



Vjenka Garms-Homolová
Uwe Flick (Hrsg.)

Schlafstörungen im Alter

Risikofaktoren und Anforderungen
an Behandlung und Pflege

Schlafstörungen im Alter

Organisation und Medizin

Schlafstörungen im Alter

hrsg. von Prof. Dr. Vjenka Garms-Homolová
und Prof. Dr. Uwe Flick

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Hans-Wolfgang Hoefert, Prof. Dr. Uwe Flick,
Prof. Dr. Dr. Martin Härter

Schlafstörungen im Alter

Risikofaktoren und Anforderungen
an Behandlung und Pflege

herausgegeben von

Vjenka Garms-Homolová
und Uwe Flick

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD
PRAG · TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM
KOPENHAGEN · STOCKHOLM · FLORENZ

Prof. Dr. phil. Vjenka Garms-Homolová, geb. 1944. Emeritierte Professorin für Gesundheits- und Pflegemanagement an der Alice Salomon Hochschule in Berlin und Honorarprofessorin an der Technischen Universität Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Versorgung chronisch kranker alter Menschen, Pflegequalität, Entwicklung und Anwendung standardisierter Assessments für verschiedene Settings.

Prof. Dr. phil. Uwe Flick, geb. 1956. Professor für Qualitative Forschung an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Vulnerabilität und Versorgung, qualitative Methoden, Gesundheit im Alter, Jugendobdachlosigkeit.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

© 2013 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto · Boston
Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm · Florenz
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Satz: Beate Hautsch, Göttingen
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2277-0

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Vorwort der Reihenherausgeber

Die Buchreihe „Organisation und Medizin“ beschäftigt sich seit jeher mit Fragen der Versorgung von Patienten und Krankheit, die über das ärztliche Handeln im engeren Sinne hinausweisen. Dazu will sie die Rahmenbedingungen, unter denen Krankheit entsteht, genauer als bisher in den Blick nehmen, um die Komplexität von Krankheitsentstehung und Genesung und ihrer Behandlung durch Institutionen besser verstehen zu können. Die Reihe will Fragen von Organisation und Medizin in weitere Kontexte der Versorgung durch unterschiedliche Disziplinen einbetten und auf ihre Konsequenzen für die Gestaltung von Versorgung in Institutionen des Gesundheitssystems beleuchten.

Insbesondere das Alter gewinnt dabei besondere Relevanz als Thema, vor allem im Kontext von ambulanter und mehr noch von stationärer Pflege. Fragen der pflegerischen Versorgung als wesentlicher Bestandteil des organisatorischen Umfelds ärztlichen Handelns sind schon länger ein Thema der Reihe. Bisherige Bände haben sich beispielsweise der ganzheitlichen Pflege (Büssing, 1997) oder der Arbeitsbelastung in der Altenpflege (Zimmer & Weyerer, 1999) gewidmet. Alter und Multimorbidität ist das Thema eines weiteren Bandes der Reihe (Kuhlmeiy & Tesch-Römer, 2013).

Die medizinische und pflegerische Versorgung von Bewohnern in Pflegeheimen ist mit einem Bündel von Problemen konfrontiert, die auf den ersten Blick Begleiterscheinungen oder Folgen von Krankheit und Multimorbidität sein können aber auch als vermeintlich „normaler“ Bestandteil des Alterns gesehen werden. Schlafstörungen sind ein solches Problem. Sie haben für die Betroffenen unangenehme Folgen (wer schlecht schläft, ist am Tag nicht fit), sie bringen aber auch organisatorische Probleme für das Personal und die Institutionen mit sich (Bewohner, die nicht schlafen, müssen auch nachts betreut werden, wandern durch die Institution und stürzen dabei möglicherweise). Generell betrachtet sind Schlafstörungen von Bewohnern ein häufig vernachlässigtes und vom Personal zu wenig beachtetes Problem. Dabei sind sie häufig eine Begleiterscheinung von Krankheit und Multimorbidität und gleichzeitig ein Risiko für Gesundheit und Wohlbefinden. Möglichkeiten der Intervention bewegen sich im Spannungsfeld der medikamentösen Behandlung von Schlafstörungen und der Aktivierung der Bewohner im Alltag des Pflegeheims, um die Voraussetzung für den Schlaf in der Nacht zu verbessern oder erst zu schaffen.

Was kennzeichnet Schlafstörungen bei alten Menschen generell und bei Pflegeheimbewohnern? Welche Formen sind zu unterscheiden und wie häufig treten sie auf? Wie sehen Angehörige von Pflegeheimbewohnern dieses Problem? Inwieweit wird das Auftreten von Schlafstörungen auch von den organisatorischen Bedingungen des Heimalltags mit bedingt? In welchem Zusammenhang stehen Schlafstörungen mit spezifischen Krankheitsbildern? Welche Behandlungsmöglichkeiten stehen zur Verfügung, welche werden eingesetzt und welche Einstellungen gegenüber den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten lassen sich bei Ärzten und Pflegekräften finden?

Solchen Fragen widmet sich das vorliegende Buch auf der Basis systematischer Literaturüberblicke, vor allem aber anhand empirischer Studien, die in Pflegeheimen durchgeführt wurden. Dabei werden mehrere Perspektiven eingenommen. Die Relevanz von Schlafstörungen und deren Zusammenhänge mit Erkrankungen werden anhand von Routine-Assessments untersucht. Interviews mit dem Personal und Angehörigen zeigen, welches Wissen über das Phänomen und seine Behandlungsmöglichkeiten im professionellen Alltag vorhanden ist. Welche Medikamente in welchem Umfang in der Behandlung eingesetzt werden, wird anhand von Verschreibungsdaten einer Krankenkasse analysiert. Dabei entsteht ein vielschichtiges Bild eines komplexen Phänomens. Es zeigt sich, dass Schlafstörungen im Alter und im Pflegeheim keineswegs eine natürliche und unvermeidliche Begleiterscheinung von Älterwerden, Kranksein und der Institution Pflegeheim darstellen, für die es keine Alternative zur Verschreibung von Schlaftabletten gibt. Vielmehr handelt es sich um ein Problem, das vielfältige, auch organisatorische Herausforderungen für die Versorgung mit sich bringt – hinsichtlich der Gestaltung des Alltags der Bewohner, der pflegerischen und ärztlichen Versorgung im Pflegeheim. Entsprechend schließt der Band mit einer Reihe von Vorschlägen für die Prävention und das Management von Schlafstörungen in der stationären Langzeitpflege, die sich aus den vorgestellten Untersuchungen ergeben und auf unterschiedlichen Ebenen des pflegerischen, medizinischen und organisatorischen Umgangs damit ansetzen. Es bleibt zu hoffen, dass diese Anregungen zu einer Verbesserung des Umgangs mit Schlafstörungen in der Praxis beitragen.

Für die Reihenherausgeber
Prof. Dr. Uwe Flick

Literatur

- Büssing, A. (Hrsg.). (1997). *Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege – Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Kuhlmey, A. & Tesch-Römer, C. (Hrsg.). (2013). *Autonomie trotz Multimorbidität*. Göttingen: Hogrefe.
- Zimber, A. & Weyerer, S. (Hrsg.). (1999). *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Inhalt

Einführung: Schlaf und Schlafstörungen im Alter im Blickfeld der Forschung <i>Vjenka Garms-Homolová und Uwe Flick</i>	9
Epidemiologie von Schlafstörungen im Alter <i>Vjenka Garms-Homolová und Katrin Theiss</i>	23
Schlafstörungen als Begleiterscheinung von Krankheit und Multimorbidität im Alter <i>Vjenka Garms-Homolová, Joachim Kuck und Katrin Theiss</i>	55
Schlafstörungen als Risiko für Gesundheit und Wohlbefinden <i>Vjenka Garms-Homolová und Katrin Theiss</i>	85
Handlungsmöglichkeiten von Pflegenden bei Schlafstörungen im Heim <i>Uwe Flick und Gundula Röhsch</i>	105
Medikamentöse Behandlung von älteren Menschen mit Schlafstörungen <i>Joachim Kuck</i>	123
Einstellung des Pflegepersonals zur medikamentösen Behandlung von Schlafstörungen <i>Uwe Flick und Gundula Röhsch</i>	145
Aktivierung und Mobilisierung von Menschen mit Schlafstörungen <i>Vjenka Garms-Homolová und Katrin Theiss</i>	163
Nichtmedikamentöse Maßnahmen gegen Schlafstörungen aus der Sicht von Ärzten <i>Uwe Flick und Gundula Röhsch</i>	181
Mikroumwelt Heim und ihr Einfluss auf den Schlaf von Bewohnern <i>Silke Migala</i>	197
Schlafstörungen aus Sicht der Angehörigen von Pflegeheimbewohnern <i>Uwe Flick und Gundula Röhsch</i>	213
Prävention und Management von Schlafstörungen in der stationären Langzeitpflege <i>Vjenka Garms-Homolová und Uwe Flick</i>	225
Die Autorinnen und Autoren des Bandes	245
Stichwortverzeichnis	247

Einführung: Schlaf und Schlafstörungen im Alter im Blickfeld der Forschung

Vjenka Garms-Homolová und Uwe Flick

1 Hintergrund

Die Vorstellung, dass alte Menschen schlecht schlafen, tagsüber meist dösen, nachts herumgeistern, über Einschlafschwierigkeiten klagen und dass man dagegen nichts unternehmen kann, gehört zu den Elementen, aus denen sich die heutigen noch überwiegend negativen Altersbilder zusammensetzen. Das sind die Bilder, welche die verschiedenen Verluste und Pathologien zu genuinen Merkmalen alter Menschen stilisieren. Kliniker und Forscher wissen jedoch seit langem, dass Schlaf-Wach-Probleme, auch wenn sie im Alter häufig auftreten, nicht die natürlichen Folgen des Alterungsprozesses sind, sondern durch Krankheiten, zum großen Teil auch durch schlechte Schlafbedingungen und generell falsche Einstellungen zu Schlafstörungen, die sich sowohl bei den Betroffenen als auch bei den sie behandelnden und pflegenden Professionellen festgesetzt haben, verursacht werden. Bekannt ist auch, dass Schlafstörungen im Alter offensichtlich nicht harmlos sind und dass die Meinung, alles am besten so zu lassen wie es ist, viele negative Folgen für die Gesundheit und Lebensqualität alter Menschen hat.

Selbstverständlich soll nicht die Tatsache vernachlässigt werden, dass sich der Schlaf, seine Qualität und Quantität im Verlauf des Lebens verändern. Bis zum höheren und hohen Alter wandelt sich die gesamte „Architektur“ des Schlafs (Avidan, 2002): Der nächtliche Schlaf wird insgesamt kürzer und fragmentierter, seine Effizienz nimmt ab. Ältere und Alte brauchen meist länger als jüngere Menschen, um einzuschlafen und auch, um in den Tiefschlaf zu fallen, sie wachen früh auf und neigen zu wiederholten Nickerchen zwischendurch, während der Tageszeit. Solche „Nickerchen“, bei denen normalerweise schnell eingeschlafen wird, haben eine Prävalenz von 25 bis 80 %, sollen jedoch bei gesunden alten Personen 15 % der Tageszeit nicht übersteigen (Avidan, 2005).

Der menschliche Schlaf besteht aus einem Zyklus von Schlafphasen, die sich periodisch etwa alle 90 bis 110 Minuten wiederholen. Es werden zwei Arten von Schlaf unterschieden: der REM-Schlaf (der seinen Namen von schnellen Augenbewegungen – Rapid-Eye-Movement – erhalten hat) und der Non-REM-Schlaf (oft auch als SEM-Schlaf bezeichnet, für Slow Eye Movement). Anhand elektrophysiologischer Messungen lassen sich fünf Stadien mit unterschiedlicher Schlafentiefe identifizieren: Die ersten vier gehören zum Non-REM-Schlaf, das fünfte Stadium ist der REM-Schlaf. Stadium I ist das des Einschlafens. Es ist gekennzeichnet durch Nachlassen der Muskelspannung, langsame, rollende Augenbewegungen, kurze Aufwachabschnitte und gelegentliche Zuckungen (Bewegungsartefakte). Mit einem Elektroenzephalografen (EEG) werden dabei Alphawellen registriert, die anschließend in Betawellen übergehen. Im

Stadium II werden Beta- und Sigmawellen gemessen. Dieses Stadium zeichnet sich durch das Ausschalten der Bewusstseinskontrolle, Nachlassen der Augenbewegungen und ebenso der zuckenden Bewegungen aus. Mit Stadium III beginnt sich der Schlaf zu vertiefen und entsprechend wird im EEG die Delta-Aktivität registriert. Danach setzt mit dem Stadium IV für 30 bis 60 Minuten der „richtige“ Tiefschlaf ein. Im Stadium V findet der REM-Schlaf, oft auch „Traumschlaf“ genannt, statt, weil nur in diesem Abschnitt intensiv geträumt wird. Dabei erhöhen sich die physiologischen Parameter (Herz- und Atemfrequenz, Muskelspannung und die Geschwindigkeit der Augenbewegungen). Die Abfolge der Stadien I bis V wiederholt sich mehrmals – etwa fünfmal – pro Nacht, jedoch verkürzen sich die Tiefschlafstadien bei jeder Wiederholung. Dafür verlängern sich die REM-Stadien.

Das ist im höheren und hohen Alter zunehmend anders. Charakteristisch sind eine Verflachung der Deltawellen und Verringerung des Tiefschlafanteils. Die Dauer des REM-Schlafs verlängert sich nicht von Schlafzyklus zu Schlafzyklus wie bei Jüngeren, sondern bleibt konstant, wobei sich insgesamt der REM-Schlaf verkürzt. Die Zeit des Leichtschlafs verlängert sich, sodass es länger dauert, bis die Tiefschlafphase erreicht wird (verlängerte Latenzphase). Es braucht also eine längere Zeit, bis ein älterer Mensch richtig eingeschlafen ist, und während dieser Zeit kann er immer wieder kurz wach werden. Dieser Prozess wird WASO (Wake-After-Sleep-Onset) genannt (Avidan, 2002).

Veränderungen dieser Art bedeuten jedoch nicht, dass alte Menschen generell schlecht schlafen und dass sie weit weniger Schlaf brauchen als jüngere Menschen. Ein guter Schlaf ist im Alter das Zeichen guter Gesundheit und körperlicher wie geistiger Fitness (National Sleep Foundation, 2003). Schlechter Schlaf ist assoziiert mit depressiver Stimmung und mit Komorbiditäten (Gentili, Weiner, Kuchibhatil & Edinger, 1997) oder Ausdruck eines problematischen Lebensstils (Jefferson et al., 2005). Die vielfältigen Schlafstörungen lassen sich bei einer sorgfältigen Betrachtung oder mit einer qualifizierten Diagnostik sehr wohl von den normalen, physiologischen Altersveränderungen unterscheiden. Doch während langsam erkannt wird, dass Schlafstörungen bei jüngeren und mittelalten Erwachsenen zu großen gesundheitlichen Problemen (Beispiel: Unfälle) und volkswirtschaftlichen Verlusten (Beispiele: Fehltag am Arbeitsplatz, Medikamentenkonsum) führen (Walsh, 2004), und dass deshalb deren Prävention und Behandlung eine gesundheitspolitische Priorität erhalten müssten, bleiben Schlafstörungen im Alter (noch) meist unberücksichtigt. Das gilt auch für die Forschung, wo dieses Thema bislang vergleichsweise wenig Beachtung findet. Nur wenige Untersuchungen befassen sich mit Schlafstörungen von Höchstbetagten, von Menschen mit Pflegebedarf und von Pflegeheimbewohnern (Voyer, Verreault, Mengue & Morin, 2006; Theiss, Garms-Homolová & Flick, 2010).

In diesem Buch stehen die hochbetagten Menschen im Zentrum. Es soll eine Übersicht des vorhandenen Forschungswissens präsentieren und darüber hinaus viele der existierenden Wissenslücken mithilfe neu gewonnener Forschungsergebnisse schließen. Auf der einen Seite werden epidemiologische Grundlagen dargestellt: Wie weit sind Schlafprobleme bei sehr alten Menschen, zumal den mehrfach Erkrankten, in

stationären Einrichtungen der Langzeitpflege verbreitet? Welche Formen von Schlafstörungen finden sich häufig und welche Konsequenzen haben sie für die betroffenen Individuen? Wer ist überhaupt gefährdet und/oder tatsächlich betroffen? Welche Gesundheits- und Pflegerisiken ziehen Schlafstörungen hochbetagter Heimbewohner nach sich? Antworten auf diese Fragen werden in den folgenden drei Beiträgen gegeben. Auf der anderen Seite geht es nach dieser Grundlagenzusammenschau um die Handhabung von Schlafstörungen im professionellen Kontext der Langzeitpflegeinstitutionen. Im Fokus stehen die verschiedenen Strategien der Behandlung und Pflege für die unter Schlafstörungen leidenden Personen. Zu diesen Strategien gehört sowohl die Verordnung von Medikamenten gegen den Schlafmangel und insgesamt das Verhalten von Ärzten gegenüber den Betroffenen (vgl. die entsprechenden Beiträge von Kuck sowie von Flick und Röhnsch), als auch die Kompetenz der Pflegenden im Umgang mit Schlafstörungen ihrer Klienten (Beiträge von Flick und Röhnsch zu den Handlungsmöglichkeiten der Pflegenden sowie zur Einstellung des Pflegepersonals). Jedoch werden auch die Häufigkeit und das Ausmaß der konkret erbrachten Therapien und pflegerischen Maßnahmen gegen Schlafstörungen (Beitrag von Garms-Homolová und Theiss zur Aktivierung und Mobilisierung) und sogar institutionelle Bedingungen und die Mikroumwelt Heim untersucht (Beitrag von Migala); denn von diesen hängt – wie wir zeigen wollen – die Qualität des Schlafs stationär untergebrachter Menschen maßgeblich ab. Da Schlafprobleme unter dem Verdacht stehen, das Risiko der Institutionalisierung zu erhöhen, wird auch diese Eventualität geprüft: unter Rückgriff auf Berichte von Angehörigen der Heimbewohner (vgl. den entsprechenden Beitrag von Flick & Röhnsch).

Alle diese Beiträge befassen sich dementsprechend mit der gegenwärtigen Situation. Dabei wird jedes Thema mit einer kurzen Zusammenschau des vorliegenden Forschungsstandes eingeleitet, dem die eigenen Analysen und Ergebnisse der Verfasserinnen und Verfasser folgen. Im Prinzip hat das Buch zwei Teile: einen epidemiologischen Teil mit einer Bestandsaufnahme der Häufigkeit und Distribution von Schlafstörungen und Risiken in der Heimpopulation und einen zweiten Teil, in dem die verschiedenen Bemühungen um das Management von Schlafstörungen dargestellt werden. Die Resultate beider Ansätze erfahren im abschließenden Beitrag des Buches eine Bewertung, zu der auch die anstehenden Aufgaben für die Praxis und Forschung gehören.

2 Empirische Basis dieses Buches

Dieses Buch, das so viele Betrachtungsperspektiven verbindet, ist anspruchsvoll. Sein primäres Ziel ist die Erweiterung der epidemiologischen Datenlage. Gleichzeitig sollten aber auch die Versorgung und Pflege, die Personen mit Schlafstörungen in stationären Pflegeeinrichtungen zuteilwerden, beleuchtet werden, um Anhaltspunkte zu finden, wie diese Praxis verbessert werden könnte. Die Aussagen stammen aus der Studie „*Interrelation of Sleep DisOrders and Multimorbidity in Nursing Institutions for the Aged*“ (Insomnia I). Die Insomnia-Studie erforderte verschiedene Methoden,

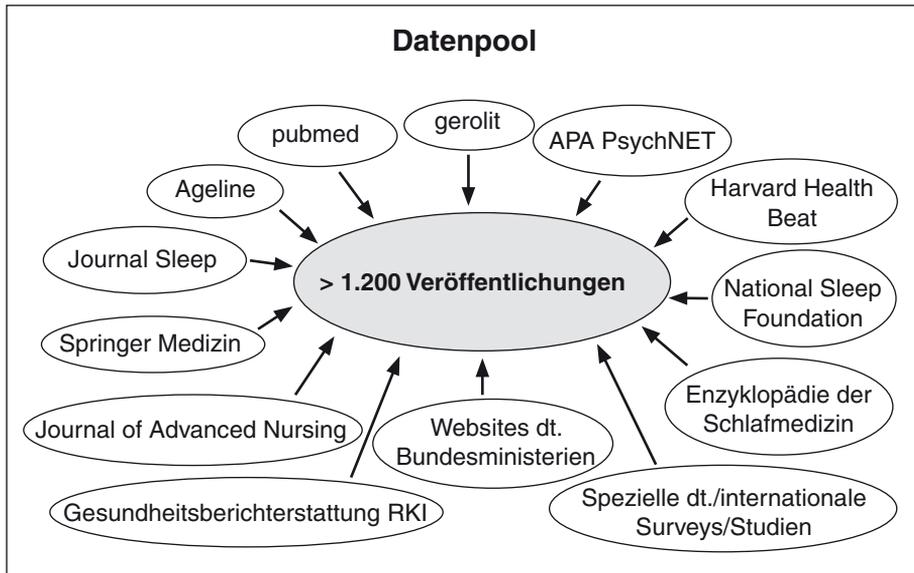
die einerseits aus dem Repertoire der epidemiologischen Forschung und der Versorgungsforschung stammen. Andererseits wurden die in der Sozialwissenschaft gebräuchlichen qualitativen Methoden (episodische Interviews und Experteninterviews) eingesetzt, die geeignet sind, sowohl die Felder zu explorieren, die forschungsmäßig noch wenig erschlossen sind, als auch unter die Oberfläche der sozial erwünschten Angaben beruflich Pflegender und Behandelnder vorzudringen. Die methodischen Schritte werden in den nachfolgenden Absätzen allgemein beschrieben. In einzelnen Beiträgen des Bandes finden sich noch weitere methodische Details, die sich jeweils auf die Thematik beziehen, die dort konkret abgehandelt wird.

2.1 Literaturanalyse

Die *Insomnia-Studie* begann mit einer Literaturanalyse. Zu diesem Zweck wurde eine umfassende Literaturrecherche in gängigen Datenbanken wie pubmed, dimdi, gerolit und weiteren durchgeführt (vgl. Abb. 1). Insgesamt wurden Abstracts von rund 1.200 Veröffentlichungen zum Vorkommen und zur Verbreitung von Schlafstörungen gesichtet. Zusätzlich wurden einschlägige Webpräsenzen systematisch abgesucht, beispielsweise der National Sleep Foundation in den USA oder des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, wo die MUG-Untersuchungen¹ und Materialien zu Altenberichten zu finden sind (Schneekloth & Wahl, 2005, 2007, 2008; Schneekloth, 2006). Dazu kamen nationale und internationale Surveys (Alterssurvey vom Deutschen Zentrum für Altersfragen, 2002; Sleep Heart Health Study, vgl. Resnick et al., 2003; Shahar et al., 2001). Auch Online-Journals (z. B. die Zeitschrift „Sleep“) und Fachbibliotheken sowie Standardwerke (z. B. Enzyklopädie der Schlafmedizin, vgl. Peter, Petzel & Peter, 2007) wurden genutzt. Besonders der aktuelle Forschungsstand wurde durch den regelmäßigen Check verschiedener relevanter Newsletters (z. B. Harvard Health Beat, Springer Medizin Update Neurologie/Psychiatrie) erweitert. Einen Überblick über den so gewonnenen Datenpool zeigt Abbildung 1.

Bei der Analyse wurde auf definierte Subpopulationen fokussiert: zum einen auf ältere und alte Menschen ganz allgemein, zum anderen auf die Gruppe der Pflegeheimbewohner. Ein Schwerpunkt lag in der systematischen Untersuchung von Schlafstörungen bei Personen mit mehrfachen Erkrankungen und alterstypischen Gesundheitsrisiken (Mortalität, Sturz, Delir, Kontinenz, Ernährungsstatus, Hydratation etc.). Ein weiterer Schwerpunkt waren die Auswirkungen von Schlafstörungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und das Sozialverhalten. Ergänzend wurden auch Zusammenhänge zwischen Schlafstörungen und bestimmten Ernährungszuständen (Mangelernährung, Adipositas, Dehydratation) betrachtet. Fokussiert wurde auch auf die nichtmedikamentösen Therapiemöglichkeiten für Schlafstörungen und auf die schlafhygienischen Maßnahmen. Schließlich wurden Veröffentlichungen zu externen Faktoren (Lärm, Licht, Pflegeorganisation) analysiert.

¹ MUG ist eine Abkürzung für periodische Surveys mit dem Titel „Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung“, die abwechselnd in stationären Pflegeeinrichtungen und bei zu Hause lebenden Personen mit Pflegebedarf schon mehrmals durchgeführt wurden.

**Abbildung 1:**

Datenpool der Literaturrecherche² der Insomnia-Studie

2.2 Assessment und Medikamentendaten

Die in den nachfolgenden Beiträgen von Garms-Homolová und Theiss sowie von Garms-Homolová, Kuck und Theiss dargestellten Ergebnisse der Insomnia-Studie wurden auf der Basis von Assessmentdaten erarbeitet, die in 39 Berliner Pflegeheimen erhoben wurden. Verwendet wurde das Minimum Data Set (MDS) des Resident Assessment Instruments (RAI 2.0, Morris et al., 1995) in seiner deutschen Version (Garms-Homolová & Gilgen, 2000). Es handelt sich um ein umfassendes geriatrisches Assessment für die stationäre Langzeitpflege, das rund 320 Items zu folgenden Bereichen umfasst: Demografie, Verfügungen, Kostenträgerschaft, Kognition, kommunikative Fähigkeiten, Stimmungslage und Verhalten, Psychosoziales Wohlbefinden, „activities of daily living“ (ADL) und körperliche Funktionsfähigkeit, Kontinenz, Krankheitsdiagnosen (auf der Grundlage pflegerischer Beobachtung und ärztlicher Untersuchung), Gesundheitszustand/Gesundheitsprobleme, Ernährungsstatus, Mund-/Zahnstatus, Hautstatus, Beschäftigungsmuster, Medikation, Pflege und Therapien. Das Instrument ist voll strukturiert und standardisiert und wird weltweit in über 30 Ländern eingesetzt (vgl. www.interRAI.org). Die Daten wurden mittels Einschätzungen durch speziell trainierte Ärzte und Pflegemitarbeiter in drei Zeitabschnitten Oktober 2006 ($N_{2006} = 2.577$, 39 Heime), Oktober 2007 ($N_{2007} = 2.443$, 36 Heime), und Oktober 2008

² In dieser Abbildung ist die Gesundheitsberichterstattung des Bundes genannt, für die das Robert Koch Institut (RKI) federführend verantwortlich ist.

($N_{2008} = 2.484$, 36 Heime) erhoben. Nähere Angaben zur Zusammensetzung der Samples werden im nachfolgenden Beitrag (Garms-Homolová & Theiss) in den Tabellen 6 und 7 präsentiert. Von Personen mit einem längeren Verbleib bzw. einer längeren Überlebensdauer im Heim ($N = 1.385$) stehen Daten aus allen drei Erhebungswellen zur Verfügung. Von 1.461 bzw. 1.779 Personen existieren Daten aus jeweils zwei Erhebungswellen.

Tabelle 1:

Einschätzung der Repräsentativität des Samples (in %)

Merkmale	Insomnia-Sample	Veröffentlichte Statistik ¹
Frauenanteil	71,6	69,0
Anteil der Personen unter 65 Jahren	14,1	12,4 ²
Anteil der Personen im Alter von 85 und höher	45,1	44,64
<i>Pflegestufe:</i>		
– Pflegestufe I	37,7	40,69
– Pflegestufe II	39,0	39,67
– Pflegestufe III	21,0	19,63

Anmerkungen: ¹ = zum Zeitpunkt der Assessmentdurchführung; Quelle: Statistisches Bundesamt, 2008; ² = Angegeben sind dort „erwachsene Frauen“, doch gab es auch im Insomnia-Sample keine Kinder.

In Tabelle 1 werden einige Angaben über die Untersuchungspopulation der Insomnia-Studie mit der Pflegestatistik der in den stationären Einrichtungen versorgten Personen verglichen (Statistisches Bundesamt, 2008). Hiernach können Insomnia-Daten im Großen und Ganzen als repräsentativ eingeschätzt werden. Unterschiede bestehen im Anteil der „jüngeren Bewohner“ (14,1 % im Sample, aber nur 12,4 % in der Pflegestatistik). Keine Unterschiede finden sich hinsichtlich der Anteile der Hochbetagten. Differenzen gibt es in der Zuordnung zu den Pflegestufen I und III der Pflegeversicherung. Im Insomnia-Sample sind die „leichteren Fälle“ geringer und die schwersten Fälle (Pflegestufe III) stärker repräsentiert als in der Pflegestatistik.

Bei der Analyse, auf welcher der quantitative Teil des Insomnia-Projekts basiert, handelt es sich dem Charakter nach um eine Sekundäruntersuchung, da diese Daten jährlich für die Zwecke des „Berliner Projekts“³ erfasst werden. Im Rahmen des Insomnia-Vorhabens wurden die Daten mit dem Statistikprogramm SPSS 17 (DataDi-

³ Das Berliner Projekt ist eine integrierte Versorgung für Pflegeheime, die Leistungen der Pflegeversicherung mit den Krankenversicherungsleistungen verbindet (vgl. www.berlinerprojekt.de).

rect Technologies, 2007) ausgewertet. Einzelheiten über die statistischen Operationen finden sich in den einzelnen Beiträgen.

Auch die Medikamentenverordnungen wurden sekundäranalytisch ausgewertet. Die Daten über sämtliche Verordnungen verschreibungspflichtiger Medikamente wurden von der AOK Berlin-Brandenburg bezogen. Über 80 % der Probanden im Gesamtsample des Insomnia-Projekts waren bei dieser Krankenkasse versichert ($N_{2006} = 2.005$, $N_{2007} = 2.232$, $N_{2008} = 2.109$). Von diesen Bewohnern wurden die während ihres Heimaufenthaltes in den Jahren 2006 bis 2008 verordneten Medikamente untersucht. Für 1.280 Bewohner, die den ganzen Untersuchungszeitraum über in einem Pflegeheim lebten, standen die kompletten Verordnungsdaten der Jahre 2006 bis 2008 zur Verfügung. Der Datensatz enthielt Angaben zu Verordnungs- und Abgabedatum, Pharmazentralnummer, Markenname, Menge, Packungsgröße, Darreichungsform, Apothekenbruttoabgabepreis und ATC-Klassifikation⁴. Nicht enthalten waren die vom Arzt individuell verordnete Dosierung und die Indikation zur jeweiligen Verordnung. Da es sich im Original um Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkasse gehandelt hat, waren keine nichtrezeptpflichtigen (frei verkäuflichen) Arzneimittel oder privat verordneten Mittel in den Daten enthalten. Dieser Datensatz und die Assessmentdaten konnten über eine Identifikationsnummer problemlos zusammengeführt werden, sodass der Status der Verordnungsempfänger und die Medikation zusammen analysiert werden konnten.

2.3 Interviews mit Pflegenden, Ärzten und Angehörigen

Die zentrale Methode für die Untersuchungen, die in den Beiträgen von Flick und Röhnsch vorgestellt werden, stellte das episodische Interview dar – eine spezielle Art von leitfadengestützten Interviews (vgl. Flick, 2000, 2009). Diese Interviews kombinieren Aufforderungen zu Erzählungen mit stark fokussierten Fragen. Auf diese Weise werden individuelle Erfahrungen zu bestimmten Themen einerseits in Form narrativ-episodischen Wissens und andererseits in Gestalt semantischen Wissens gespeichert und erinnert. Während das narrativ-episodische Wissen erfahrungsnah ist und sich auf konkrete Situationen und Umstände bezieht, umfasst das semantische Wissen abstrahierte und verallgemeinerte Annahmen und Zusammenhänge. Damit beide Formen des Wissens erhoben werden können, müssen dem Befragten in der Interviewsituation Anreize geboten werden, konkrete Ereignisse oder Situationen zu erzählen, die für den in der Studie untersuchten Gegenstand relevant sind. Ihm sollten auch allgemeine Fragen gestellt werden, die zu abstrakteren Antworten führen und beispielsweise thematisch relevante Definitionen oder Argumentationen umfassen. Das Ziel episodischer Interviews besteht darin, den Interviewpartner zu ermutigen, seine Erfahrungen in allgemeiner oder vergleichender Form zu artikulieren und gleichzeitig die erlebten Situationen und Episoden zu beschreiben (Flick, 2009).

4 „Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem“ (ATC), vgl. hierzu den Beitrag von Kuck.

2.3.1 Interviews mit Pflegenden

Die Teilnehmer der Studie wurden in den Einrichtungen gewonnen, in denen die Assessmentdaten erhoben wurden. Der Zugang zu ihnen wurde von den Pflegedienstleitungen vermittelt, die gleich nach der Kontaktaufnahme eine umfassende Information über die Studie erhielten. Wenn die Pflegedienstleitung für ihre Einrichtung der Mitwirkung zustimmte, leitete sie die schriftlichen Unterlagen an die Pflegenden weiter, die ihre Bereitschaft zur Teilnahme mittels einer „informierten Einverständniserklärung“ bestätigen konnten. Einige Einrichtungen verweigerten jedoch die Mitwirkung an der Studie. Zu den Gründen zählten insbesondere Zeit- und Personalmangel, so dann das Misstrauen bezüglich der Verwendung der Ergebnisse.

Die Interviews fanden von Dezember 2008 bis Mai 2009 direkt in den Institutionen statt und wurden unter den räumlichen und zeitlichen Bedingungen durchgeführt, die von den 32 Befragten festgelegt wurden. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 30 und 60 Minuten. Tabelle 2 zeigt die Zusammensetzung des Samples nach Geschlecht und Qualifikation der Befragten. Gemäß der Intention der Studie sollten Mitarbeiter der wichtigsten in den Heimen arbeitenden Qualifikationsstufen bzw. Berufsgruppen berücksichtigt werden, möglichst proportional zur Zusammensetzung des Personals stationärer Einrichtungen der Langzeitpflege (Statistisches Bundesamt, 2009).

Tabelle 2:

Sample der befragten Pflegenden

Berufsgruppe	Männlich (N = 7)	Weiblich (N = 25)	Gesamt (N = 32)
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3	7	10
Gesundheits-/Krankenpflegerinnen und Gesundheits-/Krankenpfleger	1	6	7
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	1	4	5
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne formale Qualifikation in der Pflege	1	9	10

Das Alter der Befragten lag zwischen 24 und 60 Jahren. Ihre Berufsabschlüsse haben die Pflegemitarbeiter zwischen 1979 und 2005 erworben. Im Schnitt waren sie seit 8,5 Jahren in der Einrichtung tätig, in der auch das Interview stattfand. Sie begannen zwischen 1979 und 2008 dort zu arbeiten.

Alle Interviews wurden mittels eines Diktiergeräts aufgenommen und wortwörtlich transkribiert. Unmittelbar nach den Interviews wurde für jeden Gesprächspartner ein Dokumentationsbogen ausgefüllt, der soziodemografische Informationen zu den Befragten festhielt (z. B. Jahr des Berufsabschlusses, Dauer der gegenwärtigen Tätigkeit). Ebenso wurden Besonderheiten des Interviews, mögliche Störungen und Auffälligkeiten sowie Mitteilungen außerhalb der Aufnahmezeit protokolliert.

2.3.2 Interviews mit Ärzten

Auch die ärztlichen Interviewpartner wurden überwiegend in den Pflegeheimen, die an der Durchführung der Assessments beteiligt waren, gewonnen. Das war deshalb möglich, weil es sich um Pflegeheime des „Berliner Projekts“ handelte (vgl. Abschnitt 2.2). Solche Einrichtungen verfügen entweder über angestellte Ärzte oder haben Verträge mit niedergelassenen Kassenärzten, die deren Bewohnerinnen und Bewohner versorgen. Die konkrete Rekrutierung dieser Ärzte für die Studie war der Vorgehensweise bei der Gewinnung der Pflegenden ähnlich: Kontakt über das Heim, schriftliche Information, informierte Zustimmung, Befragung (im Zeitraum von März bis Oktober 2009) in der Einrichtung. Die Zielgruppe „niedergelassene Kassenärzte“ wurde primär telefonisch kontaktiert. Die Entscheidung der Ärzte, ob sie an der Studie teilnehmen werden oder nicht, war schwieriger als die des Pflegepersonals, wobei die angestellten Ärzte schneller zu einem Interview bereit waren, als die niedergelassenen Kassenärzte. Verweigerer begründeten ihre Ablehnung meistens mit Zeitmangel und „übermäßiger Beforschung“ durch Marktforschungsinstitute und Pharmaunternehmen.

Insgesamt wurden 20 Mediziner für ein durchschnittlich 45-minütiges Interview gewonnen – elf Frauen und neun Männer im Alter zwischen 36 und 68 Jahren. In Tabelle 3 finden sich Angaben zu den Fachdisziplinen der Befragten und deren Vertragsverhältnis der Pflegeinstitution. Die Interviewpartner begannen zwischen 1970 und 2000 als Ärzte zu arbeiten. Für die niedergelassenen Ärzte lag der Zeitpunkt ihrer Niederlassung zwischen 1985 und 2003. Die Dokumentation der Interviews erfolgte in der gleichen Weise wie bei den Pflegenden.

Tabelle 3:

Sample der befragten Ärzte nach Tätigkeit, Geschlecht und Art des Vertrags

Tätigkeit als	Insgesamt	Männlich	Weiblich	Angestellt im Heim	Niedergelassener Kassenarzt
Internist	9	5	4	8	1
Allgemeinmediziner	7	3	4	1	6
Praktischer Arzt	3	1	2	1	2
Psychiater	1	–	1	1	–
<i>Gesamt</i>	20	9	11	11	9

2.3.3 Interviews mit Angehörigen

Auch bei der Gewinnung von Angehörigen als Interviewpartner spielten die Pflegedienstleitungen eine wichtige Rolle. Sie verteilten eine im Vorfeld vorbereitete schriftliche Information an die Besucherinnen und Besucher der Heimbewohner. Mit potenziellen Interessenten wurde zunächst abgeklärt, ob sie mit dem Schlafthema und mit Schlafstörungen ihrer pflegebedürftigen Familienmitglieder konfrontiert wurden oder nicht. Nur Interessentinnen und Interessenten, die einen Kontakt zu ihrem im Heim lebenden Angehörigen hatten und über seine (früheren) Schlafgewohnheiten sowie Schlafstörungen informiert waren, wurden zum Interview eingeladen. Dieses wurde im Zeitraum von November 2009 bis Februar 2010 realisiert. Befragt wurden elf Personen, davon sechs Frauen und fünf Männer im Alter von 47 bis 87 Jahren. Es handelte sich um Kinder der Heimbewohner und Heimbewohnerinnen; aber auch Ehepartner und Geschwister wurden interviewt (vgl. Tab. 4).

Tabelle 4:
Befragte Angehörige von Pflegeheimbewohnern

Beziehung zum Heimbewohner	Insgesamt	Männlich	Weiblich	Unter 65 Jahre alt	65 Jahre und älter
Tochter/Sohn	6	2	4	5	1
Ehepartner/ Ehepartnerin	2	2	–	–	2
Geschwister	2	1	1	–	2
nicht verwandte Person	1	–	1	1	–
<i>Gesamt</i>	11	5	6	6	5

Das im Heim untergebrachte Familienmitglied der befragten Angehörigen lebte dort zum Zeitpunkt des Interviews seit etwa 2 Jahren, wurde als multimorbid angesehen und litt – bis auf wenige Ausnahmen – unter Demenz sowie weiteren Erkrankungen, wie Herzinsuffizienz, Rheuma, Osteoporose, Depressionen oder Parkinson. Die Angehörigen von Demenzkranken sind in diesem Sample in der Überzahl. Das entspricht dem Morbiditätsprofil der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner (vgl. auch die nachfolgenden zwei Beiträge von Garms-Homolová & Theiss sowie Garms-Homolová, Kuck & Theiss). Deshalb war es schwierig, Angehörige von Personen ohne Demenz als Gesprächspartner zu finden. Auch insgesamt bereitete die Rekrutierung große Probleme, weil die Mehrheit der angesprochenen Angehörigen überzeugt war, mit dem Thema „Schlaf und Schlafstörungen“ kaum etwas zu tun gehabt zu haben. Auch die Angehörigeninterviews wurden in der gleichen Weise wie die mit den Pflegenden dokumentiert.

2.3.4 Auswertung der qualitativen Interviews

Die Interviews wurden für jedes der drei Samples (Pflegerkräfte, Ärzte und Angehörige) separat analysiert. Im Verlauf der Interviewauswertung wurden zunächst alle Aussagen zu einem Bereich (etwa zur Bedeutung von Tagesaktivitäten aus Sicht von Pflegenden) fallspezifisch thematisch kodiert (vgl. Flick, 2009). Fallübergreifend wurden dann Vergleichsdimensionen bestimmt, anhand derer sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den einzelnen Interviews herausarbeiten ließen (vgl. Kelle & Kluge, 2010, S. 93). Entlang der Vergleichsdimensionen und ihren Merkmalsausprägungen wurden die Fälle gruppiert und hinsichtlich bestimmter Merkmalskombinationen untersucht. Über Fallkontrastierungen wurden zunächst die Fälle innerhalb einer Gruppierung auf Ähnlichkeiten verglichen. Fallvergleiche zwischen den Gruppen sollten bestehende Unterschiede zwischen diesen verdeutlichen (Flick, 2009). Auf die Weise entstanden Typen von Deutungs- und Handlungsmustern, die in ihren Sinnzusammenhängen analysiert und interpretiert wurden. Dazu dienten abermals Fallvergleiche und -kontrastierungen innerhalb und zwischen den Gruppen.

2.4 Analyse der Heimbedingungen

Um ein Bild der realen Schlafbedingungen in den stationären Pflegeeinrichtungen zu erhalten, wurden zwei empirische Zugänge gewählt: (a) eine mündliche Befragung (Experteninterview) anhand einer Checkliste und (b) eine Begehung der Einrichtung mit Messungen von Beleuchtungsverhältnissen (vgl. den Beitrag von Migala). Die Checkliste diente zur Erfassung von Angaben zu Beleuchtung, Lärm, Aktivierungsangeboten, Tagesablauf und Organisation. Lichtstärkemessungen wurden in den Räumlichkeiten durchgeführt, die von den Bewohnern regelmäßig genutzt werden. Ausgewertet wurden die Daten mit deskriptiver Statistik (vgl. Bortz & Döring, 2006) oder – sofern es sich um offene Fragen gehandelt hat – mittels des thematischen Kodierens und der Typenbildung (Flick, 2009).

3 Vorläufiges Resümee und Ausblick auf die einzelnen Beiträge

Zum Ende dieser Einführung wollen wir noch einmal einen Überblick über dieses Buch geben. Die beiden Beiträge, die dieser Einführung unmittelbar folgen, präsentieren epidemiologische Grundlagen. Sie beschreiben einerseits, wie weit die Population Hochbetagter von Schlafstörungen betroffen ist und von welchen Faktoren die jeweiligen Häufigkeiten sowie die Distribution von Schlaf-Wach-Störungen in Bevölkerungsgruppen mit speziellen Lebenslagen abhängig sind. Im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen Menschen in der stationären Langzeitpflege, die mehrfach erkrankt sind. Andererseits setzen sich diese Beiträge mit der Rolle von Schlaf-Wach-Störungen bei multiplen Pathologien und Gesundheitsproblemen auseinander (speziell der dritte Beitrag, von Garms-Homolová, Kuck & Theiss). Im vierten Beitrag (Garms-

Homolová & Theiss) wird das „Risikopotenzial“ von Schlaf-Wach-Störungen bei der Verursachung von häufigen pflegerischen und geriatrischen Problemen untersucht. Mit dem darauf folgenden Beitrag von Flick und Röhsch beginnt der Teil des Buchs, der weniger die Schlaf-Wach-Störungen selbst, sondern vielmehr ihre Behandlung durch Mitarbeiter im Heim und Ärzte thematisiert. Die drei ersten Beiträge von Flick und Röhsch befassen sich mit dem Personal der stationären Langzeitpflege und seiner eigenen Bewertung der Notwendigkeiten und Grenzen von Interventionen bei Schlafstörungen. Im vierten Beitrag von Flick und Röhsch geht es um den Einfluss der Schlafstörungen im häuslichen Bereich vor dem Umzug in eine Pflegeeinrichtung. Die weiteren Beiträge von Kuck, Garms-Homolová und Theiss sowie von Migala zeigen, was für die betroffenen Bewohner tatsächlich getan wird: von den behandelnden Ärzten, den Pflege Mitarbeitern, Therapeuten und schließlich vom mittleren bis gehobenen Management der Heime.

Darauf folgt im abschließenden Beitrag eine Zusammenschau der Handlungserfordernisse, die sich aus der empirischen Studie ergeben. Die Empfehlungen adressieren sowohl die Pflegeanbieter und ihr Personal, als auch die Forscher und Forscherinnen, die gefordert sind, die Arbeit an den in diesem Buch erörterten Fragestellungen fortzuführen.

Zusammenfassend möchten wir konstatieren, dass wir in diesem Buch das bestehende Wissen über die Schlafstörungen von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern systematisieren, jedoch auch zahlreiche völlig neue Erkenntnisse über Schlafstörungen im hohen Alter und bei bestehender Multimorbidität vorstellen wollen. Identifiziert werden Forschungslücken und Möglichkeiten für eine Anschlussforschung. In den letzten 10 bis 15 Jahren ist die Anzahl der Studien zum gestörten Schlaf dramatisch angewachsen (Institute of Medicine, 2006). Die hochaltrige Population und Menschen mit Pflegebedarf profitierten davon bislang nicht.

Eine zentrale Perspektive dabei sind die in diesem Buch vorgestellten Befunde über den „professionellen“ Umgang mit Schlafstörungen durch Pflegekräfte und Ärzte, die gemäß der *Insomnia-Studie* professionelle Kompetenzen überwiegend vermissen lassen. Gerade deshalb werden an vielen Stellen des Buchs und insbesondere im letzten Kapitel die schon erwähnten praktischen Schritte vorgeschlagen. Das Schwergewicht liegt in der Steigerung des Problembewusstseins und Kenntnisstandes bei den Leitungen und klinischen Mitarbeitern der Einrichtungen, für die gezielte Fortbildungen und Trainings angeboten werden müssten. Es werden Empfehlungen gegeben, wie sich die Bedingungen des Schlafs und die Verringerung der risikoreichen Tagesschläfrigkeit in vielen Einrichtungen der Langzeitpflege mit einem minimalen Aufwand erheblich verbessern lassen. Mehrere Beiträge fokussieren auf die Interdependenz zwischen den Schlafstörungen und anderen Gesundheitsproblemen oder Erkrankungen. Dabei wird dargestellt, dass die Vernachlässigung von Schlafstörungen die Morbidität und Funktionsverluste von Pflegeheimbewohnern befördert. Ebenso wird diskutiert, wie der inadäquate Umgang mit der Morbidität und verbleibenden Gesundheit zu zahlreichen Problemen, allen voran zu Schlafstörungen, führt, die Lebensqualität in Heimen reduziert und den Bedarf an Pflege anwachsen lässt.

4 Danksagung

Die Studie „Interrelation of Sleep Disorders and Multimorbidity in Nursing Institutions for the Aged“ (Insomnia I) wurde im Rahmen des Berliner Forschungsverbundes AMA (Autonomy Despite Multimorbidity) durchgeführt. Die finanzielle Förderung erfolgte durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung, Förderkennzeichen 01ET0707.

Die Autoren des Buchs bedanken sich bei den Kooperationspartnern, die durch ihre Mitwirkung die Gewinnung der umfassenden Datensammlung ermöglicht haben. Ausdrücklich sollen genannt werden: Die Steuerungsgruppe und die Mitgliedseinrichtungen des Berliner Projekts, AOK Berlin-Brandenburg, Arbuma Consulting/Berlin und die Interviewpartner aus den Reihen der pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörigen von Bewohnerinnen und Bewohnern der untersuchten Pflegeheime. Der Studentin Randi Leibner gehört unser Dank für die Unterstützung bei der Textverarbeitung.

Die Autoren des Buchs unterhielten während der Projektarbeit keine finanziellen oder persönlichen Beziehungen zu Dritten, deren Interessen vom Inhalt dieses Manuskriptes positiv oder negativ betroffen sein könnten. Während der Datenerhebung, Datenanalyse und Dateninterpretation lag kein materieller oder immaterieller Interessenkonflikt vor.

Literatur

- Avidan, A. Y. (2002). Sleep changes and disorders in the elderly patient. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 2, 178-185.
- Avidan, A. Y. (2005). Sleep disorders in older patient. *Primary Care Clinics in Office Practice*, 32, 563-586.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (2002). *Deutscher Alterssurvey: Die zweiten Lebenshälfte*. Zugriff am 25.04.2012. Verfügbar unter <http://www.dza.de/forschung/deas.html>
- Flick, U. (2000). Episodic Interviewing. In M. Bauer & G. Gaskell (Eds.), *Qualitative researching with text, image and sound: A practical handbook* (pp. 75-92). London: Sage.
- Flick, U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research* (4th ed.). London: Sage.
- Garms-Homolová, V. & Gilgen, R. (Hrsg.). (2000). *RAI 2.0. Resident Assessment Instrument: Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation* (2., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Gentili, A., Weiner, D. K., Kuchibhatil, M. & Edinger, J. D. (1997). Factors that disturb sleep in nursing home residents. *Aging (Milano, Italy)*, 9 (3), 207-213.
- Jefferson, C. D., Drake, C. L., Scofield, H. M., Myers, E., McClure T., Roehrs, T. et al. (2005). Sleep hygiene practices in a population-based sample of insomniacs. *Sleep*, 28 (5), 611-615.
- Kelle, U. & Kluge, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung* (2., überarb. Aufl.). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Morris, J., Murphy, K., Nonemaker, S., Hawes, C., Phillips, C., Fries, B. et al. (1995). *Long Term Care Resident Assessment Instrument. Users Manual 2.0*. Columbia, NC: Research Triangle Institute.

- National Sleep Foundation (2003). *Sleep in America Poll. Executive Summary*. Washington, DC: National Sleep Foundation.
- Peter, H., Penzel, T. & Peter, J. H. (2007). *Enzyklopädie der Schlafmedizin*. Berlin: Springer.
- Resnick, H. E., Redline, S., Shahar, E., Gilpin, A., Newman, A., Walter, R. et al. (2003). Diabetes and Sleep Disturbances: Findings from the Sleep Heart Health Study. *Diabetes Care*, 26 (3), 702-709.
- Schneekloth, U. (2006). Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39 (6), 405-412.
- Schneekloth, U. & Wahl, H. W. (Hrsg.). (2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III)*. Zugriff am 25.04.2012. Verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/mug/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument.ent.property=pdf,bereich=mug,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Schneekloth, U. & Wahl, H. W. (2007). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispiele für „Good Practice“*. Integrierter Abschlussbericht. Zugriff am 25.04.2012. Verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=109690.html>
- Schneekloth, U. & Wahl, H. W. (Hrsg.). (2008). *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Shahar, E., Whitney, C. W., Redline, S., Lee, E. T., Newman, A. B., Nieto, F. J. et al. (2001). Sleep disordered breathing and cardiovascular disease: cross-sectional results of The Sleep Heart Health Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163 (1), 19-25.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2009). *Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime*. Zugriff am 25.04.2012. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Pflege/LaenderPflegeheime5224102079004.pdf?__blob=publicationFile.
- Theiss, K., Garms-Homolová, V. & Flick, F. (2009). *Schlafstörungen im Alter – Häufigkeit und Verbreitung. Bericht IV aus dem Forschungsprojekt Insomnia (INterrelation of Sleep DisOrders and Multimorbidity in Nursing Institutions for the Aged)*. Berlin: Alice Salomon Hochschule.
- Voyer, P., Verreault, R., Mengue, P. N. & Morin, C. M. (2006). Prevalence of insomnia and its associated factors in elderly long-term care residents. *Archives of gerontology and geriatrics*, 42 (1), 1-20.

Epidemiologie von Schlafstörungen im Alter

Vjenka Garms-Homolová und Katrin Theiss

1 Einleitung

In diesem Kapitel werden die gängigsten Formen von Schlafstörungen vorgestellt, und es wird gezeigt, welche Personengruppen besonders stark betroffen sind. Alte Menschen stehen dabei im Zentrum der Betrachtung. Wir beginnen mit der methodischen Erläuterung zu Studiendesigns, Klassifizierungen von Schlafstörungen, die in Studien und Statistiken verwendet werden, und diskutieren anschließend die Vergleichbarkeit von Daten. Danach wird zunächst auf die generelle Verbreitung von Schlafproblemen in der Allgemeinpopulation und auf ausgewählte soziodemografische Merkmale eingegangen, um z. B. alters- und geschlechtsbedingte Zusammenhänge und den Einfluss vom Bildungsstand darzulegen. Des Weiteren werden Schlafprobleme im Kontext besonderer Lebensumstände untersucht, z. B. bei kritischen Lebensereignissen. Anschließend wird der Einfluss regionaler und soziokultureller Faktoren auf Schlafqualität analysiert. Besondere Aufmerksamkeit wird in diesem Kapitel – wie auch im gesamten Buch – den mehrfach erkrankten Menschen mit Pflegebedarf zuteil, die in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden. Zu diesem Schwerpunkt wurden bislang nicht viele Studien veröffentlicht. Diese Lücke sollen die Befunde der eigenen Studie der Verfasser dieses Kapitels und Herausgeber des gesamten Buchs schließen. So stützt sich dieser Beitrag, wie auch alle Teile dieses Buchs, auf die Untersuchung: *“Interrelation of Sleep Disorders and Multimorbidity in Nursing Institutions for the Aged” (INSOMNIA)*, welche mit Routinedaten von gut 7.500 Personen durchgeführt wurde, welche im Zeitraum von 2006 bis 2008 in 39 stationären Pflegeeinrichtungen in Berlin erhoben wurden.

2 Häufigkeit von Schlafstörungen – Darstellungsunterschiede und deren Gründe

Im Jahre 2010 erinnerte der Schlafforscher Maurice M. Ohayon einerseits daran, dass die Epidemiologie von Schlafstörungen ein sehr junger Zweig der epidemiologischen Forschung ist (Ohayon, 2010, S. 961) und dass die erste epidemiologische Untersuchung erst gut 30 Jahre alt ist (Bixler, Kales, Soldatos & Healey, 1979, nach Ohayon, 2010). Andererseits verweist der Autor darauf, dass damals nur mit „Ja/Nein“-Fragen gearbeitet wurde. Weiter schildert Ohayon (2010), wie sich die methodische Verfahrensweise bei der Erfassung von Schlafstörungen in Verlauf der Zeit änderte: Von der Erfassung einzelner Symptome über das Dokumentieren der Schwere und Häufigkeit bis hin zu den Konsequenzen für das Wachsein und Befinden während des Tages. Heute – so Ohayon (2010) – ist die Registrierung des Auftretens von Schlafstörungen im Verlauf einer Woche üblich, wobei auch die Dauer der Störung von Interesse ist.