

Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung
und Betreuung dementiell Erkrankter
(Literatur-Expertise)

Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter

(Literatur-Expertise)

Beate Radzey

Christina Kuhn

Janthe Rauh

Sibylle Heeg

durchgeführt von

Erich und Liselotte Gradmann-Stiftung

in Kooperation mit

Sozialplanung in Baden-Württemberg e.V.

Band 207.1

Schriftenreihe des Bundesministeriums
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Verlag W. Kohlhammer

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Radzey, Beate

Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter (Literatur-Expertise) / Beate Radzey; Christina Kuhn; Janthe Rauh. [Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend]. – Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer, 2001

(Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bd. 207.1)
ISBN 3-17-017380-4

In der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend werden Forschungsergebnisse, Untersuchungen, Umfragen usw. als Diskussionsgrundlage veröffentlicht. Die Verantwortung für den Inhalt obliegt der jeweiligen Autorin bzw. dem jeweiligen Autor.

Alle Rechte vorbehalten. Auch fotomechanische Vervielfältigung des Werkes (Fotokopie/Mikrokopie) oder von Teilen daraus bedarf der vorherigen Zustimmung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Herausgeber: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
10118 Berlin

Titelgestaltung: 4 D Design Agentur, 51427 Bergisch-Gladbach

Gesamtherstellung: DCM • Druckcenter Meckenheim, 53340 Meckenheim

Verlag: W. Kohlhammer GmbH
2001

Verlagsort: Stuttgart
Printed in Germany

Gedruckt auf chlorfrei holzfrei weiß Offset

Vorwort

Unsere Gesellschaft sieht sich zunehmend mit der Problematik dementieller Erkrankungen konfrontiert. Vor allem für die noch unheilbar verlaufende Alzheimer Demenz stellt Alter den wichtigsten Risikofaktor dar.

Demenz ist somit die Alterskrankheit der Zukunft. Die Dimensionen dieser Herausforderung zeichnen sich klar ab: Schon jetzt müssen wir von einer Anzahl mittelschwerer und schwerer Erkrankungsfälle zwischen 800.000 und 900.000 ausgehen, die Gesamtzahl Betroffener beträgt schätzungsweise 1,2 bis 1,5 Millionen, Tendenz steigend.

Die damit verbundenen Probleme haben gravierenden Einfluss auf alle Bereiche des Lebens im Alter. Sie werden zu einem bestimmenden Element von Lebensgestaltung und Lebensqualität. Es ist eine besondere Herausforderung an die Altenhilfe, dass in vielen Heimen inzwischen fast die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner als dementiell verändert gilt. Bei etwa 15% bis 20% dieser Gruppe ist mit schwerwiegenden Verhaltensstörungen zu rechnen, die eine Sonderbetreuung erfordern.

Der Umgang mit den Betroffenen, sei es in der häuslichen Umgebung oder im Heim, ist oftmals schwierig und belastend.

Therapeutisch wirksame Möglichkeiten befinden sich oft noch im Stadium von Entwicklung bzw. Erprobung. Viele hilfreiche Konzepte sind aus der Not der alltäglichen Praxis in den vergangenen Jahren entstanden und haben sich jeweils vor Ort bewährt. Die Vielfalt von Versorgungsformen und therapeutischen Interventionen zeugt vom Mut und vom Ideenreichtum der Altenhilfe und -pflege, aber auch von den Schwierigkeiten auf dem Weg zu einem empirisch fundierten Versorgungskonsens.

Die erforderlichen Rahmenbedingungen organisatorischer, finanzieller und personeller Art bedürfen jedoch verlässlicher Abklärung, um die Voraussetzungen für eine angemessene und bedürfnisorientierte Betreuung schaffen zu können.

Erkenntnisse aus bisherigen Erfahrungen in Deutschland und aus dem Ausland müssen systematisch zusammengeführt und bewertet werden. Nur auf diesem Weg schaffen wir eine verlässliche Grundlage für die Durchführung vergleichender Studien im Rahmen einer Versorgungsforschung, die uns wirklich Orientierungshilfen liefert.

Die in diesem Band zusammengefassten Veröffentlichungen zum Themenschwerpunkt „Qualität in der stationären Versorgung dementiell Erkrankter“ liefern hilfreiche Grundsatzbeiträge zu der oben skizzierten Diskussion.

Die internationale Literaturrecherche, die den ersten Teil ausmacht, gibt einen umfassenden und aktuellen Überblick über den derzeitigen Forschungsstand und die methodischen Probleme bei der Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter.

Die Erkenntnisse dieser Recherche waren Grundlage des am 16. und 17. Mai 2000 in Mannheim durchgeführten Expertenkolloquiums, dessen Dokumentation den zweiten Teil ausmacht und das die Verbesserung der Versorgungssituation in den Mittelpunkt stellt.

Was Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter wirklich ausmacht, wie sie gemessen und wie sie zukünftig gesichert werden kann, wird auch weiterhin eine vordringliche Aufgabenstellung der Seniorenpolitik bleiben.



Dr. Christine Bergmann
Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Inhaltsverzeichnis

Einführung und Ziele der Arbeit	11
Teil A Forschungsstand.....	14
1 Grundlagen der institutionellen Versorgung dementiell Erkrankter	14
1.1 Theoretische Modelle zur Versorgung und Betreuung	14
1.2 Ziele der institutionellen Dementenversorgung	18
1.3 Nicht-medikamentöse Interventionen in der stationären Versorgung.....	20
1.4 Versorgungskonzepte im stationären Bereich	25
2 Ergebnisse ausgewählter Evaluationen	28
2.1 Einführung	28
2.2 Festlegung von Effektvariablen	30
2.3 Evaluation von Interventionen zur Modifikation von Verhaltensproblemen.....	33
2.4 Evaluation von therapeutischen Interventionsverfahren.....	38
2.5 Evaluation von Wohngruppen.....	41
2.6 Evaluation von Special Care Units	45
2.6.1 Entstehung der SCUs	45
2.6.2 Ergebnisse der ersten Studien zu SCUs	47
2.6.3 Definition von SCU	52
2.6.4 Ergebnisse der neueren Studien zu SCUs.....	54
3 Zusammenfassung und Folgerungen.....	62
3.1 Weiterer Forschungsbedarf	62
3.2 Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis.....	65

3.3	Qualität in der institutionellen Versorgung dementiell Erkrankter	66
Teil B Untersuchungsmethoden und Instrumente		69
4	Einführung.....	69
5	Bewohnerassessment.....	74
5.1	Einführung	74
5.2	Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit	75
5.2.1	Screeningverfahren	76
5.2.2	Neuropsychologische Diagnoseverfahren zur syndromalen Diagnostik.....	77
5.2.3	Klinische Ratingskalen zur Einschätzung des Schweregrades.....	78
5.2.4	Instrumente zur Erfassung der kognitiven Fähigkeiten bei schwerer Demenz.....	80
5.3	Erfassung der Basisfunktionen im Alltag (ADL).....	84
5.4	Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten.....	86
5.5	Exkurs: Mehrdimensionale Fremdbeurteilungsverfahren	89
6	Umweltassessment	93
6.1	Modelle zur Beschreibung der Umwelt	93
6.1.1	Environment-behaviour System (Weisman 1994)	95
6.1.2	Model of Environmental Effect (Netten 1993).....	97
6.2	Methoden zur Bewertung der Umwelt	99
6.2.1	Nursing Unit Rating Scale (NURS).....	100
6.2.2	Therapeutic Environment Screening Scale (TESS).....	101
6.2.3	Professional Environment Assessment Protocol (PEAP)	102
6.2.4	Resource for Evaluation and Modifications Optimizing Dementia Care Units (REMODEL)	103
6.2.5	Physical Environment Rating Scale.....	104

6.2.6	Multiphasic Environmental Assessment Procedure (MEAP) ..	105
6.2.7	Sonstige Verfahren	108
7	Verfahren zur Bewertung der Lebensqualität	111
7.1	Subjektive Lebensqualität bei dementiell Erkrankten	111
7.2	Befragungsinstrumente zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität	112
7.3	Dementia Care Mapping.....	114
7.3.1	Theoretischer Hintergrund	114
7.3.2	Einsatz der Methode	116
7.3.3	Auswertung	117
7.4	Gefühlszustände als Ausdruck von Wohlbefinden	117
	Literaturverzeichnis	120
	Abkürzungsverzeichnis	137

Einführung und Ziele der Arbeit

Demenz ist derzeit eines der zentralen Themen in der stationären Altenhilfe. Dies wird z.B. deutlich an der Fülle von Veranstaltungen und Tagungen, die zu dieser Thematik stattfinden. Viele Träger und Einrichtungen arbeiten verstärkt an einer entsprechenden Konzeption oder prüfen, inwieweit die Einrichtungen baulich den besonderen Bedürfnissen Demenzerkrankter entsprechen.

Gleichzeitig ist Demenz auch ein Thema, dem von der breiten Öffentlichkeit zunehmend mehr Aufmerksamkeit entgegengebracht wird. Grund hierfür dürfte die Tatsache sein, dass durch die zunehmende Zahl Demenzerkrankter immer mehr Menschen in ihrem direkten Umfeld oder in der Familie mit einer Erkrankung konfrontiert sind. Einer Studie des Instituts für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) in Kiel zufolge leiden derzeit in Deutschland 1,3-1,8 Millionen Menschen ab 65 Jahren an einer Demenz (Kern & Beske 1999).

Werden in der medizinischen Forschung in Kürze keine durchschlagenden Erfolge bei der Therapie erreicht, so wird die Zahl der Erkrankten aufgrund der prognostizierten demographischen Entwicklung in den nächsten Jahren weiter ansteigen. Grund hierfür ist der Anstieg des Anteils an Hochbetagten. Das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, steigt mit dem Alter zunehmend an. Es ist davon auszugehen, dass bei den Hundertjährigen 90 % dementiell erkrankt sind (Fischer & Schwarz 1999).

Noch werden mit einem Anteil von ca. 65 % die meisten Betroffenen zu Hause versorgt (Fischer & Schwarz 1999). Die Wahrscheinlichkeit, in Folge einer Demenzerkrankung irgendwann stationär aufgenommen zu werden, ist sehr hoch. Das Vorliegen einer dementiellen Erkrankung ist mittlerweile der Hauptaufnahmegrund in stationären Bereich (Fischer & Schwarz 1999). Nach einer neueren Untersuchung von Bickel (1996) gehen 42,9 % aller Heimaufnahmen auf das Vorliegen einer Demenz zurück.

Demenzerkrankte sind mittlerweile die mehr oder weniger dominierende Gruppe innerhalb der stationären Einrichtungen. Im Durchschnitt leiden mehr als die Hälfte der Pflegeheimbewohner an einer fortgeschrittenen Demenz (Weyerer & Schäufele 1999). Ein Vergleich der Anteile zwischen den Einrichtungen zeigt eine Schwankungsbreite von 40 % und 80 %.

Falls die Prognosen zutreffen, dass aufgrund von gesellschaftlichen Faktoren wie z.B. der zunehmenden Mobilität und der Zersplitterung der Familien mit einem Rückgang des häuslichen Pflegepotentials zu rechnen ist, so kann spekuliert werden, dass die stationären Einrichtungen zukünftig verstärkt ihren Schwerpunkt auf die Versorgung und Betreuung dementiell erkrankter Menschen legen müssen.

Aufgrund dieser Fakten stellt sich die Frage, wie die Versorgungsstruktur in den Einrichtungen beschaffen sein muss, um den wachsenden Versorgungs- und Betreuungsansprüchen der Erkrankten bedarfsgerecht zu entsprechen und falls Veränderungen notwendig sind, wie diese durchgeführt werden müssen. Zur Beantwortung dieser Fragen gibt es derzeit eine Vielzahl von Aussagen, die z.B. die Versorgungsform (Haugemeinschaften oder spezialisierte Pflegebereiche) betreffen oder sich auf unterschiedliche therapeutische Interventionen wie z.B. Validation, Snoezelen oder Reminiszenztraining, beziehen. Die Meinungen, die dazu geäußert werden, spiegeln diese Vielfalt wider, beruhen sie doch auf Einzelerfahrungen oder resultieren aus unterschiedlichen Blickrichtungen. Dabei werden Diskussionen häufig nur ideologisch und nicht mit ausreichender empirischer Fundierung geführt.

Anliegen der vorliegenden Arbeit ist es, die Diskussion über eine qualitätvolle stationäre Versorgung dementiell erkrankter Menschen zu systematisieren und einen Überblick über den derzeitigen Wissensstand zu bieten. Wichtig erscheint, dass die Diskussion auf grundlegende Fragestellungen reduziert werden muss, um Argumentationslinien transparent und nachvollziehbar zu machen. Ziel der Arbeit ist es, die wissenschaftlichen Untersuchungen praxisorientiert auszuwerten und als „Essenz“ der vergangenen 20 Jahre darzustellen.

Die Arbeit setzt sich aus zwei Teilen, **Teil A** und **Teil B**, zusammen. **Teil A** beschreibt den Forschungsstand und ist in drei Abschnitte gegliedert. Zunächst wird ein Überblick über den derzeitigen Stand der Versorgung gegeben, der sich nach folgenden Fragenstellungen untergliedert:

- Welche theoretischen Modelle gibt es für die Versorgung dementiell Erkrankter?
- Welche Ziele werden verfolgt?
- Welche Methoden werden eingesetzt?
- In welchem Versorgungskontext werden die Betroffenen betreut?

In einem zweiten Schritt wird dargestellt, welche wissenschaftlichen Erkenntnisse derzeit vorliegen. Hierzu werden folgende Fragen gestellt:

- Was wurde untersucht?
- Welche der eingesetzten therapeutischen Interventionen sind auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert?
- Welche Ergebnisse liegen zur Versorgung von Demenzerkrankten in spezialisierten Pflegebereichen vor?

Der dritte Schritt zieht ein Fazit aus den oben genannten Erkenntnissen. Dabei steht die Beantwortung der nachfolgenden Fragen im Zentrum:

- Was weiß man bereits über die qualitätvolle Betreuung dementiell Erkrankter?
- Welcher weitere Untersuchungsbedarf besteht noch?

Im **Teil B** der Studie erfolgt eine Beschreibung der wichtigsten Instrumente, die zum einen für „Bewohnerassessments“ eingesetzt werden können und zum anderen die Qualität des Versorgungskontextes sowie die Lebensqualität der Bewohner bewerten.

Teil A Forschungsstand

1 Grundlagen der institutionellen Versorgung dementiell Erkrankter

1.1 Theoretische Modelle zur Versorgung und Betreuung

Die zur Zeit diskutierten Versorgungskonzepte basieren auf verschiedenen theoretischen Modellen, die auf dem Hintergrund unterschiedlicher Fachgebiete entwickelt wurden. Die Konzepte betonen jeweils nur bestimmte Aspekte der Betreuung Demenzkranker. Trotz der zum Teil wesentlichen Unterschiede liegt allen Konzepten die Vorstellung zugrunde, dass Demenzkranke weitgehend, nicht direkt behandelbare kognitive und funktionale Einschränkungen aufweisen, und dass deshalb an ihre Pflege und Betreuung besondere Anforderungen gestellt werden. Aus den Modellen resultieren aber ganz unterschiedliche Sichtweisen in bezug auf die Person bzw. die Erkrankung.

Folgende Modelle haben in der Theorie wie auch in ihrer praktischen Umsetzung Bedeutung erlangt und werden in ihren Kernmerkmalen dargestellt. Es handelt sich um das sogenannte **Medizinische Modell**, das **Rehabilitations- bzw. Therapiemodell**, **ökologische Modelle** wie das Konzept der *Person-Umgebungs-Passung*, das Modell der *Person-Umgebungs-Interaktion* oder das *Konzept der progressiv verminderten Streßschwelle* sowie das **Psychosoziale Modell** (vgl. Maas et al. 1994).

1. Das Medizinische Modell: Im Rahmen der Versorgungskonzepte für Demenzkranke weist das Medizinische Modell die älteste Tradition auf. Die Betrachtung konzentriert sich bei diesem Modell auf die medizinischen Aspekte der Erkrankung und auf die biologischen Prozesse, die die Krankheit bedingen. Primäres Ziel ist die Heilung der Erkrankung und damit im Fall der Demenz die Behebung des Mangels an Neurotransmittersubstanzen. Die zugrundliegende Forschung konzentriert sich auf die Muster der neuropsychischen Defizite und der molekularen Zerstörung der neuronalen Funktionen (vgl. Gilleard 1992).

Die aus diesem Modell resultierenden therapeutischen Programme orientieren sich daher vorwiegend an pathologischen Aspekten und an der Krankheit der Patienten. Die Hauptstrategien der Versorgung konzentrieren sich auf körperliche Pflege und medikamentöse Kontrolle der Demenzsymptome und Verhaltensauffälligkeiten.

Ursprünglich wurde dieses Modell für kurzfristige Aufenthalte im Krankenhaus entwickelt, dann jedoch auch in der Langzeitbetreuung Demenzerkrankter eingesetzt. Das Modell findet sich noch in einigen gerontopsychiatrischen Stationen der Psychiatrischen Krankenhäuser, bzw. in ärztlich geleiteten Einrichtungen.

Da jedoch eine medizinische Therapie im eigentlichen Sinne, das heißt eine Heilung oder Vermeidung der Erkrankung z.B. durch einen Impfstoff noch nicht gefunden wurde, hat sich der Schwerpunkt der Behandlung auf prothetische Maßnahmen (vgl. Lawton 1980) verlagert. Es wird versucht, auftretende Symptome der Krankheit wie z.B. Unruhe, Depressivität etc. positiv zu beeinflussen. Zur Behandlung dieser Symptome werden mittlerweile nicht nur medikamentöse Interventionen eingesetzt, sondern es stehen in der Demenztherapie auch eine Vielzahl nicht-medikamentöser Verfahren zur Verfügung.

2. Rehabilitations- bzw. Therapiemodell: Beim Rehabilitations- bzw. Therapiemodell (Buckwalter et al. 1990) handelt es sich um einen Betreuungsansatz, bei dem durch Mittel der Übung oder der gezielten Anregung von Sinneswahrnehmungen und deren Verarbeitung eine Verbesserung bei kognitiven und funktionalen Leistungen erzielt werden soll. Die Anwendung von Rehabilitationsstrategien beruht auf der Grundannahme, dass der dementielle Abbau durch Trainingsmaßnahmen zumindest verlangsamt werden kann. Häufig finden Anwendungen im Einzel- oder Gruppenkontakt statt z.B. aktivierende, bewegungstherapeutische Maßnahmen, Beschäftigungs- und Ergotherapie, Gedächtnistraining, Kunst-, Musik- und Tanztherapie.

3. Ökologische Modelle: Die Theorie der Umwelt-Verhaltensforschung, die den ökologischen Modellen zugrundeliegt, geht zurück auf klassische psychologische Ansätze aus den 50iger Jahren (vgl. Pynoos & Regnier 1991). Untersucht wird bei diesen Modellen das Erleben und Verhalten von Menschen im Kontext ihrer Umwelt. Grundlage bilden systemtheoretische Ansätze, die von einer ständigen Wechselbeziehung zwischen einer Person und ihrer Umgebung ausgehen.

Das bekannteste Theoriekonzept im Bereich der Umweltforschung wurde von Lawton und Nahemow (1973) entwickelt, das sogenannte „competence-pressure-modell“. In diesem Modell der **Person-Umgebungs-Passung** wird die positive Befindlichkeit einer Person als Effekt der Übereinstimmung zwischen den Anforderungen der Umwelt (pressure) und den spezifischen Kompetenzen des Individuums angesehen (vgl. Pynoos & Regnier 1991). Dabei wird davon ausgegangen, dass bei abnehmender Kompetenz der Person das Verhalten zunehmend mehr

von Umweltfaktoren beeinflusst wird. Anders ausgedrückt besagt die sogenannte „docility“-These (Lawton 1980), dass Personen wie z.B. Demenzerkrankte aufgrund ihrer eingeschränkten Kompetenzen in besonders hohem Maße durch Umweltbedingungen beeinflussbar sind. Dies gilt sowohl im negativen Sinne, indem ungünstige Umweltfaktoren z.B. Verhaltensauffälligkeiten verstärken können, aber auch im positiven Sinne, indem die Umwelt im Sinne eines therapeutischen Milieus (Lawton 1980) positive Auswirkungen auf das Verhalten und Befinden haben kann.

Daher wird in der Umsetzung des Modells versucht, „gesunde“ Verhaltensweisen des Demenzkranken zu unterstützen, um ihm so die Anpassung an seine Umgebung zu erleichtern. Hierzu werden die Umgebungsaspekte insofern verändert, als sie – im Sinne eines sog. prothetischen Milieus – den kognitiven und emotionalen Fähigkeiten des demenzkranken Bewohners bzw. der demenzkranken Bewohnerin entsprechen (vgl. Maas et al. 1994). Merkmale der baulichen Umgebung werden außerdem so gestaltet, dass sie Vertrautheit und Sicherheit vermitteln, eindeutige Hinweise auf ihre Funktionsweise und Bedeutung liefern und einen hohen Anregungsgehalt aufweisen. Dieses Modell bildete die Grundlage bei der Konzeption einer der ersten spezialisierten Dementenstationen, dem Philadelphia Geriatric Center, das 1974 in den USA entstand (Berg et al. 1991; Liebowitz et al. 1979).

Eine Weiterentwicklung des Modells von Lawton stammt von Kahana. Auf der Grundlage des Lawtonschen Konzepts hat Kahana (1975, 1982) das Kongruenz Modell der **Person-Umgebungs-Interaktion** (*person-environment interaction model*) entwickelt, das in den USA ebenfalls besondere Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat. Das Konzept von Lawton wurde dahingehend verändert, dass die Umwelt und ihre Qualitäten in Beziehung zu den persönlichen Bedürfnissen des Individuums gesetzt werden. Eine Übereinstimmung (*congruence*) zwischen diesen beiden Domänen führt zu Wohlbefinden. Dabei bezieht sich das Konstrukt der Umwelt nicht nur auf physische Aspekte, sondern schließt auch die soziale Umgebung ein.

Eine demenzspezifische Erweiterung der Person-Umgebungs-Konzepte stellt das **Modell der progressiv verminderten Streßschwelle** (*progressively lowered stress threshold model*) von Hall und Buckwalter (1987) dar. Auch in diesem Modell wird die Grundauffassung vertreten, dass spezielle Umgebungsänderungen erforderlich sind, um Demenzkranken eine Gewöhnung an das Heimmilieu zu erleichtern. Demnach geht eine Demenz vom Alzheimer Typ mit einer zunehmenden Anfälligkeit für Überforderungssituationen einher. Übersteigen Umwelthanforde-

rungen z.B. Lärm, dicht besetzte Räume etc. die beschränkten Umweltkompetenzen der Betroffenen, so führt dies zu Überforderungen, die Katastrophenreaktionen, emotionale Ausbrüche oder aggressives Verhalten zur Folge haben können. Die Umweltreize, mit denen Erkrankte konfrontiert werden, sollen daher „dosiert“ sein. In der praktischen Umsetzung wurde aus diesen Überlegungen der Grundsatz abgeleitet, die Umgebung für Demenzkranke möglichst reizarm zu gestalten. Entsprechende Interventionen bestehen in der Verminderung der Stressoren („*low-stimulus environment*“) und der Schaffung eines Milieus „kontrollierter Stimulation“, das vor allem in den amerikanischen *special care units* erprobt wurde. Die Umwelthanforderungen werden dabei durch systematisches Ausschalten störender akustischer und optischer Reizquellen (z.B. Radio, TV, Spiegel) möglichst einfach und überschaubar gehalten. Positive Effekte eines derartigen reizregulierten Milieus sollen in einer Verminderung von Agitiertheits- und Aggressionsphasen bestehen (Hall et al. 1986).

4. Das psychosoziale Modell betont die Bedeutung des sozialen Umgangs und der sozialen Beziehungen der Betroffenen (Kitwood 1993). Es wird davon ausgegangen, dass sich der Verstand aufgrund sozialer Beziehungen entwickelt. Im Vordergrund der Sichtweise steht nicht die Krankheit Demenz, sondern die Person. Die Demenz wird als eine Phase im Lebenszyklus der Person angesehen, als eine Form des Alterns (Gilleard 1992). Das Modell betont, dass Demenz als etwas angesehen wird, das einem Individuum passiert, aber darüber hinaus die Familie und die sozialen Systeme beeinflusst, in denen das Individuum Bedeutung besitzt und Bedeutung gibt. Der Fokus der psychosozialen Forschung liegt daher auf der Untersuchung der Situation des Erkrankten, seiner sozialen Beziehungen, aber auch der Probleme, die im Zusammenleben mit dem Betroffenen bestehen.

Das Modell geht vom Individuum, das heißt vom einzelnen Betroffenen aus (Peppard 1991). Im Mittelpunkt steht dessen individuelle Lebensqualität, die sich aus der Beachtung der individuellen Bedürfnisse und Interessen, der Würde und dem Recht auf Selbstverwirklichung (*right to flourish*, Sloane & Mathew 1991, S. 1) ergeben. Da angenommen wird, dass die Ausübung von Tätigkeiten diese Aspekte beinhaltet, wird eine Maximierung der funktionalen Fähigkeiten des Demenzkranken angestrebt. Die Gestaltung von Umgebung und Aktivitäten wird außerdem an dem Grundsatz ausgerichtet, dem Kranken vorwiegend Erfahrungen von Unabhängigkeit und sozialer Aktivität zu ermöglichen. Die damit verbundenen Risiken werden in Kauf genommen, da sie als notwendig für den Erhalt optimaler Funktionen und als Lebensqualität betrachtet werden. Die Sicherheit und die medizinische Behandlung des Bewoh-

ners bzw. der Bewohnerin werden thematisiert, jedoch als nachrangig beurteilt. Dem Individualitätsprinzip folgend werden Aktivitäten in Entsprechung der persönlichen Interessen, Gewohnheiten und Fähigkeiten des Bewohners bzw. der Bewohnerin angeboten.

Das Psychosoziale Modell bestimmt mittlerweile vor allem Philosophie und Programme der amerikanischen Demenstationen, in denen der Pflegebegriff um das Konzept der Lebensqualität erweitert wird (vgl. Sloane & Mathew 1991). Auch in Einrichtungen in Großbritannien hat dieses Modell mittlerweile an Bedeutung gewonnen (Archibald 1997). Eine hohe Lebensqualität wird dabei nicht nur für die demenzkranke Bewohnerschaft, sondern auch für Personal und Familienangehörige gefordert.

1.2 Ziele der institutionellen Dementenversorgung

Aus den unterschiedlichen Modellen resultieren unterschiedliche Zielsetzungen, die bei der Versorgung und Betreuung der dementen Personen zugrunde gelegt werden. Diese Ziele beeinflussen nicht nur die direkte Arbeit mit den Erkrankten, sondern in hohem Maße sowohl die Konzeptentwicklung in den Einrichtungen als auch die Auswahl der eingesetzten therapeutischen Methoden. Um den Erfolg der Arbeit einer Einrichtung zu beurteilen, ist es zunächst notwendig, dass Zielkriterien beschrieben werden, die als „Meßlatte“ dienen. Gleiches gilt auch für die Durchführung von Studien, bei denen im Rahmen des Studiendesigns „Outcome-Kriterien“ festgelegt werden (vgl. Kap. 3.2).

1. Ziel: Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und Erhaltung der damit verbundenen Kompetenzen

Insbesondere aus dem medizinischen Modell resultiert die Zielsetzung, die primären Krankheitssymptome zu lindern und eine Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit zu erzielen. Die Diagnostik konzentriert sich im wesentlichen darauf, kognitive Defizite zu beschreiben.

Mit dieser Zielsetzung geht auch die Forderung nach dem Erhalt oder der Verbesserung der vorhandenen Kompetenzen der Erkrankten einher. Diese Ziele können in einem frühen Demenzstadium aufgrund der mittlerweile auf dem Markt erhältlichen Medikamente in begrenztem Umfang erreicht werden – der cholinergene Transmittermangel wird durch die Gabe von Nootropika positiv beeinflusst.

Für den stationären Bereich erweist sich diese Zielsetzung als schwierig, da sich die meisten der dort aufgenommenen Personen bereits in einem weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium befinden.

2. Ziel: Abbau problematischer Verhaltensweisen

Da im medizinischen Bereich nur geringe Erfolge bezüglich der Heilung oder Prävention von Demenzen nachgewiesen werden konnten, konzentrierte sich das Forschungsinteresse in den letzten Jahren verstärkt auf krankheitsbedingte Verhaltensveränderungen, sogenannte BPSSD (behavioural and psychological signs and symptoms of dementia – Kurz 1998). Diese Perspektive hat vor allen Dingen eine hohe praktische Relevanz, da aus der Sicht der Betreuenden auffällige Verhaltensweisen schwierig zu handhaben sind. Im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses stehen dabei Interventionsverfahren, mit denen störende Verhaltensweisen positiv beeinflusst werden können. Mittlerweile wurden zu diesem Zweck eine Vielzahl therapeutischer Konzepte und Interventionen entwickelt (behavioral interventions). Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass eine Vielzahl der Verhaltensauffälligkeiten nicht nur krankheitsbedingt auftreten, sondern in hohem Maß durch interpersonelle Faktoren und Umgebungsbedingungen beeinflusst werden (Kurz 1998). Die intensive Beschäftigung mit Verhaltensauffälligkeiten schärfte den Blick dafür, dass individuelle Verhaltensweisen eben jene Art und Weise sind, mit der sich dementiell Erkrankte ausdrücken (Ronch 1996). Daraus leitet sich eine ganzheitliche Perspektive ab, die als neue Zielsetzung die Förderung der Lebensqualität und des Wohlbefindens anvisiert.

3. Ziel: Förderung der Lebenszufriedenheit und Erhaltung von Lebensqualität

Mit dem Ziel der Förderung der Lebenszufriedenheit und der Erhaltung der Lebensqualität eng verbunden ist das psychosoziale Modell und das Konzept der Person-Umgebungs-Interaktion von Kahana (1982), die sich beide an den Faktoren Wohlbefinden und Lebensqualität orientieren.

Das Leitbild der Lebensqualität stellt ein wichtiges Element in der Philosophie der amerikanischen „special care units“ dar. Auch bei den Wohngruppenkonzepten steht diese Zielsetzung im Mittelpunkt, wird doch die Normalität des Lebens und Wohnens und nicht die Krankheit der Person betont. Aus dieser Perspektive gehören Verhaltensauffällig-

keiten zum Bestandteil des täglichen Lebens und werden daher nicht als störend empfunden. Der Erkrankte wird als Individuum betrachtet, das nicht nur durch die Krankheit geprägt ist, sondern eine ihm eigene Ausdrucksmöglichkeit bewahrt, um sein Selbst auszudrücken.

Eine qualitätvolle Versorgung und Betreuung orientiert sich demnach an den Bedürfnissen des Erkrankten und versucht diese im Zuge einer individualisierten Betreuung in hohem Maß zu realisieren. Es kann von einer Erweiterung der Perspektive gesprochen werden, indem die Aufmerksamkeit sich von den krankheitsbedingten Veränderungen auf die Person verlagert (person centered approach to care). Mit dieser Hinwendung zu einem ganzheitlichen Ansatz werden Wertbegriffe transportiert, die sich mit Verständnis, Zufriedenheit und Würde der Betroffenen auseinandersetzen. Nach Coons et al. (1996) umfasst Lebensqualität für Demenzerkrankte:

- Anerkennung der Individualität,
- Recht auf Privatheit und Förderung der menschlichen Würde,
- Kontinuität der Lebensgeschichte und Weiterführen der normalen sozialen Rollen,
- eine gesundheitsfördernde, prothetische, Orientierung fördernde und sensorisch stimulierende Umwelt,
- altersgerechte Beschäftigungen und Aktivitäten,
- ein ansprechendes Wohnumfeld, das in die Nachbarschaft eingebunden ist und
- Möglichkeiten für Unterhaltung, Spaß, Humor und Kreativität.

1.3 Nicht-medikamentöse Interventionen in der stationären Versorgung

Neben der medikamentösen Therapie, die überwiegend auf dem medizinischen Modell beruht, haben sich in den letzten Jahren eine Vielzahl von therapeutischen, nicht-medikamentösen Interventionsverfahren auf unterschiedlichem Hintergrund entwickelt.

Eine Intervention beschreibt allgemein jeden programmatischen Versuch, etwas oder jemanden zu verändern (Baltes & Baltes 1990). Die Anwendung einer Intervention besteht aus der Identifikation eines Problems und der Ableitung von Strategien und Zielsetzungen zu dessen Lösung. Nach Lehr und Thomae (1979) lassen sich die in der Gerontologie eingesetzten Interventionen vier Zielgruppen zuordnen: Optimierung, Prävention, Rehabilitation / Therapie und Management des Status quo. Die in der stationären Versorgung dementiell erkrankter

Menschen eingesetzten Interventionen betreffen in der Regel die beiden zuletzt genannten Bereiche. Soweit wie möglich wird versucht, bereits eingetretene Problemsituationen zu korrigieren (Rehabilitation/Therapie). Falls dies nicht leistbar ist, besteht die Zielsetzung in der Erhaltung des Zustandes (Status quo).

Mittlerweile wurden eine Vielzahl demenzspezifischer Einzelinterventionen und Therapieverfahren wie Milieutherapie, Realitäts-Orientierungs-Training, Reminiszenztherapie, Validation, basale Stimulation, Snoezeelen und Musiktherapie entwickelt, die auch in stationären Einrichtungen verstärkt zum Einsatz kommen. Die wichtigsten in Altenhilfeeinrichtungen eingesetzten Verfahren sollen im folgenden kurz dargestellt werden. Einen umfassenden Überblick zu den einzelnen Verfahren bieten z.B. Fischer und Schwarz 1999, Gunzelmann 1997, Klingefeld & Bruder 1997, Müller 1994.

Die **Milieutherapie** ist ein ganzheitlicher Ansatz, der stark von sozio-ökologischen Modellen inspiriert ist und unterschiedliche Methoden integriert. Inzwischen wird der milieutherapeutische Ansatz in vielen Heimen bei der Betreuung Demenzkranker umgesetzt. Die Merkmale dieser Therapieform, die eigentlich ein Bündel von Maßnahmen und Modellen zusammenfasst und keine einzelne Rehabilitationsstrategie darstellt, sind jedoch bislang nicht allgemein verbindlich definiert. Eine Definition versuchen Klingefeld und Bruder (1997, S. 3):

„Mit Milieutherapie Demenzkranker wird ein bewusstes, pflegerisch-therapeutisches Handeln beschrieben, das sich auf ein Konzept (...) zur Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens, des Verhaltens und der Kompetenzen (Reserven und Verluste) des Demenzkranken stützt.“

Ziel milieutherapeutischer Maßnahmen ist es, unter Einbeziehung aller Kontaktpersonen des Dementen, eine Umgebung zu gestalten, in der ein menschenwürdiges, der persönlichen Lebensgeschichte angepasstes, möglichst ungestörtes Leben geführt werden kann. Sowohl das räumliche als auch das soziale Umfeld sollen zu einer „prothetischen“ Umwelt werden, um die sensorischen, emotionalen, kognitiven und physischen Einschränkungen des Erkrankten auszugleichen (vgl. Lind & Heeg 1990). Mit abnehmender Anpassungsfähigkeit der demenzkranken Menschen wächst die Bedeutung einer stützenden Umgebung.

Bei der Milieuthherapie lassen sich vier wesentliche Aspekte voneinander abgrenzen, wobei dies besonders für die stationäre Versorgung (durch zunächst fremde Betreuer) gilt:

1. materielle (räumlich-sachliche) Gesichtspunkte,
2. organisatorische Gesichtspunkte,
3. Gesichtspunkte der Wahrnehmung, Einstellung und des Wissens der Betreuer und
4. der Umgang mit Demenzkranken.

Günstige Auswirkungen einer positiven, möglichst den normalen Lebensbedingungen angenäherten Atmosphäre werden in Bezug auf sekundäre Symptome der Bewohner, die Häufigkeit des Zwangsmiteinsatzes und die Arbeitszufriedenheit der PflegemitarbeiterInnen berichtet. Der Erfolg milieutherapeutischer Maßnahmen wird wesentlich davon abhängig gemacht, ob es den MitarbeiterInnen gelingt, ein gemeinsames milieutherapeutisches Konzept zu entwickeln und verbindlich umzusetzen (Wächtler et al. 1994; Mittelstein 1996).

Weitere Methoden sind Trainingsmaßnahmen zur Erhaltung der Selbstständigkeit, z.B. durch Toiletentraining und durch die Verrichtung von Alltagsaufgaben.

Die ersten therapeutischen Verfahren im Bereich der dementiellen Versorgung wurden in den 1960iger Jahren entwickelt. Das **Realitäts-Orientierungs-Training (ROT)** wurde von zwei Psychiatern eingeführt (Folsom & Taulbee 1966) und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt. Die zentrale Zielstellung von ROT ist die Verbesserung der zeitlichen, örtlichen und personellen Orientierung dementiell Erkrankter. Dabei sollen verlorengegangene Bezüge und Informationen zur Wirklichkeit vermittelt werden, um dadurch zu Sicherheit und Orientierung zu verhelfen (Fischer & Schwarz 1999). Dazu werden alle in der Einrichtung tätigen Personen in die Intervention eingebunden, die nach klaren Regeln und Prinzipien durchgeführt wird. Die Methode ist leicht zu erlernen und wurde relativ häufig angewendet.

Mit dem Realitäts-Orientierungs-Training konnten zwar teilweise Verbesserungen der kognitiven Fähigkeiten erzielt werden, gleichzeitig wurde jedoch eine Verschlechterung in der Stimmung dementiell Erkrankter beobachtet (Baines et al. 1987). Durch die Orientierung an der äußeren Welt kann ROT zu starrem und wenig einfühlsamen Verhalten gegenüber dem Kranken führen und eine Herabsetzung des Selbstwerts bewirken. Aufgrund dieser unerwünschten „Nebenwirkungen“ und

der Entwicklung weiterer therapeutischer Verfahren trat das ROT-Programm zunehmend in den Hintergrund.

Seit Anfang der 1980er Jahre ist ein wachsendes Interesse an den frühen biographieorientierten Ansätzen zu verzeichnen, bei denen die Erhaltung lebensgeschichtlicher Zusammenhänge im Mittelpunkt steht. In diesem Zusammenhang ist die **Reminiszenztherapie** zu sehen. Dabei wird auf die Biographie des Erkrankten Bezug genommen, um das Rückbesinnen auf gut verankerte Themen vergangener Zeiten zu ermöglichen und lebensgeschichtliche Erinnerungen zu aktivieren. Durch das „Schwelgen in Erinnerungen“, die durch Erinnerungsstücke wie alte Photos, Musikstücke, Gerüche, Speisen etc. angeregt werden, wird eine Stabilisierung der Identität und des Selbstwertgefühls angestrebt. Häufig werden Verbesserungen der Stimmung und des Sozialverhaltens berichtet (z.B. Naess 1996).

Validation nach Feil (1990) bedeutet, dem individuellen Erleben eines dementiell Erkrankten wertschätzend zu begegnen. Dabei rückt die Binnenperspektive der Erkrankten in den Mittelpunkt, ohne diese an der Wirklichkeit zu überprüfen oder zu korrigieren. Die Begründerin des Validationsmodells erhob den Anspruch, damit zur Bewältigung ungelöster Probleme früherer Lebensphasen beizutragen. Obwohl dieser Anspruch in der Fachwelt sehr umstritten war und ist, hat die Validation einen wesentlichen Beitrag für den Umgang mit dementiell Erkrankten geleistet und einen Perspektivenwechsel der Betreuungspersonen in die Wege geleitet, da dem subjektiven Erleben dementiell Erkrankter mehr Gewicht bei gemessen wird. Am Beispiel der Validation lässt sich erkennen, wie durch Einführung einer neuen Methode ein Umdenkungsprozess eingeleitet und therapeutische Ziele korrigiert werden. Kognitive Verbesserungen werden daher als nachrangig betrachtet und abgelöst von einer akzeptierenden Grundhaltung, mit der dementiell Erkrankte in ihrer Erfahrungs- und Erlebenswelt belassen werden. Vor allem der weiterentwickelte Ansatz der Integrativen Validation (IVA) nach Richard (1997) findet im stationären Bereich häufig Anwendung und wird von der Fachwelt positiv bewertet. Dabei handelt es sich um eine gefühlsorientierte Kommunikationsform und Umgangsweise, die nicht den Anspruch einer Therapie erhebt, sondern Beziehung und Vertrauen zwischen Betreuenden und Kranken aufbauen hilft. Die aktuell gezeigten Gefühle der Kranken werden wahrgenommen, im Kontext der individuellen Lebensgeschichte zu verstehen versucht und deren Gültigkeit bestätigt.

Obwohl im frühen Krankheitsverlauf der Demenz therapeutische Ansätze auf der Ebene der Sinneswahrnehmung und der Körperbewegung

ebenfalls Erfolg zeigen und sinnvoll einzusetzen sind, werden sie hauptsächlich in den mittleren und späteren Phasen der Demenz eingesetzt. Vorzugsweise wurden diese Ansätze aus dem Arbeitsfeld der Behindertenarbeit übernommen. Kernpunkt dabei ist es, die sinnlichen Erfahrungen und das Körpererleben zu unterstützen, wenn die verbale Kommunikation nicht möglich ist. Durch die Stimulation des Körpers wird der Geist angesprochen. Vor allem die sensorische Anregung in spezifisch ausgestatteten **Snoezelräumen**, die Ansätze der **basalen Stimulation** und der **Musiktherapie** geben dem Personal erfolgreiche Interventionen an die Hand.

Basale Stimulation. Die therapeutischen Maßnahmen der basalen Stimulation wurden in der Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen entwickelt. Dadurch sollte deren geringer Interaktionsspielraum mit der Umwelt durch angenehme Erfahrungen mit dem eigenen Körper erweitert werden, um so ihre ausgeprägte sensorische und kommunikative Isolation zu durchbrechen. Einzelmaßnahmen werden gezielt therapeutisch eingesetzt, wie beispielsweise die beruhigende Ganzkörperwaschung, bei der das Vibrationsempfinden, die Berührungssensibilität, den Gleichgewichtssinn und Gefühlsprozesse angesprochen werden (z.B. Bienstein & Fröhlich 1996).

Musiktherapie. Musik stellt eine zusätzliche sprachunabhängige Ebene der Kommunikation dar, die Demenzkranken mit zunehmendem Verlust der Sprachfähigkeit fast bis zum letzten Krankheitsstadium zugänglich bleibt. Musikhören und aktives Musizieren regen Gefühle an, die sich sowohl positiv auf das emotionale Befinden Einzelner als auch auf das Erleben in der Gemeinschaft auswirken. Des Weiteren fördert Musik die Kreativität, sie besitzt ordnende und strukturierende Eigenschaften und vermag es, bei den Beteiligten Erinnerungen auszulösen. Musik bietet dementiell Erkrankten vielerlei Kompensationsmöglichkeiten ihrer kommunikativen und weiteren Defizite. Für die Auswahl der entsprechenden Musikrichtung ist die Orientierung an der Biographie des einzelnen Bewohners bzw. der einzelnen Bewohnerin wichtig (z.B. Müller-Schwartz 1994).

Snoezelen. Diese Therapieform stammt aus dem Niederländischen und wird in Deutschland in der Betreuung von Demenzkranken noch relativ selten eingesetzt. Der Begriff „Snoezelen“ ist ein Akronym, das sich aus den Wörtern „snuffelen“ (schnüffeln) und „doezelen“ (dösen) zusammensetzt. Ziel dieser Methode ist die Beruhigung und Entspannung, aber auch die Aktivierung der Kranken. Angeboten wird eine angenehme Umgebung, in der Grundwahrnehmungen (Licht und Farbe, Geräusche, Gerüche, Geschmacksempfindungen, Tastempfindungen) ermög-

licht werden (z.B. Krämer 1996). Die Sinneswahrnehmungen werden speziell in dafür hergerichteten Räumen angeboten.

1.4 Versorgungskonzepte im stationären Bereich

Die Diskussion um die stationäre Versorgung dementiell erkrankter Menschen war sehr lange geprägt von der Frage nach Integration oder Segregation. Das Konzept der Integration geht von einer gemischt belegten Bewohnerschaft aus, d.h. geistig rüstige und demente Bewohner werden zusammen betreut, während der segregative Ansatz anstrebt, einen Pflegebereich homogen, d.h. mit Bewohner ähnlicher Krankheitsbilder zu belegen (vgl. Heeg & Lind 1992).

Zu den zwei Versorgungskonzepten Integration und Segregation liegen eine Vielzahl von Veröffentlichungen vor, die sich mit den Vor- und Nachteilen der Konzepte beschäftigen. Studien, die systematisch beide Konzepte in ihren Auswirkungen vergleichen, liegen bisher nicht vor. Die Ergebnisse der Hamburger Modellstudien (Damkowski et al. 1994) deuten jedoch an, dass bestimmte demenzspezifische Interventionen und Angebote bei einem segregativen Konzept leichter umsetzbar sind. Insgesamt lässt sich jedoch beobachten, dass die Diskussionen häufig nicht wissenschaftlich geführt, sondern oft von vorgefassten Meinungen geprägt sind.

In der Versorgungsrealität überwiegt noch immer das integrative Versorgungskonzept. Durch den zunehmenden Anstieg dementiell Erkrankter hat sich das Zahlenverhältnis zwischen rüstigen und dementen Bewohnern in diesem Versorgungskontext jedoch umgekehrt. Daraus resultiert die paradox anmutende Situation, dass die rüstige Bewohnerschaft die Minderheit darstellt und gemäß dem integrativen Betreuungsansatz in die Gruppe der Dementen integriert werden sollte. Aufgrund dieser Entwicklung werden mittlerweile auch die Grenzen der Integration (vgl. Gerngroß-Haas 1996) gesehen. Grund hierfür ist vor allem das Auftreten bestimmter Verhaltensauffälligkeiten wie Schreien, Wandern, Aggressivität, die sowohl von den Mitbewohnern als auch von den Pflegenden als belastend erlebt werden.

Es zeichnet sich daher ein Trend ab, integrative Konzepte zu verlassen und spezialisierte Pflegeeinheiten für die Versorgung dementiell Erkrankter zu gestalten.

Die Diskussion um die Umsetzung des segregativen Versorgungskonzeptes lässt zwei Trends erkennen. Zum einen werden Wohngemeinschaftskonzepte realisiert und zum anderen werden spezialisierte Bereiche ähnlich den „special care units“ aus den USA eingerichtet.

Wohn- oder Hausgemeinschaften (Winter 1999) werden häufig als idealtypische Versorgungsform für dementiell erkrankte Bewohner angesehen. Der Begriff „Hausgemeinschaft“ wurde vor einiger Zeit vom KDA eingeführt. Unter „Hausgemeinschaften“ wird eine familienähnliche Wohn- und Lebensform für 6-12 pflegebedürftige und / oder verwirrte alte Menschen verstanden (KDA 1999). Dabei stellt das Konzept der Vertrautheit den zentralen inhaltlichen Aspekt dar. Als Vorteil dieses Konzeptes wird die nicht-institutionalisierte, vertraute und häusliche Versorgung angeführt, deren Alltagsnähe dazu beiträgt, „normale“ Verhaltensweisen zu unterstützen. Das Personalkonzept sieht nicht unbedingt den Einsatz fachlich qualifizierter Pflegekräfte vor. Die MitarbeiterInnen haben eher die Funktion von „Hausmüttern“, deren Schwerpunkt auf hauswirtschaftlichen Aktivitäten etc. liegt. Die Diskussion um diese Versorgungsform ist in vollem Gange; systematische Untersuchungen über die Effekte solcher Wohngruppen auf die Demenzerkrankten liegen bisher in Deutschland nicht vor.

Das zweite segregative Versorgungsmodell bezieht sich auf die Versorgung dementiell Erkrankter in spezialisierten Pflegebereichen. Der Schwerpunkt der Versorgung liegt im Unterschied zu den Wohn- bzw. Hausgemeinschaften nicht auf dem häuslichen Kontext und der Überschaubarkeit, sondern auf dem qualifizierten Umgang mit den Erkrankten. Im Rahmen eines multiprofessionellen Teams werden pflegerische und therapeutische Aktivitäten demenzspezifisch ausgerichtet. Dazu gehört auch die Berücksichtigung der Wirkung von Umweltfaktoren. Diese werden genutzt, um bestimmte Verhaltensweisen therapeutisch zu beeinflussen (z.B. hohe Lichtstärke, Wanderwege etc.). Die Größe der Pflegebereiche spielt eine untergeordnete Rolle.

Gegenüber segregativen Konzepten bestehen nach wie vor Vorbehalte. Es besteht die Gefahr, dass bei einer unzulänglichen Konzeption diese Versorgungsform zu einer „Verwahranstalt“ für auffällige Demente werden könnte. In den USA, wo es entsprechende Konzepte bereits seit den 80iger Jahren gibt, wurden aus diesem Grund in mehreren Bundesstaaten Qualitätsstandards für den Betrieb von Special Care Units festgelegt (Gerdner & Buckwalter 1996).

Im Zusammenhang mit der Spezialisierung von Konzepten stellt sich die Frage nach Zielgruppe und personellem Aufwand einer angemessenen Pflege und Betreuung.

Zielgruppe sind häufig mobile, verhaltensauffällige Demente. Dieser Personenkreis bedarf nach Expertenmeinung am ehesten einer spezifischen Betreuung. Die deutsche Expertengruppe für Demenz schätzt, dass von allen dementiell erkrankten Heimbewohnern etwa 10-20% diesem Personenkreis zuzurechnen sind; eine empirische Absicherung für diese Einschätzung liegt jedoch nicht vor. Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass bei Demenzerkrankten aus dem großen Spektrum von Verhaltensauffälligkeiten im Durchschnitt vier auftreten (Weyerer et al. 2000). Es liegen jedoch keine Erkenntnisse dazu vor, inwieweit diese Auffälligkeiten krankheitsimmanent sind oder durch ungünstige Umweltbedingungen hervorgerufen werden. Es deutet sich jedoch an, dass bestimmte Verhaltensweisen (z.B. aggressivem Verhalten) durch einen krankheitsangemessenen Umgang und durch ein therapeutisches Milieu verbessert werden können.

Zur Quantifizierung des personellen Betreuungsaufwands liegen mittlerweile Ergebnisse eines stationären Leistungsvergleichs vor (Dürmann 1999a, 1999b und 2000). Die Auswertungen ergaben, dass bei einer qualifizierten Betreuung der verhaltensauffälligen Erkrankten ein zusätzlicher Zeitbedarf von ca. 45 Minuten pro Tag und Bewohner besteht. Die in Hamburg erarbeiteten besonderen Rahmenbedingungen der stationären Versorgung dementiell Erkrankter gehen von ähnlichen Werten aus.

Für Deutschland lässt sich feststellen, dass es nur wenige Studien gibt, die systematisch die Effekte von Merkmalen des Versorgungskontextes auf die Erkrankten untersucht haben. Die empirische Grundlage für eine qualitätvolle stationäre Versorgung dementiell Erkrankter ist aus diesem Grund sehr begrenzt. Daher wird im Rahmen der weiteren Arbeit überwiegend der internationale Forschungsstand zu diesem Thema ausgewertet. Insbesondere aus den USA und aus Großbritannien liegen mittlerweile eine Vielzahl von Studien vor, die auch zur Entwicklung von demenzspezifischen Erhebungsinstrumenten geführt haben, die eine Bewertung der Versorgungsqualität ermöglichen. Die Auswertung konzentriert sich deshalb auf die Frage, inwieweit die Ergebnisse und die eingesetzten Instrumente als Basis für Studien in Deutschland genutzt werden können.

2 Ergebnisse ausgewählter Evaluationen

2.1 Einführung

Die Recherche nach empirisch abgesicherten Interventionen und Versorgungskonzepten ergab ein deutliches Missverhältnis zwischen der Vielzahl neu entwickelter Methoden und Betreuungsansätze und deren Evaluation.

Diese Diskrepanz erklärt sich zum Teil aus der unterschiedlichen Interessenlage von Praxis und Wissenschaft – beide Bereiche verfolgen unterschiedliche Ziele (vgl. Schnelle 1998). Im Bereich der Versorgung besteht ein großes Interesse, praktikable Verfahren zu finden, die in der alltäglichen Arbeit mit den vorhandenen Ressourcen umgesetzt werden können. Neue Ansätze, die erfolgversprechend scheinen, werden einfach ausprobiert. Wenn nach der subjektiven Einschätzung der Einrichtung – auch in Einzelfällen – Erfolge erzielt werden, wird der Ansatz weiter verfolgt.

Im Gegensatz dazu ist die Wissenschaft primär daran interessiert, statistisch signifikante Ergebnisse zu erzielen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, muss das Studiendesign bestimmten Anforderungen genügen. Die geforderten Kriterien können am ehesten bei pharmakologischen Studien erfüllt werden. Dieser Aspekt der Demenzversorgung ist daher auch sehr gut evaluiert.

Ein Kritikpunkt an vielen dieser Studien ist, dass der wissenschaftlichen Signifikanz der Untersuchungsergebnisse in der Regel mehr Bedeutung zukommt als ihrer praktischen Verwertbarkeit (Schnelle 1998).

Die Wirksamkeit neuer therapeutischer Ansätze oder nicht-medikamentöser Interventionen ist im Vergleich dazu nur in geringem Umfang erforscht. Die vorliegenden Studien entsprechen in der Regel nicht dem „goldenen Standard“ der Forschung, nämlich der kontrolliert randomisierten Untersuchungsanordnung (Woods 1999). Dies bedeutet, dass die Studien zum einen häufig ohne Kontrollgruppe durchgeführt und zum anderen die an der Intervention beteiligten Personen nicht nach einem Zufallsverfahren ausgewählt (randomisiert) wurden. Neben diesen grundlegenden Mängeln im Studiendesign werden bei der methodischen Kritik der Studien häufig weitere Schwachstellen beschrieben (z.B. keine Verwendung standardisierter Instrumente, Datenerhebung durch „parteiische“ Personen). Dies führt dazu, dass bei vielen durch-

geführten Untersuchungen aufgrund der fehlenden methodischen Güte auch die Ergebnisse in Frage gestellt werden.

Im Gegensatz zu pharmakologischen Studien konnten sich bisher im psychosozialen Forschungsfeld keine klinischen Forschungsdesigns unter Verwendung standardisierter Assessment-Methoden etablieren (Woods 1999). Statt dessen wurden eine Vielzahl von Einzelfallstudien durchgeführt, deren Verdienste jedoch nicht unterschätzt werden dürfen. Einzelfallstudien haben in der Psychologie traditionell eine große Bedeutung (O'Carroll, Kommentar zu Woods 1999). Diese Art von Studien ist angemessen, wenn sich bestimmte Techniken wie z.B. Validation im Anfangsstadium ihrer Entwicklung befinden. Auch die große Variabilität der Erkrankten spricht für dieses Vorgehen. Es stellt sich allerdings die Frage, inwieweit die Ergebnisse von Einzelfällen auf andere Fälle übertragbar sind bzw. inwieweit abgeschlossene Studien repliziert werden können.

Ein weiterer Mangel besteht darin, dass systematische Auswertungen zu diesen Studien nur in begrenztem Umfang vorliegen. In vielen Fällen sind erfolgreiche Einzelfallstudien nicht im Rahmen von systematischen Studien weiter verfolgt worden. Des Weiteren beschränkt sich die Darstellung von Studien meist auf erfolgreich durchgeführte Maßnahmen. Behandlungsfehler, aus denen ebenfalls wichtige Schlüsse gezogen werden können, werden in der Regel nicht publiziert (Bird et al. 1995). Gleiches gilt auch für kontrolliert randomisierten Studien, bei denen keine statistisch signifikanten Ergebnisse ermittelt werden konnten.

Die vorliegende Fülle von veröffentlichten Studien verweist auf eine große Vielfalt von Interventionsverfahren. Allerdings fehlen Studien, die die Frage beantworten, welche Intervention für welchen Patienten unter welchen Umständen angebracht ist. Woods (1999) merkt hierzu an: „Es erscheint so, als ob die Welle des Enthusiasmus, die in den 70iger und 80iger Jahren im Bereich der Therapieforschung bestand, am Abebben ist. Das Interesse konzentriert sich momentan auf kognitive Rehabilitation und in geringerem Umfang auf die Behandlung von abweichenden Verhaltensweisen.“

Trotz dieser eher ernüchternden Erkenntnisse sollen im folgenden die wichtigsten Ergebnisse, die zur Evaluierung verschiedener Interventionsmaßnahmen sowie zu spezifischen Versorgungssettings vorliegen, zusammenfassend dargestellt werden.

2.2 Festlegung von Effektvariablen

Grundlegend gilt für Untersuchungen, die sich mit der Wirkung von Interventionen oder Versorgungsformen beschäftigen, dass vorab die Ziele definiert werden müssen, die mit der Maßnahme angestrebt werden (z.B. kognitive Verbesserungen, Abbau von Verhaltensauffälligkeiten oder Steigerung der Lebensqualität). Dabei ist es besonders wichtig, dass die Zieldimensionen sowohl angemessen als auch messbar sind. Das bedeutet für die Festlegung eines Forschungsdesigns, dass zunächst geklärt werden muss, welche Effekte mit einer Intervention erreicht werden sollen, um dann geeignete Messinstrumente auszuwählen bzw. zu entwickeln.

Für die meisten Effekt-Messungen stellen die Bewohner die „Untersuchungseinheiten“ dar. Es gibt jedoch auch die Möglichkeit, die Effekte in bezug auf einen Pflegebereich zu aggregieren (z.B. Wohnbereiche vergleichen bzgl. des Anteils an Bewohnern, die eine gewisse Verhaltensweise zeigen).

In einer Reihe von Studien waren die Pflegenden Gegenstand der Untersuchung. Diese Untersuchungen beschäftigen sich meist mit der Frage des Belastungserlebens und der Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals. Eine umfassende Übersicht zu entsprechenden Studien bieten Schulz et al. (1995).

Im Rahmen dieser Arbeit werden im Wesentlichen die Ergebnisse dargestellt, die sich auf die Effekte beziehen, die bei den Bewohnern gemessen wurden. Bei den Untersuchungen, die insbesondere zu den amerikanischen Special Care Units vorliegen, wurden in erster Linie Effekte auf der funktionalen und der Verhaltens-Ebene gemessen (vgl. Weisman 1994). Es wurde angenommen, dass diese Ebenen am ehesten von entsprechenden Maßnahmen beeinflusst werden können. Funktionale Effekte beziehen sich auf die Fähigkeit der Bewohner, Aktivitäten auszuführen. Meistens wird dies anhand der ADLs gemessen. Effekte auf der Verhaltens-Ebene werden meist anhand der Stimmung, der Agitation sowie spezifischer störender Verhaltensweisen wie Schlagen oder Schreien erfasst. Für die Messung dieser Variablen wurden in den letzten Jahren ein Vielzahl von Skalen (z.B. Cohen-Mansfield Agitation Inventory, BEHAVE-AD etc.) entwickelt. (vgl. Teil B)

Des Weiteren werden Effekte im Hinblick auf den gesundheitlichen und kognitiven Status der Bewohner untersucht. Die meisten Untersuchungen haben jedoch ergeben, dass der gesundheitliche und kognitive Status der Bewohner nur in geringem Maße durch Interventionen oder

durch die Unterbringung in einer Special Care Unit beeinflusst wird (vgl. z.B. Chafetz 1991).

Mittlerweile drängen einige Forscher immer mehr in die Richtung, Zielvariablen zu verändern und die Konzentration auf die Defizite der Bewohner durch eine Hinwendung zu einem ganzheitlichen Verständnis, das sich auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen bezieht (vgl. z.B. Lawton 1991, Ronch 1996, Coons 1996, Woods 1999, van Haitsma 2000), zu ersetzen. Dieser Perspektivenwandel wird damit begründet, dass im Zentrum des Interesses die Identität der Person als menschliches Wesen und seine oder ihre Beziehung zur Welt der anderen stehen sollte (Ronch 1996). Ronch fordert daher, Methoden und Maßstäbe zu entwickeln, die über die Erfassung kognitiver und funktionaler Defizite hinausgehen. Um neue Verfahren entwickeln zu können, ist es von Bedeutung, die verbliebenen kognitiven, funktionalen, emotionalen und interpersonellen Fähigkeiten und Kompetenzen Demenzerkrankter zu erkennen. Die Intervention und ihre Evaluation sollte sich daher auf die Messung des Wohlbefindens des Bewohners konzentrieren.

In der Arbeit mit psychisch Kranken wird das Konzept der Lebensqualität mit Erfolg angewandt und es liegt nahe, diese Erfahrungen auf demenziell Erkrankte zu übertragen. Die wichtigsten Gründe, warum die Zielvariable der Lebensqualität ein wichtiges Outcome-Kriterium für Evaluationen in der Versorgung psychisch kranker Menschen darstellt, werden im Folgenden zusammengefasst (Oliver et al. 1996):

1. Die Rückgewinnung verlorener Fähigkeiten ist nur in einem sehr geringen Umfang möglich, und in der Symptomatik treten viele individuelle Unterschiede auf. Daher ist Lebensqualität ein Ziel, das übergreifend für alle Betroffenen gleichermaßen gilt.
2. Entsprechend der Varianz der Erkrankungen ist mittlerweile auch die Zahl der medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten hoch. Evaluationen erfordern daher, entsprechend dieser Vielfalt auch mehrdimensionale Messinstrumente. Die Zielvariable Lebensqualität ist ein mehrdimensionales Konzept (Lawton 1991), mit dem nicht nur Maßnahmen bezüglich ihrer Effekte bewertet werden können, sondern auch berücksichtigt werden kann, ob die Maßnahmen für den Patienten überhaupt wünschenswert sind. Traditionelle Instrumente der Effekt-Messung leisten dies nicht, obwohl dies beispielsweise bei bestimmten medikamentösen Verfahren, die erhebliche Nebenwirkungen aufweisen, ein wichtiger Faktor ist.

3. Lebensqualität ist ein individuelles Konzept, das am Klienten orientiert ist. Im Zuge der Ausbildung von Dienstleistungsunternehmen im Gesundheitssektor, deren Ziel die Erreichung von Kundenzufriedenheit ist, bietet Lebensqualität auch unter Marketing Gesichtspunkten Vorteile („quality of life is good politics“).

Netten (1993) fordert ebenfalls, dass die Lebensqualität der Bewohner im Mittelpunkt von Untersuchungen stehen sollte. Darüber hinaus stellt Netten die Frage nach der Operationalisierbarkeit des Begriffs:

- Wie kann die Lebensqualität der Demenzkranken gemessen werden?
- Welche Faktoren beeinflussen die Lebensqualität Demenzkranker?

Lawton beschreibt Lebensqualität, wie bereits erwähnt, als ein mehrdimensionales Konzept. In einem umsetzungsorientierten Operationalisierungsansatz charakterisiert er den Begriff Lebensqualität als eine Kombination von personeller Kompetenz in physischer und kognitiver Hinsicht, Fehlen von Schmerzen und Leiden, Vorhandensein von positiven (Gemüts-) Zuständen, sozialem Eingebundensein und Mitwirken an sinnvollen Tätigkeiten.

Lawton vertritt die Ansicht, dass einige dieser Teilaspekte sehr gut durch Interventionen zu beeinflussen sind (1996). Er geht von der Annahme aus, dass sich z.B. eine Verbesserung der ADLs auch positiv auf die Stimmung auswirkt. Für die Messung dieser Effekte hat er ein Instrument entwickelt, das Affektzustände erfasst und mittlerweile in den USA bei einer Vielzahl von Studien eingesetzt wird (vgl. Teil B). Ein weiteres Instrument, das in Großbritannien von Kitwood und Bredin (1992) entwickelt wurde und ebenfalls zur Messung des Wohlbefindens eingesetzt wird, ist das „Dementia care mapping“ (vgl. Teil B).

Grundsätzlich kann jedoch festgestellt werden, dass sowohl die Messung entsprechender Effekte als auch die Festlegen von Zielgrößen schwierig ist. Dies ist vermutlich einer der Gründe, warum im Bereich der Versorgungsforschung bisher wenig abgesicherte Daten vorliegen. Einige wichtige Faktoren führt Aronson (1994) aus:

- Demenz ist ein bisher unaufhaltsamer biologischer Prozess, bei dem letztendlich, unabhängig von der Güte der Versorgung, ein deutlicher funktioneller Abbau stattfinden wird.
- Demenz beinhaltet eine Unvorhersehbarkeit und Variabilität im Verhalten und in den auftretenden Symptomen der Betroffenen. Dadurch werden Messungen beeinflusst.

- Es existiert im Moment kein biologischer Marker, der eine exakte Diagnose oder eine exakte Einordnung des Krankheitsstadiums zulässt. Patienten sind somit bei der Messung von Effekten nur bedingt vergleichbar.
- Obwohl einige Interventionen empirisch positiv erscheinen, gibt es keine akzeptierte Standardintervention im Vergleich, an der andere Interventionen gemessen werden können.

Die Ergebnisse, die bisher sowohl zu nicht-medikamentösen Interventionsverfahren sowie zur Unterbringung von dementiell Erkrankten in spezifischen Settings vorliegen, sollen im folgenden zusammenfassend dargestellt werden.

2.3 Evaluation von Interventionen zur Modifikation von Verhaltensproblemen

In der Betreuung und Pflege dementiell erkrankter Menschen spielen häufig die mit der Erkrankung einhergehenden Verhaltensänderungen eine weitaus größere Rolle als die kognitiven Beeinträchtigungen. Aufgrund der hohen praktischen Relevanz hat sich daher im Bereich der Verhaltensgerontologie ein Forschungsbereich etabliert, der sich mit der Beeinflussung solcher Verhaltensstörungen befasst.

Generell ist bei den sogenannten Verhaltensauffälligkeiten zu klären, ob sie primär im Zusammenhang mit den hirnganischen Abbauprozessen stehen oder ob sie aus einem Anpassungsdefizit resultieren, da die Umgebung der Demenzerkrankten nicht ihren Bedürfnissen entspricht (Lawton 1996). Einige Forscher schlagen mittlerweile vor, ein „Biopsychosoziales“ Modell zu Grunde zulegen, das sowohl pathologische Symptome, die auf neurobiologische Prozesse zurückzuführen sind, als auch psychosoziale Merkmale und Umweltbedingungen umfasst (Cohen-Mansfield 2000, Lawlor 1996).

Die Entwicklung von entsprechenden Verhaltensinterventionen ist in der stationären Arbeit mit Demenzerkrankten ein wichtiges Thema, da das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern maßgeblich mit dem Belastungsempfinden der Pflegemitarbeiter in Zusammenhang steht. Aber auch für die Mitbewohner stellen Verhaltensweisen wie z.B. ständiges Rufen oder aggressive Ausbrüche erhebliche Belastungen dar. Die Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten bei demenzerkrankten Bewohnern in stationären Einrichtung ist sehr hoch: In amerikanischen Studien wurden Prävalenzraten zwischen 64 % und 83 % ermittelt (z.B.

Cohen-Mansfield 1996). Das Verhalten einer einzelnen Person kann täglich wechseln (Cohen-Mansfield & Werner 1994) und sich während der verschiedenen Krankheitsphasen ändern.

Während im deutschsprachigen Raum durchgängig von Verhaltensauffälligkeiten gesprochen wird, werden im anglo-amerikanischen Raum Verhaltensauffälligkeiten mittlerweile als „challenging behaviour“ d.h. herausforderndes Verhalten bezeichnet. Diese unterschiedlichen Begriffe transportieren auch unterschiedliche Sichtweisen. Eine „Verhaltensauffälligkeit“ ist eine Abweichung von normiertem Verhalten und wird daher negativ konotiert. Die Bezeichnung „Herausforderndes Verhalten“ ist wertfrei und verschiebt den Fokus von der Bewertung des Verhaltens auf die Interaktion zwischen den Betroffenen, die dieses Verhalten zeigen und den Beteiligten, die darauf reagieren.

Wesentlich bei der Entwicklung von Interventionen zur Verhaltensmodifikation ist immer eine am Individuum orientierte Vorgehensweise, da selbst bei identischen Verhaltensproblemen nicht automatisch gleiche Maßnahmen gleiche Wirkungen erzielen (Ehrhardt & Plattner 1999). Ansatzpunkte für Interventionen sind z.B. Veränderungen von Umweltbedingungen, Vermittlung von spezifischen Pflege- und Kommunikationsfertigkeiten oder „operantes Konditionieren“ (Lernen am Erfolg).

Lind (2000) bietet einen umfassenden, praxisnah aufbereiteten Überblick zu Studien, die im Zusammenhang mit Verhaltensinterventionen durchgeführt wurden. Einige wichtige Ergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst.

Bei der Entwicklung und Erforschung geeigneter Verhaltensinterventionen gibt es zwei Ansätze. Zum einen kann unterschieden werden, ob die Verhaltensauffälligkeit bzw. das herausfordernde Verhalten an sich das Problem darstellt (behavioural excesses) z.B. unkontrollierte, störende verbale Äußerungen (disruptive vocalization) und physische Aggression oder ob zum anderen das Problem darin besteht, dass ein Verhalten nicht auftritt wie z.B. soziale Teilhabe. Die durchgeführten bzw. untersuchten Verhaltensinterventionen umfassen daher zwei Aspekte: das Beseitigen von unerwünschtem Verhalten und die Förderung von gewünschtem Verhalten (Allen-Burge et al. 1999).

Grundlage für viele der angewandten Interventionen bildet das Umwelt-Verhaltens-Modell. Es wird davon ausgegangen, dass die Probleme in Folge interner oder externer Stimuli auftreten und durch Maßnahmen im Bereich der physischen Umgebung oder der sozialen Interaktion beeinflusst werden können.

Zunächst sollen die Untersuchungsergebnisse dargestellt werden, die sich mit Interventionen zur Beseitigung unerwünschter Verhaltensweisen beschäftigt haben.

Unkontrollierte verbale Äußerungen (Rufen, Schreien) sind ein häufig auftretendes Verhalten, das für Außenstehende sehr belastend sein kann. Die Interventionen haben hier vor allem zum Ziel, dass sich die Lebensbedingungen der Mitbewohner verbessern und die Arbeitsbelastungen des Pflegepersonals verringern.

Es wird vermutet, dass dieses Verhalten auf eine Über- oder Unterstimulation zurückzuführen ist. Zur Verringerung von unkontrollierten verbalen Äußerungen gibt es zwei Interventionsansätze. Der erste nennt sich „Simulierte Anwesenheitstherapie“. Dabei wird über Audio- oder Videokassetten ein Gesprächspartner im Raum simuliert. Die Kassetten sind jeweils mit Teilen von Dialogen besprochen. Die Aufnahme der Dialoge wird zum Teil von den Angehörigen übernommen. Mehrere Studien (Woods & Ashley 1995, Camberg et al. 1997, Lund et al. 1995), die den Einsatz dieser Methode untersucht haben, weisen keine konsistenten Ergebnisse auf, aber es deutet sich an, dass durch die Intervention Verbesserungen erreicht werden können.

Das zweite Interventionsinstrument wurde zufällig entdeckt. Eine Forschergruppe um Burgio versuchte das Verhalten durch unterschiedliche Umweltinterventionen, d.h. taktile und auditive Stimulationen zu beeinflussen. Die eingesetzten Methoden (z.B. Streicheltiere) zeigten keinen Erfolg. Zufällig entdeckte das Untersuchungsteam bei einigen Bewohnern, die den Friseur aufsuchten, dass sie mit ihren Rufen etc. aufhörten, sobald sie unter der Trockenhaube saßen. Daraufhin wurde versucht dieses, als „white noise“ bezeichnetes Rauschen der Trockenhauben, durch Meeres- und Gebirgsbachrauschen zu simulieren. Die betroffenen Bewohner erhielten Kopfhörer mit den entsprechenden Geräuschen. Bei neun in die Studie einbezogenen Bewohnern gingen die lauten Äußerungen um 23 % zurück.

Zur Zeit läuft eine größere, noch nicht veröffentlichte Studie von Burgio et al., bei der beide Methoden eingesetzt werden.

Das sogenannte *Wandern* ist ein Verhalten, das häufig in fortgeschrittenen Krankheitsstadien auftritt (Burgio et al. 1996). Oft reagieren Mitarbeiter auf dieses Verhalten, indem sie die Betroffenen fixieren (Burton et al. 1992).

Es gibt unterschiedliche Erklärungsansätze für das Wandern; z.B. scheint es eine Form von Copingverhalten in Stresssituationen zu sein. Möglicherweise ist das Verhalten auch auf frühere Rollen im Arbeitsleben zurückzuführen oder wird einfach als angenehm empfunden, da es stimuliert und eine körperliche Übung darstellt (Cohen-Mansfield & Werner 1998). Weitere mögliche Erklärungen sind die Suche nach sozialem Kontakt (Goldsmith 1995) und der Versuch des Bewohners, sich zu orientieren. So hat beispielsweise eine australische Studie gezeigt, dass Wandern in überschaubaren Umgebungen seltener auftritt.

Aus diesen unterschiedlichen Erklärungsansätzen für das Verhalten resultieren auch unterschiedliche Interventionsansätze. Die meisten Ansätze beruhen auf Veränderungen oder Optimierungen der Umweltbedingungen.

Für Bewohner, die das Wandern zum Stressabbau nutzen, ist es wichtig, dass ausreichend Platz zur Verfügung steht, damit das Stressempfinden nicht verstärkt wird. Auch Interventionen mit Orientierungshilfen haben positive Effekte auf das Verhalten der Wanderer gezeigt. Eine Form von Umweltstress ist das Fehlen von Anregung und die monotone Gestaltung der Umgebung, wie sie häufig in Pflegeeinrichtungen anzutreffen ist. Eine Studie von Cohen-Mansfield & Werner (1998) hat gezeigt, dass durch die Einrichtung einer Naturszene mit visuellen, akustischen und olfaktorischen Reizen, agitiertes Verhalten verringert werden konnte und sich die Stimmung verbesserte.

Ist das Verhalten des Bewohners motiviert von der Suche nach Kontakt, so kann durch eine verstärkte Personal-Bewohner-Interaktion Wandern reduziert werden. Es hat sich gezeigt, dass diese Interventionsstrategie bei 30 % der Bewohner, die wandern, erfolgreich ist (Okawa et al. 1991).

Es konnte durch Studien belegt werden, dass physische *Aggressionen* bei mittel bis schwer Erkrankten vorwiegend in alltäglichen Pflegeroutinen auftreten (Hoeffler et al. 1997). Diese Verhaltensweisen werden vom Pflegepersonal als sehr belastend empfunden. Allerdings kann dieses Verhalten auch am ehesten vom Pflegepersonal beeinflusst werden. Durch Maßnahmen, wie individuelle Pflegepläne und Veränderungen in der Personal-Bewohner-Interaktion (keine Bevormundung, Vermittlung des Gefühls von Kontrolle in der Pflegesituation), konnten in Studien bis zu 80 % der aggressiven Verhaltensweisen reduziert werden. Hier hat das Personal durch einen entsprechend gestalteten Umgang große Einflussmöglichkeiten.

Studien von Baltes (Baltes & Reisenzein 1986, Baltes 1988) haben ergeben, dass einige demente Bewohner deutlich mehr Defizite aufweisen als vom körperlichen Pflegestatus aus angezeigt wären. Folge davon ist ein höherer Hilfebedarf und eine größere Abhängigkeit. Baltes erklärt diese Beobachtung damit, dass die Person versucht, durch ihr Verhalten Kontrolle zu gewinnen. Ist für den Betroffenen z.B. der soziale Kontakt zur Pflegekraft wichtiger als seine Selbständigkeit bei der Körperpflege, so setzt er seine Energie dazu ein, die Aufmerksamkeit des Pflegenden während der Körperpflege an sich zu binden. Dazu kommt es vor allem dann, wenn der Kontakt von Mitarbeitern zu Bewohnern vorwiegend auf Pflegetätigkeiten begrenzt ist.

Ein sinnvoller Ansatzpunkt für eine Intervention wäre es dann, dem Bewohner zu vermitteln, dass er die gewünschte Zuwendung auch anders erhalten kann. Dazu ist eine Veränderung des Personalverhaltens notwendig. Da in vielen Einrichtungen eine deutliche Dominanz pflegerischer Tätigkeiten besteht, sollte überprüft werden, inwieweit durch Änderungen in Arbeitsabläufen andere Kontaktmöglichkeiten geschaffen werden oder die Bewohner in größerem Umfang in therapeutische Maßnahmen eingebunden werden können.

Um Verbesserungen bei den ADLs zu erreichen, gibt es eine Vielzahl von Trainingsmöglichkeiten. So zeigte eine Studie von Beck et al. (1997), dass Verbesserungen beim selbständigen Anziehen erreicht werden können, wenn die Mitarbeiter entsprechende Gesten durchführen oder den Ablauf vormachen, ohne eine direkte physische Unterstützung zu geben. Sehr gut untersucht sind auch Maßnahmen, die die Kontinenz von dementen Bewohnern verbessern (Burgio et al. 1988)

Einen ausführlichen Überblick zu Maßnahmen, die die Selbständigkeit fördern können, bieten Woods (1999) und Allen-Burge et al. (1999).

Es zeigt sich insgesamt, dass nur individuelle Maßnahmen zu Erfolgen bei der Erhaltung der Selbständigkeit führen. Durch generelle Konzepte können keine Verbesserungen erzielt werden, sondern nur durch zielgerichtete, individuelle Trainingsprogramme, die konsequent umgesetzt werden (Lawton 1996). Da Verbesserungen im funktionalen Status häufig auch mit Verbesserungen der Stimmung einhergehen, ist es sehr wichtig, das Personal entsprechend zu schulen und zur konsequenten Durchführung dieser Maßnahmen zu motivieren.

Studien haben gezeigt, dass viele der Maßnahmen, obwohl sie Erfolge zeigen, nur kurzfristig vom Personal umgesetzt werden. Es fehlt an ge-

eigneten Motivations- und Unterstützungsmaßnahmen für die Mitarbeiter, um langfristige Erfolge zu gewährleisten (vgl. Schnelle 1998).

2.4 Evaluation von therapeutischen Interventionsverfahren

Aus dem Spektrum therapeutischer Interventionen liegt lediglich für das Realitäts-Orientierungs-Training (ROT) eine gezielte Evaluation mit umfassendem Ergebnis vor. Darüber hinaus wurden einzelne Studien zum Reminiszenztraining (REM) und zur Validation (VAL) durchgeführt. Bei der Auswertung der vorliegenden Studien fällt auf, dass die meisten Untersuchungen keine konsistenten, generalisierbaren Ergebnisse ergaben. Es wurde keine signifikante Verbesserung über eine Gesamtstichprobe festgestellt, es erwies sich lediglich, dass einzelne Personen von den eingesetzten Interventionen profitierten. Teilweise zeigte sich bei den Studien das Problem, dass die Stichproben häufig nicht groß genug waren.

Müller (1994) bietet einen detaillierten Überblick über die Interventionsmethoden ROT, REM und VAL. Darin wird die Entwicklung der Methoden, die Klassifizierung von Unterformen, die konzeptionelle Basis, die konkrete Durchführung und der Erfolg der Interventionen in Evaluationsstudien aufgezeigt. Allerdings variieren die Studien sehr stark bzgl. Stichprobengröße und -zusammensetzung, Durchführungsdauer und Erhebungsinstrumenten. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst.

Realitäts-Orientierungs-Training (ROT): Die umfangreichste und wahrscheinlich ausführlichste Literatur liegt für das Realitäts-Orientierungs-Training vor. Allerdings wurden die Mehrheit der Studien mit Kontrollgruppe ohne eine randomisierte Untersuchungsanordnung durchgeführt (vgl. Cochrane-Auswertung, Woods 1999).

Das Realitäts-Orientierungs-Training wird insgesamt heftiger Kritik ausgesetzt, die sich hauptsächlich auf die praktische Umsetzung bezieht. Die Methode (ROT), so die Kritik, sei infantilisierend, wenn die Anwendung ungeschickt und unflexibel durchgeführt werde. Außerdem werde das Training von den Mitwirkenden als monoton, langweilig und sinnlos empfunden. Sogar der Vorwurf, dass ROT in Gruppenform eine Qual für die Anwendenden und eine Zumutung für die Teilnehmenden sei, wurde ins Feld geführt. Folgende Effekte wurden für das Realitäts-Orientierungs-Training in verschiedenen Studien festgestellt:

- Es konnte eine Verbesserung der verbalen Orientierung festgestellt werden, d.h. Fragen werden realitätsgerecht beantwortet (vgl. Woods et al. 1992). Allerdings sind die Effekte nicht von Dauer (nach Absetzen des ROT wird der vorhergehende Ausgangswert rasch wieder erreicht).
- Es lassen sich kaum generelle kognitive Verbesserungen oder Verhaltensänderungen (ADL) feststellen, und positive Ergebnisse stellen eher eine Ausnahme dar (vgl. Woods et al. 1992).
- Die Lebenszufriedenheit kann bei ROT durch die erzwungene permanente Konfrontation mit der Realität sinken, weil die Betroffenen ihrer Defizite ständig gewahr werden.
- ROT eignet sich nicht als isolierte Maßnahme; selbstständigkeitsförderndes Personal und Milieu sind essentiell.
- Die Untersuchungen zu ROT zeigen, dass das Training individuell ausgerichtet werden muss und Ziele eindeutig und genau auf den jeweiligen dementiell Erkrankten bezogen werden müssen (d.h. während es für einen z.B. wichtig ist zu lernen, die Toilette zu finden, ist es für den anderen wichtig, sich über den Tag hinweg zeitlich zu orientieren – Woods et al. 1992).

Insgesamt ist ROT ein Verfahren, das nur in frühen Krankheitsphasen der Demenz angewandt werden sollte und sich für spätere Phasen nicht eignet (Fischer & Schwarz 1999). Die genannten Kritikpunkte und die Tatsache der festgestellten, eher bescheidenen und einseitigen Effekte (es werden kaum Verhaltensänderungen bewirkt, sondern auswendig gelernte Antworten reproduziert) ließen nach Alternativen für ROT suchen. Es kann für die Entwicklung in der Versorgung Dementer als unzweifelhafter Verdienst angesehen werden, dass durch den Ansatz auf eine vorher vernachlässigte Patientengruppe aufmerksam gemacht und aufgezeigt wurde, dass es sinnvoll sein kann, auch mit verwirrten Menschen zu arbeiten.

Reminiszenztherapie (REM): Eine abschließende Bewertung der Reminiszenz-Therapie ist kaum möglich, da es *die* Reminiszenz-Therapie überhaupt nicht zu geben scheint. Unterschiedliche Interventionsmethoden, deren Gemeinsamkeit darin bestehen, dass alle mit Vergangenheitsinhalten arbeiten, werden unter dem Label „REM“ zusammengefasst. Es liegen verschiedene Studien zur REM vor, die folgende Effekte ergaben:

- Durch die Reminiszenz-Therapie scheinen Ängstlichkeit und Depressivität verringert und eine Verbesserung im Sozialverhalten erzielt zu werden. Allerdings sind die Ergebnisse nicht konsistent.

- Ein wesentlicher Einflussfaktor scheint die Erfahrung des Gruppenleiters mit der Methode zu sein.
- Ein wichtiger Aspekt der REM ist der „Nebeneffekt“, dass die Pflegenden die demenziell Erkrankten besser kennen lernen.

Im Moment ist noch ungewiss, für welche Klientel unter welchen Bedingungen REM von Nutzen sein kann. Müller veranschaulicht die wenig konkreten Ergebnisse zu REM mit einigen Zitaten:

„Although the usefulness of reminiscing and life review seems intuitively obvious, it is difficult to measure their benefits objectively with qualitative research methods“ (Woods et al. 1992).

„In conclusion, reminiscence may serve as a highly effective therapeutic intervention – the who, what, when, where, and why still need to be identified“ (Haight 1991)

REM ist nur eine von vielen Aktivitäten, die wahrscheinlich nützlich im Umgang mit Demenzkranken sind. Reminiszenz-Therapie in Gruppen hat den Vorteil, nicht unangemessen oder kindisch zu erscheinen. Allerdings sollte beachtet werden, dass einige alte Menschen definitiv nicht reminiszieren wollen. Individuelle Unterschiede bei der Präferenz für Aktivitäten müssen daher ernst genommen werden (Woods et al. 1992).

Es ist zu empfehlen, dass Reminiszieren und Aktivitäten, bei denen auf das Leben zurückgeblickt wird, ein Teil des Assessments und der Pflege demenzkranker Menschen ist. Aus dem Kreis der Betreuenden wird kritisiert, dass REM zuviel Zeit in Anspruch nehme; dennoch spricht viel dafür, da viele Informationen problemlos während der täglichen Pflege gesammelt werden können. Jede Art von Aktivität kann als Aufhänger für Erinnerungen genutzt werden. Auf jeden Fall erscheint es sinnvoller, über angenehme Erinnerungen als über das Wetter oder bedeutungslose Nettigkeiten zu sprechen (Woods et al. 1992).

Validation (VAL): Validation hat sehr viel Aufmerksamkeit in der Praxis hervorgerufen; es liegen aber nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen hierzu vor (Woods 1999). Eine Übersicht der Studien zum Thema Validation findet sich in Schrijnemaekers (1995). Aufgrund der bisher durchgeführten Studien kann eine fundierte Bewertung der Validations-Therapie nicht vorgenommen werden. Vor allem weisen viele der durchgeführten Studien methodische Mängel auf (Schrijnemaekers 1995). Die Methode löst auch wegen ihrer fast ausschließlich intuitiven Begründung Kritik aus (Müller 1994).

Aus den wenigen publizierten Studien lassen sich kaum Aussagen über die Effektivität von Validation ableiten. Eine Studie berichtet von Verbesserungen im kognitiven und sozialen Bereich. Allerdings wurden die Messungen mit nichtstandardisierten Instrumenten durchgeführt.

Unveröffentlichte Studien (vgl. Müller 1994) kommen zu folgenden Resultaten:

- Verbesserungen der kommunikativen Fähigkeiten
- unausgedrücktes Verhalten kommt an die Oberfläche
- Verlangsamung des Verwirrtheitsprozesses
- signifikante Verhaltenseffekte

Die Studien haben allerdings aufgrund ihrer methodischen Mängel (kleine Gruppen, nichtstandardisierte Meßinstrumente etc.) nur relative Bedeutung und sollten repliziert werden. Eine Pilot-Studie von Morton und Bleathman (1990) und eine neuere Untersuchung von Toseland et al. (1997) zeigen positive Einflüsse auf die sozialen Interaktionen der Bewohner.

Der Validations-Ansatz vermag es, die Pflegekräfte zu begeistern und zu überzeugen. Der menschliche, gefühlsbezogene und verstehende Umgang mit verwirrten alten Menschen, der einen Kontrast zu übenden, direktiven Methoden darstellt, wird vom Pflegepersonal überwiegend positiv aufgenommen (Müller 1994).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass bei einzelnen therapeutischen Interventionen eine Wirkung der Maßnahmen beobachtet werden kann. Generelle Aussagen können jedoch kaum getroffen werden. Effekte werden häufig nur in Einzelfällen festgestellt. Die wichtige Frage, welche Intervention für welchen dementiell Erkrankten geeignet ist, ist bisher nicht beantwortet (Beck 1999).

2.5 Evaluation von Wohngruppen

Ende der 1980iger Anfang der 1990iger Jahre entstand mit dem Konzept der Wohngruppen in Schweden (*gruppoende*), Großbritannien (*Domus-units*), Frankreich (*Cantou*) und in den Niederlande (*Anton-Pieck-hofje*) eine neue Versorgungsform für dementiell erkrankte Menschen (vgl. Radzey et al. 1999).

Die Idee für diese Konzepte entstand, von der schwedischen Entwicklung abgesehen, aus dem Wunsch, den institutionellen Charakter der Versorgung durch eine alltagsnahe Wohnsituation zu ersetzen. Es wurde davon ausgegangen, dass die Versorgung der Betroffenen in einem überschaubaren, vertrauten Milieu, das am Konzept der Normalisierung ausgerichtet ist, positive Effekte auf das Verhalten und Befinden der Bewohner haben würde.

Zu Beginn der 1990iger Jahre gab es eine Reihe von Forschungsprojekten, die sich mit der Untersuchung der Effekte von Wohngruppen beschäftigten (vgl. Lindsay et al. 1991, Dean et al. 1993, Ritchie et al. 1992, Annerstedt et al. 1993, Wimo et al. 1991).

Die Studien zu den vier Konzepten ergaben jeweils positive Ergebnisse. Für die *Domus Units* und die *Cantou* liegen jeweils Vergleichsuntersuchungen mit gerontopsychiatrischen Pflegebereichen vor. Die *Domus Units* schnitten dabei in Bezug auf den Aktivitätsgrad der Bewohner, auf die Anzahl der Personal-Bewohner-Kontakte und die Personalzufriedenheit deutlich besser ab, als die gerontopsychiatrischen Pflegebereiche. Besonders auffällig war, dass das Personal in den *Domus Units* die Selbständigkeit der Bewohner und deren Fähigkeiten deutlich besser einstuft als die Mitarbeiter der Vergleichseinrichtung, obwohl sich beide Bewohnergruppen aufgrund der erhobenen Daten objektiv nicht unterscheiden (Lindsay et al. 1991, Dean et al. 1993).

Die Bewohner der *Cantou* wiesen eine höhere Mobilität, eine größere Selbständigkeit und eine geringere Aggressivität auf als die Vergleichsgruppe. Auch hier war die Personalzufriedenheit deutlich größer (Ritchie et al. 1992).

Für das *Anton Pieck-hofje* liegt keine vergleichende Untersuchung vor. Es wurde jedoch eine Evaluation im Hinblick darauf durchgeführt, ob die Ziele der Einrichtung erreicht werden. Dabei hat sich bestätigt, dass eine qualitätvolle Versorgung Demenzerkrankter in einem häuslich geprägten Kontext leistbar ist (Plaisier et al. 1992).

Die umfangreichste Begleitforschung zu den Wohngruppen liegt aus Schweden, insbesondere aus Malmö vor und führte zu folgenden Schlussfolgerungen (Annerstedt 1994 und 1995):

- Während einer beschränkten Zeit der Demenzerkrankung können Wohngruppen einen therapeutischen Effekt haben, indem allgemeine Symptome wie Ängstlichkeit, Depression und Argwohn reduziert werden und den Bewohnern dabei geholfen wird, ihre Unabhängig-

keit zu bewahren. Voraussetzungen sind eine homogene Gruppe von Bewohnern in bezug auf Typ und Stadium der Demenz, erfahrene und mitfühlende Mitarbeiter, die ständig geschult werden sowie eine überschaubare, heimische Atmosphäre, die den Bewohnern Sicherheit und Orientierung gibt.

- Die Zeitdauer, in der Betroffene in Wohngruppen sinnvoll behandelt und gepflegt werden können, beträgt im Durchschnitt drei Jahre. Diese Zeitspanne wird sich durch eine verbesserte Verfügbarkeit entsprechender Einrichtungen und durch einen früheren Einzug der Bewohner voraussichtlich verlängern.
- Wohngruppen können die Lücke zwischen der Pflege zu Hause und Pflegeheimen ausfüllen. Das Wohngruppenkonzept hat wie andere Versorgungsformen seine spezielle Zielgruppe in Bezug auf das Stadium und die Symptome der Demenz.
- Wenn die Krankheit so weit fortgeschritten ist, dass eine sehr intensive Pflege notwendig ist, sollte die Pflege im Krankenhaus in Betracht gezogen werden. Die Wohngruppe bringt ab diesem Zeitpunkt den betroffenen Bewohnern keine großen Vorteile mehr, und den anderen Bewohnern entstehen durch personengebundene zeitintensive Pflegetätigkeiten eher Nachteile (Annerstedt 1993).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in den meisten Untersuchungen zu Wohngruppenkonzepten positive Effekte auf die Bewohner festgestellt wurden.

Dennoch hat zumindest in Großbritannien und in Schweden die anfängliche Euphorie für diese Konzepte nachgelassen. Dafür gibt es zweierlei Gründe: erstens handelt es sich aufgrund der hohen Personalausstattung um eine sehr kostenintensive Versorgungsform (einer der Gründe, warum z.B. das Domus-Konzept in Großbritannien keine große Verbreitung gefunden hat – vgl. Archibald 1997) und zweitens haben vor allem die schwedischen Studien ergeben, dass die Wohngruppe eine Versorgungsform ist, die lediglich in bestimmten Phasen der Erkrankung positive Effekte zeigt. Bei der Wohngruppe handelt es sich daher um ein Konzept, das die Betreuung von dementen Bewohnern bis zu einem bestimmten Stadium vorsieht. Bewohner können nicht bis zu ihrem Tod in der Wohngruppe bleiben.

Aus diesen Ergebnissen wurden relativ klare Aufnahme- und Ausschlusskriterien für Wohngruppen abgeleitet. Zielgruppe sind demenzkranke Menschen (Alzheimer, vaskuläre Demenz, Mischformen aus beiden), deren Krankheitsbeginn nach dem 65. Lebensjahr festgestellt wird und die unauffällige Symptome aufgrund von Stirnlappenfunktionsstörungen vorweisen (Grad der Demenz: II-IV nach der Berger-Skala,

physische Abhängigkeit: maximal Level „E“ auf dem Katz ADL Index). Das bedeutet, dass die Bewohner noch gehfähig sein müssen, nicht inkontinent sein dürfen und selbständig essen können.

Die o.g. Kriterien werden nicht in allen schwedischen Wohngruppen konsequent umgesetzt, so dass mittlerweile der Anteil an pflegerischen Leistungen angestiegen ist und Klagen über Personalunzufriedenheit laut werden, da die Mitarbeiter die Ziele der Arbeit an den ursprünglich vereinbarten Kriterien ausrichten.

„Da die Pflegebedürftigkeit der Bewohner größer war als bei der Planung angenommen wurde, mussten die Mitarbeiter ihre Erwartungen sowohl im Hinblick auf das Programm als auch im Hinblick auf die Versorgungsziele für die Bewohner ändern: Die Bewohner waren weniger in der Lage, an täglichen Aktivitäten teilzunehmen als ursprünglich erwartet. Die Mitarbeiter hatten auch erwartet, dass pflegerisch-therapeutische Erfolge erzielt werden würden. Diese waren allerdings beschränkt auf leichte Verbesserungen im Verhalten und in der Stimmung. Ein damit in Zusammenhang stehendes Problem war, dass die Bewohner sehr heterogen waren im Hinblick darauf, wie sie an Aktivitäten teilnehmen konnten. Ein Ergebnis war, dass viele Aktivitäten nicht in kleinen Gruppen, sondern 1 : 1 durchgeführt wurden. Insgesamt waren viele Mitarbeiter enttäuscht.“ (Malmberg et al. 1998).

Die Studien zu den Wohngruppenmodellen lassen insgesamt eine Schwachstelle erkennen. Bei den Untersuchungen wurde nicht danach differenziert, inwieweit die Effekte auf die Bewohner durch die überschaubare, vertraute Wohnsituation oder durch die veränderte Einstellung des Personals ausgelöst wurden (Stokes & Bowdler 1996).

Eine Studie, die von Downs (1997) durchgeführt wurde, bestätigt die These, dass die nicht-institutionelle Umgebung Einfluss auf die Einstellung und die Wahrnehmung der Pflegemitarbeiter nimmt. In der Studie wurde der Umzug von dementiell erkrankten Bewohnern aus einer gerontopsychiatrischen Klinik in eine kleine wohnortnahe Wohngruppe evaluiert. Es wurde festgestellt, dass die veränderte Wohnumgebung keine Veränderung des Verhaltens oder der Kompetenzen der Bewohner bewirkte. Allerdings zeichnete sich beim Personal eine Wahrnehmungswandel ab, indem die Bewohner kompetenter und weniger auffällig eingeschätzt wurden.

2.6 Evaluation von Special Care Units¹

2.6.1 Entstehung der SCUs

Bis in die 1950er Jahre bestand (in USA) kaum Interesse darin, die Umwelt alter Menschen zu beurteilen. Allgemeiner Konsens unter den Sozialwissenschaftlern war, dass mit dem Ende der Jugend die Persönlichkeitsbildung weitgehend abgeschlossen sei. Die mangelnde Anpassungsfähigkeit alternder Menschen, so die Sichtweise, war ein zugkräftiges Argument, um die Umweltgegebenheiten in Einrichtungen zu belassen, weil Veränderungen als irritierend und schädlich für die Bewohner angesehen wurden. Aufmerksame Heimbetreiber wiesen jedoch verstärkt darauf hin, dass es Gestaltungsmerkmale in den Einrichtungen gibt, die für ältere Bewohner problematisch sind. In den späten 1950er Jahren genehmigten die zuständigen Behörden schließlich Bauprojekte, die speziell für ältere Menschen entworfen wurden.

Bei der ersten Untersuchung einer solchen baulich angepassten Einrichtung (Carp 1966) wurde davon ausgegangen, dass sich ältere Menschen durchaus an eine auf ihre Bedürfnisse ausgerichtete Umwelt anpassen können, und dass die Effekte auf den Bewohner von der Passung zwischen dem neuen Milieu und der Person abhängig sind. Einflüsse anderer Variablen wurden kontrolliert, indem in derselben Einrichtung eine Kontrollgruppe evaluiert wurde, die in ihrer ursprünglichen Umgebung blieb. Die Untersuchung ergab, dass diejenigen, die in die neue, ihren Bedürfnissen angepasste Umgebung zogen, sich schnell eingewöhnten. Im Vergleich mit Bewohnern der Kontrollgruppe verbesserte sich bei den Bewohnern im angepassten Umfeld sowohl die Lebenszufriedenheit als auch die physische und psychische Gesundheit.

Die Umwelt wurde allerdings nur bezüglich einzelner Aspekte beurteilt, z. B. wurde die Entfernung zwischen den Zimmertüren ermittelt, da man annahm, dass dadurch das soziale Verhalten beeinflusst wird. Um das soziale Umfeld zu erfassen, wurden die Lebensumstände vor dem Einzug in die Einrichtung ermittelt. Es ergab sich, dass alle Bewohner der Einrichtung alleine (und oft isoliert) gelebt hatten. Extrovertierte Menschen waren nach dem Umzug eher sozial engagiert als introvertierte, die zu Zurückgezogenheit neigten (Carp 1994).

Die ersten Untersuchungen zum Einfluss spezieller Umwelten auf alte Menschen mit kognitiven Einschränkungen sind verbunden mit Projekten am Philadelphia Geriatric Center. In der ersten Studie (Lawton et al.

¹ Special Care Units werden im weiteren Verlauf des Textes mit SCUs abgekürzt.

1970), die an diesem Institut durchgeführt wurde, wurde der Einfluss von Einzelzimmern und Mehrbettzimmern auf die Bewohner untersucht und verglichen. Ein großes Mehrbettzimmer wurde dazu in sechs Einzelzimmer plus angrenzenden halböffentlichen Bereichen umgewandelt. Die Ergebnisse zeigten, dass die Bewohner die privaten Räumlichkeiten nutzten, aber auch häufiger und weiter spazieren gingen.

Diese explorative Studie und ein intensiver interdisziplinärer Planungs- und Gestaltungsprozess (Liebowitz et al. 1979) führten zum Bau des Weiss Institute, einer neuen Einrichtung für 40 demente Bewohner, die explizit für die Umweltbedürfnisse dieser Benutzergruppe gestaltet wurde. In einer Längsschnittstudie (Lawton 1986, Lawton et al. 1984) wurde das Verhalten stark kognitiv eingeschränkter Bewohner des Philadelphia Geriatric Center vor und nach ihrem Umzug in das Weiss Institute verglichen. Daten zu den Verhaltensmustern der Bewohner wurden vor dem Umzug und dann einen und sieben Monate nach dem Umzug erhoben. Die Ergebnisse zeigten, dass es, trotz der erwarteten Verschlechterung bei den grundlegenden Kompetenzen der Bewohner während des Studienverlaufs, Verbesserungen bei bestimmten, beeinflussbaren Verhaltensvariablen gab (Weisman 1997).

Diesen ersten Pionierprojekten folgten eine Reihe weiterer Projekte, im Rahmen derer spezialisierte Pflegebereiche für dementiell erkrankte Menschen eingerichtet wurden.

Als Teil des Wesley Hall Forschungs- und Demonstrationsprojekts der University of Michigan zogen elf stationär lebende alte Menschen mit schwerem Gedächtnisschwund in eine SCU um, die Teil einer umgebauten, bestehenden stationären Einrichtung war (Coons 1987). Zusammen mit einer intensiven Schulung der Mitarbeiter, wurden verschiedene Aspekte der physischen Umgebung verändert. Eingeführt wurden: häuslicher wirkende und komfortable Oberflächen bei den Einrichtungsgegenständen, verbesserte Beleuchtung, Einzelzimmer, Arbeits-, Wohn-, Esszimmer und Küche. Da die Interventionen unterschiedliche Aspekte der Umwelt betrafen, konnten keine Aussagen darüber getroffen werden, welche Maßnahmen zu welchen Effekten führten. Nach Aussagen des Pflegepersonals zeigten sich positive Reaktionen der Bewohner auf die durchgeführten Interventionen. So reduzierten sich problematische Verhaltensweisen wie Herumwandern während der Nacht, Inkontinenz und Aggressivität.

Während dieser Zeit gingen auch erste spezialisierte Demenzeinrichtungen in Betrieb, bei denen versucht wurde, ein demenzgerechtes Milieu zu schaffen. Die erste dieser Einrichtungen war das Alois Alzheimer

Center, das 1987 in Cincinnati eröffnet wurde (McCracken 1994). Als weitere Einrichtung wurde das Corinne Dolan Alzheimer Center in Chardon, Ohio, ins Leben gerufen. Bei diesem Projekt wurde versucht, alle bis dahin bekannten baulichen und gestalterischen Anforderungen für Demenzerkrankte umzusetzen. Nach deren Eröffnung wurde eine Reihe von Studien durchgeführt, bei denen die Effekte spezifischer Veränderungen der Umwelt untersucht werden sollten (Namazi et al. 1991). Zum Beispiel wurde erforscht, ob das Plazieren von persönlichen Gegenständen nahe bei den Eingangstüren der Bewohnerzimmer den Bewohnern das Auffinden der Tür erleichtern würde. Die Ergebnisse zeigten, dass persönliche Dinge den Menschen im mittleren Stadium der Demenz am besten bei der Orientierung halfen und dass Dinge, die das Langzeitgedächtnis ansprachen, effektiver waren als Dinge, zu denen kein persönlicher Bezug vorhanden war.

Ohta und Ohta stellen in einem ersten Überblicksartikel 1988 dar, dass sich mit den sogenannten Special Care Units eine neue Versorgungsform für dementiell erkrankte Menschen in den USA etabliert hatte. In ihrem Artikel faßten sie die ersten Ergebnisse aus Studien zusammen, die in SCUs durchgeführt wurden. Kritisch stellen sie fest, dass die bis dahin gegründeten SCUs sehr heterogen in bezug auf Pflegephilosophie, bauliche Merkmale, therapeutische Ansätze etc. waren. Diese Heterogenität stellt nach Ansicht von Ohta & Ohta (1988) für die Forschung, die die Eignung der SCUs für die Versorgung Demenzkranker untersuchen soll, eine große Herausforderung dar.

2.6.2 Ergebnisse der ersten Studien zu SCUs

1992 erschien ein ausführlicher Bericht des Office of Technology Assessment (OTA) des amerikanischen Kongresses über SCUs. Dieser Bericht bietet eine Übersicht über die bis 1992 durchgeführten Studien zu SCUs und gibt Empfehlungen für die Etablierung entsprechender Units.

In dem Bericht werden die Thesen, die der Etablierung von SCU zugrunde liegen, wie folgt zusammengefasst (Office of Technology Assessment 1992):

1. Für Menschen mit Demenz kann etwas getan werden. Trotz der Tatsache, dass die Krankheit bisher unheilbar ist, sind bestimmte Symptome der Demenz behandelbar, so dass durch eine geig-

nete Betreuung Alltagskompetenzen erhalten und die Lebensqualität verbessert werden können.

2. Viele Faktoren verursachen unnötige Beeinträchtigungen bei Personen mit Demenz. Werden diese Faktoren erkannt und verändert, so verbessert sich der funktionale Status und die Lebensqualität der Betroffenen.
3. Personen mit Demenz haben nicht nur Defizite, sondern auch Ressourcen. Baut man auf diese Ressourcen auf, so verbessern sich ebenfalls Alltagskompetenzen und Lebensqualität.
4. Dem Verhalten von Personen mit Demenz liegen Gefühle und Bedürfnisse zugrunde, die verstanden werden können, auch wenn die Personen nicht mehr fähig sind, diese zu artikulieren. Das Erkennen und das Antworten auf diese Gefühle und Bedürfnisse führt dazu, dass die Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten reduziert werden kann.
5. Viele Aspekte der physischen und sozialen Umwelt beeinflussen die Kompetenzen von Personen mit Demenz. Durch die Schaffung einer angemessenen Umgebung bleiben diese Kompetenzen erhalten und verbessern die Lebensqualität.
6. Personen mit Demenz und ihre Familien bilden eine Einheit. Werden die Bedürfnisse der Familie berücksichtigt und werden sie in die Betreuung eingebunden, zeigen sich sowohl für die Erkrankten als auch für die Familien Vorteile.

Diese Thesen zeigen, dass mit der Gründung von SCUs auch große Erwartungen an die Effekte gestellt wurden, die durch eine solche Betreuung erzielt werden sollen. Aus diesem Grund besteht der Hauptteil des OTA-Berichts aus einer Zusammenfassung der Ergebnisse, die bis dahin aus den Untersuchungen der SCUs resultierten. Allerdings wurden nur die methodisch anspruchsvolleren Studien ausgewertet. Eine Vielzahl des zur Verfügung stehenden Materials bestand aus Erfahrungsberichten einzelner Einrichtungen, die weder systematisch noch methodisch nachvollziehbar waren.

Insgesamt wurden 15 Studien ausgewertet, die sich mit den Effekten von SCUs auf die Bewohner beschäftigt haben. In wenigen Studien wurden die Auswirkungen auf Familien und Mitarbeiter in den SCUs evaluiert.

Bei neun der 15 Studien wurde keine Kontrollgruppe begleitend evaluiert (Bell & Smith zitiert nach Office of Technology Assessment 1992, Benson et al. 1987, Bullock et al. 1988 zitiert nach Office of Technology Assessment 1992, Cleary et al. 1988, Greene et al. 1985, Hall et al. 1986, Lawton et al. 1984, McCracken et al. 1989, Mummah-Castillo

1987). Alle neun Studien kamen zu positiven Ergebnissen. Diese variieren jedoch von Studie zu Studie und sind in Teilen widersprüchlich. Trotz aller Widersprüche konnten folgende positive Effekte auf die Bewohner nachgewiesen werden: verringerte Wachzeiten in der Nacht, verbesserte Hygiene und Gewichtszunahme. In einigen Studien zeigten sich Verbesserungen in wichtigen Bereichen (z.B. Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens, Verhaltenssymptome). Allerdings ergaben eine gleiche Anzahl von Studien keine Hinweise auf derartige Verbesserungen.

Alle diese Studien haben eine oder mehrere methodische Schwachstellen, die die Validität der Befunde beeinträchtigen. Ein wesentliches Problem ergibt sich aus der geringen Fallzahl – bei sechs der neun Studien waren weniger als zwölf Bewohner beteiligt. Ebenfalls problematisch sind unangemessene Forschungsdesigns und Fehler in der methodischen Umsetzung. Einige dieser Studien haben eher den Charakter von Berichten. Gültige Schlussfolgerungen sind aus streng wissenschaftlicher Sicht daher nicht möglich. Häufig sind auch die Outcome-Variablen nicht präzise definiert, und der Prozess des Messens ist eher „impressionistisch“ als objektiv oder standardisiert. Nur vier der neun Studien berichten von einer statistischen Signifikanz der Ergebnisse ihrer Untersuchung.

Ein weiteres methodisches Problem ist das Fehlen von Kontrollgruppen. Ohne eine Kontrollgruppe kann der Effekt der SCU nicht isoliert werden von anderen Faktoren, die unter Umständen die Bewohner beeinflussen. Viele dieser Studien wurden auch von Mitarbeitern der Units durchgeführt oder von anderen Personen, die in Planung und Verwaltung involviert waren. Die vermutlich subjektive Sichtweise dieser Personen legt den Schluss nahe, dass sich durch die interne Gebundenheit ein Interesse entwickelt, positive Ergebnisse zu finden. All diese Faktoren führen dazu, dass die Ergebnisse der Studien insgesamt angezweifelt werden müssen.

Bei den sechs Untersuchungen, die mit einer Kontrollgruppe gearbeitet haben, ergaben sich bei vier Studien keine statistisch relevanten Bewohnereffekte, die auf die Unterbringung in einem SCU zurückzuführen gewesen wären (Wells & Yorm 1987, Coleman et al. 1990, Chafetz 1991). Folgende Effektvariablen wurden untersucht: kognitive Fähigkeiten, ADLs, Stimmung, Verhaltenssymptome und Anzahl der Krankenhauseinweisungen.

Zwei dieser sechs Studien ermittelten positive Effekte bei den Bewohnern. Eine Studie ergab in einem Untersuchungszeitraum von einem

Jahr, dass sich bei den 14 Bewohnern einer SCU im Vergleich mit 14 Bewohnern eines normalen Pflegebereichs in derselben Einrichtung weniger Abbau bei der Ausführung von ADLs zeigten (Rovner et al. 1990). Die andere Studie ermittelte vergleichsweise weniger Katastrophenreaktionen (Sample: 13 SCU und 9 ohne SCU) als bei der Kontrollgruppe (Maas & Buckwalter 1990). Außerdem zeigte sich in dieser SCU ein höheres Interaktionsniveau zwischen Bewohnern und Personal. Effekte bei den ADLs konnten in dieser Studie nicht festgestellt werden. Insgesamt ist bei den Studien mit Kontrollgruppe das Design deutlich besser, aber auch hier treten methodische Probleme auf, die die Validität der Ergebnisse beeinflussen können. Die Samples sind auch bei diesen Studien noch sehr klein. Bei keiner der Studien erfolgte die Auswahl der Bewohner zufällig (keine Randomisierung). Dies führte dazu, dass es zwischen den Versuchs- und Kontrollgruppen bereits zu Studienbeginn deutliche Unterschiede gab. Eine Zusammenfassung der methodischen Probleme dieser frühen Studien bietet Sloane et al. (1995).

Die Auswertung der Studien mit den wenigen positiven Ergebnissen erstaunt, wenn man sie ins Verhältnis setzt zu dem großen Enthusiasmus und der Popularität dieses Versorgungstyps (Archibald 1997). Es zeigten sich die meisten der an den Studien beteiligten Forscher in ihren Erwartungen enttäuscht darüber, dass positive Ergebnisse begrenzt waren (z.B. Chafetz 1988).

Eine Erklärung für das Fehlen entsprechender Ergebnisse sind methodische Fehler. Im Fazit des OTA-Berichts werden folgende konzeptuelle und methodische Probleme der Forschung zu SCUs zusammengefasst:

1. Es gibt keine abgestimmte Definition darüber, was ein SCU ist. Die bis dahin untersuchten Units variierten in bezug auf Leitbild, bauliche Gestaltung, Personalausstattung, Personalqualifikation, Einbindung der Familien, Aktivierungsprogramme, Einsatz von Psychopharmaka und physische Fixierungen sowie Aufnahme- und Entlassungskriterien.
2. Bei einer Demenzerkrankung ist eine hohe individuelle Variation im Auftreten bestimmter Symptome anzutreffen. Es ist unter Umständen möglich, dass einige Merkmale von SCUs Effekte auf bestimmte Bewohner haben, auf andere dagegen nicht, so dass sich diese im Mittel gegenseitig aufheben (Archibald 1997).
3. Es fehlen geeignete validierte Messinstrumente, die für den Einsatz bei Studien in Pflegeheimen mit stark beeinträchtigten Bewohnern geeignet sind.

4. Viele der eingesetzten Instrumente basieren auf Fremdbeurteilungen durch Pflegekräfte oder Angehörige. Inwieweit diese Einschätzungen dem tatsächlichen Zustand oder dem Empfinden der Betroffenen gemäß sind, ist nur unzureichend nachgewiesen. Es fehlt an Instrumenten, die es ermöglichen, das subjektive Erleben der Erkrankten zu erfassen.
5. Weitere Probleme sind Anzahl und Komplexität der Variablen, die in einem SCU untersucht werden müssen. Bei der Untersuchung von SCUs handelt es sich nicht um eine einzige Variable, sondern um ein ganzes System von physischen und sozialen Merkmalen der Umwelt (Lawton 1981).

All diese Faktoren führen dazu, dass die Forschungsergebnisse bis zum Bericht der OTA nur wenig dazu beitragen konnten, die in bezug auf SCUs offenen Fragen zu beantworten.

Trotz dieser eher ernüchternden Ergebnisse hielt die Euphorie in bezug auf SCUs in den USA ungebrochen an, was sich am anhaltenden Boom neuer Units abzeichnet. Es wird geschätzt, dass es heute in den Vereinigten Staaten 16.840 Pflegeheime mit 1,65 Millionen Bewohnern gibt (Rhoades et al. 1998). Im vergangenen Jahrzehnt kam es zu einem außergewöhnlichen Zuwachs von SCUs in lizenzierten Pflegeeinrichtungen; 1996 hatte eine von vier Pflegeheimen mindestens eine organisierte Demenzabteilung, einen Demenzflügel oder ein Demenzprogramm. Diese rapide Ausbreitung, sowie die bis dahin nur begrenzten wissenschaftlichen Ergebnisse veranlassten das National Institute on Aging (NIA) im Jahr 1991, eine Reihe von kollaborativen Forschungsprojekten in zehn unterschiedlichen Orten in den USA zu initiieren. Diese Projekte waren mit der Zielstellung konzipiert, das Wesen und die Effektivität der Pflege in SCUs in institutionellen Umgebungen mit Hilfe modernster Forschungstechniken zu untersuchen. Ein Schwerpunkt dieser Studien war es, eine Methode zu entwickeln, die es erlaubt, Versorgungsformen für Demenzerkrankte in stationären Altenhilfeeinrichtungen zu klassifizieren (Grant 1998). Dieses Klassifizierungssystem sollte zu einer Vereinheitlichung beitragen, damit kritische Merkmale einer SCU identifiziert und Vergleiche zwischen unterschiedlichen Modellen der Demenzversorgung in Pflegeheimen möglich werden. Außerdem wurde eine Arbeitsgruppe (Workgroup for Research and Evaluation of Special Care Units WRESCU) gegründet, die sich mit den methodischen Problemen der Forschung in SCUs auseinandersetzen und geeignete Untersuchungsmethoden für Studien in SCUs entwickeln sollte. Die Ergebnisse dieser Studien liegen mittlerweile in einer zusammenfassenden Veröffentlichung vor (Holmes et al. 2000).

2.6.3 Definition von SCU

Zur Beantwortung der Frage, was die signifikanten Unterschiede zwischen einer SCU und einem „normalen“ Pflegebereich ausmachen, wurde eine Studie von Grant (1998, 2000) in Minnesota durchgeführt. In die Studie eingebunden waren 390 Pflegebereiche in 123 Pflegeheimen. In dieser Studie wurde u.a. als ein Instrument die „Nursing Unit Rating Scale“ eingesetzt (vgl. Teil B), mit deren Hilfe vier Merkmale der Umwelt von Pflegebereichen bewertet werden können (Separation, Komplexität, Stimulation und Intoleranz gegenüber bestimmten Verhaltensweisen). Darüber hinaus wurden Gespräche mit dem Pflegepersonal durchgeführt, Literatur ausgewertet und staatliche Regulierungen, die es mittlerweile in einigen US-Staaten für SCUs gibt, einbezogen. Aus dieser Gesamtauswertung resultiert die Festlegung von folgenden sieben relevanten Attributen, die für die Entwicklung einer Typologie verwendet wurden:

Tabelle 1: Sieben Pflegeattribute, die für die Entwicklung der Typologie verwendet wurden

Pflegeattribut	Definition	Attribut des SCUs
1. Separation	Der Grad der Separation im Gegensatz zur gemischten Belegung von dementen und nicht-dementen Bew. sowohl räumlich als auch bezüglich der sozialen Aktivitäten (z.B. beim Essen, bei der Messe, bei künstlerisch-handwerklichen Tätigkeiten, bei der Zimmerbelegung)	stärkere Trennung, geringere Vermischung als in Nicht-SCUs
2. Stimulation	Das Ausmaß, in dem störende akustische Stimulationen in der Einheit beseitigt sind (z.B. Lärm durch Radios, Fernseher, Türalarne, Telefone etc.)	Weniger störende Stimuli als in Nicht-SCUs
3. Komplexität	Der Umfang, in dem den Bew. einfache geplante Aktivitäten geboten werden (z.B. vereinfachte Aktivitäten, kurze Aktivitäten oder betont repetitive Aufgaben)	Einfachere (weniger komplexe) Aktivitäten als in Nicht-SCUs

Pflegeattribut	Definition	Attribut des SCUs
4. Toleranz gegenüber Verhaltensauffälligkeiten	Der Grad, mit dem potentiell unerwünschtes oder problematisches Verhalten unter Bew. mit Demenz bzw. vom Personal toleriert wird (z.B. verbale Aggression, Wandern, Ablehnung von Körperpflege zu bestimmten Zeiten, Schreien)	Größere Toleranz gegenüber Verhaltensauffälligkeiten als in Nicht-SCUs
5. Strukturierte Gruppenaktivitäten	Grad der Teilnahme von Bew. mit Demenz an organisierten Freizeitaktivitäten (z.B. Musiktherapie, Kunsttherapie, religiöse Aktivitäten, ergotherapeutische Gruppen)	Mehr Teilnahme dementer Bew. an strukturierten Gruppenaktivitäten als in Nicht-SCUs
6. Aktivitäten zur Förderung von funktionalen Fähigkeiten	Grad der Teilnahme von Bew. mit Demenz an therapeutischen Aktivitäten, die die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) fördern sollen (z.B. Essen, Schlucken, Übungen beim Anziehen und Pflegen; Toilettentraining)	Weniger Teilnahme dementer Bew. an Aktivitäten zur Förderung von körperlichen und geistigen Fähigkeiten als in Nicht-SCUs
7. Methoden zur Fortbildung des Personals	Das Ausmaß, in dem verschiedene Methoden zur Fortbildung des Personals für die Demenz-Pflege eingesetzt werden (z.B. Lesematerial, Filme/ Videos, Trainingshandbücher, Orientierungsprogramme, Rollenspiele oder Besuch von Experten für Verhaltensmanagement)	Mehr Methoden zur Fortbildung des Personals als in Nicht-SCUs

Anhand dieser sieben Merkmale lassen sich SCUs von anderen Versorgungsarten unterscheiden. Zusammenfassend führte die Studie von Grant (2000) zu dem Ergebnis, dass speziell für Demenzerkrankte eingerichtete Pflegebereiche idealtypisch folgendermaßen beschrieben werden können:

Es handelt sich um geschlossene Pflegebereiche mit einem abgeschlossenen Freibereich, der Bewegung (Wandern) ermöglicht. Das Pflegepersonal in speziellen Demenzbereichen ist in bezug auf die Pflege Dementer sehr gut ausgebildet und weist eine hohe Toleranz in bezug auf demenzspezifische Verhaltensweisen auf. Den Bewohnern werden maßgeschneiderte Beschäftigungsprogramme angeboten, die die

demenzspezifischen Anforderungen berücksichtigen. Das bauliche Milieu ist auf die spezifischen Anforderungen ausgerichtet.

Mittlerweile gibt es auch in einigen der amerikanischen Bundesstaaten Standardregelungen, die festlegen, wie ein Pflegebereich gestaltet sein muss, damit er als SCU für dementiell erkrankte Menschen anerkannt wird (Gerdner & Buckwalter 1996).

2.6.4 Ergebnisse der neueren Studien zu SCUs

Die im Rahmen der vom NIA (National Institute of Aging) geförderten Forschungsprogramme durchgeführten Studien zu SCUs sind methodisch weitaus anspruchsvoller angelegt als die frühen Studien. Die Samples der Studien sind deutlich größer, und bei der Auswahl der eingesetzten Untersuchungsmethoden wurde weitaus differenzierter vorgegangen. Ein Überblick über alle aktuellen Studien, die in SCUs durchgeführt wurden, bietet folgende Tabelle, die aus Grant (2000) übernommen wurde.

Tabelle 2: Aktuelle Studien zu den Effekten von SCUs²

Forscher	Population	Design	Auswirkungen
Auswirkungen auf körperliche und geistige Fähigkeiten der Bewohner			
Phillips et al. 1997	77.337 dB in 841 APH, darunter 1.228 dB in 48 SCUs	deskriptiver Vergleich; Verwendung sekundärer Daten aus dem <i>Minimum Data Set (MDS)</i>	kein Unterschied im funktionellen Abbau beim Transfer, Toiletengang, Essen, Gehen, Anziehen, ADL Gesamtindex, Stuhlinkontinenz, Urininkontinenz, und Gewichtsverlust
McCann, Bienias & Evans	177 dB in 2 APH, darunter 3 SCUs und 5 Nicht-SCUs	deskriptiver Vergleich <i>Performance Test of Activities of Daily Living (PADL)</i>	kein Unterschied im funktionellen Abbau
Liu, Teresi & Waternaux; im Druck	176 Bew. in SCU 403 Bew. in Nicht-SCUs	deskriptiver Vergleich	die Bew. in SCUs haben schneller abgebaut bei kognitiver Leistung (MMST-Scores)

² (dB = demente Bewohner; APH = Altenpflegeheim)

Forscher	Population	Design	Auswirkungen
Rovner et al. 1996	81 dB in 1 APH, darunter 42 Personen in der Experimental- und 39 Personen in der Kontrollgruppe	Randomisierte klinische Studie der A.G.E. (Activities, Guidelines for psychotropic medications and Educational rounds)	kein Unterschied bei den ADLs oder bei der kognitiven Leistungsfähigkeit
Behandlung der Bewohner und Auswirkungen auf das Verhalten			
Sloane et al. 1991	307 dB in 31 SCUs und 318 dB in 32 Nicht-SCUs in 63 APH	deskriptiver Vergleich; dabei Beobachtung des Einsatzes von physischen Fixierungen am Tage	Weniger Einsatz von physischen Fixierungen bei Bew. in den SCUs; kein Unterschied bei den chemischen Fixierungen
Rovner et al. 1996	81 dB in 1 APH, darunter 42 Personen in der Experimental- und 39 Personen in der Kontrollgruppe	Randomisierte klinische Studie der A.G.E. (Activities, Guidelines for psychotropic medications and Educational rounds)	Weniger Verhaltensauffälligkeiten in der Experimentalgruppe; Reduzierung von chemischen und physischen Fixierungen in der Experimentalgruppe; kein Unterschied bei den Hospitalisierungsraten
Lawton et al. 1998	97 dB in 1 APH, darunter 49 Personen in der Experimental- und 48 Personen in der Kontrollgruppe in zwei SCUs	Stimulus-Reduzierungsprogramm, das Personaleinsatz und Programminterventionen umfasste, wobei zwei SCUs zufallsgesteuert als Experimental- bzw. Kontrollgruppe verwendet wurden	Weniger Nachlassen bei positiven Affekten und Steigerung der sichtbaren Beteiligung in der Experimentalgruppe; kein Unterschied bei negativem Verhalten und negativen Zuständen
Van Haitsma, Lawton & Kleban	77 dB in zwei Pflegeabteilungen (SCU und Nicht-SCU) einer Einrichtung	deskriptiver Vergleich	Sozialität stieg unter dB in Nicht-SCUs und sank in SCUs; Gefühle (Glück und Angst) sanken schneller unter SCU- als Nicht-SCU-Bew.; kein Unterschied bei negativem Verhalten

Forscher	Population	Design	Auswirkungen
Kutner & Bliwise	59 dB auf zwei SCU-Stockwerken in einem APH	deskriptiver Vergleich mit über 17.000 wiederholten Beobachtungen	Engagement in sozialen Gruppen und strukturierte Teilnahme in Gruppen hängt mit gesteigerter Agitation zusammen
Leon & Ory	432 Bew. in SCUs; 164 Bew. in Nicht-SCUs	deskriptiver Vergleich von Gruppen neu eingezogener Bew.	kein Unterschied bei körperlicher Aggression. Der Einzug in die SCUs stand in Beziehung zu dem verstärkten Einsatz psychotropischer und dem geringeren Einsatz körperlicher Fixierungen
Auswirkungen von gemischter Belegung			
Teresi, Holmes & Monaco 1993	77 nicht-dB in Nicht-SCUs in 3 APH	deskriptiver Vergleich	gemischte Belegung von dB und nicht-dB hat negative Auswirkungen auf die Stimmung und Zufriedenheit von nicht-dB
Grant & Potthoff 1997	385 Einheiten in 124 APH, darunter 64 SCUs und 321 Nicht-SCUs	deskriptiver Vergleich auf Ebene der Einheiten	Separation von dB und nicht-dB hängt zusammen mit gesteigerter Teilnahme von dB an Aktivitäten in SCUs und geringerer Teilnahme von dB an Aktivitäten in Nicht-SCUs aufgrund eines Mangels an Aktivitäten, die auf Demenz in Nicht-SCUs zugeschnitten sind
Auswirkungen bei Pflege durch Angehörige			
Grant & Sommers 1998	353 pflegende Angehörige aus 100 Einheiten, geschichtet nach der empirischen Typologie	deskriptiver Vergleich	In Demenz- und Rehabilitationseinheiten herrscht die größte Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen; bei kleinen Betreuungseinheiten ist die Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen am geringsten

Forscher	Population	Design	Auswirkungen
Murphy et al. 1999	471 Angehörige aus 17 Einrichtungen mit SCUs	Prospektive randomisiert kontrollierte Studie	Mehr Teilnahme der Angehörigen in der Experimentalgruppe hängt zusammen mit geringerer Zufriedenheit als in der Kontrollgruppe
Personaleinsatz, Ressourcennutzung und Kosten			
Grant et al. 1998	390 Pflegeeinheiten in 123 APH	deskriptiver Vergleich auf Ebene der Einheiten	SCUs stellen mehr Stunden pro Woche für Pflegehelfer und Mitarbeiter in der Aktivierung zur Verfügung als Nicht-SCUs, aber nicht für ausgebildete Kräfte; SCUs bieten mehr demenzorientiertes Training als Nicht-SCUs; SCUs haben eine konsistentere Personaleinsatzplanung als Nicht-SCUs
Teresi et al. 1998	332 Pflegehelfer bei der ersten Untersuchung und 244 Pflegehelfer bei der Folgeuntersuchung aus 22 APH	deskriptiver Vergleich	Konsistentere Personaleinsatzplanung (d.h. weniger häufiger Wechsel der Pflegehelfer); etwas mehr demenzorientiertes Training in Nicht-SCUs als in SCUs; zu Beginn der Studie häufigere Teilnahme der Pflegehelfer an Supervisionen in SCUs als bei Nicht-SCUs; in der ersten Untersuchung kein Unterschied bei der durchschnittlichen Zahl von Bew., für die ein Pflegehelfer in der Tagschicht zuständig ist; signifikanter Unterschied in der Folgestudie

Forscher	Population	Design	Auswirkungen
Grant et al. 1996	400 Pflegeeinheiten in 124 APH	deskriptiver Vergleich auf Ebene der Einheiten	Angebot einer SCU in der Einrichtung steht in Zusammenhang mit mehr Demenzschulungen für die gesamte Einrichtung; mehr Demenzschulungen führen zu einer geringeren Fluktuation unter den Pflegehelfern, Angebot einer SCU führt zu einer geringeren Fluktuation unter ausgebildeten Mitarbeitern
Maas et al. 1994	55 Mitarbeiter in Nicht-SCU und 21 Mitarbeiter in SCU aus einem APH	Quasi-Experiment; Datensammlung vor und nach Eröffnung der SCU	Zufriedenheit von ausgebildeten Krankenschwestern steigt in SCU und sinkt in Nicht-SCU
Karner et al. 1998	7 Pflegehelfer aus einer SCU und 10 aus einer Nicht-SCU in 2 APH	Qualitative Analyse von Interviews	Zufriedenheit in keinem direkten Zusammenhang mit der Anwesenheit einer SCU, aber mit Faktoren, die mit SCUs in Verbindung gebracht werden (z.B. administrative Überwachung, organisatorische Strukturen, Teamarbeit, Beziehungen zu den Bew., physische Umwelt)

Forscher	Population	Design	Auswirkungen
Ramirez et al. 1998	337 Pflegehelfer aus 20 APH, wovon 71 in SCUs arbeiten	deskriptiver Vergleich	kein Unterschied bei Zufriedenheit, Burnout oder Demoralisierung; Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und ethnischer Zugehörigkeit bzw. Art der Arbeitszuweisung; perzipierte Ungleichbehandlung wegen Rassenzugehörigkeit und ein Umweltfaktor (Mangel an angemessenen Materialien) standen in einem starken Zusammenhang zu Burnout und Demoralisierung unter den Pflegehelfern in den SCUs; Zusammenhang zwischen Burnout und der häufigen Änderung des Arbeitsbereichs bzw. weniger häufigen Teamgesprächen
Lindeman, Arnsberger & Owens 1999	147 Pflegehelfer, darunter 70 aus Nicht-SCUs und 77 aus SCUs in 47 Einrichtungen	deskriptiver Vergleich	Zusammenhang zwischen Pro-Kopf-Kosten, Demenztraining, Personalstabilität und Pflegeprozessen bzw. Pflegeauswirkungen (Einsatz von physischen Fixierungen und psychotropischer Medikation; Inkontinenz und Teilnahme an Aktivitäten)

Forscher	Population	Design	Auswirkungen
Holmes et al. 1997	Strichcodierte Pflegeaufwandsdaten von 215 dB in Nicht-SCUs und 97 dB in SCUs in 10 APH	deskriptiver Vergleich; Einsatz der Strichcode-Methode, um den Personalaufwand zu ermitteln	Mehr Aufwand für Pflegehelfer (für persönliche Pflege) und für Sprachtherapeuten auf SCUs; mehr Aufwand für Beschäftigungstherapeuten, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten in Nicht-SCUs; kein Unterschied im Aufwand für professionelle Krankenschwestern, Ärzte, für die Ernährung zuständiges Personal und Sozialarbeiter
Holmes & Teresi 1998	Strichcodierte Pflegeaufwandsdaten von 237 dB in Nicht-SCUs und 99 dB in SCUs in 10 APH	deskriptiver Vergleich; Einsatz der Strichcode-Methode, um den Personalaufwand zu ermitteln	Mit der Ausnahme des Aufwandes für Pflegehelfer kaum Unterschiede in den Aufwandskosten zwischen SCUs und Nicht-SCUs; die Kombination des Status (SCU bzw. Nicht-SCU) mit Bewohnereigenschaften hat sehr wenig Erklärungskraft für die Varianz in den Aufwandskosten
Holmes & Teresi 1999	Strichcodierte Pflegeaufwandsdaten von 237 dB in Nicht-SCUs und 99 dB in SCUs in 10 APH	deskriptiver Vergleich; Einsatz der Strichcode-Methode, um den Personalaufwand zu ermitteln	Relativ geringfügige, dennoch statistisch relevante Unterschiede in den Aufwandskosten für einige Dienstleistungskategorien, hervor sticht vor allem die (vom Geldwert her betrachtete) höhere Pflegezeit in SCUs

Alle diese Studien belegen eine Reihe unterschiedlicher Auswirkungen, die die Versorgung in SCUs im Vergleich mit herkömmlichen Einrichtungen aufweist. Keine bemerkenswerten Unterschiede konnten bei Vergleichen im funktionellen Abbau der Bewohner festgestellt werden. Die ermittelten Werte bei den ADLs ergaben keine Unterschiede zwischen Bewohnern in SCUs und Nicht-SCUs. Eine der Studien (Liu et al., zitiert nach: Grant & Ory 2000) deutet allerdings darauf hin, dass der

kognitive Abbau bei verhaltensauffälligen Bewohnern, die in SCUs untergebracht werden, schneller verläuft.

Bei den Studien, die den Effekt des Umzugs von Bewohnern in eine SCU auf das Verhalten untersuchten, ergaben sich keine eindeutigen Hinweise darauf, dass durch eine Veränderung der Betreuung auch das Verhalten positiv beeinflusst werden kann. Als problematisch erweist sich hier, dass häufig jüngere und stark verhaltensauffällige Bewohner in SCUs aufgenommen werden, so dass die Vergleichbarkeit mit der Kontrollgruppe nur bedingt möglich ist. Allerdings hat sich gezeigt, dass in SCUs weniger physische Fixierungen durchgeführt werden.

Am deutlichsten zeigten sich positive Effekte bei den kognitiv unbeeinträchtigten Bewohnern von Pflegeheimen. Diese scheinen durch das Zusammenleben mit dementen, verhaltensauffälligen Bewohnern deutlich in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt zu sein. Positive Auswirkungen scheint die Unterbringung in SCUs auf die Familienangehörigen zu haben. Auch die Pflegemitarbeiter profitieren von den, für die Pflege günstigeren Arbeitsbedingungen in SCUs (höhere Personalbesetzung).

Zusammenfassend läßt sich feststellen, dass die neueren Studien das Wissen über SCUs deutlich verbessert haben und die Qualität der vorhandenen Daten über SCUs mittlerweile gut ist. Allerdings zeigt sich, dass die großen Erwartungen, die an eine Versorgung der Dementen in SCUs gestellt wurden, nicht erfüllt werden. Die Gruppe der dementen Bewohner selbst ist diejenige, die am wenigsten von dieser Versorgungsform zu profitieren scheint. Die meisten der neueren Studien sind jedoch deskriptiv, so dass die Effektivität der SCUs noch immer nicht ausreichend evaluiert ist. Ein Einfluss auf funktionale und kognitive Fähigkeiten durch die Unterbringung in SCUs scheint mittlerweile jedoch ausgeschlossen. Hier stellt sich die Frage, inwieweit bei zukünftigen Studien andere Outcomevariablen wie z.B. die Lebensqualität bzw. Lebenszufriedenheit der Bewohner untersucht werden sollten. Obwohl die vorhandenen Forschungsergebnisse keine signifikanten Vorteile einer Versorgung in SCUs nachweisen konnten, blieb der Enthusiasmus der amerikanischen „Pflegeindustrie“ was die Einrichtung von SCUs betrifft, ungebrochen.

3 Zusammenfassung und Folgerungen

3.1 Weiterer Forschungsbedarf

Die vorliegende Arbeit macht deutlich, dass eine Reihe von Studien in den Bereichen der nicht-medikamentösen Interventionen für dementiell Erkrankte und deren Versorgungsformen durchgeführt wurden. Das daraus ableitbare Wissen reicht aber bei weitem nicht aus, um eindeutige Empfehlungen für die praktische Arbeit mit den Betroffenen abzuleiten. Eine der offensichtlichen Lücken im gegenwärtigen Wissensstand ist ein Mangel an Evaluationen zu verbreiteten „therapeutischen“ Ansätze wie z.B. Validation oder Reminiszenzarbeit (Woods 1999). Die meisten Studien beziehen sich weiterhin auf den Bereich der kognitiven Rehabilitation und, in etwas geringerem Umfang, auf Methoden zur Reduzierung von Verhaltensauffälligkeiten. Aus der Sicht der Betroffenen werden wichtige Variablen, wie z.B. die Verbesserung der Selbstständigkeit oder eine Steigerung des Wohlbefindens, nur selten untersucht. Ausnahme bilden einige Einzelfallstudien (vgl. Woods 1999).

Die zu diesen Themen durchgeführten Untersuchungen werden insbesondere dahingehend kritisiert, dass in der Wissenschaft übliche methodische Standards nicht berücksichtigt werden und daher die Ergebnisse nicht zu verallgemeinern sind.

Eine kontrolliert randomisierte Versuchsanordnung wird in der Regel nur bei pharmakologischen Studien angewandt. Bisher gibt es wenig Studien zu nicht-medikamentösen Interventionen, die diesem „goldenen“ Standard der Wissenschaft gerecht werden (Archibald, Kommentar zu Allen-Burge et al. 1999).

Grundsätzlich wird dieser Forschungsbereich noch immer von der Diskussion dominiert, ob quantitative Methoden angemessen sind, um den Einfluss von Interventionen und die Outcomes bei einer Zielgruppe zu messen, die gekennzeichnet ist durch eine große inter- und intrapersonelle Varianz während des Krankheitsprozesses (vgl. Archibald 1999). Die Schwierigkeiten in der Forschung bestehen darin, geeignete Meßverfahren zu finden, um die Effekte von Interventionen zu messen und dabei die vielen Variablen zu berücksichtigen, die ein so komplexes Krankheitsbild wie das Demenzsyndrom mit sich bringt.

Inwieweit qualitative Methoden als bessere Alternative gelten können, ist schwer zu beurteilen. Wenn jedoch die quantitative Forschung als Maßstab angesehen wird, dann ist es Aufgabe der Forscher, geeignete

Instrumente und Untersuchungsdesigns zu entwickeln, die die Durchführung entsprechender Studien bei nicht-medikamentösen Interventionen erlauben (vgl. Archibald 1999).

Trotz der spürbaren Polarisierung der beiden Ansätze kann es kein eindeutiges Votum für eine der beiden Richtungen geben, da beide in Abhängigkeit der jeweiligen Forschungsfrage ihre Berechtigung haben. So sind qualitative Ansätze sicher richtig bei der Untersuchung des subjektiven Erlebens der Personen mit Demenz. Bei anderen Fragestellungen ist es selbstverständlich, dass quantitative Methoden eingesetzt werden, wie z.B. der Untersuchung von kognitiven Veränderungen in Folge der Durchführung bestimmter Interventionen. Beide Ansätze haben Stärken und Schwächen (O'Carroll, Kommentar zu Woods 1999).

Mittlerweile wurde sehr viel Geld in Studien investiert, die die Wirkung von Medikamenten evaluieren. Zum Teil erzielen die Medikamente Effekte in der Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit. Sie weisen jedoch auch bestimmte Nebenwirkungen auf, die unter Umständen das psychische Wohlbefinden der Erkrankten beeinträchtigen. Viel wichtiger wäre es zum gegenwärtigen Zeitpunkt, wenn Psychologen und Sozialwissenschaftler sich z.B. damit beschäftigen würden, welche Interventionen, dazu führen, dass Demenzkranke leichter mit ihrer Krankheit zurecht kommen (Woods 1999). Solche Interventionen heilen nicht, aber sie helfen Demenzkranken unter Umständen dabei; über einen längeren Zeitraum unabhängig zu sein, was mit Sicherheit ein wichtiges therapeutisches Ziel ist (O'Carroll, Kommentar zu Woods 1999). Hier sollten Institutionen, die verantwortlich für die Versorgung des betroffenen Personenkreises sind, ihre Zielsetzung ändern und entsprechende Ressourcen bereitstellen, die eine Verbesserung der Lebensqualität bewirken können.

Aufgabe der Wissenschaftler ist es, Forschungskonzepte zu entwickeln, die zu validen Ergebnissen führen, um das Wohlbefinden der Betroffenen zu verbessern (O'Carroll, Kommentar zu Woods 1999).

Methodisch gesehen sind kontrolliert randomisierte Untersuchungsdesigns nicht die einzige Antwort auf die komplexen Fragen der Evaluation. Aufeinander folgende Reihen von Einzelfallstudien können wertvolle Beiträge zur Forschung liefern, wobei Behandlungsfehler genauso wie -erfolge beschrieben werden sollten. Der Einsatz externer Datenerheber, die nichts über die Bedingungen der Behandlung wissen, sollte ausgebaut werden. Insgesamt sollten vermehrt standardisierte Skalen verwendet werden, um die Möglichkeit des Vergleichs zu erleichtern (Woods 1999).

Auch Lawton et al. (1996) führen aus, dass nicht nur ein Bedarf an größeren klinischen Studien besteht, sondern dass auch in vielen Bereichen der Wissensstand noch zu gering ist. In diesen Bereichen wird es für sinnvoller erachtet, zunächst Fallstudien, deskriptive Studien oder Untersuchungen mit einem kleinen Sample durchzuführen.

In zwei kurzen Übersichtsartikeln stellen Beck (1996) und Lawton (1996) zusammenfassend dar, wo ein weiterer Evaluationsbedarf im Bereich der nicht-therapeutischen Interventionen besteht. Beide Artikel verweisen auf eine Fülle von Fragen, die mit dem derzeitigen Wissensstand nicht beantwortet werden können. Sie betreffen Bereiche wie z.B. die Erkrankten selbst, die Pflegenden, die Interaktion zwischen Erkrankten und Pflegenden oder die Umwelt.

Zentrale Fragestellungen, die für die praktische Arbeit mit dementen Menschen höchste Relevanz aufweisen, sind folgende:

- Wie kann herausgefunden werden, welche der vielen möglichen Intervention bei wem Wirkung zeigen, d.h. welcher Bewohner profitiert von welchen Interventionen?
- Welche Strukturen müssen in den Einrichtungen vorhanden sein, damit die Interventionen auch entsprechend angewandt werden können?

Daraus ergeben sich weitere Fragen, wie z.B.:

- Wie kann der vorhandene Wissensstand dem Personal am besten vermittelt werden, so dass die möglichen Interventionen auch tatsächlich Anwendung finden?
- Welche Formen der Interaktion verursachen oder vermindern Verhaltensprobleme? Wie variiert dies bei den einzelnen Krankheitsstadien?
- Wie sieht ein ideal gestalteter Pflegebereich für dementiell Erkrankte aus?
- Wie müssen im Bereich der Organisation von Einrichtungen die Managementstrukturen beschaffen sein, damit Interventionen erfolgreich angewendet werden?
- Wie sieht in stationären Einrichtungen die ideale medizinische Versorgung dementiell Erkrankten aus?

Für all diese Fragen gibt es aus wissenschaftlicher Sicht noch keine umfassenden Antworten. Dennoch reicht das vorhandene Wissen aus, um Impulse für die praktische Arbeit zu geben. Es besteht jedoch ein Problem im Transfer und der Nutzbarmachung wissenschaftlicher Erkenntnisse für die Praxis.

3.2 Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis

Obwohl man dank der Ausführlichkeit der Literatur nicht von einem „therapeutischen Nihilismus“ sprechen kann, hat der praxisorientierte Leser kaum die Möglichkeit, mit Hilfe der Literatur für einen bestimmten Bewohner die beste Intervention auszusuchen (Woods 1999).

Kurz (1998) äußert in einem Artikel über Verhaltensauffälligkeiten, dass der praktischen Behandlung die reizvolle und zugleich dankbare Aufgabe zufällt, aus der Vielfalt der therapeutischen Zugangswege individuell abgestimmte Behandlungspläne zusammenzustellen.

Die meisten anderen Autoren sehen dies weitaus kritischer. Um eine Umsetzung von verlässlichen Forschungsergebnissen in erfolgreiche Interventionen zu erreichen, müssen zunächst geeignete Pflegemodelle entworfen und in entsprechende Schulungsprogramme für das Personal umgesetzt werden (Lawlor, Kommentar zu Allen-Burge et al. 1999).

Schnelle (1998) stellt fest, dass mittlerweile rehabilitative Interventionen und Verhaltensinterventionen zur Verfügung stehen, deren Effizienz in klinischen Versuchen dokumentiert ist. Gleichzeitig gibt er deutliche Hinweise darauf, dass die Anwendung dieser Interventionen nicht über einen längeren Zeitraum aufrecht erhalten werden. Ein Teil des Problems liegt darin, dass klinische Interventionsprotokolle häufig entwickelt werden, ohne Faktoren zu berücksichtigen, die zukünftige Implementierung beeinflussen könnten.

Es ist z.B. unwahrscheinlich, dass ein Pflegeheim eine klinisch effektive Intervention übernimmt, wenn die Intervention nicht gleichzeitig einfach zu implementieren und aufrechtzuerhalten ist. Häufig werden die Anforderungen an Ressourcen für die Aufrechterhaltung neuer Verfahren unterschätzt und die Vorteile für die Pflegenden oder Bewohner überschätzt. Die Entwicklung von Methoden, deren Implementierung in der Praxis unwahrscheinlich ist, bedeutet schlicht eine Verschwendung von Geld, Zeit und Talent (Schnelle 1998).

Eine weitere Hürde in der Implementierung ist die hohe Variabilität in den Reaktionen der Betroffenen. Es wird immer einige Bewohner geben, bei denen es unwahrscheinlich ist, dass sie von bestimmten Interventionen profitieren. Je größer der Anteil der Bewohner ist, auf die dies zutrifft, desto unwahrscheinlicher ist letztendlich die praktische Nutzung.

Es wird daher empfohlen, dass entwickelte klinische Methoden solange nicht für die Implementierung in Pflegeheimen als geeignet betrachten

werden, bis nicht vier fundamentale Forschungsfragen beantwortet sind (vgl. Schnelle 1998):

1. Ergibt das Verfahren messbare Effekte?
2. Welcher Grad der Intervention ist notwendig, um eine Veränderung herbeizuführen?
3. Welche Assessment-Kriterien stehen zur Verfügung, um gezielt auf Bewohner zuzugehen, bei denen es wahrscheinlich ist, dass sie von dem Vorgehen profitieren?
4. Welche Regeln gibt es für den Abbruch einer Intervention, wenn diese sich als nicht effektiv erweist?

Außerdem muss ein effektives Qualitätssicherungssystem etabliert werden, das auf Dauer die Anwendung der entsprechenden Interventionen sicher stellt. Das Vorhandensein eines entsprechenden Pflegeplans bedeutet nicht, dass der Bewohner die darin beschriebenen Maßnahmen auch erhält.

Ein Ansatz, der sich in Großbritannien etabliert hat, um Verbesserungen im Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis zu erreichen, ist die Einrichtung von sogenannten Dementia Services Development Centers. Diese Institute, die in der Regel an Universitäten eingerichtet wurden, haben es sich zur Aufgabe gemacht, die in der Wissenschaft erarbeiteten Erkenntnisse praxisnah aufzubereiten und den in der Versorgung dementiell erkrankter Menschen tätigen Personen zu vermitteln. Aus diesen Instituten liegen mittlerweile eine Reihe von Schulungsprogrammen für Mitarbeiter in stationären Einrichtungen vor, die erfolgreich eingesetzt werden. Die Einrichtung eines entsprechenden Instituts in Deutschland würde mit Sicherheit auch dazu beitragen, Impulse in die richtige Richtung zu geben.

3.3 Qualität in der institutionellen Versorgung dementiell Erkrankter

Insgesamt lässt sich feststellen, dass das Syndrom der Demenz sehr facettenreich ist. Abgesehen von individuellen und krankheitsbedingten Faktoren nehmen sehr viele Variablen – einschließlich der Umwelt – Einfluss auf das Verhalten der erkrankten Menschen.

Cohen-Mansfield (2000) leitet aus dieser offensichtlichen Heterogenität in den Erscheinungsformen der Demenz ein umfassendes „biopsychosoziales Modell“ ab. Dies geht davon aus, dass es primäre Quellen für diese Erscheinungsformen gibt: eine grundlegende Prädisposition, Le-

bensereignisse und der gegenwärtige Zustand. Jede dieser drei Quellen wird wiederum von drei generellen Bereichen beeinflusst: einem genetisch/biologisch/medizinischem, einem psychosozialen und dem Bereich der Umwelt. Das Zusammenwirken all dieser Faktoren beeinflusst die Erscheinungsformen der Demenz in bezug auf kognitive Fähigkeiten, Verhalten, Selbständigkeit und Affekte. Das Modell mündet darin, dass das Erfassen der Quellen und Erscheinungsformen dieser Heterogenität sowohl zu einem besseren Verständnis der Menschen, als auch zur Entwicklung von Versorgungsformen und Interventionen führen kann, die den Menschen mit Demenz mehr entsprechen.

Tabelle 3: Einflußfaktoren auf die Heterogenität der Demenzen

	ursprünglich	lebenslang	aktuell
biologische, genetische, medizinische	genetische Prädisposition	physische Gesundheit, Traumata	Typ und Stadium der Demenz, neurologische Störungen, Multimorbidität
psychosoziale	Geschlecht, Rasse	Ausbildung, Lebensgewohnheiten, Stress	Affekt, Motivation, Schmerzen, Schlaf, soziale Unterstützung
Umgebung	sozioökonomischer Status	Zuhause, Arbeit, Gemeinschaft	Art und Niveau der Stimulation, Unterstützungsnetze

(nach J. Cohen-Mansfield 2000)

Dieser Ansatz wird aufgrund seiner Komplexität kritisiert. Da die beteiligten wissenschaftlichen Disziplinen, die sich mit einzelnen Teilbereichen befassen, heterogen sind, ist es sehr unwahrscheinlich, dass das dargestellte Modell in all seiner Komplexität in ein praktikables Studiendesign umgesetzt werden kann.

Aus der Sicht der Praxis hat dieses Modell jedoch durchaus eine Relevanz und ist nachvollziehbar. Dieses Modell spiegelt auch das breite Spektrum an möglichen Interventionen wider, da auf allen Ebenen Ansatzpunkte vorhanden sind.

Dies führt letztendlich zu einem personenzentrierten Ansatz, der zum Ziel hat, jede Intervention auf der Kenntnis über das Individuum aufzu-

bauen. In die Intervention einbezogen werden dabei die Umweltbedingungen und der Umgang mit dem Erkrankten. Diese sollen soweit als möglich an die spezifischen Bedürfnisse des Einzelnen angepaßt werden. Die meisten Ansätze gehen dabei von einer Veränderung im Verhalten der Pflegepersonen bzw. der Interaktion zwischen Pflegendem und Demenzkranken aus. So wird für die Implementierung und Aufrechterhaltung einer demenzgerechten Versorgung die soziale Umwelt als das wichtigste Werkzeug betrachtet (Woods 1999).

Mitchell kommentiert dies folgendermaßen (Kommentar zu Woods 1999): Der Schlüssel zu erfolgreichen Interventionen oder Therapien sind nicht die Therapien selbst, sondern das Wissen, was zu dem einzelnen an welchem Ort und zu welchem Zeitpunkt passt. Voraussetzung dafür ist die Kenntnis zur Person und zur Lebensgeschichte.

Auftretende Verhaltensprobleme sind aus dieser Perspektive eine Variante des Betroffenen, ein Bedürfnis zu kommunizieren. Um dieses Bedürfnis erfüllen zu können, müssen die Pflegenden dazu befähigt werden, den (Körper)sprachcode zu entschlüsseln (Archibald, Kommentar zu Allen-Burge et al. 1999).

Wichtigste Aufgabe der Versorgung und Betreuung ist es daher, einen individualisierten, maßgeschneiderten Interventionsplan für jeden einzelnen Bewohner zu entwickeln, bei dem das Wohlbefinden des Bewohners die wichtigste Zielsetzung darstellt. Allerdings ist es erforderlich, die Interventionsplanung jeweils dem dynamischen Zustandsverlauf des Bewohners anzupassen. Durch entsprechend gestaltete Qualitätssicherungsmaßnahmen kann gewährleistet werden, dass die Planung auch in der Praxis umgesetzt wird.

Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn das Pflegepersonal entsprechend qualifiziert ist. Außerdem bedarf es auch auf der Ebene der Einrichtungsleitung der Bereitschaft, einen solchen Ansatz zu fördern und die vorhandenen Ressourcen entsprechend einzusetzen. Dass viele Einrichtungen noch weit davon entfernt sind, belegt ein Blick in die Praxis (Heeg et al. 2000).

Teil B Untersuchungsmethoden und Instrumente

4 Einführung

Der in **Teil A** dieser Arbeit vorgestellte Überblick über den Stand der Versorgungsforschung im Bereich der stationären Betreuung dementiell Erkrankter macht deutlich, dass viele wichtige Fragen noch nicht eindeutig beantwortet werden können. Eine eindeutige Aussage, welche Versorgungsform für welche Gruppe der Demenzerkrankten unter Nutzung welcher Ressourcen die beste ist, kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse nicht als wissenschaftlich abgesichert angesehen werden. Es besteht ein deutlicher Bedarf an weiterführenden, vor allen Dingen auch wissenschaftlich korrekt angelegten Studien.

Insbesondere in Deutschland liegen nur sehr wenige Studien vor, die sich mit dieser Thematik befassen (Damkowski et al. 1994, Dürrmann 1999a, b, 2000). Aus den USA, wo vor allem die Versorgungsform der sogenannten „special care units“ in den letzten 10-15 Jahren sehr viel Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat und entsprechend viele Studien durchgeführt wurden, gibt es bisher auch wenig konsistente Ergebnisse, die für die Richtung der zukünftigen Versorgung eindeutige Empfehlungen zulassen. Es entsteht vielmehr der Eindruck, dass durch die Ergebnisse neuer Studien mehr Fragen aufgeworfen wurden als mit den Studie beantwortet werden konnten.

In Teil 1 wurden schon einige Probleme der Versorgungsforschung angesprochen, wie zum Beispiel das Fehlen von Studien mit experimenteller Versuchsanordnung.

Ein weiteres häufig genanntes Problem ist das Fehlen geeigneter Messinstrumente, die spezifisch für den Einsatz in stationären Einrichtungen und die dort lebende Bewohnerschaft konzipiert sind. Der 1992 erstellte OTA-Bericht (Office of Technology Assessment 1992) endet mit einer Zusammenstellung von Problemen und einer Beschreibung, warum bis dato eine Vielzahl der Studien zu SCUs in bezug auf die Ergebnisse kritisch zu bewerten sind. Eines der angeführten Probleme verweist auf das Fehlen validierter Messinstrumente, die dazu geeignet sind, viele der wichtigsten Charakteristika von Units, Bewohnern, Familien und Mitarbeitern zu erfassen. Eine Vielzahl der in den Studien ein-

gesetzten Instrumente weisen sogenannte Boden- oder Deckeneffekte³ auf. Dadurch können Veränderungen z.B. in der Bewohnercharakteristik nicht ausreichend erfasst werden.

Auch Sloane et al. (1995) beschreiben in einem Artikel zur methodischen Kritik der frühen SCU-Studien, dass gravierende Probleme der eingesetzten Messinstrumente deren *Reliabilität*, *Stabilität* und *Sensitivität* sind. Auch Sloane spricht das Problem des Auftretens von sogenannten Boden- bzw. Deckeneffekten bei vielen Instrumenten an, die in den Studien eingesetzt werden. Vor allem eingesetzte Instrumente zur Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit der Probanden wie zum Beispiel der Mini-Mental-State-Test (MMST) haben deutliche Bodeneffekte, was dazu führt, dass SCUs deutlich schlechter abschneiden als Vergleichsgruppen. Dies kommt vor allem zum Tragen, wenn zu Beginn der Untersuchung (baseline) die SCU-Bewohner einen besseren Status aufweisen.

Viele der Instrumente sind nicht dazu geeignet, Untergruppen zu identifizieren oder geringe Veränderungen zu erfassen. Oft werden sogenannte Schweregradskalen eingesetzt, die allerdings individuelle Variationen bei Symptomen und den Krankheitsverlauf nicht abbilden (Office of Technology Assessment 1992). Ein weiteres Problem stellt die Sensitivität der Instrumente dar. Die Zeiträume zwischen den Vor- und Nachuntersuchungen wurden bei vielen Studien sehr kurz gewählt, was in bezug auf die Kontrolle krankheitsbedingter Veränderungen während des Interventionszeitraums sinnvoll ist. Als problematisch erwies sich dabei, dass viele Instrumente sich nicht sensitiv genug zeigten, um Veränderungen im Bewohnerstatus zu dokumentieren. Es liegt daher der Schluss nahe, dass bei vielen Studien der fehlende Nachweis von Effekten auf eine zu geringe Sensitivität des Messinstrumentes zurückzuführen ist.

Als letzter Problembereich soll angesprochen werden, dass viele Instrumente auf Fremdbeurteilungen beruhen. Bei diesen Verfahren kann es bei Vorher-Nachher-Untersuchungen kritisch sein, dass die Beurteilung von unterschiedlichen Personen durchgeführt wurde. Insbesondere wenn die Baseline-Beurteilung durch Familienangehörige und die Effektbeurteilung durch Pflegepersonal erfolgt, sind die Ergebnisse häufig nicht zuverlässig (Sloane et al. 1995).

³ Boden- bzw. Deckeneffekte treten auf, wenn ein Instrument ein bestimmtes unteres bzw. oberes Spektrum der Untersuchungseinheiten nicht differenziert abbilden kann. Ein größerer Anteil erreicht den Minimal- oder Maximalwert, der mit dem Instrument gemessen werden kann.

Dies ist einer der Gründe, warum nicht ausschließlich Fremdbeurteilungen durchgeführt werden sollten. Mittlerweile zeigen sich erste methodische Ansätze, um subjektive Variablen bei Demenzerkrankten in stationären Einrichtungen zu erfassen. Das methodische Repertoire, um Gefühle, Komfortempfinden und Zufriedenheit von Demenzerkrankten zu messen, wird jedoch noch nicht als zufriedenstellend betrachtet (Office of Technology Assessment 1992).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im Bereich der Forschung zu den SCUs wie in jedem neu erschlossenen Forschungsfeld zunächst geeignete Meßmethoden entwickelt werden müssen. Der derzeitige Stand erlaubt es noch nicht, experimentelle, klinische Versuchsanordnungen durchzuführen (Sloane et al. 1995).

Ein Schwerpunkt, der durch das National Institute on Aging (ab 1992) geförderten Studien, war daher auch die Entwicklung und Testung geeigneter Instrumente. Zu diesem Zweck wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, die Workgroup on Research and Evaluation of SCUs (WRESCU). Ihre Aufgabe war es, Instrumente zu sammeln und zu entwickeln, die sich insbesondere mit der Messung der Outcomevariablen beschäftigten. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe wurden in einer 1997 erschienenen Publikation mit dem Titel *Measurement in Elderly Chronic Care Populations* (Teresi et al. 1997) vorgestellt.

Anforderungen an Instrumente

Bei der Frage nach den Anforderungen, die Instrumente erfüllen müssen, gilt generell, dass sie den gängigen wissenschaftlichen Gütekriterien entsprechen. Das heißt, sie müssen valide und reliabel sein (vgl. Streiner & Norman 1995).

Validität (Gültigkeit) bedeutet in diesem Kontext, wie gut die Instrumente das messen, was sie vorgeben zu messen. Es liegt eine Vielzahl statistischer Verfahren vor, um Validität zu überprüfen.

Reliabilität (Zuverlässigkeit) beschreibt, inwieweit dasselbe Meßverfahren bei anderen Gelegenheiten eingesetzt werden kann, um die gleichen Ergebnisse zu liefern. Weiter wird dabei überprüft, wie hoch die möglichen Fehlerquellen eines Instrumentes sind. Reliabilität beantwortet also die Frage, ob ein Instrument ein konsistentes Ergebnis liefert. Zwei wichtige Reliabilitätsmaße sind die Inter-Rater-Reliabilität und die Test-Retest-Reliabilität. Bei der Inter-Rater-Reliabilität wird gemessen, ob zwei verschiedene Rater bei der gleichen Datenaufnahme zu

dem gleichen Ergebnis kommen. Die Test-Retest-Reliabilität bestimmt, ob die Wiederholung einer Messung nach einem kurzen Zeitabstand konsistente Ergebnisse liefert.

Ein weiteres wichtiges Gütekriterium, das insbesondere bei den Meßinstrumenten, die zur Effekt-Messung eingesetzt werden, gefordert ist, ist die *Sensitivität* eines Instrumentes. Sensitivität beschreibt, inwieweit das Instrument dazu geeignet ist, kleine oder klinisch relevante Veränderungen zu erfassen. Dies ist sehr wichtig, um mögliche positive Effekte einer Intervention auch tatsächlich messen zu können.

Im Folgenden werden wichtige Instrumente beschrieben, die in der Versorgungsforschung im stationären Bereich eingesetzt werden können. Die Instrumente verteilen sich auf drei Assessmentbereiche (Bewohner-, Umweltassessment und Assessment zur Lebensqualität dementer Bewohner).⁴

In einem Überblicksartikel von Smyth et al. (1997) sind die Outcome-Variablen und Instrumente beschrieben, die bei größeren multizentrischen Studien im Demenzbereich verwendet wurden. Er gibt einen guten Überblick über die Methodik aller im Bereich Demenz in den USA durchgeführten multizentrischen Studien.

1. Bewohnerassessments

Die Instrumente, die im Bereich des Bewohnerassessments vorgestellt werden, dienen zur Erfassung des kognitiven und funktionalen Status sowie zur Beschreibung von Verhalten. Diese Variablen sind wichtig, um die Untersuchungsgruppe zu beschreiben und eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu ermöglichen. Der funktionale Status und das Verhalten sind gleichzeitig auch die am häufigsten untersuchten Effektvariablen (outcome).

2. Umweltassessment

Die Umwelt nimmt Einfluss auf das Wohlbefinden und Verhalten der Bewohner im stationären Bereich, insbesondere auf demente Bewohner. Bei den SCU-Studien wurde der Blick auf die Bedingungen der Betreuung fokussiert und es stellte sich die Frage: „what makes a unit

⁴ Im Rahmen der Auswertung finden Instrumente, die zur Evaluation von Effekten auf die Familie oder das Personal (z.B. Belastungserleben) eingesetzt werden, keine Berücksichtigung.

special?“ Es ist daher für die Vergleichbarkeit der Studien unerlässlich, dass die Rahmenbedingungen exakt beschrieben werden. Dies betrifft die baulichen Bedingungen, die Personalausstattung und die Beschreibung der SCUs und ihrer Bewohner zu einem definierten Zeitpunkt. Um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten, müssen entweder die vorhandenen Rahmenbedingungen weitgehend identisch sein oder es werden Typologien der Einrichtungen gebildet, die ebenfalls zu einem Vergleich herangezogen werden können.

3. Assessment von Lebensqualität dementieller Bewohner

Es deutet sich an, dass in der Versorgung und Betreuung dementiell erkrankter Menschen ein Perspektivenwechsel stattfindet. Mittlerweile fordern viele Praktiker, aber auch Forscher, dass die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Betroffenen als zentrale Outcome-Variable betrachtet wird (z.B. van Haitsma 2000, Grant 2000, Woods 1999, Cotrell & Schulz 1993).

Es liegen bereits eine Reihe von Instrumenten vor, die diesen subjektiven Aspekt untersuchen. Die wichtigsten sollen im Rahmen dieser Studie vorgestellt werden.

5 Bewohnerassessment

5.1 Einführung

Hauptziel von Interventionen ist es, eine positive Veränderung im Zustand der Bewohner zu erwirken. Um festzulegen, welche therapeutischen Ziele in verschiedenen Stadien der Demenz festgelegt werden sollen, werden präzise Basisdaten der Bewohner benötigt (Whitehouse 1997). Eine genaue Beschreibung des Bewohnerzustandes ist daher nicht nur aus wissenschaftlicher Sicht von Relevanz, sondern auch für die Praxis ein Hilfsmittel zur Pflegeplanung. Zusätzlich dient ein Assessment zur Identifizierung von Ansatzpunkten für Interventionen.

Nach Einschätzung von Teresi et al. (1997) reichen die bisher verwendeten Assessmentmethoden nicht aus, um funktionale Störungen zu identifizieren, die vielleicht durch Interventionen zu beeinflussen sind. Genauso fehlt es an Verfahren für Studien, die die Wirksamkeit von Behandlungen untersuchen.

Studien, die z.B. die Wirkung neu entwickelter Medikamente prüfen, sollten Instrumente einsetzen, die angemessen über einen längeren Zeitraum, am besten über den gesamten Krankheitsverlauf, den Verlauf des kognitiven Abbaus erfassen können. Dies ist häufig nicht der Fall, da nur die kurzfristige Wirksamkeit untersucht wird.

Eine Erkenntnis der ersten SCU-Studien war es, dass viele der Assessmentverfahren nicht für die Bewohner der Einheiten geeignet sind, weil diese bereits sehr gebrechlich waren und in hohem Maß kognitive Einschränkungen hatten (Teresi et al. 1997). Dies führte zu den bereits beschriebenen Bodeneffekten, die bei der Messung mit üblichen Instrumenten erzielt wurden. Daher ist es wichtig, Instrumente einzusetzen, die bei diesen Populationen geeignet sind. Die große Varianz unter den Bewohnern macht es unerlässlich, dass ein Instrument diese Unterschiede berücksichtigt und zu differenzieren hilft.

Im Zuge der Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung in den Heimen gewinnen Bewohnerassessments auch in Deutschland zunehmend an Bedeutung. Einige Verfahren wie das von der Arbeitsgruppe Geriatriisches Assessment erarbeitete Basisassessment (1995) und das Resident Assessment Inventory (Gilgen & Garms-Homolova 1995) liegen bereits vor. Der Einsatz dieser Instrumente gehört jedoch in Deutschland noch nicht zum Standard in stationären Einrichtungen.

Im folgenden werden wichtige Instrumente für drei Bereiche vorgestellt:

- Erfassung des kognitiven Status (Kap. 5.2)
- Alltagskompetenz (ADL) (Kap. 5.3)
- Verhalten (Kap 5.4)

In einem zusätzlichen Exkurs werden mehrdimensionale Instrumente vorgestellt, die vom Pflegepersonal bearbeitet werden und nicht primär wissenschaftlich, sondern einrichtungsintern für die Pflegeplanung eingesetzt werden können.

5.2 Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit

Grundlegendes Merkmal aller Demenzen ist der Abbau der kognitiven Fähigkeiten der Betroffenen. Kognitive Assessmentverfahren haben daher vor allem im diagnostischen Bereich eine große Bedeutung. Diese Verfahren dienen der grundlegenden Klärung, ob eine Demenz vorliegt, welche Form der Demenz vorhanden ist und welches Stadium sie erreicht hat. Die zur psychologischen Diagnostik entwickelten und eingesetzten Assessmentverfahren zur Beurteilung des kognitiven Status haben folgende Zielsetzung (Ehrhardt & Plattner 1999):

- Screening
- Schweregradeinschätzung kognitiver Störungen
- Kategoriale Diagnose und Differentialdiagnose
- Verlaufsbeschreibung
- Nachweis von Interventionseffekten
- Detaillierte Symptomerfassung

Ein wichtiger Schwerpunkt bei der Entwicklung von Instrumenten war es bisher, Testverfahren zu entwickeln, die sensibel genug sind, um schon in einem frühen Demenzstadium kognitive Einschränkungen zu erfassen und so früh wie möglich eine Diagnose zu stellen. Eine frühe Diagnose erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass durch eine medikamentöse Therapie der kognitive Abbau positiv beeinflusst werden kann.

Für Studien in Pflegeeinrichtungen ist es wichtig, Aussagen zum kognitiven Status zu erhalten, um die Untersuchungsgruppe zu beschreiben, ein Bild zur Grundgesamtheit zu erhalten und um festzustellen, in welchem Stadium z.B. bestimmte Interventionen Wirksamkeit zeigen.

Die Bedeutung des kognitiven Status als Outcome-Variable ist mittlerweile in den Hintergrund getreten, hing seine Bedeutung doch vor allem

mit der Evaluation von ROT und bei frühen Studien zu SCUs zusammen. Inzwischen wird bei den meisten Studien in Pflegeeinrichtungen davon ausgegangen, dass Verbesserungen der kognitiven Funktionen unwahrscheinlich sind.

Die Verfahren, die zum direkten kognitiven Assessment eingesetzt werden, reichen von groben Screeningverfahren wie z.B. dem Mini-Mental-State-Test (MMST) bis hin zu intensiveren neuropsychologischen Testverfahren wie z.B. SIDAM, CAMDEX und CERAD. Darüber hinaus gibt es auf spezifische Fragestellungen ausgerichtete Verfahren wie klinische Schweregradskalen, die das Stadium der Demenz bewerten (Teresi & Evans 1997).

5.2.1 Screeningverfahren

Standardisierte kurze psychometrische kognitive Messverfahren, sogenannte Screening-Instrumente wie z.B. der Mini-Mental-State-Test, identifizieren kognitive Störungen, die schon manifest sind. Sie eignen sich nicht zur Diagnose einer beginnenden Demenz. Sie dienen vielmehr der Erfassung von Hinweisen auf Störungen (Klingensfeld & Bruder 1997). Um genauere Aussagen zu treffen, sind weiterreichende Verfahren einzusetzen. Aus diesem Grund sind Screeningverfahren auch umstritten. Ihr Vorteil liegt in der schnellen Durchführbarkeit. Häufig sind sie auch Bestandteil von ausführlicheren Testbatterien. MMST ist Bestandteil anderer Testverfahren wie z.B. SIDAM, CERAD und CAMDEX (Ehrhardt & Plattner 1999).

Bekanntestes und auch am häufigsten verwendetes Screening-Instrument ist der *Mini-Mental-State-Test (MMST)* von Folstein (Folstein & McHugh 1975). Es handelt sich beim MMST um einen kurzen Test zur Erfassung demenztypischer kognitiver Beeinträchtigungen (Ehrhardt & Plattner 1999). Mit ihm werden die kognitiven Leistungsbereiche Orientierung, Merkfähigkeit, Konzentration, Reproduktion, Sprache, Auffassung und zeichnerische Wiedergabe erfasst. Die Durchführung eines Tests dauert ca. 10 min.

Die Güte dieses Verfahrens ist allerdings beschränkt. Der Test ist aus diagnostischer Sicht zu einfach, um eine beginnende Altersdemenz zu diagnostizieren. Werden von den Probanden mehr als 24 Punkte erreicht (Maximum 30 Punkte), so ist keine Unterscheidung zwischen gesunden Nichtdementen und Personen mit einer beginnenden Alzheimer-Erkrankung möglich (Engel 1997, zitiert nach Ehrhardt & Plattner

1999, S. 50). Tests haben auch gezeigt, dass es viele Variablen gibt, die abgesehen vom kognitiven Status das Ergebnis mit beeinflussen. Die Ergebnisse sind u.a. abhängig von Alter, Bildungsstand und kulturellem Hintergrund (Tombaugh & McIntyre 1992).

Der MMST fällt bei sehr alten und bei gebrechlichen Personen schlecht aus. Geringere Werte werden auch bei Personen mit sensorischen Einschränkungen und bei Personen mit motorischen Einschränkungen erzielt. Dadurch wird das Messergebnis beeinflusst (Teresi & Evans 1997).

Der MMST ist nicht geeignet, um Verläufe zu erfassen, da seine Sensitivität nicht ausreicht, um Veränderungen in kurzen Zeiträumen zu messen. Reliable Daten zur Veränderung im kognitiven Abbauprozess sind erst ab einem Jahr nach der ersten Messung signifikant (van Belle et al. 1990).

Zwei weitere Screeningverfahren, die in der Literatur häufiger genannt werden, sind die Blessed Dementia Scale (Blessed et al. 1968) und der in Deutschland entwickelte Syndrom-Kurz-Test (SKT) (Erzigkeit 1989). Beide Instrumente haben jedoch bisher nicht die Bedeutung erlangt wie der MMST.

5.2.2 Neuropsychologische Diagnoseverfahren zur syndromalen Diagnostik

Screening Instrumente wie z.B. der Mini-Mental-State-Test sind ein Bestandteil weitaus umfaßenderer neuropsychologischer Diagnoseverfahren, die zur syndromalen Diagnostik eingesetzt werden. Diese Verfahren bestehen in der Regel aus verschiedenen Tests: einem Patienteninterview und Gesprächen mit einem Informanten, der den Betroffenen gut kennt. Es handelt sich dabei um ausführliche Instrumente, die eine Differentialdiagnostik mit relativ hoher Genauigkeit zulassen.

Ein in Deutschland entwickeltes Verfahren ist das strukturierte Interview zur Diagnose der Demenz vom Alzheimer-Typ, der Multiinfarkt-Demenz und anderer Ätiologie nach DSM-II-R und ICD-10 (SIDAM) von Zaudig et al. (1991). SIDAM eignet sich zur Bestimmung der Art, des Schweregrades der Demenz und zur Verlaufserfassung.

Grundlage für dieses Verfahren bilden die psychiatrischen Diagnosesysteme nach DSM-II-R und ICD 10. Bei dem Instrument wurde versucht,

die in den Diagnosesystemen beschriebenen Kriterien in Fragen umzusetzen (Ehrhardt & Plattner 1999).

Das Instrument führt zu Punktwerten, die sechs Krankheitsstadien zugeordnet werden können. Entsprechend festgelegte Punktwerte verweisen auf das Vorliegen einer Demenz. Mit SIDAM können auch spezifische Symptome erfasst werden, für die sogenannte Syndromscores (SISCOS) ermittelt werden, die die Messung von Veränderungen in bestimmten kognitiven Bereichen erlauben. Das Instrument ist prädestiniert für den Einsatz in Therapiestudien, da es die Dokumentation von Therapieeffekten erlaubt (Klingensfeld & Bruder 1997).

Noch umfassender als das SIDAM ist beispielsweise *The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly (CAMDEX)*. Dieses Verfahren wurde in Großbritannien von Roth et al. (1986) entwickelt. CAMDEX besteht aus einem strukturierten psychiatrischen Patienteninterview, einer Individual- und Familienanamnese, einer körperlichen Untersuchung, Beobachtungen beim Interview, Auswertung von Laborbefunden und einer kognitiven Testbatterie, die sogenannte CAMCOG (Ehrhardt & Plattner 1999). CAMDEX ermöglicht eine Differentialdiagnostik, die Ermittlung von Schweregradstadien und eine Abgrenzung zu depressiven Störungen.

The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD) (Morris et al. 1991) stammt aus den USA und ist dort das am häufigsten eingesetzte Instrument zur Erfassung von Demenzen (Ehrhardt & Plattner 1999). Bei CERAD handelt es sich um eine Batterie aus klinischen und neuropsychologischen Testverfahren, wie z.B. dem MMST. CERAD ist ein sehr zuverlässiges Diagnoseinstrument, das mittlerweile auch in einigen deutschen Memorykliniken angewandt wird.

Die beschriebenen Verfahren werden überwiegend im diagnostischen Bereich eingesetzt. Bei Studien in Pflegeheimen wird selten das ganze Inventar eingesetzt, sondern häufig nur einzelne Elemente wie z.B. CAMCOG (das kognitive Testverfahren aus CAMDEX).

5.2.3 Klinische Ratingskalen zur Einschätzung des Schweregrades

Globale Demenzschweregradskalen geben keine Auskunft über spezielle kognitive Defizite, sondern bestimmen den Schweregrad der Erkrankung und unterteilen den gesamten Demenzprozess in Stufen. Da-

bei wird der Verlauf der Erkrankung anhand typischer klinischer Symptome und Einschränkungen in der Alltagskompetenz beschrieben (Ehrhardt & Plattner 1999). Anhand dieser Beschreibungen erfolgt die Einteilung in Stadien oder Phasen.

Die benötigten Daten werden nicht zwangsläufig mit strukturierten Erhebungsmethoden erfasst, sondern sie werden in der Regel aus einem kombinierten Verfahren von direktem Assessment, Beobachtung während des Assessments und Befragung über Pflegepersonal oder Angehörige ermittelt.

Die bekanntesten Methoden sind die sogenannten Reisbergskalen (GDS, BCRS und FAST). Mit der Global Deterioration Scale (GDS) (Reisberg et. al. 1982) werden kognitive Beeinträchtigungen auf einer 7-stufigen Skala bewertet, die von Stufe 1 (keine kognitiven Einbußen) bis Stufe 7 (sehr schwere kognitive Einbußen) reicht.

Bei der GDS steht die Annahme dahinter, dass die Systematik des dementiellen Abbaus im Sinne einer Hierarchie von Funktionsausfällen vonstatten geht. Sie geht auch zurück auf entwicklungspsychologische Theorien, bei denen angenommen wird, dass der Abbau eine Umkehr, spiegelbildlich zum Funktionserwerb eines Kindes darstellt (Fuhrmann et al. 1995).

Die GDS, die typische klinische Symptome wertet, ist verbunden mit, aber nicht abhängig von zwei weiteren Rating-Verfahren: der Brief Cognition Rating Scale (BCRS) (Reisberg et al. 1983) und der Functional Assessment Staging Technique (FAST) (Reisberg 1988). Die Skalen können im Prinzip unabhängig voneinander eingesetzt werden, empfohlen wird jedoch eine kombinierte Anwendung (Ehrhardt & Plattner 1999).

Die BCRS bewertet die kognitiven Fähigkeiten des Probanden auf vier Hauptachsen: Konzentration und Rechenfähigkeit, Kurzzeitgedächtnis, Langzeitgedächtnis und Orientierung. Jede der Achsen wird auf einer siebenstufigen Skala abgebildet (Albert in Lawton 1994).

Die FAST stellt eine Fremdbeurteilung der Alltagskompetenz und der Selbstversorgungskompetenz dar und differenziert insbesondere die hohen Schweregradstufen 6 und 7 der GDS (Ehrhardt & Plattner 1999).

Eine weitere klinische Schweregradskala, die jedoch weniger häufig verwendet wird als die Reisberg-Skalen, ist die Clinical Dementia Rating Scale (CDR). Die CDR war ursprünglich eine fünfstufige Skala.

Mittlerweile wurde sie um zwei weitere Stufen erweitert. Die Methode stellt keine Anforderungen an die Art und Weise, wie die Ratings erreicht werden. In der Regel wird ein strukturiertes Interview zugrunde gelegt. Prinzipiell kann jedes Informationssystem, das folgende sechs Bereiche umfasst, herangezogen werden: Gedächtnis, Orientierung, Beurteilung und Problemlösen, außerhäusliche Angelegenheiten, Haushalts- und Freizeitaktivitäten und Selbstpflege (Albert 1994).

5.2.4 Instrumente zur Erfassung der kognitiven Fähigkeiten bei schwerer Demenz

Wie eingangs dargestellt, wird der überwiegende Teil der Demenzerkrankten zunächst zu Hause versorgt. Die Aufnahme in eine stationäre Versorgung erfolgt meistens, wenn die Erkrankung schon weit fortgeschritten ist. Die Bewohner von Pflegeeinrichtungen sind daher in der Regel sehr alt und sehr gebrechlich, leiden an Demenz, haben sensorische Defizite oder sind multimorbid (Teresi & Evans 1997). Bei Studien ist es daher erforderlich, Instrumente einzusetzen, die diesen Personen gerecht werden. Im kognitiven Bereich bedeutet dies, dass Verfahren benutzt werden, die auch bei fortgeschrittener Demenz differenzierte Meßergebnisse liefern können.

Der kritische Personenkreis mit fortgeschritten Defiziten lässt sich folgenden Gruppen zuordnen (Teresi & Evans 1997, S. 1):

- Personen mit beeinträchtigtem Bewusstsein, die nicht auf Umwelteinflüsse reagieren.
- Personen, die zwar ansprechbar sind und auf Umwelteinflüsse reagieren, aber nicht in der Lage sind, einfachen Aufforderungen zu folgen; zu verschiedenen Zeitpunkten haben sie unterschiedliche kommunikative Fähigkeiten.
- Personen, die auf Umwelteinflüsse reagieren, ansprechbar und kommunikationsfähig sind, aber auf Fragen unverwertbare (z.B. abschweifende oder inkohärente) Antworten geben.
- Personen, die verwertbare, aber falsche Antworten auf die meisten Testfragen geben.

Diese Personengruppen mit schweren kognitiven Einschränkungen werden normalerweise in die höchsten Stufen der gängigen Rating Scales, z.B. Stufen 6 oder 7 in Global Deterioration Scale (GDS) eingestuft. In amerikanischen Einrichtungen erreichen ca. 50 % der Bewohner diese Schweregradstufen (Teresi & Evans 1997).

Häufig werden diese Personen als nicht testbar eingestuft. Nach Aussagen von Teresi & Evans (1997) ergaben Auswertungen von Studien in amerikanischen Einrichtungen, dass ca. 1/3 der Bewohner nicht testbar ist und ungefähr bei der Hälfte der Bewohner Bodeneffekte auftreten, wenn man Instrumente wie den Mini-Mental-State-Test zur Messung der kognitiven Leistungsfähigkeit einsetzt.

Aus diesem Grund wurden mittlerweile Instrumente speziell für diesen Personenkreis entwickelt. Es sind Meßmethoden, die bei gebrechlichen, sehr alten und kognitiv stark beeinträchtigten Personen eingesetzt werden können. Im wesentlichen gibt es zwei dieser spezialisierten Instrumente, nämlich die *Severe Impairment Battery* und den *Test für Severe Impairment*.

Die *Severe Impairment Battery* (Saxton et al. 1990) für Personen mit schweren Beeinträchtigungen umfasst sechs Subskalen (Aufmerksamkeit, Orientierung, Sprache, Gedächtnis, Sehvermögen und konstruktive Praxis). Außerdem werden soziale Fähigkeiten erfasst. Die Durchführung des Tests dauert ca. 20 min. Auswertungen zur Güte des Tests ergaben eine insgesamt gute Test-Retest-Reliabilität ($r=.85$). Dies gilt jedoch nicht für alle Subskalen.

Der Test korreliert mit dem MMST ($r=.74$). Eine Analyse bei 15 Probanden, die bei einer Testung mit dem MMST zwischen 0 und 4 Punkte erreichten, zeigten bei der *Severe Impairment Battery* einen Range von 15-114 Punkten. Die mögliche Maximumpunktzahl liegt bei 152 Punkten (Albert 1994). Allerdings ist der Test nicht geeignet für Personen, die mehr als 9 Punkte beim MMST erreichen (Teresi & Evans 1997).

Der *Test for Severe Impairment* (Albert & Cohen 1992) untersucht Sprache, Gedächtnis, Konzeptualisierung und motorische Fähigkeiten bei den Probanden. Die Durchführung dauert ca. 10 min. Die Scores reichen von 0-24 Punkten. Der Test korreliert stark mit dem MMST ($r=.83$). Die Test-Retest-Reliabilität ($r=.96$) ist ebenfalls sehr hoch.

Die Instrumente stellen einen ersten Ansatz dar, kognitive Leistungstests bei Personen mit starken Beeinträchtigungen durchzuführen. Insgesamt sind diese Verfahren jedoch noch nicht ausreichend getestet. Testergebnisse wie z.B. die hohe Korrelation mit dem MMST sind eher überraschend. Ein weiterer Kritikpunkt an den Instrumenten ist ihre fehlende theoretische Fundierung (Teresi & Evans 1997). Das größte Problem besteht jedoch darin, dass mit dem Test nur kognitiv stark abgebaute Personen getestet werden können und Personen mit besseren Fähigkeiten keine Berücksichtigung finden (Teresi & Evans 1997).

Ein weiterer Ansatz, der bei der Testung stark beeinträchtigter Personen Anwendung findet, sind sogenannte Reverse Piaget Modelle. Dahinter steht die Theorie, dass bei Demenz der kognitive Abbau in umgekehrter Reihenfolge zur kognitiven Entwicklung eines Kindes verläuft. Ein Indikator für diese Theorie ist, dass das visuelle Gedächtnis eine der Fähigkeiten ist, die am längsten erhalten bleibt. Das heißt, dass demenzerkrankte Menschen bis zuletzt in der Lage sind, ihre Umwelt wahrzunehmen. Bisher ist jedoch nicht belegt, ob dieser theoretische Hintergrund Gültigkeit hat und eine entsprechende Überprüfung wird gefordert (Teresi & Evans 1997).

Ein Instrument, das auf diesem theoretischen Modell aufbaut, ist die *Hierarchical Dementia Scale* (HDS) (Cole & Dastoor 1983), der eine hierarchische Organisation der kognitiven Funktionen zugrunde liegt. Eines der Ziele bei der Instrumentbildung war es, die Leistungsdifferenzierung bei schwer dementen Patienten zu verbessern. Das Instrument wurde auch in Deutschland bereits eingesetzt (Sattel et al. 1994). HDS umfasst die Testung von vier Hauptbereichen: Gedächtnisfunktionen, Sprachfunktionen, Praxiefunktionen und höheren kognitiven Funktionen. Der Test ist nach einem hierarchischen Prinzip aufgebaut. Das hat den Vorteil, dass der Proband nur in Bereichen, in denen noch Fähigkeiten vorhanden sind, getestet wird.

Insgesamt zeichnet sich bei Untersuchungen in stationären Einrichtungen der Trend ab, dass direkte kognitive Assessmentverfahren, die eher im diagnostischen Bereich eingesetzt werden, zugunsten von Beobachtungsverfahren oder Fremdbeurteilungen durch Pflegekräfte aufgegeben werden (Teresi & Evans 1997). Ein weiterer Ansatz bei der Bewertung von schweren Demenzen besteht darin, Kriterien heranzuziehen, die die Folgen der kognitiven Einschränkungen beschreiben: zum Beispiel Alltagskompetenz, physische und soziale Funktionen, Kommunikation oder neurologische Kennzeichen wie Reflexe oder unnormale Bewegungen (Teresi & Evans 1997).

Falls bei Studien in stationären Einrichtungen kognitive Leistungspotentiale beurteilt werden sollen, sollte mit dem gewählten Instrument die Erfassung einer heterogenen Bewohnerschaft mit einem breiten Spektrum an kognitiven Defiziten möglich sein. Ein ideales Instrument leistet eine differenzierte Messung in allen Krankheitsstufen von moderaten bis schweren Behinderungen. Ein Verfahren, das dieser Anforderung gerecht wird, hat auch den Vorteil, dass es sich für den Einsatz bei länger dauernden Verlaufsuntersuchungen eignet. Es ist dann möglich, eine zuverlässige Messung über alle Krankheitsstufen mit demselben Instrument durchzuführen (Teresi & Evans 1997).

Teresi & Evans (1997) stellen einige Instrumente vor, die diesen Anforderungen am ehesten entsprechen. Zwei häufig eingesetzte Instrumente – ADAS und MDRS – sollen hier kurz beschrieben werden.

Die Alzheimers Disease Assessment Scale (ADAS) von Rosen et al. (1984) ist ein umfassendes Testinstrument zur Erfassung kognitiver und nicht kognitiver Störungen. Es beinhaltet insgesamt 21 Items (11 kognitive und 10 nicht-kognitive), die die Bereiche Gedächtnis, Sprache, praktische Fertigkeiten, Stimmung und Verhalten bewerten. Das Verfahren besteht aus drei Elementen: Aufgaben für den Probanden, ein Gespräch mit dem Probanden und Verhaltensbeobachtungen (Klingensiefel & Bruder 1999).

ADAS wurde nicht primär für die Diagnostik, sondern als Forschungsinstrument für klinische Studien zur Evaluation therapeutischer Maßnahmen bei einer Erkrankung an Alzheimer Demenz entwickelt (Ehrhardt & Plattner 1999). Es wird als unterstützendes diagnostisches Mittel eingesetzt und zur Verlaufsbeobachtung genutzt. Das Verfahren wird bei klinischen Untersuchungen, an denen Alzheimer Patienten teilnehmen, am häufigsten verwendet (Ehrhardt & Plattner 1999).

Insbesondere die Unterskala zu Kognition ADASCOG wird bei klinischen Studien sehr häufig eingesetzt (Teresi & Evans 1997). Die ADASCOG erreicht hohe Güterwerte und ist in der Lage, sehr differenziert zu messen. Für Personen in späteren Krankheitsstadien gibt es die Version ADASLATE, bei der außer kognitiven Kriterien auch funktionale Variablen und Verhaltensvariablen erfasst werden. Tests haben ergeben, dass der Maximumwert des ADASCOG bei Probanden ca. 8 Monate später als bei einer Messung mit der Blessed-Skala erreicht wird (Teresi & Evans 1997). Dies bedeutet, dass das Instrument weniger anfällig für das Auftreten von Bodeneffekten ist.

Ein weiterer, sehr häufig benutzter neuropsychologischer Test zur Erfassung kognitiver Defizite ist die Mattis Dementia Rating Scale (MDRS) (Mattis et al. 1976). Der Test erfasst unterschiedliche kognitive Bereiche und verschiedene Arten von Beeinträchtigungen.

Die MDRS umfasst fünf Subskalen:

- Aufmerksamkeits-Skala: z.B. die Fähigkeit, eine einfache Zahlenfolge zu wiederholen.
- Aufgaben-Skala: Beginn und konsequente Durchführung einer Aufgabenstellung, aber auch die Fähigkeit, während der Umsetzung einer Aufgabe, eine weitere Aufgabe zu übernehmen.

- Skala der konstruktiven Praxis: die Fähigkeit, Abbildungen (z.B. einfache geometrische Formen) nachzuzeichnen.
- Konzeptualisierungs-Skala: die Fähigkeit, Gemeinsamkeiten oder Unterschiede zwischen verbalen und visuellen Stimuli zu erkennen.
- Gedächtnis-Skala: Orientierung, Erinnerungsvermögen und Erkennen.

Die Skala hat im Vergleich mit anderen Instrumenten bessere Möglichkeiten, auch bei schwerer Demenz differenziert zu messen, da einige Items eine geringe Schwierigkeit aufweisen. Außerdem funktionieren die Items bezüglich der Dimension Aufmerksamkeit auch in späten Stadien noch sehr gut.

In einer modifizierten Form, nämlich der R-MDRS, wurde der Test bei den Studien des National Institute on Aging zu den Special Care Units eingesetzt. Bei der R-MDRS wurden die Wortlaute der Items nicht verändert, sondern es wurde eine Erweiterung bei „Nicht-Antworten“ eingeführt. Anhand von drei Optionen wird bewertet, warum es zu einem „Missing“ kommt. Die drei Optionen sind: die Unfähigkeit, einer Frage zuzuhören oder sie zu verstehen, die Verweigerung, eine Frage zu beantworten oder eine Aufgabe durchzuführen sowie physische oder sensorische Behinderungen, die die Beantwortung verhindern.

Grundsätzlich sind nach Einschätzung von Teresi & Evans (1997) weitere Verbesserungen notwendig, um Instrumente zu optimieren, die den Verlauf des kognitiven Abbaus über die Dauer der gesamten Erkrankung erfassen. Bis dato ungeklärt ist auch die Frage, ab welchem Punkt des Krankheitsstadiums kognitive Messungen nicht mehr sinnvoll sind.

5.3 Erfassung der Basisfunktionen im Alltag (ADL)

Nach der diagnostischen Klassifikation des ICD-10 stellen Beeinträchtigungen in den persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens ein Kriterium für das Vorliegen einer Demenz dar. Diese Einschränkungen determinieren bei der Versorgung der Erkrankten in hohem Maße den pflegerischen und betreuerischen Aufwand. In Pflegeeinrichtungen haben die Einschränkungen des Bewohners bei der Ausführung von Alltagsaktivitäten daher eine entscheidende Bedeutung. Sie bilden die Grundlage der Pflegeplanung und bestimmen im wesentlichen den Pflege- und Versorgungsbedarf.

Aus diesem Grund ist die Bewertung der Basisfunktionen im Alltag eine der am häufigsten untersuchten Variablen in der gerontologischen Forschung. Bei vielen Studien erfolgt die Effekt-Messung über Veränderungen bei den ADLs.

Die sogenannten Activities of Daily Living (ADL) erfassen Basisfunktionen im Alltag älterer Menschen. Entwickelt wurden die ADLs zunächst, um das Potential von institutionalisierten Personen zu messen und um zu überprüfen, wo Verbesserungen erzielt werden können (Lawton 1994). Katz und seine Mitarbeiter waren die erste Forschergruppe, die in den 60iger Jahren ADLs einsetzten. Sie entwickelten den Katz-ADL (1963), um Effekte bei der Untersuchung von Rehabilitationsmaßnahmen bei chronisch kranken alten Menschen zu erfassen.

Mittlerweile gibt es eine große Fülle von Instrumenten, die die Basisfunktionen im Alltag messen. Einen Überblick hierzu bieten Lawton (1994) und Morris et al. (1997). Morris beschreibt in seinem Artikeln 27 Instrumente, die zur Erfassung der ADLs entwickelt wurden. Fast alle Instrumente erfüllen die geforderten methodischen Gütekriterien äußerst zufriedenstellend.

Das in Deutschland am häufigsten eingesetzte Instrument zur Erfassung der ADLs ist der Barthel-Index (Mahoney & Barthel 1965). Er wurde bereits in den 60iger Jahren kurz nach dem Katz-ADL entwickelt. Im Vergleich zum Katz-ADL ist der Barthel-Index jedoch umfassender und stärker differenziert. Der Barthel-Index ist auch Teil des geriatrischen Basisassessments, das von der Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (AGAST) entwickelt wurde.

Die meisten ADL-Messinstrumente werden generell in Pflegeeinrichtungen eingesetzt und sind nicht spezifisch auf den Personenkreis der demenziell erkrankten Bewohner ausgerichtet.

Ein spezielles Instrument zur ADL Messung bei Demenz ist die Bristol Activities of Daily Living in Dementia (Bucks et al. 1996). Es handelt sich dabei um eine Fremdbeurteilung durch Pflegepersonal oder sonstige Betreuungskräfte, die 20 ADLs umfasst. Der Einsatz liegt jedoch eher im Bereich der häuslichen Betreuung. Der Vorteil des Instruments besteht darin, dass die Antwortmöglichkeiten bei den Items so aufbereitet sind, wie es bei demenzerkrankten Personen erforderlich ist. So gibt es z.B. bei Item 5 „Ankleiden“ die Antwortmöglichkeit „Zieht Kleider selbst an, aber in falscher Reihenfolge“.

5.4 Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten

Nicht-kognitive, psychopathologische Störungen werden von professionell Pflegenden und pflegenden Angehörigen belastender empfunden als kognitive Störungen. Sie werden als hoher Risikofaktor für eine Heimunterbringung angesehen (Klingensfeld & Bruder 1999). Das Auftreten dieser Störungen ist nur zum Teil von den Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungen und Alltagsaktivitäten sowie von der Dynamik der Krankheitsentwicklung abhängig. In bezug auf das Auftreten von bestimmten Verhaltensweisen konnte eine große Variabilität zwischen den Erkrankten festgestellt werden (Cohen-Mansfield 1996). Aber auch im Einzelfall verändert sich das Verhalten während des Krankheitsverlaufs stark. Es gibt eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dass bestimmte Verhaltensauffälligkeiten eher in frühen Stadien, andere eher in späten Stadien auftreten. Viele Studien haben jedoch nur geringe Korrelationen zwischen dem Grad der kognitiven Einschränkung bzw. dem Ausmaß der ADL-Einschränkungen und dem Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten gefunden (Office of Technology Assessment 1992)

Das Auftreten von bestimmten Verhaltensweisen wird daher von einigen Autoren auf ein Zusammenwirken von verschiedenen krankheitsbedingten, persönlichen und umweltspezifischen Faktoren zurückgeführt (Lawlor 1996). Die in Teil A vorgestellten Studien zu Verhaltensinterventionen belegen, dass Umweltfaktoren sowie der Umgang mit den Erkrankten einen sehr großen Einfluss auf das Verhalten haben können.

Ein Abbau von Verhaltensauffälligkeiten kann durch entsprechende Maßnahmen bei der baulichen Gestaltung und in besonderem Maße durch den sozialen Umgang erreicht werden. In vielen Studien werden auf entsprechende Beeinflussungsmöglichkeiten hingewiesen (vgl. Lind 2000).

In Studien zu speziellen Betreuungsansätzen wie z.B. den SCUs wird davon ausgegangen, dass durch die spezifische Betreuung insbesondere bei den sogenannten herausfordernden Verhaltensweisen (challenging behaviour) positive Veränderungen bei den Betroffenen erreicht werden können. Daher dient das Verhalten bei den meisten Studien als wichtiges Outcomekriterium.

Zur Erfassung des Verhaltens bei dementiell erkrankten Menschen liegen eine Fülle von Instrumenten vor. Einen ausführlichen Überblick bieten z.B. Teri & Logsdon 1994, Zaudig 1996, Cohen-Mansfield 1996, Teri et al. 1997, Tariot et al. 1997, Mulsant et al. 1997 und Kurz 1998.

In der Regel werden die Verfahren danach unterschieden, ob die Datenerhebung durch Beobachtung, Befragung oder Fremdbeurteilung erfolgt. Ein weiteres Unterscheidungskriterium besteht darin, ob das Verhalten generell erfasst oder nur spezifische Verhaltensweisen wie z.B. aggressives Verhalten betrachtet werden.

Im folgenden werden drei sehr häufig eingesetzte Verfahren vorgestellt, deren Einsatz bei Studien in Pflegeeinrichtungen sinnvoll erscheint: BEHAVE-AD (Reisberg et al. 1987), Neuropsychiatric Inventory (Cummings 1994 und 1997) und Cohen-Mansfield Agitation Inventory (Cohen-Mansfield 1992).

Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease BEHAVE-AD (Reisberg et al. 1987) wurde entwickelt, um Verhaltensveränderungen bei Personen als Folge medikamentöser Interventionen zu erfassen (Teri 1997). Das Instrument umfasst 25 Items, die auf einer dreistufigen Skala bewertet werden. Die Items werden zu folgenden sieben Bereichen aggregiert: Paranoia/Wahn, Halluzinationen, Störungen bei der Durchführung von Aktivitäten, Aggression, Störungen im Schlaf-Wachrhythmus, affektive Störungen und Angst- bzw. Phobiesymptome.

Das Instrument wurde auf der Basis empirischer Daten entwickelt, indem die Pflegedokumentationen von ambulanten Patienten mit Demenz vom Alzheimer Typ rückwirkend ausgewertet wurden (Tariot et al. 1997). Mittlerweile wurde das Instrument bei vielen Studien auch in Pflegeheimen eingesetzt. Die Erhebung erfolgt durch klinisches Fachpersonal oder eine entsprechend geschulte Pflegekraft. Das betreuende Personal wird zu der Person befragt. Bei der Befragung wird rückblickend ein zweiwöchiger Zeitraum bewertet, wobei vor allem der Schweregrad des auftretenden Verhaltens eingeschätzt werden soll, nicht die Häufigkeit. Die Befragung dauert 25-35 Minuten. Die BEHAVE-AD erreicht adäquate Reliabilitäts- und Validitätsbewertungen (Tariot et al. 1997). Die Methode kann bei moderat bis schwer erkrankten Personen eingesetzt werden und eignet sich sowohl zur Durchführung von Langzeitstudien als auch bei multizentrischen Studien. Kritisiert wird, dass bestimmte typische Verhaltensweisen wie z.B. agitiertes Verhalten oder Apathie nicht berücksichtigt werden. In den USA ist BEHAVE-AD, das am häufigsten genutzte Verfahren zur Verhaltensbeobachtung, auf deren Grundlage andere Skalen wie z.B. CUSPAD und CERAD-BRS entwickelt wurden.

Das Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Cummings et al. 1994, Cummings 1997) wurde als einfaches Instrument zur Befragung pflegender Angehöriger und in einer speziellen Version auch für Pflegende in stati-

onären Einrichtungen (Wood 1999) entworfen. Das NPI deckt 10 Verhaltenskategorien ab: Wahn, Halluzinationen, Agitation, Depression, Angst, Euphorie, Apathie, Enthemmung, Gereiztheit, unnatürliches motorisches Verhalten, nächtliches Verhalten, Änderungen bei Appetit- und Essverhalten.

Um die Bearbeitungszeit zu verkürzen, nutzt das Instrument ein zweistufiges Verfahren. Zunächst wird der befragten Person eine Screeningfrage für den jeweiligen Verhaltensbereich gestellt. Wenn diese positiv beantwortet wird, erfolgt die Bearbeitung von bis zu acht weiteren Fragen. Diese Follow-up Fragen beziehen sich sowohl auf die Häufigkeit als auch auf die Schwere der Verhaltensauffälligkeit. Als weitere Kategorie wird die aus dem Verhalten resultierende Beanspruchung der Pflegeperson erfasst. Daraus folgen vier Bewertungen jeder Verhaltenskategorie: Häufigkeit, Schwere, Total (Häufigkeit mal Schwere) und Beanspruchung.

Bei einer vollständigen Bearbeitung des NPI sind 92 Fragen zu beantworten, was ca. 35 min. in Anspruch nimmt. Im Regelfall ist die Bearbeitungszeit jedoch kürzer, da selten alle Verhaltenskategorien vorliegen. Der Vorteil des Instruments liegt daher auch in der ökonomischen Bearbeitung. Außerdem benutzt das NPI eine klare und einfache Sprache (Tariot et al. 1997). Hervorzuheben ist auch, dass das Instrument bestimmte Verhaltenskategorien wie z.B. Euphorie, Enthemmung und Labilität abdeckt, die in anderen Instrumenten nicht bewertet werden.

Insgesamt erreichen die bis dato untersuchten psychometrischen Daten bei diesem Instrument gute Werte. Allerdings ist das Instrument noch sehr neu und noch nicht in großem Umfang eingesetzt worden.

BEHAVE-AD und NPI sind beides Instrumente, die darauf ausgelegt sind, einen umfassenden Verhaltensstatus der untersuchten Person zu erfassen. Darüber hinaus gibt es auch ein Vielzahl von Instrumenten, die nur bestimmte Verhaltensdimensionen bewerten. Ein in Pflegeeinrichtungen sehr häufig benutztes spezifisches Erhebungsinstrument ist das Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory (CMAI), mit dem agitierte Verhaltensweisen erfasst werden können. Das CMAI wurde auf empirischer Basis entwickelt und beruht auf ausführlichen Beobachtungen von Pflegeheimbewohnern, unter denen auch Demente waren. Diese Studie ist eine der umfangreichsten, die es zu dieser Thematik gibt. Das Instrument wurde speziell für Pflegeheime entwickelt und ist in bezug auf agitiertes Verhalten die am häufigsten genutzte Skala.

Das Instrument umfasst 29 beobachtbare agitierte Verhaltensweisen. Die Skala wird von qualifiziertem Personal ausgefüllt. Das Verhalten wird über einen Zeitraum von zwei Wochen bewertet. Die Bewertung des Verhaltens erfolgt auf einer siebenstufigen Likert-Skala, entsprechend der Häufigkeit des Auftretens der Verhaltensweise. Die Reliabilitätswerte des Instrumentes sind gut (Teri 1997). Durch Faktorenanalysen, die durchgeführt wurden, ergaben sich vier Faktoren: aggressives Verhalten, körperlich nicht-aggressives Verhalten, verbal agitiertes Verhalten und Verstecken bzw. Horten von Gegenständen.

Das Instrument kommt in leicht modifizierter Form auch in Deutschland immer häufiger zum Einsatz (Klingefeld & Bruder 1999). Bei den Hamburger Rahmenvereinbarungen für die besondere stationäre Demen-tenbetreuung wurde die CMAI genutzt, um Personen mit besonderem Betreuungsbedarf zu identifizieren. Da das Instrument Verhaltensweisen erfasst, die bei der Pflege und Betreuung problematisch sind, hat es eine besondere Bedeutung bei der Pflegebedürftigkeitsbegutachtung.

5.5 Exkurs: Mehrdimensionale Fremdbeurteilungsverfahren

Es wurde bereits mehrfach dargestellt, dass ein entsprechendes Bewohnerassessment nicht nur bei wissenschaftlichen Studien von Bedeutung ist, sondern auch in der pflegerischen Praxis eine wichtige Rolle spielt. Bewohnerassessments können dazu beitragen, die Qualität in der Pflege zu verbessern, da einheitliche, objektivierte Daten für die Pflegeplanung genutzt werden können.

Es liegen eine Reihe von Instrumenten vor, die mehrere Dimensionen (z.B. ADLs, kognitive Fähigkeiten und Verhalten) abdecken und in der Praxis von den Pflegemitarbeiterinnen eingesetzt werden können. Die Instrumente werden als Hilfsmittel verstanden, um geeignete Interventionen zu finden. Die ermittelten Daten, die aus pflegerischer Sicht relevant sind, können dann unter Anleitung des Pflegepersonals genutzt werden, um Ausgangsdaten für eine Pflege- und Interventionsplanung zu stellen. Instrumente, deren Nutzen sich nicht nur auf den wissenschaftlichen Kontext beschränken, sondern in der Pflege eingesetzt werden können, sind in der Regel für das Pflegepersonal gut handhabbar.

Das regelmäßige Durchführen von Bewohnerassessments gehört in deutschen Einrichtungen nicht zum Standard. In den USA sind Einrichtungen, die staatlich gefördert werden mittlerweile verpflichtet, regelmä-

Bige Assessments durchzuführen, was zu deutlichen Verbesserungen in der Pflegeplanung und -dokumentation geführt hat (Gilgen & Garms-Homolova 1995). Bei den Erhebungen in amerikanischen Einrichtungen wird das Minimum Data Set (MDS), ein Teil des Resident Assessment Instrument (RAI), eingesetzt. RAI wurde in Folge des Omnibus Budget Reconciliation Act (1987) entwickelt. Diese staatliche Maßnahme hatte zum Ziel, die Qualität in den amerikanischen Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Mit dem MDS werden in den USA jährlich ca. fünf Millionen Bewohnerassessments in staatlich geförderten Einrichtungen durchgeführt.

Die Ziele des MDS (Gilgen & Garms-Homolova 1995) sind:

1. Das MDS soll die bisherige meist unstrukturierte Klientenbeurteilung ersetzen und vereinheitlichen.
2. Das MDS soll einen Lernprozess bei den Benutzern auslösen und die Einbindung von strukturiert erhobenen Assessmentdaten in die Pflegeplanung fördern.
3. Das MDS soll die Pflegeplanung und damit auch die Pflege verbessern und letztendlich die Lebensqualität des Bewohners steigern.

Das MDS ist ein sehr ausführliches Instrument. Es umfasst 250 Items und die Bearbeitung dauert etwa 1 Stunde und 20 Minuten pro Bewohner. Bei der Durchführung eines Assessments wird meist der Zustand des Bewohners innerhalb der letzten sieben Tage zugrunde gelegt. Mit dem MDS erfolgt eine Beurteilung von Lebensgewohnheiten, kognitiven Fähigkeiten, Sehfähigkeit, ADL, Kontinenz, psychosoziales Wohlbefinden, Stimmungslage und Verhalten, Aktivitäten, Krankheitsdiagnosen, Mundstatus, Haut, Medikamente und spezielle Behandlungen. In der Regel kann das MDS bei der Aufnahme in die Einrichtung, bei Statusveränderungen oder zur regelmäßigen Beurteilung durchgeführt werden.

Das MDS ist ein generelles Assessmentinstrument, das bei allen, in stationären Einrichtungen lebenden Bewohnern, eingesetzt werden kann.

Ein weiteres Verfahren, die Revised Elderly Persons Disability Scale (REPDS), wurde speziell für den Einsatz in psychogeriatrischen Pflegebereichen entwickelt (vgl. Carr & Chapman 1997).

Fleming und Bowles (1994) haben die REPDS in New South Wales (Australien) aus anderen Instrumenten weiterentwickelt. Sie dient in erster Linie als Hilfsmittel für die Pflegeplanung, da es dem Pflegepersonal eine gemeinsame Sprache vermittelt (Carr & Chapman 1997).

Dieses Instrument trägt dazu bei, die Bewohnerbeobachtung zu standardisieren. Ziel ist die Entwicklung von individuellen Pflegeplänen, die sich stärker auf soziale und psychologische Kompetenzen konzentrieren als auf medizinische Probleme. Das Instrument erlaubt auch die Dokumentation von Statusveränderungen und dient als Hilfsmittel, um die geeignete Versorgungsform für den Betroffenen zu finden.

Das REPDS ist ein umfassendes Instrument, das von einer Schlüsselperson in der Betreuung des jeweiligen Bewohners bearbeitet wird. Es umfasst sieben Subskalen: körperliche Probleme, Fähigkeit zur Selbsthilfe, Verwirrung, Verhalten, Soziabilität, psychiatrische Beobachtungen und Unterstützungsbedarf in der Pflege.

Das Instrument wird in Australien als Standardassessment in allen CADE Einrichtungen (australische Form der SCUs) eingesetzt. Auch viele britische Einrichtungen nutzen mittlerweile die REPDS.

MDS und REPDS sind zwei Instrumente, die explizit als mehrdimensionale Assessmentverfahren für die Pflegeplanung und nicht primär zu wissenschaftlichen Zwecken entwickelt wurden. Anders verhält es sich mit den beiden folgenden Instrumenten: MOSES und NOSGER. Bei beiden standen wissenschaftliche Interessen bei der Entwicklung im Vordergrund. Aus der Sicht der Autoren eignen sie sich jedoch auch gut zur Nutzung in der pflegerischen Praxis.

Die Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES) (Helmes et al. 1987) wurde entwickelt als standardisiertes Instrument, um den physischen Pflegebedarf und die intellektuellen Kompetenzen von Bewohnern in Pflegeeinrichtungen zu erfassen (Tariot 1997). MOSES verfolgt das Ziel, ein kurzes, multidimensionales Instrument zu sein, mit dem das Pflegepersonal ohne Kooperation mit dem Bewohner Bewertungen vornehmen kann.

MOSES dient als Hilfsmittel zur Bestimmung von institutionellen Anforderungen bei der Aufnahme in die Einrichtung, Veränderungen im Bewohnerstatus und Programmevaluation (Helmes et al. 1987). Es kann darüber hinaus als valides und reliables Assessment-Instrument für jede beliebige Forschungsfrage eingesetzt werden. MOSES wurde im Rahmen eines Längsschnitt-Forschungsprogramms entwickelt und basiert auf Faktorenanalysen früherer Instrumente, um relevante Bereiche zu identifizieren, die für die Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen bedeutungsvoll sind.

Die Skala umfasst insgesamt 40 Items. Jeweils acht Items beschreiben fünf Kategorien: Selbstversorgungskompetenz, desorientiertes Verhalten, depressive/ängstliche Stimmung, gereiztes Verhalten und Rückzugstendenzen. Der Fragebogen wird selbständig von derjenigen Pflegekraft ausgefüllt, die am häufigsten Kontakt mit dem Bewohner hat. Das Instrument ist sensitiv für Veränderungen im Krankheitsverlauf, leicht zu benutzen und einfach formuliert. Ein weiterer Vorteil ist, dass MOSES auch positive oder angemessene Verhaltensweisen erfasst, was andere Instrumente nicht tun. Die Güte des Instruments ist insgesamt zufriedenstellend.

Die Nurses Observation Scale for Geriatric Patients NOSGER (Brunner & Spiegel 1990) bewertet Verhaltens- und Leistungsbereiche, die für ältere Menschen im Alltag von Bedeutung sind. Das Instrument stellt eine Weiterentwicklung von NOSIE, einer aus der Psychiatrie bekannten Skala dar (Brunner & Spiegel 1990). NOSGER kann sowohl zu Hause als auch in Alten- und Pflegeheimen angewendet werden.

Gearbeitet wird mit 30 Items, die den Dimensionen Gedächtnis, Alltagsaktivitäten, Körperpflege, Stimmung, soziales und störendes Verhalten zuzuordnen sind und in fünf Stufen beurteilt werden (Brunner & Spiegel 1990). Die NOSGER kann von Angehörigen oder Pflegekräften aufgrund von Beobachtungen im Alltag ausgefüllt werden.

Ein wesentliches Ziel der NOSGER ist es, ein leicht verständliches und auch von Laien anwendbares Inventar von Verhaltensweisen zur Verfügung zu haben. Gefragt wird nach der Häufigkeit des Auftretens von Symptomen, nicht nach deren Intensität. Das Instrument wurde primär für den Einsatz in wissenschaftlichen Studien entwickelt und ist in seiner Benutzung sehr einfach.

6 Umweltassessment

6.1 Modelle zur Beschreibung der Umwelt

Eine der wesentlichen Fragen, wenn es um die Versorgung dementiell Erkrankter geht, ist die nach dem geeignetsten Versorgungssetting. Wie muss die Umgebung des Erkrankten gestaltet sein, damit eine Versorgung gewährleistet ist, die in hohem Maße den Bedürfnissen gerecht wird? Dies ist deshalb so wichtig, weil demente Menschen weniger Möglichkeiten haben, umweltbedingte Belastungen wie z.B. Lärm, Unruhe oder fehlende Rückzugsmöglichkeiten zu bewältigen. Demenzkranke sind sehr verwundbar. Die krankheitsbedingten kognitiven Störungen schränken den Betroffenen in der Wahrnehmung seiner Umweltkontrolle ein, so dass er den vielfältigen Umweltreizen und Belastungen oft hilflos ausgeliefert ist.

Daher ist eine angemessene Umwelt wesentlich für das Wohlbefinden der Betroffenen (vgl. Heeg 1995, 1996, 2000). Dies wird besonders deutlich, wenn man die Tatsache berücksichtigt, dass nach Einschätzung von Experten viele der sogenannten Verhaltensauffälligkeiten auf ungünstige Umweltbedingungen zurückzuführen sind. Daher ist es im Rahmen einer Interventionsplanung wesentlich, genau zu analysieren, unter welchen Umweltbedingungen bestimmte Verhaltensweisen auftreten und wie diese durch Änderungen in der Umwelt positiv beeinflusst werden können. Der mittlerweile verbreitete milieuthérapeutische Ansatz nutzt genau diese Wirkung der Umwelt, indem versucht wird, die Umweltbedingungen soweit als möglich an die besonderen Bedürfnisse der Erkrankten anzupassen.

Studien, die sich mit der Wirkung von Heimumgebungen befassen, müssen sich mit folgenden Fragestellungen auseinandersetzen (vgl. Grant 1994, Weisman 1994, Netten 1993):

1. Wie lässt sich die Umwelt am besten definieren?
2. Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Umwelt und den Auswirkungen, die diese auf demente Menschen hat?
3. Welche Umweltfaktoren sind für welchen Personenkreis besonders relevant?
4. Welche Methoden eignen sich, um die Umwelt in besonderen Betreuungssettings für dementiell erkrankte Bewohner zu bewerten?

Die in Teil A beschriebenen ökologischen Konzepte zur Versorgung dementiell Erkrankter, verweisen auf unterschiedliche theoretische Mo-

delle zur Beschreibung der Beziehung zwischen Umwelt und dementer Person. Bei der Frage nach der Umsetzung der genannten theoretischen Modelle in ein praktikables Untersuchungsdesign tauchen sehr schnell Grenzen auf.

Legt man z.B. das Kongruenzmodell von Kahana einem Studiendesign zugrunde, so würde man idealerweise die „vollkommene“ Lebensqualität der Bewohner als „outcome“ messen können. Hohe Lebensqualität bedeutet bei diesem Ansatz, dass spezifische individuelle Bedürfnisse und Umweltfaktoren optimal übereinstimmen („Passung“). Es wäre möglich, sowohl die Beziehung zwischen der „Umwelt-Passung“ und der Lebensqualität, als auch den Einfluss einzelner Faktoren der Umwelt auf den Grad der „Passung“ zu ermitteln. Von solch einem Modell ausgehend, müsste bestimmt werden können, welcher Bewohner sich in welcher Umgebung am wohlsten fühlen würde. Denkbar wäre, dass zum Beispiel Bewohner mit bestimmten Merkmalen wie männlich und depressiv ein hohes Bedürfnis nach Ordnung hätten und sich deshalb in einer Umgebung mit eindeutig definierten Regeln wohlfühlen würden. Die grundlegende Schwierigkeit in diesem komplexen Beziehungsgeflecht mit seiner Vielzahl an Variablen ist, die Wirkfaktoren zwischen demenzkranken alten Menschen und ihrer Umwelt zu isolieren. Des Weiteren ist es fast unmöglich, die tatsächlichen Bedürfnisse des Erkrankten zu erfassen und die Outcomevariable Lebensqualität zu beurteilen.

Diese Schwierigkeiten legen nahe, dass Modelle, bei denen der Schwerpunkt auf den „final outcomes“ liegt, nicht geeignet sind, Einflüsse der Umwelt zu untersuchen. Angemessener erscheint z.B. das sozial-ökologische Modell (Lawton 1979 und Moos 1976). Die Betonung liegt hier auf den Anforderungen, die die Umwelt an den Menschen stellt. Diese Anforderungen werden „environmental press“ genannt und empirisch definiert:

„An environmental stimulus or context is seen as having potential demand character for any individual if empirical evidence exists to demonstrate its association with a particular behavioral outcome for any group of individuals“ (Lawton 1983).

Die Variable Lebensqualität wird nicht direkt angesprochen. Es wird angenommen, dass der, für den einzelnen ideale „environmental press“, positive Auswirkungen auf das Verhalten hat und angemessene Verhaltensweisen bewirkt. Was ideal ist, hängt sowohl von der Kompetenz des Individuums als auch von verschiedenen Dimensionen der Umwelt ab. Da diese Dimensionen im Prinzip messbar sind, ist dies ein guter

Ausgangspunkt für die Entwicklung eines theoretischen Modells, das die Lebensqualität von demenzkranken Bewohnern zur Umwelt in Beziehung setzt (Netten 1993). Die Effekte (outcomes) werden gemessen an Verhaltens- und Kompetenzveränderungen. Die Auswirkung von Umwelтанforderungen (press) hängt von der mentalen und physischen Kompetenz des Individuums (docility) ab. Zu großer oder zu kleiner Druck führt zu unangepasstem Verhalten. Wie der Bewohner den Druck wahrnimmt (cognitive appraisal), hängt von beidem ab, der Umwelt und der Kompetenz des Bewohners und wird beeinflusst von der Art und Weise, wie der Bewohner damit umgeht (coping response). „Coping responses“ in der stationären Versorgung beinhalten z.B. soziale Beteiligung, territoriales Verhalten und Orientierung. Jeder dieser Faktoren (personal competence, environmental influences, cognitive appraisal und coping responses) trägt langfristig dazu bei, die Fähigkeiten und Kompetenzen des Bewohners, sowie seine Verhaltensmuster zu beeinflussen. Der sozial-ökologische Ansatz basiert auf der „Docilitythese“: Je weniger kompetent der Bewohner ist, desto größer ist der Einfluss der Umwelt auf ihn (Lawton et al. 1982).

Sowohl Lawtons Ansatz, als auch das theoretische Modell zur Multiphasic Environmental Assessment Procedure von Moos waren bei vielen Untersuchungen äußerst einflussreich, um die Beziehung zwischen der Umwelt und dem Verhalten alter Menschen zu bewerten. Im folgenden werden Untersuchungsmodelle aus den USA und aus Großbritannien beschrieben, die den Ansätzen von Lawton und Moos folgen.

6.1.1 Environment-behaviour System (Weisman 1994)

Einrichtungen für alte Menschen mit kognitiven Einschränkungen werden als „environment-behavior systems“ (EB systems) gesehen.

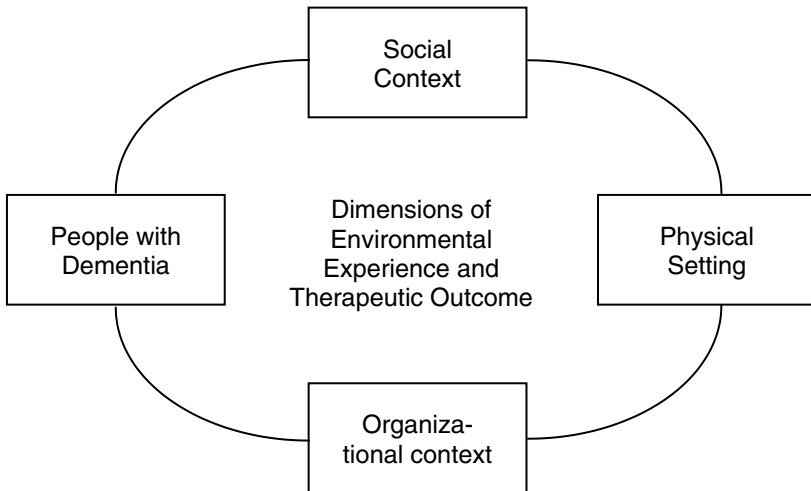
Es gibt vier interagierende Subsysteme, die die Umwelt des Menschen abbilden:

1. Menschen mit Demenz
2. Sozialer Kontext
3. Organisatorischer Kontext
4. Physische Umgebung

Durch Interaktion entsteht das fünfte Element:

5. Therapeutische Dimensionen der erlebten Umwelt

Schaubild: EB Systems Modell für Einrichtungen für kognitiv beeinträchtigte alte Menschen



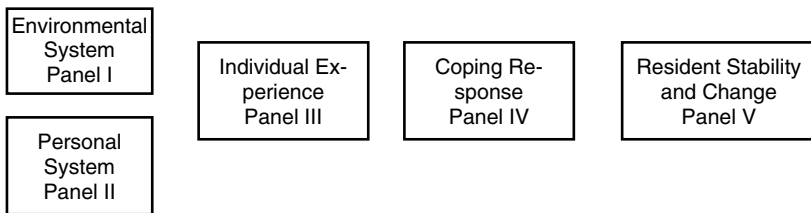
Eine große Anzahl von Forschern, die sich mit der Umwelt für alte Menschen mit kognitiven Einschränkungen beschäftigt haben, haben Qualitäten der Umwelt definiert, die als therapeutisch angesehen werden (z.B. Calkins 1988; Cohen & Weisman 1988; Lawton et al. 1984; Sloane & Mathew 1991). Eine Synthese dieser Versuche führt zu acht „therapeutischen Dimensionen der erlebten Umwelt“ (Weisman 1997):

1. Sicherheit und Geborgenheit (Safety and Security)
2. Unterstützung von Wahrnehmung und Orientierung (Awareness and Orientation)
3. Möglichkeiten für soziale Kontakte (Opportunities for Socialization)
4. Regulierte sensorische Stimulation (Regulated Sensory Stimulation)
5. Unterstützung von funktionalen Fähigkeiten (Supportive of Functional Abilities)
6. Möglichkeiten zur Regulierung von Privatheit (Provisions for Privacy)
7. Bezug zum bisherigen Lebenszusammenhang (Ties to the Healthy and Familiar)
8. Autonomie und Kontrolle (Autonomy and Control)

Diese therapeutischen Dimensionen sind zentral, um die Beziehung zwischen alten Menschen mit kognitiven Einschränkungen und der Umwelt, in der sie wohnen, zu verstehen. Sie bilden eine Basis, um Merkmale der Umwelt zu übergeordneten Dimensionen zusammenzufassen und um Beziehungen zu den therapeutischen Effekten herzustellen. In diesem Zusammenhang ist das Meßinstrument TESS besonders hervorzuheben: Das Instrument wurde explizit aus einer Reihe von fünf „therapeutischen Prinzipien“ abgeleitet, die als relevant bei der Pflege von demenzkranken Menschen beurteilt wurden (Weisman 1997).

6.1.2 Model of Environmental Effect (Netten 1993)

Das Untersuchungsmodell, das Netten (1993) in ihrer Studie benutzt hat, basiert auf dem theoretischen Ansatz von Lemke und Moos (1985).



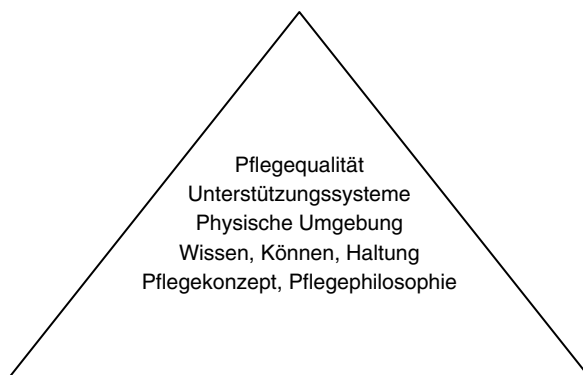
Erklärung der Teilaspekte:

- „Environmental system“ repräsentiert übergeordnete Einflüsse der Umwelt, die für die Einrichtung charakteristisch sind, z.B. Pflegesystem.
- „Individual Experience“ repräsentiert Einflüsse, die speziell auf den einzelnen Bewohner wirken (z.B. der individuelle Pflegeplan). Die „individual experience“ hängt sowohl von übergeordneten Einflüssen als auch von den Kompetenzen des einzelnen Bewohners (personal system) ab. Auch persönliche Beziehungen zu anderen Menschen, einschließlich Besuchern, werden als direkte „individual experience“ der sozialen Umwelt angesehen.
- „Coping Response“ repräsentiert den Versuch des Individuums entweder sich oder die Umwelt als Reaktion auf einen spezifischen Umwelteinfluss, anzupassen.
Beispiel: Bewohner, die den Weg zu einem Ziel finden, kommen zu recht (cope) mit ihrem individuellen Erleben (individual experience) der physischen Umwelt. Das individuelle Erleben hängt sowohl von

der Gestaltung der Umwelt, als auch von der Kompetenz des Individuums ab. Haben Bewohner Schwierigkeiten ihren Weg zu finden, so entwickelt sich vielleicht angepasstes Verhalten, z. B. indem nur noch spezifische Bereiche genutzt werden. Übermäßiger Druck durch die Umwelt (z. B. durch eine besonders verwirrende Wegführung) im Verhältnis zum Grad der Kompetenz eines Bewohners ergibt u.U. schlecht-angepasstes Verhalten, wie z.B. erhöhte Apathie.

Beide Modelle sind sehr komplex, und es gibt bisher wenig Untersuchungen, die die Einflüsse der Umwelt auf das Erleben und Verhalten von Demenzerkrankten umfassend abbilden. Eine Ausnahme bildet eine Studie von Bowie & Mountain (1992, 1997). In der Regel beschränken sich die Untersuchungen darauf, einzelne Variablen der Umwelt zu isolieren und deren Einfluss auf das Verhalten zu untersuchen, wie z.B. die Einrichtung eines Aufenthaltsbereiches.

Eine Frage, die bisher auch noch nicht umfassend beantwortet ist, bezieht sich auf die Bedeutung der jeweiligen Umweltdimensionen. Ein Ansatz hierzu ist das Total Environment Quality of Care Model von Coulson & White (1997). Dieses Modell basiert auf dem Konzept eines hierarchisch geordneten Systems. Es wird davon ausgegangen, dass Qualität für demente Bewohner nur erreicht werden kann, wenn bestimmte Umweltbedingungen erfüllt sind. Dabei stehen die Umweltfaktoren in einer hierarchischen Ordnung. Dieses Modell wurde auf der Basis von Literaturlauswertungen und bereits bestehenden Modellen entwickelt. Der Aufbau der Hierarchie sieht wie folgt aus:



Die oberste Stufe des Modells – Pflegequalität – kann nur erreicht werden, wenn die unteren Ebenen erfüllt sind. Dies bedeutet z.B. konkret, dass es nicht ausreicht eine baulich angemessene Gestaltung in einer

Einrichtung umzusetzen, wenn nicht eine entsprechende Konzeption und ein geeignetes Wissen beim Personal vorhanden ist.

6.2 Methoden zur Bewertung der Umwelt

Im folgenden Kapitel werden Instrumente vorgestellt, die mittlerweile für die Bewertung der Umwelt dementiell erkrankter Bewohner entwickelt wurden. Wesentliche Impulse für die Entwicklung gaben dabei die Studien zu den SCUs in den USA. Legt man die zuvor beschriebenen Modelle zugrunde bzw. geht man von einem ganzheitlichen milieutherapeutischen Ansatz aus, so benötigt man im wesentlichen Instrumente, um die folgenden Umweltdimensionen bewerten zu können:

- bauliches Milieu
- organisatorisch-strukturelles Milieu
- soziales Milieu (insbes. Wahrnehmung, Einstellung und Wissen der Betreuer)
- Umgang mit den Demenzerkrankten

Die meisten der vorliegenden Instrumente bewerten das bauliche Milieu sowie die organisatorischen Gegebenheiten. Hierzu sollen folgende Instrumente vorgestellt werden.

- Nursing Unit Rating Scale (NURS)
- Therapeutic Environment Screening Scale (TESS)
- Professional Environmental Assessment Protocol (PEAP)
- Physical Environment Rating Scale
- Resource for Evaluation and Modifications Optimizing Dementia Care Units (REMODEL)

Das umfangreichste und am besten entwickelte Instrument zur Beurteilung von Umwelten für ältere Menschen ist die Multiphasic Environmental Assessment Procedure (MEAP). MEAP wurde jedoch nicht speziell auf die Bedürfnisse dementiell erkrankter Menschen ausgerichtet. Es wird trotzdem detailliert beschrieben, weil alle Komponenten von MEAP wichtige Aspekte für diese Zielgruppe beinhalten und einige Skalen bei Studien mit dementen Menschen eingesetzt wurden (z.B. Netten 1993).

Zwei weitere Instrumente (QUIS und Pleasant Event Schedule), die in diesem Kontext vorgestellt werden sollen, können nicht eindeutig als Umweltassessmentverfahren eingestuft werden, da sie sich auch auf die Lebensqualität der Bewohner beziehen. Da jedoch bei beiden

organisatorische Aspekte sowie der Umgang mit den Bewohnern bewertet werden, sollen sie in diesem Kontext beschrieben werden.

6.2.1 Nursing Unit Rating Scale (NURS)

NURS wurde im Rahmen einer Studie für das National Institute on Aging entwickelt. Ziel war es, ein Verfahren zu entwickeln, das eine Systematisierung der SCUs erlaubt und Unterschiede zwischen SCUs und Nicht-SCUs beschreibt (Grant 1998). Im Rahmen der Studie wurden 59 Einrichtungen mit insgesamt 390 SCUs mit 64 Einrichtungen ohne SCUs verglichen (Grant 1998).

NURS wird derzeit eingesetzt, um eine Typologie für Pflegebereiche aufzustellen. Es unterscheidet sich von den meisten anderen Instrumenten dadurch, dass seine Entwicklung darauf beruht, identische Dimensionen der Umwelt auf der Ebene der Pflegebereiche in SCUs und Nicht-SCUs zu beurteilen. Nur durch unterschiedliche Merkmale in Bezug auf die gleichen Umweltdimensionen kann eingeschätzt werden, was SCUs im Vergleich zu anderen Pflegebereichen „speziell“ macht.

NURS entwickelt eine Taxonomie der Umwelt anhand von sechs Dimensionen, die SCUs und Nicht-SCUs unterscheiden lassen:

1. „Separation“: Inwieweit sind demente und nicht-demente Menschen physisch und sozial voneinander separiert.
2. „Stimulation“: Wieviel Sinnesreize werden den Menschen mit Demenz durch die physische Umwelt und geplante Aktivitäten geboten.
3. „Stability“: Inwieweit wird Konsistenz geboten bzgl. geplanter Aktivitäten, Mitarbeiter und sozialer Umwelt.
4. „Complexity“: Ausmaß an Komplexität in der visuellen räumlichen Umwelt und der Angebote.
5. „Control“: Inwieweit wird problematisches Verhalten von Demenzkranken im Wohnbereich von den normativen Erwartungen der Mitarbeiter toleriert.
6. „Continuity“: Inwieweit bietet der Wohnbereich eine heimische oder familiäre Atmosphäre und wie wird die Vergangenheit der Bewohner eingebunden.

(Grant 1994)

Mit NURS sollen in erster Linie diejenigen Merkmale der Pflegekonzeption reflektiert werden, die nicht so einfach beobachtet werden können. Einige der abgefragten Punkte stellen Attribute der physischen Umwelt dar. Die meisten Items beschreiben jedoch Aspekte der sozialen Umwelt. Die Fragen werden mit Hilfe der Wohnbereichsleitung beantwortet. Sie beginnen mit „Wie oft ...“, „Bis zu welchem Ausmaß ...“, „Wie viele ...“. Obwohl viele Items objektiv messbare Merkmale abfragen, sieht das Instrument Einschätzungen vor und die Bewertung ist daher subjektiv geprägt. Die meisten Items sind deskriptiv und diskret. Die Daten, die zur Validität des Instruments vorliegen, sind zufriedenstellend. Es fehlen jedoch Aussagen zur Reliabilität von NURS (Lawton et al. 1997).

6.2.2 Therapeutic Environment Screening Scale (TESS)

Zu Beginn war TESS ein recht kurzes Instrument zur Messung physischer Gegebenheiten in SCUs für Demente. In seiner originalen Form bestand es aus zwölf Punkten: Oberfläche des Bodens, zu grelle, aber auch unzureichende Beleuchtung, Geräusche, Geruch nach Reinigungsmitteln, Geruch nach Exkrementen, persönliche Dinge in den Räumen, häusliche Atmosphäre in öffentlichen Bereichen, Zugang zu Außenbereichen, Bereiche für kleine Gruppen, kein ständiges Fernsehen, Küche im Wohnbereich. Eine Validationsstudie ergab, dass mit den Ergebnissen von TESS SCUs von Nicht-SCUs unterschieden werden konnten (Sloane & Mathew 1991; Lawton et al. 1997).

Ein Vergleich von 31 SCUs mit 32 ähnlichen Wohnbereichen in integrativen Einrichtungen ergab signifikante Unterschiede bei 5 von 12 Punkten (Sloane & Mathew 1991; Carp 1994).

TESS wurde immer wieder überarbeitet und schließlich als Teil des Forschungsprojektes „National Institute on Aging (NIA) Collaborative Research Project on Special Care Units“ zu TESS 2+ modifiziert (Ory 1994). TESS 2+ beinhaltet 37 Fragen und 128 Variablen; viele davon waren neue Punkte mit nicht getesteten psychometrischen Eigenschaften. Folgende Bereiche der Gestaltung und Funktion der Umwelt sind enthalten: Generelle Gestaltung, Instandhaltung, zur Verfügung stehender Raum und Kapazität an Sitzplätzen, Beleuchtung, Geräusche, Bewohnerzimmer, Privatsphäre und persönliche Atmosphäre und Ausrichtung des Pflegekonzeptes. TESS 2+ beinhaltet auch drei globale Einschätzungen: Umgang zwischen Personal und Bewohner, Einbezie-

hen der Bewohner in geplante Aktivitäten und allgemeine physische Umwelt (Lawton et al. 1997; Grant 1994).

Psychometrische Untersuchungen zum Instrument haben zufriedenstellende Ergebnisse ergeben. Einige Items wiesen jedoch eine geringe Inter-Rater-Reliabilität auf (Lawton et al. 1997). 17 Items, darunter Rutschfestigkeit des Bodens, Beleuchtung, Sauberkeit, Instandhaltung, Orientierungshilfen (Cueing), visuelle Stimulation und Erscheinungsbild der Bewohner erreichten sehr gute Werte bei der Interrater-Reliabilität (Cronbach's Alpha = .825). TESS wird weiter untersucht und eine weitere Überarbeitung ist in Vorbereitung (Lawton et al. 1997).

Das komplette TESS 2+ beinhaltet nicht nur eine Checkliste zur baulichen Umwelt, sondern auch einen Fragebogen für die Verwaltung (Fragegen zur Organisation und zum Personal) und eine Beobachter-Checkliste zur Bewohner-Mitarbeiter-Interaktion (vgl. Carp 1994). Carp (1994) befasst sich ausführlich mit verschiedenen Aspekten von TESS und Studien, die damit durchgeführt wurden.

6.2.3 Professional Environment Assessment Protocol (PEAP)

PEAP wurde ursprünglich im Rahmen der NIA-Studie entwickelt, um die Items von TESS zu validieren (Weisman, Lawton, Sloane, Calkins & Norris-Baker 1996). Das Ziel war, ein globales, subjektives und evaluatives Instrument zur Beurteilung der physischen Umwelt von SCUs zu entwickeln, das von einer geschulten Fachkraft (Gestaltungs- oder Verhaltensforschung) während einer Begehung des Wohnbereichs ausgefüllt werden kann. Im Laufe der Entwicklung wurde deutlich, dass PEAP auch unabhängig von TESS genutzt werden kann. In Pilotstudien erkannte man, dass eine Begehung keine geeignete Basis war, das Instrument auszufüllen. Es wurde dahingehend geändert, dass PEAP mit einem kurzen offenen Interview mit der Verwaltungs- oder der Pflegedienstleitung erweitert wurde. Das geschah in erster Linie deshalb, um mehr darüber herauszufinden, wie die Pflege-Umwelt genutzt oder reguliert wird und um sich bzgl. einiger Merkmale abzusichern, die für einen Beobachter nicht immer offensichtlich sind.

Mit PEAP werden folgende Umweltdimensionen bewertet:

1. Maximierung von Wahrnehmung und Orientierung (Maximize Awareness and Orientation)

2. Maximierung von Sicherheit und Geborgenheit (Maximize Safety and Security)
3. Bereitstellung von Privatheit (Provisions of Privacy)
4. Regulierung von Stimulation und Qualität der Stimulation (Regulation and Quality of Stimulation)
5. Unterstützung funktionaler Fähigkeiten (Support Functional Abilities)
6. Möglichkeiten zur persönlichen Kontrolle (Opportunities of Personal Control)
7. Kontinuität des bisherigen Lebenszusammenhangs (Continuity of the Self)
8. Förderung von sozialen Kontakten (Facilitation of Social Contact)

Derzeit wird eine Untersuchung durchgeführt, in der die Items des erweiterten TESS 2+ den einzelnen Dimensionen und der absoluten Punktzahl von PEAP gegenübergestellt werden (Lawton et al. 1997).

6.2.4 Resource for Evaluation and Modifications Optimizing Dementia Care Units (REMODEL)

Im Unterschied zu den bereits beschriebenen Instrumenten wurde REMODEL als ein Instrument zur Selbst-Evaluation und Organisationsentwicklung geschaffen (Calkins 1996). REMODEL ermöglicht eine Beurteilung der Umwelt und eine Evaluation des Wohnbereichs für Demennte, ohne dass ein Experte dabei sein muss. Durch seinen Aufbau ist es aber auch als quantitatives Instrument nutzbar. Das Instrument bietet einen umfassenden Einblick in eine Pflegeeinrichtung für Demenzkranke. Informationen von Seiten der Einrichtung (über 800 Fragen, die von Mitarbeitern mit gut fundiertem Wissen beantwortet werden, Beobachtungen und Auswertung schriftlicher Quellen) werden umfassend genutzt.

Ein Experte spricht nach der Auswertung dieses Materials Empfehlungen aus, wie die Umwelt verbessert werden kann, damit sie Demenzkranke besser unterstützt. Wie MEAP enthält REMODEL Merkmale der sozialen und organisatorischen Umwelt und ermöglicht die gleichzeitige Beurteilung der Menschen und der Umwelt. REMODEL basiert auf 15 empirisch abgeleiteten therapeutischen Zielen. Jede dieser Einheiten beginnt mit einer Untersuchung der Bewohner, um die Zielgruppe zu charakterisieren. Darauf folgen Fragen zu den organisatorischen Grundsätzen, zur pflegerischen Versorgung und zu Merkmalen der physischen und sozialen Umwelt, die für das jeweilige Ziel relevant

sind. Derzeit wird eine psychometrische Analyse durchgeführt, um die Reliabilität, Validität und die klinische Nutzbarkeit des Instruments zu prüfen.

6.2.5 Physical Environment Rating Scale

Die Physical Environment Rating Scale wurde in Australien entwickelt (Coulson 1997). Das Instrument besteht aus drei Dimensionen, die aus Sicht der Autorin in der Umwelt für Demenzerkrankte wesentlich sind.

1. **Setting:** Die Dimension Setting orientiert sich am Platzieren, Aufstellen und Zuordnen von Objekten in einem Bereich. Dadurch wird die Bewegung und die Interaktion von Bewohnern und Personal beeinflusst. Wesentliches Kriterium ist dabei die Anordnung der Möblierung.
2. **Zugänglichkeit:** Die Dimension Zugänglichkeit beschreibt, inwieweit es den Bewohnern ermöglicht wird, bestimmte Bereiche ohne Einschränkungen zu betreten oder inwieweit die Bewohner ihren Aufenthaltsort frei wählen können.
3. **Sensorik:** Sensorische Aspekte sind beschrieben als die, für die Bewohner angebotenen Möglichkeiten, alle Sinne zu nutzen, um die Umwelt wahrzunehmen. Ein wichtiger Faktor dabei ist z.B. die Beleuchtung.

Jede der Dimensionen wird mit einer Reihe von Aussagen beschrieben, die jeweils auf einer sechsstufigen Ordinalskala bewertet werden. Im weiteren sind sechs räumliche Bereiche einer Demenzstation (Wohnbereich, Essbereich, Schlafbereich, Flure, Freibereich und sonstige Bereiche) definiert, die jeweils in bezug auf die drei Dimensionen bewertet werden.

Die Skala wird von qualifizierten Pflegekräften ausgefüllt, die die Situation in den Demenzpflegebereichen über einen längeren Zeitraum beobachten und dann die Bewertung durchführen. Das Instrument wurde bisher nur im Rahmen einer Pilotstudie eingesetzt. Im Rahmen dieser Studie wurden gute Inter-Rater-Reliabilitäten erzielt. Eine weitere intensivere Testung der Skala ist jedoch noch erforderlich.

Unter all den bisher genannten Instrumenten ist TESS2+ das am bisher häufigsten eingesetzte. Seine abschließende Form muss allerdings noch bestimmt werden. Zum jetzigen Zeitpunkt scheint es, mit deskriptiven Merkmalen überfüllt zu sein, deren Relevanz für die Qualität der

Umwelt noch ermittelt werden muss (Lawton et al. 1997). TESS 2+ sollte effizienter in der Anwendung werden. Allerdings hat es den großen Vorteil, dass es von Beobachtern mit wenig Schulung und Erfahrung in Bewohner-Umwelt-Konzepten angewandt werden kann. Alle anderen Instrumente müssen im weiteren Einsatz auf ihre psychometrischen Merkmale überprüft werden, bevor sie für die allgemeine Anwendung empfohlen werden können (Lawton et al. 1994).

6.2.6 Multiphasic Environmental Assessment Procedure (MEAP)

MEAP ist ein umfassendes Instrument, das für institutionalisierte Umwelten alter Menschen entwickelt wurde (Moos & Lemke 1996).

Das Modell wurde von Moos und Lemke ab 1979 aus vier Hauptkategorien von Variablen entwickelt, mit denen Umwelten untersucht und gefasst werden können (Lawton et al. 1997):

1. Physische und architektonische Gegebenheiten
2. Geschäftspolitik und Programme
3. Suprapersonale Faktoren (Merkmale der Bewohner und Mitarbeiter)
4. Soziales Klima

Die Gesamtbeurteilung setzt sich aus fünf Instrumenten zusammen, die im folgenden beschrieben werden. Die fünf Instrumente lassen sich auch einzeln einsetzen, wenn z.B. ein Architekt nur an physischen Merkmalen interessiert ist.

Zusammen angewandt, ergeben die Instrumente einen umfassenden Einblick in die Einrichtung. Sie ermöglichen es, Veränderungen zu beobachten, Einrichtungen miteinander zu vergleichen oder die Ist-Situation mit den Vorstellungen der Bewohner, Betreiber oder Mitarbeiter zu vergleichen.

Sub-Skalen können zu acht verschiedenen Indikatoren der Qualität kombiniert werden: Ressourcen der Mitarbeiter, Ausstattung an Mitarbeitern, physischer Komfort, Sicherheit, Autonomie, angebotene Dienste, Harmonie und Kontrolle (Lemke & Moos 1986; Carp 1994).

Physical and Architectural Features Checklist (PAF)

PAF besteht aus 153 Items, die zu folgenden Dimensionen zusammengefasst werden:

1. Erreichbarkeit externer Dienstleistungen (Community Accessibility)
2. Ausstattung / Komfort und Attraktivität (Physical Amenities)
3. Gemeinschafts- und Aufenthaltsräume (Social-recreational Aids)
4. Bereitstellung prothetischer Hilfen (Prothetic Aids)
5. Orientierungshilfen (Orientational Aids)
6. Sicherheitseinrichtungen (Safety Features)
7. Einrichtungen für das Personal (Staff Facilities)
8. Quantitatives Raumangebot (Space Availability)

Obwohl ein Großteil der Items deskriptiv ist, liegen normativ wünschenswerte oder nicht wünschenswerte Assoziationen nahe. Das Instrument ist so angelegt, dass ein entsprechend geschulter Beobachter durch die zu beurteilende Umwelt geht. Manche Punkte sind dabei klar und einfach zu beantworten, andere dagegen erfordern viel subjektive Interpretation und reflektieren auch nicht den neuesten Stand der Forschung (Weisman 1994). Demenzspezifische Umweltmerkmale werden nicht berücksichtigt. Eine deutsche Adaption der PAF und eine testweise Anwendung liegen von Heeg & Berger (1992) vor.

The Resident and Staff Information Form (RESIF)

RESIF besteht aus 69 Items in folgenden Dimensionen:

1. Soziale Ressourcen der Bewohner (Resident Social Resources)
2. Heterogenität der Bewohner (Resident Heterogeneity)
3. Aktivitätslevel der Bewohner (Resident Activity Level)
4. Aktivitäten der Bewohner außerhalb der Einrichtung (Activities in the Community)
5. Personalausstattung (Staff Resources)

Das Instrument misst diejenigen Aspekte einer Einrichtung, die die Bewohner und Mitarbeiter charakterisieren. Die Daten werden zum einen aus schriftlichen Quellen, z. B. aus Bewohnerakten und Pflegedokumentationen, zum anderen durch das Befragen einzelner Mitarbeiter erhoben.

The Policy and Program Information Form (POLIF)

POLIF besteht aus 130 Items, die die Regeln, Vorschriften, Praktiken und normativen Verhaltensweisen in der Einrichtung bewerten. POLIF

beinhaltet aber auch eine Anzahl beobachtbarer physischer Gegebenheiten und Angebote. Es gibt folgende Dimensionen:

1. Erwartung an die funktionale Leistungsfähigkeit der Bewohner (Expectations for Functioning)
2. Akzeptieren von problematischem Verhalten (Acceptance of Problem Behavior)
3. Wahlmöglichkeiten für die Bewohner (Policy Choice)
4. Kontrollmöglichkeiten für die Bewohner (Resident Control)
5. Verbindlichkeit des Pflegekonzeptes (Policy Clarity)
6. Wahrung der Privatsphäre (Provisions for Privacy)
7. Verfügbarkeit medizinischer Versorgung (Availability of Health Services)
8. Verfügbarkeit von Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (Availability of Daily Living Assistance)
9. Verfügbarkeit von sozialen und Freizeit-Aktivitäten (Availability of Social-Recreational Activities)

Die Items sind überwiegend deskriptiv, es gibt aber wie bei PAF offensichtliche Wertigkeiten bei vielen Items. Das Instrument wird von einem Forscher angewandt, indem er die zur Verfügung stehenden Quellen nutzt (z. B. schriftliches Material) und durch Beobachtung und Befragung ergänzt.

The Sheltered Care Environment Scale (SCES)

Die SCES wurde bereits häufiger bei Studien in Demenzbereichen verwendet, z.B. Netten 1993 und in Abwandlung Bowie & Mountain (1992 oder 1993).

Das Instrument misst mit 70 Items das „soziale Klima“, das Ansichten, Werte und Pflegephilosophien widerspiegelt, die in sieben Unterdimensionen zusammengefasst werden:

1. Zusammenhalt (Cohesion)
2. Konflikt (Conflict)
3. Unabhängigkeit (Independence)
4. Selbst-Erfahrung (Self-Disclosure)
5. Organisation (Organization)
6. Bewohnermitbestimmung (Resident Influence)
7. Physischer Komfort (Physical Comfort)

Die Beurteilung der Umwelt chronisch kranker alter Menschen in der stationären Pflege ist ein Forschungsbereich, der mittlerweile zwar über

konzeptionelle Grundlagen für die Beurteilung verfügt, sich aber in bezug auf Methoden und Untersuchungsdesigns noch in der Entwicklung befindet.

MEAP ist das bei weitem am besten entwickelte Instrument. Es hat allerdings den Nachteil, dass es durch seine Komplexität sehr zeitintensiv ist, besonders dann, wenn – wie empfohlen – viele Mitarbeiter und Bewohner einbezogen werden. Darüber hinaus ist die wichtigste Zielgruppe der dementen Bewohner aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen nicht in der Lage, SCES auszufüllen (Lawton et al. 1997).

Der Einsatz von MEAP erlaubt es, verschiedene Einrichtungen für alte Menschen miteinander zu vergleichen. Allerdings ist MEAP nicht dazu entwickelt worden, um SCUs zu beurteilen. Bisher wurde MEAP eher auf der Einrichtungsebene angewandt und nicht auf der Ebene des Wohnbereichs (Grant 1994).

6.2.7 Sonstige Verfahren

Im weiteren werden zwei Verfahren beschrieben, die sowohl den Methoden des Umweltassessments als auch denen zur Erfassung von Lebensqualität zugeordnet werden können. Da jedoch keine subjektiven Aspekte der Lebensqualität erfasst werden, haben sich die Autoren dazu entschieden, sie unter der Rubrik Umweltassessment vorzustellen.

Quality of Interaction Schedule (QUIS)

Die Quality of Interaction Schedule (Dean et al. 1993) ist ein Instrument zur Bewertung des pflegerischen Umgangs mit den Erkrankten. QUIS wurde bei den in den britischen Domus Units durchgeführten Studien eingesetzt, um die Interaktionen von Bewohnern und Mitarbeitern zu bewerten. Das Instrument bietet die Möglichkeit, sowohl die Häufigkeit, als auch die Qualität von Interaktionen zu erfassen. Die Datenaufnahme wird durch einen Beobachter durchgeführt, der sich in den Gemeinschaftsräumen des Pflegebereichs aufhält. Über einen ca. zweiwöchigen Zeitraum werden über den Tag verteilt 15-minütige Beobachtungssequenzen erfasst. Ziel ist es, ein repräsentatives Abbild der in der Einrichtung vorkommenden Interaktionen zu erheben. Während des Beobachtungszeitraums werden alle Aktivitäten und Ereignisse erfasst, die in dem beobachteten Raum vorkommen. Außerdem werden Details jeder verbalen und nicht-verbalen Interaktion mit dem Bewohner doku-

mentiert. Verlassen Bewohner oder Mitarbeiter den Raum, so wird dies notiert; es wird ihnen aber nicht nachgegangen. Die Dauer der Interaktionen oder Aktivitäten wird jedoch nicht erfasst.

Nach Abschluss der Erhebung werden die Daten anhand von fünf Kategorien codiert: positiv soziale Interaktionen (PS), positive pflegebezogene Interaktionen (PC), neutrale Interaktionen, negativ beschützende Interaktionen (NP) und negativ restriktive Interaktionen (NR). Bei der Bewertung der negativen Interaktionen fließt ein, ob diese durchgeführt wurden, um andere Ziele z.B. die Sicherheit eines Mitbewohners zu gewährleisten oder ob sie unbegründet erscheinen. Die Kategorien werden durch Beispiele entsprechend illustriert. Die Inter-Rater-Reliabilität wurde sowohl bezüglich der Beobachtungen als auch der Codierungen untersucht. Die Ergebnisse sind positiv. Es hat sich jedoch gezeigt, dass die Methode nicht sensitiv genug ist, um Veränderungen in der Versorgungsqualität zu erfassen. Außerdem weist sie Deckeneffekte auf.

Pleasant Event Schedule

Die Pleasant Event Schedule (Teri 1997) soll dazu beitragen, angenehme Aktivitäten für den einzelnen Demenzkranken zu identifizieren. Dahinter steht die Annahme, dass ein enger Zusammenhang zwischen dem Auftreten depressiver Verhaltensweisen und dem Ausmaß an Aktivierung besteht. In der sozialen Lerntheorie wird davon ausgegangen, dass das Verhalten beeinflusst wird durch die beständige Interaktion zwischen dem Individuum und seiner Umwelt: Treten zu wenige angenehme Erlebnisse auf, kann dies zu depressiven Verstimmungen führen (Teri & Logsdon 1997). Die Pleasant Events-Schedule-AD ist ein nützliches Instrument, um angenehme Aktivitäten zu erfassen. Sie basiert auf anderen Pleasant Event-Schedules, die bei alten Menschen eingesetzt wurden. Items, die bei Demenzkranken nicht zutreffend sind, wurden aus der Liste gestrichen und durch neue Items erweitert, bzw. bestehende Items den Bedürfnissen Dementer angepasst. Die Aktivitäten werden so gewertet, dass zwei Kategorien aktiv und passiv, sozial und nicht-sozial berücksichtigt werden. Alle Items sind so beschaffen, dass die beschriebenen Aktivitäten von Personen mit einer leichten Demenz durchgeführt werden können. Die Items werden nach ihrer Häufigkeit (Frequency) und Verfügbarkeit (Availability) eingeschätzt. Eine weitere Bewertung liegt darin, ob Bewohner bestimmte Tätigkeiten in ihrer Vergangenheit (past) gerne gemacht haben oder jetzt gerne machen (now). Es wird ein Produkt aus der „Häufigkeit“ und „Now“ berechnet, dass zum Item „Enjoy“ führt.

Es gibt eine längere (53 Items) und eine kürzere (20 Items) Version des Instruments. Der Fragebogen kann leicht vom Pflegepersonal ausgefüllt werden. Bisher wurde die Pleasant Event Schedule hauptsächlich dazu verwendet, Beziehungen zwischen kognitiven Beeinträchtigungen, Teilnahme an angenehmen Aktivitäten und dem Auftreten von Depressionen zu bestimmen. Diese Studien fanden überwiegend in der häuslichen Betreuung statt.

7 Verfahren zur Bewertung der Lebensqualität

7.1 Subjektive Lebensqualität bei dementiell Erkrankten

In den letzten Jahren sind sowohl in der Forschung als auch in der praktischen Arbeit mit Demenzerkrankten Stimmen laut geworden, die für einen Perspektivenwechsel plädieren. Die bisherige Schwerpunktsetzung auf eine rein biomedizinische bzw. auf den Aspekt der Versorgung und Betreuung ausgerichtetes Herangehensweise soll durch die Einbeziehung von psychosozialen Vorlieben der Demenzpatienten erweitert werden (vgl. van Haitsma 2000). Studien, die bis dato durchgeführt wurden, haben belegt, dass Personen mit Demenz durchaus in der Lage sind, sich über ihre Lebensqualität, ihre Vorlieben in der Pflege und ihre Gefühle während des ganzen Krankheitsverlaufs auszudrücken, obwohl sich die Art und Weise des Ausdrucks in Abhängigkeit des kognitiven Zustandes verändern kann. In den frühen bis mittleren Phasen der Demenz bleibt die verbale Ausdrucksfähigkeit vorhanden (die Hauptkommunikationsmöglichkeit und Präferenzen können durch Interviews erfragt werden). Im späteren Krankheitsverlauf ist die Kommunikation zunehmend eingeschränkt. Vorlieben einer Person können durch die genaue Beobachtung des Verhaltens und des beobachteten Gefühlsausdrucks erfasst und in Gesprächen mit nahestehenden Personen erfragt werden.

Sowohl für die Forschung, als auch für die Pflegepraxis stellt es eine Herausforderung dar, zum einen Methoden und Messinstrumente zu entwickeln, die diese Art der Kommunikation reliabel interpretieren und zum anderen Pflegende darin zu trainieren, diese Methoden effektiv anzuwenden und die gewonnen Erkenntnisse so in die Pflege einfließen zu lassen, dass sich die Lebensqualität der Bewohner verbessert (van Haitsma 2000).

Lebensqualität, darüber sind sich die Forscher einig, ist ein mehrdimensionales Konstrukt, das das physische, psychologische und soziale Wohlbefinden umfasst. Über die Unterpunkte der einzelnen Bereiche bestehen unterschiedliche Auffassungen. In der Regel berücksichtigen die Instrumente Items wie physische Fitness, ausgeübte Aktivitäten, kognitive Leistungsfähigkeit, Stimmung und Schmerzen (Selai & Trimble 1999). Übereinstimmung besteht mittlerweile dahingehend, dass Lebensqualität in hohem Maße subjektiv empfunden wird. Einer der am häufigsten verwendeten Operationalisierungsansätze zur Lebensqualität bei kognitiv beeinträchtigten Menschen stammt von Lawton (1991). In seiner Beschreibung umfasst Lebensqualität die Dimensio-

nen Verhaltenskompetenz, objektive Umweltbedingungen, individuelles Wohlbefinden und erlebte Lebensqualität. Verhaltenskompetenz und Umweltbedingungen stellen Bereiche dar, die durch die Nutzung normativer Kriterien objektiv bewertet werden können (van Haitsma 2000). Das individuelle Wohlbefinden und die erlebte Lebensqualität sind subjektive Dimensionen, die nur im Kontakt mit den Betroffenen ermittelt werden können.

Bisher beschränkten sich Studien zur Lebensqualität dementiell erkrankter Menschen häufig auf die Durchführung von Fremdbeurteilungen (Befragung von nahestehenden Personen), da davon ausgegangen wurde, dass die direkte Befragung der Betroffenen aufgrund der kognitiven Beeinträchtigungen nicht möglich sei.

Es zeichnet sich ab, dass die meisten (nicht alle) Demenzerkrankten in frühen und mittleren Krankheitsstadien in der Lage dazu sind, Fragen über sich selbst und ihre Situation zu beantworten (Brod et al. 1999). Es liegen einige Studien vor, die sich damit befassen, inwieweit Befragungen bei kognitive beeinträchtigten Menschen möglich sind (Simmons et al. 1997, Mozley et al. 1999). Mozley et al. (1999) versuchten zu ermitteln, bis zu welchem Grad der kognitiven Einschränkungen Menschen in Pflegeeinrichtungen in der Lage sind, Fragen in bezug auf ihre Lebensqualität zu beantworten. Es wurden insgesamt 213 Personen interviewt. Voraussetzung für die Beteiligung an den Interviews war eine Mindestpunktzahl von 10 im MMST. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass mit 77,5 % ein Großteil der Bewohner in Pflegeeinrichtungen in der Lage ist, Fragen bezüglich der Lebensqualität zu beantworten. Simmons et al. (1997) haben auf der Basis von vier Indikatoren aus dem Minimum Data Set (MDS) ein Screeningverfahren entwickelt. Mit diesem Instrument kann eingeschätzt werden, ob Personen noch dazu in der Lage sind, Fragen bezüglich ihrer Zufriedenheit (zumindest mit ja oder nein) zu beantworten.

7.2 Befragungsinstrumente zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität

Mozley et al. und Simons et al. haben bei ihren Studien gängige Instrumente zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität verwendet, die für den Einsatz in Altenhilfeeinrichtungen bzw. zur Befragung alter Menschen entwickelt wurden. Mozley et al. (1999) nutzten z.B. einen ursprünglich von Oliver et al. (1996) entwickelten Fragebogen: das Lancashire Quality of Life of Profile (Residential). Der Erhebungsbogen

wurde für die Befragung in Einrichtungen entsprechend adaptiert. Die Befragungen bei der Studie von Simmons et al. (1997) wurden mit dem Resident Satisfaction Interview (RSI) durchgeführt. Mit diesem Instrument kann erhoben werden, inwieweit in der Pflegeeinrichtung die Bedürfnisse des Bewohners in den Dimensionen Hilfe und Unterstützung, Kommunikation mit dem Pflegepersonal, Autonomie und Wahlmöglichkeiten, Freundschaften, Essen, Umwelt sowie Sicherheit erfüllt werden.

Mittlerweile gibt es eine Reihe von Befragungsinstrumenten zur Lebensqualität, die für Interviews mit dementiell erkrankten Menschen einsetzbar sind. Selai & Trimble (1999) bieten in ihrem Artikel eine Übersicht über die derzeit verfügbaren Instrumente.

Eines dieser Instrumente wurde auch im deutschsprachigen Raum bereits eingesetzt. Meier (1995) führte mit dem Schedule for the Evaluation of Individualized Quality of Life (SEIQoL) Interviews mit Personen durch, die im Anfangsstadium an einer Demenz erkrankt waren. SEIQoL ermöglicht eine individualisierte Erfassung der Lebensqualität über Einschätzungen. Mit diesem Ansatz, der von einer Technik abgeleitet ist, die „Judgement analysis“ heißt, bewerten Patienten ihre Kompetenzgrad in fünf selbstbestimmten Lebensbereichen und schätzen dann ein, wie bedeutsam diese sind. Die Prozedur ist sehr komplex. In einer Studie (Coen et al. 1993) beantworteten nur 6 von 20 Bewohnern das komplette Assessment. Dabei hat sich gezeigt, dass die Methode nur bei sehr milder Demenz anwendbar ist. In die Studie von Meier (1995) waren Patienten einer Memoryklinik einbezogen, die beim MMST eine Punktzahl von mindestens 18 erreicht hatten.

Ein spezifisch für dementiell erkrankte Menschen entwickeltes Instrument zur Erfassung von Lebensqualität stammt von Brod et al. (1996, 1999). Dementia QoL wurde als direktes Befragungsinstrument bei kognitiv beeinträchtigten Untersuchungsgruppen entwickelt. Dem Entwicklungsprozess lagen theoretische Konzepte zur Lebensqualität im Alter zugrunde. Die Autoren beschreiben in einer ersten Version 96 Items, die für die Lebensqualität relevant sind. Dazu gehören: physische Funktionen, tägliche Aktivitäten, eigenmotivierte Aktivitäten, Mobilität, soziales Wohlbefinden, Fähigkeit zur Interaktion, körperliches Wohlbefinden, psychologisches Wohlbefinden, ästhetisches Empfinden und globale Lebensqualität. Die beschriebenen Dimensionen wurden auf der Basis von Expertenbefragungen festgelegt. Zwei Bereiche, nämlich ästhetisches Empfinden und Fähigkeit zur sozialen Interaktion erwiesen sich dabei als besonders wichtig für die Beschreibung der Lebensqualität dementiell erkrankter Menschen. Nach den ersten Tests zu

den Fragebogen wurden die Items nach und nach auf 56 Items und schließlich auf die aktuelle Version mit relevanten 29 Items reduziert.

Mit dem Fragebogen können nun fünf Skalen – Selbstwert, positiver Affekt / Humor, negativer Affekt, Zugehörigkeitsgefühl und ästhetisches Empfinden – erfasst werden. Die Skalen sind dabei auf die Aspekte der Lebensqualität reduziert, die mit gängigen Instrumenten nicht erfasst werden können. Nach Ansicht der Autoren ist der DQoL dafür geeignet, subjektive Dimensionen der Lebensqualität, wie Gefühl des Wohlbefindens, ästhetisches Empfinden und globale Lebensqualität zu erfassen. Die Erhebung anderer im Rahmen eines mehrdimensionalen Konzepts der Lebensqualität wichtigen Variablen (z.B. physischer Status) können über Fremdbeurteilungen erfasst werden. Das Instrument ist geeignet für die direkte Befragung bei Personen, die mehr als 12 Punkte im MMST erreichen. Die Durchführung dauert 15-20 Minuten in der Bearbeitung. Für die Skalen liegen erste Reliabilitäts- und Validitätsnachweise vor (Brod et al. 1999).

Ein weiterer Ansatz zur Erfassung der Lebensqualität bei dementiell erkrankten Menschen in Altenhilfeeinrichtungen sind Beobachtungsverfahren. Diese haben den Vorteil, dass sie auch bei Personen eingesetzt werden können, die nicht in der Lage sind, verbal zu kommunizieren. Eines der bekanntesten Verfahren, das mittlerweile auch in Deutschland sehr viel Aufmerksamkeit erregt, ist das Dementia Care Mapping (Kitwood & Bredin 1994).

7.3 Dementia Care Mapping

7.3.1 Theoretischer Hintergrund

Kitwood und seine Forschergruppe in Bradford entwickelten auf der Basis ihrer Pflegephilosophie, der „Positiven Personenarbeit“, das Qualitätssicherungsprogramm „Dementia Care Mapping“ (DCM) (Kitwood & Bredin 1994). Es handelt sich dabei primär nicht um ein wissenschaftliches Untersuchungsverfahren, sondern um ein Kontrollinstrument, das den Umgang von Pflegenden und Angehörigen mit Demenzen detailliert abbildet. Die Auswertung der gesammelten Daten stellt die Grundlage für eine Weiterentwicklung dar, um den Pflegeprozess auf die Dimension der Lebensqualität bzw. des Wohlbefindens auszurichten. Basis für die Entwicklung des Verfahrens bildeten die umfangreichen theoretischen Arbeiten Kitwoods sowie ethologische Beobachtungen, die in Pflegeeinrichtungen durchgeführt wurden.

Kitwood sieht Demenz zwar als ein krankheitsbedingtes, primär aber existentielles Lebensschicksal, das mehr die Merkmale einer Behinderung aufweist. Ziele der „positive person work“ (PPW) sind es, Nähe und Geborgenheit zu schenken, soziale Verbundenheit zu sichern, die Betroffenen in das normale Leben einzubinden, Beschäftigung zu suchen, Identitätsarbeit zu leisten und eine Art von „Liebe“ zu leben. Ein optimaler Umgang ist dann erreicht, wenn dementiell Betroffene eine validierende und angepasste Umwelt vorfinden, in der jeder „Schub“ neuropathologischer Veränderungen durch positive Personarbeit aufgefangen wird, die das relative Wohlbefinden wieder stabilisiert.

Kitwood geht davon aus, dass der Umgang mit Dementen bei den Betreuenden Abwehrreaktionen auslösen, weil der Zustand des Identitätsverlustes nicht akzeptiert werden kann, sondern als Bedrohung wahrgenommen wird. Er definiert das Problemfeld „Demenz“ als ein Wechselspiel, in dem die Betreuenden durch Kulturtechniken (Abwehr, Kontrolle, Verdrängung) geschützt sind, während Menschen mit Demenz durch den neurologischen Veränderungsprozess vom Zerfall dieser Kulturtechniken und von der Überflutung durch Gefühle bedroht sind. Der Umgang mit Menschen mit Demenz ist deshalb geprägt von der inneren Haltung ihnen gegenüber – der Akzeptanz des Personseins. Eine zentrale Frage an die Güte der Beziehungspflege lautet daher: Wie kann Haltung dauerhaft geprägt, geprüft und weiterentwickelt werden? Er geht davon aus, dass durch strukturiertes Beobachten die Distanz zwischen Betreuenden und Dementen abgebaut wird – im Sinne einer empathischen Selbstschulung.

Lebensqualität im Sinne von relativem personalem Wohlbefinden, ist in der Dementenpflege eine wichtigere Kategorie als Funktionserhalt. Kitwood stellt vier globale subjektive Zustände vor, die die Grundlagen allen menschlichen, personalen Wohlbefindens ausmachen:

1. Das Gefühl etwas wert und für andere wichtig zu sein.
2. Das Gefühl etwas tun zu können („agency“ = Handlungssinn).
3. Das Gefühl, mit anderen noch in Kontakt treten zu können, sie zu erreichen und eine Antwort zu erhalten.
4. Das Gefühl der Hoffnung oder des Urvertrauens im Sinne der Theorie Eriksons.

Beim DCM-Verfahren handelt es sich um eine alltagspraktische Methode, die das relative Wohlbefinden von dementen Menschen anhand ihres Verhaltens und Erscheinungsbildes über einen längeren Zeitraum kontinuierlich, detailreich und möglichst objektiv abbildet. Ziel ist es herauszufinden:

- Was tut den Beobachteten gut (im Unterschied zu: was glauben die Pflegenden, was den Betroffenen gut tut)?
- Welche Formen personaler Missachtung (Detraktionen) mit welchem Schweregrad kommen vor?
- Auf welche Aspekte ist im Umgang besonders zu achten (Handlungen mit Symbolwert, über welche Tätigkeiten ist ein Zugang zur Person zu schaffen bis zu differenzierten Empfehlungen für die weitere Pflegeplanung)?

7.3.2 Einsatz der Methode

Beim DCM handelt es sich um ein strukturiertes Beobachtungsverfahren. Der Einsatz ist zeitintensiv, da zum einen der Beobachtungszeitraum pro Bewohner sechs Stunden nicht unterschreiten sollte und zum anderen während der Beobachtungssequenz lediglich vier bis fünf Bewohner gleichzeitig ins Auge gefasst werden können. Das Wohlbefinden der Betroffenen steht im Zentrum des Beobachtungssystems und orientiert sich an der pflegerischen Interaktion. Diese wiederum wird daran gemessen, in welcher Weise die körperlichen, sozialen und emotionalen Bedürfnisse befriedigt werden, die das Personsein würdigen, erhalten und stützen. Die Grundannahme lautet: relatives Wohlbefinden ist ein Kriterium für gute Pflege; relatives Unwohlsein ist ein Kriterium für schlechte Pflege, denn diese depersonalisiert den Betroffenen und trägt letztendlich zum Verfall bei.

Die Datenaufnahme erfolgt durch ausgebildete Beobachter (Mapper). Alle fünf Minuten macht der Mapper zu jedem Beobachteten zwei Eintragungen in sein Beobachtungsprotokoll. Dabei wird eine von 24 möglichen Verhaltenskategorien ausgesucht, die speziell zur Abbildung des Lebens und Erlebens von dementen Menschen zusammengestellt wurden. Priorität haben tätigkeitsorientierte Verhaltenskategorien; denn gute Pflege zeichnet sich dadurch aus, dass sie Menschen in Tätigkeiten einzubinden weiß. Das Beibehalten von passiven Kategorien sowie das Vorherrschen rein funktional bestimmter Tätigkeiten ist Zeichen einer schlechten Pflegekultur. Unterhalb der Verhaltenskategorie wird im gleichen Zeitabschnitt eine Ziffer eingetragen, die das relative Wohlbzw. Unwohlsein bewertet (-5, -3, -1, +1, +3, +5). Auch der Eintrag dieses Wertes geschieht nach strengen Regeln, wie z.B.: hält der Zustand C -1 (Cool = in sich zurückgezogen, kontaktloser Zustand, starrer Blick) ununterbrochen mehr als 30 Minuten an, verschlechtert sich der Wert automatisch auf C -3 bzw. nach weiteren 30 Min. auf C -5 (Degenerationsregel). Insgesamt gibt es 126 verschiedene Kodierungsmöglichkeiten.

ten (nicht für alle Verhaltenskategorien stehen sechs Werte zur Verfügung). Wenn 15 Personen sechs Stunden beobachtet werden, werden in dieser Zeit 2160 Daten eingetragen. Des Weiteren werden die vorkommenden personalen Abwertungen (Personal Detraction Code) festgehalten. Dabei handelt es sich um erniedrigende oder depersonalisierende Botschaften, die durch die Betreuenden vermittelt werden. Nach einem Kodierungsprinzip z.B. PD 12 (eine Person zwingen, etwas zu tun) werden die Beobachtungen festgehalten und mit vier Schärfegraden (a – d) differenziert (z.B. PD 12 d – eine Bewohnerin wird gewaltsam fixiert).

7.3.3 Auswertung

Die gesammelten Grunddaten erlauben eine Auswertung in neun Analyseschritten. Es wird das Wohlbefinden von Einzelnen und Gruppen abgebildet, die vorherrschenden und vernachlässigten Verhaltenskategorien geben Aufschluss über die Bandbreite des Erlebens und die (Nicht)Nutzung von Ressourcen. Anhand des gewichteten und ungewichteten Demenzpflegeindexes kann in Zahlen das Verhältnis von Pflegequalität und Personalbesetzung ausgedrückt werden. Die Auswertungsergebnisse stellen eine Basis für differenzierte Empfehlungen für die Pflegepraxis, die Pflegeplanung und den Fortbildungsbedarf dar. Gemeinsam mit den Pflegenden werden diese Daten mit dem Ziel einer Weiterentwicklung des Pflegeprozesses reflektiert. Daher wird DCM als Personalentwicklungsinstrument gesehen, das den vorgefunden Stand der Qualität der Pflege abbildet und eine Weiterentwicklung fördert. Ein Mißbrauch des Instruments ist dann gegeben, wenn es zur Mitarbeiterbeurteilung herangezogen wird.

Voraussetzung für die Nutzung des Instruments ist ein mehrtägiges Training. Ist gewährleistet, dass die DCM-Anwender geschult sind und über Erfahrungen im Umgang mit der Methode verfügen, so werden bei Erhebungen große Übereinstimmungen erzielt. Ein Vergleich mit ähnlichen Qualitätsaudits hat bezüglich der Validität des Instruments zufriedenstellende Ergebnisse gezeigt (Brooker 1998).

7.4 Gefühlszustände als Ausdruck von Wohlbefinden

DCM ist eine Verfahren, das soziale Interaktion und Durchführung von Aktivitäten als wesentliche Indikatoren für die Lebenszufriedenheit der

Bewohner sieht. Das Instrument ist daher nicht sensibel genug, um die Lebensqualität bei schwer dementiell erkrankten Menschen einzuschätzen, da diese häufig nicht in der Lage sind, Aktivitäten selbständig durchzuführen. Bei diesem Personenkreis findet ein weiterer Ansatz zur Bewertung der Lebensqualität bzw. Lebenszufriedenheit Anwendung, bei dem Gefühlszustände über die Beobachtung des emotionalen Ausdrucks in der Körperhaltung und in den Gesichtszügen erfasst werden.

Ein von Lawton et al. (1996) hierzu entwickeltes Instrument ist die Observed Emotion Rating Scale (früher Apparent Affect Rating Scale) (van Haitsma 2000). Dem Instrument liegt ein zweidimensionales Konzept von Affektzuständen zugrunde. Gefühlszustand bzw. Gesichtsausdruck werden beobachtet und als positiver bzw. negativer Affekt gedeutet. Die ursprüngliche Skala umfasste sechs, die aktuelle fünf Gefühlszustände. Es werden drei negative Gefühlszustände (Wut, Angst und Traurigkeit) und zwei positive (Vergnügen, Interesse) gemessen. Die Methode ist bei moderat bis schwer dementiell erkrankten Bewohnern einsetzbar. Beobachter, die zuvor ausführlich in der Beurteilung eines Gesichtsausdrucks geschult wurden, erfassen die Dauer des Auftretens dieser fünf Zustände. Es gibt verschiedene Formen der Skala in Abhängigkeit davon, über welchen Zeitraum beobachtet wird. Wird die Beobachtung von trainierten Personen durchgeführt, so kann eine hohe Übereinstimmung zwischen den Beobachtungsergebnissen erzielt werden. Als Pflegeteammitglieder die Beobachtungen durchführten, konnte beobachtet werden, dass insbesondere bei negativen Zuständen geringere Übereinstimmungen erzielt wurden (van Haitsma 2000).

Die in Großbritannien von Perrin (1997) entwickelte *Positive Response Schedule* basiert auf dem gleichen Ansatz wie das Verfahren von Lawton et. al. Die Methode wurde speziell zur Erfassung des Wohlbefindens bei schwer dementiell erkrankten Menschen entwickelt. Basis für die Entwicklung dieses Instruments bildete ein von Gaebler & Hemsley (1991) geschaffenes Verfahren zum Assessment von Affekten bei schwer dementiell erkrankten Menschen. Eine wichtige Rolle spielt bei dieser Methode der Gesichtsausdruck bei Empfindungen.

Ziel des daraus weiterentwickelten Positive Response Schedule ist es, kleinste Verhaltensweisen wie z.B. ein Lächeln, ein Kopfnicken, eine Geste oder Augenkontakt zu erfassen. Die Möglichkeit der Ausübung dieser „Mikroverhaltensweisen“ bleibt auch bei schwer dementiell Erkrankten sehr lange erhalten. Insgesamt umfasst die Positive Response Schedule 10 Verhaltenskategorien:

- bewusste Körperbewegungen
- bewusste Kopfbewegungen
- verbaler Ausdruck
- Blicke auf die Umwelt
- Blicke auf die Pflegenden
- Initiieren einer Interaktion
- Beteiligung (passiv oder aktiv) an einer Aktivität
- Ausdruck des Glücklichsseins, z.B. Lächeln
- Ausdruck des Traurigsseins, z.B. heruntergezogene Mundwinkel
- Ausdruck von Angst, z.B. weit geöffnete Augen

Eingesetzt wird das Instrument in erster Linie, um die Effekte von kurzen Interventionsmaßnahmen wie z.B. Massagen, sensorische Stimulationen oder Musik zu erheben. Für diese Aufgabenstellung wurde ein Erhebungsbogen entwickelt, mit dem der Zustand des Bewohners vor Beginn der Intervention, während der Intervention und danach bewertet werden kann. Mit dem Bogen wird die Häufigkeit aller Verhaltensweisen, die den oben genannten Kategorien zugeordnet werden können, innerhalb des zugrunde gelegten Zeitraums erfasst. Erste psychometrische Test des Instruments ergaben gute Reliabilitätswerte. Der Aspekt der Validität wurde unter dem Gesichtspunkt der vorhanden theoretischen Konzepte beleuchtet und für gut befunden (Perrin 1997).

Abschließend läßt sich feststellen, dass es mittlerweile ein Reihe von Instrumenten gibt, die sich mit der Effektivvariablen Lebensqualität bzw. Wohlbefinden bei dementiell Erkrankten befassen. Einige der Instrumente befinden sich noch im Entwicklungsstadium bzw. sind noch nicht ausreichend psychometrisch getestet. Dennoch reicht das Repertoire aus, um Studien durchzuführen, die auf die Zieldimensionen Wohlbefinden und Lebensqualität ausgerichtet sind. DCM bietet dabei die Möglichkeit, neben der Ermittlung von wissenschaftlichen Erkenntnissen auch praktische Impulse zu setzen und zu einer Qualitätsverbesserung in den Einrichtungen beizutragen.

Literaturverzeichnis

- Albert, M.S. (1994). Brief Assessment of Cognitive Function in the Elderly. In: Lawton, M.P. & Teresi, J.A. (Hg.), *Focus on Assessment Techniques*. New York: Springer. 93-106.
- Allen-Burge, R., Stevens, A.B. & Burgio, L.D. (1999). Effective Behavioral Interventions for Decreasing Dementia-Related Challenging Behavior in Nursing Homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 14, 213-232.
- Annerstedt, L., Fournier, K., Gustafson, L., Hallen, U., Malmkvist, I., Salö, S., Schultz, J., Stjernfeldt, G., Ahlund, O., Tennek, J. (1993). *Group Living for People with Dementia*. Stirling: Dementia Services Development Centre, University of Stirling.
- Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (1995). *Geriatrisches Basisassessment. Handlungsanleitungen für die Praxis*. München: MMV Medizin Verlag.
- Archibald, C. (1997). *Specialist Dementia Units: A Practice Guide for Staff*. Stirling: Dementia Services Development Centre; Department of Applied Social Science; School of Human Sciences; University of Stirling.
- Archibald, C. (1999). Kommentar zu Allen-Burge, R., Stevens, A.B. & Burgio, L.D. (1999). Effective Behavioral Interventions for Decreasing Dementia-Related Challenging Behavior in Nursing Homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 14, 213-232.
- Aronson, M.K. (Hg.) (1994). *Reshaping Dementia Care. Practice and Policy in Long-Term Care*. Thousand Oaks: SAGE.
- Baines, S., Saxby, P. & Ehlert, K. (1987). Reality Orientation and Reminiscence Therapy: A Controlled Cross-Study of Elderly Confused People. *British Journal of Psychiatry*, 151, 222-231.
- Baltes, M.M. & Gutzmann, H. (1997). *Brennpunkt Gerontopsychiatrie: Internationale Pflegekonzepte zur Langzeitbetreuung in der Altenhilfe*. Hannover: Curt R. Vincentz.
- Baltes, M.M. & Reizenzein, R. (1986). The Social World in Long-Term Care Institutions: Psychosocial Control Toward Dependency. In: Baltes, M.M. & Baltes, P.B. (Hg.), *The Psychology of Control and Aging*. Hillsdale: Erlbaum, 315-343.
- Baltes, M.M. (1988). The Etiology and Maintenance of Dependency in the Elderly: Three Phases of Operant Research. *Behavioral Therapy*, Jg. 19, Nr. 3, 301-319.
- Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990). Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation. In: Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (Hg.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. New York: Cambridge UP, 1-34.

- Beck, C. (1996). Evaluation of Interventions in Alzheimer's Disease. *International Psychogeriatrics*, Jg. 8, Nr. 1, 17-20.
- Beck, C., Ortigara, A., Mercer, S. & Shue, V. (1999). Enabling and Empowering Certified Nursing Assistants for Quality Dementia Care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 14, 197-212.
- Beck, C.K., Heacock, P., Mercer, S.O., Walls, R., Rapp, C.G. & Vogelpohl, T.S. (1997). Improving Dressing Behavior in Cognitively Impaired Nursing Home Residents. *Nursing Research*, Jg. 46, Nr. 3, 126-132.
- Bell, P.A. & Smith, J.M. (o.D.). An Empirical Comparison of Specialized Alzheimer's Nursing Home Units. Unveröffentlicht. Nach: Office of Technology Assessment (Herdman, R.C., Behney, C.J., Maslow, K. & Kemp, K.) (1992). *Special Care Units for People with Alzheimer's and Other Dementia: Consumer Education, Research, Regulatory and Reimbursement Issues*. Washington D.C.: U.S. Congress, Office of Technology Assessment.
- Benson, D.M., Cameron, D., Humbach, E. et al. (1987). Establishment and Impact of a Dementia Unit within the Nursing Home. *Journal of the American Geriatrics Society*, Jg. 35, Nr. 4. 319-323.
- Berg, L., Buckwalter, K.C., Chafetz, P., Gwyther, L.P., Holmes, D., Mann Koepke, K., Lawton, M.P., Lindeman, D.A., Magaziner, J., Maslow, K., Morley, J.E., Ory, M.G., Rabins, P.V., Sloane, P.D. & Teresi, J. (1991). Special Care Units for Persons With Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, Jg. 39, Nr. 12, 1229-1236.
- Bickel, H. (1996). Pflegebedürftigkeit im Alter: Ergebnisse einer populationsbezogenen retrospektiven Längsschnittstudie. *Das Gesundheitswesen*, 58, Sonderheft 1, 56-62.
- Bienstein, C. & Fröhlich, A. (1996). *Basale Stimulation in der Pflege*. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.
- Bird, M., Alexopoulos, P. & Adamowicz, J. (1995). Success and Failure in Five Case Studies: Use of Cued Recall to Ameliorate Behaviour Problems in Senile Dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 305-311.
- Blessed, G., Tomlinson, B.E. & Roth, M. (1968). The Association Between Quantitative Measures of Dementia and of Senile Changes in the Cerebral Gray Matter of Elderly Subjects. *British Journal of Psychiatry*, 115, 193-198.
- Bowie, P. & Mountain, G. (1997). The Relationship Between Patient Behaviour and Environmental Quality for the Dementing. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 12, 718-723.
- Bowie, P., Mountain, G. & Clayden, D. (1992). Assessing the Environmental Quality of Long-Stay Wards for the Confused Elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 7, 95-104.
- Brod, M., Stewart, A. & Sands, L. (1996). The Dementia Quality of Life Rating Scale (D-QOL). *Gerontologist*, 36 (Special Issue 1): 257.

- Brod, M., Stewart, A.L., Sands, L. & Walton, P. (1999). Conceptualization and Measurement of Quality of Life in Dementia: The Dementia Quality of Life Instrument (DQoL). *The Gerontologist*, Jg. 39, Nr. 1, 25-35
- Brooker, D. (1995). Looking at Them, Looking at Me. A Review of Observational Studies into the Quality of Institutional Care for Elderly People with Dementia. *Journal of Mental Health*, Jg. 4, 145-156.
- Brooker, D., Foster, N., Banner, A., Payne, M. & Jackson, L. (1998). The Efficacy of Dementia Care Mapping as an Audit Tool: Report of a 3-year British NHS Evaluation. *Aging & Mental Health*, Jg. 1, Nr. 2, 60-70.
- Brunner, C. & Spiegel, R. (1990). Eine Validierungsstudie mit der NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients, einem neuen Beurteilungsinstrument für die Psychogeriatric. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, Jg. XIX – Sonderdruck, Nr. 3, 211-229.
- Bucks, R. S., Ashworth, D. L., Wilcock, G. K. & Siegfried, K. (1996). Assessment of Activities of Daily Living in Dementia: Development of the Bristol Activities of Daily Living Scale. *Age and Ageing*, Jg. 25, 113-120.
- Buckwalter, K.C. et al. (1990). Psychosocial Needs and Care of the Elderly. In: Farland, M.C. & Thomas, G. (Hg.), *Psychiatric Mental Health: Application of the Nursing Process*. Philadelphia: JP Lippincott, 625-641.
- Bullock, K.M., Reilly, L.E. & Nies, D.S. (1988). An Initial Evaluation of the Eastern State Hospital Special Care Unit. Unveröffentlicht. Nach: Office of Technology Assessment (Herdman, R.C., Behney, C.J., Maslow, K. & Kemp, K.) (1992). *Special Care Units for People with Alzheimer's and Other Dementia: Consumer Education, Research, Regulatory and Reimbursement Issues*. Washington D.C.: U.S. Congress, Office of Technology Assessment.
- Burgio, L., Engel, B.T., McCormick, K., Hawkins, A. & Scheve, A. (1988). Behavioral Treatment for Urinary Incontinence in Elderly Impatients: Initial Attempts to Modify Prompting and Toileting Procedures. *Behavioral Therapy*, 19, 345-357.
- Burgio, L.D., Cotter, E.M. & Stevens, A.B. (1996). Treatment in Residential Settings. In: Hersen, M. & van Hasselt, V. (Hg.), *Psychological Treatment of Older Adults: An Introductory Textbook*. New York: Plenum, 127-145.
- Burton, L.C., German, P.S., Rovner, B.W., Brant, L.J. & Clark, R.D. (1992). Mental Illness and the Use of Restraints in Nursing Homes. *Gerontologist*, 32, 164-170.
- Calkins, M. (1996). *Manuel for Resource for Evaluation ad Modification Optimizing Dementia Environments for Living (REMODEL)*. Cleveland Heights: IDEAS Inc.
- Calkins, M.P. (1988). *Design for Dementia: Planning Environments for the Elderly and the Confused*. Maryland: National Health Publishing.

- Camberg, L., Hurley, A., Woods, P., Ooi, W.L., Ashley, J., Volicer, L., Odenheimer, G. & McIntyre, K. (1997). Selected Memories to Manage Problem Behaviors in Alzheimer's Disease: Final Report. West Roxbury: Department of Veterans Affairs Medical Center & Harvard Medical School.
- Carp, F.M. (1966). *A Future for the Aged: Victoria Plaza and its Residents*. Austin: University of Texas Press.
- Carp, F.M. (1994). Assessing the Environment. In: Lawton, M.P. & Teresi, J.A. (Hg.). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Focus on Assessment Techniques*. New York: Springer.
- Chafetz, P.K. (1988). Families of Institutionalized Demented: Does SCU Programming Make a Difference for Them? Vortrag am 20.11.1988 beim 41. Jahrestreffen der Gerontological Society of America, San Francisco. Nach: Office of Technology Assessment (Herdman, R.C., Behney, C.J., Maslow, K. & Kemp, K.) (1992). *Special Care Units for People with Alzheimer's and Other Dementia: Consumer Education, Research, Regulatory and Reimbursement Issues*. Washington D.C.: U.S. Congress, Office of Technology Assessment.
- Chafetz, P.K. (1991). Behavioral and Cognitive Outcomes of SCU Care. *Clinical Gerontologist*, Jg. 11, Nr. 1, 19-38.
- Cleary, T.A., Clamon, C., Price, M. et al. (1988). A Reduced Stimulation Unit: Effects on Patients with Alzheimer's Disease and Related Disorders. *Gerontologist*, Jg. 28, Nr. 4, 511-514.
- Coen, R., O'Mahoney, D., O'Boyle, C. Joyce, C.R.B., Hiltbrunner, B., Walsh, J.B. & Coakley, D. (1993). Measuring the Quality of Life of Dementia Patients Using the Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life. Special Issue: Psychological Aspects of Ageing: Well-Being and Vulnerability. *The Irish Journal of Psychology*, 14, 154-163.
- Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. (1994). Verbally Disruptive Behavior in the Elderly: II. Preliminary Results in the Cognitively Deteriorated. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 501-507.
- Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. (1998). The Effects of an Enhanced Environment on Nursing Home Residents who Pace. *Gerontologist*, Jg. 38, Nr. 2, 199-208.
- Cohen-Mansfield, J. (1996). Behavioral and Mood Evaluations: Assessment of Agitation. *International Psychogeriatrics*, Jg. 8, Nr. 2, 233-245.
- Cohen-Mansfield, J. (1996). New Ways to Approach Manifestations of Alzheimer's Disease and to Reduce Caregiver Burden. *International Psychogeriatrics*, Jg. 8, Nr. 1, 91-94.
- Cohen-Mansfield, J. (2000). Heterogeneity in Dementia: Challenges and Opportunities. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, Jg. 14, Nr. 2, 60-63.

- Cohen-Mansfield, J., Werner, P. & Marx, M.S. (1992). The Social Environment of the Agitated Nursing Home Resident. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 7, 789-798.
- Cole, M. & Dastoor, D. (1983). The Hierarchic Dementia Scale. *Journal of Clinical Experimental Gerontology*, 5, 219-234.
- Coleman, E.A., Barbaccia, J.C. & Croughan-Minihane, M.S. (1990). Hospitalization Rates in Nursing Home Residents with Dementia: A Pilot Study of the Impact of a Special Care Unit. *Journal of the American Geriatrics Society*. Jg. 38, Nr. 2, 108-112.
- Coons, D. (1987). Designing a Residential Care Unit for Persons with Dementia. Washington D.C.: U.S. Congress, Office of Technology Assessment.
- Coons, D. H. (1987). Training Staff to Work in Special Alzheimer's Units. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, Jg. 2, Nr. 5, 6-12.
- Coons, D.H. & Mace, N.L. (Hg.) (1996). *Quality of Life in Long-Term Care*. Binghampton, NY: The Haworth Press.
- Cotrell, V. & Schulz, R. (1993). The Perspective of the Patient with Alzheimer's Disease: A Neglected Dimension of Dementia Research. *Gerontologist*, 33, 205-211.
- Coulson, I. & White, J. (1997). A Total Environment Quality of Care Approach to Evaluation of Management and Care at Two Dementia Care Units in Tasmania. *American Journal of Alzheimer's Disease*, May/June, 128-136.
- Coulson, I. (1997). Evaluation of Physical Environments in Dementia Care Units. *Australian Journal on Ageing*, Jg. 16, Nr. 4, 203-207.
- Cummings, J.L. (1997). The Neuropsychiatric Inventory: Assessing Psychopathology in Dementia Patients. *Neurology*, Nr. 48 (Suppl. 6), S10-S16
- Cummings, J.L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A. & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive Assessment of Psychopathology in Dementia. *Neurology*, Nr. 4, 2308-2314.
- Damkowski, W., Seidelmann, A. & Voß, L. (1994). Evaluation des Modellprogramms stationäre Dementenbetreuung in Hamburg. Endbericht. Hamburg: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales.
- Dean, R., Briggs, K. & Lindesay, J. (1993). The Domus Philosophy: A Prospective Evaluation of Two Residential Units for the Elderly Mentally Ill. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 8, 807-817.
- Dean, R., Proudfoot, R. & Lindesay, J. (1993). The Quality of Interactions Schedule (QUIS): Development, Reliability and Use in the Evaluation of Two Domus Units. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 8, 819-826.

- Downs, M., Gilloran, A., Crossan, B., Adams, A. & Thomas, J. (1997). Changing the Culture of Care for People with Dementia: The Effect of Resettlement on Staff. Stirling: Centre for Social Research on Dementia, University of Stirling.
- Dürmann, P. (1999). Die Bedeutung der Pflegeklassen. Vergütung des Mehraufwandes bei Demenzkranken. *Altenheim*, Nr. 5, 30-33.
- Dürmann, P. (1999). Differenzierung statt Pauschalierung. Versorgungsaufwand für Demenzkranke im Leistungsvergleich. *Altenheim*, Nr. 2, 26-29.
- Dürmann, P. (2000). 45 Minuten Mehraufwand. Ergebnisse des „Leistungsvergleichs vollstationäre Versorgung Demenzkranker (LvVd)“. *Altenheim*, Nr. 4. 30-34.
- Ehrhardt, T. & Plattner, A. (1999). Verhaltenstherapie bei Morbus Alzheimer. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Erzigkeit, H. (1989). SKT. Ein Kurztest zur Erfassung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen. Weinheim: Beltz.
- Fischer, J.D. & Schwarz, G. (1999). Alzheimer Kranke Verstehen-Betreuen-Behandeln. Ratgeber für Fachleute, Angehörige und Helfer. Freiburg: AGJ-Verlag.
- Fleming, R. & Bowles, J. (1994). Revised Elderly Persons Disability Scale Manual. Australia: MACSEARCH, University of Sydney.
- Folsom, J.C. & Taulbee, L.R. (1966). Reality Orientation for Geriatric Patients. *Journal of Hospital and Community Psychiatry*, 17, 133-135.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental-Status-Test (Deutsche Übersetzung von J. Kessler, H.J. Markowitsch & P. Denzler, 1990). Weinheim: Beltz Test.
- Fuhrmann, I., Gutzmann, H., Neumann, E.-M. & Niemann-Mirmehdi, M. (1995). Abschied vom Ich – Stationen der Alzheimer Krankheit. Orientierungshilfe für Angehörige und professionelle Helfer. Freiburg: Herder.
- Gaebler, H. & Hemsley, D. (1991). The Assessment and Short-Term Manipulation of Affect in the Severely Demented. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 145-156.
- Gerdner, L.A. & Buckwalter, K. C. (1996). Review of State Policies Regarding Special Care Units: Implications for Family Consumers and Health Care Professionals. *American Journal of Alzheimer's Disease*, April/March, 16-22.
- Gerngroß-Haas, G. (1996). Wo sind die Grenzen der Integration? *Altenheim*, Nr. 3, 224, 245-251.
- Gilgen, R. & Garms-Homolova, V. (1995). Resident Assessment Instrument (RAI). System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation in der Langzeitpflege – eine Übersicht. *Z.Geronotol Geriat*, Jg. 28, 25-28.

- Gilleard, C. (1992). Losing One's Mind and Losing One's Place: A Psychosocial Model of Dementia. In: Morgan, K. (Hg.), *Gerontology. Responding to an Ageing Society*. London: Jessica Kingsley/The British Society of Gerontology. 149-156.
- Goldsmith, S.M., Hoeffler, B. & Rader, J. (1995). Problematic Wandering Behavior in the Cognitively Impaired Elderly. A Single-Subject Case Study. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, Jg. 33, Nr. 2, 6-12.
- Grant, L.A. & Ory, M. (2000). Alzheimer Special Care Units in the United States. In: Holmes, D., Teresi, J.A. & Ory, M. (Hg.), *Special Care Units*. Paris/New York: Serdi / Springer. 19-43.
- Grant, L.A. (1994). Conceptualizing and Measuring Social and Physical Environments in Special Care Units. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, Jg. 8, Nr. Suppl. 1, 321-327.
- Grant, L.A. (1998). Beyond the Dichotomy: An Empirical Typology of Alzheimer's Care in Nursing Homes. *Research on Aging*, Jg. 20, Nr. 5, 569-592.
- Grant, L.A., Kane, R.A. & Stark, A.J. (1994). Dementia Care in and out of Special Care Units: Design of a Comprehensive Survey of All Units in Minnesota's Nursing Homes. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, Jg. 8, Suppl. 1, S106-S111.
- Greene, J.A., Asp, J. & Crane, N. (1985). Specialized Management of the Alzheimer's patient: Does it Make a Difference? A Preliminary Progress Report. *Journal of the Tennessee Medical Association*, Jg. 78, Nr. 9, 559-563.
- Gunzelmann, T. & Schumacher, J. (1997). Psychologische Betreuungs- und Behandlungskonzepte für Demenzkranke. In: Weis, S. and Weber, G. (Hg.), *Handbuch Morbus Alzheimer. Neurobiologie, Diagnose, Therapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 1147-1172.
- Haight, B.K. (1991). Reminiscing: The State of the Art as a Basis for Practice. *International Journal of Aging and Human Development*, Jg. 33, Nr. 1, 1-32.
- Hall, G. & Buckwalter, K. (1987). Progressively Lowered Stress Threshold: A Conceptual Model for Care of Adults with Alzheimer's Disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1, 309-312.
- Hall, G.R., Kirschling, M.V. & Todd, S. (1986). Sheltered Freedom – An Alzheimer's Unit in an ICF. *Geriatric Nursing*, Jg. 7, Nr. 3, 132-137.
- Heeg, S. & Berger, G. (1992). Qualitätsbeurteilung von Alten- und Pflegeheimen. *Altenheim*, 5, 254-266.
- Heeg, S. & Lind, S. (1994). Gerontopsychiatrie in Einrichtungen der Altenhilfe. Versorgungsstrategien und bauliche Erfordernisse. *KDA Forum 23* Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

- Heeg, S. (1995). Architekturpsychologische Aspekte der Innenraumgestaltung von Alten- und Pflegeheimen. In: Loeschke, G. (Hg.): Wohnen im Alter. Verlag das Beispiel.
- Heeg, S. (1996). Architektur für die kranke Seele: Anforderungen an das Bauen für verwirrte und psychisch kranke Menschen. In: Stationäre Versorgung von Alzheimer Patienten. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft.
- Heeg, S. (2000). Bauliches Milieu und Demenz. In: Wahl & Römer (Hrsg.). Angeandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, 233-241.
- Heeg, S., Radzey, B. & Budnick, G. (2000). Möglichkeiten einer Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen. In: Sozialplanung in Baden-Württemberg e.V. und Arbeitsgruppe Psychogeriatric – Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg, 267-283.
- Helmes, E., Csapo, K.G. & Short, J.-A. (1987). Standardization and Validation of the Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES). *Journal of Gerontology*, Jg. 42, Nr. 4, 395-405
- Hoeffler, B., Rader, J., McKenzie, D., Lavelle, M. & Stewart, B. (1997). Reducing Aggressive Behavior During Bathing Cognitively Impaired Nursing Home Residents. *Journal of Gerontological Nursing*, Jg. 23, Nr. 5, 16-23.
- Kahana, E. (1975). A Congruence Model of Person-Environment Interaction. In: Windley, P., Byerts, T. & Ernst, F. (Hg.), *Theory Development in Environment and Aging*. Washington D.C.: Gerontological Society. 181-214.
- Kahana, E. (1982). A Congruence Model of Person-Environment Interaction. In: Lawton, M.P., Windley, P.G. & Byerts, T.O. (Hg.), *Aging and the Environment: Theoretical Approaches*. New York: Springer, 97-121.
- Katz, S. (1963). Assessing Self-Maintenance: Activities of Daily Living, Mobility, and Instrumental Activities of Daily Living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31: 721-727.
- Kern, A.O. & Beske, F. (1999). Entwicklung der Zahl von Demenzpatienten in Deutschland bis zum Jahr 2030. Kiel: Institut für Gesundheits- und Systemforschung.
- Kitwood, T. & Bredin, K. (1992). Towards a Theory of Dementia Care: Personhood and Well-Being. *Ageing and Society*, Jg. 12, 269-287
- Kitwood, T. & Bredin, K. (1994). Evaluating Dementia Care: The DCM Method. University of Bradford: Bradford Dementia Research Group.
- Kitwood, T. (1993). Towards a Theory of Dementia Care: The Interpersonal Process. *Ageing and Society*, Jg. 13, 51-67.

- Klingensfeld, H. & Bruder, J. (1997). Nichtmedikamentöse Behandlungs- und Betreuungsformen Demenzkranker im Überblick. Norderstedt: fidem.
- Klingensfeld, H. & Bruder, J. (1999). Diagnostik der Demenz: Ergotherapie Demenzkranker. Norderstedt: fidem.
- Krämer, G. (1996). Alzheimer von a-z. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Kurz, A. (1998). „BPSSD“: Verhaltensstörungen bei Demenz. Ein neues diagnostisches und therapeutisches Konzept? *Nervenarzt*, Jg. 69, Nr. 3, 269-273.
- Lawlor, B. (1999). Kommentar zu Allen-Burge, R., Stevens, A.B. & Burgio, L.D. (1999). Effective Behavioral Interventions for Decreasing Dementia-Related Challenging Behavior in Nursing Homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 14, 213-232.
- Lawlor, B.A. (1996). Environmental and Social Aspects of Behavioral Disturbances in Dementia. *International Psychogeriatrics*, Jg. 8, Nr. 3, 259-261.
- Lawton, M.P. & Teresi, J.A. (1994). Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Focus on Assessment Techniques. New York: Springer.
- Lawton, M.P., Weisman, G.D., Sloane, P. & Calkins, M. (1997). Assessing Environments for Older People with Chronic Illness. In: Teresi, J.A., Lawton, M.P., Holmes, D. & Ory, M. (Hg.), *Measurement in Elderly Chronic Care Populations*. New York: Springer. 193-209.
- Lawton, M.P. & Nahemow, L. (1973). Ecology and the Aging Process In: Eisdorfer, C. & Lawton, M.P. (Hg.), *The Psychology of Adult Development and Aging*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Lawton, M.P. (1980). Psychosocial and Environmental Approaches to the Care of Senile Dementia Patients. In: Cole, J.O. & Barrett, J.E., *Psychopathology in the Aged*. New York: Raven Press, 1980. 265-278.
- Lawton, M.P. (1981). Sensory Deprivation and the Effect of the Environment on Management of the Patient with Senile Dementia. In: Miller, N.E. & Cohen, G.D. (Hg.), *Clinical Aspects of Alzheimer's Disease and Senile Dementia (Aging, Vol. 15)*. New York: Raven Press.
- Lawton, M.P. (1983). Environment and other Determinants of Well-Being in Older People. *The Gerontologist*, Jg. 23, Nr. 4, 349-357.
- Lawton, M.P. (1986). *Environment and Aging*. Albany, NY: Center for the Study of Aging.
- Lawton, M.P. (1991). A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders. In: Birren, J.E., Lubben, J.E., Rowe, J.W. & Deutchman, D.E. (Hg.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego: Academic Press. 4-27.
- Lawton, M.P., Fulcomer, M. & Kleban, M. H. (1984). Architecture for the Mentally Impaired Elderly. *Environment and Behavior*, Jg. 16, Nr. 6, 730-757.

- Lawton, M.P., Liebowitz, B. & Charon, H. (1970). Physical Structure and the Behavior of Senile Dementia Patients Following Ward Remodeling. *Aging & Human Development*, 1, 231-239.
- Lawton, M.P., van Haitsma, K., Klapper, J. (1996). Observed Affect in Nursing Home Residents with Alzheimer's Disease. *Journal of Gerontology*, Jg. 51B, Nr. 1, P13-P14.
- Lawton, M.P., Windley, P.G. & Byerts, T.O. (1982). *Aging and the Environment: Theoretical Approaches*. New York: Springer.
- Lehr, U. & Thomae, H. (1979). Altersstörungen. In: Baumann, U., Berbalk, H. & Seidenstücker, G. (Hg.), *Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis 2*. Bern: Huber. 227-266.
- Lemke, S. & Moos, R.H. (1980). Assessing the Institutional Policies of Sheltered Care Settings. *Journal of Gerontology*, 35, 96-107.
- Lemke, S. & Moos, R.H. (1981). The Suprapersonal Environments of Sheltered Care Settings. *Journal of Gerontology*, 36, 233-243.
- Lemke, S. & Moos, R.H. (1986). Quality of Residential Settings for the Elderly. *Journal of Gerontology*, 41, 268-276.
- Liebowitz, B., Lawton, M.P. & Waldman, A. (1979). Evaluation: Designing for Confused Elderly People. *Lessons from the Weiss Institute*. AIA Journal, Nr. 2, 59-61.
- Liebowitz, B., Lawton, M.P. & Waldman, A. (1979). A Prosthetically Designed Nursing Home. *American Institute of Architects Journal*, 68, 59-61.
- Lind, S. (2000). *Umgang mit Demenz: Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden*. Stuttgart: Paul-Lempp-Stiftung.
- Lindesay, J., Briggs, K., Lawes, M., MacDonald, A. & Herzberg, J. (1991). The Domus Philosophy: A Comparative Evaluation of a New Approach to Residential Care for the Demented Elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 727-736.
- Logsdon, R. & Teri, L. (1997). The Pleasant Events Schedule-AD: Psychometric Properties and Relationship to Depression and Cognition in Alzheimer's Disease Patients. *The Gerontologist*, Jg. 37, Nr. 1, 40-45.
- Lund, D.A., Hill, R.D., Caserta, M.S. & Wright, S.D. (1995). Video Respite™: An Innovative Resource for Family, Professional Caregivers, and Persons with Dementia. *Gerontologist*, 35, 683-687.
- Maas, M.L. & Buckwalter, K.C. (1990). Final Report: Nursing Evaluation Research: Alzheimer's Care Unit. Iowa City: University of Iowa College of Nursing.
- Maas, M.L., Swanson, E., Specht, J. & Buckwalter, K.C. (1994). Alzheimer's Special Care Units. *Nursing Clinics of North America*, Jg. 29, Nr. 1, 173-194.
- Mahoney, F.I. & Barthel, D.W. (1965). Functional Evaluation. *The Barthel Index*. *Md State Medical Journal*, 14, 2: 61-65.

- Malmberg, B., Sundström, G. & Zarit, S. H. (1998). Housing the Demented Elderly in Sweden. In: *Research and Practice in Alzheimer's Disease*. 193-202.
- Mattis, S. (1976). Mental Status Examination for Organic Mental Syndrome in the Elderly Patient. In: Bellak, L. & Karasu, T.B. (Hg.), *Geriatric Psychiatry: A Handbook for Psychiatrists and Primary Care Physicians*. New York: Grunde & Stratton. 77-121.
- McCracken, A.L. & Fitzwater, E. (1989). The Right Environment for Alzheimer's. *Geriatric Nursing*, Jg. 10, Nr. 6, 293-294.
- McCracken, A.L. (1994). Meeting the Needs of Cognitively Impaired Persons. *Journal of Gerontological Nursing*, April, 41-46.
- Meier, D. (1995). *Lebensqualität im Alter: Eine Studie zur Erfassung der individuellen Lebensqualität von gesunden Älteren, von Patienten im Anfangsstadium einer Demenz und ihrer Angehörigen*. Bern: Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Mitchell, R. (1999). Kommentar zu Woods, B. (1999). Promoting Well-Being and Independence for People with Dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 14, 97-109.
- Mittelstein, U. (1996). Milieutherapie. In: Wächtler, C., Hirsch, R.D., Kortus, R. & Stoppe, G. (Hg.), *Demenz – Die Herausforderung*. Singen: Egbert Ramin. 211-214.
- Moos, R.H. & Lemke, S. (1980). Assessing the Physical and Architectural Features of Sheltered Care Settings. *Journal of Gerontology*, 35, 571-583.
- Moos, R.H. & Lemke, S. (1996). *Evaluating Residential Facilities. The Multiphasic Environmental Assessment Procedure*. Thousand Oaks: SAGE.
- Moos, R.H. (1976). *The Human Context: Environmental Determinants of Behaviour*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Morris, J.N. & Morris, S.A. (1997). ADL Assessment Measures for Use with Frail Elders. In: Teresi, J.A., Lawton, M.P., Holmes, D. & Ory, M. (Hg.), *Measurement in Elderly Chronic Care Populations*. New York: Springer. 130-156.
- Morris, J.C., Heyman, A., Mohs, R.C., Jughes, J.P., van Belle, G., Fillenbaum, G., Mellits, E.D. & Clark, C. (1991). The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Clinical, Neuropsychological, and Neuopathological Components. *Aging, Clinical and Experimental Research*, 2, 415-424.
- Morton, I. & Bleathman, C. (1991). The Effectiveness of Validation Therapy in Dementia – A Pilot Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 6, 327-330.
- Mozley, C.G., Huxley, P., Sutcliffe, C., Bagley, H. & Burns, A. (1999). „Not Knowing Where I Am Doesn't Mean I Don't Know What I Like“: Cognitive Impairment and Quality of Life Responses in Elderly People. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 14, 776-783.

- Müller, D. (1994). Interventionen für verwirrte, ältere Menschen in Institutionen. Medizinische, pflegerische und psychotherapeutische Entwicklungen. thema 96. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Müller-Hergl, C. (1998). De-menz und Re-menz: Positive Personenerbeit und Dementia Care Mapping. Geriatrie Praxis, Nr. 6, 18-23
- Müller-Schwartz, A. (1994). Musiktherapie mit Demenzkranken. In: Hirsch, R.D. (Hg.), Psychotherapie bei Demenzen. Darmstadt: Steinkopff, 159-166.
- Mulsant, B.H., Mazumdar, S., Pollock, B.G., Sweet, R.A., Rosen, J. & Lo, K. (1997). Methodological Issues in Characterizing Treatment Response in Demented Patients With Behavioral Disturbances. International Journal of Geriatric Psychiatry, Jg. 12, 537-547.
- Mummah-Castillo, H. (1987). Many Problems, Some Solutions: The Menni Unit.
In: Kalicki, A.C. (Hg.), Confronting Alzheimer's Disease. Owing Mills: Rynd Communications & Washington D.C.: American Association of Homes for the Aging.
- Naess, L. (1996). Reminiscence Work with People with Dementia. A Presentation Held at the European Reminiscence Conference in Copenhagen, 15.-17.11.1996.
- Namazi, K., Whitehouse, P., Rechlin, L., Calkins, M., Johnson, B. Brabender, B. & Hevener, S. (1991). Environmental Modifications in a Specially Designed Unit for the Care of Patients with Alzheimer's Disease: An Overview and Introduction. American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research, 6, 3-9.
- Netten, A. (1993). A Positive Environment? Physical and Social Influences on People with Senile Dementia in Residential Care. Aldershot: Ashgate Publishing Co.
- Norris-Baker, C., Weisman, G.D., Lawton, M.P. & Sloane, P. (1999). Assessing Special Care Units for Dementia: The Professional Environmental Assessment Protocol (PEAP). In: Danforth, S. and Steinfeld, E. (Hg.), Measuring Enabling Environments. New York: Plenum Press.
- O'Carroll, R. (1999). Kommentar zu Woods, B. (1999). Promoting Well-Being and Independence for People with Dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry, Jg. 14, 97-109.
- Office of Technology Assessment (Herdman, R.C., Behney, C.J., Maslow, K. & Kemp, K.) (1992). Special Care Units for People with Alzheimer's and Other Dementia: Consumer Education, Research, Regulatory and Reimbursement Issues. Washington D.C.: U.S. Congress, Office of Technology Assessment.
- Ohta, R. & Ohta, B. (1988). Special Units for Alzheimer's Disease Patients: A Critical Outlook. The Gerontologist, Jg. 28, Nr. 6, 803-808.

- Okawa, M., Mishima, K., Hishikawa, Y., Hozumi, S., Hori, H. & Takahashi, K. (1991). Circadian Rhythm Disorders in Sleep-Waking and Body Temperature in Elderly Patients with Dementia and their Treatment. *Sleep*, 14, 478-485.
- Oliver, J., Huxley, P., Bridges, K. & Mohamad, H. (1996). *Quality of Life and Mental Health Services*. London: Routledge.
- Ory, M.G. (1994). Dementia Special Care: The Development of a National Research Initiative. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 8 (Suppl. 1), S389-S404.
- Peppard, N.R. (1991). *Special Needs Dementia Units. Design, Development and Operations*. New York: Springer Publishing Co.
- Perrin, T. (1997). The Positive Response Schedule for Severe Dementia. *Aging & Mental Health*, Jg. 1, Nr. 2, 184-191.
- Plaisier, A. J., Douma, A. T., Fahrenfort, M. & Leene, G. J. F. (1992). *Het Anton Pieck-hofje. Een woon-zorg-voorziening voor dementerende ouderen*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut.
- Pynoos, J. & Regnier, V. (1991). Improving Residential Environments for Frail Elderly: Bridging the Gap Between Theory and Application. In: Birren, J. E., Lubben, J. E., Rowe, J. W., and Deutchman, D. E. (Hg.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego: Academic Press. 91-119.
- Radzey, B., Heeg, S. & Goerlich, C. (1999). Kurzevaluation von Wohngruppen für Verwirrte in Frankreich und den Niederlanden. thema 145. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Radzey, B., Heeg, S., Kuhn, C. et al. (2000). Praktizierte Versorgungs- und Betreuungskonzepte: Fallstudien in ausgewählten Einrichtungen. In: Sozialplanung in Baden-Württemberg e.V. und Arbeitsgruppe Psychogeriatric – Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg, 127-266.
- Reisberg, B. (1988). Functional Assessment Staging (FAST). *Psychopharmacology Bulletin*, 24. 653-659.
- Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, S.P., Ferris, S.H., Franssen, E., Georgotas, A. (1987). Behavioral Symptoms in Alzheimer's Disease: Phenomenology and Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 9-15.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., De Leon, M.J. & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia. *American Journal of psychiatry*, 139. 1136-1139.
- Reisberg, B., Schneck, M.K., Ferris, S.H., Schartz, G.E. & De Leon, M.J. (1983). The Brief Cognitive Rating Scale (BCRS): Findings in Primary Degenerative Dementia (PDD). *Psychopharmacology Bulletin*, 19. 47-50.

- Rhoades, J., Potter, D.E.B. & Krauss, N. (1998). *Nursing Homes. Structure and Selected Characteristics*. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.
- Richard, N. (1997). Integratives validierendes Arbeiten. In: Wächtler, C., Hirsch, R.D., Kortus, R. & Stoppe, G. (Hg.), *Demenz – Die Herausforderung*. Singen: Egbert Ramin. 215-224.
- Ritchie, K., Colvez, A., Ankri, J., Ledesert, B., Gardent, H. & Fontaine, H. (1992). The Evaluation of Long-Term Care for the Dementing Elderly: A Comparative Study of Hospital and Collective Non-Medical Care in France. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 7, Nr. 11, 549-557.
- Ronch, J. L. (1996). Assessment of Quality of Life: Preservation of the Self. *International Psychogeriatrics*, Jg. 8, Nr. 2, 267-275.
- Rosen, W.G., Mohs, R.C. & Davis, K.L. (1984). *Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS)* (deutsche Übersetzung von G. Weyer, R. Ihl & M. Schambach, 1992). Weinheim: Beltz Test.
- Roth, M., Tym, E., Mounjoy, C.Q., Hendrie, H., Verma, S. & Goddard, R. (1986). CAMDEX. A Standardised Instrument for the Diagnoses of Mental Disorders in the Elderly with Special Reference to the Early Detection of Dementia. *British Journal of Psychiatry*, Nr. 149: 689-709.
- Rovner, B.W., Lucas-Blaustein, J., Folstein, M.F. et al. (1990). Stability Over One Year in Patients Admitted to a Nursing Home Dementia Unit. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 77-82.
- Sattel, H., Geiger-Kabisch, C., Besthorn, C., Schreiter-Gasser, U., Zerfass, R., Hentschel, F. & Förstl, H. (1994). Kognitive Leistungsprofile (HDS, CAMCOG) bei wahrscheinlicher Alzheimer Demenz und bei Kontrollprobanden mit und ohne subjektive Gedächtnisstörungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, Jg. 7, Nr. 1, 17-28.
- Saxton, J., McGonigle-Gibson, K.L., Swihart, A.A., Miller, V.J. & Boller, F. (1990). Assessment of the Severely Impaired Patient: Description and Validation of a New Neuropsychological Test Battery. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Nr. 2, 298-303.
- Schnelle, J.F., Cruise, P.A., Rahman, A. & Ouslander, J.G. (1998). Developing Rehabilitative Behavioral Interventions for Long-Term Care: Technology Transfer, Acceptance, and Maintenance Issues. *Journal of the American Geriatrics Society*, Jg. 46, Nr. 6, 771-777.
- Schrijnemaekers, V.J.J. (1995). De effectiviteit van validation. *Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie*, 26. 205-213.
- Schulz, R., O'Brien, A.T., Bookwala, J., Fleissner, K. (1995). Psychiatric and Physical Morbidity Effects of Dementia Caregiving: Prevalence, Correlates, and Causes. *The Gerontologist*, Jg. 35, Nr. 6, 771-791.
- Selai, C. & Trimble, M.R. (1999). Assessing Quality of Life in Dementia. *Aging & Mental Health*, Jg. 3, Nr. 2, 101-111.

- Simmons, S.F.; Schnelle, J.F., Uman, G.C., Kulvicki, A.D., Lee, K.-O.H. & Ouslander, J.G. (1997). Selecting Nursing Home Residents for Satisfaction Survey. *The Gerontologist*, Jg. 37, Nr. 4, 543-550.
- Sloane, P. D., Lindeman, D., Phillips, Ch., Morir, D. & Koch, G. (1995). Evaluating Alzheimer's Special Care Units: Reviewing the Evidence and Identifying Potential Sources of Study Bias. *The Gerontologist*, Jg. 35, Nr. 1, 103-111.
- Sloane, P.D. & Mathew, L.J. (1991). *Dementia Units in Long-Term Care*. Baltimore: John Hopkins UP.
- Smyth, K. A., Ferris, S. H., Fox, P., Heyman, A., Holmes, D., Morris, J. N., Phillips, C. D., Schulz, R., Teresi, J. & Whitehouse, P. J. (1997). Measurement Choices in Multi-State Outcomes in Dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, Jg. 11, Nr. 6, 30-44.
- Stokes, G. & Bowdler, M. (1996). Small isn't Necessarily Beautiful. *Health Service Journal*, 15. August 1996, 21.
- Streiner, D.L. & Norman, G.R. (1995²). *Health Status Measurement*. Oxford: Oxford UP.
- Tariot, P.N. (1996). Behavioral Manifestations of Dementia: A Research Agenda. *International Psychogeriatrics*, Jg. 8, Nr. 1, 31-38.
- Tariot, P.N., Porsteinsson, A., Teri, L. & Weiner, M.F. (1997). Measurement of Behavioral Disturbance in Chronic Care Populations. In: Teresi, J.A., Lawton, M.P., Holmes, D. & Ory, M. (Hg.), *Measurement in Elderly Chronic Care Populations*. New York: Springer. 61-77.
- Teresi, J.A. & Evans, D. A. (1997). Cognitive Assessment Measures for Chronic Care Populations. In: Teresi, J.A., Lawton, M.P., Holmes, D. & Ory, M. (Hg.), *Measurement in Elderly Chronic Care Populations*. New York: Springer. 1-23.
- Teresi, J.A., Grant, L.A., Holmes, D. & Ory, M.G. (1998). Staffing in Traditional and Special Dementia Care Units. Preliminary Findings from the National Institute on Aging Collaborative Studies. *Journal of Gerontological Nursing*, Jg. 24, Nr. 1, 49-53.
- Teresi, J.A., Lawton, M.P., Holmes, D. & Ory, M. (1997). Measurement of Older Chronic Care Populations. In: Teresi, J.A., Lawton, M.P., Holmes, D. & Ory, M. (Hg.), *Measurement in Elderly Chronic Care Populations*. New York: Springer. xi-xii.
- Teresi, J.A., Lawton, M.P., Holmes, D. & Ory, M. (1997). *Measurement in Elderly Chronic Care Populations*. New York: Springer.
- Teri, L. & Logsdon, R. (1994). Assessment of Behavioral Disturbance in Older Adults. In: Lawton, M.P. and Teresi, J.A. (Hg.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Focus on Assessment Techniques*. New York: Springer. 107-124.
- Teri, L., Logsdon, R. & Yesavage, J. (1997). Measuring Behavior, Mood, And Psychiatric Symptoms in Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, Jg. 11, Nr. 6, 50-59.

- Tombaugh, T.N. & McIntyre, N.J. (1992). The Mini-Mental-State-Test: A Comprehensive Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40: 922-935.
- Toseland, R.W., Diehl, M., Freeman, K., Manzanares, T. & McCallion, P. (1997). The Impact of Validation Group Therapy on Nursing Home Residents with Dementia. *Journal of Applied Gerontology*, Jg. 16, Nr. 1, 31-50.
- van Belle, G., Uhlmann, F., Hughes, J.P. & Larson, E.B. (1990). Reliability of Estimates of Changes in Mental Status Test Performance in Senile Dementia of the Alzheimer Type. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43: 589-595.
- Van Haitsma, K. (2000). The Assessment and Integration of Preferences into Care Practices for Persons with Dementia Residing in the Nursing Home. In: Rubenstein, R., Moss, M. & Kleban, M. (Hg.), *The Many Dimensions of Aging*. New York: Springer. 143-163.
- Van Haitsma, K., Lawton, M.P. & Kleban, M.H. (2000). Does Segregation Help or Hinder? Examining the Role of Homogeneity in Behavioral and Emotional Aspects of Quality of Life for Persons with Cognitive Impairment in the Nursing Home. In: Holmes, D., Teresi, J.A. & Ory, M. (Hg.), *Special Care Units*. Paris/New York: Serdi/Springer. 163-177.
- Weisman, G.D. (1991). Evaluation of the Environment. In: Cohen, U. & Weisman, G. (Hg.), *Holding on to Home*. Baltimore: Johns Hopkins UP. 159-169.
- Weisman, G.D., Calkins, M. & Sloane, P. (1994). The Environmental Context of Special Care. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, Jg. 8 (Suppl. 1), 308-320.
- Wells, Y. & Jorm, A.F. (1987). Evaluation of a Special Nursing Home Unit for Dementia Sufferers: A Randomized Controlled Comparison with Community Care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 21, 524-531.
- Weyerer, S., Hönig, T., Schäufele, M. & Zimmer, A. (2000). Demenzkranke in Einrichtungen der voll- und teilstationären Altenhilfe. Epidemiologische Forschungsergebnisse. In: Sozialplanung in Baden-Württemberg e.V. und Arbeitsgruppe Psychogeriatric – Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg, 1-58.
- Weyerer, S. & Schäufele, M. (1999). Epidemiologie körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen im Alter. In: Zimmer, A. & Weyerer, S. (Hg.), *Arbeitsbelastungen in der Altenpflege*. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie, 3-23.

- Whitehouse, P.J. (1997). Defining and Measuring Outcomes in Research on Alzheimer's Disease and Related Chronic Conditions: An Interdisciplinary Communication and Collaborative Challenge. In: Teresi, J.A., Lawton, M.P., Holmes, D. & Ory, M. (Hg.), *Measurement in Elderly Chronic Care Populations*. New York: Springer. ix-x.
- Wimo, A., Wallin, J.O., Lundgren, K., Rönnbäck, E., Asplund, K., Mattsson, B. & Krakau, J. (1991). Group Living: An Alternative for Dementia Patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 21-29.
- Winter, H.-P., Gennrich, R., Haß, P. (1999). *Hausgemeinschaften*. Reihe Architektur + Gerontologie, Band 2. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Wood, S.A., Cummings, J.L., Barclay, T., Hsu, M.-A., Allahyar, M. & Schnelle, J.F. (1999). Assessing the Impact of Neuropsychiatric Symptoms on Distress in Professional Caregivers. *Aging & Mental Health*, Jg. 3, Nr. 3, 241-245.
- Woods, B. & Ashley, J. (1995). Simulated Presence Therapy: Using Selected Memories to Manage Problem Behaviors in Alzheimer's Disease Patients. *Geriatric Nursing*, 16, 9-14.
- Woods, B. (1999). Promoting Well-Being and Independence for People with Dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 14, 97-109.
- Woods, B., Portnoy, S., Head, D. & Jones, G.M.M. (1992). Reminiscence and Life Review with Persons with Dementia: Which Way Forward? In: Jones, G.M.M. & Miesen, B.M.L. (Hg.), *Care-Giving in Dementia – Research and Applications*. London: Routledge. 137-161.
- Zaudig, M. (1996). Assessing Behavioral Symptoms of Dementia of the Alzheimer Type: Categorical and Quantitative Approaches. *International Psychogeriatrics*, Jg. 8, Nr. 2, 183-200.
- Zaudig, M., Mittelhammer, J., Hiller, W., Pauls, A., Thora, C., Morinigo, A. & Mombour, W. (1991). SIDAM – A Structured Interview for the Diagnosis of Dementia of the Alzheimer Type, Multiinfarct Dementia and Dementias of Other Etiology According to ICD-10 and DSM-III-R. *Psychological Medicine*, 21, 225-236.

Abkürzungsverzeichnis

ADAS	Alzheimers Disease Assessment Scale
ADL	Activities of Daily Living / Aktivitäten des täglichen Lebens
AGAST	Arbeitsgruppe geriatrisches Assessment
BI	Barthel-Index
BDS	Blessed Dementia Scale
BCRS	Brief Cognition Rating Scale
BEHAVE-AD	Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease
BPSSD	Behavioural and Psychological Signs and Symptoms of Dementia
CADE	australische Variante der SCUs
CAMDEX	Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly
CDR	Clinical Dementia Rating Scale
CERAD	Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease
CMAI	Cohen-Mansfield Agitation Inventory
DCM	Dementia Care Mapping
DQoL	Dementia Quality of Life
FAST	Functional Assessment Staging Technique
GDS	Global Deterioration Scale
HDS	Hierarchical Dementia Scale
MDRS	Mattis Dementia Rating Scale
MDS	Minimum Data Set
MEAP	Multiphasic Environmental Assessment Procedure
MMST	Mini-Mental-State-Test
MOSES	Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects
NIA	National Institute on Aging (USA)
NOSGER	Nurses Observation Scale for Geriatric Patients
NPI	Neuropsychiatric Inventory
NURS	Nursing Unit Rating Scale
OTA	Office of Technology Assessment
PEAP	Professional Environmental Assessment Protocol
POLIF	Policy and Program Information Form
QUIS	Quality of Interaction Schedule
RAI	Resident Assessment Instrument
REM	Reminiszenztherapie
REMODEL	Resource for Evaluation and Modifications Optimizing Dementia Care Units
REPDS	Revised Elderly Persons Disability Scale

RESIF	Resident and Staff Information Form
ROT	Realitäts-Orientierungs-Training
SCES	Sheltered Care Environment Scale
SCU	Special Care Unit
SIDAM	Strukturiertes Interview zur Diagnose der Demenz vom Alzheimer-Typ, der Multiinfarkt-Demenz und ähnlicher Ätiologie nach DSM-II-R und ICD 10
SISCOS	Syndrom-Scores
SKT	Syndrom-Kurz-Test
TESS	Therapeutic Environment Screening Scale
VAL	Validation