München: Elsevier GmbH.
- Görge, T., Herbst, S., & Rabold, S. (2006). Kriminalitäts- und Gewaltgefährdungen im höheren Lebensalter in der häuslichen Pflege. Hannover: Kriminologisches Institut Niedersachsen.
- Handel, E. (2003). Das Beziehungsgeflecht Patientin/Patient, Angehörige und Betreuungsteam: Eine systemische Betrachtungsweise: Universitätsspital Zürich, Zentrum für Gerontologie.
- Hirsch, R. D. (2000). Gewalt gegen alte Menschen *Klinische Geriatrie* (pp. 848-854). Heidelberg: Springer Verlag.

- Hörl, J., & Spanring, R. (2002). Gewalt gegen alte Menschen *Gewalt gegen alte Menschen* (Vol. 4). Wien.
- Kesselring, A. (2004). Angehörige zu Hause pflegen: Anatomie einer Arbeit. *Schweizerische Ärztezeitung*, 10, 504-506.
- Kitwood, T. (2008). *Demenz-der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Huber.
- Livingston, G., Barber, J., Rapaport, P., Knapp, M., Griffin, M., King, D., . . . Cooper, C. (2013). Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STRategies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*, 347, f6276.
- Lynch, T. R., Mendelson, J. Q., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 33-45.
- Mosimann, R. M., & Muri, U. P. (2010). Häufige Demenzformen- Prävalenz, klinische Präsentation und Differenzialdiagnostik. *Medinfo*, 1.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F., & Schnegg, B. (2010). Wer pflegt und betreut ältere Menschen daheim? (Vol. 2).
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research generating and assessing evidence for nursing practice* (8 ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Preusse-Bleuler, B., Métrailler, M., & Frey, P. (2012). Familienzentrierte Pflege - Handbuch zum Film (pp. 1-71). Bern.
- Prinz, D. (2014). DocCheck Flexikon. 2014
- Rüegger, H. (2009). Ethische Herausforderungen im Umgang mit Demenzkranken. *Tertianum - Die Zeitschrift für Generationen*, 50, 34-36.
- Rüegger, H. (2010). *Zum moralischen Anspruch demenzkranker Menschen - Eine Herausforderung für Pflege und Betreuung: Thesen*. Paper presented at the Demenz und Wertekultur, Kongresshaus Zürich.
- Scholze-Stubenrecht, W. (2013). *Duden- Die deutsche Rechtschreibung* (Dudenredaktion Ed. Vol. 26). Berlin: Dudenverlag.
- Scholze-Stubenrecht, W. (2014). Duden- Die deutsche Rechtschreibung. Retrieved 12.08.2014, 2014
- Schwander, M. (2006). Häusliche Gewalt: Situation Kantonalen Massnahmen aus rechtlicher Sicht. Bern: Eidgenössische Departement des Innern- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann.
- Schweizerische Alzheimervereinigung. (2009). 102 000 Menschen mit Demenz in der Schweiz (pp. 1-5). Yverdon-les-Bains.
- Schädle-Deininger, H. (2010). *Fachpflege Psychiatrie* (Vol. 2). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Selwood, A., & Cooper, C. (2009). Abuse of people with dementia. *Reviews in Clinical Gerontology*, 19, 35-43.
- Selwood, A., Cooper, C., Owens, C., Blanchard, M., & Livingston, G. (2009). What would help me stop abusing? The family carer`s perspective. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 309-313.
- Stoppe, G. (2006). Angehörige und Forschung: Tagung Demenz und Angehörige Alzheimerorganisation Luzern.
- Vande Weerd, C., & Paveza, G. J. (2006). Verbal mistreatment in older adults: A look at persons with alzheimer`s disease and their caregivers in the state of florida. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 17(4), 11-30.
- Vande Weerd, C., Paveza, G. J., Walsh, M., & Corvin, J. (2013). Physical mistreatment in persons with alzheimer`s disease. *Journal of Aging Research*, 1-10.
- Weissenberger-Leduc, M., & Weiberg, A. (2011). *Gewalt und Demenz - Ursachen und Lösungsansätze für ein Tabuthema in der Pflege*. Wien: Springer Verlag.
- WHO. (2011). European Report on Preventing Elder Maltreatment. Kopenhagen: World Health Organisation.

- Wiglesworth, A., Mosqueda, L., Mulnard, R., Liao, S., Gibbs, L., & Fitzgerald, W. (2010). Screening for abuse and neglect of people with dementia. *J Am Geriatr Soc*, 58(3), 493-500. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02737.x
- World Health Organisation. (2003). *Weltbericht Gewalt und Gesundheit Deutsche Übersetzung*. Kopenhagen.

9 **ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

Abbildung 1: Epidemiologie der verschiedenen Demenzformen.....	7
Abbildung 2: Gliederung der Synthese	32
Abbildung 3: Evidencelevel nach Polit& Beck (2008).....	72
Abbildung 4: Levels of Evidence des Oxford Centre of Evidence Based Medicine	73
Abbildung 5 Grades of Recommendation nach CEBM	74

10 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Stadien der Demenz	9
Tabelle 2: Die unterschiedlichen Formen der Gewalt	12
Tabelle 3: Suchstrategien.....	19
Tabelle 4: Abuse of vulnerable people with dementia by their carers:can we identify those most at risk? (Cooney, Howard, & Lawlor, 2006)	20
Tabelle 5: A systematic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia (Claudia Cooper, Valamurali, Selwood, & Livingston, 2007)	21
Tabelle 6: Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: prevalence, correlates and validation of instruments (C. Cooper, Manela, Katona, & Livingston, 2008)	22
Tabelle 7: The determinants of family carers' abusive behaviour to people with dementia: Results of the CARD study (C. Cooper, Selwood, et al., 2010)	23
Tabelle 8: Family carer`s distress and abusive behaviour: longitudinal study (C. Cooper, Blanchard, Selwood, Walker, & Livingston, 2010)	24
Tabelle 9: A DBT Skills Training Group for Family Caregivers of Persons With Dementia (Drossel, Fisher, & Mercer, 2011).....	25
Tabelle 10: Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STRategies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia:pragmatic randomised controlled trial (Livingston et al., 2013)	26
Tabelle 11: Systematic review of the effect of psychological interventions of family caregivers of people with dementia (Claudia Cooper et al., 2007)	27
Tabelle 12: What would help me stop abusing? The family carer`s perspective (Selwood, Cooper, Owens, Blanchard, & Livingston, 2009).....	28
Tabelle 13: Verbal mistreatment in older adults: A look at persons with alzheimer's disease and their caregivers in the state of florida (Vande Weerd & Paveza, 2006)	29
Tabelle 14: Physical Mistreatment in Persons with Alzheimer`s Disease (Vande Weerd, Paveza, Walsh, & Corvin, 2013)	30

Tabelle 15: Screeing for Abuse and Neglect of People with Dementia (Wiglesworth et al., 2010)	31
Tabelle 16: Einfluss von Faktoren der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger auf die Gewalt. Legende: +=positive Korrelation, - = negative Korrelation, 0=kein Zusammenhang, Korrelationen wurden tlw. auch in die andere Richtung untersucht, werden aber in der Tabelle zusammenfassend dargestellt.....	35
Tabelle 17: Einfluss von Faktoren der pflegenden Angehörigen auf die Gewalt. Legende: +=positive Korrelation, - = negative Korrelation, 0=kein Zusammenhang. Korrelationen wurden tlw. auch in die andere Richtung untersucht, werden aber in der Tabelle zusammenfassend dargestellt.....	39
Tabelle 18: Einfluss von Faktoren der Interaktion auf die Gewalt. Legende: +=positive Korrelation, - = negative Korrelation, 0=kein Zusammenhang. Korrelationen wurden tlw. auch in die andere Richtung untersucht, werden aber in der Tabelle zusammenfassend dargestellt.	41
Tabelle 19: MCTS, wie sie in Cooper et al. (2008) in Textform beschrieben wird.	74

11 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BDI	
Beck Depression Inventory	20
BMT	
Behaviour Management Techniques	21
CBT	
Cognitive Behavioural Therapy (Kognitive Verhaltenstherapie)	21
CES-D	
Center for Epidemiological Studies Depression Scale	25
COPE	
The Brief Coping Orientation to Problem Experience Scale	22
CS	
Copingstrategien	27
CTS2	
Revised Conflict Tactic Scale	31
DBT	
Dialektisch-Behaviourale Therapie	25
DON-R	
Determination of Need Scale-Revised	29
EL	
Evidenzelevel	21
gBMT	
Gruppen-BMT	27
gCS	
Gruppen zu Copingstrategien	27
GHQ-30	
General Health Questionnaire	20
GR	
Grade of Recommendation	21
HADS	
Hospital Anxiety and Depression Scale	22
HSQ-12	
Health Status Questionnaire 12	22

iBMT	
Einzel-BMT	27
iCS	
individuell durchgeführte Copingstrategien	27
LOE	
Level of Evidence	27
MCTS	
Modified Conflict Tactic Scale	22
MDS-A	
Minimum Data Set Abuse Screen	22
MMSE	
Mini Mental State Examination	8
NPI	
Neuro-Psychiatric Inventory	22
NSSS	
der Norbeck Social Support Scale	29
QoL-AD	
Quality of Life-Alzheimer's Disease Scale	22
RCT	
Randomised Controlled Trial	21
SF-36	
Medical outcome studies short-form 36-item health survey	25
WHO	
World Health Organisation	5
WoC-R	
Ways of Coping Checklist – Revised	25

12 ANHANG

12.1 Glossar

1. **Apraxie:** „ Bei der Apraxie ist der zielgerichtete Gebrauch von Werkzeugen oder des Körpers(z.B. zu mimischen oder gestischen Zwecken) gestört; sie tritt in der Regel nach Schäden der sprachlich dominanten, also meist der linken Hirnhälfte auf. (...) Hier sind Handlungsfolgen gestört, die den richtigen Gebrauch von Gegenständen betreffen: z.B. das Brot wird mit der Gabel bestrichen. Beim Kaffeekochen werden die benötigten Gegenstände falsch (...) oder in der falschen Reihenfolge benutzt; oft mit Kommentaren wie „Ich glaube, das ist nicht richtig!““(Bonse, 2010, p. 167)
2. **Cognitive Behavioural Therapy: Kognitive Verhaltenstherapie:** Im Zentrum dieser Therapieform stehen die Kognitionen. Es wird davon ausgegangen, dass unsere Art, zu denken, bestimmt, wie wir uns fühlen und verhalten. Schwerpunkte der Therapie liegen darauf, sich der Kognitionen (Bewertung einer Situation) und der durch diese ausgelösten emotionalen Bewertung bewusst zu werden. Negative Kognitionen sollen modifiziert werden, wodurch die emotionale Reaktion und das darauf folgende Verhalten verbessert werden soll. (Batra, Wassermann, & Buchkremer, 2013)
3. **Dialektisch-Behaviourale Therapie:** Hierbei handelt es sich um eine Therapieform, die ursprünglich zur Behandlung von chronisch suizidalen Personen entwickelt wurde. Hauptsächlich wird die Therapie zur Behandlung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung verwendet. DBT wurde ausserdem auf verschiedene Populationen angepasst: Menschen mit Binge-Eating, Abhängigkeitsproblematik, suizidale Jugendliche und depressive ältere Menschen. DBT geht davon aus, dass Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung einen Mangel an wichtigen interpersonellen und selbst-regulierenden Skills haben. Die Distress-Toleranz soll gefördert werden und das Schwarz-Weiss-Denken, sowie dysfunktionales Coping verändert werden. Die Therapie basiert auf Validation und Akzeptanz der Klientinnen und Klienten aber gleichzeitig auf der Absicht, ihnen dabei zu helfen, sich zu verändern. Der Fokus richtet sich darauf, die Klientinnen und Klienten zu stabilisieren und Verhaltenskontrolle zu erreichen, um suizidale und parasuizidale Handlungen zu vermeiden.(Dimeff & Linehan, 2001)

4. **Informed consent:** „Informierte Zustimmung. Die freiwillige Einwilligung oder Zustimmung zu einer medizinischen/pflegerischen Intervention aufgrund erhaltener Information. Entscheidungsfähig ist der Betroffene dann, wenn die Information ausreichend und das Verständnis adäquat ist.“ (Billaud et al., 2011, p. 38)
5. **Kortikal:** Die Hirnrinde, den Kortex betreffend (Prinz, 2014)
6. **Prädiktor:** „zur Vorhersage eines Merkmals herangezogene Variable“ (Scholze-Stubenrecht, 2014)
7. **Reziprok:** „wechselseitig, gegenseitig [erfolgend], aufeinander bezüglich“ (Scholze-Stubenrecht, 2014)
8. **Score (Psychologie):** Zahlenwert, Messwert, z.B. eines Tests (Scholze-Stubenrecht, 2014)
9. **Systemisch (bildungssprachlich, Fachsprache):** ein bestimmtes System (als Ganzes) betreffend (Scholze-Stubenrecht, 2014). In dieser Arbeit die Familie als System beschreibend.

12.2 Diverse Anhänge

12.2.1 Evidenzlevel nach Polit& Beck

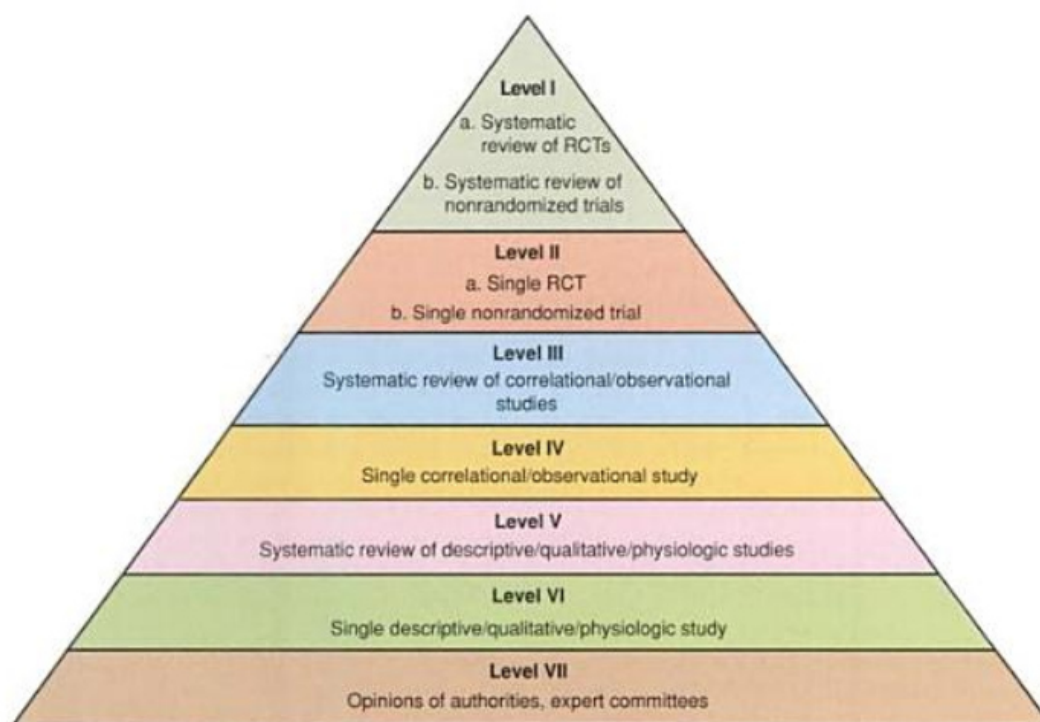


Abbildung 3: Evidencelevel nach Polit& Beck (2008)

12.2.2 Evidencelevel nach CEBM

Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 Levels of Evidence

Question	Step 1 (Level 1*)	Step 2 (Level 2*)	Step 3 (Level 3*)	Step 4 (Level 4*)	Step 5 (Level 5)
How common is the problem?	Local and current random sample surveys (or censuses)	Systematic review of surveys that allow matching to local circumstances**	Local non-random sample**	Case-series**	n/a
Is this diagnostic or monitoring test accurate? (Diagnosis)	Systematic review of cross sectional studies with consistently applied reference standard and blinding	Individual cross sectional studies with consistently applied reference standard and blinding	Non-consecutive studies, or studies without consistently applied reference standards**	Case-control studies, or "poor or non-independent reference standard**	Mechanism-based reasoning
What will happen if we do not add a therapy? (Prognosis)	Systematic review of inception cohort studies	Inception cohort studies	Cohort study or control arm of randomized trial*	Case-series or case-control studies, or poor quality prognostic cohort study**	n/a
Does this intervention help? (Treatment Benefits)	Systematic review of randomized trials or <i>n</i> -of-1 trials	Randomized trial or observational study with dramatic effect	Non-randomized controlled cohort/follow-up study**	Case-series, case-control studies, or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning
What are the COMMON harms? (Treatment Harms)	Systematic review of randomized trials, systematic review of nested case-control studies, <i>n</i> -of-1 trial with the patient you are raising the question about, or observational study with dramatic effect	Individual randomized trial or (exceptionally) observational study with dramatic effect	Non-randomized controlled cohort/follow-up study (post-marketing surveillance) provided there are sufficient numbers to rule out a common harm. (For long-term harms the duration of follow-up must be sufficient.)**	Case-series, case-control, or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning
What are the RARE harms? (Treatment Harms)	Systematic review of randomized trials or <i>n</i> -of-1 trial	Randomized trial or (exceptionally) observational study with dramatic effect			
Is this (early detection) test worthwhile? (Screening)	Systematic review of randomized trials	Randomized trial	Non-randomized controlled cohort/follow-up study**	Case-series, case-control, or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning

* Level may be graded down on the basis of study quality, imprecision, indirectness (study PICO does not match questions PICO), because of inconsistency between studies, or because the absolute effect size is very small; Level may be graded up if there is a large or very large effect size.

** As always, a systematic review is generally better than an individual study.

Abbildung 4: Levels of Evidence des Oxford Centre of Evidence Based Medicine

12.2.3 Grades of Recommendation nach CEBM

A	consistent level 1 studies
B	consistent level 2 or 3 studies <i>or</i> extrapolations from level 1 studies
C	level 4 studies <i>or</i> extrapolations from level 2 or 3 studies
D	level 5 evidence <i>or</i> troublingly inconsistent or inconclusive studies of any level

"Extrapolations" are where data is used in a situation that has potentially clinically important differences than the original study situation.

Abbildung 5 Grades of Recommendation nach CEBM

12.2.4 MCTS

Tabelle 19: MCTS, wie sie in Cooper et al. (2008) in Textform beschrieben wird.

Häufigkeit der verwendeten missbräuchlichen Verhaltensweisen	0 (Nie)	1	2	3	4 (Immer)
Den Pflegeempfänger(PE) angeschrien					
Den PE in barschem Ton angesprochen					
Geflucht					
Den PE beschimpft					
Dem PE mit der Einweisung ins Pflegeheim, mit Gewalt gedroht					
Angst davor gehabt, dem PE weh zu tun					
Dem PE Essen vorenthalten					
Den PE geschlagen					
Den PE geohrfeigt					
Den PE geschüttelt oder sonst grob behandelt					

13 SELBSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

Die Unterzeichnenden erklären hiermit an Eides statt,

- die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Anwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst zu haben;
- sämtliche Quellen, wörtlich oder sinngemäss übernommene Texte, Grafiken und/oder Gedanken ausnahmslos als solche kenntlich gemacht und sie gemäss dem Leitfaden für schriftliche Arbeiten im Fachbereich Gesundheit“ zitiert zu haben;
- Arbeiten in gleicher oder ähnlicher Form oder in Teilen nicht schon an einer anderen Bildungsinstitution eingereicht zu haben.



Die Unterzeichnenden sind sich bewusst, dass die Erstellung und Abgabe eines Plagiats ein schweres akademisches Fehlverhalten ist, das Sanktionen bis zum nachträglichen Entzug des erworbenen akademischen Titels nach sich zieht.

Titel der Arbeit: Gewalt an Demenzkranken durch pflegende Angehörige –
Beeinflussende Faktoren und pflegerische
Interventionsmöglichkeiten

Namen, Vornamen, Hofmann, Melanie, 11-646-965
Matrikelnummern: Stähli, Cornelia Jasmin, 11-645-280

Ort, Datum Bern, 15.08.2014

Unterschrift

.....  

14 EINWILLIGUNG ZUR AUSLEIHE

Die Verfasserinnen:

Hofmann, Melanie & Stähli Cornelia Jasmin

sind einverstanden, dass die vorliegende Arbeit ausgeliehen werden darf.

Ort und Datum:

Bern, 15.08.2014

Unterschrift der Verfasserinnen:

..... 