

**Welchen Einfluss auf das Verhalten von Demenzkranken hat die
integrative und segregative Versorgungsform?**

Eine systematische Literaturübersicht

Erarbeitet von: Pfammatter Tobias
Bahnhofstrasse 8
3904 Naters VS

Kurs: Bachelor 06

Unter Begleitung von: Franziska Heldner- Metzger
Pflegeexpertin Höfa II

Naters, den 8.01.2010

Zusammenfassung

Problembeschreibung:

Demenz ist eines der häufigsten Krankheitsbilder in der geriatrischen Langzeitpflege. Viele Experten rechnen mit einer beachtlichen Zunahme der Demenzkranken. Mit fortschreitendem Krankheitsverlauf wird eine stationäre Versorgung notwendig. Einer der Haupteinweisungsgründe in die stationäre Versorgung ist das veränderte Verhalten der Erkrankten und nicht kognitive Leistungseinbußen. Es stellt sich die Frage nach einer adäquaten Betreuung der stationären Demenzkranken. Immer häufiger entstehen segregative Abteilungen, in welchen Demenzkranke getrennt von anderen Bewohnern der Institution versorgt werden. Können diese segregativen Spezialabteilungen das Verhalten – der Haupteinweisungsgrund – effektiver beeinflussen als integrative Versorgungsformen?

Ziel

Das Ziel dieser Arbeit ist ein Vergleich von integrativen und segregativen Versorgungsmodellen bezüglich der Beeinflussung des Verhaltens der Demenzkranken. Anhand wissenschaftlicher Arbeiten wird die Entwicklung des Verhaltens der Erkrankten zwischen beiden Betreuungsformen verglichen. Damit soll geklärt werden ob die segregative Versorgung der integrativen bei dem Aspekt Verhalten überlegen oder gleichwertig ist.

Die Forschungsfrage lautet: Welchen Einfluss auf das Verhalten von Demenzkranken hat die integrative und die segregative Versorgungsform?

Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde mit relevanten Suchbegriffen eine systematische Literatursuche in den von der Seite der "Konferenz der Fachhochschulen" zugänglichen Datenbanken CINHALL, PUBmed, Cochrane, PsychInfo und Health Source durchgeführt. Zusätzlich wurde über das Internet die Datenbank des Gerontologischen Instituts der Universität Zürich in die Suche mit einbezogen und eine Handsuche gemacht. Die Resultate der Suche wurden anhand der Kriterien Publikationsdatum, Fragestellung, untersuchte Population (Demenzstufe II/III), Setting (integrativ-segregativ) und Verhalten ausgewählt. In dieser Arbeit werden acht auf diese Art und Weise gefundene Studien dargestellt.

Ergebnisse

Anhand der in dieser Arbeit berücksichtigten Studien lässt sich keine eindeutige Aussage über den Einfluss der integrativen und der segregativen Versorgungsform auf das Verhalten machen. Insgesamt finden sieben Studien, welche traditionelle integrative mit spezialisierten segregativen Versorgungsformen vergleichen, keine gravierenden Nachteile für die in segregativen Modellen betreuten Demenzkranken. Anhand einer der ausgewählten Studien kann diesbezüglich keine Aussage gemacht werden.

Schlussfolgerungen

Die Bewohner von segregativen Versorgungsformen unterscheiden sich von den Bewohnern von integrativen Formen. Sie weisen wesentlich häufiger schwerere Verhaltensstörungen auf als Bewohner integrierter Pflegeformen. Diese sind aber pflegebedürftiger. Beide Versorgungsformen beeinflussen das Verhalten positiv, mit Vorteilen im sozialen Verhalten für die segregativen Formen. Bei den Verhaltensauffälligkeiten kann keine klare Aussage gemacht werden. Um auch dem Demenzkranken in integrativen Versorgungssystemen eine adäquate Versorgung anbieten zu können braucht es neue Versorgungsmodelle (z.B. teilsegregatives Integrationsprinzip).

Inhaltsverzeichnis

Welchen Einfluss auf das Verhalten von Demenzkranken hat die integrative und die segregative Versorgungsform?.....	1
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Ziel	3
1.3 Forschungsfrage	4
2 Theoretischer Hintergrund.....	5
2.1 Demenz.....	5
2.2 Verhalten.....	7
2.3 Therapie.....	10
2.3.1 Medikamentöse Therapie	10
2.3.2 Nichtmedikamentöse Therapie	11
2.4 Pflegerische Versorgungsansätze	13
2.5 Wohn- und Lebensraum	16
3 Methode	19
3.1 Forschungsdesign	19
3.2 Datensammlung	19
3.3 Datenauswahl	20
3.4 Datenanalyse	21
3.4.1 Vorgehen	21
3.4.2 Bewertungsraster und Evidenzgrad.....	22
4 Ergebnisse	23
4.1 Überblick über die Studien	23
4.1.1 Forschungsfrage	24
4.1.2 Integrativ – segregativ	25
4.1.3 Verwendete Instrumente	26
4.2 Darstellung der einzelnen Studien.....	27
4.3 Resultate der Studien	53
4.4 Qualität der Studien.....	54
5 Diskussion.....	57

5.1	Diskussion der Qualität der Studien	57
5.2	Diskussion der Ergebnisse	60
5.3	Schlussfolgerungen.....	63
5.4	Kritische Würdigung der Arbeit.....	66
6	Verzeichnisse	68
6.1	Literaturverzeichnis	68
6.2	Abkürzungsverzeichnis	72
6.3	Verzeichnis der Erfassungsinstrumente	74

Anhang:

- Anhang A Suche in den Datenbanken
- Anhang B Tabellarische Zusammenfassung der Studien
- Anhang C Bewertung der Studien
- Anhang D zusätzliche Literaturliste

Eifach nur äs grossus

M E R C I

Vor allum an mini Eltre

Pfammatter-Marty Colette und Pfammatter Theo

und alli andru wa mini Lüne bim entstah fa discher Arbeit ertreit hent.

Tobias Pfammatter, Jan 2010

Welchen Einfluss auf das Verhalten von Demenzkranken hat die integrative und die segregative Versorgungsform?

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Demenz – ein Schreckgespenst für viele in unserer Gesellschaft! Allgemein wird eine starke Zunahme dieses komplexen Krankheitsbildes erwartet. Hirsch (2008) stellte fest, dass Demenz unter den psychischen Störungen bei über 65-jährigen der wichtigste Grund für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit ist (Hirsch, 2008). Gemäss Avalems (2007) lag das durchschnittliche Eintrittsalter in Alters- und Pflegeheime (APH) im Jahr 2007 bei 83.9 Jahren. Die Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken steigt ab dem 65. Lebensjahr deutlich an (Wetterling et al., 2008). Etwa 70% der Erkrankten sind älter als 80 Jahre (Schlicht, 2008). Meist ist ein älterer Patient multimorbid und benötigt deshalb eine Polypharmazie (Sieber, 2007). Etwa die Hälfte aller Demenzkranken haben Verhaltensauffälligkeiten und z.T. schwere internistische Erkrankungen (Hirsch, 2008). Problematische Verhaltensweisen für die Pflege sind Aggressivität, Unruhe, Unkooperativität und Antriebslosigkeit (Kurz et al., 2005). Auch Avalems (2007) stellt fest, dass betagte Personen gleichzeitig an chronischen Krankheiten, an Behinderungen und an degenerativen Krankheiten leiden. Sie schätzt, dass rund zwei Drittel der 80-Jährigen und Älteren von verschiedenen Formen von Demenz betroffen sind. Aus den Zahlen des Bundesamtes für Statistik der Schweiz ist zu entnehmen, dass im Jahr 1996 2'204 Personen an Demenz verstarben, 2006 bereits 3'606 Personen. Dies entspricht einer Zunahme von 64%. Die Statistiker sehen diese Zunahme als Folge der Altersabhängigkeit der Demenzkrankheiten. Anhand der zu erwartenden Fallzahlen stellt sich die Frage einer adäquaten Betreuung. Aufgrund des Krankheitsverlaufes werden Strategien mit zwei verschiedenen Betreuungsarten – ambulant und stationär – verfolgt. Während einer bestimmten Zeit können Angehörige und ambulante Versorgungsstrukturen die Betreuung so gestalten, dass der/die Erkrankte zuhause leben kann. Im Verlauf der letzten beiden Jahrzehnte wurden verschiedenste Konzepte zur ambulanten Betreuung von Demenzkranken umgesetzt. Sie weisen ein grosses Spektrum auf: von alleine Wohnen, über zeitweise betreutes Wohnen bis hin zum Wohnen in privaten und betreuten Wohngemeinschaften. Die Wohn- und Betreuungsform ist stark abhängig von der Ausprägung der Krankheit (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2006). Vielen Konzepten zur ambulanten Versorgung ist gemeinsam,

dass sie eine spezielle Tagesbetreuung beinhalten. Diese Tagesstruktur wird in spezialisierten Instituten (z.B. Memory Kliniken), psychiatrisch-geriatrischen Abteilungen in Spitälern oder am häufigsten in den Heimen selbst angeboten. Die medizinische und pflegerische Versorgung wird entweder durch Ärzte und Pflegepersonal der Institutionen, Spitäler und Heime und/oder durch ambulante Dienste wie Spitex und mit Hausärzten gewährleistet (Hirsch, 2008).

An Demenz erkrankte Menschen sind zunehmend auf professionelle Pflege angewiesen und ab einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit wird meist eine stationäre Unterbringung notwendig. Hauptgrund für eine Klinikeinweisung oder für eine Aufnahme in einem Heim sind nicht-kognitive Störungen im Zusammenhang mit der Krankheit Demenz wie Verhaltensprobleme und feindselige Verhaltensweisen. Diese sind für Angehörige und andere Bezugspersonen besonders belastend. (Hirsch, 2008). Durch die zu erwartende demografische Entwicklung ist eine steigende Aufnahmequote Demenzkranker in der Gerontopsychiatrie wahrscheinlich (Wetterling et al., 2008). Der Kostendruck auf Kliniken (möglichst kurze Verweildauer) bewirkt, dass viele an Demenz erkrankte Menschen schneller in ein Heim überwiesen werden. (Hirsch, 2008).

Verschiedene stationäre Betreuungsformen werden heute umgesetzt. Es lassen sich grundsätzlich zwei Konzepte unterscheiden, der integrative und der segregative Ansatz. Als integrative Versorgungskonzepte sind folgende zu nennen: Unterbringung in einem normalen Heim ohne getrenntes Konzept für Demenzkranke, integriertes Wohnen mit gesondertem Konzept und integriertes Wohnen verbunden mit einer Tagesgruppe für Demenzkranke. Diesen Formen ist gemeinsam, dass Demenzkranke und andere Bewohner in der gleichen Wohnstruktur versorgt werden und je nach Betreuungskonzept zeitweise eine spezielle auf das Krankheitsbild ausgerichtete Betreuung erhalten. Bei den integrativen Konzepten gibt es eine grosse Spannweite bei der Gestaltung der Tagesstrukturen. Beim segregativen Versorgungskonzept werden die Demenzkranken getrennt von allen anderen Bewohnern betreut. Das teilsegregative Versorgungskonzept ist eine Mischform mit stark ausgeprägter Tagesstruktur. Der Unterschied der zwei Konzepte von segregativer oder teilsegregativer Versorgung besteht darin, dass bei der segregativen Form die Bewohner in einer selbständigen Einheit mit ca. 6 – 15 anderen Demenzkranken getrennt von anderen Pflegeempfängern versorgt werden und bei der teilsegregativen Form verbringen die Demenzkranken den Tag in der Wohngruppe, sind aber wie bei der integrativen Versorgung mit den anderen Bewohnern gemischt untergebracht (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2006). Die teilsegregative Versorgung hat die Tagesstruktur der segregativen Versorgung mit ihrer Ausrichtung der Pflege nach milieuthérapeutischen Grundsätzen weitgehend übernommen und die Milieuthérapie somit stark gewichtet.

Die häufig als pflegerisch problematisch gesehenen Verhaltensauffälligkeiten der Demenzkranken sind in der Diskussion um die Unterbringung wichtig. Die Milieuthherapie (in verschiedenen Ausprägungen) hat sich als pflegerischer Ansatz in vielen Untersuchungen bewährt. Durch verschiedene Methoden wie Validation, ausgeprägte Bezugspflege, strukturierter Tagesablauf und angepasste Umgebung sowie biografische Arbeit konnte das Verhalten der Demenzkranken positiv beeinflusst werden. Meistens wurden die Faktoren Milieuthherapie und eine abgetrennte Unterbringung zusammen untersucht. Das führte mit dazu, dass Demenzkranke vermehrt nach dem segregativen Versorgungskonzept gepflegt werden.

Patienten werden in einer von anderen Pflegeempfängern der Institution getrennten und an die Verhaltensauffälligkeiten der Erkrankten angepassten Abteilung versorgt (Hirsch, 2008). Durch die steigende Zahl erkrankter Menschen hat sich die Nachfrage für Plätze in ebensolchen speziell gestalteten Abteilungen stark erhöht.

Die Unterbringung in abgetrennten, geschlossenen Abteilungen beinhaltet auch die Problematik der "Freiheitsentziehenden Massnahmen". Walther (2007) weist in seiner Arbeit auf einen Konflikt in Bezug auf die Betreuung Demenzkranker hin: Einerseits können durch die Unterbringung in geschlossenen Abteilungen freiheitsentziehende Massnahmen (z.B. Fixierung oder Sedierung) vermieden werden (vor allem bei "Weglauftendenz"), andererseits ist diese Unterbringung an sich eine freiheitsentziehende Massnahme.

Schreitet die Krankheit weiter voran, werden Demenzkranke häufig wieder in eine nicht geschlossene Abteilung zurückverlegt, da sich gezeigt hat, dass die Wohngruppenversorgung in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium für die Betroffenen keine Vorteile mehr bringt (Radzey et al., 2001 aus Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2006). Zudem sind Angebote der Aktivierung und/oder Therapie wie eine Tagesgestaltung im Sinne der Milieuthherapie in den Pflegeeinrichtungen beschränkt vorhanden und stehen somit vor allem den Bewohnern zur Verfügung, welche davon am meisten profitieren. Für eine Teilnahme an solchen Angeboten spielt also die psychiatrische und geistige Verfassung der Pflegeempfänger eine entscheidende Rolle (Roth, 2007). Es ist deshalb gut möglich, dass ein Demenzkranker im Verlaufe seiner Krankheit aufgrund des Versorgungskonzeptes mehrmals innerhalb der Institution umziehen muss. Auch muss ein im Heim ein Zimmer teilendes Ehepaar oftmals getrennt werden, weil ein Partner innerhalb der Institution verlegt wird. Diese Verlegung kann für den Partner sowohl eine schmerzvolle Trennung als auch eine Erleichterung sein.

1.2 Ziel

Das Ziel dieser Arbeit ist ein Vergleich von integrativen und segregativen Versorgungsmodellen bezüglich der Beeinflussung des Verhaltens der Demenzkranken.

Anhand wissenschaftlicher Arbeiten wird die Entwicklung des Verhaltens der Erkrankten zwischen beiden Betreuungsformen verglichen. Damit soll geklärt werden ob die segregative Versorgung der integrativen bei dem Aspekt Verhalten überlegen oder gleichwertig ist. In diesem Zusammenhang wird auch die Betreuung beider Formen bezüglich des für viele Wissenschaftler entscheidenden Faktors Verhalten getrennt von anderen Faktoren betrachtet um zu klären, ob in der integrativen Betreuungsform die Verhaltensprobleme wirklich schlechter zu beeinflussen sind und die Demenzkranken dadurch eine schlechtere Lebensqualität haben.

Immer häufiger werden Pflegende in die Gestaltung des Umfeldes mit einbezogen und können somit mehr Einfluss auf das gesamte Pflegekonzept gewinnen. Auf diesem Gebiet hat die Pflege bis anhin gute Arbeit geleistet und es scheint an der Zeit die Früchte der bisherigen Forschungen zusammenzutragen und Schlüsse daraus zu ziehen.

Deshalb wurden in dieser Literaturrecherche Forschungen zusammengetragen, welche sich mit dem Vergleich der beiden Ansätze – segregativ und integrativ - beschäftigen und diese in Bezug auf das Verhalten von Demenzkranken evaluiert.

1.3 Forschungsfrage

Welchen Einfluss hat die segregative und die integrative Versorgungsform auf das Verhalten der Demenzkranken?

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Demenz

Demenz ist eine progredient verlaufende degenerative Veränderung des Gehirns. Im Verlauf verlieren die Betroffenen früher erworbene kognitive Fähigkeiten (Pschyrembel, 2004).

Gemäss der ICD-10 Klassifikation ist Demenz ein Sammelbegriff für Erkrankungen, welche durch eine sekundäre Verschlechterung der geistigen Leistungsfähigkeit gekennzeichnet ist.

Demenz ist eine klinische Diagnose. Weitere Untersuchungen (u.a. Labortests, bildgebende Verfahren, psychologische Tests) helfen die genaue Demenzform zu eruieren. Obwohl die Ursache für diese Krankheit nicht bekannt ist, gibt einen zweifelsfreien statistischen Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Neurodegeneration und einer Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit (Krämer & Förstl, 2008, S. 79).

Neuropathologische Mischbilder zwischen Morbus Alzheimer und vaskulärer Enzephalopathie, Morbus Alzheimer und Parkinson sowie Morbus Parkinson und Lewy-Körperchen-Krankheit sind häufig (Schwemmle et al., 2004). Die Fronto-temporale Demenz ist eine vergleichsweise seltene neurodegenerative Erkrankung (Diehl, 2004). Die Ursache für die Alzheimer-Erkrankung ist unklar. Diskutiert werden zur Zeit genetische oder metabolische Störungen und Slow-Virus Infektionen (Pschyrembel, 2004). Mit grosser Wahrscheinlichkeit spielen Persönlichkeit und Charakter keine ursächliche Rolle. (Krämer & Förstl, 2008, S. 66).

Es gibt verschiedene Skalen zur Einstufung des Schweregrades einer Demenz. Der Mini-Mental-Status Test (MMST) hat sich in den letzten Jahrzehnten als Instrument zur Erstbeurteilung wie zur Verlaufskontrolle bei demenziellen Krankheiten bewährt. MMST-Werte über 27 Punkte gelten als normal. Zwischen 10 und 26 Punkten besteht ein begründeter Verdacht auf eine leichte bis mittlere Demenz. Unter 10 Punkten liegt eine schwere Störung vor (Krämer & Förstl, 2008, S. 137).

Die **Prävalenz** der Alzheimer-Demenz wird in Deutschland auf 700 000, in Österreich auf 70 000 und in der Schweiz auf knapp 60 000 Fälle geschätzt. Die **Inzidenz** der Alzheimer-Demenz schätzt man auf über 120 000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland, 13 000 in Österreich und rund 11 000 in der Schweiz. Nach dem 65. Lebensjahr erhöht sich das **Erkrankungsrisiko** und verdoppelt sich etwa alle fünf weiteren Lebensjahre (statistische Berechnung: 65 – 69 J. ca. 1% der Population, 70 -74 J. ca 2%; 75 -79 J. ca 4%; 80 – 84 J. ca. 8 %; über 85 J bis zu 25%). In den nächsten Jahren wird eine Zunahme der demenziellen Erkrankungen zu erwarten sein (Krämer & Förstl, 2008, S. 20).

Die Alzheimer-Krankheit und die klinisch weitgehend ähnliche Kombination von Alzheimer-typischen Veränderungen bei zerebrovaskulären Erkrankungen sind mit 70% aller Demenzerkrankungen am häufigsten (Kurz et al., 2005).

Die relative Häufigkeit im Erwachsenenalter beträgt bei der Alzheimer-Krankheit 50%, bei zerebrovaskulären Erkrankungen (z.B. als Multiinfarktdemenz od. Binswanger-Krankheit) 17% und bei Mischformen 16% (Pschyrembel, 2004).

Zu den häufigsten Todesursachen Demenzkranker zählen Lungenentzündungen, Herzinfarkte, und Septikämien (Blutvergiftungen). Demenz als Todesursache ist selten. Demenzen gehen aber eindeutig mit einer erhöhten Sterblichkeit einher. (Krämer & Förstl, 2008, S.189/190). An der Alzheimer-Krankheit sterben die Patienten im Mittel nach 5 – 8 Jahren, mit einer Spannweite von ein bis 20 Jahren. Die anderen Demenzformen haben eine ähnliche Lebenserwartung (Schwemmler et al., 2004).

Insgesamt kommt es bei jedem zweiten Betroffenen im Verlauf der Krankheit zu aggressivem Verhalten. Dieses aggressive Verhalten kann sich auf Gegenstände, Menschen oder gegen sich selbst richten (Krämer & Förstl, 2008, S.125). In Zusammenhang mit aggressivem Verhalten stehen Fehlwahrnehmungen und Wahn. „Bei etwa 40% aller Patienten mit AD treten im Verlauf Wahnideen und Wahnvorstellungen auf.“ (Krämer & Förstl, 2008, S.124).

Trotz guter Medikation schreitet die Krankheit voran und dies darf nicht mit einer Unwirksamkeit der Medikation verwechselt werden (Förstl, 2008). Das Fortschreiten der Krankheit und damit auch der progrediente Verlauf der mentalen Einschränkungen führt zum allmählichen Verlust der Alltagskompetenz und hat Auswirkungen auf die physischen Funktionen des Menschen (verändertes Gangbild, Inkontinenz, verringerte Mimik, Schluck-, Sprach- und Sprechstörungen) (Schlicht, 2008).

Je grösser die Verluste der geistigen Leistungsfähigkeit werden umso häufiger zeigen die Betroffenen Ängstlichkeit, Gereiztheit und Rastlosigkeit sowie Agitiertheit. Immer weniger entspricht die wahrgenommene Umwelt der erwarteten Vorstellung der Umwelt. Dies zeigt sich im Krankheitsverlauf durch zunehmende Überforderung(en), welche sich in heftigen Gefühlsausbrüchen äussern (können) (Krämer & Förstl, 2008, S. 122/123).

Bei an Demenz erkrankten Personen weisen über 90% signifikante Alzheimer-typische Veränderungen auf (Förstl, 2008).

Beim Krankheitsbild Demenz muss zwischen kognitiven Symptomen und nicht-kognitiven Störungen sowie Verhaltensänderungen unterschieden werden. Die beiden letztgenannten werden im englischen oft mit dem Begriff BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) umschrieben. Im deutschen wird meistens der Begriff „herausforderndes Verhalten“ benutzt. Im Verlauf der Krankheit steigt auch die Häufigkeit von Verhaltensstörungen. Etwa 10% der Demenzkranken zeigen schwere Verhaltensstörungen. Als leichtere Störungen werden nächtliche Unruhe, Wandern, Apathie, wiederholtes Fragen, Depression, verbale Aggression (z.B. Stufe eins bis vier nach 7-stufigem Modell von Brodaty) bezeichnet. Zu den schweren Störungen (Stufe 5 – 7) gehören Psychosen,

Schreien, körperliche Aggressivität, Depression und Suizidalität (Kastner & Löbach, 2007, S.13).

Als die Alzheimer-Demenz begleitende Störungen stehen die psychischen Störungen im Vordergrund. Zu ihnen gehören Unruhe- und Erregungszustände, Angst, Aggression, Depressionen und Schlafstörungen (Krämer & Förstl, 2008, S.167 -169). Die mentalen Einschränkungen bei der Alzheimer Krankheit zeigen sich in Störungen des Gedächtnisses, der Orientierung, des Denk-, Handlungs-, Planungs- und Urteilsvermögens bis hin zur Sprache (z.B. Apraxie, Aphasie) (Schlicht, 2008). Dies geht häufig einher mit zunehmenden Beeinträchtigungen im sozialen und im beruflichen Umfeld und Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur. Teilweise leiden die Erkrankten unter psychotischen Symptomen wie Halluzinationen oder Wahnideen (Pschyrembel, 2004). Bei Wahrnehmungsstörungen (Sinnestäuschungen) muss zwischen Einbildung (tatsächlich nicht vorhandene Wahrnehmung z.B. Halluzinationen, Wahnvorstellungen) und illusionärer Verknennung unterschieden werden. Als illusionäre Verknennung bezeichnet man eine gestörte Erfassung und Verarbeitung der tatsächlichen Situation (Fehlinterpretation). Patienten mit Alzheimer-Demenz, welche unter Halluzinationen leiden, zeigen im Vergleich zu anderen Patienten ohne Halluzinationen stärkere Verhaltensauffälligkeiten (Krämer & Förstl, 2008, S. 123). Zu den Störungen des Erlebens und Verhaltens zählen Depressivität, Apathie, visuelle Halluzinationen, Wahnideen, wahnhafte Missidentifikationen, Stereotypen wie Sammeln, Wandern, Schreien, Schaukeln sowie Agitation und Aggressivität. Diese nicht-kognitiven Störungen können durch eine Verbesserung der kognitiven Leistungen (z.B. durch Medikamente) vermindert werden (Förstl, 2008). Eine quantitative Bewusstseinsstörung liegt in der Regel nicht vor (Pschyrembel, 2004).

Durch die charakteristischen Veränderungen bei der Demenzerkrankung treten besondere Probleme auf. Zu diesen zählen der Drang umherzulaufen, Unruhezustände der Erkrankten, psychische Rückzugstendenzen sowie Orientierungs- und Gedächtnisschwächen, welche bis zur völligen Desorientierung führen.

2.2 Verhalten

Häufige Verhaltensänderungen sind Umherwandern, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, Rufen, Schreien, Aggressivität, wiederholtes An- und Ausziehen, sexuelle Enthemmung sowie Sammeln und Verstecken von Dingen. (Kastner & Löbach; 2007). Typische Verhaltensänderungen und -störungen von Demenzkranken der Stufe II/III nach der ICD Klassifikation (mittel bis schwer) sind depressive und/oder paranoide Reaktionen, Indifferenz, Apathie, Konzentrationsschwäche, motorische Unruhe, Perseveration, Tag-Nacht-Umkehr und aggressives Verhalten (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2006).

Im Kontext psychischer Erkrankungen besteht für das Auftreten von aggressivem Verhalten ein enger Zusammenhang mit einem Erregungszustand, dessen Ursprung bei nahezu allen Arten psychischer Störungen aber auch bei primär körperlichen Erkrankungen liegen kann. Bei akutem aggressivem Verhalten von Demenzkranken steht zur Behandlung des zugrunde liegenden Erregungszustandes eine schnelle medikamentöse Sedierung als Intervention im Vordergrund (Steinert & Bergk, 2008).

Psychische Störungen können sich im Krankheitsverlauf wieder zurückbilden, verändern oder abschwächen (im Gegensatz zu kognitiven Störungen mit stetem Abbau). Am häufigsten sind Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmung, Ängste, Frustrationen und Wahrnehmungsstörungen (bis zu Halluzinationen) (Kastner & Löbach; 2007).

In den Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz, erarbeitet von Pflegeexperten der Universität Witten-Herdecke und der KDA-Beratungs- und Forschungsgesellschaft sowie weiteren Experten aus Deutschland und dem Ausland (Projektleitung Bartholomeyczik S.) wird herausforderndes Verhalten wie folgt definiert: „Verhalten, auf das Menschen aus der Umgebung reagieren. Der Fokus liegt bei dieser Definition auf der Reaktion der Menschen aus der Umgebung auf das Verhalten des Betroffenen, statt bestimmte Verhaltensweisen von vornherein als herausfordernd zu definieren“ (zit. aus Rita & Kastner, 2007, S.143/144). Als solche Verhaltensweisen werden oft zielloses Wandern, Aggressivität, Schreien, Schlafstörungen sowie Apathie angesehen.

Häufig wird im deutschen Sprachgebrauch für Agitiertheit auch der Begriff „Unruhe“ zur Beschreibung genutzt. Als Erscheinungsformen der Unruhe/Agitiertheit werden Rufen, Schreien (oder andere akustische Störungen), Apathie und Antriebsminderung, Wandern und Weglaufen, herumwerkeln – alle mit oder ohne Aggressivität – genannt. Das Auftreten solcher Handlungen ist oft ein Grund für medikamentöse Therapie(versuche). Als Ursachen für Agitiertheit werden von Cohen-Mansfield (zit. aus Löbach & Kastner, 2007, S.17/18) folgende genannt: negative Stimmungen und unerfüllte Bedürfnisse, aktuelle Ereignisse, Behinderungen und Erkrankungen, Konflikte aus der Vergangenheit, Frustration, Verletzung der Privatsphäre, das Verhalten von Mitbewohnern, Verwirrheitszustände, Einsamkeit, Depression, Mondphasen, Verstopfung, Schwerhörigkeit, Fixierungen, Infektionen, Hunger, inadäquate Sorgen (z.B. um längst erwachsene Kinder). Insbesondere bei vorhandener Mobilität im frühen und mittleren Krankheitsstadium kann die Agitiertheit zu Problemen führen (ausgeprägtes Bewegungsbedürfnis). In der mittleren Krankheitsphase spielt die Umgebungsgestaltung eine wichtige Rolle (z.B. Lärmpegel, unübersichtliche, als bedrohlich empfundene Umgebung, zu viele optische Anreize). Die sogenannte Weglauftendenz zeigt sich in diesem Stadium häufig und wird oft als Suchen nach einer angenehmeren Umgebung interpretiert. Als weitere mögliche Ursache für das rastlose Wandern neben dem psychischen Druck muss die Medikation genannt werden. In diesem Zusammenhang wird

auch der Fachbegriff Akathisie verwendet (Kastner & Löbach; 2007). Dauerndes zielloses Umherlaufen oder mit den Händen klatschen werden als Stereotypien (sich immer wiederholende Bewegungsabläufe) bezeichnet (Krämer & Förstl, 2008).

Antriebsstörungen zeigen sich sowohl mit einer Apathie (Antriebsmangel mit Lust- und Interesselosigkeit) und Adynamie (Schwung- und Kraftlosigkeit) als auch in nicht zielgerichteter Unruhe. Manische Zustände (euphorische Stimmung, gesteigerte Aktivität, gesteigerte Sexualität) sind selten. Ursachen finden sich vor allem in Störungen der geistigen, weniger der körperlichen Funktionen (Krämer & Förstl, 2008).

Nach Marx (2007; zit. Aus Schwarz, 2009) können körperliche Faktoren wie Schmerzen, Schlafstörungen, Hunger, Durst, Harndrang, Unterzuckerung, Schilddrüsenunterfunktion, Medikamente, Kaffee und Alkohol sowie psychosoziale Faktoren wie Unzufriedenheit, Unterstimulation, Reizüberflutung, ausbleibende Wertschätzung, Überforderung sowie das Verhalten von Bezugspersonen und neurologisch-psychiatrische Faktoren wie Persönlichkeitsstil, psychische Erkrankungen als auch Milieufaktoren wie Lärm, räumliche Enge, Lichtmangel und Unruhe eine erhöhte Reizbarkeit bewirken. Frühe Anzeichen eines Erregungszustandes sind Gesichtsrötung, Schweissausbrüche, Pupillenerweiterung, Zittern, muskuläre Anspannung, Unruhe, lautes und schnelles Sprechen oder Stammeln. Bei aggressivem Verhalten ist der situative Kontext genauer zu analysieren (Suche nach Auslösern einer Reiz-Reaktion-Verknüpfung) (Schwarz, 2009). Als Gründe für aggressive Verhaltensweisen werden emotionale Instabilität, der Verlust der Impulskontrolle oder Überreizung und Überforderung in der erlebten Situation angesehen. Oft ist das Ziel dieser Handlungen der Wunsch der Erkrankten nach Distanz und Ruhe. Häufig lassen sich Auslöser für das Auftreten von verbalen und körperlichen Aggressionen finden. Dies erklärt teilweise, warum oft Pflegehandlungen aggressive Reaktionen hervorrufen. Es gibt aber auch Verhaltensweisen, die primär auf den Krankheitszustand zurückzuführen sind und keine identifizierbare Auslöser haben. Aggressive Verhaltensweisen haben verschiedene Ausprägungen und Auftretenshäufigkeiten (Kastner & Löbach; 2007). Der Demenzkranke versucht bis anhin problemlose Handlungen auszuführen, wird aber durch Misserfolg enttäuscht, was zu aggressivem Verhalten führen kann. Wahnvorstellungen verstärken diese Problematik. Oft sind die aggressiven Reaktionen aus Sicht der Erkrankten nachvollziehbar (z.B. fremde Menschen in seinem Zimmer) (Krämer & Förstl, 2008). „Bei der Alzheimer-Demenz gehören Schlafstörungen zu den Verhaltensstörungen, die hinsichtlich der damit verbundenen Belastung für Angehörige bzw. Pflegenden oft weitaus schwerwiegender sind als beispielsweise Gedächtnisstörungen.“ (Krämer & Förstl, 2008, S. 119). „Meist treten ausgeprägtere Schlafstörungen erst im mittleren bis späten Stadien der Alzheimer-Demenz auf.“ (Krämer & Förstl, 2008, S. 119). „In Heimen oder Krankenhäusern sind diese Schlafstörungen meistens noch stärker ausgeprägt.“ (S. 120, Krämer & Förstl, 2008).

2.3 Therapie

Demenzen sind nicht heilbar, eine Behandlung ist aber angezeigt. Die Therapiekonzepte sind multimodal und sollten sich an den individuellen Bedürfnissen der Erkrankten orientieren. Die Therapiekonzepte beinhalten medikamentöse Behandlung, eine an das Krankheitsbild angepasste Betreuung im sozialen Bereich sowie Hilfen zur Stützung und längeren Erhaltung kognitiver Fähigkeiten. Auch die Unterstützung der Angehörigen (z.B. Beratung im Umgang mit Demenzkranken) muss Teil der Therapie sein (Schwemmler et al., 2004). Indirekte Folgen der Demenzerkrankung sind depressive Verstimmungen, Angstzustände, wahnhaftige Vorstellungen oder Halluzinationen, starke Anspannung, Unruhe, Reizbarkeit und Aggressionszustände. Diese können durch Medikamente beeinflusst werden (Schwarz, 2009).

„Bei allen Behandlungen muss berücksichtigt werden, dass die Bewertung eines Behandlungserfolges ohnehin sehr schwierig ist, weil es im Krankheitsverlauf zu einem komplizierten Wechselspiel medizinischer, psychosozialer und sonstiger Einflüsse kommt, die sowohl stärker als auch schwächer werden können.“ (Krämer & Förstl, 2008, S. 155). Von einem sinnvollen Einsatz geeigneter Medikamente sollte aber nicht abgesehen werden, da dieser die Lebensqualität Demenzkranker erhöhen können. Bevor eine Medikation verabreicht wird muss jedoch immer abgeklärt werden ob der Erkrankte oder die Umgebung unter dem Verhalten leidet (Schwarz, 2009).

2.3.1 Medikamentöse Therapie

„Leider stehen bislang keine medikamentösen oder sonstigen Verfahren zur Verfügung, die zu einer Heilung der Alzheimer-Demenz führen“ (Krämer & Förstl, 2008, S. 155). Zur längerfristigen, prophylaktischen Behandlung werden, falls nicht-pharmakologische Interventionen nicht erfolgreich sind, nach sorgfältiger Risikoabwägung atypische Neuroleptika für eine möglichst kurze Dauer eingesetzt (Steinert & Bergk, 2008).

Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten der Alzheimer-Demenz sind Medikamente zur Verstärkung der cholinergen Erregungsübertragung, den Gehirnstoffwechsel anregende Mittel (Nootropika), Ginkgo-biloba-Extrakte, Mittel zur Beeinflussung anderer Überträgersysteme, Kalziumantagonisten und durchblutungsfördernde oder gefässerweiternde Mittel (Vasodilanzien) (Krämer & Förstl, 2008).

Antidementiva wirken individuell unterschiedlich. Deshalb ist eine versuchsweise Auswahl und Erprobung wichtig. Die heute im frühen bis mittleren Stadium der Krankheit vermutlich wirksamsten Antidementiva sind Acetylcholinesterasehemmer. Sie bewirken eine Linderung der Krankheitssymptome und können den Verlauf um ein bis zwei Jahre verzögern. In der

mittleren und fortgeschrittenen Krankheitsphase wirken Memantine, wissenschaftlich gut gestützt, geistig aktivierend und beeinflussen das soziale Verhalten und den Schlaf-Wach-Rhythmus positiv (Schwarz, 2009).

Im Notfall sprechen demenziell Erkrankte bei Unruhe- oder Erregungszuständen gut auf Benzodiazepine an. Diese Medikamente sind wegen ihrer Nebenwirkungen (Sucht, Sturzgefahr) nur kurzfristig einzusetzen. Generell sollten Sedativa und Neuroleptika falls möglich vermieden, ansonsten nur in geringer Dosierung verordnet werden. Den Phenothiazinpräparaten (Promethazin, Thioridazin, Levomepromazin) vorzuziehen sind aufgrund der geringeren anticholergenen Nebenwirkungen Butyrophenone (z.B. Haloperidol, Melperon, Pipamperon) oder neuere Medikamenten wie Quetiapin oder Risperidon. Neuere Studien zeigen, dass atypische Neuroleptika statistisch häufiger zu Hirninfarkten führen als ältere Neuroleptika und Sedativa, aber insgesamt etwa nur halb so viele schwerwiegende Nebenwirkungen (zu starke Sedierung, extra-pyramidal-motorische Störungen, medikamentös verursachtes Parkinson-Syndrom) aufweisen. Da viele Demenzkranke unter Angst oder Erregungszuständen leiden sind in jeder Situation die Vor- und Nachteile einer medikamentösen Therapie genau abzuwägen und die Dauer der Behandlung so kurz wie möglich zu halten. Ältere trizyklische Antidepressiva (Amitriptylin, Clomipramin, Imipramin) sollten aufgrund ihrer anticholergenen Nebenwirkungen, welche zu einer Verstärkung der Demenz und zu Delirien führen können, vermieden werden (Krämer & Förstl, 2008).

„Der Einsatz von Schlafmitteln aller Art, vor allem von Benzodiazepinen, aber auch von ihren Analoga ist grundsätzlich und gerade bei alten dementen Menschen verwerflich und muss als Kunstfehler betrachtet werden. Einzige Ausnahme: Beruhigungsmittelsüchtige.“ (Krämer & Förstl, 2008, S.169). Nicht medikamentöse Massnahmen wie regelmässiger Tagesrhythmus und Vermeidung anregender Substanzen vor dem Zubettgehen sind zu favorisieren. Grundsätzlich sollten nur unbedingt erforderliche Medikamente in der geringsten wirksamen Dosierung verabreicht werden. Aufgrund der langsameren Metabolisierung und Ausscheidung im Alter liegt die Dosierung wesentlich tiefer als die in den Packungsbeilagen (für junge Menschen berechneten) angegebenen Mengen (Krämer & Förstl, 2008).

2.3.2 Nichtmedikamentöse Therapie

„An erster Stelle sollten allerdings immer nichtmedikamentöse Wege stehen, um auf diese Veränderungen einzuwirken, und zwar indem versucht wird, die Hintergründe für ein Verhalten oder einen Gefühlszustand besser zu verstehen und aus diesem Verständnis heraus praktische Einflussmöglichkeiten zu entwickeln. Zum Beispiel können die räumliche Umgebung oder der Tagesablauf verändert, anregende Aktivitäten durchgeführt, körperliche

Betätigung angeboten oder Verhaltensweisen und Haltungen gegenüber dem Kranken verändert werden.“ (Schwarz, 2009, S.20). Als nichtmedikamentöse Allgemeinmassnahmen kann die Umgebung angepasst und die Familie (bei der Pflege) unterstützt werden (Krämer & Förstl, 2008).

Die Kognitive Verhaltenstherapie versucht negative und dysfunktionale Kognitionen zu modifizieren, welche durch die krankheitsbedingten Verluste von den Demenzkranken erlebt werden. Diese negativen und dysfunktionalen Kognitionen (z.B. verleugnen, bagatellisieren) führen mit der Zeit zu Depressivität, Vermeidungsverhalten, Passivität und Antriebsverlust, was wiederum den kognitiven Abbau beschleunigt. Die Kognitive Verhaltenstherapie eignet sich nur für das Frühstadium der Demenz (Schwarz, 2009, S.80-86).

Zu den somatischen/sensorischen Verfahren werden die Basale Stimulation, die Kinästhetik, Entspannungsverfahren und Snoezelen gerechnet. Die Kinästhetik ist eine Technik die Bewegung und Berührung einsetzt, mit dem Ziel Bewegungsempfindungen im Alltag zu fördern. Sie kann in sechs Themenbereiche eingeteilt werden (Interaktion, Funktionale Anatomie, menschliche Bewegung, menschliche Funktion, Kommunikation, Gestaltung der Umwelt). Besonders bei körperlich eingeschränkten Demenzkranken ist sie therapeutisch als Bewegungstherapie wirksam (Kastner & Löbach, 2007, S.74).

Snoezelen bedeutet auf Deutsch übersetzt schnuppern, schnüffeln oder dösen. In einem ausgewogen gestalteten Raum soll durch multisensorische Reize Wohlbefinden ausgelöst werden. Ziel ist einer sensorischen Deprivation entgegenzuwirken. Biografische Bezüge bei der Auswahl der Reize (z.B. Musik) wirken verstärkend. Insbesondere Demenzkranke im späten Stadium profitieren vom Snoezelen (Bartholomeyczik et al., 2006, S.56-58).

Ergo- und Beschäftigungstherapie sollen die Fähigkeiten des alltäglichen Lebens erhalten und fördern. Essenszubereitung, Anziehen, Waschen, kleine Hausarbeiten wie Wischen oder abwaschen usw. werden therapeutisch eingesetzt. Durch den gezielten Einsatz von Hilfsmitteln können Fähigkeiten länger erhalten und körperliche Einschränkungen teilweise kompensiert werden. (Krämer & Förstl, 2008, S175/176).

Die Basale Stimulation entwickelte Andreas Fröhlich für schwerstbehinderte Kinder. In den achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts weitete er dieses Konzept auf die Erwachsenenpflege aus. Auf Körperebene werden individuell und gezielt Reize angeboten, welche dem Kranken vertraut sein sollten. Jede Berührung des Körpers ist auch eine Berührung der Seele. Ziele der Basalen Stimulation sind Sicherheit zu vermitteln, Beziehungen aufzunehmen und zu gestalten, die Wahrnehmung zu fördern, Erfahrungen mit der Aussenwelt zu ermöglichen, das Körperbild zu bewahren sowie Autonomie und Geborgenheit zu erleben. Ein wesentlicher Bestandteil ist die Biografiearbeit. Pflegerische Interventionen sind z.B. Waschungen, Massagen, Einreibungen, taktile Reize durch

Gegenstände, gezielt schmecken und riechen lassen. Die Basale Stimulation eignet sich besonders für Demenzkranke in späten Stadien (Kastner & Löbach, 2007, S.141).

2.4 Pflegerische Versorgungsansätze

Der fließende Übergang zwischen pflegerischen, therapeutischen und umgebungsgestaltenden Massnahmen der Pflegenden erschwert eine genaue Abgrenzung. Einige Pflegekonzepte sind nicht klar voneinander abzugrenzen und arbeiten mit verschiedenen pflegerischen Ansätzen.

Die am häufigsten eingesetzten pflegerischen Konzepte für Demenzkranke arbeiten mit folgenden Verfahren: sensorische Stimulation (Snoezelen, Aromatherapie), Realitätsorientierung, Reminiszenztherapie, Validation und umweltbezogene Massnahmen (Ergotherapie). Nicht zu den pflegerischen Konzepten werden therapeutische Verfahren gerechnet, bei welchen nicht die Pflegenden die Ausführenden sind (z.B. Musiktherapie) (Rieckmann et al., 2009). Im Folgenden werden einige der bekannteren Konzepte und Modelle kurz beschrieben.

Einer der ältesten Ansätze ist das Realitätsorientierungstraining (ROT). Mit wiederholten Informationen über Datum, Jahreszeit, Wochentag, das eigene Alter, Ort, Vergangenheit des Demenzkranken, sein Umfeld und seine aktuelle Lebenssituation soll der verlorengegangene Bezug zur Wirklichkeit wiederhergestellt werden und der Betroffene dadurch Sicherheit und Orientierung zurückgewinnen. ROT versucht mit diesem Ansatz Fehlwahrnehmungen und falsche Erinnerungen der Demenzkranken zu korrigieren. Bei fortgeschrittenem Demenzstadium versagt dieser Ansatz zunehmend. Bei leichter Demenzsymptomatik bietet ROT den Erkrankten die Möglichkeit, z.B. bei einem Heimeinzug, einen neuen Zugang zu ihrem aktuellen Lebensumfeld zu gewinnen und dadurch selbständiger zu werden. Ähnliche Ansätze sind Gedächtnistraining und kognitives Training. Durch wiederholtes Üben sollen kognitive Leistungseinbussen kompensiert werden (Schwarz, 2009, S.58ff, S.64ff).

Die Erinnerungspflege entwickelte sich aus dem ROT Ansatz. Ziel ist mit persönlichen Erinnerungsstücken wie Fotos, Gegenständen usw. den Bezug zur eigenen Lebensgeschichte der Demenzkranken wachzuhalten. In erster Linie soll die Interaktion mit Demenzkranken erleichtert werden (Krämer, 1996, S.202).

Unter Erinnerungs- oder Biografiearbeit werden Ansätze zusammengefasst, bei welchen die Biografie des Erkrankten grossen Einfluss auf die Pflegearbeit hat. Biografiearbeit ist für sich allein keine Therapie, sondern ein Hilfsmittel zum besseren Verständnis (Kastner & Löbach, 2007, S.69). Die Reminiszenztherapie, hervorgegangen aus dem Ansatz der Biografiearbeit, wurde in den neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts entwickelt. Im Zentrum steht die Reflektion des Erlebten. Teilweise entwickelte sich die Reminiszenztherapie zu einer therapeutischen Technik bei welcher der Umgang mit konflikthaftem Erleben und Traumata

geübt wird. Das Ziel der einfachen Reminiszenz ist die Vergangenheit informativ und genussvoll zu reflektieren. Eingesetzte Hilfsmittel sind Bilder, Fotografien, für den Demenzkranken wichtige Gegenstände, Musik, Gerüche und Geschmäcker sowie taktile Reize (Kastner & Löbach, 2007, S.70).

Validieren kann mit "für gültig erklären" übersetzt werden. Der Ansatz der Validation bestätigt die Realität des Demenzkranken und greift nicht korrigierend ein. Wichtiger als der Wahrheitsgehalt ist der gefühlsmässige Inhalt der Aussagen. Die Validation leitete Ende des letzten Jahrhunderts einen Paradigmawechsel in der Betreuung Demenzkranker ein und ist heute in Deutschland der am weitesten verbreitete Ansatz. (Schwarz, 2009, S. 71). Als Begründerin dieses Ansatzes gilt Naomi Feil. In ihrem Sinne ist Validation ein Kommunikationskonzept für das Verständnis und den Umgang mit Demenzkranken. Das Selbstwertgefühl der Erkrankten soll gestärkt werden und nicht durch dauerndes Korrigieren belastet sein. Feil entwickelte ein Krankheitsmodell mit vier Stufen der Desorientiertheit. Auf jeder Stufe müssen spezielle Aufarbeitungen mit eigens dafür entwickelten therapeutischen Techniken gemacht werden, was jeweils zur Bewältigung ungelöster Probleme in früheren Lebensphasen führt. (Held & Ermini-Fünfschilling, 2004, S. 14). Nicole Richards überarbeitete die Methode und nannte sie interne Validation. Im Unterschied zu Feil sieht sie die Verluste und Einbussen der Demenzkranken in hirnnorganischen Abbauprozessen und konzentriert sich auf die Ressourcen und Erfahrungswelten der Betroffenen (Kastner & Löbach, 2007, S.68).

Biografische Methoden und das Prinzip der Validation sind geeignete Ansätze um im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit den Verfall der mentalen Fähigkeiten zu beeinflussen (Schlicht, 2008).

Unter Soziotherapie werden alle Verfahren zusammengefasst, bei welchen eine Veränderung des sozialen Kontextes des Patienten den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen sollen (Pschyrembel, 2004). Die Milieuthherapie ist eine Form der Soziotherapie, bei welcher durch eine Umgebungsveränderung eine positive Wirkung auf Erkrankte angestrebt wird. Hirsch (2001) nennt vier Grundkomponenten der Milieuthherapie: Es sollten vertraute Bezugspersonen vorhanden sein, welche einen angstfreien Umgang ermöglichen. Des weiteren ist ein strukturierter an der "Normalität" orientierter Tagesablauf nötig. Die Wohnumwelt muss strukturiert und sicher vor Gefahren sein. Sie ist mit anregenden Komponenten in Bezug auf Gestaltung und sozialen Beziehungen versehen. Die Pflege orientiert sich an der Biografie der Erkrankten (Hirsch aus: Reggetin & Dettbarn-Reggetin, 2006).

Die Selbsterhaltungstherapie (SET) greift auf verschiedene Ansätze zurück. Sie vereint unter anderem die Erinnerungstherapie, die Validation, die Milieuthherapie und die Verhaltenstherapie in einem gemeinsamen theoretischen Bezugsrahmen. Der Ansatz wurde

von der Neuropsychologin Barbara Romero begründet. Im Zentrum steht das "Selbst" und seine Erhaltung. Das Selbstwertgefühl passt sich während dem ganzen Leben immer wieder neuen Gegebenheiten an und ist somit dynamisch. Andererseits strebt das Selbst nach Kontinuität und Stabilität. Bei Demenzkranken ist diese Integrations- und Adaptionfähigkeit überfordert, was zu Angst und Gefühlen der Bedrohung sowie zu Interessenverlust und Desintegration führen kann. Bei SET hat die Vermittlung von Realität keinen Vorrang. Eine Überforderung des Erkrankten soll durch die Übernahme von schwierigen Aufgaben vermieden und die Ressourcen gezielt in geeigneten Aufgaben gefördert werden. SET orientiert sich an den Möglichkeiten und Potenzialen der Betroffenen und bezieht die krankheitsbedingten Veränderungen mit ein (Schwarz, 2009, S. 95 – 99). Durch die Förderung des Selbst sollen effiziente Verhaltensweisen, die Abwehr von psychischem Leiden und die Reduktion von Verhaltensstörungen erreicht werden. Die Betreuungsprinzipien verfolgen als Ziele eine Vermeidung von unnötigen Veränderungen, die Vermeidung von Erlebnisarmut und das Bewahren der Zuversicht (für die Angehörigen). Die Biografiearbeit ist ein wichtiger Teil der Betreuung. Häufig wird mit einer Erinnerungsmappe, welche für den Erkrankten wichtige persönliche Erinnerungen in Form von Fotos, Musik, Gegenständen usw. enthält, gearbeitet (Kastner & Löbach, 2007, S.68).

Der englische Sozialpsychologe Tom Kitwood entwickelte die personenzentrierte Pflege. Er begründet das persönliche Wohlbefinden mit vier Gefühlszuständen (Wertschätzung, Kontrolle, Kontakt, Vertrauen). Mit dem Erleben dieser Gefühle verbindet er die Erfahrung als Person, das Personsein. Ziel der Pflege ist dem Demenzkranken das Bedürfnis nach dem Personsein zu befriedigen. Als maligne oder bösartige Sozialpsychologie bezeichnet Kitwood eine entpersonalisierende und die Person untergrabende Haltung gegenüber Demenzkranken. Die Pflege soll insbesondere die Bedürfnisse der Erkrankten nach Trost, Bindung, Einbezogenheit, Beschäftigung, Identität und Liebe berücksichtigen und wendet deshalb positive Interaktionsformen an. Zu diesem Zweck entwickelte er das Dementia Care Mapping (DCM), ein Verfahren zur Einschätzung des Verhaltens und des Befindens der Demenzkranken (Kastner & Löbach, 2007, S.91/92).

Das psychobiografische Pflegemodell wurde von Erwin Böhm erarbeitet. Er bezeichnet das psychobiografische Modell nicht als ein klassisches Pflegemodell, weil es nicht auf wissenschaftlicher Evidenz aufbaut. Zudem sieht er sein Modell als dynamisch und fordert eine ständige Weiterentwicklung. Im Zentrum steht die Seele des Menschen und damit auch die Pflege der erkrankten Seele von Demenz Betroffenen. Die Verhaltensweisen der Demenzkranken werden aufgrund von Biografiearbeit gedeutet. Verhaltensauffälligkeiten müssen verstanden und daraus entsprechende Interventionen abgeleitet werden. Er benutzte den Begriff der reaktivierenden Pflege für die Betreuung von Demenzkranken in fortgeschrittenem Stadium. Als Grundlage für die Pflege bezeichnet er die Erarbeitung einer

thymopsychischen Biografie (Ereignisse die das Verhalten und die Gefühlswelt der ersten 20-30 Lebensjahre geprägt haben). Sein Modell teilt den Krankheitsverlauf in sieben Interaktions- und Erreichbarkeitsstufen (Sozialisation, Mutterwitz, seelische, soziale Grundbedürfnisse, Prägungen; höhere Antriebe, Intuition, Urkommunikation). Böhm verlangt die Pflege jeweils dem fortschreitenden Krankheitsverlauf anzupassen (Kastner & Löbach, 2007, S.92-95).

Das Drei-Welten-Konzept ist ein spezielles dreistufiges Betreuungskonzept für stationär behandelte Demenzkranke. Der Gerontopsychiater C. Held berücksichtigte bei seinem Konzept den Verlauf der Krankheit und teilte diesen in drei typische Verlaufsstadien ein (kognitive Erfolglosigkeit, kognitive Ziellosigkeit, kognitive Schutzlosigkeit). Er richtet sich nach dem Erleben der Demenzkranken und wählte ein personenzentriertes Konzept mit einem stark segregativen Ansatz um möglichst homogene Bewohnergruppen zu bilden. Um die demenzkranken Bewohner vor Überforderungen zu schützen, welche ihre Lebensqualität beeinträchtigen, werden sie innerhalb der Institution je nach Ausprägung des Krankheitsbildes in einen adäquat gestalteten Sektor verlegt (Kastner & Löbach, 2007, S. 95-97).

2.5 Wohn- und Lebensraum

Der **integrative Ansatz** war lange Zeit der "Normalfall". Mit der Zunahme der Demenzkranken begann die Suche nach neuen Wohnformen. Heute gibt es viele unterschiedliche Angebote und Aufgrund dieser Vielfalt liegen in der Forschung kaum valide Ergebnisse zur Beurteilung der verschiedenen Formen vor. Im integrativen Konzept werden Demenzkranke zusammen mit anderen nicht an Demenz erkrankten Bewohnern in derselben Einheit betreut. Als Vorteile der integrativen Versorgung gelten die verringerte Stigmatisierung, die Vermittlung von mehr Normalität, das Lernen von Gesunden, die fördernde Umgebung, keine Notwendigkeit von Umzügen und die präventive Wirkung auf die Gesunden. Als Nachteile werden die mögliche Überforderung im Alltag, das hohe Konfliktpotenzial mit gesunden Bewohnern, die weniger starke Berücksichtigung der Bedürfnisse Demenzkranker, die mögliche Ausgrenzung durch Bewohner und Angehörige, die erschwerte Integration bei Verhaltensauffälligkeiten, eine durch gesunde Bewohner beeinflusste Psychopharmaka-Gabe sowie Ziel- und Interessenkonflikte des Pflegepersonals genannt. Das **segregative Konzept** versorgt Demenzkranke getrennt von anderen Bewohnern. Für die Segregation sprechen eine Spezialisierung des Personals, das therapeutische Milieu, eine mögliche Stressreduktion für Bewohner und Pflegepersonal, die Überschaubarkeit der Gruppe, eine Professionalisierung der Station, weniger Überforderung und Konflikte für die Demenzkranken und kein Rechtfertigungszwang für Pflegenden bei Verhaltensauffälligkeiten sowie eine mögliche Reduktion der Psychopharmaka. Als Nachteile müssen die Gefahr einer Abschiebung Demenzkranker, eine Förderung der

Demenz, eine mögliche Steigerung der Verhaltensauffälligkeiten, eine hohe psychische Belastung und damit verbunden eine mögliche Überforderung des Personals sowie die Notwendigkeit der psychiatrischen Weiterbildung der Pflegenden angeführt werden. Zudem profitieren leicht erkrankte und bettlägerige Demenzkranke wenig von segregativen Versorgungsansätzen (Kastner & Löbach, 2007, S. 168/169).

In den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts begann in den USA, in England sowie in Schweden, Frankreich und Holland die Entwicklung **demenzgerechter Spezialabteilungen**, welche unter dem Namen Special Care Units (SCU) zusammengefasst werden können (Held & Ermini-Fünfschilling, 2004, S.95/96). Meistens verfolgen diese segregative Ansätze.

Viele der Wohnkonzepte erheben den Anspruch des "Häuslichen" (home like). Als bekannteste gelten das Domus Unit, Anton Piekhofie, das Cantou-Modell, das Schweden-Modell, Haus- und Wohngemeinschaften (in Deutschland weit verbreitet) sowie die Special Care Units. Die Gemeinsamkeiten dieser Konzepte liegen in der Orientierung an den Bedürfnissen der Bewohner, einer adäquaten Gestaltung und Architektur (Architektur mit häuslicher Einrichtung, privaten Rückzugsräumen, Gemeinschaftsräumen, Wohnküche, Wohnzimmer etc.), der Vermeidung eines institutionellen Charakters, kleinen Gruppengrößen und der Orientierung an der Normalität. Die Überlegenheit von kleineren (segregativen) Wohneinheiten im Vergleich mit traditionellen (integrativen) Versorgungsstrukturen – insbesondere auf das Verhalten - ist nicht belegt (Bartholomeyczik et al., 2006, S.24-27).

Es gibt drei verschiedene Typen von Haus- und Wohngemeinschaften. Die Wohngemeinschaft im stationären Bereich ist ein teilautonomer Bereich mit familienartigem Charakter. Die hauswirtschaftliche Versorgung in Küche und Wohnbereich sind zentral. Die Gruppengröße bewegt sich zwischen zehn und zwanzig Bewohnern. Die beiden anderen Typen werden nicht von Pflegepersonen geleitet. Für die pflegerische Versorgung wird ein ambulanter Pflegedienst beigezogen. Das Modell des „Group-living“ stammt aus Schweden und bezeichnet Wohngemeinschaften mit einer Gruppengröße von sechs bis neun Bewohnern, betreut von Fachpersonal, in normalen Wohnhäusern. Bereits in den sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts entwickelte sich in Frankreich das Konzept "Cantou" (= Feuerstelle). Etwa zwölf Bewohner leben in wohngruppenähnlichen Einrichtungen. Die Angehörigen übernehmen einen gewichtigen Teil der Betreuung. Eine zentrale Rolle spielt die "Hausfrau" und die Grundhaltung ist bewusst "nicht-medizinisch". Dieses Konzept bewegt sich an der Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Das "Domus" Konzept wurde in England vor allem für Demenzkranke mit Verhaltensstörungen entwickelt. Die Gruppengröße bewegt sich zwischen zwölf bis 32 Bewohner und der Personalschlüssel ist höher als bei anderen Versorgungsformen. Die Philosophie der Domuseinrichtungen will den Demenzkranken ein Zuhause bis zum Lebensende bieten. Die psychischen und emotionalen

Bedürfnisse sind wichtiger als die physischen Aspekte der Pflege. Zudem werden die Bedürfnisse der Betreuenden und der Betreuten als gleichwertig angesehen. Mit Hilfe dieses Konzepts sollen die Defizite der Demenzkranken ausgeglichen und die Ressourcen gefördert werden. Aus den Niederlanden stammt das Konzept "warme zorg" (auch bekannt als Anton Piekhofie). Dieses Konzept soll Demenzkranken ein Zusammenleben mit ihren selbständig lebenden Partnern ermöglichen. Es herrscht eine häusliche Atmosphäre aber es gibt getrennte Wohnbereiche. Unter dem Begriff "warme zorg" verstehen die Initiatoren des Konzeptes den gelassenen Umgang mit der Altersdemenz. Vor allem in den USA ist das Konzept der SCU weit verbreitet. Als Merkmale einer SCU gelten die besondere Architektur (zum Verhindern des Weglaufens, Markierungen von Laufwegen, der Einsatz von Piktogrammen und die Nähe von Zimmer und Aufenthaltsbereich), die Schulung des Personals (Kommunikation, Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten, Techniken zur Körperpflege, Inkontinenzpflege, Sexualität, Wandering, Unterstützung beim Essen und im Umgang mit kognitivem Abbau, Erinnerungstraining und Unterstützung der Mobilität), ein Personalschlüssel von sechs zu eins, durch das Personal unterstützte Nahrungsaufnahme, angepasste Aktivitäten und Therapien, der Einbezug eines Facharztes, die Gewährleistung einer sicheren Umgebung und der Einbezug der Angehörigen (Kastner & Löbach, 2007, S.170-173).

3 Methode

3.1 Forschungsdesign

Auf dem Gebiet der Betreuung Demenzkranker herrscht eine rege Forschungstätigkeit. Deshalb entschied sich der Autor der vorliegenden Arbeit zur Beantwortung der Forschungsfrage für eine systematische Literaturreview. Es sollten die neusten Forschungen auf diesem Gebiet zur Klärung der Frage berücksichtigt und damit eine Übersicht über den aktuellen Forschungsstand gegeben werden.

3.2 Datensammlung

Für die Literaturrecherche benutzte der Autor dieser Arbeit als Ausgangspunkt die Seite der "Konferenz der Fachhochschulen" (www.kfh.ch). Von dieser Seite aus wurden verschiedene relevante Datenbanken konsultiert. Die berücksichtigten Datenbanken waren CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature), PUBmed (Public Medline), Cochrane (Cochrane Library), PsychInfo (American Psychological Association) und Health Source. Zusätzlich wurde über das Internet die Datenbank des Gerontologischen Instituts der Universität Zürich (<http://www.zfg.uzh.ch/publikat/zfg/schriften.html>) in die Suche mit einbezogen. Auf diese Art und Weise sollten auch Forschungen aus der Schweiz in die Arbeit einfließen. Des Weiteren durchsuchte der Autor dieser Arbeit die Literaturverzeichnisse der über die Datenbanken gefundenen Resultate. Eine Handsuche in der Bibliothek der Ausbildungsstätte der Hes-so in Visp vervollständigte die Suche. Bei der Suche wurden ausser der Sprache (Englisch und Deutsch) keine Limits gesetzt.

Die Datensammlung wurde von Januar 2009 bis Juli 2009 durchgeführt. In einem ersten Schritt wurde anhand der Forschungsfrage Themenblöcke mit relevanten Begriffen gebildet. Die Blöcke waren: Block 1: Demenz, Block 2: Wohnform, Block 3: Verhalten und Block 4, enthielt Begriffe hauptsächlich bezüglich des gesuchten Forschungstyps. Mit Hilfe des Übersetzungsprogrammes "LEO.org" (<http://dict.leo.org/ende?lang=de&lp=ende>) wurden die Begriffe ins Englische übersetzt und anhand des Nachschlagewerkes "Oxford English Dictionary" überprüft. Die ausgewählten Suchbegriffe wurden in einem zweiten Schritt nach der Methode "Trial and Error" für erste Suchläufe benutzt. Die genauen Suchbegriffe für den nächsten Schritt der Datensammlung wurden anhand der gefundenen Studien und der von den jeweiligen Autoren verwendeten Begriffe verfeinert. Die definitiven Suchbegriffe lauteten:

Block 1: Demenz	Block 2: Wohnform	Block 3: Verhalten	Block 4
Dementia Dementia patients Alzheimer's disease Dementia care	Inpatient Nursing homes Housing for the elderly Group homes Special care units Long term care Residential facilities Skilled nursing facilities Homes for the aged	Psychomotor agitation Disruptive behavior Behavior problems Social behavior Behavioral symptoms Quality of life	Outcome assesment (health care) Comparative studies Evaluation Integrative care Segregated care Milieu therapy Treatment outcomes

Die Begriffe der einzelnen Themenblöcke wurden mit "OR" und anschliessend die Themenblöcke mit Hilfe der Suchhistory jeweils mit "AND" verbunden. Bei allen Datenbanken zugänglich über die Seite der "Konferenz der Fachhochschulen" (www.kfh.ch) suchte der Autor der vorliegenden Arbeit mit den englischen Begriffen. In der Datenbank des Gerontologischen Instituts der Universität Zürich war aufgrund der Suchmaske eine Suche nach dem oben genannten Schema nicht möglich. Hier fand eine Suche mit den deutschen Begriffen Demenz, integrativ und segregativ statt.

3.3 Datenauswahl

Der erste Schritt der Auswahl bestand in der Selektion geeigneter Artikel anhand des Titels und der Forschungsfrage. Der zweite Auswahlsschritt der Suchresultate war eine Selektion der Arbeiten mit Hilfe des Abstracts. Fanden sich im Abstract nicht alle für diese Review notwendigen Angaben wurden die Arbeiten als Ganzes gelesen und auf die Auswahlkriterien hin durchsucht.

Die Auswahlkriterien für diese Arbeit wurden mit Blick auf eine Vergleichbarkeit der Studien gewählt. Es wurde nach Evaluations- und Vergleichsstudien gesucht. Diese sollten integrative und segregative Settings gegenüberstellen. Deshalb mussten die zur Wahl stehenden Studien genügend Angaben zu den verglichenen Settings beinhalten, damit diese klar der segregativen und der integrativen Versorgung zugeteilt werden konnten. Um die Vergleichbarkeit der Studien zu erhöhen mussten in diesen genügend Angaben der Demenzstufen zum Beispiel nach ICD-Klassifikation und/oder Einstufungen mit Hilfe des MMST vorhanden sein. Arbeiten, bei welchen die Patienten eine Einstufung Stufe I (beginnende/leichte Demenz) hatten, wurden nicht berücksichtigt. Um die Pflegebedürftigkeit der Bewohner vergleichen zu können, bevorzugte der Autor der vorliegenden Arbeit Studien, welche zur Einschätzung ein valides Instrument (z.B. Barthel-Index, NOSGER u.a.) verwendeten. Damit sollte erreicht werden, dass in allen Studien eine ähnliche Population verglichen wird. Es wurden nur Studien aus dem westlichen Kulturkreis berücksichtigt. Das Verhalten der Demenzerkrankten oder Auswirkungen des Verhaltens der Demenzkranken

auf die Umgebung musste beschrieben sein. Favorisiert wurden quantitative Langzeitstudien mit mehreren Messzeitpunkten. Damit lässt sich die Entwicklung des Verhaltens gut beurteilen. Ein Messzeitpunkt bei den Vergleichen war aber keinen Ausschlussgrund. Alle berücksichtigten Arbeiten mussten ethisch unbedenklich sein. Forschungen, welche durch einen Ethikrat geprüft und für gut befunden wurden hatten Vorrang.

Die so gefundenen Treffer wurden nochmals vertieft auf die Selektionskriterien hin überprüft. Es befanden sich vier Doppelfunde darunter. Insgesamt hat der Autor neben den hier beschriebenen Studien über 50 Artikel zum Thema gelesen um zu einer Annäherung einer Antwort auf die Forschungsfrage zu gelangen (Eine Liste der angesprochenen Studien finden Sie im Anhang). Übrig blieben sieben Studien. Eine Studie (Lai Claudia KY ; Yeung Jonas HM ; Mok Vicent ; Chris Iris, 2007. *Special care units for dementia individuals with behaviour problems*, John Wiley & Sons, Ltd) war nicht erhältlich. Die anderen sechs Studien sind in dieser Arbeit beschrieben. Eine Studie wurde in der Datenbank des Gerontologischen Instituts der Universität Zürich und eine Studie im Schneeballprinzip gefunden. Eine genaue Zusammenstellung der Suchresultate über die Seite der "Konferenz der Fachhochschulen" und finden Sie im Anhang.

3.4 Datenanalyse

3.4.1 Vorgehen

Die schlussendlich ausgewählten Arbeiten wurden - falls nötig - übersetzt, zusammengefasst und tabellarisch dargestellt. Anschliessend wurden diese nach den gesuchten Angaben über die Forschungsfrage, Wohnsituation und die jeweilige Aufteilung in segregativ und integrativ, die verwendeten Untersuchungsinstrumente und die Resultate im Bezug auf das Verhalten gegliedert. Eine Zusammenstellung gelesener Studien finden Sie im Anhang.

Tabellarisch wurden die für diese Arbeit ausgewählten Studien nach den Punkten Problemstellung und Ziel, Stichprobe, Ein- und Ausschlusskriterien, Forschungsdesign, Datenanalyse, Resultate und Diskussion zusammengefasst. Die tabellarischen Zusammenfassungen finden sich im Anhang.

Nach der Zusammenfassung bewertete der Autor der vorliegenden Arbeit jede der ausgewählten Studien mit dem angepassten Raster zur Beurteilung der Qualität von Interventionsstudien und teilte die Studien nach dem Evidenzgrad ein (Genauere Angaben finden Sie im folgenden Abschnitt).

Die Arbeit wurde von dem Autor der vorliegenden Arbeit selbst verfasst und es wurde auf eine genaue Quellenangabe geachtet und von Plagiaten abgesehen.

3.4.2 Bewertungsraster und Evidenzgrad

Zur Beurteilung der Evidenz wurde das Raster von Stetler et al. (1998 zit. in LoBiondo-Wood & Haber, 2005) benutzt:

Stufen der Evidenz:

- I Meta-Analyse von RCTs
- II Einzelne RCTs
- III Quasiexperimentelle Studie, z.B. nicht randomisierter Einzelgruppen-Präpost-test, Langzeit mit Testserien oder parallelisierte Fall-kontrollierte Studien
- IV Nicht-kontrollierte Studie, z.B. deskriptive Korrelationsstudien, qualitative oder Fallstudien
- V Fallbericht oder systematisch ermittelte, verifizierbare Qualität oder Programm Evaluierungsdaten.
- VI Meinungen von Autoritäten; oder die Meinungen eines Expertenkomitees, einschliesslich ihrer Interpretation von nicht-forschungsbasierten Informationen.

(Stetler et al. 1998 zit. in LoBiondo-Wood & Haber, 2005, S. 674)

Die Qualität der Studien wurde nach den Gütekriterien Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit nach Behrens und Langer (2006) eingeschätzt. Das Raster für Interventionsstudien wurde für diese Arbeit leicht abgeändert und an die Anforderungen für Evaluationsstudien angepasst.

Für jeden Teil wird anhand der maximal zu vergebenden Punkte im Vergleich zu den erreichten Punkten auf der Notenskala eins bis sechs eine Teilbewertung gemacht. Um alle drei Unterteile gleich zu gewichten wird anhand dieser drei Teilbewertungen die Gesamtnote errechnet. Die Berechnungsformel ist:

Glaubwürdigkeit:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 16

Berechnung Teilnote: $(5 : 16) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 =$

Aussagekraft:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7

Berechnung Teilnote: $(5 : 7) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 =$

Anwendbarkeit:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7

Berechnung Teilnote: $(5 : 7) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 =$

Gesamtnote:

[Teilnote **Glaubwürdigkeit** + Teilnote **Aussagekraft** + Teilnote **Anwendbarkeit**] : 3 =

Die Bögen mit den einzelnen Kriterien entnehmen Sie bitte dem Anhang.

4 Ergebnisse

4.1 Überblick über die Studien

Aus allen Treffern wurden total acht Studien in dieser Arbeit berücksichtigt. Die Artikel erschienen im Zeitraum von 2004 bis 2008. Drei Studien stammen aus Deutschland, zwei aus den USA und je eine aus der Schweiz, Italien und Kanada. Vier Artikel erschienen in Englisch, vier wurden auf Deutsch publiziert.

Bei zwei Artikeln (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2004 und Dettbarn-Reggentin, 2005) wurden die Angaben durch Daten aus dem ein Jahr später erschienenen Buch "Demenzkranken in Wohngruppen betreuen und fördern" (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2006) ergänzt. Zum besseren Verständnis des Artikels von Weyerer (2005) wurde die im Artikel erwähnte Internetversion mit einbezogen, das ebenfalls angesprochene Buch fand keine Berücksichtigung. Die schweizer Studie liegt als ganzer Forschungsbericht vor und wurde als solche mit allen für diese Arbeit relevanten Daten ausgewertet.

Fünf der ausgewählten Studien sind Teil eines grösseren Projektes. Zwei Studien (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2004 und Dettbarn-Reggentin, 2005) gehören demselben Projekt an. Die Artikel von Reggentin & Dettbarn-Reggentin (2004) mit vier Seiten und der Artikel von Dettbarn-Reggentin (2005) mit sechs Seiten entsprachen im Buch etwa den Seiten 87 bis 104 respektive 57 bis 85. Diese beiden Studien arbeiten mit derselben Stichprobe. Durch die Lektüre des Buches konnte ein Überblick über das gesamte Modellprojekt "Wohngruppen für demenziell Erkrankte" gewonnen werden. Der Artikel von Weyerer (2005) umfasst zehn Seiten, wird aber durch einen Internetartikel mit 45 Seiten ergänzt. Die Lektüre der Internetversion verhalf zu einem Überblick der gesamten Forschung des Projektes. Für diese Arbeit wurde nur der im gefundenen Artikel angesprochene Teil der Forschung berücksichtigt. Die Studien von Aud (2005) und Nobili (2009) hatten acht bis zehn Seiten Umfang, sind jeweils Teil eines grösseren Projektes und widerspiegeln damit nicht die gesamte Forschung. Die Arbeiten von Reimer (2004), Buchanan (2005) und Oppikofer (2005) geben die gesamte von den Autoren gemachte Forschung wieder. Die schweizer Studie (Oppikofer, 2005) ist mit 56 Seiten die umfangreichste. Die Arbeit von Buchanan (2005) ist mit 18 Seiten die grösste in den über die Seite der "Konferenz der Fachhochschulen" zugänglichen Datenbanken gefundene Publikation.

Zwei Studien sind Querschnittsvergleiche (Aud, 2005 und Buchanan, 2005), die anderen beinhalten sowohl Querschnittsvergleiche als auch Längsschnittvergleiche zum Verlaufes.

4.1.1 Forschungsfrage

Zu den Selektionskriterien gehörte eine Fragestellung, welche eine Beantwortung der in dieser Arbeit gestellten Frage nach den Auswirkungen des Settings auf das Verhalten erlaubt. Ausser den Arbeiten von Buchanan (2005) und Reimer (2004) werden in den Arbeiten weitere Fragestellungen und/oder Hypothesen erwähnt, welche, ausser bei Oppikofer (2005), im Zusammenhang mit dem jeweiligen übergeordneten Projekt stehen. Die Studie von Oppikofer (2005) stellt zwei Hypothesen auf, für diese Arbeit wurde aber nur die interessierende berücksichtigt. Im Artikel von Weyerer (2005) stehen die unten genannten Fragen im Zentrum, die Internetversion behandelt zwei weitere. Aud (2005) reist im Artikel zwei weitere Hypothesen an, verweist aber auf andere Publikationen um genauere Angaben zu erhalten. Nobili (2008) schildert kurz das Gesamtprojekt, behandelt aber im Artikel schwergewichtig die unten stehende Fragestellung. Reggentin & Dettbarn-Reggentin (2004) und Dettbarn-Reggentin (2005) verweisen gegenseitig auf die Arbeit des anderen und die jeweils leicht unterschiedliche Fragestellung im Zusammenhang mit demselben Modellprojekt.

Studie	Forschungsfrage
Reggentin & Dettbarn-Reggentin (2004)	Sind auch integrativ zusammengesetzte Wohngruppen für Demenzkranke geeignet?
Reimer (2004)	Vergleich spezialisierter Pflegeeinrichtungen (SCF) und traditioneller Pflege von Demenzkranken in mittlerem bis spätem Krankheitsstadium auf Lebensqualität über ein Jahr.
Buchanan (2005)	Vergleich von Alzheimer Erkrankten in SCU und Pflegeheimen in den USA bezüglich demographischer Charakteristiken, Gesundheitszustand und Behandlung.
Dettbarn-Reggentin (2005)	Die Wirkungsweise von Wohngruppen demenziell Erkrankter in stationären Einrichtungen untersuchen und mit der Versorgung in herkömmlichen Einrichtungen der Altenhilfe vergleichen
Aud (2005)	Hypothese 1: Bewohner von SCU zeigen weniger Agitation, Unruhe, Aggression und Depression, haben weniger Stürze, brauchen weniger Psychopharmaka und haben weniger Gewichtsverlust.
Oppikofer (2005)	Schlüssige Aussagen zu dem integrierenden Demenzpflegekonzept versus den separierenden Konzepten bezüglich den Faktoren Lebensqualität, psychische (Verhaltens)Störungen (und quantitative sowie qualitative Belastung der Pflegenden) zu machen.
Weyerer (2005)	Wie unterscheiden sich Demenzkranke in Hamburg, die segregativ oder teilsegregativ betreut werden? Welche Unterschiede gibt es zwischen Demenzkranken in der besonderen Dementenbetreuung und einer Gruppe Demenzkranker mit traditionell integrativer Versorgung?
Nobili (2008)	Das Ziel dieser Studie war die Merkmale von Patienten mit Alzheimer, die in ASCU (Alzheimer Special Care Unit) oder in NH (traditional nursing home) versorgt werden zu vergleichen und die Auswirkungen des Settings auf die Mortalität, Hospitalisation, freiheitseinschränkende Massnahmen, Stürze und Psychopharmaka zu erheben.

4.1.2 Integrativ – segregativ

Ein wichtiges Kriterium für die Berücksichtigung einer Studie war eine klare Trennung der beiden Settings. Sieben Arbeiten verglichen segregative Settings mit der traditionellen integrativen Pflege. Einzig die Arbeit von Reggentin & Dettbarn-Reggentin stellt einen echten Vergleich der integrativen respektive der segregativen Versorgung in einem vergleichbaren Setting dar. Die Studie von Weyerer (2005) vergleicht als einzige auch ein teilsegregatives Setting. Reimer (2004) stellt zwei segregative Modelle einander gegenüber und vergleicht diese anschliessend mit der traditionellen integrativen Versorgung. Oppikofer (2005) berücksichtigt vier verschiedene Settings und teilt diese in einem zweiten Schritt in integrativ und segregativ ein.

Studie	Segregatives Setting	Integratives Setting
Reggentin & Dettbarn-Reggentin (2004)	Drei Wohngruppen (n=27) mit Milieutherapie;	Vier Wohngruppen (n=26); mit Milieutherapie. Kontrollgruppe traditionelle Pflege (n= 33).
Reimer (2004)	SCF : Interventionsgruppe, home-like Struktur, höherer Personalschlüssel, (n=60). MTIFs : ähnliche Struktur wie Wohngruppen, home-like Umgebung; traditionellen Personalschlüssel und -mix (n=64).	STIF : zweite Vergleichsgruppe mit "klassischen" Abteilungen, traditionelle pflegerische Versorgung (n=59).
Buchanan (2005)	Alle SCU welche Alzheimerkranke betreuen in den USA. (n=11 311)	Alle anderen Institutionen , welche Alzheimerkranke betreuen in den USA. (n=38316)
Dettbarn-Reggentin (2005)	Versuchsgruppe: Drei segregative Wohngruppen n=27.	Kontrollgruppe: Bewohner der "Normaletage" aus Häusern derselben Trägerschaften wie WG's ; n=33.
Aud (2005)	Versuchsgruppe: Bewohner der vier SCU . n _{total} =88 Kontrollgruppe: MDS-Werte der 4456 an Demenz erkrankten Bewohner anderer Institutionen mit SCU in Missouri/USA.	Kontrollgruppe: andere nicht demenzspezifische Abteilung derselben Institution. (nicht Bewohner!)
Oppikofer (2005)	Pflegezentrum Käferberg Klassischer Ansatz der Dementia Care Unit; (n=16). Pflegezentrum Seeblick Drei-Welten-Konzept; (n=11). Krankenhaus Sonnweid Normalitätsprinzip, Phasengerechte Betreuung (n=13).	Pflegezentrum Gehrenholz : keine spezielle Betreuung Dementer (n=15).

Weyerer (2005)	28 Institutionen aus Hamburg , mit Besonderer stationärer Dementenbetreuung. 62% Domus ; 38% Integration . (n=366 Domus, n=228 Integrationsprinzip)	Vergleichsgruppe: Demenzkranke aus einer Zufallsstichprobe von elf Mannheimer Altenpflegeheimen , welche traditionell versorgt werden. n=131.
Nobili (2008)	35 Alzheimer Special Care Units (ASCU) aus der Region Lombardei in Italien (n= 319). Als ASCU gelten Abteilungen für etwa 20 Bewohner mit angepasster Architektur und adäquater Aktivierung sowie speziell ausgebildetes Personal	Es beteiligten sich 9 „traditionelle“ Pflegeabteilungen (NH) aus der Region Lombardei in Italien (n=81).

4.1.3 Verwendete Instrumente

Einige Studien benutzten mehrere Messinstrumente parallel. Vier der acht Studien massen Verhaltensauffälligkeiten mit dem CMAI (Cohen Mansfield Agitation Inventory). Drei Studien verwendeten den NOSGER. Zwei Studien benutzten den NPI (NeuroPsychiatric Inventory). Zwei Studien begnügten sich mit dem MDS (Minimal Data Set). Buchanan (2005) und Aud (2005) machten keine respektive kaum eigene Messungen und griffen auf vorhandene Daten (landesweit erfasste MDS-Daten) zurück. Alle anderen Studien berücksichtigten mit mindestens zwei Messzeitpunkten den Verlauf. Die meisten Studien benutzten weitere Instrumente zur Erfassung anderer Aspekte wie Komorbidität, Selbständigkeit, Medikation uws. Eine genaue Auflistung aller jeweils benutzten Instrumente entnehmen Sie bitte dem Abschnitt "Darstellung der einzelnen Studien" und den tabellarischen Zusammenfassungen der Studien im Anhang.

Studie	Verhaltensmessung
Reggentin & Dettbarn-Reggentin (2004)	CMAI, leicht modifiziert: Verhaltensauffälligkeiten; NOSGER: Soziales Verhalten; BGP: Soziale Kompetenz
Reimer (2004)	QoL anhand von fünf Dimensionen: Kognition, ADL, Verhalten, soziales Verhalten und Affekt. Verhalten (CMAI), soziale Aktivität (MOSES und Pleasant Events Scale).
Buchanan (2005)	Analyse aller MDS (Minimal Data Set) des Jahres 2000 in den USA.
Dettbarn-Reggentin (2005)	CMAI, leicht modifizierte Form (Verhaltensauffälligkeiten), NOSGER (soziales Verhalten), BGP-Faktor "Soziale Kompetenz".
Aud (2005)	MDS
Oppikofer (2005)	fünf Fragen zum sozialen Verhalten aus NOSGER, 12 Fragen des NPI, MBDF (Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen).
Weyerer (2005)	Verhaltensauffälligkeiten (gemessen mit dem CMAI Gesamtscore), psychiatrische Betreuung und Sozialkontakte.
Nobili (2008)	NPI-Skala

4.2 Darstellung der einzelnen Studien

Im Folgenden werden die Studien in Reihenfolge ihres Publikationszeitpunktes vorgestellt.

Der Artikel **“Die Möglichkeit eines Miteinander“** erschien 2004 in der Pflegezeitschrift (3/2004) auf Deutsch und wurde von Heike Reggentin und Jürgen Dettbarn-Reggentin verfasst. Die im Artikel besprochene Forschung ist eine Begleitstudie des vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen geförderten Modellprojektes “Wohngruppen für demenziell Erkrankte“. Die Forschungsfrage lautete: Sind auch integrativ zusammengesetzte Wohngruppen für Demenzkranke geeignet? ***Als Ziel der Arbeiten nannten die Autoren die Wirkungsweise von Wohngruppen auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen zu untersuchen (und sie mit herkömmlichen Einrichtungen zu vergleichen).*** Zwei Jahre später erschien das Buch “Demenzkranken in Wohngruppen betreuen und fördern“ derselben Autoren im Verlag Kohlhammer, Stuttgart. In diesem Buch wird die Studie detaillierter dargestellt und die Resultate werden in Zusammenhang mit dem gesamten Modellprojekt “Wohngruppen für demenziell Erkrankte“ betrachtet. Für diese Arbeit bildete der Artikel die Grundlage und wurde durch Daten aus dem Buch ergänzt (Angaben zu den nicht demenziell Erkrankten in der tabellarischen Zusammenfassung). Der später erschienene und in dieser Arbeit ebenfalls berücksichtigte Artikel von Dettbarn (2005) und dieser Artikel (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2004) arbeiten mit derselben Stichprobe und denselben Messinstrumenten. Deshalb überschneiden sich einige Angaben mit der unten vorgestellten Studie von Dettbarn (2005).

Die Untersuchung ist als Evaluationsstudie mit einem Längsschnittgruppendesign mit drei Erhebungszeitpunkten (T1 vor Einzug in die Wohngruppe, T2 sechs Monate später, T3 nach einem Jahr) ausgelegt. Die Datenerhebung dauerte von Januar 2001 bis Oktober 2003 und wurde von ISGOS (Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien) durchgeführt.

In drei Alters- und Pflegeheimen beteiligten sich insgesamt sieben Wohngruppen an der Studie. In zwei Institutionen gab es je eine segregative Gruppe mit 13 resp. 15 Bewohnern (mittelschwere bis schwere Demenz). Im dritten Heim standen fünf Wohngruppen für sechs bis 13 Bewohner zur Verfügung, davon war eine segregativ (mittelschwere bis schwere Demenz) und vier integrativ (mittelschwere Demenz und keine Demenz). Alle Wohngruppen arbeiteten – mit kleinen Unterschieden – nach dem Konzept der Milieutherapie. In jeder Wohngruppe hatte es einen Gemeinschaftsraum gestaltet als Wohnküche. Alle Wohngruppen agierten als eigenständige Versorgungseinheit und waren organisatorisch in ihre Institution eingebunden. Die vier integrativen Wohngruppen (WG1 –WG4) gehörten derselben stationären Einrichtung an. Zum Konzept der integrativen Versorgung gehörte, dass geistig rüstige Bewohner Verantwortung für weniger kompetente Mitbewohner mit

übernahmen. Das Personal (Präsenzdienst) übernahm die Rolle des Haushaltsvorstandes. Die Wohngruppen wurden nach Neigungen, Interessen und Sympathie der Bewohner zusammengestellt.

Die Ausgangsstichprobe enthielt Datensätze von 158 Bewohnern. Bedingt durch verschiedene Ausfälle waren am Ende der Untersuchung vollständige Daten von 111 Bewohnern vorhanden. Diese verteilten sich auf 53 Bewohner von segregativen und integrativen Wohngruppen und 58 Bewohner der Vergleichsgruppe aus der traditionellen Pflege mit vergleichbaren Merkmalen wie die Bewohner der Wohngruppen. Untersucht wurden für diese Begleitstudie die Daten der Bewohner in den integrativen (n=26) und den segregativen (n=27) Wohngruppen. Sie wurden auch mit Daten der Kontrollgruppen für die Demenzkranken und der Kontrollgruppe für die demenziell nicht erkrankten Bewohner aus der traditionellen Pflege verglichen. Insgesamt lebten in den sieben untersuchten Wohngruppen 70 Personen, davon waren 45 weiblich und das Durchschnittsalter betrug 81.7 Jahren. 54 Bewohner litten unter Demenz. Alle Bewohner hatten mehrere somatische Erkrankungen und erhielten Leistungen aus der Pflegeversicherung. (*Integrative Wohngruppen*: WG1: sieben Bewohner, fünf weiblich, Durchschnittsalter 76.8; zwei leichte und eine schwere Demenz. WG2: sieben Bewohner, vier weiblich, Durchschnittsalter 81.0; zwei leichte und eine mittelschwere Demenz. WG3: acht Bewohner, vier weiblich, Durchschnittsalter 68.7; drei leichte und eine schwere Demenz. WG4: sechs Bewohner, vier weiblich, Durchschnittsalter 82.5; eine leichte und eine mittelschwere Demenz. *Segregative Wohngruppen*, alle Bewohner dement: WG5: 14 Bewohner, 12 weiblich, Durchschnittsalter 81.2; WG6: 13 Bewohner, 13 weiblich, Durchschnittsalter 86.1; WG7: 15 Bewohner, 12 weiblich, Durchschnittsalter 85.3).

Zur Erfassung der soziodemographischen und aufenthaltsbezogenen Daten (Alter, Geschlecht, Krankendiagnose, Medikamentierung, Pflegestufe, Besucherhäufigkeit) benutzten die Autoren einen eigenen Fragebogen. Eine Kurzform des GDS (Geriatric Depression Scale) (Yesavage et al.) diente der Erfassung einer möglichen Depression. Mit dem bewährten MMSE (Mini-Mental-State Examination) (Zaudig/Hiller 1996) massen sie die kognitiven Leistungsbeeinträchtigungen und stützten damit die Demenzdiagnostik. Verhaltensauffälligkeiten (Physisch aggressives Verhalten; nicht-physisch aggressives Verhalten; verbal auffälliges Verhalten) erfassten sie mit einer leicht modifizierte Form des CMAI (Cohen-Mansfield-Skala). Mit dem BGP (Beurteilungsskala für geriatrische Patienten) (Kam et al.; 1971) schätzten sie die Leistungsfähigkeit der Patienten ein. Stimmung, Wohlbefinden und Verhalten massen sie mit NOSGER (Nurses Observation Scale for Geriatric Patients. Spiegel, 1990; 1992. Werte zw. 12 -15 Punkte entsprechen denen der gleichaltrigen selbständig Zuhause lebenden Normalbevölkerung). Der Barthel-Index (Mahoney und Barthel; 1965) diente der Messung des Pflegeaufwandes.

Die Datenerfassung mit GDS und MMSE machten zwei Mitarbeiter des Forschungsinstitutes. Daten zur körperlichen Befindlichkeit, ADL's (), IADL's (), psychisches Befinden, soziales Verhalten, Stimmung erfasste das Pflegepersonal anhand eines standardisierten Fragebogens. Veränderungen der Arbeitsbedingungen und des räumlichen Konzeptes wurden von den Wohngruppenleitern aufgezeichnet. Beobachtungen der Bewohner und tagebuchähnliche Aufzeichnungen des jeweiligen Wohngruppenleiters zu T1 und T3 sowie ein Abschlussinterview mit den Wohngruppenleitern waren weitere Datenquellen.

Die Datenanalyse wurde mit SPSS, Version 10.0 gemacht. Die Statistik beinhaltet die Berechnung der Mittelwert-Unterschiede bei unabhängigen Stichproben mit dem Mann-Whitney-U-Test und bei abhängigen Stichproben mit dem Friedman-Test oder dem Wilcoxon-Test. Für die Analyse der kategorischen Daten benutzten sie den Chi-Quadrat-Test.

Im Folgenden werden die Daten der demenzerkrankten Bewohner vorgestellt (n=86).

Ergebnisse Physische Entwicklung: Bei fast allen Bewohnern der Wohngruppen nahmen die Mittelwerte des Barthel-Index und der ADL's im Verlauf geringfügig ab. In der Vergleichsgruppe der "Normalversorgung" erlitten die Bewohner erheblich höhere Einbussen. WG (Wohngruppen) integrativ (T1=64; T2=63; T3=60.5); WG segregativ (28.04; 22.5; 22.85); Kontrollgruppe (41.49; 33.51; 30.21); Maximum 100 Punkte; alle Ergebnisse (T1-T3) hochsignifikant (keine näheren Angaben).

Ergebnisse Kognitive Entwicklung: Demenziell Erkrankte in integrierten Wohngruppen zeigen den günstigsten Verlauf. (MMSE-Mittelwerte: T1=17.00; T2=16.50; T3=17.50). WG segregativ (T1=8.74; T2=8.91; T3=8.35) hatte die tiefsten Ausgangswerte, konnte diese jedoch fast halten. Eine deutliche Verschlechterung zeigte sich bei der Kontrollgruppe (T1=11.83; T3=11.43; T3=10.33). T1 und T2 = hochsignifikant; T3 signifikant (keine näheren Angaben).

Ergebnisse Soziales Verhalten: Die Kontrollgruppe zeigte eine kontinuierliche Abnahme der Fähigkeiten (NOSGER- Mittelwerte: T1=17.53; T2=18.19; T3=18.70). Bei den segregativen Wohngruppen (T1=17.18; T2=17.46; T3=16.96) und den integrativen Wohngruppen (T1=14.40; T2=13.20; T3=14.00) verbesserten sich die Werte des sozialen Verhaltens. Es konnte beobachtet werden, dass sich in den integrativen Wohngruppen familienähnliche Strukturen entwickelten (Einbezug aller bei Aktivitäten bis zu Übernahme kleiner pflegerischer Tätigkeiten von nicht demenziell erkrankten Bewohnern) und sie konfliktregulierend wirkten (Verständnis für das Krankheitsbild Demenz). Verhaltensauffälligkeiten (CMAI, NOSGER, BGP) bei Beginn der Messung (Einzug) verbesserten sich im Verlaufe der Untersuchung bei den Bewohnern in beiden Wohngruppen und fielen auf fast "normale" Werte (keine Aussage zu Kontrollgruppe).

Die Autoren sehen mit dieser Studie den Zusammenhang von Wohnumfeld und physischer/psychischer Vitalität als erwiesen an. Sie heben hervor, dass sich sogar bei schwerer

Demenz in den Wohngruppen Verbesserungen beim sozialen Verhalten zeigten. Der Verlust von kognitiven Fähigkeiten und die gesundheitliche Verschlechterung aufgrund somatischer Erkrankungen konnte auch in den Wohngruppen nicht aufgehalten werden. Die Autoren sehen in den integrativen Wohngruppen physische Vorteile für nicht demente Bewohner aufgrund vermehrter Aktivitäten (genauere Angaben zu den Resultaten der nicht dementen Bewohner entnehmen Sie bitte der tabellarischen Zusammenfassung im Anhang).

Der Artikel **“Special care facility compared with traditional environments for dementia care : a longitudinal study of quality of life“** wurde von Marlene A. Reimer, Susan Slaughter, Cam Donaldson, Gillian Currie und Michael Eliasziw verfasst und 2004 im *“Journal of the American Geriatrics Society“* in Englisch veröffentlicht.

Das Ziel dieser Studie war ein Vergleich von spezialisierten Pflegeeinrichtungen (SCF = specialized care facility) und traditioneller Pflege von Demenzkranken in mittlerem bis spätem Krankheitsstadium im Bezug auf Lebensqualität über ein Jahr. Der Studie lag ein prospektives matched-group Design mit einer Messung der Lebensqualität alle drei Monate über ein Jahr zugrunde.

An der Untersuchung beteiligten sich 24 Langzeit-Pflegezentren und vier betreute Wohngruppen (assited living environments) aus einem urbanen Zentrum in Westkanada. Die Versuchsgruppe (SCF) bestand aus einem Komplex aus sechs Bungalows mit Platz für je zehn Bewohner (n=60). Die Gebäude hatten eine häusliche Einrichtung und boten einen Zugang zu einem kleinen geschlossenen Garten. Die Pflege arbeitete mit dem System der Bezugspflege und verfügte über einen höheren Personalschlüssel. Bewohner der SCF stammten aus Akut-Pflege Institutionen, aus traditionell versorgten Institutionen oder aus der Pflege Zuhause (ambulant). Als Aufnahmekriterien für einen Bewohner einer SCF galten ein GDS-Score grösser als fünf. Der Bewohner musste Nichtraucher sein und durfte pflegerisch nicht zu aufwendig sein.

Als Vergleichsgruppe dienten Institutionen mit teilweise ähnlichen Strukturen wie Wohngruppen mit zentralen psychogeriatrischen Einheiten und ebenfalls häuslicher Atmosphäre. Im Unterschied zu der Versuchsgruppe arbeitete die Pflege in den MTIFs (multiple traditional institutional facilities) mit einem traditionellen Personalschlüssel und – mix. Die Bewohner der MTIF-Kontrollgruppe stammten von den 24 Langzeitinstitutionen oder aus einem der vier assited-living centers aus dem Umkreis der Stadt. Die zweite Vergleichsgruppe STIF (single traditional institutional facility) bildeten Institutionen mit “klassischen“ Abteilungen mit langen Korridoren, grossen und lauten Speisesälen sowie traditioneller pflegerischer Versorgung. Die Bewohner der STIF-Kontrollgruppe stammten hauptsächlich aus einer der drei psychogeriatrischen Abteilungen der Stadt.

Alle Bewohner der SCF wohnten während der Versuchsdauer im Bungalowkomplex. Sie zogen kurz vor Beginn der Untersuchung ein.

Bewohner welche im Untersuchungszeitraum vor der dritten Messung die Pflegeeinrichtung wechselten, wurden zu der Pflegeeinrichtung gezählt in welche sie verlegt wurden. Bewohner, welche nach der dritten Messung verlegt wurden, verblieben in der Ausgangsgruppe. Alle Versuchspersonen wurden von dem regionalen Gesundheitsbüro rekrutiert. Die Ethik wurde durch den regionalen "conjoint health research ethics board" geregelt.

Insgesamt hatten die Forscher Daten von 185 Bewohnern mit einem GDS von fünf und mehr Punkten. 73.5% der Teilnehmer waren Frauen. Die Daten der Personen aus der Kontrollgruppe wurden anhand des GCD-Score und des Alters sowie Komorbiditäten gematched. Die Grösse der Kontrollgruppen war limitiert durch die 60 Plätze der SCF (max je 60 Bewohner). Die Interventionsgruppe (SCF) hatte Daten von 62 Bewohnern; die Kontrollgruppe verfügte über Daten von 123 Bewohnern (MTIF (64) und STIF (59)). Zusätzliche Personendaten wurden bei Neuaufnahmen aufgrund von Todesfällen gewonnen. Die Lebensqualität (QoL) erfassten die Autoren in dieser Studie mit einer multidimensionalen Evaluation, welche aus intrapersonalen und sozio-normativen Kriterien zwischen Person und Umwelt bestand. QoL wurde mit Hilfe von fünf Dimensionen gemessen: Kognition, ADL's, Verhalten, Soziales Verhalten und Affekt. Die Kognition massen sie mit der Brief Cognitive Rating Scale (BCRS). Für die Erfassung der Selbständigkeit (ADL's) benutzen sie functional Assessment Staging (FAST). Das Verhalten wurde mit dem CMAI gemessen und das soziale Verhalten mit der Pleasant Events Scale – AD und der Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES). Zur Messung des Affekts benutzen sie die Apparent Affect Rating Scale (AARS). Der Charlson Comorbidity Index diente der Erfassung der Komorbidität der Bewohner.

Die Messung der Baseline fand bei Beginn der Studie resp. Eintritt des Bewohners in die jeweilige Institution statt. Weitere Messungen wurden nach drei, sechs, neun und zwölf Monaten gemacht. Alle Tests wurden von in allen Untersuchungsinstrumenten ausgebildeten und mit dem Krankheitsbild Demenz vertrauten Forschungsassistenten durchgeführt. AARS erhoben sie durch Beobachtung, BCRS durch Interaktion und Beobachtung der Bewohner, alle übrigen Assessments durch Befragung des Pflegepersonals und der Angehörigen. Daten über den Gesundheitszustand und die Medikation gewannen sie aus den Pflegedokumentationen.

Die statistische Datenauswertung erfolgte mit SPSS 11.1 (SPSS Inc. Chicago, IL). Mit univariater und grafischer Analyse wurden die demografischen Daten und die Messwerte der QoL auf Muster in den Daten geprüft. Sie machten jeweils Berechnungen und Vergleiche der angepassten Mittelwerte der drei Gruppen für alle Messzeitpunkte. Für den Gruppenvergleich benutzten die Autoren ANCOVA. Fehlende Daten ergänzten sie mit SOLAS 3.

Beim ersten Messzeitpunkt (T1) hatten die Autoren vollständige Datensätze von 185 Personen (62 in SCF; 64 in MTIF, 59 in STIF). Beim Follow-up fehlten bei keiner Person Daten. Es gab wenige fehlende Daten beim Assessment (CMAI 0.1%; MOSES 1.2%, AARS 0.7%). Alle Bewohner der SCF-Gruppe wurden zwischen der Erhebung der Baseline und der Messung nach drei Monaten in die Wohngruppen transferiert. Bei der MTIF-Gruppe wurden 31 von 64 Bewohnern (48%) in diesem Zeitraum in die Institution transferiert. 17 Bewohner der SCF starben während des Untersuchungszeitraumes. Sieben Personen traten neu ein. Sechs Personen erteilten keinen consent. Bei zwei Bewohnern zogen die Angehörigen die Einwilligung zurück. (T1: n=62; T5=43). In der Kontrollgruppe der MTIF verstarben 16 Bewohner. Bei einem Bewohner zogen die Angehörigen die Einwilligung zurück (T1=64; T5=47). In den Institutionen der STIF starben 11 Bewohner, bei einem Bewohner zogen die Angehörigen die Einwilligung zurück. (T1=59; T5=47). Es fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zu T1 zwischen den drei Gruppen bei Alter (M=81.7; SD=7.5), Geschlecht (73.5% Frauen), GDS-Werten (M=6.0) und Komorbidität (M=4.5;SD=1.4). Die Medikation war bei den drei Gruppen vergleichbar.

Die Werte in der Kognition, gemessen mit dem BCRS, nahmen über die Zeit auf allen Achsen ausser bei "recent memory", welche schon zur Baseline sehr tief war, signifikant ab (Konzentration, past memory, Orientierung). Keine signifikanten Unterschiede auf diesen Achsen gab es zwischen den Gruppen. Bei "functioning" und "self-care" fanden sich signifikante Unterschiede ($p=0.12$) zwischen den Gruppen und im Verlauf ($p<.001$). In den MTIF gab es den kleinsten Abbau, in der Gruppe des STIF den grössten. Bei allen Gruppen fand eine signifikante Verschlechterung der ADL's (FAST) über die Zeit statt, am wenigsten bei Bewohnern der SCF ($p=.016$). Verhaltensauffälligkeiten (CMAI) nahmen bei allen Gruppen ab. Es zeigte sich eine grosse Bandbreite der Messwerte. Die Interventionsgruppe (SCF) wies einen Trend zu mehr agitiertem Verhalten nach der dritten Messung auf ($p=0.87$). Bezüglich der sozialen Aktivität (MOSES) fanden die Autoren keine signifikanten Unterschiede. Bei der sozialen Aktivität, gemessen mit der Pleasant Events Scale zeigten alle Gruppen abnehmende Werte. Für die Gruppenunterschiede über die Zeit ergab sich ein p-Wert von .025. Die Bewohner der STIF zeigten die grösste Abnahme. Beim Affekt (AARS) zeigten sich signifikante Unterschiede der SCF auf der Dimension Angst/Furcht (weniger hohe Werte, $p=.003$) und auf der Dimension Interesse (höhere Werte, $p=.017$). Die Werte "keine Reaktion auf die Umwelt" nahm signifikant für alle Gruppen zu ($p<.001$). Über die Zeit war ein Trend für die SCF zu weniger Zunahme ersichtlich ($p=0.79$).

Über alles gesehen kommen die Autoren zum Schluss, dass die Lebensqualität für Demenzerkrankte im mittleren und späten Stadium in *SCF gleich gut oder besser* ist als in den verglichenen MTIF und STIF.

Der Artikel von Robert J. Buchanan, Maryann Choi, Suojin Wang, Hyunsu Ju und David Graber wurde 2005 in der amerikanischen Zeitschrift "dementia" unter dem Titel **"Nursing home residents with Alzheimer`s disease in special care units compared with other residents with Alzheimer`s disease"** publiziert.

Ziel der Studie war ein Vergleich von an Alzheimer Erkrankten in special care units (SCU) und in Pflegeheimen (NH = nursing homes). Sie verglichen die beiden Gruppen von Demenzkranken auf demographische Charakteristiken, Gesundheitszustand und Behandlung. Zu diesem Zweck untersuchten die Autoren alle MDS-Daten (Minimal Data Set) – mehr als 444 100 Assessments – des Jahres 2000 in den USA. MDS erfasst wichtige Daten des Krankheitszustandes (Gesundheitszustand, Kognition, psychosoziale Informationen, demografische Angaben) und Infektionen welche sich auf die ADL's, den kognitiven Zustand, die Stimmung und das Verhalten, die medizinische Pflege, die Pflegedokumentation und das Mortalitätsrisiko auswirken. Eine wichtige Aufgabe des MDS ist die aktuelle und akkurate Beschreibung des Gesundheitszustandes des Bewohners. Die MDS-Daten werden landesweit von an diesem Instrument ausgebildeten Mitarbeitern der jeweiligen Institutionen mindestens einmal pro Jahr erhoben. CPS (Cognitive Performance Scale – fünf Items des MDS) diente der Beurteilung der kognitiven Beeinträchtigung. Aus den MDS-Daten wurden die Informationen für die ADL Long Scale generiert um die Selbstständigkeit der Bewohner einzuschätzen. Zur Messung der Schmerzen benutzten die Autoren eine Subskala des MDS, die MDS Pain Scale.

49 627 der erfassten Bewohner hatten die Diagnose Alzheimer, 11 311 der Erkrankten lebten in einer SCU (22.8%). Die Definition einer SCU richtete sich nach dem "Long Term Care Resident Assessment Instrument User's Manual", welche eine SCU definiert als einen eigenständigen Teil eines Heimes, in dem die Personalauswahl und die Pflegeinterventionen speziell auf kognitiv beeinträchtigte Personen abgestimmt sind.

Für die Datenanalyse benutzten die Autoren SAS (statistical software package from SAS Institute Inc, Cary; NC). Standardprozeduren wurden verwendet (Häufigkeit, Mittelwerte, Standardabweichungen Median, univariate Analyse etc.). Unterschiede zwischen den beiden Populationen berechneten sie mit dem Chi-Quadrat-Test. Die MDS-Daten und deren Verwendung in dieser Untersuchung entsprachen den Richtlinien des Centers for Medicare und Medicaid Services' data release und den privacy guidelines.

Die Ergebnisse gliederten die Autoren auf in Demografie, Kognition und Kommunikation, geistige Gesundheit und Verhalten, ADL und körperliche Einschränkungen, weitere Gesundheitsfaktoren, freiheitsbeschränkende Massnahmen (FEM), Behandlung und Therapien. Es folgt eine kurze Zusammenstellung der signifikanten Resultate:

Demografie: Bewohner der SCU sind signifikant ($p \leq 0.001$) häufiger männlich (37.9% SCU/ 30,3% KG), jünger, weiss und verheiratet. Zudem bezahlen sie öfter die Pflege aus eigenen

Finanzmitteln (49% / 39,0%), wurden häufiger aus einer privaten Residenz in die SCU überwiesen und hatten häufiger einen Stellvertreter für Gesundheitsfragen. Bewohner von anderen Pflegeeinrichtungen wurden häufiger von einer Akutstation überwiesen und kümmerten sich häufig selber um Entscheidungen.

Kognition und Kommunikation: Die Bewohner der SCU wiesen signifikant ($p \leq 0.001$) schlechtere kognitive Funktionen bei der Einweisung auf (92% / 84%) und zeigten öfters Verwirrtheit und eingeschränkte Wahrnehmung. Die Bewohner der beiden anderen Institutionen hatten signifikant ($p \leq 0.001$) schwerere Beeinträchtigungen, bessere Gedächtnisleistungen und konnten sich besser verständigen.

Geistige Gesundheit und Verhalten: Bewohner von SCU zeigten signifikant ($p \leq 0.001$) häufiger Anzeichen für Depression, schlechter Stimmung und Sorgen. Sie wiesen signifikant mehr Verhaltensauffälligkeiten wie repetitive Bewegungen und zielloses Umherwandern (60% / 28%) auf.

ADL und körperliche Einschränkungen: Bewohner auf Pflegeabteilungen waren signifikant ($p \leq 0.001$) weniger mobil, häufiger auf Hilfsmittel zur Fortbewegung angewiesen und hatten signifikant schlechtere Werte in den ADL's. Die Bewohner der SCU wiesen signifikant ($p \leq 0.001$) weniger Einschränkungen in der körperlichen Beweglichkeit auf.

Weitere Gesundheitsfaktoren: Signifikant ($p \leq 0.001$) mehr Bewohner in Pflegeabteilungen hatten Bluthochdruck und Herzprobleme, hatten häufiger Decubiti und waren häufiger inkontinent. Bewohner der SCU hatten bei Eintritt signifikant ($p \leq 0.001$) weniger Schmerzen.

Behandlung und Therapien: Bewohner von SCU nahmen signifikant ($p \leq 0.001$) weniger Medikamente ein, hatten aber signifikant häufiger Antipsychotika verordnet. Bewohner von Pflegeabteilungen hatten signifikant ($p \leq 0.001$) häufiger zusätzliche Behandlungen. Bei Einweisung erhielten Bewohner der SCU signifikant ($p \leq 0.001$) weniger Therapien, sahen aber signifikant ($p \leq 0.001$) häufiger einen Psychiater und hatten signifikant ($p \leq 0.001$) häufiger Interventionen für Stimmung, Verhalten und Kognition.

Freiheitsbeschränkende Massnahmen: Bewohner der beiden anderen Institutionen hatten signifikant ($p \leq 0.001$) mehr freiheitseinschränkende Massnahmen als Bewohner der SCU. Einweisungsgründe auf eine SCU waren hauptsächlich abnehmende kognitive Fähigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten, bei Pflegeabteilungen standen körperliche Defizite (ADL's) im Mittelpunkt. Zudem blieben Bewohner einer SCU auf der Abteilung, bei Pflegeeinrichtungen verliessen Personen die Institution nach 90 Tagen wieder.

Der Artikel **“Studie zum Einfluss von Wohngruppenmilieus auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen“** von Jürgen Dettbarn-Reggentin erschien 2005 in der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie auf Deutsch. Ein Jahr später erschien ein Buch derselben Autoren, in welchem die Studie detaillierter dargestellt ist. Für diese Arbeit bildete der Artikel die Grundlage und wurde durch Daten aus dem Buch “Demenzkranken in Wohngruppen

betreuen und fördern“ ergänzt. **Als Ziel der Studie nannten die Autoren die Untersuchung der Wirkungsweise von Wohngruppen im stationären Bereich auf Demenzkranke und diese Wohngruppen mit der Versorgung in herkömmlichen Einrichtungen der Altenhilfe zu vergleichen.**

Das Design der Untersuchung ist ein Längsschnittgruppendesign mit drei Erhebungszeitpunkten. Die erste Messung wurde im Januar 2001 vorgenommen, die weiteren folgten in einem Abstand von je 6 Monaten. Die Datensammlung fand im Zeitraum von 1.2001 bis 10.2003 statt. Zu erwähnen ist, dass die erste Messung bei der Versuchsgruppe vor dem Einzug der Bewohner in die Wohngruppe stattfand.

Als Versuchsgruppe wählten sie die gleichen drei segregativen Wohngruppen wie in dem Artikel von Reggentin & Dettbarn-Reggentin (2004). (WG1: Oase; WG 2: Lürrip; WG 3: Arche Noah) aus Nordrhein-Westfalen. Alle drei WG's arbeiteten nach dem Modell der Milieutherapie mit Wohnküche. Als Milieu bezeichneten sie das bauliche Umfeld, die Hauswirtschaft und die Pflegeorganisation sowie das soziale Bezugssystem. Die Kontrollgruppe (KG) bestand aus Bewohnern der "Normaletage" aus Häusern derselben Trägerschaften wie die Wohngruppen mit integrativer Versorgung. (identisch mit Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2004). Die Kontrollgruppe bildeten sie mittels Parallelisierung (Matchingverfahren) aus der "Normaletage", weil eine Randomisierung nicht möglich war. Als Matchingvariablen dienten Alter, MMSE <18 und ein Wert im Barthel-Index zwischen 25 – 50 Punkten. Mit diesem Verfahren konnten 33 Patienten in die Untersuchung einbezogen werden. Das Personal arbeitete an allen Orten nach vergleichbaren Arbeitszeiten und wies vergleichbare Qualifikationen auf. Eine vorliegende Demenz (MMSE > 18 Punkte) und vorhandene Mobilität waren die Auswahlkriterien für die Versuchspersonen. Die Ausgangsstichprobe enthielt Datensätze von 158 Bewohnern. Durch verschiedene Ausfälle waren am Ende der Untersuchung vollständige Daten von 111 Bewohnern vorhanden. Diese verteilten sich auf 53 Bewohnern von Wohngruppen und 58 Bewohner der Vergleichsgruppe. Zur Erfassung der soziodemographischen und aufenthaltsbezogenen Daten (Alter, Geschlecht, Krankendiagnose, Medikamentierung, Pflegestufe, Besucherhäufigkeit) benutzten sie einen eigens entwickelten Fragebogen. Die Erfassung einer möglichen Depression wurde mit einer Kurzform des GDS (Geriatric Depression Scale) (Yesavage et al.) gemacht. Mit dem MMSE (Mini-Mental-State Examination) (Folstein et al.) wurde die kognitive Leistungsbeeinträchtigung und die Demenzdiagnostik erfasst. Eine leicht modifizierte Form des CMAI (Cohen-Mansfield-Skala) diente zur Quantifizierung von Verhaltensauffälligkeiten (Physisch aggressives Verhalten; nicht-physisch aggressives Verhalten; verbal auffälliges Verhalten). Der BGP (Beurteilungsskala für geriatrische Patienten) (Kam et al.; 1971) wurde ebenfalls zur Erfassung der Leistungsfähigkeit der Bewohner angewandt. Mit Hilfe von NOSGER (Spiegel 1990; 1992) und dem Barthel-Index

(Mahoney und Barthel; 1965) massen sie den Pflegeaufwand. Die psychometrischen Tests führten geschulte Institutsmitarbeiter durch. Die Daten zur körperlichen Befindlichkeit, der ADL's, der IADL's, des psychisches Befindens, des sozialen Verhaltens und der Stimmung sammelte das Pflegepersonal. Der jeweilige Wohngruppenleiter notierte Veränderungen der Arbeitsbedingungen, des räumlichen Konzeptes, Beobachtungen der Bewohner, und machte tagebuchähnliche Aufzeichnungen. Zudem fand am Ende ein Abschlussinterview mit den Wohngruppenleitern statt.

Die statistische Auswertung machten die Autoren mit SPSS, Version 10.0. Dies waren Berechnungen der Mittelwertunterschiede bei zwei unabhängigen Stichproben mit dem Mann-Whitney-U-Test und bei abhängigen Stichproben mit Hilfe des Friedman-Tests oder des Wilcoxon-Tests. Die kategorischen Daten analysierten sie mit dem Chi-Quadrat-Test.

In die Auswertung flossen Daten von total 60 Bewohnern ein. Die Stichprobe der Wohngruppen (segregativ) umfasste 27 Bewohner, die Kontrollgruppe bestand aus 33 integrativ versorgten Bewohnern.

Die Versuchsgruppe in den Wohngemeinschaften wies bei der ersten Messung ein Alter im Mittel von 82.9 Jahren auf, 81.5% der Bewohner waren Frauen. Der Barthel-Index hatte einen Wert von 40.1 im Mittel. 40.7% der Bewohner in den Wohngruppen waren auf der Pflegestufe eins eingestuft, 55.6% in der Pflegestufe zwei und 3.7% in der Pflegestufe drei. Im Schnitt wohnten die Personen der Versuchsgruppe bei der ersten Messung 28.6 Monate in der Institution. Im Schnitt hatten die Bewohner 2.6 diagnostizierte Krankheiten.

Die Kontrollgruppe hatte ein Alter im Mittel von 83.1 Jahren. 78.5% der Bewohner waren weiblichen Geschlechts. Beim Barthel-Index lag der Wert im Mittel bei 35.9. 36.4% der Bewohner waren auf der Pflegestufe eins, 51.5% auf der Pflegestufe zwei und 12.1% auf der Pflegestufe drei eingestuft. 3.9 diagnostizierte Krankheiten hatten die Bewohner der Kontrollgruppe.

Im Bezug auf Alter, Selbständigkeit und kognitiver Leistungsfähigkeiten hatten beide Gruppen nach Einschätzung der Autoren vergleichbare Werte.

Der Allgemeinzustand der Bewohner, gemessen anhand der diagnostizierten Krankheiten, verschlechterte sich im Verlauf in beiden Gruppen (Diagnostizierte Krankheiten im Mittel: T1: 2.6 Versuchsgruppe (3.9 Kontrollgruppe); T3: 3.2 (4.9)). Im Verlauf wurden in der Versuchsgruppe weniger Medikamente eingesetzt als zu Beginn (T1: 92.6% davon 55.6% Psychopharmaka; T3: 88.9% davon 63% Psychopharmaka). In der Kontrollgruppe blieb der Einsatz von Medikamenten nahezu unverändert (T1: 93.9% davon 63.6% Psychopharmaka; T2: 93.9% davon 60.6% Psychopharmaka). Die Benutzung von Hilfsmitteln war in beiden Gruppen im Verlauf fast konstant (T1 (in %): WG (KG): Gehhilfe 22.2 (21.2); Rollstuhl 33.3 (48.5); Hörapparat 7.4 (24.2); Brille 63.0 (78.8). T3 (in %): WG (KG): Gehhilfe 25.9 (18.2); Rollstuhl 40.7 (48.5); Hörapparat 7.4 (24.2); Brille 63.0 (79.7)).

Das Körperliche Befinden der Bewohner, gemessen mit dem Barthel-Index verschlechterte sich in beiden Gruppen. Für die Kontrollgruppe ergab sich eine signifikante Verschlechterung beim Vergleich der Messzeitpunkte mit dem Friedmann-Test ($p=0.036$). Der Vergleich bei der Versuchsgruppe war nicht signifikant. Der Vergleich der Mittelwerte der Gruppen mittels Mann-Whitney-U-Test lieferte für den Vergleich der ersten und zweiten Messung kein signifikantes Resultat, bei der dritten Messung war der Vergleich signifikant ($T3: p=0.039$).

Der NOSGER-Score für die Subskala "ADL-Körperpflege" verbesserte sich bei der Versuchsgruppe im Verlauf ($T1: 15.04, T2: 14.52; T3: 14.41$). Die Forscher fanden eine hoch signifikante Abnahme der Beeinträchtigungen im Verlauf (Friedmann-Test: $p=0.000$). Die Kontrollgruppe hatte nicht signifikante Veränderungen im Verlauf ($T1: 15.70; T2: 15.24; T3: 16.48$). Der Vergleich der Mittelwerte mittels Mann-Whitney-U-Test war für die ersten beiden Messzeitpunkte nicht signifikant, bei dem dritten Messzeitpunkt war das Resultat signifikant ($p= 0.028$).

Der Vergleich der Gruppen des BGP Faktors "Körperbezogene Pflegebedürftigkeit" mit dem Man-Whitney-U-Test war für alle drei Messpunkte nicht signifikant ($T1: 8.74$ Versuchsgruppe (10.06 Kontrollgruppe); $T2: 9.37$ (10.61); $T3 9.78$ (11.33)).

Beim NOSGER-Score IADL fiel der Vergleich der Gruppen mit dem Man-Whitney-U-Test zum ersten Messpunkt signifikant aus ($p=0.05$). Die anderen Messpunkte waren nicht signifikant ($T1: 20.37$ (21.58); $T2: 21.59$ (21.79); $T3: 22.04$ (22.58)).

Der Vergleich der Mittelwerte der MMSE-Werte wies beim dritten Messpunkt mit dem Man-Whitney-U-Test mit $p=0.08$ einen Trend zur Signifikanz auf. ($T1: WG:10.26$ ($KG: 9.12$) ; $T2: 10.22$ (9.33); $T3: 9.93$ (7.61) $T1 + T2: n.s$). Grundsätzlich zeigt sich bei beiden Gruppen eine Abnahme der kognitiven Fähigkeiten. Der Vergleich des Verlaufes der beiden Gruppen mit dem Man-Whitney-U-Test zeigt im Bereich Erinnerungsfähigkeit des MMSE zum ersten Messpunkt mit $p= 0.046$ ein signifikantes Resultat. Die beiden späteren Messpunkte waren nicht signifikant. Der Bereich Orientierung wies zum dritten Messzeitpunkt mit $p=0.048$ ein signifikantes Resultat auf. Die Bereiche Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Sprache waren zu keinem Zeitpunkt signifikant (genaue Werte entnehmen Sie bitte der tabellarischen Zusammenfassung).

Der Man-Whitney-U-Test beim NOSGER-Score Gedächtnis war zu keinem Zeitpunkt signifikant ($T1: 15.30$ (16.39); $T2 16.00$ (16.88); $T3: 16.37$ (16.82)). Auch der Faktor Psychoorganisches Syndrom beim BGP war nie signifikant ($T1: 7.30$ (6.76); $T2: 8.41$ (7.27); $T3: 7.85$ (9.27)).

Beim Friedmann-Test zeigte sich bei der Erinnerungsfähigkeit in der Kontrollgruppe eine Signifikanz ($T1: 0.2$; $T2: 0.3$; $T3: 0.2$). Die Veränderungen fielen in beiden Gruppen relativ gering aus. Beim NOSGER und beim MMSE lässt sich eine positivere Entwicklung für die Versuchsgruppe erkennen.

Bei der Besucherhäufigkeit zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede. In den Wohngruppen nahm die Häufigkeit der Besuche leicht zu, bei der Kontrollgruppe nahm sie in demselben Zeitraum leicht ab (genaue Werte entnehmen Sie bitte der tabellarischen Zusammenfassung). Der Vergleich der NOSGER-Mittelwerte mit dem Man-Whitney-U-Test im Bereich Sozialverhalten wies zu jedem Zeitpunkt eine Signifikanz auf (T1: 15.85 WG (18.03 KG); T2: 15.96 (18.79); T3: 15.33 (19.55) [je höher der Wert umso niedriger das Sozialverhalten]; T1: $p=0.038$; T2: $p=0.002$; T3: $p=0.000$). Die Wohngruppenbewohner zeigten ein stabileres Sozialverhalten mit geringen Verbesserungen (NOSGER "Sozialverhalten" Einzelwerte finden sich in der tabellarischen Zusammenfassung).

Der BGP-Faktor "Soziale Kompetenz" der beiden Gruppen verglichen mit dem Man-Whitney-U-Test erreichte zum ersten Messpunkt einen p -Wert von 0.241; zu T2 $p=0.040$ und zu T3 $p=0.003$ (T1: 8.07 (8.91); T2: 8.63 (10.06); T3: 8.76 (10.76)). In der Kontrollgruppe zeigte dieser Faktor im Verlauf eine signifikante Zunahme der Werte (Friedmann-Test $p=0.005$) [Je höher der Wert, umso geringer die Fähigkeiten der Bewohner].

Der Vergleich der Gruppen bei den NOSGER-Werten für den Bereich "Stimmung" erreichte zu T1 einen p -Wert von 0.171; zu T2 $p=0.159$ und zu T3 $p=0.001$ mit dem Man-Whitney-U-Test (T1: 12.63 (13.70); T2: 11.70 (12.79); T3: 10.59 (12.88)). In der Kontrollgruppe zeigt der Faktor "Soziale Kompetenz" mit dem Friedmann-Test im Verlauf eine Tendenz zur Signifikanz ($p=0.090$). In der Versuchsgruppe liegt eine Signifikanz im Verlauf von $p=0.000$ vor (Einzelwerte in der tabellarischen Zusammenfassung ersichtlich).

Das unruhige und agitierte Verhalten, gemessen mit der Cohen-Mansfield-Skala zeigte bei 76% der Bewohner der Wohngruppen eine Abnahme der Verhaltensstörungen, 12% wiesen gleichbleibende Werte auf und bei 12% war eine Zunahme der Verhaltensstörungen gemessen worden. In der Kontrollgruppe waren die Verlaufswerte annähernd identisch.

Der Vergleich des Demenzverlaufes mit dem Mann-Whitney-U-Test, gemessen mit dem MMSE war zum zweiten Messzeitpunkt mit $p=0.082$ signifikant unterschiedlich (T1: 10.3 (9.1); T2: 9.9 (7.6) T1: n.s.).

Die Autoren sehen die Wirksamkeit der mileuorientierten Wohngruppenversorgung mit den Ergebnissen im Sozialverhalten und in der Stimmung als belegt an.

Der Artikel von Myra A. Aud, Debra Parker-Oliver, Jane Bostick, Benyamin Schwarz und Ruth Brent Tofle „**Social Model Care Units for Persons with Dementia. The Missouri Demonstration Project**“ ist 2005 in Alzheimer's Care Quarterly auf Englisch erschienen. Diese Studie wurde vom Staat Missouri unterstützt, um die Entwicklung von Demenzstationen, welche nach sozial orientierten Modellen arbeiten, genauer zu erforschen. **Ziel der Studie war die Effekte/Wirkungen der an diesem Projekt beteiligten SCU auf die Lebensqualität der Bewohner, die Zufriedenheit der Angehörigen und der Pflegenden sowie die Leistungen des Personals zu erforschen.** Die Forscher stellten

folgende drei Hypothesen auf: *Hypothese 1*: Bewohner von SCU zeigen weniger Agitation, Unruhe, Aggression und Depression, haben weniger Stürze, brauchen weniger Psychopharmaka und haben weniger Gewichtsverlust. *Hypothese 2*: Angehörige erleben weniger Stress und Belastung, empfinden den Besuch als angenehmer, sind besser in Aktivitäten und Pflege eingebunden und äussern mehr Zufriedenheit mit der Umgebung und der Pflegequalität. *Hypothese 3*: Pflegende sind zufriedener mit der Arbeitsumgebung, erleben weniger Stress, Belastung und Sorgen, haben eine bessere Arbeitsmoral und ein höheres Selbstwertgefühl sowie eine grössere Arbeitszufriedenheit.

In dem untersuchten Artikel wird nur die Hypothese 1 ausführlich dargestellt. Die Forscher entschieden sich für das Design einer Evaluationsstudie bestehend aus einer multi-Methoden Vergleichsstudie.

Insgesamt beteiligten sich 4 Institutionen aus diesem amerikanischen Staat an der Forschung, welche zwei Jahre lang dauerte. Anfänglich war die Untersuchung von 16 SCU geplant, durch von den Forschern nicht beeinflussbare Faktoren schrumpfte diese Zahl auf vier SCU zusammen. Diese vier SCU lagen im Staat Missouri/USA, 2 SCU arbeiteten profitorientiert, 2 nicht. Alle SCU unterschieden sich in Grösse und Design. Es folgt eine kurze Beschreibung der vier SCU:

SCU 1 war ein Neubau und Teil einer Institution mit insgesamt 132 Betten. 14 Bewohner wurden in dieser Abteilung betreut in acht privaten und vier halbprivaten Zimmern. Die Abteilung beinhaltete einen Mittelgang; einen Speisesaal; ein Wohnzimmer; ein Stationszimmer; ein Badezimmer und einen Zugang zum Garten. Eine schwere Doppeltüre, mit akustischem Alarm ausgestattet, trennte die Abteilung von dem Rest des Hauses. *SCU 2* war eine neu renovierte Abteilung mit 34 Bewohnern. Sie hatte einen quadratischen Grundriss mit Garten in der Mitte (patio) und bestand aus 18 Zimmern, zwei privat und 16 halbprivat; einem kombinierten Speise- und Aktivierungsraum; einem Stationszimmer; Badezimmer sowie einem Zugang zum Innenraum (patio). Alle Eingangstüren waren mit Alarm gesichert. Ein an ein bestehendes Gebäude angegliederter Neubau war die *SCU 3*. Sie war unterteilt in zwei Wohngruppen mit je 15 Bewohnern. Die Zimmer befanden sich links und rechts eines grossen Korridors. Grosse Displays mit persönlichen Objekten hingen bei den Zimmertüren. Zudem gehörte ein geschützter Garten, eine überdachte Veranda, ein grosser Gemeinschaftsraum mit Möbeln, unterteilt in Aufenthaltsraum und Speisesaal, und eine Wohnküche zur Station. Es gab kein Stationszimmer (Dokumentationen befanden sich in einem abgeschlossenen und geschützten Schrank in der Wohnküche). Die Eingangstüre war mit einem Alarm versehen. Auch die *SCU 4* war ein Neubau. Diese Abteilung beherbergte neun Bewohner. Sie hatte einen T-förmigen Grundriss und bestand aus neun Privatzimmern, einem Office, einem Badezimmer, einer Wohnküche, einem Aktivierungsraum, einem Aufenthaltsraum, einem „Familienraum“ für eine gute Einbindung

der Angehörigen sowie einem grossen und attraktiv gestalteten geschützten Garten. Es gab kein Stationszimmer. Alle Eingangstüren waren mit Alarm gesichert.

Die untersuchte Stichprobe setzte sich aus den 88 Bewohnern dieser vier SCU als Versuchsgruppe und 4456 an Demenz erkrankten Bewohner weiteren Institutionen mit SCU aus Missouri/USA als Kontrollgruppe sowie drei anderen nicht demenzspezifischen Abteilungen derselben Institution zusammen. Für die Datensammlung wurde der "Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes" (TESS-NH), das Minimum Data Set (MDS, Version 2.0), der Fragebogen "Family Perceptions of Care" sowie Telefon-Interviews mit Angehörigen und Befragung des Pflegepersonals eingesetzt.

Beim ersten Besuch der SCU wurde die Umgebung durch die Forscher mit TESS-NH eingeschätzt und anschliessend für jede der vier untersuchten SCU und für jede der drei Abteilungen der Kontrollgruppe der SCUEQS-Score (ein Teil des TESS-NH zur Beurteilung von SCU) berechnet.

Hypothese 1 wurde anhand MDS-Daten überprüft. Diese Daten wurden vom Personal der Abteilungen routinemässig bei Eintritt, vierteljährlich und bei grossen Zustandsveränderungen der Bewohner erfasst. Für jede Abteilung wurde ein Durchschnittswert errechnet, da die Forscher nicht einzelne Bewohner vergleichen wollten. Vergleichswerte anderer SCU stammten aus der staatsweiten MDS Datensammlung. Aufgrund der kleinen Fallzahlen bei der Versuchsgruppe wurde kein üblicher Test auf Signifikanz angewendet, sondern die klinische Signifikanz. (67.5% der Items haben einen tieferen Prozentwert als die Vergleichsgruppe. Bei der Mehrheit der Items müssten die untersuchten SCU tiefere Prozentwerte haben als die Vergleichsgruppe). Je höher der SCUEQS-Score (Wert für die Gestaltung des Umfeldes) der untersuchten SCU umso deutlicher sollte der Unterschied ausfallen.

Als Ergebnisse erhielten die Forscher beim SCUEQS-Score einen Mittelwert für die vier untersuchten SCU von 31.5 Punkte (von 21 bis 38). Der Mittelwert für die nicht demenzspezifischen Abteilungen (n=3) betrug 29.2 Punkte (25 bis 33). Somit war der Unterschied berechnet mit dem Mann-Whitney-U-Test auf $p \leq .05$ nicht signifikant. Beim Vergleich der vier SCU mit anderen SCU staatsweit (anhand der berücksichtigten 28 Items aus den MDS-Daten) ergaben total für alle vier SCU 112 Items. Bei 42 Items waren die Prozentwerte tiefer als der Durchschnitt aller SCU im Staat Missouri (37.5%). Auf die einzelnen SCU berechnete MDS- Werte ergaben für die SCU 1 15% tiefere Items als die Kontrollgruppe; für SCU 2: 14%; für SCU 3: 10% und für SCU 4: 3%.

MDS Daten zu Agitation, Unruhe, Aggression und Depression: SCU 1 erreichte in acht von 16 Items tiefere Prozentwerte, SCU 2 in zehn von 16; SCU 3 und SCU 4 in zwei von 16 Items. *Vergleich der Sektion E4 des MDS* (beinhaltet Werte für spezifisches Verhalten: Wandering, verbal und physisch aggressives Verhalten, sozial inadäquates Verhalten und

ablehnendes Verhalten bei der Pflege): SCU 1 erreichte in zwei von fünf Items tiefere Prozentwerte; SCU 2 und SCU 4 waren bei keinem Item tiefer als die staatsweite Vergleichsgruppe; SCU 3 bei allen fünf Items tiefer.

Stürze, Psychopharmaka und Gewichtsverlust: Alle vier untersuchten SCU hatten mehr Stürze; SCU 1 verabreichte weniger Antipsychotika, alle vier SCU gaben wenigen Anxiolytika und SCU 1 und SCU 2 weniger Antidepressiva im staatsweiten Vergleich. Mehr Gewichtsverlust hatten die Bewohner der SCU 1 und 4; SCU 1,3 und 4 hatten weniger Gewichtszunahme als der Durchschnitt des Staates.

Die zweite und dritte Hypothese sehen die Forscher als bestätigt an (Genaue Daten sind in anderen Publikationen veröffentlicht worden). Angehörige und Pflegende hatten von den vier untersuchten SCU ein positives Bild. Angehörige waren mehr an Beziehung, physischer Pflege und an Aktivitäten interessiert als am physischen Umfeld (soziales Umfeld wichtiger als Umgebungsgestaltung). Pflegende schätzten vor allem die Qualität der Supervision, Arbeitsorganisation und den Pflegeprozess.

Die erste Hypothese (zentral in diesem Artikel) sehen sie als nicht bestätigt an. Die Autoren waren überrascht von dem Resultat, dass die vier untersuchten SCU mehr Probleme aufwiesen als die etwa 200 SCU staatsweit. Die Forscher erwarteten insgesamt einen positiven Effekt der Umgebungsgestaltung. Sie merken an, dass dieses Resultat auch auf eine grosse Anwendung der Umgebungsgestaltung im ganzen Staat hindeuten könnte und damit die Vergleichsgruppe einen hohen Ausgangswert habe (schlechte Wahl der Vergleichsgruppe).

Der Forschungsbericht der Arbeit **“Demenzpflege-Evaluation. Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz im Pflegeheim. Darstellung und Vergleich spezialisierter versus integrierter Betreuungsformen“** von Sandra Oppikofer, Andreina Lienhard und Regula Nussbaumer wurde 2005 in den Zürcher Schriften zur Gerontologie publiziert. Der Bericht basiert in wesentlichen Teilen auf der Lizenziatsarbeit von Andreina Lienhard und Regula Nussbaumer.

Das Design ist eine Längsschnittstudie mit zwei Erhebungszeitpunkten. Das Ziel dieser schweizer Studie war schlüssige Aussagen zu dem integrierenden Demenzpflegekonzept (integrativer Pflegeansatz) verglichen mit den separierenden Konzepten (Dementia-Care-Units)) bezüglich den Faktoren Lebensqualität, psychische (Verhaltens-)Störungen und quantitative sowie qualitative Belastung der Pflegenden. Die Autoren formulierten zwei Ziele. Das erste Ziel war die Lebensqualität der Bewohner in den verschiedenen Settings zu vergleichen. Als zweites nannten die Autoren die Beurteilung und den Vergleich der Arbeitszufriedenheit der Pflegemitarbeitenden. Für diese Arbeit stand das erste Ziel der Studie im Zentrum. Ergebnisse zum zweiten Ziel, der Arbeitszufriedenheit wurden nur am Rande erwähnt.

An der Studie beteiligten sich vier Institutionen: Pflegezentrum Käferberg (DCU), Pflegezentrum Seeblick (3-W-K), Pflegezentrum Gehrenholz (IPA), Krankenhaus Sonnweid (Ph-B).

Das Pflegezentrum Käferberg (DCU) liegt oberhalb der Stadt Zürich Wipkingen. Die Institution mit 273 Betten ist in verschiedene Gebäude aufgeteilt. 70 Plätze gibt es auf weglaufgeschützten Demenzabteilungen und Wohngemeinschaften. Das Pflegekonzept ist ein klassischer Demenzpflegeansatz der Dementia Care Unit und ist segregativ gestaltet. Das Pflege- und Betreuungsangebot umfasst aktivierende/reaktivierende Pflege, Bezugspflege, milieubezogene Betreuung, Validation, basale Stimulation, Kinästhetik, Einbezug lokaler Bräuche, Einbezug Angehöriger, Aktivitäten, alternative Angebote, ärztliche Betreuung, Seelsorge und Sterberituale. Zu den Besonderheiten der Institution zählen Dementenwohngemeinschaften und Demenzabteilungen mit Vierer- Zweier- und Einzelzimmer. Die Hauptaufenthaltsräume sind Gänge und die jeweiligen Gemeinschaftsräume.

Das *Pflegezentrum Seeblick* (3-W-K) befindet sich ausserhalb der Stadt Stäfa in ländlicher Umgebung. Es ist mit 42 Betten in Einzel- und Doppelzimmer aufgeteilt der kleinste Betrieb in der Untersuchung. Die Institution besteht aus zwei Abteilungen auf drei Etagen im Hauptgebäude und einem angebauten Nebengebäude mit einer Pflegewohngruppe. Das Pflegezentrum versorgt ausschliesslich Demenzkranke nach dem segregativen Pflegekonzept des Drei-Welten-Konzepts. Es sind keine Haustiere erlaubt und das ganze Gebäude ist weglaufgeschützt. Zum Konzept gehört, dass niemand tagsüber im Bett liegt. Die Hauptaufenthaltsräume sind die Gemeinschaftsräume, die Nebenstube, die Cafeteria und die Gänge.

Die Lage des *Krankenhauses Sonnweid* (Ph-B) ist der nordöstliche Stadtrand von Wetzikon. Es besteht aus drei Hauptgebäuden mit einer grossen Parkanlage. Das Krankenhaus hat externe und interne Wohngruppen, betreute Kleingruppen und Gruppen in Abteilungen sowie eine Pflegeabteilung (Oase). Es bietet 140 Betten, aufgeteilt in Einzel-, Doppel- und Mehrbettzimmer. Das Pflegekonzept richtet sich nach dem Normalitätsprinzip und dem Konzept der Phasengerechten Betreuung. Es zählt zu den segregativen Pflegemodellen. Alle Türen sind offen, die Parkanlage liegt zentral, einzig das Heimareal ist weglaufgeschützt und Haustiere sind willkommen. Die Hauptaufenthaltsräume sind Gemeinschaftsräume, die Cafeteria, die Gänge und der Empfangsbereich.

Das *Pflegezentrum Gehrenholz* (IPA) liegt in Wiedikon. Das Gebäude ist ein moderner dreieckiger Bau mit grossem glasüberdachtem Innenhof mit fünf Etagen zu je zwei Abteilungen pro Stockwerk und hat 138 Betten. Das Pflegekonzept ist integrativ und es gibt keine spezielle Betreuung für Demenzkranke. Das ganze Gebäude ist weglaufgeschützt. Die Hauptaufenthaltssorte sind Gemeinschaftsräume, Galerien und Zimmer.

Es gibt drei bedeutende Unterschiede zwischen den Institutionen. Das KH Sonnenweid (Ph-B) verfügt über eine grosse Gartenanlage. Das PZ Seeblick (3-W-K) hat Gruppenpflege, alle anderen Bezugspflege. Das PZ Gehrenholz (IPA) bietet keine Aktivierungstherapie an.

Für die Messung der Lebensqualität der Bewohnenden wurden aus der Gesamtstichprobe nach einer Vorselektion durch verantwortliche Ärzte 114 Bewohner ausgewählt. Es gab zwei Einschlusskriterien: die Bewohner mussten einen Z-MMS-Wert (Zürcher Mini-Mental-Status; Brühwiler 1988) zwischen 5 und 23 erreichen und sollten eine Aufenthaltsdauer in der jeweiligen Institution zwischen drei und 36 Monaten haben. Aufgrund der Selektionskriterien wurden 17 Personen ausgeschlossen. Fünf Bewohner gaben ihre Einwilligung nicht. Am Ende hatten die Autoren die definitive Zusage von 88 Bewohnern. Nach der ersten Messung lag ein vollständiger Datensatz von 80 Bewohnern vor. Von diesen erfüllten 72 den erforderlichen Z-MMS-Wert. Für die zweite Datenerhebung hatten sie die definitive Zusage von 67 Bewohnern. Am Ende blieb ein definitiver Datensatz von 55 Bewohnern. 16 Bewohner aus dem Pflegezentrum Käferberg (DCU), 11 aus dem Pflegezentrum Seeblick (3-W-K), 15 aus dem Pflegezentrum Gehrenholz (IPA) und 13 Bewohnern aus dem Krankenhaus Sonnenweid (Ph-B) wurden ausgewertet.

Die Lebensqualität der Bewohnenden wurde mit drei Datenquellen erfasst: dem Self-Report; dem Proxy-Report (Fragebogen A) und Daten aus der elektronischen Dokumentation bzw. Kardex. Der Fragebogen A wurde von den jeweiligen Pflegepersonen ausgefüllt und das Ausfüllen nahm etwa 25 Minuten in Anspruch. Die Interviews mit den Bewohnern für den self-report wurden von den Lizentiandinnen Regula Nussbaumer und Andreina Leinhard durchgeführt und dauerten durchschnittlich 40 Minuten. Die Auswertung der Daten aus der Dokumentation (Kardex) machte der freiwillige Mitarbeiter Jules Portmann. Das Interview mit Bewohnern (Self-Report) umfasste eine Frage nach dem Wohlbefinden; eine Schmerzfrage; den Z-MMS Test; die Ultrakurzform des Mehrdimensionalen Befindlichkeitsbogens und eine geschlossene Frage zur allgemeinen Lebenszufriedenheit (Kloss & Kempe, 1986); geschlossene Fragen zu bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit und eine offene Frage zur Institution und religiösem Glauben sowie zum Sterben. Der Fragebogen A (Fremdauskünfte zum Bewohner/ Proxy-Report): bestand aus der Erfassung der ADL; dem Lebensraumdurchmesser aus ZLQI (Zürcher Lebensqualitätsinventar); fünf Fragen zum Sozialen Verhalten aus NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients; Brunner & Spiegel, 1990), 12 Fragen des NPI (Neuropsychiatric Inventory; Cummings et al., 1994), dem MBDF (Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen) und dem NPI (Neuropsychiatric Inventory). Weitere Daten zu den Bewohnern lieferten Angaben zu Medikamenten; die BESA-Stufe sowie die Dokumentation (Kardex).

Die Pilotphase war im Dezember 2003 mit vier Bewohnern und vier Pflegemitarbeitenden. Die erste Datenerhebung (T1) fand im Januar bis Februar 2004 (eine Woche pro Institution)

statt. Die zweite Datenerhebung (T2) folgte im Mai 2004. Für die Datenauswertung wurden alle Daten anonymisiert. Die Auswertung machten die Autoren mit SPSS 10 für Macintosh. In einem ersten Schritt verglichen sie die vier Institutionen miteinander. Vergleiche der nomialskalierten abhängigen Variablen machten sie mit dem Chi-Quadrat-Test mit 8-Felder-Tafel und nachfolgende Einzelvergleiche mit dem Chi-Quadrat-Test mit 4-Felder-Tafel. Bei intervallskalierten abhängigen Variablen benutzten die Autoren zum Gruppenvergleich der vier Institutionen die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA). Die zentrale Tendenz überprüften sie mittels Kruskal-Wallis-Test und Einzelvergleiche post-hoc mit dem Scheffé-Test.

Im zweiten Schritt stellten sie den separativen dem integrativen Pflegeansatz gegenüber. Bei intervallskalierten Daten verglichen sie die Daten mittels t-Test; bei nomialskalierten Daten benutzten sie den Chi-Quadrat-Test. Generell wurden auch Daten auf dem 10%-Signifikanzniveau interpretiert. Separate Powerberechnungen wurden für Varianzanalysen und t-Test vorgenommen und bei nicht signifikanten Ergebnissen berichtet.

Die Arbeitszufriedenheit der Pflegemitarbeitenden machten die Autoren mittels Self-Report (Fragebogen B). Der Aufwand beanspruchte etwa 30 Minuten. Der Fragebogen B bestand aus der Stresskala des ZLQI (Zürcher Lebensqualitätsinventar), dem FAPP (Fragebogen zum Arbeitsumfeld der Pflegemitarbeiter in der Psychiatrie) sowie institutions- und berufsspezifische Fragen und soziodemografische Angaben. Die Abgabe des Fragebogens erfolgte direkt nach Ausfüllen an Mitarbeiter des Forschungsprojektes.

Anhand der Resultate beim Vergleich der BESA-Stufen liess sich ein Selektionsbias feststellen. Die IPA nimmt wesentlich mehr komorbide Patienten auf. Als Widerspruch bezeichneten die Autoren den Befund bei DCU mit einer hohen BESA-Einstufung und gleichzeitig einem hohen ADL-Wert. Sie begründeten ihn mit mangelnder Reliabilität des Instruments (BESA-Stufe als Einschätzung des Pflegebedarfs). Die signifikanten Unterschiede des Z-MMS- Mittelwertes beim Vergleich der integrativen und der separativen Konzepte stellten für die Autoren aufgrund der grossen Streuung keine grosse Einschränkung der Vergleichbarkeit dar.

Für den ANOVA Gruppenvergleich der vier Institutionen bezüglich der objektiven Lebensqualität galten folgende Werte : (df=3), $**p \leq 0.01$; $*P \leq 0.05$; $\eta^2 > 0.01$ =kleiner Effekt; $\eta^2 > 0.06$ = mittlerer Effekt; $\eta^2 > 0.14$ =grosser Effekt. Die Auswertung der physischen Gesundheit, gemessen mit der BESA-Stufe ergab einen signifikanten Unterschied $**$ zwischen Ph-B (n16=, M=3.4, SD=0.6) und IPA (n=20, M=3.6, SD=0.5) zu DCU (n=22, M=4.0, SD=0.2) mit $F=4.56^{**}$ und $\eta^2 = .17$. Der Unterschied zwischen IPA und DCU war im Einzeltest mit dem Scheffé-Test auf dem 10%-Niveau signifikant. Die Psychische Gesundheit, gemessen mit dem MDBF lieferten in allen drei Teilbereichen MDBF "Ruhe/Unruhe" ($F=$

0.95, $\eta^2 = .04$, $1-\beta=0.25$); MDBF "gute/schlechte Stimmung" ($F=1.90$, $\eta^2 = .00$, $1-\beta= .00$); MBDF "Wachheit/Müdigkeit" ($F=0.78$, $\eta^2 = .03$, $1-\beta= .021$) keine signifikanten Unterschiede. Der Vergleich der Mittelwerte des NPI ($F=0.87$, $\eta^2 = .04$, $1-\beta= .23$) war nicht signifikant. Bei der Kognition, gemessen mit dem Z-MMS fanden die Autoren einen signifikanten Unterschied* ($F=3.70$; $\eta^2 = .14$) zwischen 3-W-K($n=14, M=13.4, SD=5.9$) und IPA($n=20, M=18.3, SD=3.7$). Der Unterschied zwischen DCU ($n=22, M=14.6, SD=5.2$) und Ph-B ($n=16, M=14.3, SD=4.2$) wurde in Einzelvergleichen nicht signifikant. Die Auswertung der Selbständigkeit, gemessen mit dem ADL total zeigte ein signifikantes Resultat* ($F=2.98$; $= .12$). Die Einzelvergleiche mit dem Scheffé-Test ergaben nur Unterschiede auf 10%-Niveau zwischen IPA($n=20, M=49.0, SD=26.4$) und DCU ($n=22, M=66.1, SD=17.9$). Der Mittelwert des ADL war in der IPA tiefer als DCU. Der Lebensraumdurchmesser total hatte ein signifikantes Resultat* ($F=3.31$; $= .13$). Der Scheffé-Test zeigte eine Tendenz auf dem 10%-Niveau für einen Unterschied zwischen IPA($n=20, M=8.4, SD=4.2$) und Ph-B ($n=16, M=11.8, SD=4.2$). IPA wies einen kleineren Mittelwert als Ph-B auf. Für das Sozialverhalten, errechnet mit Hilfe der Mittelwerte des NOSGER ($F= 0.68$; $= .03$; n.s.; $\eta^2 = .03$) zeigte sich ein kleiner Effekt. DCU($n=22, M=14.6, SD=3.7$); 3-W-K($n=14, M=16.1, SD=6.0$); PH-B($n=16, M=14.0, SD=5.0$); IPA($n=20, M=14.2, SD=4.3$).

Der Chi-Quadrat-Gruppenvergleich Test der vier Institutionen ergab folgende Werte: ($df=3$) DCU $n= 22$; 3-W-K $n= 14$; Ph-B $n=16$; IPA $n=20$; ** $p \leq 0.01$; * $P \leq 0.05$; $v > 0.06$ =kleiner Effekt; $v > 0.17$ = mittlerer Effekt; $v > 0.29$ =grosser Effekt. Im Bereich physische Gesundheit war der Vergleich der Sedativa und Schlafmittel im Chi-Quadrat-Test nicht signifikant. Mit $v=0.25$ (Sedativa) und $v=0.19$ (Schlafmittel) zeigten sich mittlere Effekte. Der Vergleich der Antidepressiva war signifikant**; $v= .41$. Der grösste Unterschied war zwischen DCU(31.8%) und IPA(35.0%) mit 3-W-K(85.7%). Die Post-hoc Einzelvergleiche von DCU und IPA zu 3-W-K wurden signifikant. Der Test bei den Neuroleptika war signifikant*; $v= .39$. Zwischen IPA (20%) und DCU(40.9%) zu Ph-B(75%) fand sich der grösste Unterschied. Der Unterschied zwischen 3-W-K(42.9%) und Ph-B wurde im Einzelvergleich auf dem 10%-Niveau signifikant. Die Mittelwerte der verordneten Neuroleptika in den vier Institutionen waren: DCU: $n=24, M=17.08, SD=24.9$; 3-W-K: $n=14, M=23.78, SD=36.6$; Ph-B: $n=18, M=47.8, SD=81.2$; IPA: $n= 24, M=6.16, SD=15.2$. Ph-B ($M=47.86, SD=81.25, p=.034$) hatte signifikant mehr Neuroleptika als IPA ($M=6.16, SD=15.27$) mit $F=3.167$ und $p=0.29$. Bei den Analgetika wurde der Test signifikant*; $v= .36$. Der grösste Unterschied fand sich zwischen DCU(9.1%) und Ph-B(18.8%) mit 3-W-K(50%). Im Einzelvergleich wurden beide Unterschiede (DCU und Ph-B) signifikant zu 3-W-K. Der Einzelvergleich DCU und IPA (40%) war signifikant. Die Schmerzfrage war signifikant**; $v=.41$. DCU (13.6%), 3-W-K (28.6%) und Ph-B(18.6%) unterscheiden sich signifikant von IPA (60%). Im Einzelvergleich war der Unterschied zwischen IPA und 3-W-K nur auf dem 10%-Niveau signifikant. Für die

Stürze fand sich kein signifikantes Resultat und ein kleiner Effekt von $v=0.15$. Der Vergleich der FEM ergab ein signifikantes Resultat*; $v= .34$. DCU (9.1%), 3-W-K(7.1%) und Ph-B (6.3%) unterscheiden sich signifikant von IPA (35%).

Für den t-Test zum Gruppenvergleich von Separativ und Integrativ bei der objektiven Lebensqualität galten folgende Werte: ($df=1$): ** $p \leq 0.01$; * $P \leq 0.05$; $\eta^2 > 0.01$ =kleiner Effekt; $\eta^2 > 0.06$ = mittlerer Effekt; $\eta^2 > 0.14$ = grosser Effekt. Im Bereich der Physischen Gesundheit lieferte der Vergleich der BESA-Stufen kein signifikantes Resultat ($t= 1.39$; $\eta^2=0.03$; $1-\beta=.23$). Bei der Psychischen Gesundheit fanden sich nicht signifikante Unterschiede in allen drei Unterbereichen des MDBF (MDBF "Ruhe/Unruhe" ($t= 0.18$, $\eta^2= .00$, $1-\beta=0.05$), kleiner Effekt; MDBF "gute/schlechte Stimmung" ($t=1.40$, $\eta^2= .03$, $1-\beta= .28$); MBDF "Wachheit/Müdigkeit" ($t=0.53$, $\eta^2= .00$, $1-\beta= .008$)). Der Vergleich der Mittelwerte des NPI ($t=1.14$, $\eta^2= .02$, $1-\beta= .20$) wies einen kleinen Effekt auf. Die Power war nicht ausreichend um die Resultate abschliessend zu beurteilen. Einen signifikanten Unterschied ergab der Vergleich bei der Kognition, gemessen mit dem Z-MMS (signifikant**; $t=3.29$; $\eta^2= .13$; $I(n=20 ; M=18.3 ; SD=3.7) ; S(n=52 ; M=14.2 ; SD=5.1)$). Der t-Test wies bei dem Faktor Selbständigkeit sowohl bei der Messung mit dem ADL (signifikant**; $t=2.76$; $\eta^2= .10$; $I(n=20 ; M=49.0 ; SD=26.4) ; S(n=52 ; M=64.2 ; SD=18.5)$) als auch gemessen anhand des Lebensraumdurchmessers (signifikant*; $t=2.23$; $\eta^2= .07$; $I(n=20 ; M=8.4 ; SD=4.2) ; S(n=49 ; M=10.8 ; SD=4.0)$) signifikante Unterschiede auf. Das Sozialverhalten erfasst mit dem NOSGER war nicht signifikant ($t=0.55$; $\eta^2= .00$; $I(N=20 ; M=14.2 ; SD=4.3) ; S(n=52 ; M=14.8 ; SD=4.8)$).

Für den Chi-Quadrat-Gruppenvergleich von Separativ und Integrativ bei der objektiven Lebensqualität ($df=1$) galten folgende Werte: separativ (DCU, 3-W-K, Ph-B) $n=52$; integrativ $n=20$ (IPA); *** $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; 3 $p \leq 0.05$; + $p \leq 0.1$ (zweiseitig); $v > 0.10$ =kleiner Effekt; $v > 0.30$ =mittlerer Effekt; $v > .050$ = grosser Effekt. Bei der Physischen Gesundheit wies der Vergleich der Sedativa und Schlafmittel ($v= .01$ (Sedativa); $v= .05$ (Schlafmittel)) als der Antidepressiva ($v= .17$) nicht signifikante Unterschiede mit jeweils einem kleinen Effekt aus. Der Vergleich bei den Neuroleptika war signifikant* ($v= .29$; $I(20\%)$, $S(51.9\%)$). Die Analgetikagabe erbrachte nicht signifikante Resultate mit einem kleinen Effekt ($v= .17$). Die Schmerzfrage unterschied die Gruppen signifikant** ($v= .40$; $I(60\%)$; $S(19.2\%)$). Der Unterschied bei den Stürzen war nicht signifikant ($v= .01$), bei den FEM signifikant ($v= .34$; $I(35\%)$; $S(7.7\%)$).

Insgesamt beurteilten alle Bewohner in den vier Institutionen bei der subjektiven Lebensqualität die allgemeine Lebenszufriedenheit als hoch (65%-86%).

Für den Chi-Quadrat-Test zum Vergleich der vier Pflegekonzepte bei der subjektiven Lebensqualität galten folgende Werte: ($df=3$); + $p \leq 0.1$ (zweiseitig); $v > 0.06$ =kleiner Effekt;

$v > 0.17$ = mittlerer Effekt; $v > 0.29$ = grosser Effekt. Der Vergleich der Allgemeinen Zufriedenheit war nicht signifikant ($v = .21$). Bei der Bereichsspezifischen Zufriedenheit unterschieden sich die Gruppen signifikant bei der physischen Gesundheit (signifikant+; $v = .31$; DCU(55%); 3-W-K(66.7%); Ph-B(93.3%); IPA(63.2%)). Die Einzelvergleiche posteriori waren auf 5%-Niveau zwischen IPA und DCU signifikant, auf dem 10%-Niveau fanden sich signifikante Unterschiede zwischen IPA und 3-W-K. Die Vergleiche in den Bereichen Zufriedenheit mit psychischer Gesundheit ($v = .15$ kleiner Effekt), Zufriedenheit mit Gedächtnis/Denken ($v = .18$ mittlerer Effekt), Zufriedenheit mit Selbständigkeit ($v = .23$ mittlerer Effekt), und Zufriedenheit mit sozialen Kontakten ($v = .05$) waren nicht signifikant.

Für den Chi-Quadrat-Test zum Vergleich der beiden Pflegeansätze bei der subjektiven Lebensqualität galten folgende Werte: ($df=1$); $v > 0.10$ = kleiner Effekt; $v > 0.30$ = mittlerer Effekt; $v > .050$ = grosser Effekt. Der Vergleich der Allgemeine Zufriedenheit war nicht signifikant ($v = .11$). Bei der Bereichsspezifischen Zufriedenheit war kein Bereich signifikant (Zufriedenheit mit physischer Gesundheit: n.s., $v = .07$; Zufriedenheit mit psychischer Gesundheit: n.s. $v = .14$ kleiner Effekt; Zufriedenheit mit Gedächtnis/Denken: n.s., $v = .07$; Zufriedenheit mit Selbständigkeit: n.s., $v = .15$ kleiner Effekt; Zufriedenheit mit sozialen Kontakten: n.s., $v = .03$). Die Autoren merken an, dass die Umsetzung der Konzepte in den Institutionen nicht im Einzelnen überprüft wurde und somit die Wirkung der unterschiedlichen Konzepte durch eine ungenügende Umsetzung durch das Personal beeinflusst sein könnte. Zudem ist die Stichprobengrösse des integrativen Ansatzes sehr klein, was einen Vergleich mit den segregativ arbeitenden Abteilungen erschwert.

Statistisch gab es weder beim MBBF noch bei der NPI signifikante Unterschiede zwischen den Institutionen. Die Annahme war, dass sich Verhaltensstörungen in einer nicht angepassten Umgebung (IPA) vermehrt zeigen sollten. Die Autoren fanden beim NPI nur einen kleinen Effekt. Dieses Resultat steht aus Sicht der Autoren nicht im Einklang mit neueren Studien (Bellelli et al. (1998); Bianchetti et al. (1997); Grant & Orly (2000); Reimer et al (2004); Weyerer & Schäufele (2004); Weyerer et al. (2003)), welche von geringeren Verhaltensproblemen in separativen Institutionen berichten. Die These von Held (2004), dass Verhaltensstörungen in Spezialabteilungen geringer sind und beruhigende Medikamente reduziert werden können, stützen die Forscher anhand ihrer Resultate bei den Medikamenten nicht. Die Autoren stellen fest, dass erhöhte Selbständigkeit nicht alleine auf aktivierende/reaktivierende Pflege, milieubezogener Betreuung, basaler Stimulation, Kinästhetik oder andere demenzspezifische Pflege- und Betreuungsangebote zurückgeführt werden kann.

Die Studie **"Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich"** aus dem Jahre 2005 wurde von Siegfried Weyerer, Martina Schäufele und Ingrid Hendelmeier verfasst und in der "Zeitschrift für Gerontologie und

Geriatrie" veröffentlicht. Zusätzliche Angaben stammen aus der Internetversion derselben umfangreichen Arbeit auf http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/besondere-station_C3_A4re-dementenbetreuung.property=pdf,bereich=rwb=true.pdf. Die Studie entstand im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und der Behörde für Soziales und Familie der Freien und Hansestadt Hamburg (BSF). Im Zentrum stand für diese Arbeit der Vergleich der Betreuungsformen und ihre Auswirkungen auf die Demenzkranken. Der Vergleich der baulichen und organisatorischen Merkmale sowie die Auswirkungen auf das Pflegepersonal wurden nicht berücksichtigt.

Es sollte untersucht werden, inwieweit die Betreuungsform Einfluss auf den Verlauf der morbiditäts- und lebensqualitätsbezogenen Ergebnisvariablen nimmt. Zwei Fragestellungen standen im Vordergrund. *Erstens*: Wie unterscheiden sich Demenzkranke in Hamburg, die segregativ (Domusprinzip) oder teilsegregativ (Integrationsprinzip) betreut werden? Und *zweitens*: Welche Unterschiede gibt es zwischen Demenzkranken in der besonderen Dementenbetreuung in Hamburg und einer vergleichbaren Gruppe Demenzkranker, die traditionell integrativ in Altenpflegeheimen betreut werden?

Der Forschung lag ein Quasiexperimentelles Design zugrunde. Für die Evaluation wählten die Forscher ein Längsschnitt-Vergleichsgruppen-Design mit zwei Erhebungszeitpunkten (Baseline T1 und Nachuntersuchung T2 nach etwa einem halben Jahr). Alle Bewohnergruppen wurden längsschnittlich zu zwei Erhebungszeitpunkten über einen Zeitraum von etwa einem halben Jahr (Datenerhebung 2002/2003) untersucht. Mit Hilfe der gewählten Untersuchungsinstrumente konnten quantifizierbare Daten gewonnen werden und diese wurden anschliessend statistisch ausgewertet. Bei den querschnittlichen Vergleichen standen Fragen nach Unterschieden in der Lebensqualität der Bewohner und Bewohnerinnen im Vordergrund. Es wurde untersucht, ob die Besondere Demenzkrankenversorgung in Hamburg bestimmte Aspekte der Lebensqualität eher fördern kann als die traditionelle stationäre Pflege. Bei den längsschnittlichen Vergleichen fokussierten die Forscher vorrangig auf Verlaufsunterschiede in Bezug auf die morbiditätsbezogenen Merkmale. Die Autoren erwarteten einen deutlichen Vorteil der besonderen Demenzbetreuung gegenüber der traditionellen Betreuung.

An der Studie nahmen 28 Modelleinrichtungen aus Hamburg, welche eine besondere stationäre Dementenbetreuung haben (62% Domusprinzip; 38% Integrationsprinzip), teil. Als Vergleichsgruppe wurden Demenzkranke aus einer Zufallsstichprobe von elf Mannheimer Altenpflegeheimen ausgewählt, welche ausschliesslich traditionell versorgt werden. Die Ausgangsunterschiede zwischen den verschiedenen Untersuchungsgruppen hinsichtlich soziodemographischer und krankheitsbezogener Merkmale wurden mit Hilfe von Parallelisierung und multivariater Verfahren angepasst (Häufigkeitsmatching). Alle

untersuchten Personen waren über 65 Jahre alt, zeigten Verhaltensauffälligkeiten (mittelschwere bis schwere Demenz) und waren nicht bettlägerig ("Hamburger Kriterien"). Untersucht wurden sowohl in der besonderen Betreuung als auch in der traditionellen Pflege (Vergleichsbedingung) jeweils zwei Gruppen von Bewohnern und Bewohnerinnen: Neuzugänge im Rahmen der natürlichen Fluktuation und die Querschnitts- oder Stichtagspopulation von Bewohnern und Bewohnerinnen, die zu einem festgelegten Stichtag im Heim lebten und somit bereits eine gewisse Zeit in den Pflegeeinrichtungen verbracht haben. Insgesamt wurden aus Hamburg 594 Bewohnerinnen und Bewohner in die Studie mit einbezogen (n=366 nach dem Domusprinzip, n=228 nach dem Integrationsprinzip/ Neuzugänge n=131(Domus: 65,6%; Integration:34,5%)). Die parallelisierte Referenzgruppe aus der traditionellen Pflege (Mannheim) setzt sich aus 131 Bewohnerinnen und Bewohner für die Stichtagspopulation und 42 Neuaufnahmen zusammen. Der größte Anteil der Stichprobenverluste über die Zeit war hauptsächlich auf Sterbefälle zurückzuführen.

Die Informationsgewinnung über die Bewohner und Bewohnerinnen erfolgte durch Fremdeinschätzung von qualifiziertem Pflegepersonal (die wichtigsten Interaktionspartner) anhand eines standardisierten und zeitökonomischen Untersuchungsinstrumentes, des PVA. (das multidimensionale Pflege- und Verhaltensassessment "Mannheimer Arbeitsheft zur Beurteilung von Bewohner und Bewohnerinnen in stationären Pflegeeinrichtungen durch Pflegekräfte" - kurz PVA).

Erfasst wurden damit vor allem Verhaltensauffälligkeiten (gemessen mit dem CMAI Gesamtscore), Alltagseinschränkungen (gemessen mit dem Barthel-Index), Selbstständigkeit, Mobilität, Aktivitätsniveau, freiheitseinschränkende Massnahmen wie Fixierung, Medikamente (Kriterien von Beers et al.; 1991,1997), psychiatrische Betreuung und Sozialkontakte.

Bei der zuständigen Ethikkommission 11 (Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Ruprecht-Karls Universität Heidelberg) wurde ein entsprechender Antrag am 27.03.2002 vorgelegt. Mit Schreiben vom 14.06.2002 kam die Ethikkommission zu der einstimmigen Entscheidung, dass gegen das Vorhaben aus ethischer und berufsrechtlicher Sicht keine Bedenken zu erheben sind. (<http://www.bmfsfj.de>)

Vergleich Domusprinzip und Integrationsprinzip: Bei der Auswertung der Neuzugänge ergab sich ein ähnliches Bild wie bei der Stichtagspopulation. In den Merkmalen Durchschnittsalter, Anteil der Frauen und Pflegestufen unterschieden sich die Stichproben nicht bedeutsam. Im Vergleich der beiden Pflegeprinzipien ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten (bei beiden verringerten sie sich), Anwendung von freiheitseinschränkenden Massnahmen (relativ selten), und der Medikation (etwa gleiche Fehlerquote). Ein Resultat gibt zu Bedenken Anlass: In den letzten vier Wochen vor der Datenerhebung waren nahezu 20% der Bewohnerinnen und Bewohner mindestens einmal

gestürzt. Als Vorteile des Integrationsprinzips zeigte sich eine signifikant höhere Besuchsfrequenz und eine stärkere Einbindung der Angehörigen. Die Untersucher fanden bei der teilsegregativen Pflege zudem eine häufigere Teilnahme an Heimveranstaltungen, Aktivitäten ausserhalb der Einrichtung, körperlicher Aktivierung, Gedächtnistraining, Gruppenangeboten und Einzelbetreuung. Bei der segregativen Pflege wurden signifikant häufiger Informationen zur Biografie erhoben. Auch waren die Bewohner mehr in psychiatrischer Behandlung. Eine häufigere Einnahme von psychotropen Substanzen (mehr Antidepressiva und Antidementiva, weniger Neuroleptika) im Vergleich zur teilsegregativen Pflege wurde in Bezug auf Medikamente festgestellt.

Vergleich Demenzkranker in der besonderen und traditionellen Betreuung: **Ergebnisse der Querschnittsuntersuchung:** Für die Stichtagspopulation der besonderen Demenzbetreuung fand sich im Vergleich zur traditionellen Pflege eine stärkere Einbindung ehrenamtlicher und Freiwilliger, mehr Sozialkontakte zwischen Personal und Bewohnern, mehr positive Gefühle und Freude der Demenzkranken, weniger freiheitseinschränkende Massnahmen, eine häufigere psychiatrische Betreuung sowie eine signifikant höhere Verordnung von Antidepressiva bei gleichzeitig wesentlich niedriger Verordnung von Neuroleptika. Bei der Gruppe der Neuaufnahmen konnten die Forscher ein ähnliches Bild feststellen. *Veränderungen im zeitlichen Verlauf:* Beim Vergleich der Stichtagspopulation der Besonderen Demenzbetreuung mit der Traditionellen Pflege erstaunte vor allem ein Resultat: **Entgegen den Annahmen der Forscher gingen die Verhaltensauffälligkeiten bei den Demenzkranken in der Traditionellen Pflege im Laufe der Zeit stärker zurück als bei den Demenzkranken in der besonderen Betreuung.** Eine andere Annahme bestätigte sich: In der besonderen Demenzbetreuung konnte im Unterschied zur traditionellen Pflege das hohe Aktivitätsniveau gehalten werden (hochsignifikant). In der traditionellen Pflege wurden zudem um ein vielfaches häufiger Fixierungen mit Gurten oder Stecktischen angewendet. Bezüglich der Alltagseinschränkungen, der Selbstständigkeit und der Mobilität zeigten sich keine bedeutenden Unterschiede. Die Neuaufnahmen zeigten bei den Verhaltensauffälligkeiten im Verlauf keine signifikanten Unterschiede. Signifikant unterschieden sich, entsprechend den Erwartungen der Forscher, der Verlauf bei den Alltagseinschränkungen, besonders deutlich im Bereich der Mobilität. Bei der besonderen Demenzbetreuung war der Abbau der Fähigkeiten der Bewohner und Bewohnerinnen wesentlich verlangsamt im Vergleich zur der traditionellen Pflege. Zu beiden Messzeitpunkten wurden auch bei den Neuzugängen in der traditionellen Pflege wesentlich mehr Fixierungen angewandt.

Die Forscher wollten in einem Teil der Untersuchung die Frage erhellen, welche der beiden Formen der besonderen Dementenbetreuung für die Bewohnerinnen und Bewohner vorteilhafter sei. Im Abschnitt "Diskussion" wiesen sie selbst darauf hin, dass sie auf diese

Frage keine klare Antwort fanden. Anders sieht es mit dem Vergleich der traditionellen Pflege und der besonderen Dementenbetreuung aus. Die Forscher sahen durch ihre Resultate bestätigt, dass - entsprechend ihren Hypothesen - eine besondere Betreuung von Demenzkranken in vielen Bereichen der Lebens- und Betreuungsqualität der traditionellen Pflege überlegen ist. Das erstaunliche Resultat bezüglich des Verlaufs von Verhaltensauffälligkeiten bei einer Untersuchungsreihe verschweigen sie nicht.

Die Studie der Autoren A. Nobili; Ilaria Piana; Laura Balossi; Luca Pasina; Marina Matucci; Massimo Taratola; Silvia Trevisan; Emma Riva; Ugo Lucca; Mauro Tettamanti **“Alzheimer special care units compared with traditional nursing home for dementia care: are there differences at admission and clinical outcomes?”** wurde 2008 in Alzheimer Disease & Associated Disorders veröffentlicht.

Das Ziel dieser Studie war die Merkmale von Patienten mit Alzheimer, die in ASCU (Alzheimer Special Care Unit) oder in NH (traditional nursing home) versorgt werden zu vergleichen und die Auswirkungen des Settings auf die Mortalität, Hospitalisation, freiheitseinschränkende Massnahmen, Stürze und Psychopharmaka zu erheben.

Das Design der Studie ist eine prospektive Beobachtungsstudie mit vier Phasen. Im Zentrum dieser Arbeit stehen Phase drei und vier (Vergleich der Patientendaten) mit vier Messzeitpunkten.

Alters- und Pflegeheime der Region Lombardei in Italien nahmen an der Untersuchung teil. Es beteiligten sich „traditionelle“ Pflegeabteilungen (NH; integrativ) und Alzheimer Special Care Units (ASCU, segregativ). Als ASCU galten Abteilungen für etwa 20 Bewohner mit angepasster Architektur und adäquater Aktivierung sowie speziell ausgebildetes Personal.

Phase eins der Untersuchung beinhaltete die Rekrutierung geeigneter ASCU-Institutionen. Phase zwei war eine Qualitative Studie zur Struktur und Organisation dieser Institutionen. Die in diesem Artikel schwergewichtig behandelten Phasen drei: Ergebnisstudie mit dem Vergleich der Patienten zu Beginn der Untersuchung und Phase vier: Auswertung des follow-up der Patientendaten folgten.

Aus einer Kohorte von Patienten mit Alzheimer wurden Versuchsteilnehmer zufällig ausgewählt und über 18 Monate in Abständen von sechs Monaten beobachtet.

Als Versuchsgruppe wurden aus 58 Institutionen, welche in Phase eins und zwei die Kriterien als ASCU erfüllten, zufällig 35 ASCU ausgewählt (n=319). Aus den NH der Region wurden zufällig neun Institutionen als Kontrollgruppe selektioniert (n=81). Aus jeder Abteilung wurden zehn Personen ausgewählt. Aufnahmekriterien für eine ASCU waren: Diagnose mittlere bis schwere Demenz, MMSE-Wert 14 oder tiefer (Kognition) sowie ein NPI-Wert von 24 und höher oder ein Wert von 12 in einer Subskala des NPI (Verhaltensauffälligkeiten). Für die NH gab es keine Aufnahmekriterien.

Es wurden sozio-demografische Daten, Daten über Kognition, Selbständigkeit, Verhalten und Klinik sowie Medikation erhoben. Alle Daten wurden vom speziell für diese Instrumente geschulten jeweiligen Abteilungsarzt erfasst und anschliessend im Koordinationszentrum auf Konsistenz und Validität überprüft. Die benutzten Messinstrumente waren: MMSE oder severe MMSE-Test, Barthel-Index, NPI-Skala, CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) und ein Bogen zur Erfassung der Medikamente und soziodemografischer Daten.

Unterschiede zwischen den Bewohnern der segregativen und der integrativen Versorgung wurden mittels t-Tests und Chi-Quadrat-Tests ermittelt. Des Weiteren wurden univariate Daten mit ANOVA berechnet sowie multivariate Analysen und logische Regression angewandt. Um die Unterschiede in der Baseline auszugleichen wurde ein gematchtes Sample von 144 Bewohnern parallel ausgewertet und die jeweiligen Resultate verglichen.

Im Follow-up gingen 37 Patientendatensätze verloren weil zwei Institutionen sich zurückzogen (20) und bei 17 Personen Daten aufgrund organisatorischer Probleme fehlten. Während dem follow-up wurden 57 Bewohner der ASCU (16.3%) und 3 der NH verlegt ($p=0.0032$).

Die Resultate des Vergleichs der beiden Gruppen zu T1 (Baseline) lauteten: Bewohner von NH waren älter (Durchschnittsalter 85.4J.; ASCU: 81.2J.; $p=0.0001$); hatten eine schlechtere Bildung (5.0J.; ASCU: 5.8J.; $p=0.02$) und wohnten länger in der Institution (26.5 Mt.; ASCU: 13.6 Mt.; $p=0.0001$). Sie hatten mehr funktionale Einschränkungen (Barthel-Index 31; ASCU: 43; $p=0.0005$) und litten unter mehr Komorbiditäten (CIRS-C 4.3; ASCU: 3.5; $p=0.003$ und CIRS-S 1.9; ASCU: 1.6; $p=0.002$). Bei den ASCU war das therapeutische Hauptziel das Management des Verhaltens (ca. 50%); bei den NH standen zu 42% geriatrische Probleme im Vordergrund. Bewohner der ASCU wiesen mehr Verhaltensstörungen auf (NPI 33.9; NH: 17.1; $p=0.0001$). Die MMSE-Werte waren für beide Gruppen vergleichbar. Bezüglich Ernährungszustand und Medikation fanden sich keine Unterschiede. Die Ergebnisse des gematchten Samples waren vergleichbar.

Der Vergleich des Verlaufes kam zu folgendem Resultat: Es zeigte sich bei vielen Daten ein floor-effect. Bei der univariaten Analyse der beiden Gruppen zeigten sich signifikante Unterschiede beim severe- MMSE bei zwölf Monaten (-2.1 vs. +2.1; $p<0.05$); beim Barthel-Index bei zwölf Monaten (-11.2 vs. -3.8; $p<0.05$); beim NPI nach sechs (-5.1 vs. -0.8; $p<0.05$) und zwölf Monaten (-7.2 vs. -1.3; $p<0.05$); beim CIRS-C nach sechs (-0.7 vs. -0.4; $p<0.05$) und zwölf Monaten (-0.9 vs. -0.05; $p<0.05$). In den ASCU verstarben 92 Bewohner (26.3%) und in den NH 25 (30.9%). Der Effekt des Settings wurde bezüglich Mortalität nie signifikant. Sowohl mit univariater als auch multivariater Analyse wurde der Faktor der FEM nach sechs Monaten signifikant (odds ratio: 0.66; $p<0.01$). Bei der multivariaten Analyse gab es eine Signifikanz für das Risiko einer Hospitalisation (odds ratio: 0.67; $p=0.04$). Der Faktor Stürze wurde nie signifikant. Die Bewohner der ASCU erhielten beim balancierten Vergleich im

Verlauf eine signifikant grössere Reduktion der Psychopharmaka ($p=0.0032$). Die weiteren Ergebnisse des gematchten Samples waren vergleichbar.

Zusammenfassend fanden die Autoren dieser Studie, dass Bewohner von ASCU jünger und kognitiv sowie funktional weniger beeinträchtigt waren. Sie wiesen mehr Verhaltensstörungen auf als die Vergleichsgruppe in den NH, hatten aber eine positivere Entwicklung der Verhaltensauffälligkeiten über die Zeit. Über den Zeitraum der Untersuchung hatten Bewohner der ASCU ein kleineres Risiko hospitalisiert zu werden, hatten weniger freiheitseinschränkende Massnahmen und häufiger eine Reduktion der Psychopharmaka. Kein Unterschied zeigte sich bei der Mortalität und den Stürzen.

4.3 Resultate der Studien

Die unten stehende Tabelle fasst die wichtigsten Resultate im Bereich Verhalten zusammen.

Studie	Resultate
Reggentin & Dettbarn-Reggentin (2004)	Bei den segregativen WG und den integrativen WG verbesserten sich die Werte des Sozialen Verhaltens. Die Kontrollgruppe zeigte eine kontinuierliche Abnahme der Fähigkeiten. Verhaltensauffälligkeiten bei Beginn der Messung (Einzug) verbesserten sich im Verlaufe der Untersuchung bei Bewohnern in WGs (keine Aussage zu Kontrollgruppe).
Reimer (2004)	<i>Verhalten (CMAI)</i> : Abnahme bei allen Gruppen. Grosse Bandbreite der Messwerte. Die Interventionsgruppe wies einen Trend zu mehr agitiertem Verhalten nach der dritten Messung auf ($p=0.87$). <i>Soziale Aktivität (MOSES)</i> : keine signifikanten Unterschiede. <i>Soziale Aktivität (Pleasant Events Scale)</i> : Alle Gruppen abnehmende Werte. Gruppenunterschiede über die Zeit mit $p=.025$. STIF grösste Abnahme. <i>Pleasant Events Scale</i> : P-Werte: Gruppe=.025, Zeit=.007. Zusammenfassend stellten die Autoren weniger Abnahme bei den ADL's, mehr Interesse an der Umwelt und weniger negative Affekte bei Bewohnern in SCF im Vergleich zu den anderen beiden Settings fest. Keine Unterschiede fanden sie bei Konzentration, Gedächtnis, Orientierung, Depression und sozialem Rückzug.
Buchanan (2005)	<i>Geistige Gesundheit und Verhalten</i> : Bewohner von SCU zeigten signifikant ($p\leq 0.001$) häufiger Anzeichen für Depression, schlechter Stimmung und Sorgen. Sie wiesen signifikant mehr Verhaltensauffälligkeiten auf. Bei Einweisung erhielten Bewohner der SCU signifikant ($p\leq 0.001$) häufiger Interventionen für Stimmung, Verhalten und Kognition. <i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i> : Bewohner anderer Institutionen hatten signifikant ($p\leq 0.001$) mehr freiheitseinschränkende Massnahmen. Einweisungsgründe auf eine SCU sind hauptsächlich abnehmende kognitive Fähigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten, bei einer Pflegeabteilung körperliche Defizite (ADL's).
Dettbarn-Reggentin (2005)	Der Vergleich der NOSGER-Mittelwerte mit dem Man-Whitney-U-Test im Bereich Sozialverhalten wies zu jedem Zeitpunkt eine Signifikanz auf. Wohngruppenbewohner zeigten ein stabileres Sozialverhalten mit geringen Verbesserungen. Der BGP-Faktor "Soziale Kompetenz" der beiden Gruppen erreichte zum ersten Messpunkt einen p-Wert von 0.241; zu T2 $p=0.040$ und zu T3 $p=0.003$. In der Kontrollgruppe zeigte dieser Faktor im Verlauf eine signifikante Zunahme der Werte (Friedmann-Test $p=0.005$). Das unruhige und agitierte Verhalten, gemessen mit der Cohen-Mansfield-Skala zeigte bei 76% der Bewohner der Wohngruppen eine Abnahme der Verhaltensstörungen, 12% wiesen gleichbleibende Werte auf und bei 12% war

	<p>eine Zunahme der Verhaltensstörungen gemessen worden. In der Kontrollgruppe waren die Verlaufswerte annähernd identisch.</p> <p>Die Autoren sehen die Wirksamkeit der mileuorientierten Wohngruppenversorgung mit den Ergebnissen im Sozialverhalten und in der Stimmung als belegt an.</p>
Aud (2005)	<p>Die <i>erste Hypothese</i> (zentral in diesem Artikel) sehen sie als nicht bestätigt an. Noch erstaunlicher war für sie der Befund, dass sich die MDS-Werte der vier SCU nicht wie erwartet mit einem höheren SCUEQS-Score veränderten. Ihre Resultate zeigten genau das Gegenteil.</p>
Oppikofer (2005)	<p><i>Gruppenvergleich der vier Institutionen:</i></p> <p>Die Psychische Gesundheit, gemessen mit dem MDBF lieferten in allen drei Teilbereichen MDBF keine signifikanten Unterschiede. Der Vergleich der Mittelwerte des NPI war nicht signifikant. Für das Sozialverhalten, errechnet mit Hilfe der Mittelwerte des NOSGER zeigte sich ein kleiner Effekt.</p> <p><i>Gruppenvergleich von Separativ und Integrativ:</i></p> <p>Bei der Psychischen Gesundheit fanden sich nicht signifikante Unterschiede in allen drei Unterbereichen des MDBF. Der Vergleich der Mittelwerte des NPI wies einen kleinen Effekt auf. Das Sozialverhalten erfasst mit dem NOSGER wurde nicht signifikant.</p> <p>Statistisch gab es weder beim MBBF noch bei der NPI signifikante Unterschiede zwischen den Institutionen. Die Annahme war, dass sich Verhaltensstörungen in einer nicht angepassten Umgebung (IPA) vermehrt zeigen sollten. Dieses Resultat steht aus Sicht der Autoren nicht im Einklang mit neueren Studien.</p> <p>Die These von Held (2004), dass Verhaltensstörungen in Spezialabteilungen geringer sind und beruhigende Medikamente reduziert werden können, stützen die Forscher anhand ihrer Resultate bei den Medikamenten nicht.</p>
Weyerer (2005)	<p><i>Vergleich Domusprinzip und Integrationsprinzip:</i></p> <p>Im Vergleich der beiden Pflegeprinzipien ergaben sich keine signifikanten Unterschiede im Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten (bei beiden verringern sie sich).</p> <p><i>Vergleich Demenzkranker in der besonderen und traditionellen Betreuung:</i></p> <p>Entgegen den Annahmen der Forscher gingen die Verhaltensauffälligkeiten bei den Demenzkranken in der Traditionellen Pflege im Laufe der Zeit stärker zurück als bei den Demenzkranken in der Besonderen Betreuung. Die Neuaufnahmen zeigten bei den Verhaltensauffälligkeiten im Verlauf keine signifikanten Unterschiede.</p>
Nobili (2008)	<p>Als Resultat fanden die Forscher, dass Bewohner von ASCU jünger sind und kognitiv und funktional weniger beeinträchtigt sind. Sie wiesen mehr Verhaltensstörungen auf als die Vergleichsgruppe in den NH. Über den Zeitraum der Untersuchung hatten Bewohner der ASCU eine bessere Entwicklung der Verhaltensstörungen, ein kleineres Risiko hospitalisiert zu werden, weniger freiheitseinschränkende Massnahmen und häufiger eine Reduktion der Psychopharmaka. Kein Unterschied zeigte sich bei der Mortalität und den Stürzen.</p>

4.4 Qualität der Studien

Zur Beurteilung der Evidenz wurde das Raster von Stetler et al. (1998 zit. in LoBiondo-Wood & Haber, 2005) benutzt. Alle Studien wurden als Evaluationsstudien und somit als Quasiexperimentelle Studien klassiert. Sechs Studien können klar als nicht randomisierte Einzelgruppen-Präpost-Tests beurteilt werden. Die Studien von Buchanan (2005) und Aud (2005) berücksichtigen nur einen Messzeitpunkt und werden als parallelisierte Fall-kontrollierte Studien betrachtet. Somit erreichen alle in dieser Arbeit berücksichtigten Artikel die Evidenzstufe III.

Die Qualität der Studien wurde nach den Gütekriterien Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit nach Behrens und Langer (2006) eingeschätzt. Um die Vergleichbarkeit in dieser Arbeit bei der Bewertung der Qualität zu erhöhen wurden alle Studien mit dem angepassten Raster für Interventionsstudien bewertet. Die Wahl fiel auf dieses Raster weil es sich bei allen Arbeiten um Evaluationsforschungen handelt. „Unter Evaluationsforschung versteht man die Anwendung wissenschaftlicher Forschungsmethoden und –verfahren bei der Bewertung von Programmen, Behandlungen, Dienstanweisungen oder der Praxis; sie bedient sich analytischer Mittel, um den Wert einer Massnahme zu belegen. Diese Art von Forschung erfordert kein spezielles Design, sondern sie verwendet sowohl experimentelle als auch quasi-experimentelle Designs (und auch nicht-experimentelle Designs), um die Auswirkungen eines Programms zu ermitteln.“ (Lo Biondo 2005, S. 340). Um den ausgewählten Artikeln besser zu entsprechen wurde das Bewertungsraster in einigen Punkten angepasst. Das Raster und die jeweiligen Beurteilungen der Studien entnehmen Sie bitte dem Anhang. Ausser den Studien von Buchanan (2005) und Aud (2005) erreichten alle Arbeiten eine genügende Gesamtbewertung.

Glaubwürdigkeit

Vier der acht Studien erreichten bei der Glaubwürdigkeit eine genügende Bewertung.

Alle Studien erhielten die Punkte für die Berücksichtigung ethischer Aspekte und der Beschreibung der Auswahlkriterien. Die Forderung nach einer Randomisierung konnten nur die Studien von Weyerer (2005) und Nobili (2008) teilweise erfüllen. In der Bewertung erhielten diese beiden trotzdem die volle Punktzahl. Bei den Studien von Buchanan (2005) und Aud (2005) gab es nur einen Messzeitpunkt. Deshalb existieren bei diesen weder Ausfallquoten noch ein follow-up. Beide Studien erhielten dennoch die halbe Punktzahl beim Kriterium zwei. Bei den Arbeiten von Oppikofer (2005), Buchanan (2005), Aud (2005) und teilweise bei Reggentin & Dettbarn -Reggentin (2004) war ein Matching oder eine Parallelisierung nicht möglich. Das Setting wurde in allen Studien beschrieben, kontrolliert wurde dieses aber nie. Gruppenwechsel oder Neuzugänge nannten Reimer (2004), Nobili (2008) und Weyerer (2005). Einzig die Arbeit von Oppikofer (2005) erwähnt eine Poweranalyse. Die Arbeit von Aud (2005) enthält kaum Hinweise auf andere Arbeiten.

Aussagekraft

In der Bewertung der Aussagekraft erhalten nur Oppikofer (2005) und Nobili (2008) genügende Noten.

Die Darstellung der Resultate war durch die Arbeiten hinweg sehr unterschiedlich. Nobili (2008) und Oppikofer (2005) stellen die Resultate übersichtlich und vollständig dar. Bei Reggentin & Dettbarn -Reggentin (2004), Dettbarn-Reggentin (2005), Reimer (2004),

Buchanan (2005) und Weyerer (2005) finden sich die meisten Daten. Aud (2005) präsentiert zwar Ergebnisse in Text und Tabellen, diese sind jedoch nicht sehr hilfreich. Einzig Nobili (2008) erwähnt alle p-Werte respektive odds ratios oder hazard ratios. Die Arbeiten von Oppikofer (2005), Weyerer (2005), Reimer (2004), Reggentin & Dettbarn -Reggentin (2004) und Dettbarn-Reggentin (2005) nutzen verschiedene Messmethoden zur Beurteilung. Ausser Nobili (2008) nennen keine Autoren klar ein Konfidenzintervall. Oppikofer (2005) verwies auf eine Auswertung auch auf dem 10%-Signifikanzniveau.

Anwendbarkeit

Buchanan (2005) und Aud (2005) erhalten eine ungenügende Bewertung in diesem Teil. Die Arbeiten aus den USA und Kanada büsst Punkte bei der Übertragbarkeit der Resultate ein, weil das dortige Gesundheitswesen nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse in der Schweiz übertragen werden kann. Die Studien von Weyerer (2005) und Oppikofer (2005) beachteten alle für den Verfasser dieser Arbeit wichtigen Ergebnisse. Die Studie von Aud (2005) enthält einige gravierende Mängel. Keine der Studien führte eine Kostenanalyse durch. Einzig Aud (2005) erwähnt in ihrem Artikel die Frage nach der Finanzierung. Die Studie von Buchanan (2005) kann aufgrund des Designs nur bedingt Vor- und Nachteile für Demenzkranke darstellen.

Im Folgenden wird eine Übersicht der Bewertung in Tabellenform dargestellt:

Studie	Glaubwürdigkeit	Aussagekraft	Anwendbarkeit	Gesamtnote
Reggentin & Dettbarn - Reggentin (2004)	3.8125	3.8571	4.5714	4.0803
Reimer (2004)	4.75	3.8571	4.5714	4.3928
Buchanan (2005)	3.1875	3.1428	3.1428	3.1577
Dettbarn-Reggentin (2005)	3.8125	3.8571	4.5714	4.0803
Aud (2005)	3.1875	3.1428	3.1428	3.1577
Oppikofer (2005)	4.125	5.2857	5.2857	4.8988
Weyerer (2005)	5.375	3.8571	5.2857	4.8392
Nobili (2008)	5.375	5.2857	4.5714	5.0773

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Qualität der Studien

Alle Studien erreichten den Evidenzgrad III. Dennoch gibt es grosse qualitative Unterschiede. Die Benotung entspricht grösstenteils der subjektiven Einschätzung des Autors dieser Arbeit. Die Arbeiten, welche einen qualitativ höherwertigen Eindruck machen, erhalten auch eine höhere Bewertung. Die Bestnote erhielt Nobili (2008) gefolgt von Weyerer (2005) und Oppikofer (2005). Bei der Arbeit von Oppikofer (2004) war eine hohe Bewertung im Bereich Aussagekraft zu erwarten, da dies die umfangreichste Arbeit war und somit insgesamt am meisten Resultate präsentierte. Weyerer (2005) vergab eine bessere Bewertung wegen der mangelnden Aussagekraft. Im Artikel und in der Internetversion sind kaum Resultate dargestellt. Möglicherweise sind diese im angekündigten Buch publiziert. Nobili (2008) büsste Punkte bei der Anwendbarkeit ein, da sie von den bestklassierten Arbeiten für die Verhaltensmessung am wenigsten Messinstrumente verwendete (NPI). Besonders bei Oppikofer (2005) ist der explorative Charakter der Arbeit mit dem Konstrukt der Lebensqualität – insbesondere deren Erfassung mit mehreren Instrumenten und die getrennte Erfassung und Auswertung in objektive und subjektive Lebensqualität – sowie die Erfassung der Arbeitszufriedenheit der Pflegenden in aller Breite hervor zu heben. Die Studie von Reimer (2004), welche das Öfteren in anderen Arbeiten erwähnt wird, erhielt zum Erstaunen des Autors dieser Arbeit eine Benotung knapp über genügend. Die Autoren schränkten ihre Resultate mit Blick auf die verwendeten Instrumente selber ein und bezeichneten den interaktiven BCRS und den beobachtenden AARS als brauchbar, fügten aber an, dass aufgrund der kurzen Beobachtungszeit Messfehler auftreten könnten (z.B. ob ein Bewohner (oder auch das Pflegepersonal) gerade einen guten oder schlechten Tag hat). Sie benutzten eine Subskala von MOSES zur Beurteilung einer Depression und bezeichneten dieses Instrument im Rückblick als ungenügend.

Aud (2005), dieser Artikel machte den schlechtesten Eindruck, kündigte einen Vergleich von SCU und nicht demenzspezifischen Abteilungen an. Sie verglichen in ihrer Arbeit die SCU aber nur anhand der TESS-NH mit nicht demenzspezifischen Abteilungen, die Bewohner verglichen sie mit Bewohnern von SCU im ganzen Staat Missouri. Es muss davon ausgegangen werden, dass alle SCU einen segregativen Ansatz haben. Somit kann bezüglich des Vergleichs von integrativen und segregativen Modellen nur ausgesagt werden, dass sich tatsächlich anhand eines Messinstrumentes Unterschiede in der Umgebungsgestaltung feststellen lassen.

Weyerer (2005), Nobili (2008), Reimer (2004) und Buchanan (2005) haben in ihren Studien grössere Stichproben. Alle anderen führten ihre Berechnungen an kleinen bis sehr kleinen

Populationen durch. Da ausser Oppikofer (2005) keine Autoren Poweranalysen erwähnten, muss die Generalisierbarkeit der Resultate mit Vorsicht beurteilt werden. Bei Reimer (2004) deuten die Ausgangsdaten auf eine ausgeglichene Versuchs- und Kontrollgruppe hin, was die Aussagekraft der Untersuchung verstärkt. Die Studien von Reggentin & Dettbarn - Reggentin (2004) und Dettbarn-Reggentin (2005) enthalten äusserst verwirrende Angaben über die Stichprobe. Zudem erscheint diese nicht sehr gross. Es wurden viele Daten über eine relativ kleine Population gesammelt. Wie bei anderen Vergleichsarbeiten sind auch in dieser Studie die Ausgangswerte für Verhaltensstörungen (CMAI) bei der segregativen Gruppe höher als bei der integrativen Kontrollgruppe. Dies könnte auf einen möglichen Bias hinweisen; obwohl die Autoren ein Matching-Verfahren angewandt haben. Auch bei Oppikofer (2005) könnte ein Selektionsbias vorliegen. Zudem ist die Stichprobengrösse des integrativen Ansatzes sehr klein, was einen Vergleich mit den segregativ arbeitenden Abteilungen erschwert. Weyerer (2005) begründet ein Teil ihrer Resultate mit einem möglichen Selektionseffekt. Die Studie von Buchanan (2005), welche mit Aud (2005) zusammen die schlechteste Bewertung erhielt, ist eine Querschnittuntersuchung (wie Aud, 2005). Die Daten sind dank ihrer grossen Stichprobe sicherlich zum Teil auf die Verhältnisse in der Schweiz übertragbar. Leider kann mit Hilfe dieser Studie keine Evaluation der Wirksamkeit im Bezug auf das Verhalten gemacht werden, da zeitlich nur eine Messung verglichen wurde. Buchanan (2005) fand als Resultat einen Selektionbias. Auch Nobili (2008) fand unterschiedliche Patientenmerkmale in den integrativen und den segregativen Settings.

Alle Studien untersuchten Demenzkranke und berücksichtigen damit die für diese Arbeit gesuchte Population. Als Auswahlkriterium haben alle Studien die Diagnose Demenz. Einige Studien verlangten zudem für die Versuchsgruppe eine vorhandene Mobilität und die Bewohner sollten pflegerisch nicht zu aufwendig sein (Dettbarn-Reggentin, 2005; Reimer, 2004; Weyerer, 2005; Reggentin & Dettbarn –Reggentin, 2004). Dies führt dazu, dass multimorbide stark pflegebedürftige Demenzkranke nicht in die Untersuchungen eingeschlossen wurden. Ausser Reggentin & Dettbarn -Reggentin (2004) verglichen die Studien stets segregative Settings mit der traditionellen integrativen Versorgung. Durch dieses Vorgehen erschwert sich eine Einschätzung der Wirkung der Segregation und der Integration, da dieser Faktor durch das ebenfalls unterschiedliche Setting in Bezug auf Architektur, Personal, Grösse und Pflegekonzept überlagert wird. Der Unterschied zwischen integrativen und segregativen Wohngruppen beim NOSGER Ausgangswert erschwert bei der Arbeit von Reggentin & Dettbarn -Reggentin (2004) eine Vergleichsmöglichkeit. Die Stichprobe war sehr klein und beide Gruppen unterschieden sich. Die Demenzkranken in den segregativen Wohngruppen weisen schwerere Symptome auf.

Weyerer (2005) berücksichtigte ein teilsegregatives Setting in seiner Studie. Dieses Vorgehen vermindert eine Verfälschung durch einen Bias und die beiden Settings (Domus und das teilsegregative Integrationsprinzip) werden vergleichbarer. Als erschwerend für eine Evaluation sieht Weyerer (2005) die Komplexität der Pflegemodelle und die vielen einzelnen Komponenten. Er schlägt deshalb vor in weiteren Untersuchungen hypothesengeleitet zu prüfen, welche Komponenten der besonderen Dementenbetreuung wirksam sind und wie diese in die traditionelle integrative Pflege übertragen werden können.

Die tiefen Werte in der Aussagekraft widerspiegeln die Probleme bei Evaluationsforschungen in der hier berücksichtigten Art. Grundsätzlich haben die meisten Forschungen auf diesem Gebiet ähnliche methodische Probleme. Als grösster forschungswissenschaftlicher Knackpunkt erweist sich die Forderung nach einer Randomisierung. Dies birgt ethisch als auch organisatorisch etliche Stolpersteine. Eine Randomisierung wäre auch mit Blick auf die in verschiedenen Studien gefundenen Bias wünschenswert. Die Forscher müssen bei der Datenerfassung hauptsächlich auf Fremderfassung setzen und das Krankheitsbild Demenz ist an und für sich schon sehr facettenreich. Oppikofer (2005) verweist in diesem Zusammenhang auf Studien von Selai (2001) und Leipold & Zank (2000), welche festgestellt hatten, dass die Validität von Aussagen Demenzkranker mit einem Z-MMS Wert unter 12 Punkten nicht mehr gegeben ist und sie sehen diese Erkenntnis als durch ihre Studie bestätigt. Aus diesem Grund raten die Forscher bei weiteren Studien eher auf die Datengewinnung mit Hilfe von Beobachtung zurückzugreifen.

Wird wie in den hier berücksichtigten Studien auf eine Intervention im klassischen Sinne "verzichtet" und das Setting ist gleichzeitig die Intervention, wird die Kontrolle aller Störvariablen nahezu unmöglich. Anzumerken ist, dass die Umsetzung der Konzepte durch das Personal in keiner Studie im Einzelnen überprüft wurde und somit die Wirkung der unterschiedlichen Konzepte durch eine ungenügende Umsetzung durch das Personal beeinflusst sein könnte. Dennoch kann durch experimentelle und quasi-experimentelle Designs in Evaluationsstudien zur Sicherung und Steigerung der Pflegequalität beigetragen werden. Es lässt sich nicht nur feststellen, ob Pflegeleistungen angemessen sind, sondern auch, welche Pflegemethode unter welchen Bedingungen die beste ist (Lo Biondo 2005, S. 341).

Die hohen bis sehr hohen Werte bei der Anwendbarkeit gehen einerseits auf eine grosszügige Einschätzung des Autors dieser Arbeit zurück, andererseits wird auch keine konkrete Pflegeintervention untersucht. Das Schwergewicht bei Bewertung der Anwendbarkeit liegt in erster Linie in der Übertragbarkeit der Resultate. Naturgemäss haben hier europäische Studien bessere Werte, da das soziale und kulturelle Umfeld vergleichbarer mit den Verhältnissen in der Schweiz ist. Zur Selektion der untersuchten Gruppen wurde immer die Diagnose Demenz herangezogen. Diese Krankheit ist in Europa und den USA

sowie Kanada sehr ähnlich definiert. Somit handelt es sich bei allen untersuchten Personen um Demenzkranke mit denselben Problemen. Bei fast allen berücksichtigten Studien werden segregative und integrative Settings verglichen. Die allermeisten Demenzkranken im stationären Bereich leben in einem der beiden Settings. Aus obgenannten Gründen sind die Resultate, sofern sie glaubwürdig und aussagekräftig sind, auf das Patientengut im Oberwallis übertragbar.

Die meisten Autoren der vorliegenden Arbeiten sehen weiteren Untersuchungsbedarf und methodische Verbesserungen (Vergleichbarkeit der Personen; Stichprobengrösse, Randomisierung, Überprüfung der Umsetzung der Konzepte) als Notwendigkeit. Zudem wäre nach Ansicht von Oppikofer (2005) ein Vergleich von Institutionen mit demselben Konzept hilfreich. Der Einfluss der individuellen Pflegeperson müsste genauer untersucht werden.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Anhand der in dieser Arbeit berücksichtigten Studien lässt sich keine eindeutige Aussage über den Einfluss der integrativen und der segregativen Versorgungsform auf das Verhalten machen. Insgesamt finden alle sieben Studien, welche traditionelle integrative mit spezialisierten segregativen Versorgungsformen vergleichen keine gravierenden Nachteile für die in segregativen Modellen betreuten Demenzkranken. Anhand der Studie von Aud (2005) kann diesbezüglich keine Aussage gemacht werden.

Die Studie von Nobili (2008) misst mit dem NPI als einzige der hier berücksichtigten Arbeiten signifikante Vorteile im Verlauf der Verhaltensauffälligkeiten für die Demenzkranken in segregativen Settings. Reimer (2004) stellt in einigen wenigen Teilbereichen des Verhaltens erfreuliche Resultate für die integrativ Betreuten fest. Im Bereich der Verhaltensauffälligkeiten findet sich kein signifikantes Resultat aber ein Trend zu mehr Verhaltensauffälligkeiten im Verlauf für die segregativ Versorgten. Die Autoren äussern sich vorsichtig und sprechen von einem Beleg mit ihrer Forschung, dass die Demenzkranken in segregativen Setting mindestens eine ebenso gute, vielleicht aber auch eine bessere, Lebensqualität haben. In der Studie von Weyerer (2005) finden sich viele positive Ergebnisse im Bezug auf die Lebensqualität der Demenzkranken, aber im Bereich Verhalten mit dem CMAI gemessen, schneidet die traditionelle Versorgung besser ab. Reggentin & Dettbarn-Reggentin (2004) und Dettbarn-Reggentin (2005) leiten aus ihren Resultaten eine positive Wirkung der segregativen und der integrativen Wohngruppen im Vergleich mit klassischen Abteilungen ab. Der Unterschied zwischen den Wohngruppen und der Kontrollgruppe aus traditioneller Pflege wird vor allem im viel rascheren Abbau auf allen Gebieten bei den Bewohnern der Kontrollgruppe deutlich. Beim Verhalten erwähnen sie die

positive Entwicklung des sozialen Verhaltens über die Zeit für die Bewohner der Wohngruppen. Beim CMAI berichten sie von keinen signifikanten Unterschieden. Oppikofer (2005) fand keine signifikanten Unterschiede beim Verhalten, beurteilt aber insgesamt die Lebensqualität der segregierten Demenzkranken als höher.

Das deutlichste Resultat über alle Studien, die diesen Faktor messen, ist der Einsatz der freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Alle segregativen Settings benutzen diese wesentlich weniger häufig im Vergleich mit den integrativen Settings. Dies ist darf als umso deutlicher gewertet werden, da einige Studien fanden, dass die Bewohner von segregativen Settings mehr Verhaltensauffälligkeiten aufweisen als die verglichenen Bewohner der integrativen Settings. Der Vergleich muss aber auch relativiert werden, da wie Walther (2007) treffend bemerkt, das segregative Setting selbst eine freiheitsbeschränkende Massnahme darstellt. Es kann in diesem Zusammenhang von weniger persönlichen Freiheitseinschränkungen gesprochen werden, die ganze Gruppe wird aber in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt. Bei einer Güterabwägung sind beide Aspekte zu berücksichtigen. Zudem haben die Autoren der Arbeiten nicht im Einzelnen ausgewertet ob sich einige der gemessenen Verhaltensauffälligkeiten auf die eingeschränkte Möglichkeit die Abteilung zu verlassen zurückführen lässt. Die häufigere Benutzung von freiheitseinschränkenden Massnahmen in Pflegeabteilungen deutet Buchanan (2005) in die Richtung, dass die Bewohner von klassischen Abteilungen mehr Defizite in den ADL's und der Mobilität aufweisen als in den SCU und somit mehr Interventionen notwendig sind. Insgesamt darf aber dieser Befund in den Augen des Autors der vorliegenden Arbeit als positiv gewertet werden.

Sehr deutlich fällt auch die Feststellung der meisten Autoren aus, dass durch das Setting und/oder die Segregation respektive Integration der kognitive Abbau im Verlauf der Krankheit nicht entscheidend verlangsamt werden kann.

Betrachtet man die einzelnen Studien mit Blick auf die Unterschiede zwischen den Settings, so ist auffallend, dass insgesamt Wohngruppen und SCU Vorteile für ihre Bewohner bieten. Aus der Studie von Reggentin & Dettbarn-Reggentin (2004) lässt sich unter Berücksichtigung aller Punkte entnehmen, dass sich sowohl für die dementen als auch die nicht dementen Bewohner ein Vorteil für die Wohngruppen zeigt. Das soziale Verhalten sowie die Verhaltensauffälligkeiten verbessern sich bei segregativen und bei integrativen Wohngruppen, mit leichten Vorteilen für die integrativen Wohngruppen. Sie begründen dies mit der personellen Kontinuität, dem strukturierten Tagesablauf und der persönlichen Beziehung zwischen Präsenzkraft und Bewohner. Es darf konstatiert werden, dass sich das Verhalten von Demenzkranken in segregativen wie in integrativen Wohngruppen im Vergleich zu herkömmlichen (integrativen) Betreuungsmodellen verbessert. Dies gibt einen Hinweis auf die Möglichkeit, dass ein milieugerechtes Umfeld wie in den Wohngruppen mit

kleiner Gruppengrösse eine Verbesserung der Lebensqualität für alle Empfänger von stationären Pflegeleistungen bedeuten könnte. Es scheint, dass der in der Literatur oftmals erwähnte Befund der Wirkung einer kleineren Gruppengrösse eine positive Wirkung sowohl auf Demenzkranke als auch auf die anderen Bewohner hat. Einschränkend muss gesagt werden, dass die Resultate von Reggentin & Dettbarn-Reggentin (2004) und Dettbarn-Reggentin (2005) eine Veränderung des Sozialen Verhaltens, aber nicht der Verhaltensauffälligkeiten (vgl. CMAI-Scores) belegen. Hier muss angefügt werden, dass die Arbeit von Ragneskog (2001) keineswegs das Zusammenleben von Demenzkranken und kognitiv adäquaten Bewohnern als problemlos betrachtet. Für die nicht dementen Bewohner ist die Belastung in vielen Aspekten erhöht, was sich wiederum negativ auf die Lebensqualität der kognitiv adäquaten Bewohner auswirkt.

Die Resultate von Reggentin & Dettbarn-Reggentin (2004) im Vergleich der integrativen und segregativen Wohngruppen relativieren vor allem die Ergebnisse von Nobili (2008), Weyerer (2005) und Reimer (2004). Sie haben insgesamt eine positive Wirkung der segregativen Settings gefunden, verglichen sie aber mit Abteilungen die eine wesentlich grössere Gruppengrösse aufweisen. Somit muss nochmals betont werden, dass sieben Studien klassische Abteilungen mit Abteilungen vergleichen, die nicht nur in der Gruppengrösse zum Teil grosse Unterschiede aufweisen.

Zwei Studien, Weyerer (2005) und Reimer (2004), finden in ihren Studien im Verlauf eine grössere Reduktion der Verhaltensauffälligkeiten in den integrativen Settings. Dies könnte auf einen nicht berücksichtigten Faktor, nämlich den Faktor der sozialen Verhaltensnorm, zurückzuführen sein. Verschiedene Autoren (Weyerer, 2005 und Reimer, 2004) führen als Begründung für vermehrte Verhaltensauffälligkeiten an, dass in den segregativen Abteilungen mehr Toleranz gegenüber den Verhaltensweisen der Bewohner geübt wird (kontrolliertes Geschehenlassen). Dies führe wiederum dazu, dass die Bewohner auch mehr Verhaltensauffälligkeiten zeigten, da diese eben toleriert werden. Somit lässt sich in Frage stellen, ob die Gruppe als solche regulierend wirkt. Weitere Forschungen müssten dies abklären. Falls sich herausstellen würde, dass die Gruppe als solche nicht regulierend die Verhaltensweisen beeinflusst, muss die Frage nach einer Segregation neu gestellt werden. Segregation, dass heisst eine Gruppe mit verhaltensauffälligen Personen würde nicht hemmend, sondern fördernd auf die "störenden" Verhaltensweisen wirken und diese damit verstärken. Die Zusammensetzung der Gruppe wäre somit an und für sich nachteilig für die Betroffenen.

Ein auffälliges Ergebnis ist, dass ausser Reimer (2004) und Aud (2005) alle Autoren einen Selektionseffekt gefunden haben. Insbesondere die Arbeit von Buchanan (2005) weist auf einen starken Bias hin. Personen mit mehr Verhaltensauffälligkeiten haben eher die Chance in ein segregatives Setting verlegt zu werden. Einweisungsgründe auf eine SCU sind

gemäss Buchanan (2005) hauptsächlich abnehmende kognitive Fähigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten, bei einer Pflegeabteilung stehen körperliche Defizite (ADL's) im Mittelpunkt. Dies wirkt sich naturgemäss einschränkend auf die Vergleichbarkeit der Populationen aus. Bei vermehrten und stärkeren Verhaltensauffälligkeiten in den segregativen Settings wird ein Vergleich – trotz Matching und Parallelisierung - schwierig. Berücksichtigt man die weiteren Befunde, insbesondere den Faktor Mobilität, so lässt sich schwer eine Aussage über die Wirksamkeit der verschiedenen Settings machen. Es muss, wie Buchanan (2005) treffend sagt von verschiedenen Populationen ausgegangen werden.

Das Ergebnis von Aud (2005) weist darauf hin, dass die architektonische Gestaltung wahrscheinlich einen geringeren Einfluss hat als bisher angenommen. Die untersuchten Abteilungen waren im Stile von Musterabteilungen gestaltet, konnten jedoch nicht bessere Ergebnisse vorweisen als durchschnittlich gestaltete segregative Abteilungen. Dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen von von Haitsma et al. (2000) (zit. in Weyerer, 2005), welcher ebenfalls einen beschränkten Einfluss der Umgebungsgestaltung auf das Verhalten gefunden hat. Dieser Argumentation widerspricht Reimer (2004) teilweise. Über alles gesehen kommen sie zum Schluss, dass die Lebensqualität für Demenzerkrankte mittleren und spätem Stadiums in SCF gleich gut oder besser ist als in den verglichenen MTIF und STIF. Das Leben in der Gruppe zeigte bei SCF signifikant bessere Werte bei den ADL's und tiefere Werte für Angst/Furcht sowie mehr Interesse als bei den anderen beiden Gruppen. Die Resultate von Reimer (2004) decken sich nach eigener Aussage mit den Resultaten von Lawton (1973) und Morgan (1997), welche nahelegen, dass ein adäquat angepasstes physikalisches und soziales Umfeld einen positiven Effekt auf die Lebensqualität der Bewohner hat.

Im Bereich der Medikamente ergibt sich ein unklares Bild. Verschiedene Autoren fanden signifikante Unterschiede in der Medikation. Ausser Reimer (2004) hat kein Forscher der hier berücksichtigen Studien die Medikation schon bei Beginn der Untersuchung kontrolliert. Da mit modernen Psychopharmaka, Antidementiva, Antidepressiva usw eine Wirksamkeit auf das Verhalten wissenschaftlich bewiesen ist, sollte dieser Faktor nicht unbeachtet bleiben.

5.3 Schlussfolgerungen

Nach der ausführlichen Beschäftigung mit dem Thema empfiehlt der Autor dieser Arbeit eine erweiterte Literaturreview. Bei dieser müsste die Forderung nach einer systematischen Suche in den Datenbanken eine weniger wichtige Rolle spielen und eine Literaturrecherche im Schneeballprinzip – eventuell ebenfalls systematisch – stärker gewichtet sein. Damit wäre eine Erweiterung und Differenzierung der relevanten Literatur zu erreichen.

Ein interessanter Ansatz für eine intensivere Betrachtung der Frage nach dem Einfluss des Faktors "Segregation vs. Integration" wäre in den Augen des Autors eine Selektion der Forschungen ähnlich den hier verwendeten Selektionskriterien, aber zusätzlich dem Kriterium "Messung des Verhaltens" zum Beispiel mit dem CMAI, NPI oder NOSGER. Auf diese Weise dürfte es möglich sein genügend grosse Stichproben zu erhalten, um eine Metaanalyse durchzuführen. Würde man die Kriterien um den Punkt "Messung der Umgebungsvariablen" – zum Beispiel mit dem SEQUOS, erweitern, erhielte man auch eine Kontrolle der Intervention. Da die Trennung zwischen Segregation und Integration keiner wissenschaftlich aufwendigen Erfassung benötigt sollte auf diese Weise eine Klärung der Forschungsfrage dieser Arbeit, die einiges akkurater ausfallen würde, erreicht werden.

Um eine bessere Aussage über die Wirkung des integrativen oder segregativen Settings erzielen zu können, müssten vermehrt vergleichbarere Abteilungen mit vergleichbarer Gruppengrösse untersucht werden. Damit könnte der in der Literatur als wirksam beurteilte Faktor der Gruppengrösse als modulierender Faktor ausgeschlossen werden. Bezüglich des Verhaltens ist dieser Faktor bedeutend, denn eine grössere Gruppe bedeutet meistens auch für die Demenzkranken mehr für sie nicht einzuordnende Reize, was wiederum zu mehr Verhaltensauffälligkeiten führt. Diese von dem Autor der vorliegenden Arbeit gemachte Aussage widerspricht einem Einwand von Reimer (2004), welcher als Begründung für mehr Verhaltensauffälligkeiten in den segregativen Settings das Person-Umwelt Interaktionsmodell anführt. Es ist zu bezweifeln, ob in einer kleineren Abteilung mit weniger Bewohner – trotz möglicherweise höherer Aktivierungsrate – wirklich weniger Reize auf die Demenzkranken wirken.

Die Befunde im Bereich des Selektionsbias führen zu der Überlegung, dass mobile Demenzkranke – wenn man von einem insgesamt positiven Effekt vor allem auf die Lebensqualität der segregativen Settings ausgeht, gute Chancen haben eine adäquate Betreuung zu erhalten. Werden die Demenzkranken aber durch Komorbidität in ihrer Mobilität eingeschränkt, so ist häufig eine Platzierung in einer klassischen Abteilung angesagt. Buchanan (2005) weist darauf hin, dass das Personal auf Pflegeabteilungen ihr Augenmerk eher auf den physischen Gesundheitszustand legen und nicht auf die Behandlung von Demenz. Damit stellt sich die Frage ob eine adäquate Betreuung Demenzkranker nur für den mobilen Teil der Erkrankten angeboten wird und die anderen sich mit einer suboptimalen Versorgung begnügen müssen. Ob diese Lücke in der Versorgung gerechtfertigt ist sei dahingestellt. Weyerer (2005) zeigt mit dem Modell der teilsegregativen Versorgung möglicherweise einen gangbaren Ausweg. IN diesem Zusammenhang wäre auch interessant mehr über die genaue Funktionsweise der MTIF bei Reimer (2004) zu erfahren. Diese stellen möglicherweise eine weitere teilsegregative Versorgungsform dar. Demenzkranke mit schwerwiegender Komorbidität könnten in der

angestammten medizinisch orientierten Abteilung versorgt werden und erhalten tagsüber eine dem Krankheitsbild der Demenz angepasste Betreuung. Es darf somit die Frage nach der Zusammensetzung der Professionen bei der Betreuung und die Rolle der (medizinischen) Pflege, vor allem auf SCU und ähnlichen Abteilungen, gestellt werden. Der angewandte Skill and Grade Mix wäre zu überprüfen.

Die Studie von Aud (2005) lässt die Vermutung zu, dass die Wirkung der architektonischen Anpassungen eventuell überschätzt wird. Mustergültig gestaltete SCU waren den durchschnittlich gestalteten SCU nicht überlegen. Ein Argument für die Pflege und ihre Arbeit. Sie vermag unter Umständen architektonische Nachteile wettzumachen. Der Autor der vorliegenden Arbeit schliesst aus den Resultaten in Zusammenhang mit den baulichen Voraussetzungen, dass die Ausbildung der Pflegenden (soziales Umfeld) einen grösseren Einfluss hat als die reine Architektur. Auch Buchanan (2005) interpretiert seine Resultate als einen Hinweis auf die Ausbildung des Pflegepersonals. Pflegende auf Pflegeabteilungen benötigen mehr demenzspezifische Ausbildung um eine dem Krankheitsbild angepasste Versorgung anbieten zu können. Allgemeine Pflegestationen (mit Betreuung von Demenzkranken) würden demzufolge eher medizinisch gut ausgebildetes Personal und Spezialabteilungen für Demenz eher psychiatrisch ausgebildete Fachkräfte benötigen um den Bedürfnissen der Bewohner entsprechen zu können. Dies bedeutet indirekt auch, dass das Personal in integrativen Modellen für die Betreuung von Demenzkranken sowohl medizinisch wie psychiatrisch sehr gut ausgebildet sein müsste. Für Institutionen ist es unter Umständen aber leichter Spezialabteilungen zu gestalten und die jeweiligen Fachkräfte einzustellen als ständig nach den besten Allroundern suchen zu müssen.

Aufgrund der unklaren Resultate im Bereich der Medikamente scheint eine nähere Beschäftigung mit diesem "Instrument zur Verhaltensbeeinflussung" für Pflegende, welche sich im Bereich der Demenzbetreuung weiterbilden möchten dringend angesagt.

Eine Beurteilung der Vor- und Nachteile einer Segregation darf aber nie alleine auf die Wirkung auf das Verhalten oder damit verbunden auf die Lebensqualität der Demenzkranken gemacht werden. Es darf auch die Sicht der nicht demenzbetroffenen Bewohner und die der in diesen Stationen arbeitenden Personen sowie die der Angehörigen nicht ausser Acht gelassen werden. Deshalb eignet sich ein Zitat von Grant und Ory (2000) als Abschluss mit potential zu weiteren Diskussionen: "Inwieweit nicht Demenzkranke auf Grund der Verlegung von verhaltensauffälligen Mitbewohnern (...) profitieren, liess sich im Rahmen der vorliegenden Beobachtungsstudie nicht untersuchen. Ergebnisse internationaler Interventionsstudien weisen jedoch darauf hin, dass segregierte Dementenbereiche, wie im Domusprinzip; für die nicht demenzkranken Bewohner des Heimes, für Angehörige sowie für das Pflegeheim insgesamt einen entlastenden Charakter haben." (Zit. aus Weyerer, 2005)

5.4 Kritische Würdigung der Arbeit

Die Arbeit berücksichtigt schon in den Selektionskriterien der Suchresultate den Evidenzgrad der Studien. Es wurden ausschliesslich Evaluationsstudien ausgewählt. Dies erhöht die Aussagekraft der Resultate. Um zu guten Ergebnissen zu gelangen ist die Forschungsfrage klar formuliert. Die einfache Unterscheidung von segregativen und integrativen Konzepten führte zur Auswahl von Studien, die die betreffenden Settings klar trennten und somit eine Aussage über die Wirkung dieser erlauben. Schwieriger war der Begriff Verhalten. Das Verhalten von Demenzkranken ist äusserst facettenreich. Als Einweisungsgrund in eine stationäre Versorgung erwiesen sich Verhaltensauffälligkeiten als wichtigster Aspekt des Verhaltens. Die Einschränkung auf den Suchbegriff Verhaltensauffälligkeiten an Stelle des generelleren Begriffs Verhalten hätte möglicherweise zu Studien verholfen, die für die Pflege konkretere Aussagen (z.B. Pflegeinterventionen) machen. Die hier getroffene Wahl der zu untersuchenden Population hat sich bewährt. Es wurden hauptsächlich Aussagen zu Erkrankten mittleren bis späten Demenzstadiums gemacht. Damit können Aussagen über die Gruppe von Demenzkranken gemacht werden, die in Anbetracht des langen Krankheitsverlaufes für die Pflege die wichtigste Klientengruppe repräsentiert. Damit darf gesagt werden, dass die komplexe Suchstrategie zu valablen Treffern geführt hat. In Kombination mit den Selektionskriterien ist es dem Autor gelungen aktuellste relevante Arbeiten zum Thema zusammenzutragen.

Aufgrund der komplexen Suchstrategie war es allerdings nicht möglich alle relevanten Arbeiten zu berücksichtigen. Versuche mit weniger Suchbegriffen führten aufgrund der regen Forschungstätigkeit auf diesem Gebiet zu einer nicht zu bewältigten Flut von Treffern. Der Versuch die Trefferquote in den Datenbanken zu erhöhen, indem die Suche mit neuen Suchbegriffen systematisch konkretisierter wurde führte wiederum zum Ausschluss von für diese Fragestellung ebenfalls interessanten Studien. Verschiedenste Versuche mit unterschiedlichsten Suchbegriffen und –strategien in den Datenbanken führten nicht zu einem voll befriedigenden Ergebnis. In den in dieser Arbeit berücksichtigten Studien werden weitere interessante Forschungen entweder in der Einleitung oder in der Diskussion angesprochen. Anhand des Publikationsdatums der dort angesprochenen Studien scheint es sinnvoll Arbeiten der letzten zehn Jahre zu berücksichtigen. Aufgrund der beschränkten Ressourcen des Autors finden sich in dieser Review aktuellste Arbeiten der letzten fünf Jahre.

Zur Beurteilung der Qualität der Studien ist zu sagen, dass für die Beurteilung ein angepasstes Raster, welches auf der Einschätzung von Interventionsstudien basiert, benutzt wurde. Dieses Messinstrument wurde nie auf Validität und Reliabilität getestet. Es kam in der hier verwendeten Form nur in dieser Arbeit zum Einsatz und kann deshalb Ungenauigkeiten

und Fehler enthalten. Diese haben vielleicht die Qualität einiger Studien unter- respektive überbewertet.

Für diese Literaturreview wurden aufgrund der Sprachkenntnisse des Autors nur deutsche und englische Arbeiten berücksichtigt. Die Englischkenntnisse des Autors sind begrenzt, was zu möglichen Missverständnissen geführt haben könnte. Da zur Zeit eine rege Forschungstätigkeit herrscht ist eine Verzerrung der Resultate wegen den nicht berücksichtigten Sprachen nicht auszuschliessen.

Bei der Interpretation der statistischen Angaben können Fehler unterlaufen sein. Diese sind auf mangelnde Kenntnisse des Autors auf dem Gebiet der Sozialstatistik und auf nicht publizierte Daten zurückzuführen.

6 Verzeichnisse

6.1 Literaturverzeichnis

- Avalems : www.avalems.ch (zuletzt eingesehen am 08.01.10)
- Aud, Mira A ; Parker-Oliver, Debra ; Bostick, Jane ; Schwarz, Benjamin ; Tofle, Ruth Brent (2005). *The Missouri Demonstration Project ; Alzheimer`s Care Quarterly ; Vol 6 issue 4 ; Seite 309-315*
- B. Leipold B., Schacke C., Zank S. (2006). *Prädiktoren von Persönlichkeitswachstum bei pflegenden Angehörigen demenziell Erkrankter*, "Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie", Band 39, Seite 227-232, Steinkopff Verlag;
- Bartels C., Wallesch C.W. (2007). *Diagnostik bei chronisch fortschreitenden Demenzen*; "Nervenarzt", Ausgabe 78, Seite 597 – 607, Springer Medizin Verlag
- Bartholomeyczik, S., Halek, M., Riesner, C. (2006) *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausfordernden Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationnären Altenhilfe*, Bundesministerium für Gesundheit, Witten, August 2006. Dieses Dokument ist auch als Pdf auf Internet unter www.bmg.bund.de zu finden.
- Buchanan RJ ; Choi M ; Wang S ; Ju H ; Graber D (2005). *Nursing home residents with Alzheimer`s disease in special care units compared with other residents with Alzheimer`s disease*; *Dementia* (14713012); Vol 4(2); Seite 249-267
- De Gruyter W. (2004). *Klinisches Wörterbuch*; "Pschyrembel", 260. Auflage, Berlin, Walther de Gruyter GmbH
- Dettbarn-Reggentin J, (2005). *Studie zum Einfluss von Wohngruppenmilieus auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen*; "Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie", Seite 95 - 100, Band 38, Steinkopff Verlag;
- Dettbarn-Reggentin J. (2005). *Study on the influence of group living environment on demented ill people in inpatient facilities ; Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie: Organ der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie*; Vol 38(2); Seite 95-100
- Diehl J, Förstl H, Jansen S, Kurz A.(2004). *Frontaltemporäre Demenz: Besondere Probleme für die Angehörigen*; "Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie", Seite 301 – 306, Band 37 (2004), Steinkopff Verlag;

- Förstl H.(2008). *Behandlungs- und Versorgungsstrategien bei Alzheimer und verwandten Demenzen*; "Nervenarzt 2008", aus der Serie CME.tickets, Ausgabe 3 Springer Medizin Verlag
- German Agency of Health Technology Assessment at German Institute for Medical Documentation and Information (DAHTA)(DIMDI) (2006). *Care of demented persons: a comparison of outcomes, quality of life (the concerned persons and the relevant attachment figures (caring relatives)) and the cost in the settings Homecare, partial and complete inpatient care under consideration of the degree of dementia (project) (Project report)*
- Held Christoph, Doris Ermini-Fünfschillig, (2004). *Das demenzgerechte Heim*; Verlag Karger, Basel
- Hirsch R.D. (2008). *Im Spannungsfeld zwischen Medizin, Pflege und Politik: Menschen mit Demenz*; "Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie", Band 41, Seite 106-116, Steinkopff Verlag
- Kastner Ulrich, Löbach Rita (2007). *Handbuch Demenz*; Urban und Fischer, München
- Krämer Günter, Förstl Hans, (2008); *Alzheimer und andere Demenzformen*, 5. vollständig überarbeitete Auflage; Verlag Trias, Stuttgart
- Krämer Günther (1989). *Alzheimer-Krankheit*, Verlag Trias, Stuttgart
- König G., Kaldune A., Stief W. et al. (2007). *CERAD und NOSGER*; "Nervenarzt", Ausgabe 78, Seite 314 – 321, Springer Medizin Verlag
- Kurz A., Hallauer J., Jansen S. et al. (2005). *Zur Wirksamkeit von Angehörigengruppen bei Demenzerkrankungen*; "Nervenarzt", Band 76, Seite 261-269, Springer Verlag,
- Löbach Rita & Kastner Ulrich; Urban und Fischer (2007); S.143/144)
- LoBiondo-Wood G, Haber J (Hrsg. 2005). *Pflegeforschung (2. Auflage)*, München, Jena, Verlag Urban&Fischer, Elsevier
- Metzger, Ch. (2005). *Lern- und Arbeitsstrategien (7. Korr. Aufl.)*. Oberentfelden Sauerländerverlag.
- Nobili A; Ilaria Piana; Laura Balossi; Luca Pasina; Marina Matucci; Massimo Taratola; Silvia Trevisan; Emma Riva; Ugo Lucca; Mauro Tettamanti (2008). *Alzheimer special care units compared with traditional nursing home for dementia care: are there differences at admission and clinical outcomes?*; *Alzheimer Disease & Associated Disorders*; 22(4): Seite 352-61

- Ragneskog, Hans; Gerdner, Linda A; Hellström, Lisbeth (2001). *Integration of lucid individuals and agitated individuals with dementia in different care units*; Journal of Clinical Nursing; Vol 10 issue 6, Seite 730-736
- Reggentin H., Dettbarn-Reggentin J. (2006). *Demenzkranken in Wohngruppen betreuen und fördern*; Stuttgart, W. Kohlhammer Verlag
- Reimer MA ; Slaughter S ; Donaldson C ; Currie G ; Eliasziw M. *Special care facility compared with traditional environments for dementia care : a longitudinal study of quality of life* ; Journal of the American Geriatrics Society ; Vol 52(7) ; Jul 2004 ; Seite 1085-1092
- Roth G.(2007). Dilemmata der Altenpflege: *Die Logik eines prekären sozialen Feldes*; "Berl.J.Soziol.", Heft 1, Seite 77-96, Verlag unbekannt
- Schlicht N. (2008). *Körper und Gedächtnis*; "Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie", online Publikation 2008, Steinkopff Verlag;
- Schwarz Günther (2009). *Umgang mit demenzkranken Menschen*, Psychiatrie Verlag, Bonn
- Schwemmler C., Schwemmler U., Buller N. et al., (2004). *Demenz – Aktueller Wissensstand und Bedeutung für HNO-Ärzte*; "HNO-Praxis", Ausgabe 52, Seite 1103 – 1108, Springer Medizin Verlag
- Sieber C.C. (2007). *Der ältere Patient – wer ist das?*; "Internist", Band 48, Seite 1190-1194, Springer Medizin Verlag
- Steinert T., Bergk J. (2008). *Aggressives und gewalttätiges Verhalten*; "Nervenarzt", Ausgabe 79, Seite 359-370, Springer Medizin Verlag
- Walther G, (2007). *Freiheitsentziehende Massnahmen in Altenpflegeheimen – rechtliche Grundlagen und Alternativen der Pflege*; "Ethik in der Medizin", Band 19, Seite 289 – 300, Springer Medizin Verlag GmbH,
- Wetterling T., Gutzmann H., Haupt K. (2008). *Gründe für die Einweisung in eine gerontopsychiatrische Klinik*; "Nervenarzt", Band 39, Seite 340-347, Springer Medizin Verlag
- Weyerer S, Schäufele M, Hedlmeier I (2005). *Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich*; "Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie", Seite 85 - 94, Band 38, Steinkopff Verlag;
- Wunder M. (2008). *Demenz und Selbstbestimmung*; "Ethik in der Medizin", Band 20, Seite 17-25, Springer Medizin Verlag GmbH

- Günther Schwarz, (2006). *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*, Zusammenstellung von Textauszügen aus dem 150-seitigen Gesamttext der Rahmenempfehlungen. Der Gesamttext der Rahmenempfehlungen kann im Internet unter www.bmg.bund.de heruntergeladen werden.
http://www.alzheimerforum.de/2/3/Rahmenempfehlungen_zu_herausfordernem_Verhalten_Demenzkranker.pdf (letztmals eingesehen am 8.1.2010)

Anmerkung: Das Literaturverzeichnis listet die in der Arbeit zitierten Arbeiten auf. Nur im Anhang befindliche Literatur ist hier nicht aufgeführt.

6.2 Abkürzungsverzeichnis

- **3-W-K:** Drei Welten Konzept (Pflegezentrum Seeblick / Oppikofer (2005))
- **AARS:** Apparent Affect Rating Scale().
- **AD:** Alzheimer-Demenz
- **ADL :** activities of daily living
- **ASCU:** Alzheimer Spezial Care Unit
- **BCRS :** Brief Cognitive Rating Scale
- **BGP** (Beurteilungsskala für geriatrische Patienten) (Kam et al.; 1971)
- **BMFSF:** Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- **BPSD** Behavioral and psychological symptoms of dementia
- **BSF:** Behörde für Soziales und Familie der Freien und Hansestadt Hamburg
- **CMAI:** Cohen Mansfield Agitation Inventory
- **CPS:** Cognitive Performance Scale – fünf Items des MDS
- **DCM:** Dementia Care Mapping
- **DCU:** Dementia Care Unit (Pflegezentrum Käferberg/ / Oppikofer (2005))
- **FAPP:** Fragebogen zum Arbeitsumfeld der Pflegemitarbeiter in der Psychiatrie
- **FAST:** functional Assessment Staging
- **FEM:** freiheitseinschränkende Massnahmen
- **GDS** Geriatric Depression Scale (Yesavage et al.)
- **IPA :**Integrierter Pflegeansatz (Pflegezentrum Gehrenholz/ / Oppikofer (2005))
- **ISGOS** Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien
- **KG:** Kontrollgruppe
- **MBDF:** Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen
- **MDS:** Minimal Data Set
- **MMST** Mini-Mental-Status Test
- **MTIFs:** multiple traditional institutional facilities
- **NH:** traditional nursing home
- **NOSGER:** Nurses´ Observation Scale for Geriatric Patients; Brunner & Spiegel, 1990
- **NPI :** Neuropsychiatric Inventory
- **n.s. :** nicht signifikant

- **Ph-B:** Phasengerechte Betreuung (KrankenheimSonnweid / Oppikofer (2005))
- **PVA:** multidimensionale Pflege- und Verhaltensassessment "Mannheimer Arbeitsheft zur Beurteilung von Bewohner und Bewohnerinnen in stationären Pflegeeinrichtungen durch Pflegekräfte"
- **QoL:** Lebensqualität
- **ROT:** Realitätsorientierungstraining
- **SAS:** statistical software package from SAS Institute Inc, Cary; NC
- **SCF:** Specialized care facility
- **SCU:** Special Care Units
- **SCUEQS-Skore:** Teil des TESS-NH Tests zur Beurteilung von SCU
- **SET:** Selbsterhaltungstherapie
- **STIF:** single traditional institutional facility
- **SPSS:** statistic programm for sozial science
- **TESS-NH:** Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes
- **WG:** Wohngemeinschaft
- **ZLQI:** Zürcher Lebensqualitätsinventar
- **Z-MMS-Wert:** Zürcher Mini-Mental-Status; Brühwiler 1988

Anmerkung: Allgemein übliche Abkürzungen sind nicht aufgeführt.

6.3 Verzeichnis der Erfassungsinstrumente

- **ADL Long Scale:**
dient zur Messung der Selbständigkeit und besteht aus sieben Items (persönliche Hygiene, Ankleiden, Transfer, Mobilität (Lokomotion), Toilettenbenutzung, Essen und Bett-Mobilität) mit einem möglichen Score von 0 bis 28 (je höher der Wert umso mehr Unterstützung braucht die Person).
- **Barthel-Index (Mahoney und Barthel; 1965):**
Messung des Pflegeaufwandes
Standardisierte Fremdbeurteilung zur Erfassung grundlegender Alltagsfunktionen
10 Items in 5 Ratingsstufen
Max: 100 Punkte
- **BGP (Beurteilungsskala für geriatrische Patienten) (Kam et al. ; 1971)**
Erfassung der Leistungsfähigkeit der Patienten
Fremdbeurteilungsskala mit 35 Items in fünf Subskalen (Psychoorganisches Syndrom; Körperbezogene Pflegebedürftigkeit, Soziale Kompetenz; Aggressivität und Depressivität)
- **CMAI (Cohen-Mansfield-Skala)**
25 Items
Verhaltensauffälligkeiten werden nach drei Faktoren unterschieden (Physisch aggressives Verhalten; nicht-physisch aggressives Verhalten; verbal auffälliges Verhalten)
- **CPS (Cognitive Performance Scale):**
besteht aus fünf Items, integriert in den MDS, um die Ausprägung der kognitiven Defizite zu erfassen (Kurzzeit-Gedächtnis, Entscheidungsfindung im Alltag, komatöse Zustände, Kommunikationsfähigkeit und Selbständigkeit bei der Essenseinnahme). Anhand dieser Items werden die Personen auf einer sieben-stufigen Skala (1= keine bis 7=schwere kognitive Beeinträchtigung) klassiert.
- **Family Perceptions of Care:**
Fragebogen besteht aus 51 Items zur Erfassung der Zufriedenheit der Angehörigen mit der Umgebung/Gestaltung, der medizinischen Pflege, der Beziehung zwischen den Bewohnern, Angehörigen und Pflege.
- **GDS (Geriatric Depression Scale)(Yesavage et al.); Kurzform**
Erfassung einer Depression
15 Items
Cut-Off Wert : 6; 6-10Punkte: leichte bis mässige Depression; ab 11 Punkte schwere Depression.
- **IADL-Skala**
Auf dem ADL-Score basierendes Verfahren zur Erfassung der Alltagskompetenz. Erfassung von acht Aktivitäten des täglichen Lebens und Kompetenz zur Körperpflege.
- **MDS:**
Erfassungsinstrument für Bewohner
Erfasst Krankheitszustand und Infektionen welche sich auf ADL's, kognitiven Zustand, Stimmung und Verhalten, medizinische Pflege, Pflegedokumentation und Mortalitätsrisiko auswirken. Eine

wichtige Aufgabe des MDS ist die aktuelle und akkurate Beschreibung des Gesundheitszustandes des Bewohners. MDS stützt sich für die Diagnose von Alzheimer auf den ICD-9-CM Code 331.0 als Definition der Alzheimer Krankheit. Für die Studie von Aud (2005) berücksichtigten 28 Items gehören den Untergruppen "Stimmung und Verhalten", Stürze, "Gewicht" und "Medikation" an.

- **MDS Pain Scale:**
hat vier Einstufungen, welche sich nach Schmerzhäufigkeit und Schmerzintensität richtet (je intensiver und häufiger die Schmerzen umso höher die Einstufung).
- **MMSE (Mini-Mental-State Examination)(Folstein et al.),** häufig auch MMST (Mini-Mental-Test)
Erfassung der kognitiven Leistungsbeeinträchtigung ; Demenzdiagnostik
30 Items mit fünf Subskalen (Orientierung, Merkfähigkeit; Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit; Erinnerungsfähigkeit; Sprache
Min: 0 Punkte; Max: 30 Punkte. 29-30 Punkte= keine Beeinträchtigung; 23-28 Punkte= leichte kognitive Leistungsbeeinträchtigung.
- **NOSGER (Spiegel 1990; 1992),** Nurses Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER)
Erfassung des Pflegeaufwandes. Standardisierte Fremdbeurteilung.
Gemessen werden: Fähigkeiten, Psychische und soziale Funktionen
30 Items (fünf Ratingstufen) zu Sechs Dimensionen (Gedächtnis, Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), Körperpflege (Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)), Stimmung, Soziales Verhalten, Störendes Verhalten)
5 Punkte= keine Störung; 25 Punkte = grösstmögliche Störung
Normdaten für gesunde Ältere, die zu Hause leben: Subskala Gedächtnis > 10 Punkte, IADL >14; ADL > 10; Stimmung >10; sozialverhalten > 15. Für die Subskala „störendes Verhalten“ liegt kein Cut-Off Wert vor.
- **NPI (Neuropsychiatrisches Inventar):**
Auftretenshäufigkeit, Form und Auswirkungen von Verhaltensänderungen werden in 12 Kategorien erfasst. Bereiche sind unter anderem Wahn, Angst, Depression, Antrieb, Schlaf, Essverhalten
Fremdbeurteilung, relativ hoher Zeitaufwand
- **TESS-NH**
ist ein aus 84 konkreten und einem globalen Item konstruierter Fragebogen zur systematischen Einschätzung einer Langzeit-Einrichtung; unterteilt in 13 Untergruppen (Ausgangskontrolle, Unterstützung, Sauberkeit, Sicherheit, Orientierungshilfen, Privatsphäre, Autonomie der Station, Zugang zu Aussenbereichen, Beleuchtung, Lärm, visuelle und taktile Stimulation, Platzverhältnisse und Familiarität/homelike). Er beinhaltet 18 Items zur Einschätzung von SCU (**SCUEQS**). Punkteskala von 0 – 38; je höher desto besser die Qualität. Untergruppe TESS-NH global assessment für physisches Umfeld max 10 Punkte (je höher umso besser).

Anmerkung: Das Verzeichnis enthält die wichtigsten Messinstrumente der Artikel.

Anhang A

Suchresultate der Datenbanken über kfh.ch

Datenbank: Health Source

	Block 1	Block 2	Block 3	Block 4	Total
	11 364	19 134	82 315	167 679	34
Datum					-7
Titel					-6
Abstract					-5
Rest total					16

Datenbank: PsycINFO

	Block 1	Block 2	Block 3	Block 4	Total
	33 330	39 882	414 582	78 491	20
Datum					-5
Titel					-5
Abstract					-5
Rest total					5

Datenbank: MEDLINE

	Block 1	Block 2	Block 3	Block 4	Total
	790 376	57 429	105 455	1 820 727	103
Datum					-76
Titel					-66
Abstract					-30
Rest total					10

Datenbank: Cinahl

	Block 1	Block 2	Block 3	Block 4	Total
	18 580	60 440	28 676	115 316	36
Datum					-0
Titel					-14
Abstract					-10
Rest total					12

Datenbank: Cochrane

	Block 1	Block 2	Block 3	Block 4	Total
	4 816	7 937	21 845	253 832	124
Datum					-19
Titel					-76
Abstract					-12
Rest total					17

Die so gefundenen 60 Treffer wurden nochmals vertieft auf die Selektionskriterien hin überprüft. Insgesamt hat der Autor neben den hier beschriebenen Studien über 50 Artikel zum Thema gelesen um zu einer Annäherung einer Antwort auf die Forschungsfrage zu gelangen (Eine Liste der angesprochenen Studien finden Sie im Anhang). Es befanden sich vier Doppelfunde darunter. Übrig blieben sieben Studien. Eine Studie (Lai Claudia KY ; Yeung Jonas HM ; Mok Vicent ; Chris Iris, 2007. *Special care units for dementia individuals with behaviour problems*, John Wiley & Sons, Ltd) war nicht erhältlich. Die anderen sechs Studien sind in dieser Arbeit beschrieben.

Anhang B

Die Möglichkeit des Miteinanders. Reggentin H; Dettbarn-Reggentin J. 2004. Daten aus Buch: *Demenzranke in Wohngruppen betreuen und fördern* (2006); Reggentin Heike; Dettbarn-Reggentin Jürgen; S. 87-104;

Design, Setting, Sample	Methode	Ergebnisse	Diskussion,Evidenz, Ethik
<p>Design Evaluationsstudie</p> <p>Setting In drei Alters- und Pflegeheimen aus Nordrhein-Westfalen sieben Wohngruppen (WG). In zweien je eine segregative WG mit 13 resp. 15 Bewohnern (mittel bis schwere Demenz). Im dritten fünf WG für sechs bis 13 Bewohner, davon eine segregativ (mittel bis schwere Demenz) und vier integrativ (mittelschwere und keine Demenz). Alle Abteilungen arbeiten nach dem Konzept der Milieuthherapie, mit Gemeinschaftsraum gestaltet als Wohnküche. Alle agieren als eigenständige Versorgungseinheit und sind organisatorisch in ihre Institution eingebunden.</p> <p>Sample WG 1-7: 70 Bewohner; 45 ♀, Durchschnittsalter 81.7; 54 Bewohner mit Demenz. Integrative WG: WG1: sieben Bewohner, fünf ♀, Durchschnittsalter 76.8; zwei leichte und eine schwere Demenz. WG2: sieben Bewohner, vier ♀, Durchschnittsalter 81.0; zwei leichte und eine mittelschwere Demenz. WG3: acht Bewohner, vier ♀, Durchschnittsalter 68.7; drei leichte und eine schwere Demenz. WG4: sechs Bewohner, vier ♀, Durchschnittsalter 82.5; eine leichte und eine mittelschwere Demenz. Segregative WG: WG5: 14 Bewohner, 12 ♀, Durchschnittsalter 81.2; alle dement. WG6: 13 Bewohner, 13 ♀, Durchschnittsalter 86.1; alle dement. WG7: 15 Bewohner, 12 ♀, Durchschnittsalter 85.3; alle dement.</p> <p>Ein/Ausschlusskriterien keine Angaben</p> <p>Forschungsfrage/Ziel Frage: Sind auch integrativ zusammengesetzte Wohngruppen für Demenzranke geeignet? Ziel: Wirkungsweise von Wohngruppen auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen untersuchen (und mit herkömmlichen Einrichtungen vergleichen).</p>	<p>Datensammlung Datenerhebung durchgeführt von Januar 2001 bis Oktober 2003 durch ISGOS. Drei Messpunkte: T1 vor Einzug, T2 sechs Monate später, T3 nach einem Jahr. GDS und MMSE durchgeführt von zwei Mitarbeitern des ISGOS. Daten zur körperlichen Befindlichkeit, ADL's, IADL's, psychisches Befinden, soziales Verhalten, Stimmung anhand eines Fragebogens durch Pflegepersonal ausgefüllt. Veränderungen der Arbeitsbedingungen und des räumlichen Konzeptes von WGleitern aufgezeichnet. Beobachtungen und tagebuch-ähnliche Aufzeichnungen des WGleiters zu T1 und T3 sowie ein Abschlussinterview sind weitere Datenquellen.</p> <p>Intervention: Setting ist Intervention</p> <p>Instrumente Eigener Fragebogen Reggentin, GDS (Yesavage et al.) Kurzform, MMSE (Zaudig/Hiller 1996), CMAI, leicht modifizierte Form angewendet, BGP (Kam et al.; 1971), NOSGER (Spiegel 1990; 1992), Barthel-Index (Mahoney und Barthel; 1965)</p> <p>Datenanalyse Auswertung mit SPSS, Version 10.0. Berechnung der Mittelwert Unterschiede bei unabhängigen Stichproben mit Mann-Whitney-U-Test, bei abhängigen Stichproben Friedman-Test oder Wilcoxon-Test. Analyse der kategorischen Daten mit Chi-Quadrat-Test.</p>	<p>Ausgangsstichprobe: 158 Bewohner; vollständiger Datensatz am Ende der Untersuchung von 111 Bewohnern. Vergleichsgruppe n=58; Wohngruppe (n total = 53): n=27 segregativ; n= 26 integrativ.</p> <p>Bewohner ohne demenzielle Erkrankung (MMSE-Wert >22) zu T1: WG integrativ (Kontrollgruppe stationär): n=13 (n=8); MMSE-Mittelwert 26.3 (25.3); Anteil Frauen 61.5% (50.0%); Mittelwert Barthel-Index 59.6 (67.5); Pflegestufe 1 53.9% (62.5); Pflegestufe 2 46.1% (37.5%); Wohndauer im Heim im Mittel 42.7 Monate (34.9). Alle hatten mehrere somatische Erkrankungen und Leistungen der Pflegeversicherung. Kontrollgruppe (KG): Bewohner herkömmlicher Pflegeheime mit vergleichbaren Merkmalen. Bewohner ohne demenzielle Erkrankung in integrativen WG stiegen im Vergleich zur beim Barthel-Index von T1= 59.6 auf 64.2 zu T3 (KG: 67.5 auf 75.6). Der Verlauf der kognitiven Leistungen und die Depressionswerte zeigen keine Signifikanz und sind in beiden Gruppen annähernd gleich. NOSGER-Wert Sozialverhalten im Verlauf: T1: 13.85 WG (16.13 KG); T2: 12.38 (17.50); T3: 16.38); Mann-Whitney-U-Test: T1=n.s.; T2: 0.019; T3=0.043.</p> <p>Im Folgenden die Daten der demenzkranken Bewohner (n=86): Ergebnisse Physische Entwicklung: Bei fast allen Bewohnern der WG nahmen die Mittelwerte des Barthel-Index und der ADL's im Verlauf geringfügig ab. In der Vergleichsgruppe der "Normalversorgung" erlitten die Bewohner erheblich höhere Einbussen. WG integrativ (T1=64; T2=63; T3=60.5); WG segregativ (28.04; 22.5; 22.85); Kontrollgruppe (41.49; 33.51; 30.21); Maximum 100 Punkte; alle Ergebnisse (T1-T3) hochsignifikant (keine näheren Angaben).</p> <p>Ergebnisse Kognitive Entwicklung: Demenziell Erkrankte in integrierten WG zeigen den günstigsten Verlauf. (MMSE-Mittelwerte: T1=17.00; T2:16.50; T3=17.50). WG segregativ (T1=8.74; T2=8.91; T3=8.35) hatte die tiefsten Ausgangswerte, konnte diese jedoch fast halten. Eine deutliche Verschlechterung zeigte sich bei der Kontrollgruppe (T1=11.83; T3=11.43; T3=10.33). T1 und T2 = hochsignifikant; T3 signifikant (keine näheren Angaben). Ergebnisse Soziales Verhalten: Die Kontrollgruppe zeigte eine kontinuierliche Abnahme der Fähigkeiten (NOSGER- Mittelwerte: T1=17.53; T2=18.19; T3=18.70). Bei den segregativen WG (T1=17.18; T2=17.46; T3=16.96) und den integrativen WG (T1=14.40; T2=13.20; T3=14.00) verbesserten sich die Werte des Sozialen Verhaltens. Es konnte beobachtet werden, dass sich in den integrativen WG familienähnliche Strukturen entwickelten (Einbezug aller bei Aktivitäten bis zu Übernahme kleiner pflegerischer Tätigkeiten von nicht demenziell erkrankten Bewohnern) und sie konfliktregulierend wirken (Verständnis für das Krankheitsbild Demenz). Verhaltensauffälligkeiten bei Beginn der Messung (Einzug) verbesserten sich im Verlaufe der Untersuchung bei Bewohnern in WG (keine Aussage zu Kontrollgruppe).</p>	<p>Diskussion Die Autoren sehen mit dieser Studie den Zusammenhang von Wohnmilieu und physischer/ psychischer Vitalität als erwiesen an. Sie heben hervor, dass sich sogar bei schwerer Demenz in den WG Verbesserungen beim sozialen Verhalten zeigten. Der Verlust von kognitiven Fähigkeiten und die gesundheitliche Verschlechterung aufgrund somatischer Erkrankungen konnte auch in den WG nicht aufgehalten werden. Die Autoren sehen in den integrativen WG physische Vorteile für nicht demente Bewohner aufgrund vermehrter Aktivitäten. Sie weisen darauf hin, dass WG in stationären Einrichtungen immer als Gesamtprojekte des Hauses angesehen werden sollten und dass sowohl Betreuungs- und Pflegekonzeption als auch bauliche Massnahmen unbedingt aufeinander abzustimmen sind.</p> <p>Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998) III</p> <p>Gütekriterien nach Behrens & Langer (2004) 4.1</p> <p>Ethik Ausgeführt im Rahmen des vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen geförderten Modellprojektes „Wohngruppen für demenziell Erkrankte“.</p>

Special care facility compared with traditional environments for dementia care : a longitudinal study of quality of life ; Reimer MA ; Slaughter S ; Donaldson C ; Currie G ; Eliasziw M ;

Design, Setting, Sample	Methode	Ergebnisse	Diskussion, Evidenz, Ethik
<p>Design Prospektives matched-group Design mit Messung der Lebensqualität alle drei Monate über ein Jahr.</p> <p>Setting 24 Langzeit-Pflegezentren und vier betreute Wohngruppen in urbanem Zentrum Westkanadas.</p> <p>SCF: Komplex aus sechs Bungalows mit Platz für je zehn Bewohner mit home-like Struktur, höherem Personalschlüssel, Bezugspflege und Garten.</p> <p>MTIFs: ähnliche Struktur wie Wohngruppen mit psychogeriatrischen Einheiten und home-like Umgebung; traditionellen Personalschlüssel und – mix. Bewohner der MTIF-Kontrollgruppe stammen von 24 Langzeitinstitutionen oder aus einem der vier assisted-living centers aus dem Umkreis. STIF: „klassische“ Abteilung mit langen Korridoren, grossen und lauten Speisesälen sowie traditionelle Versorgung. Bewohner der STIF-Kontrollgruppe stammen hauptsächlich aus den drei Psychogeriatrischen Abteilungen der Stadt.</p> <p>Sample 185 Bewohner mit GDS <5. 62 Bewohner in der Interventionsgruppe (SCF); 123 Bewohner in Kontrollgruppe: Zwei Kontrollgruppen: MTIF (64) und STIF (59), anhand GDS-Score und Alter sowie Komorbiditäten gematched. Zusätzliche Personendaten gewonnen bei Neuaufnahmen. Personen die vor der dritten Messung die wechselten wurden zu der Pflegeeinrichtung gezählt in welche sie verlegt wurden. Personen, welche nach der Dritten Messung verlegt wurden verblieben in der Ausgangsgruppe. Alle Versuchspersonen wurden von dem regionalen Gesundheitsbüro rekrutiert.</p> <p>Ein/Ausschlusskriterien SCF-Aufnahmekriterien: GDS < 5; Nichtraucher; pflegerisch nicht zu aufwendig,</p> <p>Forschungsfrage/Ziel Vergleich spezialisierter Pflegeeinrichtungen (SCF) und traditioneller Pflege von Demenzkranken in mittlerem bis spätem Krankheitsstadium auf Lebensqualität über ein Jahr.</p>	<p>Datensammlung Tests von in allen Instrumenten ausgebildeten und mit dem Krankheitsbild Demenz vertrauten Forschungsassistenten durchgeführt. AARS erhoben sie durch Beobachtung, BCRS durch Interaktion und Beobachtung, alle übrigen Assessments durch Befragung des Pflegepersonals und der Angehörigen. Daten über Gesundheit und Medikation aus den Dokumentationen.</p> <p>Messungen: Baseline (bei Beginn resp. Eintritt), nach drei, sechs, neun und zwölf Monaten.</p> <p>Intervention Das Setting ist die Intervention.</p> <p>Instrumente BCRS; FAST, CMAI, Pleasant Event Scale- Alzheimer's disease; MOSES, AARS; Charlson Comorbidity Index.</p> <p>Datenanalyse QoL in dieser Studie: multidimensionale Evaluation mit intrapersonalen und sozio-normativen Kriterien zwischen Person und Umwelt. Gemessen an fünf Dimensionen: Kognition (BCRS), ADL's (FAST), Verhalten (CMAI); Soziales Verhalten (Pleasant Events Scale, MOSES) und Affekt (AARS). Datenauswertung mit SPSS 11.1 (SPSS Inc. Chicago, IL). Für den Gruppenvergleich: ANCOVA; Univariate und grafische Analyse der Daten. Fehlende Daten mit SOLAS 3 ergänzt. Berechnung und Vergleich der angepassten Mittelwerte (der drei Gruppen).</p>	<p>Es fehlten keine Daten aus dem follow-up. Keine statistisch signifikanten Unterschiede zu T1 zwischen den drei Gruppen bei Alter (M=81.7; SD=7.5), Geschlecht (73.5% Frauen), GDS-Werten (M=6.0) und Komorbiditäten (M=4.5;SD=1.4). Die Medikation war vergleichbar. Es gab wenige fehlende Daten beim Assessment (CMAI 0.1%; MOSES 1.2%, AARS 0.7%). BCRS: Die Werte nahmen über die Zeit auf allen Achsen (Konzentration, past memory, Orientierung) ausser bei "recent memory", signifikant ab. Keine signifikanten Unterschiede auf diesen Achsen zwischen den Gruppen. Bei "functioning" und "self-care" signifikante Unterschiede (p=0.12) zwischen den Gruppen und im Verlauf (p<.001); MTIF kleinster Abbau, STIF grösster Abbau. ADL's (FAST): Bei allen Gruppen signifikante Verschlechterung über die Zeit, am wenigsten bei SCF (p=.016). Verhalten (CMAI): Abnahme bei allen Gruppen. Grosse Bandbreite der Messwerte. Die Interventionsgruppe wies einen Trend zu mehr agitiertem Verhalten nach der dritten Messung auf (p=0.87). Soziale Aktivität (MOSES): keine signifikanten Unterschiede. Soziale Aktivität (Pleasant Events Scale): Alle Gruppen abnehmende Werte. Gruppenunterschiede über die Zeit mit p=.025. STIF grösste Abnahme. Affekt (AARS): SCF signifikante Unterschiede auf der Dimension Angst/Furcht (weniger hohe Werte p=.003) und Interesse (höhere Werte p=.017). Die Werte "keine Reaktion auf die Umwelt" nahm signifikant für alle zu (p<.001). Über die Zeit ein Trend für weniger Zunahme bei (p=0.79). Vergleich der Mittelwerte: Functional Assessment Staging: P-Werte: Gruppe=.16, Zeit<.001, Gruppe x Zeit=.854. CMAI- Total: P-Werte: Gruppe=.87, Zeit<.002, Gruppe x Zeit=.433. Pleasant Events Scale: P-Werte: Gruppe=.025, Zeit=.007, Gruppe x Zeit <.001. MOSES – Subskala "sozialer Rückzug": P-Werte: Gruppe=.336, Zeit<.001, Gruppe x Zeit=.573. AARS – Subskala "Angst/Furcht": P-Werte: Gruppe=.003, Zeit=.001, Gruppe x Zeit=.635. AARS – Subskala "Interesse": P-Werte: Gruppe=.17, Zeit=.111, Gruppe x Zeit=.795</p> <p>Zusammenfassung: Weniger Abnahme bei ADL's, mehr Interesse an der Umwelt und weniger negative Affekte bei SCF im Vergleich zu den anderen beiden Settings. Keine Unterschiede bei Konzentration, Gedächtnis, Orientierung, Depression und sozialem Rückzug.</p>	<p>Diskussion Über alles gesehen kommen die Autoren zum Schluss, dass die Lebensqualität für Demenzkranke mittleren und spätem Stadiums in SCF gleich gut oder besser ist als in den MTIF und STIF. Die Resultate dieser Forschung decken sich nach Ansicht der Verfasser mit den Resultaten von Lawton (1973) und Morgan (1997), die nahelegen, dass ein adäquat angepasstes physikalisches und soziales Umfeld einen positiven Effekt auf die Lebensqualität hat. Die Frage, ob Demenzkranke im letzten Stadium profitieren, können die Autoren nicht beantworten und fordern Studien zu diesem Thema.</p> <p>Die Resultate bei der Agitation erklären die Forscher mit dem Person-Umwelt Interaktions Modell, welches die höheren Werte auf die höhere Stimulation und Aktivität in SCF zurückführen. Die erhöhte Agitation werten sie nicht als negatives Ergebnis. Sie machen darauf aufmerksam, dass die Medikation vergleichbar war in allen Settings. Zusätzlich weisen sie auf grosse individuelle Unterschiede hin.</p> <p>Die tieferen Werte bei Angst/Furcht sowie das grössere Interesse an der Umgebung in den SCF war für die Forscher ein erwartetes Resultat und entspricht einer Forschung von Lawton (1999). Als Stärken dieser Studie bezeichnen die Autoren die Grösse der Interventions- und Kontrollgruppen sowie die Kombination von interaktiver Messung und Beobachtung. Als problematisch betrachten sie den Vergleich anhand von Messungen zu bestimmten Zeitpunkten. Die grösste Einschränkung dieser Studie ist die fehlende Randomisierung. Eine weitere Einschränkung machen die Autoren aufgrund der gewählten Messinstrumente. Sie bezeichnen den interaktiven BCRS und den beobachtenden AARS als brauchbar, fügen aber an, dass aufgrund der kurzen Beobachtungszeit Messfehler auftreten können. Sie benutzen eine Subskala von MOSES zur Beurteilung einer Depression und bezeichnen dieses Instrument im Rückblick als ungenügend.</p> <p>Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998) III</p> <p>Gütekriterien nach Behrens & Langer (2004) 4.4</p> <p>Ethik Die Ethik wurde durch den regionalen conjoint health research ethics board geregelt.</p>

Nursing home residents with Alzheimer's disease in special care units compared with other residents with Alzheimer's disease Buchanan RJ ; Choi M ; Wang S ; Ju H ; Graber D ;

Design, Setting, Sample	Methode	Ergebnisse	Diskussion, Evidenz, Ethik
<p>Design Querschnittsuntersuchung</p> <p>Setting Alle SCU und alle anderen Institutionen, welche Alzheimerkranke betreuen in den USA.</p> <p>Sample Analyse aller MDS (Minimal Data Set) – mehr als 444 100 Assessments – des Jahres 2000 in den USA. Davon 49 627 mit Diagnose Alzheimer; 11 311 der Erkrankten leben in einer SCU.</p> <p>Ein/Ausschlusskriterien MDS stützt sich für die Diagnose von Alzheimer auf den ICD-9-CM Code 331.0 als Definition der Alzheimer Krankheit.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel Vergleich von an Alzheimer Erkrankten in special care units (SCU) und Pflegeheimen in den USA bezüglich demographischer Charakteristiken, Gesundheitszustand und Behandlung.</p>	<p>Datensammlung Verwendung der MDS-Daten des Jahres 2000 aus den USA</p> <p>Intervention Keine, Setting ist Intervention</p> <p>Instrumente MDS, MDS Pain Scale; ADL Long Scale, CPS (Cognitive Performance Scale – fünf Items des MDS)</p> <p>Datenanalyse Datenanalyse mit SAS (statistical software package from SAS Institute Inc, Cary; NC) Standardprozeduren wurden angewandt (Häufigkeit, Mittelwerte, Standardabweichungen Median, univariate Analyse etc.). Unterschiede zwischen den beiden Population mit Chi-Quadrat-Test.</p>	<p>Demografie: Bewohner der SCU sind signifikant ($p \leq 0.001$) häufiger männlich, jünger, weiss und verheiratet, bezahlen häufiger aus eigenen Finanzmitteln, wurden häufiger aus einer privaten Residenz überwiesen und hatten häufiger einen Stellvertreter für Gesundheitsfragen. Bewohner von anderen Pflegeeinrichtungen wurden häufiger von einer Akutstation überwiesen und kümmerten sich häufig selber um Entscheidungen.</p> <p>Kognition und Kommunikation: Die Bewohner der SCU wiesen signifikant ($p \leq 0.001$) schlechtere kognitive Funktionen bei der Einweisung auf und zeigten öfters Verwirrtheit und eingeschränkte Wahrnehmung. Bewohner anderer Institutionen hatten signifikant ($p \leq 0.001$) schwerere Beeinträchtigungen, bessere Gedächtnisleistungen und konnten sich besser verständigen.</p> <p>Geistige Gesundheit und Verhalten: Bewohner von SCU zeigten signifikant ($p \leq 0.001$) häufiger Anzeichen für Depression, schlechter Stimmung und Sorgen. Sie wiesen signifikant mehr Verhaltensauffälligkeiten auf.</p> <p>ADL und körperliche Einschränkungen: Bewohner auf Pflegeabteilungen waren signifikant ($p \leq 0.001$) häufiger auf Hilfsmittel zur Fortbewegung angewiesen und hatten signifikant schlechtere Werte in den ADL's. Die Bewohner der SCU wiesen signifikant ($p \leq 0.001$) weniger Einschränkungen in der körperlichen Beweglichkeit auf.</p> <p>Weitere Gesundheitsfaktoren: Signifikant ($p \leq 0.001$) mehr Bewohner in Pflegeabteilungen hatten Bluthochdruck und Herzprobleme, hatten häufiger Decubiti und waren häufiger inkontinent. Bewohner der SCU hatten bei Eintritt signifikant ($p \leq 0.001$) weniger Schmerzen.</p> <p>Behandlung und Therapien: Bewohner von SCU nahmen signifikant ($p \leq 0.001$) weniger Medikamente insgesamt, hatten aber signifikant häufiger Antipsychotika. Bewohner von Pflegeabteilungen hatten signifikant ($p \leq 0.001$) häufiger zusätzliche Behandlungen. Bei Einweisung erhielten Bewohner der SCU signifikant ($p \leq 0.001$) weniger Therapien, sahen aber signifikant ($p \leq 0.001$) häufiger einen Psychiater und hatten signifikant ($p \leq 0.001$) häufiger Interventionen für Stimmung, Verhalten und Kognition.</p> <p>Freiheitsbeschränkende Massnahmen: Bewohner anderer Institutionen hatten signifikant ($p \leq 0.001$) mehr freiheitseinschränkende Massnahmen.</p>	<p>Diskussion In dieser Studie fanden die Autoren bedeutsame Unterschiede zwischen den Populationen einer SCU und einer Pflegeabteilung. Bewohner einer SCU sind häufiger Selbstzahler, männlich, jünger, weiss, verheiratet, und weisen mehr kognitive Einbussen sowie Verhaltensauffälligkeiten auf. Diese Bewohner sind selbständiger und mobiler als Bewohner auf einer Pflegeabteilung. Sie erhalten weniger Medikamente insgesamt, aber mehr Antipsychotika. Bewohner auf Pflegeabteilungen haben häufiger chronische Krankheiten. Einweisungsgründe auf eine SCU sind hauptsächlich abnehmende kognitive Fähigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten, bei einer Pflegeabteilung körperliche Defizite (ADL's). Bewohner einer SCU bleiben auf der Abteilung, bei Pflegeeinrichtungen verlassen mehr Personen die Institution nach 90 Tagen wieder. Die Autoren interpretieren dies, dass Pflegeabteilungen in erster Linie gesundheitliche Probleme behandeln (z.B. Rekonvaleszenz nach Hüft-Tp). Sie weisen darauf hin, dass das Personal auf Pflegeabteilungen ihr Augenmerk eher auf den physischen Gesundheitszustand legen und nicht auf die Behandlung von Demenz. Die häufigere Benutzung von freiheitseinschränkenden Massnahmen in Pflegeabteilungen deuten die Autoren in Richtung, dass die Bewohner mehr Defizite in den ADL's und der Mobilität aufweisen als in den SCU und somit mehr Interventionen notwendig sind. Sie fordern aber auch zusätzliche Studien zu diesem Thema. Die Autoren interpretieren ihre Resultate als einen Hinweis auf die Ausbildung des Pflegepersonals. Pflegenden auf Pflegeabteilungen benötigen mehr demenzspezifische Ausbildung um eine dem Krankheitsbild angepasste Versorgung anbieten zu können. Die Autoren fordern mehr Langzeitstudien um die Ergebnisse der "besseren" Betreuung in den SCU durch Resultate belegen zu können. Sie regen vermehrte Forschung auf dem Gebiet der SCU an, um die Personen, welche am meisten von dem zusätzlichen Angebot profitieren, besser identifizieren zu können.</p> <p>Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998) III</p> <p>Gütekriterien nach Behrens & Langer (2004) 3.1577</p> <p>Ethik Die MDS-Daten und deren Verwendung in dieser Untersuchung entsprechen den Richtlinien des Centers for Medicare und Medicaid Services' data release und den privacy guidelines</p>

Study on the influence of group living environment on demented ill people in inpatient facilities (German) Autoren: Dettbarn-Reggentin J. Clinical Trial. Comparative Study. Contolled Trial. English abstract. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 38(2): 95-100. 2005 April Studie zum Einfluss von Wohngruppen auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen (2005) Daten aus Buch: Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern (2006) Reggentin Heike; Dettbarn-Reggentin Jürgen S. 57-85

Design, Setting, Sample	Methode	Ergebnisse Teil 1
<p>Design Längsschnittgruppendesign mit 3 Erhebungszeitpunkten</p> <p>Setting Versuchsgruppe (WG): Drei segregative Wohngruppen (WG1: Oase; WG 2: Lürrip; WG 3: Arche Noah) aus Nordrhein-Westfalen. Alle drei WG's arbeiten nach dem Modell der Mileutherapie mit Wohnküche.</p> <p>Kontrollgruppe (KG): Bewohner der "Normaletage" aus Häusern derselben Trägerschaften wie WG's aus Nordrhein-Westfalen.</p> <p>Sample Stichprobe Wohngruppen segregativ (WG); n=27 Kontrollgruppe stationär (KG); n= 33. N total = 60 Vergleich der Stichproben: WG – KG (im Klammern): Alter im Mittel 82.9 (83.1); Geschlecht (w) in %: 81.5 (78.5); Barthel-Index im Mittel: 40.1 (35.9); MMSE im Mittel: 40.1 (35.9); Pflegestufe 1 in %: 40.7 (36.4); Pflegestufe 2 in %: 55.6 (51.5); Pflegestufe 3 in %: 3.7 (12.1); Wohndauer im Heim im Mittel in Monaten: 28.6 (32.0)</p> <p>Ein/Ausschlusskriterien Vorliegende Demenz = MMSE > 18 Punkte; Mobilität Kontrollgruppe mittels Parallelisierung (Matchingverfahren), weil Randomisierung nicht möglich. Matchingvariablen: Alter, MMSE <18, Barthel-Index 25 – 50 Punkte.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel „Die Wirkungsweise von Wohngruppen demenziell Erkrankter in stationären Einrichtungen untersuchen und mit der Versorgung in herkömmlichen Einrichtungen der Altenhilfe vergleichen“ (s.57)</p>	<p>Datensammlung 3 Messzeitpunkte T1-T3; T1 : vor Einzug der Bewohner in die Wohngruppe; T2: 6 Monate später; T3: 12 Monate später. T1 – T3: psychometrische Tests durch geschulte Institutsmitarbeiter; T1 – T3: Daten zur körperlichen Befindlichkeit, ADL's, IADL's, psychisches Befinden, soziales Verhalten, Stimmung durch Pflegepersonal. T1 und T3: Veränderungen der Arbeitsbedingungen, das räumliche Konzept, Beobachtungen der Bewohner, tagebuchähnliche Aufzeichnungen durch Wohngruppenleiter; T3: Abschlussinterview mit Wohngruppenleitern. Die Untersuchung wurde im Zeitraum von 1.2001 bis 10.2003 durchgeführt. Zeitraum zwischen T1 und T2 sowie T3 ca. sechs Monate</p> <p>Intervention Keine, das Setting ist die Intervention</p> <p>Instrumente Eigener Fragebogen zur Erfassung der soziodemographischen und aufenthaltsbezogenen Daten, GDS Kurzform, MMSE, Leicht modifizierte Form des CMAI, BGP, NOSGER, Barthel-Index.</p> <p>Datenanalyse Auswertung mit SPSS, Version 10.0 Berechnung der Mittelwertunterschiede bei zwei unabhängigen Stichproben mit Mann-Whitney-U-Test, bei abhängigen Stichproben Friedman-Test oder Wilcoxon-Test Analyse der kategorischen Daten mit Chi-Quadrat-Test.</p>	<p>Allgemeinzustand WG (KG): Diagnostizierte Krankheiten im Mittel: T1: 2.6 (3.9) ; T3: 3.2 (4.9).</p> <p>Medikation WG (KG): T1: 92.6% davon 55.6% Psychopharmaka (93.9% davon 63.6% Psychopharmaka). T3: 88.9% davon 63% Psychopharmaka (93.9% davon 60.6% Psychopharmaka).</p> <p>Hilfsmittelbenutzung WG (KG): T1 (in %): WG (KG): Gehhilfe 22.2 (21.2); Rollstuhl 33.3 (48.5); Hörapparat 7.4 (24.2); Brille 63.0 (78.8). T3 (in %): WG (KG): Gehhilfe 25.9 (18.2); Rollstuhl 40.7 (48.5); Hörapparat 7.4 (24.2); Brille 63.0 (79.7).</p> <p>Körperliches Befinden WG (KG) Barthel-Index: T1: 40.9 (35.9); T2: 36.9 (28.6); T3: 35.9 (23.9). Friedmann-Test: KG: p=0.036; WG: p=n.s. Mann-Whitney-U-Test: T1 + T2 = n.s. ; T3 = 0.039 (Mittelwerte). NOSGER-Score ADL-Körperpflege: T1: 15.04 (15.70); T2: 14.52 (15.24); T3: 14.41 (16.48) Mann-Whitney-U-Test: T1 + T2 = n.s.; T3= 0.028 (Mittelwerte). WG hoch signifikante Abnahme der Beeinträchtigungen im Verlauf (Friedmann-Test: 0.000); KG= n.s. BGP Faktor „Körperbezogene Pflegebedürftigkeit“: T1: 8.74 (10.06); T2: 9.37 (10.61); T3 9.78 (11.33). Man-Whitney-U-Test: alle drei Wellen = n.s.; NOSGER-Score IADL: T1: 20.37 (21.58); T2: 21.59 (21.79); T3: 22.04 (22.58). Man-Whitney-U-Test: T1: 0.05; T2 und T3 = n.s.</p> <p>Orientierung und Gedächtnis WG (KG) MMSE (Mittelwerte): T1: 10.26 (9.12) ; T2: 10.22 (9.33); T3: 9.93 (7.61) Man-Whitney-U-Test: T1 + T2: n.s.; T3= 0.08 Trend zur Signifikanz MMSE-Syndrome im Verlauf: Orientierung: T1: 2.1 (2.0); T2: 2.6 (2.2); T3: 2.6 (1.6) Merkfähigkeit: T1 : 2.3 (2.1); T2: 2.4 (2.3); T3: 2.2 (2.1) Erinnerungsfähigkeit: T1: 0.3 (0.2*); T2: 0.2 (0.3*); T3: 0.3 (0.2*) Aufmerksamkeit/Rechenfähigkeit: T1: 0.6 (0.8); T2: 0.5 (0.6); T3: 0.4 (0.4) Sprache: T1: 4.9 (4.5); T2: 4.5 (4.2); T3: 4.6 (3.6) Man-Whitney-U-Test für Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Sprache T1-T3 = n.s. Erinnerungsfähigkeit T1= 0.046; T2 und T3 = n.s.; Orientierung T1 und T2 = n.s.; T3= 0.048 Friedmann-Test *p<0.05 (Mittelwerte) NOSGER-Score Gedächtnis T1: 15.30 (16.39); T2 16.00 (16.88); T3: 16.37 (16.82) Man-Whitney-U-Test: T1-T3 =n.s. BGP, Faktor Psychoorganisches Syndrom: T1: 7.30 (6.76); T2: 8.41 (7.27); T3: 7.85 (9.27) Man-Whitney-U-Test: T1-T3=n.s.</p> <p>Demenzverlauf WG (KG) MMSE: T1: 10.3 (9.1); T2: 9.9 (7.6) Mann-Whitney-U-Test: T1: n.s.; T2: p= 0.082</p>

Study on the influence of group living environment on demented ill people in inpatient facilities (German) Autoren: Dettbarn-Reggentin J. Clinical Trial. Comparative Study. Controlled Trial. English abstract. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 38(2): 95-100. 2005 April Studie zum Einfluss von Wohngruppen auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen (2005). Daten aus Buch: Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern (2006) Reggentin Heike; Dettbarn-Reggentin Jürgen S. 57-77

Ergebnisse Teil 2	Diskussion, Evidenz, Ethik
<p>Soziale Beziehungen und Verhalten WG (KG) Besuche von Angehörigen und Kindern in %: täglich: T1: 11.1 (15.2); T2: 7.4 (12.5); T3: 14.8 (9.1); mehrmals wöchentlich: T1 18.5 (33.3); T2 37.0 (12.5); T3: 25.9 (12.1); 1xWoche: T1: 33.3 (18.2); T2 22.2 (34.4); T3: 22.2 (36.4); 1-2x Monat: T1: 18.5 (12.1); T2: 14.8 (31.1); T3: 18.5 (36.4); Seltener: T1: 14.8 (18.2); T2: 7.4 (3.1); T3: 11.1 (6.1); nie: T1: 3.7 (3.0); T2 11.1 (6.3); T3: 7.4 (-) NOSGER-Mittelwerte Sozialverhalten: T1: 15.85 (18.03); T2: 15.96 (18.79); T3: 15.33 (19.55). Man-Whitney-U-Test: T1= 0.038; T2: 0.002; T3= 0.000 NOSGER-Sozialverhalten Einzelwerte (alle Angaben in %): Nimmt an den Vorgängen seiner Umgebung teil: T1: 55.5 (45.5); T2: 62.9* (36.4); T3: 70.3 *** (27.3 ***) Hilft anderen, soweit körperlich dazu in der Lage: T1: 22.2 (15.6); T2: 14.8 (3.0); T3: 18.5 *** (3.0 ***) Nimmt Kontakt mit Personen in der Umgebung auf: T1: 48.1 (36.4); T2: 29.6 (18.2); T3: 37.0 * (18.2*) Hält Kontakt mit Freunden und Angehörigen aufrecht: T1: 56.0* (40.7*); T2: 62.9* (33.3*); T3: 62.9* (30.4*) Wirkt im Kontakt freundlich und positiv: T1: 80.8 (63.6); T2 74.0* (71.5*); T3: 80.0* (53.2*) Man-Whitney-U-Test: *p= <0.05; **p= <0.01; ***p= <.001 (Mittelwerte) BGP; Faktor Soziale Kompetenz: T1: 8.07 (8.91); T2: 8.63 (10.06); T3: 8.76 (10.76) Man-Whitney-U-Test: T1: 0.241 ; T2: 0.040; T3: 0.003; In der Kontrollgruppe im Verlauf eine signifikante Zunahme der Werte (Friedmann-Test= 0.005). Stimmung, Wohlbefinden und Verhalten WG (KG) NOSGER-Werte Stimmung: T1: 12.63 (13.70); T2: 11.70 (12.79); T3: 10.59 (12.88). Man-Whitney-U-Test: T1: 0.171; T2: 0.159; T3: 0.001; Friedmann-Test: In KG zeigt der Faktor Soziale Kompetenz im Verlauf eine Tendenz zur Signifikanz (0.090). In WG liegt eine Signifikanz im Verlauf von p=0.000 vor. (Mittelwerte) Einzelwerte NOSGER Stimmung (alle Angaben in Mittelwerten): Sagt, er/sie sei traurig: T1: 2.11 (2.12); T2: 1.93 (2.03); T3: 1.67 (1.88) Sagt, er/sie fühle sich wertlos: T1: 1.67* (1.82*); T2: 1.67 (1.48); T3: 1.26 (1.36) Wirkt traurig oder weinerlich: T1 2.22 (2.30); T2: 2.19 (2.18); T3: 1.74* (2.21*) Erscheint gut gelaunt: T1: 3.44 (3.76); T2: 3.41* (3.39); T3: 3.00** (3.79**) Freut sich auf gewisse Ereignisse: T1: 3.04* (3.73*); T2: 2.52*** (3.79***); T3: 2.74** (3.85**) Man-Whitney-U-Test: *p= <0.05; **p= <0.01; ***p= <.001 (Mittelwerte) [1.0=nie; 2.0=hier und da; 3.0= oft; 4.0= meistens; 5.0= immer] Unruhiges und agitiertes Verhalten WG (KG) Cohen-Mansfield-Skala: T1: 29.6% (12.2%); T3: 29.6% (15.6%). 76% der Bewohner WG zeigten eine Abnahme der Verhaltensstörungen, 12% gleichbleibend; 12 % Zunahme der Verhaltensstörungen In der KG Verlaufswerte annähernd identisch. ! Keine Angaben von Zahlen!</p>	<p>Diskussion Die signifikante Verbesserung des Sozialverhaltens bei WG's begründen die Autoren mit den gemeinsamen alltagspraktischen Handlungen. Der Rückgang an mobilitätsabhängigen sozialen Verhaltensweisen geht nach Einschätzung der Autoren auf die sich verringemde Mobilität zurück. Die Autoren sehen die Wirksamkeit der mileuorientierten Wohngruppenversorgung mit den Ergebnissen im Sozialverhalten und in der Stimmung als belegt an. Sie begründen dies mit der personellen Kontinuität, dem strukturierten Tagesablauf und der persönlichen Beziehung zwischen Präsenzkraft und Bewohner. Obwohl beim MMSE-Test leichte Vorteile für die WG's vorlagen, glauben die Verfasser nicht an eine weniger grosse kognitive krankheitsbedingte Leistungseinbusse bei Bewohnern der WG's im Vergleich zu Bewohnern der KG. Die Autoren führen unter Ausschuss der Faktoren "Medikamente" und "Besucherhäufigkeit" die erzielten Effekte im wesentlichen auf das Milieu in den WG's zurück. Hierzu zählen sie die räumliche Gestaltung und die Schaffung eines Zentrums (Wohnküche). „Zusammengenommen wirken sich konstante personelle Besetzung, Präsenzkraftkonzept („gelenktes Geschehenlassen“) und gestalterische Anpassungen im Sinne einer Milieugestaltung positiv auf das Befinden und die Erhaltung sozialen Verhaltens aus“ *Zitat Artikel S. 99 „Die hier dargestellte segregative Ausgestaltung für Bewohner mit mittelschwerer und schwerer Demenz stellt eine Möglichkeit dar, eine andere Alternative bildet die integrative Wohngruppenversorgung, in die Bewohner ohne demenzielle Erkrankungen zusammen mit demenziell erkrankten Bewohnern mit leicht bis mittelschwerer Demenz eine Wohngruppe bilden.“ *Zitat Artikel S. 99 Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998) III Gütekriterien nach Behrens & Langer (2004) 4.1 Ethik Ausgeführt im Rahmen des vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen geförderten Modellprojektes „Wohngruppen für demenziell Erkrankte“.</p>

The Missouri Demonstration Project, Aud, Mira A; Parker-Oliver, Debra; Bostick, Jane; Schwarz, Benjamin ; Tofle, Ruth Brent; Alzheimer's Care Quarterly; Vol 6 issue 4; Oct-Dec 2005; pg : 309-315

Design, Setting, Sample	Methode	Ergebnisse	Diskussion, Evidenz, Ethik
<p>Design Evaluationsstudie</p> <p>Setting Vier SCU in Missouri/USA</p> <p>Sample MDS: Versuchsgruppe: Bewohner der vier SCU. $n_{\text{total}}=88$ Kontrollgruppe: MDS-Werte der 4456 an Demenz erkrankten Bewohner anderer Institutionen mit SCU in Missouri/USA.</p> <p>SCUEQS: Versuchsgruppe: die vier beteiligten SCU (n=4) Kontrollgruppe: andere nicht demenzspezifische Abteilung derselben Institution (n=3).</p> <p>Ein/Ausschlusskriterien nicht erwähnt</p> <p>Forschungsfrage/Ziel Was sind die Effekte/Wirkungen der an diesem Projekt beteiligten SCU auf die Lebensqualität der Bewohner, die Zufriedenheit der Angehörigen und der Pflegenden sowie die Leistungen des Personals.</p> <p>Hypothesen: 1. Bewohner von SCU zeigen weniger Agitation, Unruhe, Aggression und Depression, haben weniger Stürze, brauchen weniger Psychopharmaka und haben weniger Gewichtsverlust. 2. Angehörige erleben weniger Stress und Belastung, empfinden den Besuch als angenehmer, sind besser in Aktivitäten und Pflege eingebunden und äussern mehr Zufriedenheit mit der Umgebung und der Pflegequalität. 3. Pflegende sind zufriedener mit der Arbeitsumgebung, erleben weniger Stress; Belastung und Sorgen, haben eine bessere Arbeitsmoral, Selbstwertgefühl und Arbeitszufriedenheit.</p>	<p>Datensammlung Beim ersten Besuch Erfassung der Umgebung durch die Forscher mit TESS-NH und anschliessend für jede der vier untersuchten SCU und für die drei Abteilungen der Kontrollgruppe SCUEQS-Score berechnet. MDS-Daten werden vom Personal der Abteilungen routinemässig bei Eintritt, vierteljährlich und bei grossen Zustandsveränderungen der Bewohner erfasst. Für jede Abteilung ein Durchschnittswert errechnet. Vergleichswerte anderer SCU stammen aus der staatsweiten MDS Datensammlung.</p> <p>Intervention Keine, Setting ist Intervention</p> <p>Instrumente TESS-NH; SCUEQS, MDS, Family Perceptions of Care – Fragebogen, Interviews mit Pflegenden, Telefon-Befragung der Angehörigen</p> <p>Datenanalyse MDS: Aufgrund kleiner Fallzahlen bei der Versuchsgruppe die klinische Signifikanz (67.5% der Items haben einen tieferen Prozentwert als die Vergleichsgruppe).</p> <p>Hypothese 1: Bei der Mehrheit der Items müssten die untersuchten SCU tiefere Prozentwerte haben als die Vergleichsgruppe. Je höher der SCUEQS-Score (Wert für die Gestaltung des Umfeldes) der untersuchten SCU umso deutlicher sollte der Unterschied ausfallen.</p>	<p>SCUEQS-Score: Mittelwert der vier untersuchten SCU: 31.5 Punkte (von 21 bis 38); Mittelwert für nicht demenzspezifische Abteilungen (n=3): 29.2 Punkte (25 bis 33). Mann-Whitney-U-Test auf $p \leq .05$ nicht signifikant.</p> <p>MDS-Daten: (Hypothese 1): Die berücksichtigten 28 Items des MDS ergeben als Total für alle vier SCU 112 Items. Bei 42 Items sind die Prozentwerte tiefer als der Durchschnitt aller SCU im Staat Missouri (37.5%).</p> <p>Vergleich der vier SCU mit anderen SCU staatsweit (anhand MDS-Daten): MDS Total: SCU 1: 15% der Items tiefer als Kontrollgruppe; SCU 2: 14%; SCU 3: 10%; SCU 4: 3%.</p> <p>MDS Daten zu Agitation, Unruhe, Aggression und Depression: SCU 1 in acht von 16 Items tiefere Prozentwerte, SCU 2 in zehn von 16; SCU 3 und SCU 4 in zwei von 16 Items.</p> <p>Vergleich Sektion E4 des MDS (Werte für spezifisches Verhalten: wandering, verbal und physisch aggressives Verhalten, sozial inadäquates Verhalten und ablehnendes Verhalten bei der Pflege): SCU 1 in zwei von fünf Items tiefere Prozentwerte; SCU 2 und SCU 4 waren bei keinem tiefer als die staatsweite Vergleichsgruppe; SCU 3 bei allen fünf tiefer. Stürze, Psycho-pharmaka und Gewichtsverlust: Alle hatten mehr Stürze; SCU 1 verabreichte weniger Antipsychotika, alle gaben wenigen Anxiolytika und SCU 1 und SCU 2 weniger Antidepressiva als im staatsweiten Vergleich. Mehr Gewichtsverlust hatten die Bewohner der SCU 1 und 4; SCU 1,3 und 4 hatten weniger Gewichtszunahme als der Durchschnitt des Staates.</p>	<p>Diskussion Die zweite und dritte Hypothese sehen die Forscher als bestätigt an (Genaue Daten sind in anderen Publikationen veröffentlicht worden). Die erste Hypothese (zentral in diesem Artikel) sehen sie als nicht bestätigt an. Die Autoren sind überrascht von dem Resultat, dass die vier untersuchten SCU mehr Probleme aufwiesen als die etwa 200 SCU staatsweit. Sie merken an, dass dieses Resultat auch auf eine grosse Anwendung der Umgebungsgestaltung im ganzen Staat hindeuten könnte und damit die Vergleichsgruppe einen hohen Ausgangswert habe. (schlechte Wahl der Vergleichsgruppe). Noch erstaunlicher war für sie der Befund, dass sich die MDS-Werte der vier SCU nicht wie erwartet mit einem höheren SCUEQS-Score veränderten. Ihre Resultate zeigten genau das Gegenteil. Die Autoren versuchen diese Resultate mit Messfehlern bei der Erfassung der MDS-Daten, mit einer fehlenden Langzeitmessung oder auch unzureichenden Messinstrumenten, sowie der kleinen Stichprobe zu begründen.</p> <p>Um ihre Resultate einordnen zu können benötigt es nach Ansicht der Autoren vermehrte Forschung auf diesem Gebiet, insbesondere einer Identifikation der Elemente der Umgebungsgestaltung, die sich positiv auf die Lebensqualität der Bewohner auswirkt.</p> <p>Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998) III</p> <p>Gütekriterien nach Behrens & Langer (2004) 3.2</p> <p>Ethik Die Studie wurde im Auftrag des Staates Missouri / USA durchgeführt.</p>

Demenzpflege-Evaluation Bewohnerinnen und Bewohner im Pflegeheim; Darstellung und Vergleich spezialisierter versus integrierter Betreuungsformen. *Oppikofer Sandra; Lienhard Andreina; Nussbaumer Regula*. Universität Zürich; Zentrum für Gerontologie. *Zürcher Schriften zur Gerontologie* Nr. 2; 2005

Design, Setting, Sample	Methode
<p>Design Längsschnittstudie; 2 Erhebungszeitpunkte; T1-T2 (15 Wochen nach T1)</p> <p>Setting Pflegezentrum Käferberg_(DCU): Grösse: 273 Betten, 70 auf weglaufgeschützten Demenzabteilungen und Wohngemeinschaften. Pflegekonzept: SEGREGATIV: Klassischer Demenzpflegeansatz der <i>Dementia Care Unit</i>. Besonderes: Dementenwohngemeinschaften und Demenzabteilungen mit Vierer-, Zweier- und Einzelzimmer, Hauptaufenthaltsräume sind Gänge, Gemeinschaftsräume. Pflegezentrum Seeblick (3-W-K): Grösse: kleinster Betrieb in Untersuchung, 42 Betten in Einzel- und Doppelzimmer. Pflegekonzept: SEGREGATIV: Drei-Welten-Konzept; Betreut ausschliesslich Demenzzranke. Besonderes: keine Haustiere erlaubt, ganzes Gebäude weglaufgeschützt, niemand tagsüber im Bett, Hauptaufenthaltsräume sind Gemeinschaftsraum, Nebstube, Cafeteria und Gang. Krankenheim Sonnenweid(Ph-B): Grösse: 140 Betten in Einzel-, Doppel- und Mehrbettzimmer. Pflegekonzept: SEGREGATIV: Normalitätsprinzip, Phasengerechte Betreuung. Besonderes: Alle Türen offen, Parkanlage zentral, einzig das Heimareal ist weglaufgeschützt, Haustiere willkommen, Hauptaufenthaltsräume sind Gemeinschaftsräume, Cafeteria, Gänge, Empfangsbereich. Pflegezentrum Gehrenholz (IPA): Grösse: 138 Betten. Pflegekonzept: INTEGRATIV: keine spezielle Betreuung Dementer, Besonderes: Ganzes Gebäude weglaufgeschützt, Hauptaufenthaltsorte sind Gemeinschaftsräume, Galerien und Zimmer</p> <p>Drei Signifikante Unterschiede zwischen den Institutionen: KH Sonnenweid (Ph-B) verfügt über eine grosse Gartenanlage. PZ Seeblick (3-W-K) hat Gruppenpflege, alle anderen Bezugspflege. PZ Gehrenholz (IPA) bietet keine Aktivierungstherapie an.</p> <p>Sample Vorgehen: Gesamtstichprobengrösse nach Vorselektion durch verantwortliche Ärzte: 114 Bewohner. Ausgeschlossen wegen Einschlusskriterien (-17); Keine Einwilligung (-5). Definitive Zusage von 88 Bewohner, Vollständiger Datensatz nach 1. Messung: 80 Bewohner. Z-MMS-Wert erfüllt: 72. Definitive Zusage; 2. Datenerhebung 67 - abgeschlossen: 55. Total vollständiger Datensatz 55 Bewohner; 16 (DCU); 11 (3-W-K); 13 (Ph-B); 15 (IPA). Stichprobe insgesamt: N=72. Z-MMS Mittelwert des Integrativen Pflegeansatz unterscheidet sich signifikant von den anderen und liegt mit 18.3 Punkten deutlich höher. Beinahe alle Personen sind stark pflegebedürftig. Das Alter liegt zwischen 73 und 98 Jahren. Höchster Männeranteil bei Ph-B mit 43.6%.</p> <p>Ein/Ausschlusskriterien Bewohnende: Zwei Einschlusskriterien: Z-MMS-Wert ≥ 5 und ≤ 23; Aufenthaltsdauer zwischen drei und 36 Monaten.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel Schlüssige Aussagen zu dem integrierenden Demenzpflegekonzept (integrativer Pflegeansatz) versus den separierenden Konzepten (Dementia-Care-Units) bezüglich den Faktoren Lebensqualität; Psychische (Verhaltens-)Störungen und quantitative sowie qualitative Belastung der Pflegenden zu machen. Ziel 1: Lebensqualität der Bewohnenden; Ziel 2: Arbeitszufriedenheit der Pflegemitarbeitenden</p>	<p>Datensammlung Pilotphase im Dezember 2003 mit vier Bewohnern und vier Pflegemitarbeitenden. 1. Datenerhebung (T1): Jan. bis Feb. 2004 (eine Woche pro Institution). 2. Datenerhebung (T2) im Mai 2004. Lebensqualität der Bewohnenden: Datenerhebung aufgrund von <i>drei Datenquellen: Fragebogen A</i> aufgefüllt von Pflegepersonen (Aufwand ca. 25 Minuten). <i>Interview</i> mit Bewohnern durchgeführt von den Lizentiandinnen Regula Nussbaumer und Andreina Leinhard Auswertung der <i>Daten aus Dokumentation</i> (Kardex) durch Jules Portmann. Rücklauf Fragebogen A nach einer Erinnerung zu T1 = 100%; T2 = 95%</p> <p>Intervention: Das Setting ist die Intervention</p> <p>Instrumente Lebensqualität der Bewohnenden: Interview mit Bewohnern (Self-Report): Frage nach Wohlbefinden; Schmerzfrage; Z-MMS; Ultrakurzform des Mehrdimensionalen Befindlichkeitsbogens und geschlossene Frage zur allgemeinen Lebenszufriedenheit (Kloss & Kempe, 1986); geschlossene Fragen zu bereichsspezifischer Lebenszufriedenheit; offene Frage zur Institution und religiösem Glauben sowie zum Sterben. Fragebogen A (Fremdauskünfte zum Bewohner/ Proxy-Report): ADL; Lebensraumdurchmesser aus ZLQI (Zürcher Lebensqualitätsinventar); fünf Fragen zum Sozialen Verhalten aus NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients; Brunner & Spiegel, 1990), 12 Fragen des NPI (Neuropsychiatric Inventory; Cummings et al., 1994). MBDF (Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen) und NPI (Neuropsychiatric Inventory). Weitere Daten zu Bewohnern: Medikamente; BESA-Stufe; Dokumentation (Kardex);</p> <p>Datenanalyse Unabhängige Variable: vier Pflegekonzepte; Abhängige Variable: Objektive Lebensqualität: <i>Physische Gesundheit:</i> BESA-Stufe (Bewohnenden-Einstufungs- und Abrechnungssystem), Medikamente (Sedativa; Antidepressiva; Neuroleptika; Analgetika; Schlafmittel), Schmerzfrage, Stürze, FEM (Freiheitseinschränkende Massnahmen). <i>Psychische Gesundheit:</i> MBDF (Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen), NPI (Neuropsychiatric Inventory). <i>Kognition:</i> Z-MMS (Zürcher Mini-Mental-Status). <i>Selbständigkeit:</i> ADL (Activities of Daily Living), Lebensraumdurchmesser. <i>Sozialverhalten:</i> Soziale Beziehungen: NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). Unabhängige Variable: vier Pflegekonzepte; Abhängige Variable: Subjektive Lebensqualität <i>Bereichsspezifische Zufriedenheit:</i> Frage nach Zufriedenheit: mit physischer Gesundheit, mit psychischer Gesundheit, mit Gedächtnis/Denken, mit Selbständigkeit, mit sozialen Kontakten. <i>Allgemeine Zufriedenheit:</i> Eine Frage nach der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Für die Datenauswertung wurden alle Daten anonymisiert. Auswertung mit SPSS 10 für Macintosh. Erster Schritt (Vergleich der vier Institutionen miteinander): Vergleiche der nominalskalierten abhängigen Variablen mit Chi-Quadrat (8-Felder-Tafel); nachfolgende Einzelvergleiche mit Chi-Quadrat (4-Felder-Tafel) Bei intervallskalierten abhängigen Variablen Gruppenvergleich der vier Institutionen mittels einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA). Überprüfung der zentralen Tendenz mittels Kruskal-Wallis. Einzelvergleiche post-hoc durch Scheffé-Test. Zweiter Schritt (Vergleich Separativer und Integrativer Pflegeansatz): Bei intervallskalierten Daten Vergleich mit t-Test; bei nominalskalierten Daten Vergleich mit Chi-Quadrat-Test. Generell wurden auch Daten auf dem 10%-Signifikanzniveau interpretiert. Separate Powerberechnungen wurden für Varianzanalysen und t-Tests vorgenommen und werden bei nicht signifikanten Ergebnissen berichtet. t-Test -> mittlere Effektstärke ($d = 0.5$); Teststärke von $1-\beta = 0.6$. Einfaktorielle Varianzanalyse -> mittlere Effektstärke ($f = 0.25$); Teststärke von $1-\beta = 0.5$</p>

Demenzpflege-Evaluation Bewohnerinnen und Bewohner im Pflegeheim; Darstellung und Vergleich spezialisierter versus integrierter Betreuungsformen. *Oppikofer Sandra; Lienhard Andreina; Nussbaumer Regula*. Universität Zürich; Zentrum für Gerontologie. *Zürcher Schriften zur Gerontologie* Nr. 2; 2005

Ergebnisse Teil 1	Ergebnisse Teil 2
<p>Vergleich "objektive Lebensqualität": Vergleich der vier Pflegekonzepte ANOVA Gruppenvergleich vier Institutionen objektive Lebensqualität (df=3) **p<=0.01; *P<=0.05; η^2>0.01=kleiner Effekt; η^2>0.06= mittlerer Effekt; η^2>0.14=grosser Effekt <u>Physische Gesundheit</u>: BESA-Stufe: ANOVA: Signifikanter Unterschied ** zw. Ph-B (n16, M=3.4, SD=0.6) und IPA (n=20, M=3.6, SD=0.5) von DCU (n=22, M=4.0, SD=0.2) mit F=4.56**; η^2= .17. Unterschied zw. IPA und DCU im Scheffé-Test auf 10%-Niveau signifikant. <u>Psychische Gesundheit</u>: ANOVA: nicht signifikante Unterschiede MDBF "Ruhe/Unruhe" (F= 0.95, η^2= .04, 1-β=0.25); MDBF "gute/schlechte Stimmung" (F=1.90, η^2= .00, 1-β= .00); MBDF "Wachheit/Müdigkeit" (F=0.78, η^2= .03, 1-β= .021); Mittelwerte des NPI (F=0.87, η^2= .04, 1-β= .23). <u>Kognition</u>: ANOVA: Z-MMS: F=3.70; = .14; signifikanter Unterschied* zw. 3-W-K (n=14, M=13.4, SD=5.9) und IPA (n=20, M=18.3, SD=3.7). Unterschied DCU (n=22, M=14.6, SD=5.2) und Ph-B (n=16, M=14.3, SD=4.2) in Einzelvergleichen nicht signifikant. <u>Selbständigkeit</u>: ANOVA: ADL total: F=2.98; = .12; signifikantes Resultat*. Scheffé-Test bei Einzelvergleichen nur Unterschiede auf 10%-Niveau zw. IPA (n=20, M=49.0, SD=26.4) und DCU (n=22, M=66.1, SD=17.9). Mittelwert ADL ist in IPA tiefer als DCU. ANOVA: Lebensraumdurchmesser total: F=3.31; = .13; signifikantes Resultat*. Scheffé-Test Tendenz auf 10%-Niveau Unterschied zw. IPA (n=20, M=8.4, SD=4.2) und Ph-B (n=16, M=11.8, SD=4.2). IPA geringerer Mittelwert als Ph-B. <u>Sozialverhalten</u>: ANOVA: Mittelwerte NOSGER: F= 0.68; = .03; n.s.; η^2= .03 kleiner Effekt. DCU (n=22, M=14.6, SD=3.7); 3-W-K (n=14, M=16.1, SD=6.0); Ph-B (n=16, M=14.0, SD=5.0); IPA (n=20, M=14.2, SD=4.3). Chi-Quadrat-Gruppenvergleich vier Institutionen (df=3) DCU n= 22; 3-W-K n= 14; Ph-B n=16; IPA n=20; **p<=0.01; *P<=0.05; v>0.06=kleiner Effekt; v>0.17= mittlerer Effekt; v>0.29=grosser Effekt <u>Physische Gesundheit</u>: Sedativa und Schlafmittel: Chi-Quadrat-Test: n.s.; v=0.25 (Sedativa) und v=0.19 (Schlafmittel) sind mittlere Effekte; Antidepressiva: Chi-Quadrat-Test: signifikant**; v= .41. Grösster Unterschied zw. DCU(31.8%) und IPA(35.0%) mit 3-W-K(85.7%). Post-hoc Einzelvergleiche DCU und IPA signifikant zu 3-W-K; Neuroleptika: Chi-Quadrat-Test: signifikant*; v= .39. Grösster Unterschied zw. IPA (20%) und DCU(40.9%) von Ph-B(75%). Unterschied zw. 3-W-K(42.9%) und Ph-B im Einzelvergleich auf 10%-Niveau signifikant. Mittelwerte der verordneten Neuroleptika in den vier Institutionen : DCU: n=24, M=17.08, SD=24.9 ; 3-W-K: n=14, M=23.78, SD=36.6 ; Ph-B: n=18, M=47.8, SD=81.2 ; IPA: n= 24, M=6.16, SD=15.2. Ph-B (M=47.86, SD=81.25, p=.034) signifikant mehr Neuroleptika als IPA (M=6.16, SD=15.27) mit F=3.167, p=0.29; Analgetika: Chi-Quadrat-Test: signifikant*; v= .36. Grösster Unterschied zw. DCU(9.1%) und Ph-B(18.8%) von 3-W-K(50%). Im Einzelvergleich beide (DCU und Ph-B) signifikant zu 3-W-K. Einzelvergleich DCU und IPA(40%) signifikant; Schmerzfrage: Chi-Quadrat-Test: signifikant**; v=.41. . DCU(13.6%), 3-W-K(28.6), Ph-B(18.6%) unterscheiden sich signifikant von IPA(60%). Im Einzelvergleich IPA und 3-W-K nur auf 10%-Niveau signifikant; Stürze: Chi-Quadrat-Test: nicht signifikant. v=0.15 (kleiner Effekt); FEM: Chi-Quadrat-Test: signifikant*; v= .34.. DCU (9.1%), 3-W-K(7.1%), Ph-B (6.3%) unterscheiden sich signifikant von IPA (35%).</p>	<p>Vergleich "objektive Lebensqualität": Separativer (S) versus Integrativer (I) Pflegeansatz t-Test Gruppenvergleich Separativ-Integrativ (df=1): **p<=0.01; *P<=0.05; η^2>0.01=kleiner Effekt; η^2>0.06= mittlerer Effekt; η^2>0.14=grosser Effekt. <u>Physische Gesundheit</u>: BESA-Stufe:t-Test: n.s.; t= 1.39; η^2=0.03; 1-β= .23. <u>Psychische Gesundheit</u>: t-Test: nicht signifikante Unterschiede MDBF "Ruhe/Unruhe" (t= 0.18, η^2= .00, 1-β=0.05), kleiner Effekt; MDBF "gute/schlechte Stimmung" (t=1.40, η^2= .03, 1-β= .28); MBDF "Wachheit/Müdigkeit" (t=0.53, η^2= .00, 1-β= .008); Mittelwerte des NPI (t=1.14, η^2= .02, 1-β= .20), kleiner Effekt. Power nicht ausreichend um Resultate abschliessend zu beurteilen. <u>Kognition</u>:t-Test Z-MMS: signifikant**; t=3.29; η^2= .13; I (n=20; M=18.3; SD=3.7); S(n=52; M=14.2; SD=5.1). <u>Selbständigkeit</u>: t-Test ADL: signifikant**; t=2.76; η^2= .10; I (n=20; M=49.0; SD=26.4); S(n=52; M=64.2; SD=18.5). t-Test Lebensraumdurchmesser: signifikant*; t=2.23; η^2= .07; I (n=20; M=8.4; SD=4.2); S(n=49; M=10.8; SD=4.0). <u>Sozialverhalten</u>: t-Test NOSGER: n.s.; t=0.55; η^2= .00; I (N=20; M=14.2; SD=4.3); S(n=52; M=14.8; SD=4.8) Chi-Quadrat-Gruppenvergleich (df=1); separativ(DCU, 3-W-K, Ph-B) n=52; integrativ n=20 (IPA); *** p<=0.001; **p<=0.01; 3 p<=0.05; +p<=0.1 (zweiseitig); v>0.10=kleiner Effekt; v>0.30=mittlerer Effekt; v>.050= grosser Effekt. <u>Physische Gesundheit</u>: Sedativa und Schlafmittel: Chi-Quadrat-Test: n.s.; v= .01 (Sedativa); v= .05 (Schlafmittel) kleiner Effekt; Antidepressiva: Chi-Quadrat-Test: n.s.; v= .17 kleiner Effekt; Neuroleptika: Chi Quadrat-Test: signifikant*; v= .29; I(20%), S(51.9%); Analgetika: Chi-Quadrat-Test: n.s.; v= .17 kleiner Effekt; Schmerzfrage: Chi-Quadrat-Test: signifikant**; v= .40; I(60%); S(19.2%); Stürze: Chi-Quadrat-Test: n.s.; v= .01; FEM: Chi-Quadrat-Test: signifikant; v= .34; I(35%); S(7.7%). Vergleich "subjektive Lebensqualität": Vergleich der vier Pflegekonzepte Insgesamt alle Bewohner in den vier Institutionen eine hohe allgemeine Lebenszufriedenheit (65%-86%). Chi-Quadrat-Test (df=3); +p<=0.1 (zweiseitig); v>0.06=kleiner Effekt; v>0.17=mittlerer Effekt; v>0.29= grosser Effekt. <u>Allgemeine Zufriedenheit</u>: n.s.; v=.21 mittlerer Effekt. <u>Bereichsspezifische Zufriedenheit</u> Zufriedenheit mit physischer Gesundheit: signifikant+; v= .31; DCU(55%); 3-W-K(66.7%); Ph-B (93.3%); IPA(63.2%). Einzelvergleiche posteriori: signifikant auf 5%-Niveau zw. IPA und DCU, auf 10%-Niveau zw. IPA und 3-W-K. Zufriedenheit mit : psychischer Gesundheit: n.s.; v= .15 kleiner Effekt; mit Gedächtnis/Denken: n.s.; v= .18 mittlerer Effekt; mit Selbständigkeit: n.s.; v= .23 mittlerer Effekt; mit sozialen Kontakten: n.s.; v= .05. Vergleich "subjektive Lebensqualität": Vergleich Separativer versus Integrativer Pflegeansatz Chi-Quadrat-Test(df=1); v>0.10=kleiner Effekt; v>0.30=mittlerer Effekt; v>.050= grosser Effekt <u>Allgemeine Zufriedenheit</u>: n.s.; v= .11. <u>Bereichsspezifische Zufriedenheit</u>: Zufriedenheit mit: physischer Gesundheit: n.s.; v= .07; mit psychischer Gesundheit: n.s.; v= .14 kleiner Effekt; mit Gedächtnis/Denken: n.s.; v= .07; mit Selbständigkeit: n.s.; v= .15 kleiner Effekt; mit sozialen Kontakten: n.s.; v= .03 Resultate zu Ziel 2: Arbeitszufriedenheit der Pflegemitarbeitenden sind hier nicht aufgeführt.</p>

Demenzpflege-Evaluation Bewohnerinnen und Bewohner im Pflegeheim; Darstellung und Vergleich spezialisierter versus integrierter Betreuungsformen. Oppikofer Sandra; Lienhard Andreina; Nussbaumer Regula. Universität Zürich; Zentrum für Gerontologie. *Zürcher Schriften zur Gerontologie* Nr. 2; 2005

Diskussion (Teil 1)	Diskussion (Teil 2), Evidenz, Ethik
<p>Diskussion</p> <p>Die Autoren schränken die Generalisierbarkeit ein und fordern weitere Studien. Die Umsetzung der Konzepte in den Institutionen wurde nicht im Einzelnen überprüft. Die Stichprobengrösse des integrativen Ansatzes ist sehr klein. Die grossen Mittelwertunterschiede beim Z-MMS zwischen den vier Institutionen relativiert die Vergleichbarkeit der Stichproben. Als Problem sehen die Verfasser die Gewinnung von Daten anhand direkter Befragung der Demenzkranken. Sie verweisen auf Studien von Selai (2001) und Leipold & Zank (2000), welche festgestellt hatten, dass die Validität von Aussagen Demenzkranker mit einem Z-MMS Wert unter 12 Punkten nicht mehr gegeben ist und sie sehen diese Erkenntnis als durch ihre Studie bestätigt an. Als Stärken dieser Studie streichen die Autoren den explorativen Charakter der Arbeit mit dem Konstrukt der Lebensqualität – insbesondere deren Erfassung mit mehreren Instrumenten und die getrennte Erfassung und Auswertung in objektive und subjektive Lebensqualität - sowie die Erfassung der Arbeitszufriedenheit der Pflegenden in aller Breite hervor. Sie erwähnen, dass dies die erste Studie im deutschsprachigen Raum ist, welche separative und integrative Pflegekonzepte in einer echten Längsschnitt-Feldstudie mit Experimental und Kontrollgruppe vergleicht. Weiteren Untersuchungsbedarf sehen die Autoren bei methodischen Verbesserungen Ein Vergleich von Institutionen mit demselben Konzept wäre hilfreich. Der Einfluss der individuellen Pflegeperson müsste genauer untersucht werden. Sie fordern eine genauere Betrachtung von relevanten Pflegedimensionen (z.B. nach Chappel & Reid (2000)).</p> <p>Beim Vergleich der vier Pflegekonzepte wurden im Bereich objektive Lebensqualität folgende signifikant: BESA-Stufe, Z-MMS-Werte; Antidepressiva, Neuroleptika; Analgetika, die Schmerzfrage, FEM, ADL und LRD. Beim Vergleich der BESA-Stufen lässt sich ein Selektionsbias feststellen. Die IPA nimmt wesentlich mehr komorbide Patienten auf. Die signifikanten Unterschiede des Z-MMS- Mittelwertes beim Vergleich der integrativen und der separativen Konzepte stellt aufgrund der grossen Streuung keine grosse Einschränkung der Vergleichbarkeit dar. Die Resultate bei der <i>Medikation</i> zeigen ein uneinheitliches Bild. Die These, dass Institutionen mit separativen Konzepten (SCU, 3-W-K, Ph-B) spezifischer auf Demenzkranke und deshalb weniger mit Verhaltensstörungen konfrontiert sind, lässt sich mit dieser Studie nicht stützen. Es wird in der IPA nicht häufiger auf Neuroleptika zurückgegriffen. Die Autoren sehen die hohen Werte der Ph-B beim LRD als Bestätigung, dass gute Neuroptikagabe die Mobilität nicht einschränkt. Am meisten erhalten DCU und IPA Antidepressiva. Diese Bewohner befinden sich in einem Demenzstadium mit hoher Depressionsprävalenz. Inwieweit die Verordnung von Medikamenten auf das Pflegekonzept oder auf die Versorgungspraxis der Ärzte zurückzuführen ist lässt sich nicht feststellen. Die signifikanten Resultate der <i>Selbständigkeit</i> (ADL, LRD) sind für die Autoren kein Beweis, dass der integrative Ansatz die Selbständigkeit der Bewohner weniger fördert. Bezüglich der subjektiven Lebensqualität betonen sie, dass die Zufriedenheit bei allen Institutionen insgesamt hoch ist. Die signifikant schlechtere Zufriedenheit mit der physischen Gesundheit bei DCU und IPA vergleichen sie mit der BESA Einstufung und stellen fest, dass diese Bewohner effektiv pflegebedürftiger sind.</p> <p>Bezüglich des Vergleichs integrativ vs. separativ weisen die Autoren darauf hin, dass die Resultate des ersten Messzeitpunktes mit der zweiten Messung bestätigt werden konnten. Die Unterschiede verkleinerten sich und wurden oft nicht mehr signifikant. Bei IPA geben die Bewohner häufiger <i>Schmerzen</i> an, ein Hinweis auf einen Selektionseffekt. Sie untermauern den für sie typischen Befund mit internationalen Studien (Bellelli et al. (1998); Bianchetti et al. (1997); Grant & Orly (2000)). Bezüglich der <i>Stürze</i> verweisen sie auf Studien von Reimer et al. (2004) und Weyerer et al. (2003). Sie fanden ebenfalls, dass sich trotz weniger <i>FEM</i> nicht mehr Stürze ereigneten.</p>	<p>Diskussion</p> <p>Aufgrund der ADL-Werte schliessen die Autoren, dass die Bewohner der separativen Institutionen <i>selbständiger</i> sind. Sie berufen sich auf vergleichbare Studien (Grant & Orly (2000); Reimer et al. (2004)); merken aber an, dass frühere Studien (Chafetz (1991); Holmes et al. (1990); Phillips et al. (1997); Swanson et al. (1994) keine oder uneinheitliche Verbesserungen fanden. Sie vermuten bei allen Studien ähnliche Selektionseffekte. Die Autoren stellen fest, dass erhöhte Selbständigkeit nicht alleine auf aktivierende/reaktivierende Pflege, milieubezogener Betreuung, basaler Stimulation, Kinästhetik oder andere demenzspezifische Pflege- und Betreuungsangebote zurückgeführt werden kann. Der Vergleich des Verlaufes der Mittelwerte beweist den Autoren, dass ein separativer Ansatz die krankheitsbedingten <i>Kognitionsverluste</i> nicht aufhalten oder gar verbessern kann. Wie in anderen Vergleichsstudien (Bianchetti et al. (1997); Chafetz (1991); Holmes et al. (2000); Homes et al. (1990); Reimer et al (2004); Saxton et al. (1998); Swanson et al. (1994) ; Weyerer et al. (2003)) verläuft der Abbau in allen Pflegeansätzen in etwa gleichförmig. Statistisch gab es weder beim MBBF noch bei der NPI signifikante Unterschiede zwischen den Institutionen. Die Autoren fanden beim NPI nur einen kleinen Effekt. Dieses Resultat steht aus Sicht der Autoren nicht im Einklang mit neueren Studien (Bellelli et al. (1998); Bianchetti et al. (1997); Grant & Orly (2000); Reimer et al (2004) ;Weyerer & Schäufele (2004) ; Weyerer et al. (2003)), welche von geringeren Verhaltensproblemen in separativen Institutionen berichten. Sie begründen ihre Resultate mit der grossen Varianz der Verhaltensstörungen im Verlauf der Krankheit, einem möglichen Messfehler durch die Pflegenden und einem möglichen Selektionsbias. Sie stützen die These des Selektionsbias mit dem Verweis auf die hohe Neuroleptika- und Antidepressivagabe in den separierenden Institutionen. Die These von Held (2004), dass Verhaltensstörungen in Spezialabteilungen geringer sind und beruhigende Medikamente reduziert werden können, stützen die Forscher anhand ihrer Resultate bei den Medikamenten nicht. Die Autoren kommen zum Schluss, dass es nicht EIN "richtiges" Pflegekonzept gibt. Die Wahl eines Pflegekonzeptes bestimmt die Richtung, entscheidend ist die Umsetzung durch die Pflegemitarbeitenden. Gesamthaft betrachtet beurteilen die Autoren aus folgenden Gründen dennoch die separativen Pflegekonzepte als überlegen: weniger FEM; grössere Selbstständigkeit; grösserer LRD, weniger Schmerzen und weniger verabreichte Schmerzmittel.</p> <p>Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998)</p> <p>III</p> <p>Gütekriterien nach Behrens & Langer (2004)</p> <p>4.9</p> <p>Ethik</p> <p>Die Forschung wurde im Auftrag des Pflegezentren der Stadt Zürich und des gerontopsychiatrischen Krankenhauses Sonnweid gemacht. Sie war ein Projekt des Stadtärztlichen Dienstes Zürich, des Psychologischen Instituts, Lehrstuhl Gerontopsychologie und des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich</p>

Special and traditional dementia care in nursing homes: A comparative study. Weyerer, Sigfried ; Schaufele, M ; Hendelmeier, I. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*; Vol 38(2) Apr 2005; pg:85-94

Design, Setting, Sample	Methode	Ergebnisse Teil 1
<p>Design Quasiexperimentelles Design. Längsschnitt-Vergleichsgruppen-Design mit zwei Erhebungszeitpunkten.</p> <p>Setting An der Studie nahmen 28 Modelleinrichtungen aus Hamburg, welche eine Besondere stationäre Dementenbetreuung haben (62% Domusprinzip; 38% Integrationsprinzip), teil. Als Vergleichsgruppe wurden Demenzkranke aus einer Zufallsstichprobe von elf Mannheimer Altenpflegeheimen ausgewählt, welche ausschliesslich traditionell versorgt werden.</p> <p>Domusprinzip: Spezialisierte segregative 24h-Betreuung; demenzgerecht gestaltete Wohngemeinschaft</p> <p>Integrationsprinzip: Teilsegregative 24h-Betreuung; Demenzkranke leben mit nicht Demenzkranken im gleichen Wohnbereich; Demenzkranke erhalten tagsüber ein spezielles Betreuungsangebot in einem eigens dafür vorgesehenen Bereich.</p> <p>Traditionelle Versorgung: Vgl Kontrollgruppe Mannheim.</p> <p>Sample Insgesamt wurden aus Hamburg 594 Bewohnerinnen und Bewohner in die Studie mit einbezogen (n=366 nach dem Domusprinzip, n=228 nach dem Integrationsprinzip/ Neuzugänge n=131(Domus: 65,6%; Integration:34,5%)). Die parallelisierte Referenzgruppe aus der Traditionellen Pflege (Mannheim) setzt sich aus 131 Bewohnerinnen und Bewohner für die Stichtagspopulation und 42 Neuaufnahmen zusammen. Der größte Anteil der Stichprobenverluste über die Zeit ist hauptsächlich auf Sterbefälle zurückzuführen. Alle untersuchten Personen waren über 65 Jahre alt, zeigten Verhaltensauffälligkeiten (mittelschwere bis schwere Demenz) und waren nicht bettlägerig.</p> <p>Ein/Ausschlusskriterien Die Ausgangsunterschiede zwischen den verschiedenen Untersuchungsgruppen hinsichtlich soziodemographischer und krankheitsbezogener Merkmale wurden mit Hilfe von Parallelisierung und multivariater Verfahren angepasst (Häufigkeitsmatching).</p> <p>Aufnahmekriterien "besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg" (Gilt für alle Versuchsteilnehmer): Diagnose einer irreversiblen Demenzerkrankung; MMST > 18 Punkte; Pflegestufe 2; schwerwiegende Verhaltensauffälligkeiten (mind. eine schwerwiegende oder 3 leichte nach modCMAI (Cohen-Mansfield 1996)); vorhandene Mobilität.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel Zwei Fragestellungen stehen im Vordergrund. Erstens: Wie unterscheiden sich Demenzkranke in Hamburg, die segregativ (Domusprinzip) oder teilsegregativ (Integrationsprinzip) betreut werden? Und zweitens: Welche Unterschiede gibt es zwischen Demenzkranken in der besonderen Dementenbetreuung in Hamburg und einer vergleichbaren Gruppe Demenzkranker, die traditionell integrativ in Altenpflegeheimen betreut werden?</p>	<p>Datensammlung Alle Bewohnergruppen wurden längsschnittlich zu zwei Erhebungszeitpunkten über einen Zeitraum von etwa einem halben Jahr (Datenerhebung 2002/2003) untersucht. Stichtagerhebung: März 2002. 31 Hamburger Modelleinrichtungen für Demenzkranke mit insgesamt 744 Plätzen (62% Domusprinzip / 38% Integrationsprinzip). An der Studie beteiligten sich 28 Institutionen mit insgesamt 594 Bewohner (Ausschöpfung über 80%).</p> <p>Intervention Das Setting ist die Intervention</p> <p>Instrumente Die Informationsgewinnung über die Bewohner und Bewohnerinnen erfolgte durch Fremdeinschätzung von qualifiziertem Pflegepersonal (die wichtigsten Interaktionspartner) anhand eines standardisierten und zeitökonomischen Untersuchungsinstrumentes. Erfasst werden Kognition (PVA: das multidimensionale Pflege- und Verhaltensassessment "Mannheimer Arbeitsheft zur Beurteilung von Bewohner und Bewohnerinnen in stationären Pflegeeinrichtungen durch Pflegekräfte") Verhaltensauffälligkeiten (gemessen mit dem CMAI Gesamtscore und NPI), Alltagseinschränkungen (gemessen mit dem Barthel-Index), Selbstständigkeit, Mobilität, Aktivitätsniveau, freiheitseinschränkende Massnahmen wie Fixierung, Medikamente (Kriterien von Beers et al.; 1991,1997), psychiatrische Betreuung und Sozialkontakte.</p> <p>Datenanalyse Keine näheren Angaben im Artikel und der Internetversion.</p>	<p>1. Vergleich Demenzkranker im Domus- und Integrationsprinzip Keine bedeutsamen Unterschiede (zwischen WG seg und WG int) am Stichtag: Durchschnittsalter: 84.4 Jahre. Anteil Frauen: 80.4%. Aufenthaltsdauer: 2.8 Jahre. 91.2 % Pflegestufe 2 oder 3. 49.7% zeigten nach CMAI mindestens eine schwere oder drei leichte Verhaltensauffälligkeiten. Etwa die Hälfte zeigte deutliche Abnahme. Relativ seltener Einsatz freiheitsbeschränkender Massnahmen: Bettgitter: 22.0%; Fixiergurt/Stecktisch: 7.6%. Stürze: 20% der Bewohner innerhalb der letzten vier Wochen vor Stichtag. Medikation: 14.6% erhielten in den drei Monaten vor Stichtag nicht angemessene Medikamente.</p> <p>Vorteile für Integrationsprinzip (zwischen WG seg und WG int) am Stichtag: Besucherhäufigkeit: 56.1% (WG int) zu 33.7% (WG seg). Einbindung der Angehörigen: 74.0% (WG int) zu 62.8% (WG seg). <i>Signifikante Unterschiede</i> bei Aktivitäten: Heimveranstaltungen WG int (WG seg): 74.1% (53.5%). Aktivitäten ausserhalb der Einrichtungen WG int (WG seg): 76.4% (64.1%). Körperliche Aktivierung WG int (WG seg): 93.0% (72.9%). Gedächtnistraining WG int (WG seg): 84.2% (55.3%). Gruppenangebote WG int (WG seg): 91.7% (72.9%). Einzelbetreuung WG int (WG seg): 75.0% (60.3%). Ähnliche Resultate bei Vergleich WG int neu und WG seg neu. Längsschnittlich: hohe Aktivitätenrate bei Bewohnern mit Betreuung nach Integrationsprinzip konnte auch besser als bei Domusprinzip aufrecht erhalten werden.</p> <p>Vorteile für Domusprinzip am Stichtag: Signifikant häufigere Erhebung von Biografiedaten WG seg (WG int): 83.4 % (69.9%). <i>Deutliche Unterschiede:</i> Psychiatrische Behandlung WG seg (WG int): 67.0% (52.0%). Einnahme von psychotropen Substanzen WG seg (WG int): 80.6 % (69.3%). Verordnung von Antidepressiva WG seg (WG int): 28.7 % (15.4%). Verordnung von Antidementiva WG seg (WG int): 17.5 % (11.4%). Verordnung von Neuroleptika WG seg (WG int): 37.3 % (47.8%).</p>

Special and traditional dementia care in nursing homes: A comparative study. Weyerer, Sigfried ; Schaufele, M ; Hendelmeier, I. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*; Vol 38(2) Apr 2005; pg:85-94

Ergebnisse Teil 2	Diskussion, Evidenz, Ethik
<p>2. Vergleich Demenzkranker in der besonderen und traditionellen Betreuung</p> <p>Ergebnisse der Querschnittsuntersuchung Stichtagspopulation <i>Lebens- und Betreuungsqualität</i> WG (KG): Einbindung ehrenamtlicher Freiwilliger WG (KG): 32.6 % (17.3%). Sozialkontakte Demenkranker zu Personal WG (KG): 49.7 % (40.0%). Positive Gefühle der Demenzkranken "Interesse" WG (KG): 49.3 % (29.8%). Positive Gefühle der Demenzkranken "Freude" WG (KG): 36.4 % (26.0%). <i>Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen</i> WG (KG): Bettgitter WG (KG): 2.0% (40.1%). Gurt oder Stecktisch WG (KG): 7.3% (19.1%). <i>Psychiatrische Behandlung</i> WG (KG): 60.9% (35.3). <i>Einnahme von Psychopharmaka</i> WG (KG): 76.3 & (77.9%). Verordnung von Antidepressiva WG (KG): 23.6% (13.0%). Verordnung von Neuroleptika WG (KG): 41.2% (63.4%). <i>Keine Unterschiede:</i> Einnahme nicht sachgerechter Medikamente WG (KG): 14.6% (17.6%).</p> <p>Ergebnisse der Querschnittsuntersuchung Neuzugänge: Ähnliche Ergebnisse wie Stichtagspopulation (schon zu Beginn). <i>Lebens- und Betreuungsqualität</i> WG (KG): Einbindung ehrenamtlicher Freiwilliger WG (KG): signifikant häufiger WG. Sozialkontakte Demenkranker zu Personal WG (KG): wesentlich häufiger WG. Positive Gefühle der Demenzkranken "Interesse" WG (KG): häufiger WG. Positive Gefühle der Demenzkranken "Freude" WG (KG): häufiger WG. <i>Aktivitäten</i> WG (KG): signifikant erhöht WG. <i>Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen</i> WG (KG): wesentlich seltener. <i>Psychiatrische Behandlung</i> WG (KG): deutlich erhöht.. <i>Keine Unterschiede:</i> Einnahme nicht sachgerechter Medikamente WG (KG).</p> <p>Ergebnisse der Längsschnittuntersuchung Stichtagspopulation: <i>Verhaltensauffälligkeiten</i> (CMAI-Gesamtscore) nahmen bei Demenzkranken in beiden Settings ab. Rückgang in der traditionellen Pflege wesentlich deutlicher ausgeprägt. <i>Alltagseinschränkungen</i> (Barthel-Index): Verschlechterung in beiden Settings, Unterschiede nicht signifikant. <i>Mobilität:</i> Verschlechterung in beiden Settings, Unterschiede nicht signifikant. Häufigkeit der Teilnahme an kompetenzfördernden <i>Aktivitäten:</i> WG konnte im Vergleich zu KG das hohe Aktivitätsniveau aufrechterhalten.; Ausgangsniveau bei WG wesentlich höher. Hochsignifikanter Effekt. <i>Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen</i> WG (KG): wesentlich seltener. Bettgitter WG (KG): kein Effekt. Gurt oder Stecktisch WG (KG): grosser Unterschied.</p> <p>Ergebnisse der Längsschnittuntersuchung Neuzugänge: <i>Verhaltensauffälligkeiten:</i> im Verlauf keine signifikanten Unterschiede. <i>Alltagseinschränkungen:</i> signifikante Zunahme bei KG im Vergleich zu WG. <i>Mobilität:</i> Die Wahrscheinlichkeit gehfähig zu bleiben in KG wesentlich vermindert im Vergleich zu KG; Risiko bettlägerig zu werden in KG um Vielfaches erhöht. <i>Aktivität:</i> unter beiden Bedingungen konnte das jeweilige Ausgangsniveau aufrecht erhalten werden. Ausgangsniveau Aktivität bei WG wesentlich höher. Effekt der Betreuungsform nicht signifikant. <i>Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen</i> WG (KG): wesentlich seltener. Deutliche Unterschiede schon bei Ausgangsniveau. Bettgitter WG (KG): Zunahme. Gurt oder Stecktisch WG (KG): Zunahme.</p>	<p>Diskussion Bei dem Vergleich der beiden besonderen Demenzbetreuungen in Hamburg sehen die Autoren den Vorteil des Integrationsmodells bei der Aktivitätenrate mit beeinflusst durch eine gezieltere und dauerhaftere Förderung der kompetenzfördernden Aktivitäten in den Tagesbetreuungsgruppen. Bezüglich der Besuchshäufigkeiten und der gefundenen Unterschiede schlagen die Verfasser weitere Forschungen vor. Vorteile des Domusprinzips liegen laut dieser Untersuchung bei einer signifikant höheren Erfassung biografischer Daten und einem höheren Anteil an psychogeriatrisch betreuten Bewohnern. Bei der Medikation gab es signifikante Unterschiede bei der Verschreibung von Antidementiva und Antidepressiva (höher bei segregativ) sowie Neuroleptika (höher bei integrativ). "Inwieweit nicht Demenzkranke auf Grund der Verlegung von verhaltensauffälligen Mitbewohnern (...) profitieren, liess sich im Rahmen der vorliegenden Beobachtungsstudie nicht untersuchen. Ergebnisse internationaler Interventionsstudien weisen jedoch darauf hin, dass segregierte Dementenbereiche, wie im Domusprinzip; für die nicht demenzkranken Bewohner des Heimes, für Angehörige sowie für das Pflegeheim insgesamt einen entlastenden Charakter haben (Grant und Ory 2000)." Zitat S.92. Beim Vergleich der traditionellen Pflege in Mannheim und der besonderen Pflege in Hamburg zeigten sich die Unterschiede viel akzentuierter. Im Bereich der Lebens- und Betreuungsqualität sehen die Autoren die Überlegenheit der besonderen Betreuung als erwiesen an. Die Ergebnisse insgesamt bestätigen nach Ansicht der Verfasser, dass durch besondere Betreuungsformen bei Erkrankten in fortgeschrittenem Stadium weder die kognitive Leistungsfähigkeit noch die Selbständigkeit im Alltag grundsätzlich verbessert werden kann und berufen sich auf weitere ähnliche Forschungsergebnisse von Rovner et al. 1996, Lawton et al 1998; Holmes et al 2000. Als wichtigen Betreuungserfolg werten sie die Verzögerung von Immobilität und Bettlägerigkeit sowie die längere Aufrechterhaltung der Mobilität (ähnliche Resultate wie Saxton et al 1998). Unerwartet und nicht erklärbar war für die Autoren der Befund beim Verlauf der Verhaltensauffälligkeiten. Sie verweisen auf von Haitsma et al. (2000), welcher zum Ergebnis kam, dass sich nicht-kognitive Symptome und Verhaltensauffälligkeiten durch ein besonderes Milieu nur begrenzt und nicht in jedem Fall beeinflussen lassen. Die Verfasser dieser Studie sehen dies aber nicht als erwiesen an und begründen ihre Resultate mit möglichen Selektionsfaktoren. Die Autoren argumentieren mit einer Forschung von Rovner et al. (1996), bei welcher die Verhaltensprobleme in Tagesbetreuungsgruppen im Vergleich zu traditionell versorgten Demenzkranken im Laufe von sechs Monaten signifikant reduziert werden konnten und sie betonen als Stärke dieser Forschung die randomisierte Zuteilung. Als erschwerend für eine Evaluation sehen die Verfasser die Komplexität der Pflegemodelle und die vielen einzelnen Komponenten. Sie schlagen vor in weiteren Untersuchungen hypothesengeleitet zu prüfen welche Komponenten der besonderen Dementenbetreuung wirksam sind und wie diese in die traditionelle integrative Pflege übertragen werden können.</p> <p>Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998) III</p> <p>Gütekriterien nach Behrens & Langer (2004) 4.8</p> <p>Ethik Bei der zuständigen Ethikkommission 11 (Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Ruprecht-Karls Universität Heidelberg) wurde ein entsprechender Antrag am 27.03.2002 vorgelegt. Mit Schreiben vom 14.06.2002 kam die Ethikkommission zu der einstimmigen Entscheidung, dass gegen das Vorhaben aus ethischer und berufsrechtlicher Sicht keine Bedenken zu erheben sind. (http://www.bmfsfj.de).</p>

Alzheimer special care units compared with traditional nursing home for dementia care: are there differences at admission and clinical outcomes? Autoren: A. Nobili; Ilaria Piana; Laura Balossi; Luca Pasina; Marina Matucci; Massimo Taratola; Silvia Trevisan; Emma Riva; Ugo Lucca; Mauro Tettamanti (2008); Alzheimer Disease & Associated Disorders; 22(4): 352-61; 2; Medline

Design, Setting, Sample	Methode	Ergebnisse	Diskussion, Evidenz, Ethik
<p>Design Prospektive Beobachtungsstudie mit vier Phasen. Im Zentrum dieser Arbeit steht Phase drei und vier (Vergleich der Patientendaten) mit vier Messzeitpunkten.</p> <p>Setting Alters- und Pflegeheime der Region Lombardei in Italien nahmen an der Untersuchung teil. Es beteiligten sich „traditionelle“ Pflegeabteilungen (NH; integrativ) und Alzheimer Special Care Units (ASCU, segregativ). Als ASCU gelten Abteilungen für etwa 20 Bewohner mit angepasster Architektur und adäquater Aktivierung sowie speziell ausgebildetes Personal.</p> <p>Sample Als Versuchsgruppe wurden aus 58 Institutionen, welche in Phase zwei die Kriterien als ASCU erfüllen, zufällig 35 ASCU ausgewählt (n=319). Aus den NH der Region wurden zufällig neun Institutionen als Kontrollgruppe selektioniert (n=81). Aus jeder Abteilung wurden zehn Personen ausgewählt.</p> <p>Ein/Ausschlusskriterien Aufnahmekriterien für eine ASCU sind: Diagnose mittlere bis schwere Demenz; MMSE-Wert 14 oder tiefer (Kognition) sowie NPI-Wert von 24 und höher oder ein Wert von 12 in einer Subskala des NPI (Verhaltensauffälligkeiten). Für die NH gibt es keine Aufnahmekriterien.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel Das Ziel dieser Studie war die Merkmale von Patienten mit Alzheimer, die in ASCU (Alzheimer Special Care Unit) oder in NH (traditional nursing home) versorgt werden zu vergleichen und die Auswirkungen des Settings auf die Mortalität, Hospitalisation, freiheitseinschränkende Massnahmen, Stürze und Psychopharmaka zu erheben.</p>	<p>Datensammlung Alle Daten wurden vom speziell für diese Instrumente geschulten jeweiligen Abteilungsarzt erfasst und anschliessend im Koordinationszentrum auf Konsistenz und Validität überprüft. Im Follow-up gingen 37 Patientendatensätze verloren weil zwei Institutionen sich zurückzogen (20) und bei 17 Personen Daten aufgrund organisatorischer Probleme fehlten. Während dem follow-up wurden 57 Bewohner der ASCU (16.3%) und 3 der NH verlegt (p=0.0032).</p> <p>Intervention Das Setting ist die Intervention.</p> <p>Instrumente MMSE oder severe MMSE-Test; Barthel-Index; NPI-Skala; CIRS (Cumulative Illness Rating Scale); Bogen zur Erfassung der Medikamente und soziodemografischer Daten.</p> <p>Datenanalyse Phase eins: Rekrutierung der Institutionen. Phase zwei: Qualitative Studie zur Struktur und Organisation der Institutionen. Phase drei: Ergebnisstudie; Vergleich der Patienten zu Beginn. Phase vier: Auswertung des follow-up der Patientendaten. Unterschiede der Bewohner in den Settings mittels t-Tests und Chi-Quadrat-Tests. Univariate Daten mit ANOVA; Multivariate Analysen und logische Regression. Um die Unterschiede in der Baseline auszugleichen wurde ein gematchtes Sample von 144 Bewohnern parallel ausgewertet und die jeweiligen Resultate verglichen.</p>	<p>Vergleich der Baseline: Bewohner von NH sind älter (Durchschnittsalter 85.4J.; ASCU: 81.2J.; p=0.0001); haben eine schlechtere Bildung (5.0J.; ASCU: 5.8J.; p=0.02) und wohnen länger in der Institution (26.5 Mt.; ASCU: 13.6 Mt.; p=0.0001). Sie haben mehr funktionale Einschränkungen (Barthel-Index 31; ASCU: 43; p=0.0005) und leiden unter mehr Komorbiditäten (CIRS-C 4.3; ASCU: 3.5; p=0.003 und CIRS-S 1.9; ASCU: 1.6; p=0.002). Bei den ASCU war das therapeutische Hauptziel das Management des Verhaltens (ca. 50%); bei den NH standen zu 42% geriatrische Probleme im Vordergrund. Bewohner der ASCU wiesen mehr Verhaltensstörungen auf (NPI 33.9; NH: 17.1; p=0.0001). Die MMSE-Werte waren für beide Gruppen vergleichbar. Bezüglich Ernährungszustand und Medikation fanden sich keine Unterschiede. Die Ergebnisse des gematchten Samples waren vergleichbar.</p> <p>Vergleich des Verlaufes: Es zeigte sich bei vielen Daten ein floor-effect. Bei der univariaten Analyse der beiden Gruppen zeigten sich signifikante Unterschiede beim severe MMSE bei zwölf Monaten (-2.1 vs. +2.1; p<0.05); beim Barthel-Index bei zwölf Monaten (-11.2 vs. -3.8; p<0.05); beim NPI nach sechs (-5.1 vs. -0.8; p<0.05) und zwölf Monaten (-7.2 vs. -1.3; p<0.05); beim CIRS-C nach sechs (-0.7 vs. -0.4; p<0.05) und zwölf Monaten (-0.9 vs. -0.5; p<0.05). In den ASCU verstarben 92 Bewohner (26.3%) und in den NH 25 (30.9%). Der Effekt des Settings wurde bezüglich Mortalität nie signifikant. Sowohl mit univariater als auch multivariater Analyse wurde der Faktor der FEM nach sechs Monaten signifikant (odds ratio: 0.66; p<0.01). Bei der multivariaten Analyse gab es eine Signifikanz für das Risiko einer Hospitalisation (odds ratio: 0.67; p=0.04). Der Faktor Stürze wurde nie signifikant. Die Bewohner der ASCU erhielten beim balancierten Vergleich im Verlauf eine signifikant grössere Reduktion der Psychopharmaka (p=0.0032). Die weiteren Ergebnisse des gematchten Samples waren vergleichbar.</p>	<p>Diskussion Die Autoren stellen fest, dass die Bewohnergruppen nicht in allen Punkten vergleichbar sind. Die Unterschiede zwischen den Gruppen erklären sie mit unterschiedlichen Aufnahmekriterium für ASCU und NH. Als wichtigen Befund werten sie die besseren Werte für die Bewohner der segregativen ASCU in den verhaltensrelevanten Faktoren Hospitalisation, FEM und Medikation. Sie schreiben diese Resultate dem speziell ausgebildeten Personal und den architektonischen Anpassungen zu. Die unterschiedlichen Therapieziele begründen sie mit den verschiedenen Bedürfnissen der Bewohner der jeweiligen Gruppen. Der Verlauf der signifikant häufigeren und schwereren Verhaltensauffälligkeiten in den ASCU entspricht anderen im Artikel erwähnten Studien. Diese fanden ebenfalls beim NPI-Score über die Zeit eine signifikant stärkere positive Verhaltensänderung im Vergleich zu den NH. Sie werten diese Beeinflussung des Verhalten als eine der Stärken von ASCU. Die Autoren sehen aber die Frage nach der Effektivität der beiden Settings noch nicht als endgültig beantwortet und erwähnen kontroverse Resultate anderer Forscher.</p> <p>Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998) III</p> <p>Gütekriterien nach Behrens & Langer (2004) 5.1</p> <p>Ethik Die Einwilligung von Verwandten und Pflege wurde für jeden Bewohner eingeholt und die gesetzlichen Vorschriften beachtet.</p>

Anhang C

Die Möglichkeit des Miteinanders Reggentin H; Dettbarn-Reggentin J. 2004. Daten aus Buch: **Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern** (2006); Reggentin Heike; Dettbarn-Reggentin Jürgen; S. 87-104

Auswertung:

Glaubwürdigkeit:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 16 Erreichte Punktzahl: 9 Berechnung Teilnote: $(5 : 16) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 3.8125$

Aussagekraft:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7 Erreichte Punktzahl: 4 Berechnung Teilnote: $(5 : 7) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 3.8571$

Anwendbarkeit:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7 Erreichte Punktzahl: 5 Berechnung Teilnote: $(5 : 7) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 4.5714$

Gesamtnote:

[Teilnote **Glaubwürdigkeit** (3.8125) + Teilnote **Aussagekraft** (3.8571) + Teilnote **Anwendbarkeit** (4.5714)] : 3 = **4.0803**

Glaubwürdigkeit

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
1. Wie wurden Teilnehmer rekrutiert und den Gruppen zugeteilt? <i>Rekrutierung? Zuteilung? Randomisierung? Zuteilung?</i>	In drei Alters- und Pflegeheimen aus Nordrhein-Westfalen sieben Wohngruppen (WG). Ethische Aspekte berücksichtigt.	<ul style="list-style-type: none"> Auswahlkriterien beschrieben: 1 P Ethische Aspekte berücksichtigt: 1 P Randomisierung gemacht und beschreiben: 2 P 	4 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? <i>Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup > 80%?</i>	Ausgangsstichprobe: 158 Bewohner; vollständiger Datensatz am Ende der Untersuchung von 111 Bewohnern. Wohngruppen n= 53; Vergleichsgruppe n=58. Wohngruppe (n total = 53): n=27 segregativ; n= 26 integrativ. Follow-up wahrscheinlich > 80%.	<ul style="list-style-type: none"> Ausfallquoten begründet: 1 P Follow up > 80%: 1 P 	2 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? <i>Geschlecht, Alter, Bildung Krankheitsstadium, , Beruf? Signifikante Unterschiede?</i>	Vergleichsgruppe: Bewohner herkömmlicher Pflegeheime mit vergleichbaren Merkmalen wie Bewohner der Wohngruppen. Keine näheren Angaben zum Auswahlverfahren.	<ul style="list-style-type: none"> Keine signifikanten Unterschiede: 1 P Signifikante Unterschiede: 0 P Matching, Parallelisierung der Kontrollgruppe: 1 P 	2 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i>	Alle Abteilungen arbeiten – mit kleinen Unterschieden – nach dem Konzept der Milieutherapie. In jeder Wohngruppe hat es einen Gemeinschaftsraum gestaltet als Wohnküche. Alle agieren als eigenständige Versorgungseinheit und sind in ihrer Institution organisatorisch eingebunden. Beeinflussung durch andere Faktoren möglich und erwähnt.	<ul style="list-style-type: none"> Setting beschrieben und kontrolliert: 2 P Setting beschrieben: 1 P Mögliche beeinflussende Faktoren erwähnt und berücksichtigt: 1 	3 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
6. Wurden alle Teilnehmer in der zugeteilten Gruppe bewertet? <i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?</i>	Im Artikel finden sich keine Angaben. Im Buch sind Todesfälle und Neuzuzüge erwähnt.	<ul style="list-style-type: none"> Es ist anzunehmen, dass niemand die Gruppe wechselte/umzog: 1 P Gruppenwechsel oder Neuzuzüge erwähnt: 2 P 	2 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? <i>Power?</i>	k. A. Poweranalyse nicht durchgeführt	<ul style="list-style-type: none"> Poweranalyse erwähnt: 1 P Poweranalyse nicht erwähnt: 0 P 	1 0

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen	Im Buch finden sich wenige Hinweise auf andere Untersuchungen.	<ul style="list-style-type: none"> Aufgezeigt: 2 P Teilweise aufgezeigt: 1 P 	2

Untersuchungen auf diesem Gebiet?		• Nicht aufgezeigt: 0 P	1
-----------------------------------	--	-------------------------	---

Mögliche Gesamtpunktzahl: 16

Erreichte Punktzahl: 9

Aussagekraft

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?	Statistische Zahlen teilweise angegeben und teilweise ausgeprägte Ergebnisse.	<ul style="list-style-type: none"> Statistische Zahlen angegeben und ausgeprägte Ergebnisse: 3 Punkte Statistische Zahlen teilweise angegeben und ausgeprägte Ergebnisse: 2 P Statistische Zahlen teilweise angegeben und nicht ausgeprägte Ergebnisse: 1 P Statistische Zahlen nicht angegeben und nicht ausgeprägte Ergebnisse: 0 P 	3 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? pWert?	Im Artikel ist jeweils die Signifikanz erwähnt, aber ohne Angabe von P-Werten. Im Buch finden sich einige P-Werte. Verschiedene Testmethoden wurden parallel benutzt.	<ul style="list-style-type: none"> Alle p-Werte angegeben: 2 P P-Wert teilweise angegeben: 1 P Signifikanz erwähnt, aber ohne P-Wert: 1 P Wurden verschiedene Testmethoden parallel benutzt: 1 P 	3 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
11. Wie präzise sind die Ergebnisse? Konfidenzintervalle?	CI nicht angegeben	<ul style="list-style-type: none"> CI angegeben: 1 P CI nicht angegeben: 0 P 	1 0

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7

Erreichte Punktzahl: 4

Anwendbarkeit

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?	Ja. Vergleichsgruppe: Bewohner herkömmlicher Pflegeheime mit vergleichbaren Merkmalen wie Bewohner der Wohngruppen. Der Unterschied zwischen den Wohngruppen und der Kontrollgruppe aus traditioneller Pflege wird vor allem im viel rascheren Abbau auf allen Gebieten bei den Bewohnern der KG deutlich.	<ul style="list-style-type: none"> Ja: 2 P Teilweise: 1 P Nein: 0 P 	2 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? Nebenwirkungen? Compliance?	Teilweise. Bezüglich der Verhaltensauffälligkeiten merken die Autoren an, dass in Wohngruppen sich das Verhalten verbessert. Wie verhält sich Kontrollgruppe? Leider sind die CMAI-Werte nicht publiziert worden.	<ul style="list-style-type: none"> Ja: 2 P Teilweise: 1 P Nein: 0 P 	2 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? Kostenanalyse?	Unter Berücksichtigung aller Punkte zeigt sich ein Vorteil für die Wohngruppen sowohl für die dementen als auch die nicht dementen Bewohner. Dies gibt ein Hinweis auf die Möglichkeit, dass ein milieugerechtes Umfeld wie in den Wohngruppen eine Verbesserung der Lebensqualität für alle bedeuten könnte. Ein Vergleich der Kosten wäre zu	<ul style="list-style-type: none"> Kostenanalyse durchgeführt: 2 P Vergleich der Kosten wäre zu umfangreich: 1 P Vor- und Nachteile der für den Demenzkranken erwähnt: 1 P 	3 2

	umfangreich		
--	-------------	--	--

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7

Erreichte Punktzahl: 5

Special care facility compared with traditional environments for dementia care : a longitudinal study of quality of life Reimer MA ; Slaughter S ; Donaldson C ; Currie G ; Eliasziw M ; 2004

Auswertung:

Glaubwürdigkeit:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 16 Erreichte Punktzahl: 12 Berechnung Teilnote: $(5 : 16) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 4.75$

Aussagekraft:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7 Erreichte Punktzahl: 4 Berechnung Teilnote: $(5 : 7) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 3.8571$

Anwendbarkeit:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7 Erreichte Punktzahl: 5 Berechnung Teilnote: $(5 : 7) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 4.5714$

Gesamtnote:

[Teilnote **Glaubwürdigkeit** (4.75) + Teilnote **Aussagekraft** (3.8571) + Teilnote **Anwendbarkeit** (4.5714)] : 3 = **4.3928**

Glaubwürdigkeit

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
1. Wie wurden Teilnehmer rekrutiert und den Gruppen zugeteilt? <i>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</i>	Alle Versuchspersonen wurden von dem regionalen Gesundheitsbüro rekrutiert. SCF-Aufnahmekriterien: GDS < 5; Nichtraucher; pflegerisch nicht zu aufwendig. 24 Langzeit-Pflegezentren und vier betreute Wohngruppen in urbanem Zentrum Westkanadas.	<ul style="list-style-type: none"> Auswahlkriterien beschrieben: 1 P Ethische Aspekte berücksichtigt: 1 P Randomisierung gemacht und beschreiben: 2 P 	4 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? <i>Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup > 80%?</i>	Es fehlten keine Daten aus dem follow-up. Es gab wenige fehlende Daten beim Assessment (CMAI 0.1%; MOSES 1.2%, AARS 0.7%).	<ul style="list-style-type: none"> Ausfallquoten begründet: 1 P Follow up > 80%: 1 P 	2 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? <i>Geschlecht, Alter, Bildung Krankheitsstadium, , Beruf? Signifikante Unterschiede?</i>	Zwei Kontrollgruppen: MTIF (64) und STIF (59), anhand GDS-Score und Alter sowie Komorbiditäten gematched. Keine statistisch signifikanten Unterschiede zu T1 zwischen den drei Gruppen bei Alter (M=81.7; SD=7.5), Geschlecht (73.5% Frauen), GDS-Werten (M=6.0) und Komorbiditäten (M=4.5; SD=1.4). Die Medikation war vergleichbar. Die Ausgangsdaten deuten auf eine ausgeglichene Versuchs- und Kontrollgruppe hin.	<ul style="list-style-type: none"> Keine signifikanten Unterschiede: 1 P Signifikante Unterschiede: 0 P Matching, Parallelisierung der Kontrollgruppe: 1 P 	2 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i>	MTIFs: ähnliche Struktur wie Wohngruppen mit psychogeriatrischen Einheiten und home-like Umgebung; traditionellen Personalschlüssel und –mix. Bewohner der MTIF-Kontrollgruppe stammen von 24 Langzeiteinrichtungen oder aus einem der vier assisted-living centers aus dem Umkreis. STIF: "klassische" Abteilung mit langen Korridoren, grossen und lauten Speisesälen sowie traditionelle Versorgung. Bewohner der STIF-Kontrollgruppe stammen hauptsächlich aus den drei psychogeriatrischen Abteilungen der Stadt. Mögliche beeinflussende Faktoren sind erwähnt	<ul style="list-style-type: none"> Setting beschrieben und kontrolliert: 2 P Setting beschrieben: 1 P Mögliche beeinflussende Faktoren erwähnt und berücksichtigt: 1 	3 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
6. Wurden alle Teilnehmer in der zugeteilten Gruppe bewertet? <i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?</i>	Zusätzliche Personendaten gewonnen bei Neuaufnahmen. Personen die vor der dritten Messung wechselten wurden zu der Pflegeeinrichtung gezählt in welche sie verlegt wurden. Personen, welche	<ul style="list-style-type: none"> Es ist anzunehmen, dass niemand die Gruppe wechselte/umzog: 1 P Gruppenwechsel oder Neuzuzüge erwähnt: 2 P 	2 2

	nach der dritten Messung verlegt wurden verblieben in der Ausgangsgruppe.		
--	---	--	--

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? <i>Power?</i>	185 Bewohner mit GDS <5. 62 Bewohner in der Interventionsgruppe (SCF); 123 Bewohner in Kontrollgruppe. Die Stichprobengröße ist annehmbar, obwohl eine Poweranalyse fehlt.	<ul style="list-style-type: none"> • Poweranalyse erwähnt: 1 P • Poweranalyse nicht erwähnt: 0 P 	1 0

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Die Resultate dieser Forschung decken sich nach Ansicht der Verfasser mit den Resultaten von Lawton (1973) und Morgan (1997), die nahelegen, dass ein adäquat angepasstes physikalisches und soziales Umfeld einen positiven Effekt auf die Lebensqualität hat. Die tieferen Werte bei Angst/Furcht sowie das grössere Interesse an der Umgebung in den SCF war für die Forscher ein erwartetes Resultat und entspricht einer Forschung von Lawton (1999).	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgezeigt: 2 P • Teilweise aufgezeigt: 1 P • Nicht aufgezeigt: 0 P 	2 2

Mögliche Gesamtpunktzahl: 16

Erreichte Punktzahl: 12

Aussagekraft

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?	Statistische Zahlen teilweise angegeben und ausgeprägte Ergebnisse. Als besondere Stärke dieser Studie ist die gute Messung des Verlaufs über ein Jahr zu betonen.	<ul style="list-style-type: none"> • Statistische Zahlen angegeben und ausgeprägte Ergebnisse: 3 Punkte • Statistische Zahlen teilweise angegeben und ausgeprägte Ergebnisse: 2 P • Statistische Zahlen teilweise angegeben und nicht ausgeprägte Ergebnisse: 1 P • Statistische Zahlen nicht angegeben und nicht ausgeprägte Ergebnisse: 0 P 	3 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? <i>pWert?</i>	P-Werte sind teilweise angegeben. Verschiedene Testmethoden wurden parallel benutzt.	<ul style="list-style-type: none"> • Alle p-Werte angegeben: 2 P • P-Wert teilweise angegeben: 1 P • Signifikanz erwähnt, aber ohne P-Wert : 1 P • Wurden verschiedene Testmethoden parallel benutzt: 1 P 	3 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
11. Wie präzise sind die Ergebnisse? <i>Konfidenzintervalle?</i>	CI nicht angegeben.	<ul style="list-style-type: none"> • CI angegeben: 1 P • CI nicht angegeben: 0 P 	1 0

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7

Erreichte Punktzahl: 4

Anwendbarkeit

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? <i>Ähnliche Patienten, ähnliche</i>	Über alles gesehen kommen die Autoren zum Schluss, dass die Lebensqualität für Demenzkranke mittleren und spätem Stadiums in SCF gleich gut oder besser	<ul style="list-style-type: none"> • Ja: 2 P • Teilweise: 1 P • Nein: 0 P 	2 2

Umgebung?	ist als in den MTIF und STIF.		
Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? Nebenwirkungen? Compliance?	Der Unterschied zwischen SCU und MTIF ist nicht ausreichend beschrieben, es wird aber davon ausgegangen, dass es sich bei beiden Settings um segregative Pflegemodelle handelt.	<ul style="list-style-type: none"> • Ja: 2 P • Teilweise: 1 P • Nein: 0 P 	2 1
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? Kostenanalyse?	Die Autoren finden erhöhte Werte der SCU im Verlauf der Zeit bei der Agitation (CMAI), was als eine Verstärkung der Verhaltensproblematik gedeutet wird. Die Verläufe bei MTIF und STIF sind annähernd gleich. Die Werte bezüglich des Sozialen Verhaltens lassen bis T3 keine eindeutige Aussage zu. Die AARS-Werte bei Angst/Furcht bewegen sich bei STIF zwischen den Werten von NTIF (höher) und SCU (tiefer). Bei den Pleasant Event Scale (vor allem Interesse) nehmen die Werte der STIF ab T3 stark ab im Vergleich zu beiden segregativen Settings. Dies wird als ein Vorteil der segregativen Modelle gewertet. Insgesamt betrachtet bleiben die hier verglichenen segregativen Modelle zu favorisieren, obwohl im Bereich Verhalten kein Vorteil dieser Modelle zu erkennen ist. Ein Vergleich der Kosten wäre zu umfangreich.	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenanalyse durchgeführt: 2 P • Vergleich der Kosten wäre zu umfangreich: 1 P • Vor- und Nachteile der für den Demenzkranken erwähnt: 1 P 	3 2

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7

Erreichte Punktzahl: 5

Nursing home residents with Alzheimer's disease in special care units compared with other residents with Alzheimer's disease Buchanan RJ ; Choi M ; Wang S ; Ju H ; Graber D ;2005

Auswertung:

Glaubwürdigkeit:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 16 Erreichte Punktzahl: 7 Berechnung Teilnote: $(5 : 16) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 3.1875$

Aussagekraft:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7 Erreichte Punktzahl: 3 Berechnung Teilnote: $(5 : 7) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 3.1428$

Anwendbarkeit:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7 Erreichte Punktzahl: 3 Berechnung Teilnote: $(5 : 7) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 3.1428$

Gesamtnote:

[Teilnote **Glaubwürdigkeit** (3.1875) + Teilnote **Aussagekraft** (3.1428) + Teilnote **Anwendbarkeit** (3.1428)] : 3 = **3.1577**

Glaubwürdigkeit

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
1. Wie wurden Teilnehmer rekrutiert und den Gruppen zugeteilt? <i>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</i>	Alle SCU und alle anderen Institutionen, welche Alzheimerkranke betreuen in den USA. MDS stützt sich für die Diagnose von Alzheimer auf den ICD-9-CM Code 331.0 als Definition der Alzheimer Krankheit. Die MDS-Daten und deren Verwendung in dieser Untersuchung entsprechen den Richtlinien des Centers for Medicare und Medicaid Services' data release und den privacy guidelines.	<ul style="list-style-type: none"> Auswahlkriterien beschrieben: 1 P Ethische Aspekte berücksichtigt: 1 P Randomisierung gemacht und beschreiben: 2 P 	4 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? <i>Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup > 80%?</i>	Da nur eine Messung vorgenommen wurde, gab es kein follow up. Alle erfassten MDS-Daten wurden berücksichtigt, kein Ausfall möglich.	<ul style="list-style-type: none"> Ausfallquoten begründet: 1 P Follow up > 80%: 1 P 	2 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? <i>Geschlecht, Alter, Bildung Krankheitsstadium, , Beruf? Signifikante Unterschiede?</i>	Das Ziel der Untersuchung bestand darin, Unterschiede zu finden. Alle Personen haben die Diagnose Alzheimer. Matching, Parallelisierung wäre unsinnig.	<ul style="list-style-type: none"> Keine signifikanten Unterschiede: 1 P Signifikante Unterschiede: 0 P Matching, Parallelisierung der Kontrollgruppe: 1 P 	2 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i>	49 627 mit Diagnose Alzheimer; 11 311 der Erkrankten leben in einer SCU. Zur Definition einer SCU richteten sie sich nach dem "Long Term Care Resident Assessment Instrument User's Manual", welche eine SCU definiert als eigenständigen Teil eines Heimes in dem Personal und Pflegeinterventionen speziell für kognitiv beeinträchtigte Personen gestaltet sind. Mögliche beeinflussende Faktoren werden kaum angesprochen.	<ul style="list-style-type: none"> Setting beschrieben und kontrolliert: 2 P Setting beschrieben: 1 P Mögliche beeinflussende Faktoren erwähnt und berücksichtigt: 1 	3 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
6. Wurden alle Teilnehmer in der zugeteilten Gruppe bewertet? <i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?</i>	Bei einer Messung ist ein Gruppenwechsel nicht möglich.	<ul style="list-style-type: none"> Es ist anzunehmen, dass niemand die Gruppe wechselte/umzog: 1 P Gruppenwechsel oder Neuzuzüge erwähnt: 2 P 	2 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? <i>Power?</i>	49 627 mit Diagnose Alzheimer; 11 311 der Erkrankten leben in einer SCU.	<ul style="list-style-type: none"> Poweranalyse erwähnt: 1 P Poweranalyse nicht erwähnt: 0 P 	1 0

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Die Autoren fordern mehr Langzeitstudien um die Ergebnisse der "besseren" Betreuung in den SCU durch Resultate belegen zu können. Zudem regen sie vermehrte Forschung auf dem Gebiet der SCU an, um die Personen, welche am meisten von dem zusätzlichen Angebot profitieren, besser identifizieren zu können. Es werden einige wenige andere Autoren zum Vergleich herangezogen.	<ul style="list-style-type: none"> Aufgezeigt: 2 P Teilweise aufgezeigt: 1 P Nicht aufgezeigt: 0 P 	2 1

Mögliche Gesamtpunktzahl: 16

Erreichte Punktzahl: 7

Aussagekraft

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?	Statistische Zahlen teilweise angegeben und ausgeprägte Ergebnisse.	<ul style="list-style-type: none"> Statistische Zahlen angegeben und ausgeprägte Ergebnisse: 3 Punkte Statistische Zahlen teilweise angegeben und ausgeprägte Ergebnisse: 2 P Statistische Zahlen teilweise angegeben und nicht ausgeprägte Ergebnisse: 1 P Statistische Zahlen nicht angegeben und nicht ausgeprägte Ergebnisse: 0 P 	3 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? pWert?	P-Werte sind in Kategorien angegeben, aber nicht die absoluten Werte.	<ul style="list-style-type: none"> Alle p-Werte angegeben: 2 P P-Wert teilweise angegeben: 1 P Signifikanz erwähnt, aber ohne P-Wert: 1 P Wurden verschiedene Testmethoden parallel zur Kontrolle benutzt: 1 P 	3 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
11. Wie präzise sind die Ergebnisse? Konfidenzintervalle?	CI nicht angegeben.	<ul style="list-style-type: none"> CI angegeben: 1 P CI nicht angegeben: 0 P 	1 0

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7

Erreichte Punktzahl: 3

Anwendbarkeit

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?	In dieser Studie fanden die Autoren bedeutsame Unterschiede zwischen den Populationen einer SCU und einer Pflegeabteilung. Einweisungsgründe auf eine SCU sind hauptsächlich abnehmende kognitive Fähigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten, bei einer Pflegeabteilung körperliche Defizite (ADL's). Die USA sind in Sachen Gesundheitswesen nicht direkt mit der Schweiz vergleichbar. Deshalb müssen die Resultate mit Vorsicht interpretiert werden.	<ul style="list-style-type: none"> Ja: 2 P Teilweise: 1 P Nein: 0 P 	2 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
13. Wurden alle für mich	Leider kann mit Hilfe dieser Studie keine	<ul style="list-style-type: none"> Ja: 2 P 	2

wichtigen Ergebnisse betrachtet? <i>Nebenwirkungen?</i> <i>Compliance?</i>	Evaluation der Wirksamkeit im Bezug auf das Verhalten über die Zeit gemacht werden, da nur eine Messung verglichen wurde.	<ul style="list-style-type: none"> Teilweise: 1 P Nein: 0 P 	1
--	---	---	---

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? <i>Kostenanalyse?</i>	Es handelt sich um eine Querschnittuntersuchung. Anhand der hier gefundenen Ergebnisse kann die These des Selektionsbias, von vielen Autoren zur Erklärung ungewöhnlicher Resultate herangezogen, gestützt werden. Die Autoren interpretieren ihre Resultate auch als einen Hinweis auf die Ausbildung des Pflegepersonals. Pflegende auf Pflegeabteilungen benötigen mehr demenzspezifische Ausbildung um eine dem Krankheitsbild angepasste Versorgung anbieten zu können. Ein Vergleich der Kosten wäre zu umfangreich.	<ul style="list-style-type: none"> Kostenanalyse durchgeführt: 2 P Vergleich der Kosten wäre zu umfangreich: 1 P Vor- und Nachteile der für den Demenzkranken erwähnt: 1 P 	3 1

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7

Erreichte Punktzahl: 3

Study on the influence of group living environment on demented ill people in inpatient facilities (German), Dettbarn-Reggentin J.; 2005. Daten aus Buch: **Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern** (2006); Reggentin Heike; Dettbarn-Reggentin Jürgen; S. 57-85

Auswertung:

Glaubwürdigkeit:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 16 Erreichte Punktzahl: 9 Berechnung Teilnote: $(5 : 16) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 3.8125$

Aussagekraft:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7 Erreichte Punktzahl: 4 Berechnung Teilnote: $(5 : 7) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 3.8571$

Anwendbarkeit:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7 Erreichte Punktzahl: 5 Berechnung Teilnote: $(5 : 7) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 4.5714$

Gesamtnote:

[Teilnote **Glaubwürdigkeit** (3.8125) + Teilnote **Aussagekraft** (3.8571) + Teilnote **Anwendbarkeit** (4.5714)] : 3 = **4.0803**

Glaubwürdigkeit

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
1. Wie wurden Teilnehmer rekrutiert und den Gruppen zugeteilt? <i>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</i>	Eine vorliegende Demenz (MMSE > 18 Punkte) und vorhandene Mobilität waren die Auswahlkriterien für die Versuchspersonen. Ethische Aspekte wurden berücksichtigt.	<ul style="list-style-type: none"> Auswahlkriterien beschrieben: 1 P Ethische Aspekte berücksichtigt: 1 P Randomisierung gemacht und beschreiben: 2 P 	4 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? <i>Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup > 80%?</i>	Die Ausgangsstichprobe enthielt Datensätze von 158 Bewohnern. Durch verschiedene Ausfälle waren am Ende der Untersuchung vollständige Daten von 111 Bewohnern vorhanden. Diese verteilten sich auf 53 Bewohnern von Wohngruppen und 58 Bewohner der Vergleichsgruppe. In die Auswertung flossen Daten von total 60 Bewohnern ein. Die Stichprobe der Wohngruppen (segregativ) umfasste 27 Bewohner, die Kontrollgruppe bestand aus 33 integrativ versorgten Bewohnern.	<ul style="list-style-type: none"> Ausfallquoten begründet: 1 P Follow up > 80%: 1 P 	2 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? <i>Geschlecht, Alter, Bildung Krankheitsstadium, , Beruf? Signifikante Unterschiede?</i>	Die Kontrollgruppe bildeten sie mittels Parallelisierung (Matchingverfahren) aus der "Normaletage", weil eine Randomisierung nicht möglich war. Als Matchingvariablen dienten Alter, MMSE <18 und ein Wert im Barthel-Index zwischen 25 – 50 Punkten.	<ul style="list-style-type: none"> Keine signifikanten Unterschiede: 1 P Signifikante Unterschiede: 0 P Matching, Parallelisierung der Kontrollgruppe: 1 P 	2 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i>	Als Versuchsgruppe wählten sie drei segregative Wohngruppen (WG1: Oase; WG 2: Lürrip; WG 3: Arche Noah) aus Nordrhein-Westfalen. Alle drei WG's arbeiten nach dem Modell der Milieuthérapie mit Wohnküche. Als Milieu bezeichnen sie das bauliche Umfeld, die Hauswirtschaft und die Pflegeorganisation sowie das soziale Bezugssystem. Die Kontrollgruppe (KG) bestand aus Bewohnern der "Normaletage" aus Häusern derselben Trägerschaften wie die Wohngruppen mit integrativer Versorgung. Das Personal arbeitete an allen Orten nach	<ul style="list-style-type: none"> Setting beschrieben und kontrolliert: 2 P Setting beschrieben: 1 P Mögliche beeinflussende Faktoren erwähnt und berücksichtigt: 1 	3 2

	vergleichbaren Arbeitszeiten und wies vergleichbare Qualifikationen auf.		
--	--	--	--

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
6. Wurden alle Teilnehmer in der zugeteilten Gruppe bewertet? <i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?</i>	Es ist anzunehmen, dass niemand die Gruppe wechselte/umzog.	<ul style="list-style-type: none"> Es ist anzunehmen, dass niemand die Gruppe wechselte/umzog: 1 P Gruppenwechsel oder Neuzuzüge erwähnt: 2 P 	2 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? <i>Power?</i>	Poweranalyse nicht erwähnt.	<ul style="list-style-type: none"> Poweranalyse erwähnt: 1 P Poweranalyse nicht erwähnt: 0 P 	1 0

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	In ihrer Diskussion sprechen sie eine weitere ihrer Forschungen an, die die Frage nach integrativer oder segregativer Betreuung erneut aufwirft.	<ul style="list-style-type: none"> Aufgezeigt: 2 P Teilweise aufgezeigt: 1 P Nicht aufgezeigt: 0 P 	2 1

Mögliche Gesamtpunktzahl: 16

Erreichte Punktzahl: 9

Aussagekraft

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? z.B. RR, RRR, ARR, NNT? <i>Median, Mittelwert?</i>	Statistische Zahlen teilweise angegeben und ausgeprägte Ergebnisse.	<ul style="list-style-type: none"> Statistische Zahlen angegeben und ausgeprägte Ergebnisse: 3 Punkte Statistische Zahlen teilweise angegeben und ausgeprägte Ergebnisse: 2 P Statistische Zahlen teilweise angegeben und nicht ausgeprägte Ergebnisse: 1 P Statistische Zahlen nicht angegeben und nicht ausgeprägte Ergebnisse: 0 P 	3 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? <i>pWert?</i>	Verschiedene Testmethoden parallel benutzt. P-Werte sind teilweise angegeben.	<ul style="list-style-type: none"> Alle p-Werte angegeben: 2 P P-Wert teilweise angegeben: 1 P Signifikanz erwähnt, aber ohne P-Wert: 1 P Wurden verschiedene Testmethoden parallel benutzt: 1 P 	3 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
11. Wie präzise sind die Ergebnisse? <i>Konfidenzintervalle?</i>	CI nicht angegeben.	<ul style="list-style-type: none"> CI angegeben: 1 P CI nicht angegeben: 0 P 	1 0

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7

Erreichte Punktzahl: 4

Anwendbarkeit

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? <i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i>	„Die hier dargestellte segregative Ausgestaltung für Bewohner mit mittelschwerer und schwerer Demenz stellt eine Möglichkeit dar, eine andere Alternative bildet die integrative	<ul style="list-style-type: none"> Ja: 2 P Teilweise: 1 P Nein: 0 P 	2 2

	Wohngruppenversorgung, in die Bewohner ohne demenzielle Erkrankungen zusammen mit demenziell erkrankten Bewohnern mit leicht bis mittelschwerer Demenz eine Wohngruppe bilden.“ *Zitat Artikel S. 99.		
--	---	--	--

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? <i>Nebenwirkungen?</i> <i>Compliance?</i>	Teilweise. Die Studie belegt einen Vorteil der Wohngruppen im Bezug auf das Soziale Verhalten der Demenkranken. Einen Beleg, dass die Verhaltensauffälligkeiten sich in dieselbe Richtung verändern, können die Autoren nicht liefern.	<ul style="list-style-type: none"> • Ja: 2 P • Teilweise: 1 P • Nein: 0 P 	2 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? <i>Kostenanalyse?</i>	Die Autoren sehen die Wirksamkeit der milieuorientierten Wohngruppenversorgung mit den Ergebnissen im Sozialverhalten und in der Stimmung als belegt an. Sie begründen dies mit der personellen Kontinuität, dem strukturierten Tagesablauf und der persönlichen Beziehung zwischen Präsenzkraft und Bewohner. Ein Vergleich der Kosten wäre zu umfangreich.	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenanalyse durchgeführt: 2 P • Vergleich der Kosten wäre zu umfangreich: 1 P • Vor- und Nachteile der für den Demenzkranken erwähnt: 1 P 	3 2

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7

Erreichte Punktzahl: 5

The Missouri Demonstration Project Aud, Mira A ; 2005**Auswertung:****Glaubwürdigkeit:**Mögliche Gesamtpunktzahl: 16 Erreichte Punktzahl: 7 Berechnung Teilnote: $(5 : 16) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 3.1875$ **Aussagekraft:**Mögliche Gesamtpunktzahl: 7 Erreichte Punktzahl: 3 Berechnung Teilnote: $(5 : 7) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 3.1428$ **Anwendbarkeit:**Mögliche Gesamtpunktzahl: 7 Erreichte Punktzahl: 3 Berechnung Teilnote: $(5 : 7) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 3.1428$ **Gesamtnote:**[Teilnote **Glaubwürdigkeit** (3.1875) + Teilnote **Aussagekraft** (3.1428) + Teilnote **Anwendbarkeit** (3.1428)] : 3 = **3.1577****Glaubwürdigkeit**

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
1. Wie wurden Teilnehmer rekrutiert und den Gruppen zugeteilt? <i>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</i>	Diese Studie wurde vom Staat Missouri unterstützt, um die Entwicklung von Demenzzustationen, welche nach sozial orientierten Modellen arbeiten, genauer zu erforschen. Insgesamt beteiligten sich 4 Institutionen, welche die Anforderungen an eine SCU erfüllten, an der Forschung, welche zwei Jahre lang dauerte.	<ul style="list-style-type: none"> Auswahlkriterien beschrieben: 1 P Ethische Aspekte berücksichtigt: 1 P Randomisierung gemacht und beschrieben: 2 P 	4 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? <i>Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup > 80%?</i>	Anfänglich 16 SCU geplant, durch von den Forschern nicht beeinflussbare Faktoren auf vier SCU zusammen geschrumpft. Da dies keine Langzeitstudie mit Mehrfachmessungen ist, gibt es kein Follow up.	<ul style="list-style-type: none"> Ausfallquoten begründet: 1 P Follow up > 80%: 1 P 	2 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? <i>Geschlecht, Alter, Bildung Krankheitsstadium, , Beruf? Signifikante Unterschiede?</i>	Die Versuchsgruppe wurde mit den Demenzkranken im ganzen Staat Missouri verglichen. Es ist davon auszugehen, dass alle Personen eine Diagnose Demenz hatten und somit keine Unterschiede aufweisen.	<ul style="list-style-type: none"> Keine signifikanten Unterschiede: 1 P Signifikante Unterschiede: 0 P Matching, Parallelisierung der Kontrollgruppe: 1 P 	2 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i>	Die Möglichkeit einer Beeinflussung durch andere Faktoren kann nicht ausgeschlossen werden und wurden kurz angesprochen. Die staatsweiten SCU wurden nicht systematisch mit dem SCUEQS erfasst. Alle vier SCU der Versuchsgruppe sind im Staat Missouri/USA, 2 SCU arbeiten profitorientiert, 2 nicht. Alle SCU unterscheiden sich in Größe und Design und sind in der Arbeit kurz beschrieben.	<ul style="list-style-type: none"> Setting beschrieben und kontrolliert: 2 P Setting beschrieben: 1 P Mögliche beeinflussende Faktoren erwähnt und berücksichtigt: 1 	3 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
6. Wurden alle Teilnehmer in der zugeteilten Gruppe bewertet? <i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?</i>	Bei nur einem Messzeitpunkt ist ein Wechsel der Gruppe nicht möglich.	<ul style="list-style-type: none"> Es ist anzunehmen, dass niemand die Gruppe wechselte/umzog: 1 P Gruppenwechsel oder Neuzuzüge erwähnt: 2 P 	2 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? <i>Power?</i>	Die untersuchte Stichprobe setzt sich aus den 88 Bewohnern dieser vier SCU als Versuchsgruppe und 4456 an Demenz erkrankten Bewohner anderer Institutionen mit SCU aus Missouri/USA als Kontrollgruppe sowie drei anderen nicht demenzspezifischen Abteilungen derselben Institution. Es wurde keine Poweranalyse durchgeführt.	<ul style="list-style-type: none"> Poweranalyse erwähnt: 1 P Poweranalyse nicht erwähnt: 0 P 	1 0

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
-----------	-------------	-----------	--------------------------

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Es werden kaum anderen Autoren zum Vergleich herangezogen.	<ul style="list-style-type: none"> Aufgezeigt: 2 P Teilweise aufgezeigt: 1 P Nicht aufgezeigt: 0 P 	2 1
--	--	---	---------------

Mögliche Gesamtpunktzahl: 16

Erreichte Punktzahl: 7

Aussagekraft

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?	Statistische Zahlen teilweise angegeben und ausgeprägte Ergebnisse. SCUEQS-Score: Mittelwert für die vier untersuchten SCU: 31.5 Punkte (von 21 bis 38) Mittelwert für nicht demenzspezifische Abteilungen (n=3): 29.2 Punkte (25 bis 33). Mann-Whitney-U-Test auf $p \leq .05$ nicht signifikant. MDS-Daten: (Hypothese 1): Die berücksichtigen 28 Items des MDS ergeben als Total für alle vier SCU 112 Items. Bei 42 Items sind die Prozentwerte tiefer als der Durchschnitt aller SCU im Staat Missouri (37.5%).	<ul style="list-style-type: none"> Statistische Zahlen angegeben und ausgeprägte Ergebnisse: 3 Punkte Statistische Zahlen teilweise angegeben und ausgeprägte Ergebnisse: 2 P Statistische Zahlen teilweise angegeben und nicht ausgeprägte Ergebnisse: 1 P Zahlen nicht angegeben und nicht ausgeprägte Ergebnisse: 0 P 	3 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? <i>pWert?</i>	Aufgrund kleiner Fallzahlen bei der Versuchsgruppe die klinische Signifikanz.	<ul style="list-style-type: none"> Alle p-Werte angegeben: 2 P P-Wert teilweise angegeben: 1 P Signifikanz erwähnt, aber ohne P-Wert: 1 P Wurden verschiedene Testmethoden parallel benutzt: 1 P 	3 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
11. Wie präzise sind die Ergebnisse? <i>Konfidenzintervalle?</i>	CI nicht angegeben.	<ul style="list-style-type: none"> CI angegeben: 1 P CI nicht angegeben: 0 P 	1 0

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7

Erreichte Punktzahl: 3

Anwendbarkeit

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? <i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i>	Die Studie kommt zu keinem klaren Ergebnis. Die Verhältnisse in den USA sind nur bedingt übertragbar. Die <i>erste Hypothese</i> sehen sie als nicht bestätigt an.	<ul style="list-style-type: none"> Ja: 2 P Teilweise: 1 P Nein: 0 P 	2 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? <i>Nebenwirkungen? Compliance?</i>	Die Studie enthält einige Fehler. Der gravierendste für diese Arbeit ist, dass ein Vergleich von SCU angekündigt wurde, aber bei genauerer Betrachtung nur SCU miteinander verglichen wurden.	<ul style="list-style-type: none"> Ja: 2 P Teilweise: 1 P Nein: 0 P 	2 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? <i>Kostenanalyse?</i>	Es fand keine Kostenanalyse statt. Die Autoren erwähnen im Artikel, dass eine SCU etwa fünf bis 10 \$ mehr pro Tag kostet. Eventuell rechtfertigt die Studie ihre Kosten bei der Beantwortung der Hypothesen zwei und drei.	<ul style="list-style-type: none"> Kostenanalyse durchgeführt: 2 P Vergleich der Kosten wäre zu umfangreich: 1 P Vor- und Nachteile der für den Demenzkranken erwähnt: 1 P 	3 1

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7

Erreichte Punktzahl: 3

Demenzpflege-Evaluation Oppikofer S ; Lienhard A; Nussbaumer R. 2005**Auswertung:****Glaubwürdigkeit:**

Mögliche Gesamtpunktzahl: 16 Erreichte Punktzahl: 10 Berechnung Teilnote: $(5 : 16) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 4.125$

Aussagekraft:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7 Erreichte Punktzahl: 6 Berechnung Teilnote: $(5 : 7) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 5.2857$

Anwendbarkeit:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7 Erreichte Punktzahl: 6 Berechnung Teilnote: $(5 : 7) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 5.2857$

Gesamtnote:

[Teilnote **Glaubwürdigkeit** (4.125) + Teilnote **Aussagekraft** (5.2857) + Teilnote **Anwendbarkeit** (5.2857)] : 3 = **4.8988**

Glaubwürdigkeit

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
1. Wie wurden Teilnehmer rekrutiert und den Gruppen zugeteilt? <i>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</i>	An der Studien beteiligten sich vier Institutionen: Pflegezentrum Käferberg (DCU), Pflegezentrum Seeblick (3-W-K), Pflegezentrum Gehrenholz (IPA), Krankenhaus Sonnweid (Ph-B). Es gab zwei Einschlusskriterien: die Bewohner mussten einen Z-MMS-Wert (Zürcher Mini-Mental-Status; Brühwiler 1988) zwischen 5 und 23 erreichen und sollten eine Aufenthaltsdauer in der jeweiligen Institution zwischen drei und 36 Monaten haben.	<ul style="list-style-type: none"> Auswahlkriterien beschrieben: 1 P Ethische Aspekte berücksichtigt: 1 P Randomisierung gemacht und beschreiben: 2 P 	4 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? <i>Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup > 80%?</i>	Für die Messung der Lebensqualität der Bewohnenden wurden aus der Gesamtstichprobe nach einer Vorselektion durch verantwortliche Ärzte 114 Bewohner ausgewählt. Aufgrund der Selektionskriterien wurden 17 Personen ausgeschlossen. Fünf Bewohner gaben ihre Einwilligung nicht. Am Ende hatten die Autoren die definitive Zusage von 88 Bewohnern. Nach der ersten Messung lag ein vollständiger Datensatz von 80 Bewohnern vor. Von diesen erfüllten 72 den erforderlichen Z-MMS-Wert. Für die zweite Datenerhebung hatten sie die definitive Zusage von 67 Bewohnern. Am Ende hatten sie einen vollständigen Datensatz von 55 Bewohnern. Von 16 Bewohnern aus dem Pflegezentrum Käferberg (DCU), 11 aus dem Pflegezentrum Seeblick (3-W-K), 15 aus dem Pflegezentrum Gehrenholz (IPA) und 13 Bewohnern aus dem Krankenhaus Sonnweid (Ph-B) wurden Datensätze ausgewertet.	<ul style="list-style-type: none"> Ausfallquoten begründet: 1 P Follow up > 80%: 1 P 	2 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? <i>Geschlecht, Alter, Bildung Krankheitsstadium, , Beruf? Signifikante Unterschiede?</i>	Anhand der Resultate beim Vergleich der BESA-Stufen lässt sich ein Selektionsbias feststellen. Die IPA nimmt wesentlich mehr komorbide Patienten auf. Die signifikanten Unterschiede des Z-MMS- Mittelwertes beim Vergleich der integrativen und der separativen Konzepte stellt für die Autoren aufgrund der grossen Streuung keine grosse Einschränkung der Vergleichbarkeit dar. Matching/Parallelisierung nicht möglich.	<ul style="list-style-type: none"> Keine signifikanten Unterschiede: 1 P Signifikante Unterschiede: 0 P Matching, Parallelisierung der Kontrollgruppe: 1 P 	2 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die</i>	Es gibt drei bedeutende Unterschiede zwischen den Institutionen. Das KH Sonnenweid (Ph-B) verfügt über eine grosse Gartenanlage. Das PZ Seeblick (3-W-K) hat Gruppenpflege, alle anderen Bezugspflege. Das PZ Gehrenholz (IPA) bietet keine Aktivierungstherapie an.	<ul style="list-style-type: none"> Setting beschrieben und kontrolliert: 2 P Setting beschrieben: 1 P Mögliche beeinflussende Faktoren erwähnt und berücksichtigt: 1 	3 2

Ergebnisse beeinflusst haben?	Die einzelnen Institutionen sind in der Arbeit näher beschrieben. Die Autoren merken an, dass die Umsetzung der Konzepte in den Institutionen nicht im Einzelnen überprüft wurde und somit die Wirkung der unterschiedlichen Konzepte durch eine ungenügende Umsetzung durch das Personal beeinflusst sein könnte.		
-------------------------------	---	--	--

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
6. Wurden alle Teilnehmer in der zugeteilten Gruppe bewertet? <i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?</i>	Es ist anzunehmen, dass niemand die Gruppe wechselte/umzog.	<ul style="list-style-type: none"> Es ist anzunehmen, dass niemand die Gruppe wechselte/umzog: 1 P Gruppenwechsel oder Neuzuzüge erwähnt: 2 P 	2 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? <i>Power?</i>	Die Stichprobengröße des integrativen Ansatzes ist sehr klein, was einen Vergleich mit den segregativ arbeitenden Abteilungen erschwert. Separate Powerberechnungen wurden für Varianzanalysen und t-Test vorgenommen und bei nicht signifikanten Ergebnissen berichtet.	<ul style="list-style-type: none"> Poweranalyse erwähnt: 1 P Poweranalyse nicht erwähnt: 0 P 	1 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Aufgrund der ADL-Werte schliessen die Autoren, dass die Bewohner der separativen Institutionen <i>selbständiger</i> sind. Sie berufen sich auf vergleichbare Studien (Grant & Orly (2000); Reimer et al. (2004)); merken aber an, dass frühere Studien (Chafetz (1991); Holmes et al. (1990); Phillips et al. (1997); Swanson et al. (1994) keine oder uneinheitliche Verbesserungen fanden. Sie vermuten bei allen Studien ähnliche Selektionseffekte. Der Vergleich des Verlaufes der Mittelwerte beweist den Autoren, dass ein separativer Ansatz die krankheitsbedingten <i>Kognitionsverluste</i> nicht aufhalten oder gar verbessern kann. Wie in anderen Vergleichsstudien (Bianchetti et al. (1997); Chafetz (1991); Holmes et al. (2000); Homes et al. (1990); Reimer et al (2004); Saxton et al. (1998); Swanson et al. (1994) ; Weyerer et al. (2003)) verläuft der Abbau in allen Pflegeansätzen in etwa gleichförmig. Statistisch gab es weder beim MBBF noch bei der NPI signifikante Unterschiede zwischen den Institutionen. Die Autoren fanden beim NPI nur einen kleinen Effekt. Dieses Resultat steht aus Sicht der Autoren nicht im Einklang mit neueren Studien (Bellelli et al. (1998); Bianchetti et al. (1997); Grant & Orly (2000); Reimer et al (2004) ;Weyerer & Schäufele (2004) ; Weyerer et al. (2003)), welche von geringeren Verhaltensproblemen in separativen Institutionen berichten.	<ul style="list-style-type: none"> Aufgezeigt: 2 P Teilweise aufgezeigt: 1 P Nicht aufgezeigt: 0 P 	2 2

Mögliche Gesamtpunktzahl: 16

Erreichte Punktzahl: 10

Aussagekraft

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?	Statistische Zahlen angegeben und ausgeprägte Ergebnisse.	<ul style="list-style-type: none"> Statistische Zahlen angegeben und ausgeprägte Ergebnisse: 3 Punkte Statistische Zahlen teilweise angegeben und ausgeprägte Ergebnisse: 2 P Statistische Zahlen teilweise angegeben und nicht ausgeprägte Ergebnisse: 1 P Statistische Zahlen nicht angegeben und nicht ausgeprägte Ergebnisse: 0 P 	3 3

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? pWert?	P-Wert teilweise angegeben. Verschiedene Testmethoden parallel benutzt.	<ul style="list-style-type: none"> Alle p-Werte angegeben: 2 P P-Wert teilweise angegeben: 1 P Signifikanz erwähnt, aber ohne P-Wert : 1 P Wurden verschiedene Testmethoden parallel benutzt: 1 P 	3 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
11. Wie präzise sind die Ergebnisse? Konfidenzintervalle?	Generell wurden auch Daten auf dem 10%-Signifikanzniveau interpretiert.	<ul style="list-style-type: none"> CI angegeben: 1 P CI nicht angegeben: 0 P 	1 1

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7

Erreichte Punktzahl: 6

Anwendbarkeit

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?	Ja. Dies gilt insbesondere weil es sich um eine schweizer Studie handelt, also um denselben Kulturraum.	<ul style="list-style-type: none"> Ja: 2 P Teilweise: 1 P Nein: 0 P 	2 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? Nebenwirkungen? Compliance?	Die Autoren stellen fest, dass erhöhte <i>Selbständigkeit</i> nicht alleine auf aktivierende/reaktivierende Pflege, milieubezogener Betreuung, basaler Stimulation, Kinästhetik oder andere demenzspezifische Pflege- und Betreuungsangebote zurückgeführt werden kann. Die These von Held (2004), dass Verhaltensstörungen in Spezialabteilungen geringer sind und beruhigende Medikamente reduziert werden können, stützen die Forscher anhand ihrer Resultate bei den Medikamenten nicht.	<ul style="list-style-type: none"> Ja: 2 P Teilweise: 1 P Nein: 0 P 	2 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? Kostenanalyse?	Statistisch gab es weder beim MBBF noch bei der NPI signifikante Unterschiede zwischen den Institutionen. Die Annahme war, dass sich Verhaltensstörungen in einer nicht angepassten Umgebung (IPA) vermehrt zeigen sollten. Die Autoren fanden beim NPI nur einen kleinen Effekt. Beim Vergleich der vier Pflegekonzepte wurden im Bereich objektive Lebensqualität folgende signifikant:	<ul style="list-style-type: none"> Kostenanalyse durchgeführt: 2 P Vergleich der Kosten wäre zu umfangreich: 1 P Vor- und Nachteile der für den Demenzkranken erwähnt: 1 P 	3 2

	<p>BESA-Stufe, Z-MMS-Werte; Antidepressiva, Neuroleptika; Analgetika, die Schmerzfrage, FEM, ADL und LRD. Als Stärken dieser Studie streichen die Autoren den explorativen Charakter der Arbeit mit dem Konstrukt der Lebensqualität – insbesondere deren Erfassung mit mehreren Instrumenten und die getrennte Erfassung und Auswertung in objektive und subjektive Lebensqualität - sowie die Erfassung der Arbeitszufriedenheit der Pflegenden in aller Breite hervor. Sie erwähnen dass dies die erste Studie im deutschsprachigen Raum ist, welche separative und integrative Pflege in einer echten Längsschnitt-Feldstudie mit Experimental und Kontrollgruppe vergleicht. Vergleich der Kosten wäre zu umfangreich.</p>		
--	---	--	--

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7

Erreichte Punktzahl: 6

Special and traditional dementia care in nursing homes : A comparative study. Weyerer, Sigfried ; Schaufele, M ; Hendelmeier, I. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*; Vol 38(2) Apr 2005; pg: 85-94.

Auswertung: Glaubwürdigkeit:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 16 Erreichte Punktzahl: 14 Berechnung Teilnote: $(5 : 16) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 5.375$

Aussagekraft:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7 Erreichte Punktzahl: 4 Berechnung Teilnote: $(5 : 7) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 3.8571$

Anwendbarkeit:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7 Erreichte Punktzahl: 6 Berechnung Teilnote: $(5 : 7) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 5.2857$

Gesamtnote:

[Teilnote **Glaubwürdigkeit** (5.375) + Teilnote **Aussagekraft** (3.8571) + Teilnote **Anwendbarkeit** (5.2857)] : 3 = **4.8392**

Glaubwürdigkeit

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
1. Wie wurden Teilnehmer rekrutiert und den Gruppen zugeteilt? <i>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</i>	An der Studie nahmen 28 Modelleinrichtungen aus Hamburg, welche eine Besondere stationäre Dementenbetreuung haben (62% Domusprinzip; 38% Integrationsprinzip), teil. Als Vergleichsgruppe wurden Demenzkranke aus einer Zufallsstichprobe von elf Mannheimer Altenpflegeheimen ausgewählt, welche ausschliesslich traditionell versorgt werden. Aufnahmekriterien "besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg" (Gilt für alle Versuchsteilnehmer): Diagnose einer irreversiblen Demenzerkrankung; MMST > 18 Punkte; Pflegestufe 2; schwere Verhaltensauffälligkeiten (mind. eine schwerwiegende oder 3 leichte nach modCMAI; vorhandene Mobilität. Mit Schreiben vom 14.06.2002 kam die Ethikkommission zu der einstimmigen Entscheidung, dass gegen das Vorhaben aus ethischer und berufsrechtlicher Sicht keine Bedenken zu erheben sind. (http://www.bmfsfj.de).	<ul style="list-style-type: none"> Auswahlkriterien beschrieben: 1 P Ethische Aspekte berücksichtigt: 1 P Randomisierung gemacht und beschreiben: 2 P 	4 4

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? <i>Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup > 80%?</i>	Insgesamt wurden aus Hamburg 594 Bewohnerinnen und Bewohner in die Studie mit einbezogen (n=366 nach dem Domusprinzip, n=228 nach dem Integrationsprinzip/ Neuzugänge n=131(Domus: 65,6%; Integration:34,5%)). Der größte Anteil der Stichprobenverluste über die Zeit ist hauptsächlich auf Sterbefälle zurückzuführen.	<ul style="list-style-type: none"> Ausfallquoten begründet: 1 P Follow up > 80%: 1 P 	2 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? <i>Geschlecht, Alter, Bildung Krankheitsstadium, , Beruf? Signifikante Unterschiede?</i>	Die parallelisierte Referenzgruppe aus der Traditionellen Pflege (Mannheim) setzt sich aus 131 Bewohnerinnen und Bewohner für die Stichtagspopulation und 42 Neuaufnahmen zusammen. Die Ausgangsunterschiede zwischen den verschiedenen Untersuchungsgruppen hinsichtlich soziodemographischer und krankheitsbezogener Merkmale wurden mit Hilfe von Parallelisierung und multivariater Verfahren angepasst (Häufigkeitsmatching). Alle untersuchten Personen waren über 65 Jahre alt, zeigten Verhaltensauffälligkeiten (mittelschwere bis schwere Demenz) und waren nicht bettlägerig.	<ul style="list-style-type: none"> Keine signifikanten Unterschiede: 1 P Signifikante Unterschiede: 0 P Matching, Parallelisierung der Kontrollgruppe: 1 P 	2 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
-----------	-------------	-----------	--------------------------

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i>	Das Setting ist in der Forschung beschrieben. Mögliche beeinflussende Faktoren werden erwähnt und so weit wie möglich kontrolliert.	<ul style="list-style-type: none"> • Setting beschrieben und kontrolliert: 2 P • Setting beschrieben: 1 P • Mögliche beeinflussende Faktoren erwähnt und berücksichtigt: 1 	3 2
--	--	---	--------

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
6. Wurden alle Teilnehmer in der zugeteilten Gruppe bewertet? <i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?</i>	Neuzuzüge sind erwähnt und getrennt ausgewertet.	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist anzunehmen, dass niemand die Gruppe wechselte/umzog: 1 P • Gruppenwechsel oder Neuzuzüge erwähnt: 2 P 	2 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? <i>Power?</i>	Poweranalyse in der Arbeit nicht erwähnt. Die Stichprobe sollte jedoch aufgrund ihrer Größe Aussagen zulassen.	<ul style="list-style-type: none"> • Poweranalyse erwähnt: 1 P • Poweranalyse nicht erwähnt: 0 P 	1 0

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Die Ergebnisse insgesamt bestätigen nach Ansicht der Verfasser, dass durch besondere Betreuungsformen bei Erkrankten in fortgeschrittenem Stadium weder die kognitive Leistungsfähigkeit noch die Selbständigkeit im Alltag grundsätzlich verbessert werden kann und berufen sich auf weitere ähnliche Forschungsergebnisse von Rovner et al. 1996, Lawton et al 1998; Holmes et al 2000. Als wichtigen Betreuungserfolg werten sie die Verzögerung von Immobilität und Bettlägerigkeit sowie die längere Aufrechterhaltung der Mobilität (ähnliche Resultate wie Saxton et al 1998). Unerwartet und nicht erklärbar war für die Autoren der Befund beim Verlauf der Verhaltensauffälligkeiten. Sie verweisen auf von Haitsma et al. (2000), welcher zum Ergebnis kam, dass sich nicht-kognitive Symptome und Verhaltensauffälligkeiten durch ein besonderes Milieu nur begrenzt und nicht in jedem Fall beeinflussen lassen. Die Verfasser dieser Studie sehen dies aber nicht als erwiesen an und begründen ihre Resultate mit möglichen Selektionsfaktoren. Die Autoren argumentieren mit einer Forschung von Rovner et al. (1996), bei welcher die Verhaltensprobleme in Tagesbetreuungsgruppen im Vergleich zu traditionell versorgten Demenzkranken im Laufe von sechs Monaten signifikant reduziert werden konnten und sie betonen als Stärke dieser Forschung die randomisierte Zuteilung.	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgezeigt: 2 P • Teilweise aufgezeigt: 1 P • Nicht aufgezeigt: 0 P 	2 2

Mögliche Gesamtpunktzahl: 16

Erreichte Punktzahl: 14

Aussagekraft

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? <i>z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?</i>	Statistische Zahlen teilweise angegeben und ausgeprägte Ergebnisse.	<ul style="list-style-type: none"> • Statistische Zahlen angegeben und ausgeprägte Ergebnisse: 3 Punkte • Statistische Zahlen 	3 2

		teilweise angegeben und ausgeprägte Ergebnisse: 2 P <ul style="list-style-type: none"> • Statistische Zahlen teilweise angegeben und nicht ausgeprägte Ergebnisse: 1 P • Statistische Zahlen nicht angegeben und nicht ausgeprägte Ergebnisse: 0 P 	
--	--	---	--

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? <i>pWert?</i>	P-Werte sind weder in dem Artikel noch in der Internetversion publiziert. Die Autoren verweisen aber auch auf ein Buch, in welchem die genauen Ergebnisse aufgeführt sein sollen. Verschiedene Testmethoden parallel benutzt.	<ul style="list-style-type: none"> • Alle p-Werte angegeben: 2 P • P-Wert teilweise angegeben: 1 P • Signifikanz erwähnt, aber ohne P-Wert : 1 P • Wurden verschiedene Testmethoden parallel benutzt: 1 P 	3 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
11. Wie präzise sind die Ergebnisse? <i>Konfidenzintervalle?</i>	CI nicht angegeben.	<ul style="list-style-type: none"> • CI angegeben: 1 P • CI nicht angegeben: 0 P 	1 0

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7

Erreichte Punktzahl: 4

Anwendbarkeit

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? <i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i>	Ja. Diese Studie stammt aus Deutschland, einem Land mit vergleichbaren sozialen Strukturen.	<ul style="list-style-type: none"> • Ja: 2 P • Teilweise: 1 P • Nein: 0 P 	2 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? <i>Nebenwirkungen? Compliance?</i>	"Inwieweit nicht Demenzkranke auf Grund der Verlegung von verhaltensauffälligen Mitbewohnern (...) profitieren, liess sich im Rahmen der vorliegenden Beobachtungsstudie nicht untersuchen. Ergebnisse internationaler Interventionsstudien weisen jedoch darauf hin, dass segregierte Dementenbereiche, wie im Domusprinzip; für die nicht demenzkranken Bewohner des Heimes, für Angehörige sowie für das Pflegeheim insgesamt einen entlastenden Charakter haben (Grant und Ory 2000).“ Zitat S.92	<ul style="list-style-type: none"> • Ja: 2 P • Teilweise: 1 P • Nein: 0 P 	2 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? <i>Kostenanalyse?</i>	Die Forscher wollten in einem Teil der Untersuchung die Frage erhellen, welche der beiden Formen der besonderen Dementenbetreuung für die Bewohnerinnen und Bewohner vorteilhafter ist. Im Rahmen des Abschnitts "Diskussion" im Artikel weisen sie selbst darauf hin, dass sie auf diese Frage keine klare Antwort gefunden haben. Anders sieht es mit dem Vergleich der Traditionellen Pflege und der Besonderen Dementenbetreuung aus. Die Forscher sehen durch ihre Resultate bestätigt, dass - entsprechend ihren Hypothesen - eine besondere Betreuung von Demenzkranken in vielen Bereichen der Lebens- und Betreuungsqualität der traditionellen Pflege überlegen ist.	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenanalyse durchgeführt: 2 P • Vergleich der Kosten wäre zu umfangreich: 1 P • Vor- und Nachteile der für den Demenzkranken erwähnt: 1 P 	3 2

	Vergleich der Kosten wäre zu umfangreich.		
--	---	--	--

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7

Erreichte Punktzahl: 6

Alzheimer special care units compared with traditional nursing home for dementia care: are there differences at admission and clinical outcomes? Autoren: A. Nobili; Ilaria Piana; Laura Balossi; Luca Pasina; Marina Matucci; Massimo Taratola; Silvia Trevisan; Emma Riva; Ugo Lucca; Mauro Tettamanti. Comparative Study, Italy, Source: Alzheimer Disease & Associated Disorders; 22(4): 352-61; 2008 Oct.-Dec.

Auswertung:

Glaubwürdigkeit:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 16 Erreichte Punktzahl: 14 Berechnung Teilnote: $(5 : 16) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 5.375$

Aussagekraft:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7 Erreichte Punktzahl: 6 Berechnung Teilnote: $(5 : 7) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 5.2857$

Anwendbarkeit:

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7 Erreichte Punktzahl: 5 Berechnung Teilnote: $(5 : 7) \times \text{erreichte Punktzahl} + 1 = 4.5714$

Gesamtnote:

[Teilnote **Glaubwürdigkeit** (5.375) + Teilnote **Aussagekraft** (5.2857) + Teilnote **Anwendbarkeit** (4.5714)] : 3 = **5.0773**

Glaubwürdigkeit

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
1. Wie wurden Teilnehmer rekrutiert und den Gruppen zugeteilt? <i>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</i>	Aufnahmekriterien für eine ASCU sind: Diagnose mittlere bis schwere Demenz; MMSE-Wert 14 oder tiefer (Kognition) sowie NPI-Wert von 24 und höher oder ein Wert von 12 in einer Subskala des NPI (Verhaltensauffälligkeiten). Für die NH gibt es keine Aufnahmekriterien. Die Einwilligung von Verwandten und Pflege wurde für jeden Bewohner eingeholt und die gesetzlichen Vorschriften beachtet. Als Versuchsgruppe wurden aus 58 Institutionen, welche in Phase zwei die Kriterien als ASCU erfüllen, zufällig 35 ASCU ausgewählt (n=319). Aus den NH der Region wurden zufällig neun Institutionen als Kontrollgruppe selektioniert (n=81). Aus jeder Abteilung wurden zehn Personen ausgewählt.	<ul style="list-style-type: none"> Auswahlkriterien beschrieben: 1 P Ethische Aspekte berücksichtigt: 1 P Randomisierung gemacht und beschreiben: 2 P 	4 4
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? <i>Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup > 80%?</i>	Im Follow-up gingen 37 Patientendatensätze verloren weil zwei Institutionen sich zurückzogen (20) und bei 17 Personen Daten aufgrund organisatorischer Probleme fehlten. Während dem follow-up wurden 57 Bewohner der ASCU (16.3%) und 3 der NH verlegt (p=0.0032).	<ul style="list-style-type: none"> Ausfallquoten begründet: 1 P Follow up > 80%: 1 P 	2 2
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? <i>Geschlecht, Alter, Bildung Krankheitsstadium, , Beruf? Signifikante Unterschiede?</i>	Um die Unterschiede in der Baseline auszugleichen wurde ein gematchtes Sample von 144 Bewohnern parallel ausgewertet und die jeweiligen Resultate verglichen. Ein Teil der Untersuchung besteht darin Unterschiede zu finden. Alle Teilnehmer hatten die Diagnose mittlere bis schwere Alzheimer Krankheit.	<ul style="list-style-type: none"> Keine signifikanten Unterschiede: 1 P Signifikante Unterschiede: 0 P Matching, Parallelisierung der Kontrollgruppe: 1 P 	2 2
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i>	Als ASCU gelten Abteilungen für etwa 20 Bewohner mit angepasster Architektur und adäquater Aktivierung sowie speziell ausgebildetes Personal. Die Autoren erwähnen in der Diskussion, dass eine Beeinflussung durch andere Faktoren möglich ist.	<ul style="list-style-type: none"> Setting beschrieben und kontrolliert: 2 P Setting beschrieben: 1 P Mögliche beeinflussende Faktoren erwähnt und berücksichtigt: 1 	3 2
6. Wurden alle Teilnehmer in der zugeteilten Gruppe bewertet?	Keine Bewohner wechselten in die andere Gruppe.	<ul style="list-style-type: none"> Es ist anzunehmen, dass niemand die Gruppe wechselte/umzog: 1 P 	2 2

Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?		<ul style="list-style-type: none"> Gruppenwechsel oder Neuzuzüge erwähnt: 2 P 	
---------------------------------------	--	--	--

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? <i>Power?</i>	Poweranalyse nicht erwähnt. Die Autoren weisen in der Arbeit darauf hin, das beim gematchten Sample die Grösse möglicherweise zu klein ist und den Power einschränken könnte.	<ul style="list-style-type: none"> Poweranalyse erwähnt: 1 P Poweranalyse nicht erwähnt: 0 P 	1 0

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	In der Diskussion vergleichen die Forscher ihre Ergebnisse mit den Resultaten anderer Arbeiten.	<ul style="list-style-type: none"> Aufgezeigt: 2 P Teilweise aufgezeigt: 1 P Nicht aufgezeigt: 0 P 	2 2

Mögliche Gesamtpunktzahl: 16

Erreichte Punktzahl: 14

Aussagekraft

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?	Statistische Zahlen angegeben und ausgeprägte Ergebnisse.	<ul style="list-style-type: none"> Statistische Zahlen angegeben und ausgeprägte Ergebnisse: 3 Punkte Statistische Zahlen teilweise angegeben und ausgeprägte Ergebnisse: 2 P Statistische Zahlen teilweise angegeben und nicht ausgeprägte Ergebnisse: 1 P Statistische Zahlen nicht angegeben und nicht ausgeprägte Ergebnisse: 0 P 	3 3

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? <i>pWert?</i>	Alle p-Werte oder odds ratio oder hazard ratio angegeben.	<ul style="list-style-type: none"> Alle p-Werte angegeben: 2 P P-Wert teilweise angegeben: 1 P Signifikanz erwähnt, aber ohne P-Wert : 1 P Wurden verschiedene Testmethoden parallel zur Kontrolle benutzt: 1 P 	3 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
11. Wie präzise sind die Ergebnisse? <i>Konfidenzintervalle?</i>	CI 95% angegeben.	<ul style="list-style-type: none"> CI angegeben: 1 P CI nicht angegeben: 0 P 	1 1

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7

Erreichte Punktzahl: 6

Anwendbarkeit

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? <i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i>	Ja.	<ul style="list-style-type: none"> Ja: 2 P Teilweise: 1 P Nein: 0 P 	2 2

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? <i>Nebenwirkungen? Compliance?</i>	Teilweise. Eine Erfassung der Verhaltensauffälligkeiten mit dem CMAI wäre möglicherweise aufschlussreicher.	<ul style="list-style-type: none"> Ja: 2 P Teilweise: 1 P Nein: 0 P 	2 1

Kriterium	Beurteilung	Bewertung	Mögliche / Erreichte Pkt
-----------	-------------	-----------	--------------------------

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? <i>Kostenanalyse?</i>	Vor- und Nachteile der für den Demenzkranken erwähnt. Die Autoren fordern in der Diskussion Arbeiten zur Kosteneffizienz.	<ul style="list-style-type: none">• Kostenanalyse durchgeführt: 2 P• Vergleich der Kosten wäre zu umfangreich: 1 P• Vor- und Nachteile der für den Demenzkranken erwähnt: 1 P	3 2
--	--	---	---------------

Mögliche Gesamtpunktzahl: 7

Erreichte Punktzahl: 5

Anhang D

Literatur – Liste der gelesenen Artikel

Studie Nr.	Autor	Jahr	Land	Titel	Thema	D e m e n z	V e r h a l t e n	W o h n f o r m	N u r s i n g H o m e	Re s i d e n t i a l H o m e	S. C. U.	Assi ted livin g	A n d e r e	Q u a l i t a t i v	Inter venti on	Q ua nti tat iv	Th er ori e St an da rd	Re vi e w	Bemerkungen	Bewertung
1	Adrienne Asch	2007	USA	Criticizing and Reforming Segregated Facilities for Persons with Disabilities	Ss wohnen von Behinderten, Ethik				x			x	x				x		Demenz nur kurz erwähnt – als "einfach" zu beantworten- ja für Segregation	3
2	Cagri Imamoglu	2006	Türkei	Relationship between Familiarity, Attitudes and Preferences: Assisted Living vs nursing homes	Zukünftige Wohnwünsche im Alter			x	x			x				x			Im Zentrum steht "mere exposure effect" - Psychologie	4
3	R. Orpwood	2005	UK	Design of smart homes for people with dementia – user-interface aspects	Wie Technik für Demente entwickelt werden	x		x					x						Wie Infos von Dementen einholen? Anforderungen an Technik für Demente Ethik	3
4	Rebecca Allen-Burge	1999	USA	Effective Behavioral Interventions for decreasing dementia-related challenging Behavior in nursing homes	Verhaltensprobleme und Interventionen bei Demenz	x	x		x						x	x		x	s.c.u. angesprochen, als mögl. Lösung	5
5	Margareta Skog	2000	Sweden	Learning dementia care in three contexts: practical training, group dwelling and nursing home	Wie lernen Auszubildende über Demenz in verschiedenen Settings	x		x	x		x		x	x					Lernender im Mittelpunkt - > Ausbildung ist zentral	3

6	Joel E. Streim	1997	USA	Lessons from geriatric Psychiatry in the long term setting	Psychiatrie im Alter und Versorgungsform	x	x	x	x					x				x	Demenz als psych. Krankheit: Assessment, Pharmakologie, Depression, freiheitsber. Massn., s.c.u. angesprochen	3
7	Debra G. Morgan	2002	Canada	Theory Building through Mixed-Method Evaluation of a Dementia Special Care Unit	Triangulation als Forschungsmethode	x		x			x						x		Kriterien für Selektion / Bewertung von Studien	
8	J. Magaziner	1998	USA	Dementia in United States nursing homes: descriptive epidemiology and implications for long-term residential care	Beschreibung Population Demenz, Demografie	x	x		x							x			Alte Daten (1985), Resultat u.a.: Demente haben mehr Verhaltensauffälligkeiten	4,5
9	T. Klie	2005	D	Wohnen und Leben mit Demenz	Übersichtsartikel deutsche Forschung	x		x						x					Zitiert werden die bekannten Autoren	2
10	Sheryl Zimmermann	2002	USA	Nursing Home Facility Risk Factors for Infection and Hospitalisation: Importance of Registered Nurses Turnover, Administration and social Factors	Infektions- Sterberisiko- QoC, abhängig von Wohnform	x		x	x	x	x				x				Infektionsrisiko, Risiko auf S.C.U. kleiner,	3
11	Günther Steinkamp	1998	D	Extramurale gerontopsychiatrische Behandlung auf dem Prüfstand. Teil I: Zur Möglichkeit klinisch-ambulanter und teilstationärer Behandlung psychisch erkrankter älterer Menschen	Gerontopsychiatrie – modelle,			x						x					Interessante Aspekte bezgl. Krankheitsschwere als Selektionskriterium für einen Eintritt	3
12	Julian Leff	2000	Australia, Newzeeland	Can we manage without the mental hospital	Psychiatrie, Kurzer Teil über Demenz,	x		x						x					Demente sind auf Psychiatrie schlechter aufgehoben als in sheltered homes, (QoL), Soziale Intergration, Mischen oder nicht von Pat!!!	4
13	Bente Lindstrom	1997	Denmark	Housing and Service for the Elderly in Denmark	Wohnen im Alter allg,	x		x									x		S.C.U. als mögl. Wohnform beschrieben	3
14	R.D. Hirsch	2008	D	Im Spannungsfeld zwischen Medizin, Pflege und Politik: Menschen mit Demenz	Krankheitsbild und Verlauf, Versorgungsstrukturen,	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x		Aktueller Artikel mit Bezug zu Politik	5

15	N. Schlicht	2008	D	Körper und Gedächtnis	Krankheitsbild und Verlauf,	x	x											Prävention, Therapie und Begleitung, Medikamente, Validation und biografische Methoden	3
16	T. Wetterling	2008	D	Gründe für die Einweisung in eine gerontopsychiatrische Klinik	Demografie D, Einweisungsgründe, Integration-Segregation in Psychiatrie	x	x	x					x			x		Verwirrtheit, Aggressivität, Erregungszustände sowie Selbstgefährdung als Hauptgründe	5
17	B. Leipold	2006	D	Prädiktoren von Persönlichkeitswachstum bei pflegenden Angehörigen demenziell Erkrankter	Pflege von Angehörigen, Belastungen für Angehörige	x	x					x				x		Verhalten der Dementen ist grosser Belastungsfaktor für pflegende Angehörige	3
18	A. Kurz	2005	D	Zur Wirksamkeit von Angehörigengruppen bei Demenzerkrankungen	Häusliche Pflege, Verringerung von Heimunterbringungen, Edukation von Angehörigen	x	x	x					x				x	Angehörigen-Merkmale sind sehr wichtig, ob Heimpflege oder Zuhause mögl. Grösster Belastungsfaktor: Verhalten der Dementen	5
19	C.C. Sieber	2007	D	Der ältere Patient – wer ist das?	Frailty – DAS klinische Syndrom beim älteren Patienten											x		Die vier geriatrischen I's sind: Immobilität, Instabilität, Inkontinenz, Intellektueller Abbau, Multimorbidität,	2
20	H. Förstl	2008	D	Behandlungs- und Versorgungsstrategien bei Alzheimer und verwandten Demenzen	Krankheitsbild Psychosoziale Interventionen, Pharmakotherapie, Störungen des Erlebens und Verhaltens, Demenztypen	x	x									x		Sehr guter Übersichtsartikel Im Zentrum stehen Medikamente sowie ärztl. Sichtweise, gute, kurze Zusammenstellung Verhalten,	5
21	T. Steinert	2008	D	Aggressives und gewalttätiges Verhalten	Aggressivität: Erklärungen,	x	x									x		Guter Übersichtsartikel zum Thema	5

					Ursachen und Risikofaktoren, Pharmakologische Massnahmen, freiheitseinschränkende Massnahmen in Psychiatrie													Gewalt/Aggression Für Demente wird in akuten Situationen rasche Spedierung empfohlen, Demenz ist grundsätzlich Sonderfall, Aggression entsteht durch „Nicht-Verstehen“, Beste Prophylaxe: Anpassung der Umwelt (Milieu) und professioneller Umgang (Deeskalation),	
22	Michael Wunder	2008	D	Demenz und Selbstbestimmung	Ethik und freier Wille bei Demenz, Die 3 Phasen der Demenz und ihre Auswirkungen auf Selbstbestimmung	x											x	Den Willen von Dementen zu Erkennen braucht Sensibilität, Erfahrung und Zeit (insb. Non-verbal), Problem mit den früher geäusserten Willen und aktueller Situation,	3
23	Günther Roth	2007	D	Dilemmata der Altenpflege: Die Logik des prekären sozialen Umfeldes	Ressourcen, Qualifikation, Pflegequalität												x	Soziologischer Ansatz Versuch Begründung, warum nicht alles ideal ist in Altenpflege und Zukunftsperspektiven	2
24	J. Diel	2004	D	Frontotemporale Demenz: Besondere Probleme für die Angehörigen	Krankheitsbild: Frontotemp. Demenz, Bes. Herausforderung für Angehörige	x												Besonderes: vor allem Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsveränderungen, kogn. Einschränkungen zu Beginn schwächer als bei Alzheimer, schwerster Typ für Angehörige, Dieser Typ ist selten	3
25	G. König	2006	CH	CERAD und NOSGER	Diagnostik mit diesen Instrumenten, Vergleich	x											x	NOSGER: keine prädiktive Bedeutung in der Diagnosestellung (NOSGER = Pflegeinstrument zur	3

																		Erfassung der Alltagskompetenz) CERAD: gutes Screeninginstrument, differenziert auch	
26	C. Bartels	2007	D	Diagnostik bei chronisch fortschreitenden Demenzen	Klassifikation von Demenzen, Diagnostik, Typen von Demenz	x											x	Gute Übersicht über wichtigste Demenztypen,	5
27	C. Schwemmler	2004	D	Demenz – Aktueller Wissensstand und Bedeutung für HNO-Ärzte	Diagnose, wichtigste Formen von Demenz, Therapie, Diagnostik, Medikamente,	x	x										x	Kognitions- und Wesensveränderung führen zu Problemen bei Medikamenteneinnahme, Verhaltensveränderungen führen zu Heimeinweisung, Demenzen sind nicht heilbar, Therapieansätze sind multimodal (Medikamente, Betreuung, Unterstützung der Angehörigen)	
28	Guy Walther	2007	D	Freiheitsentziehende Massnahmen in Altenpflegeheimen – rechtliche Grundlagen und Alternativen der Pflege	Ethik, Freiheitsbesch r. durch Medis, Was sind freiheitsent. ... Definitionen/Katalog, Alternativen,	x	x				x						x	Validation, Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET), biografie-orientierte Erinnerungstherapie, Musik-, Tanz-, Maltherapie als Interventionen genannt, Sturzrisiko angesprochen (Protektoren), Milieutherapie und Unterbringung in geschlossener Abteilung und gutes Personal als Alternative, Spannungsfeld Freiheit-Sicherheit,	4
29	M. Bär	2006	D	Demenzkranken Menschen in individuell bedeutsamen Alltagssituationen	Förderung von Lebensqualität durch Schaffung positiver	x								x	x			Es zeigt sich die Herausragende Bedeutung individuenzentrierter Zuwendung und	4

					Anregung, Emotionen und Demenz												Kommunikation, relevant für alle Demenzstadien	
30	M.H.-J. Winter	2006	D	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung im Alter	Rolle Hausarztes und Spitals, Finanzierung	x										x	Demenz ist eine der teuersten und häufigsten Erkrankungen im Alter, Artikel ist nicht Demenzspezifisch, Demenz als Bsp.	3
31	S. Becker	2006	D	Die Bedeutung unterschiedlicher Referenzgruppen für die Beurteilung der Lebensqualität demenzkranker Mensch	Projekt HILDE, Lebensqualität = personen-, umweltbezogen, Konstellation, mat. und immat. Ressourcen, subjektives Wohlbefinden	x									x		Lebensqualität bei Dementen kann nicht einfach anhand kognitiver Fähigkeiten beurteilt werden -> Emotionen etc.	4
32	R. Schwerdt	2005	D	Die Bedeutung ethischer und moralischer Kompetenz in Rationalisierungs- und Rationierungsentscheidungen über pflegerische Interventionen	ETHIK Pflegebedarf, Einsparungen, Zeitdruck, Burnout, Kommunikation, Ausbildung,	x							x		x		Die Ergebnisse machen deutlich, dass Einsparungen nicht zusätzliche oder gar Luxusleistungen treffen, sondern das Kernanliegen der Klientel. Wirtschaftlicher Druck auf Pflegende steigt ständig	3
33	Ridrig Rocamora	2005	D	Schlafstörungen bei degenerativen Demenzen	Tag-Nacht Rhythmusstörungen	x	x						x		x		Bei fast allen Dementen liegt eine klinisch relevante Störung der Schlafkontinuität vor – unabhängig vom Typ.	4
34	Matthis Synofzik	2007	D	Wie sollen wir Patienten mit Demenz behandeln? Die ethisch problematische Funktion der Antidementiva	Ethik, Medikamente und deren Wirksamkeit, Zu hohe Erwartung an Medis ->	x	x								x		Aufgrund Datenlage haben CEI's eine günstige Wirkung auf kognitive Leistungsfähigkeit und neuropsych. Verhaltensweisen, Wirkung ist aber gering	4

					besser Betreuung etc.													Ev. Wird durch Medis Krankheitsverlauf verzögert, führt aber zu einem Rückfall oder längeren Phase der Krankheit in welcher Pat Angst haben etc. (-> in späteren Phasen weniger) -> Minus QoL	
35	Stacy Sevier	2000	USA	Cognitive Evaluation in Care Planning for People with Alzheimer Disease and Related Dementia	Programm zur kognitiven Evaluation für die Pflegeplanung	x	x							x	x			On-Level Program mist positive, weil es auf Stärken und nicht auf Schwächen der Pat. Fokussiert.	3
36	Kirsten Schulz- Larsen	2008	Danmark	Cognitive Impairment as assessed by short form of MMSE was predictive for mortality	MMSE als Indikator für Mortalität										x			Insbesondere bei Männern hat MMSE als Prädiktor funktioniert, bei Frauen weniger. Nicht Demenz- spezifisch	5
37	H-W Wahl	2005	D	Entwicklung und Perspektiven der gerontologischen Forschung: Das Beispiel Wohnforschung	Historische Wohnforschung, Unterschied D-USA,	x		x	x	x	x	x	x			x		Umweltanforderungs- Kompetenz-Modell (Lawton und Nahemow 1973), 1970-1980 Wohnen in Institutionen in D, neuere Formen ab 1980 (scu,assisted living),	3
38	Christina Suter	1997	CH	Soziale Unterstützung, soziale Belastungen und Gesundheit bei leicht hilfebedürftigen Betagten	Bedeutung sozialer Unterstützung, Ressourcentheoretischer Ansatz,										x	x		Soziale Unterstützung wirkt sich hauptsächlich indirekt positiv auf die Gesundheit aus.	3
39	W.D. Oswald	2003	D	Zur Notwendigkeit der Qualitätsentwicklung bei der Versorgung Demenzkranker und ihrer Angehörigen	Demenz und Angehörige	x							x			x		Wenn Demenz-Therapie und Angehörigenarbeit zu einer Verzögerung der Heimeinweisung führen -> Beitrag zu Kosetenersparnis	2
40	Angelo Picardi	2006	Italien	The Quality of life of the mentally ill living in residential facilities	Grosse Studie in Italien zur													Leicht bis mittel physische Einschränkungen sind	5

					Lebensqualität von Bewohnern in residential facilities Nicht Demenz-spezifisch (Psychiatrie)													signifikant it tieferem QoL assoziiert. Soziodemograf. Faktoren nur schwach mit QoL assoziiert. Keine Gender Einfluss. Negative Beziehung von QoL mit Depression.	
41	Gary W. Evans	2003	USA	The Built Environment and Mental Health	Einfluss der Wohnumgebung auf Gesundheit Nicht nur Demenz	x		x	x	x	x	x	x		x	x		Für Alzheimer von Vorteil: kleine Wohneinheiten (9-20), Reduktion von Lärm, einfache geometrische Stockpläne, landmarks und gute Signalisation, Möglichkeiten zum wandering, homelike	5
42	Giovanni Santone	2005	Italien	The process of care in residential facilities	Analyse der Institutionen in Italien Nicht Demenz-spezifisch					x			x		x			Es gibt eine grosse Vielfalt von Institutionen und keine internationalen Standards um die Qualität der Pflege beurteilen zu können.	5
43	L. Robinson	2007	UK	Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review	Welche Interventionen funktionieren und sind kosteneffizient	x	x										x	Keine Intervention kann evidenzbasiert empfohlen werden. Ob Interventionen von Dementen angenommen werden ist keiner Studie zu entnehmen, ebenso die Kosteneffizienz	6
44	R Spiegel	1996	EU /CH	Designing dementia treatment studies: diagnosis, efficacy criteria, and duration	Thema Pharmakologie	x										x		Kriterien Diagnose DSM-III-R Testinstrumente: MMSE und ADAS Effizienzkriterium nr. 3: verbesserung von Verhalten. Ein Test sollte nicht kürzer als drei Mon, im Idealfall mind. 1J sein. Anmerkung: heute DSM-IV (1994) gebräuchlicher. Interessanter Aspekt: Wie wird Wirksamkeit gemessen Kriterien für gute Untersuchungen	5
45	Inger	2007	NO ?	Technology in Dementia Care	ASTRID	x							x	x		x		Technologie ist Teil eines	2

	Hagen				;ENABLE; TED;														Dreiecks der Pflege: Personal, Gebäude und Technologie	
46	Jean A. Gilmor	2002	New Zeland	Dis/integrated care: Family caregivers and in-hospital respite care		x						x	x	x					Spitalpflege und nicht Langzeitpflege, Psychiatrie	3
47	U Schnee kloth	2006	D	Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege Zentrale Ergebnisse der Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung (MuG III)“	Bild von Hilfe- und pflege bedürftigen in Privathaushalten Zukunft der Pflege liegt bei Förderung der Selbsthilfe potentielle Betroffener.	x						x				x	x		Die professionelle Pflege stellt eine komplementäre Ergänzung der privaten Betreuung und Vorsorge dar. Mehr als 60% der pflegenden Angehörigen sind 55 oder älter. Die Belastung der privaten Hauptpflegepersonen erweist sich als das gravierendste Problem. Nicht mehr als 16% der Hauptpflegepers besuchten spez. Pflegekurs.	4
48	Lisa O'Malley	2005	UK	Housing and dementia care – a scoping review of the literature	Eine Forschungslücke ist die Effektivität integrierender und segregierender Institutionen.	x		x		x	x	x						x	Vielfalt an Modellen erschwert einen Vergleich. Fünf Haupttypen: Wohnen Zuhause, sheltered housing, very sheltered housing, long-stay residential care, end-of-life care. No UK-based empirical studies for int. vs. segreg. In residential care and end-of-life care. Little evidence to support develop of segregated units from point of view of demented residents.	5
49	R D Hirsch	2008	D	Im Spannungsfeld zwischen Medizin, Pflege und Politik: Menschen mit Demenz Abgewichen wird zunehmend von einem integr zu einem segreg Versorgung.	Kritisch: Zusammenwirken der Berufsgruppen insb Ärzte und Pflege. Mehr Gewicht „integr“ Versorgung.	x	x	x		x	x	x	x				x		Wichtigster Grund für Pflege bedürftigkeit ist Demenz. Diagnose mit ICD-10. Nicht kogn Störungen u.a. bis 50% Verhaltensprobleme, Aggression bis 20%. Nicht kogn. Störungen = sozioökonomisch bedeutsamste Symptome. Durch Druck auf Kliniken	4

																			sind Heimüberweisungen erheblich häufiger geworden. Was ist Pflege bedürftigkeit...	
50	S Pogadl	2008	D	Seniorenbüros in Dortmund – zukunftsorientiertes Modell für eine integrative und wohnortnahe Versorgung und Betreuung Ein Beitrag zur Diskussion zu den Pflegestützpunkten	Wohnortnahe Pflegestützpunkte, in denen Pflegeberater Hilfen an Ort bündeln und leicht zugänglich machen														Ambulante Versorgung, nicht demenzspezifisch	2
51	D G Morgan	2004	Canada	Evaluation rural nursing home environments: dementia special care units versus integrated facilities → Verhalten in anderer Studie enthalten	Vergleiche bezüglich der Punkte: residents, staff, family members, environment	x		x	x		x					x			Sicht der Angestellten und Angehörigen. Beide Gruppen fühlen sich mit segregativen Setting besser.	5
52	D G Morgan	2005	Canada	Work Stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units → Verhalten in Bezug auf Personal / Work Stress	Vergleiche bezgl. Verhalten und Wirkung auf Personal (nursing aides)	x	x		x		x					x			Pflegende in den Spezialabteilungen sind mehr Verhaltensauffälligkeiten ausgesetzt, verarbeiten diese aber besser und fühlen sich weniger gestresst	5
54	S Weyere r	2005	D	Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich		x	x	x		x	x					x			TREFFER ACHTUNG InternetVERSION	5
55	Sheryl Itkin Zimmer nam	1999	USA	Optimum Residential Care for Preople with Dementia		x	x			x	x					x			Publitaktionsjahr!!	4
56	Hans Ragnes kog	2001	Sweden	Integration of lucid individuals and agitated individuals with dementia in different care units	Integration verursacht spezifische Probleme	x	x	x	x	x			x			x			Integration ist für nicht demenziell Erkrankte eine Belastung. Insbesondere die Einnahme des Essens und Verhaltensauffälligkeiten verursachten Probleme	5
57 *	Lai CKY	2007		Special care units for dementia individuals wirh behavioural problems (PROTOKOL)													x		STUDIE NICHT ERHÄLTlich	

58	H. Reggen tin	2005	D	Belastung von Angehörigen demenziell Erkrankter in Wohngruppen im Vergleich zu häuslicher und stationärer Versorgung		x	x					x		x				x			Die nächtliche Unruhe wirkt beschränkt belastend. Insgesamt ist erstaunlicherweise die psychische Belastung für Angehörige stationär Versorgter nicht wesentlich tiefer.	4
----	---------------	------	---	--	--	---	---	--	--	--	--	---	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---

Anmerkung: Diese Zusammenstellung entspricht nicht den in den Arbeit benutzten Rastern. Die Bewertung ist rein subjektiv in Bezug auf diese Arbeit.

