

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften – Evangelische Fachhochschule  
Nürnberg

Pflege Dual

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science B.Sc.

**Die Maskenpflicht und ihre Herausforderungen für Menschen mit Demenz-  
Eine Expertenbefragung zu den Verhaltensveränderungen von Menschen mit Demenz  
durch das Tragen einer Maske**

The mandatory use of face masks and its challenges for people with dementia-  
An expert survey on the changes in behaviour of people with dementia caused by wearing  
a mask

Angelika Schucker

Matrikelnummer: 29783814

Gutachterin/Gutachter: Prof. Dr. phil. Christine Brendebach

Abgabetermin: 03.02.2022

## Abstract

Die vorliegende Arbeit dreht sich um das Thema Verhaltensveränderungen von Menschen mit Demenz durch das Tragen einer Maske im Rahmen der Corona-Pandemie. Um diesen Sachverhalt zu klären, wurde folgende Forschungsfrage aufgestellt: „Welche Verhaltensänderung beobachten Pflegende im stationären Setting bei Menschen mit Demenz durch das Tragen einer FFP2-Maske und welche Probleme treten dadurch in der Interaktion von Menschen mit Demenz und Pflegepersonal auf?“ Es wurde ein exploratives Forschungsdesign gewählt, da zum aktuellen Zeitpunkt kaum Forschung vorliegt. Dabei wurde eine qualitative Expertenbefragung mittels eines halbstandardisierten Fragebogens bei vier Experten der Pflege durchgeführt. Bei der Recherche für die Arbeit zeigte sich, dass es auf Grund fehlender Forschung einen hohen Forschungsbedarf gibt. Bei den Expertenbefragungen zeigte sich, dass Menschen mit Demenz meistens ablehnendes Verhalten gegenüber der Maske zeigen. Es kommt zu Emotionen wie Angst, Verwirrtheit und Traurigkeit. Um diesem entgegenzuwirken wird die Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz wichtiger denn je und es wird zur Umsetzung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ geraten. Des Weiteren wird eine Schulung von Pflegenden im stationären Setting hinsichtlich der Problematik Demenz und Maskenpflicht empfohlen. Als Nebenergebnis wurde festgestellt, dass auch professionell Pflegende während der Arbeit unter der Maskenpflicht leiden. Um die Ergebnisse zu festigen sind weitere Befragungen notwendig, um Ergebnisse zu überprüfen und zu bestätigen.

Schlüsselwörter: Demenz, Maskenpflicht, Verhaltensveränderungen

## Abstract

This bachelor's thesis is about the behavioural changes of people with dementia caused by wearing a mask in the context of the corona pandemic. In order to clarify this issue, the following research question was explored: "What behavioural changes do caregivers observe in the inpatient setting in people with dementia by wearing an FFP2 mask and what problems arise as a result in the interaction of people with dementia and caregivers?" An exploratory research design was chosen as there is hardly any research available at the moment. A qualitative expert survey was carried out with four nursing experts using a semi-standardized questionnaire. It turned out that there is a high need for research due to a lack of research. In the expert interviews came out that people with dementia usually show negative behaviour towards the mask. Emotions such as fear, confusion and sadness arise. In order to counteract this, shaping relationships in the care of people with dementia is becoming more important, and the implementation of the expert standard "Structuring relationships in the care of people with dementia" is recommended. Furthermore, training of nursing staff in the inpatient setting with regard to the problem of dementia and the required use of masks is recommended. As a side result, it was found that professional caregivers also suffer from the obligation to wear masks during work. In order to consolidate the results, further surveys are necessary to check and confirm results.

Key words: dementia, mask requirement, behavioural changes

## Vorwort

Die vorliegende Bachelorarbeit entstand zum Abschluss meines Pflege Dual Studiums an der Evangelischen Hochschule in Nürnberg.

Die Idee zu diesem Thema entstand durch meine Fallarbeit in der geriatrischen Vertiefung im 8. Semester, durch die Erkrankung und Pflege meines Opas und die entstanden Probleme durch die Corona-Pandemie.

Ein besonderer Dank gilt Prof. Dr. phil. Christine Brendebach für die Betreuung dieser Arbeit.

Des Weiteren danke ich der Klinikum Bayreuth GmbH und allen Teilnehmern meiner Expertenbefragung für ihre freundliche Unterstützung, durch die diese Bachelorarbeit erst ermöglicht wurde. Des Weiteren danke ich dem Team der Station 4b, die mein Studium durch die freundliche Dienstplangestaltung unterstützt haben.

In dieser Arbeit wurden überwiegend neutrale Begrifflichkeiten, welche das Geschlecht betreffen genutzt. In manchen Fällen wurde für die besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Dieses schließt sowohl die Weibliche als auch andere Geschlechteridentitäten ausdrücklich mit ein.

Bayreuth, im Januar 2022

Angelika Schucker

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Strukturelle Darstellung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2018, S. 31) _____	7
Abbildung 2: Covid-19 Fallzahlen (Bundesregierung 2022) _____	9
Abbildung 3: Ablauf der Forschungsarbeit _____	16
Abbildung 4: Induktive Kategorisierung Strukturplan (Mayring 2015, S. 86) ____	17

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Geschätzte Entwicklung Bevölkerung über 65 und der Anzahl von über 65- Jährigen, welche an Demenz erkrankt sind, zwischen 2018 und 2026 (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 2020, S. 7) _____	4
Tabelle 2: Häufigkeit Symptome einer COVID 19 Erkrankung in Deutschland (Robert Koch-Institut (RKI) 2021a) _____	10

## Abkürzungsverzeichnis

FFP: filtering face piece

WHO: World Health Organization

RKI: Robert Koch-Institut

SARS-CoV-2: severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2

COVID-19: coronavirus disease 2019

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Theoretische Grundlagen	3
2.1 Demenz und Beziehungsgestaltung	3
2.2 Corona-Pandemie	9
3. Methoden	12
3.1 Datenerhebung	12
3.2 Datenanalyse	17
4. Ergebnisse	18
4.1 Verhalten des Menschen mit Demenz im Umgang mit der Maske	18
4.1.1 Reaktionen von Menschen mit Demenz auf die Maske	18
4.1.2 Toleranz der Masken von Menschen mit Demenz	21
4.1.3 Kommunikation und Masken	22
4.2 Copingstrategien der professionell Pflegenden	25
4.3 Nebenbefund: Veränderungen der Arbeitsbedingungen der professionell Pflegenden durch die Maske	27
5. Fazit	29
Quellenverzeichnis	31
Anhang	I

# 1. Einleitung

Das SARS-COV-2 Virus ist Anfang des Jahres 2020 als Auslöser für die Erkrankung Covid-19 identifiziert worden, die sich sehr schnell zu einer Pandemie entwickelt hat und immer noch anhält. Durch diese Pandemie hat sich nicht nur für den gesunden Menschen die Welt drastisch verändert, sondern besonders für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Seit dieser Zeit sind allgemeine und erweiterte Hygienemaßnahmen in den Fokus des alltäglichen Lebens gerückt. Eine der vielen Infektionsvermeidungskonzepte ist die AHA- Regel, welche vom Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2020 veröffentlicht worden ist.

Die AHA- Regel beschreibt Verhaltensregeln zur Infektionsvorbeugung. Abstand halten, Händehygiene und Atemschutzmasken sind mittlerweile fast jedem vertraut. Es hat sich herausgestellt, dass von allen Hygienemaßnahmen besonders das Tragen einer Atemschutzmaske für Menschen, die an Demenz erkrankt sind, ein Problem darstellt. Im Gegensatz zum Händewaschen und Abstand halten ist dies eine völlig neue und unbekannte Hygienemaßnahme und wurde vor der Pandemie nur von medizinischen Fachpersonal ergriffen.

Pflegekräfte in unterschiedlichen Settings beobachten, dass die Maskenpflicht für einen an Demenz erkrankten Menschen problematisch sein kann und dass das Verhalten dieser sich verändert hat. Um die Veränderung wissenschaftlich darstellen zu können, erfolgt in dieser Arbeit eine Eingrenzung auf den stationären Bereich der Akutpflege. Hieraus ergibt sich die folgende Forschungsfrage: „Welche Verhaltensänderung beobachten Pflegende im stationären Setting bei Menschen mit Demenz durch das Tragen einer FFP2-Maske und welche Probleme treten dadurch in der Interaktion von Menschen mit Demenz und Pflegepersonal auf?“

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde das Format einer explorativen Forschung gewählt, da die Problematik erst durch das Auftreten der Corona-Pandemie und der damit verbunden Maskenpflicht entstanden ist. Da wir uns momentan in der vierten Pandemie-Welle befinden und bislang kein Ende dieser Pandemie in Sicht zu sein scheint, erhält das Thema der Arbeit eine hohe Aktualität. Außerdem gibt es bislang sehr wenig Forschungsarbeiten zur Beantwortung dieser Fragestellung.

Um möglichst nahe an der Praxis zu bleiben, wurden vier Experten der Klinikum Bayreuth GmbH, einem Haus der medizinischen Maximalversorgung in Oberfranken, zur Thematik befragt. Es ist außerdem seit dem Jahre 1986 Modellklinik des bayerischen Sozialministeriums für die Entwicklung der Geriatrie in Bayern.

Die vier Experten sind alle als Pflegekräfte tätig und arbeiten in ihren Arbeitsbereichen täglich mit Menschen, welche an einer Demenz erkrankt sind. Zunächst werden die theoretischen Grundlagen der Forschungsarbeit erörtert, die sich in die Bereiche Demenz und Beziehungsgestaltung und Corona-Pandemie unterteilen. In diesem Kapitel werden Begrifflichkeiten definiert und die theoretischen Grundlagen für die Beantwortung der Forschungsfrage zusammengefasst. Im anschließenden Methodenteil soll das Vorgehen bei der Forschungsarbeit transparent dargestellt werden. Die Ergebnisse der Expertenbefragung werden im Ergebnisteil objektiv dargestellt und im Fazit zusammengefasst und bewertet. Das Fazit soll außerdem einen Ausblick auf mögliche Ideen liefern, die aus den Ergebnissen der Forschung resultieren.

## 2. Theoretische Grundlagen

Im Folgenden soll ein Verständnis für das Themengebiet der Arbeit hergestellt und die Begrifflichkeiten, welche im Verlauf der Arbeit verwendet werden, definiert werden. Die theoretischen Grundlagen gliedern sich in die Unterkapitel: Demenz und Beziehungsgestaltung und die Corona-Pandemie, in welchem auch auf die allgemeine Maskenpflicht eingegangen wird.

### 2.1 Demenz und Beziehungsgestaltung

Die Pflege von Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, ist eine der größten Herausforderung, welche an Pflegekräfte gestellt wird, die Menschen im höheren und hohen Lebensalter jenseits der 80 Jahre betreuen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2018, S. 10).

In Deutschland sind nach aktuellen Schätzungen ungefähr 1,6 Millionen Menschen von einer Demenz betroffen und täglich erkranken etwa 900 Menschen neu. Die Inzidenz der Demenz nimmt mit steigendem Alter zu. So hat die Altersgruppe über 90 die höchste mittlere Inzidenzrate mit 12% pro Jahr. Auf Grund der älter werdenden Gesellschaft in Deutschland ist mit einer Zunahme von Menschen, welche von einer Demenz betroffen sind zu rechnen, wenn kein Durchbruch in der Prävention oder der Behandlung von Demenz gelingt. So kann man bis zum Jahr 2050 mit einer Zunahme von 0,8 bis 1,2 Millionen Menschen mit Demenz rechnen. Erst wenn die letzte geburtenreiche Generation der „Baby Boomer“ in die letzte Altersstufe vorgerückt ist, kann man mit einer Abnahme der Menschen, welche an Demenz erkranken rechnen. Dies wird aber erst nach 2060 der Fall sein (siehe Tabelle 1). (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 2020, S. 1–7)

Jahr	Anzahl von über 65-Jährigen in Mio. (Variante G3L1W3 „relativ junge Bevölkerung“)	Geschätzte Krankenzahl (Variante G3L1W3 „relativ junge Bevölkerung“)	Anzahl von über 65-Jährigen in Mio. (Variante G1L3W1 „relativ alte Bevölkerung“)	Geschätzte Krankenzahl (Variante G1L3W1 „relativ alte Bevölkerung“)
2018	17,87	1.534.000	17,87	1.534.000
2020	18,28	1.590.000	18,30	1.593.000
2030	21,42	1.834.000	21,85	1.915.000
2040	22,57	2.093.000	23,71	2.310.000
2050	22,15	2.345.000	23,98	2.777.000
2060	22,23	2.312.000	24,32	2.916.000

*Tabelle 1: Geschätzte Entwicklung Bevölkerung über 65 und der Anzahl von über 65-Jährigen, welche an Demenz erkrankt sind, zwischen 2018 und 2026 (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 2020, S. 7)*

Die Demenz wird als eine Erkrankung, welche zumeist durch einen chronischen Verlauf geprägt ist, definiert und äußert sich bei Betroffenen durch den Verlust von höheren kognitiven Fähigkeiten, wobei das Bewusstsein nicht getrübt ist. Des Weiteren verändern sich im Verlauf der Demenz-Erkrankung auch die emotionale Kontrolle, das Sozialverhalten und die Motivation des Menschen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2021, F0-3).

Durch die Erkrankung treten, sowohl für den Erkrankten als auch die Angehörigen tiefgreifende und umfassende Veränderungen in der Interaktion, Kommunikation und Beziehungsgestaltung von Menschen mit Demenz auf. Die Veränderungen im Gehirn bewirken, dass die Fähigkeit sich zu orientieren, Dinge zu verstehen oder zu beurteilen, beeinträchtigt sind. Ebenso ist das emotionale und soziale Verhalten der Erkrankten verändert. Trotz des kognitiven Abbaus bleibt die emotionale Wahrnehmung der Betroffenen erhalten. (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2018, S. 28)

An oberster Stelle für einen Menschen steht der Drang zur Anerkennung seines persönlichen Selbstbildes. Legt man Wert auf Selbstbestimmung, so sollte man auch das Selbst eines Menschen in den Fokus nehmen und es eng mit diesem verknüpfen. Definiert man nun das Selbst eines Menschen so, dass es ein empfindendes, fühlendes, erkennendes und sich selbst steuerndes Zentrum ist, so rücken die kognitiven Denkvorgänge in den Hintergrund. Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung sind in der Pflege von Menschen mit Demenz sehr wichtig. Um dies in der Pflege umzusetzen, bedarf es einer personenbezogenen Pflege, die die Beziehung zwischen dem Menschen mit Demenz und seiner Umgebung

miteinbezieht und fördert. Beziehung ist bei der Pflege von Menschen mit Demenz das Kernthema. Auch wenn sich die kognitiven Veränderungen so dominant im Verhalten des Menschen mit Demenz widerspiegeln, soll für den Pflegenden das Individuum im Mittelpunkt stehen. Dies impliziert, dass dieser als einzigartiges Subjekt wahrgenommen und individuell auf seinen Unterstützungs- und Beziehungsbedarf eingegangen wird. So wird bei Menschen mit Demenz ein personenzentriertes Vorgehen durch den Expertenstandard gefordert, was bedeutet, dass dem Menschen mit Demenz das Person-Sein nicht abgesprochen wird. Für das Person-Sein sind vorhandene Unterschiede zwischen Menschen im Beziehungsgeschehen, also in der Integration und Kommunikation, irrelevant. Mangelnde Bedürfnis- und Beziehungsorientierung seitens der Pflegenden und Angehörigen führt bei den Erkrankten nach Überzeugung der Expertenarbeitsgruppe zu Verhalten, welches von Pflegenden und Angehörigen als herausfordernd empfunden wird. (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2018, S. 16–29)

Vor diesem Hintergrund ist es einleuchtend, dass die Kommunikation für den Umgang mit einem Menschen, der an Demenz erkrankt ist, essenziell ist und von Wertschätzung und Ebenbürtigkeit geprägt sein sollte. Das Ziel bei der Pflege von Menschen mit Demenz sollte also sein, den Menschen Beziehungsgestaltung anzubieten und ihm dadurch das Gefühl zu vermitteln, gehört, verstanden und angenommen zu sein. Ebenso wichtig ist es, dem Menschen mit Demenz die Möglichkeit zu bieten mit anderen Menschen verbunden zu sein und diese Beziehungen zu erhalten und zu fördern. Um eine solche Pflege gewährleisten zu können, werden im Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“, drei Ebenen als Orientierungshilfe aufgeführt, welche in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien aufgeteilt sind.

Die Strukturkriterien wenden sich dabei nicht nur an die Pflegekraft, sondern auch an die Einrichtung, bei der sie tätig ist. Diese muss die Rahmenbedingungen für ihr Personal schaffen, Personal fördern und unterstützen, indem sie zum Beispiel Schulungen anbietet, in denen die Kriterien, die eine Pflegekraft erfüllen sollte, vermittelt und geübt werden. Bei den Pflegekräften zählt zu der personenzentrierten Haltung die Kompetenz, einen Menschen mit Demenz und dessen Unterstützungsbedarf zu erkennen ebenso wie die Fähigkeit beziehungsfördernde und gestaltende Maßnahmen zu planen und zu koordinieren. Weitere wichtige

Strukturkriterien sind, das Wissen zum Themengebiet in Form von Beratung, Anleitung und Information weiterzugeben sowie ausreichende Kenntnisse von beziehungsgestaltenden Maßnahmen zu haben und diese in den Pflegealltag einzubinden. Letztendlich sollte das Ganze kritisch in einer Evaluation betrachtet werden. (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2018, S. 31)

Prozesskriterien betreffen vor allem die Pflegekraft. Diese muss für die Beziehungsgestaltung bei der Pflege von Menschen mit Demenz folgende Dinge beachten und umsetzen:

- Sie muss den Unterstützungsbedarf vor dem pflegerischen Auftrag und anlassbezogen erfassen (Pflegeanamnese).
- Sie sollte individuell die beziehungsgestaltenden Maßnahmen planen (Pflegeplanung).
- Sie informiert, berät und leitet den Betroffenen und seine Angehörigen an (Pflegeberatung).
- Sie gewährleistet, dass die geplanten Maßnahmen durchgeführt werden (Durchführung Pflege).
- Sie überprüft laufend ihre Wirksamkeit (Evaluation).

Dies geschieht alles in enger Zusammenarbeit im interdisziplinären Team und in Absprache mit dem Menschen mit Demenz und deren Angehörigen. (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2018, S. 31)

Das Ergebnis wird anhand folgender Kriterien beurteilt:

- Der Mensch wird als solcher in seiner Einzigartigkeit wahrgenommen.
- Der Bedarf an Unterstützung bei der Beziehungsgestaltung ist in der Pflegedokumentation dokumentiert.
- Die erstellte Pflegeplanung ist den an der Pflege beteiligten Personen bekannt und berücksichtigt personenzentrierte mögliche Zustände der Veränderung, bei denen es einer Unterstützung bedarf.
- Eine individuelle Beratung, Information und Anleitung der Betroffenen und deren Angehörigen sind dokumentiert.
- Der Schwerpunkt bei der Durchführung der Pflege des Menschen mit Demenz liegt auf Beziehungsförderung und -gestaltung. Der Mensch mit Demenz zeigt Anzeichen, dass er sich als Person wahrgenommen fühlt und dass er mit anderen Personen in Kontakt steht. Diese Anzeichen sind

dokumentiert und der Maßnahmenplan wird regelmäßig angepasst. (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2018, S. 31)

Die folgende Abbildung wurde auf Grundlage der Inhalte des Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ Seite 31 selbst erstellt und soll die Inhalte auf einen Blick komprimieren.

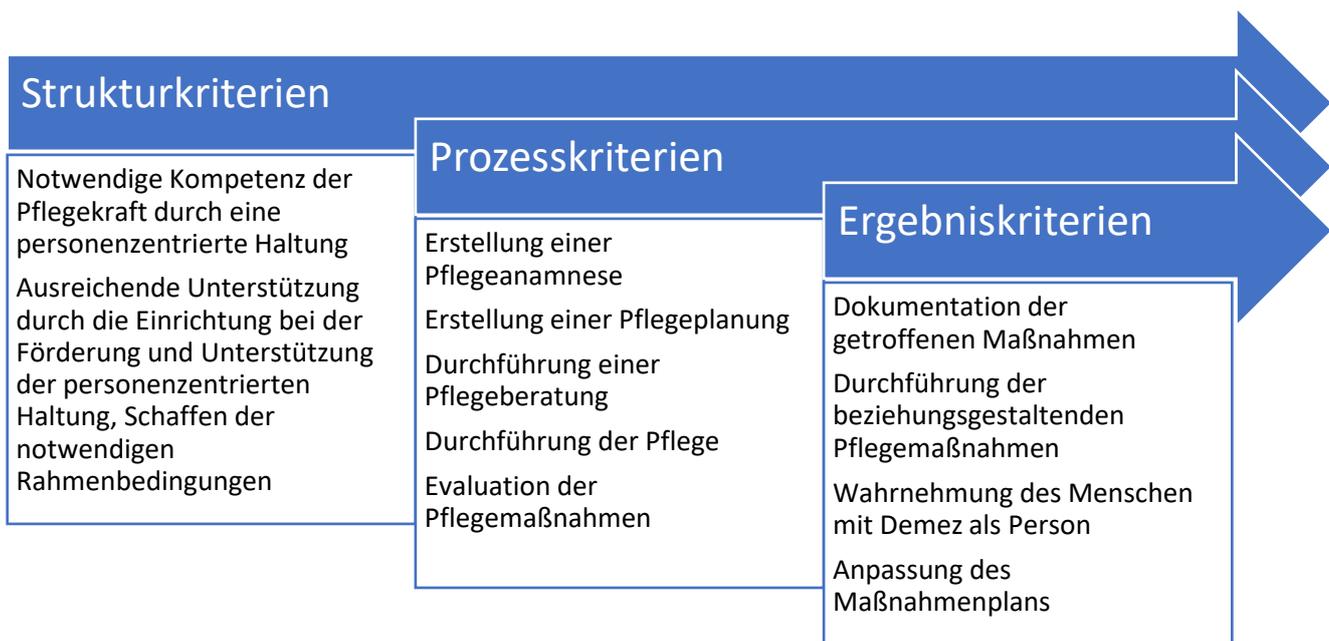


Abbildung 1: Strukturelle Darstellung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2018, S. 31)

Die Demenz ist Auslöser einer anhaltenden Verwirrtheit. Dies bedeutet, dass die betroffene Person unter beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten leidet und daher Probleme hat, sich in ungewohnten Situationen zu orientieren. Ungewohnte Situationen können von Betroffenen häufig nur eingeschränkt oder gar nicht eingeschätzt werden. Diese verwirren die Betroffenen, was sich in ihrem Verhalten widerspiegelt. In Pflegediagnosesystemen werden zwischen den unterschiedlichen Symptomen von Menschen mit Demenz differenziert. Häufig werden beispielsweise die Diagnosen der Orientierungsstörung, akute Verwirrtheit, chronische Verwirrtheit, Relokationsstresssyndrom und beeinträchtigte Gedächtnisleitung verwendet. Ein mögliches Pflegeergebnis nach den NOC-Pflegeergebnisklassifikationen ist das Wohlbefinden. Das Wohlbefinden ist definiert als die Zufriedenheit eines

Individuums über seinen aktuellen Gesundheitszustand. Die Zufriedenheit wird von Menschen mit Demenz eher durch ein zu beobachtendes Verhalten und ihre Körpersprache, als verbal ausgedrückt (Sauter et al. 2018, S. 1063–1073).

Die Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken, steigt mit zunehmendem Alter an. Deshalb sind meist Menschen im hohen Alter davon betroffen und gehören so zu einer der Risikogruppen von Menschen, welche durch eine Corona Erkrankung besonders gefährdet sind. Zwei Drittel der Patienten werden von Angehörigen zuhause gepflegt und dabei durch ambulante Pflegedienste und Tagesbetreuungseinrichtungen unterstützt. Diese schließen oder schränken ihre Dienste auf Grund von Personalmangel ein. Allerdings sind die kontinuierliche Pflege und medizinische Betreuung von Menschen mit Demenz wichtig. Gerade in diesem Bereich sollte ein hohes Maß an politischen Engagement vorhanden sein, da durch staatliche Maßnahmen die Situation von Mensch mit Demenz in der Corona-Pandemie deutlich verbessert werden kann (Bering und Eichenberg 2021, S. 283).

Bezüglich des Themas Corona-Pandemie und Demenz, ergab eine Onlinebefragung mit insgesamt 34 Teilnehmern, welche in vier Einrichtungen der stationären Altenhilfe der St. Elisabeth-Stift GmbH Sendenhorst tätig sind, dass viele der Befragten zwischen orientierten Bewohnern und Bewohnern mit Demenz unterschieden. Die Befragten beschrieben, dass Bewohner, die an Demenz erkrankt sind, die Bedeutung und die Folgen der aktuellen Corona-Lage nicht erfassen können (Sporket 2020, S. 1–4). Dieses Verständnis ist allerdings wichtig, um Schutzmaßnahmen, wie zum Beispiel das zuverlässige Tragen einer Maske, zu tolerieren und anzunehmen.

## 2.2 Corona-Pandemie

Anfang des Jahres 2020 wurde das SARS-CoV-2 als Ursache für die Erkrankung COVID-19 identifiziert. SARS-CoV-2 ist ein neuartiges Coronavirus. Coronaviren sind von einer Membran umhüllte m-RNA Viren. Die Gruppen der Coronaviren sind unter Vögeln und Säugetieren weit verbreitet. Insgesamt gibt es sieben bekannte humanpathogene Coronavirus-Spezies (HCoV). Insgesamt vier dieser Gruppen, HCoV-229E, HCoV-NL63, HCoV-HKU1 und HCoV-OC43, führen meist zu leichten Erkältungssymptomen und sind weltweit endemisch. Die restlichen drei, SARS-CoV, MERS-CoV und SARS-CoV-2, wurden erst vor kurzem vom Tier auf den Menschen übertragen und können zu schweren Erkrankungen mit tödlichem Verlauf führen. Im Laufe der vergangenen zwei Jahren sind fünf Varianten des SARS-CoV-2 Virus aufgetreten und durch die WHO klassifiziert worden: die Alpha-, Beta-, Gamma-, Delta- und Omikron Variante. Durch die schnelle Verbreitung des Virus befindet sich die Bundesrepublik Deutschland mittlerweile auf einem Hoch der Infektionszahlen. (siehe Abbildung 2). (Robert Koch-Institut (RKI) 2021b)

### Covid-19-Fallzahlen in Deutschland

646.400 aktuell Infizierte, 6.418.300 Genesene, 112.109 Verstorbene (Stand: 01.01.2022)

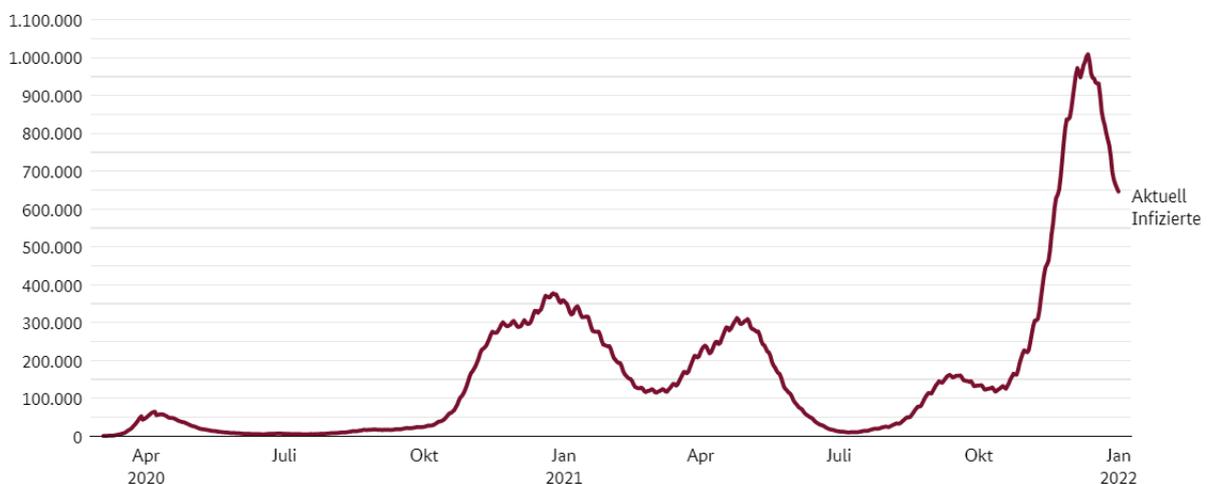


Abbildung 2: (Bundesregierung 2022)

SARS-CoV-2 wird hauptsächlich respiratorisch aufgenommen. Die virushaltigen Partikel, die beim Atmen, Husten, Sprechen, Singen und Niesen entstehen, können langfristig in einem geschlossenen Raum in der Luft schweben. Dies hängt von verschiedenen Faktoren wie zum Beispiel Luftbewegung, Temperatur, Luftfeuchtigkeit und der Belüftung des Raumes ab. Die Wahrscheinlichkeit, dass man infektiöse Partikel einatmet, ist im Umkreis zwischen ein und zwei Metern um eine infektiöse Person erhöht. Das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes kann dieses Risiko senken. Eine weitere effektive Maßnahme zur Minimierung des Infektionsrisikos ist die Distanz zu den Mitmenschen. Der Mindestabstand, welcher zu einer infizierten Person gehalten werden sollte, hängt von der Größe und Belüftung des Raumes ab. Auch die Aufenthaltsdauer im Raum spielt eine Rolle. Generell kann Corona durch asymptomatische, präsymptomatische und symptomatische Personen übertragen werden und ist schon nach ein bis zwei Tagen nach der Infektion ansteckend. Wie lange eine erkrankte Person ansteckend bleibt, ist nicht bekannt (Robert Koch-Institut (RKI) 2021a).

Husten	42%
Fieber	26%
Schnupfen	31%
Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns	19%
Weitere Symptome: Halsschmerzen, Atemnot, Kopf- und Gliederschmerzen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfall, Konjunktivitis, Hautausschlag, Lymphknotenschwellung, Apathie, Somnolenz.	

*Tabelle 2: Häufigkeit Symptome einer COVID 19 Erkrankung in Deutschland (Robert Koch-Institut (RKI) 2021a)*

Die häufigsten Symptome, welche bei einer COVID-19-Erkrankung in deutschen Meldesystemen erfasst wurden, waren Husten, Fieber, Schnupfen sowie Geruchs- und Geschmacksverlust (siehe Tabelle 2). Die Spannbreite der Symptome ist sehr breit. Die Verläufe der Erkrankung sind sehr unterschiedlich und können von der symptomfreien Infektion bis zum Tod führen. Im Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung sind 1,8% aller in Deutschland übermittelten erkrankten Personen verstorben. Risikogruppen für schwere Verläufe sind ältere Personen, Männer, Raucher, Menschen mit einem BMI über 30, Schwangere, Menschen mit Down-

Syndrom und Personen mit chronischen Vorerkrankungen (Robert Koch-Institut (RKI) 2021a).

Seit dem 7. Mai 2020 empfiehlt das RKI zur Prävention einer Corona-Infektion das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung. Chirurgischer Mund-Nasen-Schutz und sogenannte partikelfiltrierende Halbmasken, also FFP2- und FFP3-Masken, sind Standard des Arbeits- und Infektionsschutzes im medizinischen Bereich und in der Pflege und zählen zur persönlichen Schutzausrüstung. Der Mund-Nasen-Schutz schützt primär andere Personen vor feinen Tröpfchen und Partikel der Ausatemluft des Trägers und ist damit ein Fremdschutz. Die FFP2-Masken und die FFP3-Masken hingegen sollen nicht nur das Gegenüber schützen, sondern dienen vor allem dem persönlichen Schutz des Trägers vor Erkrankungen, welche über Tröpfcheninfektion übertragen werden. Dieser Schutz ist vor allem im Gesundheitswesen von großer Bedeutung, um das Personal gesund zu halten und damit eine sichere medizinische Behandlung und Pflege von der Bevölkerung sicherzustellen.

Die „epidemische Notlage von nationaler Tragweite“ ermöglicht in Deutschland Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie nach § 28a Absatz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes, welcher unter anderen Schutzmaßnahmen, die Möglichkeit der Anordnung der Pflicht zum Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes regelt. Dieser Paragraph wurde durch Absatz 7 bis 10 am 22. November 2021 ergänzt. § 28a Absatz 7 des Infektionsschutzgesetzes erlaubt unabhängig von dem Ausruf einer „epidemische Notlage von nationaler Tragweite“ durch den Bundestag die Verpflichtung zum Tragen einer FFP2-Maske oder eines Mund-Nasen-Schutzes. (Bundestag 23.11.2021)

§ 32 Satz 1 des Gesetzes verweist außerdem die Aufgabe zum Erlass einer entsprechenden Verordnung an die Bundesländer. Bayern ist mit seiner 15. Infektionsschutzmaßnahmenverordnung besonders streng und hat in § 2 eine allgemeine FFP2-Maskenpflicht im Bundesland angeordnet. (Bundestag 23.11.2021)

### 3. Methoden

Dieser Abschnitt widmet sich den Methoden, die zum Erlangen der Daten verwendet wurden. Dies soll nicht nur Transparenz schaffen, sondern auch den Verlauf der Datenerhebung darstellen.

#### 3.1 Datenerhebung

Um das Themengebiet der Arbeit abzustecken und den aktuellen Stand der Forschung zu ermitteln, wurde eine orientierende Literaturrecherche auf Google Scholar und daran anschließend eine vertiefende Literaturrecherche mit den Suchmaschinen CINAHL und GeroLit durchgeführt. Bei der orientierenden Literaturrecherche wurden die Suchbegriffe Demenz, Corona-Pandemie und Masken benutzt. Die Suche wurde durch folgende Kriterien, die auch bei der vertiefenden Literaturrecherche zur Anwendung kam, begrenzt: Es wurde nur nach deutschsprachigen Studien und Artikeln gesucht und diese mussten im Raum Deutschland veröffentlicht worden sein. Diese Einschränkung wurde vorgenommen, da die Regierungen in den Nachbarländern unterschiedliche Maßnahmen zur Bewältigung und Eindämmung der vielfältigen Auswirkungen der Corona-Pandemie getroffen haben. Erschwerend kommen zudem die unterschiedlichen Gesundheitssysteme der Länder hinzu, die eine Übertragung von Forschungsergebnissen aus anderen Ländern auf Deutschland schwierig machen. Schon bei der orientierenden Literaturrecherche fiel auf, dass zwar viel zu den einzelnen Themenbereichen vorliegt, aber für die Kombination der drei Suchbegriffe nur sehr wenige und sehr kurze wissenschaftliche Artikel vorhanden sind. Diese Vermutung bestätigt auch die vertiefende Literaturrecherche, bei welcher durch die Kombination der Suchbegriffe „Covid-19“, „dementia“ und „face covering“ auf der Datenbank GeroLit und CINALH kein Suchergebnis erzielt werden konnte (siehe Anhang IV). Aufgrund der unergiebigsten Recherche wurde die Suche bezüglich der weltweiten Forschungslage auf CINALH erneut durchgeführt, diesmal ohne die Einschränkung auf Deutschland. Auch diese Suche fiel mit insgesamt 4 Studien weltweit unbefriedigend aus. Dieser Umstand soll schon in diesem Teil der Arbeit auf die hohe Relevanz des Themas dieser Forschungsarbeit hinweisen, da das Thema so gut wie unerforscht ist.

Des Weiteren wurde mittels Grundlagenliteratur der „Expertenstandard zur Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ zu Rate gezogen und so weit als möglich das vorhandene Wissen auf das Themengebiet angewandt. Die Forschungsfrage „Welche Verhaltensänderung beobachten Pflegende im stationären Setting bei Menschen mit Demenz durch das Tragen einer FFP2-Maske und welche Probleme treten dadurch in der Interaktion von Menschen mit Demenz und Pflegepersonal auf?“ entstand aus Beobachtungen aus dem beruflichen Alltag. Da die Literaturrecherche kaum Informationen auf die Fragestellung lieferte, wurde anhand eines halbstandardisierten Fragebogens eine qualitative Expertenbefragung bei vier Pflegekräften der Klinikum Bayreuth GmbH durchgeführt. Um diese durchführen zu dürfen, wurde eine Genehmigung des Datenschutzbeauftragten, des Betriebsrates und der Pflegedirektion eingeholt. Die Genehmigungen wurden zum einen schriftlich vom Datenschutzbeauftragten (siehe Anhang III) und zum anderen telefonisch durch die Pflegedirektorin Angela Dzyck und den Vorsitzenden Jürgen Eberlin nach der Abstimmung im Gremium des Betriebsrates der Klinikum Bayreuth GmbH erteilt.

Um alle Perspektiven der Pflege, welche eine Ausbildung über drei Jahren oder ein Hochschulstudium abgeschlossen haben, einzuschließen, wurden eine Gesundheits- und Krankenpflegerin, eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, welche in der Erwachsenenpflege arbeitet, eine Altenpflegerin und ein Gesundheits- und Krankenpfleger mit einem Bachelor of Science als Experten herangezogen und jeweils einzeln in einem Telefoninterview befragt. Bei der Befragung wurde ein schriftliches Protokoll geführt (siehe Anhang II). Die Befragungen fanden im Dezember 2021 statt und dauerten zwischen 20 und 35 Minuten. Die Experten wurden vor der Umfrage über die Freiwilligkeit und die Anonymisierung der Umfrage aufgeklärt und stimmten dieser zu.

Um die Forschungsfrage „Welche Verhaltensänderung beobachten Pflegende im stationären Setting bei Menschen mit Demenz durch das Tragen einer FFP2-Maske und welche Probleme treten dadurch in der Interaktion von Menschen mit Demenz und Pflegepersonal auf?“ wurde ein halbstandardisierter Fragebogen mit insgesamt neun Fragen erstellt (siehe Anhang I).

Im Folgenden sollen sowohl die einzelnen Fragen erläutert als auch der Aufbau des Fragebogens erklärt werden.

Die erste Frage „Ist Ihnen bei der Arbeit mit Menschen mit Demenz eine Veränderung im Verhalten dieser aufgefallen, wenn diese eine Maske tragen mussten?“ soll die Beobachtungen der Pflegenden im pflegerischen Alltag widerspiegeln und sie dazu animieren, eventuelle Veränderungen im Verhalten von Menschen mit Demenz zu schildern.

Aus eigenen Erfahrungen im pflegerischen Alltag ergab sich die Hypothese, dass Menschen mit Demenz das Tragen einer Maske wenig tolerieren. Diese Beobachtung führte zur zweiten Frage des Fragebogens: „Tolerierten die Patienten, welche an Demenz erkrankt sind, die Masken?“

Mit der dritten Frage wurde versucht herauszufinden, ob das Tragen von FFP2-Masken für Menschen mit Demenz ein größeres oder spezielles Problem darstellt als für Patienten, welche nicht an einer Demenz erkrankt sind: „Konnten Sie einen Unterschied zu Patienten feststellen, die nicht an Demenz erkrankt waren?“

Eine der effektivsten präventiven Maßnahmen gegen eine Infektion mit Corona ist das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes. Dies ist allerdings nur effektiv, wenn die Maske richtig auf dem Gesicht sitzt. Diese beiden Tatsachen sind Grundlage für die vierte Frage: „Konnten Sie Situationen beobachten, in denen Patienten, welche an Demenz erkrankt sind, die Maske abgezogen haben oder dies versuchten?“.

In den meisten Konzepten, die in der Pflege beim Umgang mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind, Anwendung finden, werden die Gefühle oder Emotionen des Menschen mit Demenz mit einbezogen. Emotionen werden bewusst oder unbewusst erlebt und führen unter anderem zu einer Verhaltensreaktion (Kirchgeorg 2018). Um ein Verständnis für die Verhaltensweisen der Menschen mit Demenz zu erlangen, wurde den Pflegenden daher die folgende fünfte Frage gestellt: „Welche emotionalen Reaktionen zeigten Patienten, die an Demenz erkrankt sind, auf die Maske?“

Beziehungen zu anderen Menschen sind für Menschen mit Demenz eng mit Lebensqualität verbunden. Die Reduktion der Gesellschaft auf vor allem kognitive Fähigkeiten, die bei Menschen mit Demenz stark eingeschränkt sind, hat einen massiven Einfluss auf die Beziehungsgestaltung von Menschen mit Demenz.

Deshalb sind für einen Menschen mit Demenz die Förderung und der Erhalt ihrer sozialen und personalen Identität essenziell. Die Stärkung des Person-Seins gelingt über individuelle Interaktions- und Kommunikationsangebote und erhöht damit die Lebensqualität der Menschen mit Demenz (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2018, S. 11). Dies zeigt auf, wie wichtig Kommunikation im Alltag für einen Menschen mit Demenz ist und ist damit Begründung für die sechste Frage: „Wurde die Kommunikation mit Patienten, die an Demenz erkrankt sind, durch das Tragen einer Maske beeinflusst?“

In einer Fallarbeit zu dem Themengebiet Demenz und Maskenpflicht wurde festgestellt, dass ein Mensch mit Demenz durch eine vermeintliche Routinehandlung an die Maske gewöhnt war und nach dieser verlangte (Schucker 2021, S. 7). Diese Beobachtung einer der pflegenden Angehörigen führte zu der siebten Frage: „War es möglich, im stationären Alltag, Routinen beim Aufziehen einer Maske bei einem Patienten, der an Demenz erkrankt ist, einzusetzen? Berichten Sie über Ihre Erfahrungen.“

Um mögliche Reaktionen und Copingstrategien der Pflegenden auf Verhaltensänderungen der Menschen mit Demenz zu erfragen, wurde die achte Frage wie folgt gestellt: „Wenn sich das Verhalten verändert hat, wie reagierten Sie darauf? Gibt es Wege, Patienten, die an Demenz erkrankt sind, das Tragen der Maske zu erleichtern und/oder es zu erklären?“

„Wie beeinflusst das Tragen von Masken die Pflege von Patienten, die an Demenz erkrankt sind, im stationären Setting? Welche Probleme sind Ihnen dabei aufgefallen?“ Die neunte und letzte Frage wurde bewusst sehr offen gehalten, um eventuell Aspekte, die in zuvor gestellten Fragen nicht berücksichtigt wurden, mit abzudecken.

Die folgende Grafik fasst den Ablauf der Forschungsarbeit grafisch zusammen.

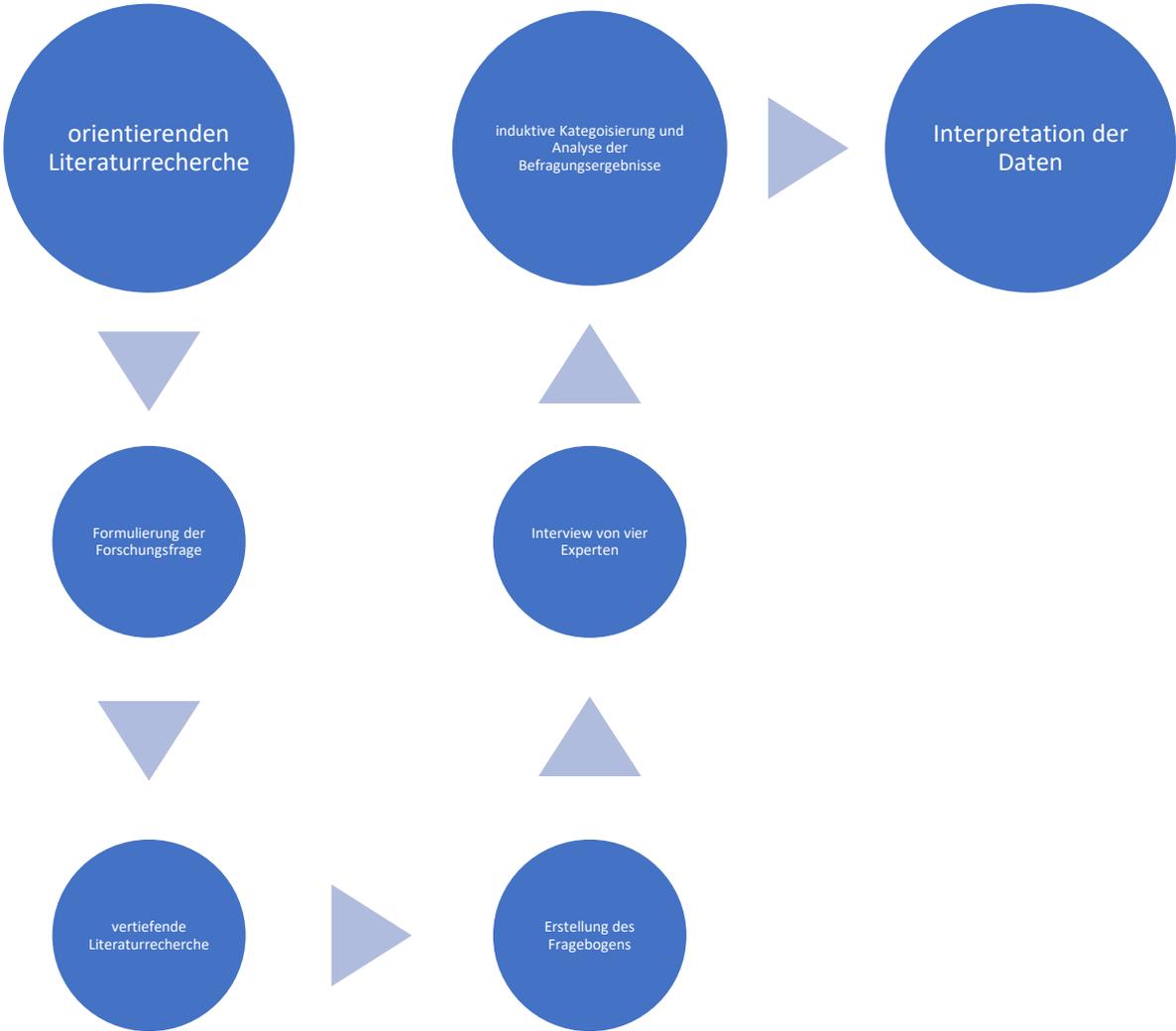


Abbildung 3: Ablauf der Forschungsarbeit

## 3.2 Datenanalyse

Ziel der Datenanalyse war es, möglichst nahe an den Beobachtungen und Erfahrungen der Pflegenden bei ihrer täglichen Arbeit mit Menschen, die an einer Demenz erkrankt waren, zu bleiben. Trotzdem sollten Gemeinsamkeiten gefunden und kategorisiert werden. Für die zusammenfassende Datenanalyse wurde das induktive Verfahren der Kategorisierung nach Mayring (siehe Abbildung 2) gewählt. (Mayring 2015, S. 71–78)

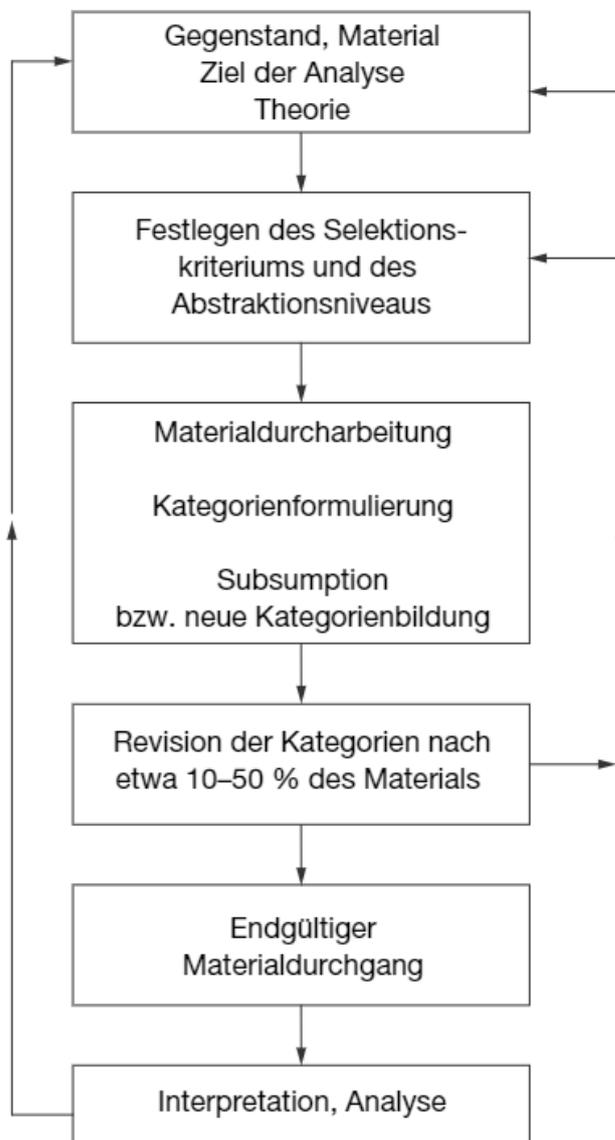


Abbildung 4: Induktive Kategorisierung Strukturplan (Mayring 2015, S. 86)

Die einzelnen Themengebiete werden im Ergebnisteil dargelegt und es wird näher auf einzelne Aussagen eingegangen.

## 4. Ergebnisse

Bei der Kategorisierung der Fragebögen wurden die drei Hauptkategorien „Verhalten des Menschen mit Demenz im Umgang mit der Maske“, „Copingstrategien der professionell Pflegenden“ und „Veränderungen der Arbeitsbedingungen der professionell Pflegenden“ formuliert. Diese Kategorien gliedern sich in unterschiedliche Unterkategorien und werden im Folgenden dargestellt.

### 4.1 Verhalten des Menschen mit Demenz im Umgang mit der Maske

Die Kategorie „Verhalten des Menschen mit Demenz im Umgang mit der Maske“ gliedert sich in drei Unterkategorien: „Reaktion von Menschen mit Demenz auf die Maske“, „Toleranz der Masken von Menschen mit Demenz“ und „Kommunikation und Masken“.

#### 4.1.1 Reaktionen von Menschen mit Demenz auf die Maske

Erwartungsgemäß waren die Reaktionen von Menschen mit Demenz auf das Tragen einer Maske negativ. So beschrieben alle Experten in den Befragungen emotionale Reaktionen wie Wut, Angst, Ablehnung und Aggression bei den Menschen mit Demenz. „Ich konnte Wut, Aggression, Ablehnung, Freude sicherlich nicht, Angst, Unverständnis, Vermehrung der Verwirrtheit beobachten. Wehrlosigkeit war auch manchmal dabei, da Patienten teilweise zum Tragen gezwungen werden müssen.“ (Anhang II, Zeile 95-97).

Teilweise wurden durch den Zwang eine Maske tragen zu müssen auch etwas wie Verzweiflung und Erschrockenheit hervorgerufen. „Zum einen Wut, beziehungsweise ablehnendes Verhalten, da die Patienten oft das Gefühl hatten, sie werden gegen ihren Willen gezwungen die Maske aufzusetzen. Zum anderen aber auch Erschrockenheit oder Angst, da die Patienten nicht wissen, was wir mit ihnen tun und was mit ihnen passiert.“ (Anhang II, Zeile 216-219).

Des Weiteren wurden diese Gefühle bei den Menschen mit Demenz durch die Tatsache, dass die Betroffenen die Maske und deren Notwendigkeit nicht einschätzen konnten, oder durch eventuelle frühere Erfahrungen ausgelöst. Die meisten Menschen, welche aktuell an einer Demenz erkrankt sind, gehören zu den Generationen, welche den Krieg oder die Nachkriegszeit erlebt haben. „Die Patienten können den Zeitraum und die Situation nicht einschätzen. Manchmal habe ich das Gefühl, die Patienten haben Angst und das könnte an zurückliegenden Ereignissen im Leben liegen oder dem Gefühl keine Luft zu bekommen.“ (Anhang II, Zeile 74-76).

Eine weitere Begründung für die Angst der Menschen mit Demenz stellt für einen Experten auch die Angst vor ansteckenden Erkrankungen dar. „Patienten zeigten Angst bezogen darauf, was passiert mit mir, aber auch Angst darauf, habe ich oder mein Gegenüber eine ansteckende Krankheit.“ (Anhang II, Zeile 149-150).

Diese Gefühle wurden von den Menschen mit Demenz nicht nur durch Körpersprache und Verhalten, sondern auch durch die Sprache selbst ausgedrückt. „Ja, definitiv. Für mich waren dabei mehrere verschiedenen Ausprägungen sichtbar. Zum einen wurde die Nicht Akzeptanz in Worte gefasst z.B. „Lass mich in Ruhe damit!“ oder „Tu das Ding da weg.“ Zum andern auch die Angst, die sich in Äußerungen wie „Hilfe, was machen Sie mit mir?“ zeigten.“ (Anhang II, Zeile 222-225).

Allerdings wird auch darauf hingewiesen, dass nicht immer die Maske Ausgangspunkt für solches Verhalten war, sondern manchmal nur ein Verstärker. „Sie reagierten dann häufig mit Wut auf die Maske, obwohl diese nicht immer der Ausgangspunkt des Deliranten Verhaltens war.“ (Anhang II, Zeile 145-146).

Weitere Reaktionen auf die Maske waren eine Zunahme der Verwirrtheit: „Die Patienten erschienen mir zunehmend verwirrter und wussten nicht, warum sie diese Maske tragen mussten.“ (Anhang II, Zeile 191-192).

Die Aussagen zu den Reaktionen auf die Maske waren sehr ähnlich. Es gab nur eine Ausnahme, bei der ein Experte auch eine positive Reaktion auf die Maske von Menschen mit Demenz schilderte, und zwar Neugierde. „Ja, die Patienten sind irritiert und verängstigt. Vor allem in der Anfangszeit von Corona ist mir das aufgefallen. Mir sind aber auch Menschen aufgefallen, die neugierig wirken.“ (Anhang II, Zeile 128-129).

Alle beschriebenen Reaktionen deuten darauf hin, dass sich das Verhalten von Menschen mit Demenz tatsächlich durch das Tragen einer Maske verändert und vor allem zu negativen und ablehnenden Reaktionen seitens der Menschen mit Demenz führt. Die Veränderung im Verhalten zeigte sich durch Zunahme der Verwirrtheit und überwiegend negative emotionale Reaktionen.

Um zu bestätigen, dass sich das Verhalten eines Menschen mit Demenz durch das Tragen einer Maske verändert hat und nicht dem Verhalten der Patienten gleicht, welche nicht an einer Demenz erkrankt sind, wurde eine Gegenprobe mit der Frage „Konnten Sie einen Unterschied zu Patienten feststellen, die nicht an Demenz erkrankt waren?“ durchgeführt. Diese Gegenprobe bestätigte, dass sich die Verhaltensweisen der Menschen mit Demenz von denen, welche nicht von dieser Erkrankung betroffen sind, voneinander abheben.

Der Unterschied, der von allen Experten benannt wurde, ist, dass der Mensch ohne Demenz die Situation versteht und darauf basierend handelt. So entstehen zum Beispiel solidarisches Verhalten und Verständnis bei den Patienten: „Ja, die Patienten hatten ein Verständnis für die komplette pandemische Situation und zeigten sich aus diesem Grund zumeist solidarisch und trugen die Maske.“ (Anhang II, Zeile 15-16).

Es stellte sich aber trotzdem heraus, dass auch Menschen, die nicht an einer Demenz erkrankt sind, manchmal an die Maske erinnert werden mussten, da das Tragen der Maske kein Automatismus zu sein scheint. „Auch Menschen, die keine Demenz haben, mussten häufig an die Maske erinnert werden. Weil die Maske nicht zu einem Automatismus gehört, aber die Menschen, die nicht an Demenz erkrankt waren, waren sich des Grundes für das Tragen einer Maske bewusst und konnten dadurch die Notwendigkeit verstehen.“ (Anhang II, Zeile 138-141).

Des Weiteren wurde von den Experten darauf hingewiesen, dass nicht nur eine Demenz, sondern auch eine psychische Erkrankung die Einhaltung der Maskenpflicht erschweren kann, indem die gesamte Corona-Situation verkannt wird. „Man muss aber auch andere Vorerkrankungen im Blick haben. Denn auch zum Beispiel psychische Vorerkrankungen können zu einem Problem beim Tragen der Maske führen.“ (Anhang II, Zeile 83-85). „Nur in seltenen Fällen, bei Corona Leugnern, gab es teilweise Probleme, da sie das Ganze nicht anerkannten, dies aber nicht an einer kognitiven Einschränkung lag.“ (Anhang II, Zeile 18-20).

#### 4.1.2 Toleranz der Masken von Menschen mit Demenz

Hinsichtlich der Toleranz der Maske von Menschen mit Demenz waren die Aussagen der Experten nicht so einheitlich wie bei der Veränderung bezüglich des Verhaltens. Dies könnte zum einen an unterschiedlichen Auffassungen, aber auch am unterschiedlichen Umgang der Experten mit den Menschen, welche an Demenz erkrankt sind, liegen.

Des Weiteren spielt vermutlich auch der unterschiedliche Fortschritt der Demenzerkrankung der Patienten, welche die Experten pflegen, eine Rolle. Die Expertenmeinungen spalten sich hier in zwei Gruppen. Die eine Gruppe ist der Überzeugung, dass Menschen mit Demenz die Maske nicht tolerieren. Die andere Gruppe gibt an, dass sie sowohl Toleranz als auch Ablehnung der Maske beobachtet haben.

Die beiden Experten, welche eine gewisse Toleranz der Maske bei Menschen mit Demenz beschrieben, wiesen darauf hin, dass dies von unterschiedlichen Faktoren abhängt, zum Beispiel inwieweit die Patienten angeleitet wurden. „Manche ja, manche nein. Jene, welche die Maske toleriert haben, haben dies meist nur wegen Anleitung und Hilfe der Pflegekraft getan.“ (Anhang II, Zeile 78-79) Auch die körperlichen und kognitiven Fähigkeiten des Patienten sowie die Situation, in welcher sich die Patienten befinden, können dabei von Bedeutung sein. „Ein klares Ja. Die eine Hälfte toleriert die Maske und lässt die Maske auf, die andere entfernt diese wieder. Dies hängt von verschiedenen Faktoren ab; zum Beispiel Vigilanz und den körperlichen Fähigkeiten. Wenn man die Maske nicht abziehen kann, tut man es nicht. Außerdem spielt die Situation eine Rolle. Wird der Patient zum Beispiel vom Patientenfahrtdienst zur Untersuchung gebracht, dieser erklärt die Notwendigkeit des Tragens der Maske, dann behalten die Patienten die Maske eher auf, als wenn sie sie ohne für sie ersichtlichen Grund auf dem Gang tragen müssen.“ (Anhang II, Zeile 196-202).

Die körperlichen Fähigkeiten fallen auch bei der Gruppe ins Gewicht, welche diese Meinung nicht teilt. Hier wird allerdings davon ausgegangen, dass die körperliche Einschränkung der Grund für das Aufbehalten der Maske ist und nicht Toleranz. „Nein, die Patienten, die an Demenz erkrankt waren, welche die Maske dran gelassen haben, haben dies aufgrund von körperlicher Einschränkung getan und

nicht aus Toleranz. Die Patienten, die in der Lage waren, zogen die Maske ab.“ (Anhang II, Zeile 10-12). Dies wurde aber auch von einem Experten aus der anderen Gruppe erwähnt: „Wenn man die Maske nicht abziehen kann, tut man es nicht.“ (Anhang II, Zeile 198-199).

Folgende Aspekte werden von den Experten als Grund für die fehlende Toleranz oder die Ablehnung beziehungsweise das Abziehen der Maske genannt:

- Wiederholte Aufforderung zum Aufsetzen einer Maske (vgl. Anhang II, Zeile 241-242)
- Behinderung der Kommunikation (vgl. Anhang II, Zeile 133-135)
- Wahrnehmung der Maske als Fremdkörper (vgl. Anhang II, Zeile 90)
- Beklemmendes Gefühl durch Maske (vgl. Anhang II, Zeile 29)
- Gefühl, schlecht Luft zu bekommen (vgl. Anhang II, Zeile 76)
- Erinnerung an schlimme Ereignisse aus der Biografie (vgl. Anhang II, Zeile 76)
- Zeitspanne / nach voranschreitender Zeit (vgl. Anhang II, Zeile 193-194)
- Delir (vgl. Anhang II, Zeile 144-146)

Vergleicht man diese Aspekte mit den Aspekten, welche in der Fallarbeit nach Schucker, 2021 beschrieben wurden, werden folgende Aspekte noch einmal untermauert: Zeitspanne und das Gefühl schlechter Luft zu bekommen (Schucker 2021, S. 8).

#### 4.1.3 Kommunikation und Masken

Einen sehr wichtigen Teil des veränderten Verhaltens stellt die durch die Maske veränderte Kommunikation zwischen dem Menschen mit Demenz und seinem Umfeld dar. Diese Beobachtungen spiegeln auch die Expertenantworten wider. Obwohl die Fragen im Interview nicht direkt auf die Kommunikation ausgerichtet waren, hatten alle Experten das Thema Kommunikation von sich aus angesprochen. Hierbei ist aufgefallen, dass die Meinungen der Experten sehr ähnlich ausfallen und alles auf eine Einschränkung der Kommunikation durch die Maske hindeutet.

Die Maske löst bei manchem Menschen mit Demenz das Gefühl aus, nicht kommunizieren zu können, was unter anderem zum Abziehen der Maske führt. „Die Patienten erkennen die Wichtigkeit nicht und haben das Gefühl, damit nicht kommunizieren zu können. Dies merkt man zum Beispiel daran, wenn Patienten am Stützpunkt stehen und die Maske zum Reden vom Gesicht ziehen.“ (Anhang II, Zeile 132-135).

Die Kommunikation wird durch das Tragen der Maske sowohl verbal als auch nonverbal eingeschränkt. Durch das zumeist hohe Alter der Menschen mit Demenz gibt es viele Patienten darunter, die auch eine Hörbeeinträchtigung haben. Dieser Aspekt wird durch zwei Experten beleuchtet. Zum einen bestätigen diese, dass viele ältere schwerhörige Patienten unterbewusst über das Lippenlesen auch ein Sprachverständnis erlangen, welches durch das Tragen einer Maske für den Patienten nicht mehr möglich ist. Die Patienten sind durch diese Einschränkung der Kommunikation verunsichert und weniger compliant. „Es schränkt massiv die Kommunikation ein, verbal als auch nonverbal, weil die Stimme und das ganze Gesprochene durch die Maske vernuschelt wirken. Und hier sind wir wieder bei Thema, was ich schon bei einer vorherigen Frage gemeint habe. Viele ältere Patienten verstehen unterbewusst auch über das Lippenlesen, welches komplett wegfällt. Dies führt zu einem „Rattenschwanz“ an Problemen. Die Patienten sind durch das Nicht Verstehen verunsichert und dadurch dann weniger compliant.“ (Anhang II, Zeile 65-70).

Zum anderen erläutern die beiden Experten, dass die Hörbeeinträchtigung auch dann eine Rolle spielt, wenn die Pflegekräfte diese berücksichtigen und zur Kommunikation und zum besseren Sprachverständnis näher an dem Patienten treten und das Gesagte lauter wiederholen. Dies kann auf den Patienten potenziell verängstigend wirken. „Viele unserer Patienten sind auch hörbeeinträchtigt. Durch das Tragen der Maske verliert das Wort viel an Lautstärke und Deutlichkeit, dadurch muss man häufig wiederholen, lauter sprechen oder näher an den Patienten treten, was vom Patienten als potenzielle Gefahr gewertet werden kann.“ (Anhang II, Zeile 158-161).

Die Einschränkung der Kommunikation durch die Maske betrifft nicht nur die Aussprache und Deutlichkeit, sondern schränkt auch die Mimik und Gestik des Redners ein. Diese eingeschränkte Kommunikation führt nicht nur bei den Patienten, die hörbeeinträchtigt sind, zu Problemen, sondern ist auch die Quelle für viele Missverständnisse zwischen Pflegekraft und Patienten. „Der andere Aspekt wäre, dass die Kommunikation von Pflegekraft zu Patienten durch die Maske beeinträchtigt wird. Dies äußert sich durch schlechtere Verständlichkeit, da durch die Maske Mimik, Gestik, Lautstärke der Sprache und Deutlichkeit der Aussprache vermindert sind. Dies führt beim Patienten, aber auch beim Personal, oft zu Missverständnissen.“ (Anhang II, Zeile 226-230).

Für einen Menschen mit Demenz ist das als Person wahrgenommen werden besonders wichtig. Dies wird vor allem dadurch geleistet, dass Pflegekräfte und Angehörige die Gefühle des Menschen ernst nehmen und auf diese empathisch reagieren. Durch die Maske ist aber auch für die Pflegenden das Einschätzen der Patienten erschwert, da man die Mimik des Gegenübers nur teilweise erkennen kann. „Man hat auch die Problematik, dass man selbst die Mimik seines Gegenübers nicht erkennen kann und es so schwieriger ist, die Patienten einzuschätzen und Empathie zu üben.“ (Anhang II, Zeile 186-188)

Das Dilemma zeigt sich aber nicht nur bei dem Menschen mit Demenz, sondern auch bei den Pflegenden selbst, da auch sie das Gefühl haben, nicht richtig verstanden zu werden und daher die Kommunikation auf das Wesentliche beschränken. Dies ist auch ein Aspekt des Nebenbefundes „Veränderungen der Arbeitsbedingungen der professionell Pflegenden durch die Maske“ der Forschungsarbeit, welcher in 4.3 kurz ausgeführt wird. „Für mich hat sich hier die Kommunikation mit dem Patienten verändert und ist durch das oben Genannte auf das Wesentliche beschränkt, da der andere einen eh nicht versteht durch die Maske. Für einen persönlich ist es auch ein Hindernis und eine Erschwernis der Arbeitsbedingungen.“ (Anhang II, Zeile 181-184).

Zusammenfassend lässt sich nun feststellen, dass durch die Maske das Gesprochene an Deutlichkeit verliert und auch die Lautstärke beeinträchtigt ist. Die Mimik und Gestik des Gegenübers werden eingeschränkt und die von manchen schwerhörigen Patienten erworbene Fähigkeit des Lippenlesens ist durch die Maske nicht mehr einsetzbar. Die Einschränkung der Kommunikation beruht hier auf Gegenseitigkeit. Dies bedeutet, dass nicht nur für den Menschen mit Demenz die Kommunikation eingeschränkt ist, sondern auch für die professionell Pflegenden. Dieser Umstand führt zu einer verminderten Kommunikation und auch einer Verringerung der Empathie, die normalerweise mitgebracht wird.

#### 4.2 Copingstrategien der professionell Pflegenden

Der Umgang mit der Veränderung des Verhaltens von Menschen mit Demenz aufgrund der Maskenpflicht ist bei allen Experten vor allem durch Verständnis und Akzeptanz geprägt. Drei der vier Experten geben sogar an, dass sie die Maske bei Nichtakzeptanz nach einem wiederholten Aufsetzversuch nicht wieder aufsetzen, um den Patienten nicht zusätzlich zu verwirren oder zu verängstigen. „Zieht der Patient die Maske ab, reite ich nicht weiter auf den kognitiven Defiziten des Patienten herum, sondern akzeptiere dies und bin verständnisvoll. Der Patient wird nicht gezwungen, um eine Eskalation der Situation zu vermeiden und einen Zugang zum Patienten zu haben.“ (Anhang II, Zeile 54-57).

Die Experten weisen darauf hin, dass es wichtig ist, auf die Gefühle der Menschen mit Demenz einzugehen. Zwei der Experten raten zudem Konzepte wie zum Beispiel die Validation einzusetzen. „Außerdem sollten die Gefühle des Patienten wahrgenommen werden und bekannte Methoden zur Verbesserung der Situation eingesetzt werden. Ein Beispiel ist die Validation.“ (Anhang II, Zeile 244-246).

Ein Experte schildert, dass er sogar selbst die Maske abziehe, um den Beziehungsaufbau zu fördern. „In manchen pflegerischen Situationen ziehe ich selbst die Maske ab, wenn klar wird, auf welcher Ebene auch immer mich der Patient nicht versteht. Dies ist für mich eine Maßnahme, die ich täglich einsetze, um den Patienten ein Stück weit auch Vertrautheit durch ein komplettes, lächelndes, menschliches Gesicht zu geben.“ (Anhang II, Zeile 58-61).

Außerdem wird empfohlen, bei Ablehnung eine ruhige Umgebung zu schaffen und individuelle Lösungen für das Problem zu finden. „Also ich würde erst einmal versuchen, eine ruhige Umgebung zu schaffen, das Gespräch zu suchen und versuchen den Patienten zu beschwichtigen, um den Grund für seine Aufregung herauszufinden. Um dann gezielt Lösungen vorzuschlagen oder anzubieten.“ (Anhang II, Zeile 171-173)

Ein Experte nennt auch präventive Ansätze, um eine Ablehnung der Maske zu vermeiden: „Man kann aber auch präventiv tätig werden, indem man die Patienten durch Bilder oder Schrift an die Maske erinnert. Oder man kann die Maske in die tägliche Routine einbauen und zum Beispiel beim Öffnen der neuen Maske eine Art Heranführen an das Maskentragen machen. Außerdem würde ich die Maske des Patienten zentral in seinem Blickfeld aufbewahren, um sie präsent zu halten.“ (Anhang II, Zeile 174-178).

Auch von einem anderen Experten wird dieser Ansatz verwendet, indem dieser die Patienten anleitet eine Maske zu tragen. „Jene, welche die Maske toleriert haben, haben dies meist nur wegen Anleitung und Hilfe der Pflegekraft getan.“ (Anhang II, Zeile 78-79).

Routinen können das Tragen einer Maske erleichtern und sogar dazu führen, dass Menschen mit Demenz in gewissen Situationen nach einer Maske verlangen. (Schucker 2021, S. 7). Diese Beobachtung konnte von den professionellen Pflegenden nicht direkt bestätigt werden. Das Problem dabei war, dass im stationären Setting die Patienten nur eine kurze Aufenthaltsdauer im Krankenhaus hatten und so das Einführen von Routinehandlungen nicht unbedingt möglich war. Ein Experte konnte sich allerdings vorstellen, dass Routinehandlungen in einem anderen Setting zu einem Erfolg führen könnten. „Dies wurde bei uns auf Station nicht probiert. Also bei Kurzliegen ist dies nur schwierig umzusetzen. Aber bei Langliegern oder im häuslichen Setting kann ich mir gut vorstellen, dass dies zu einer höheren Toleranz der Maske führt.“ (Anhang II, Zeile 165-167).

Ein Experte stellte die Überlegung an, dass eine Routine bei Verlassen des Zimmers einführbar wäre, aber schwer umsetzbar. „Im stationären Setting sind die Patienten meist nur sehr kurze Zeit. Die einzige Möglichkeit wäre eine Routine einzuführen, wenn der Patient das Zimmer verlassen muss. Für die Patienten ist

eine Einführung einer Routine eher schwierig umsetzbar.“ (Anhang II, Zeile 234-236).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein verständnisvoller Umgang, das Schaffen von einem ruhigen Umfeld, individuelle Lösungsansätze und der Einbau von bekannten Konzepten wie zum Beispiel der Validation im Umgang mit den Verhaltensänderungen bei Menschen mit Demenz von den professionell Pflegenden eingesetzt wird. Auch gibt es präventive Lösungsansätze, um die Situation gar nicht erst zur Eskalation kommen zu lassen.

#### 4.3 Nebenbefund: Veränderungen der Arbeitsbedingungen der professionell Pflegenden durch die Maske

Durch die offen formulierte Frage neun „Wie beeinflusst das Tragen von Masken die Pflege von Patienten, die an Demenz erkrankt sind, im stationären Setting? Welche Probleme sind Ihnen dabei aufgefallen?“ wurde ein Themenbereich eröffnet, welcher nicht unbedingt die Forschungsfrage beantwortet. Bei der Reflexion der Frage nach Durchführung der Interviews ist festzustellen, dass die Antworten auf diese Frage keinen direkten Beitrag zum Beantworten der Forschungsfrage leisten.

Allerdings sollte beachtet werden, dass Menschen in ihrer sozialen Interaktion auch immer einen Einfluss auf ihr Gegenüber haben und daher nicht nur die Sicht auf den Menschen mit Demenz wichtig ist, sondern auch der Blick auf die Pflegekräfte, die diesen Menschen pflegen. Um die interessanten Erkenntnisse durch die Frage neun nicht zu unterschlagen, wurde das Kapitel „Nebenbefund: Veränderungen der Arbeitsbedingungen der professionell Pflegenden durch die Maske“ hinzugefügt.

Es werden hier Konflikte unter den Kollegen aufgrund von fehlenden Standards im Umgang mit Demenz und Maskenpflicht genannt, aber auch Anfeindungen durch Vorgesetzte, Hygieneabteilung und andere Patienten. Dies lässt bei den Experten eine Angespanntheit gegenüber dem Thema der Maskenpflicht im Allgemeinen und auch in Bezug auf die Maskenpflicht bei Menschen mit Demenz erkennen. „Zum anderen muss ich mit Anfeindungen rechnen, zum Beispiel durch die Hygieneabteilung, durch meine Vorgesetzten, aber auch von nicht an Demenz erkrankten Mitpatienten. Auch unter Kollegen kommt es zu Streitigkeiten, da dieses

Thema unterschiedlich gehandhabt wird und kein Standard zum Tragen einer Maske bei Menschen, die an Demenz erkrankt sind, existiert.“ (Anhang II, Zeile 251-254).

Durch veränderte Arbeitsbedingungen kommt es dazu, dass Pfllegetätigkeiten wie zum Beispiel das Duschen schneller verrichtet oder ganz vermieden werden. Dies ist auf das Gefühl der Pflegenden, unter der Maske schwer Luft zu bekommen, zurückzuführen. „Für einen persönlich ist es auch ein Hindernis und eine Erschwernis der Arbeitsbedingungen. Man hat zum Beispiel das Gefühl, schwer Luft zu bekommen und verrichtet Tätigkeit wie zum Beispiel Duschen oder ähnliches deutlich schneller oder weniger, um diesen Situationen zu entgehen.“ (Anhang II, Zeile 183-186).

Auch Missverständnisse und Probleme zwischen Pflegekräften, Patienten und anderen Berufsgruppen führen zu veränderten Arbeitsbedingungen. Ebenso werden strukturelle Probleme erwähnt, wie zum Beispiel das Besorgen von Masken und deren unterschiedliche Qualität. Sicherlich nicht zu unterschätzen ist außerdem der Punkt, dass bei den professionell Pflegenden selbst durch das Tragen der Maske Symptome hervorgerufen werden. So leiden laut den Experten Pflegenden an Kopfschmerzen und Druckschmerzen durch das Tragen Maske. „Verwechslungen, Missverständnisse, Probleme mit dem Transportdienst. Probleme für die Patienten. Strukturelle Probleme wie zum Beispiel das Besorgen der Masken und dann unterschiedliche Qualität. Streitähnliche Situationen mit den Patienten. Die Masken haben aber auch Probleme für Brillenträger, zum Beispiel man sieht schlechter. Auch Kopfschmerzen oder Druckschmerzen durch die Masken des Pflegepersonals führen zu anderer Pflege.“ (Anhang II, Zeile 120-125)

## 5. Fazit

Es ist naheliegend, dass die Maskenpflicht bei Menschen mit Demenz problematischer sein kann als bei der Allgemeinbevölkerung. Durch das Fehlen der kognitiven Fähigkeit, die Corona-Problematik und in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit der Maske zu erkennen. Menschen mit Demenz zeigen auf die Maske emotionale Reaktionen wie zum Beispiel: Wut, Angst, Ablehnung und Aggression. Es gab ebenso Beobachtungen von Reaktionen wie Neugierde.

Gründe für die Ablehnung und das daraus resultierende Abziehen der Maske sind die wiederholte Aufforderung zum Aufsetzen einer Maske, eine beeinträchtigte Kommunikation, die Wahrnehmung der Maske als Fremdkörper, ein beklemmendes Gefühl durch die Maske, das Gefühl schlecht Luft zu bekommen, Erinnerungen an schlimme Ereignisse aus der Biografie, die voranschreitende Zeit oder Delir. Diesen Gründen kann nur schwer entgegengewirkt werden, ohne dabei die Maske zu entfernen. Es muss daher auf die Reaktionen der Menschen mit Demenz mit viel Verständnis eingegangen werden.

Die Experten gingen in ihren Beschreibungen vor allem mit viel Verständnis und Akzeptanz mit den Gefühlen der Menschen mit Demenz um. Und auch die Beziehung zwischen Pflegekraft und dem Menschen mit Demenz wurde dabei von den Pflegekräften beachtet und gefördert.

Die Umsetzung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ ist umso wichtiger geworden. Durch die eingeschränkte Kommunikation und die daraus folgenden Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz ist die Beziehungsgestaltung in der Pflege essenzieller denn je. Die Beziehungsgestaltung nach dem Expertenstandards kann neue Möglichkeiten schaffen, um das Wohlbefinden und das Person-Sein von Menschen mit Demenz in der Pflege zu wahren. Dass die Pflegenden dabei den Menschen im Blick behalten und nicht nur die körperliche Pflege, sollte ein fundamentaler Grundsatz sein.

Es bedarf außerdem zu dem Themengebiet interne Schulungen für die professionell Pflegenden, um Standards in den verschiedenen Einrichtungen zu erarbeiten und Unsicherheiten in der Anwendung dieser Standards zu besprechen. Allerdings

muss darauf hingewiesen werden, dass der Forschungsumfang viel zu klein ist und nur Indizien liefern kann.

Die Forschungsarbeit legt durch die Literaturrecherche und Expertenbefragung den massiven Bedarf an pflegewissenschaftlicher Forschung zu dem Thema Maskenpflicht bei Menschen mit Demenz offen. Auch weil damit gerechnet werden muss, dass uns die Maskenpflicht voraussichtlich die nächsten Jahre noch begleiten wird.

Der Nebenbefund der Forschungsarbeit macht deutlich, dass nicht nur der Mensch mit Demenz unter der Maskenpflicht leidet, sondern auch zum Teil die professionell Pflegenden selbst. Dies ist allerdings ein extra Forschungsgebiet, welches durch eigene Forschungsarbeiten exploriert werden muss. Die Situation des Pflegemangels spitzt sich infolge der außerordentlichen Belastung durch die Corona-Pandemie zu.

Um die Pflegequalität zu erhalten und den Ausstieg von Pflegekräften aus der Pflege zu vermeiden, ist es besonders wichtig, sich auch um das Wohlbefinden der Pflegenden bei der Arbeit zu kümmern und nicht durch Unstimmigkeiten rund um die Maskenpflicht zu gefährden.

Alle durch die Expertenbefragung erlangten Ergebnisse sollten durch zum Beispiel quantitative Befragungen gefestigt und bestätigt werden. Diese Befragungen können bei weiteren Experten der Pflege durchgeführt werden. Zudem scheint es sinnvoll und hilfreich, auch die Erfahrungen von pflegenden Angehörigen im Hinblick auf Coping-Strategien anzuhören und mit einzubeziehen, die im ambulanten Bereich ähnliche Verhaltensänderungen durch das Tragen einer Maske beobachten.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass sich der Umgang mit Menschen, welche von einer Demenz betroffen sind, erschwert hat und dies zu Problemen in der alltäglichen Pflege im stationären Setting führt. Durch personensorientierte Bewältigungsmaßnahmen können diese Probleme jedoch minimiert werden und ein erfolgreicher Ablauf der Pflege eines Menschen mit Demenz gewährleistet werden.

## Quellenverzeichnis

- Bering, Robert; Eichenberg, Christiane (Hg.) (2021): Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise. Herausforderungen und Lösungsansätze für Psychotherapeuten und soziale Helfer. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta (Fachbuch Klett-Cotta).
- Bundesregierung (Hg.) (2022): Coronavirus in Deutschland – Bundesregierung. Online verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus>, zuletzt aktualisiert am 01.01.2022, zuletzt geprüft am 01.01.2022.
- Bundestag (23.11.2021): Gesetzblatt Teil I, BGBl, vom 79. In: Bundesanzeiger.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (2020): Informationsblatt 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Online verfügbar unter [https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1\\_haeufigkeit\\_demenzerkrankungen\\_dalzg.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf), zuletzt geprüft am 16.12.2021.
- Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hg.) (2021): ICD-10. Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification -.
- Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2018): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Hg. v. Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück: Hochschule Osnabrück Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).
- Kirchgeorg, Manfred (2018): Ausführliche Definition im Online-Lexikon. Hg. v. Springer Gabler. Online verfügbar unter <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/emotion-35195/version-258683>, zuletzt aktualisiert am 2018, zuletzt geprüft am 10.10.2021.
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik). Online verfügbar unter [http://content-select.com/index.php?id=bib\\_view&ean=9783407293930](http://content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783407293930).
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.) (2021a): Coronavirus SARS-CoV-2 - Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19. Online verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Steckbrief.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html), zuletzt aktualisiert am 26.11.2021, zuletzt geprüft am 31.12.2021.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.) (2021b): RKI - Coronavirus SARS-CoV-2 - SARS-CoV-2: Virologische Basisdaten sowie Virusvarianten. Online verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Virologische\\_Basisdaten.html;jsessionid=76225A2E6E038AE048CE3D1DF08FE95C.internet062?nn=13490888](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virologische_Basisdaten.html;jsessionid=76225A2E6E038AE048CE3D1DF08FE95C.internet062?nn=13490888), zuletzt aktualisiert am 23.12.2021, zuletzt geprüft am 31.12.2021.
- Sauter, Dorothea; Abderhalden, Chris; al., Ian Needham et (2018): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 3. Aufl. s.l.: Verlag Hans Huber. Online verfügbar unter <http://elibrary.hogrefe.de/9783456946405/A>.
- Schucker, Angelika (2021): Die Maskenpflicht und ihre Herausforderungen für Menschen mit Demenz. Ein qualitatives Interview einer pflegenden Angehörigen im Rahmen einer Fallarbeit. unveröffentlichte Fallarbeit an der Evangelischen Hochschule Nürnberg. Nürnberg.

## Anhangsverzeichnis:

Anhang I: Fragebogen _____	II
Anhang II: Protokolle der Befragungen _____	III
Befragung I _____	III
Befragung II _____	V
Befragung III _____	VII
Befragung IV _____	IX
Anhang III: Datenschutzprüfung _____	XI
Anhang IV: Literatursuchverlauf _____	XII
Eidesstattliche Erklärung _____	XIII

## Anhang I: Fragebogen

1. Ist Ihnen bei der Arbeit mit Menschen mit Demenz eine Veränderung im Verhalten dieser aufgefallen, wenn diese eine Maske tragen mussten?
2. Tolerierten die Patienten, welche an Demenz erkrankt waren, die Masken?
3. Konnten Sie einen Unterschied zu Patienten feststellen, die nicht an Demenz erkrankt waren?
4. Konnten Sie Situationen beobachten in denen Patienten, welche an Demenz erkrankt waren, die Maske abgezogen haben oder dies versuchten?
5. Welche emotionalen Reaktionen zeigten Patienten, die an Demenz erkrankt sind auf die Maske?
6. Wurde die Kommunikation mit Patienten, die an Demenz erkrankt sind, durch das Tragen einer Maske beeinflusst?
7. War es möglich, im stationären Alltag, Routinen beim Aufziehen einer Maske bei einem Patienten, der an Demenz erkrankt ist, einzusetzen. Berichten Sie über Ihre Erfahrungen.
8. Wenn sich das Verhalten verändert hat, wie reagierten sie darauf? Gibt es Wege, Patienten, die an Demenz erkrankt sind, das Tragen der Maske zu erleichtern und/oder es zu erklären?
9. Wie beeinflusst das Tragen von Masken die Pflege von Patienten, die an Demenz erkrankt sind im stationären Setting? Welche Probleme sind Ihnen dabei aufgefallen?

## Anhang II: Protokolle der Befragungen

### Befragung I

1 1. Ist Ihnen bei der Arbeit mit Menschen mit Demenz eine Veränderung im Verhalten  
2 dieser aufgefallen, wenn diese eine Maske tragen mussten?

3 Ja, die Patienten haben die Situation, eine Maske tragen zu müssen nicht verstanden und  
4 konnten dies deshalb nicht tolerieren. Die Notwendigkeit war ihnen auf Grund ihrer  
5 Demenzerkrankung nicht bewusst. Die Patienten wirkten zumeist noch verunsicherter als  
6 Menschen mit Demenz Erkrankung im Krankenhaus sowieso und dadurch dann teilweise  
7 ängstlicher oder auch aggressiver. Die Patienten, die in der Lage waren, zogen die Maske  
8 ab.

9 2. Tolerierten die Patienten, welche an Demenz erkrankt waren, die Masken?

10 Nein, die Patienten, die an Demenz erkrankt waren, welche die Maske dran gelassen  
11 haben, haben dies aufgrund von körperlicher Einschränkung getan und nicht aus Toleranz.  
12 Die Patienten, die in der Lage waren, zogen die Maske ab.

13 3. Konnten Sie einen Unterschied zu Patienten feststellen, die nicht an Demenz  
14 erkrankt waren?

15 Ja, die Patienten hatten ein Verständnis für die komplette pandemische Situation und  
16 zeigten sich aus diesem Grund zumeist solidarisch und trugen die Maske. Natürlich wurde  
17 die Maske hin und wieder vergessen, aber die Patienten zogen die Maske nach  
18 Aufforderung zumeist wieder auf. Nur in seltenen Fällen, bei Corona Leugnern, gab es  
19 teilweise Probleme, da sie das Ganze nicht anerkannten, dies aber nicht an einer kognitiven  
20 Einschränkung lag.

21 4. Konnten Sie Situationen beobachten, in denen Patienten, welche an Demenz  
22 erkrankt waren, die Maske abgezogen haben oder dies versuchten?

23 Jede. Anfangs haben wir noch versucht bei Patienten, die an Demenz erkrankt waren, die  
24 Maskenpflicht im Zimmer bei pflegerischen Tätigkeiten durchzusetzen. Mir ist dabei  
25 aufgefallen, am Beispiel des Waschens in der Früh erklärt, dass man den Patienten die  
26 Maske aufgezogen hat und wenn man sich weggedreht hat, diese vom Patienten wieder  
27 runtergezogen wurde. Der Patient war außerdem gefühlt unruhiger. Ich denke, dies liegt  
28 daran, dass der Patient in einer fremden Umgebung von einer fremden Person einen  
29 fremden eher beklemmenden Gegenstand aufgezogen bekommt. Er würde die pflegerische  
30 Situation vielleicht noch verstehen, kann sich aber auf Grund des Störfaktors nicht auf diese  
31 einlassen. Dies führt zu einer geringen Compliance der Patienten.

32 5. Welche emotionalen Reaktionen zeigten Patienten, die an Demenz erkrankt sind,  
33 auf die Maske?

34 Die Patienten zeigten Angst, Verunsicherung, Ablehnung und Aggression.

35 6. Wurde die Kommunikation mit Patienten, die an Demenz erkrankt sind, durch das  
36 Tragen einer Maske beeinflusst?

37 Ja, auf jeden Fall. Zum einen fehlt die Mimik der Person, die redet. Auch für die Pflegekraft  
38 fehlt die nonverbale Kommunikation, um die Emotionen des Patienten einschätzen zu  
39 können. Durch die Maske wird das Gesprochene leise und es wirkt oft undeutlicher. Vor  
40 allem ältere Patienten, die schon länger Probleme mit dem Hören haben, können meistens  
41 unterbewusst Lippenlesen, dies fällt durch die Maske komplett weg.

42 7. War es möglich, im stationären Alltag Routinen beim Aufziehen einer Maske bei  
43 einem Patienten, der an Demenz erkrankt ist, einzusetzen? Berichten Sie über Ihre  
44 Erfahrungen.

45 Nein, da die Regelmäßigkeit im stationären Alltag schlecht durchzusetzen ist. Auch wenn  
46 für uns feste Abläufe existieren, kann der Patient sich nicht anpassen, da die  
47 Aufenthaltsdauer zu kurz ist.

48 8. Wenn sich das Verhalten verändert hat, wie reagierten Sie darauf? Gibt es Wege,  
49 Patienten, die an Demenz erkrankt sind, das Tragen der Maske zu erleichtern und/oder es  
50 zu erklären?

51 In erster Linie ist ein verständnisvoller Umgang mit dem an Demenz erkrankten Patienten  
52 wichtig. Ich erkläre den Patienten einmal den Grund einfach und ziehe ihnen dann die  
53 Maske auf. Wenn der Patient diese aufbehält, ist das eine Seltenheit und sehr erfreulich.  
54 Zieht der Patient die Maske ab, reite ich nicht weiter auf den kognitiven Defiziten des  
55 Patienten herum, sondern akzeptiere dies und bin verständnisvoll. Der Patient wird nicht  
56 gezwungen, um eine Eskalation der Situation zu vermeiden und einen Zugang zum  
57 Patienten zu haben.

58 In manchen pflegerischen Situationen ziehe ich selbst die Maske ab, wenn klar wird, auf  
59 welcher Ebene auch immer mich der Patient nicht versteht. Dies ist für mich eine  
60 Maßnahme, die ich täglich einsetze, um den Patienten ein Stück weit auch Vertrautheit  
61 durch ein komplettes, lächelndes, menschliches Gesicht zu geben. Dies ist für den  
62 Beziehungsaufbau und für manches Konzept wie zum Beispiel der Validation wichtig.

63 9. Wie beeinflusst das Tragen von Masken die Pflege von Patienten, die an Demenz  
64 erkrankt sind, im stationären Setting? Welche Probleme sind Ihnen dabei aufgefallen?

65 Es schränkt massiv die Kommunikation ein, verbal als auch nonverbal, weil die Stimme und  
66 das ganze Gesprochene durch die Maske vernuschelt wirken. Und hier sind wir wieder bei  
67 Thema, was ich schon bei einer vorherigen Frage gemeint habe. Viele ältere Patienten  
68 verstehen unterbewusst auch über das Lippenlesen, welches komplett wegfällt. Dies führt  
69 zu einem „Rattenschwanz“ an Problemen. Die Patienten sind durch das Nicht Verstehen  
70 verunsichert und dadurch dann weniger compliant.

## Befragung II

71 1. Ist Ihnen bei der Arbeit mit Menschen mit Demenz eine Veränderung im Verhalten  
72 dieser aufgefallen, wenn diese eine Maske tragen mussten?

73 Die Patienten ziehen die Maske wieder runter. Es fehlt hier an Compliance und Verständnis  
74 für die Maske und deren Nutzen. Die Patienten können den Zeitraum und die Situation nicht  
75 einschätzen. Manchmal habe ich das Gefühl, die Patienten haben Angst und das könnte  
76 an zurückliegenden Ereignissen im Leben liegen oder dem Gefühl keine Luft zu bekommen.

77 2. Tolerierten die Patienten, welche an Demenz erkrankt waren, die Masken?

78 Manche ja, manche nein. Jene, welche die Maske toleriert haben, haben dies meist nur  
79 wegen Anleitung und Hilfe der Pflegekraft getan.

80 3. Konnten Sie einen Unterschied zu Patienten feststellen, die nicht an Demenz  
81 erkrankt waren?

82 Ja, die Eigeninitiative und Verständnis ist eher vorhanden. Falls ein Grund für Angst vor der  
83 Maske vorhanden ist, kann dieser einfach beseitigt oder erfragt werden. Man muss aber  
84 auch andere Vorerkrankungen im Blick haben. Denn auch zum Beispiel psychische  
85 Vorerkrankungen können zu einem Problem beim Tragen der Maske führen.

86 4. Konnten Sie Situationen beobachten in denen Patienten, welche an Demenz  
87 erkrankt waren, die Maske abgezogen haben oder dies versuchten?

88 Patienten zogen die Maske zum Kommunizieren ab. Weil die Patienten wahrscheinlich das  
89 Gefühl haben, wir könnten sie ohne ihre Mimik nicht verstehen. Auch wenn die Patienten  
90 nichts zu tun hatten, zogen sie die Maske ab, da diese einen Fremdkörper darstellte und  
91 sie diesen los werden wollten. Eine weite Situation ist, das Abziehen oder Herunterziehen  
92 bei Nicht Tolerieren direkt nach dem Aufziehen.

93 5. Welche emotionalen Reaktionen zeigten Patienten, die an Demenz erkrankt sind,  
94 auf die Maske?

95 Ich konnte Wut, Aggression, Ablehnung, Freude sicherlich nicht, Angst, Unverständnis,  
96 Vermehrung der Verwirrtheit beobachten. Wehrlosigkeit war auch manchmal dabei, da  
97 Patienten teilweise zum Tragen gezwungen werden müssen.

98 6. Wurde die Kommunikation mit Patienten, die an Demenz erkrankt sind, durch das  
99 Tragen einer Maske beeinflusst?

100 Ja. Die Lautstärke war vermindert und dadurch auch undeutliche Sprache. Die Patienten  
101 hatten keine Mimik dazu und konnten bei Schwerhörigkeit keine Lippen lesen. Auch  
102 nonverbale Kommunikation war nicht möglich.

103 7. War es möglich, im stationären Alltag Routinen beim Aufziehen einer Maske bei  
104 einem Patienten, der an Demenz erkrankt ist, einzusetzen? Berichten Sie über Ihre  
105 Erfahrungen.

106 Nein, es war nicht möglich. Da die Zeit viel zu kurz war und die Umgebung fremd war. So  
107 konnten keine Routinen entwickelt werden. Außerdem ist auch wechselndes Personal ein  
108 Problem, da jeder anders pflegt.

109 8. Wenn sich das Verhalten verändert hat, wie reagierten sie darauf? Gibt es Wege,  
110 Patienten, die an Demenz erkrankt sind, das Tragen der Maske zu erleichtern und/oder es  
111 zu erklären?

112 Dies ist recht individuell. Es kommt darauf an, wie weit die Demenz fortgeschritten ist.  
113 Primär ist das immer wieder Aufklären und Erinnern eine Maßnahme. Außerdem ist die  
114 Vorbildfunktion des Personals wichtig. Und als weitere Maßnahme könnte man freundlich  
115 gestaltete Masken anbieten, zum Beispiel mit Lächeln oder Jahreszeiten. Es wirkt nicht so  
116 steril. Für den Fall, dass ein Patient die Maske gar nicht tolerierte oder delirant wird, sollte  
117 man die Maske einfach weglassen.

118 9. Wie beeinflusst das Tragen von Masken die Pflege von Patienten, die an Demenz  
119 erkrankt sind, im stationären Setting? Welche Probleme sind Ihnen dabei aufgefallen?

120 Verwechslungen, Missverständnisse, Probleme mit dem Transportdienst. Probleme für die  
121 Patienten. Strukturelle Probleme wie zum Beispiel das Besorgen der Masken und dann  
122 unterschiedliche Qualität. Streitähnliche Situationen mit den Patienten. Die Masken haben  
123 aber auch Probleme für Brillenträger, zum Beispiel man sieht schlechter. Auch  
124 Kopfschmerzen oder Druckschmerzen durch die Masken des Pflegepersonals führen zu  
125 anderer Pflege.

### Befragung III

126 1. Ist Ihnen bei der Arbeit mit Menschen mit Demenz eine Veränderung im Verhalten  
127 dieser aufgefallen, wenn diese eine Maske tragen mussten?

128 Ja, die Patienten sind irritiert und verängstigt. Vor allem in der Anfangszeit von Corona ist  
129 mir das aufgefallen. Mir sind aber auch Menschen aufgefallen, die neugierig wirken.

130 2. Tolerierten die Patienten, welche an Demenz erkrankt waren, die Masken?

131 Eher weniger würde ich behaupten, nur wenn man sie auf die Notwendigkeit hinwies. Häufig  
132 haben die Patienten die Maske liegen gelassen oder am Arm oder sie falsch aufgehakt. Die  
133 Patienten erkennen die Wichtigkeit nicht und haben das Gefühl, damit nicht kommunizieren  
134 zu können. Dies merkt man zum Beispiel daran, wenn Patienten am Stützpunkt stehen und  
135 die Maske zum Reden vom Gesicht ziehen.

136 3. Konnten Sie einen Unterschied zu Patienten feststellen, die nicht an Demenz  
137 erkrankt waren?

138 Auch Menschen, die keine Demenz haben, mussten häufig an die Maske erinnert werden.  
139 Weil die Maske nicht zu einem Automatismus gehört, aber die Menschen, die nicht an  
140 Demenz erkrankt waren, waren sich des Grundes für das Tragen einer Maske bewusst und  
141 konnten dadurch die Notwendigkeit verstehen.

142 4. Konnten Sie Situationen beobachten in denen Patienten, welche an Demenz  
143 erkrankt waren, die Maske abgezogen haben oder dies versuchten?

144 Ja häufig, gerade wenn die Patienten delirant waren, zogen sie die Maske ab und waren  
145 für Hinweise des Pflegepersonals nicht empfänglich. Sie reagierten dann häufig mit Wut auf  
146 die Maske, obwohl diese nicht immer der Ausgangspunkt des Deliranten Verhaltens war.

147 5. Welche emotionalen Reaktionen zeigten Patienten, die an Demenz erkrankt sind,  
148 auf die Maske?

149 Patienten zeigten Angst bezogen darauf, was passiert mit mir, aber auch Angst darauf,  
150 habe ich oder mein Gegenüber eine ansteckende Krankheit. Die Patienten waren anfangs  
151 deutlich irritierter von der Maske, als sie es zu diesem Zeitpunkt der Pandemie sind.

152 Vielleicht auch ein bisschen Traurigkeit, weil man die Mimik des Gegenübers bei einem  
153 Gespräch nicht sehen kann und dadurch die Patienten wenig die Empathie der Pflegekräfte  
154 wahrnehmen.

155 6. Wurde die Kommunikation mit Patienten, die an Demenz erkrankt sind, durch das  
156 Tragen einer Maske beeinflusst?

157 Auf jeden Fall. Wie ich schon erzählt habe, verliert sich durch das Tragen der Masken die  
158 Mimik der Pflegeperson. Viele unserer Patienten sind auch hörbeeinträchtigt. Durch das  
159 Tragen der Maske verliert das Wort viel an Lautstärke und Deutlichkeit, dadurch muss man  
160 häufig wiederholen, lauter sprechen oder näher an den Patienten treten, was vom Patienten  
161 als potenzielle Gefahr gewertet werden kann.

162 7. War es möglich, im stationären Alltag Routinen beim Aufziehen einer Maske bei  
163 einem Patienten, der an Demenz erkrankt ist, einzusetzen? Berichten Sie über Ihre  
164 Erfahrungen.

165 Dies wurde bei uns auf Station nicht probiert. Also bei Kurzliegern ist dies nur schwierig  
166 umzusetzen. Aber bei Langliegern oder im häuslichen Setting kann ich mir gut vorstellen,  
167 dass dies zu einer höheren Toleranz der Maske führt.

168 8. Wenn sich das Verhalten verändert hat, wie reagierten sie darauf? Gibt es Wege,  
169 Patienten, die an Demenz erkrankt sind, das Tragen der Maske zu erleichtern und/oder es  
170 zu erklären?

171 Also ich würde erst einmal versuchen, eine ruhige Umgebung zu schaffen, das Gespräch  
172 zu suchen und versuchen den Patienten zu beschwichtigen, um den Grund für seine  
173 Aufregung herauszufinden. Um dann gezielt Lösungen vorzuschlagen oder anzubieten.

174 Man kann aber auch präventiv tätig werden, indem man die Patienten durch Bilder oder  
175 Schrift an die Maske erinnert. Oder man kann die Maske in die tägliche Routine einbauen  
176 und zum Beispiel beim Öffnen der neuen Maske eine Art Heranführen an das Maskentragen  
177 machen. Außerdem würde ich die Maske des Patienten zentral in seinem Blickfeld  
178 aufbewahren, um sie präsent zu halten.

179 9. Wie beeinflusst das Tragen von Masken die Pflege von Patienten, die an Demenz  
180 erkrankt sind, im stationären Setting? Welche Probleme sind Ihnen dabei aufgefallen?

181 Für mich hat sich hier die Kommunikation mit dem Patienten verändert und ist durch das  
182 oben Genannte auf das Wesentliche beschränkt, da der andere einen eh nicht versteht  
183 durch die Maske. Für einen persönlich ist es auch ein Hindernis und eine Erschwernis der  
184 Arbeitsbedingungen. Man hat zum Beispiel das Gefühl, schwer Luft zu bekommen und  
185 verrichtet Tätigkeit wie zum Beispiel Duschen oder ähnliches deutlich schneller oder  
186 weniger, um diesen Situationen zu entgehen. Man hat auch die Problematik, dass man  
187 selbst die Mimik seines Gegenübers nicht erkennen kann und es so schwieriger ist, die  
188 Patienten einzuschätzen und Empathie zu üben.

## Befragung IV

189 1. Ist Ihnen bei der Arbeit mit Menschen mit Demenz eine Veränderung im Verhalten  
190 dieser aufgefallen, wenn diese eine Maske tragen mussten?

191 Ja, ist es. Die Patienten erschienen mir zunehmend verwirrter und wussten nicht, warum  
192 sie diese Maske tragen mussten. Teilweise wurde sie auch falsch aufgesetzt,  
193 beziehungsweise nicht toleriert und wieder entfernt. Zu beobachten ist, dass mit  
194 voranschreitender Zeit die Maske weniger toleriert wird.

195 2. Tolerierten die Patienten, welche an Demenz erkrankt waren, die Masken?

196 Ein klares Jein. Die eine Hälfte toleriert die Maske und lässt die Maske auf, die andere  
197 entfernt diese wieder. Dies hängt von verschiedenen Faktoren ab; zum Beispiel Vigilanz  
198 und den körperlichen Fähigkeiten. Wenn man die Maske nicht abziehen kann, tut man es  
199 nicht. Außerdem spielt die Situation eine Rolle. Wird der Patient zum Beispiel vom  
200 Patientenfahrtdienst zur Untersuchung gebracht, dieser erklärt die Notwendigkeit des  
201 Tragens der Maske, dann behalten die Patienten die Maske eher auf, als wenn sie sie ohne  
202 für sie ersichtlichen Grund auf dem Gang tragen müssen.

203 3. Konnten Sie einen Unterschied zu Patienten feststellen, die nicht an Demenz  
204 erkrankt waren?

205 Ja, es gibt einen Unterschied. Da orientierte Patienten den Anweisungen des  
206 Pflegepersonals Folge leisten und ihnen auch der situative Hintergrund oder auch die  
207 Notwendigkeit des Tragens der Maske bewusst ist. Oftmals habe ich es erlebt, dass  
208 Menschen mit Demenz auf Grund mangelnder Compliance eine Abwehrhaltung  
209 einnehmen.

210 4. Konnten Sie Situationen beobachten in denen Patienten, welche an Demenz  
211 erkrankt waren, die Maske abgezogen haben oder dies versuchten?

212 Ja, es ist sehr unterschiedlich gewesen. Es war nicht konkret festzulegen, in welchen  
213 Situationen der Patient die Maske toleriert oder ablehnt.

214 5. Welche emotionalen Reaktionen zeigten Patienten, die an Demenz erkrankt sind,  
215 auf die Maske?

216 Zum einen Wut, beziehungsweise ablehnendes Verhalten, da die Patienten oft das Gefühl  
217 hatten, sie werden gegen ihren Willen gezwungen die Maske aufzusetzen. Zum anderen  
218 aber auch Erschrockenheit oder Angst, da die Patienten nicht wissen, was wir mit ihnen tun  
219 und was mit ihnen passiert.

220 6. Wurde die Kommunikation mit Patienten, die an Demenz erkrankt sind, durch das  
221 Tragen einer Maske beeinflusst?

222 Ja, definitiv. Für mich waren dabei mehrere verschiedenen Ausprägungen sichtbar. Zum  
223 einen wurde die Nicht Akzeptanz in Worte gefasst z.B. „Lass mich in Ruhe damit!“ oder „Tu  
224 das Ding da weg.“ Zum andern auch die Angst, die sich in Äußerungen wie „Hilfe, was  
225 machen Sie mit mir?“ zeigten.

226 Der andere Aspekt wäre, dass die Kommunikation von Pflegekraft zu Patienten durch die  
227 Maske beeinträchtigt wird. Dies äußert sich durch schlechtere Verständlichkeit, da durch  
228 die Maske Mimik, Gestik, Lautstärke der Sprache und Deutlichkeit der Aussprache  
229 vermindert sind. Dies führt beim Patienten, aber auch beim Personal, oft zu  
230 Missverständnissen.

231 7. War es möglich, im stationären Alltag Routinen beim Aufziehen einer Maske bei  
232 einem Patienten, der an Demenz erkrankt ist, einzusetzen? Berichten Sie über Ihre  
233 Erfahrungen.

234 Im stationären Setting sind die Patienten meist nur sehr kurze Zeit. Die einzige Möglichkeit  
235 wäre eine Routine einzuführen, wenn der Patient das Zimmer verlassen muss. Für die  
236 Patienten ist eine Einführung einer Routine eher schwierig umsetzbar.

237 8. Wenn sich das Verhalten verändert hat, wie reagierten sie darauf? Gibt es Wege,  
238 Patienten, die an Demenz erkrankt sind, das Tragen der Maske zu erleichtern und/oder es  
239 zu erklären?

240 Das wiederholte Ablegen der Maske führt zu einer erhöhten Frustrationsrate der  
241 Pflegekräfte und beim Patienten bei erneutem Aufziehen zu Frustration, gesteigertem  
242 ablehnendem Verhalten und Aggressivität. Eine Möglichkeit, diesem aus dem Weg zu  
243 gehen, ist, dass man die Ablehnung der Maske seitens des Patienten mit Demenz  
244 akzeptiert und nicht wieder versucht die Maske aufzusetzen. Außerdem sollten die Gefühle  
245 des Patienten wahrgenommen werden und bekannte Methoden zur Verbesserung der  
246 Situation eingesetzt werden. Ein Beispiel ist die Validation.

247 9. Wie beeinflusst das Tragen von Masken die Pflege von Patienten, die an Demenz  
248 erkrankt sind, im stationären Setting? Welche Probleme sind Ihnen dabei aufgefallen?

249 Punkt eins: Wenn ich am Patienten arbeite, wird der Patient durch meine Maske mindestens  
250 verwirrt, wenn nicht sogar verängstigt, da er diese nicht kennt oder nicht weiß, was diese  
251 soll. Zum anderen muss ich mit Anfeindungen rechnen, zum Beispiel durch die  
252 Hygieneabteilung, durch meine Vorgesetzten, aber auch von nicht an Demenz erkrankten  
253 Mitpatienten. Auch unter Kollegen kommt es zu Streitigkeiten, da dieses Thema  
254 unterschiedlich gehandhabt wird und kein Standard zum Tragen einer Maske bei  
255 Menschen, die an Demenz erkrankt sind, existiert.



Der Datenschutzbeauftragte der KLINIKUM BAYREUTH GMBH,  
Postfach 10 07 01, 95407 Bayreuth

Ihr Ansprechpartner:

An  
Frau Angelika Schucker

Datenschutzbeauftragter  
Dipl.-Ing. (FH) Bernhard Lindner

Klinikum Bayreuth GmbH  
Preuschwitzer-Str. 101  
95445 Bayreuth

Tel.: 0921400-2046  
Mob.: 0921400-752046  
Fax: 0921400-882046  
E-Mail: bernhard.lindner@klinikum-bayreuth.de  
Raum: L-1 01, Preuschwitzer-Straße 101, 95445 Bayreuth

Bayreuth, 02.04.2021

**Ihrer Anfrage vom 15.10.2021**  
**20211015a F025T020B021 Schucker Angelika DS BA FraBo Maskenpflicht US.docx**

Sehr geehrte Frau Schucker,

Hiermit bestätige ich den Eingang der o.g. Anfrage.

Den Vorgang führe ich unter: 25 Prüfung / 20 Praktika u Prom\_Hab\_Mast\_Batch /  
**20211015a F025T020B021 Schucker Angelika DS BA FraBo Maskenpflicht**

Die per Mail am 15.10. vorgelegten Unterlagen und Ihre Beschreibungen im persönlichen Termin zeigen welche Daten erhoben und verarbeitet werden.

Aus der Prüfung der vorgelegten Unterlagen ergibt sich für den DSB, dass hier keine direkt personenbezogenen- oder personenbezieharen Daten Betroffener erhoben werden. Es ist dem DSB nicht möglich eine Zuordnung von Personen, Mitarbeitern, Betroffenen oder Einrichtungen der Klinikum-Bayreuth GmbH zu treffen. Das gleiche gilt auch für Kombinationen von Fragen. Somit ist eine so weit reichende Pseudonymisierung bzw. sogar Anonymisierung gegeben, dass hier keine Versagensgründe für die Datenerhebung und Verarbeitung gesehen werden können. Die Einholung einer Einwilligung bei Betroffenen erfolgt nach Wissenstand des DSB nicht. Diese würde auch eine Personenzuordnung darstellen und würde zu einer anderen Bewertung führen.

Als Student im Rahmen einer Facharbeit sind Sie immer als Privatperson (eigene verantwortliche Stelle im Sinne der DSGVO) tätig. Der DSB hat also keine Beratungsrechte in seiner dienstlichen Funktion. Bitte Beachten Sie auch, dass alle in Ihrer Tätigkeit erlangten Informationen der Verpflichtung auf das Datengeheimnis unterliegen. Weiterhin sind in der Klinikum-Bayreuth GmbH Dienstanweisungen und Technische und Organisatorische Maßnahmen (TOM's) gültig die den Umgang und die Nutzung von Personen bezogene Daten (PbD) regeln und den Sie unterliegen könnten. Weiterhin könnten auch Fragestellungen, die durch den Betriebsrat der Klinikum-Bayreuth GmbH zu bewerten sind, betroffen sein.

Eine Eintragung in die Verarbeitungsübersicht ist dem DSB nicht bekannt.

**Aus Sicht des DSB bestehen derzeit und unter Beachtung der vorgelegten Informationen keine Versagensgründe. Änderungen im Vorgehen könnten jedoch eine neue Bewertung durch den DSB erfordern.**

Mit freundlichen Grüßen

Bernhard Lindner  
Datenschutzbeauftragter

**Begründung/Anlagen:** keine

Klinikum Bayreuth GmbH  
Preuschwitzer Straße 101  
95445 Bayreuth  
Stz und Registergericht:  
Bayreuth HRB: 5902

Bankverbindungen:  
Sparkasse Bayreuth  
BAN: DE38 7705 0110 0021 0210 90  
BIC: BYLA3301 SBT  
HypoVereinsbank Bayreuth  
BAN: DE18 7702 0072 0000 0125 90  
BIC: HYVE3301 412

USt-IdNr.: DE 813850958

Institutionskennzeichen 260 940 109

Geschäftsführer:  
Alexander Mohr  
Prof. Dr. Hans-Rudolf Raab  
Ausschlenkvorstandender  
Landrat  
Florian Wiedemann

Betriebsstätte:  
Klinikum Bayreuth  
Preuschwitzer Str. 101  
95445 Bayreuth  
Telefon (0921) 400-00  
Telefax (0921) 400-2119

Betriebsstätte:  
Klinik Hohe Warte Bayreuth  
Hohe Warte 8  
95445 Bayreuth  
Telefon (0921) 400-01  
Telefax (0921) 400-2118

Internet:  
www.klinikum-bayreuth.de

email:  
poststelle@klinikum-bayreuth.de

# Anhang IV: Literatursuchverlauf

## CIHNAL:

<input type="checkbox"/> Alle auswählen / Auswahl aufheben		Suche mit AND	Suche mit OR	Suchläufe löschen	Suchergebnisse aktualisieren	
Such-ID#	Suchbegriffe	Suchoptionen		Aktionen		
<input type="checkbox"/> S3	( covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19 or 2019 pandemic or pandemic ) AND ( dementia or alzheimers or cognitive impairment or memory loss ) AND ( masks or face covering )	<b>Eingrenzungen</b> - Sprache: German <b>Erweiterungen</b> - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - SmartText-Suche		<a href="#">Ergebnisse anzeigen</a> (0)	<a href="#">Details anzeigen</a>	
<input type="checkbox"/> S2	( covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19 or 2019 pandemic or pandemic ) AND ( dementia or alzheimers or cognitive impairment or memory loss ) AND ( masks or face covering )	<b>Eingrenzungen</b> - Sprache: German <b>Erweiterungen</b> - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Alle meine Suchbegriffe suchen		<a href="#">Ergebnisse anzeigen</a> (0)	<a href="#">Details anzeigen</a>	
<input type="checkbox"/> S1	( covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19 or 2019 pandemic or pandemic ) AND ( dementia or alzheimers or cognitive impairment or memory loss ) AND ( masks or face covering )	<b>Erweiterungen</b> - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Alle meine Suchbegriffe suchen		<a href="#">Ergebnisse anzeigen</a> (15)	<a href="#">Details anzeigen</a>	

## GeroLit:

Suchen
Suchergebnis
Erweiterte Suche
Zwischenablage
Hilfe

Deutsches Zentrum für Altersfragen

sortiert nach 
 unscharfe Suche

Suchgeschichte
Kurzliste
Titeldaten

**Ergebnisse**

❌ Es wurde nichts gefunden.

Dieser Suchbegriff oder diese Suchbegriffskombination ist im Index nicht vorhanden.

## Eidesstattliche Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.
2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.
3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer AutorInnen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet. Dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.
5. Im Falle empirischer Erhebungen: Für die Veröffentlichung von Daten, Fakten und Zahlen aus Einrichtungen oder über Personen, auch in Interviews, die nicht öffentlich zugänglich sind, liegt mir eine Einverständniserklärung vor. Die Rechteinhaber/innen haben der Verwertung der Daten im Rahmen der BA-Arbeit schriftlich zugestimmt.
6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
7. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Bayreuth, den 25.01.2022

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Shcher'. The signature is written in a cursive, flowing style with a long horizontal stroke extending to the right.