

Erziehungswissenschaft

DIE VERBESSERUNG DER SITUATION DEMENZIELL ERKRANKTER MENSCHEN AUF
DEM PRÜFSTAND.
EINE VERGLEICHSTUDIE ZU THERAPIEANSÄTZEN UND
VERSORGUNGSSTRUKTUREN AUF DER GRUNDLAGE INTERNATIONALER
FORSCHUNGSERGEBNISSE.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

der

Philosophischen Fakultät

der

Westfälischen Wilhelms-Universität

zu

Münster (Westf.)

vorgelegt von

Dipl. Päd. Gero Techtmann

aus Bocholt

2007

Tag der mündlichen Prüfung: 13. Juli 2007

Dekan: Prof. Dr. Dr. h. c. Wichard Woyke

Referent: Prof. i.R. Dr. Jürgen Hohmeier

Korreferent: Prof. Dr. Andreas Hanses

Vorwort

0	Einleitung	1
I	Grundlagenwissen: „Demenz“	10
1	Definition	10
2	Formen der Demenz	13
2.1	Überblick	13
2.2	Die Alzheimer-Krankheit	14
2.2.1	Neuropathologische und neurochemische Veränderungen	15
2.2.1.1	Neuropathologische Befunde	15
2.2.1.2	Neurochemische Befunde	18
2.2.2	Krankheitsverlauf	19
2.3	Andere Demenzformen	22
2.3.1	Vaskuläre Demenz	23
2.3.2	Lewy-Körper-Demenz (LKD)	24
2.3.3	Demenz bei Morbus Parkinson	26
2.3.4	Frontotemporale Demenz (FTD)	27
3	Epidemiologische Aspekte	29
3.1	Exkurs: Zur demografischen Lage und Entwicklung	29
3.2	Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter	35
3.2.1	Häufigkeit psychischer Erkrankungen im Alter	36
3.2.2	Prävalenz der Demenz	37
3.2.3	Inzidenz der Demenz	40
4	Versorgungssituation	42
5	Risiko und Protektion	43
5.1	Risikofaktoren	43
5.2	Protektive Faktoren	46
6	Diagnostischer Prozess bei Demenz	48
6.1.	Der psychische Befund bei demenziellen Erkrankungen	50
6.1.1	Kognitive Symptome	51
6.1.2	Nichtkognitive Symptome (BPSD)	54
6.1.2.1	Psychische Symptome	55
6.1.2.2	Verhaltensauffälligkeiten	57
6.1.3	Psychometrische Testung	60
6.1.4	Eigenanamnese/Fremdanamnese	63
6.1.5	Differenzialdiagnostik	64

6.1.5.1	Akute Verwirrtheit (Delir)	66
6.1.5.2	Depression	67
6.1.5.3	Die „Leichte kognitive Beeinträchtigung“ (LKB)	69
7	Zur Situation der Pflegenden	72
7.1	Die Angehörigen	72
7.2	Die professionell Pflegenden	77
II	Zur Wirkung nonpharmakologischer Therapieverfahren	83
1	Einleitung	83
2	Pharmakotherapie der Demenz	84
2.1	Pharmakologische Therapie kognitiver Störungen	85
2.2	Pharmakologische Therapie nicht kognitiver Begleitsymptome (BPSD)	89
3	Nonpharmakologische Therapie der Demenz	90
3.1	Einordnung der Therapieverfahren und Begründung ihrer Auswahl	90
3.2	Verhaltenstherapie	94
3.3	Gedächtnistraining	96
3.4	Selbsterhaltungstherapie	100
3.5	Milieuthherapie	102
3.6	Biografische Ansätze	106
3.7	Realitäts-Orientierungs-Training (ROT)	110
3.7.1	Methodische Grundlagen	110
3.7.2	Empirische Befunde	114
3.7.3	Zusammenfassung und kritische Betrachtung des Ansatzes	130
3.8	Validation	133
3.8.1	Überblick	133
3.8.2	Theoretische Grundannahmen	134
3.8.3	Praktische Anwendung der Validation	139
3.8.4	Empirische Befunde	143
3.8.5	Zusammenfassung und kritische Betrachtung des Ansatzes	158
3.9	Musiktherapie	163
3.9.1	Methodische Grundlagen	163
3.9.2	Empirische Befunde	168
3.9.3	Zusammenfassung und kritische Betrachtung des Ansatzes	176
4	Schlussbetrachtung	180
III	Zur Wirkung dementengerechter Versorgungskonzepte	182
1	Paradigmen der Betreuung und Versorgung	182

1.1	Medizinisches Modell	183
1.2	Therapeutisches Modell	184
1.3	Soziotherapeutische Modelle	184
1.4	Psychosoziales Modell	187
2	Versorgungsziele und Forschungsfragen	189
2.1	Funktion, Verhalten und Autonomie	189
2.2	Lebensqualität	191
2.3	Angehörige und Pflegekräfte	194
3	Integration vs. Segregation – Zur Auswahl der Konzepte	196
4	Wohn- und Hausgemeinschaften	200
4.1	Überblick	200
4.2	Domus	201
4.2.1	Einleitung	201
4.2.2	Empirische Befunde	203
4.2.3	Diskussion der Ergebnisse	222
4.3	Cantou	231
4.3.1	Einleitung	231
4.3.2	Empirische Befunde	235
4.3.3	Diskussion der Ergebnisse	253
4.4	Group Living	259
4.4.1	Einleitung	259
4.4.2	Empirische Befunde	264
4.4.2.1	Wohngruppen „Malmö“	264
4.4.2.2	Wohngruppen „Sundsvall“	281
4.4.3	Diskussion der Ergebnisse	285
4.5	Zusammenfassung	293
5	Special Care Units	306
5.1	Einleitung	306
5.2	Empirische Befunde	311
5.2.1	Review des „Office of Technology Assessment“	311
5.2.1.1	Studien ohne Kontrollgruppen	312
5.2.1.2	Kontrollierte Studien	321
5.2.2	Ergebnisse aktueller Untersuchungen	330
5.2.2.1	Globale Auswirkungen auf die Bewohner	330
5.2.2.2	Spezifische Aspekte der SCU-Versorgung	353
5.2.2.3	Zufriedenheit der Angehörigen	358
5.2.2.4	Personalzufriedenheit, Ressourcennutzung, Kosten	359

5.3	Diskussion der Ergebnisse	362
5.4	Zusammenfassung	369
6	Versorgungsalternativen für Demenzerkrankte in Deutschland	371
6.1	Überblick	371
6.2	Besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg	372
6.2.1	Einleitung	372
6.2.2	Empirische Befunde	374
6.2.2.1	Vergleich: Domus- und Integrationsprinzip	377
6.2.2.2	Vergleich: spezialisierte und nichtspezialisierte Versorgung	379
6.2.2.3	Angehörigenzufriedenheit und Belastung der Mitarbeiter	383
6.3	Milieuthérapeutisch orientierte Demenz-Wohngruppen Mannheim/Stuttgart	385
6.3.1	Einleitung	385
6.3.2	Empirische Befunde	388
6.4	Evaluation von Wohngruppen in Nordrhein-Westfalen	392
6.4.1	Einleitung	392
6.4.2	Empirische Befunde	394
6.4.2.1	Auswirkungen auf die Bewohner	395
6.4.2.2	Zufriedenheit und Belastung der Mitarbeiter	398
6.5	Zusammenfassung	400
7	Schlussbetrachtung	407
IV	Resümee	411
	Abkürzungsverzeichnis	415
	Abbildungsverzeichnis	419
	Tabellenverzeichnis	421
	Literaturverzeichnis	426

Vorwort

Jeder, der sich der Herausforderung gestellt hat eine Dissertation zu verfassen, ist auf die fachliche und persönliche Unterstützung vieler Menschen angewiesen. Bei all jenen, die mich während dieser Zeit begleitet haben und mir Mut und Kraft gaben, den eingeschlagenen Weg zu gehen, bedanke ich mich an dieser Stelle herzlich.

Dies gilt insbesondere für meine Eltern, die mir die Freiheit gaben, mein Studium nach meinen Neigungen zu wählen und die mich in allen Phasen meines Werdegangs bedingungslos unterstützten.

Ein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. i.R. Dr. Jürgen Hohmeier, der meine Entscheidung zur Promotion mit viel Interesse unterstützte und mir während der Bearbeitung bei allen Fragen stets hilfreich zur Seite stand. Ohne seine wertvollen Ratschläge und Anregungen, seinen Zuspruch und sein Vertrauen wäre diese Dissertation nicht zustande gekommen.

Herzlich bedanke ich mich auch bei Herrn Prof. Dr. Andreas Hanses für die Bereitschaft zur Übernahme des Zweitgutachtens, für die vertrauensvolle Zeit der Zusammenarbeit und für die gemeinsamen Augenblicke nah und fern der fachlichen Diskussion.

Mein Dank gilt dem Institut für Erziehungswissenschaft, insbesondere Herrn Prof. Dr. Andreas Hanses sowie Herrn Prof. Dr. Helmut Mair für die Möglichkeit zur Mitarbeit in Forschung und Lehre.

Ein letzter, aber nicht weniger wichtiger Dank gilt meinem Freundeskreis, insbesondere Herrn Dr. Christian Ziems sowie Herrn Bernd Bovenschulte für ihren Zuspruch, ihre Unterstützung und alle gemeinsamen Aktivitäten neben „Tastatur und Schreibtisch“.

0 Einleitung

Die Zahl der älteren Menschen und ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung sind im Laufe des letzten Jahrhunderts erheblich angewachsen. Dies hat – insbesondere in Ländern mit hoher Lebenserwartung – auch zu einer Zunahme von demenziellen Erkrankungen geführt, die hinsichtlich der mit ihnen verbundenen Einbußen an Lebensqualität und -erwartung mit Sicherheit zu den folgenschwersten psychischen Krankheiten im Alter zählen. Derzeit leiden in Deutschland von den knapp 13 Millionen Menschen über 65 Jahren etwa 930.000 an einer mittelschweren oder schweren Demenzerkrankung, die in mehr als der Hälfte der Fälle auf die Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT) zurückgeführt werden kann. Die Gesamtprävalenz schwerer und mittelgradig ausgeprägter Demenzerkrankungen liegt damit in einer Größenordnung von etwa 7,2 %. Die Zahl der Neuerkrankungen in Deutschland beläuft sich nach verschiedenen Schätzungen derzeit auf etwa 192.000 bis 200.000 pro Jahr (vgl. Kap. I/3.2).

Die mit dieser Zunahme der Demenzerkrankungen einhergehenden volkswirtschaftlichen Belastungen sind zweifelsfrei als immens zu bezeichnen. Dies betrifft sowohl die direkten respektive ausgabewirksamen Kosten, die unmittelbar aus der medizinischen Behandlung und pflegerischen Versorgung der Erkrankten resultieren, als auch die indirekten Kosten, die sich aus dem unbezahlten Betreuungsaufwand bzw. dem Einkommensverlust der pflegenden Angehörigen zusammensetzen. Die direkten und indirekten Kosten der Demenz werden beispielsweise von Bickel (2001: 114) für jeden Erkrankten mit etwa 25.000 Euro pro Jahr beziffert. Bei einer Anzahl von knapp einer Million demenziell erkrankter Menschen in Deutschland wären derzeit also jährliche Aufwendungen in Höhe von etwa 25 Milliarden Euro zu veranschlagen. Hallauer et al. (2000: 73ff) gehen pro Patient und Jahr sogar von durchschnittlichen Gesamtkosten in Höhe von 43.800 Euro aus, wobei 2,5 % als direkte Kosten auf die Krankenversicherung (z. B. durch Medikamente oder Klinikaufenthalte) und 29,6 % auf die Pflegeversicherung entfallen. Die Krankenkassen sind an den direkten Kosten also nur marginal beteiligt; das heißt, unter Kostengesichtspunkten spielt die medizinische Behandlung gegenüber der pflegerischen Versorgung nur eine untergeordnete Rolle. Die übrigen zwei Drittel der pro Person errechneten Aufwendungen werden dagegen nach Angaben der Autoren als indirekte Kosten unentgeltlich von den Angehörigen getragen; ein Umstand, der das enorme Leistungsvolumen des familiären Pflegenetzwerks unterstreicht. Und abgesehen von den direkten und indirekten Aufwendungen kommt für die Angehörigen ein breites Spektrum an intangiblen Kosten hinzu, die aus der monetär kaum quantifizierbaren

Verschlechterung ihrer Lebensqualität (vor allem durch pflegebedingte psychische und körperliche Belastungen bzw. Erkrankungen) resultieren.

Die an dieser Stelle nur skizzierte Entwicklung findet vor dem Hintergrund einer weiteren demografisch bedingten Zunahme der Lebenserwartung, einer aus zunehmender Kinderlosigkeit und gesellschaftlichen Veränderungsprozessen resultierenden Verringerung des familiären Pflegepotenzials, einer nach wie vor unzureichenden Personalsituation im Bereich der professionellen Pflege sowie einer Verknappung der öffentlichen Gelder statt. Die Erhöhung der Beitragssätze zur gesetzlichen Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2005 und die derzeitigen Erwägungen zu weiteren Veränderungen im „Reformjahr 2007“ bedürfen keiner weiteren Erklärung. Demenzielle Erkrankungen stellen somit eine Belastung und Herausforderung für das Gesundheitswesen und die gesamte Gesellschaft dar.

Demnzerkrankte Menschen sind mit fortschreitender Progression ihrer Erkrankung nicht mehr zu einer selbständigen Lebensführung in der Lage, denn die Kontinuität ihres Alltags wird zunehmend durch den Verlust ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit durchbrochen. Sind zu Beginn der Erkrankung nur leichte „Gedächtnislücken“ vorhanden, die von den Betroffenen zumeist durch Merktettel oder andere Hilfsmittel kompensiert werden, wird die Aufnahme, Weiterleitung und Verarbeitung von Informationen im Verlauf der Erkrankung immer weiter erschwert. Logische Schlussfolgerungen sind nicht mehr möglich; das eigene Handeln kann nicht mehr sinnhaft geplant oder begründet werden. Zeitliche, örtliche, situative und personelle Orientierung verringern sich unaufhaltsam. Auch das Sprachvermögen reduziert sich deutlich. Wortfindung und -flüssigkeit verschlechtern sich; der Informationsgehalt der Sprache nimmt drastisch ab. Des Weiteren bilden auch nichtkognitive Symptome, wie z. B. Depressivität und Angst, Wahn und Halluzinationen, Unruhe oder Aggressivität häufige Begleiterscheinungen der Demenz.

Obwohl die Erkrankten zu etwa 60 % in Privathaushalten verbleiben und dort hauptsächlich von ihren (meist weiblichen) Angehörigen versorgt werden, wird in den meisten Fällen eine Unterbringung der Betroffenen in Pflegeeinrichtungen früher oder später unvermeidbar. Denn auch die pflegenden Angehörigen von Demnzerkrankten sind – wie bereits erwähnt – als „sekundäres Opfer“ der Erkrankung deutlichen Einbußen ihrer Lebensqualität ausgesetzt. Körperliche und psychische Belastungen, soziale Isolation und Vereinsamung bilden neben anderen Faktoren den Anlass, der zunächst zu Überlastungen und in letzter Konsequenz zur Institutionalisierung der „primären Opfer“ führt. Der Anteil von Demenzkranken in stationären Pflegeeinrichtungen liegt derzeit bei 40 %, mit deutlich wachsender Tendenz. Dort werden die Betroffenen zumeist integrativ versorgt; das heißt sie leben mit kognitiv nicht

beeinträchtigten Heimbewohnern zusammen, häufig ohne spezielle Angebote und ohne gesonderte Betreuung. Dieser Umstand ist im Hinblick auf die Bedürfnisse der kognitiv gesunden Bewohnerschaft nicht selten problematisch und für die an der Pflege der Erkrankten beteiligten Mitarbeiter häufig mit erheblichen Belastungen verknüpft. Letztlich sind es jedoch insbesondere die Demenzerkrankten selbst, die von der aktuellen Versorgungspraxis am wenigsten profitieren dürften (vgl. Kap. III/3).

Von besonderer Bedeutung ist zudem, dass bislang nur unzureichende Erkenntnisse über die Ursachen von Demenzerkrankungen vorliegen und kausale Behandlungsstrategien bis zum heutigen Zeitpunkt nicht vorhanden sind. Demenzielle Erkrankungen sind nach wie vor nicht heilbar und führen – abgesehen von einem geringen Prozentsatz potenziell reversibler Formen – nach durchschnittlich zehn Jahren zum Tod. Dennoch wäre ein „therapeutischer Nihilismus“ mit Sicherheit ungeeignet, um der Demenz in angemessener Weise zu begegnen. Gegenwärtig stützt sich die professionelle Behandlung, Betreuung und Versorgung von Demenzerkrankten heute auf einen triadischen „Therapiekomplex“. Erstens stehen in ihrer Wirksamkeit relativ gut erforschte pharmakologische Behandlungsoptionen zur Verfügung, mit deren Hilfe der kognitive Leistungsabbau zumindest temporär in seiner Progredienz verlangsamt und die nichtkognitiven Begleitsymptome der Erkrankung gelindert werden können. Zum Zweiten wird mit einem breiten Spektrum an nichtmedikamentösen, meist psychologisch fundierten Therapieverfahren versucht, die Lebensqualität der Betroffenen über einen möglichst langen Zeitraum zu erhalten und sie in ihren verbliebenen Fähigkeiten zu fördern. Eine weitere Absicht dieser Verfahren besteht vor allem darin, die sekundären Symptome der Demenz, insbesondere die psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Angst, Aggressionen oder agitierte Verhaltensweisen), zu reduzieren. Diese Zielsetzung weist bereits darauf hin, dass auch mit den nichtmedikamentösen Verfahren keine Heilung bzw. Rehabilitation im Sinne einer Wiedererlangung von Selbständigkeit und kognitiver Funktionsfähigkeit erreicht werden kann. Rehabilitation heißt hier „Erhaltung von Wohlbefinden und Lebenssicherheit, Förderung noch vorhandener Fähigkeiten, die vielleicht weniger mit intellektueller Leistung als mit intuitivem Empfinden oder einer ganz pragmatischen Meisterung des Alltags zu tun haben“ (Greifenhagen 1994: 44). Zum Dritten stehen nach Beendigung der häuslichen Pflege (und flankierender Maßnahmen, z. B. Kurzzeit- oder Tagespflege) zunehmend spezialisierte Versorgungsalternativen zur Verfügung, die eine optimale Betreuung der Erkrankten gewährleisten und gegenüber der bislang weit verbreiteten nichtspezialisierten Unterbringung der Betroffenen in Pflegeheimen und anderen Einrichtungen der Langzeitpflege eine Verbesserung ihrer Lebensqualität erreichen sollen. So wird

das integrative „Standardmodell“ der stationären Pflege zwar langsam, aber zunehmend durch teilintegrative Betreuungsangebote (z. B. gerontopsychiatrische Tagesgruppen) ergänzt oder durch segregative Versorgungsoptionen (z. B. Wohngemeinschaften oder gerontopsychiatrische Pflegeabteilungen) ersetzt, die auf der Grundlage ihrer dementengerechten Pflegephilosophie, Wohnumgebung und Mitarbeiterstruktur zu Normalität und Selbstbestimmung beitragen, verbliebene Ressourcen der Erkrankten stärken, psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten verringern, die Angehörigen der Erkrankten entlasten und gleichzeitig deren Einbindung in den Betreuungsprozess gewährleisten sollen.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob diese Ziele überhaupt erreicht werden können. Klinische Studien zur Wirksamkeit der nichtmedikamentösen Therapieverfahren und der für Demenzerkrankte konzipierten Wohnformen, die qualitativ mit denen zu Medikamenten vorliegenden Untersuchungen vergleichbar wären, sind bislang vorhanden. Erscheint etwa eine therapeutische Methode erfolgversprechend, wird sie „einfach ausprobiert. Wenn nach der subjektiven Einschätzung der Einrichtung – auch in Einzelfällen – Erfolge erzielt werden, wird der Ansatz weiterverfolgt“ (BMFSFJ 2001b: 28). Ein gutes Beispiel ist mit Sicherheit der Ansatz der Validation, dessen Erfolg vor allem auf subjektiven Erfahrungen beruht und kaum auf die Ergebnisse empirischer Wirksamkeitsuntersuchungen zurückgeführt werden kann. Auch die aktuell diskutierten Wohnalternativen für demenzerkrankte Menschen können sich bislang nur bedingt auf eine evidenzbasierte Begründung stützen. Zwar liegt hier je nach Stellenwert und Verbreitung der Wohnangebote ein in quantitativer Hinsicht teils umfangreiches Kontingent an empirischen Untersuchungen vor. Die Heterogenität der Wohnkonzepte erschwert jedoch eine komparative Analyse, die zur Erstellung einer gesicherten Effektivitätseinschätzung beitragen könnte. So liegen Metaanalysen nur in Einzelfällen vor. Stattdessen werden häufig positive Ergebnisse einzelner Untersuchungen als Beweis für den Nutzen entsprechender Versorgungssettings herausgestellt. Negative Befunde, methodische Defizite oder Studien, die keine nennenswerten Unterschiede zwischen den dementengerechten Wohnformen und der „Standardversorgung“ ermitteln konnten, werden hingegen in der Fachliteratur nicht selten ignoriert.

Die vorliegende Arbeit stellt sich daher die Frage, ob eine Wirksamkeit von nonpharmakologischen Therapieverfahren objektiv nachgewiesen werden kann und möchte erforschen, welche Vorteile spezialisierte Versorgungssettings für demenziell erkrankte Menschen tatsächlich bieten. Dabei steht neben möglichen Auswirkungen auf die kognitiven Potenziale vor allem die Effektivität im Hinblick auf die Erhaltung der funktionalen Leistungsfähigkeit

der Erkrankten im Bereich der alltäglich wiederkehrenden Verrichtungen (z. B. die Selbständigkeit bei der Nahrungsaufnahme, der Toilettenbenutzung oder beim An- oder Auskleiden) im Mittelpunkt. Gleichfalls sollen Effekte auf die Häufigkeit der Sekundärsymptome (psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten) und die Ausprägung verschiedener Aspekte der Lebensqualität, wie z. B. das Wohlbefinden, das Sozialverhalten oder die Stimmungslage der Erkrankten berücksichtigt werden. Im Rahmen der Analyse der Versorgungssettings werden darüber hinaus auch Erkenntnisse zur Zufriedenheit und Belastung der Angehörigen und Mitarbeiter ausgewertet. Die hierzu benötigten Studien wurden durch eine breit angelegte Literatur- und nachfolgend intensivierete Datenbankrecherche über GEROLIT-ONLINE, der Literaturdatenbank des „Deutschen Zentrums für Altersfragen“ (DZA) und PUBMED, der Online-Datenbank der „National Library of Medicine“ (USA), identifiziert. Insgesamt wurden 25 Studien zu unterschiedlichen Therapieansätzen und 80 Untersuchungen zu den Auswirkungen unterschiedlicher Versorgungssettings auf Erkrankte, Angehörige und Mitarbeiter analysiert. Ein zweites Ziel der Arbeit besteht darin, die gewonnenen Erkenntnisse – soweit möglich – vergleichend zusammenzustellen und die Forschungsbeiträge hinsichtlich ihrer methodischen Güte zu beurteilen. Dies ist von entscheidender Bedeutung, denn die meisten Untersuchungen greifen aufgrund von ethischen Erwägungen auf quasiexperimentelle Forschungsdesigns zurück, da die Erkrankten nicht bewusst der vermeintlich schlechteren Therapie- oder Versorgungsbedingung ausgesetzt werden sollen. Nur in seltenen Fällen wird der Einfluss von Störgrößen durch eine Randomisierung oder Parallelisierung der untersuchten Patientengruppen kontrolliert. Die verwendeten Stichprobengrößen sind nicht selten gering. Auch die Vielzahl der eingesetzten Erhebungsinstrumente macht vergleichende Aussagen schwierig. Hinzu kommt, dass aufgrund eines derzeit zu konstatierenden Rückstandes der deutschen Therapie- und Versorgungsforschung zumeist nur internationale Studien zur Verfügung stehen. Während bei der Auswertung der Studien zu den Wohnformen auch auf europäische Untersuchungen aus England, Schweden und Frankreich sowie – in geringem Umfang – aus Deutschland zurückgegriffen werden kann, muss sich die Analyse der nonpharmakologischen Therapieverfahren vornehmlich auf US-amerikanische Studien stützen (s. u.). Gesicherte Schlussfolgerungen können deshalb nur sehr bedingt gezogen werden. Dennoch fließen die zur Effektivität und methodischen Qualität gewonnen Erkenntnisse jeweils in eine kritische Betrachtung der verschiedenen Therapie- und Wohnformen ein.

Die Arbeit gliedert sich in vier Teile. Der erste Teil bemüht sich zunächst um eine Zusammenfassung grundlegender Wissensbestände zu demenziellen Erkrankungen und beginnt

nach einer Begriffsbestimmung (Kap. I/1) mit der Einordnung und Darstellung der häufigsten Demenzerkrankungen (Kap. I/2). Ein Schwerpunkt wird hierbei auf die Alzheimer-Krankheit gelegt, die für die Mehrzahl der Erkrankungen verantwortlich gemacht werden kann. Andere primäre Demenzformen werden jedoch ebenfalls berücksichtigt und in Kürze erläutert. Medizinisches Fachwissen wird hierzu – sofern sinnvoll und notwendig – aufgegriffen sowie – und hierin liegt ein weiterer Anspruch der vorliegenden Arbeit – verständlich aufbereitet. Die Kapitel 3 und 4 tangieren eher gesellschaftsrelevante Fragestellungen und sollen den dringenden Handlungsbedarf in Bezug auf die Entwicklung wirksamer Therapiestrategien verdeutlichen. So beschäftigt sich das 3. Kapitel nach einem Exkurs zur demografischen Lage und Entwicklung zunächst mit der Epidemiologie psychischer Alterserkrankungen im Allgemeinen und präzisiert entsprechende Befunde anhand der Darstellung der Prävalenz und Inzidenz demenzieller Erkrankungen. An dieser Stelle sei angemerkt, dass die Demenz zur Gruppe der psychischen Erkrankungen gezählt wird. Diese Zuordnung trägt natürlich eher den Auswirkungen demenzieller Erkrankungen als ihren organisch-pathologischen Entstehungszusammenhängen Rechnung. Der Verfasser steht einer solchen Sichtweise jedoch kritisch gegenüber, da der Begriff der „psychischen Erkrankung“ eine Heilbarkeit suggeriert, die bei den primären Demenzformen jedoch bislang ausgeschlossen ist. Dennoch ist eine solche Einordnung gängige Praxis, wie ein Blick in die aktuell gültigen ICD-10- bzw. DSM-IV-Klassifikationen belegt (vgl. Dilling 2001; Saß/Wittchen 1998). Kapitel 4 gewährt schließlich einen Überblick in Bezug auf die Versorgungssituation demenziell erkrankter Menschen und skizziert bestehende Probleme. Die beste Medizin gegen eine Erkrankung ist stets ihre Prävention. Unter Einbeziehung aktueller und internationaler Forschungsergebnisse zeigt Kapitel 5 daher Risikofaktoren auf, die zu Demenzerkrankungen führen können und versucht ferner, protektive Faktoren zu identifizieren. Eine besondere Funktion im ersten Teil der Arbeit kommt deshalb dem Kapitel 6 zu. Es beschreibt den in der Praxis gängigen Diagnoseprozess, umfasst diesbezüglich die Darstellung der kognitiven und nichtkognitiven Symptome, erläutert die Verfahren der psychometrischen Befunderhebung und nimmt eine differenzialdiagnostische Abgrenzung zu anderen Erkrankungen wie z. B. der Depression oder der „Leichten Kognitiven Beeinträchtigung“ (LKB) vor. Alle Teilkapitel orientieren sich dabei zum Zwecke einer möglichst stringenten und praxisnahen Darstellung an dem zu Beginn des 6. Kapitels erläuterten Diagnoseschema. Das Kapitel 7 richtet abschließend den Blick auf das Umfeld der Demenzerkrankten und beleuchtet die Situation der Angehörigen sowie der professionellen Pflege.

Der zweite Teil der vorliegenden Arbeit stellt die verschiedenen Therapieverfahren in der Behandlung von demenziell Erkrankten unter besonderer Berücksichtigung der genannten wirksamkeitsrelevanten Aspekte dar. Nach einer Einleitung (Kap. II/1) werden zunächst die verschiedenen pharmakologischen Therapiestrategien vorgestellt und in ihrer Wirkungsweise erläutert (Kap. II/2). Sie stellen die Grundlage für den Einsatz der nichtmedizinischen Therapiemaßnahmen dar, die als Teil des 3. Kapitels den ersten Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit bilden. Von zentraler Bedeutung ist dabei zunächst das Kapitel II/3.1, das ein Ordnungskonzept für die Vielzahl der verschiedenen Therapiemethoden entwirft und die Auswahl der im Rahmen dieser Arbeit dargestellten Verfahren begründet. Jeder der ausgewählten Ansätze wird zunächst anhand seiner methodischen Grundlagen erklärt und nachfolgend auf der Grundlage seiner Wirksamkeit analysiert. Da für Deutschland – wie bereits mitgeteilt – nur sehr wenige Studien zu den Auswirkungen der einzelnen Interventionsformen vorliegen, wird überwiegend der internationale Forschungsstand auf diesem Gebiet ausgewertet. Eine Schlussbetrachtung in Kapitel 4 rundet den zweiten Teil ab.

Der dritte Teil enthält den zweiten Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit und wird durch die empirische Überprüfung und Bewertung spezialisierter Versorgungssettings für demenziell erkrankte Menschen bestimmt. Eine theoretisch fundierte Einführung leistet zunächst das Kapitel 1, welches die zentralen Paradigmen in der Betreuung und Versorgung von demenzerkrankten Menschen darstellt und hinsichtlich ihrer praktischen Bedeutung für die Konzeption einer adäquaten Versorgungsumwelt diskutiert. Eine Leitfunktion übernimmt nachfolgend das Kapitel 2, das die aus den Paradigmen resultierenden Ziele der Versorgung zusammenfasst und die für die Analyse der untersuchten Versorgungsalternativen relevanten Forschungsfragen stellt. Die Spezialisierung der Wohnangebote beruht derzeit vor allem auf dem Prinzip der Segregation, das im Gegensatz zur konventionellen Versorgung auf eine gesonderte, das heißt räumlich und organisatorisch separate Betreuung der Demenzerkrankten setzt. Die für diese Entwicklung relevanten Argumente werden anschließend in Kapitel 3 angeführt, das zugleich die Auswahl der im Rahmen dieser Arbeit analysierten segregativen Versorgungssettings begründet. Der segregative Ansatz wird derzeit vor allem auf zwei verschiedenen Wegen realisiert. Zum einen in Form von Wohn- und Hausgemeinschaften (Kap. III/4), in denen durchschnittlich etwa acht bis neun demenzerkrankte Menschen nach dem Grundsatz der Normalität in einem familienähnlichen Verbund betreut werden. Das Wohngemeinschaftskonzept hat sich auf internationaler Ebene in vielen Ländern etabliert, wobei die englischen DOMUS-Einrichtungen (Kap. III/4.2), die französischen CANTOUS (Kap. III/4.3) sowie die schwedischen GRUPPBOENDE (Kap. III/4.4) hervorzuheben sind.

Zum anderen wird der segregative Ansatz in Form von spezialisierten, im US-amerikanischen Raum als SPECIAL CARE UNITS (SCUs) bezeichneten Pflegeabteilungen realisiert (Kap. III/5), in denen zwischen 20 und 60 demenziell Erkrankte versorgt und im Gegensatz zum Normalitätsgrundsatz der Wohngruppen mit primär pflegerisch-therapeutischer Intention betreut werden. Diese gerontopsychiatrischen Wohnbereiche sind mittlerweile weit verbreitet und derzeit in mehr als 20 % der US-amerikanischen Pflegeeinrichtungen vorzufinden. Der dritte Teil der vorliegenden Arbeit stützt sich ebenfalls aufgrund der in Deutschland erst im Ansatz vorhandenen Spezialisierung der Dementenversorgung vor allem auf internationale Versorgungskonzepte und ihre wissenschaftliche Begleitung. Die Umsetzung der segregativen Wohnformen nimmt aber auch in der deutschen Versorgungslandschaft zu und führt – wie aus Kapitel 6 ersichtlich – seit kurzer Zeit zu ersten Forschungsergebnissen. Zu den wissenschaftlich begleiteten Wohnprojekten in Deutschland zählen derzeit die „Besondere stationäre Dementenbetreuung“ in Hamburg (Kap. III/6.2), die „Milieuthera-
peutisch orientierten Demenz-Wohngruppen Mannheim/Stuttgart“ (MIDEMAS) (Kap. III/6.3) sowie eine kleine Anzahl von Wohngruppeneinrichtungen in Nordrhein-Westfalen (Kap. III/6.4). Die in den Kapiteln 4 bis 6 durchgeführte Analyse und Bewertung des empirischen Forschungsbestandes sollen zeigen, inwieweit die internationalen und nationalen Versorgungsalternativen für demenzerkrankte Menschen geeignet sind, eine adäquate Betreuung der Betroffenen zu gewährleisten und die in Kapitel 2 angeführten Zielsetzungen zu erreichen.

Der vierte Teil der Arbeit führt schließlich die wichtigsten Ergebnisse der Teile zwei und drei zusammen und versucht zu einer Gesamtbewertung der untersuchten Therapieansätze und Wohnformen zu kommen.

Anliegen und Anspruch der vorgelegten Dissertation sind es, auf der Grundlage einer Vielzahl von empirischen Studien aus mehreren Ländern sowohl die nichtmedizinischen Therapieansätze als auch neuere Versorgungssettings einer Bewertung zu unterziehen. Wegen der Variationsbreite der herangezogenen Arbeiten und deren häufig vorhandenen methodischen Begrenzungen kann eine solche nur vorläufig sein. Eine Bewertung im Sinne einer Vergewisserung scheint aber gegenwärtig dringend geboten angesichts der im ersten Teil meiner Arbeit dargestellten Brisanz der Themas „Demenz“. Die hier durchgeführte Wirksamkeitsanalyse ist dabei gleichermaßen erforderlich und wichtig für die Therapieansätze, die sich in schneller Folge entwickeln, und die Versorgungssettings, von denen nach heutigem Stand am ehesten eine Verbesserung der Lebenssituation von demenziell erkrankten Menschen zu erwarten ist. Insbesondere für letztere besitzen die im Ausland gemachten

Erfahrungen eine hohe Aktualität, da eine spezialisierte und segregative Versorgung in Deutschland erst im Aufbau ist. Die Zielsetzung der Arbeit ist damit auch eine sozialpolitische: durch eine Evaluation sowohl der angewandten nonpharmakologischen Therapieansätze als auch der neueren stationären Wohnumwelten auf der Grundlage der vorliegenden empirischen Studien soll ein Beitrag zur Implementierung und zum Aufbau adäquater, das heißt insbesondere dem Anspruch der Lebensqualität verpflichteter Versorgungs- und Betreuungsstrukturen geleistet werden.

I Grundlagenwissen: „Demenz“

1 Definition

„Weg vom Geist“ bzw. „ohne Geist“ (BMG 2000: 8), „Unvernunft“ (Füsgen 2001: 21) oder „Blödsinn“ (Furtmayr-Schuh 2000: 27) – in der Literatur lässt sich eine Vielzahl an divergenten Auslegungen des originär lateinischen Begriffs „dementia“ für den deutschen Sprachgebrauch finden. Insbesondere die primär genannte Übersetzung nimmt jedoch ein wesentliches Merkmal demenzieller Erkrankungen bereits vorweg, nämlich den Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit. Am Anfang der Erkrankung stehen Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und der Merkfähigkeit. Die Betroffenen haben Schwierigkeiten, sich zu erinnern. Ihre Fähigkeit, Sachverhalte zu verstehen, zu diskutieren und zu beurteilen, ist zunehmend gestört. Im weiteren Verlauf der Krankheit gehen allerdings auch die Inhalte des Langzeitgedächtnisses zunehmend verloren, so dass die Betroffenen nach und nach die während ihres Lebens erworbenen Fähigkeiten verlieren.

Der Versuch einer exakten wissenschaftlichen Definition des Krankheitsbildes „Demenz“ gestaltet sich allerdings schwierig, denn selbst in Fachkreisen, die sich speziell mit dieser Erkrankung befassen, wird die Demenzerkrankung von jeher mit unterschiedlichen Begriffen versehen. Erinnert sei an dieser Stelle nur an die Synonyme „psychoorganisches Syndrom“, „hirnorganisches Psychosyndrom“ (HOPS), „zerebrale Insuffizienz“, „zerebrale Leistungsminderung“ oder auch „Zerebralsklerose“; Begriffe, die sicherlich einer differenzierteren Betrachtungsweise bedürfen. Demgemäß ist die Demenz beispielsweise vom Begriff des „organischen Psychosyndroms“ abzugrenzen. Hierbei handelt es sich um einen weiter gefassten, eher allgemeinen Terminus für psychische Dysfunktionen, „die mit vorübergehenden oder dauernden zerebralen Erkrankungen oder Schäden verbunden sind. Diese bestehen aus Delirium, Demenz, Halluzinose, Persönlichkeitsänderungen und amnestischen Störungen“ (Dilling 2002: 98). So kann die Bezeichnung „organisches Psychosyndrom“ zwar als Oberbegriff verwendet werden, da die Demenz als Bestandteil des „organischen Psychosyndroms“ gelten kann; eine Gleichsetzung beider Begriffe wäre allerdings unzulässig, da die Diagnose einer Demenz eine differenzialdiagnostische Abklärung der anderen Krankheitsbilder (wie z. B. dem Delir) erfordert (vgl. Kap. I/6.1.5). Aus Gründen eben dieser Mehrdeutigkeit hat der Begriff des „organisches Psychosyndroms“ auch keinen Eingang in die „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10) gefunden (vgl. Dilling 2002: 98). Fraglich in Bezug auf eine sinngemäße Verwendung analog zum Demenz-Begriff ist auch

der Terminus des „hirnorganischen Psychosyndroms“¹ (HOPS), der seinerseits noch zahlreiche begriffliche Abwandlungen kennt, wie z. B. das „psychoorganische Syndrom“ und die „körperlich begründbare Psychose“. So beanstandet etwa Mück (1990: 8), dass sich hinter der Bezeichnung „hirnorganisches Psychosyndrom“ nur eine überflüssige Anhäufung sinn gleicher Ausdrücke verberge, da organisch bedingte Psychosyndrome ohnehin immer an das Gehirn gebunden seien. Nicht zuletzt deckt auch der Begriff der „Zerebralsklerose“² allenfalls einen Teilaspekt demenzieller Erkrankungen ab, da er sich einzig auf Durchblutungsstörungen im Gehirn bezieht, primär degenerative Abbauprozesse, wie z. B. bei der Alzheimer-Krankheit, jedoch nicht mit einbezieht.

So gibt diese kurze Diskussion bereits einen Einblick in die Vielgestaltigkeit demenzieller Erkrankungen, wirft aber zugleich die Frage nach einer konkreten Definition der selbigen auf. Nach Bergener/Vollhardt (1995: 375) sind Demenzen „im späteren Leben erworbene Beeinträchtigungen von zerebralen Funktionen, die mit Intelligenzdefekten und Gedächtnisstörungen einhergehen und dabei ein Ausmaß erreichen, dass eine selbständige Lebensführung nicht mehr möglich ist. Sie sind ihrer Natur nach irreversibel.“ Die Betonung dieser Definition liegt vor allem auf der sozialen Dimension des demenziellen Prozesses; dem heutigen klinischen Sprachgebrauch wird sie allerdings nicht mehr gerecht. So können beispielsweise Teilaspekte einer Demenz (z. B. die Alkoholdemenz) durchaus reversibel sein, wobei der Grad der Reversibilität im Wesentlichen jedoch davon abhängt, in welchem Ausmaß sich der Grundprozess beeinflussen lässt (vgl. Kap. I/2). Kritikgleich verhält es sich auch mit der Definition von Ivemeyer/Zerfaß (2002: 14f), welche jedoch eine nennenswerte, weil übersichtliche und differenzierte Auflistung der kognitiven und nichtkognitiven Demenzsymptome enthält. Den Autoren zufolge ist die Demenz durch eine Trias gekennzeichnet:

1. Eine Störung mehrerer kognitiver Funktionsbereiche (Gedächtnisstörungen allein genügen nicht).
2. Eine Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten durch die Hirnfunktionsstörung (z. B. Schwierigkeiten bei der Haushaltsführung).
3. Die Störung ist erworben (im Gegensatz zur Oligophrenie).

Die Störungen der geistigen Leistungsfähigkeit können dabei ganz verschiedene Bereiche betreffen:

¹ Hirnorganisches Psychosyndrom: psychoseartiges Syndrom, das auf eine Funktionsstörung des Gehirns zurückzuführen ist. Im Vordergrund stehen Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, bei eingeschränkter Bewusstseinsheitigkeit. Daneben treten aber oft auch Halluzinationen und Wahnvorstellungen auf. Wenn die ursächliche Krankheit heilbar ist, dann verschwindet auch das hirnorganische Psychosyndrom wieder.

² Zerebralsklerose: Durchblutungsstörungen im Gehirn, Erkrankung und Verkalkung der Gehirnarterien.

- Lernen und Gedächtnis (Fähigkeit, neue Informationen zu speichern und auf früher Gelerntes zuzugreifen);
- Denken (Problemlösen, schlussfolgerndes Denken, Urteilsbildung);
- Sprache (Wortfindung, Wortflüssigkeit, Informationsgehalt);
- Aufmerksamkeit (z. B. die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit);
- Praxie (Planen und Durchführen von Einzelbewegungen und Bewegungsabläufen);
- Visuokonstruktion (Nachzeichnen und Nachlegen von zwei- und dreidimensionalen Strukturen) sowie
- exekutive Funktionen (Fähigkeit, komplexes und zielgerichtetes Verhalten zu planen, zu initiieren und durchzuführen).

Hinzu kommen häufig, wenn auch nicht obligat, nichtkognitive Symptome:

- Persönlichkeitsveränderungen (individuell sehr unterschiedlich, z. B. Eigensinn bzw. Sturheit);
- Depressivität und Angst;
- produktiv-psychotische Symptome (häufig z. B. Verfolgungs- oder Eifersuchtswahn, seltener Halluzinationen) sowie
- Verhaltensstörungen (individuell sehr unterschiedlich, z. B. gestörtes Essverhalten, Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus, enthemmtes Verhalten, Unruhe, Aggressivität)

In komprimierter Weise findet sich diese Auflistung schließlich auch in der Definition der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10) wieder; zudem wird hier eine Bewusstseinstörung als Bestandteil einer demenziellen Erkrankung weitgehend ausgeschlossen:

Demenz [...] ist ein Syndrom als Folge einer Erkrankung des Gehirns, im Allgemeinen chronischer oder progressiver Natur, mit einer Störung multipler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Verständnis, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteil. Das Bewusstsein ist nicht getrübt (mit Ausnahme der späten Stadien der Erkrankung). Die kognitiven Beeinträchtigungen sind im Allgemeinen begleitet von Störungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder des Antriebs; diese können gelegentlich auch vorausgehen (Dilling 2001: 12).

Ungeachtet eines hier fehlenden Hinweises auf eine etwaige Reversibilität der Erkrankung stellt die ICD-10-Definition eine sehr umfassende Begriffsbestimmung dar und soll im Folgenden als Arbeitsdefinition dienen; nicht zuletzt auch deshalb, weil das „Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen“ (DSM-IV) auf eine allgemeine Definition der Demenz verzichtet (vgl. Saß/Wittchen 1998).

2 Formen der Demenz

2.1 Überblick

In der Fachliteratur finden sich Angaben zu mehr als 100 Krankheiten, die zu einer Demenz führen können; de facto sind jedoch mehr als 90 % der Erkrankungen auf eine degenerative Demenz vom Alzheimer-Typ oder eine vaskuläre Demenz zurückzuführen. Weitere Angaben zur Häufigkeit der verschiedenen Demenzformen sind dem Kapitel I/3.2.2 zu entnehmen.

Unterschieden wird in den meisten Fällen zwischen den sogenannten „primären“ und „sekundären“ Demenzen (vgl. Zaudig 2001; Füsgen 2001), vereinzelt findet sich allerdings auch eine Differenzierung nach „kortikalem“ (CD) bzw. „subkortikalem“ (SD) Erscheinungsbild (vgl. Stoppe 1997; Wetterling 2001). Der Begriff der „subkortikalen Demenz“ bezieht sich dabei vorwiegend auf Erkrankungen des Thalamus, der Stammganglien und des Hirnstamms und zeichnet sich u. a. durch Störungen der Motivation, Konzentration und der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit aus. Typische Krankheitsbilder wären beispielsweise die Binswanger-Krankheit oder die Demenz bei Morbus Parkinson. Der Begriff der „kortikalen Demenz“ umfasst hingegen Störungsbilder, die sich vorwiegend auf die kortikalen Hirnareale sowie den Hippokampus auswirken, wie z. B. die Alzheimer-Krankheit und der Morbus Pick. Störungen höherer kortikaler Funktionen, wie Sprache, Lesen, Schreiben oder Rechnen sind für diese Erkrankungen kennzeichnend (vgl. Stoppe 1997: 19). Das vorangestellte Konzept vermittelt jedoch eine neuroanatomische Präzision, die so nicht zutreffend ist. So ist einerseits bekannt, dass sich bei fast allen subkortikalen Demenztypen auch Veränderungen sowohl in den zum Kortex ziehenden Bahnen als auch im Kortex selbst finden lassen; andererseits sind bei den kortikalen Demenzformen häufig auch subkortikale Strukturen, wie z. B. der Nucleus basalis Meynert betroffen (vgl. Wetterling 2001: 55). Daher ist dieses Konzept nicht wenigen Angriffen ausgesetzt und wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht übernommen.

Weitgehende Übereinstimmung besteht nach Oesterreich (1993: 28) hingegen bei der Unterscheidung zwischen den sogenannten „primären“ und „sekundären“ Demenzen. Das klinische Erscheinungsbild einer primären Demenz bezieht sich dabei auf einen krankhaften Prozess, der sich vorwiegend im Bereich des Zentralnervensystems bzw. im Gehirn selbst abspielt, während für die Entstehung einer sekundären Demenz vor allem extrazerebral wirksame Krankheitsfaktoren ursächlich sind. Zu den primären Demenzformen zählen demnach die Demenz vom Alzheimer-Typ, die vaskuläre Demenz sowie ihre Mischform mit der

Alzheimer-Krankheit, die Demenz bei Morbus Parkinson und Chorea Huntington, der Morbus Pick, die Lewy-Körper-Demenz sowie die Creutzfeld-Jakob-Krankheit. Unter die sekundären Demenzen subsumieren sich hingegen internistische Krankheiten, wie Bluthochdruck oder Diabetes, endokrine Erkrankungen, beispielsweise die Schild- oder die Hirnanhangdrüse betreffend sowie zahlreiche Mangelsyndrome, wie z. B. Vitamin-B₁₂- und Folsäuremangel. Ferner können auch Hirntumore, Infektionen (z. B. HIV) sowie chronische Intoxikationen, ausgelöst etwa durch Medikamente, Alkohol oder Industriegifte (z. B. Blei) als Ursachen einer sekundären Demenz genannt werden (vgl. Oesterreich 1993: 29).

Häufig werden die sekundären Demenzen auch als „potenziell reversible“ Demenzen bezeichnet, da bei frühzeitiger Diagnose der Grunderkrankung eine Reversibilität oder zumindest Teilreversibilität der Demenz erreicht werden kann. Insgesamt werden etwa 10 % aller Demenzerkrankungen einer behandelbaren Ursache zugeschrieben (vgl. Füsgen 2001: 39). Diese Prozentzahl erfährt jedoch insofern eine Relativierung, als eine volle Reversibilität der kognitiven Beeinträchtigungen nach Zaudig (2001: 89) nur in höchstens 1 % der Fälle erreicht werden kann.

Abschließend sei jedoch angemerkt, dass auch die letztgenannte Systematik nicht ohne weiteres akzeptiert werden kann. So betrachtet Füsgen (2001: 38) die Unterscheidung zwischen der primär degenerativen Alzheimer-Krankheit und den vaskulären Demenzformen als kritisch, da eine Überlappung beider Krankheitsprozesse eher die Regel als die Ausnahme zu sein scheint. Tatsächlich weisen mehr als 30 % der Alzheimer-Kranken vaskuläre Veränderungen auf; umgekehrt sind bei etwa einem Drittel der Patienten mit vaskulärer Demenz auch Alzheimer-typische pathologische Veränderungen in der Autopsie feststellbar (vgl. Zaudig 2001: 70). Da die Mehrheit der Demenzerkrankten von der Alzheimer-Demenz betroffen ist, werden sich die folgenden Ausführungen im Wesentlichen auf diese Erkrankung beziehen. Eine Zusammenstellung anderer häufig diagnostizierter primärer Erkrankungsformen leistet Kapitel I/2.3.

2.2 Die Alzheimer-Krankheit

Ursache der degenerativen Prozesse bei der Alzheimer-Krankheit sind vor allem Eiweißablagerungen im Gehirn, die zum Absterben von Nervenzellen führen, während es gleichzeitig zu Entzündungen und einer Beeinträchtigung verschiedener Botenstoff-Systeme kommt, insbesondere des für das Gedächtnis wichtigen Acetylcholins. Die Informationsübertragung zwischen den Nervenzellen verschlechtert sich zunehmend, mit der Folge eines schrittweisen

Verfalls der geistigen Leistungsfähigkeit bis hin zu völligem Gedächtnisverlust. Unterschieden wird zwischen einer Frühform der Alzheimer-Krankheit, die vor dem 65. Lebensjahr beginnt und einer Spätform, die nach dem 65. Lebensjahr einsetzt. Da die meisten Erkrankungsfälle jedoch auf die Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn zurückzuführen sind, wird der Schwerpunkt der folgenden Ausführungen eher auf diese Krankheitsform zu legen sein.

2.2.1 Neuropathologische und neurochemische Veränderungen

Der demenziellen Symptomatik der Gedächtnisstörungen bei der Alzheimer-Krankheit liegen gravierende neuropathologische und neurochemische hirnorganische Veränderungen zugrunde, die im Folgenden kurz dargestellt werden sollen. Auf genetische Risiken sowie eine mögliche Beteiligung anderer Faktoren wird in Kapitel I/5.1 ausführlich verwiesen. Hinsichtlich der neuropathologischen Veränderungen sind keinerlei Unterschiede zwischen der Früh- und der Spätform der Alzheimer-Krankheit festzustellen, so dass sich eine etwaig getrennte Darstellung beider Krankheitstypen – unabhängig von der bereits angekündigten Schwerpunktsetzung – erübrigt (vgl. Bauer 1994: 17).

2.2.1.1 Neuropathologische Befunde

Neuropathologische Veränderungen finden sich bei Alzheimer-Erkrankten insbesondere im Kortex und im limbischen System. Der Kortex, also die äußere Hirnrinde, enthält etwa 80 % der gesamten Hirnmasse und ist in vier Bereiche aufgeteilt: Frontallappen, Occipitallappen, Parietallappen und Temporallappen. Jeder dieser Großhirnbereiche ist dabei für unterschiedliche Steuerungsmechanismen im menschlichen Körper verantwortlich: die Temporallappen sind für die Steuerung von Sprachverständnis, Gedächtnis, Gehen, Hören und Aufmerksamkeit sowie zusammen mit dem limbischen System auch für die Steuerung der Emotionen zuständig. Die Occipitallappen steuern Wahrnehmung und Sehen und die Frontallappen koordinieren neben den Körperbewegungen auch Sprache und soziales Verhalten. Die Parietallappen sind hingegen vor allem für das Rechnen und die räumliche Orientierung zuständig. Auch das limbische System regelt bestimmte Lebensfunktionen und umfasst z. B. den Hippokampus mit seiner Steuerungsfunktion für das Kurz- und Langzeitgedächtnis sowie die Mandelkerne (Amygdalae), die im Wesentlichen für die Gefühlssteuerung verantwortlich sind. Etwaige Störungen eines oder mehrerer dieser Hirnareale führen unweigerlich dazu,

dass auch das Funktionspotenzial der betreffenden Hirnbereiche gestört, verändert oder gelöscht wird (vgl. Dierbach 1993: 20).

Eine solche Störung findet sich auf makroskopischer Ebene bei der Alzheimer-Erkrankung in Form einer ausgeprägten Atrophie des Gehirns; das heißt, die Hirnmasse der Patienten nimmt im Krankheitsverlauf deutlich ab. Teilweise sind die Gehirne von Alzheimer-Patienten bis zu 500 Gramm leichter als die von Normalpersonen gleichen Alters (vgl. Zaudig 2001: 68). Folge ist eine Schrumpfung bestimmter Hirnareale, von der insbesondere die Temporal- und Frontallappen, der Hippokampus sowie die Amygdalae betroffen sind. Kompensatorisch kommt es zu einer Vergrößerung der Ventrikel, also der Hohlräume im Gehirn, die auch bei einer Computertomografie gut sichtbar gemacht werden kann.

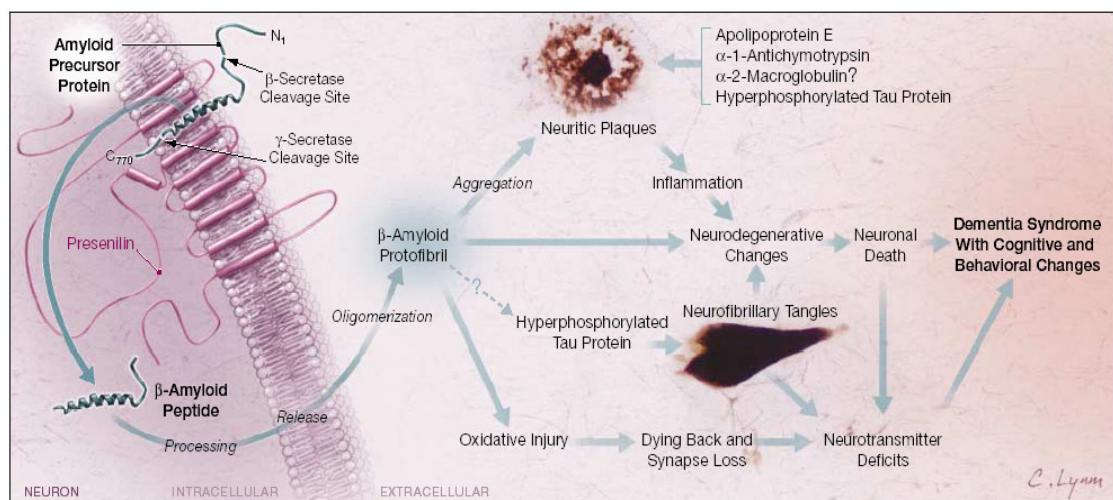
Mikroskopisch ist zum einen die Bildung sogenannter neurofibrillärer Bündel innerhalb der Nervenzellen kennzeichnend, die hauptsächlich aus pathologisch hyperphosphorylierten Tau-Proteinen bestehen (vgl. Ibach et al. 2003b: 97). Tau ist ein mikrotubuli-assoziiertes Protein und normaler Zellbestandteil. Mikrotubuli sind Strukturen für den innerhalb der Nervenzellen stattfindenden Stofftransport, der bei der Alzheimer-Krankheit beeinträchtigt ist. Denn aus bisher unbekanntem Gründen (vermutlich jedoch unter Mitwirkung des pathologisch gespaltenen Beta-Amyloids, s. u.) wird das Tau-Protein bei der Alzheimer-Krankheit im Übermaß mit Phosphatgruppen beladen; das heißt, es hyperphosphoryliert. Dadurch löst es sich von den Mikrotubuli ab, die darauf hin instabil werden und nicht mehr in der Lage sind, ihre Transportfunktion optimal zu erfüllen. Als Folge davon stirbt die Zelle ab. Die phosphorylierten Tau-Moleküle haben zudem die Eigenschaft, sich paarweise zusammenzulagern und bilden auf diese Art und Weise die paarigen helikalen Filamente (Eiweißstäbchen), die auch unter der Bezeichnung „Neurofibrilläre Bündel“ oder „Alzheimer-Degenerationsfibrillen“ bekannt sind (vgl. Kurz 1997: 10). Neurofibrilläre Bündel sind auch in den Gehirnen nicht erkrankter Menschen, beispielsweise im Hippokampus vorzufinden, bei Alzheimer-Patienten treten sie jedoch in deutlich größerer Anzahl und zudem in weiteren Kortexarealen auf. So sind neben dem Hippokampus bei den Alzheimer-Kranken auch die Temporal- und Parietallappen sowie der Nucleus basalis Meynert betroffen, ein Bereich, in dem die Ausschüttung des Überträgerstoffes Acetylcholin gesteuert wird (vgl. Dierbach 1993: 21). Ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Krankheit und der Neurofibrillenanzahl gilt nach Augustinack et al. (2002: 26) als gesichert.

Zum anderen sind auf der mikroskopischen Ebene die sogenannten „senilen Plaques“, körnchenförmige Verklumpungen von Beta-Amyloid-Proteinen von Bedeutung. Beta-Amyloid entsteht als Spaltprodukt eines sehr viel größeren Proteins, dem sogenannten

„Amyloid-Vorläufer-Protein“ (engl. „Amyloid Precursor Protein“ = APP), welches als normaler Bestandteil vieler Nervenzellmembranen vor allem für die Erregungsübertragung notwendig ist. Der pathologische Prozess in Kürze: zwei wichtige Enzyme, die Beta-Sekretase und die Gamma-Sekretase, spalten das APP-Protein so, dass das schädliche Beta-Amyloid-Protein entsteht und verklumpt. Diese Amyloid-Verklumpungen lagern sich schließlich zwischen den Nervenzellen ab, so dass ihre Kommunikation unterbrochen wird (vgl. Bauer 1994: 38). Diese Ablagerungen beginnen bei der Alzheimer-Krankheit vermutlich bereits ab dem 50. Lebensjahr, bei der seltenen familiären Form sogar ab dem 30. Lebensjahr. Es kann auch vorkommen, dass sich die Amyloid-Plaques in den feinen Blutgefäßen des Gehirns ablagern, wodurch es zu einer verminderten Sauerstoff- und Energieversorgung der betroffenen Gehirnbereiche kommt. Man spricht von „Kongophiler Angiopathie“ (vgl. Dierbach 1993: 22).

Ähnlich wie die neurofibrillären Bündel lagern sich auch die Plaques bevorzugt in den kortikalen Hirnregionen der Erkrankten ab, wobei ihre Anzahl dem Grad der Zerstörung von Nervenzellen entspricht (vgl. ebd.: 21). In geringerer Konzentration sind jedoch auch die neurofibrillären Bündel in den Gehirnen von Nichterkrankten vorzufinden. Und so bleibt bis heute noch ungeklärt, ob Plaques und Neurofibrillenbündel Ursache der Alzheimer-Krankheit oder lediglich Folge anderer pathologischer Prozesse sind (vgl. Rösler et al. 1998: 13). Die mit der Bildung des schädlichen Beta-Amyloids assoziierten pathologischen Prozesse können abschließend der Abbildung 1 entnommen werden.

Abb. 1: „Cascade of events associated with β -Amyloid generation and cell death“.



Quelle: Cummings/Cole (2002): 2337.

Nicht zuletzt gehören jedoch auch sogenannte „granulovakuoläre Degenerationen“ zum typischen Bild des Morbus Alzheimer. Das heißt, im Zytoplasma der Hippokampus-Neuronen bilden sich Hohlräume (Vakuolen), die, ihrerseits wiederum mit Flüssigkeit gefüllt, zu einer Anschwellung des Zytoplasmas und schließlich zur Zerstörung der Nervenzellen führen. Der Entstehungsgrund für die Vakuolen ist noch unklar; sicher ist nur, dass auch diese Degenerationen zur Behinderung der Hippokampus-Funktionen beitragen und ihre Anzahl in engem Zusammenhang mit dem Schweregrad der Alzheimer-Demenz steht (vgl. Frölich 1989: 75).

2.2.1.2 Neurochemische Befunde

Bei der Alzheimer-Krankheit kommt es in den betroffenen Hirnabschnitten früh zu einer Störung der Informationsübertragung. Besonders betroffen von diesen Störungen ist ein spezieller Bereich des Gehirns, der Nucleus basalis Meynert oder Meynert-Basalkern. In seinen Nervenzellen wird der wichtige Botenstoff Acetylcholin produziert, der die Übertragung von Informationen von einer Nervenzelle zur anderen bewirkt. Für die Herstellung von Acetylcholin wird das Enzym Cholin-Acetyltransferase (CAT) benötigt. In den Gehirnen von Alzheimer-Kranken ist das CAT-Enzym jedoch um mehr als 90 % vermindert, mit der Folge, dass in den Nervenzellen zu wenig Acetylcholin als Überträgerstoff zur Verfügung steht, um Informationen an andere Zellen weiterzugeben (vgl. Förstl 2001: 58). Diese Veränderungen machen sich schon früh als Störungen des Kurzzeitgedächtnisses bemerkbar und werden mit zunehmender Krankheitsdauer immer ausgeprägter. Darüber hinaus kommt es gleichzeitig zu einer pathologisch überhöhten Konzentration des Botenstoffes Glutamat und als Folge zu einer Überreizung der Nervenbahnen. Pharmakologisch wird daher versucht, sowohl den umschriebenen Acetylcholin-Mangel (durch Blockade des verantwortlichen Enzyms Acetylcholinesterase) als auch den Überschuss an Glutamat (durch Blockade des verantwortlichen Rezeptors) zumindest zeitweise wieder auszugleichen (vgl. Kap. II/2.1).

Betroffen sind nach Kurz (1997: 10) in geringerem Maße auch die kortikalen Serotonin- und Noradrenalin-Konzentrationen, die vermutlich an der Entstehung von Verhaltensänderungen, wie Unruhe, Aggressivität, Depression und Angst beteiligt sind. Im Unterschied zum cholinergen Defizit bzw. glutamatergen Überschuss ist die Bedeutung dieser biochemischen Veränderungen jedoch weit weniger bekannt.

2.2.2 Krankheitsverlauf

In psychopathologischer Hinsicht ist die Alzheimer-Krankheit ein Geflecht von kognitiven Defiziten, psychischen Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten sowie somatischen Begleiterscheinungen. Kognitive Symptome, wie z. B. Störungen des Denkvermögens, mnestiche Störungen, Störungen der Sprache und der Visuokonstruktion können bereits bei Krankheitsbeginn festzustellen sein und bilden die klassischen Kernsymptome. Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen sind hingegen bevorzugt in den mittleren und späteren Phasen vorzufinden. Wie in Kapitel I/6.1.2 ausführlich beschrieben, sind dies im Wesentlichen Wahnvorstellungen und Halluzinationen, Depressivität und Angst, Aggressivität und Unruhe, Enthemmung und Apathie; auch Persönlichkeitsveränderungen können auftreten. Zudem sind im Rahmen der Krankheitsentwicklung eine Reihe somatischer Störungen vorzufinden, die prinzipiell in jeder Erkrankungsphase auftreten können. Es handelt sich dabei unter anderem um Inkontinenz, Gangstörungen und Störungen der Körperhaltung, Krampfanfälle, Schluck- und Appetitstörungen sowie Störungen des Schlaf-wach-Rhythmus (vgl. Zaudig 2001: 62).

Während sich die eher seltene Früh-Form der Alzheimer-Krankheit durch einen relativ raschen Beginn und eine entsprechend schnellere Progredienz auszeichnet, sind für die Spätform der Alzheimer-Krankheit ein schleichender Beginn sowie ein gleichförmiger Verlauf der Erkrankung klinisch kennzeichnend. Obwohl somit deutliche Besserungsphasen oder abrupte Verschlechterungen gegen das Vorliegen einer Alzheimer-Demenz mit spätem Beginn sprechen, bedeutet dies nicht, dass leichte Schwankungen ausgeschlossen sein müssen (vgl. Bauer 1994: 16). Stärkere Fluktuationen im Verlauf sind jedoch eher ein Kennzeichen für die vaskuläre Demenz (vgl. Kap. I/2.3.1).

Ein bekanntes Modell zur Einschätzung des Verlaufs und des Schweregrades der Demenz vom Alzheimer-Typ ist die „Global Deterioration Scale“ (GDS) nach Reisberg (1985). Das Stadien-Modell unterscheidet sieben Schweregrade, die von „kein kognitives Defizit“ bis „schweres kognitives Defizit“ reichen und geht davon aus, dass die Alzheimer-Krankheit ein Prozess ist, der in seiner Entwicklung gesetzmäßig verschiedene Stadien durchläuft und sich damit eindeutig von anderen Demenzformen unterscheiden lässt. Dies ist mit Sicherheit auch weitgehend der Fall, Spielraum für individuelle Abweichungen von der Skala bleibt jedoch kaum. Es wird sogar betont, dass einschneidendere Abweichungen vom hierarchischen Ablauf des Stadien-Modells eindeutig auf das zu Grunde liegen einer andersgearteten Erkrankung hindeuten würden. Gutzmann (1992: 25) kritisiert an dieser Stelle, dass ein solch starres

Verlaufsmodell den in der Praxis immer wieder beobachteten Verlaufsbesonderheiten widerspricht und daher kritisch zu hinterfragen ist: „Allein die Tatsache, dass in verlässlich untersuchten Einzelfällen Krankheitsdauern von mehr als 20 Jahren beschrieben werden, während die sich aus vielen Studien ergebende mittlere Krankheitsdauer nur 8-9 Jahre beträgt, sollte Zurückhaltung lehren.“

Der Verlauf der senilen Demenz vom Alzheimer-Typ soll im Rahmen dieser Arbeit anhand von drei Phasen skizziert werden, die sich im Wesentlichen am Grad der Selbständigkeit des Betroffenen orientieren. Ergänzt wird die Darstellung – ähnlich dem Reisberg-Konzept – zudem durch eine „Vorphase“, die der Tatsache Rechnung trägt, dass der Alzheimer-Krankheit in der Regel bereits vor dem Auftreten einer leichten Demenz eine Reihe von Krankheitsanzeichen vorausgeht. Die einzelnen Stadien lassen sich jedoch nicht unbedingt scharf voneinander abgrenzen und können fließend ineinander übergehen. Ein vergleichbares Konzept ist bei zahlreichen Autoren vorzufinden (vgl. Meier-Ruge 1994; Zaudig 2001; Förstl 2001). Im Darstellungsmittelpunkt stehen somit im Wesentlichen die Verlaufseigenschaften der demenziellen Symptome; eine differenziertere Beschreibung der kognitiven und nicht-kognitiven Symptomatik findet sich in Kapitel I/6.1.

Vorstadium

Bereits Jahre vor dem eindeutigen Einsetzen kognitiver Beeinträchtigungen zeigen die Betroffenen subtile neuropsychologische Defizite und Verhaltensänderungen, die jedoch nur im Rahmen einer eingehenden Untersuchung feststellbar sind. Diese betreffen beispielsweise das Abspeichern neuer Informationen; auch die Fähigkeit planvoll zu handeln kann mit ersten Schwierigkeiten besetzt sein. Auf der Verhaltensebene bemerken Angehörige bereits vor Beginn der kognitiven Defizite häufig erste Anzeichen von emotionalem Rückzug und Passivität sowie einen Rückgang an Sorgfalt und Verlässlichkeit. Die Betroffenen ziehen sich häufig verstimmt zurück, neue Herausforderungen werden nur noch ungern angenommen. Entsprechende Probleme werden jedoch häufig unter Zuhilfenahme von Gedächtnisstützen oder anderen supportiven Strategien kaschiert und machen sich zudem nur bei anspruchsvolleren Aufgaben bemerkbar (vgl. Zaudig 2001: 63). Die genannten Symptome können, abgesehen von frühen Anzeichen für die Alzheimer-Krankheit, jedoch auch Bestandteil einer anderen Erkrankung oder psychischen Störung sein, so dass eine sorgfältige Erfassung der Gesamtsymptomatik im Rahmen einer Fremdanamnese, eines Patienteninterviews und einer kognitiven Prüfung (z. B. mit Hilfe des CAMDEX) obligat wird (vgl. Kap. I/6.1.3).

Leichtes Demenzstadium

Im Stadium einer leichten Demenz stehen vor allem Schwierigkeiten beim Lernen und der Erinnerung im Vordergrund. Im Rahmen einer Vergesslichkeit bzw. allgemeinen „Schusseligkeit“ sind Störungen des Kurzzeitgedächtnisses feststellbar, das Langzeitgedächtnis ist jedoch kaum betroffen (vgl. Zaudig 2001: 63). Die kognitiven Beeinträchtigungen machen sich auch in alltäglichen Situationen bemerkbar, die beispielsweise organisatorisches Geschick erfordern oder die Urteilsfähigkeit betreffen. Auch wenn die Betroffenen oberflächlich noch einen beredten Eindruck machen können, wird auch die Sprache stockender; Sprachpräzision und Vokabular nehmen ab.

Im frühen Krankheitsstadium sind sich die Betroffenen über das Nachlassen ihrer Leistungsfähigkeit bewusst. Meistens fühlen sie sich dadurch verunsichert, deprimiert und beschämt. Es ist verständlich, dass sie versuchen, Fehler zu verschleiern, Ausreden zu gebrauchen und Bloßstellungen zu vermeiden (Kurz 2002: 8).

Kennzeichnend sind ferner erste Orientierungsstörungen, die sich in aller Regel zunächst im Rahmen einer zunehmend schwerer fallenden kalendarischen Orientierung zeigen. Örtliche Orientierungsstörungen machen sich bemerkbar, sofern eine Neuorientierung an einem bisher unbekanntem Ort, z. B. im Urlaub, erforderlich ist (vgl. Gutzmann 1992: 16). Obwohl die Betroffenen für kompliziertere Aufgaben wie Behördengänge, Geldgeschäfte oder Reisen zunehmend Unterstützung benötigen, sind sie jedoch insgesamt noch weitgehend selbständig und durchaus in der Lage, allein zu leben (vgl. Förstl 2001: 46). Auch nichtkognitive Störungen, wie z. B. depressive Symptome, können bereits in dieser Krankheitsphase eine bedeutende Rolle spielen. In der Regel sind solche Störungen wechselhaft und leicht, können gelegentlich jedoch auch in ausgeprägter Form auftreten und sind „als nachvollziehbare emotionale Reaktionen auf die eingeschränkte Leistungsfähigkeit zu verstehen“ (Förstl 2001: 47).

Mittelschweres Demenzstadium

Ein mittelschweres Demenzstadium entwickelt sich im Mittel drei Jahre nach der Diagnosestellung und macht sich durch eine schwerwiegende Beeinträchtigung des Neugeächtnisses sowie eine deutliche Zunahme der Störungen des logischen Denkens, Handelns und Planens bemerkbar; auch Wortfindungsstörungen verstärken sich zunehmend. Die Betroffenen sind in dieser Phase stärker ablenkbar und verlieren sowohl die Krankheitseinsicht als auch die Fähigkeit zur Durchführung komplexerer Handlungsabläufe, u. a. die Fähigkeit zu essen oder

sich an- oder auszukleiden. Die emotionale Kontrolle ist häufig beeinträchtigt, verbale oder physische Aggressionen können demnach auftreten. Ebenso sind ein ziel- und ruheloses Umherwandern, Sortieren und Sammeln für dieses Krankheitsstadium kennzeichnend. Ungefähr 20 % der Betroffenen entwickeln zudem optische Halluzinationen (vgl. Förstl 2001: 47). In dieser Phase ist den Betroffenen eine selbständige Lebensführung kaum noch möglich; nur durch ein enges System an sozialer Unterstützung kann eine Heimaufnahme noch verhindert bzw. hinauszögert werden.

Schweres Demenzstadium

Ein schweres Demenzstadium mit einer ausgeprägten Beeinträchtigung sämtlicher kognitiver Funktionen tritt durchschnittlich sechs Jahre nach Diagnosestellung ein. Frühere Erinnerungen sind kaum noch abrufbar, die Sprache ist auf einfache Wörter und Phrasen reduziert; einfachste Bedürfnisse können nicht mehr artikuliert werden. Emotionale Signale werden meistens jedoch weiterhin auf Seiten des Betroffenen wahrgenommen. Teilweise sind stereotype motorische Abläufe, wie z. B. Schreien oder Umherwandern, bei den Erkrankten vorzufinden. Die vermehrte Unruhe macht sich dabei insbesondere in den frühen Abendstunden bemerkbar (sog. „sundowning“). Fühlen sich die Erkrankten beispielsweise durch Pflegehandlungen bedroht, können auch aggressive Reaktionen auftreten (vgl. Förstl 2001: 48). Die Betroffenen sind in diesem Krankheitsstadium von einer umfassenden Pflege abhängig, sie werden vielfach bettlägerig und benötigen Unterstützung bei einfachsten Handlungen, z. B. bei der Essensaufnahme. In zunehmendem Maße treten auch Harn- und Stuhlinkontinenz auf. Die Mortalität erhöht sich letztendlich durch die ansteigende Krankheitsdauer und hohes Alter. Von besonderer Relevanz ist jedoch die Zunahme an physischen Erkrankungen. „Patients with AD usually survive 7 to 10 years after onset of symptoms and typically die from bronchitis and pneumonia“ (Cummings/Cole 2002: 2336). Häufig bilden aber auch große Wundliegen mit einer begleitenden Sepsis die Todesursache (vgl. Füsgen 2001: 101).

2.3 Andere Demenzformen

Das folgende Kapitel verfolgt das Ziel, die Vielgestaltigkeit bzw. das breite Spektrum demenzieller Erkrankungen aufzuzeigen und zu verdeutlichen. Hierzu werden exemplarisch vier weitere, international definierte Demenzformen, namentlich die „vaskuläre Demenz“,

die „Lewy-Körper-Demenz“, die „Demenz bei Morbus Parkinson“ sowie die „Frontotemporale Demenz“ näher beschrieben.

2.3.1 Vaskuläre Demenz

Mit dem Begriff der „vaskulären Demenz“ werden solche Abbauprozesse im Gehirn bezeichnet, die durch krankhafte Veränderungen der Hirngefäße verursacht werden. Selbige stellen nach der Alzheimer-Krankheit mit einem Anteil von etwa 20 % die zweithäufigste Demenzursache in Europa dar. Ursache der zerebralen Durchblutungsstörungen ist häufig eine Arteriosklerose, bei der die gehirnversorgenden Arterien durch Kalkablagerungen eingengt und im schlimmsten Fall sogar ganz verschlossen werden können. Folge ist dann eine Mangelversorgung des Gehirns mit Sauerstoff, die sich plötzlich als Schlaganfall äußern oder sich auch schleichend über Jahre hinweg entwickeln kann und letztlich zu einem Abbau der Gehirnsubstanz in den betroffenen Hirnarealen führt. Als wesentliche Risikofaktoren sind etwa ein langfristig bestehender Bluthochdruck oder eine schlecht behandelte Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) herauszustellen (vgl. Zaudig 2001: 77).

Die vaskulär bedingten Demenzerkrankungen werden häufig in verschiedene Kategorien eingeteilt. So wird etwa das Auftreten vieler kleinerer Infarkte als „Multiinfarktdemenz“ (MID) bezeichnet. Etwa 40 % der vaskulär bedingten Demenzen werden auf diesen Typus zurückgeführt (vgl. Füsgen 2001: 46). Können die Gefäßverschlüsse hingegen eher subkortikal, das heißt in den Randgebieten der Großhirnrinde verortet werden, spricht man von einer „subkortikalen vaskulären Enzephalopathie“, die ebenfalls für 40 % der vaskulären Demenzerkrankungen verantwortlich gemacht werden kann und häufig auch als „Binswanger-Krankheit“ bezeichnet wird. Hinzu kommen noch besonders kleine Infarkte, sogenannte „strategische Einzelinfarkte“, mit einer Häufigkeit von etwa 17 % und andere seltenere Gefäßerkrankungen, die ebenfalls mit der Entwicklung eines demenziellen Syndroms assoziiert werden können (vgl. ebd.: 46). Förstl (2001: 63) kritisiert jedoch, dass die genannten Begriffe häufig ohne klare Abgrenzung zueinander verwendet werden. Zaudig (1995: 119) spricht sogar von einer „Begriffsverwirrung“. In Wissenschaft und Praxis setzt sich deshalb der Begriff der „vaskulären Demenz“ als Oberbegriff zunehmend durch und soll daher auch im Rahmen dieser Arbeit Verwendung finden.

Der Krankheitsverlauf unterscheidet sich von dem der Alzheimer-Krankheit deutlich. Bereits vor dem Auftreten der ersten kognitiven Defizite ist häufig eine Phase mit unspezifischen körperlichen Symptomen, wie z. B. Kopfschmerzen, Benommenheit, Herzklopfen und

Ohnmachtzuständen sowie mit psychischen Auffälligkeiten, wie z. B. Reizbarkeit, Ängstlichkeit und Depressivität feststellbar. Auch Antriebsstörungen, sozialer Rückzug und apathische Episoden sind häufig zu beobachten. Schwerere kognitive Defizite im Sinne einer demenziellen Entwicklung treten häufig erst nach mehreren Schlaganfällen bzw. Infarkten auf; dann jedoch beginnt die vaskuläre Demenz – im Gegensatz zur Alzheimer-Demenz – typischerweise sehr akut bzw. abrupt und verschlechtert sich schrittweise. Das bedeutet jedoch nicht, dass vorübergehende Besserungen nicht möglich sind. So können beispielsweise die Gedächtnisstörungen an manchen Tagen besonders ausgeprägt sein, während sie an anderen Tagen wiederum kaum in Erscheinung treten (vgl. Zaudig 1995: 122). Auch kann die Symptomatik jahrelang von einer relativen Konstanz geprägt sein; eine Heilung bzw. Reversibilität der Erkrankung ist jedoch nach derzeitigem Forschungsstand unmöglich.

2.3.2 Lewy-Körper-Demenz (LKD)

Bei der sogenannten „Lewy-Körper-Demenz“ (LKD) werden bestimmte Gehirnbereiche durch Ablagerungen von kleinen Eiweiß-Teilchen, sogenannten „Lewy-Körpern“ (*engl.* „*lewy bodies*“) geschädigt. McKeith (2003: 403) spezifiziert: „*Lewy bodies [...] are tiny, spherical protein deposits found in nerve cells. Their presence in the brain disrupts the brain's normal functioning, interrupting the action of important chemical messengers, including acetylcholine and dopamine.*“ Und in Bezug auf die Verortung der Lewy-Körper kann mit Lantz et al. (2002: 22) ergänzt werden: „*In Lewy body dementia, Lewy bodies are the predominate neuropathologic feature and are found throughout the cortex, neocortex, limbic system, hypothalamus, and brainstem.*“

Bis heute wird jedoch diskutiert, ob es sich bei der Lewy-Körper-Demenz um eine eigenständige Erkrankung handelt oder ob sie eher als Variante der Alzheimer-Krankheit oder der Parkinson-Demenz anzusehen ist. Beispielhaft hierfür steht etwa der Begriff der „*Lewy-body variant of Alzheimer's disease*“ (vgl. Zaudig 1995: 130). Bei der Lewy-Körper-Demenz ist einerseits tatsächlich eine Häufung der mit der Alzheimer-Krankheit assoziierten Plaque-Ablagerungen festzustellen. Neurofibrilläre Veränderungen sind jedoch kaum zu beobachten, so dass die Alzheimer-Demenz auf jeden Fall von der Lewy-Körper-Demenz unterschieden werden muss. Andererseits sind die Lewy-Körper bei etwa 85 % bis 100 % der Parkinson-Patienten vorzufinden und für diese Erkrankung auch diagnostisch relevant. Aber auch wenn ein Teil der LKD-Patienten im Verlauf der Erkrankung leichte Parkinson-Symptome entwickelt, darf die Lewy-Körper-Demenz nicht mit der Parkinson-Krankheit selbst oder der

Demenz bei Morbus Parkinson verwechselt werden (vgl. Zaudig 2001: 84f). Die meisten Befunde sprechen nach Füsgen (2001: 43) somit dafür, dass es sich bei der Lewy-Körper-Demenz „um einen Ausschnitt aus dem Spektrum zwischen Alzheimer-Krankheit einerseits und Parkinson-Krankheit andererseits handelt.“ Und auch Zaudig (2001: 85) betont: „Die Lewy-Körperchen-Demenz [...] weist ein klar abgrenzbares klinisches Syndrom auf [...] und bestehende Klassifikationssysteme wie ICD-10 und DSM-IV müssten diesbezüglich revidiert oder ergänzt werden.“

Die Erkrankung beginnt in der Regel zwischen dem 60. und 68. Lebensjahr und dauert etwa sechs bis acht Jahre, wobei Männer deutlich häufiger betroffen sind als Frauen (vgl. Zaudig 2001: 85). Typisch in symptomatischer Hinsicht sind nach Hürny (2002: 395) stark fluktuierende kognitive Leistungen, oft sehr detailliert beschriebene visuelle Halluzinationen, leichte Parkinson-Symptome sowie eine ausgeprägte Überempfindlichkeit auf die meisten Neuroleptika. Die Halluzinationen treten in bis zu 50 % der Fälle auf. Häufig halluzinieren die Betroffenen Tiere oder Personen, die sich Zutritt zu ihrer Wohnung verschaffen und sich dort einrichten. Depressive und wahnhaftige Störungen sind jedoch ebenfalls recht häufig zu beobachten. Die erwähnten Parkinson-Symptome treten im Wesentlichen in Form von Bewegungsverlangsamungen (Bradykinesie) und Gangstörungen auf; Stürze sind nicht selten die Folge (vgl. Zaudig 2001: 82). In differenzialdiagnostischer Hinsicht liefern die Parkinson-Symptome allerdings wichtige Hinweise. Kann eine demenzielle Symptomatik nämlich innerhalb von zwölf Monaten nach Beginn der Parkinson-Symptome festgestellt werden, liegt höchstwahrscheinlich eine Lewy-Körper-Demenz vor. Entwickeln sich die Symptome hingegen innerhalb eines längeren Zeitraums, ist eher von einer Demenz bei Morbus Parkinson auszugehen. Ohnehin ist für die LKD eine relativ rasche Verschlechterung der Gesamtsymptomatik charakteristisch, deren Auswirkungen von Lantz et al. (2002: 21f) wie folgt zusammengefasst werden:

A more rapid progression of the dementia as compared to Alzheimer's disease may occur, causing increasing care needs and caregiver burden. Nursing home placement may be required earlier than with other forms of dementia due to the combined need for both physical and psychiatric care.

Die für die LKD angegebenen Prävalenzraten variieren sehr stark und schwanken nach Ransmayr et al. (2003a: 373) zwischen 4,5 % und 25 %. Die Autoren betonen zwar, dass gerade die höheren Prävalenzzahlen durch eine lokale Häufung von Krankheitsfällen bedingt sein könnten. Seit einigen Jahren mehren sich jedoch die Hinweise, dass die Lewy-Körper-Demenz in bis zu 30 % aller autopsierten Demenzfälle vorliegt und auch bei einem Drittel

aller Alzheimer-Patienten post mortem festgestellt werden kann (vgl. Zaudig 2001: 82). Zur Bestätigung sind jedoch weitere Studien erforderlich. Auch die in Kapitel I/3.2.2 angeführten Zahlen zur Häufigkeit von demenziellen Erkrankungen – die LKD wird hier unter die „sonstigen Ursachen“ subsumiert – werden noch nicht zu revidieren sein. Dennoch soll an dieser Stelle explizit darauf hingewiesen werden, dass der Lewy-Körper-Demenz in Zukunft eine größere Bedeutung beigemessen werden könnte, als dies heute noch der Fall ist.

2.3.3 Demenz bei Morbus Parkinson

Der Morbus Parkinson (erstmalig 1817 von James Parkinson beschrieben) gehört zu den häufigsten chronisch-neurologischen Erkrankungen. Man geht davon aus, dass in Deutschland mehr als 250.000 Personen betroffen sind (vgl. Zaudig 2001: 85). Die Erkrankung ist primär auf den Untergang von Nervenzellen im Mittelhirn zurückzuführen. Vor allem die Zellen, die für die Produktion des Botenstoffes Dopamin verantwortlich sind, sterben mit fortschreitender Erkrankung nach und nach ab. Der daraus resultierende Dopaminmangel führt zwangsläufig zu einem Überschuss des Botenstoffes Glutamat und damit zu einem Ungleichgewicht dieser Botenstoffe im zentralen Nervensystem. Die Folge ist eine Beeinträchtigung der Bewegungssteuerung, die sich dann in den typischen Parkinson-Symptomen, wie z. B. Rigor (unwillkürliche, andauernde Muskelspannung, die sich als Steifheitsgefühl in Armen und Beinen äußert), Tremor (unwillkürlich rhythmisches Zittern der Hände oder Füße) und Akinese (allgemeine Bewegungsarmut), mit einem Spektrum vom verlangsamten Bewegungsablauf (Bradykinese) bis hin zu einem plötzlichen „Einfrieren“ der Bewegung niederschlägt (vgl. Schädé 2001: 500).

Die Parkinson-Erkrankung ist verhältnismäßig häufig mit dem Auftreten eines demenziellen Syndroms assoziiert. Die hierzu bisher umfangreichste epidemiologische Studie wurde von Martilla et al. (1976) durchgeführt. Die Wissenschaftler erfassten alle damals bekannten Fälle von Morbus Parkinson in Finnland (n = 484), untersuchten die kognitive Leistungsfähigkeit der Betroffenen und stellten schließlich bei 29 % der untersuchten Population eine demenzielle Symptomatik fest (vgl. Zaudig 1995: 135). Andere Angaben schwanken nach Zaudig (2001: 85) zwischen 28 % und 38 %. Mithin ist also bei etwa einem Drittel der Parkinson-Patienten mit der Entwicklung einer Demenz zu rechnen. Die Ursachen sind bisher noch nicht geklärt; eine Beteiligung der in den überlebenden Nervenzellen auftretenden und bereits erwähnten Lewy-Körperchen wird jedoch vermutet; denn selbige sind bei einem

Großteil der Erkrankten in den Hirnstrukturen nachzuweisen (vgl. Parkinson's Disease Society 2004: 1).

Die demenziellen Symptome treten im Allgemeinen erst einige Jahre nach Beginn der Erkrankung auf. So bemerkt auch Ceballos-Baumann (2003: 287): „Eine ausgeprägte Demenz früh im Verlauf bei einem Parkinson-Syndrom spricht gegen die Diagnose Morbus Parkinson.“ Betroffen sind sowohl das Kurzzeitgedächtnis als auch die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, wobei letztere vor allem durch eine Verlangsamung der Denkprozesse unter Zeitdruck (Bradyphrenie) gekennzeichnet ist (vgl. Zaudig 1995: 135).

Parkinson's dementia is marked by forgetfulness, slowness of thought processes, lethargy and loss of executive functions such as decision-making, planning, reasoning and coping with novelty. Some people become obsessional and may also experience loss of emotional control with sudden outbursts of anger or distress (vgl. Parkinson's disease Society 2004: 2).

Auch Halluzinationen, Wahnvorstellungen sowie Störungen des Geruchssinnes sind nach Zaudig (2001: 86) jedoch nicht selten bei der Parkinson-Demenz zu beobachten.

2.3.4 Frontotemporale Demenz (FTD)

Der Begriff der „Frontotemporalen Demenz“ (FTD) umfasst nach Neumann/Kretzschmar (2004: 73) eine „heterogene Gruppe von neurodegenerativen Erkrankungen, deren psychopathologische Leitsymptome Veränderungen der Persönlichkeit, des Sozialverhaltens, der Sprachproduktion und der Exekutivfunktionen sind.“ Die Erkrankung wird im Wesentlichen durch eine Degeneration von Nervenzellen in den Frontallappen (Stirnloben) und den Temporallappen (Schläfenloben) des Gehirns verursacht.

Dennoch werden unter die Frontotemporale Demenz verschiedene Erkrankungen subsumiert. So existiert beispielsweise eine frontotemporal degenerative Krankheit mit aufgeblähten Nervenzellen und kugelartigen Einschlusskörpern (sog. „Pick-Zellen“), die als „Pick-Krankheit“ bezeichnet wird und vergleichsweise selten auftritt (vgl. Füsgen 2001: 44). Eine andere Erkrankung, die sogenannte „Frontallappendegeneration“ (FLD) geht ebenfalls mit einer ausgeprägten frontotemporalen Degeneration einher; die zuvor umschriebenen Pick-Zellen sind nach Gustafson (2003a: 360) für die FLD jedoch nicht charakteristisch. Auf diesen Typus entfallen die meisten Erkrankungsfälle (vgl. Neumann/Kretzschmar 2004: 73). Im Folgenden wird dennoch der Begriff der Frontotemporalen Demenz als Oberbegriff Verwendung finden, da sich die umschriebenen Subtypen in ihrer Symptomatik bzw. in ihren Auswirkungen auf den Betroffenen kaum voneinander unterscheiden (vgl. Füsgen 2001: 44).

Die genauen Ursachen für das Auftreten einer Frontotemporalen Demenz sind bis heute ungeklärt; bei etwa der Hälfte der Erkrankten sind jedoch identische Erkrankungsfälle im familiären Bereich zu finden.

Weitgehend unbefriedigend sind zudem die Angaben zur Häufigkeit der Frontotemporalen Demenz. Nach Füsgen (2001: 44) soll die FTD für bis zu 10 % aller demenziellen Erkrankungen verantwortlich sein; nach Angaben der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft (2003: 1) leiden etwa 3 bis 9 % aller Demenzkranken an einer Frontotemporalen Demenz. Der Erkrankungsbeginn liegt meist vor dem 65. Lebensjahr, wobei Männer und Frauen etwa gleich häufig betroffen sind (vgl. Alzheimer's Society 2003: 1).

Im Vordergrund der Symptomatik stehen vor allem Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens. Die kognitiven Beeinträchtigungen treten im Anfangsstadium der Erkrankung zunächst weniger offensichtlich auf und zeigen sich häufig in Form einer gesteigerten Ablenkbarkeit und leichten Gedächtnisstörungen. Auch die Persönlichkeit verändert sich sehr langsam bzw. schleichend. Die Betroffenen ziehen sich zurück, verlieren das Interesse an Familie und Hobbys, werden teilnahmslos, antriebslos und apathisch. „Die Patienten werden egozentrisch, emotional indifferent, kümmern sich nicht um die Belange anderer und verlieren jede Einsicht in die eigene Störung“ (Gustafson 2003a: 361). Darüber hinaus entwickeln sie Sprachstörungen, die sich in Wortfindungs- und Benennungsstörungen, einem fehlenden Mitteilungsbedürfnis und teilweise sogar in einem völligen Verstummen der Betroffenen äußern können. Auch das mimische Ausdrucksvermögen geht nach und nach vollständig verloren und macht die kommunikative Verständigung mit den Betroffenen fast unmöglich. Hinzu kommen nicht selten Halluzinationen und Wahnvorstellungen sowie Phasen der Enthemmung, die mit sexuell inadäquaten Verhaltensweisen und Aggressionen einhergehen können (vgl. Gustafson 2003a: 361).

The rate of progression of frontotemporal dementia varies enormously, ranging from less than two years to over ten years. In the later stages, the damage to the brain is usually more generalised, and symptoms usually appear to be similar to those of Alzheimer's. People affected may no longer recognise friends and family [...] (Alzheimer's Society 2003: 1).

Die umschriebene Symptomatik zeichnet somit das Bild einer schwerwiegenden Erkrankung, die für die Angehörigen bzw. Bezugspersonen eine enorme Belastung darstellt. Auch Gustafson et al. (2003a) betonen: „Eine Zwangseinweisung zur Minderung einer Selbst- und Fremdgefährdung der Patienten ist trotz optimaler häuslicher Pflege häufig unumgänglich“ (Gustafson 2003a: 360).

3 Epidemiologische Aspekte

3.1 Exkurs: Zur demografischen Lage und Entwicklung

In seiner Studie zur Bevölkerungsentwicklung in den europäischen Mitgliedsstaaten stellt Walker (1999: 396) fest: „The paramount policy challenge facing the EU Member States is to recognise [...] that their societies are ageing.“ Und auch die von der Bundesregierung in der letzten Legislaturperiode eingesetzte „Herzog-Kommission“ betont: „Der Explosion der Weltbevölkerung steht eine Implosion der Bevölkerung in fast allen Staaten Europas gegenüber“ (Kommission Soziale Sicherheit zur Reform der Sozialen Sicherungssysteme 2003: 8). Die EU-weite und damit natürlich auch auf Deutschland zutreffende Alterung der Bevölkerung ist ein zurzeit nicht nur in den damit befassten Wissenschaften, sondern auch in der (Sozial-)Politik, den Medien und der Öffentlichkeit breit diskutiertes Phänomen. Das folgende Kapitel unternimmt den Versuch, die demografischen Ursachen für diese Entwicklung nachzuvollziehen und zwar mit einem Blick zurück auf die demografischen Prozesse seit der Mitte des vergangenen Jahrhunderts und mit einem Blick nach vorn auf die Entwicklungen, denen die Bevölkerung in Deutschland in den nächsten knapp 50 Jahren voraussichtlich unterliegen wird.

Die demografische Lage und Entwicklung in Deutschland ist seit längerer Zeit durch eine Verschiebung der Altersstrukturen innerhalb der Bevölkerung gekennzeichnet; das bedeutet, der Anteil der jüngeren Menschen nimmt zugunsten des Anteils der Älteren ab. Deutschland ist heute – global betrachtet – nach Japan, Italien und der Schweiz das Land mit dem viert-höchsten Durchschnittsalter der Bevölkerung und, nach Italien und Griechenland, der Staat mit dem dritthöchsten Anteil der Bevölkerung ab 60 Jahren (vgl. BMFSFJ 2002: 55). Die Alterung unserer Gesellschaft wird zum einen durch ein fortwährend geringes Niveau der Geburtenhäufigkeit sowie einer damit verknüpften Zunahme der Kinderlosigkeit verursacht. „Seit etwa dreißig Jahren werden in Deutschland weniger Kinder geboren als zur zahlenmäßigen Bestandserhaltung der Bevölkerung notwendig wäre“ (Deutscher Bundestag 2002: 15). Zum anderen trägt auch eine kontinuierlich steigende Lebenserwartung zur Alterung der Gesellschaft bei. Wesentliche Ursachen sind die Erfolge bei der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, der medizinische Fortschritt bei der Behandlung von Erkrankungen und Verbesserungen des medizinischen Versorgungssystems sowie die überwiegend gute sozialökonomische Lage der Bevölkerung (vgl. Robert Koch Institut 2006: 15). Letztlich nehmen auch Wanderungsprozesse auf die Bevölkerungsentwicklung Einfluss, da man davon ausgeht, dass

die zuwandernden Personen in der Regel jünger sind als der Durchschnitt und so in der Bevölkerungsstruktur für einen „Verjüngungseffekt“ sorgen (vgl. Brücker et al. 2006: 7).

Ob eine Population also wächst oder schrumpft ist im Wesentlichen von drei Faktoren direkt abhängig:

1. Die Zahl der Geburten: die am häufigsten zur Beschreibung der Geburtenentwicklung herangezogene Maßzahl ist die sogenannte „zusammengefasste Geburtenziffer“ (*engl.* „Total Fertility Rate“; TFR), welche die Zahl der pro Frau im Alter zwischen 15 und 49 Jahren geborenen Kinder im Bevölkerungsdurchschnitt angibt. Sowohl die neunte als auch die zehnte koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes geben die aktuelle Geburtenziffer mit 1,4 Kindern pro Frau an und unterstellen zudem, dass diese Maßzahl auch in Zukunft auf ihrem niedrigen Niveau verharren wird (vgl. Statistisches Bundesamt 2003: 10). Eine Geburtenziffer von 1,4 Kindern pro Frau bedeutet jedoch, dass jede Elterngeneration nur zu etwa zwei Dritteln durch Kinder ersetzt wird. Um die aktuelle Bevölkerungszahl erhalten zu können, müssten pro Elternpaar allerdings durchschnittlich 2,1 Kinder pro Frau geboren werden, die ihrerseits wiederum zwei Kinder bekommen müssten, um die vorangegangenen Generationen ersetzen zu können. So jedoch wird die aktuell niedrige Geburtenhäufigkeit dazu führen, dass sich die Anzahl der „potenziellen Mütter“ im Alter zwischen 15 und 49 Jahren dezimieren wird und zwar von knapp 20 Millionen im Jahr 2001 auf rund 14 Millionen im Jahr 2050 (vgl. ebd.: 6). Und da – aufgrund der rückläufigen Population im Familiengründungsalter und bei anhaltend niedrigen Geburtenraten – die Bevölkerungszahl auch insgesamt von derzeit ca. 82 Millionen auf rund 70 Millionen im Jahr 2050 sinken wird, bedeutet dies eine deutliche Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung.
2. Die Lebenserwartung: die Lebenserwartung in den Industrieländern hat seit Beginn des 20. Jahrhunderts stark zugenommen; eine Entwicklung, die einerseits auf die Verringerung der Säuglingssterblichkeit seit Ende des 19. Jahrhunderts zurückzuführen ist. So sterben heute nur noch vier von 1.000 Neugeborenen im ersten Lebensjahr; vor 100 Jahren belief sich ihre Zahl noch auf etwa 200 (vgl. ebd.: 13). Insbesondere seit Beginn der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts trägt jedoch andererseits auch das Sinken der Sterblichkeit in den höheren Altersgruppen erheblich zur Ausweitung der Lebensspanne bei. Statistisch relevant ist hier die sogenannte „durchschnittliche Lebenserwartung“. Sie zeigt die wahrscheinliche Zahl der Lebensjahre an, die ein Neugeborener durchschnittlich noch bis zu seinem Tod zu erwarten hat. Ein um das Jahr 1900 in Deutschland geborener Junge hatte eine mittlere Lebenserwartung von 45 und ein Mädchen von 48 Lebensjahren

(vgl. Robert Koch Institut 2002: 6). Die in den Jahren 1998 bis 2000 geborenen Jungen erwarten dagegen im Durchschnitt 74,8 Lebensjahre; die Mädchen werden statistisch betrachtet 80,8 Jahre alt. Dies bedeutet bei näherer Betrachtung, dass sich die Lebenserwartung neugeborener Kinder seit Anfang des 20. Jahrhunderts um etwa 30 Jahre erhöht hat. Bis zum Jahr 2050 ist zudem von einer weiteren Zunahme der Lebenserwartung auf durchschnittlich 78,9 Lebensjahre für Jungen und 85,7 Jahre für Mädchen auszugehen (vgl. Statistisches Bundesamt 2003: 14f). Deutlich wird diese Entwicklung auch anhand der sogenannten „durchschnittlichen ferneren Lebenserwartung“, die die Anzahl der weiteren Lebensjahre für Personen angibt, die ein bestimmtes Alter (z. B. 60 Jahre) bereits erreicht haben. So kann ein heute 60-jähriger Mann im Durchschnitt damit rechnen, dass er noch etwa 19 Jahre lebt; nur 50 Jahre zuvor war seine fernere Lebenserwartung um drei Jahre geringer. Eine gegenwärtig 60-jährige Frau kann heute von einer weiteren Lebenserwartung von gut 23 Jahren ausgehen; noch vor 50 Jahren waren es sechs Jahre weniger. Und nach Schätzungen des Statistischen Bundesamtes wird sich die fernere Lebenserwartung der 60-Jährigen im Jahr 2050 auf knapp 24 Jahre für Männer und fast 30 Jahre für Frauen erhöhen (vgl. ebd.: 14). Die Konsequenzen dieser Entwicklungen werden durch die Tabelle 1 zur „Entwicklung der Bevölkerungszahl und des Anteils älterer und hochaltriger Menschen“ veranschaulicht.

Tab. 1: Entwicklung der Bevölkerungszahl und des Anteils älterer und hochaltriger Menschen, 1953 bis 2050.

Alter (in Jahren)	Kalenderjahr (jeweils 1. Januar)					Zu-/Abnahme	
	1953	1971	2000	2020 ¹	2050 ¹	1953 - 2000	2000 - 2050 ¹
Bevölkerungs-zahl:							
Insgesamt							
60 und älter	70.163.872	78.069.471	82.163.475	80.339.100	70.381.400	+ 17,1 %	- 14,3 %
80 und älter	10.618.429	15.567.540	18.881.148	22.886.300	25.199.500	+ 77,8 %	+ 33,5 %
90 und älter	783.540	1.536.469	2.934.837	5.068.300	7.922.200	+ 274,6 %	+ 169,9 %
	30.679	105.347	497.343	771.200	1.482.600	+ 1521,1 %	+ 198,1 %
Bevölkerungs-anteil:							
60 und älter							
80 und älter	15,1 %	19,9 %	23,0 %	28,5 %	35,8 %	+ 7,8 %-Pkte.	+ 12,8 %-Pkte.
90 und älter	1,1 %	2,0 %	3,6 %	6,3 %	11,3 %	+ 2,5 %-Pkte.	+ 7,7 %-Pkte.
Altenquotient ²	0,1 %	0,1 %	0,6 %	1,0 %	2,1 %	+ 0,5 %-Pkte.	+ 1,5 %-Pkte.
	27,8	39,8	41,3	52,8	74,7		

¹Die Angaben für die Jahre 2020 und 2050 sind Schätzwerte des Statistischen Bundesamtes und gehen von einer mittelfristigen Nettozuwanderung von 200.000 Menschen pro Jahr aus. Ferner wird angenommen, dass die Geburtenziffer bei ca. 1,4 Kindern je Frau verharnt und die Lebenserwartung Neugeborener bis 2050 um ca. 4 Jahre zunimmt.

²Altenquotient: Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren je 100 20- bis 59-Jährige.

Quelle: BMFSFJ (2002): 55.

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, wird die Anzahl der älteren Menschen ab 60 Jahren in den nächsten fünf Jahrzehnten von gegenwärtig rund 19 Millionen auf gut 25 Millionen zunehmen. Damit wird sich der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2050 auf fast 36 % belaufen. Insbesondere ist auch bei der Zahl der Hochaltrigen³ ein Zuwachs festzustellen. Ihre Zahl nahm – wie aus Tabelle 1 hervorgeht – von 1953 bis zum Jahr 2000 von ca. 800.000 auf rund drei Millionen zu und wird bis zum Jahr 2050 auf schätzungsweise acht Millionen ansteigen. Ihr derzeitiger Anteil an der Bevölkerung von 3,6 % wird sich damit bis zum Jahr 2050 mit 11,3 % mehr als verdreifachen. Demgegenüber steht jedoch eine Abnahme der Gesamtbevölkerung von derzeit etwa 82 Millionen auf rund 70 Millionen im Jahr 2050, die dazu führt, dass der Bevölkerungsanteil der jungen Menschen in absehbarer Zukunft kleiner sein wird als jener der alten Menschen (vgl. Tab. 1). Verdeutlicht wird dies vor allem durch den sogenannten Altenquotienten, der die zahlenmäßige Relation der älteren Bevölkerung (im Alter von 60 und mehr Jahren) zur Gruppe der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (zwischen 20 und 59 Jahren) beschreibt. Tabelle 1 zeigt, dass diese Kennzahl im Laufe der Zeit kontinuierlich angestiegen ist. Standen im Jahr 1953 100 Personen im erwerbsfähigen Alter nur knapp 28 Personen im Alter von 60 und mehr Jahren gegenüber, so waren es im Jahr 2000 bereits mehr als 41 ältere Personen. In den kommenden fünf Jahrzehnten wird sich dieser Alterungsprozess noch beschleunigen und der Altenquotient wird sich bei Erreichen des hier skizzierten Prognoseszenarios im Vergleich zu heute nahezu verdoppeln. Im Jahr 2050 werden demnach 100 Personen im erwerbsfähigen Alter rund 75 Personen im Rentenalter zu versorgen haben. Nur ein sofortiger, rein theoretischer Wiederanstieg der Kinderzahl auf 2,1 Kinder je Frau könnte zu einem nachhaltigen Rückgang des Altenquotienten beitragen. Erst ab 2060 jedoch, das heißt nach ungefähr zwei Generationen, würden die Auswirkungen eines Wiederanstiegs der Kinderzahl auf die demografische Alterung deutlich. Der Altenquotient würde in diesem Fall ab 2070 ungefähr 60 betragen (vgl. Birg/Flöthmann 2002: 392).

3. Zuwanderung: einen modulierenden Einfluss auf Bevölkerungszahl und Altersstruktur haben die sogenannten Außenwanderungen⁴, also das Wanderungsgeschehen über die Grenzen Deutschlands, wobei vor allem der Wanderungssaldo⁵, also die Differenz

³ Für den Beginn des hohen Alters bzw. der Hochaltrigkeit wird im Rahmen des Vierten Altenberichts der Altersabschnitt von 80 bis 85 Jahren festgesetzt (vgl. BMFSFJ 2002: 54).

⁴ Im Unterschied zu Binnenwanderungen (Wanderungen innerhalb eines Staates) reichen Außenwanderungen über die Staatsgrenzen hinweg. Sie werden differenziert in Einwanderungen und Auswanderungen.

⁵ Der Wanderungssaldo (Wanderungsbilanz) ist die Differenz aus Zu- und Fortzügen. Diese Differenz kann positiv (Wanderungsgewinn, Nettozuwanderung) oder negativ sein (Wanderungsverlust, Nettoabwanderung).

zwischen den Zu- und Fortzügen, von Bedeutung ist. Anders als bei der Geburtenhäufigkeit oder der Lebenserwartung können die Schwankungen des Wanderungssaldos auch kurzfristig die Besetzung einzelner Altersjahrgänge verändern. Gleichzeitig unterliegen Wanderungsprozesse jedoch einer recht ungenauen Vorhersagbarkeit, da das Migrationspotenzial sowohl von der politischen und wirtschaftlichen Stabilität der jeweiligen Herkunftsländer als auch von der ökonomischen und sozialen Attraktivität des Ziellandes beeinflusst wird. So belief sich der Saldo der Wanderungen im Jahr 1992 auf etwa 780.000 Personen, im Jahr 1998 jedoch auf weniger als 50.000. Im Jahresdurchschnitt der letzten 50 Jahre pendelte sich der Wanderungssaldo auf etwa 200.000 ein. Bleibt es bei dieser durchschnittlichen Wanderungsbilanz, wird sich die Gesamtzahl der zugewanderten Personen im Zeitraum von 2003 bis 2050 nach Schätzungen des Statistischen Bundesamtes (2003: 20ff) auf etwa 10,5 Millionen Menschen belaufen; selbst bei einer möglichen Erhöhung des jährlichen Wanderungssaldos von 200.000 auf 300.000 Personen werden nicht mehr als 14,5 Millionen Menschen zu erwarten sein. Der Umfang der zukünftigen Wanderungsprozesse, der als realistisch angenommen werden kann, wird damit nicht so groß sein, dass er den Alterungsprozess der Bevölkerung in Deutschland nennenswert beeinflussen könnte. Denn um das aktuelle Niveau des Altenquotienten bis zum Jahr 2050 halten zu können, wäre eine Nettozuwanderung von ca. 188 Millionen Menschen erforderlich, was pro Jahr einem durchschnittlichen Wanderungsgewinn in Höhe von 3,76 Millionen Menschen entsprechen würde (vgl. Birg/Flöthmann 2002: 393). Zuwanderung ist allerdings stets nur sozial- und kulturverträglich denkbar und kann daher nicht in vollem Umfang auf die Erfordernisse einer gesellschaftlichen Altersstabilisierung reagieren. Dies wäre politisch sicherlich nicht durchsetzbar, in wirtschaftspolitischer Hinsicht fragwürdig und im Hinblick auf das Ziel einer weitgehenden Integration der Zugewanderten kaum zu verantworten. Mit anderen Worten: die demografische Altersverschiebung ist allein durch den Faktor „Zuwanderung“ nicht gesellschaftsverträglich aufzuhalten.

Unternimmt man den Versuch einer abschließenden Zusammenfassung, so sind bezüglich der demografischen Entwicklung vor allem vier Punkte als relevant herauszustellen:

1. In Deutschland nimmt die Zahl der 60- bis 80-Jährigen bis 2050 um etwa sieben Millionen zu (vgl. Tab. 1).
2. Parallel hierzu geht die Zahl der 20- bis unter 60-Jährigen um etwa 16 Millionen zurück, und zwar selbst dann, wenn – dem bisherigen Langzeittrend entsprechend – von einem

Überschuss der Einwanderungen jüngerer Menschen über die Auswanderungen von 170.000 pro Jahr ausgegangen wird (vgl. Birg/Flöthmann 2002: 397).

3. Am stärksten nimmt die Zahl der Hochaltrigen zu. Die Zahl der 80- bis 90-Jährigen beläuft sich heute auf ca. drei Millionen; sie wird sich bis 2050 allerdings auf schätzungsweise acht Millionen erhöhen (vgl. Tab. 1).
4. Aus dieser gegenläufigen Entwicklung (Zunahme der 60-Jährigen und Älteren und Abnahme der 20- bis unter 60-Jährigen) ergibt sich als Konsequenz eine Steigerung des Altenquotienten (Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren je 100 20- bis 59-Jährige) von 41,3 im Jahr 2000 auf geschätzte 74,7 im Jahr 2050. Das heißt, dass in diesem Zeitraum fast von einer Verdopplung des Altenquotienten auszugehen ist (vgl. Tab. 1).

Die Brisanz der konstatierten Bevölkerungsalterung beruht vor allem auf ihren Konsequenzen für die sozialen Sicherungssysteme, wie Dietz (2004) betont: „Kaum ein Politikbereich ist so eng mit der demografischen Entwicklung verbunden wie der der sozialen Sicherung. Ja, man darf sich sogar fragen, ob dem demografischen Wandel überhaupt die heutige Aufmerksamkeit zugekommen wäre, wenn nicht seine Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme diese bedrohten. Dabei kommt die Aufmerksamkeit sehr spät – zu spät, wie manche behaupten“ (Dietz 2004: 192). Tatsächlich sind die beitragsparitätisch zwischen den Arbeitnehmern und den Arbeitgebern finanzierten Abgaben zur gesetzlichen Sozialversicherung in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen. Nachdem die Beiträge zu Beginn der 1960er Jahre noch unter 25 % lagen, wurden zur Mitte der 1970er Jahre bereits über 30 % der Bruttogehälter gezahlt. Im Verlauf der 1980er Jahre wurden schließlich 35 % erreicht, ehe Mitte der 1990er Jahre die 40 Prozent-Schwelle überschritten wurde. „Seitdem sind Abgabensätze zur Sozialversicherung von über 40 % deutsche Realität“ (Kaltenborn et al. 2003: 673). Werden keine Reformen durchgeführt, kommt es zu einem weiteren Anstieg der Beitragssätze. Bis zum Jahr 2030 werden 54 % erwartet. Im Jahr 2050 wird sich die prognostizierte Abgabenlast auf vermutlich 61 % erhöhen (vgl. Kommission Soziale Sicherheit zur Reform der Sozialen Sicherungssysteme 2003: 10). Die bisherige Entwicklung hat freilich viele Ursachen, die nicht ausschließlich auf demografische Faktoren zurückzuführen sind. Die steigende Arbeitslosigkeit seit Mitte der 1970er Jahre oder die maßgeblich von den Beitragszahlern finanzierte Wiedervereinigung seien beispielhaft erwähnt. Fest steht nach Ansicht von Experten jedoch auch, dass der demografische Wandel in der Zukunft einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Finanzierbarkeit der Sicherungssysteme ausüben wird. Vor allem die gesetzliche Renten- und Pflegeversicherung sind in dieser Hinsicht als besonders „demografieanfällig“ einzustufen (vgl. BMGS 2003b: 5; Dietz 2004: 195). Die

Verringerung der Geburtenhäufigkeit und der damit verknüpfte Rückgang des Erwerbspersonpotenzials tragen dazu bei, dass zukünftig immer weniger Menschen in diese Systeme einbezahlen. Hierdurch wird sich die Einnahmehasis deutlich verringern. Gleichzeitig stellt auch die gestiegene Lebenserwartung eine kostenintensive Herausforderung dar. Die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung müssen über einen stetig wachsenden Lebenszeitraum bereitgestellt werden. Und auch für die Finanzierbarkeit der Pflegeleistungen wird die Alterung der Bevölkerung rasch eine ernst zu nehmende Herausforderung darstellen, die einen kosteneffizienteren Einsatz der vorhandenen Ressourcen erforderlich machen wird (vgl. Bickel 2001: 115).

3.2 Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter

Sicherlich ist die gestiegene Lebenserwartung bzw. das Erreichen eines höheren Lebensalters als Fortschritt anzuerkennen. Nie zuvor lebten Menschen länger, nie zuvor stand ihnen – bezieht man sich auf die fernere Lebenserwartung – eine ähnlich große Zeitspanne zwischen der Beendigung ihrer Erwerbsarbeit und ihrem Ableben zur Verfügung. Und obwohl das Alter sicherlich nicht mit „Krankheit“ gleichgesetzt werden kann und darf, ist die Kehrseite dieser eigentlich erfreulichen Entwicklung jedoch auch eine Zunahme von altersassoziierten chronischen Krankheiten, bei denen die psychischen Störungen nach den kardiovaskulären und onkologischen Erkrankungen den dritten Platz einnehmen (vgl. Zaudig 2001: 10).

Für Deutschland stehen nach Angaben des BMFSFJ (2002: 152) jedoch nur wenige differenzierte Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen zur Verfügung. Im Einzelnen sind vier regional begrenzte epidemiologische Studien aus Berlin, Göttingen, Mannheim und Oberbayern zu nennen, die im Folgenden einer näheren Betrachtung unterzogen und – sofern möglich – mit den Ergebnissen internationaler Untersuchungen in Relation gesetzt werden sollen. Ein solches Vorgehen ist deshalb sinnvoll und notwendig, da die verschiedenen Studien teilweise großen Schwankungen unterworfen sind, die in aller Regel auf methodische Probleme zurückzuführen sind. So geht beispielsweise das Institut für Gesundheits-System-Forschung (1999: 10) bei der Bestimmung der Demenzerkrankungen von einer Fehlklassifikationsrate von 20 % aus, die aus der Nichtbeachtung vorhandener standardisierter Diagnoseinstrumente resultiert. Schwierig scheint zudem die diagnostische Klassifikation leichter bzw. beginnender Formen der Demenz. Nach Bergener (1998: 88) liegt dies unter anderem an den fließenden Übergängen zwischen physiologischen Alterungsprozessen und beginnenden krankhaften psychischen Störungen oder an den

Wechselwirkungen zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen im Alter. Außerdem ist der Repräsentativität vieler Studien durch die Arbeit mit kleinen Stichproben Grenzen gesetzt, so dass an vielen Stellen nur Anhaltspunkte über die Verteilung psychischer bzw. demenzieller Erkrankungen im Alter gegeben werden können.

3.2.1 Häufigkeit psychischer Erkrankungen im Alter

Die in Tabelle 2 aufgeführten deutschen Untersuchungen kommen übereinstimmend zu dem Resultat, dass etwa ein Viertel der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren an einer psychischen Erkrankung leidet (vgl. BMFSFJ 2002: 152); ein Ergebnis, das nach Bickel (2003: 14) auch durch verschiedene europäische Feldstudien belegt wird und damit als hinreichend gesicherter Sachverhalt anerkannt werden kann. So zeigt sich, dass bei älteren Menschen die Neurosen (vor allem Depressionen) und Persönlichkeitsstörungen mit Prävalenzen zwischen 9,6 % und 11,6 % im Vordergrund stehen; die Prävalenzen der sogenannten funktionellen Psychosen werden in den deutschen Studien mit Werten zwischen 1,3 % und 3,4 % angegeben (vgl. Tab. 2).

Tab. 2: Prävalenz psychischer Erkrankungen bei alten Menschen. Resultate von in Deutschland durchgeführten Studien.

Autoren Zeit/Ort	N (Alter)	Mittel- Schwere und schwere Demenzen	Leichte Demenzen	Funktio- nelle Psychosen	Neurosen, Persön- lichkeits- störungen u. a.	Gesamt
		Angaben in %				
Krauss et al. 1977, Göttingen	350 (70+)	7,6	5,4	3,0	9,6	25,6
Cooper, B./Sosna 1983, Mannheim	519 (65+)	6,0	5,4	2,2	10,8	24,4
Weyerer/Dilling 1984, Oberbayern	295 (65+)	3,5	5,0	3,4	10,2	23,1
Helmchen et al. 1996, Berlin	516 (70+)	9,2	4,7	1,3	11,6	23,5

Quelle: BMFSFJ (2002): 153.

Eine differenzierte Betrachtung der verschiedenen Krankheitsbilder ermöglichen dabei beispielsweise die Ergebnisse der Berliner Altersstudie, die sich in ihren Angaben auf die Altersgruppe der 70- bis 100-Jährigen bezieht. Demnach litten 13,9 % der untersuchten Population an einer Demenz und 9,1 % an einer depressiven Störung (darunter 5,4 % an einer Major-Depression, 2 % an einer dysthymen Störung, 1 % an einer Demenz mit Depression und

0,7 % an einer depressiven Anpassungsstörung). Es folgen die Angststörungen mit 1,9 % und die Halluzinosen mit einer Häufigkeit von 0,6 %. Zudem waren 0,6 % von einer organisch bedingten Persönlichkeitsstörung und weitere 0,7 % von einer schizophrenen Störung betroffen (vgl. BMFSFJ 2002: 18). Neben den Demenzen sind also auch die depressiven Störungen weit verbreitet. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass Depressionen im Alter häufig nicht diagnostiziert werden, auch weil die Symptomatik weniger durch die im Erwachsenenalter typische depressive Verstimmtheit als durch Angst und körperliche Beschwerden gekennzeichnet ist (vgl. Kap. I/6.1.5.2). Bickel (2003: 21) geht sogar davon aus, dass deutschlandweit etwa 13,5 % der älteren Bevölkerung an einer depressiven Störung leiden.

3.2.2 Prävalenz der Demenz

Die Prävalenz von demenziellen Erkrankungen wird in den meisten epidemiologischen Studien in zweierlei Hinsicht angegeben: zum einen die Häufigkeit der mittelschweren bis schweren Demenzen und zum anderen die Anzahl der leicht Erkrankten. Die Zahl der mittelschwer bis schwer Demenzerkrankten spielt vor allem als Planungsgrundlage hinsichtlich der pflegerischen Versorgung eine wichtige Rolle. Denn in diesen Stadien sind die Erkrankten meist auf regelmäßige Anleitung und Beaufsichtigung bei ihren alltäglichen Verrichtungen angewiesen. So werden bezüglich der mittelschweren und schweren Demenzen folgende Prävalenzraten berichtet: in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren erkrankten in der Region Oberbayern 3,5 % und in der Stadt Mannheim 6,0 %. Bei den 70-Jährigen und Älteren erhöhten sich diese Raten auf 7,6 % in Göttingen und 9,2 % in Berlin, so dass für diese Studien eine durchschnittliche Prävalenzrate von ca. 6,5 % angegeben werden kann. Damit liegen diese Prävalenzen in einer ähnlichen Größenordnung wie in anderen Ländern, eine Tatsache, die beispielsweise durch eine unter der Bezeichnung EURODEM vorgenommenen Reanalyse aller europäischen Prävalenzstudien aus den Jahren zwischen 1980 und 1990 belegt wird. Entsprechend geht EURODEM von einer durchschnittlichen Prävalenzrate von 6,3 % für die 65-Jährigen und Älteren aus (vgl. Bickel 1992: 6). Auf Grundlage einer Meta-Analyse neuerer Feldstudien mit hohen Fallzahlen nimmt Bickel (2001: 109) hingegen an, dass die mittlere Prävalenzrate in Deutschland mit etwa 7,2 % etwas höher liegt und schätzt die absolute Zahl der älteren Demenzerkrankten auf ungefähr 930.000 (vgl. Tab. 3).

Ein übereinstimmendes Ergebnis aller bislang durchgeführten Untersuchungen ist jedoch, dass die Prävalenz der Demenz mit dem Alter deutlich zunimmt und sich in konstanten Altersabständen von jeweils 5,1 Jahren verdoppelt (vgl. Füsgen 2001: 25; Zaudig 2001: 10;

BMFSFJ 2002: 167). Diese Entwicklung ist auch aus Tabelle 3 sehr gut ersichtlich. Sind in der Gruppe der 65- bis 69-Jährigen erst 1,2 % von einer mittelschweren bzw. schweren Demenz betroffen, so belaufen sich die Raten bei den 70- bis 74-Jährigen bereits auf 2,8 % und steigen bei den 90-Jährigen und Älteren schließlich auf über 30 % an (vgl. Tab. 3).

Tab. 3: Schätzung der Zahl von älteren Demenzkranken.

Altersgruppe	Bevölkerung Deutschlands Ende 1996 (in 1000)	Mittlere Prävalenzrate (%)	Schätzung der Krankenzahl (in 1000)
65 – 69	4034,9	1,2	49,6
70 – 74	3380,3	2,8	94,6
75 – 79	2276,3	6,0	136,1 $\sum \approx 280^2$
80 – 84	1689,2	13,3	224,7
85 – 89	1057,8	23,9	252,8
90 +	409,5	34,6	141,7 $\sum \approx 619^2$
Insgesamt	12856,8	7,22	928,4 ¹

¹Gesamtzahl höher als Summe der Kranken pro Altersstufe, da einige der berücksichtigten Studien nur für Altersgruppen von 10 Jahren Angaben machen.
²Geschätzte Summe der Erkrankten in den Altersklassen der 65- bis 79-Jährigen sowie der 80- bis über 90-Jährigen (Berechnungen des Vrf.).

Quelle: Bickel (2001): 109, leicht modifiziert.

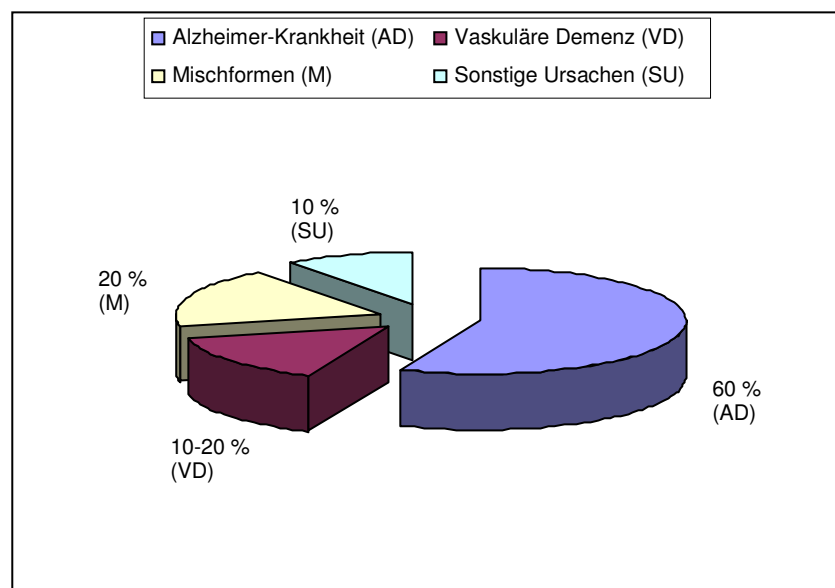
Versucht man zudem, die Krankenzahlen der 65- bis 79-Jährigen sowie der Gruppe der 80- bis über 90-Jährigen zusammenzufassen und relational gegenüberzustellen, so zeigt sich nach eigenen Berechnungen, dass auf letztgenannte ungefähr 70 % aller Demenzerkrankungen entfallen, während sich der Rest der Krankheitsfälle mit etwa 30 % auf die Gruppe der 65- bis 79-Jährigen verteilt; eine Tatsache, die unterstreicht, dass vor allem die Hochaltrigen von demenziellen Erkrankungen betroffen sind und zudem erklärt, weshalb es sich bei der Mehrheit der Patienten um Frauen handelt.

Denn obwohl die altersspezifischen Erkrankungsrisiken der beiden Geschlechter nicht bedeutsam voneinander abweichen, führt die höhere Lebenserwartung der Frauen zu einer mit dem Alter stark zunehmenden [...] Überrepräsentation in der Altenbevölkerung und damit auch zu einem Überwiegen der weiblichen Demenzkranken (Bickel 2001: 109f).

Demenzen können natürlich auch in jüngeren Jahren auftreten. Die entsprechenden Prävalenzraten sind jedoch sehr niedrig und aufgrund fehlender epidemiologischer Studien wagen Schätzungen unterworfen. Berichtet werden Raten von 0,1 % in der Gruppe der 30- bis 59-Jährigen und 0,4 % in der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen, so dass die Anzahl der Erkrankten in Deutschland auf ca. 20.000 geschätzt werden kann (vgl. BMFSFJ 2002: 167).

Als häufigste irreversible Demenzform in Europa kann die Demenz vom Alzheimer-Typ mit einem Anteil von knapp 60 % an allen Demenzerkrankungen genannt werden, was in Deutschland nach Bickel (2001: 109) einer Krankenzahl von etwa 650.000 entspricht. Es folgt die vaskulär bedingte Demenz, die für etwa 10-20 % aller Krankheitsfälle verantwortlich gemacht werden kann. Häufig liegen jedoch auch zwei oder mehr Formen der Demenz vor, wobei zuvorderst die Kombination zwischen der Alzheimerschen Erkrankung und der vaskulären Demenz zu nennen ist. Der Anteil dieser Mischformen wird auf etwa 20 % geschätzt (vgl. Statistisches Bundesamt 2002: 18f). Zudem sind für einen nicht unerheblichen Anteil von 10 % der Krankheitsfälle eine Reihe relativ seltener Demenzerkrankungen ursächlich, zu denen u. a. die Parkinsonsche Krankheit, die Picksche Krankheit und die Huntington'sche Krankheit gehören (vgl. Buijssen 1994: 3). Abbildung 2 veranschaulicht abschließend die erwähnte Verteilung.

Abb. 2: Geschätzte Verteilung der irreversiblen Demenzformen.



Quelle: Verfasser.

Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass sich diese Zahlen gegensätzlich zu Untersuchungen aus anderen Ländern, wie z. B. Asien und Nordamerika verhalten, in denen sich entsprechend andere Zuordnungen finden lassen. So ist beispielsweise die Alzheimer-Krankheit in Nordamerika mit ca. 71 % führend, in Asien hingegen ist mit knapp 35 % vor allem der relativ große Anteil der vaskulären Demenzen auffällig (vgl. Füsgen 2001: 26 f).

Die Erhebung der an leichten Demenzen erkrankten Personen ist vor allem von Bedeutung, wenn es um präventive Aspekte geht, wie z. B. den frühen Einsatz geeigneter Medika-

mente oder die Bereitstellung niedrigschwelliger Hilfsangebote. Allerdings mangelt es einerseits noch an „klaren, alltagstauglichen Kriterien, mit denen man präklinische Demenzstadien von gutartigen kognitiven Alterseinbußen, von lebenslang bestehenden Leistungsminderungen oder von passageren Beeinträchtigungen mit hoher individueller Treffsicherheit abgrenzen kann“ (Bickel 2003: 16). Andererseits erschweren unscharfe Definitionen und zahlreiche Termini – unter denen häufig die Bezeichnung des „Mild Cognitive Impairment“ (MCI) zu finden ist – einen Vergleich der vorliegenden Studien (vgl. Kap. I/6.1.5.3). Wie zu erwarten, kommt es daher zu einer deutlich größeren Schwankungsbreite bei den Prävalenzraten, die z. B. bei den von Bergener (1998: 91) aufgeführten Studien zwischen 1,5 % und über 50 % liegen. In den bereits erwähnten bundesdeutschen Studien werden mit geringen regionalen Unterschieden Raten von etwa 5 % berichtet (vgl. Tab. 2). Bickel (2003: 16) geht hingegen davon aus, dass die leichten Störungen wesentlich häufiger als die mittelschweren bzw. schweren Demenzen anzutreffen sind und betont, dass sich bei durchschnittlich 40 % der Älteren mit MCI innerhalb von 3 Jahren eine Demenz einstellt: „Verglichen mit kognitiv unbeeinträchtigten Personen [...] ist ihre Wahrscheinlichkeit, in diesem Zeitraum an einer Demenz zu erkranken, um mehr als das 20-fache erhöht.“ So stellt sich gerade in diesem Bereich das Postulat nach einheitlicheren Definitionen und Untersuchungsmethoden, um der Früherkennung und Frühintervention größere Chancen zu eröffnen.

3.2.3 Inzidenz der Demenz

Die Inzidenz beschränkt sich auf die Population der zuvor unbeeinträchtigten Personen und erfasst demzufolge ausschließlich die Neuerkrankungen (vgl. Tab. 4).

Tab. 4: Jährliche Neuerkrankungen an Demenz in Deutschland nach Alter.

Altersgruppe	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr (%)	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland
65 – 69	0,33	13.000
70 – 74	0,84	28.000
75 – 79	1,82	39.000 $\Sigma = 80.000^1$
80 – 84	3,36	49.000
85 – 89	5,33	43.000
90 +	8,00	20.000 $\Sigma = 92.000^1$
65 und älter	1,61	192.000
¹ Geschätzte Summe der Neuerkrankungen in den Altersklassen der 65- bis 79-Jährigen sowie der 80- bis über 90-Jährigen (Berechnungen d. Verf).		

Quelle: BMFSFJ (2002): 169, leicht modifiziert.

Die Inzidenzrate für die Altenbevölkerung wird derzeit mit etwa 1,5 % bis 2 % beziffert (vgl. Bickel 2003: 17). Die von Seiten des BMFSFJ (2002: 169) angegebene Gesamtinzidenz von 1,61 % kann daher als guter Anhaltswert für weitere Berechnungen herangezogen werden (vgl. Tab. 4). Es zeigt sich, dass die Inzidenzraten von durchschnittlich 0,33 % bei den 65- bis 69-Jährigen auf mehr als 3 % bei den 80- bis 84-Jährigen und schließlich auf 8 % in der Gruppe der über 90-Jährigen ansteigen (vgl. Tab. 4). Diese Angaben scheinen realistisch und werden auch von Bickel (2001: 110) bestätigt.

Wie diese Verteilung bereits andeutet, kann mit Hilfe der Inzidenz vor allem der exponentielle Anstieg von Demenzerkrankungen im hohen Alter sehr gut veranschaulicht werden. In der Gruppe der 80- bis 89-Jährigen treten demnach mehr als die Hälfte der neuen Fälle auf (über 90.000 pro Jahr); der andere Teil entfällt mit etwa 80.000 Neuerkrankungen auf die Gruppe der 65- bis 79-Jährigen (vgl. Tab. 4). Dass hier jedoch keinesfalls von einer annähernd gleichen Aufteilung ausgegangen werden kann, zeigt die Tatsache, dass sich der Anteil der 80- bis 89-Jährigen an der Bevölkerung im Alter von mehr als 65 Jahren nach eigenen Berechnungen auf Datengrundlage der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung gerade einmal auf gut 18 % beläuft. Der durchaus weit verbreiteten Annahme, mit Erreichen eines hohen Alters sei eine gewisse Risikoperiode bezüglich der Erkrankungswahrscheinlichkeit durchschritten, kann auf Basis dieser Ergebnisse also keinerlei Bestätigung zugesprochen werden.

Insgesamt ist nach Bickel (2003: 17) davon auszugehen, dass jährlich etwa 200.000 ältere Menschen an einer Demenz erkranken. Die Angaben des Statistischen Bundesamtes liegen mit 192.000 jährlichen Neuerkrankungen damit knapp unter denen von Bickel (2003) veranschlagten Werten (vgl. Tab. 4).

Für die Frauen scheint die Erkrankungswahrscheinlichkeit besonders hoch zu sein. Teilweise wird sie mit bis zu 35 % beziffert; das Risiko für die Männer liegt aufgrund ihrer geringeren Lebenserwartung mit 16 % deutlich darunter. Unter den inzidenten Fällen überwiegt wie bei den prävalenten die Alzheimer-Krankheit, deren Anteil gegenüber den anderen Demenzformen mit zunehmendem Alter ansteigt. Berichtet werden Neuerkrankungsraten von im Mittel etwa 1 % für die über 65-Jährigen, die jedoch auf mehr als 2 % bei den 80- bis 84-Jährigen und auf mehr als 5 % in der Gruppe der über 90-Jährigen ansteigen (vgl. Bickel 2003: 17). Damit entfallen von den nahezu 200.000 jährlichen Neuerkrankungen etwa 135.000 Fälle auf die Alzheimersche Erkrankung (vgl. BMFSFJ 2002:169).

4 Versorgungssituation

Demenz erkrankte verbleiben – wie in den meisten Industrieländern – in Deutschland zu etwa 60 % in Privathaushalten und werden hauptsächlich von ihren (in der Mehrzahl weiblichen) Angehörigen versorgt (vgl. BMFSFJ 2002: 167). Entsprechende Vorteile liegen auf der Hand: die Erkrankten verbleiben in ihrer vertrauten Umgebung und können ihren gewohnten Tagesrhythmus beibehalten; gerade für demenziell Erkrankte ein nicht zu unterschätzender Ertrag. Die häusliche Pflege kann dabei von ambulanten Pflegediensten unterstützt werden, deren Anzahl insbesondere nach der Einführung der Pflegeversicherung sprunghaft anstieg und sich derzeit (Stand Oktober 2000) auf etwa 13.000 beläuft (vgl. ebd.: 254).

Dennoch kann die Entlastung der pflegenden Angehörigen durch ambulante Dienste nur als relativ gering bezeichnet werden. So lag die Zahl der Demenzerkrankten, die zu Hause lebten und durch einen ambulanten Pflegedienst mitbetreut wurden, im Jahr 1993 zwischen ca. 129.000 und 174.000; die Schätzungen für das Jahr 2000 beliefen sich auf 138.000 bis 186.000 Personen (vgl. Laschet 1997: 15). Veranschlagt man nun also die Gesamtzahl der Demenzerkrankten mit ca. 930.000 und geht demnach davon aus, dass ca. 560.000, also 60 % der Erkrankten zu Hause versorgt werden, beläuft sich der Anteil derjenigen, die zusätzlich ambulante Hilfen in Anspruch nehmen, auf gerade einmal 25 % bis 30 %. Auch einer regionalen Studie von Schäufele/Cooper (1993) zur Inanspruchnahme ambulanter Dienste in der Stadt Mannheim ist zu entnehmen, dass nur etwa 27 % der demenziell Erkrankten ambulante Hilfen in Anspruch nahmen (vgl. BMFSFJ 2002: 167f). Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die von den ambulanten Pflegediensten angebotene Verrichtungspflege nach SGB XI in aller Regel erst in den späteren Krankheitsstadien relevant wird. Dennoch geraten pflegende Angehörige trotz ambulanter Unterstützung im Krankheitsverlauf häufig an die Grenzen ihrer physischen und psychischen Leistungsfähigkeit, so dass Versorgungsalternativen früher oder später in Erwägung gezogen werden müssen. Siehe hierzu ausführlich Kapitel I/7.1.

Selbige sind zum einen im Bereich der teilstationären Versorgung zu suchen. So kann die häusliche Pflege Demenzerkrankter zusätzlich zu den ambulanten Pflegediensten z. B. durch Tagespflegeeinrichtungen und Tageskliniken ergänzt werden, deren vorrangiges Ziel darin besteht, die Angehörigen zu entlasten und eine Unterbringung des Pflegebedürftigen im Heim zu verhindern bzw. hinauszuzögern. Im Rahmen dieser Zielsetzung sind sie somit sicherlich als wichtiger Baustein in der gerontopsychiatrischen Versorgung demenziell erkrankter älterer Menschen zu bezeichnen. Festzustellen ist allerdings, dass die Tagespflegen

derzeit noch weit hinter ihren Möglichkeiten als Ergänzung zur häuslichen Pflege zurückbleiben. Insgesamt wurden 1998 in Deutschland nach Angaben des BMFSFJ (2001a: 121) rund 1.800 Tagespflegeeinrichtungen mit einem Angebot von ca. 23.000 Plätzen registriert. Nur 37 % der Einrichtungen erreichten allerdings eine Auslastung von 80 %. Die geringe Inanspruchnahme beruht einerseits auf psychologischen Hemmnissen bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen; mit Sicherheit sind andererseits aber auch finanzielle Erwägungen ausschlaggebend, da die Leistungen der Tagespflege in vollem Umfang mit den häuslichen Pflegeleistungen verrechnet werden (vgl. Deutscher Bundestag 2001: 15).

Zum anderen sind vor allem stationäre Einrichtungen, wie z. B. Alten- und Pflegeheime als quantitativ bedeutsame Betreuungsformen für Demenzerkrankte herauszustellen. Insgesamt sind in Deutschland (Stand 1997) etwa 11.000 stationäre Alteneinrichtungen mit knapp 700.000 Plätzen registriert (vgl. BMFSFJ 2001a: 124), von denen schätzungsweise 280.000 von demenziell erkrankten älteren Menschen belegt werden (vgl. Wojnar 2001: 35; BMFSFJ 2002: 168). Unter den Heimbewohnern, die in einem Wohn- oder Altenheim leben, beläuft sich der Anteil der Demenzerkrankten auf weniger als 20 %; von den Pflegeheimbewohnern sind allerdings mehr als 60 % an einer Demenz erkrankt. Die durchschnittliche Rate von Demenzerkrankten in Wohn-, Alters- oder Pflegeheimen liegt damit derzeit bei etwa 40 % (vgl. Förstl 2001: 5). Die Unterbringungsrate steigt mit zunehmendem Krankheitsschweregrad an, so dass Jahr für Jahr etwa ein Viertel der zuvor in Privathaushalten betreuten Demenzerkrankten in Heimen untergebracht werden muss (vgl. Bickel 2001: 111).

5 Risiko und Protektion

Mögliche Präventionsmaßnahmen gegen das Risiko einer demenziellen Erkrankung wären nicht nur für alle älteren Menschen selbst, sondern angesichts der diesen Erkrankungen zugrunde liegenden Belastungen für das Gesundheitssystem auch sozial- bzw. gesundheitspolitisch von höchstem Interesse. Das folgende Kapitel versucht sich daher in einer Darstellung möglicher Krankheitsrisiken und zeigt präventive bzw. protektive Faktoren auf.

5.1 Risikofaktoren

Einen gesicherten bzw. wahrscheinlichen Einfluss auf die Entstehung demenzieller Erkrankungen haben vor allem die folgenden Risikofaktoren: ein zunehmendes Alter, eine gewisse

familiäre und zudem genetische Belastung, Depressionen sowie eine Reihe zumeist kardiovaskulärer Erkrankungen. Unbestrittener Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer Demenz ist das Alter. Festgestellt werden konnte bereits, dass sich die Prävalenz demenzieller Erkrankungen etwa alle fünf Jahre verdoppelt (vgl. Kap. I/3.2.2). Wodurch sich aber mit dem Alter das Risiko erhöht, bleibt bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt ungeklärt (vgl. BMFSFJ 2002: 169). Als gesichert gilt, dass eine gewisse erbliche Belastung bei der Entwicklung der Alzheimer-Krankheit eine Rolle spielt. So haben Angehörige von Alzheimerkranken gegenüber Angehörigen von nicht erkrankten Personen ein nicht unerheblich höheres Erkrankungsrisiko (vgl. Papassotiropoulos 2003: 27). Die derzeit vorliegenden Befunde sprechen jedoch nur bei seltenen, früh auftretenden familiären Alzheimer-Krankheiten für eine sogenannte „autosomal dominante Vererbung“. Das bedeutet, dass die Veränderung (Mutation) eines einzigen Gens für die Entstehung der Krankheit ausreicht und dass statistisch gesehen die Hälfte der Nachkommen eines Betroffenen ebenfalls erkrankt. Von allen Alzheimer-Erkrankungen beläuft sich der Anteil dieser vererbten Früh-Form auf etwa 10 %. Weitaus häufiger als die erblichen Alzheimer-Frühformen ist die sogenannte „sporadische“ Alzheimer-Demenz, die erst im fortgeschrittenen Alter einsetzt. Auch hier können genetische Ursachen eine Rolle spielen. Ein Risikofaktor im eigentlichen Sinne ist in diesem Zusammenhang die mutierte Variante eines Gens auf Chromosom 19. Dieses Gen codiert für das Apolipoprotein E (ApoE) ein Eiweiß, das an der Regulierung des Fettstoffwechsels beteiligt ist und insgesamt drei Allele besitzt, die man als ApoE2, ApoE3 und ApoE4 bezeichnet (vgl. Kurz 1997: 11). Eine Variante dieses Gens – das ApoE4-Allel –, erhöht dabei das Alzheimer-Risiko beträchtlich, während die Träger des ApoE2-Allels vor einer Erkrankung weitgehend geschützt sind. Präziser ausgedrückt: vier von fünf Menschen, die sowohl von ihrer Mutter als auch von ihrem Vater die ApoE4-Variante geerbt haben, also ApoE4/4-Träger sind, erkranken im Alter von etwa 75 Jahren an der Alzheimer-Krankheit. Unter denjenigen mit der Kombination ApoE2/3 ist hingegen nur jeder Zehnte betroffen. Als noch günstiger wäre natürlich das Risikoprofil für ApoE2/2-Träger zu bewerten; diese Kombination ist jedoch nur sehr selten vorzufinden (vgl. GlaxoSmithKline 2003: 7). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich der Anteil der ApoE4-Träger an der Gesamtbevölkerung auf etwa 15 % beläuft und im Vergleich zu den „Nichtträgern“ bei diesem Personenkreis ein vierfach erhöhtes Krankheitsrisiko festgestellt werden kann (vgl. Förstel 2001: 51; Papassotiropoulos 2003: 30). Das Vorliegen von einer oder zwei Kopien des E4-Allels erhöht damit also die Wahrscheinlichkeit an Alzheimer zu erkranken. Allerdings stellt das ApoE4-Allel keine notwendige Voraussetzung für die Krankheitsentstehung dar. Neben dem genetischen Risiko gilt auch ein

Zusammenhang zwischen Demenz und Depression als „wahrscheinlich“ (vgl. BMFSFJ 2002: 16). Dennoch können Depressionen nicht zweifelsfrei als Prädiktoren demenzieller Erkrankungen identifiziert werden, da noch strittig ist, ob sie eher als Frühsymptom einer Demenz zu werten oder originär für die Entstehung der selbigen verantwortlich gemacht werden können. Fest steht hingegen, dass Depressionen bei von vaskulären Demenzen betroffenen Personen deutlich häufiger vorzufinden sind, als bei Alzheimer-Kranken (vgl. Füsgen 2001: 32). Dartigues (1999: 410) weist zudem auf geschlechtsspezifische Unterschiede hin. Der Autor stellt heraus, dass die depressive Symptomatik vor allem bei der männlichen Bevölkerung mit einem erhöhten Demenzrisiko einhergeht und führt dies auf eine im Vergleich zu den Frauen deutlich niedrigere Behandlungsquote zurück. Unter präventiven Gesichtspunkten schlägt er daher vor: „An important way of prevention could be the detection and the treatment of depressive disorders particularly in men.“ Füsgen (2001: 32) entgegnet, dass der Einfluss einer erfolgreichen Depressionsbehandlung auf das Demenzrisiko von der Mehrheit der hierzu vorliegenden Untersuchungen bisher nicht bestätigt werden konnte. Dass im Verdachtsfall „Demenz“ jedoch zumindest eine differenzialdiagnostische Abklärung der depressiven Symptomatik von höchster Wichtigkeit ist, belegt Kapitel I/6.1.5.2. Darüber hinaus können auch Hypertonie und kardiovaskuläre Erkrankungen an der Entwicklung verschiedener Demenzformen beteiligt sein. So sind Arteriosklerose, koronare Herzerkrankung, Herzinfarkt, Vorhofflimmern und auch der Zustand nach einer Bypass-Operation nach heutigem Kenntnisstand nicht nur als Risikofaktoren für die vaskuläre Demenz, sondern auch für die degenerativen Demenzformen wie die Alzheimer-Demenz anzusehen (vgl. Füsgen 2001: 34; BMFSFJ 2002: 170).

Neben den bestätigten bzw. weitgehend bestätigten Demenzrisiken existiert eine Vielzahl weiterer Risikohypothesen, deren Zusammenhang mit der Krankheitsentstehung bisher nicht ausreichend belegt werden konnte. So wird das Auftreten der Alzheimerschen Erkrankung häufig auch mit einer übermäßigen Zufuhr von Aluminium in Zusammenhang gebracht, da in den Gehirnen von Erkrankten entsprechend hohe Konzentrationen dieses Metalls gefunden wurden. Wettstein (1991: 143) verweist auf in England durchgeführte Untersuchungen, in denen hohe positive Korrelationen zwischen dem Aluminiumgehalt des Trinkwassers und dem Auftreten der Alzheimer-Krankheit festgestellt wurden; und Dartigues (1999: 410) bestätigt entsprechend: „We have found that people living in areas exposed to more than 100 ug/l have an increased risk of dementia and AD independent of individual characteristics.“ Eine andere Untersuchung aus Zürich konnte diese Resultate jedoch nicht einmal ansatzweise bestätigen (vgl. Wettstein 1991: 144). Die Ergebnislage bleibt an dieser Stelle demnach

widersprüchlich, so dass der Risikofaktor „Aluminium“ als „unsicher“ eingestuft werden muss (vgl. BMFSFJ 2002: 169). Gleiches gilt übrigens auch für die Annahme, dass ein Mangel an Zink für die Entstehung der Alzheimer-Krankheit verantwortlich gemacht werden kann. Begründet wird diese Vermutung durch die Feststellung abnehmender Zinkkonzentrationen in bestimmten Hirnarealen von Alzheimer-Patienten. Ein entsprechender Zusammenhang konnte bisher jedoch noch nicht belegt werden (vgl. Füsgen 2001: 30). Auch geschlechtsspezifische Risiken stehen zur Diskussion. So scheinen vor allem Frauen häufiger an einer Alzheimer-Demenz zu erkranken; das männliche Geschlecht hingegen gilt als Risikofaktor für die Entwicklung einer vaskulären Demenz (vgl. Füsgen 2001: 28). Dieses Ergebnis wird jedoch durch die höhere Lebenserwartung der Frauen beeinflusst und daher seitens des BMFSFJ (2002: 169) als „unsicherer Risikofaktor“ eingestuft. Diskutiert wird u. a. auch der Einfluss von Alkohol auf das Erkrankungsrisiko. Es kann bestätigt werden, dass Menschen mit hohem Alkoholkonsum ein erhöhtes Demenz-Risiko aufweisen, während sich ein mäßiger Konsum nachweisbar nicht nachteilig auf die kognitiven Fähigkeiten auswirkt (vgl. Füsgen 2001: 31). Dartigues (1999: 410) konnte in einer Prospektivstudie sogar bemerkenswert präventive Eigenschaften eines moderaten Wein-Konsums nachweisen: „We found very surprising results with wine consumption. After three years of follow-up, the risk of dementia was more than five times lower in individuals with moderate daily consumption.“ Auch Mukamal (2003: 1405) stellt fest: „Compared with abstention, consumption of 1 to 6 drinks weekly is associated with a lower risk of incident dementia among older adults.“

Die vorliegende Arbeit kann leider nur einen kurzen Einblick in die durch die Wissenschaft aufgedeckte Fülle möglicher Risikofaktoren gewähren. Weitere kontrovers diskutierte Risiken für Demenzerkrankungen sind u. a. ein Mangel an Vitamin B₆, B₁₂ und Folsäure, die soziale Herkunft, das Alter der Eltern, Kopfverletzungen und das Rauchen (vgl. Denzler 1989: 58f; Füsgen 2001: 30f). Zusammen mit den zuvor aufgeführten möglichen Risiken ist ihnen jedoch gemein, dass ihr Einfluss auf die Entwicklung demenzieller Erkrankungen bisher nicht einwandfrei belegt werden konnte.

5.2 Protektive Faktoren

Am einfachsten erscheint ein prophylaktisches Vorgehen im Hinblick auf die Risikofaktoren der vaskulären Demenz. So kommt etwa der medikamentösen Behandlung von Hypertonie (Bluthochdruck), Diabetes mellitus und eines zu hohen Cholesterinspiegels in der Demenzvorbeugung eine große Bedeutung zu (vgl. Füsgen 2001: 34). Dartigues (1999: 410) betont,

dass die Behandlung eines hohen Blutdrucks das Demenzrisiko um etwa 50 % senken kann; und auch Füsgen (2001: 35) merkt an: „Inzwischen mehren sich die Hinweise darauf, dass eine gute Blutdruckeinstellung das beste Antidementivum ist, über das wir derzeit verfügen.“ Außerdem haben neben den bereits erwähnten Allelen ApoE2 und ApoE3 des ApolipoproteinE-Gens vor allem entzündungshemmende Substanzen, eine Behandlung mit Östrogenen sowie ein höheres Bildungsniveau einen gesichert bzw. wahrscheinlich protektiven Einfluss in Bezug auf die Entwicklung demenzieller Erkrankungen (vgl. BMFSFJ 2002: 170). Eine Studie von Paganini-Hill (1996) ergab eine 30- bis 60-prozentige Reduktion des Demenzrisikos bei Frauen, die nach der Menopause Östrogene eingenommen hatten. Aus einer Kohortenstudie von Tang (1996) geht sogar hervor, dass das Risiko bei der Einnahme von Östrogenen nach der Menopause um ca. 60 % niedriger liegt, als bei Frauen, die keine Östrogene nehmen (vgl. BMFSFJ 2002: 171). Der Nutzen einer Östrogentherapie wird derzeit jedoch noch sehr zurückhaltend bewertet (vgl. Füsgen 2001: 33). Nach Stähelin (1999: 1924) kann Östrogen jedoch bei Frauen mit familiärem Alzheimer-Risiko nach der Menopause sowie als adjuvante Therapie bei milden Formen der Alzheimer-Krankheit im Frühstadium empfohlen werden. Auch eine gehobene Ausbildung scheint das Risiko, eine Demenz zu entwickeln, günstig zu beeinflussen. „We have confirmed that educational level was strongly correlated with the risk of dementia, and particularly of AD. The higher the educational level was, the lower the risk of dementia“ (Dartigues 1999: 409). Dieser Effekt wurde bisher durch mehrere internationale Studien systematisch untersucht und weitgehend bestätigt (vgl. BMFSFJ 2002: 171). Einer kanadischen Studie zur Folge (Canadian Study of Health and Aging, 1994) korreliert das Demenzrisiko zudem mit der Ausbildungsdauer: „[...] people with more than ten years' education were four and a half times less likely to have dementia than those with less than six years' education“ (Alzheimer's Disease International 2000: 1). Sowohl in präventiver Hinsicht als auch bei bereits entwickelter Demenz wird seit langem ein mögliches Wirkungsspektrum der Vitamine E und C diskutiert. So konnten etwa Sano et al. (1997) aufzeigen, dass eine Zufuhr von Vitamin E der Verringerung der kognitiven Leistungsfähigkeit bei manifestierter Alzheimer-Demenz zumindest verlangsamernd entgegenwirkt; und Morris et al. (1998) belegten außerdem die Wirkung von Vitamin C unter prophylaktischen Gesichtspunkten (vgl. BMFSFJ 2002: 172). Engelhart (2002: 3223) unterstützen diese Befunde vorsichtig: „High dietary intake of vitamin C and vitamin E may lower the risk of Alzheimer disease“. Auch diese Ergebnisse bedürfen jedoch einer weiteren Bestätigung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine umfassende „Demenzprophylaxe“ angesichts der multifaktoriellen Entstehungszusammenhänge vieler Demenzerkrankungen nicht

möglich ist. So sind bestimmte Risiken wie das Alter oder eine genetische Belastung nicht beeinflussbar und auch die Zufuhr von Vitaminen oder Östrogenen bietet kein hinreichendes Schutzpotenzial. Natürlich lassen sich demenzielle Zustände aufgrund einer unkontrollierten Medikamenteneinnahme oder durch Alkoholmissbrauch, Ernährungsmängel und Intoxikationen von vornherein vermeiden. Auch die Behandlung kardiovaskulärer Risikofaktoren, ein entsprechendes Gesundheitsverhalten sowie die Bewahrung der kognitiven Fitness im Alter durch Bewegung und soziale Kontakte sind sicherlich geeignet, einem kognitiven Abbau vorbeugend entgegenzuwirken. So differenziert jedoch eine Darstellung möglicher Risiken und schützender Faktoren auch möglich ist, so undifferenziert darf nach wie vor konstatiert werden: es kann jeden treffen!

6 Diagnostischer Prozess bei Demenz

Der rechtzeitigen Diagnose demenzieller Erkrankungen muss in vielerlei Hinsicht eine entscheidende Bedeutung beigemessen werden. So sollten demenzielle Krankheiten wie die Alzheimer-Demenz so früh wie möglich diagnostiziert werden, um ihren Verlauf therapeutisch günstig beeinflussen zu können. Und auch wenn das diagnostische Resultat letztlich nicht die Feststellung eines demenziellen Syndroms zur Folge hat, ermöglicht die frühzeitige Diagnose auch eine bessere Behandlung etwaiger anderer Störungen, wie z. B. der Depression (vgl. Füsgen 2001: 68). Zudem erlaubt die rechtzeitige Diagnose natürlich auch eine frühe Weichenstellung für die weitere Lebensplanung des Erkrankten. Villareal et al. (1998: 142) merken diesbezüglich an: „Early and accurate diagnosis of dementia is essential to assess the patient and family about the course and prognosis of the disease and to provide patient opportunity to participate with health, legal, and financial planning while decision-making capacity is still preserved.“

Primäre Anlaufstelle für die Betroffenen ist in aller Regel die hausärztliche Praxis. Doch gerade an dieser Stelle scheint der diagnostische Prozess mit zahlreichen Schwierigkeiten behaftet zu sein. So wird das Thema „kognitive Beeinträchtigung“ einerseits häufig auf ärztlicher Seite vermieden, sei es um den Betroffenen zu schonen oder ihm etwaige Peinlichkeiten zu ersparen. Andererseits sind auch die Reaktionsmuster der Erkrankten höchst unterschiedlich. Einige Patienten reagieren unverhältnismäßig heftig, wenn ihre kognitiven Fähigkeiten angezweifelt werden; andere wiederum versuchen ihre kognitiven Defizite beispielsweise hinter somatischen Symptomen zu verstecken. Nach Hürny et al. (2002: 393) kommt es hierdurch oft „zu einer ‚Unterdiagnostizierung‘ der Demenz in Praxis und Klinik.“ Und

auch Füsgen (2001: 68) bemängelt: „Das Thema Hirnleistungsstörung wird im vermeintlichen Interesse einer friedlichen Arzt-Patienten-Beziehung oft vermieden.“ Dies ist natürlich nicht generell der Fall; der umschriebene „Arzt-Patient-Konflikt“ ist jedoch neben einer unsachgemäßen oder unzureichenden Handhabung der diagnostischen Instrumentarien mit ein Grund dafür, dass nach verschiedenen Schätzungen etwa 30 % der demenziellen Syndrome von den niedergelassenen Ärzten übersehen werden (vgl. Füsgen 2001: 69).

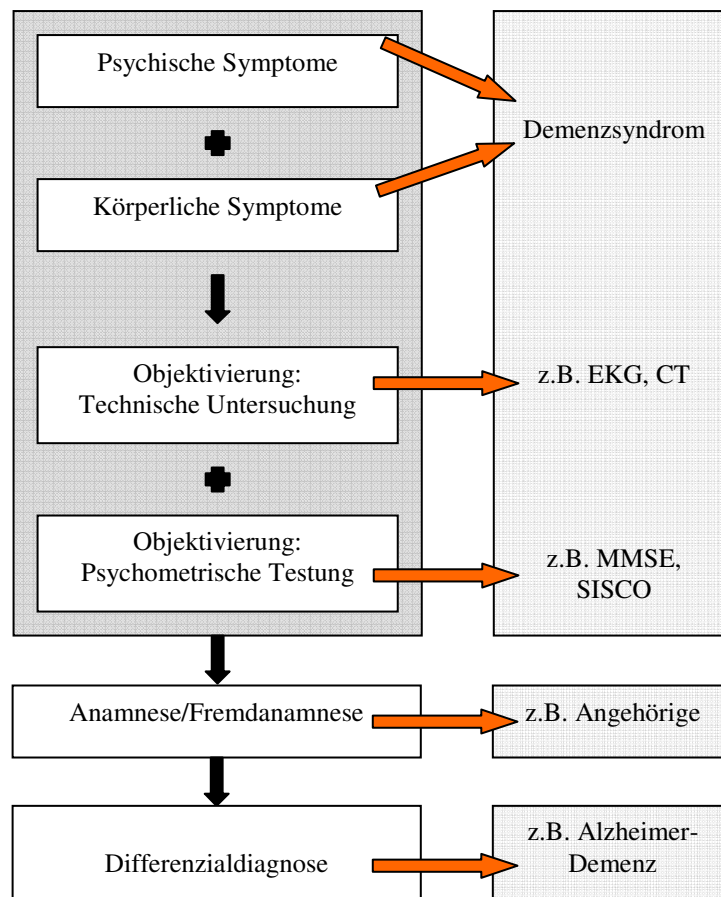
Häufig stellt sich zudem die Frage, ob die von den älteren Menschen beklagten Defizite als „natürliche“ Alterserscheinung oder aber sozusagen als „Vorboten“ einer demenziellen Entwicklung zu interpretieren sind. In diesem Zusammenhang wird das Konzept der „Leichten kognitiven Beeinträchtigung“ (LKB) diskutiert (vgl. Kap. I/6.1.5.3). Auch für dieses Störungsbild sind nämlich kognitive Beeinträchtigungen als charakteristisch herauszustellen. Im Gegensatz zu demenziell Erkrankten sind LKB-Betroffene nicht in ihrer psychosozialen Kompetenz beeinträchtigt. Da aber inzwischen als gesichert gilt, dass viele LKB-Patienten innerhalb kurzer Zeit eine Demenz entwickeln, sind gerade diese Personen als Risikogruppe einzustufen und in differenzialdiagnostischer Hinsicht mit einzubeziehen.

Eine weitere Schwierigkeit bei der Erkennung von Demenzsyndromen bildet das Vorliegen einer Depression. Tatsächlich können nämlich auch depressive Verstimmungen zu einer kognitiven Leistungsbeeinträchtigung führen, so dass häufig auch der irreführende Begriff der „depressiven Pseudodemenz“ Verwendung findet. Die Depression stellt jedoch eine gut behandelbare Krankheit dar und sollte daher differenzialdiagnostisch unbedingt abgeklärt werden. Gleiches gilt übrigens auch für die akute Verwirrtheit (Delir), die von der chronischen Verwirrtheit, also der Demenz zu unterscheiden ist (vgl. Kap. I/6.1.5.1).

Das basisdiagnostische Vorgehen zur Feststellung einer demenziellen Erkrankung lässt sich in mehrere Schritte untergliedern, die teilweise sukzessiv, teilweise aber auch parallel durchgeführt werden. Den Ausgangspunkt des Diagnoseprozesses bildet üblicherweise die Erhebung der berichteten oder beobachteten psychischen und körperlichen Symptome. Diese Befunde werden anschließend durch technische Verfahren und durch psychometrische Tests und Einschätzungen objektiviert. Nachfolgend werden dann auch Verlaufsgesichtspunkte der Symptomatik mit einbezogen und parallel dazu anamnestische und fremdanamnestische Informationen erhoben. Sind dann genügend Informationen vorhanden, können erste diagnostische und differenzialdiagnostische Einschätzungen vorgenommen werden (vgl. Zaudig 2001: 14). Der umschriebene Diagnoseprozess ist schematisch der Abbildung 3 zu entnehmen. Zudem wird sich die Gliederung des Kapitels 6 zur Gewährleistung einer möglichst stringenten Darstellung eng an dieses Schema halten. Auf die Darstellung der technischen

Untersuchungsverfahren (z. B. EKG oder CT) und die Beschreibung des somatischen Befundes bei Demenzerkrankungen wird jedoch verzichtet.

Abb. 3: Der diagnostische Prozess in der Gerontopsychiatrie am Beispiel der Diagnose Demenz.



Quelle: Zaudig (2001): 14.

6.1 Der psychische Befund bei demenziellen Erkrankungen

Voraussetzung für eine präzise Diagnose der Demenz ist zuerst die genaue Erhebung der psychischen Symptomatik. Die genaue Symptomexploration sollte dabei anhand von Fremdbeurteilungssystemen, wie z. B. dem „AMDP“-System (Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde) oder dem spezifischeren AGP-System (Manual zur Dokumentation gerontopsychiatrischer Befunde) durchgeführt werden und sich nach Zaudig (2001:15) unter anderem auf folgende diagnostisch hinweisgebende Symptome beziehen:

- Bewusstseinsstörungen;
- Orientierungsstörungen;

- Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen;
- formale Denkstörungen;
- Befürchtungen und Zwänge;
- Wahn und Sinnestäuschungen;
- Störungen der Affektivität sowie
- Antriebs- und psychomotorische Störungen.

An dieser Stelle zeichnet sich bereits der beträchtliche Umfang des Diagnoseprozesses ab, so dass sich im Folgenden sowohl die Darstellung der kognitiven Beeinträchtigungen als auch die der psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten in separaten Kapiteln anbietet.

6.1.1 Kognitive Symptome

Die kognitiven Beeinträchtigungen stellen das entscheidende klassifikatorische Merkmal der Demenz dar, so dass gerade diesen Aspekten in der Diagnostik eine besondere Beachtung geschenkt werden sollte. Die im Folgenden dargestellten kognitiven Symptome der Demenz beziehen sich im Wesentlichen auf die Demenz vom Alzheimer-Typ. Selbige sind in ähnlicher Form und Ausgestaltung natürlich auch für andere Demenzformen charakteristisch, können jedoch zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlichen Schweregraden auftreten. Auf abweichende Verlaufscharakteristika wird jedoch im Rahmen der Darstellung der anderen Demenzformen verwiesen (vgl. Kap. I/2.3).

Sowohl dem Betroffenen selbst als auch den Angehörigen wird in der Regel zuerst eine Beeinträchtigung der Merkfähigkeit deutlich. Die Merkfähigkeit, also die Fähigkeit, neue Informationen zu speichern, erstreckt sich über Minuten bis Stunden und ermöglicht die Auseinandersetzung mit umfangreicheren Zusammenhängen, z. B. die Kombination vieler Informationen in einem längeren Gespräch, beim Ansehen eines Films oder Lesen eines Buches. Störungen zeigen sich beispielsweise darin, dass Betroffene einen Zeitungsartikel immer wieder von vorne lesen müssen, weil das bisher Gelesene vergessen wurde. Darüber hinaus wiederholt der Betroffene Fragen, vergisst Antworten und Satzanfänge oder er findet Gegenstände nicht mehr wieder. Supportiv werden daher anfangs auch schriftliche Notizen als Gedächtnisstützen angefertigt. In späten Stadien ist jedoch auch das Langzeitgedächtnis betroffen, so dass der Patient nach und nach wesentliche Bestandteile seiner Biografie vergisst (vgl. Gutzmann 1992: 16). Auch das Denken der Alzheimer-Patienten wird zunehmend langsamer und umständlicher. Abhängig vom Stadium ihrer Krankheit haben die Erkrankten Probleme, komplizierte Sachverhalte zu erfassen oder die Bedeutung eines Sprichwortes zu

erklären bzw. zu verstehen. Im Rahmen der Denkstörungen fällt zudem ein fortschreitender Verlust der Abstraktionsfähigkeit auf, der sich vor allem im Rahmen eines gestörten Urteilsvermögens bemerkbar macht und sich sowohl auf die Fähigkeit zur Planung persönlicher oder beruflicher Angelegenheiten als auch auf die Fähigkeit zum Lösen alltäglicher Probleme auswirkt (vgl. Gutzmann 1992: 17). Hinzu kommt, dass es den Erkrankten zunehmend schwerer fällt, sich für eine längere Zeit auf spezifische Aufgaben zu konzentrieren. Eigentlich vertraute Aufgaben werden nicht mehr mit der gewohnten Genauigkeit und Ausdauer durchgeführt; häufig gelingt es den Betroffenen nicht mehr, sich zur gleichen Zeit mit mehreren Dingen zu beschäftigen.

Durch das Nachlassen der kognitiven Leistungsfähigkeit treten zudem Orientierungsstörungen auf, die sich nach Denzler (1989: 54) entlang einer „Orientierungshierarchie“ entwickeln. Während anfangs nur die Orientierung zur kalendarischen Zeit mit entsprechenden Schwierigkeiten behaftet ist, ist im späteren Krankheitsverlauf auch die Orientierung zum Ort, zur Situation und schließlich zur eigenen Person betroffen. Dabei werden die Störungen innerhalb der genannten Orientierungsbereiche mit zunehmendem Krankheitsverlauf gravierender. Dies bedeutet z. B. in kalendarischer Hinsicht, dass sich die seitens des Erkrankten angegebenen Stunden, Tage oder Monate zunehmend vom richtigen Datum entfernen. Und auch die anfängliche Unfähigkeit, sich nur in einer neuen Umgebung wie z. B. im Urlaub nicht mehr zurechtzufinden, weitet sich schließlich auch auf den Heimatort und sogar auf die eigene Wohnung aus. Eine zunehmende Einengung des Lebensraumes ist die Folge. Ähnlich verhält es sich dabei auch mit der personalen Orientierung. Während sich die Betroffenen anfangs nur unter fremden Menschen nicht mehr zurechtfinden, werden im weiteren Krankheitsverlauf auch Angehörige verwechselt (z. B. die Tochter mit der Mutter) oder als fremd erlebt. Schließlich geht auch die Orientierung zur eigenen Person verloren.

Die Erkrankung wirkt sich nach und nach auch auf die Sprachfähigkeiten aus. Während selbige zu Krankheitsbeginn noch weitgehend intakt sind und gelegentlich sogar ein gesteigerter Redefluss festgestellt werden kann, wird der Sprachfluss im weiteren Verlauf zunehmend geringer und langsamer; eine Entwicklung, die sich schließlich bis zum Sprachverlust fortsetzt. Zuvor kommt es jedoch zu einer Phase mit Iterationen (zwanghaftes Wiederholen von Sätzen und Worten), Echolalien (zwanghaftes Wiederholen von Äußerungen anderer Personen), „recurring utterances“ (ständiges Wiederholen von Silben, z. B. „bobobobo“) und Stereotypien (ständiges Verwenden der gleichen Floskeln) (vgl. Denzler 1989: 57). Auch Wortfindungsstörungen treten auf; zunächst nur beim Benennen von Personen, später jedoch auch bei der Identifizierung von Gegenständen. Das heißt, die Betroffenen erkennen zwar

beispielsweise Gegenstände und können sie einer Funktion zuordnen; sie können sich jedoch nicht an den Namen des Gegenstandes erinnern. Nicht erinnerte Begriffe werden dann durch Umschreibungen oder Füllwörter ersetzt und lassen die Sprache zunehmend weitschweifiger erscheinen. Sie kreist sozusagen um einen bestimmten Inhalt, ohne ihn jedoch direkt anzusprechen. Eine solche, durch eine Hirnschädigung verursachte Sprachstörung bei gleichzeitig intaktem Sprachapparat und Gehör wird auch als Aphasie bezeichnet (vgl. Reuter 2004: 135). Die Sprachstörungen werden mit fortschreitendem Krankheitsverlauf schwerwiegender und führen letztlich dazu, dass die Erkrankten nicht mehr ausdrücken können, was sie genau möchten. Die Angehörigen bzw. Bezugspersonen sind dann mehr oder weniger auf Vermutungen angewiesen, wenn sie wissen möchten, was der Erkrankte mitzuteilen versucht.

Krankheitscharakteristisch sind ferner Störungen des Erkennens von Personen oder Gegenständen ohne eine gleichzeitige Beeinträchtigung der Sinnesorgane. Selbige werden in der medizinischen Fachsprache als Agnosien bezeichnet (vgl. ebd.: 29). So könnte der Erkrankte zwar beispielsweise eine Kirsche abstrakt als einen kleinen, roten und runden Gegenstand beschreiben, sie aber nicht als eine solche erkennen. Das heißt, die aufgenommenen optischen Reize können nicht zu dem Gesamteindruck „Kirsche“ verarbeitet werden. Besonders belastend für die Angehörigen ist jedoch die zunehmende Unfähigkeit, eigentlich bekannte Gesichter zu erkennen und diese den entsprechenden Personen, wie z. B. dem Ehepartner, zuzuordnen. Eine solche Störung wird auch als Gesichtsblindheit bzw. Prosopagnosie bezeichnet.

Nicht zuletzt gehören neben den bereits erwähnten aphasischen und agnostischen Störungen auch apraktische Beeinträchtigungen zu den für die Alzheimer-Demenz charakteristischen Hirnwerkzeugstörungen. Als Apraxie wird die Unfähigkeit bezeichnet, erlernte Bewegungen oder Handlungen trotz erhaltener Wahrnehmungs- und Bewegungsfähigkeit auszuführen. Vor allem zwei Formen der Apraxie sind häufig zu beobachten. Bei der sogenannten ideatorischen Apraxie ist vor allem die Planung einer Bewegungssequenz gestört. Das heißt, die Erkrankten wissen zwar was sie tun möchten, sind aber nicht in der Lage, den entsprechenden Bewegungsablauf zu planen oder durchzuführen. So könnte etwa die Zubereitung einer Tasse Kaffee aus Kaffeepulver zu entsprechenden Schwierigkeiten führen. Häufig vorzufinden ist zudem die konstruktive Apraxie, welche eine Handlungsstörung in Verbindung mit räumlichem Vorstellungsvermögen und Denken bezeichnet. Die Betroffenen sind beispielsweise nicht mehr in der Lage, einer Zeichnung eine räumliche Perspektive zu geben oder ein Flugzeug zu zeichnen und seine Bestandteile an der richtigen Stelle in der Zeichnung zu platzieren (vgl. ebd.: 140).

Auch Schreibstörungen (Agraphie), Lesestörungen (Alexie) und Rechenstörungen (Akalie) treten häufig im Verlauf der Alzheimer-Krankheit auf. Diese Störungen müssen jedoch ebenso wie die anderen Hirnwerkzeugstörungen keineswegs in ihrer Gesamtheit und regelmäßig bei den Betroffenen zu beobachten sein.

6.1.2 Nichtkognitive Symptome (BPSD)

Neben den kognitiven Beeinträchtigungen sind vor allem psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten ein wesentlicher Bestandteil der Symptomatik demenzieller Erkrankungen. Nach den Ergebnissen einer Längsschnittuntersuchung von Devanand et al. (1996) leiden etwa 64 % der Demenzerkrankten an psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Füsgen 2001: 49). Margallo-Lana et al. (2001) konnten bei etwa 80 % der untersuchten Population psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten beobachten (vgl. Lawlor 2002: 463); und in einer Studie von Lyketsos et al. (2002: 1475) wiesen sogar 75 % der demenziell Erkrankten entsprechende Begleitsymptome auf. Ungeachtet ihrer Häufigkeit wurden die nichtkognitiven Beeinträchtigungen bisher jedoch kaum in ihrer Bedeutung gewürdigt. Noch immer besteht die weit verbreitete Vorstellung, dass Demenzen hauptsächlich von kognitiven Defiziten gekennzeichnet sind. Dies ist mit Sicherheit auch weitgehend der Fall; Tatsache ist jedoch auch, dass Demenzkranke nicht primär aufgrund ihrer nachlassenden kognitiven Fähigkeiten stationär behandelt werden müssen, sondern letztlich die Auswirkungen schwerwiegender Verhaltensauffälligkeiten als stärkste Prädiktoren für eine vorzeitige Heimunterbringung zu bezeichnen sind.

Gemäß der Richtlinien der „International Psychogeriatric Association“ (IPA) werden die mit den demenziellen Erkrankungen assoziierten Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen unter den Begriff der „Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia“ (BPSD) subsumiert und dabei nach Zaudig (2001: 24) wie folgt differenziert:

- Verhaltensauffälligkeiten: u. a. Aggressivität, Agitation, Enthemmung, Störungen der Aktivität und Motorik, Störungen des Tag- und Nachtrhythmus, vegetative Störungen, Apathie, Affektlabilität und Verweigerung;
- Psychische Symptome: u. a. Wahn, Halluzination, Depression und Angst.

Dabei sind die BPSD nicht auf die Demenz vom Alzheimer-Typ beschränkt, sondern finden sich nach Zaudig (2001: 26) in unterschiedlicher Ausprägung und Häufigkeit auch bei den übrigen Demenzerkrankungen. In der Studie von Lyketsos et al. (2002) wurden sogar annähernd keine Unterschiede zwischen den einzelnen Demenzformen festgestellt. „There were

no differences in prevalence of neuropsychiatric symptoms between participants with Alzheimer-type dementia and those with other dementias, with the exception of aberrant motor behaviour, which was more frequent in Alzheimer-type dementia“ (Lyketsos et al. 2002: 1475). Somit könnten die von Zaudig (2001) herausgestellten Unterschiede also noch geringer sein als von ihm vermutet. Im Folgenden werden die wesentlichen Störungsbilder vorgestellt und gemäß dem BPSD-Konzept nach psychischen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten unterschieden.

6.1.2.1 Psychische Symptome

Unter die psychischen Symptome werden sowohl Angst und Apathie als auch psychotische Phänomene, wie z. B. Wahnvorstellungen, Halluzinationen und illusionäre Verkennungen subsumiert. Auch depressive und delirante Zustände gehören zu den psychischen Begleitsymptomen der Demenz; selbige stellen jedoch gleichzeitig die wichtigsten Differenzialdiagnosen dar und werden daher in Kapitel I/6.1.5 ausführlicher dargestellt.

Wahn und Halluzinationen

Die Angaben zur Häufigkeit von Wahnphänomenen bei Demenz sind relativ starken Schwankungen unterworfen; realistisch kann von etwa 30 % ausgegangen werden (vgl. Füsgen 2001: 53). Besonders häufig sind folgende Wahnphänomene festzustellen:

- Der Wahn des Bestohlenwerdens: dieser Wahn ist vor allem auf die zunehmende Vergesslichkeit der Betroffenen zurückzuführen, da sich die Patienten nicht mehr daran erinnern können, wo sie bestimmte Gegenstände abgelegt haben.
- Der Wahn, betrogen zu werden: die Betroffenen können beispielsweise grundlos und felsenfest davon überzeugt sein, dass ihre Kinder sie um ihr Eigentum bringen wollen. Diese Wahnvorstellungen sind daher auch häufig mit aggressiven Verhaltensweisen verknüpft und für die Pflegenden besonders belastend.
- Der Wahn, nicht in der eigenen Wohnung zu sein: auch dieser Wahn kann besonders belastend sein, vor allem dann, wenn er den Anlass zum Umherwandern der Erkrankten bildet.
- Der Wahn der Untreue/des Fremdgehens: diese Wahnvorstellung wird von den Betroffenen sowohl auf den Ehepartner als auch auf andere pflegende Personen bezogen.

Halluzinationen treten hingegen etwas seltener als Wahnsymptome auf; ihre Häufigkeit kann im Mittel mit etwa 15 % bis 20 % angegeben werden (vgl. Füsgen 2001: 54). Vorwiegend handelt es sich bei diesen Störungen um optische Halluzinationen; akustische Halluzinationen im Sinne eines Stimmenhörens sind seltener zu beobachten (vgl. Zaudig 2001: 28). Sowohl die Halluzinationen als auch die Wahnvorstellungen sind mit einer rascheren Zunahme der kognitiven Störungen und der Alltagsbeeinträchtigungen verknüpft, treten aber insgesamt relativ flüchtig auf; das heißt, länger anhaltende Störungen in diesem Bereich sind für demenzielle Erkrankungen untypisch. Nach Haupt (1999: 161) nehmen beide Störungen jedoch im Verlauf der Krankheit zu; eine Vermutung, die am Beispiel der Alzheimer-Demenz durch eine Studie von Paulsen et al. (2000: 1968) Bestätigung findet:

The cumulative incidence rates for hallucinations and delusions in this study of patients with a clinical diagnosis of probable AD were 20,1 %, 36,1 %, 49,5 %, and 51,3 %, at 1-, 2-, 3-, and 4-year postbaseline evaluations. These data suggest that half of all patients with clinically diagnosed AD will manifest hallucinations or delusions within 4 years.

Zu einem ähnlichen Ergebnis bezüglich des Zusammenhangs zwischen den Wahnvorstellungen und dem Schweregrad der demenziellen Erkrankung kam auch eine Untersuchung von Robert et al. (1998). „The evaluation [...] showed that delusional ideas are rare in the emergent phase (4,7 % of cases) while, when dementia is severe, delusional ideas are present in 25 % of cases“ (Bourin et al. 1999: 121). Insbesondere bei der Alzheimer-Demenz sind beide Störungen zudem sehr eng mit dem Auftreten von aggressiven Verhaltensweisen verknüpft (vgl. Füsgen 2001: 54).

Fehlidentifikationen

Fehlidentifikationen bzw. illusionäre Verkennungen sind vor allem bei der Alzheimer-Demenz häufig anzutreffende Phänomene und bei etwa 25 % der Erkrankten zu beobachten (vgl. Haupt 1999: 161). Die Verkennungsstörungen zeigen sich dabei nach Füsgen (2001: 57) in vielgestaltiger Form und beinhalten:

- die irrealen Annahme, dass sich fremde Personen in der eigenen Wohnung aufhalten (Phantom-Boarder-Syndrom);
- die Verkennung von fiktiven Personen oder Ereignissen im Fernsehen als real existierend (TV-Sign);
- die Unfähigkeit des Erkrankten, sich selbst in einem Spiegel erkennen zu können (Mirror-Sign);

- die nicht zutreffende Überzeugung des Erkrankten, der Ehepartner sei eine andere Person (Capgras-like-Syndrom) sowie
- die unzutreffende Vorstellung, die eigene Wohnung sei eine fremde Wohnung.

Die verschiedenen Verkennungen sind dabei nicht selten mit Unruhezuständen verknüpft; ein entsprechender Zusammenhang mit dem Schweregrad der Demenz konnte bisher jedoch nicht festgestellt werden (vgl. Haupt 1999: 161).

Angst

Die Angaben zur Häufigkeit von Angstzuständen unterliegen starken Schwankungen. Ihre Prävalenz wird in der Studie von Lyketsos et al. (2002: 1479) allgemein mit 21,5 % beziffert. In spezifischen Studien zur Alzheimer-Krankheit schwanken die Raten hingegen zwischen 21 % und 60 % (vgl. Bourin et al. 1999: 120). Zudem sind Angstzustände nach Füsgen (2001: 52) vorwiegend in frühen Phasen demenzieller Erkrankungen zu beobachten, während sie in den späteren Stadien wieder rückläufig sind und somit keinen zuverlässigen Indikator für den Krankheitsverlauf darstellen. Zumindest in Bezug auf die Demenz vom Alzheimer-Typ sind Bourin et al. (1999: 120) jedoch anderer Ansicht: „The presence of signs and symptoms of anxiety frequently correlates with the seriousness of the cognitive signs. Fairly infrequent at the start of the disease, anxiety is present in 65 % of patients presenting with moderate or severe Alzheimer's disease.“ Einigkeit besteht hingegen bei den Störungscharakteristika: die Ängste der demenziell Erkrankten beschäftigen sich vorwiegend mit Themen wie Einsamkeit und Verarmung, drehen sich um den Tod von Angehörigen und körperliche Krankheiten oder zeigen sich in Form von unspezifischen Zukunftsängsten. Nicht selten äußert sich eine Depression in Form von Angst; auch Schlafstörungen und Wahnvorstellungen können allerdings mit dem Auftreten von Angstsymptomen verknüpft sein (vgl. Zaudig 2001: 28).

6.1.2.2 Verhaltensauffälligkeiten

Demenzielle Erkrankungen werden von zahlreichen Verhaltensauffälligkeiten begleitet, aus denen ebenso wie bei den psychischen Symptomen ein erhebliches Belastungspotenzial für die Betroffenen und ihre Bezugspersonen resultiert. So betonen auch Sutor et al. (2001: 540): „Behavioural disturbances, including physical aggression, wandering, agitation and sleep problems, affect 70 % to 80 % of patients with dementing illnesses. These behaviours cause

physical and emotional burdens on caregivers, family members, and the patients themselves.“
Viele der im Folgenden aufgeführten Verhaltensauffälligkeiten überlagern sich und sind daher nicht trennscharf voneinander abzugrenzen. Dennoch soll ein entsprechender Versuch unternommen werden.

Antriebsstörungen

Antriebsstörungen können sich sowohl als motorische Unruhezustände (z. B. zielloses Wandern) als auch als Antriebsverminderung in Form einer apathischen Störung manifestieren. Apathien finden sich bei bis zu 50 % der demenziell Erkrankten und sind vorwiegend im frühen und mittleren Krankheitsstadium zu beobachten. Kennzeichnend ist vor allem ein Interessenverlust an psychosozialen Aktivitäten; die Erkrankten meiden soziale Kontakte und fallen durch Spracharmut und emotionale Verflachung auf. Eine Abgrenzung zu depressiven Störungen gestaltet sich daher häufig schwierig (vgl. Füsgen 2001: 55). Hinter den motorischen Unruhezuständen verbirgt sich eine ganze Reihe von Verhaltensauffälligkeiten, die insbesondere von den Pflegepersonen als sehr belastend empfunden werden. Im Einzelnen sind nach Zaudig (2001: 27) folgende Symptome zu nennen:

- die Betroffenen gehen ziellos (auch in der Nacht) umher;
- sie zeichnen sich durch einen kaum zu bremsenden Aktivitätsdrang aus und gehen „ineffektiven“ Tätigkeiten in Heim oder Garten nach;
- sie versuchen auch gegen Widerstand das Haus bzw. die Wohnung zu verlassen;
- sie „klammern“ sich an ihre Bezugspersonen und verfolgen sie ständig.

Die Häufigkeit dieser Unruhezustände wird ebenfalls mit bis zu 50 % angegeben, wobei sich die Betroffenen beim Auftreten der Störungen in der Regel in einem späten Stadium der Demenz befinden. Zudem halten die Unruhezustände in der Regel sehr lange an und sind eng mit dem Auftreten von aggressiven Verhaltensweisen verbunden (vgl. Füsgen 2001: 55). Ohnehin sind sie nach Haupt (1999: 161) zusammen mit den Aggressionen als stärkste Prädiktoren für eine frühzeitige Institutionalisierung der Erkrankten zu bezeichnen.

Agitation/Aggression

Unter den Begriff der Agitation bzw. Aggression fasst man „jene verbalen, stimmlichen oder motorischen Aktivitäten zusammen, für die ein außenstehender Betrachter keinerlei Anlass

sieht“ (Füsgen 2001: 55). So unterscheidet beispielsweise das „Cohen-Mansfield Agitation Inventory“ (CMAI) nach Angaben von Zaudig (2001: 27) folgende Subtypen der Agitation:

- nichtaggressiv-gefärbte physische Verhaltensweisen (z. B. generelle Ruhelosigkeit, rücksichtsloses Verhalten, Verstecken von Gegenständen bzw. ein unsachgemäßer Umgang mit ihnen sowie ein unangebrachtes Entkleiden);
- nichtaggressiv-gefärbte verbale Verhaltensweisen (z. B. eine grundsätzlich ablehnende Haltung, die permanente Forderung nach Aufmerksamkeit, Jammern und Weinen);
- physisch-aggressive Verhaltensweisen (z. B. Treten, Beißen, Kratzen und Schlagen);
- verbal-aggressive Verhaltensweisen (z. B. Wutausbrüche und Fluchen).

Die aggressiven Verhaltensweisen sind sehr eng mit dem Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigungen verknüpft und treten ähnlich wie die Unruhezustände sehr konstant auf. Die angegebenen Häufigkeiten schwanken, werden aber durchschnittlich mit 40 % beziffert (vgl. Bourin et al. 1999: 120). Die von Lyketsos et al. (2002: 1479) berichteten 30,3 % fallen im Vergleich zu den anderen Angaben damit zwar geringer aus, lassen jedoch ebenfalls auf eine hohe Belastung der Pflege- bzw. Bezugspersonen schließen.

Enthemmung

Das kumulierte Auftreten sozial inadäquater Verhaltensweisen (z. B. Schreien, Euphorie) einschließlich selbstzerstörerischer Tendenzen und sexueller Verhaltensauffälligkeiten wird häufig auch als Enthemmung bezeichnet. Tatsächlich jedoch sind Störungen des Sexualverhaltens bei Demenzerkrankten relativ selten zu beobachten. Eine Studie von Derouesne et al. (1996) belegt beispielsweise, dass für die Mehrheit der Alzheimer-Erkrankten eher eine Senkung ihrer Libido charakteristisch ist; nur in wenigen Fällen (etwa 4 %) ist hingegen eine pathologische Steigerung des Sexualbedürfnisses, meist bei Männern, zu beobachten (vgl. Bourin 1999: 122). Auch die IPA, die „International Psychogeriatric Association“ (2002: 10) gibt zu bedenken: „Inappropriate sexual behaviors in people with dementia are uncommon. More common is the incorrect belief that these occur in ‘senile’ people.“

Panikreaktionen

Eng mit den aggressiven Verhaltensweisen sind auch die Panikreaktionen verbunden, deren Häufigkeit bei Alzheimer-Patienten mit bis zu 40 % angegeben wird. Dabei handelt es sich um unvermittelt einsetzende Stimmungsschwankungen in Kombination mit verbal- oder

physisch-aggressiven Verhaltensweisen. Ihr Entstehungsgrund ist nicht genau bekannt; als Ursachen werden jedoch Umgebungseinflüsse, psychische Faktoren, wie z. B. das Bewusstsein der eigenen kognitiven Defizite oder die reduzierte Möglichkeit zur Kommunikation vermutet. Teilweise gehen den Panikreaktionen auch Wahnvorstellungen, Fehlidentifikationen oder Halluzinationen voraus (vgl. Füsgen 2001: 56).

Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus

Schlafstörungen sind bei bis zu 70 % der demenziell Erkrankten zu beobachten, wobei die Häufigkeit der Störungen nach Haupt (1999: 162) eng mit dem Schweregrad der Demenz verknüpft ist. Auch in der Studie von Lyketsos et al. (2002: 1479) wiesen immerhin knapp 30 % der demenziell Erkrankten entsprechende Störungen auf. Die Betroffenen sind tagsüber häufig müde, nachts hingegen hellwach, wandern umher, wollen das Haus bzw. die Wohnung verlassen oder fangen beispielsweise an, sich eine Mahlzeit zuzubereiten. Diese Störungen in der zirkadianen Rhythmik der Erkrankten werden auch unter den Begriff des „Sundowning“ subsumiert (vgl. Füsgen 2001: 54). Als Ursachen der nächtlichen Aktivitäten werden ein mangelndes Differenzierungsvermögen zwischen Traum und Realität sowie ein Mangel an körperlicher Bewegung diskutiert; denn häufig haben die Erkrankten mangels Beschäftigung bereits tagsüber ihr Schlafbedürfnis weitgehend erfüllt (vgl. ebd.: 54f).

6.1.3 Psychometrische Testung

In wechselseitiger Ergänzung zu den technischen Untersuchungsverfahren (z. B. einer Computertomografie) ist auch die psychometrische Befunderhebung in der Demenzdiagnostik ein obligates Mittel, da sie dazu beitragen kann, einen bestehenden Demenzverdacht zu verifizieren. Ihre Aufgaben können dabei nach Zaudig (2001: 19) wie folgt skizziert werden:

- die Unterscheidung von normalen und pathologischen kognitiven Abbauprozessen, einschließlich der Abgrenzung verschiedener Demenzformen untereinander und der Erfassung differenzialdiagnostischer Hinweise, z. B. auf eine depressive Störung (sog. Differenzierungsfunktion);
- die Ermittlung vorhandener Leistungen und Kompetenzen, um die Funktionseinbußen objektivieren zu können sowie
- die Bereitstellung von Informationen für therapeutische Maßnahmen (sog. Indikationsfunktion) einschließlich der Evaluation von Krankheits- und Behandlungsverläufen.

Im Folgenden werden die wichtigsten Verfahren in Kürze erläutert.

Alzheimer Disease Assessment Scale (ADAS)

Die „Alzheimer Disease Assessment Scale“ (ADAS) nach Rosen et al. (1984) ist ein verbreiteter Test zur Messung der kognitiven Fähigkeiten, der jedoch auch Defizite im nichtkognitiven Bereich erfasst. In einem kognitiven Testteil (ADAS-K) wird der Proband zur Bearbeitung verschiedener Aufgaben aufgefordert (Benennen von Gegenständen, freie Reproduktion von Wörtern u. v. m.). Orientierung, Vorstellungs- und Erinnerungsvermögen werden hier überprüft. In einem Interviewteil (ADAS-N) werden der Patient und seine Angehörigen dann bezüglich der Ausprägung von BPSD-Symptomen (u. a. motorische Unruhe, Depressionen und Wahnvorstellungen) befragt. Übergeordnet wird schließlich auch das Verhalten des Probanden während der Untersuchung beobachtet, um Aufschluss über Konzentrationsvermögen und Ablenkbarkeit, sprachliche Ausdrucksfähigkeit und Sprachverständnis des Patienten zu gewinnen (vgl. Ivemeyer/Zerfaß 2002: 50f). Für den kognitiven Bereich werden 70 Punkte und für den nichtkognitiven Bereich maximal 50 Punkte vergeben. Beide Punktzahlen werden addiert, wobei eine Erhöhung der jeweiligen Werte für eine Symptomverschlechterung spricht. Der Cut-off-Wert im ADAS-K liegt bei zehn Punkten; das heißt, alle über zehn Punkte liegenden Werte lassen auf das Vorliegen einer kognitiven Beeinträchtigung schließen (vgl. ebd.: 51). Am jährlichen Zuwachs der Punkte kann zudem die Progredienz der demenziellen Erkrankung gemessen werden; beispielsweise ist bei mittelschweren Demenzen mit einer Zunahme von sieben bis elf Punkten pro Jahr zu rechnen (vgl. Zaudig 2001: 21).

The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly (CAMDEX)

Das „Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly“ (CAMDEX) nach Roth et al. (1986) gehört zu den strukturierten Interviews und eignet sich sowohl zur Diagnose verschiedener Demenzformen als auch zur Abgrenzung depressiver Erkrankungen. Hierzu wird einerseits eine eingehende Befragung der Bezugspersonen (Angehörigen-Interview) durchgeführt, andererseits ist jedoch auch eine kognitive Testbatterie (CAMCOG) essentieller Bestandteil des CAMDEX. Der CAMCOG beinhaltet den gesamten MMSE-Test (s. u.) und erfasst unter anderem Orientierung, Sprache, Gedächtnis, Abstraktionsvermögen und Wahrnehmung (vgl. Zaudig 2001: 20). Die im CAMCOG erzielten Punkte werden addiert, wobei eine Summe von über 79 Punkten auf das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung

schließen lässt. Der MMSE-Test kann dabei separat ausgewertet werden, um gleich zwei Ergebniswerte zu erhalten. Alle CAMDEX-Informationen können zudem zu einer ICD-10- bzw. DSM-IV-Diagnose zusammengefasst werden (vgl. Ivemeyer/Zerfaß 2002: 55).

Strukturiertes Interview zur Diagnose von Demenzen: Alzheimer-Typ, Multiinfarktdemenz und Demenzen anderer Ätiologie (SIDAM)

Das „Strukturierte Interview zur Diagnose von Demenzen vom Alzheimer-Typ, der Multiinfarkt-/vaskulären Demenz und Demenzen anderer Ätiologie“ (SIDAM) hat sich insbesondere im deutschsprachigen Raum durchgesetzt. Es ermöglicht sowohl eine Messung der kognitiven Leistungsfähigkeit als auch die Erhebung differenzialdiagnostischer Informationen und orientiert sich an den Kriterien der DSM-IV- und ICD-10-Klassifikation (vgl. Zaudig 2001: 20). Inhaltlich setzt sich das SIDAM aus einer Beurteilung von Persönlichkeitsveränderungen und Alltagsbeeinträchtigungen, einer Schweregradeinschätzung, differenzialdiagnostischen Beurteilungen (mit Schwerpunkt auf vaskulären Demenzen) sowie einem kognitiven Testteil (SISCO) zusammen. Der SISCO enthält den MMSE-Test und beurteilt u. a. Orientierung, Kurz- und Langzeitgedächtnis, Urteilsvermögen sowie die Ausprägung der Hirnwerkzeugstörungen (Aphasie, Apraxie, Agnosie). Die Punkte des kognitiven Testteils werden addiert, maximal sind 55 Punkte erreichbar. Punktwerte von null bis 33 deuten dabei auf eine Demenz hin; ein Verdacht auf eine „Leichte kognitive Beeinträchtigung“ bestätigt sich bei 34 bis 51 Punkten (vgl. Ivemeyer/Zerfaß 2002: 82f).

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Die „Mini-Mental State Examination“ (MMSE) nach Folstein et al. (1975) ist das international wohl am häufigsten eingesetzte Verfahren zur Messung der kognitiven Leistungsfähigkeit und Bestandteil vieler größerer Testbatterien, wie z. B. des SIDAM oder des CAMDEX. Bei der MMSE handelt es sich um ein Interview mit Handlungsaufgaben, das vor allem praxisnahe Fragen beinhaltet, die von kognitiv nicht beeinträchtigten Personen problemlos zu beantworten sind, von Personen mit Demenzverdacht dagegen nur zum Teil bewältigt werden können. Erfasst werden Orientierung (zehn Punkte), Merkfähigkeit (sechs Punkte), Aufmerksamkeit (fünf Punkte), Sprache (drei Punkte), der Erfolg im Befolgen von Anweisungen (drei Punkte) sowie Lesen, Schreiben und Nachzeichnen (je ein Punkt). Zudem zeichnet sich das Verfahren durch eine recht geringe Testdauer aus, die mit etwa fünf bis zehn Minuten

veranschlagt werden kann (vgl. Zaudig 2001: 21). Zur Früherkennung eignet sich der Test aufgrund seiner relativ geringen Sensitivität jedoch nicht, so dass bei einem etwaigen Demenzverdacht weitere Testverfahren herangezogen werden sollten (vgl. Zaudig 1995: 79). Die in der MMSE erreichten Punkte werden addiert und anschließend wie folgt ausgewertet: ein Ergebnis zwischen 27 und 23 Punkten – maximal können 30 Punkte erreicht werden – spricht für eine „Leichte kognitive Beeinträchtigung“, während Werte unter 23 Punkten bereits einen Demenzverdacht nahe legen. Punktwerte zwischen zehn und 17 weisen auf eine mittelschwere und eine Summe von unter zehn Punkten auf eine schwere Demenz hin. Diese Punktbereiche stellen jedoch – wie auch bei den anderen Testverfahren – Richtlinien dar und sind nicht als absolute Grenzwerte aufzufassen. Denn auch bei kognitiv gesunden Älteren sind Schwankungen zwischen 24 und 30 Punkten keine Seltenheit (vgl. Ivemeyer/Zerfaß 2002: 74).

Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD)

Der „Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung“ (TFDD) ist ein relativ neues Screening-Instrument zur Früherkennung von demenziellen Erkrankungen. Einerseits erfasst es durch verschiedene Aufgaben den kognitiven Status (u. a. zeitliche Orientierung, konstruktive Praxis, Wortreproduktion und -flüssigkeit), andererseits trägt es durch ein implementiertes Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren zur Erkennung depressiver Störungen bei. Zudem zeichnet sich auch dieser Test durch eine geringe Durchführungszeit von etwa fünf bis zehn Minuten aus. Die erzielten Punkte in beiden Testteilen werden jeweils addiert und getrennt ausgewertet. Dabei spricht ein Ergebnis von weniger als 35 Punkten im kognitiven Teil für einen Demenzverdacht, während ein Ergebnis von mehr als acht Punkten im Depressionsteil auf das Vorliegen einer depressiven Symptomatik hinweist (vgl. Ivemeyer/Zerfaß 2002: 91f).

6.1.4 Eigenanamnese/Fremdanamnese

Neben den technischen und psychologischen Untersuchungsverfahren gehört auch eine gründliche Anamnese zur vollständigen Diagnose, da auch sie Hinweise darauf geben kann, auf welche Erkrankung die demenzielle Symptomatik zurückzuführen ist. Ziel der Anamnese ist es, das prämorbidem Niveau von Kognition, Sozialverhalten und Persönlichkeitsstruktur einschätzen und somit eine umfassende Grundlage für eine korrekte Diagnose erhalten zu

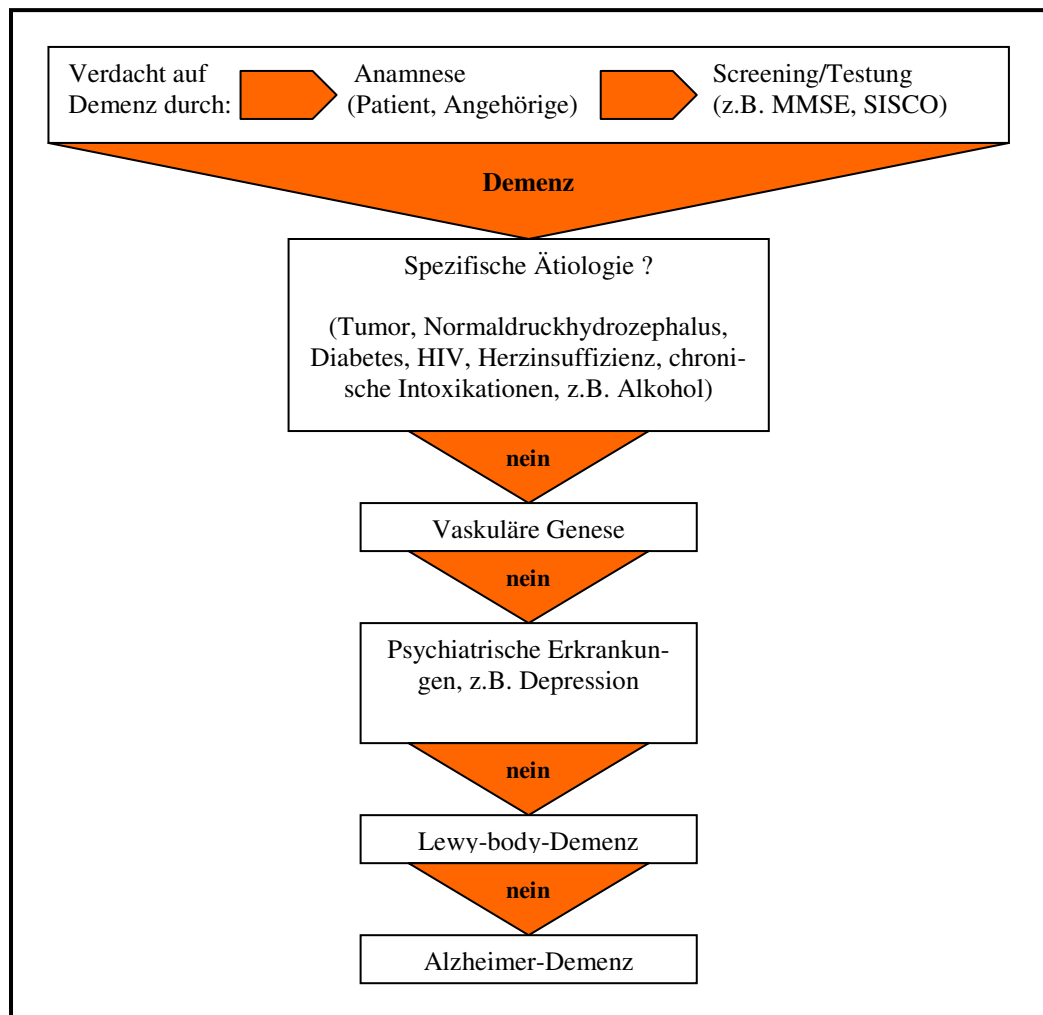
können. Hierzu wird die Anamnese einerseits in Form einer Eigenanamnese durchgeführt, in der nach Füsgen (2001: 73) vor allem die Erfassung von Biografie und Lebenssituation des Betroffenen im Vordergrund stehen. Auch etwaige Vorerkrankungen und der Medikamentenkonsum können vom Patienten direkt erfragt werden. Sehr häufig jedoch sind solche Informationen seitens des Betroffenen bereits in den frühen Phasen der Erkrankung nur wenig ergiebig oder nur schwer interpretierbar, entweder „weil dieser widersprüchliche Angaben macht oder weil er die durchaus selbst bemerkten Ausfälle im Gespräch [...] bagatellisiert“ (Füsgen 2001: 73). Daher sollte die Eigenanamnese stets durch eine Fremdanamnese ergänzt werden, in der die Angehörigen oder andere vertraute Bezugspersonen zur aktuellen Situation des Erkrankten befragt werden. So ist in diesem Zusammenhang beispielsweise von Bedeutung, ob die Symptome anfänglich langsam und schleichend oder eher abrupt auftraten oder sich neben den kognitiven auch psychische Symptome (Rückzug, Depressivität etc.) bemerkbar machten. Entsprechende Informationen können bereits Hinweise darauf geben, ob die demenzielle Symptomatik eher auf die Alzheimer-Demenz zurückgeführt werden kann oder eine vaskuläre Demenz wahrscheinlicher ist (vgl. Bauer 1994: 68). Die Aussagen der Angehörigen können in diagnostischer Hinsicht also eine entscheidende Rolle spielen; dennoch sollte eine Fremdanamnese nur mit dem Einverständnis des Betroffenen erfolgen.

6.1.5 Differenzialdiagnostik

Kann eine demenzielle Symptomatik durch Anamnese und Testung mit weitgehender Sicherheit bestätigt werden, ist in jedem Fall ein differenzialdiagnostisches Vorgehen indiziert. Begründet wird dies vor allem durch die Tatsache, dass zwischen 1 % und 10 % der Demenzen als reversibel bzw. teilreversibel gelten und daher in einem ersten Schritt abgeklärt werden sollten. Wie dem Kapitel I/2 entnommen werden kann, handelt es sich hierbei insbesondere um alkohol- oder medikamentenbedingte Intoxikationen, Infektionen oder metabolische Störungen, die als sekundäre Demenzen einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen. Nachfolgend sollten dann die primären Demenzen und dabei insbesondere die vaskuläre Demenz als zweithäufigste Demenzform abgeklärt werden. Nicht zuletzt ist jedoch auch der Ausschluss anderer Störungen, wie etwa depressiven oder deliranten Zuständen, obligat. Erst, wenn keine der genannten differenzialdiagnostischen Erwägungen zutreffen sollten, kann mit weitgehender Sicherheit von einer Alzheimer-Demenz ausgegangen werden. Selbige steht

somit am Ende des differenzialdiagnostischen Vorgehens, das in Abbildung 4 veranschaulicht wird.

Abb. 4: Differenzialdiagnose der Demenz.



Quelle: Zaudig (2001): 35.

Im Folgenden sollen die Depression und die akute Verwirrtheit (Delir) als zwei der wichtigsten Differenzialdiagnosen der Demenz zur Darstellung kommen, da beide Erkrankungen zwar erfolgreich therapiert werden können, teilweise jedoch nur schwer von einer irreversiblen Demenz zu unterscheiden sind. Diese Auswahl wird auch durch die Häufigkeit beider Erkrankungen begründet. So stellen Chew-Graham et al. (2004: 181) treffend fest: „The three major mental health problems affecting older people are dementia, delirium, and depression.“ Von Bedeutung ist ferner die sogenannte „Leichte kognitive Beeinträchtigung“ (LKB), die ebenfalls von der Demenz zu unterscheiden ist. Da zudem festgestellt werden konnte, dass

ein relativ hoher Prozentsatz der LKB-Betroffenen früher oder später demenziell erkrankt, wird auch sie in die folgende Darstellung mit einbezogen.

6.1.5.1 Akute Verwirrtheit (Delir)

In differenzialdiagnostischer Hinsicht muss die Demenz von der akuten, vorübergehenden Verwirrtheit (Delir) unterschieden werden, die potenziell reversibel ist und hinsichtlich ihrer Symptome wie folgt charakterisiert werden kann: „Cardinal features of delirium include acute onset with a fluctuating course, the presence of an underlying organic derangement, reduced sensorium, attention deficit, and cognitive or perceptual disturbances“ (Lawlor et al. 2000: 2427). Nach der ICD-10-Klassifikation zeichnet sich das Delir im Gegensatz zur Demenz primär durch eine Trübung der Bewusstseinslage aus, also einer „verminderten Klarheit in der Umgebungswahrnehmung, mit einer reduzierten Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu fokussieren, aufrechtzuerhalten und umzustellen“ (Dilling 2001: 41). Als weitere prägnante Kennzeichen sind in Übereinstimmung mit Lawlor et al. (2000: 2427) sicherlich der relativ akute Beginn (innerhalb weniger Tage), der fluktuierende Verlauf sowie die Voraussetzung einer zugrunde liegenden somatischen Erkrankung anzuführen: „General underlying factors include primary cerebral disease (eg, cerebrovascular accidents), systemic diseases indirectly affecting cerebral metabolism (eg, organ failure, metabolic disturbance, and infection), toxic effects of exogenous substances, such as psychoactive medications, and withdrawal from substances of abuse such as alcohol.“ Weitere wesentliche Unterschiede im Vergleich zur Demenz können der Tabelle 5 entnommen werden.

Tab. 5: Differenzialdiagnostik: Demenz und Delir.

Kriterium	Delir	Demenz
Beginn	akut, innerhalb weniger Tage	schleichender Beginn, innerhalb von Wochen oder Monaten
Dauer	Stunden, bis zu einer Woche	Monate bis Jahre
Verlauf	Fluktuationen	eher gleich bleibend, Fluktuationen über mehrere Tage/Wochen
Somatische Erkrankungen	stets nachweisbar	keine Beziehungen
Bewusstsein	getrübt	nicht getrübt
Orientierung	stets gestört	relativ intakt oder parallel zur Intensität der Gedächtnisausfälle gestört
Gedächtnis	Merkfähigkeit und Neugedächtnis beeinträchtigt, nach Abklingen aber intakt	Merkfähigkeit, Neugedächtnis und in schwereren Fällen auch Altgedächtnis gestört
Schlaf-wach-Rhythmus	gestört: Schläfrigkeit bei Tage	eher verkürzter Nachtschlaf
Stimmung	ängstlich, aggressiv	eher euphorisch oder depressiv

Quelle: Füsgen (2001): 89.

Ungeachtet dieser Gegensätze wird das Delir häufig als demenzielle Erkrankung eingestuft und nur in etwa 10 % der Fälle korrekt diagnostiziert (vgl. Füsgen 2001: 88). Hinzu kommt, dass Demenz und Delir auch gleichzeitig auftreten können, da bei einer bestehenden Demenzerkrankung bereits geringfügige somatische Störungen (z. B. Dehydration, Infektionen, Störungen des Stoffwechsels) ausreichen, um das Delirium auszulösen. Grundlage einer erfolgreichen Therapie sind somit vor allem die Identifikation und Behandlung der ursächlichen Erkrankung.

6.1.5.2 Depression

Die Depression ist in differenzialdiagnostischer Hinsicht nicht einfach von einer Demenz abzugrenzen. Einerseits gehen viele Demenzerkrankungen gerade in frühen Phasen mit depressiven Symptomen einher, andererseits führen jedoch auch reine Depressionen durch eine Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit und Konzentration zu leichten kognitiven Störungen. Hinzu kommt, dass sich die Depressionssymptome der älteren Menschen deutlich von denen jüngerer Personen unterscheiden können. So präsentiert sich die depressive Störung bei den Älteren weniger in Form von Appetitlosigkeit oder Schlafstörungen; vielmehr stehen Ängste vor Krankheit (bspw. ein Klagen über nachlassende kognitive Fähigkeiten) und Verarmung sowie eine allgemeine Hoffnungslosigkeit im Vordergrund. Charakteristisch ist ferner ein Symptomkomplex, der sich aus Interesselosigkeit, Rückzugstendenzen sowie einer allgemeinen Verlangsamung zusammensetzt und daher nicht selten als beginnende Demenz verkannt wird (vgl. Füsgen 2001: 91f). Dazu bemerkt auch Stoppe (1997: 22): „Auf eine Fehlinterpretation als depressives Syndrom und umgekehrt entfallen die meisten Fehldiagnosen in der DAT-Diagnostik.“ Dabei ergeben sich entscheidende Hinweise auf das Vorliegen einer solchen „Pseudodemenz“ häufig bereits im Gespräch, da depressiv Erkrankte typischerweise über ihre Gedächtnisstörungen und andere Leistungseinbußen klagen, während Patienten mit beginnender Demenz eher zu einer Bagatellisierung der Symptome neigen (vgl. Füsgen 2001: 91f). Auch Hürny et al. (2002: 396) stellen hierzu fest: „Paradoxerweise leiden alte Menschen, die sich mit Nachdruck über Gedächtnisstörungen beklagen, eher an einer Depression als einer Demenz.“ Zwar ist auch bei depressiven Patienten eine gewisse Verlangsamung des Denkens feststellbar; im Gegensatz zu den demenziell Erkrankten ist das Denken jedoch intakt, was sich anhand von einfachen Rechenaufgaben leicht überprüfen lässt. Ferner ist auch der Erhalt der zeitlichen und örtlichen Orientierung ein Kriterium, mit dem die „Pseudodemenz“ von der „echten“ Demenz unterschieden werden kann (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: Differenzialdiagnostik: Demenz und Depression.

weist auf Depression hin	weist auf Demenz hin
Patient klagt viel über kognitive Leistungsverluste	Bagatellisierung
Schuldgefühle, Versagensangst	beschuldigt andere
Unsicherheit gegenüber anderen	fordernd
rascher Beginn, Dauer weniger als 6 Monate	meist langsamerer Beginn
selten nächtliche Unruhe	deutliche nächtliche Unruhe
keine Orientierungsstörungen	desorientiert
Selbstabwertung	gleichgültige Stimmung, eher kompensatorische Selbstüberschätzung
kaum Bemühung, auch bei leichten Aufgaben	Freude an der Bewältigung auch leichter Aufgaben
wenige Bemühungen, leistungsfähig zu bleiben	Versuch, Defizite z. B. mit Notizen etc. auszugleichen
Remission der Depression und der kognitiven Störungen	bei Ansprechen auf antidepressive Therapie persistieren die kognitiven Störungen

Quelle: Füsgen (2001): 93.

Ungeachtet der notwendigen Unterscheidung zwischen Depression und Demenz muss erwähnt werden, dass depressive Symptome auch Bestandteil einer demenziellen Erkrankung sein können, wobei insbesondere somatische Klagen, Gewichtsverlust, Verlangsamung, Schlaf- und Konzentrationsstörungen im Vordergrund stehen (vgl. Zaudig 2001: 28). Das Auftreten der Symptome ist zwar eher mit einem leichteren Schweregrad der Demenz assoziiert; auch spätere Krankheitsstadien können jedoch von depressiven Phasen geprägt sein, deren Häufigkeit von Füsgen (2001: 51) mit bis zu 50 % angegeben wird. Auch in der bereits erwähnten Untersuchung von Lyketsos et al. (2002: 1479) konnten die depressiven Störungen mit einer Häufigkeit von gut 32 % als zweithäufigstes Begleitsymptom der Demenz identifiziert werden. Die Ursachen sind vielfältig und reichen von körperlichen Erkrankungen bis zu psychosozialen Faktoren, wie z. B. Isolation, das Ableben von Angehörigen (z. B. der Tod des Ehepartners) oder die Verarbeitung der demenziellen Erkrankung (vgl. Zaudig 2001: 28). Gerade bei fortgeschrittener Demenz ist eine korrekte Diagnose daher nicht einfach, wie auch Draper (1999: 1151) betont: „The diagnosis of depression among patients with dementia is a challenge to most clinicians due to the variability of symptom patterns [...] and the frequency of atypical cases.“ Und weiter heißt es:

To complicate matters, there is no certainty that the depression syndrome seen among elderly persons with dementia is the same as the depression experienced by elderly persons who are not demented. Behavioural disturbances that may be due to depression among elderly persons with dementia include vocally disruptive behaviour, aggression, refusal to eat, agitation, and uncooperativeness. Yet these behaviours may themselves be due to numerous other problems (ebd.: 1151).

Zusätzlich wird die Diagnose auch durch die zunehmend geringer werdende Ausdrucksfähigkeit der Betroffenen erschwert. Anlass zu „diagnostischem Nihilismus“ ist dennoch nicht gegeben, denn grundsätzlich gilt: „Depression should be treated, because it causes patients excess disability and suffering and is associated with distress among caregivers“ (Draper 1999: 1153).

6.1.5.3 Die „Leichte kognitive Beeinträchtigung“ (LKB)

Im Jahr 1913 stellte Kraepelin fest, dass das normale Altern „regelmäßig zu einer Abnahme der Aufnahmefähigkeit und Merkfähigkeit führt, zu einer Erstarrung der Gedankengänge, [...] zum Erlahmen der Tatkraft und der Ausbildung störrischer Unlenksamkeit“ (Zaudig 2001: 93). Eine solche Ansicht kann aus heutiger Perspektive nicht mehr vertreten werden. Natürlich nimmt der normale physiologische Alternsprozess auch Einfluss auf die kognitiven Fähigkeiten; diese nehmen im Alter aber in der Regel nur geringfügig ab, sofern sie nicht durch krankheitsbedingte Veränderungen beeinflusst werden.

Differenzierter betrachtet muss bei den kognitiven Fähigkeiten zwischen der sogenannten „fluiden“ und der „kristallinen“ Intelligenz unterschieden werden. Die „fluide“ Intelligenz bezieht sich dabei auf die gehirnphysiologische Effizienz, die sich beispielsweise in der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit ausdrückt. Sie entscheidet somit darüber, ob jemand flexibel, adaptiv und logisch denken kann, ob er auf neue Situationen angemessen reagiert und auch neue Informationen verarbeiten kann. Die „fluide“ Intelligenz wird in relativ geringem Maße von Erfahrung und Erziehung beeinflusst und hängt als biologische Komponente der kognitiven Leistungsfähigkeit vor allem von einem intakten Nervensystem ab. Abbauprozesse sind hier bereits ab dem 30. Lebensjahr festzustellen. Die „kristalline“ Intelligenz hingegen umfasst die Gesamtheit des Wissens, das im Laufe des Lebens durch Bildung und Erfahrung erworben wurde und deckt somit die kulturelle Dimension der intellektuellen Entwicklung ab. Während die „fluide“ Intelligenz also genetisch fixiert ist, ist die Entwicklung der „kristallinen“ Intelligenz stark sozialisationsabhängig und kann durch ein entsprechendes Training bis ins hohe Lebensalter erhalten werden (vgl. Füsgen 2001: 17f). Fillit et al. (2002: 682) resümieren diesbezüglich:

Cognitive decline, although a relatively common occurrence cannot be considered an inevitable part of aging. Nature provides clear examples of elderly people who maintain cognitive vitality, even in extreme old age. Many older adults who live into their ninth decade retain high cognitive function, and centenarians who maintain their intellect negate the myth of the inevitability of cognitive decline.

Und Füsgen (2001) stellt somit folgerichtig fest: „Die Pauschale vom ‚abnehmenden Gedächtnis‘ ist [...] unrichtig“ (Füsgen 2001: 18).

Dennoch lässt sich von den normal alternden Menschen und den demenziell Erkrankten ein weiterer Kreis von Personen abgrenzen, deren kognitive Leistungsfähigkeit zwar subjektiv und objektiv geringer ist als die ihrer „normalen“ Altersgenossen, die im Gegensatz zu den demenziell Erkrankten aber weder in ihren Alltagsfunktionen wesentlich beeinträchtigt sind noch eine klar definierbare Ursache für den kognitiven Leistungsabfall aufweisen. Die Betroffenen stellen vor allem eine Verschlechterung ihrer Gedächtnisleistung fest, was sich beispielsweise im Verlegen von Gegenständen oder Vergessen von Telefonnummern bemerkbar macht. Es fällt ihnen schwerer sich zu konzentrieren, auch die Abstraktions- und Urteilsfähigkeit sind von einer leichten Verschlechterung gekennzeichnet. Außerdem erleben sich die Betroffenen im Vergleich zu früheren Lebensphasen als unverhältnismäßig ungeduldiger, emotional unkontrollierter und depressiver. Dennoch sind sie im Gegensatz zu den demenziell Erkrankten in ihrer psychosozialen Funktionsfähigkeit kaum beeinträchtigt (vgl. Zaudig 2001: 94). Für diesen „Graubereich“ zwischen der normalen kognitiven Alterung und der Demenz wird im deutschsprachigen Raum häufig der Begriff der „Leichten kognitiven Beeinträchtigung“, kurz „LKB“ verwendet, während sich auf internationalem Terrain eine Vielzahl von Begriffen wie „Mild cognitive impairment“ (MCI) nach Petersen et al. (1999), „Benign senescent forgetfulness“ nach Kral (1962), „Age associated memory impairment“ (AAMI) nach Crook et al. (1986) oder „Limited dementia“ nach Gurland et al. (1982) finden lässt. Genauer gesagt existiert auf diesem Gebiet sogar ein geradezu undurchdringliches Dickicht von mehr als 25 verschiedenen Definitionen, die sich jedoch nicht nur begrifflich, sondern auch konzeptionell nicht unwesentlich voneinander unterscheiden. So werden die kognitiven Beeinträchtigungen von einigen Ansätzen (z. B. „Limited dementia“) als Vorstufe einer Demenzerkrankung angesehen; andere wiederum (z. B. „Age associated memory impairment“) bewerten die Symptome als gutartig bzw. altersbedingt und sehen sie nicht als Vorboten einer demenziellen Entwicklung an (vgl. Stoppe 1997: 22). Daher resümiert Stoppe (1997: 21) treffend: „Die Wissenschaft ist sich über die Bedeutung leichter kognitiver Beeinträchtigungen im Alter noch nicht einig, was sich auch in der Vielfalt der Begriffsbildungen ausdrückt“.

Im Rahmen dieser Arbeit soll das Konzept der „Leichten kognitiven Beeinträchtigung“ nach Zaudig (2001) vorgestellt werden, da es außer Acht lässt, ob die kognitive Beeinträchtigung tatsächlich eine demenzielle Erkrankung nach sich zieht oder ob es sich „nur“ um einen gutartigen und nicht weiter fortschreitenden Kognitionsverlust handelt. So werden von

Zaudig (2001: 95) folgende Kriterien für die „Leichte kognitive Beeinträchtigung“ vorge schlagen:

- A. Die Gedächtnisbeeinträchtigungen und/oder das Nachlassen der intellektuellen Fähigkeiten müssen objektivierbar sein (siehe Kriterium D).
- B. Die Fähigkeit zur Bewältigung des psychosozialen Alltags wird nur zu einem geringen Teil von den kognitiven Störungen beeinflusst.
- C. Der Antrieb, die emotionale Kontrolle und das Sozialverhalten dürfen nicht oder nur in geringem Maße verschlechtert sein.
- D. Die Punktwerte des SIDAM-Tests sollten zwischen 34 und 47 Punkten liegen.
- E. Die Kriterien für eine Demenz nach ICD-10 und DSM-IV dürfen nicht erfüllt sein.
- F. Psychische Störungen (z. B. Depression, Delir) oder organische Ursachen müssen ausgeschlossen werden.
- G. Die Beeinträchtigung darf nicht auf niedrige Intelligenz oder mangelnde Bildung zurückzuführen sein.
- H. Die Störung (Kriterien A, B, und C) muss mindestens über einen Zeitraum von zwei Wochen Bestand haben.

Die bereits erwähnte Widersprüchlichkeit der verschiedenen LKB-Konzepte wirft dennoch Fragen auf: führen die altersbedingten kognitiven Veränderungen etwa unabwendbar zu einer demenziellen Erkrankung? Sind sie Bestandteil einer kontinuierlichen Entwicklung von der normalen Kognition im Alter bis zur Demenz (Kontinuitätshypothese)? Oder ist eher von spezifischen und von einander unabhängigen Störungsbildern bzw. Erkrankungen mit einer kognitiven Beeinträchtigung als gemeinsames Kennzeichen auszugehen (Spezifitätshypothese)? Auch Whitehouse (2003: 1227) bemerkt in diesem Zusammenhang etwas zynisch: „Does it mean that someone does not have Alzheimer’s disease; does have Alzheimer’s disease; or will or might get Alzheimer’s disease?“ Leider lassen sich die Fragen zur Kontinuität bzw. Spezifik aufgrund fehlender Langzeitstudien zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht gesichert beantworten. Außer Frage steht jedoch, dass die LKB-Betroffenen offensichtlich als Risikogruppe für die Entwicklung einer Demenz zu bezeichnen sind. So konnten etwa Bickel/Cooper (1994) nachweisen, dass mehr als 50 % einer untersuchten LKB-Population nach drei bis vier Jahren demenziell erkrankten; auch Bowen et al. (1997) kamen mit 49 % für denselben Zeitraum zu einem fast identischen Ergebnis (vgl. Zaudig 2001: 92). Offensichtlich entwickelt also ein relativ großer Anteil der von leichten kognitiven Beeinträchtigungen Betroffenen nach wenigen Jahren eine demenzielle Erkrankung. Zu fordern wäre,

dass LKB-Patienten daher regelmäßig untersucht und getestet werden, damit eine demenzielle Erkrankung möglichst frühzeitig festgestellt werden kann.

7 Zur Situation der Pflegenden

Die bereits skizzierten kognitiven Beeinträchtigungen, psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei demenziellen Syndromen bergen ein enormes Belastungspotenzial für die mit der Pflege der Erkrankten befassten Personen. Auch Grunfeld et al. (1997: 1102) stellen heraus:

Caring for a patient with dementia is one of the most difficult challenges facing caregivers. The cognitive deterioration of Alzheimer's disease, for example, is steadily progressive, with no possibility of remission. These cognitive problems impair the social skills of the patient and may lead to disruptive behaviour or changes in personality; patients generally suffer significant physical disability as well. Ultimately, people with advanced dementia require 24-hour surveillance.

Die folgenden Kapitel unternehmen den Versuch, die Belastungen sowohl für die professionellen Pflegekräfte als auch für die pflegenden Angehörigen zu skizzieren und ihre Auswirkungen auf die Gruppe der „Pflegenden“ aufzuzeigen.

7.1 Die Angehörigen

Die Hauptlast in der Versorgung von Demenzerkrankten wird nach wie vor von den Familienmitgliedern getragen. Insbesondere die Ehepartner, Töchter oder Schwiegertöchter der Erkrankten sind dabei in die Pflege involviert. In geringerem Umfang sind auch die Söhne an der Pflege beteiligt, die Hauptpflegepersonen sind jedoch zumeist weiblich. So belegte etwa eine Befragung unter knapp 1.300 pflegenden Angehörigen einen Frauenanteil von gut 83 % (vgl. Tschainer 2003a: 215). Und Stuhlmann (1997: 69) fügt hinzu: „Die Hälfte der Pflegenden sind Frauen über 65 Jahre; zu 25 % sind es sogar Frauen über 75 Jahre. Oft sind die pflegenden Töchter selbst bereits Großmütter.“ Besonders hervorzuheben ist jedoch – unabhängig von geschlechtsspezifischen Aspekten – vor allem die Tatsache, dass über 70 % der Demenzkranken von nur einer Hauptpflegeperson betreut werden und sich die aus der Erkrankung resultierenden Belastungen damit auf diese Person konzentrieren.

So verwundert es nicht, wenn aus den Anforderungen der häuslichen Pflege für die Pflegenden selbst ein nicht zu unterschätzendes Krankheitsrisiko resultiert. In einer Studie von Wilz et al. (1999: 255f) bewerteten pflegende Angehörige ihren eigenen Gesundheitszustand

bisweilen sogar als schlechter, als den des demenziell Erkrankten und litten zu einem hohen Anteil unter psychosomatischen Beschwerden. Mehr als die Hälfte der Angehörigen nahmen seit Beginn der Pflege mehr Medikamente ein, davon 28 % mehr Schlafmittel und 40 % mehr Beruhigungsmittel. Die Häufigkeit schwerer Depressionen bewegt sich allgemein zwischen 14 % und 47 %. Zudem kann bei den Angehörigen ein negativer Einfluss auf das kardiovaskuläre System (z. B. Erhöhung von Herzfrequenz und Blutdruck) sowie eine deutliche Schwächung des Immunsystems nachgewiesen werden (vgl. Tschainer 2003a: 216). So betont Tschainer (2003a: 215), „dass Pflegepersonen von Demenzkranken sich insgesamt stärker belastet fühlen und die Pflegesituation negativer bewerten als Pflegepersonen von nicht Dementen“; eine Tatsache, die auch von Grunfeld et al. (1997: 1102) aufgegriffen wird: „Several studies have shown that the stress felt by the caregiver increases with the patient’s deterioration and that the stress of caring for a patient with dementia is typically worse than, for example, the stress of caring for a patient with cancer.“

Doch welche Faktoren erhöhen konkret die Belastung der pflegenden Angehörigen bzw. welche Faktoren werden von den Angehörigen selbst als besonders belastend empfunden? Eine Umfrage des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) zu den Belastungen der pflegenden Angehörigen liefert diesbezüglich stichhaltige Antworten. Bis zu 50 % der Befragten beklagten Beeinträchtigungen ihrer Gesundheit (z. B. Schlafstörungen und körperliche Beschwerden), eine vermehrte Reizbarkeit sowie depressive Verstimmungen. Die Hälfte der Befragten empfand den Verzicht auf Freizeit und eigene Interessen als besonders belastend; auch die Tatsache, auf Urlaub verzichten zu müssen, wurde fast von jedem zweiten Angehörigen (45 %) als belastend empfunden. Knapp ein Drittel der Befragten (30 %) klagte über Auswirkungen auf die finanzielle Lage (z. B. Verdienstaustausch, Einschränkungen des Rentenanspruchs oder zusätzliche Ausgaben) und für weitere 16 % stellte die aus der zeitintensiven Pflege resultierende Beeinträchtigung der Berufstätigkeit eine Belastung dar (vgl. Stuhlmann 1997: 70). Allgemein lassen sich die Belastungen der Angehörigen durch die Pflege eines Demenzerkrankten in verschiedene „Belastungskategorien“ aufteilen:

- körperliche Belastungen (z. B. andauernde Müdigkeit);
- psychische Belastungen (z. B. die veränderte Persönlichkeit des demenziell Erkrankten, der Verlust des vertrauten Partners, Schuldgefühle);
- soziale Belastungen (z. B. Isolation und Vereinsamung);
- zeitliche Belastungen (z. B. das ständige „Anwesend-Sein-Müssen“) sowie
- strukturelle Belastungen (z. B. bedingten beengte Wohnverhältnisse einen erhöhten Stress bei Pflegenden und Betroffenen) (vgl. Tschainer 2003a: 215).

Darüber hinaus hängt das Ausmaß der Belastung unter anderem von folgenden Faktoren ab:

- Verwandtschaftsgrad: je enger die Verwandtschaft ist, desto schwieriger gestaltet sich die Betreuung;
- emotionales Verhältnis zwischen dem Pflegendem und dem Betroffenen: eine gute Beziehung vor Krankheitsbeginn wirkt sich grundsätzlich positiv auf die Pflege aus;
- Persönlichkeitsstruktur des Pflegenden: ein geringer Informationsstand über die Krankheit, mangelnde Problemlösungsfähigkeiten und negativ gefärbte Gefühle gegenüber dem Betroffenen sind Prädiktoren für eine erhöhte Pflegebelastung;
- Finanzielle Situation: geringe finanzielle Ressourcen erschweren die Betreuung und belasten den Pflegenden (vgl. Zaudig 2001: 104).

Besonders häufig werden zeitliche Faktoren, wie die Notwendigkeit einer ständigen Anwesenheit sowie ein zu geringer Zeiteanteil für eigene Interessen genannt, da der Alltag vieler Angehöriger oftmals in hohem Maße durch die Bedürfnisse der Erkrankten bestimmt wird. „Mit längerem Krankheitsverlauf bedürfen Menschen mit Demenz der ständigen Begleitung, sie sind fixiert auf ihre Bezugspersonen, die für sie eine Art Lotse in ihrer zunehmend zerfallenden inner- und extrapersonalen Welt darstellen“ (Tschainer 2003a: 216). Auch wenn also keine direkten Pflegetätigkeiten durchgeführt werden müssen, stehen den Angehörigen kaum zeitliche Ressourcen zur Wahrnehmung eigener Bedürfnisse, Interessen und Verpflichtungen zur Verfügung. Die Folge: Sozialkontakte reduzieren sich und das berufliche Engagement – sofern die Hauptpflegeperson noch berufstätig ist – muss zurückgeschraubt werden. Darüber hinaus sind die Angehörigen häufig einem hohen Maß an psychischen Belastungen ausgesetzt. Vor allem Faktoren wie die Trauer um den langsamen Verlust einer vertrauten Person, der krankheitsbedingte Rollenwechsel innerhalb der Familie, Scham- und Schuldgefühle sowie die Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen (BPSD) des Erkrankten (z. B. Wahnvorstellungen und aggressive Reaktionen) beinhalten ein enormes Belastungspotenzial für die Angehörigen. Der Rollenkonflikt bezieht sich dabei im Wesentlichen auf die folgende Problematik: einerseits müssen die Kinder der Erkrankten immer mehr Verantwortung für das Leben ihres Vaters bzw. ihrer Mutter übernehmen, andererseits steht dieser Verantwortungsübernahme allzu häufig die langjährig ausgeübte Vater- bzw. Mutterrolle des erkrankten Elternteils gegenüber. So kann es beispielsweise vorkommen, dass der Sohn eines Erkrankten bedingt durch den zunehmenden kognitiven Abbau stellvertretend für seinen Vater handeln muss, die dringend benötigte Hilfe von Seiten des Vaters jedoch strikt abgelehnt bzw. nicht zugelassen wird (vgl. Dierbach 1993: 58f). Auch Klessmann (1992: 55) greift diesen Rollenkonflikt in ihrem Buch mit dem Titel „Wenn Eltern Kinder werden und

doch die Eltern bleiben“ auf und betont: „Eine prinzipielle Auflösung der paradoxen Situation, dass die Kinder hier die Elternrolle übernehmen müssen, ist nicht möglich, weil die Beziehungen zwischen den Kranken und ihren Angehörigen infolge des hirnrorganischen Abbauprozesses immer mehr dahin tendieren, dass letztere für die ersteren tatsächlich Verantwortung übernehmen müssen.“ Den Kindern fällt es jedoch häufig schwer, „Eltern ihrer Eltern“ zu werden. „Massive psychische Erkrankungen bei diesen „Kinder-Eltern“ sind nicht selten und haben ihrerseits wieder unmittelbare Rückwirkungen auf das Befinden der dementen Eltern“ (Dierbach 1993: 58). Auch Schuld- und Versagensgefühle sind auf der Seite der Pflegenden sehr häufig zu beobachten und äußern sich in vielerlei Hinsicht. Angehörige glauben häufig, „den Patienten nicht gerecht zu werden, werfen sich selbst vor, sie hätten zu wenig Geduld, mangelndes Einfühlungsvermögen, sie könnten sich ihnen nicht liebevoll genug zuwenden [...] oder seien verantwortlich für eine Verschlechterung“ (Stuhlmann 1997: 70). Häufig geben Angehörige dennoch das Versprechen ab, das erkrankte Familienmitglied niemals in ein Heim zu geben und fühlen sich somit selbst mit dem Erreichen ihrer Belastungsgrenze weiterhin dem Erkrankten gegenüber verpflichtet – bis zum körperlichen bzw. seelischen Zusammenbruch. Klessmann (1992: 74) merkt diesbezüglich an: „Viele der Frauen, die ihre Eltern pflegen, sagen, dass sie selber solche Opfer von ihren Kindern nie annehmen möchten, das heißt für sich selber würden sie ohne weiteres die Heimplösung akzeptieren, aber sie [bringen] es nicht fertig, das ihren Eltern zuzumuten.“ Die längerfristigen Folgen dieser psychischen Überlastung äußern sich nach Zaudig (2001: 104) vor allem in Verzweiflung, Wut, gegenseitigen Aggressionen oder sogar in der Anwendung von Gewalt gegenüber dem Erkrankten.

Das Ziel sollte daher darin bestehen, „Beratung, Schulung in Stressbewältigung und Pflege-tätigkeiten, pflegeentlastende Maßnahmen – zu Hause, in der Tages- oder Kurzzeitpflege – sowie sonstige Hilfemaßnahmen so frühzeitig wie möglich anzubieten, damit sich ein hohes Niveau pflegebedingter Belastungen und körperlicher Beschwerden erst gar nicht entwickelt“ (Gräbel 1998b: 61). Denn stärker belastete Angehörige, so betont Gräbel (1998b: 61), beenden die häusliche Pflege frühzeitiger und häufiger als geringer belastete Pflegepersonen. Und auch Grunfeld et al. (1997: 1102) stellen diesbezüglich fest:

If formal support is not provided, there is a danger that informal caregivers will burn out. Then, not only will the elderly person require more formal care (in many instances institutional care), but the caregiver as well could become a recipient of care within the system. That is, there is both a humane and an economic incentive for assisting caregivers in the care of their seniors.

Die Inanspruchnahme entlastender Angebote ist jedoch häufig von einer geradezu paradoxen Situation gekennzeichnet: so kann einerseits davon ausgegangen werden, dass Angehörige, die zu einem frühen Zeitpunkt professionelle Hilfe erhalten, im weiteren Verlauf der häuslichen Pflege mit deutlich weniger Belastungen konfrontiert werden. Andererseits werden entsprechende Hilfeleistungen häufig erst zu einem deutlich späteren Zeitpunkt bzw. bei einem deutlich ausgeprägteren Pflegebedarf in Anspruch genommen; also erst dann, wenn psychische Belastungen und körperliche Beschwerden bereits ein hohes Niveau erreicht haben (vgl. Gräbel 1998b: 61). Kapitel I/4 konnte diese Diskrepanz bereits am Beispiel der relativ geringen Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste belegen. Auch Fenchel et al. (1999: 31) kommen zu dem Ergebnis, dass professionelle Hilfen nur von einem Drittel der Pflegebedürftigen (33 %) in Anspruch genommen werden. Klessmann (1992: 54) sieht die Situation vieler Angehöriger durch eine Doppelbotschaft gekennzeichnet. Sie lautet: „Helft mir, ich verstehe die Welt nicht mehr – nein, nein, ich kann das alles noch alleine!“ Doch wo liegen die konkreten Ursachen für diese „Entlastungsresistenz“? Brodaty et al. (1992) führen am Beispiel der Kurzzeitpflege drei Gruppen von Hindernissen an, die häufig einer Inanspruchnahme entgegenstehen:

1. Barrieren, die mit der Pflegeperson selbst zusammenhängen:
 1. Schuldgefühle, wenn die pflegebedürftige Person in ein Kurzzeitpflegeheim „abgegeben“ wird;
 2. finanzielle Gründe;
 3. soziale Normen (Pflege wird ausschließlich als Familienaufgabe angesehen) sowie
 4. Unkenntnis bezüglich der Entlastungsangebote.
2. Barrieren, die mit der pflegebedürftigen Person zusammenhängen:
 - die Aufnahme in ein Kurzzeitpflegeheim wird als zu schwierig erachtet (z. B. aufgrund aggressiven Verhaltens, Inkontinenz, Immobilität).
3. Strukturelle Barrieren:
 - Einrichtungen sind nicht verfügbar, da zu weit entfernt oder
 - lange Wartelisten verhindern eine Aufnahme des Erkrankten (vgl. Gräbel 1998a: 55).

Zur Gewährleistung einer möglichst hohen Effektivität der Entlastungsangebote wird es also darauf ankommen, durch eine „intensive Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung der Betroffenen sowie durch eine Vernetzung und Optimierung der Angebote“ (Gräbel 1998a: 56) solche oder ähnliche Barrieren zu überwinden.

7.2 Die professionell Pflegenden

Obgleich eine in Kapitel I/7.1 geforderte „Belastungsprävention“ sicherlich dazu beitragen könnte, die häusliche Pflege auf längere Zeit zu sichern, leben nur noch etwa 35 % der demenziell Erkrankten zum Zeitpunkt ihres Lebensendes in einem Privathaushalt. Der Anteil der Demenzerkrankten in den Heimen ist in den letzten Jahren hingegen stark angestiegen und beläuft sich zum Zeitpunkt der Erstaufnahme (Stand 1997) bereits auf etwa 43 % aller neu aufgenommenen Heimbewohner (vgl. Stuhlmann 1997: 69f). Einerseits ist diese Entwicklung mit Sicherheit darauf zurückzuführen, dass die häusliche Pflege in den späteren Stadien der Erkrankung zunehmend schwieriger zu gewährleisten ist. Andererseits kann dies nach Jakob et al. (2002: 480) auch als „Auswirkung des [...] Anwachsens des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung bei gleichzeitiger Abnahme des familiären Pflegepotenzials interpretiert werden, wodurch auch in den folgenden Jahren mit einer weiteren Erhöhung der Prävalenz demenzieller Erkrankungen in den Altenpflegeheimen zu rechnen ist.“

Die folgenden Ausführungen sollen daher Aufschluss geben, unter welchen Bedingungen therapeutische Arbeit mit demenziell erkrankten älteren Menschen im stationären Umfeld stattfindet oder, um das Ergebnis des Kapitels bereits vorwegzunehmen, überhaupt von einer therapeutischen Arbeit mit Demenzerkrankten im stationären Bereich ausgegangen werden kann. Dem Verfasser liegt es zwar fern, an dieser Stelle ein weiteres Kapitel zum Thema „Pflegetotstand in deutschen Altenheimen“ aufzuschlagen, obgleich die Medien immer wieder von Pflegefehlern, gewalttätigen Übergriffen, verdursteten bzw. mangelernährten Heimbewohnern oder sonstigen Missständen berichten. Dennoch weisen solche Meldungen auf ein erhebliches Belastungspotenzial im Bereich der stationären Pflege hin, dessen Bestandteile und Auswirkungen auf die professionell Pflegenden an dieser Stelle nachvollzogen werden sollen. Der Forschungsstand auf diesem Gebiet muss jedoch, vor allem im deutschsprachigen Raum und insbesondere im Bereich der ambulanten Altenpflege, immer noch als fragmentarisch und unsystematisiert bezeichnet werden (vgl. Zimmer 1999: 178). Auch die Beiträge aus den angloamerikanischen oder skandinavischen Ländern lassen sich nicht vorbehaltlos auf die deutschen Verhältnisse übertragen. So wird beispielsweise in den USA keine berufsständische Differenzierung zwischen der Alten- und der Krankenpflege vorgenommen; auch die gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufes ist dort nicht zuletzt durch akademische Weiterbildungsmöglichkeiten sowie eine bessere Bezahlung als höher einzuschätzen. Zudem konnte sich der Verfasser des Eindrucks nicht erwehren, dass das Thema „Beanspruchung bzw. Belastung in der Altenpflege“ nur allzu gern in der mit dem

Thema „Demenz“ assoziierten Literatur umgangen wird. So finden sich zwar bei vielen Autoren Hinweise bzw. Ausführungen zur Belastungssituation der Angehörigen; der Bereich der professionellen Pflege hingegen bleibt jedoch häufig unberücksichtigt (vgl. Füsgen 2001; Zaudig 2001; Förstl 2003). Auch Dierbach (1993: 61ff) betont zwar, dass die Situation der professionellen Pflegekräfte sicherlich nicht mit den Begriffen „Hilflosigkeit“ und „Helfersyndrom“ ausreichend beschrieben sei, begnügt sich jedoch mit der Aussage, dass in deutschen Pflegeheimen ein ungeheuer anstrengender und wertvoller Dienst am Menschen geleistet werde und beendet seine Darstellung mit allgemeinen Ausführungen zum Thema „Arbeitsmotivation“ sowie mit relativ zusammenhangslos dargestellten Auflistungen zu den fachlichen und menschlichen Voraussetzungen des Altenpflegeberufes.

Tatsächlich jedoch kann die Situation in der professionellen Altenpflege nach wie vor in vielerlei Hinsicht als unzureichend bezeichnet werden. Schicht- und Nachtarbeit, hoher Zeitdruck, mangelnde gesellschaftliche Anerkennung, geringe Löhne und fehlende Aufstiegsmöglichkeiten sind als wesentliche Problemfelder des Altenpflegeberufes hervorzuheben. Zudem lassen ein chronischer Personalmangel sowie eine „Pflege nach Minuten“ kaum Spielraum für psychosoziale Zuwendungen, eine sinnvolle Freizeitgestaltung sowie eine aktivierende Pflege. „Dementsprechend weisen Untersuchungen aus der stationären Altenpflege darauf hin, dass selbst in überdurchschnittlich guten Einrichtungen besorgniserregende Defizite vor allem im Hinblick auf die psychosoziale Betreuung und die individuelle Pflege der Bewohner bestehen“ (Görres et al. 1999: 68). Die Pflegenden selbst reagieren mit einer geringen Arbeitszufriedenheit und häufigem Berufswechsel. „Vier von fünf Ausbildungsabsolventen von 1992 stiegen bis 1997 aus der Altenpflege aus“ (Becker et al. 1997: 22). Dies ist das Ergebnis der Studie „Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften“ des „Bundesinstituts für Berufsbildung“ und des „Kuratoriums Deutsche Altershilfe“, deren Ergebnisse Ende 1997 vorgestellt wurden. Auch die europäische NEXT-Studie („Nurses' early exit study“) zeichnet ein ähnlich düsteres Bild. Aktuelle Zwischenergebnisse dieser Studie wurden im Oktober 2003 in Brüssel vorgestellt. Danach denkt in Deutschland fast jede fünfte Pflegekraft ernsthaft daran, ihren Beruf zu verlassen. Als Hauptgründe werden die Unvereinbarkeit von Beruf und Familie sowie die Unzufriedenheit mit dem Betriebsklima angegeben. Besonders negativ empfinden deutsche Pflegekräfte laut NEXT-Studie ihre Arbeitsbedingungen. So ist fast die Hälfte der Befragten mit den Arbeitszeiten unzufrieden, so viele wie in keinem anderen EU-Staat (vgl. Presse- und Informationsstelle Bergische Universität Wuppertal 2003). Für Aufsehen in jüngster Vergangenheit sorgten zudem die

Ergebnisse einer Befragung unter deutschen Pflegekräften, in der mehr als 60 % der Befragten angaben, selbst nicht freiwillig in einem Heim leben zu wollen.

Die Ursachen, mit denen eine ablehnende Haltung dem Heim als Lebensort für die eigene Zukunft gegenüber begründet wurde, beziehen sich [...] in erster Linie auf befürchtete Einschränkungen der Individualität und Persönlichkeit, begrenzte Privat- und Intimsphäre und das Gefühl von Abhängigkeit sowie die Sorge, der Willkür des Pflegepersonals ausgeliefert zu sein. Darüber hinaus wird dem Altenheim ein Charakter von Massenabfertigung angelastet sowie Pflegedefizite, die im täglichen Berufsalltag beobachtet werden, als zusätzliche Kritik-faktoren angeführt (Dymarczyk 2003: 6).

Grund genug für eine differenziertere Betrachtung der bereits erwähnten Defizite und Belastungen. Als Hauptkritikpunkte sind im Wesentlichen die quantitativ (und qualitativ) unzureichende Personalsituation sowie die daraus resultierende Zeitnot bei der Arbeit hervorzuheben. So bemängelten in der bereits erwähnten KDA-Studie mehr als 70 % der befragten Mitarbeiter zu wenig Zeit, sowohl für Gespräche als auch für die Vorbereitung und Durchführung der eigentlichen Pflege zur Verfügung zu haben. In der Studie wurde eine Pflegezeit von durchschnittlich nur 26 Minuten für jeden Pflegebedürftigen ermittelt; nach Ansicht der Befragten wären jedoch mindestens 48 Minuten – also beinahe doppelt so viel Zeit – notwendig gewesen (vgl. Becker et al. 1997: 23). „Aufgrund der gehetzten Arbeitsweise und des Zeitdrucks lassen sich Pflegeziele und ganzheitliche Konzepte einer anspruchsvollen und befriedigenden Pflege nicht umsetzen, was zu einer Diskrepanz zwischen Pflegeanspruch und tatsächlicher Umsetzbarkeit in der Realität führt“ (Dymarczyk 2003: 3f). Hierzu merkt auch Muthesius (2000: 30) treffend an:

Einen besonderen Kontrast erleben vor allem die Pflegenden, die eine Altenpflegeausbildung gemacht haben. Sie hatten die Fächer Musik, Beschäftigung, Krankengymnastik, und haben Lust und Ideen gesammelt, mit ihren alten Patienten noch etwas anderes zu erleben als die aus Ressourcenmangel heraus immer notdürftigst bleibende Grund- und Behandlungspflege. Darüber schwebt schillernd der Begriff der Ganzheitlichkeit, der das nur seltenst einzulösende Lustprinzip auf der anderen Seite ideologisierend zum höchsten Ziel erhebt.

Der eingangs erwähnte Personalmangel muss zudem in zweifacher Hinsicht kritisiert werden: zum einen quantitativ dahingehend, dass zu wenig Pflegekräfte für ein zu hohes Arbeitspensum zur Verfügung stehen; zum anderen jedoch auch qualitativ, da der Anteil der examinieren, also qualifizierten Pflegekräfte als unzureichend angesehen werden muss. So wird ein großer Anteil der Pflegeleistungen nach Görres et al. (1999: 68) von Altenpflegehelfern und unqualifizierten Pflegehilfskräften ohne Ausbildung erbracht. Und auch die Ergebnisse einer bundesweiten Studie von Infratest (1995) konnten belegen, dass der Anteil des examinieren Pflegepersonals bei 43 % der untersuchten Einrichtungen unter dem in der Heimpersonalver-

ordnung geforderten 50 % lag (vgl. Görres 1999: 68). Als zusätzliche Belastung werden zudem die seit der Einführung der Pflegeversicherung gestiegenen Anforderungen an die Altenpflege empfunden. Dymarczyk (2003: 4) bemerkt hierzu:

Die erweiterte Pflegedokumentation und die Pflegezeitvorgaben, die aufgrund der Bestrebungen nach verbesserter Qualitätssicherung eingeführt wurden, haben nach Aussage der Altenpfleger zur Folge, dass die tatsächliche Betreuungszeit pro Bewohner weiterhin vermindert wurde und dem Anspruch an eine individuelle Versorgungsleistung noch weniger Rechnung getragen werden kann als zuvor.

Häufige Folge sind Konflikte, die sowohl zwischen den Bewohnern und dem Pflegepersonal als auch zwischen den Pflegekräften selbst entstehen können. So beklagen die Bewohner nach Kruse et al. (1999: 159f) häufig mangelndes Interesse und Engagement des Pflegepersonals für ihre persönlichen Bedürfnisse, die Einstellung der Pflegekräfte zur Altenpflege, die Überforderung, den häufigen Wechsel oder das Fehlen von Mitarbeitern, Unfreundlichkeit, Verletzungen ihrer Intimsphäre oder auch die Nichtbeachtung ihrer seelischen Bedürfnisse. Nicht zuletzt werden Forderungen nach einer individuelleren und umfassenderen Pflege auch von den Angehörigen der Bewohner geäußert. Die Pflegekräfte selbst fühlen sich ihrerseits häufig den Erwartungen an die Versorgung der Bewohner hilflos ausgeliefert und beklagen die Ungeduld und Aggression der Angehörigen. Hinzu kommen die Konflikte unter den Mitarbeitern, in denen es häufig um Fehlzeiten, Verspätungen und zu lange Pausenzeiten geht, die teilweise aber auch durch eine aus allgemeiner Überforderung und Überlastung resultierenden Gereiztheit der Pflegenden entstehen können. Überlastungssymptome treten aufgrund dieser Umstände nicht selten auf. Eine häufig beobachtete Beanspruchungsfolge ist das sogenannte „Burnout-Syndrom“, eine „Symptomkombination aus emotionaler Erschöpfung, Abneigung gegenüber den Betreuten und nachlassendem beruflichen Engagement“ (Zimmer et al. 1999: 98). So fühlten sich etwa in der Studie von Dymarczyk (2003: 3) 90 % der mehr als einhundert befragten Altenpfleger in ihrem Beruf überlastet und überfordert. Nahezu ein Drittel der Befragten gab sogar an, häufig bzw. permanent überlastet zu sein, wobei die psychischen Belastungen als deutlich schwerwiegender als die körperlichen Belastungen empfunden wurden. Auch andere Studien konnten bei etwa einem Drittel der befragten Pflegekräfte ein kritisches Maß an emotionaler Erschöpfung nachweisen (vgl. Zimmer 1999: 173).

Die Lebenssituation der demenziell erkrankten Heimbewohner kann aufgrund der eingangs bereits erwähnten defizitären Forschungslage nur in begrenztem Maße nachvollzogen werden. Erwartungsgemäß kann bestätigt werden, dass demenzielle Erkrankungen ein erhöhtes Belastungspotenzial für die Pflegekräfte beinhalten, welches jedoch offensichtlich nicht

nur durch die Erkrankung selbst, also durch die kognitiven Beeinträchtigungen sowie durch die psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, sondern vor allem durch Unkenntnis und mangelnde Erfahrung im Umgang mit den Erkrankten zu entstehen scheint. So berichten etwa Kruse et al. (1999: 168):

Aus den geführten Gesprächen wurde deutlich, dass insbesondere der Umgang mit Verwirrten [...] als besonders belastend erlebt wird; nicht zuletzt deshalb, weil die MitarbeiterInnen häufig nicht wissen, wie sie sich diesen Personen gegenüber verhalten sollen, und weil keine Möglichkeit besteht, mit anderen über die eigene Ratlosigkeit zu sprechen.

Somit verwundert es auch nicht weiter, dass in der Studie von Dymarczyk (2003: 6) die „unnatürliche Konzentration von Alter, Krankheit und Demenz“ von vielen der befragten Pflegekräfte sogar als „abstoßend“ empfunden wurde. An dieser Stelle zeigt sich ein immenser Bedarf an gerontopsychiatrisch fundierten Fort- und Weiterbildungen sowie an einem verstärkten Angebot im Bereich der Supervision.

Angesichts dieser Ergebnisse stellt sich der Verfasser die Frage, wie eine therapeutische Arbeit mit demenziell Erkrankten im stationären Umfeld überhaupt stattfinden soll. Denn gerade demenziell erkrankte Menschen sind auf eine (zeit-)intensive, liebevolle Zuwendung und Betreuung, konstante Strukturen (z. B. feste Bezugspersonen), kompetentes Pflegepersonal sowie eine aktivierende und orientierende Umgebung angewiesen. Allein die Sicherstellung dieser Bedürfnisse scheint angesichts der bestehenden Strukturen nur in Ausnahmefällen gewährleistet zu sein. Cohen-Mansfield (2003: 222) stellt diesbezüglich fest: „The most obvious barrier to the implementation of the nonpharmacologic approaches [...] is that the current structure of care does not promote such nonpharmacologic assessment and intervention.“ Und auch Jakob et al. (2002: 480) bemerken kritisch: „Demenzkranken bedürfen dauerhaft einer unterstützenden und aktivierenden Betreuung, die in diesem Kontext nicht gewährleistet werden kann.“ Gleichzeitig betonen die Autoren, dass eine „Heimsumwelt, die durch mangelnde Förderung und Anregung zu erlernter Hilflosigkeit führt, [auch] ihren Beitrag dazu leisten [könnte], dass sich eine präklinische, noch nicht manifestierte Demenz schneller zu einer diagnostizierbaren Krankheit entwickelt“ (ebd.: 480). Demnach gilt es, die Pflegekonzepte der Heime sowohl für Demenzerkrankte als auch für Nichtbetroffene zu überdenken. Nach Meinung des Verfassers wäre es jedoch zu einfach, sich dabei auf die üblichen Forderungen nach erhöhten Personalschlüsseln, Veränderungen in der Arbeitsorganisation und den verstärkten Einsatz von Sozialpädagogen oder Psychologen zu beschränken. Dies wären sicherlich wichtige Schritte; vielmehr bedarf es jedoch einer Korrektur des Gesamtsystems, insbesondere des in der Pflegeversicherung verankerten „Defizitmodells“, welches den

Anspruch auf finanzielle Leistungen an Pflegestufen koppelt, die ihrerseits wiederum über Defizite in den Bereichen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität definiert werden (vgl. BMGS 2003b: 12). Anreize zu einer aktivierenden Pflege bestehen daher wohl kaum, da „bei jeder Verbesserung der Situation des Pflegebedürftigen mit einer Leistungskürzung infolge einer niedrigeren Einstufung zu rechnen ist“ (Görres et al. 1999: 73). Auch die stationären Einrichtungen sind somit darauf angewiesen, Pflegebedürftige mit einer möglichst hohen Pflegestufe aufzunehmen, da ansonsten finanzielle Probleme unausweichlich die Folge wären. Provokativ könnte dementsprechend sogar gefragt werden, ob an einer wie auch immer gearteten Verbesserung der körperlichen, seelischen oder geistigen Verfassung der Bewohner – und natürlich auch der demenziell Erkrankten – überhaupt ein begründetes Interesse bestehen kann. Sicher ist nur, dass eine Lösung der Probleme in der stationären Altenpflege vor dem Hintergrund der zu erwartenden demografischen Veränderungen und der damit verbundenen Zunahme demenzieller Erkrankungen dringendes Ziel einer angemessenen Altenpolitik sein sollte. Dennoch steht zu befürchten, dass eine intensive Zuwendung, psychosoziale Hilfen sowie der Einsatz therapeutischer Konzepte im Umgang mit demenziell Erkrankten auf Dauer personell und strukturell besser ausgestatteten gerontopsychiatrisch spezialisierten Versorgungsformen vorbehalten bleiben.

II Zur Wirkung nonpharmakologischer Therapieverfahren

1 Einleitung

Ungeachtet des optimistischen Tenors zahlreicher Presseberichte mit viel versprechenden Titeln wie „Impfen gegen Alzheimer“⁶ oder „Antikörper gegen Demenz“⁷ lässt sich der Forschungsstand in Bezug auf die Therapie der primären Demenzen nach wie vor in einem Satz zusammenfassen: „Es stellt heutzutage einen großen Therapieerfolg dar, wenn die Krankheit in ihrer Progredienz verlangsamt wird“ (Zaudig 2001: 39). Unlängst schien jedoch selbst dieser Status quo durch die Ergebnisse der sogenannten „AD2000“-Studie gefährdet, in der die Wirksamkeit eines vielfach eingesetzten Antidementivums scheinbar widerlegt werden konnte (vgl. Kap. II/2.1). Dass dies so nicht zutrifft, kann bereits vorweg genommen werden; für die Zeitschrift „Der Spiegel“⁸ jedoch Anlass genug, den Resultaten dieser methodisch defizitären Studie jüngst einen Artikel zu widmen und Betroffene und Angehörige verunsichert zurückzulassen. Obwohl es also bis zum heutigen Tag noch nicht gelungen ist, den Verlauf demenzieller Erkrankungen dauerhaft zum Stillstand zu bringen oder eine fortwährende Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten und Alltagsfertigkeiten der Betroffenen zu erreichen, wäre ein „therapeutischer Nihilismus“ ungeeignet, um dem Problem der Demenz in angemessener Hinsicht zu begegnen. So ist der Behandlungsansatz bei demenziellen Erkrankungen heute sogar als höchst komplex zu bezeichnen, da er sowohl auf eine Linderung der Beschwerden und Symptome als auch auf einen möglichst langen Erhalt der Selbstständigkeit der Betroffenen abzielt und zugleich die Unterstützung ihrer Angehörigen beabsichtigt. Die grundlegenden Zielvorgaben in der Demenztherapie bestehen nach Zaudig (2001: 28) in:

- der Förderung der verbliebenen Fähigkeiten und Möglichkeiten des Betroffenen;
- der Verbesserung der Lebensqualität des Erkrankten und seiner Angehörigen;
- der Konservierung und Stärkung von Selbstbestimmung und Autonomie im Sinne eines Kompetenzerhaltes;
- der sozialen Integration;
- einer Aktivierung ohne Überforderung;
- der vorübergehenden Stabilisierung der kognitiven Leistungen,
- der Reduzierung der nichtkognitiven Beeinträchtigungen (BPSD) sowie

⁶ Vgl. Bocholter Borkener Volksblatt, 29.11.2003, Nr. 278.

⁷ Vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung 10.08.2004.

⁸ Vgl. Der Spiegel 2004, Heft 33.

- der Verbesserung der Aktivitäten des täglichen Lebens.

Grundsätzlich ist dabei „jede therapeutische Maßnahme auf die Lebensqualität des Patienten und seine Kompetenz zur Bewältigung des Alltags auszurichten, das heißt für die Therapie des Patienten mit Hirnleistungsstörungen ist ein ganzheitlicher Ansatz zu fordern“ (Füsgen 2001: 111). Und auch Haupt (2004: 475) stellt heraus: „Die Therapie muss multimodal und integrativ sein und den individuellen Erfordernissen des Kranken und seiner Bezugspersonen gerecht werden.“ Das Ergebnis ist ein Therapiekonzept, das sich – abgesehen von den verschiedenen Möglichkeiten zur Versorgung der Erkrankten – im Wesentlichen aus folgenden Bestandteilen zusammensetzt:

1. Pharmakotherapie (die Behandlung mit Antidementiva, die Psychopharmakotherapie nichtkognitiver Verhaltensstörungen sowie die internistische Basistherapie);
2. nonpharmakologische Therapiemaßnahmen (z. B. kognitives Training, Biografiearbeit oder Realitäts-Orientierungs-Training);
3. die Einbeziehung der Angehörigen und die Vermittlung psychosozialer Hilfen sowie
4. eine adäquate körperliche Aktivierung und Bewegungstherapie.

Der zweite Teil der vorliegenden Arbeit wird sich vor allem auf die beiden erstgenannten Aspekte beziehen, wobei der Darstellungsschwerpunkt auf die verschiedenen nonpharmakologischen Therapieansätze gelegt wird.

2 Pharmakotherapie der Demenz

Die medizinische Behandlung demenzieller Erkrankungen setzt sich aus einem mehrfach ausgerichteten Therapieansatz zusammen, der in verschiedene Bereiche unterteilt werden kann. Den Ausgangspunkt für alle Maßnahmen bildet zunächst die sogenannte „internistisch-geriatrische Basistherapie“, deren primäres Ziel es ist, „Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Infektionen, Störungen des Flüssigkeits- und Elektrolythaushaltes usw. frühzeitig zu erkennen und durch eine sachgerechte Behandlung die funktionellen Auswirkungen für den Patienten zu minimieren“ (Füsgen 2001: 116). Die weiteren Behandlungsmaßnahmen setzen sich dann vor allem aus zwei Bereichen zusammen:

- eine pharmakologische Therapie zur Verbesserung oder Stabilisierung der geistigen Leistungsfähigkeit und der Alltagsbewältigung (durch Antidementiva) sowie
- eine pharmakologische Therapie zur Milderung oder Beseitigung der häufig bestehenden psychiatrischen Begleitsymptome (BPSD) (v. a. durch Neuroleptika und Antidepressiva).

Im Folgenden werden beide Therapiebereiche in ihren Grundzügen erläutert.

2.1 Pharmakologische Therapie kognitiver Störungen

Die Therapie der kognitiven Beeinträchtigungen erfolgt durch den Einsatz so genannter „Antidementiva“. Unter diesem Oberbegriff werden solche Arzneistoffe zusammengefasst, die sich vor allem positiv auf die Gedächtnisleistungen sowie die Lern-, Auffassungs- und Konzentrationsfähigkeit der Betroffenen auswirken sollen (vgl. Füsgen 2001: 123). Hierzu gehören einerseits die sogenannten „Acetylcholinesterase-(AChE)-Hemmer“ (Tacrin, Donepezil, Rivastigmin und Galantamin), andererseits die sogenannten „Nootropika“ (Ginkgo biloba, Nicergolin, Piracetam, Pyritinol und Dihydroergotoxin) sowie der Glutamatmodulator „Memantine“. Abgesehen von der jeweils individuellen Verträglichkeit, auf die stets geachtet werden sollte, werden die AChE-Hemmer primär in der Behandlung der Alzheimer-Krankheit sowie der Lewy-Körper-Demenz eingesetzt. Andere Medikamente, wie Cordergocrin oder Piracetam, die der Gruppe der Nootropika zugehörig sind, verfügen dagegen über ein breiteres Wirkungsspektrum und werden zur Behandlung verschiedener Demenzformen verwendet (vgl. Zaudig 2001: 39f). Betont werden muss jedoch, dass alle Antidementiva trotz unterschiedlichster Wirkmechanismen nur an den Folge- und Begleiterscheinungen der Demenzerkrankungen ansetzen und das Fortschreiten der Krankheitssymptome daher nur vorübergehend verzögert werden kann. Sie helfen jedoch, zumindest für einen begrenzten Zeitraum, die Lebensqualität der Betroffenen zu erhalten.

Eine mögliche Wirksamkeit der Antidementiva ist in der Regel erst drei Monate nach Behandlungsbeginn feststellbar. Zur Beurteilung sollten dann zumindest ein „Mini-Mental Status Test“⁹ durchgeführt sowie die subjektiven Aussagen des Betroffenen in Bezug auf seine Befindlichkeit herangezogen werden. Nach etwa einem halben Jahr muss schließlich entschieden werden, ob eine Fortführung der Behandlung sinnvoll ist oder nicht, wobei sowohl das Ausbleiben einer Verschlechterung als auch eine Verlangsamung der Progredienz der Erkrankung als Erfolge zu bewerten sind (vgl. Füsgen 2001: 124). Zeichnet sich hingegen keine positive Wirkung ab, sollte ein weiterer Therapieversuch mit einem anderen Medikament unternommen werden, denn das fehlende Ansprechen auf eine Substanz schließt die Wirksamkeit eines anderen Präparates nicht aus (vgl. Füsgen 2001: 125). Grundsätzlich gilt: „Solange sich der Gesundheitszustand des Patienten nicht oder nur langsam verschlechtert, keine Unverträglichkeit auftritt und von einer die Aufmerksamkeit und das Aktivitätsniveau steigernden Therapie ein Nutzen zu erwarten ist, sollte die Behandlung fortgesetzt werden“ (vgl. Deutsche Alzheimer-Gesellschaft 2002: 1). Fuchsberger et al. (2002: 28) merken jedoch

⁹ Vgl. Kap. I/6.1.3, S. 52f.

an, dass im Rahmen der therapeutischen Interventionen „zur Zeit leider auch Kostenüberlegungen ein limitierender Faktor sind.“ Im Folgenden werden die Wirkungsspektren und -mechanismen der verschiedenen Antidementiva-Gruppen kurz vorgestellt (vgl. Tab. 7).

Tab. 7: Häufig verordnete Antidementiva.

Chemischer Name	Handelsname	Wirkmechanismus	Tagesdosis in mg/Tag	Nebenwirkungen	Einsatz bei
Ginkgo biloba	Tebonin®	Neutralisiert schädliche Stoffwechselprodukte, erhöht den Ausstoß von Signalstoffen, verbessert die Durchblutung	120 – 240	Übelkeit, Kopfschmerz	Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen bei demenziellen Erkrankungen aller Schweregrade
Memantine	Axura® Ebixa®	Verbessert die durch Glutamat vermittelte Signalübertragung	10 – 20	Unruhe, Schlafstörungen	mittelschwere und schwere Alzheimer-Krankheit
Donepezil	Aricept®	Verbessern die durch Acetylcholin vermittelte Signalübertragung	5 – 10	Übelkeit, Erbrechen, Schlafstörungen	leichte bis mittelschwere Alzheimer-Krankheit
Rivastigmin	Exelon®		6 – 12		
Galantamin	Reminyl®		16 – 24		

Quelle: Deutsche Alzheimer-Gesellschaft (2002): 1, ergänzt nach Zaudig (2001): 39 f.

Acetylcholinesterase-(AChE)-Hemmer

Die Acetylcholinesterase-Hemmer werden zur Behandlung einer leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz empfohlen. Eine mögliche Wirkung ist nach Bullock (2002: 136) jedoch auch bei anderen Demenzerkrankungen zu erwarten: „Clinical trials are ongoing with AChEIs in vascular dementia and mixed dementia. No result is available as yet, but as the cholinergic system is implicated in these disorders it is hoped that findings will be positive.“ Wirkungsgrundlage der AChE-Hemmer ist die sogenannte „Acetylcholinmangelhypothese“. Das heißt, im Rahmen des degenerativen Krankheitsprozesses nimmt unter anderem die Ausschüttung des an Erinnerungs- und Lernprozessen beteiligten Neurotransmitters Acetylcholin schrittweise ab, und es entsteht ein sogenanntes „cholinerges Defizit“. Verantwortlich hierfür ist die Acetylcholinesterase (AChE), ein Enzym, das das Acetylcholin spaltet und abbaut (vgl. Fuchsberger et al. 2002: 24). Aufgabe der AChE-Hemmer ist es demnach, die Arbeit der Acetylcholinesterase zu blockieren und damit den Abbau des Acetylcholins zu verhindern. Damit wird das „cholinerge Defizit“ zumindest teilweise wieder ausgeglichen, da das Acetylcholin länger zur Verfügung steht und somit die Weiterleitung von Informationen

im Gehirn für einen längeren Zeitraum gewährleistet werden kann. Die Wirksamkeit der AChE-Hemmer gilt inzwischen als gut belegt; der Krankheitsverlauf kann durch den Einsatz der entsprechenden Präparate um durchschnittlich 40 bis 50 Wochen verzögert werden (vgl. Füsgen 2001: 129). Zu den neueren Vertretern der umschriebenen Substanzklasse gehört beispielsweise der AChE-Hemmer „Donepezil“ (Handelsname: Aricept), der seit Mitte 1997 in Deutschland zur Behandlung von Patienten mit leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz zugelassen ist. Er zeichnet sich vor allem durch eine positive Beeinflussung der Alltagsfähigkeiten sowie der kognitiven Leistungen bei einer gleichzeitig geringen Nebenwirkungsrate aus und gilt inzwischen in seiner Wirksamkeit als gut belegt.

Dennoch wurde die Wirksamkeit von Donepezil im Juni 2004 durch die Ergebnisse der sogenannten „AD2000“-Studie bezweifelt. Ziel der Untersuchung war es, die Wirksamkeit von Donepezil gegenüber Placebo über einen Zeitraum von einem Jahr zu prüfen; mit dem folgenden Ergebnis: „Donepezil is not cost effective, with benefits below minimally relevant thresholds. More effective treatments than cholinesterase inhibitors are needed for Alzheimer's disease“ (AD2000 Collaborative Group 2004: 2105). Diese Feststellung muss jedoch aus verschiedenen Gründen angezweifelt werden. Zum einen wurde die Studie aufgrund eines defizitären Rekrutierungsvorgangs nur mit 566 anstatt der ursprünglich geplanten 3000 Patienten durchgeführt (vgl. Kompetenznetz Demenzen 2004: 1). Das ursprünglich auf die Dauer von einem Jahr angelegte Studiendesign wurde auf drei Jahre, unterteilt in drei Behandlungsphasen (1 Phase = 48 Wochen), verlängert. Zum anderen wurden während der Untersuchung immer wieder sogenannte „Washout-Phasen“ durchgeführt, das heißt, das Antidementivum wurde zwischenzeitlich immer wieder für einen bestimmten Zeitraum abgesetzt, zunächst für sechs Wochen, dann wiederum für vier Wochen. Der Grund für dieses Vorgehen bleibt unklar. Abgesehen davon wurde die dritte Behandlungsphase von nur noch 20 Patienten beendet (vgl. Kompetenznetz Demenzen 2004: 1). Demnach kann – wenn überhaupt – nur das eigentlich zu erwartende Ergebnis festgehalten werden: „Donepezil setzt für die Entfaltung der therapeutischen Wirkung eine konsequente, kontinuierliche Medikation voraus; eine zeitlich unterbrochene Verabreichung dieses Antidementivums untergräbt seine therapeutische Wirkung“ (ebd.: 1).

Memantine

Memantine (Handelsnamen: Axura, Ebixa) gehört zur neuartigen Medikamentenklasse der sogenannten „NMDA-Rezeptorantagonisten“ (NMDA = N-Methyl-D-Aspartat) und wird in

der Behandlung von Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Alzheimer-Krankheit eingesetzt. Bei der Erkrankung kommt es unter anderem zu einem Ungleichgewicht verschiedener Botenstoffe im Gehirn. Während einerseits das bereits erwähnte cholinerge System primär durch ein Defizit gekennzeichnet ist, kommt es auf der anderen Seite zu einer pathologisch überhöhten Konzentration des Botenstoffes Glutamat und als Folge zu einer Überreizung der Nerven. Diese werden dann in ihrer Funktion eingeschränkt oder sterben sogar ab (vgl. Füsgen 2001: 132f). Memantine verhindert die Nervenüberreizung durch den Botenstoff Glutamat. Es blockiert den Wirkort von Glutamat an den Nerven, den sogenannten „N-Methyl-D-Aspartat-Rezeptor“ und trägt somit dazu bei, dass Lernsignale wieder verarbeitet werden können (vgl. Zaudig 2001: 44). Memantine zeigt im Vergleich zu den anderen Wirkstoffen ein relativ ausgeprägtes Wirkungsspektrum. In klinischen Studien konnten bisher signifikante Verbesserungen im kognitiven Bereich sowie im Bereich der Vigilanz, Motorik und der Alltagsfähigkeiten nachgewiesen werden. „Die Gedächtnis- und Denkprozesse werden verbessert, die Aufmerksamkeit gesteigert und die depressive Grundstimmung aufgehellt“ (Zaudig 2001: 44).

Nootropika

Unter „Nootropika“ werden nach Gutzmann (1997: 47) „pharmakologisch wirksame Substanzen verstanden, die höhere kortikale Funktionen verbessern sollen, ohne dass für sie ein einheitlicher Wirkmechanismus bekannt wäre.“ Nootropika wie Nicergolin, Piracetam oder Ginkgo biloba sind also Medikamente ohne spezifischen Angriffspunkt und kommen sowohl bei der Alzheimer-Krankheit als auch bei den Demenzen vaskulärer Genese zum Einsatz. Behandlungsziel ist sowohl eine Verbesserung der kognitiven Funktionen als auch eine Reduzierung der Verhaltensauffälligkeiten (BPSD), also unter anderem eine Besserung von Stimmung, Befindlichkeit und Antrieb. „Gerade von Angehörigen wird oftmals der Effekt auf die Verhaltensstörungen als bedeutsam beschrieben, weil dadurch der Patient leichter zu führen ist und sich besser in den Alltag integrieren lässt“ (Zaudig 2001: 40). Ein Beispiel für die Gruppe der Nootropika ist der Arzneistoff „Dihydroergotoxin“ (Handelsname: Hydergin). Dihydroergotoxin hat unter anderem eine gefäßerweiternde und damit durchblutungsfördernde Wirkung und wird allgemein zur Therapie demenzieller Erkrankungen eingesetzt (vgl. Füsgen 2001: 126). Der Wirkstoff ist bereits seit etwa 40 Jahren verfügbar und wurde seitdem in mehr als 150 Studien bezüglich seiner Wirksamkeit untersucht. Bisher konnte dabei eine signifikante Verbesserung von Orientierung, Motivation und Kurzzeitgedächtnis

sowie eine Reduktion von Verwirrtheit, Depression, Müdigkeit und Angst festgestellt werden. Nebenwirkungen treten nur gelegentlich auf und beschränken sich zumeist auf Schlafstörungen oder Schwindelsymptome (vgl. Füsgen 2001: 126). Gleichzeitig stehen die Nootropika jedoch auch in der Kritik, da ihr Einsatz – bei ebenfalls nur begrenzter Wirksamkeit – als besonders kostenintensiv zu bezeichnen ist (vgl. Zaudig 2001: 48).

2.2 Pharmakologische Therapie nichtkognitiver Begleitsymptome (BPSD)

Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten (BPSD) sind relativ häufig mit demenziellen Erkrankungen assoziiert und stellen für die mit der Pflege der Erkrankten befassten Personen eine enorme Belastung dar. Durch eine geeignete medikamentöse Einstellung lassen sich die Begleitsymptome jedoch deutlich verringern, so dass die Betreuung durch die Angehörigen bzw. Pflegekräfte wesentlich erleichtert wird. Ein breites Spektrum an Psychopharmaka – insbesondere Antidepressiva und Neuroleptika – steht hierzu zur Verfügung.

Obwohl eine behandlungsbedürftige Depression bei demenziell Erkrankten häufig nur schwer zu diagnostizieren ist, müssen depressive Symptome auch bei dementen Patienten wahrgenommen und medikamentös behandelt werden (vgl. Kap. I/6.1.5.2). Zur Behandlung depressiver Störungen werden sogenannte „Antidepressiva“ eingesetzt. Sie erhöhen die Verfügbarkeit der Überträgerstoffe Noradrenalin und Serotonin, die mit der Steuerung der Stimmungslage zusammenhängen und wirken dadurch stimmungsaufhellend. Bei demenziellen Erkrankungen sollten jedoch keine Antidepressiva mit „anticholinerg“ Wirkung verwendet werden, da sie der Wirkungsweise der AChE-Hemmer entgegenstehen und damit zu einer Verschlechterung der kognitiven Funktionen führen können (vgl. Füsgen 2001: 143). Bewährt hat sich daher der Einsatz sogenannter „Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer“ (SSRI). Selbige blockieren die Transportstoffe, die das Serotonin nach erfolgter Signalübertragung wieder zurückbefördern und sorgen damit für eine längere Wirksamkeit des Serotonins an seinem Wirkort. Darüber hinaus zeigen die SSRI-Hemmer nur relativ geringe Nebenwirkungen und tragen nicht zu einer Verschlechterung der kognitiven Leistungen bei (vgl. Zaudig 2001: 48).

Neuroleptika vermindern die Signalübertragung durch Dopamin im Gehirn und wirken dadurch entspannend und beruhigend. Unterschieden wird zwischen niedrig- und hochpotenten Neuroleptika. Die niedrigpotenten Neuroleptika (z. B. Melperon) sind vor allem für ihre sedierende Wirkung bekannt und werden daher bei Unruhe, aggressiven Verhaltensweisen und Angststörungen eingesetzt. Die hochpotenten Neuroleptika (z. B. Haloperidol) kommen

hingegen primär bei Wahnvorstellungen oder Halluzinationen zum Einsatz (vgl. Gutzmann 1997: 42f). Ein vollständiges Abklingen der Symptome wird jedoch nur selten erreicht (vgl. Zaudig 2001: 46). Ohnehin sollte vor einem pharmakologischen Eingriff zunächst versucht werden, die Begleitsymptome auf nichtmedikamentösem Weg zu beeinflussen. „Dazu gehört die Suche nach und die Veränderung von Einflüssen, welche diese Symptome hervorrufen oder aufrechterhalten. In vielen Fällen sind Umstellungen im Verhalten der Bezugspersonen oder [die] Umgestaltung der äußeren Umgebung hilfreich“ (Deutsche Alzheimer-Gesellschaft 2002: 2). Eine medikamentöse Behandlung sollte demnach erst dann erfolgen, wenn die Begleitsymptome über einen längeren Zeitraum anhalten und andere Ursachen wie Krankheiten (z. B. Infekte) oder Umgebungsreize ausgeschlossen werden können (vgl. Füs-gen 2001: 138). Der Grund für diese „Vorsicht“ liegt in der Tatsache begründet, dass die in der Therapie der nichtkognitiven Begleitsymptome verwendeten Psychopharmaka nicht unerhebliche Nebenwirkungen aufweisen und ihr Einsatz daher einer gründlichen Abwägung bedarf. Pictor (2002: 8) betont jedoch: „Die Qualität der Pflege [...] im Heim oder zu Hause, in Krankenhäusern oder psychiatrischen Kliniken steht allzu häufig in umgekehrtem Verhältnis zu der Menge der verordneten Psychopharmaka.“

3 Nonpharmakologische Therapie der Demenz

3.1 Einordnung der Therapieverfahren und Begründung ihrer Auswahl

Nichtmedikamentöse Therapieansätze haben in der letzten Zeit einen hohen Stellenwert im Behandlungsplan von demenziellen Erkrankungen eingenommen und sind als Ergänzung zu den pharmakologischen Verfahren unverzichtbar geworden.

Während sie sich noch vor 10–20 Jahren überwiegend auf unsystematische, kaum validierte und im weitesten Sinne supportive Maßnahmen für den Kranken und seine Bezugsperson beschränkten, stehen gegenwärtig gut strukturierte, validierte und zum Teil spezifische psychotherapeutische und psychosoziale Strategien zur Behandlung von Demenzkranken zur Verfügung (Haupt 2004: 475).

Unter die nichtmedikamentösen Therapieformen werden nach Wojnar (1997: 44) alle Maßnahmen subsumiert, die:

- die Gefühlslage der Demenzkranken positiv beeinflussen und stabilisieren;
- das Auftreten der Sekundärsymptome der Demenz zu verhindern helfen;
- die verlorenen Fähigkeiten ausgleichen;
- das Selbstwertgefühl der Demenzerkrankten stärken;

- die somatischen Störungen rechtzeitig wahrzunehmen und zu behandeln helfen sowie
- den Stress reduzieren und somit indirekt die Morbidität und Mortalität senken.

Aus diesen Kriterien resultiert ein breites Spektrum an möglichen Interventionen, die sowohl auf das Individuum selbst zielen als auch eine Beeinflussung seiner Umwelt beabsichtigen; und „zwischen beiden Polen gibt es breite Überlappungsbereiche im Sinne integrativer Ansätze“ (Füsgen 2001: 146).

Eine übersichtliche Einordnung der verschiedenen Therapieverfahren ist daher schwierig. So unterscheidet etwa Lehl (1992: 127) zwischen „umweltzentrierten Maßnahmen“ (z. B. Sozio- und Ökotherapien), „patientenzentrierten Maßnahmen“ (z. B.: Verhaltens- und kognitive Therapien) sowie „patienten-umweltverschränkten Maßnahmen“ (z. B.: Gruppen-Psychotherapie und Familientherapie), wobei bei letzteren „Veränderungen im Individuum und in der Umwelt miteinander verschränkt sind.“ Andere Autoren wiederum beschränken sich darauf, die von ihnen beschriebenen Therapieverfahren weitgehend unverbunden nebeneinander stehen zu lassen (vgl. Füsgen 2001; Höwler 2000; Marr 1995) oder bestimmte Ansätze bewusst von vornherein auszuklammern (vgl. Gunzelmann/Schumacher 1997). Das Resultat ist ein häufig undurchschaubares Dickicht von grundlegenden Therapierichtungen und ihren Subformen, spezifischen Ansätzen und integrativen Verfahren.

Tab. 8: Nichtmedikamentöse Therapien im Rahmen internationaler Patientenleitlinien.

BDA	DGPPN	AAN, AAGP, AGS
<ul style="list-style-type: none"> • Gedächtnistraining • Realitäts-Orientierungs-Training • Wahrnehmungstraining • Psychosoziales Training • Selbständigkeits- und Selbsthilfetraining • Bewegungstherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Psychotherapie • Modifizierte VT • Klassische VT • Realitäts-Orientierungs-Training • Erinnerungstherapie • Kreative Therapieformen • Validation • Milieuthérapie • Basale Stimulation • Angehörigenttraining 	<ul style="list-style-type: none"> • Realitäts-Orientierungs-Training • Gedächtnistraining
<p>AAGP = American Association for Geriatric Psychiatry; AGS = American Geriatrics Society; AAN = American Academy of Neurology; DGPPN = Deutsche Gewerkschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; BDA = Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschland/Hausärzterverband</p>		

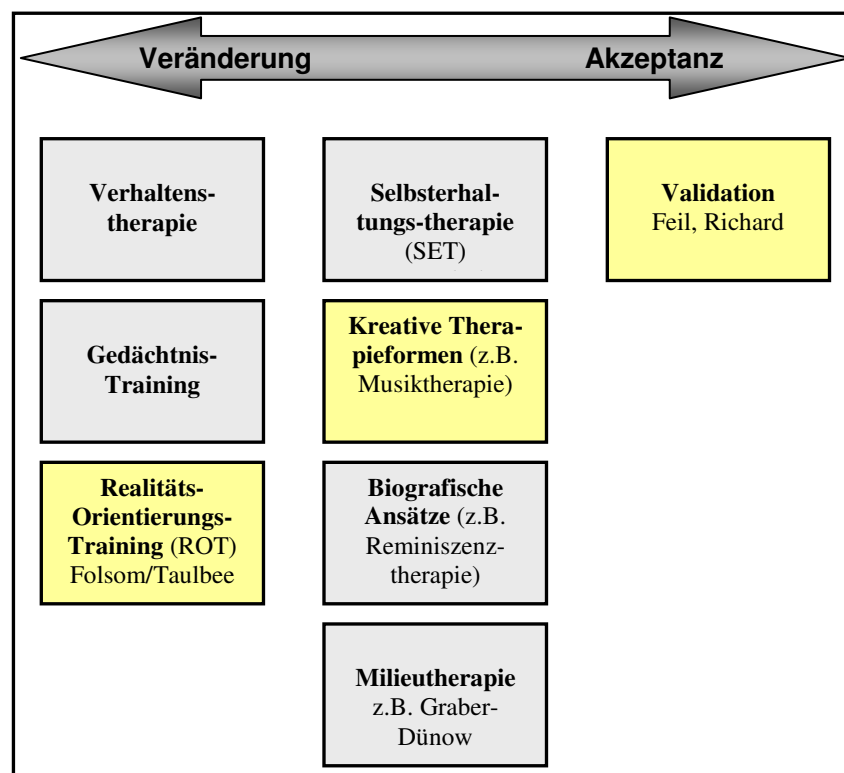
Quelle: Füsgen (2001): 147.

Auch in den verschiedenen Patientenleitlinien, wie z. B. denen des „Berufsverbandes der Allgemeinärzte Deutschland“ (BDA) oder der „American Geriatrics Society“ (AGS) werden

unterschiedliche, meist psychologisch fundierte Therapiemaßnahmen vorgeschlagen, die der folgenden Zusammenstellung zu entnehmen sind (vgl. Tab. 8). Hier offenbart sich ein breites Spektrum an Vorschlägen zum therapeutischen Vorgehen, wobei jedoch nur das Realitäts-Orientierungs-Training in der Schnittmenge aller Leitlinien steht.

Nach Ansicht des Verfassers sind daher neue Strukturierungsideen gefordert, die eine einfache, aber dennoch sinnvolle und logische Anordnung ermöglichen. So liegt es nahe, die bestehenden Verfahren nicht nach Umwelt- oder Personenorientierung bzw. ihrer zugrunde liegenden psychologischen Herkunft zu gliedern, sondern sich zum Zwecke eines Ordnungsversuchs an ihrer grundlegenden Zielrichtung zu orientieren. Während also etwa verhaltenstherapeutische Interventionen grundsätzlich eine *Veränderung* bei den Patienten intendieren, versuchen andere Ansätze, wie z. B. die Validation, die Erkrankten in ihrem vorhandenen Dasein anzuerkennen und zu *akzeptieren*. Zwischen der auf diese Weise entstehenden Skala zwischen *Veränderung* und *Akzeptanz* entsteht zudem ein weiterer, *intermediärer Bereich* mit Verfahren, die, wie z. B. die Selbsterhaltungstherapie, vor allem auf den Erhalt von Fähigkeiten und die Unterstützung der Betroffenen abzielen. Die daraus resultierende Einordnung der Therapieansätze kann nachfolgend der Abbildung 5 entnommen werden.

Abb. 5: Ordnungsversuch der häufigsten Therapieverfahren.



Quelle: Verfasser.

Bei der Auswahl der im Rahmen dieser Einordnung erwähnten Verfahren sowie der beabsichtigten Analyse ihrer Wirksamkeit spielten vor allem zwei Kriterien eine Rolle:

1. *Der Bekanntheitsgrad des jeweiligen Ansatzes sowie die damit verknüpfte Rezeption in der verwendeten Fachliteratur.* Anhand dieses Kriteriums lassen sich acht Verfahren extrahieren, die von den meisten Autoren (vgl. Haupt 2004; Zaudig 2001; Höwler 2000) als bedeutsam herausgestellt werden. Im Einzelnen sind dies: die Verhaltenstherapie, das Realitäts-Orientierungs-Training, verschiedene Formen des Gedächtnistrainings, die Selbsterhaltungstherapie, die kreativen Therapieformen (insbesondere die Musiktherapie), die Reminiszenztherapie, die Milieuthherapie sowie die Validation.
2. *Die Verfügbarkeit empirisch fundierter Studien, die sich explizit mit der Wirksamkeit des Ansatzes bzw. mit seinen Bestandteilen auseinandersetzen.* Die am häufigsten untersuchten Therapieverfahren, so das Ergebnis einer Literatur- und Datenbankrecherche („GeroLit-Online“¹⁰ und „PubMed“¹¹), sind das Realitäts-Orientierungs-Training, die Validation (nach Feil) sowie die Musiktherapie. Auch für die Verhaltenstherapie sowie für das Gedächtnistraining liegen empirische Studien vor. Diese beziehen sich allerdings grundsätzlich auf unterschiedlichste Interventionen und Zugänge innerhalb beider Therapiebereiche, so dass eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse kaum möglich ist. Gleiches gilt für die biografieorientierten Ansätze. Die Verfahren der Selbsterhaltungstherapie sowie der Milieuthherapie wurden in Bezug auf ihre Wirksamkeit hingegen bis heute kaum erforscht.

Die auf diese Weise getroffene Auswahl der Therapieformen und ihre Anordnung erheben sicherlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit! So ist etwa das hier entworfene Ordnungskonzept sowohl qualitativ (durch eine Erweiterung bzw. Sensibilisierung des Skalenbereiches zwischen „Veränderung“ und „Akzeptanz“) als auch in quantitativer Hinsicht (durch eine Ergänzung mit anderen Verfahren) beliebig erweiterbar. Dennoch werden alle in Theorie und Praxis häufig diskutierten bzw. praktizierten Verfahren berücksichtigt. Im Folgenden werden die ausgewählten Therapieansätze näher beschrieben und – sofern möglich – ihr empirisch belegtes Wirkungsspektrum erläutert. Darunter werden das Realitäts-Orientierungs-Training, die Validation sowie die Musiktherapie einer detaillierten Analyse und Kritik unterzogen.

¹⁰ „GeroLit-Online“ ist eine über das Internet frei zugängliche Literaturdatenbank des „Deutschen Zentrums für Altersfragen“ (DZA), in welcher Literaturnachweise aus den Bereichen der sozialen Gerontologie und Altenarbeit sowie angrenzender Gebiete enthalten sind (<http://www.gerolit.de>).

¹¹ „PubMed“ ist eine über das Internet zugängliche Datenbank der „National Library of Medicine“ (USA), mit über 15 Millionen verzeichneten Artikeln aus dem medizinischen Fachbereich (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>).

3.2 Verhaltenstherapie

Methodische Grundlagen

Die unter dem Terminus „Verhaltenstherapie“ zusammengefassten theoretischen, im Wesentlichen in den Theorien des klassischen bzw. operanten Konditionierens oder des Modelllernens begründeten therapeutischen Techniken haben sich „in den vergangenen Jahrzehnten zu einem festen Bestandteil des nichtmedikativen psychotherapeutischen Instrumentariums entwickelt“ (Klausing 1988: 122). Die Verhaltenstherapie als Form der Psychotherapie geht davon aus, dass Verhalten als Reaktion auf einen bestimmten Reiz aus der Umwelt aufgefasst werden kann. Verhaltensweisen entwickeln sich demnach nicht auf der Basis von Instinkten und Emotionen, sondern können durch Reize („Stimuli“) erzeugt werden.

Die Verhaltenstherapie hat ihren Ursprung in den sogenannten „Lerntheorien“. Lerntheorien sind Modelle und Hypothesen, die versuchen, den augenscheinlich komplexen Vorgang des Lernens zu beschreiben und anhand möglichst einfacher Prinzipien und Regeln zu erklären. Die älteste Lerntheorie ist die der klassischen Konditionierung. Im Paradigma der klassischen Konditionierung gewinnt ein „vormals für den Organismus neutraler Reiz [...] durch Kopplung mit einem unkonditionierten Reiz eine bedingte Auslösefunktion für die ursprünglich unkonditionierte Reaktion“ (Haag/Bayen 1996: 14). Ein häufig zitiertes Beispiel ist der „Pawlowsche Hund“, bei dem die mehrmalige Verbindung der Nahrungsgabe mit einem Glockenton ausreichte, um allein beim Erklingen der Glocke einen Speichelfluss auszulösen.

Bei demenziell erkrankten Menschen kommen nach Gutzmann (1997: 51f) jedoch insbesondere die Techniken des operanten Konditionierens zum Einsatz, da sie sich insbesondere bei den „klassischen“ Problemsituationen in der Betreuung der Erkrankten bewährt haben. Dazu zählen neben der Verringerung von störendem Sozialverhalten auch die Förderung von größerer Selbständigkeit (z. B. beim Baden oder Ankleiden) sowie die Rückgewinnung verloren gegangener Kompetenzen (z. B. Kontinenz). Das Paradigma der operanten Konditionierung geht davon aus, dass die angenehmen oder unangenehmen Folgen eines Verhaltens seine zukünftige Auftretenswahrscheinlichkeit bestimmen. Während also beim klassischen Konditionieren eher etwas auf der Seite der Reize passiert, so passiert beim operanten Konditionieren eher etwas auf der Seite der Reaktionen. Folgen nämlich auf ein Verhalten „positive Konsequenzen, so wird es in Zukunft öfter auftreten, folgen hingegen negative Konsequenzen, sinkt die künftige Häufigkeit dieses Verhaltens“ (Haag/Bayen 1996: 14). Ein Beispiel vermag diese Annahme abschließend zu verdeutlichen:

Isst ein Klient schon längere Zeit nur noch mit dem Löffel und soll lernen, mit Messer und Gabel zu essen, werden dem Klienten zunächst Messer und Gabel gegeben. Von seinen hilflosen Bewegungen (Herumgestochere im Essen) werden diejenigen verstärkt (z. B. durch Lob), die dazu führen, dass er etwas in den Mund bekommt. Außerdem werden dann sukzessiv die zunehmend koordinierten Bewegungen verstärkt, bis der Klient wieder gelernt hat, mit Messer und Gabel zu essen (Hirsch 1991: 62).

Wirkung

Das Beispiel spiegelt einen idealtypischen verhaltenstherapeutischen Prozess wider, der nicht immer gelingen kann. „Die Vorstellung, jedes problematische Verhalten sei therapeutisch veränderbar, ist [...] unrealistisch“ (Gutzmann 1997: 52). In verschiedenen Studien konnte die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Maßnahmen jedoch grundsätzlich nachgewiesen werden.

So konnten etwa Mayer/Darby (1991) belegen, dass durch die Aufstellung eines manns-hohen Spiegels am Stationsausgang einer Pflegestation die Häufigkeit der Kontakte mit der Ausgangstür um rund ein Drittel reduziert werden konnte (vgl. Haupt 2004: 478). Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Hussian/Brown (1987), die im Ausgangsbereich einer Station für demenzerkrankte Menschen ein Streifenmuster auf den Fußboden klebten, das von den Patienten als massiver Gitterrost wahrgenommen werden sollte. „The baseline condition (no tape) yielded a 98 % exit-door contact for 8 demented male patients, but the addition of horizontal grids reduced exit-door contact to 42 %“ (Hussian/Brown 1987: 558). In beiden Fällen wurde eine weit verbreitete Wahrnehmungsschwäche demenziell Erkrankter, nämlich die Verwechslung von zweidimensionalen mit dreidimensionalen Strukturen ausgenutzt, um auf massivere freiheitseinschränkende Maßnahmen verzichten zu können. Die Ergebnisse scheinen daher übertragbar und konnten auch von Feliciano et al. (2004: 107ff) bestätigt werden: „These results support previous literature suggesting that a low-cost environmental procedure can reduce wandering into restricted areas [...]“. Zudem sind solche verhaltenstherapeutischen Interventionen eine „ungefährliche und humane Alternative zu körperlicher Fixierung und Medikation [...]“ (Haag/Bayen 1996: 67f). Patterson et al. (1982) entwickelten ein Fertigkeitstraining für demenziell erkrankte Menschen, welches insbesondere auf eine Wiedererlangung der Fähigkeiten des alltäglichen Lebens (z. B. Haarpflege, Baden, Wäschewaschen, Mahlzeitauswahl etc.) abzielt. Dabei wird jedes Zielverhalten zunächst schrittweise vorgeführt. Anschließend werden die Teilnehmer verbal zur Ausführung des Verhaltens aufgefordert und entsprechende Erfolge schließlich durch Lob verstärkt (vgl. Haag/Bayen 1996: 68). McEvoy/Patterson (1986) konnten schließlich belegen, dass sich das

umschriebene Fertigkeitstraining dazu eignet, einfache Verhaltensweisen, die sich zuvor im Verhaltensrepertoire der Erkrankten befanden, wiederzuerlernen. Darüber hinaus konnten in der betreffenden Studie weitere Erfolge verzeichnet werden: „The demented group showed a significant increase in recall of personal information, improved location finding, and increased ability to communicate pleasure and displeasure. Amount of training required was related to dementia severity“ (Gatz et al. 1998: 31). Komplexeres Verhalten jedoch, welches größere kognitive Fähigkeiten erfordert, konnte nicht wiedererlernt werden (vgl. Haag/Bayen 1996: 68).

Es kann natürlich kein Zweifel daran bestehen, dass Lernvorgänge durch demenzielle Erkrankungen erschwert bzw. behindert werden. Die bislang berichteten Erfolge rechtfertigen nach Haag/Bayen (1996: 68) jedoch den Einsatz verhaltenstherapeutischer Maßnahmen, da sie „ausreichen, die Betreuung dementer Patienten und das Zusammenleben mit ihnen zu erleichtern und ihr eigenes Wohlbefinden zu verbessern.“ Und auch Gatz et al. (1998: 31) bilanzieren optimistisch: „In conclusion, behavioral approaches to remediating behavioral problems associated with dementia meet criteria for well-established treatments [...].“ Mit dem Realitäts-Orientierungs-Training (ROT) wird in Kapitel II/3.7 detailliert ein Ansatz beschrieben und analysiert, der sich maßgeblich verhaltenstherapeutischer Strategien bedient.

3.3 Gedächtnistraining

Methodische Grundlagen

Unter dem Begriff „Gedächtnistraining“ wird eine Vielzahl von Techniken und Methoden zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit zusammengefasst. Das Spektrum reicht hier von einem gezielten Training kognitiver Funktionen (z. B. verbales Gedächtnis oder Merkfähigkeit), über die Anwendung mnemonischer Techniken („Eselsbrücken“ durch assoziative Verknüpfungen¹² und Doppelkodierung¹³) bis zum indirekten Gedächtnistraining durch die Verwendung von externen Gedächtnishilfen (z. B. Notizbücher oder Merktzettel) (vgl. Greifenhagen 1994: 41f). Ziel des Gedächtnistrainings ist jedoch nicht nur eine Steigerung der Merkfähigkeit, sondern auch die Förderung von Aufmerksamkeit und Konzentration

¹² Die Assoziation verknüpft abgespaltene Teilinformationen und stellt sie in einen sinnhaften Zusammenhang zueinander. Ein Beispiel zur direkten assoziativen Verknüpfung von Bewusstseinsinhalten: Ein Knoten im Taschentuch soll uns an etwas erinnern.

¹³ Wird das zu lernende Material nicht nur schriftlich, sondern beispielsweise auch grafisch veranschaulicht, entsteht eine Doppelkodierung im Gedächtnis, das heißt der Inhalt wird nicht nur als Wort und sondern auch als Bild abgespeichert. Dies erleichtert die Erinnerung.

sowie des logischen Denkens und der Psychomotorik der Patienten (vgl. Füsgen 2001: 148). Krämer (1993: 135) gibt allerdings zu bedenken, dass das Gehirn nicht mit einem Muskel zu vergleichen ist, der durch ein regelmäßiges Training kräftig gehalten werden kann. Auch wenn sich an dieser These paradigmatisch durchaus die „Geister scheiden“ (Stichwort: „Wear and tear“ bzw. „Use it or lose it“¹⁴), liegt es nahe, dass sich durch ein entsprechendes Training gerade die von einer primär die kognitiven Funktionen diminuierenden Erkrankung betroffenen Menschen sehr schnell in einer für sie sehr unangenehmen Weise mit ihren Leistungsgrenzen konfrontiert fühlen könnten. Auch Gutzmann (1997: 58) betont: „Gegen einen demenziellen Prozess ‚anzutrainieren‘ ist wenig Erfolg versprechend und deprimiert Patienten und Trainer.“ Der Einsatz gedächtnistrainierender Verfahren sollte sich daher möglichst auf Betroffene mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen (MCI) oder einer beginnenden Demenzerkrankung beschränken (vgl. Füsgen 2001: 148). Bei der Durchführung eines Gedächtnistrainings mit Demenzerkrankten sollten nach Höwler (2000: 473) zudem folgende Grundregeln beachtet werden:

- Stress oder Leistungsdruck sollte bei der Durchführung des Trainings vermieden werden.
- Die Teilnahme der Erkrankten sollte grundsätzlich auf Freiwilligkeit beruhen.
- Es werden Wissensbereiche bevorzugt, in denen die Erkrankten noch kompetent sind. In der Regel sind dies Themen aus dem gelebten und gegenwärtigen Alltag der Teilnehmer.
- Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass eine kontraproduktive „Abfragerei“ vermieden wird. Die verschiedenen Übungen werden als Gesprächsaufhänger verstanden, um neben der geistigen Förderung auch die kommunikativen Fähigkeiten der Betroffenen zu fördern und zu erhalten.

Entsprechende Konzepte sollten also für demenziell Erkrankte geeignet sein bzw. die Besonderheiten der Erkrankung berücksichtigen. Exemplarisch sei an dieser Stelle das Gedächtnistraining nach Stengel (1976) angeführt, da es sich – entsprechend den Forderungen von Höwler (2000) – um eine leicht verständliche, gesprächsbetonte und spielerische Variante des Gedächtnistrainings handelt, die – ursprünglich für gesunde Menschen in der zweiten Lebenshälfte konzipiert – in vereinfachter Form auch bei demenziell Erkrankten angewendet werden kann. Dabei werden in Form von „lockeren“ Übungen (Bild- und Tonspiele, Rätsel, Sprichwörter etc.) vor allem die Bereiche Konzentration, Wortfindung, Merkfähigkeit, Reproduktion von Gedächtnisinhalten und Formulierung abgedeckt (vgl. Füsgen 2001: 149ff).

¹⁴ In der Grundlagenforschung des Gedächtnistrainings stehen sich zwei unterschiedliche Konzepte gegenüber: Das eine sieht mit dem Gebrauch von Organen auch gleichzeitig ihre Abnutzung verbunden (engl. „wear and tear“). Eine völlig gegenteilige Auffassung kommt in der umgangssprachlichen Formulierung „Wer rastet, der rostet“ (engl. „use it or loose it“) zum Ausdruck. Beide Auffassungen dürften ihre Berechtigung haben und schlagen sich in theoretischen Überlegungen und Konzepten nieder (vgl. Gutzmann 1997: 55).

Gelingt es, entsprechende Übungen ohne Leistungsdruck in einen unterhaltsamen Kontext zu stellen, ist ein Gedächtnistraining bei demenziellen Erkrankungen durchaus sinnvoll. Wichtig ist jedoch, wie Klausning (1988: 307) treffend betont, dass ein solches Training „nicht allein und isoliert vorgenommen werden darf [...]. Erst der Verbund eines solchen Gedächtnistrainings mit einer Milieuthherapie, einer Verhaltenstherapie und [...] gleichzeitiger Anwendung anderer therapeutischer Maßnahmen [kann] den Therapieerfolg über einen längeren Zeitraum sichern.“

Wirkung

In der Literatur finden sich zahlreiche Hinweise, dass es bei gesunden alten Menschen möglich ist, ein durch den Alterungsprozess bedingtes Defizit durch kognitives Training wieder auszugleichen, wobei „der trainingsbedingte Zugewinn etwa dem altersbedingten Verlust entspricht“ (Gutzmann 1997: 55).

Yesavage et al. (1981) konnten als erste zeigen, dass ein Gedächtnistraining auch bei leichter Demenz (MMST-Werte zwischen 19-24) wirkungsvoll ist und sich positiv auf die kognitiven Funktionen auswirken kann. Hierzu wurden insgesamt 21 demenzerkrankte Menschen in zwei Gruppen, eine unspezifische Gesprächsgruppe („SC group“) und eine Gruppe mit gedächtnistrainierenden Maßnahmen („CT group“), aufgeteilt und zudem einer gezielten pharmakologischen Behandlung mit Hydergin¹⁵ (Wirkstoff: DEM) unterzogen (vgl. Kap. II/2.1). „The DEM + CT group of patients improved more than did the DEM + SC group for the measures of memory and learning [...]“ (Yesavage et al. 1981: 164). Demenzkranke mit MMST-Werten unter 18 konnten von den Trainingsmaßnahmen hingegen nicht mehr profitieren. Entscheidend ist jedoch vielmehr, dass die Studie von Yesavage et al. (1981) bis heute die einzige Untersuchung ist, die den Einsatz einer nonpharmakologischen Therapiemaßnahme gezielt mit einer pharmakologischen Behandlung kombinierte und entsprechende Effekte gezielt untersuchte.

Auch Breuil et al. (1994) konnten Erfolge bei der Durchführung eines Gedächtnistrainings mit demenziell Erkrankten verzeichnen. Die Wissenschaftler konnten nach der Durchführung eines kognitiven Trainings über einen Zeitraum von fünf Wochen signifikante Verbesserungen der kognitiven Funktionen einer Experimental- gegenüber einer Kontrollgruppe nachweisen. „This study, which was performed on two blindly assessed, parallel, randomized

¹⁵ Hydergin wird zur Behandlung von Hirnleistungsstörungen im Alter eingesetzt, enthält den Wirkstoff Dihydroergotoxinmethansulfonat (DEM) und gehört zur Gruppe der Antidementiva (Nootropika) (vgl. Rote Liste Win 2001).

groups, indicates that global cognitive function stimulation, over a period of only 5 weeks, entails significant improvement of the MMS ($p < 0,01$) in patients with degenerative dementia“ (Breuil 1994: 215).

Moore et al. (2001) konnten anhand einer Stichprobe von 25 Patienten mit leichter bis mittelgradiger Demenz aufzeigen, dass ein sinnvoll konzipiertes (fünfwöchiges) Gedächtnistraining die kognitiven Fähigkeiten der Betroffenen verbessern kann. Dabei wurden die deutlichsten Leistungszuwächse beim Erinnern besonderer Ereignisse erzielt. Das heißt, neben den „gewöhnlichen“ Gedächtnisübungen wurden in dieser Studie spezielle Ereignisse bzw. „Highlights“ vorbereitet und durchgeführt, beispielsweise in Form eines Picknicks, das an einem außergewöhnlichen Ort stattfand und bei dem besondere Speisen verzehrt wurden. Die Erinnerung an solche Höhepunkte war deutlich besser als an die Vorkommnisse eines normalen Alltags und unterschied sich nur wenig vom Erinnerungsvermögen gesunder Älterer. Die Autoren erklären den außergewöhnlichen Effekt damit, dass „Highlights“ Emotionen auslösen und so das Merken erleichtern. Die Beobachtung, dass gerade neue Erfahrungen bei Demenzerkrankten das Gedächtnis fördern, rüttelt allerdings an der Praxis, den Betroffenen möglichst vertraute Aktivitäten anzubieten. Letztere mögen zwar eher für ein Gefühl der Sicherheit sorgen; das Gedächtnis wird hierdurch vermutlich jedoch in geringerem Umfang gefordert. Das Training der 25 Demenzerkrankten erfolgte in enger Zusammenarbeit mit den Betreuern und umfasste neben der Reproduktion der im Rahmen des Trainings durchgeführten Aktivitäten auch das Merken von Namen, Gesichtern und Gesten. Positive Effekte konnten selbst einen Monat nach Beendigung des Trainings noch nachgewiesen werden, so dass die Autoren zu einer entsprechend optimistischen Einschätzung ihres Trainingsprogramms gelangen: „[...] a memory training programme can be beneficial for patients with mild to moderate AD to improve some aspects of memory and behaviour“ (Moore et al. 2001: 245).

Gestützt werden die bislang angeführten Ergebnisse zudem durch eine Untersuchung von Ermini-Fünfschilling (1995). In dieser Studie nahmen insgesamt 22 Patienten im Anfangsstadium einer Demenz einmal wöchentlich an einem Gedächtnistraining teil, das in Gruppen mit bis zu acht Untersuchungsteilnehmern durchgeführt wurde. Die Resultate dieser Teilnehmer wurden dann mit denen einer Kontrollgruppe verglichen. Dabei konnte bei der Gruppe mit Gedächtnistraining im Vergleich zur Kontrollgruppe eine deutlichere Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten festgestellt werden. Die Kontrollgruppe hingegen musste sogar Leistungseinbußen hinnehmen (vgl. Höwler 2000: 472).

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die Berücksichtigung kognitiver Trainingsstrategien als Bestandteil eines therapeutischen Gesamtkonzeptes sinnvoll ist.

Insbesondere in der frühen Phase der Erkrankung, in welcher der Patient selber noch gut mitarbeiten kann, sollte dieser Weg erfolversprechend sein.

3.4 Selbsterhaltungstherapie

Methodische Grundlagen

Die von Romero/Eder (1992) entwickelte Selbsterhaltungstherapie (SET) richtet sich primär an ältere Menschen mit Demenz vom Alzheimer-Typ und versucht, die durch den Krankheitsprozess gefährdete personale Identität der Erkrankten zu erhalten. Hierzu knüpft sie gezielt und individuell an die noch vorhandenen Kompetenzen der Betroffenen an, berücksichtigt ihre jeweiligen Stärken und Schwächen und ermöglicht auf diese Weise Erfolgserlebnisse. Denn jeder Betroffene verfügt ungeachtet seiner Erkrankung über Erinnerungen, Interessen und Fähigkeiten, die sich lebenslang entwickelt haben und zu seiner Person gehören. Diese Stärken und Fähigkeiten sollen mit Hilfe der SET entdeckt und gefördert werden. „Nicht Selbst-Korrektur, sondern Selbst-Erhalt sind angestrebt“ (Gutzmann 1997: 53). Das „Selbst“ eines Menschen wird dabei als ein grundsätzlich kognitives Schema verstanden, welches im intakten Zustand in der Lage ist, Informationen aufzunehmen, zu verarbeiten und zu speichern. Hierdurch wird es dem Einzelnen ermöglicht, Situationen einzuschätzen, sich zu orientieren und auf der Basis von Erfahrungen Entscheidungen zu treffen. Kommt es allerdings bedingt durch eine demenzielle Erkrankung zu einer Abnahme dieses Prozesses, so führt das „schwindende Selbst [...] zu psychischem Leiden, Aggressionen und Depressionen. [...]. Darüber hinaus beeinträchtigen kognitive und nicht kognitive Einbußen die Fähigkeit, mit der Krankheit umzugehen. Die kognitiven Beeinträchtigungen beeinflussen das Welt- und das Selbstwissen. Das emotionale Erleben verändert sich und damit verändern sich auch die sozialen Gefühle und Haltungen“ (Maciejewski 2001: III/89).

In praktischen Übungen werden die Patienten daher ermuntert, Fähigkeiten, die sie noch besitzen, gezielt im Alltag einzusetzen. Hierdurch werden sie in ihrem Selbstwertgefühl unterstützt und können am sozialen Leben teilnehmen. Dabei sind folgende Elemente der SET von Bedeutung (vgl. Romero 1997: 1; Maciejewski 2001: III/92):

- Bestätigende Kommunikationsformen: die Ansichten der Erkrankten werden akzeptiert und nicht in Frage gestellt, selbst wenn sie nicht mit der Realität übereinstimmen.
- Geeignete Beschäftigungen und Hilfestellungen: für die Betroffenen werden individuelle Beschäftigungsprogramme entworfen, die ihre aktuellen Interessen berücksichtigen.

- Erinnerungsarbeit: die SET geht davon aus, dass das systematische Üben von biografisch relevantem Wissen zumindest teilweise zu einer Reaktivierung dieser Wissensbestände führen kann und dadurch den Selbsterhalt ermöglicht. In Gesprächen wird daher zunächst erörtert, welche Wissensbestandteile für den jeweiligen Patienten noch zugänglich und bedeutsam sind. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse wird anschließend eine Erinnerungshilfe, ein sogenanntes „externes Gedächtnis“ für den Erkrankten angefertigt, welches z. B. aus Tonband-Mitschnitten, Videoaufnahmen, Fotos, Gedichten oder Zeitungsausschnitten bestehen kann. Diese Gedächtnisstütze kann dann für den Erhalt des biografischen Wissens genutzt werden, da es dessen kontinuierliche Vergegenwärtigung unterstützt. Gehen Wissensbestände jedoch mit der Zeit verloren, sollten sie auch aus dem „externen Gedächtnis“ entfernt werden und durch neue, in der aktuellen Krankheitsphase bedeutsame Inhalte ersetzt werden.
- Ein weiteres zentrales Anliegen der Selbsterhaltungstherapie ist die Einbindung der Angehörigen der Erkrankten. Dabei stehen gemeinsame körperbezogene Aktivitäten, die die Patienten und ihre Angehörigen einander näher bringen ebenso auf dem Programm wie Informationen über den „richtigen“ Umgang mit den Betroffenen (z. B. Familiensitzungen zur Vorbereitung auf den Alltag mit dem Erkrankten, Angehörigengruppen oder Beratung).

Die SET ist insbesondere für Menschen im Anfangsstadium der Alzheimer-Demenz geeignet, da die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und ihren Folgen in diesem Zeitraum am größten ist. Allerdings werden auch Patienten in fortgeschrittenen Krankheitsstadien oder Menschen mit anderen demenziellen Erkrankungen nicht von der SET ausgeschlossen (vgl. Maciejewski 2001: III/89).

Wirkung

Die Selbsterhaltungstherapie wurde bisher noch nicht systematisch in Studien evaluiert (vgl. Romero 1997: 1). Nach Haupt (2004: 477) wird die SET von den Erkrankten und ihren Familien jedoch gut angenommen, da sie sich „auf einen relativ erhaltenen psychischen Funktionsbereich des Kranken bezieht, kaum den Kranken unmittelbar mit seinen Leistungsgrenzen konfrontiert, wie etwa das mnemotechnische Training, und die Familie aktiv einbezieht.“ Und auch Gutzmann (1997: 54) scheint vom Nutzen der SET überzeugt: „Diese Fokussierung auf die krankheitsbedingten Veränderungen des Selbst bei Berücksichtigung des Prozesscharakters der Erkrankung erscheint viel versprechend.“ Eine wissenschaftlich fundierte

Überprüfung der Selbsterhaltungstherapie wäre daher auch nach Ansicht der Sachverständigenkommission des „Vierten Altenberichts“ als sinnvoll einzustufen (vgl. BMFSFJ 2002: 293).

3.5 Milieutherapie

Methodische Grundlagen

Unter Milieutherapie „versteht man die Veränderung des gesamten Wohn- und Lebensbereichs mit dem Ziel einer vermehrten Anregung und Förderung brachliegender Fähigkeiten“ (Klausing 1988: 123). Die aus dieser Veränderung resultierende Milieustruktur erfüllt die Aufgabe eines Leit-, Orientierungs- und Schutzgefüges für den demenziell Erkrankten, da sie den Betroffenen einbindet, anregt, beruhigt und gleichzeitig vor unerwünschten Umwelteinflüssen schützt. „Dieser komplexe Mikrokosmos verhindert bzw. vermindert das Auftreten von Angst und Furcht in Gestalt entsprechender Agitiertheits- und Katastrophenperioden“ (Lind 1995: 1). Unter Einbeziehung aller Kontaktpersonen des demenziell erkrankten Menschen gilt es demnach, ein therapeutisches Milieu zu entwickeln, in welchem die sensorischen, physischen und kognitiven Einbußen des Betroffenen möglichst weitgehend kompensiert werden können. Nach Schädle-Deininger/Villinger (1996: 208) sind dabei folgende Komponenten der Milieutherapie von Bedeutung:

- konstante und einfühlsame Bezugspersonen;
- die zwischenmenschliche Interaktion;
- der Beziehungsaufbau und die Gestaltung der Beziehung mit dem Demenzkranken;
- der würdevolle Umgang mit dem Erkrankten;
- ein strukturierter Tagesablauf;
- eine stressarme, reizkonforme, gut überschaubare Umgebung sowie
- die Kenntnis der individuellen Biografie des Betroffenen.

Die aus dieser Aufzählung resultierende Vielzahl an milieuthérapeutischen Bestandteilen lässt sich im Wesentlichen auf drei Kernelemente reduzieren:

1. Die architektonisch-räumliche Gestaltung: eine dementengerechte Raumgestaltung hat nach Lind (1995) schützende und aktivierende Funktionen zu erfüllen. Das heißt, die Umwelt der Erkrankten soll sensorisch stimulierend, aber nicht reizüberflutend gestaltet sein; sie soll Kontakte fördern und gleichzeitig Rückzug und Intimität ermöglichen. „In der Verflechtung beider Strategien zu einer dementenspezifischen Raumstruktur liegt der

Schlüssel für die Gestaltung eines Milieus, das sowohl von den Erkrankten als auch den Pflegemitarbeitern effektiv im Sinne der Qualität der Versorgungsleistungen genutzt werden kann“ (Lind 1995: 1). Bei der Umsetzung eines solchen Raumkonzeptes haben sich nach Dierbach (1993: 92), Lind (1995: 1), Höwler (2000: 466) und Graber-Dünow (2003: 73f) unter anderem folgende Maßnahmen als hilfreich erwiesen:

- Barrierefreie „Endloswege“, die mit unterschiedlichen Anregungen zur Selbstbeschäftigung ausgestattet sind. Demenziell erkrankte Menschen verfügen in der Regel über einen sehr ausgeprägten Bewegungsdrang. Lange Flure und komplizierte Wegverläufe erschweren jedoch die Orientierung. Rundwege verhindern hingegen, dass sich die Erkrankten verlaufen und führen stets an den Ausgangspunkt zurück. Supportiv können unbewusst wirkende (z. B. Handläufe, Lichtführung) oder visuell wahrnehmbare Orientierungshilfen (z. B. Piktogramme, farbliche Kennzeichnung wichtiger Räume) eingesetzt werden. Auch der Zugang zu einem eingefriedeten und barrierefreien Außenbereich (z. B. eine Gartenanlage) sollte jederzeit möglich sein. Darüber hinaus sollten die Wege sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung jeweils mit geeigneten Erlebniselementen (z. B. Aquarien, Vogelvolieren) ausgestattet sein.
- Überschaubare Wohngruppen (Stationsuntereinheiten mit acht bis zwölf Plätzen), die eine möglichst institutionsferne Wohnlichkeit in Bezug auf ihre Raumstruktur und Möblierung aufweisen. Die Einrichtung des Wohnraums mit lebensgeschichtlich bedeutsamen Erinnerungsgegenständen und den eigenen Möbeln des Erkrankten sollte möglich sein. Dies erleichtert die Orientierung und gibt dem Erkrankten das Gefühl, „zu Hause“ zu sein.
- Die Ein- und Ausgänge der Einrichtung bzw. des Wohnbereiches sollten, sofern möglich, aus Gründen psychosozialer Entlastung für die Bewohner möglichst versteckt bzw. kaum wahrnehmbar platziert werden.
- Ausreichende Beleuchtung der Räume. Die Beleuchtungsstärke sollte mindestens einen Wert von 500 Lux erreichen. Schattenbildungen und Blendungen sind zu vermeiden, da sie Unruhe und Halluzinationen auslösen können.

Ein auf diese Weise umgesetztes Raumkonzept ermöglicht ein Höchstmaß an Autonomie, gibt Gelegenheit zu sozialen Kontakten und bietet Raum für selbständige Beschäftigungen und Gruppenaktivitäten.

2. Die Tagesstrukturierung: als Folge der räumlichen, zeitlichen und personellen Orientierungsstörungen fällt es den demenziell erkrankten Menschen schwer, ihren Tagesablauf

eigenständig zu gestalten und sich sinnvoll zu beschäftigen. Ein klar strukturierter Tagesablauf vermittelt hingegen Sicherheit und hilft, die verloren gegangenen Fähigkeiten der Orientierung und Koordination zu kompensieren. Die Tagesstruktur sollte dabei „von Tag zu Tag möglichst gleich sein, um Bekanntheit und Vertrautheit zu schaffen. [...] Der Tagesablauf sollte aber auch genügend Ruhepausen ermöglichen. Bei der Einrichtung einer optimalen Tagesstruktur bedarf es also einer ‚Gratwanderung‘ zwischen notwendiger Anregung und zu vermeidender Überforderung“ (Dierbach 1993: 91). Nach Höwler (2000: 468) bietet es sich daher an, den Tagesablauf in mehrere Abschnitte zu unterteilen, die durch Essens- und Ruhezeiten gekennzeichnet sind. Zwischen den Abschnitten können dann je nach persönlicher Neigung der Erkrankten verschiedene Einzel- oder Gruppenaktivitäten durchgeführt werden. Dabei sollte nach Möglichkeit auf Beschäftigungen zurückgegriffen werden, die einen Bezug zur persönlichen Biografie der Betroffenen aufweisen, Möglichkeiten zu alltagsbezogenen Beschäftigungen bieten und, nicht zuletzt, mit Spaß und Freude bei der Durchführung verknüpft sind. Das hieraus resultierende Tätigkeitsspektrum reicht von gefühlsbetonten Gruppenangeboten wie z. B. dem gemeinsamen Singen oder Musikhören bis zur Integration der Erkrankten in hauswirtschaftliche Abläufe (z. B. gemeinsames Kochen, Tischdecken, Abwaschen oder Wäsche falten) (vgl. Lind 1995: 1). Im Mittelpunkt stehen also vorwiegend vertraute Tätigkeiten, die häufig noch relativ gut beherrscht werden und daher eine Möglichkeit zur Steigerung des Selbstwertgefühls bieten. Es muss jedoch betont werden, dass derartige Aktivitäten immer nur einen Angebotscharakter haben können (vgl. Graber-Dünow 2003: 105). Permanente Aufforderungen und rigide Zeitvorgaben sind hingegen nicht nur unmenschlich, sondern mit Sicherheit auch kontraproduktiv.

3. Das soziale Umfeld: die soziale Distanz zwischen den Patienten und ihren Betreuern soll soweit wie möglich reduziert werden, um einen respektvollen Umgang auf beiden Seiten zu ermöglichen. Hierbei sind nach Lind (1995: 1) vor allem drei Faktoren von Bedeutung:

- Die Übereinstimmung von dementengerechter Lebenswelt und pflegeangepasstem Arbeitsmilieu. Bei der Schaffung eines dementengerechten Milieus müssen grundsätzlich zwei unterschiedliche Bereiche berücksichtigt und in Einklang gebracht werden: die Lebenssphäre der Bewohner einerseits sowie die Arbeitssphäre der Mitarbeiter andererseits. „In der Kongruenz beider Teilbereiche liegt der Schlüssel für ein Optimum an Pflegeleistungen u. a. in Gestalt der Zufriedenheit der Bewohner und der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter, denn zwischen Lebens- und Arbeitsmilieu

besteht ein striktes Interdependenzverhältnis“ (Lind 1995: 1). Mit anderen Worten: ein schlechtes Arbeitsmilieu bedingt ein schlechtes Wohn- und Lebensmilieu und umgekehrt.

- Der dementengerechte Kommunikations- und Pflegestil. Pflegehandlungen stellen grundsätzlich einen Eingriff in die Intimsphäre des anderen dar und können mitunter auch auf Gegenwehr stoßen; insbesondere dann, wenn der zu Pflegende nicht mehr weiß, was mit ihm geschieht. Gerade bei demenzerkrankten Menschen ist es daher wichtig, die Betroffenen vor der Durchführung einer Pflegehandlung rechtzeitig über die bevorstehende Intervention zu informieren und ihnen zu vermitteln, dass sie sich dabei beschützt und sicher fühlen können. Darüber hinaus ist es unverzichtbar, Pflege tempo bzw. -rhythmus an das Bewältigungsvermögen der Betroffenen anzupassen (ggf. durch eine Verlangsamung oder Unterbrechung) und die Erkrankten in Form einer kontinuierlichen verbalen Bestätigung in den Pflegeprozess einzubinden.
- Die biographische Orientierung bei der Pflege und Betreuung. Die biographische Orientierung bei der Pflege umfasst insbesondere die Beachtung persönlichkeitspezifischer und lebensgeschichtlicher Aspekte, wie z. B. Vorlieben und Gewohnheiten der Erkrankten im Rahmen der jeweils individuellen Pflegeplanung und -durchführung. Durch die Aneignung der verschiedenen lebensgeschichtlichen Ereignisse sollen Kenntnisse über die Persönlichkeit des Betroffenen erworben und damit eine Sensibilisierung der Pflegekräfte gegenüber dem Erkrankten erreicht werden. Eine wichtige Informationsquelle bildet in diesem Zusammenhang die Gruppe der Angehörigen, deren Einbezug in Pflegeplanung und Betreuungskontext daher unerlässlich ist.

Wirkung

Ungeachtet der Tatsache, dass viele der an dieser Stelle erläuterten Maßnahmen bereits seit längerer Zeit in der Praxis umgesetzt werden, ist der Begriff der „Milieuthapie“ in der Altenhilfe immer noch relativ unbekannt. „So weist beispielsweise ‚GeroLit‘, die Literaturlatenbank zur sozialen Gerontologie [...] unter dem Suchbegriff ‚Milieuthapie‘ für die Jahre 2000 und 2001 nur jeweils 5 deutschsprachige Publikationen und für das Jahr 2002 sogar keine einzige Veröffentlichung auf“ (Graber-Dünow 2003: 12). Dabei ist es in Bezug auf die Aufgabenstellung der vorliegenden Arbeit auch nur wenig tröstlich, dass sich diese Publikationen meist auf den Umgang mit demenziell erkrankten Menschen beziehen; denn derzeit liegen keine Studien vor, die eine Wirksamkeit der Milieuthapie als Gesamtkonzept

bei demenziellen Erkrankungen belegen könnten (vgl. BMFSFJ 2002: 290). Dies mag im Wesentlichen darauf zurückzuführen sein, dass der Begriff der „Milieuthherapie“ äußerst vielschichtig verwendet wird. So fehlt es „sowohl an einer einheitlichen Definition und Terminologie als auch an einem ausreichend fundierten theoretischen Unterbau“ (Graber-Dünow 2003: 12). Zu fordern ist daher ein Konzeptionalisierungsprozess, der eine eindeutige (möglichst internationale) Definition der Milieuthherapie und Festlegung der ihr zugehörigen Bestandteile zur Folge hat. Denn nur als geschlossenes Konzept kann die Milieuthherapie einer aussagekräftigen empirischen Überprüfung zugänglich gemacht werden.

3.6 Biografische Ansätze

Methodische Grundlagen

Die biografische Arbeit, alias „Lebensrückschau“, „Life Review“, „Erinnerungspflege“ oder „Reminiszenztherapie“, orientiert sich an der Vergangenheit der demenziell erkrankten Menschen und versucht, über Gespräche oder Erinnerungsreize, wie z. B. Fotos oder altbekannte Musikstücke das Langzeitgedächtnis der Betroffenen anzusprechen.

Über die Erinnerung finden wir auf ganz besondere Weise den Zugang zu Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Man spricht die gesunden Anteile an und versucht herauszufinden, was jemand noch kann und nicht, was ihm durch die Erkrankung verloren ging. Reminiszenz wendet sich an alle Sinne, lockt Interessen hervor und fördert die verbliebenen Fähigkeiten (Trilling 1998: 27).

Das Wissen um die Biografie eines demenziell erkrankten Menschen ist wesentlicher Bestandteil vieler Therapieverfahren, wie z. B. der Validation (vgl. Kap. II/3.8) oder der Selbsterhaltungstherapie (vgl. Kap. II/3.4). Auf eine einheitliche Definition der Biografiearbeit, ihrer Bestandteile und praktischen Umsetzung kann derzeit jedoch nicht zurückgegriffen werden (vgl. Yen-Chun et al. 2003: 298). Dennoch lassen sich grundsätzlich folgende Eigenschaften und Zielsetzungen der Biografiearbeit mit demenziell Erkrankten zusammentragen:

- Das Verständnis für das Verhalten der Betroffenen wird verbessert. Fehlinterpretationen von Verhaltensweisen können vermindert und kritische Situationen besser gehandhabt werden.
- Die Fokussierung auf positive Erinnerungen kann dabei helfen, die Stimmungslage der Betroffenen zu verbessern. Bei Erkrankten mit überwiegend negativ geprägter Vergangenheit oder Personen, die nur ungern über Vergangenes reden, ist das biografische Arbeiten jedoch eher kontraindiziert (vgl. Marr 1995: 48).

- Durch die Kenntnis der Biografie können die Gewohnheiten (z. B. frühes Aufstehen, spätes Zubettgehen, die Abfolge bei der Körperpflege und dem Ankleiden) und Vorlieben der Erkrankten (z. B. in Bezug auf das Essen) besser berücksichtigt werden. Die Beachtung und Beibehaltung dieser individuellen Gewohnheiten kann dazu beitragen, Unruhe und Verwirrtheit zu verringern sowie Sicherheit und Geborgenheit zu schaffen (vgl. Höwler 2000: 421).
- Biografiearbeit ist erlebnis- und nicht ergebnisorientiert. „Es gibt kein richtig oder falsch, denn für seinen Schatz an Erinnerungen ist jeder Einzelne der Experte. Jeder kann bestimmen, wie viel und was er mitteilen möchte“ (Trilling 2002: 28).
- Biografisches Wissen kann den Pflegekräften dabei helfen, den Respekt vor dem Erkrankten zu bewahren. „Wenn das Wissen um die ganze Person mit den wesentlichen Lebensereignissen beim Pflegepersonal präsent ist, dann besteht eher die Möglichkeit, vom stereotypen Fremdbild ‚dement, abgebaut, kommunikationsunfähig, schwerstpflegebedürftig‘ abzukommen“ (Lind 1995: 1).
- Biografiearbeit fördert den Einbezug der Angehörigen in den Betreuungsprozess. Sie können über das Leben der Erkrankten berichten, bei der Interpretation problematischer Verhaltensweisen helfen und Auskunft über die Vorlieben und Abneigungen des Betroffenen geben. „Damit helfen die Angehörigen nicht nur ihrem Partner oder ihrem Elternteil [...], sondern auch sich selber [...]. Denn sie können mit ihren Informationen etwas für ihren Partner/Vater/ihre Mutter [...] tun und sind an der Biografiearbeit maßgeblich beteiligt“ (Maciejewski 2001: I/33).
- Biografiearbeit fördert Kommunikation und Beziehungen. „Das Schwelgen in Erinnerungen braucht Gesellschaft. Erst ein interessierter Zuhörer gibt den scheinbar alltäglichen Geschichten Bedeutung und Wert. Durch Neugier und Nachfragen des Gegenübers gelingt es darum auch sehr stark beeinträchtigten Menschen, sich ihre Erinnerungen wieder zu erschließen“ (Trilling 2002: 28).

Biografiearbeit kann auf unterschiedlichste Weise angewendet werden. So sollte bereits bei der Heimaufnahme des demenziell Erkrankten ein Biografiebogen ausgefüllt und im Laufe des Aufenthaltes zusammen mit dem Erkrankten und seinen Angehörigen erweitert werden. Der Biografiebogen erfasst die wichtigsten Lebensdaten des Erkrankten und enthält ferner Angaben zu Begabungen, Vorlieben, Gewohnheiten und anderen Merkmalen seiner Persönlichkeit, die im Rahmen des Betreuungsprozesses relevant sind. Dabei geht es jedoch nicht darum, Lebensfakten und -ereignisse wahllos zu dokumentieren. Ziel ist es vielmehr, „sich auf den einzelnen Menschen einzulassen, ihm gut zuzuhören und sich von den Erzählungen

auch mitreißen zu lassen, um mit ihm in den Dialog zu treten“ (Maciejewski 2001: I/42). Die auf diese Weise gewonnenen Informationen können schließlich dabei helfen, sich besser auf den Erkrankten einzustellen, sein Verhalten besser zu verstehen und persönliche Gespräche mit dem Betroffenen individueller gestalten zu können. Neben dem persönlichen Gespräch ist jedoch auch die Gruppenarbeit eine für den biografischen Ansatz sinnvolle und häufig genutzte Anwendungsmöglichkeit. Klare Vorgaben oder Richtlinien in Bezug auf Inhalt und Struktur der gruppenbezogenen Biografiearbeit sind nicht vorhanden. Vorgeschlagen wird, einmal pro Woche ein 30- bis 45-minütiges Gruppentreffen anzubieten, in dem unter einer bestimmten Themenvorgabe an die Lebensverläufe der Erkrankten angeknüpft wird (vgl. Maciejewski 2001: I/60). Um die Teilnehmer zu Erzählungen zu motivieren, kann etwa auf folgende Themen und Hilfsmittel zurückgegriffen werden:

- das Erzählen aus Kindheit und Jugend (Themen sind beispielsweise: Haushalt, Spielzeug, Schulweg, Möblierung, Mode etc.);
- der Einsatz von Tonträgern mit Musik oder Erzählungen aus früherer Zeit;
- die Verwendung von Büchern über Autos oder Mode der 1920er und 1930er Jahre;
- das Betrachten von alten Zeitschriften und Fotoalben oder
- die Durchführung gemeinsamer Aktivitäten (z. B. der Besuch von Museen oder Ausflüge zu alten Bauernhöfen).

Um eine erfolgreiche Anwendung der Biografiearbeit gewährleisten zu können, sind kontinuierliche Fortbildungen und Schulungen der Mitarbeiter unerlässlich. Hinzu kommt, dass sich die biografiebezogenen Gespräche mitunter auch belastend auf die Mitarbeiter auswirken können, so dass neben den Fortbildungen auch begleitende Supervisionen von Bedeutung sind (vgl. ebd.: I/39).

Wirkung

Die Biografiearbeit mit älteren und demenziell erkrankten Menschen hat in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen. So betonen etwa Buchanan/Middleton (1995: 458): „Reminiscence work with older people has grown in popularity to the point where it is now an established part of care and community practice.“ Obwohl der Ansatz also häufig in der Praxis vertreten und zudem „ein Boom von Erfahrungsberichten zu verzeichnen ist, fällt die unüberbrückbare Diskrepanz zu dem nur sporadisch erbrachten Effektivitätsnachweis ins Auge“ (Grümme 1998: 106). Tatsächlich sind nur wenige Studien bekannt, die sich mit der Wirksamkeit der Biografiearbeit bei demenziellen Erkrankungen beschäftigen.

So untersuchten etwa Goldwasser et al. (1987) den Einfluss einer Biografie-Gruppe auf Stimmung, Kognition und Verhalten einer Gruppe demenziell erkrankter älterer Menschen. Hierzu wurden insgesamt 27 Untersuchungsteilnehmer in eine Experimental- und eine Kontrollgruppe aufgeteilt und über einen Zeitraum von fünf Wochen beobachtet. Im Ergebnis konnte festgestellt werden, dass sich die Stimmungslage der Experimentalgruppe gegenüber der Kontrollgruppe deutlich verbesserte: „The results indicate that the reminiscence group therapy had a significant effect on the level of depression of the participants who were in the reminiscence group“ (Goldwasser et al. 1987: 218). In Bezug auf Kognition und Verhalten konnten jedoch keine Verbesserungen beobachtet werden (vgl. Goldwasser et al. 1987: 209ff). Ziel einer Untersuchung von Moss et al. (2002) war es hingegen, die Auswirkungen der Biografiearbeit auf die verbalen Fähigkeiten demenzerkrankter Menschen zu belegen. Hierzu wurden 15 Untersuchungsteilnehmer in zwei Gruppen aufgeteilt und in zwei unterschiedlichen Settings beobachtet. Bei der ersten Gruppe („Reminiscence Group“) wurde die Biografiearbeit in einer angenehm gestalteten „Wohnzimmerumgebung“ durchgeführt. Bei der zweiten Gruppe („Diagnostic Language Group“) wurden die Sitzungen hingegen in einer klinischen Atmosphäre ohne Wohncharakter abgehalten. Dabei konnte bei der ersten Gruppe im Vergleich zur zweiten Gruppe eine deutlichere Verbesserung der verbalen Fähigkeiten nachgewiesen werden: „The findings are consistent with the a priori hypotheses that narrative and verbal skills are improved in a less formal reminiscing setting than the more formal DL [Diagnostic Language] setting“ (Moss et al. 2002: 41).

Eine grundsätzliche Wirksamkeit der Reminiszenztherapie lässt sich aus diesen und anderen Ergebnissen mit Sicherheit nicht ableiten. Insbesondere die Vielzahl an unterschiedlichen Definitionen und Konzepten der Biografiearbeit erschwert die Vergleichbarkeit entsprechender Untersuchungsergebnisse, wie auch Yen-Chun et al. (2003: 298) betonen: „The different operational definitions, functions, and conceptualizations of reminiscence across studies have made it difficult to interpret data from different studies regarding its value for the elderly.“ Die Autoren fordern daher eine Neudefinition des biografischen Ansatzes sowie eine Standardisierung des empirischen Vorgehens, um verlässliche Aussagen generieren zu können: „Future nursing research should redefine the concept and attempt to standardize the measurement of reminiscence and then forge ahead using rigorous research designs to develop a body of knowledge regarding reminiscence“ (ebd.: 297). Gleichfalls muss jedoch betont werden, dass der Erfolg des biografischen Ansatzes gerade auf der Kreativität und Phantasie ihrer Anwender beruht. Ob es daher sinnvoll wäre, die Biografiearbeit in ein „methodisches Korsett“ zu pressen, ist nach Ansicht des Verfassers kritisch zu hinterfragen.

Auch Gibson (1989) betont vor allem den Wert der praktischen Erfahrungen im Feld des biografischen Arbeitens und bezweifelt die Notwendigkeit einer empirischen Überprüfung:

We have in reminiscence work an approach of wide immediate spontaneous appeal. This must not be lost, minimised or dismissed while we await the outcome of rigours research studies. We know from experience that reminiscence ‚works‘ for many older people. Herein lies the appeal and its scarcely yet explored possibilities (Middleton/Buchanan 1993: 329).

Die Erforschung der Biografiearbeit bei demenziell Erkrankten steckt also noch „in den Kinderschuhen“. Der unbestrittene Wert des biografischen Arbeitens liegt jedoch darin, dass „die Mitarbeiter die Klienten besser kennen lernen, und dies bietet eine Grundlage für eine individuelle Pflege, Förderung und Begleitung“ (Maciejewski 2001: I/61).

3.7 Realitäts-Orientierungs-Training (ROT)

3.7.1 Methodische Grundlagen

Das Realitäts-Orientierungs-Training (ROT) nach Folsom/Tolbee (1966) soll demenziell erkrankten Menschen helfen, ihre Identität und ihr Selbstwertgefühl zu erhalten und vereinigt hierzu sowohl verhaltenstherapeutische (vgl. Kap. II/3.2) als auch milieutherapeutische (vgl. Kap. II/3.5) Elemente. Das ROT wird vor allem in der stationären Altenhilfe eingesetzt und unterscheidet sich von den anderen Therapiestrategien unter anderem dahingehend, dass alle Mitarbeiter der jeweiligen Einrichtung konsequent in die Durchführung des ROTs mit einbezogen werden. Gleichfalls bietet das Verfahren klare Anleitungen und Richtlinien in Bezug auf seine Durchführung, erfordert keine beruflich spezifische Qualifikation und kann relativ schnell erlernt werden. Das Prinzip des Ansatzes beruht im Wesentlichen auf dem Grundsatz, dem Erkrankten kontinuierlich Reize aus der Umgebung anzubieten und ihm somit zu helfen, sich in der „objektiven“ Realität besser zurechtzufinden bzw. ihm die Orientierung im „Hier und Jetzt“ zu erleichtern. Die Ziele des ROTs sind nach Maciejewski (2001: III/96f) wie folgt zu definieren:

- Verbesserung der Orientierung durch Tages- und Umweltstrukturierung;
- Verbesserung der Gedächtnisleistung und Verhinderung des fortschreitenden intellektuellen Abbaus;
- Förderung der Selbständigkeit;
- Erhalt der persönlichen Identität und des Selbstwertgefühls;
- Soziale Integration, Verringerung von Isolationstendenzen und Angstminderung;

- Erhöhung der Lebensqualität und des emotionalen Wohlbefindens;
- Einbezug des gesamten Personals;
- Steigerung der Motivation, der Kreativität und der Befriedigung durch Erfolge der Mitarbeiter.

Anwendung findet das ROT vor allem bei Patienten mit einer beginnenden demenziellen Erkrankung. „Diese Menschen benötigen eine Instanz, die ihnen – falls sie es wünschen – sagen kann, was real ist und ihnen so die Angst vor dem Kontrollverlust nimmt“ (Maciejewski 2001: III/97). Ferner indiziert ist das ROT bei älteren Menschen, die gerade erst in eine Einrichtung umgezogen sind, sich verunsichert fühlen und nach Orientierung suchen. „Mündliche Hinweise auf die Realität, Uhren, Kalender und tagesstrukturierende Maßnahmen können diesen Menschen helfen, sich an den Ort, die Zeit, die Situation und die Person zu erinnern und stärken damit ihr Orientierungsvermögen“ (ebd.: III/97).

Das Realitäts-Orientierungs-Training setzt sich nach seiner originären Konzeption aus drei Komponenten zusammen:

1. aus dem Training bzw. der Einstellung des Pflegepersonals
2. aus dem 24-Stunden-ROT und
3. aus ergänzenden Gruppensitzungen („Classroom“-ROT).

1. Das Training bzw. die Einstellung des Pflegepersonals

Für die Anwendung des ROTs ist ein sorgfältiges Training des Pflegepersonals entscheidend, „da sich mit einer rein technischen Anwendung des ROTs kaum der gewünschte Erfolg erzielen lässt“ (Schaller 1999: 67). Im Zentrum dieser Trainingsmaßnahmen stehen sowohl allgemeine Veranstaltungen zur Alternspsychologie und die Vermittlung der lerntheoretischen Grundlagen des ROTs (insbesondere der Prinzipien des 24-Stunden-ROTs und der ROT-Gruppen) als auch der Besuch von Einrichtungen, in denen das ROT bereits angewendet wird. Zudem sollen praktische Übungen (z. B. in Form von Rollenspielen) zur Vertiefung des Wissens beitragen (vgl. Gunzelmann/Schumacher 1997: 8). So ist es zwar einerseits das Ziel, die Pflegekräfte in Form von Schulungen und praktischen Erfahrungen mit den Grundgedanken und Prinzipien des Konzeptes vertraut zu machen; andererseits geht es jedoch auch um die Implementierung eines „therapeutischen Klimas“ in der Einrichtung, dass vor allem durch Verständnis, Wärme und den Respekt vor der Persönlichkeit des Anderen getragen werden sollte (vgl. Höwler 2000: 435). Für die Schaffung der hierzu erforderlichen positiven Grundhaltung des Pflegepersonals sind nach Kors/Seunke (2001: 147) drei Faktoren von

Bedeutung. Erstens müssen die Pflegekräfte überzeugt sein, dass die Klientel gezielt und mit Erfolg durch den Einsatz des ROTs unterstützt und gefördert werden kann. Der zweite Faktor umfasst vor allem die Forderung nach einer guten Teamarbeit sowie der Beteiligung des gesamten Personals, da davon ausgegangen wird, dass – obwohl stets ein Spielraum für die eigene Persönlichkeit der Pflegekräfte gewahrt bleiben sollte – nur eine einheitliche Haltung gegenüber den Betroffenen den angestrebten Erfolg gewährleistet. Die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern wird daher durch regelmäßig stattfindende Teamsitzungen gefördert, die gleichzeitig Gelegenheit geben, über mögliche Probleme bei der Umsetzung des ROTs zu diskutieren. Drittens sollte das Personal nach Ansicht der Autoren zwar hilfsbereit, jedoch nicht „schulmeisterlich“ auftreten. Vielmehr geht es darum, den Betroffenen in seinen verbliebenen Fähigkeiten zu fördern und Interesse gegenüber seiner Person zu bekunden.

2. Das 24-Stunden-ROT

Das Ziel des 24-Stunden-ROTs besteht nach Haag/Bayen (1996: 69) darin, „den Alltag dementer Patienten ‚rund um die Uhr‘ auf eine Weise zu gestalten, die ihre Orientierungsfähigkeit unterstützt.“ Der aus dieser Zielsetzung resultierende kontinuierliche Orientierungsprozess setzt sich dabei sowohl aus interpersonell-interaktiven als auch aus umgebungsbezogenen Komponenten zusammen.

Dies bedeutet auf der einen Seite, dass jede interaktive Handlung mit dem Betroffenen (z. B. Sprechen, Essen, Wecken etc.) als Möglichkeit verstanden wird, aktuelle Informationen, etwa in Bezug auf die Zeit, den Ort oder Personen zu äußern und diese sinnvoll mit der jeweils gegebenen Situation zu verknüpfen. „For example, rather than just handing out the pills to be taken, the nurse will say, ‘It is now 12 o’clock and time to take your tablets Mrs Smith’“ (Miller 1994: 427). Diese Vorgehensweise soll dazu beitragen, die Aufmerksamkeit und das Interesse der Patienten an ihrem Umfeld zu stärken und ein Gefühl der Vertrautheit herzustellen. Ein „unnatürliches“ Hinweisen auf die Realität, etwa durch eine zusammenhanglose Aneinanderkettung von Informationsbestandteilen sollte vermieden werden. Denn es geht nicht darum, „jede kommunikative Handlung mit einem Realitätshinweis zu verknüpfen, sondern eher um eine natürliche Einbindung dieser Hinweise in den Alltag“ (Maciejewski 2001: III/96). Gleichfalls wird die ursprüngliche Zielsetzung des ROTs, die vor allem darin bestand, niemals „falsche“ Aussagen der Betroffenen zu bestätigen, sondern sie ausnahmslos auf die Realität hinzuweisen („Ihre Mutter lebt nicht mehr!“) heute kritisiert und abgelehnt. So können zwar desorientierte Äußerungen des Patienten – sofern es sich

dabei um weniger sensible Bereiche handelt (z. B. Datum, Uhrzeit) – von den Pflegekräften behutsam korrigiert werden; sind jedoch empfindliche Bereiche betroffen, wie z. B. der Verlust des Ehepartners, würde eine direkte Konfrontation mit der Realität unweigerlich große Unsicherheit und Angst zur Folge haben. Besser ist es daher, „die desorientierte Person abzulenken oder auf das Gefühl einzugehen, welches hinter der desorientierten Äußerung steht (z. B. das Vermissen einer verstorbenen Person) und dieses anzuerkennen“ (Haag/Bayen 1996: 70).

Weiterer Bestandteil des 24-Stunden-ROTs ist auf der anderen Seite eine Umstrukturierung des Wohnumfeldes (durch Hinweisschilder etc.) sowie eine ebenfalls klare Strukturierung des Tagesablaufs, um den demenziell Erkrankten die zeitliche und örtliche Orientierung zu erleichtern. Große Uhren mit gut erkennbaren Ziffernblättern und Zeigern sowie Kalender (evtl. mit jahreszeitlichen Motiven versehen) helfen bei der selbständigen zeitlichen Orientierung und sollten an zentralen Stellen platziert werden. Zeitungen und Zeitschriften sollten zur Verfügung stehen. Schultafeln mit dem aktuellen Datum, dem Speiseplan und Hinweisen auf besondere Tagesereignisse wecken häufig das Interesse der Bewohner und auch der jahreszeitlichen Dekoration kommt als kontinuierlich orientierendes Element eine wichtige Bedeutung zu. Der Einsatz dieser Hilfsmittel sollte dabei mit einer konsequenten Tagesstrukturierung verknüpft sein, also möglichst festen Zeiten zum Aufstehen, Mittagessen oder Kaffeetrinken. Auch die angebotenen Aktivitäten, wie z. B. musiktherapeutische Maßnahmen (vgl. Kap. II/3.9) oder Gesprächsgruppen, sollten nur an bestimmten Tagen und zu bestimmten Zeiten durchgeführt werden (vgl. Kors/Seunke 2001: 149f). Die Räumlichkeiten sollten überschaubar und anregend gestaltet sein und einen möglichst wohnlichen Charakter aufweisen. Wegweiser in den Gängen sollten auf die wichtigsten Räume (z. B. den Speiseraum) hinweisen. Sinnvoll ist es zudem, jeden Wohnbereich mit einer anderen Farbe zu kennzeichnen (vgl. ebd.: 150). Dabei darf es jedoch nicht unterlassen werden, die Patienten systematisch auf die angebotenen Orientierungshilfen hinzuweisen und ihren Gebrauch regelmäßig zu trainieren (vgl. Haag/Bayen 1996: 70).

3. ROT in der Gruppe („Classroom“-ROT)

Als Ergänzung zum 24-Stunden-ROT werden zusätzlich strukturierte Gruppensitzungen durchgeführt, in denen eine intensive Realitätsorientierung stattfindet. Inhaltlich wird dabei sowohl auf Diskussionen, Erzählungen und Übungen von Alltagsfertigkeiten als auch auf Spaziergänge, Orientierungsübungen und kognitive Trainingsmaßnahmen zurückgegriffen

(vgl. Schaller 1999: 68). Auch musikalische Aktivitäten oder gemeinsames Einkaufen und Kochen sind jedoch möglich (vgl. Haag/Bayen 1996: 71). Ziele sind vor allem „die Förderung des Bezugs zur Wirklichkeit und des Interesses und der Anteilnahme an der Umgebung, die Verhinderung eines sozialen Rückzugs durch die Unterstützung von Kommunikation und schließlich die Vermittlung von Erfolgserlebnissen und damit ein größeres Selbstvertrauen“ (ebd.: 70f). Die Gruppensitzungen werden von einem oder zwei Leitern betreut und sollten möglichst täglich in kleinen und homogenen Gruppen von drei bis sechs Personen über einen Zeitraum von 30 bis 45 Minuten durchgeführt werden. Eine sorgfältige Planung bzw. Vorbereitung der Gruppenstunden ist dabei obligat und umfasst neben der Auswahl der Arbeitsmaterialien und der Schaffung einer möglichst störungsfreien und gemütlichen Atmosphäre auch den Erwerb von Kenntnissen über das Teilnehmergehalten (z. B. Weglauftendenzen) sowie – nach der Durchführung der jeweiligen Sitzung – die Anfertigung eines Beobachtungsprotokolls für die Pflegedokumentation, um die Auswirkungen der ROT-Gruppen auf die Teilnehmer evaluieren zu können (vgl. Höwler 2000: 437). Auch eine regelmäßige Supervision kann dabei helfen, die Qualität der ROT-Gruppen zu sichern.

Grundsätzlich sollte jedoch darauf geachtet werden, dass die Teilnehmer Spaß an den Gruppensitzungen empfinden: „Die Therapie sollte spielerischen Charakter haben, Erfolgserlebnisse und Wohlbefinden vermitteln. Die Einheiten sollten daher den Fähigkeiten der Teilnehmer entsprechen und für alle lösbar sein“ (Weitzel-Polzer et al. 1987: 7). Und auch Langer/Haag (1987: 333) betonen: „Bei der Durchführung des Classroom-ROT sollte ein schulmäßiger Paukstil vermieden und ein für die Patienten erkennbarer Sinnzusammenhang zwischen durchgeführten Übungen und Lebensalltag hergestellt werden.“

3.7.2 Empirische Befunde

Zum Realitäts-Orientierungs-Training liegt eine Vielzahl an empirischen Untersuchungen vor, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass das ROT im Gegensatz zur Validation (vgl. Kap. II/3.8) aus einer wissenschaftsempirischen Perspektive heraus konzipiert wurde. Grundsätzlich ist dabei zwischen Untersuchungen zu unterscheiden, die vorwiegend die Wirksamkeit des ROTs (zumeist der Gruppen-ROTs) mit anderen, nicht ROT-spezifischen Interventionen vergleichen und Studien, die sich ausschließlich auf die Effektivität der verschiedenen Bestandteile des ROTs beziehen und untereinander einen Vergleich beabsichtigen.

So betonen etwa Haag/Bayen (1996: 72), dass das Gruppen-ROT wahrscheinlich in größerem Maße zur Förderung der Orientierung beiträgt, als das 24-Stunden-ROT und beziehen sich dabei auf eine Studie von Reeve et al. (1985). Ziel dieser Untersuchung war es, die Auswirkungen der ROT-Bestandteile, also der Umstrukturierung der Umgebung (*engl.* environmental manipulation = EM), der Realitätsorientierung durch verbale Kommunikation (*engl.* informal reality orientation = IRO) sowie des Gruppen-ROTs (*engl.* „classroom reality orientation = CRO) zu evaluieren. Das Studiendesign war darauf ausgelegt, insgesamt drei Hypothesen zu überprüfen:

1. Die kombinierte Anwendung der Umgebungsstrukturierung (EM) sowie einer modifizierten Variante der realitätsorientierenden Kommunikation (IRO) ist geeignet, um positive Effekte sowohl in Bezug auf das Verhalten als auch auf die kognitiven Funktionen der Probanden zu erzielen.
2. Die zusätzliche Anwendung von Gruppen-ROTs (CRO) kann dazu beitragen, die erzielten positiven Effekte nochmals signifikant zu verbessern.
3. Selbst bei einer abnehmenden Frequenz der Gruppensitzungen im Untersuchungsverlauf können die positiven Auswirkungen aufrechterhalten werden.

Im Rahmen der Umgebungsstrukturierung wurden die Türen innerhalb der Abteilung mit unterschiedlichen Farben gekennzeichnet (z. B. blaue Farbe für das Schlafzimmer) und ihre jeweilige Funktion zusätzlich mit verbalen und nonverbalen Informationen hervorgehoben (z. B. der Begriff „Schlafzimmer“ in Form von Buchstaben in Verbindung mit dem Bild eines Bettes an der Tür). Ein Wegweiser mit den verwendeten Farb-Codes und Symbolen wurde an einer zentralen Stelle innerhalb des Wohnbereiches platziert. Andere Orientierungshilfen, wie z. B. große Uhren oder Informationstafeln mit Angaben zu Datum oder Jahreszeit, wurden ebenfalls eingesetzt. In Bezug auf die verbale Realitätsorientierung (IRO) wurde das Pflegepersonal angewiesen, nicht aus eigener Initiative mit den Bewohnern zu kommunizieren, auf Anfragen der Bewohner jedoch zu reagieren. Die Studienpopulation (n = 20) setzte sich aus Patienten der gerontologischen Abteilung des „Rozelle-Krankenhauses“ in Sydney (Australien) zusammen. Die 65-jährigen (oder älteren) Teilnehmer waren an fortgeschrittener Demenz erkrankt und erfüllten folgende Kriterien: sie hielten sich seit mindestens vier Wochen in der Abteilung auf, waren körperlich mobil, verfügten über ausreichende akustische, visuelle und kommunikative Fähigkeiten und standen unter minimaler Medikation (nur vier Teilnehmer wurden überhaupt medikamentös behandelt). Nach einer ersten Messung des Orientierungsvermögens („Ward Orientation Scale“, Reeve et al. 1985), des Verhaltens

(„Holden Communication Scale“¹⁶, Holden/Woods 1995; „Crichton Geriatric Rating Scale“¹⁷, Woods 1979) und der kognitiven Funktionen („CAPE: Information/Orientation Subtest“¹⁸, Pattie/Gillard 1979; „MMSE“¹⁹, Folstein et al. 1975), wurden die Teilnehmer zunächst in zwei Gruppen, eine Experimentalgruppe (n = 10) und eine Kontrollgruppe (n = 9) unterteilt. Beide Gruppen profitierten über den gesamten Untersuchungszeitraum (zwölf Wochen) von den umgebungsstrukturierenden (EM) und den kommunikativen Maßnahmen (IRO). Mit der Experimentalgruppe wurden jedoch zusätzlich drei Mal wöchentlich Gruppen-ROTs (CRO) über einen Zeitraum von vier Wochen durchgeführt, während die Kontrollgruppe zur gleichen Zeit an unstrukturierten Gruppensitzungen teilnahm. Am Ende dieses Zeitraums wurden wiederum Orientierung, Verhalten und kognitive Fähigkeiten der Teilnehmer gemessen. Anschließend wurde die Experimentalgruppe in zwei weitere Gruppen unterteilt. Die erste Gruppe (n = 5) nahm weiterhin, jedoch mit abnehmender Frequenz, an den Gruppen-ROTs teil, zunächst zwei Mal wöchentlich (über vier Wochen) und schließlich nur noch ein Mal pro Woche (ebenfalls über vier Wochen). Gruppe 2 (n = 5) nahm über den gesamten Zeitraum von acht Wochen wie die Kontrollgruppe an unstrukturierten Gruppensitzungen teil. Mit einer weiteren Einschätzung der genannten Fähigkeitsbereiche wurde die Untersuchung beendet. Die Ergebnisse der psychometrischen Tests (Mittelwerte und Standardabweichungen) können der Tabelle 9 entnommen werden. Nach Ansicht der Autoren konnten alle Hypothesen durch die Untersuchung bestätigt werden. Die Kombination von umweltstrukturierenden Maßnahmen, Gruppensitzungen und verbaler Kommunikation erwies sich demnach als geeignet, um positive Veränderungen bezüglich des Verhaltens, der

¹⁶ Die „Holden Communication Scale“, nach Holden/Woods 1995 dient der Erfassung der sozialen Funktionsfähigkeit und der Kommunikation, einschließlich Konversation, Bewusstsein, Freude, Humor und Aufgeschlossenheit (vgl. Reeve et al. 1985: 120).

¹⁷ Die hier verwendete modifizierte Variante der „Crichton Geriatric Rating Scale“ (CGRS) umfasst Fragen zur Funktionsfähigkeit: Orientierung über Zeit und Ort, die Fähigkeit zu kommunizieren, die Fähigkeit zur Kooperation (mit Angehörigen oder Pflegekräften), das Auftreten von Unruhesymptomen, die Fähigkeit zum selbständigen An- und Ausleiden, die Fähigkeit zur Ausübung von Arbeit und sozialen Aktivitäten (telefonieren, einkaufen etc.) und die Zufriedenheit bezüglich der Freizeitgestaltung. Die Ausprägung der Fähigkeiten wird auf einer neunstufigen Likertskala bewertet, wobei geringe Werte auf ein hohes Fähigkeitsspektrum schließen lassen (vgl. Homma 2000: 311)

¹⁸ Die „Organic Brain Syndrome Scale“ (OBS) besteht aus zwei Subskalen, eine interviewbasierte Skala, die sogenannte „Disorientation-Subskala“ einerseits, sowie eine beobachtungs-basierte Skala, die sogenannte „Confusion-Subskala“ andererseits. Die „Disorientation-Subskala“ besteht aus 15 Fragen, mit deren Hilfe die persönliche, zeitliche, situative und örtliche Orientierung eines Patienten eingeschätzt werden können. Entsprechende Antworten werden unter die Kategorien „Zeit“, „Kurzzeitgedächtnis“ und „eigene Identität“ subsumiert. Darüber hinaus erfasst die „Confusion-Subskala“ mit einer Anzahl von 39 Items ein breites Spektrum an psychopathologischen Symptomen, die in neun verschiedenen Kategorien zusammengefasst werden: Dyspraxie und Dysphasie, räumliche Desorientierung, Halluzinationen, Vitalitätsmangel, Wahnvorstellungen, Aggressivität, Depression, klinische Schwankungen (während eines Tages und zwischen verschiedenen Tagen) sowie Anzeichen von Ängstlichkeit und Unruhe. Die Ausprägung der Symptome wird auf der Grundlage ihrer Intensität sowie der Häufigkeit ihres Auftretens bestimmt. (vgl. Annerstedt et al. 1993b: 833ff).

¹⁹ Vgl. Kap. I/6.1.3: 62f.

Orientierung sowie der kognitiven Fähigkeiten zu bewirken. So zeigte beispielsweise die Experimentalgruppe 1 (EM + IRO + 12 Wochen CRO) signifikante Verbesserungen im Mini-Mental Status Test (vgl. Tab. 9).

Tab. 9: Mittelwerte (Standardabweichungen) für alle Gruppen und zu jedem Untersuchungszeitpunkt.

	N	Information/ Orientation Mw (s)	Mini- Mental- Status Mw (s)	Holden Communien. Mw (s)	Crichton Geriatric Rating Mw (s)	Ward Ori- entation Scale Mw (s)
Pre-Treatment						
Gruppe 1	5	6,20 (2,68)	14,20 (6,02)	34,00 (2,72)	36,50 (6,75)	4,40 (2,19)
Gruppe 2	5	2,20 (1,87)	6,20 (4,44)	23,70 (8,03)	28,40 (7,71)	0,40 (0,89)
Control	9	2,67 (2,96)	9,11 (5,67)	22,44 (9,29)	28,83 (7,97)	2,22 (3,67)
Ende Phase 1 (4 Wochen)						
Gruppe 1	5	7,60 (2,30)	17,00 (5,34)	35,20 (3,80)	36,60 (6,11)	5,60 (4,56)
Gruppe 2	5	2,20 (1,30)	7,40 (5,23)	26,00 (5,93)	31,30 (9,39)	3,20 (4,60)
Control	9	2,78 (3,15)	8,67 (5,61)	26,06 (8,19)	32,28 (7,04)	4,22 (3,80)
Ende Phase 2 (12 Wochen)						
Gruppe 1	5	7,80 (2,17)	18,40 (5,94)	36,40 (2,04)	36,70 (8,05)	7,60 (2,61)
Gruppe 2	5	2,60 (1,14)	8,00 (5,83)	26,70 (8,50)	29,70 (8,85)	6,00 (4,00)
Control	8	4,25 (4,43)	11,63 (9,29)	26,94 (8,86)	28,31 (8,35)	5,25 (3,85)

Anmerkung: Mw = Mittelwert; s = Standardabweichung.

Quelle: Reeve et al. (1985): 120.

Die schrittweise Verringerung der Gruppensitzungen nach vier Wochen hatte bei dieser Gruppe keine negativen Auswirkungen. In Experimentalgruppe 2 (EM + IRO + 4 Wochen CRO) konnten ebenfalls Verbesserungen festgestellt werden und auch die Kontrollgruppe (EM+IRO) profitierte – wenn auch in geringerem Maße – von den umweltstrukturierenden und kommunikativen Maßnahmen. Die von Haag/Bayen (1996: 72) getroffene Aussage in Bezug auf die Überlegenheit des Gruppen-ROTs gegenüber dem 24-Stunden-ROT ist damit – zumindest was die Ergebnisse dieser Studie anbetrifft – falsch. Die Studie beweist im Wesentlichen, dass vor allem die kombinierte Anwendung aller ROT-Bestandteile zu einer Verbesserung der demenziellen Symptomatik beiträgt. Eine Überlegenheit des Gruppen-ROTs gegenüber dem 24-Stunden-ROT kann hieraus nicht geschlussfolgert werden.

While it is clear that CRO is needed as well as EM and modified IRO to produce significant effects in the short-term, it is also apparent that the particular combination of EM and modified IRO used here was effective in generating an improvement in cognitive, behavioural and ward orientation measures over the full 12 weeks of the study (Reeve et al. 1985:121).

Die Studie weist jedoch auch Schwächen auf. Natürlich ist sie nicht repräsentativ, eine Zufallsstichprobe wurde nicht durchgeführt, differenziertere Angaben zum genauen Schweregrad der demenziellen Erkrankungen fehlen und es bleibt zumindest zweifelhaft, ob die eigens für die Untersuchung entwickelte „Ward Orientation Scale“ (ein Instrument zur Messung der Orientierung, das die Teilnehmer dazu aufforderte, dem Pflegepersonal den Weg zu fünf spezifischen Orten innerhalb der Einrichtung zu zeigen) qualitativen Ansprüchen genügt. Darüber hinaus belegt die Untersuchung nur, dass über einen relativ kurzen Zeitraum positive Effekte erzielt werden konnten; die eigentlich interessantere Frage in Bezug auf deren Nachhaltigkeit kann aufgrund einer fehlenden Follow-up-Untersuchung nicht beantwortet werden.

So betonen auch Baldelli et al. (1993: 212): „Unfortunately, major follow-up studies of ROT-treated patients do not exist. The limited information available suggests that there is a decline after the interruption of the therapy.“ In ihrer Untersuchung gingen die Autoren dieser Vermutung nach und bewerteten die Auswirkungen eines dreimonatigen Realitäts-Orientierungs-Trainings sowohl unmittelbar nach Beendigung der Maßnahmen als auch drei Monate danach. Ausgewählt wurden hierzu 64 Patienten (ausschließlich Frauen) mit präseniler und seniler Alzheimer-Demenz und ausgeprägter Desorientierung in Bezug auf Zeit, Ort und Person. Nach einem ersten Screening wurde allerdings über ein Drittel der Teilnehmer aufgrund einer zu weit fortgeschrittenen Krankheitsentwicklung, motorischer Defizite oder aufgrund von Hör- oder Sehproblemen ausgeschlossen. Die verbliebenen Teilnehmer (n = 23) litten ausschließlich an der senilen Form der Alzheimer-Demenz, waren im Mittel 84,5 Jahre alt und wurden in zwei vergleichbare Gruppen, eine Experimental- und eine Kontrollgruppe aufgeteilt. Die Experimentalgruppe nahm über den gesamten Untersuchungszeitraum (drei Monate) an einem strukturierten Gruppen-ROT teil, welches dreimal wöchentlich und für eine Dauer von jeweils einer Stunde durchgeführt wurde. Die Kontrollgruppe nahm hingegen nicht an diesen Aktivitäten teil. Zu Beginn der Studie (Zeitpunkt: „T-0“) erfolgte eine erste Untersuchung der Teilnehmer anhand folgender Testverfahren:

- „Mini-Mental Status Examination“²⁰ (MMSE) nach Folstein (1975) zur Messung der kognitiven Leistungsfähigkeit (MMSE-M) und der Orientierung (MMSE-O).
- „Geriatric Depression Scale“²¹ (GDS) nach Yesavage et al. (1983) zur Messung der Stimmungslage. Hohe Testwerte indizieren eine ausgeprägte depressive Symptomatik.

²⁰ Vgl. Kap. I/6.1.3: 62f.

²¹ Die „Geriatric Depression Scale“ (GDS) nach Yesavage et al. (1983) dient der Einschätzung von depressiven Symptomen, die anhand der hier verwendeten Kurzform der GDS-Skala mittels 15 Fragen zuverlässig erfasst

- „Stewart’s Activities of Daily Living“²² (ADL) nach Stewart (1980) zur Messung der Selbständigkeit während der Durchführung der Maßnahmen. Hohe Werte belegen eine höhere Selbständigkeit.
- „Berg’s Orientation Scale for Geriatric Patients“²³ (OSGP) nach Berg et al. (1980) zur Einschätzung der Orientierung in Bezug auf Ort, Zeit und Person. Höhere Testwerte bzw. eine höhere Punktschme deuten auf eine Verbesserung der Orientierungsfähigkeit hin.

Zu Beginn der Untersuchung konnten in Bezug auf die Testwerte keine signifikanten Unterschiede zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe festgestellt werden. Ihre Vergleichbarkeit wurde hierdurch bestätigt (vgl. Tab. 10).

Tab. 10: Testergebnisse zu Beginn („T-0“) und nach Durchführung („T-1“) des ROTs.

Zeit	Test	Experimentalgruppe	Kontrollgruppe	t-Test
T-0	MMSE	20,1 (4,7)	21,3 (5,1)	0,527
	OSGP	4,3 (2,5)	5,2 (2,8)	0,615
	GDS	6,8 (4,0)	7,2 (4,2)	0,680
	ADL	42,4 (29,3)	46,6 (25,0)	0,697
T-1	MMSE	23,1 (2,5)	16,9 (7,6)	0,029
	OSGP	6,9 (2,4)	4,0 (3,0)	0,009
	GDS	4,7 (2,3)	9,5 (2,7)	0,000
	ADL	43,9 (26,9)	37,7 (30,2)	0,626

Anmerkung: Mittelwerte und Standardabweichungen.

Quelle: Baldelli et al. (1993): 213f.

Unmittelbar nach Abschluss der dreimonatigen Untersuchung (Zeitpunkt: „T-1“) wurden die Tests jedoch wiederholt, mit signifikanten Veränderungen zwischen den MMSE-Werten ($P = 0,029$), den OSGP-Werten ($P = 0,009$) sowie den in der GDS-Skala erreichten Ergebnissen

werden können (z. B. „Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Leben ohne Inhalt ist?“; „Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?“; „Bleiben Sie lieber zuhause anstatt draußen etwas (neues) zu unternehmen?“). Die Fragen sind mit jeweils einem Punktwert versehen und werden mit „ja“ oder „nein“ beantwortet. Die Kurzform der GDS-Skala hat bei maximal erreichbarem Wert von 15 Punkten einen Grenzwert von fünf Punkten. Ein Überschreiten wird als Indikator für das Vorliegen einer depressiven Symptomatik gewertet (vgl. Stoppe 2004: 490).

²² Das „Stewart’s Activities of Daily Living“ (ADL) nach Stewart (1980) dient zur Messung der Selbständigkeit in verschiedenen Bereichen der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL): Kontrolle von Darm und Blase, Fortbewegung, An- und Auskleiden, Selbständigkeit bei der Toilettennutzung und der Nahrungsaufnahme, Kontrolle des Rollstuhls (bei nicht gehfähigen Patienten) und die Selbständigkeit bei der Begehung von Treppen. Unselbständigkeit bzw. Abhängigkeit wird mit null Punkten, höhere Selbständigkeit je nach Item mit 10 bzw. 15 Punkten bewertet. Höhere Werte sprechen damit für eine größere Unabhängigkeit im ADL-Bereich (vgl. Stewart 1980: 241).

²³ Die „Berg’s Orientation Scale for Geriatric Patients“ (OSGP) nach Berg et al. (1980) enthält zehn Fragen zur Orientierung in Bezug auf die Zeit, den Ort und die Person (z. B. „How old are you?“; „What day of the week is it?“; „What is the name of the patient lying/living next to you?“; „What time do you eat lunch here?“). Korrekte Antworten werden mit einem Punkt bewertet, eine falsche Antwort wird mit null Punkten berücksichtigt (vgl. Berg et al. 1980: 216).

($P = 0,000$). Eine signifikante Zunahme der Zufriedenheit der Teilnehmer während der Maßnahmen konnte jedoch nicht bestätigt werden (vgl. Tab. 10). Darüber hinaus wurden die im MMSE erzielten Ergebnisse (vor und nach Durchführung des ROTs) nochmals aufgeschlüsselt und eine getrennte Analyse der Items „Orientierung“ (MMSE-O) und „Gedächtnis“ (MMSE-M) durchgeführt. Wiederum zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen sowohl in Bezug auf das Item Gedächtnis ($P = 0,008$) als auch im Hinblick auf das Item Orientierung ($P = 0,037$). Auch hier konnten also positive Veränderungen zugunsten der Experimentalgruppe festgestellt werden (vgl. Tab. 11).

Tab. 11: Evaluation der MMSE-Subskalen „Orientierung“ (MMSE-O) und „Gedächtnis“ (MMSE-M) vor („T-0“) und nach („T-1“) Durchführung des ROTs.

MMSE	Experimentalgruppe	Kontrollgruppe	t-Test
MMSE-O (T-0)	6,64 (1,64)	7,66 (2,17)	0,248
MMSE-O (T-1)	7,64 (1,64)	5,44 (2,50)	0,037
MMSE-M (T-0)	2,85 (0,77)	2,88 (0,33)	0,893
MMSE-M (T-1)	3,21 (0,80)	2,00 (1,00)	0,008

Anmerkung: Mittelwerte und Standardabweichungen.
 Quelle: Baldelli et al. (1993): 214.

Gleichfalls verfolgte die Studie das Ziel, die langfristigen Auswirkungen des ROTs nach Abschluss der Maßnahmen zu untersuchen. Hierzu wurden die Teilnehmer nochmals drei Monate nach Beendigung des ROTs (Zeitpunkt: „T-2“) unter Verwendung von MMSE- und OSGP-Tests eingeschätzt. Wie zu erwarten, konnte bei der Experimentalgruppe in beiden Tests eine Abnahme von Orientierung und kognitiver Leistungsfähigkeit nach Beendigung des ROTs nachgewiesen werden. Selbst drei Monate nach Abschluss der Maßnahmen lagen die Werte in beiden Tests jedoch noch oberhalb des jeweiligen Ausgangsniveaus (vgl. Tab. 12). Die Testwerte der Kontrollgruppe zeigten hingegen eine langsame, jedoch konstante Verringerung. In Abbildung 6 werden diese Trends nochmals grafisch verdeutlicht.

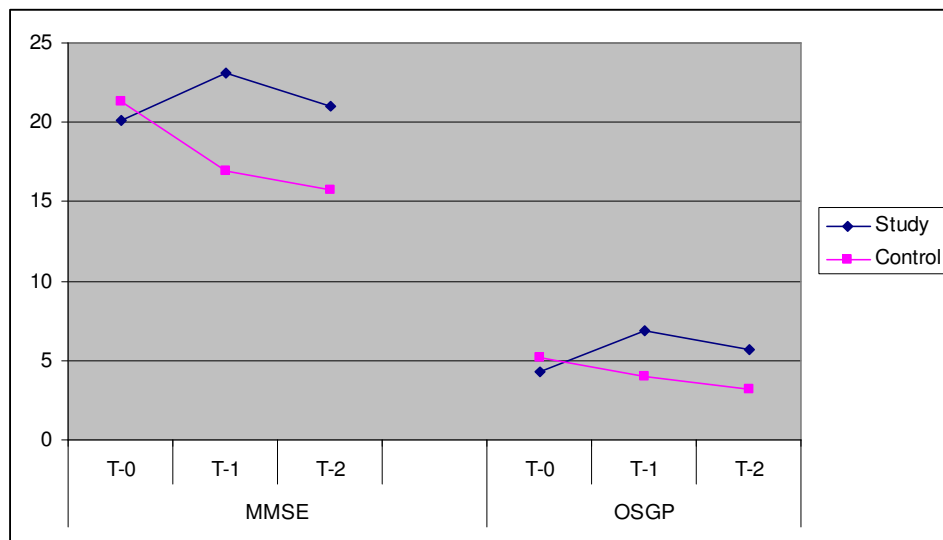
Tab. 12: Evaluation der MMSE- und OSGP-Ergebnisse vor („T-0“), unmittelbar nach („T-1“) und drei Monate nach („T-3“) Durchführung des ROTs.

Test	Zeit	Experimentalgruppe	Kontrollgruppe	t-Test
MMSE	T-0	20,1 (4,7)	21,3 (5,1)	0,526
	T-1	23,1 (2,5)	16,9 (7,6)	0,029
	T-2	21 (2,6)	15,7 (6,9)	0,032
OSGP	T-0	4,3 (2,5)	5,2 (2,8)	0,615
	T-1	6,9 (2,4)	4,0 (3,0)	0,009
	T-2	5,7 (2,8)	3,2 (2,8)	0,053

Anmerkung: Mittelwerte und Standardabweichungen.

Quelle: Baldelli et al. (1993): 214.

Abb. 6: Grafische Umsetzung der Tabelle 12.



Quelle: Baldelli et al. (1993): 214.

Die Studie von Baldelli et al. (1993) belegt – obgleich auch ihre Ergebnisse mit Sicherheit nicht generalisierbar sind – die Wirksamkeit realitätsorientierender Gruppensitzungen in Bezug auf eine Verbesserung von Orientierung und Gedächtnis der Teilnehmer.

Our results [...] do indicate that ROT can reduce disorientation in the institutionalized elderly with cognitive impairment and, at the same time, retard or prevent further mental deterioration that may otherwise occur; the significant improved performances on the tests for cognitive status of our study group after ROT sessions and the slowed cognitive decline after interruption of the therapy stress this aspect (Baldelli et al. 1993: 216).

Deutlich wird jedoch auch, dass nur eine kontinuierliche Fortführung der Maßnahmen dazu beitragen kann, den kognitiven Abbau zumindest temporär zu verzögern. Die Autoren weisen

zudem auf positive Veränderungen in Bezug auf die zwischenmenschlichen Beziehungen, wie z. B. eine stärkere Kooperation oder eine vermehrte Kommunikation zwischen den Teilnehmern auch nach dem Ende der Untersuchung hin:

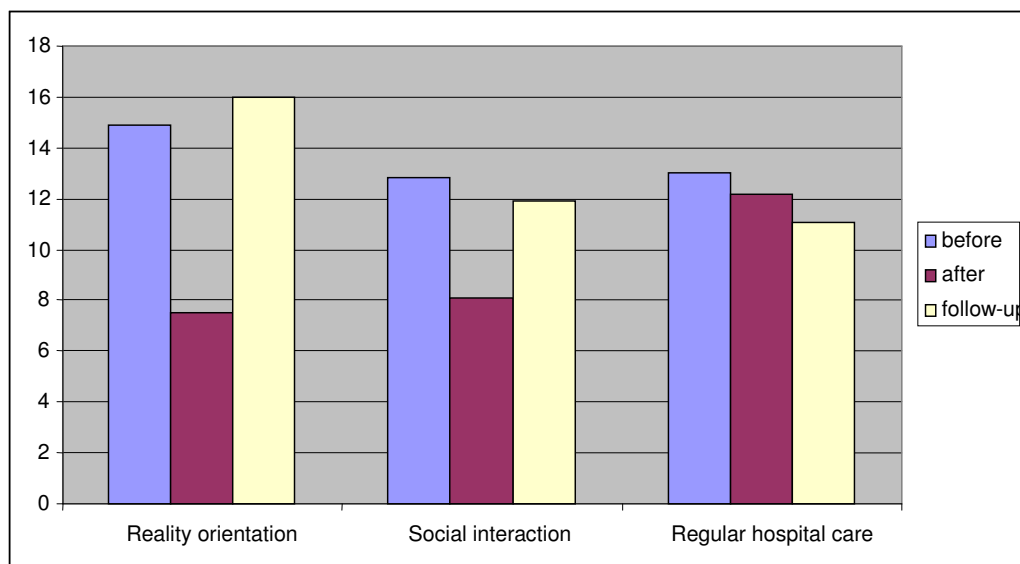
For example, several participants continue today to go to the exercise-room together or to social activities organized within the institution. This takes on wider significance when we consider that before the ROT experience there was no communication between these patients (Baldelli et al. 1993: 216).

Diese Feststellungen beruhen jedoch auf rein subjektiven Beobachtungen. Zudem darf nicht vergessen werden, dass sich bei den Testergebnissen zur Zufriedenheit der Teilnehmer während der Untersuchung kaum Verbesserungen zeigten. Darüber hinaus stellt sich gleichzeitig die Frage, ob die von Baldelli et al. (1993) erzielten Ergebnisse tatsächlich auf die spezifische Struktur des Gruppen-ROTs zurückgeführt werden können oder ob nicht möglicherweise jede Form einer aktivierenden Gruppenarbeit, unabhängig von ihrer jeweiligen inhaltlichen und methodischen Ausgestaltung, dazu beitragen könnte, die verbliebenen Fähigkeiten der Erkrankten zumindest temporär zu erhalten oder zu verbessern.

Eine Untersuchung von Gerber et al. (1991) ging genau dieser Frage nach. Ausgewählt wurden hierzu 24 Langzeitpatienten der geriatrischen Abteilung des Brockville-Krankenhauses in Ontario (Kanada) im Alter von durchschnittlich 76,5 Jahren und diagnostizierter Alzheimer-Demenz. Die Untersuchungsteilnehmer wurden nach dem Zufallsprinzip gleichmäßig auf insgesamt drei Gruppen verteilt. Jede Gruppe bestand damit aus acht Patienten, jeweils vier männlichen und vier weiblichen Teilnehmern. Die Patienten der „Gruppe 1“ nahmen regelmäßig, das heißt viermal wöchentlich und über einen Zeitraum von zehn Wochen an jeweils einstündigen Gruppen-ROTs teil. „Activities included simple exercises, self-care, food preparation, and orientation, including identifying the location of the hospital and one’s home and talking about upcoming holidays“ (Gerber et al. 1991: 843). Der Übungsraum selbst war ähnlich einem Klassenzimmer strukturiert und mit einer großen Uhr sowie mit einer Tafel, auf der bevorstehende Ereignisse (Feiertage, Feste etc.) sowie das jeweils aktuelle Datum verzeichnet waren, ausgestattet. Die Teilnehmer der „Gruppe 2“ nahmen hingegen regelmäßig, das heißt viermal wöchentlich und über einen Zeitraum von zehn Wochen an jeweils einstündigen, nicht ROT-spezifischen Freizeitaktivitäten, wie gemeinsame Teestunden, Spiele- oder Musikkunden teil. „This group was included in the study to determine if the benefits of participating in a structured program designed to remedy cognitive deficits could be attributed to the social aspects of group interaction“ (Gerber et al. 1991:

843). Die „Gruppe 3“, als Kontrollgruppe, erhielt hingegen eine reine „Basisversorgung“ („regular hospital care“) und nahm nicht an Gruppenaktivitäten teil. Die Fähigkeiten der Teilnehmer wurden unter Verwendung der „Kingston Dementia Rating-Skala“²⁴ (KDRS) nach Lawson et al. (1977) eingeschätzt, mit deren Hilfe insgesamt 21 verschiedene Verhaltensweisen (z. B. Umherwandern oder das „Horten“ von Gegenständen) und andere mit demenziellen Syndromen assoziierte Problemfelder (z. B. emotionale Kontrolle, Sprachgebrauch oder Orientierung) erfasst werden können. Maximal können in dieser Skala 21 Punkte erreicht werden, wobei eine höhere Punktzahl für einen schwerwiegenderen Erkrankungszustand spricht. Alle Teilnehmer wurden sowohl zu Beginn als auch eine Woche nach Ende des Untersuchungszeitraums mit Hilfe der „Kingston-Skala“ eingeschätzt. Darüber hinaus wurde eine Follow-up-Untersuchung zehn Wochen nach Beendigung der Maßnahmen durchgeführt. Abbildung 7 zeigt die Mittelwerte der erreichten KDRS-Werte vor und nach der Untersuchung sowie zum Zeitpunkt der Follow-up-Erhebung zehn Wochen nach Untersuchungsende.

Abb. 7: Mittelwerte der KDRS-Testwerte vor („before“) und nach („after“) der Untersuchung sowie zum Zeitpunkt der Follow-up-Untersuchung („follow-up“) für „Gruppe 1“ („Reality orientation“), „Gruppe 2“ („Social interaction“) und „Gruppe 3“ („Regular hospital care“).



Quelle: Gerber et al. (1991): 844.

²⁴ Die „Kingston Dementia Rating-Skala“ (KDRS) nach Lawson et al. (1977) dient zur Messung von kognitiven und verhaltensbedingten Beeinträchtigungen. Zwölf Items werden für das Assessment von Orientierung und Sprache eingesetzt („cognitive score“; KDRS-C); neun Items dienen zur Einschätzung des Verhaltens der Erkrankten („behavioural score“; KDRS-B). Alle Werte über null Punkte sprechen für eine kognitive Beeinträchtigung. Werte von mehr als zehn Punkten indizieren eine schwere Demenzerkrankung (vgl. Teitelbaum 1991: 170).

Während bei den Messungen zu Beginn der Untersuchung mittels Varianzanalyse keine signifikanten Unterschiede zwischen den KDRS-Werten der verschiedenen Gruppen festgestellt werden konnten, zeigten sich eine Woche nach Untersuchungsende signifikante Veränderungen zwischen den Testwerten der „Gruppe 1“ („Reality orientation“) und der „Gruppe 2“ („Social interaction“), insbesondere bei den KDRS-Subskalen „Orientierung“ ($F = 3,52$; $df = 2,32$; $p < 0,05$) und „Sprachgebrauch“ ($F = 10,44$; $df = 2,32$; $p < 0,01$). „These findings reflect improved functioning at the end of the treatment period“ (Gerber et al. 1991: 844). Im Rahmen der Follow-up-Erhebung wurde allerdings offensichtlich, dass sich die Werte der „Gruppe 1“ und „Gruppe 2“ zehn Wochen nach Beendigung der Maßnahmen wieder auf das Ausgangsniveau eingependelt hatten. Eine signifikante Veränderung der Kontrollgruppenwerte konnte zu keinem der drei Erhebungszeitpunkte beobachtet werden; eher war eine langsame, jedoch konstante Verschlechterung der Testergebnisse zu konstatieren (vgl. Abb. 7). Im Ergebnis konnte jedoch über den Untersuchungszeitraum für beide Experimentalgruppen eine Verbesserung der kognitiven Funktionen erreicht werden. Dies bedeutet einerseits, dass in dieser Studie erneut ein positiver Einfluss des Gruppen-ROTs nachgewiesen werden konnte. Andererseits scheinen jedoch auch unstrukturierte Formen der Gruppenaktivierung geeignet, um positive Veränderungen hervorzurufen. Die genauen Gründe hierfür bleiben jedoch – wie auch Gerber et al. (1991: 844) zugestehen – unklar: „The sample size was small, and the study did not identify the aspects of group activity that were responsible for patient’s improvement.“ So verweisen die Autoren zwar auf die Notwendigkeit weiterer Studien, äußern sich aber angesichts ihrer Ergebnisse zugleich optimistisch: „However, the findings of the current study suggest it may be possible to enhance the cognitive functioning of the institutionalized persons with Alzheimer’s disease [...] by providing as little as one hour a day of stimulating group activity“ (ebd.: 844).

Die Ergebnisse der bislang erwähnten Studien verweisen jedoch ausschließlich auf Erfolge bei demenziell erkrankten Heimbewohnern. Dabei geben etwa Greene et al. (1983: 38) in ihrer Studie zu bedenken, dass die Anwendung des ROTs gerade bei den noch zu Hause lebenden Patienten mit einem größeren Nutzen verbunden sein dürfte: „Being correctly orientated would be of more practical use to such patients, and there would, in addition, be greater scope for orientating patients living at home, than those living in an unchanging institutional setting.“ Leider wird diese Argumentation seitens der Autoren nicht weiter spezifiziert und bleibt infolgedessen etwas unklar. Dennoch erweitert die Studie von Greene et al. (1983) die Wirksamkeitsdiskussion zum ROT um zwei interessante Aspekte:

1. Die Studienpopulation setzte sich ausschließlich aus teilstationär betreuten Demenzerkrankten zusammen. Die Patienten lebten somit zwar überwiegend zu Hause, verbrachten jedoch gleichzeitig einen Teil des Tages in einer gerontopsychiatrischen Tagespflege, in der sie über den Untersuchungszeitraum an mehreren Gruppen-ROTs teilnahmen. Die Auswirkungen der Gruppen-ROTs auf die Betroffenen wurden evaluiert.
2. Im Fokus der Untersuchung stand zudem die Frage, ob die in der Tagespflege durchgeführten Gruppen-ROTs das Verhalten der Patienten auch zu Hause (positiv) beeinflussten. So wurden die Angehörigen der Untersuchungsteilnehmer dazu aufgefordert, mögliche Veränderungen bei den Betroffenen festzustellen und gleichfalls anzugeben, inwiefern sich diese auf ihre eigene Stimmungslage auswirkten.

Ausgewählt wurden hierzu 20 Patienten einer gerontopsychiatrischen Tagespflege. Die im Mittel 74-jährigen Teilnehmer mit diagnostizierter Demenzerkrankung erfüllten zudem folgende Kriterien:

- Der Schweregrad der demenziellen Erkrankung ließ eine Teilnahme am ROT zu.
- Die Patienten besuchten die Tagespflege seit mindestens zwei Monaten und an zumindest zwei Tagen in der Woche.
- Die Betroffenen lebten zusammen mit einem Angehörigen, der zu einer möglichst genauen Einschätzung des Erkrankten und seiner eigenen Person bereit und in der Lage war.

Die Untersuchung umfasste drei Phasen mit insgesamt sechs Erhebungszeitpunkten. Die Messungen wurden jeweils im Abstand von drei Wochen durchgeführt.

- Phase A („Baseline“): diese Phase umfasste den Zeitraum von der initialen Messung zu Beginn der Studie bis zur dritten Woche der Untersuchung. In dieser Zeit wurden keine ROT-Maßnahmen durchgeführt.
- Phase B („Orientation“): diese Phase bezeichnete den Zeitraum von der dritten bis zur neunten Woche. In dieser Phase wurden an zwei bis drei Tagen in der Woche jeweils einstündige Gruppen-ROTs mit den Teilnehmern durchgeführt.
- Phase A2 („Follow-Up“): diese Phase umfasste den Zeitraum nach der Beendigung der Gruppen-ROTs bis zum Untersuchungsschluss nach der 15. Woche.

Folgende Testverfahren wurden verwendet:

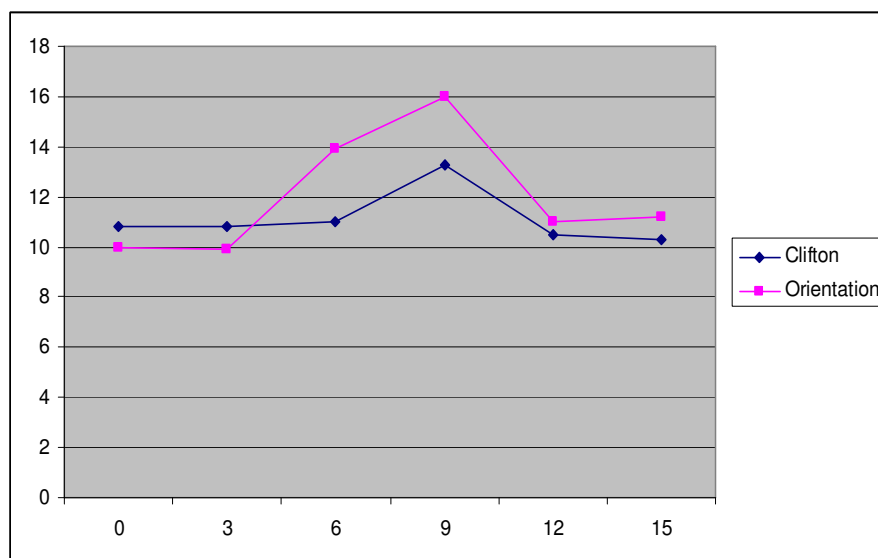
- „Orientation test“: dieser von Greene et al. (1983) eigens für die Untersuchung entworfene Test umfasst insgesamt 20 Items zur Einschätzung der Orientierung in Bezug auf Zeit, Ort und Familie, das Zuhause und die Nachbarschaft. Ein hoher Punktwert deutet hier auf eine gute Orientierungsfähigkeit hin.

- „Clifton Assessment Schedule“ (CAS): Der CAS-Test ist ein standardisiertes Instrument zur Einschätzung des Schweregrades einer demenziellen Erkrankung. Bei der Messung zu Beginn der Untersuchung fielen zwei Patienten in die „Kategorie B“ (leichte Beeinträchtigung - geringe Abhängigkeit), 15 in die „Kategorie C“ (moderate Beeinträchtigung - mittelgradige Abhängigkeit) und vier Teilnehmer in die „Kategorie D“ (deutliche Beeinträchtigung - hohe Abhängigkeit). Hohe Punktwerte im CAS sprechen für eine geringe Beeinträchtigung.
- „Behaviour and Mood Disturbance Scale“ (BMD): diese von den Autoren der vorliegenden Studie entworfene Skala erfasste mit Hilfe von Informationen der Angehörigen Art und Schwere der von den Demenzerkrankten im häuslichen Bereich gezeigten Verhaltensstörungen. Die Skala besteht aus 31 verhaltensassoziierten Items, wie z. B. „verläuft sich im Haus“, „steht morgens ungewöhnlich früh auf“, „droht und wird wütend“. Zur Auswertung werden die erhobenen Daten in drei Kategorien zusammengefasst: „apathisches/zurückgezogenes Verhalten“, „aktives/unruhiges Verhalten“ und „Stimmungsstörungen“. Niedrige Testwerte in der BMD-Skala sind ein Anzeichen für ein ebenso geringes Ausmaß an Verhaltensstörungen.
- „Relatives' stress scale“ (RS): mit Hilfe dieser ebenfalls von Greene et al. (1982) entworfenen Skala wurde das Ausmaß der mit der Pflege des Erkrankten assoziierten Stressbelastung der Angehörigen eingeschätzt. Die Skala umfasst insgesamt 15 Items, wie z. B. „Sorgen um mögliche Unfälle“, „die Möglichkeit bzw. Unmöglichkeit Besuch zu empfangen“ oder „Störungen der Haushaltsroutine“, die ebenfalls in drei Kategorien zusammengefasst werden: „persönlicher Stress“, „häusliche Unruhe“ sowie „negative Gefühle gegenüber dem Erkrankten“. Niedrige Werte in der RS-Skala sprechen für eine geringe Stressbelastung.
- „Relatives' Mood Scale“: in Ergänzung zu den beiden zuletzt genannten Skalen, wurden die Angehörigen zusätzlich aufgefordert, ihre allgemeine Stimmungslage auf einer visuell dargestellten Skala mit einer Skalierung von „nicht beeinträchtigt“ bis „extrem beeinträchtigt“ zu verzeichnen.

Die Angehörigen selbst waren im Rahmen dieser Untersuchung „blind“, das heißt, sie wussten nicht, zu welchem Untersuchungszeitpunkt mit den Gruppen-ROTs begonnen wurde bzw. zu welchem Zeitpunkt die Maßnahmen beendet wurden. Zum Zwecke der Datenerhebungen wurden sie jedoch zu Hause besucht. Die Untersuchungsergebnisse können in grafischer Form den Abbildungen 8, 9, 10 und 11 entnommen werden. Zu berücksichtigen ist bei der Betrachtung, dass Verringerungen der Testwerte in den Abbildungen 9, 10 und 11 für

jeweils positive Veränderungen sprechen. Die Testergebnisse der Patientenassessments („Orientation test“ und „Clifton Assessment Schedule“) sind der Abbildung 8 zu entnehmen. So zeigte etwa die Auswertung des „Orientation tests“ eine deutliche Verbesserung der Werte während der Orientierungsphase (Phase B) gegenüber den Messungen zu Untersuchungsbeginn (Phase A). Nach Beendigung der Gruppen-ROTs (Phase A2) fielen die Werte jedoch auf ihr Ursprungsniveau zurück. Auch die CAS-Testergebnisse zeigten einen nahezu identischen, wenn auch etwas schwächer ausgeprägten Verlauf. Beide Veränderungen waren jedoch statistisch signifikant ($p < 0,01$ bzw. $p < 0,05$).

Abb. 8: Auswertung von „Clifton Assessment Schedule“ (=„Clifton“) und „Orientation test“ (= „Orientation“) (Mittelwerte).

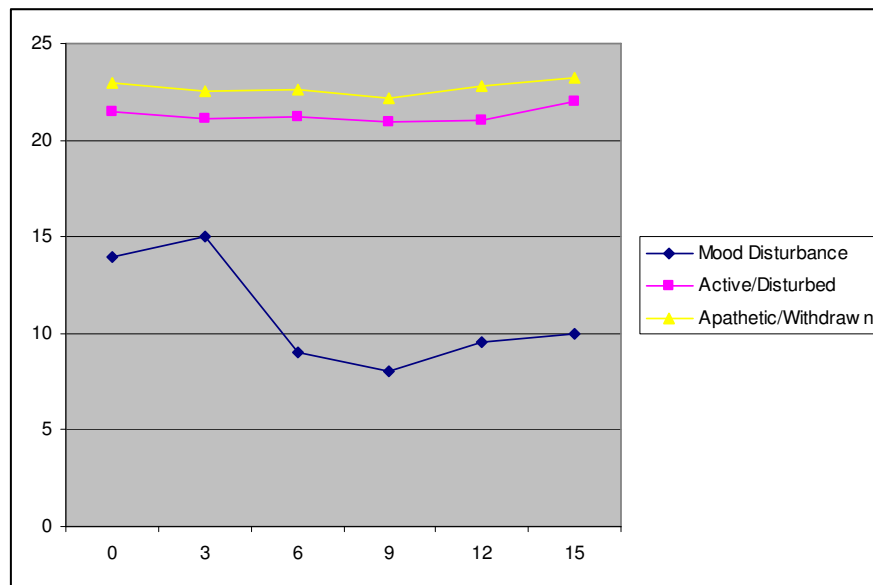


Quelle: Greene et al. (1983): 41.

Abbildung 9 zeigt die Ausprägungen der Verhaltensstörungen und Stimmungsschwankungen der Patienten im häuslichen Bereich anhand einer Auswertung der verschiedenen BMD-Subskalen. Dabei konnte im Vergleich zu den Anfangsmessungen (Phase A) eine signifikante Verbesserung der Stimmungslage („Mood Disturbance“) der Patienten gegen Ende der „Orientierungsphase“ (Phase B) festgestellt werden ($p < 0,02$). Diese Effekte hielten auch noch in der „Follow-up-Phase“ (Phase A2) erkennbar an. Dessen ungeachtet, zeigte sich zu keinem der sechs Erhebungszeitpunkte eine wesentliche Veränderung auf den Subskalen für zurückgezogenes („Apathetic/Withdrawn“) oder unruhiges („Active/Disturbed“) Verhalten. Die Ergebnisse der „Relatives' stress scale“ (RS) können in grafischer Form der Abbildung 10 entnommen werden. Während von den Angehörigen in Bezug auf die „häusliche Unruhe“ („Domestic Upset“) keine wesentlichen Veränderungen festgestellt werden konnten, zeigten

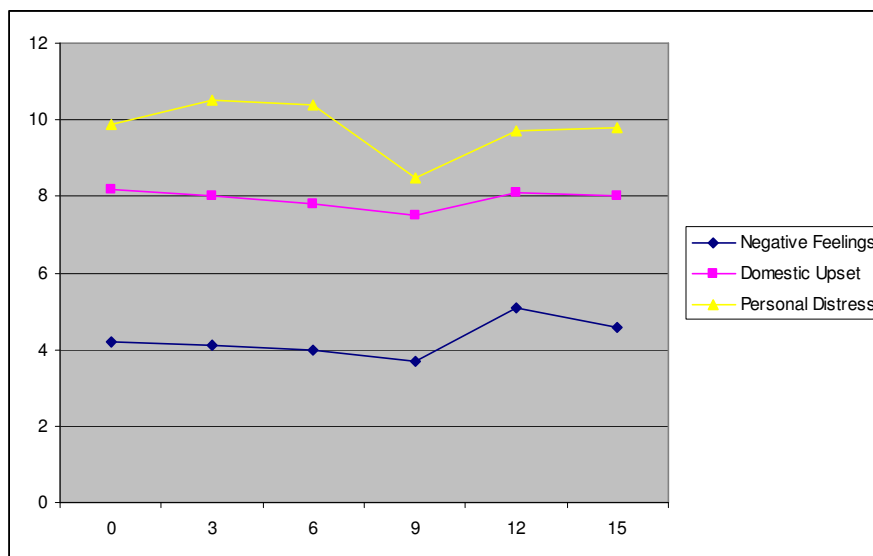
sich bei den beiden anderen Subskalen, „persönlicher Stress“ („Personal Distress“) und „negative Gefühle“ („Negative Feelings“), leichte Verbesserungen gegen Ende der Orientierungsphase (Phase B). Keine dieser Veränderungen war jedoch statistisch signifikant.

Abb. 9: Auswertung der „Behaviour and Mood Disturbance Scale“ (BMD) und ihrer Subskalen „Stimmungsstörungen“ („Mood Disturbance“), „apathisch/zurückgezogenes“ („Apathetic/Withdrawn“) und „aktiv/unruhiges“ („Active/Disturbed“) Verhalten (Mittelwerte).



Quelle: Greene et al. (1983): 41.

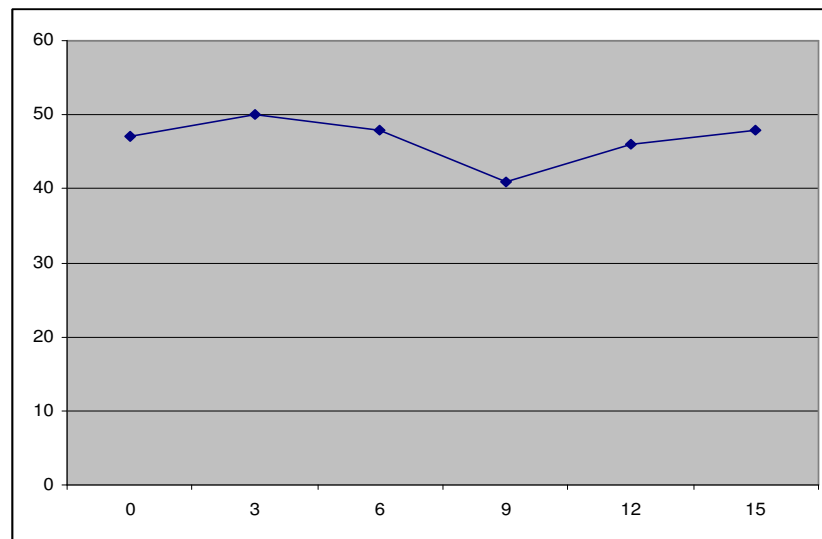
Abb. 10: Auswertung der „Relatives' stress scale“ (RS) und ihrer Subskalen „persönlicher Stress“ („Personal Distress“), „häusliche Unruhe“ („Domestic Upset“) und „negative Gefühle“ („Negative Feelings“) (Mittelwerte).



Quelle: Greene et al. (1983): 41.

Im Gegensatz dazu zeigte die in Abbildung 11 dargestellte Auswertung der „Relatives' Mood Scale“ ein anderes Resultat. Hier konnte gegen Ende der „Orientierungsphase“ eine deutliche Verbesserung gegenüber den Messungen zu Untersuchungsbeginn festgestellt werden. Die Unterschiede zwischen den Messwerten waren signifikant ($p < 0,05$). Die Erhebungen der „Follow-up-Phase“ belegten allerdings eine Angleichung der Werte an das Ausgangsniveau.

Abb. 11: Auswertung der „Relatives' Mood Scale“.



Quelle: Greene et al. (1983): 41.

Die Untersuchungsergebnisse von Greene et al. (1983) zeigen also einmal mehr, dass die Durchführung von ROT-Maßnahmen, hier von Gruppen-ROTs, prinzipiell geeignet scheint, um eine zumindest temporäre Verbesserung der kognitiven Leistungen und der Orientierung der Betroffenen zu erreichen. Dass sich diese bereits bekannten Effekte möglicherweise auch auf die Zielgruppe der teilstationär behandelten Demenzpatienten übertragen lassen, kann mit Sicherheit als wichtiges Ergebnis dieser Studie angesehen werden. Das Hauptinteresse der Autoren bestand jedoch darin, mögliche Effekte der Gruppen-ROTs in Bezug auf das Verhalten der Patienten im häuslichen Bereich zu belegen. Ein solcher Effekt konnte zwar nachgewiesen werden; dieser beschränkte sich jedoch im Wesentlichen auf eine, von den Angehörigen der Patienten eingeschätzte Verbesserung der Stimmungslage. „This improvement in the mood of the patient was in turn paralleled by improvements in the relatives' personal distress and an overall rating of their own general mood“ (Greene et al. 1983: 42). Doch auch diese Ergebnisse bedürfen einer vorsichtigen Betrachtung. So könnte bereits die Erwartung der Angehörigen im Hinblick auf eine Verbesserung der Patientensituation zu einem „Halo-Effekt“ geführt haben, der die Bewertung der Stimmung der Patienten sowie der eigenen

Gefühlslage positiv beeinflusste. Ungeachtet dessen schlagen Greene et al. (1983: 42) abschließend vor: „We therefore consider, [...] that even in the case of day hospital patients, the most promising and appropriate use of classroom RO is probably as part of an ongoing unit activity programme involving all the staff.“

3.7.3 Zusammenfassung und kritische Betrachtung des Ansatzes

Das originär amerikanische Konzept des Realitäts-Orientierungs-Trainings wurde in den 1960er Jahren zur Rehabilitation der zunehmenden Anzahl desorientierter Menschen in Krankenhäusern entworfen und in den 1970er und 1980er Jahren in den USA und Europa weiterentwickelt. Der Ansatz zeigte erstmalig Methoden auf, um Hilflosigkeit und Angst – und dies nicht nur bei den Erkrankten – zu verringern. Denn das strukturierte Programm mit klaren Verhaltensregeln in Bezug auf den Umgang mit den Erkrankten vermittelte auch den Pflegekräften Orientierung und Sicherheit. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Wirksamkeit des ROTs hat nach Höwler (2000: 439) hingegen vor allem dazu geführt, „dass der anfängliche Enthusiasmus in der Anwendung des ROTs verflogen ist und einer nüchternen Betrachtung seiner Einsatzmöglichkeiten Platz gemacht hat.“

Dies bedeutet jedoch nicht, dass eine Wirksamkeit des Realitäts-Orientierungs-Trainings nicht nachweisbar wäre. So konnten etwa Reeve et al. (1985) belegen, dass vor allem die kombinierte Anwendung aller ROT-Bestandteile geeignet ist, um eine temporäre Verbesserung der demenziellen Symptomatik in Bezug auf Orientierung, Kognition und Verhalten zu bewirken. Und auch Baldelli et al. (1993) konnten einen positiven Einfluss des ROTs in Bezug auf Orientierung und Kognition ihrer Teilnehmer belegen. Obwohl die erzielten Erfolge zumindest teilweise noch drei Monate nach Beendigung des ROTs nachgewiesen werden konnten, zeigte die Studie auch, dass letztlich nur eine kontinuierliche Fortführung der Maßnahmen dazu beitragen kann, den kognitiven Abbau über einen längeren Zeitraum zu verzögern. Ferner belegten Gerber et al. (1991) eine Wirksamkeit des ROTs in Bezug auf die kognitive Funktionsfähigkeit ihrer Teilnehmer. Dabei konnte jedoch festgestellt werden, dass offensichtlich auch unstrukturierte, nicht ROT-spezifische Formen der Gruppenarbeit geeignet sind, um positive Veränderungen hervorzurufen. Die Gründe hierfür bleiben unklar; Maciejewski (2001: III/100f) geht jedoch davon aus, dass Verbesserungen in den verschiedenen Kompetenzbereichen vor allem darauf zurückgeführt werden können, dass durch die Gruppenarbeit mehr Zeit mit den Erkrankten verbracht und verstärkt auf sie eingegangen wird. Nicht zuletzt zeigten aber auch Greene et al. (1983) anhand einer Gruppe teilstationär

versorgter Demenzerkrankter, dass die Durchführung von ROT-Maßnahmen zu einer zumindest temporären Verbesserung der kognitiven Leistungen und der Orientierung der Betroffenen beitragen kann. Obgleich – um zu einer Zusammenfassung zu kommen – alle Resultate der angeführten Untersuchungen anhand von kleinen Stichproben erzielt und häufig nicht-standardisierte Erhebungsinstrumente verwendet wurden, liegt es demnach nahe, ein vorsichtig optimistisches Bild von der Wirksamkeit des ROTs zu zeichnen.

In der praktischen Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen allerdings dürfte das ROT in seiner ursprünglichen Form heute kaum noch eine Rolle spielen. Denn anfangs wurde der Ansatz in fast dogmatischer Weise auf alle Menschen mit demenziellen Syndromen angewendet, ohne zu hinterfragen, ob sich die Betroffenen möglicherweise durch die kontinuierlichen Realitätshinweise überfordert fühlen oder selbige überhaupt noch zu verstehen in der Lage sind (vgl. Maciejewski 2001: III/96f). Hiermit wird bereits ein häufig gegenüber dem ROT geäußelter Kritikpunkt angesprochen; denn der ständige Hinweis auf die Realität ist mit Sicherheit kontraproduktiv, „wenn die eigenen ‚objektiven‘ Maßstäbe an den desorientierten Menschen herangetragen werden und seine eigene Realität nicht akzeptiert wird. Die Person wird dann aus ihrem selbst entwickelten Wirklichkeitskonzept herausgerissen und fühlt sich leicht überfordert, unter Druck gesetzt und hat Versagensängste“ (Maciejewski 2001: III/99). Auch Gunzelmann (1996: 1) äußert kritisch: „Da ROT rein von rationalen Gesichtspunkten geprägt ist, die ‚Korrektur von Verwirrtheit‘ an der Welt der Gesunden orientiert und das Erleben des Dementen weitgehend ignoriert, wird es dem Kranken noch zu wenig gerecht.“

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich vor allem auf die Frage des Nutzens und der Übertragbarkeit der vermittelten Informationen auf den Alltag. Dies gilt einerseits für die Maßnahmen des 24-Stunden-ROT; denn abgesehen von vielen sinnvollen Orientierungshilfen (Symbolverwendung etc.) sind in der einschlägigen Literatur auch durchaus fragwürdige Ratschläge zu finden. So darf nach Meinung des Verfassers bezweifelt werden, dass beispielsweise das von Kors/Seunke (2001: 150) vorgeschlagene „Aufhängen von Grundrissen oder Luftbildern der Pflegeeinrichtung“ tatsächlich zu einer verbesserten Orientierung der demenziell Erkrankten beiträgt. Nun dürften diese Maßnahmen mit Sicherheit auch keine negativen Effekte verursachen; es geht jedoch nicht nur darum – und dies soll hierdurch verdeutlicht werden – möglichst viele Orientierungshilfen anzubieten, sondern diese gleichfalls auf ihre Zweckmäßigkeit zu überprüfen. Kritikwürdig sind andererseits auch die ROT-Gruppen, da sie „vom Alltagsleben abgekoppelt sind und künstliche Situationen darstellen“ (Maciejewski 2001: III/101). So berichtet etwa Schütte (1990: 533) von seinen Erfahrungen mit dem Gruppen-ROT und formuliert vorwurfsvoll:

Verletzt es nicht jeden Grundsatz von Moral und Menschenwürde, einen alten Menschen, der ein Leben lang seinen Mann bzw. seine Frau gestanden hat, aufzufordern, in der Gruppe seine Kleidungsstücke zu benennen oder gar die anwesenden Männer von den Frauen zu unterscheiden. Diese alten Menschen haben ein oder gar zwei Weltkriege erlebt [...] und sollen nun in der sog. Therapiegruppe verschiedene Formen in einen Steckkasten stecken.

Zudem sieht Schütte (1990: 533) einen wesentlichen Grundsatz therapeutischen Handelns verletzt, nämlich den der freiwilligen Teilnahme: „Diese Klienten können in der Regel nicht mehr eigenständig über ihre Teilnahme entscheiden. Also müssen wir uns an ihrer Stelle die Frage stellen, ob es sinnvoll und vertretbar ist, mit diesen altersverwirrten Menschen ein derartiges Therapieprogramm durchzuführen.“ Die zitierten Anmerkungen sind mit Sicherheit ein Beispiel dafür, wie das ROT nicht durchgeführt werden sollte. Die Ausführungen belegen jedoch zugleich, dass die Intention des ROTs häufig missverstanden wird und wurde: ROT soll die Orientierung lediglich verbessern und nicht um jeden Preis erzwingen. Es soll Kommunikation in entspannter Atmosphäre ermöglichen und hierdurch das allgemeine Wohlbefinden steigern. Gerade für Menschen mit einer beginnenden Demenz können Orientierungshinweise durchaus hilfreich sein, da die Betroffenen in diesem Zeitraum häufig an der „objektiven“ Realität festhalten und kognitive Verluste fürchten. So schlagen etwa Gunzelmann/Schumacher (1997: 10) vor, das ROT eher als orientierenden Umgang im Alltag der Demenzerkrankten zu praktizieren (in Form des 24-Stunden-ROTs) und „nicht als Trainingsmaßnahme im engeren Sinne.“

Dennoch hat das ROT – von den räumlichen Orientierungshilfen und den tagesstrukturierenden Maßnahmen einmal abgesehen – vor allem im Zuge der Diskussion um die Validation (vgl. Kap. II/3.8) und der mit diesem Ansatz verbundenen „Trendwende“ einer verstärkt akzeptanzorientierten Haltung gegenüber den Erkrankten in den letzten Jahren stetig an Bedeutung verloren. Hat das ROT also noch eine Zukunft? Möglicherweise ja, denn die Tatsache, dass die Wirksamkeit des ROTs als relativ gut belegt gelten kann, führt derzeit zu einer Umstrukturierung und neuen Erprobung des umschriebenen Therapieansatzes (vgl. Woods 2002: 155). Hierzu wurden bewährte Bestandteile des ROTs mit den wesentlichen Elementen der Validation und der Biografiearbeit kombiniert und auf diese Weise ein neuer Therapieansatz geschaffen. Die ersten Zwischenergebnisse einer kontrollierten Wirksamkeitsstudie sind viel versprechend und vergleichbar mit den Wirkungen pharmakologischer Medikamente, wie Donepezil und Rivastigmin (vgl. Woods 2002: 155). So ist es also nicht unwahrscheinlich, dass einer modifizierten Variante des ROTs in naher Zukunft ein „Come-back“ bevorstehen könnte: „If the lessons of the RO era can be assimilated into this new

generation of interventions, and a person-centred value base underpins the endeavour, then perhaps we can welcome back a rehabilitated RO [...]“ (Woods 2002: 156).

3.8 Validation

3.8.1 Überblick

Die Validation (*engl.* „Validation Therapy“) hat als Ansatz für den Umgang mit demenziell erkrankten älteren Menschen in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Im Mittelpunkt der Methode stehen weniger die objektive Realität und die kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten sowie der Versuch ihrer Rehabilitation, sondern vielmehr die subjektive, gefühlsbetonte Welt der Erkrankten und ihre Akzeptanz. Damit steht das Konzept der Validation dem des Realitäts-Orientierungs-Trainings diametral gegenüber. Entwickelt wurde die Validation von der amerikanischen Sozialarbeiterin Naomi Feil in den Jahren zwischen 1963 und 1980 als Alternative zu den traditionellen Umgangsmethoden mit desorientierten älteren Menschen. Grund waren nach Feil (2000: 9) insbesondere negative Erfahrungen mit dem Realitäts-Orientierungs-Training: „Ich gab das Ziel der Orientierung auf die Realität auf, als ich bemerkte, dass die Gruppenmitglieder sich immer dann zurückzogen oder zunehmend feindselig wurden, wenn ich sie mit der unerträglichen Realität der Gegenwart zu konfrontieren versuchte.“ 1980 stellte Feil ihre Methode in den USA vor; seit Anfang der 1990er Jahre wird der Ansatz auch in Deutschland zunehmend praktiziert (vgl. Marr 1995: 41). So haben sich – abgesehen von der Validation nach Feil – mittlerweile sogar verschiedene Ausrichtungen des Konzeptes etabliert. Zu nennen sind vor allem folgende Ansätze:

- die „Integrative Validation“ (IVA) nach Richard;
- die „Spezielle Validierende Pflege“ nach Scharb sowie
- das „Mäeutische Konzept“ nach Van der Kooij, das sich unter anderem der Validation bedient (vgl. Maciejewski 2001: III/35).

Die folgenden Ausführungen beschränken sich jedoch auf die Validation nach Feil, da sich die bis heute veröffentlichten empirischen Untersuchungen zur Wirksamkeit der Validation fast ausschließlich auf diesen Ansatz beziehen.

3.8.2 Theoretische Grundannahmen

Validieren bedeutet, „die Realität des Dementen anzunehmen, seine aktuellen Gefühle und Verhaltensweisen ‚für gültig zu erklären‘ und wertzuschätzen“ (Füsgen 2001: 182). Die auf den ersten Blick häufig wirr erscheinende Welt der desorientierten Menschen hat nach Feil eine subjektive Bedeutung, die es zu verstehen gilt. Die Entwicklung eines solchen Verständnisses gestaltet sich jedoch schwierig, da die Erkrankten häufig Reaktionen zeigen, die im Zusammenhang mit körperlichen und sozialen Verlusten stehen und ohne weiteres nicht nachvollziehbar sind. Die Validation versucht daher „Demente trotz aller zunehmenden Veränderungen grundsätzlich ernst zu nehmen und ihnen im therapeutischen Sinne mit Empathie zu begegnen“ (ebd.: 182). Die Ziele der Validation sind dabei nach Feil (2000: 11) wie folgt gekennzeichnet:

- Wiederherstellung des Selbstwertgefühls;
- Rechtfertigung des gelebten Lebens;
- Bewahrung der Würde;
- Lösen alter Konflikte der Vergangenheit;
- Reduktion von Psychopharmaka;
- Reduktion von Stress;
- Verhinderung des Rückzugs;
- Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation sowie
- Verbesserung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens.

„Mit dem Konzept der Validation wird dem alten verwirrten Menschen das geboten, wonach er in seiner Not das größte Bedürfnis hat: Sicherheit und Vertrauen als Mittel gegen die Angst“ (Höwler 2000: 427). Auf diesem Weg bedient sich die Validation einer Vielzahl an unterschiedlichen Theorien und Modellen. So formuliert Feil (2000: 12) insgesamt 13 theoretische Grundannahmen, die sie den Ansätzen der wichtigsten Vertreter der behavioristischen, analytischen und humanistischen Psychologie entnimmt und durch eigene Erkenntnisse erweitert:

1. Akzeptieren Sie Ihren Patienten, ohne ihn zu beurteilen (C. Rogers).
2. Der Therapeut kann weder Einsicht verschaffen noch das Verhalten ändern, wenn der Patient nicht bereit ist, sich zu ändern, oder nicht die kognitive Fähigkeit zur Einsicht besitzt (S. Freud).
3. Verstehen Sie Ihren Patienten als einzigartiges Individuum (A. Maslow).

4. Gefühle, die ausgedrückt und dann von einem vertrauten Zuhörer bestätigt und validiert wurden, werden schwächer, ignorierte oder geleugnete Gefühle stärker. Aus einer nicht beachteten Katze wird ein Tiger (C.G. Jung).
5. Jedes Lebensstadium hat seine spezifische Aufgabe, die wir zu einem bestimmten Zeitpunkt unseres Lebens lösen müssen. Wir müssen danach streben, diese Aufgaben zu erfüllen, und dann zur nächsten schreiten (E. Erikson).
6. Eine übergangene Aufgabe meldet sich in einem späteren Stadium wieder (E. Erikson).
7. Die Menschen streben nach Gleichgewicht (Homöostase) (S. Zuckerman).
8. Wenn das Kurzzeitgedächtnis versagt, stellen sehr alte Menschen durch frühe Erinnerungen das Gleichgewicht wieder her. Versagt der Gesichtssinn, sehen sie mit dem inneren Auge; versagt der Gehörsinn, so hören sie Klänge aus der Vergangenheit (W. Penfield).
9. Frühe, gefestigte Erinnerungen überleben bis ins hohe Alter (F.G. Schettler/G.S. Boyd).
10. Das Gehirn ist nicht der einzige Verhaltensregulator im hohen Alter. Verhalten beruht auf einer Kombination von körperlichen, sozialen und intrapsychischen Veränderungen, die im Laufe des Lebens stattfinden (A. Verwoerd).
11. Autopsien haben ergeben, dass viele sehr alte Menschen trotz ernster Beeinträchtigungen des Gehirns relativ orientiert bleiben (C. Wells).
12. Es gibt immer einen Grund hinter dem Verhalten von desorientierten, sehr alten Menschen (N. Feil).
13. Jeder Mensch ist wertvoll – wie desorientiert er auch sein mag (N. Feil).

Als wichtigste Grundlagen der Validation sind jedoch sicherlich das Modell der Persönlichkeitsentwicklung nach Erikson sowie die Persönlichkeitstheorie nach Rogers zu bezeichnen, deren zentrale Aussagen und daraus resultierende Konsequenzen für therapeutisches Handeln nach Galuske (2002: 176ff) auf fünf Punkte verdichtet werden können:

1. Rogers unterstellt jedem Menschen eine Tendenz zur fortschreitenden Selbstverwirklichung, die sogenannte Aktualisierungstendenz. „Der Organismus hat eine grundlegende Tendenz, den Erfahrungen machenden Organismus zu aktualisieren, zu erhalten und zu erhöhen“ (Rogers 1973 zit. n. Galuske 2002: 176).
2. Durch die Auseinandersetzung von Organismus und Umwelt entsteht ein wertendes Bild des Individuums von sich selbst (Selbstkonzept), das im Optimalfall flexibel ist, um auch flexibel auf neue Umweltreize reagieren zu können.
3. Die Wahrnehmung der Umwelt ist grundsätzlich subjektiv: „Der Organismus reagiert auf das Feld, wie es erfahren und wahrgenommen wird. Dieses Wahrnehmungsfeld ist für das Individuum ‚Realität‘“ (ebd.: 176).

4. Ist es dem Individuum möglich, erfahrene Umweltreize in Übereinstimmung mit seinem Selbstkonzept zu bringen bzw. diese zu integrieren, ist seine psychische Anpassung an die Umwelt gelungen. Nicht integrierbare Erfahrungen werden hingegen als Bedrohung empfunden, lösen Ängste aus und bedingen eine „psychische Fehlanpassung“.
5. Ziel der Therapie ist es daher, dem Klienten zu einer besseren Anpassung an die im Rahmen des Selbstkonzeptes problematisch gewordenen Erfahrungen zu verhelfen.

Der Therapeut muss die Selbstheilungskräfte des Individuums fördern, indem er eine unterstützende Beziehung zu dem Klienten aufbaut, die nicht durch den Therapeuten, sein Selbstkonzept, seine Überzeugungen usw. dominiert wird, sondern die dem Klienten einen geschützten Raum zur Selbsterkenntnis, zur Selbstanalyse, zur Selbstentfaltung gewährt, um ihm auf diesem Weg die Möglichkeit zu eröffnen, die Flexibilität seines Selbstkonzeptes zu erhöhen (Galuske 2002: 178).

Das Therapeutenverhalten muss dabei durch drei fundamentale Haltungen gekennzeichnet sein (vgl. Galuske 2002: 179f):

- positive Wertschätzung: positive Wertschätzung bedeutet, dass der Therapeut dem Klienten sowohl verbal und als auch nonverbal eine bedingungslose Akzeptanz entgegenbringt und diese nicht an bestimmte Voraussetzungen oder Kriterien bindet. Hierdurch wird schließlich emotionale Wärme erzeugt, die es dem Klienten ermöglicht, Ängste und Bedrohungen zu thematisieren.
- Echtheit: Echtheit bzw. Authentizität des Therapeuten bedeutet, dass der Therapeut in der Beziehung zum Klienten ganz er selbst ist, das heißt, er soll ehrlich sein und sich nicht hinter einer Fassade gegenüber dem anderen verbergen. Nur unter dieser Voraussetzung wird auch der Klient bereit sein, sich dem Therapeuten zu öffnen und über seine Probleme zu sprechen. Die Übereinstimmung des Therapeuten mit sich selbst wird von Rogers auch als „Kongruenz“ bezeichnet.
- Einfühlerndes Verstehen: Aufgabe des Therapeuten ist es zudem, sich in den Klienten einzufühlen und zu versuchen, seine Erlebniswelt nachzuvollziehen. Grundlage für dieses empathische Vorgehen ist vor allem die Wahrnehmung aller akustischen (Sprache, Pausen, Ausdruck etc.) und visuellen (Mimik, Gestik) Signale des Klienten sowie deren Rückbindung in den therapeutischen Prozess.

In der emotionalen Wärme der Beziehung mit dem Therapeuten erfährt der Klient ein Gefühl der Sicherheit, wenn er merkt, dass jede von ihm ausgedrückte Einstellung fast auf die gleiche Weise verstanden wird, wie er sie wahrnimmt und gleichzeitig akzeptiert wird (Rogers 1973 zit. n. Galuske 2002: 180).

Der Ausgangspunkt jeder Therapie muss also das „Sich-Einfühlen“ in die Person des anderen sein. Dieses Verständnis, das Rogers geprägt hat, beschreibt Feil (2000: 11) auch als „in den Schuhen des anderen gehen.“

Einen weiteren Bezugspunkt der Validation bildet darüber hinaus das Modell der Persönlichkeitsentwicklung nach Erikson, das Feil in ihrem Ansatz aufgreift und erweitert. Erikson (1973: 96) unterteilt den menschlichen Lebenszyklus in acht Entwicklungsstufen, die acht Phasen des menschlichen Lebens, in denen ein Mensch mit jeweils spezifischen Aufgaben bzw. Krisen konfrontiert wird. Die Bewältigung der mit den einzelnen Entwicklungsphasen verbundenen Aufgaben ermöglicht dem Individuum schließlich das Erreichen der nächsthöheren Phase. Aus einem Misslingen resultieren hingegen Lebensprobleme, die auch im höheren Alter noch das Leben negativ beeinflussen können. Jede Lebensphase wird also von einer spezifischen Aufgabe bestimmt, deren positiver oder negativer Ausgang sich bei Erikson jeweils in Form von Polen gegenüber stehen. So geht es beispielsweise in Eriksons letzter Lebensphase, dem „Alter“, um eine Resümierung des Lebens oder, genauer gesagt, um die Wahrung der „Integrität“ im positiven Fall oder die Entstehung von „Verzweiflung“ als negative Konsequenz dieses Aufarbeitungsprozesses. Unter „Integrität“ versteht Erikson (1973: 119) die Fähigkeit, das Leben so wie es ist und war zu akzeptieren und die Verantwortung dafür zu übernehmen. Menschen, die sich jedoch wünschen, in ihrem Leben anders gehandelt zu haben, werden über die Tatsache, dass ihnen keine Zeit mehr für diese Veränderungen bleibt verzweifeln. „Despaired elderly individuals are unable to accept the fact that they have not reached their life goals. In contrast, integrated elderly individuals have accepted life’s events, and are able to resolve life’s conflicts“ (Babins 1988: 162). Feil (2000: 21) fügt dem Modell von Erikson jedoch einen weiteren Lebensabschnitt, das des „hohen Alters“ hinzu und bezeichnet es als „Stadium jenseits der Integrität“, in dem es vor allem darum geht, die Vergangenheit aufzuarbeiten. Gelingt es dem Individuum nämlich nicht, die achte Phase der „Integrität“ erfolgreich zu bewältigen, sind Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung die Folge. Insbesondere hochaltrige Menschen kehren daher nach Feil in die Vergangenheit zurück, um ungelöste Aufgaben und Probleme aufzuarbeiten. Ziel ist es, diesen Aufarbeitungsprozess mit Hilfe der Validation zu unterstützen, denn „wenn diese [...] Gefühle [...] bestätigt und validiert werden, zerstreuen sie sich“ (Feil 2000: 21). Wird diesen Menschen hingegen nicht validierend begegnet „werden sie zu den lebenden Toten in unseren Pflegeheimen“ (ebd.: 21); das heißt, sie ziehen sich schließlich in das Stadium des „Vegetierens“ zurück. Abgesehen vom Stadium des „Vegetierens“ werden im Rahmen der

letzten Lebensphase drei weitere, fließend ineinander übergehende Stadien unterschieden, wobei jedes nächsthöhere Stadium einem weiteren Rückzug aus der Realität entspricht:

- Stadium 1 („mangelhaft/unglückliche Orientierung“): dieses Stadium ist durch eine leichte Desorientierung gekennzeichnet. Die Betroffenen sind sich ihrer gelegentlichen Verwirrtheit bewusst, leugnen jedoch ihre Gefühle und Erinnerungslücken und versuchen, sich an der objektiven Realität zu orientieren (vgl. Maciejewski 2001: III/38). Regeln, Abmachungen und soziale Verpflichtungen halten sie daher genau ein und versuchen, sich an ihren früheren sozialen Rollen festzuhalten (vgl. Feil 2000: 52). Mögliche Ursachen für Verluste werden bei anderen Personen gesucht; Beschuldigungen und Beschwerden sind daher häufig zu beobachtende Verhaltensweisen. Nach Feil ist die Validation für diese Menschen eher ungeeignet, da das direkte Ansprechen von Gefühlen als Bedrohung empfunden werden könnte. Geeignet seien eher politische Diskussionsgruppen, in denen Gefühle indirekt zum Ausdruck gebracht werden könnten.
- Stadium 2 („Zeitverwirrtheit“): kennzeichnend für dieses Stadium ist der Verlust des Bewusstseins für Zeit und Ort. Bedingt durch den fortschreitenden Verlust von kognitiven und körperlichen Fähigkeiten ziehen sich die Betroffenen zunehmend zurück und orientieren sich nicht mehr an der Realität. Das rationale Denken verschwindet zunehmend und die Betroffenen „kehren zu grundlegenden, universellen Gefühlen zurück: Liebe, Hass, Trauer, Angst vor Trennung, Streben nach Identität“ (Feil 2000: 55). Zugleich ist dieses Stadium jedoch auch von einer weitgehenden Entspannung gekennzeichnet. Viele Betroffene singen gerne, reagieren auf Berührungen und Nähe und lachen gelegentlich (vgl. Feil 2000: 55f).
- Stadium 3 („Sich wiederholende Bewegungen“): in diesem Stadium ist eine verbale Kommunikation mit den Betroffenen kaum mehr möglich. Stattdessen wird die Sprache durch monotone Bewegungen ersetzt. Gegenstände, Körperteile und Personen gewinnen immer stärkeren Symbolcharakter für Vergangenes. Beispiele sind ein häufiges An- und Auskleiden (= der Betroffene fühlt sich gefesselt) oder auch das Essen von Kreide, um das Bedürfnis nach Liebe zu stillen (= emotionaler Hunger) (vgl. Maciejewski 2001: III/38f). In diesem Stadium brechen also lebenslang unterdrückte Gefühle bei den Betroffenen heraus, oder mit anderen Worten: „They self-stimulate to express their inner conflicts“ (Babins 1988: 163). Die Betroffenen stimulieren jedoch nicht nur sich selbst, sondern reagieren auch positiv auf eine Stimulation von außen, wie z. B. auf Berührungen, Augenkontakt oder auf den Klang der Stimme.

- Stadium 4 („Vegetieren“): in diesem Stadium „verschließt sich der Mensch völlig vor der Außenwelt und gibt das Streben, sein Leben zu verarbeiten, auf“ (Feil 2000: 60). Die Betroffenen gelangen in dieses Stadium, sofern sie keine ausreichende Stimulation von außen erfahren. Eine Kontaktaufnahme mit den Betroffenen gestaltet sich in diesem Fall als sehr schwierig: „They will not recognize family members or caretakers. [...]. They do not respond to touch, voice, or eye contact. Often, they [...] appear to be sleeping“ (Babins 1988: 163). Dieser Zustand soll durch zuvor angewendete Validation verhindert werden. Die Zielgruppe der Validation kann dabei nach Feil (2000: 29f) wie folgt zusammengefasst werden:

- Die Menschen sind zwischen 80 und 100 Jahren alt (Ausnahmen sind möglich), führten ein relativ glückliches bzw. sinnstiftendes Leben, leugnen jedoch gleichzeitig Lebenskrisen aus ihrer Vergangenheit. Sie befinden sich also im „Stadium jenseits der Integrität“.
- Deutliche Einbußen der Kognition sowie des Sehens und Hörens sind feststellbar.
- Bedürfnisse nach Liebe oder Identität werden durch monotone Körperbewegungen befriedigt.
- Eine eingeschränkte Bewegungs- und Gefühlskontrolle ist zu beobachten.

Keine Zielgruppe sind jedoch Personen, „bei denen im Laufe ihres Lebens eine psychische Krankheit aufgetreten ist, die ein organisches Trauma erlitten haben, die eine geistige Behinderung haben und/oder orientiert sind“ (Maciejewski 2001: III/36). Auch jüngere, von Desorientierung betroffene Menschen dürften nicht von der Validation profitieren, da ihre Aufgabe noch nicht in einer Resümierung ihres Lebens besteht.

3.8.3 Praktische Anwendung der Validation

Die Validation kann sowohl individuell als auch in Gruppen angewendet werden. Dabei ist zu beachten, dass möglichst beide Verfahren eingesetzt werden, da sie sich gegenseitig ergänzen und nur so eine optimale Wirkung zu erzielen ist (vgl. Kors/Seunke 2001: 156).

Individuelle Validation

„Die individuelle Methode beruht auf der Haltung der Betreuenden, die 24 Stunden am Tag in der Lage sein müssen, eine bestätigende Haltung in praktisches Tun umzusetzen“ (Kors/Seunke 2001: 156). Für dieses „praktische Tun“ bzw. die Anwendung der individuellen Validation sind drei Schritte notwendig: die Beschaffung von Informationen, die

Bestimmung des Stadiums der Desorientierung sowie die anschließende Anwendung der Validationstechniken. Im Rahmen der Informationsbeschaffung wird über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen versucht, grundlegende Erkenntnisse über Vergangenheit und gegenwärtige Situation des Betroffenen zu gewinnen. Dies kann sowohl durch ein Gespräch mit der betroffenen Person selbst bzw. durch ihre Beobachtung als auch durch gezielte Gespräche mit den Angehörigen erfolgen. Gerade im Gespräch mit den Betroffenen gilt es jedoch, möglicherweise Angst erzeugende Fragen nach konkreten Daten oder Zeiträumen, z. B. „Wie lange leben sie schon hier?“ zu vermeiden. In diesem Punkt ergänzen sich die Phasen der Informationsbeschaffung und der Schweregradbestimmung. Wird nämlich beispielsweise die Frage nach der Dauer des Aufenthaltes allgemeiner formuliert, z. B. „Leben sie schon lange hier?“, wird der Betroffene gemäß seiner verbliebenen Fähigkeiten darauf antworten können. Während also eine orientierte Person wahrscheinlich die genaue Dauer ihres Aufenthaltes benennen wird, wird eine Person im ersten Stadium vielleicht sagen: „Viel zu lange, jede Minute ist zu viel“ und ein Betroffener im vierten Stadium überhaupt nicht auf diese Frage antworten (vgl. Feil 2000: 62f). Einen weiteren Bestandteil der Informationsbeschaffung bildet nach Feil (2000: 66f) die Erforschung des bevorzugten Sinnesorgans durch die Beobachtung der physischen Charakteristika (z. B. Lachfalten, Sorgenfalten) und nonverbalen Ausdruck (z. B. Körperhaltung, Augenausrichtung) des Betroffenen. Diesen Erkenntnissen kommt bei der Anwendung der Validation große Bedeutung zu (s. u.). Auf Grundlage der so gewonnenen Informationen wird die betreffende Person schließlich einem „Stadium der Desorientierung“ zugeordnet, wobei je nach Zuordnung bzw. Stadium unterschiedliche Validationstechniken zum Einsatz kommen. Die wichtigsten dieser verbalen und nonverbalen Techniken werden im Folgenden aufgeführt (vgl. Höwler 2000: 428f; Feil 2001: 49f; Kors/Seunke 2001: 157f).

- „Zentrieren“: der Validationsanwender soll sich durch Konzentration und Atemübungen von eigenen Belastungen frei machen, um sich ganz auf die Gefühle der betroffenen Menschen einstellen zu können.
- „Nichtwertende Wörter“: Fragen sollten ausnahmslos mit einem „Wie“, „Was“, „Wo“ oder „Wann“ anfangen. Fragen, die mit einem „Warum“ beginnen bzw. sich auf Gründe oder Ursachen beziehen, sollten hingegen vermieden werden, da sie auf die häufig nicht mehr vorhandene Fähigkeit des logischen Denkens abzielen.
- „Wiederholen“: das „Wiederholen“ umfasst das erneute Aufgreifen der Aussagen der Betroffenen sowie der verwendeten „Schlüsselwörter“. Als „Schlüsselwörter“ werden die

Wortneuschöpfungen des Betroffenen bezeichnet, die häufig aus Teilen anderer Wörter zusammengesetzt sind und für ihn eine besondere Bedeutung besitzen.

- „Augenkontakt“: durch Augenkontakt kann Anteilnahme vermittelt werden.
- „Klang der Stimme“: Verwendung einer klaren, sanften und tiefen Stimmlage.
- „Spiegeln“: zur nonverbalen Technik des „Spiegelns“ gehört das Widerspiegeln von Bewegungen des alten Menschen sowie das gegenseitige Berühren. Körperhaltung, Art der Bewegungen, Atmung und Stimme des Patienten sollen genau beobachtet und nachgeahmt werden.
- „bevorzugtes Sinnesorgan“: umfasst das gezielte Ansprechen des bevorzugten Sinnesorgans durch Wörter wie „Bild“, „vorstellen“ oder „bemerken“ für visuelle Vorlieben; „klingt“ oder „laut“ für auditive Vorlieben etc.

In der Validation mit Menschen im ersten Stadium werden nach Feil (2000: 69ff) vor allem verbale Kommunikationstechniken eingesetzt, während im zweiten und dritten Stadium zunehmend auch nonverbale Techniken Verwendung finden. Im vierten Stadium hingegen ist eine Kommunikation fast nur noch auf nonverbaler Ebene möglich. Grundsätzlich kann die individuelle Validation von verschiedenen Anwendern praktiziert und an allen Orten, die ein vertrauliches Gespräch ermöglichen, durchgeführt werden. Die Anwendungsdauer ist dabei abhängig von der Konzentrationsfähigkeit der desorientierten Person, sollte jedoch einen Zeitraum von maximal 15 Minuten nicht überschreiten. Unabhängig von diesen Zeitangaben sollte die Validation beendet werden, wenn sichtbare Anzeichen einer verminderten Angst, wie z. B. ein Lächeln oder eine Abnahme sich wiederholender Verhaltensweisen zu beobachten sind (vgl. ebd.: 67f).

Validation in Gruppen

„Die Gruppensitzungen nutzen den Umstand, dass verwirrte Bewohner einander helfen können. Sie sind etwa gleich alt und haben viele Probleme, Erinnerungen und Erfahrungen gemeinsam“ (Kors/Seunke 2001: 156). Feil (2001: 219) betont sogar, dass eine Gruppenvalidation oft wirkungsvoller ist, als eine individuelle Validation. Geeignet ist die Gruppenvalidation vor allem für Menschen im zweiten oder dritten Stadium der Verwirrtheit. Betroffene im ersten Stadium profitieren nach Feil (2000: 86) hingegen nicht von dieser Maßnahme, denn der Validationsanwender „müsste eine solche verwirrte Person, die oft weint, klagt oder andere Gruppenmitglieder für ihre Fehler verantwortlich macht, in die Schranken weisen.“ Auch Betroffene im Stadium des „Vegetierens“ kommen aufgrund ihrer stark eingeschränk-

ten Kommunikationsfähigkeit nicht für eine Gruppenvalidation in Frage. Die Gruppenvalidation dauert zwischen 20 und 60 Minuten und sollte einmal bis zweimal in der Woche zur gleichen Zeit und im selben Raum durchgeführt werden. Zu den festen Bestandteilen gehören Musik, Bewegung (z. B. Tanzen, Gymnastik), ein Gruppengespräch sowie die gemeinsame Einnahme eines kleinen „Imbisses“. „Gesprächsthemen sind unter anderem typische Konflikte, die spontan in der Gruppe entstehen, allgemeine Konflikte, mit denen viele ältere Verwirrte im Pflegeheim zu kämpfen haben, oder andere Themen, die Gelegenheit bieten, über Gefühle zu sprechen“ (Kors/Seunke 2001: 156). „Such topics allow the group members to verbalize their unresolved feelings and conflicts about their families, their loss of role, home and faculties, their attitude to dying“ (Morton et al. 1991: 328).

Eine Validationsgruppe setzt sich aus höchstens zehn Personen zusammen, darunter ein Teilnehmer im zweiten Stadium als „Leiter“, eine weitere Teilnehmerin im zweiten Stadium, die als „Mutterfigur“ fungiert, vier bis fünf Personen im zweiten Stadium, die gerne miteinander kommunizieren und nicht mehr als zwei weitere Teilnehmer im dritten Stadium. Hinzu kommen ein Pfleger oder ein Beschäftigungstherapeut, die als Gruppenleiter bzw. als Assistenten fungieren und die Aktivitäten der Gruppe steuern und begleiten (vgl. Kors/Seunke 2001: 156). Eine wichtige Aufgabe der Gruppenleiter besteht zudem darin, den Gruppenteilnehmern feste Rollen zuzuteilen, die sie für die gesamte Dauer ihrer Teilnahme ausüben. Typische Rollen sind z. B. die des „Begrüßers“, des „Vorsängers“ oder des „Gedichteslers“; bei Bedarf können aber auch neue Rollen erfunden werden. Welche Rolle eine Person ausübt, wird vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Geschichte und mit Rücksicht auf ihre Neigungen, Interessen und Erfahrungen festgelegt. Gefällt einem Teilnehmer seine Aufgabe nicht, bekommt er eine andere (vgl. ebd.: 156). Der Verlauf der Gruppensitzungen folgt einem relativ festen Schema:

1. Der Gruppenleiter begrüßt und berührt alle Teilnehmer.
2. Der Vorsitzende (ein Teilnehmer der Gruppe) begrüßt die Gruppe und erklärt die Sitzung als eröffnet.
3. Die Gruppe singt das Eröffnungslied.
4. Es folgt das Gruppengespräch. Danach wird gemeinsam vereinbart, über welches Thema in der nächsten Sitzung gesprochen wird.
5. Nun können weitere Aktivitäten durchgeführt werden, wie z. B. Malen oder Arbeiten mit Ton.
6. Die Gruppe singt das Schlusslied.
7. Der Vorsitzende schließt die Sitzung.

8. Zum Schluss können die Teilnehmer gemeinsam etwas essen oder trinken. Durch diese Ritualisierung entsteht eine verlässliche Struktur, die den Teilnehmern Sicherheit vermitteln soll. Dennoch kann flexibel auf die einzelnen Bedürfnisse der Gruppenteilnehmer reagiert werden. „Es kommt nur darauf an, dass die Bewohner Gefühle teilen und austauschen und in der Gruppe Geborgenheit finden“ (Kors/Seunke 2001: 157).

3.8.4 Empirische Befunde

Ungeachtet seiner zunehmenden Verbreitung wurde der Ansatz der Validation bisher nur selten zum Gegenstand empirischer Untersuchungen. Feil (1992: 129; 2000: 40ff; 2001: 116ff) beruft sich hauptsächlich auf eigene, subjektive Erfahrungen in der praktischen Anwendung der Validation oder verweist auf die Ergebnisse verschiedener Studien, die von ihr selbst durchgeführt wurden und in ihren Ergebnissen eine umfassende Wirksamkeit des Validations-Konzeptes belegen konnten.

In 1972, our pilot research study showed an increase in positive affect and decrease in negative affect after 6 months of validation therapy sessions held once a week. Disoriented residents expressed feelings of well-being in the validation group; gait improved; speech improved; nonverbal communication improved. Validation group members initiated eye contact, assumed well-established social roles, and began to help one another to solve universal human problems such as loneliness, loss of home, job, family and mobility. The study group cried less and paced less, resulting in less need for restraints (Feil 1992: 129).

Diese Ergebnisse werden bis heute von der Initiatorin des Konzeptes aufgegriffen, beständig wiederholt und gegebenenfalls erweitert. So betont Feil (2000: 40) erneut: „Sie wurden weniger inkontinent, das störende Verhalten (schreien, schlagen) nahm ab, das positive (lächeln, sprechen, anderen helfen) nahm zu; sie wurden sich ihrer Außenwelt bewusster, sprachen auch außerhalb von Gruppentreffen miteinander und waren zufriedener.“ Auch positive Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter werden hervorgehoben. So fördert die Validation nach Feil (2000: 40) das Bewusstsein der Betreuer für die emotionalen Bedürfnisse der desorientierten Menschen, stärkt das Selbstvertrauen in die eigene Tätigkeit und bewirkt eine Abnahme von Überforderung und Frustration. Gerne hätte der Verfasser die von Feil zitierten Erfolge im Rahmen dieser Arbeit einer näheren Untersuchung unterzogen. Leider werden die verschiedenen Ergebnisse jedoch nicht detailliert dargelegt; Angaben zu Stichprobengrößen, Messinstrumenten oder anderen Untersuchungsdetails fehlen. Quellen werden zum größten Teil nicht angegeben oder beziehen sich, wie im Falle der obig zitierten

Pilotstudie aus dem Jahr 1972, auf bisher unveröffentlichte Forschungsergebnisse²⁵ (vgl. Feil 1992: 133). Auch Morton et al. (1991: 328) merken kritisch an: „Feil’s claims for the efficacy of Validation are boldly stated. [...]. However, the research method and data to support such claims do not appear to be available.“ Dennoch kann auf die Resultate anderer Studien zurückgegriffen werden, deren Anliegen darin bestand, die Wirksamkeit der Validation zu untersuchen.

So versuchten etwa Fine et al. (1995) die Wirksamkeit der Validationstechniken bei der individuellen Anwendung des Ansatzes zu belegen. Auf die Durchführung von Validationsgruppen wurde dabei bewusst verzichtet: „Although Feil’s original work included validation groups, these researchers were specifically interested in studying the value of validation techniques for one-to-one staff/resident interactions independent of such groups“ (Fine et al. 1995: 40). Ausgewählt wurden 35 Bewohner eines Altenheims aus Milwaukee (USA). Die Teilnehmer waren in einer speziellen Demenzabteilung des Altenheims untergebracht und zeigten ein ausgeprägtes Problemverhalten, welches häufiger Interventionen von Seiten des Pflegepersonals bedurfte. Als problematisches Verhalten definiert wurden Verhaltensweisen wie z. B. monotone Handlungsabläufe, Umherwandern, Schreien, der Wunsch nach Hause zu gehen oder andere Unruhezustände. Um die Behandlungseffekte der Validationstechniken auf diese Verhaltensweisen belegen zu können, wurden die Interaktionen zwischen Bewohnern und Pflegekräften regelmäßig beobachtet und zwar sowohl vor als auch nach einem intensiven Training des Pflegepersonals in der Anwendung der Validation. Da eine randomisierte Aufteilung der Teilnehmer in Kontroll- und Experimentalgruppen nicht möglich war, kam dabei ein (seitens der Autoren leider nicht näher erläutertes) quasi-experimentelles Zeitreihenversuchsplan-Design zum Einsatz (s. u.). Auch Angaben zum Untersuchungszeitraum und Hinweise auf die verwendeten Messinstrumente fehlen. Dennoch lassen sich – zumindest oberflächlich – Untersuchungsverlauf und Vorgehensweisen rekonstruieren: die Pflegekräfte wurden zunächst über einen Zeitraum von zwei Wochen intensiv in der Anwendung der Validation und ihrer Techniken geschult. Sie lernten zudem, die Bewohner einem adäquaten „Stadium der Desorientierung“ zuzuordnen und die Verwendung der verschiedenen Techniken passend auf das jeweilige Stadium auszurichten. Während des Untersuchungszeitraums, der sowohl die Phase vor („Pre-Training“) als auch nach dem Validationstraining („Post-Training“) umfasste, wurde das Pflegepersonal dazu angehalten, alle als Reaktion auf das Problemverhalten der Bewohner verwendeten Kommunikationsstrategien

²⁵ Feil, N. (1972): A new approach to group therapy, research findings. Unpublished paper presented to the Gerontological Society. Annual Meeting. Puerto Rico.

aufzuzeichnen. Vor dem Validationstraining umfassten diese Aufzeichnungen: die Identifizierung des geäußerten Problemverhaltens, eine Beschreibung der verwendeten Kommunikationsmethode (z. B. „erklären“, „zuhören“, „zurücklassen und später wiederkommen“), die Länge der jeweiligen Intervention sowie eine Einschätzung der Effektivität der verwendeten Methode. Effektivität wurde dabei als Verringerung oder vollständige Auflösung des jeweiligen Problemverhaltens definiert. Nach dem Validationstraining wurden die Aufzeichnungen des Pflegepersonals durch die spezifischen Validationstechniken („W-Fragen“, „Augenkontakt“ etc.) und die damit verbundene Einordnung der Teilnehmer in ein „Stadium der Desorientierung“ ergänzt. Veränderungen des Medikamentenkonsums der Bewohner wurden anhand von Einträgen in der Pflegedokumentation analysiert. Eine Zusammenfassung der verwendeten Kommunikationstechniken sowie der Häufigkeit ihrer Anwendung im Untersuchungsverlauf kann der Tabelle 13 entnommen werden.

Tab. 13: Kommunikationstechniken und die Häufigkeit ihrer Anwendung.

Techniken	Häufigkeit der Anwendung	
	Pre-Training (n=50)	Post-Training (n=353)
erklären	30 % (15)	0
zurücklassen und später wiederkommen	12 % (6)	0
beruhigende Annäherung	10 % (5)	0
zuhören	8 % (4)	0
korrigieren	6 % (3)	0
ablenken	6 % (3)	0
„W-Fragen“ stellen	0	16 % (57)
Berührung	0	15 % (54)
Augenkontakt	0	15 % (54)
„Schlüsselwörter“ wiederholen	0	12 % (43)
Gefühle verbalisieren	0	11 % (38)
Erinnern	0	10 % (35)
Verhalten auf Bedürfnisse zurückführen	20 % (10)	5 % (16)
Probleme gemeinsam lösen	0	4 % (13)
„bevorzugtes Sinnesorgan“	0	3 % (10)
„spiegeln“	0	1 % (5)
nach dem Extrem fragen	0	<1 % (3)
singen	0	<1 % (1)
Zweideutigkeiten erkennen	0	<1 % (2)
Sich das Gegenteil vorstellen	0	0
andere	8 % (4)	6 % (22)

Quelle: Fine et al. (1995): 41.

Im Ergebnis zeigte sich nach Fine et al. (1995: 41) nach den Trainingsmaßnahmen ein deutlicher Anstieg von Häufigkeit, Zweckmäßigkeit und Effektivität der verwendeten Kommunikationstechniken: „More options were available for staff to use when they understood the

principles of validation.“ Vor dem Validationstraining wurden gewöhnlich „Erklärungen“ oder andere „Trail-and-Error-Methoden“ verwendet, um auf die Bedürfnisse der Bewohner zu reagieren. Nach dem Training hingegen wurde insbesondere das Stellen von „W-Fragen“ („wer“, „was“, „wo“, „wann“ etc.) das Mittel der Wahl in der Kommunikation mit den erkrankten Bewohnern. Doch auch andere Validationstechniken wie „Augenkontakt“, „Berührungen“, „Wiederholen von Schlüsselwörtern“ oder „Gefühle verbalisieren“ fanden häufig Anwendung (vgl. Tab. 13). Zudem konnte nach den Trainingsmaßnahmen ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Auswahl der Kommunikationsmethode und ihrer Zweckmäßigkeit bezüglich des jeweiligen „Stadiums der Desorientierung“ festgestellt werden. Dies ist insofern von Bedeutung, da Feil davon ausgeht, dass nicht jede Technik für jedes Stadium geeignet ist (vgl. Kap. II/3.8.2). „Prior to validation training, only 13 % of the approaches selected were appropriate to the identified stage of confusion; following training 80 % were at least partially appropriate“ (Fine et al. 1995). Die richtige Wahl einer Methode bzw. ihre Zweckmäßigkeit in Bezug auf das „Stadium der Desorientierung“ des Betroffenen ermöglicht noch keinen Rückschluss auf ihre Effektivität. Tabelle 14 zeigt jedoch, dass sich die Effektivität der Methoden, gemessen an der Verringerung problematischer Verhaltensweisen, von 47 % vor dem Validationstraining auf 73 % nach dem Training erhöhte. Der Anteil nicht effektiver Interventionen verringerte sich dagegen von 40 % auf 10 %.

Tab. 14: Effektivität der Kommunikationstechniken im Untersuchungsverlauf.

Effektivität	Pre-Training (n=31)	Post-Training (n=31)
Effektiv	47 %	73 %
Teilweise effektiv	13 %	16 %
Nicht effektiv	40 %	10 %

Quelle: Fine et al. (1995): 42.

Zudem verbesserten sich – so Fine et al. (1995: 41) – die Fähigkeiten des Pflegepersonals, auch mit den stärker verwirrten Bewohnern erfolgreich zu kommunizieren: „Prior to training, staff was most effective when working with maloriented residents (Stage 1) and those who were time-confused (Stage 2). While continuing to communicate effectively with time-confused residents following validation training, effectiveness with repetitive motion (Stage 3) residents improved dramatically.“ Dies lässt – zumindest in Bezug auf diese Studie – den Schluss zu, dass das breitere Spektrum an Kommunikationsmethoden auch den Zugang zu stärker verwirrten Bewohnern erleichterte bzw. dieser erst als Folge des Validationstrainings ermöglicht wurde. Darüber hinaus konnten Fine et al. (1995) nach Einführung der Validation

eine Verringerung des Medikamentenkonsums ihrer Teilnehmer um 25 % feststellen. Ungeachtet dieser Erfolge sind die Defizite der vorliegenden Studie eklatant. Obgleich auch mit Hilfe von quasi-experimentellen Untersuchungsdesigns durchaus valide Ergebnisse erzielt werden können, ist die Aussagekraft der von Fine et al. (1995) erzielten Ergebnisse zusätzlichen Limitierungen unterworfen. So fehlten einerseits die finanziellen Mittel, um unabhängige bzw. objektive Beobachtungen der Interaktionen zwischen den Pflegekräften und den Bewohnern gewährleisten zu können. Auch die Autoren selbst zweifeln daher berechtigt an der Objektivität ihrer Ergebnisse: „When individuals record situations in which they are involved, objectivity can be compromised; it is likely that phenomena occurred during this research“ (Fine et al. 1995: 43). So wurde etwa die Beurteilung der Effektivität der Validationstechniken der subjektiven Einschätzung des Pflegepersonals überlassen. Inwiefern bei dieser Einschätzung differenzierte Kriterien, objektive Richtlinien oder andere Hilfsmittel für ein korrektes Assessment zur Verfügung standen bleibt unklar. Klar ist hingegen nur, dass eine solche Praxis Fragen aufwirft: Durch welche Kriterien wurde etwa ein Problemverhalten als „reduziert“ bzw. „abgestellt“ definiert? Über welchen Zeitraum hielten die erzielten Verbesserungen an, oder anders gefragt, mussten sie anhalten, um als erfolgreiche Interventionen bewertet zu werden? Hätte beispielsweise ein nur mäßig reduziertes Problemverhalten, das über einen längeren Zeitraum stabil blieb, nicht etwa einen größeren Erfolg bedeuten müssen, als ein vollständig abgestelltes Problemverhalten, das bereits nach kurzer Zeit wieder zur ursprünglichen Ausprägung fand? Wie den Aussagen von Fine et al. (1995: 44) entnommen werden kann, spielten diese Fragen kaum eine Rolle: „[...] the definition of ‚effective‘ was left to staff interpretation.“ Und weiter heißt es: „What one person might think was improvement might not have been classified in the same way by someone else.“ Derartige Bemerkungen lassen nur den Rückschluss auf ein vollkommen willkürliches Verfahren zu. Darüber hinaus hatten die Autoren nach eigenen Angaben kaum Zeit, sich um den korrekten Ablauf der Untersuchung zu bemühen und selbige entsprechend sorgfältig zu begleiten: „As a result, time devoted to research was often fragmented and compromised by interruptions and unrelated responsibilities“ (ebd.: 43). Ungeachtet dieser und weiterer Defizite (z. B. unvollständige Aufzeichnungen des Pflegepersonals bedingt durch Stress und hohe Arbeitsbelastungen) ist der Untersuchung von Fine et al. (1995) auch ein überzeugendes Argument für den Einsatz der Validation zu entnehmen. So ist es sicherlich als positiv zu bewerten, wenn durch die Validation ein breiteres Repertoire an Kommunikationsmethoden bereitgestellt wird, welches auch die Interaktion mit schwerer desorientierten Menschen ermöglicht bzw. erleichtert (und möglicherweise verbessert). Das Resümee der Autoren fällt daher auch

vorsichtig optimistisch aus: „If not wholly preventable, the pace of progression through confusional stages may be slowed by consistent use of appropriate validation techniques which prevent the escalation of problem behaviors“ (Fine et al. 1995: 44).

Die Studie von Fine et al. (1995) scheint jedoch – so zumindest das Ergebnis einer umfassenden Recherche – die einzige zu sein, die sich im Rahmen einer Wirksamkeitsanalyse mit der individuellen Validation beschäftigte. Eine sicherlich benötigte Bestätigung ihrer Ergebnisse steht demnach bis heute noch aus. Dennoch kann auf die Resultate weiterer Studien zurückgegriffen werden, die sich insbesondere auf den gruppenorientierten Ansatz der Validation konzentrierten.

So war es Ziel von Robb et al. (1986), die Auswirkungen einer Gruppenvalidation auf die kognitiven Fähigkeiten („Mental Status“), die Stimmung („Morale“) und das Sozialverhalten („Social behavior“) ihrer Teilnehmer zu ergründen. Ausgewählt wurden hierzu 36 der ausschließlich männlichen Bewohner eines Veteranen-Krankenhauses in Kanada. Die im Mittel 80 Jahre alten Teilnehmer wurden nach dem Zufallsprinzip einer Experimental- (n = 20) und einer Kontrollgruppe (n = 16) zugeteilt. Mit der Experimentalgruppe wurde zweimal pro Woche und über einen Zeitraum von neun Monaten eine Gruppenvalidation durchgeführt. Die Kontrollgruppe hingegen nahm nicht an diesen Gruppensitzungen teil. Psychometrische Erhebungen wurden sowohl zu Untersuchungsbeginn („Pretest“) als auch nach Beendigung der Maßnahmen („Posttest“) unter Verwendung des „Mental Status Questionnaire“²⁶ (MSQ) nach Fishback (1977), der „Philadelphia Geriatric Center Morale Scale“²⁷ (PGCMS) nach Lawton (1975) sowie der „Minimal Social Behavior Scale“²⁸ (MSBS) nach Farina et al. (1957) durchgeführt. Die Ergebnisse der beiden Messungen können der Tabelle 15 entnommen werden. Signifikante Unterschiede zwischen den Pretest- und Posttest-Ergebnissen konnten jedoch nicht festgestellt werden. Damit ist wahrscheinlich, dass die über einen Zeitraum von neun Monaten durchgeführten Gruppenvalidationen nicht zu einer Verbesserung von kognitiven Fähigkeiten, Stimmung und Sozialverhalten beitragen konnten.

²⁶ Mit Hilfe des 36 Items umfassenden „Mental Status Questionnaire“ (MSQ) nach Fishback (1977) wurde die kognitive Leistungsfähigkeit der Teilnehmer erfasst. Hohe Werte im MSQ sprechen für eine gleichfalls hohe kognitive Leistungsfähigkeit.

²⁷ Unter Verwendung der „Philadelphia Geriatric Center Morale Scale“ (PGCMS) nach Lawton (1975) wurden die Auswirkungen der Gruppenvalidation auf die Stimmung der Teilnehmer erfasst. Höhere Punktwerte in der PGCMS-Skala weisen auf eine bessere Stimmungslage hin.

²⁸ Unter Einsatz der 32 Items umfassenden „Minimal Social Behavior Scale“ (MSBS) nach Farina et al. (1957) wurde versucht, Veränderungen im Sozialverhalten der Teilnehmer festzustellen. Höhere Skalenwerte sprechen hier für ein ausgeprägteres Sozialverhalten.

Tab. 15: Mittelwerte und Standardabweichungen der Messergebnisse zu Beginn („Pretest“) und nach Beendigung („Posttest“) der Untersuchung.

Abhängige Variablen	Gruppe	Pretest		Posttest		Veränderung der Mittelwerte
		Mw	s	Mw	s	
Mental Status	C	14,4	3,1	13,3	6,6	- 1,1
	E	12,1	3,0	12,8	6,0	+0,7
Morale	C	8,1	5,0	7,2	4,4	-0,9
	E	8,4	3,5	8,6	3,0	+0,2
Social behavior	C	21,9	4,5	19,2	6,9	-2,7
	E	22,0	4,4	18,2	6,6	-3,8

Anmerkung: Mw = Mittelwert; s = Standardabweichung; E = Experimentalgruppe, C = Kontrollgruppe.

Quelle: Robb et al. (1986): 115.

Wenige Teilnehmer zeigten zwar eine gesteigerte Aktivität; diese wurde vom Pflegepersonal jedoch eher negativ bewertet: „Increased demands on the nursing staff for cigarettes, conversation, and so forth prompted at least one nurse to comment: ‘If these men keep returning so riled up, we’ll just have to increase their tranquilizers’“ (Robb et al. 1986: 117). Mögliche Auswirkungen der Validation auf die Selbständigkeit der Teilnehmer konnten ebenfalls nicht festgestellt werden: „Reports from nursing staff indicated no changes in participants’ self-care abilities such as dressing, toileting or bathing“ (ebd.: 116). Natürlich bedürfen diese Resultate vor dem Hintergrund einer geringen Stichprobengröße und anderen Problemen, wie z. B. dem Ausfall einiger Teilnehmer während des Untersuchungszeitraums, einer vorsichtigen Betrachtung. Dennoch können die Ergebnisse von Robb et al. (1986) das von Feil (1992: 133) propagierte Wirkungsspektrum der Validation nicht einmal ansatzweise bestätigen.

Auch Morton et al. (1991) versuchten, die Auswirkungen von Gruppenvalidationen, insbesondere auf die Stimmung und das Kommunikationsverhalten ihrer Untersuchungsteilnehmer im Rahmen einer Einzelfallstudie zu belegen. Ausgewählt wurden hierzu fünf Bewohner eines Altenheims im Alter zwischen 83 und 89 Jahren, die einmal pro Woche an einstündigen Gruppensitzungen teilnahmen. Der Untersuchungszeitraum von insgesamt 40 Wochen gliederte sich dabei folgendermaßen auf:

- Woche 0 bis 10 („baseline measurements“): in diesem Zeitraum wurden außer den unten aufgeführten psychometrischen Erhebungen keine Maßnahmen durchgeführt.

- Woche 11 bis 30 („validation therapy“): in dieser 20-wöchigen Phase nahmen die Untersuchungsteilnehmer regelmäßig an Gruppenvalidationen teil.
- Woche 31 bis 40 („reminiscence therapy“): in dieser 10-wöchigen Phase nahmen die Teilnehmer an einer anderen Form der Gruppenarbeit (Reminiszenz-Therapie) teil (vgl. Kap. II/3.6).

Während des gesamten Untersuchungszeitraums wurde das Ausmaß der verbalen Kommunikation der ausgewählten Bewohner im Rahmen einer teilnehmenden Beobachtung erfasst. Methodisch geschah dies auf Basis der „Short Observation Method“²⁹ (SOM) nach MacDonald et al. (1985). Konkret bedeutete dies: jedes Gruppenmitglied wurde während des Untersuchungszeitraums an jeweils einer Stunde pro Nachmittag intensiv beobachtet. In Zehn-Sekunden-Intervallen wurden dabei Häufigkeit und Dauer ihrer verbalen Interaktionen aufgezeichnet. „On a specially devised chart we recorded all verbal contact involving the group member, with 10 seconds acting as one ‘unit of interaction’“ (Morton et al. 1991: 328). Zudem wurde das Pflegepersonal beauftragt, in bestimmten Intervallen weitere Erhebungen durchzuführen. Zum Einsatz kamen dabei die „Behavioural Rating Scale“³⁰ des CAPE nach Pattie/Gilleard (1979) sowie die „Holden Communication Scale“³¹ nach Holden/Woods (1982). Darüber hinaus führten die Untersucher selbst einen CAPE-Subtest („Information/Orientation Scale“) nach Pattie/Gilleard (1979) durch. In dieser, die Orientierung erfassenden, Subskala des CAPE können maximal zwölf Punkte erreicht werden, wobei ein hoher Punktwert für eine gute Orientierung spricht. Zu Untersuchungsbeginn waren die Teilnehmer nicht in der Lage, mehr als sechs Punkte in dieser Skala zu erreichen; das heißt, sie konnten weder ihr Alter, den Tag, den Monat oder das Jahr noch ihren Aufenthaltsort oder den

²⁹ Die „Short Observation Method“ (SOM) nach MacDonald et al. (1985) dient der Beobachtung und Abbildung des Aktivitätenspektrums von Heimbewohnern in verschiedenen Kategorien: „sitting“ (Sitzen oder Liegen), „moving“ (Gehen; Transfer vom Bett in einen Stuhl; Bewegen des Bewohners im Rollstuhl), „prs care“ bzw. „personal care“ (Selbstpflege, z. B. Waschen, An- und Auskleiden), „med care“ bzw. „medication“ (umfasst alle vom Pflegepersonal oder Ärzten initiierten medizinischen Vorgänge, z. B. Applikation von Medikamenten; Messung des Blutdrucks; Infusionen verabreichen), „unobs“ bzw. „unobserved“ (Bewohner befindet sich außer Sicht des Beobachters, z. B. in seinem Zimmer), „u/o act“ bzw. „unorganized activity“ (umfasst alle vom Bewohner oder vom Personal initiierten Aktivitäten, die nicht Bestandteil organisierter Aktivitäten sind, z. B. Lesen oder Fernsehen), „org act“ bzw. „organized activity“ (umfasst alle, von der Einrichtung organisierten Aktivitäten, z. B. Spiele- oder Gesprächsgruppen), „eating“ (selbständige oder personalgestützte Nahrungsaufnahme), „drinking“ (selbständige oder personalgestützte Flüssigkeitsaufnahme), „smoking“ (selbständiger oder personalgestützter Tabakkonsum) (vgl. Lindsay et al. 1991: 736).

³⁰ Die „Clifton Assessment Procedures for the Elderly“ (CAPE) nach Pattie/Gilleard (1979) dient der Einschätzung von kognitiven und funktionalen Beeinträchtigungen und umfasst hierzu zwei Subskalen. Zum einen die zwölf Items umfassende „CAPE Information-Orientierung Scale“ (CAPE-IO) zur Beurteilung von kognitiven Einschränkungen (umfasst Fragen zur zeitlichen, persönlichen und allgemeinen Orientierung, z. B. Tag, Datum, Adresse, Farbe der Landesflagge). Zum anderen die 18 Items umfassende „CAPE Behaviour Rating Scale“ (CAPE-BRS) zur Beurteilung der physischen Funktionsfähigkeit (Mobilität, Kontinenz, Aktivitäten des täglichen Lebens). Die Ausprägung der Beeinträchtigungen wird mit Werten zwischen 0 (= keine Probleme) bis 2 (= kontinuierliche Schwierigkeiten) bewertet und zu einem Summenscore addiert (vgl. Kliempt et al. 2000:123ff).

³¹ Vgl. Fußnote 16: 116.

Namen des damaligen Präsidenten benennen. Die Ergebnisse der Folgerhebungen können der Tabelle 16 entnommen werden.

Tab. 16: Ergebnisse der CAPE-Subskala („Information/ Orientation“) im Verlauf der Untersuchung.

Teilnehmer	Alter	Geschlecht	CAPE („Information/Orientation“)				
			Wochen*				
			0*	10	20	30	40
1	83	W	6	8	6	4	3
2	89	W	4	5	6	4	3
3	79	M	6	6	verstorben	-	-
4	86	W	4	3	5	5	5
5	88	W	1	verweigert	5	2	3

Quelle: Morton et al. (1991): 329.

Bevor näher auf die Ergebnisse eingegangen werden kann, muss angemerkt werden, dass eines der Gruppenmitglieder („Teilnehmer 3“) 23 Wochen nach Untersuchungsbeginn verstarb. Zudem verweigerte „Teilnehmer 5“ zwischenzeitlich seine Mitarbeit, so dass am Ende nur bei den „Teilnehmern 1, 2 und 4“ auf vollständige Datensätze zurückgegriffen werden konnte (vgl. Tab. 16). Die verbliebenen Teilnehmer schnitten auf der CAPE-Subskala („Information/Orientation“) sehr uneinheitlich ab. Zwar konnte bei den „Teilnehmern 1, 2 und 4“ ein leichter Anstieg der Werte im Untersuchungsverlauf festgestellt werden; dieser war jedoch nur bei „Teilnehmer 4“ von einer relativen Konstanz geprägt. Auch die Ergebnisse der von Seiten des Pflegepersonals durchgeführten Erhebungen zeigten keine Veränderungen von statistischer Signifikanz. Die Ergebnisse der Interaktions-Beobachtungen werden nachfolgend in Tabelle 17 dargestellt.

Tab. 17: Ergebnisse der Interaktions-Beobachtungen im Untersuchungsverlauf.

Teiln. Nr.	% der mit Interaktionen verbrachten Zeit			Absolute Anzahl der Interaktionen (vom Teilnehmer initiiert/von einer anderen Person initiiert)			Länge der Interaktionen (Sek.)		
	1-10	11-30	31-40	1-10	11-30	31-40	1-10	11-30	31-40
1	6,6	14,2	7,7	91(49/42)	201(169/32)	70(46/24)	24	46	34
2	0,6	1,4	0,1	9(4/5)	20(18/2)	2(2/0)	17	28	15
3	24,7	13,8	-	345(107/238)	180(70/110)	-	25	24	-
4	0,9	0,5	1,6	30(2/28)	27(4/23)	57(29/28)	17	14	26
5	19,3	10,4	5,3	238(210/28)	74(59/15)	106(84/22)	27	24	18

Anmerkung: nicht verwendete Datensätze sind kursiv gekennzeichnet.

Quelle: Morton et al. (1991): 329.

Bei „Teilnehmer 1“ konnte eine Verdopplung der Interaktionen während der Validations-Phase festgestellt werden. Dieses Ergebnis spiegelte sich auch in der Länge der Interaktionen wider, die von durchschnittlich 24 Sekunden zu Untersuchungsbeginn auf 46 Sekunden in der Validations-Phase anstieg. Sowohl die absolute Anzahl der Interaktionen als auch ihr in Anspruch genommener Zeitraum nahmen jedoch bei Durchführung der Reminiszenz-Therapie wieder deutlich ab. Eine sehr ähnliche Entwicklung – wenn auch in quantitativ geringerem Ausmaß – konnte auch bei „Teilnehmer 2“ beobachtet werden. Das Absinken der Werte während der Reminiszenz-Phase war jedoch noch deutlicher ausgeprägt als bei „Teilnehmer 1“. Eine geradezu diametrale Tendenz zeigte sich dagegen bei „Teilnehmer 4“, dessen Interaktionsverhalten während der Validations-Phase deutlich geringer ausgeprägt war, als in der darauf folgenden Reminiszenz-Phase. Von anfangs nur zwei bzw. vier selbst initiierten Interaktionen während der Validationssitzungen, stieg ihre Anzahl im Rahmen der reminiszenz-therapeutisch orientierten Gruppensitzungen auf 29 Interaktionen an (vgl. Tab. 17). Dies führt zu der durchaus wichtigen Annahme, dass die Validation – wie von Feil prognostiziert – möglicherweise nicht für jeden desorientierten Menschen geeignet ist. Obwohl sich die Ergebnisse der Studie damit nur auf vereinzelte Verbesserungen in der zwischenmenschlichen Kommunikation bei zwei der fünf Teilnehmer beschränken und alle anderen Messversuche keine signifikanten Veränderungen erbrachten, geben sich Morton et al. (1991: 329f) dennoch optimistisch: „From this [...] study we conclude that the therapy appears to have had a sufficient impact on social interaction to justify further research.“ Dabei beziehen sich die Autoren zudem auf eine von ihnen (subjektiv!) wahrgenommene Verbesserung der Qualität der kommunikativen Prozesse zwischen den „Teilnehmern 1 und 2“: „The increases in the length of interactions [...] may be seen as a change in the quality of interaction“ (ebd.: 329). So zeigten die Teilnehmer etwa außerhalb der Gruppen eine Tendenz zu kurzen und einseitigen Kontaktaufnahmen (etwa Fragen nach der Uhrzeit, dem Essen oder Kommentare in Bezug auf das Wetter), während sie in der Validations-Phase zunehmend auch komplexere Themen miteinander diskutierten. Diese Vermutung bzw. Interpretation der Daten wird von Morton et al. (1991: 330) schließlich auch als Rechtfertigung für den Einsatz der Validation herangezogen:

The contrast between the almost total lack of meaningful interaction observed outside of the group and the members' ability to maintain and discuss themes and issues for 45 minutes or more in the group setting convinces us of the potential of VT as a group therapy for those with memory deficits.

Diese Argumentation steht nach Meinung des Verfassers jedoch auf „wackligen Füßen“, da aus der Länge einer Interaktion nicht unmittelbar auf ihre Qualität geschlossen werden kann. Zudem bleibt weitgehend offen, ob das leicht verbesserte Kommunikationsverhalten tatsächlich auf die Validation als Methode zurückgeführt werden konnte. Mit anderen Worten: es darf bezweifelt werden, ob eine andere Form der Gruppenarbeit nicht zu einem ähnlichen „Erfolg“ hätte führen können. Zumindest die Ergebnisse von „Teilnehmer 4“ wiesen deutlich darauf hin.

Ungleich differenzierter als Morton et al. (1991) versuchten daher Toseland et al. (1997) diese und andere Fragestellungen zu ergründen. Hauptanliegen der Studie war es, die Kurz- und Langzeiteffekte von Gruppenvalidationen zu erforschen und diese mit den Ergebnissen einer gleichzeitig durchgeführten, jedoch nicht validationsspezifisch orientierten Form der aktivierenden Gruppenarbeit zu vergleichen. Einen weiteren Vergleichsmaßstab bildete eine Kontrollgruppe, die nur von den üblichen Pflegemaßnahmen profitierte und an keinen Gruppenaktivitäten teilnahm. Insbesondere zwei Hypothesen standen dabei im Vordergrund:

1. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigen die Ergebnisse der Validationsgruppe, sowohl nach drei Monaten als auch nach einem Jahr, eine signifikante Verringerung ($p < 0,05$) problematischen Verhaltens und der Verabreichung von Psychopharmaka sowie eine signifikante Zunahme von Sozialkontakten und eine Verbesserung der Stimmungslage.
2. Die Teilnahme an den Validationsgruppen bewirkt signifikant deutlichere Verbesserungen ($p < 0,05$) in Bezug auf diese Parameter als die Teilnahme an der nicht validationsspezifisch ausgerichteten Gruppenarbeit.

Ausgewählt wurden hierzu 88 (im Durchschnitt 87 Jahre alte) Bewohner aus vier verschiedenen Altenheimen, die in Bezug auf ihre Pflegequalität einen vergleichbaren Standard aufwiesen. In jedem der vier Altenheime wurden die Teilnehmer nach dem Zufallsprinzip jeweils einer von insgesamt drei Gruppen zugeordnet:

1. Die „Validations-Gruppe“ („validation therapy group“ bzw. „VT group“, im Folgenden: „VT-Gruppe“): in der VT-Gruppe befanden sich insgesamt 31 Teilnehmer, im Durchschnitt also etwa acht Teilnehmer aus jeder Einrichtung. Die Sitzungen wurden von vier ausgebildeten Validations-Therapeuten geleitet, die bereits Erfahrungen mit der Methode gesammelt hatten.
2. Die „Sozialkontakt-Gruppe“ („social contact group“ bzw. „SC group“, im Folgenden: „SC-Gruppe“): um die Möglichkeit auszuschließen, dass eventuell festgestellte Erfolge der VT-Gruppenteilnehmer nur auf der ihnen während der Sitzungen entgegengebrachten

Aufmerksamkeit basierten, entschieden sich die Autoren, eine weitere, nicht validationspezifische Form der Gruppenarbeit in die Untersuchung zu implementieren. Hierzu wurden vier erfahrene (in Bezug auf die Validation jedoch unerfahrene!) Gruppenleiter eingesetzt, die mit den Teilnehmern in jeder Sitzung verschiedene Aktivitäten durchführten. Damit jedoch eine möglichst weitgehende Standardisierung der Gruppen gewährleistet werden konnte, orientierten sich die Gruppenleiter an einer Anleitung, die insgesamt 54 verschiedene Aktivitäten aus acht Kategorien, wie z. B. Musik, Kunst, Literatur, Gymnastik oder Spiele enthielt. In der SC-Gruppe befanden sich, auf vier Einrichtungen verteilt, insgesamt 29 Teilnehmer.

3. Die Kontrollgruppe („usual care group“ bzw. „UC group“, im Folgenden: „UC-Gruppe“): diese, als Vergleichsmaßstab dienende Gruppe, nahm an keinen Gruppenaktivitäten teil und profitierte nur von den herkömmlichen Pflegemaßnahmen der Einrichtungen. Die UC-Gruppe bestand insgesamt aus 28 Teilnehmern.

Die in ihrer Größe zwischen sechs und neun Teilnehmern variierenden VT- und SC-Gruppen nahmen jeweils viermal wöchentlich und über einen Untersuchungszeitraum von insgesamt 52 Wochen an 30-minütigen Gruppensitzungen teil. Datenerhebungen wurden zwei Wochen vor Beginn der Interventionen („baseline measurement“) sowie drei und zwölf Monate nach Beginn der Untersuchung unter Verwendung der „Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects“³² (MOSES) nach Pruchno et al. (1988), des „Cohen-Mansfield Agitation Inventory“³³ (CMAI) nach Cohen-Mansfield (1986), der „Geriatric Indices of Positive Behavior“³⁴ (GIPB) sowie des „Minimum Data Set – Resident Assessment Protocol“³⁵ (MDS+) durchgeführt. Zur Überprüfung der bereits genannten Hypothesen wurde ein „einfach-blindes“ Studiendesign ausgewählt; das heißt, weder die beobachtenden Studenten noch

³² Die 40 Items umfassende „Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects“ (MOSES) nach Helmes et al. (1987) dient der Einschätzung des verhaltensassoziierten Funktionsspektrums in fünf Bereichen (jeweils acht Items): Selbstpflege, desorientiertes Verhalten, depressive/ ängstliche Stimmung, Reizbarkeit und Rückzugstendenzen (vgl. Burns et al. 2004: 284).

³³ Das „Cohen-Mansfield Agitation Inventory“ (CMAI) besteht aus zwei Teilen, dem CMAI-O und das CMAI-N. Das CMAI-O wird von (unabhängigen) Beobachtern durchgeführt. Im Falle der vorliegenden Studie wurden hierzu Studenten ausgewählt, die zuvor (durch den Einsatz von Videos) mit der Handhabung des Instruments vertraut gemacht wurden. Das CMAI-N richtet sich hingegen an das Pflegepersonal und wurde im vorliegenden Fall auch von selbigem durchgeführt (vgl. Toseland 1997: 41).

³⁴ Das 23 Items umfassende „Geriatric Indices of Positive Behavior“ (GIPB) misst die Häufigkeit von positiven verbalen, nonverbalen und nicht interaktionsbezogenen Verhaltensweisen in Form einer Verhaltensbeobachtung und wurde eigens für die vorliegende Untersuchung konzipiert. „All interactions with staff, other residents, or visitors were recorded concurrently and in the same manner as CMAI-O data. The GIPB yields a summary score for the number of verbal, nonverbal and noninteractive, positive behaviors“ (Toseland 1997: 41).

³⁵ Das 105 Items umfassende „Minimum Data Set Plus“ (MDS+) dient zur Einschätzung des Patientenstatus und der den jeweiligen Patienten betreffenden Pflegemaßnahmen. Unter anderem werden im MDS+ folgende Daten erhoben: die Anzahl der verabreichten Medikamente pro Woche; die Anzahl der Tage, in denen antipsychotische, angstlösende oder antidepressiv wirkende Medikamente verabreicht wurden sowie die Häufigkeit von Fixierungen (im Bett, Rollstuhl etc.) (vgl. Toseland 1997: 41).

das Pflegepersonal wurde über Ziele und Inhalte der Studie informiert. Die Ergebnisse der MOSES-Subskalen können nachfolgend der Tabelle 18 entnommen werden.

Tab. 18: Ergebnisse der MOSES Subskalen.

Variablen	Messzeitpunkt					
	Baseline		nach 3 Monaten		nach 1 Jahr	
	Mw	s	Mw	s	Mw	s
Selbständigkeit						
VT	16,54	2,94	15,91	3,87	16,52	3,86
SC	16,09	4,50	15,86	4,43	16,68	3,39
UC	15,70	4,08	14,83	4,85	16,77	3,05
Desorientierung						
VT	15,68	4,37	15,86	4,37	17,90	5,28
SC	16,09	4,32	17,45	5,34	17,43	6,00
UT	17,91	5,31	19,00	5,51	17,09	6,19
Depression						
VT	10,64	5,15	9,55	3,75	9,19	3,30
SC	7,73	2,59	8,50	3,17	10,29	5,97
UT	8,78	3,50	9,65	4,09	8,18	4,52
Reizbarkeit						
VT	5,36	2,28	5,00	2,37	4,81	2,40
SC	5,64	3,43	4,73	2,53	6,10	3,40
UT	5,22	2,33	5,61	2,66	5,36	2,52
Rückzug						
VT	14,05	4,09	13,86	4,21	13,95	4,16
SC	13,05	4,09	12,68	3,73	13,67	4,27
UT	14,43	4,19	14,91	4,32	14,91	3,75

Anmerkung: Mw = Mittelwerte; s = Standardabweichungen.

Quelle: Toseland et al. (1997): 44.

Ein Post-hoc-Vergleich der in Tabelle 18 dargestellten Mittelwerte mit Hilfe des „Tuckey’s HSD-Tests“ zeigte einerseits, dass bei allen Teilnehmern drei Monate nach Untersuchungsbeginn eine signifikante ($p < 0,05$) Abnahme ihrer Selbständigkeit zu beobachten war. Andererseits konnte nach einem Jahr ein ebenfalls signifikanter ($p < 0,05$) Anstieg der Desorientierung festgestellt werden. Selbiger war jedoch nicht – wie vielleicht zu erwarten – auf die Teilnehmer in der „UC-Gruppe“ zurückzuführen, sondern hatte seinen Ursprung sowohl bei den „VT-“ als auch bei den „SC-Gruppenteilnehmern“. Die Werte der „UC-Gruppe“ blieben hingegen diesbezüglich konstant. In Bezug auf die Depressionswerte zeigten sich bei der „VT-Gruppe“ keine signifikanten Unterschiede im Untersuchungsverlauf. Veränderungen waren allerdings bei der „SC-Gruppe“ feststellbar, die sich ein Jahr nach Untersuchungsbeginn signifikant ($p < 0,05$) depressiver zeigte. In Bezug auf die anderen MOSES-Subskalen konnten hingegen keine signifikanten Veränderungen beobachtet werden. Die Auswertung bzw. die Ergebnisse des CMAI sind der Tabelle 19 zu entnehmen.

Tab. 19: Auswertung des CMAI-N und CMAI-O.

Variablen	χ^2	df	P-Wert
	Baseline bis 3 Monate nach Untersuchungsbeginn		
CMAI-N			
physisch aggressiv	10,7916	2	0,005
verbal aggressiv	3,4206	2	0,184
physisch nicht aggressiv	0,3878	2	0,815
Dauer der Intervention	0,3074	2	0,861
Erfolg der Intervention	9,3467	2	0,009
CMAI-O			
physisch aggressiv	2,2604	2	0,303
verbal aggressiv	11,7946	2	0,003
physisch nicht aggressiv	0,2752	2	0,895
	Baseline bis 1 Jahr nach Untersuchungsbeginn		
CMAI-N			
physisch aggressiv	14,9036	2	0,001
verbal aggressiv	5,8844	2	0,053
physisch nicht aggressiv	6,7602	2	0,034
Dauer der Intervention	3,7214	2	0,158
Erfolg der Intervention	6,8332	2	0,032
CMAI-O			
physisch aggressiv	1,4123	2	0,590
verbal aggressiv	12,4648	2	0,002
physisch nicht aggressiv	1,5212	2	0,473

Quelle: Toseland et al. (1997): 44.

Wie Tabelle 19 zeigt, konnte das Pflegepersonal (CMAI-N) sowohl nach drei Monaten als auch nach einem Jahr eine signifikante Veränderung in Bezug auf die physisch aggressiven Verhaltensweisen der Teilnehmer feststellen. Eine Follow-up-Analyse konnte belegen, dass dieser Effekt auf eine signifikante Verbesserung bei der „VT-Gruppe“ zurückzuführen war, während sich bei der „SC-“ und der „UC-Gruppe“ kaum Veränderungen zeigten. Zudem zeigen die Ergebnisse (CMAI-N), dass sich ein Jahr nach Untersuchungsbeginn eine signifikante Verringerung körperlich nicht aggressiver Verhaltensweisen einstellte. Im Gegensatz zur ursprünglichen Hypothese zeigte allerdings eine Follow-up-Analyse, dass sich diese Verbesserung nur bei den „SC-“ und „UC-Gruppenteilnehmern“ zeigte, nicht jedoch bei den Teilnehmern der Validationsgruppe. Signifikante Veränderungen zeigten sich darüber hinaus in Bezug auf die Bemühungen der Pflegekräfte, beim Auftreten problematischer Verhaltensweisen der Teilnehmer zu intervenieren. Entsprechende Erfolge wurden sowohl nach drei Monaten als auch nach einem Jahr dokumentiert und betrafen sowohl die „VT-“ als auch die „SC-Gruppe“. Der für die Interventionen benötigte Zeitraum veränderte sich jedoch nicht. Die Ergebnisse der studentischen Beobachter (CMAI-O) konnten – als einziges Resultat –

eine signifikante Veränderung in Bezug auf verbal aggressives Verhalten belegen, sowohl drei Monate als auch ein Jahr nach Untersuchungsbeginn (vgl. Tab. 19). Im Rahmen der Follow-up-Analyse wurde jedoch deutlich, dass nur die Teilnehmer der „Sozialkontakt-Gruppe“ zu beiden Erhebungszeitpunkten eine signifikante Verringerung verbal aggressiver Verhaltensweisen zeigten. Weitere Ergebnisse konnten im Rahmen dieser Untersuchung nicht erzielt werden: eine Analyse der GIPB-Daten zeigte keine signifikanten Veränderungen bei der Aufnahme positiver Sozialkontakte mit Familienmitgliedern, Pflegepersonal oder anderen Mitbewohnern. Und auch die Datenanalyse des MDS+ offenbarte bei keiner der drei Gruppen signifikante Veränderungen, weder in Bezug auf die Häufigkeit körperlicher Fixierungen noch bezüglich des Einsatzes antipsychotischer, angstlösender oder antidepressiv wirkender Medikamente. Das Untersuchungsergebnis wird daher von Toseland et al. (1997: 46) auch eher vorsichtig interpretiert: „The results of this study provide limited support for the effectiveness of group VT for nursing home residents with dementia.“ Differenzierter lässt sich in Bezug auf die vorangestellten Hypothesen konstatieren:

1. In Bezug auf das Auftreten problematischen Verhaltens konnte das Pflegepersonal (CMAI-N) eine signifikante Verringerung körperlich aggressiver Verhaltensweisen bei den Teilnehmern der Validationsgruppe feststellen. Dieses Ergebnis konnte jedoch durch die Daten des CMAI-O nicht bestätigt werden. „Thus, the results provide only one source of data – nursing observations – to support the hypothesis about the effectiveness of VT on problem behaviors“ (ebd.: 46). In Bezug auf die Stimmungslage der „VT-Gruppe“ zeigten sich keine signifikanten Verbesserungen im Untersuchungsverlauf. Die Werte in der entsprechenden MOSES-Subskala („Depression“) blieben relativ konstant. Dieses Ergebnis könnte natürlich dahingehend interpretiert werden, dass das Auftreten depressiver Symptome durch die Teilnahme an der Validationsgruppe verhindert wurde. Dennoch, zu einer Verbesserung der Stimmungslage konnte die Validation keinen Beitrag leisten. Dies galt gleichfalls für die Annahme, dass sich die Validation positiv auf den Medikamentenkonsum und das Kontaktverhalten der Betroffenen auswirkt. Zumindest diese Untersuchung lieferte hierfür keine stichhaltigen Ergebnisse.
2. Eine Überlegenheit der Validationsgruppe gegenüber der „Sozialkontakt-Gruppe“ konnte nicht belegt werden. Im Gegenteil: Bezug nehmend auf die Ergebnisse der CMAI-O-Beobachter zeigte die „SC-Gruppe“ eine deutliche Verringerung verbal aggressiven Verhaltens; die Beobachtungen des Pflegepersonals (CMAI-N) konnten zudem eine Reduzierung körperlich nicht aggressiver Verhaltensweisen belegen.

Although the nursing staff did not report SC to be as effective as VT in reducing physically aggressive behaviors, SC reduced physically non aggressive problem behaviors such as wandering, pacing, and repetitive mannerisms, whereas VT had no effect on these behaviors (Toseland et al. 1997: 47).

3.8.5 Zusammenfassung und kritische Betrachtung des Ansatzes

Ziel der Validation ist es, desorientierte ältere Menschen bei der Bewältigung ungelöster Konflikte aus ihrer Vergangenheit zu unterstützen und ihnen dabei mit Achtung, Würde, Empathie und Respekt gegenüberzutreten. Die mit diesen Zielen verknüpfte wertschätzende und respektierende Haltung ist grundsätzlich zu begrüßen, vermeidet sie doch die Einstellung, man wisse vielleicht besser, was für den Erkrankten „gut“ ist, als er selbst. Der Erfolg der Validation ist somit vor allem darin zu sehen, „dass das Konzept eine Perspektive besonders für den pflegerischen Umgang mit Demenzkranken aufzeigt. Der Kranke wird in seinem Anderssein akzeptiert und emotional angesprochen“ (Höwler 2000: 433).

Ungeachtet seiner zunehmenden Verbreitung ist der Ansatz der Validation jedoch umstritten und wird „in der Fachwelt als wissenschaftliches Rehabilitationskonzept nicht anerkannt“ (ebd.: 433). Die Gründe hierfür sind sicherlich zuerst in der mangelhaften und nur schwerlich begreifbaren theoretischen Konzeption der Methode zu suchen. So bedient sich Feil bei der Entwicklung ihrer Methode wesentlicher Grundprinzipien der behavioristischen, humanistischen und analytischen Psychologie, ohne diese jedoch näher zu erläutern oder fundiert in ihre Arbeit einzubinden. Auch Höwler (2000: 433) kritisiert: „Dieses Konglomerat von Bruchstücken aus den einzelnen Theorien wird verkürzt und aneinandergereiht. Von einer in sich schlüssigen theoretischen Begründung kann bei der Validation keine Rede sein.“ Als Beispiel seien Feils theoretische Grundannahmen angeführt. Selbige werden ohne Erläuterung oder Begründung als Grundlagen der Validation herausgestellt, dann jedoch in einem völlig anderen Zusammenhang wieder aufgegriffen. So bezieht sich Feil (2000: 12) anfangs etwa auf Maslow („Verstehen Sie Ihren Patienten als einzigartiges Individuum“), ohne jedoch zu erläutern, was sich hinter diesem Postulat verbirgt. An anderer Stelle greift Feil (2001: 40) schließlich die von Maslow entwickelte Bedürfnispyramide auf und ergänzt diese um eine eigene, auf desorientierte ältere Menschen zugeschnittene Bedürfnishierarchie. Auch diese Bedürfnishierarchie wird ohne weitere Erklärungen in den Raum gestellt und trägt damit nicht weiter zum Verständnis der Methode bei. Einer kritischen Betrachtung bedarf sicherlich auch die Grundannahme Feils, dass desorientierte ältere Menschen versuchen, ungelöste Konflikte aus ihrer Vergangenheit aufzuarbeiten. Diese Konflikte werden als Grund für die Desorientierung eines Menschen angeführt. In der gerontologischen Forschung

gibt es jedoch einerseits keinerlei Hinweise darauf, dass ungelöste Konflikte zu demenziellen Symptomen führen können – allein diese Vorstellung erscheint paradox. Andererseits werden auch konzeptionelle Widersprüche deutlich. So wird die Lösung unbewältigter Lebenskonflikte auf der einen Seite als Ziel der Validation deklariert (vgl. Feil 2000: 11). Auf der anderen Seite geht Feil – so betont auch Maciejewski (2001: III/47) – jedoch davon aus, „dass diese unbewältigten Lebensaufgaben niemals ganz gelöst werden, dass der desorientierte alte Mensch bis zu seinem Tod damit beschäftigt sein wird.“ In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, in welchem Ausmaß die Adressaten überhaupt noch über die kognitiven Fähigkeiten (Einsicht, abstraktes Denken etc.) verfügen können, um die ungelösten Konflikte ihres bisherigen Lebens aufzuarbeiten. Dies träfe, so Marr (1995: 45), eigentlich nur auf Patienten zu, bei denen eine „Pseudodemenz“, also ein depressionsbedingter Verwirrheitszustand diagnostiziert werden könne. Diese Patienten wiederum wären jedoch kein Bestandteil der Feilschen Zielgruppe, da psychisch Erkrankte von der Validation nicht berücksichtigt werden. Ohnehin wird die Akzeptanz der Methode durch die undurchschaubare Definition ihrer Zielgruppe erschwert. Die Validation nach Feil richtet sich primär an desorientierte Menschen im Alter zwischen 80 und 100 Jahren und schließt jüngere Menschen, psychisch Kranke oder Behinderte aus (vgl. Kap. II/3.8.2). Das Problem besteht vor allem darin, dass Feils Begriff der „Desorientierung“ keiner medizinischen Diagnose oder Definition zugänglich ist. Feil wehrt sich gegen die Bezeichnungen „Demenz“ oder „Alzheimer-Demenz“. Sie akzeptiert zwar, dass der Zustand der Desorientierung bei jüngeren Menschen (präsenile Demenz) primär auf pathologische Veränderungen im Gehirn (Plaques und Neurofibrillen) zurückgeführt werden kann. Diese Gruppe wird daher auch nicht von der Validation berücksichtigt. Gleichzeitig geht Feil (2000: 30ff) jedoch davon aus, dass pathologische Veränderungen bei älteren Menschen – also ihrer Zielgruppe – nur einen geringen Einfluss besitzen und betont, dass die Bildung von Plaques und Neurofibrillen im Alter ein ganz normaler Vorgang sei. Dies ist bis zu einem gewissen Punkt sicherlich richtig (vgl. Kap. I/2.2). Dennoch ist es falsch, demenzielle Symptome im Alter auf Basis dieses Befundes auf unbewältigte Lebenskonflikte zurückzuführen, da an den degenerativen Abbauprozessen nicht nur Plaques und Neurofibrillen, sondern gleichfalls viele andere pathologische Prozesse beteiligt sind (z. B. Veränderungen der Neurotransmission), die Feils Argumentation ad absurdum laufen lassen. Kaum nachvollziehbar ist auch die Zusammensetzung der Teilnehmer bei der Gruppenvalidation. So betont Feil (2001: 48) einerseits, dass die Übergänge ihres Stadienmodells fließend seien und dass ein Betroffener an einem einzigen Tag verschiedene „Stadien der Desorientierung“ durchlaufen könne. Andererseits hat Feil genaue Vorstellungen

davon, wie viele Teilnehmer aus welchen Stadien an den Gruppensitzungen teilnehmen sollten (vgl. Kap. II/3.8.3). Ähnlich verhält es sich auch mit den Techniken der Validation. So werden einerseits konkrete Methoden entwickelt, deren Anwendung sich zudem an den verschiedenen Schweregraden der Desorientierung orientiert (vgl. Kap. II/3.8.2). Andererseits betont Feil (2000: 69): „Es gibt keine Universalformel, da jeder Mensch anders ist. Alle Validationsanwender müssen ihre eigene Methode finden, auf sehr alte, desorientierte Menschen einzugehen.“

Diese und andere Widersprüche lassen den Leser teils ratlos zurück. Oder, um es etwas plakativer mit den Worten von Rakel et al. (1991: 646) auszudrücken: „[...] Texte, die Naomi Feil selbst verfasst hat, wirken bei genauem Hinsehen unprofessionell und reißen niemanden vom Hocker.“ Doch auch die von Naomi Feil durchgeführten Seminare leisten offensichtlich keinen Beitrag zur Klärung offener Fragen, wie das Beispiel von Maciejewski (2001: III/47) belegt:

So unterscheidet sie in ihren Vorträgen nicht Menschen mit Demenz von desorientierten Menschen aufgrund unbewältigter Konflikte. Beides wird synonym miteinander verwendet. Auch die Altersgrenze wird von ihr selbst teilweise aufgehoben. Während einer Fortbildung am 13. September 2000 in Köln argumentiert sie beispielsweise zunächst, dass bei jüngeren Menschen (also unter 80 Jahren) die Validation nicht so gut funktioniere, weil bei ihnen weniger Plaques zu finden seien als bei älteren Menschen (obwohl sie ja eigentlich davon ausgeht, dass die Desorientierung der Betroffenen primär aus unbewältigten Konflikten resultiert und eben nicht auf die Plaques zurückzuführen ist). Andererseits käme das Ergebnis der Validation auch auf den Typ Mensch an. So argumentiert sie weiter, dass Validation eventuell nicht bei einem 90-Jährigen, aber bei einem 70-Jährigen funktioniere. Diese Art der Argumentation ist sowohl in ihren Büchern als auch in ihren Vorträgen nicht immer nachvollziehbar.

Enttäuscht zeigen sich auch Rakel et al. (1991: 646), deren kritische Betrachtung eines anderen Seminars an dieser Stelle auszugsweise einfließen soll:

Naomi Feil schaffte es, durch ihre hervorragenden schauspielerischen Fähigkeiten [...] bei ihren Zuhörern Verlegenheit, Scham und Mitgefühl zu erzeugen [...]. Bis zur ersten Pause waren wir überzeugt, das wird eine Veranstaltung von hohem fachlichem Wert, die zur praktischen Umsetzung im beruflichen Alltag motiviert. Aber jetzt kam nicht mehr viel, was unsere anfängliche Begeisterung hätte aufrechterhalten können. Obwohl Naomi Feil mehrmals betonte, dass ein Tag für eine umfassende Einführung in das Thema zu knapp bemessen sei, und sie so nur einen mageren Einblick geben könne, füllte sie die Zeit bis zum Mittagessen mit Wiederholungen dessen, was sie bereits im ersten Teil referierte. [...]. Die Enttäuschung war groß! Viele – teils kritische – Fragen aus dem Zuhörerkreis blieben unbeantwortet, weil Naomi Feils Ausführungen einer eher schauspielerischen und verbalen Selbstdarstellung glichen. Das gipfelte in der Vorführung zweier Filme, in denen sie die Hauptrolle spielte. Für uns war damit die Grenze der Peinlichkeit überschritten.

Es bedarf nach Meinung des Verfassers keiner weiteren Erwähnung, dass eine derartige „Informationspolitik“ – sollte sie die Regel sein – ebenfalls nicht zu einer uneingeschränkten Akzeptanz der Methode beitragen dürfte. Darüber hinaus können „wesentliche Elemente als bereits unabhängig von der Validations-Therapie bestehende Grundsätze eines modernen Umgangs mit Demenzkranken gelten (etwa das Akzeptieren der Gefühlswelt der Kranken, die Arbeit mit Erinnerungen, die Bedeutung nonverbaler Kommunikation), ohne dass dies als spezifisches neues Therapiekonzept definiert wurde“ (Weis et al. 1997: 20). Oder, um es mit Rakel et al. (1991: 646) auszudrücken: „Alles was Naomi Feil uns als ‚etwas Neues‘ verkaufen wollte, geschieht bereits und nicht nur im Ansatz.“

Wäre die Validation allerdings in der Lage, die von Feil angeführten Erfolge tatsächlich bewirken zu können, könnte über die defizitäre Konzeption der Methode leichter hinweggesehen werden. Im Vergleich zu den Resultaten der in Kapitel II/3.8.4 herangezogenen Untersuchungen scheinen Feils Angaben zur Wirksamkeit des Ansatzes jedoch sehr hoch gegriffen. Zwar konnten Fine et al. (1995) die Wirksamkeit der Validationstechniken in Bezug auf problematische Verhaltensweisen (z. B. Schreien, Umherwandern) belegen. Diese Wirkung war insbesondere dann gegeben, wenn sich die Auswahl der jeweiligen Kommunikationsmethode am Schweregrad der Desorientierung orientierte. Aufgrund der in Kapitel II/3.8.4 angeführten methodischen Mängel bedürfen die Resultate von Fine et al. (1995) jedoch einer sehr vorsichtigen Betrachtung. Robb et al. (1986) versuchten, die Auswirkungen einer Gruppenvalidation auf die kognitiven Fähigkeiten, die Stimmung und das Sozialverhalten ihrer Teilnehmer zu untersuchen. Dabei konnten in Bezug auf diese Parameter jedoch keine signifikanten Verbesserungen festgestellt werden. Als „dürftig“ sind auch die Ergebnisse von Morton et al. (1991) zu bezeichnen, die versuchten, die Auswirkungen von Gruppenvalidationen auf das Kommunikationsverhalten ihrer Untersuchungsteilnehmer zu belegen. Die Autoren konnten zwar bei zwei ihrer fünf Teilnehmer eine leichte Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten nachweisen; auf einen anderen Teilnehmer wirkten sich die durchgeführten Gruppenvalidationen jedoch eher negativ aus. In diesem Fall konnten hingegen mit reminiszenztherapeutischen Maßnahmen Erfolge erzielt werden (vgl. Kap. II/3.8.4). Dies führte zu der Frage, ob eine andere Form der Gruppenarbeit nicht ein grundsätzlich vergleichbares Wirkungsspektrum aufweisen könnte und damit zu der Studie von Toseland et al. (1997), die versuchten, die Kurz- und Langzeiteffekte von Gruppenvalidationen zu beobachten und selbige mit den Auswirkungen einer gleichzeitig durchgeführten, jedoch nicht validationsspezifisch ausgerichteten Form der aktivierenden Gruppenarbeit zu vergleichen. Dabei konnten bei den Teilnehmern der Validationsgruppe zwar Verbesserungen in Bezug auf

körperlich aggressive Verhaltenweisen (z. B. Schlagen, Treten) beobachtet werden; Auswirkungen auf die Stimmungslage oder den Medikamentenkonsum der Teilnehmer waren jedoch nicht feststellbar. Dies galt auch für die Vergleichsgruppe, welche sich allerdings in Bezug auf eine Reduzierung verbal aggressiver und körperlich nichtaggressiver Verhaltensweisen (z. B. Umherwandern) als effektiv erwies. Eine Überlegenheit der Gruppenvalidation konnte damit nicht bestätigt werden (vgl. Kap. II/3.8.4). Die Ergebnislage ist daher insgesamt wenig überzeugend. Viele Studien weisen methodische Mängel auf; häufig wurden unterschiedliche, zum Teil von den einzelnen Wissenschaftlern selbst konzipierte Erhebungsinstrumente verwendet, so dass ein Vergleich der Untersuchungen nicht möglich ist. Hier besteht mit Sicherheit weiterer Forschungsbedarf.

Ist die Validation am Ende also nichts anderes, als die geschickte Umsetzung einer auf Bruchstücken theoretischer Konstrukte basierenden und in ihrer Wirksamkeit kaum belegbaren „Geschäftsidee“ in der Demenztherapie? Zumindest in dieser Hinsicht kann die Validation deutliche Erfolge nachweisen. Zahlreiche Institute, z. B. das „Institut für Angewandte Gerontologie“ in Berlin mit der „European Validation Association“ als Dachverband, widmen sich mittlerweile der Vermittlung der Methode und bilden in verschiedenen Stufen zum „Validations-Anwender“, „Validations-Gruppenleiter“, „Validations-Lehrer“ und „Validations-Master“ aus. Dies wiederum ist mit teilweise relativ hohen finanziellen Aufwendungen verbunden. So kostet etwa eine vom „Landesverein für Innere Mission in der Pfalz e.V.“ organisierte Ausbildung zum „Validations-Gruppenleiter“ rund 1.400 Euro³⁶. „Mit diesen Kursen wird viel Geld verdient“, kritisiert auch Hedwig Haske-Pelsoeczy (2002), Präsidentin der Schweizerischen Fachgesellschaft für Gerontopsychologie³⁷. Es stellt sich natürlich die Frage, ob diese Kosten in Relation zum Nutzen der Methode stehen. Diese Frage kann derzeit – wie bereits ausgeführt – nicht schlüssig beantwortet werden. Wer jedoch – so die Meinung des Verfassers – einem demenziell erkrankten Menschen auf intuitiver Basis mit Interesse, Empathie und Respekt vor seiner Person gegenübertritt benötigt keine Validation. Wer diese Eigenschaften jedoch nicht besitzt, wird sie auch durch die Validation nur schwerlich erlernen können!

³⁶ Diese Information wurde dem aktuellen Veranstaltungskalender der „European Validation Association“ entnommen. Im Internet verfügbar: <http://www.validation-eva.com>, Stand: 1.12.2005.

³⁷ Schweizerischer Tages-Anzeiger, 20.12.2002.

3.9 Musiktherapie

3.9.1 Methodische Grundlagen

Unter Musiktherapie ist die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende „[...] Nutzung von Musik oder musikalischen Elementen zu Heilzwecken zu verstehen. Sie bedient sich der Musikrezeption oder musikalischen Aktivität des Kranken. Sie dient der (Re-)Kompensation primär (angeborener) oder sekundär (erworbener) dekompenzierter Missverhältnisse [...], die sich in Befund und/oder Befindlichkeit äußern“ (Müller-Schwartz 1994: 159). Ungeachtet der Tatsache, dass eine Heilungsintention bei demenziellen Erkrankungen nicht im Vordergrund stehen kann, muss die Musiktherapie nach Gunzelmann/Schumacher (1997: 21) heute als wichtiges Element in der Betreuung demenziell erkrankter Menschen bezeichnet werden. Und auch Grümme (1999: 32) merkt an: „In der Altenarbeit war die Musiktherapie lange Zeit nicht recht gelitten. Mittlerweile jedoch ist man sich ihres Wertes wohl bewusst – nicht zuletzt im sensiblen Bereich der Dementenbetreuung.“

Als nonverbale Therapieform ist die Musiktherapie überall dort einsetzbar, wo ein Zugang zum Patienten über die Sprache erschwert ist. Für demenziell erkrankte Menschen scheinen musiktherapeutische Interventionen daher geradezu ideal geeignet. Während sich nämlich die krankheitsbedingten kognitiven Defizite früher oder später durch einen Sprachverfall bemerkbar machen, scheinen die Fähigkeiten der Erkrankten auf der emotional geprägten musikalischen Ebene deutlich länger erhalten zu bleiben. „Musik hat erheblichen Erinnerungswert und kann selbst bei stärksten Gedächtnisstörungen noch wieder erkannt werden. Mit Musik ist es möglich, Emotionen anzuregen und bei den verbliebenen emotionalen Fähigkeiten orientierungsgestörter Menschen anzuknüpfen“ (Höwler 2000: 454). Dies könnte unter anderem dadurch erklärbar sein, dass die Ursprünge von Sprache selbst musikalisch sind und der Entwicklung von semantischen und lexikalischen Sprachfunktionen vorangehen. „Rhythmus und Musik gehören entwicklungsgeschichtlich zu den ältesten Sinneseindrücken eines Menschen und sind fast immer mit Wohlbefinden, Versorgung und Kontakt assoziiert (intrauterin wahrgenommener Herzschlag, Kinderlieder). Musik ist gewissermaßen ein Instrument präverbaler Emotionalität“ (Junkers 1995: 302). Auch Maciejewski (2001: IV/60) hebt die positiven Eigenschaften von Musik bei demenziellen Erkrankungen hervor:

Vor allem Menschen mit Demenz besitzen ‚musikalische‘ Ressourcen. [...]. Mit musikalischer Erfahrung werden sich diese Menschen wieder ihrer Kompetenzen und ihrer Kreativität bewusst. [...]. Die Verluste körperlicher, geistiger und seelischer Fähigkeiten werden akzeptiert und ausgeglichen, indem die noch vorhandenen Fähigkeiten unterstützt werden.

Die Wirkungen von Musik können dabei folgendermaßen zusammengefasst werden (vgl. Maciejewski 2001: IV/63f):

- Musik ist emotionalisierend. Sie erhält und reaktiviert die emotionalen Fähigkeiten und wirkt auf diese Weise „türöffnend“ zu Menschen mit demenziellen Erkrankungen.
- Musik hat ordnende und strukturierende Eigenschaften. Vielmehr ist es die Form eines Musikstücks, das einen deutlichen Anfang und ein deutliches Ende hat und die Melodie, deren Abfolge immer gleich ist. Beides trägt dazu bei, dass Musik sehr viel einfacher und klarer strukturiert ist als die Sprache, deren Verwendung möglicherweise nicht oder nur noch teilweise möglich ist.
- Musik ist dazu geeignet, das Altgedächtnis zu reaktivieren und damit den Erhalt der Identität zu unterstützen. Bestimmte Musikstücke lösen Erinnerungen an bestimmte Ereignisse aus. Mit Hilfe dieser Erinnerungen können auch entsprechende Handlungsstrategien wieder aktiviert und in konkrete Handlungsabläufe umgesetzt werden (z.B. Schlaflieder, um an den rituellen abendlichen Toilettengang zu erinnern).
- Musik fördert die Interaktion und kann ein Zusammengehörigkeitsgefühl schaffen.
- Musik ist bewegungsfördernd. Biografisch relevante Musik weckt Erinnerungen und alte Bewegungsmuster; dadurch wird auch Körperkontakt ermöglicht.

Aus diesen Eigenschaften und Wirkungen der Musik lassen sich für demenziell erkrankte Menschen schließlich folgende Ziele musiktherapeutischer Interventionen ableiten (vgl. Maciejewski 2001: IV/64):

- Anregung, Abwechslung und Freude;
- Verstärkung der Selbstwahrnehmung und des Selbstwertgefühls;
- Gedächtnis- bzw. Erinnerungsaktivierung;
- Soziale Einbindung;
- Reduktion von Aggressionen und Unruhe;
- Mobilitätssteigerung (z. B. durch Tanzen oder Schunkeln);
- Förderung der Orientierung (z. B. durch „Jahreszeitenlieder“);
- Stimmungsaufhellung.

In der Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen sind nach Höwler (2000: 451) vor allem zwei musiktherapeutische Konzepte von Bedeutung: zum einen die „rezeptive Musiktherapie“, die sich insbesondere des Hörens von Musik bedient und zum anderen die „musikalische Milieugestaltung“, welche vornehmlich die Implementierung musikalischer Elemente in das Umfeld der Erkrankten beabsichtigt. Nach Grümme (1999: 32f) ist darüber hinaus auch

das gemeinschaftliche Singen von Bedeutung. Alle Ansätze werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Rezeptive Musiktherapie

Im Gegensatz zur aktiven Musiktherapie³⁸, die vor allem die eigenständige Beschäftigung des Patienten mit Musikinstrumenten beinhaltet, geht es in der rezeptiven Musiktherapie (*lat. recepere*: aufnehmen) primär um das bewusste Hören und Wahrnehmen musikalischer Elemente. Hierzu werden den demenziell Erkrankten mit Hilfe von Instrumenten oder Tonträgern bekannte Musikstücke vorgespielt, um sie an bestimmte Situationen, Personen oder Stimmungen zu erinnern und ihr Befinden positiv zu beeinflussen.

Beim Hören von Musik, die eine Verbindung zur Lebensgeschichte hat, werden emotionale Prozesse ausgelöst. Längst vergessene Begebenheiten können wieder ins Gedächtnis treten und selbst bei einem vollkommenen Verlust der Erinnerungs- und Verbalisierungsfähigkeit ist durch Musik die psychische Stimmung zu beeinflussen (Grümme 1999: 32).

Eine solche Musiktherapie, die sich an der musikalischen Biografie und damit an den musikalischen Präferenzen der Erkrankten orientiert, sollte sich – berücksichtigt man die Generation der derzeit demenziell erkrankten Menschen – insbesondere der Musik aus dem Zeitraum zwischen 1920 und 1950 bedienen (vgl. Höwler 2000: 451). Die Therapeuten haben daher die Aufgabe, „das musikalische Umfeld zu erkunden und die Musik herauszufinden, die den demenziell Erkrankten in seinem alltäglichen Leben umgeben hat“ (Grümme 1999: 32f). Bei der praktischen Durchführung (in Gruppen mit maximal sechs bis acht Teilnehmern) sollte dabei nach Möglichkeit auf authentische Aufnahmen zurückgegriffen werden. „Obgleich die Tonqualität dieser alten Aufnahmen mit neueren Nachspielungen nicht zu vergleichen ist, werden durch die Darbietungen einer früheren Version, die vor Jahren auch durch den Volksempfänger oder auf dem Grammophon gehört wurde, Erinnerungen geweckt“ (Höwler 2000: 451). In der musiktherapeutischen Praxis hat es sich daher bewährt, bei der Musikrezeption – sofern möglich – ein Grammophon zu verwenden, denn in der Regel zeigt sich, „dass beim Einsatz eines Grammofons – im Vergleich zum Kassettenrekorder oder CD-Player – die Aufmerksamkeit höher und die Konzentrationsspanne länger ist“ (Grümme 1998: 206). Erfahrungsberichte aus der musiktherapeutischen Praxis weisen darauf hin, dass

³⁸ Aktive Musiktherapie bedeutet, dass der Patient zusammen mit dem Therapeuten Musik gestaltet. Die Adressaten benötigen dazu keinerlei musikalische Vorbildung. Patient und Therapeut improvisieren auf einfachen Instrumenten oder frei mit der Stimme. Die entstehende Musik muss nicht unbedingt nach den gängigen Maßstäben als schön empfunden werden, vielmehr dient sie dazu, miteinander in Interaktion zu treten und emotionale Empfindungen in der Musik hörbar zu machen bzw. auszudrücken.

das Hören von Musik zu einer Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens beitragen kann. „Das Wippen mit dem Fuß, das Klatschen in die Hände und das Summen einer Melodie sind Hinweise, die indirekt auf ein emotionales Erleben der dargebotenen Musik schließen lassen“ (Grümme 1998: 91).

Musikalische Milieugestaltung

Die musikalische Milieugestaltung bedient sich der Verwendung von Hintergrundmusik (z. B. Meditationsmusik, klassische Musik oder Musik mit Klangkörpern als Klangtherapie), um das subjektive Wohlbefinden demenziell erkrankter Menschen zu steigern. Die Musik erfüllt hier die Funktion, „durch einhüllende Klänge eine positive Atmosphäre zu schaffen und darüber hinaus auch innere Spannungen und Aggressionen [...] zu reduzieren“ (Höwler 2000: 452). Die musikalische Milieugestaltung ist konzeptionell am ehesten der Milieuthera-
pie zuzuordnen und sollte sich nach Breitinger (2001: 1) an folgenden Kriterien orientieren:

1. Die Musik sollte über ein leicht zu ortendes Gerät abgespielt werden und nicht über eine stationsinterne Anlage mit in der Decke verankerten Lautsprechern. Diese Form der Darbietung ist älteren Menschen biografisch fremd und könnte bei demenziell Erkrankten zusätzliche Ängste auslösen. Ein Radiogerät mit einem festen Platz ist daher besser geeignet, da der Musik eine erkennbare Quelle zugeordnet werden kann.
2. Jede Beschallung sollte Pausen haben. Benutzt man etwa ein Radio, sollte das Gerät nach 20 bis 30 Minuten ausgeschaltet werden. Darauf folgt eine 30-minütige Pause. Auf diese Weise ergibt sich ein intermittierender Wechsel von Musik und Stille.
3. Die Lautstärke sollte eine mittlere Zimmerlautstärke nicht überschreiten. So sollte es möglich sein, die Musik zu überhören, wenn man sie nicht hören will. Andererseits sollte die Lautstärke so hoch sein, dass sie zum bewussten Zuhören und Horchen reizt.
4. Die Musik- bzw. Senderauswahl sollte sich an den Präferenzen der Bewohner (und nicht an denen des Pflegepersonals!) orientieren. Grundsätzlich bieten sich unter anderem volkstümliche Musik, Schlager- und Marschmusik, leichte Klassik oder zeitweise auch Kirchenmusik an.

Darüber hinaus kann die musikalische Milieugestaltung auch situationsbezogen bzw. zu bestimmten Anlässen eingesetzt werden. So bietet sich beispielsweise während des Mittagessens das Abspielen leichter klassischer Instrumentalmusik an. Die Musik erfüllt in diesem Zusammenhang die Funktion, Essensgeräusche zu überdecken, ohne jedoch vom Vorgang des Essens selbst abzulenken. Hat sich die Auswahl der Musik als günstig erwiesen, sollte

man sie beibehalten, um einen Lerneffekt zu erzielen. Die erkannte Musik hilft dann, auch die Bedeutung der Situation „Mittagessen“ zu erkennen und induziert entsprechendes Verhalten. Genauso lässt sich am Abend durch das Abspielen von einigen Abendliedern ein orientierendes Ritual etablieren. „Ein solcher bewusster Einsatz von Musik erscheint [...] verantwortungsvoll und ohne großen Aufwand umsetzbar. Wunder wird man keine erwarten dürfen, durchaus aber kleine Veränderungen“ (Breitinger 2001: 1).

Singen

Das Singen ist zweifellos die am häufigsten in der Musiktherapie mit älteren Menschen angewandte Methode und bietet sich auch in der Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen an, wie Müller-Schwartz (1994: 164) betont: „Lieder sind Teil des Alt-Gedächtnisses und werden daher auch von Dementen oft vollständig erinnert.“ Und Grümme (1998: 17) fügt hinzu: „Die Erinnerungstätigkeit bietet dabei potenziell sowohl die Möglichkeit der Aufarbeitung und Integration vergangener Lebenserfahrungen als auch eine Möglichkeit der Auseinandersetzung und Vorbereitung mit dem in naher Zukunft bevorstehenden Tod.“ Beim gemeinsamen Singen mit demenziell erkrankten Menschen sollten nach Höwler (2000: 454) folgende Kriterien Beachtung finden:

- Der alte Mensch wird abgeholt, wo er stimmungsmäßig steht. Das Aufrufen von Erinnerungen dauert bei demenziell Erkrankten länger als bei gesunden Älteren. Daher ist eine Liedstrophe auch häufig zu kurz, um sich auf das Gefühl, das das Lied hervorruft, einzustimmen. Sinnvoll ist es daher, zuvor Geschichten über das Lied zu erzählen und die Liedstrophen zu wiederholen.
- Altenpfleger und Therapeuten sollten die Lieder kennen, bevor sie diese gemeinsam mit den Erkrankten singen (Text, Melodie, Refrain, Rhythmus).
- Die Besonderheiten von Liedern sollten verstärkt werden, z. B. durch eine rhythmische Begleitung (klatschen), die Begleitung des Refrains durch ein Orffsches Instrument (z. B. Trommel, Rassel) sowie durch Bewegungen (z. B. Tanzen, Schunkeln).
- Zudem sollte berücksichtigt werden, dass manche Lieder Nachwirkungen haben und sowohl Freude als auch Wut oder Trauer auslösen können. Diese Gefühle sollten nicht übergangen, sondern zugelassen und aufgenommen werden.

Darüber hinaus sollte das Liedersingen „keinesfalls den Charakter eines unentwegten und strophenweise Herunterspülens von Liedern bekommen. In Abgrenzung dazu stehen das emotionale Erleben und das Nachspüren der Lieder im Mittelpunkt“ (Grümme 1998: 205).

3.9.2 Empirische Befunde

Musik wird auf der Grundlage des ihr beigemessenen Wirkungsspektrums häufig als „Königsweg“ im therapeutischen Umgang mit demenziell erkrankten Menschen bezeichnet. „Verhaltensbeobachtungen verweisen auf ein erhöhtes subjektives Wohlbefinden demenziell Erkrankter, die Verbesserung des Nachtschlafes, das vermehrte Auftreten sozialer Kontakte und eine Reduktion agitierten Verhaltens“ (Grümme 1998: 227). Langzeitstudien zu den Wirkungen der Musiktherapie liegen bis heute noch nicht vor. Dennoch ist insbesondere seit Beginn der 1990er Jahre eine rege Forschungstätigkeit im angloamerikanischen Sprachraum zu beobachten, die sich mit der Messung therapeutischer Effekte der Musiktherapie bei demenziellen Erkrankungen beschäftigt (vgl. Grümme 1998: 227).

So versuchten etwa Clark et al. (1998) die Auswirkungen von Musik auf die Häufigkeit des Auftretens aggressiver Verhaltensweisen bei demenziellen Erkrankungen zu untersuchen. Ausgewählt wurden hierzu 18 Bewohner (14 Frauen und vier Männer) eines Altenheims im Süden der USA. Die Untersuchungsteilnehmer waren im Durchschnitt 84 Jahre alt, litten unter einer diagnostizierten Demenzerkrankung fortgeschrittenen Stadiums (durchschnittlicher MMST-Wert = 10) und fielen durch aggressive Verhaltensweisen während der Pflegemaßnahmen auf. Die Wissenschaftler konzentrierten ihre Beobachtungen vor allem auf das Baden der Erkrankten, ein Vorgang, der nach Aussagen des Pflegepersonals besonders häufig mit aggressivem Verhalten verknüpft war. Die Teilnehmer wurden hierzu nach dem Zufallsprinzip in zwei Gruppen eingeteilt („Music first“ und „No music first“) und bei insgesamt 20 aufeinander folgenden Badevorgängen intensiv beobachtet. Bei der Gruppe „Music first“ wurden die ersten zehn Badevorgänge musikalisch begleitet, während bei den anschließenden Pflegemaßnahmen auf den Musikeinsatz verzichtet wurde. Die Gruppe „No music first“ profitierte hingegen nach der zehnten Einheit von der musikalischen Begleitung. Zuvor wurde bei dieser Gruppe keine Musik eingesetzt. Das heißt, das Verhalten jedes Teilnehmers wurde sowohl unter zehn Kontrollbedingungen (Baden ohne Musik) als auch unter zehn Experimentalbedingungen (Baden mit Musik) beobachtet. Die eingesetzte Musik wurde auf die individuellen Präferenzen der Teilnehmer abgestimmt, welche zuvor von den Angehörigen der Erkrankten erfragt wurden. Alle Badevorgänge wurden von einer geschulten und unabhängigen Person beobachtet, deren Aufgabe darin bestand, Art und Häufigkeit der während des Badens gezeigten aggressiven Verhaltensweisen aufzuzeichnen. „Target behaviors were listed on a checklist, and the observer placed tally marks beside each behavior

observed, noting both the occurrence of the behavior and its frequency“ (Clark et al. 1998: 15). Im Einzelnen wurden folgende Verhaltensweisen erfasst: die verbale oder körperliche Verweigerung zur Kooperation; das Schlagen, Beißen, Kneifen, Kratzen, Bespucken oder Treten einer anderen Person; Weglaufen, Schreien und Weinen; die Verwendung von Schimpfwörtern; Versuche, dem Gegenüber mit Fingern in die Augen zu stechen; das Werfen von Gegenständen sowie das Greifen nach anderen Personen. „For the purpose of this study, ‚aggressive behaviors‘ were defined as any physical or verbal behaviors which could reasonably be interpreted as being hostile or harmful to other individuals“ (ebd.: 14). Vor der Durchführung einer genaueren Datenanalyse wurden zunächst die Häufigkeiten der beobachteten Verhaltensweisen unter beiden Bedingungen (Baden mit Musik und ohne Musik) erfasst und miteinander verglichen. Die Ergebnisse können der Tabelle 20 entnommen werden.

Tab. 20: Häufigkeiten der beobachteten Verhaltensweisen unter den Bedingungen „mit Musik“ und „ohne Musik“.

Verhaltensweisen	ohne Musik	mit Musik	Veränderungen in %
Schreien	752	268	- 64,4
Schimpfwörter	410	272	- 33,6
Schlagen	360	263	- 27,0
verbaler Widerstand	353	154	- 56,3
Weinen	99	111	+ 12,1
körperlicher Widerstand	87	99	+ 14,8
nach Personen greifen	57	37	- 35,0
Spucken	51	33	- 35,3
Treten	31	21	- 32,2
Beißen	26	18	- 30,7
Weglaufen	16	12	- 25,0
Beißen	17	6	- 64,7
Gegenstände werfen	2	4	+ 100
Kratzen	7	3	- 57,1
Augen stechen	2	0	- 100,0

Quelle: Clark et al. (1998): 13.

Auffallend ist zunächst, dass sich fast alle aggressionsassoziierten Verhaltensweisen unter dem Einfluss von Musik um durchschnittlich etwa ein Drittel reduzierten. Die Bewohner verwendeten weniger Schimpfwörter (-33,6 %), sie schrien weniger (-64,4 %), der verbal geäußerte Widerstand gegen das Baden wurde geringer (-56,3 %) und auch körperlich aggressive Verhaltensweisen (z. B. Schlagen, Kratzen, Beißen) nahmen deutlich ab. Keine Verbesserungen konnten lediglich bei den Verhaltensweisen „körperlicher Widerstand“, „Weinen“ und „Gegenstände werfen“ festgestellt werden (vgl. Tab. 20). Mit Hilfe eines t-Tests wurden die Unterschiede zwischen den Experimental- und Kontrollbedingungen schließlich auf Signifikanz überprüft und hierzu die fünf häufigsten mit Aggressionen

verknüpften Verhaltensweisen miteinander verglichen. Die Ergebnisse dieser Analyse sind der Tabelle 21 zu entnehmen.

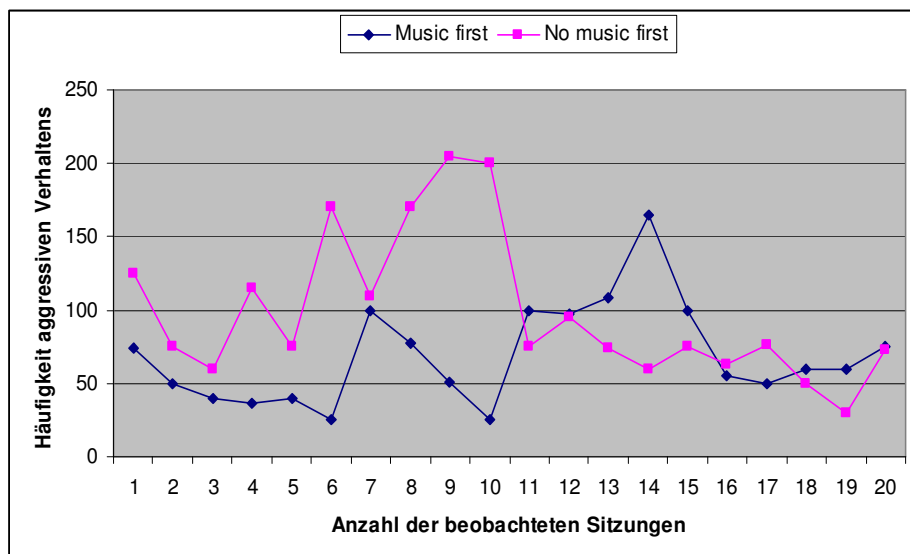
Tab. 21: Vergleich der fünf häufigsten aggressionsassoziierten Verhaltensweisen unter den Bedingungen „mit Musik“ und „ohne Musik“.

Verhaltensweisen	ohne Musik		mit Musik	
	Mw	s	Mw	s
schreien	41,78	94,68	14,89	21,97
Schimpfwörter	22,78	25,88	15,11	18,00
schlagen*	20,00	31,32	14,61	27,39
verbaler Widerstand	19,61	35,99	8,56	9,26
körperlicher Widerstand	4,83	7,27	5,50	8,26
alle beobachteten Verhaltensweisen*	121,56	119,23	65,56	58,02
* p<0,05				

Anmerkung: Mw = Mittelwerte; s = Standardabweichungen.
Quelle: Clark et al. (1998): 13.

Eine separate Analyse dieser Verhaltensweisen ergab zunächst, dass nur beim „Schlagen“ ein signifikanter Unterschied gegeben war ($p < 0,05$). Dennoch konnte in Bezug auf die Summe aller Verhaltensweisen eine signifikante Verbesserung des Verhaltens unter Musikeinfluss nachgewiesen werden ($p < 0,05$). Recht deutliche Anhaltspunkte für eine positive Wirkung der Musik beim Baden können in grafischer Form zudem der Abbildung 12 entnommen werden.

Abb. 12: Häufigkeit aggressiver Verhaltensweisen in den Gruppen „Music first“ und „No music first“ im Untersuchungsverlauf.



Quelle: Clark et al. (1998): 14.

Abbildung 12 zeigt die Veränderungen in Bezug auf die Häufigkeit aggressiver Verhaltensweisen im Untersuchungsverlauf, also bei allen der insgesamt 20 beobachteten Badevorgänge. Ersichtlich ist, dass beide Gruppen positive Reaktionen unter dem Einfluss der Musik zeigten bzw. bei beiden Gruppen eine deutlich höhere Rate aggressiven Verhaltens ohne Musik festgestellt werden konnte. „In general, fewer occurrences of aggressive behaviors were observed during the music condition in both groups of subjects“ (Clark et al. 1998: 15). Dieser Effekt wurde insbesondere bei den Teilnehmern der Gruppe „No music first“ sehr deutlich, deren Aggressionspotenzial unter der Experimentalbedingung, also beim Baden mit Musik, deutlicher abnahm, als dies bei der Gruppe „Music first“ der Fall war. Ungeachtet ihrer geringen Stichprobengröße lassen sich aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie erste Anhaltspunkte für einen positiven Einfluss der Musik bei demenziellen Erkrankungen ableiten. Bezug nehmend auf die Resultate ihrer Untersuchung halten Clark et al. (1998: 15) demnach fest: „The results of this study suggest that preferred, recorded music may be beneficial in reducing the total number of aggressive behaviors displayed by cognitively impaired older adults during bathing episodes.“ Auch das Pflegepersonal berichtete, unabhängig von den Ergebnissen der Datenerhebungen, von einer generellen Verbesserung der Stimmung der Teilnehmer während des Badens mit Musik: „Some subjects seemed calmer, and a general increase in cooperation with the bathing task was also reported“ (ebd.: 16). Darüber hinaus merken die Autoren an, dass sich eine Reduzierung aggressiver Verhaltensweisen beim Baden der Bewohner auch positiv auf die Stressbelastung des Pflegepersonals auswirken könnte: „In other words, presence of music might, directly and indirectly, make bath time more pleasant for staff, contributing to less stress and higher job satisfaction“ (ebd.: 16). Der Beleg für einen solchen Zusammenhang sowie eine Bestätigung der Gesamtergebnisse stehen jedoch noch aus.

Einer ähnlichen Fragestellung wie die Studie von Clark et al. (1998) ging auch die Untersuchung von Denney (1997) nach. Ziel dieser Studie war es, die Auswirkungen einer musikalischen Milieugestaltung beim Mittagessen auf die Häufigkeit agitierter, also mit Unruhezuständen und Aggressionen verknüpfter Verhaltensweisen bei demenziell erkrankten Heimbewohnern zu ergründen. Denney (1997) bezieht sich dabei auf die Erkenntnisse von Hall et al. (1987), die davon ausgehen, dass die Fähigkeit demenziell erkrankter Menschen, Reize aus ihrer Umwelt wahrzunehmen, zu interpretieren und in korrekter Weise einzuordnen schrittweise abnimmt. Die Folge sei zunächst eine ängstliche Reaktion, die sich letztlich in agitierten Verhaltensweisen, wie z. B. Rastlosigkeit oder dem stereotypen Wiederholen von

Worten oder Bewegungen niederschlage. Dieser Zustand könne jedoch, so Hall et al. (1987), durch die Schaffung eines unterstützenden reizreduzierten Milieus weitgehend verhindert werden (vgl. III/1.3). Nach Meinung von Denney (1997: 17) ist für die Erzeugung eines solchen Milieus gerade der Einsatz von (leiser) Musik ein geeignetes Mittel, da sie Umgebungslärm abschwächt sowie ungewohnte und unerwartete Geräusche überlagert, die von den Erkrankten nicht mehr erkannt und interpretiert werden können: „The consistent, neutral, homogenous environment created by quiet music may mask noises and prevent startling, stimulating, or creating anxiety.“ Zum Zwecke der Untersuchung ausgewählt wurden neun demenziell erkrankte Bewohner eines Altenheims im mittleren Westen der USA, die beim Mittagessen regelmäßig ein als „agitiert“ definiertes Verhalten zeigten. „Agitation“ wurde in diesem Zusammenhang als ein unangemessenes verbales oder motorisches Verhalten definiert, welches nicht unmittelbar auf die Verwirrtheit des Erkrankten zurückgeführt werden konnte. Ein Katalog entsprechender Verhaltensweisen findet sich im „Cohen-Manfield Agitation Inventory“³⁹ (CMAI) nach Cohen-Mansfield et al. (1989), das im Rahmen der vorliegenden Untersuchung als Erhebungsinstrument verwendet wurde. Die im CMAI erfassten Verhaltensweisen lassen sich anhand folgender Kategorien zusammenfassen:

- Aggressives Verhalten: z. B. das Schlagen, Treten, Schubsen und Kratzen anderer Personen sowie das Zerstören von Gegenständen.
- Körperlich nicht aggressives Verhalten: z. B. unangemessenes An- und Auskleiden, eine generelle Unruhe sowie stereotype Bewegungen.
- Das Verstecken oder Horten von Gegenständen.
- Agitiertes Verhalten mit verbaler Prägung: z. B. ein kontinuierliches Wiederholen von Fragen, Äußerungen von Beschwerden oder das permanente Einfordern von Bestätigung und Aufmerksamkeit.

Die im Durchschnitt 75 Jahre alten Untersuchungsteilnehmer wurden über einen Zeitraum von vier Wochen täglich beim gemeinsamen Mittagessen im Speisesaal der betreffenden Einrichtung beobachtet und ihr Verhalten mit Hilfe des CMAI erfasst. Der für die Aufzeichnungen zuständige Beobachter war zwar sichtbar, wurde jedoch außerhalb des unmittelbaren Geschehens positioniert und interagierte weder mit den Untersuchungsteilnehmern noch mit den übrigen Bewohnern und den Pflegekräften. Letztere wurden zudem angewiesen, sich nach Möglichkeit nicht durch die Anwesenheit des Beobachters ablenken zu lassen und ihrer Arbeit wie üblich nachzugehen. Bei der Musikauswahl wurde ausschließlich auf leichte klassische Instrumentalmusik mit etwa 50 bis 70 bpm zurückgegriffen. Die Musik wurde von

³⁹ Vgl. Fußnote 33: 154.

einem Kassettenrekorder an der Seite des Speisesaals abgespielt und war gerade laut genug, um Hintergrundgeräusche zu überdecken und im ganzen Raum hörbar zu sein. Bei der Durchführung der Untersuchung kam ein quasi-experimentelles Untersuchungsdesign mit einem einfachen Zeitreihenversuchsplan (A-B-A-B) zum Einsatz. In der ersten Woche („Bedingung A“) wurde keine Musik abgespielt, sondern ausschließlich die Häufigkeit agitierter Verhaltensweisen am letzten Tag der Woche festgestellt („Baseline“-Erhebung). In der zweiten Woche („Bedingung B“) wurde bei jedem Mittagessen Musik abgespielt und das Verhalten der Teilnehmer wiederum mit Hilfe des CMAI am letzten Tag der Woche erfasst. In Woche drei und vier wurde das Vorgehen der ersten zwei Wochen schließlich wiederholt. Das heißt, in der dritten Woche („Bedingung A“) kam keine Musik zum Einsatz, während das Mittagessen in der vierten Woche („Bedingung B“) wiederum musikalisch begleitet wurde. Am Ende beider Wochen wurden wiederum Datenerhebungen durchgeführt. Die auf diese Weise erzielten Untersuchungsergebnisse können der Tabelle 22 entnommen werden.

Tab. 22: Häufigkeit agitierter Verhaltensweisen im Untersuchungsverlauf.

	A Woche 1: ohne Musik	B Woche 2: Musik	A Woche 3: ohne Musik	B Woche 4: Musik
Agitiertes Verhalten insgesamt	35	19	32	22
Aggressives Verhalten	1	4	6	5
Körperlich nicht aggressives Verhalten	27	12	20	11
Agitiertes Verhalten verbaler Prägung	7	3	6	6
Verstecken/Horten	0	0	0	0
Agitiertes Verhalten pro Person (Mw)	3,89	2,11	3,55	2,44
Varianz	4,76	1,35	5,02	13,27
Veränderungen im Vergleich zur initialen „Baseline“-Messung (in %)	„Baseline“	- 46 %	- 8 % (+ 68 %)*	- 37 % (- 31 %)**
* im Vergleich zur 2. Woche ** im Vergleich zur 3. Woche				

Quelle: Denney (1997): 20.

Grundsätzlich konnte unter dem Einfluss von Musik, also in den Wochen zwei und vier, eine deutliche Verringerung agitierten Verhaltens bei den Untersuchungsteilnehmern festgestellt werden. Im Vergleich zur „Baseline“-Erhebung in der ersten Woche (ohne Musik) nahm die Häufigkeit agitierter Verhaltensweisen in der zweiten Woche (mit Musik) um 46 % ab. Am Ende der dritten Woche (ohne Musik) lagen die Werte allerdings nur noch 8 % unterhalb der „Baseline“-Werte und erreichten damit fast wieder ihr Ausgangsniveau. Im Vergleich zur zweiten Woche (mit Musik) bedeutete dies eine Zunahme agitierten Verhaltens von 68 %. In

der vierten Woche (mit Musik) nahm die Häufigkeit agitierter Verhaltensweisen wiederum deutlich ab und zwar um 37 % im Vergleich zur initialen Messung in der ersten Woche. Verglichen mit den Ergebnissen der dritten Woche (ohne Musik) bedeutete dies eine Verringerung von 31 % (vgl. Tab. 22). Auch die Atmosphäre verbesserte sich nach Ansicht von Denney (1997) während der Untersuchungsphasen mit Musik in spürbarer Weise. So wurde die Stimmung deutlich entspannter und harmonischer; die Bewohner lächelten häufiger und zeigten sich deutlich ruhiger, während sie auf ihr Essen warteten.

Subjects often remained after their meal was finished, sitting quietly in the dining room, some falling asleep. Several showed awareness of each other with efforts at socialization. They looked at each other and spoke with conversational cadences and tones. Some gently and tentatively touched each other“ (Denney 1997: 21).

Natürlich sind die Ergebnisse von Denney (1997) aufgrund der geringen Stichprobengröße der Studie nicht generalisierbar. Zudem wäre es sicherlich sinnvoll gewesen, mehr als einen Beobachter einzusetzen, womit ein höheres Maß an Objektivität hätte erreicht werden können. Dennoch kann die Studie die Resultate anderer, zuvor durchgeführter Untersuchungen im Ansatz bestätigen. Dies gilt etwa für den Beitrag von Tablowski et al. (1995), die in ihrer Studie die Auswirkungen ruhiger Musik auf die Häufigkeit agitierten Verhaltens bei 20 demenziell erkrankten Heimbewohnern untersuchten. Hierzu wurde die Anzahl der betreffenden Verhaltensweisen jeweils 15 Minuten vor, während und nach dem Abspielen klassischer Musik gemessen. Dabei nahm die Häufigkeit agitierten Verhaltens unter dem Einfluss von Musik um durchschnittlich 24 % ab. Nach der musikalischen Darbietung hingegen stiegen die Werte wieder an, verblieben jedoch unterhalb des Ausgangsniveaus (vgl. Denney 1997: 18). Auch Cohen-Mansfield et al. (1995) heben die positive Wirkung der Musik auf demenziell erkrankte Menschen hervor und bewerten sie im Zusammenhang mit der Schaffung eines dementengerechten Milieus als einen bedeutenden Faktor, der im Rahmen ihrer Untersuchung ausnahmslos mit einer Verringerung agitierter Verhaltensweisen verknüpft war (vgl. ebd.: 18). Cohen-Mansfield et al. (1995) schlagen daher vor, Mahlzeiten mit demenzerkrankten Menschen grundsätzlich musikalisch zu begleiten: „The introduction of quiet music into the dining areas of long-term care facilities is one simple intervention that may create a more therapeutic environment for elderly patients who have progressive dementia“ (Denney 1997: 22). Brotons et al. (1996: 2ff) versuchten ebenfalls, die Wirkung der Musiktherapie auf agitiertes Verhalten von demenziell erkrankten älteren Menschen zu untersuchen. Hierzu wurde die Häufigkeit agitierter Verhaltensweisen von 20 Patienten jeweils 20 Minuten vor, während und nach der musiktherapeutischen Intervention gemessen. An den

Musiktherapiestunden, die sich insbesondere der Aktivitäten des Singens, des Spielens auf Instrumenten, des Tanzens bzw. der Bewegung und der Improvisation bedienten, nahmen über einen Zeitraum von fünf Wochen zweimal wöchentlich Gruppen von jeweils drei bis vier Patienten teil. Dabei konnte festgestellt werden, dass die Untersuchungsteilnehmer vor der Musiktherapie signifikant mehr agitiertes Verhalten zeigten, als während und nach den einzelnen Sitzungen.

Darüber hinaus existieren auf dem Gebiet der Musiktherapie auch Studien, die sich mit anderen Zielgrößen beschäftigten und an dieser Stelle erwähnt werden sollen. So untersuchten etwa Olderog et al. (1989: 58ff) den Einfluss der Musiktherapie auf das soziale Verhalten, indem sie abwechselnd eine Gruppe von insgesamt zehn demenziell erkrankten Patienten während und nach einer Sing- und Diskussionsrunde verglichen. Mit Hilfe einer Verhaltensliste konnten die Wissenschaftler beobachten, dass das soziale Verhalten (das Zusammensitzen und Spazieren mit Anderen sowie die verbale Teilnahme) während und nach dem Singen im Vergleich zu den Diskussionsrunden deutlich ausgeprägter war. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Pollack et al. (1992: 54ff). Im Rahmen ihrer Studie wurden die Patienten zunächst unter Zuhilfenahme einer Verhaltensliste im Aufenthaltsraum eines Altenheims beobachtet, anschließend in den Musikraum der Einrichtung zu musiktherapeutischen Aktivitäten (Singen, Tanzen, Improvisieren) verbracht und dann wiederum im Aufenthaltsraum beobachtet. Dabei zeigte sich, dass die Häufigkeit sozialer Verhaltensweisen durch die musiktherapeutische Intervention um durchschnittlich 24 % gesteigert werden konnte. Dieser Effekt war jedoch abhängig vom Schweregrad der Erkrankung und traf insbesondere auf die Teilnehmer im mittleren und fortgeschrittenen Krankheitsstadium zu. Groene (1993: 138ff) versuchte hingegen, die Effekte musiktherapeutischen Handelns auf die krankheitsbedingte psychomotorische Unruhe von Demenzerkrankten zu ergründen. Hierzu wurden die an der Untersuchung teilnehmenden Patienten (n = 30) in zwei Gruppen eingeteilt und in zwei unterschiedlichen Settings beobachtet: die erste Gruppe nahm an insgesamt fünf jeweils 15-minütigen Musiktherapiesitzungen und anschließend an zwei Sitzungen teil, in denen Geschichten vorgelesen wurden. Die zweite Gruppe hingegen partizipierte an fünf Vorlesesitzungen und im Anschluss an zwei Sitzungen musiktherapeutischer Ausrichtung. Dabei konnte Groene (1993: 151) feststellen, dass die Patienten während der musiktherapeutisch orientierten Sitzungen deutlich ruhiger blieben, als beim Vorlesen:

The amount of time wandering subjects remained seated or in close proximity to the session area was longer for music sessions than for reading sessions regardless of whether the group received the majority (five of seven) or the minority (two of seven) of music sessions.

In Bezug auf die kognitiven Leistungen der Teilnehmer, die im Untersuchungsverlauf regelmäßig mit Hilfe des MMST gemessen wurden, konnten jedoch keine Unterschiede festgestellt werden. Brotons et al. (1994: 220ff) untersuchten zudem die musikalischen Präferenzen demenziell erkrankter Menschen anhand einer Stichprobe von 33 Patienten mit Demenz vom Alzheimer-Typ. Hierzu wurde den Untersuchungsteilnehmern in jeder Sitzung ein breites Spektrum an musiktherapeutischen Aktivitäten angeboten:

- das Singen von Liedern;
- eine Instrumentalbegleitung von bekannten Musikstücken;
- Bewegung und Tanz (z. B. Händeklatschen oder Armbewegungen);
- Spiele mit musikalischen Inhalten (z. B. das Erkennen von Liedern anhand von Bildern oder das Raten von Titeln) sowie
- das Komponieren von und Improvisieren mit Musik.

Nach jeder Sitzung wurden die Patienten befragt, welche der jeweiligen Aktivitäten ihnen am meisten gefallen hatte. Zudem wurde die Intensität der Beschäftigung mit den unterschiedlichen Angeboten mit Hilfe von Videoaufzeichnungen dokumentiert. Dabei zeigte sich, dass die Patienten grundsätzlich an allen Aktivitäten teilnahmen; bevorzugt wurden jedoch insbesondere das Spielen auf Instrumenten sowie das gemeinschaftliche Singen. Dieses Ergebnis weist vor allem auf die Wichtigkeit eines großen Repertoires der Therapeuten hin, um auf die individuellen Interessen der Erkrankten eingehen zu können.

3.9.3 Zusammenfassung und kritische Betrachtung des Ansatzes

Ungeachtet ihrer in Kapitel II/3.9 hervorgehobenen Bedeutung, gehört die Musiktherapie nach Grümme (1998: 22ff) noch nicht zu den etablierten Therapieformen in der Arbeit mit demenziell erkrankten älteren Menschen. Begründet wird dies unter anderem mit einem Mangel an empirischen Belegen zur Wirksamkeit des Ansatzes: „Einer Etablierung der Musiktherapie in gerontopsychiatrische Versorgungsstrukturen steht – zumindest im deutschen Sprachraum – ein eklatantes Defizit an Effektivitätsstudien entgegen“ (Grümme 1998: 227). Die in Kapitel II/3.9.2 angeführten empirischen Studien aus den angloamerikanischen Ländern lassen freilich auf ein breites Wirkungsspektrum der Musiktherapie bei demenziellen Erkrankungen schließen. Dies gilt sowohl für eine Verringerung aggressiver und agitierter Verhaltensweisen (vgl. Clark et al. 1998; Denney 1997; Brotons et al. 1996), für eine Verbesserung sozialer Verhaltensweisen (vgl. Olderog et al. 1989; Pollack et al. 1992) als auch für eine Verringerung psychomotorischer Unruhezustände (vgl. Groene 1993). Dabei darf

jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass geringe Stichprobengrößen und methodische Mängel (z. B. die häufige Verwendung nicht standardisierter Erhebungsinstrumente und fehlende Kontrollgruppen) eine Generalisierung der Ergebnisse erschweren. Zudem belegen fast alle Untersuchungen nur eine Wirksamkeit „im Minutentakt“; das heißt, zu den langfristigen Wirkungen musiktherapeutischer Interventionen – sofern überhaupt nachweisbar – konnten bisher keine empirisch fundierten Aussagen getroffen werden.

Grundsätzlich wäre es jedoch zu einfach, den bislang noch nicht gedeckten Bedarf an musiktherapeutischer Praxis in der Demenztherapie mit fehlenden empirischen Belegen zu begründen. So bedarf es zunächst der Feststellung, dass die in der Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen angewandten musiktherapeutischen Konzepte selbst einigen Begrenzungen unterworfen sind. Dies gilt sicherlich für die rezeptive Musiktherapie, deren Anwendung vor allem durch die progrediente Symptomatik demenzieller Erkrankungen erschwert wird. Problematisch sind vor allem Störungen im Bereich der Wahrnehmung und der kognitiven Verarbeitung, die ein intensives Zuhören und Musikerleben nur über einen sehr begrenzten Zeitraum ermöglichen (vgl. Grümme 1998: 88). Im Gegensatz dazu scheinen die Fähigkeiten der Erkrankten in Bezug auf das Singen von Liedern deutlich länger erhalten zu bleiben. „Es ist [ungeachtet der Tatsache, dass bisher noch keine wissenschaftlichen Untersuchungen zu den Singfähigkeiten Demenzerkrankter vorliegen, *d. Verf.*] beeindruckend, dass selbst vollkommen desorientiert erscheinende demenziell Erkrankte beim Singen der von früher her bekannten Lieder emotionale Reaktionen zeigen und in unterschiedlicher Ausprägung Text und Melodie reproduzieren können“ (Grümme 1998: 84). Dennoch fällt es vielen Musiktherapeuten offensichtlich schwer, den therapeutischen Wert des Singens anzuerkennen. Beim Singen von Liedern, so bemerkt etwa Schuhmann (1984) ironisch, „sind wir wohl richtig beim ‚Bildchennachzeichnen‘ angelangt“ (Müller-Schwartz 1994: 164). Und Müller (1986) fügt hinzu: „Singen weckt noch immer Assoziationen an dogmatische Orff-Pädagogik, an Gruppenmanipulation oder Gesangverein. Jedenfalls scheint das Nachsingen traditioneller Melodien Kreativität weitgehend auszuschließen“ (ebd.: 164). Dies mag sicherlich auch weitgehend der Fall sein; eine solche Ansicht lässt jedoch außer Acht, dass eben nicht die Kreativität, sondern – im Gegenteil – die konstanten Strukturen von altbekannten Melodien und Liedtexten sowie die damit verknüpften Erinnerungen und Empfindungen den eigentlichen Wert des Singens mit demenziell Erkrankten ausmachen.

Merkwürdig mutet es an, dass Lied und Singen in der Musiktherapie nicht im entferntesten die Bedeutung innehaben, die ihnen gerade dort zukommen müsste, wo es nicht in erster Linie um die ‚Introduktion in die Musikkultur‘, sondern um den Menschen selbst, noch dazu um den leidenden geht (Grümme 1998: 23f).

Die musikalische Milieugestaltung besticht hingegen vor allem durch ihre scheinbar unkomplizierten Anwendungsvoraussetzungen. So zeigen etwa die Ergebnisse von Denney (1997), dass mit relativ einfachen Mitteln positive Effekte bei den Erkrankten erzielt werden konnten. Vor einer Dauerbeschallung mit Musik, die über den gesamten Tagesverlauf im Umfeld der Erkrankten zu hören ist, muss allerdings gewarnt werden. „Das hat nichts mehr mit Musiktherapie zu tun, sondern kann psychisch Alterskranke überstimulieren, sogar aggressive Verhaltensweisen auslösen“ (Höwler 2000: 453). Auch Sonntag (2003: 48f) warnt vor einem unreflektierten Einsatz der musikalischen Milieugestaltung:

In regelmäßigen Abständen in der Presse zitierte Forschungsstudien, die z. B. klassische Musik während der Mahlzeiten, Hintergrundmusik während therapeutischer Gespräche oder bestimmte Einschlafmusik empfehlen, tragen zu einer zunehmenden Normierung der Wirkung von Musik bei. [...]. Durch die vorschnelle Festlegung auf die richtige Musik (analog dem richtigen Medikament) für Demenzkranke entsteht die Gefahr, dem Erleben des Individuums nicht gerecht zu werden. Die Vorstellung, Musik sei ein Therapeutikum per se, und bestimmte Musik habe bestimmte Wirkungen [...] führt in die Irre und weckt falsche Erwartungen.

So sollte nicht in Vergessenheit geraten, dass das Erleben von Musik ein höchst individueller und subjektiver Prozess ist und nur bis zu einem bestimmten Ausmaß von allgemeinen musikalischen Präferenzen bestimmt wird.

Einer kritischen Betrachtung bedarf sicherlich auch der Mangel an wissenschaftlicher Grundlagenliteratur auf dem Gebiet der Musiktherapie mit älteren und/oder demenziell erkrankten Menschen. Zwar existieren Veröffentlichungen von Musiktherapeuten, die sich auf ältere bzw. von demenziellen Erkrankungen betroffene Menschen beziehen; diese „sind allerdings ebenso spärlich wie kunsttherapeutische Ansätze für diesen Bereich“ (Marr 1995: 49). Auch von Blanckenburg (1994) beklagt den Mangel an musiktherapeutisch orientierter Literatur im Bereich der Altenhilfe. Leider geht jedoch auch sein Beitrag, „Musiktherapie mit Senioren“, über eine Anhäufung von Praxisbeispielen kaum hinaus und berücksichtigt die Klientel der demenziell Erkrankten nur in unzureichendem Maße.

Der Grund für diese Literaturknappheit dürfte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass derzeit nur wenige Musiktherapeuten in der Altenarbeit tätig sind (vgl. Grümme 1998: 22). Doch worauf ist dieses geringe Engagement zurückzuführen? Auch von Blanckenburg (1994: 92) fragt etwas ratlos: „Sind kreative Therapiemethoden für alte Menschen nicht geeignet, oder ist Musiktherapeuten die Arbeit mit älteren Menschen unangenehm?“ Tatsächlich scheint – insbesondere was die therapeutische Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen betrifft – gerade die letztere von beiden Vermutungen zuzutreffen. So besteht in der Musiktherapie nach Grümme (1998) die Tendenz, sich eher einer jüngeren Altersgruppe

zuzuwenden, bei der mit größerer Wahrscheinlichkeit therapeutische Erfolge zu erzielen sind. Auf diese Weise „wird der alte, körperlich unattraktive und geistig eingeschränkte demenziell Erkrankte zu einem Gegenbild des von Therapeuten favorisierten Klientels“ (Grümme 1998: 23). Ein Erfahrungsbericht von Marr (1995: 65) aus dem angrenzenden Bereich der kunsttherapeutischen Arbeit mit demenziell Erkrankten macht diese Entwicklung sogar verständlich:

Eine [...] Schwierigkeit besteht darin, dass ich kaum Erfolge im üblichen Sinn vorweisen kann. [...] Unabhängig davon, wie gut ich arbeite, schreitet die Demenz bei den meisten meiner Patientinnen unaufhaltsam fort, und die Chancen, die Folgen der Demenz zu verarbeiten, werden immer geringer. [...]. Diese Tatsache verwehrt mir die Erlangung einer gewissen Selbstbestätigung bei der Arbeit.

Ein weiteres Problemfeld ist zudem in der Qualifikation der Musiktherapeuten zu verorten; denn diese werden im Verlauf ihrer Ausbildung entweder gar nicht oder bestenfalls nur peripher mit gerontologischem Fachwissen konfrontiert. „Es bleibt also dem Engagement jeder einzelnen Musiktherapeutin überlassen, sich in das breit gefächerte Gebiet der Gerontologie einzuarbeiten und Kenntnisse zu erwerben“ (Grümme 1998: 23).

Befindet sich die Musiktherapie in Anbetracht einer ausbaufähigen empirischen und theoretischen Wissensbasis sowie einer durchaus erweiterungsbedürftigen Zielgruppenorientierung also eher auf einem „Holzweg“ anstatt auf einem „Königsweg“? Dies ist mit Sicherheit nicht der Fall; demenziell Erkrankte müssten allerdings noch vielmehr als bisher in den Mittelpunkt des musiktherapeutischen Interesses gestellt werden. Denn nach Grümme (1998) kann kein Zweifel daran bestehen, dass Musik auch noch dann einen Zugang zum Demenzerkrankten öffnet, wenn auf verbaler Ebene keine Kommunikation mehr möglich ist. Die „Qualität der Musik liegt darin, dass sie demenziell Erkrankte emotional erreicht. Bis ins Endstadium der Erkrankung kann durch Musik ein Kontakt hergestellt werden“ (Grümme 1998: 27). Von Blanckenburg (1994: 92) fordert daher: „In Alten- und Pflegeheimen, Wohnstiften und auch Altentagesstätten muss [...] das Angebot an kreativen, sinnvollen Freizeitaktivitäten bedeutend gesteigert und erweitert werden. Besonders die Musiktherapie, mit ihrem ganzheitlichen Charakter, sollte viel intensiver als bisher in der Altenhilfe eingesetzt werden.“ Dass ältere demenzerkrankte Menschen hiervon profitieren könnten, kann bei Betrachtung der empirischen Befunde zumindest ansatzweise als erwiesen gelten.

4 Schlussbetrachtung

Die wesentlichen Aussagen in Bezug auf die Wirksamkeit der Therapieverfahren wurden bereits in den einschlägigen Kapiteln zusammengefasst und sollen an dieser Stelle nicht wiederholt werden.

Grundlegend kann jedoch einerseits festgehalten werden, dass die meisten Studien zur Wirksamkeit der nichtmedizinischen Therapieverfahren nicht dem „goldenen Standard“ der Forschung, nämlich der kontrolliert randomisierten Untersuchungsanordnung entsprechen. Viele der im Rahmen dieser Arbeit herangezogenen Untersuchungen wurden ohne Kontrollgruppen durchgeführt; auf eine Auswahl der Untersuchungsteilnehmer nach einem Zufallsverfahren (Randomisierung) wurde ebenfalls häufig verzichtet. Zudem wiesen die Studien in der Regel weitere Schwachstellen auf: auf standardisierte Instrumente wurde häufig nicht zurückgegriffen; die Datenerhebungen wurden oftmals von „parteiischen“ Personen durchgeführt; Störfaktoren (z. B. das Verhalten des Pflegepersonals) wurden vielfach nicht berücksichtigt. Dies führt letztlich dazu, dass die Resultate vieler Untersuchungen in Frage gestellt werden müssen.

Andererseits fehlt es vielen Therapieverfahren an einer konzeptionellen Geschlossenheit, die für eine systematische Überprüfung ihrer Wirksamkeit sicherlich erforderlich wäre. Darüber hinaus beweist die Summe der Ergebnisse einmal mehr, dass nicht ein therapeutischer Ansatz allein der richtige sein kann und darf, sondern stets an die Möglichkeit gedacht werden muss, unterschiedlichste Therapiekonzepte und Prinzipien miteinander zu kombinieren und in den Gesamtbehandlungsplan der Demenz zu integrieren. Verlangt ein Demenzerkrankter im Anfangsstadium seiner Erkrankung nach Orientierungshilfen, so sollten ihm diese gewährt werden; hat er sich bereits in seine „innere Welt“ zurückgezogen, kann auch die Validation einen geeigneten Zugang darstellen. Erzählt der Betroffene gern oder spielten musikalische Elemente eine wichtige Bedeutung in seinem Leben, so sollten Angebote der Musiktherapie oder der Biografiearbeit vorhanden sein. Grundlage hierfür ist in jedem Fall die Schaffung eines therapeutischen Milieus, das vorhandene Einbußen kompensieren kann, Wohlbefinden ermöglicht und Sicherheit gewährt. Werden alle Maßnahmen zudem individuell auf den Erkrankten ausgerichtet und seine Bedürfnisse berücksichtigt, bilden die nichtmedizinischen Therapieverfahren mit Sicherheit eine wertvolle Ergänzung zu den pharmakologischen Behandlungsmaßnahmen, wenn auch sie letztlich nicht dazu beitragen können, den Krankheitsverlauf entscheidend zu verzögern oder gar zum Stillstand zu bringen. Ob sich ein solches Anforderungsprofil verbreitet in die „Altenhilfelandchaft“ integrieren lässt, darf

angesichts zunehmender ökonomischer Zwänge bezweifelt werden. Mit Bruder (1998: 1) kann daher abschließend gefordert werden:

Wir brauchen in allen Bereichen insgesamt mehr Mittel – also im Bereich der Ausbildung und Qualifizierung, im Bereich der stationären und ambulanten Versorgung – um neue Ansätze für die Versorgung Demenz-Kranker auszuprobieren und um das, was sich bewährt hat, breiter umzusetzen. Dazu gehört ganz besonders, ein Milieu für die Demenz-Kranken zu erzeugen, das gekennzeichnet ist durch mehr begleitende, kontinuierliche Nähe der Pflegekräfte, durch größere Elastizität auf Reaktionen der Kranken und durch eine aktivierende Grundhaltung: also durch die Bereitschaft, überall da, wo sich Handlungsansätze oder Aktivitätssimpulse bei den Kranken zeigen, diese in einer phantasievollen und elastischen Weise aufzugreifen und daraus ein Stück Leben zu machen.

III Zur Wirkung dementengerechter Versorgungskonzepte

Die Versorgung und Betreuung von demenziell erkrankten Menschen hat sich in den letzten Jahren, abgesehen von der weiterhin ungebrochenen und unumstrittenen Bedeutung des familiären Pflegenetzwerks, zur Hauptaufgabe der stationären Altenhilfe entwickelt. Bereits heute wird jeder zweite Heimbewohner bei seiner Aufnahme als demenzkrank eingestuft; in naher Zukunft wird die Anzahl der dementen Bewohner jene der kognitiv gesunden übersteigen. Die Betroffenen werden in den Pflegeeinrichtungen zumeist integrativ, das heißt zusammen mit kognitiv nicht beeinträchtigten Älteren betreut, was durch die kontinuierliche Zunahme des demenzerkrankten Bewohneranteils mit durchaus negativen Konsequenzen für alle Beteiligten verknüpft sein kann (vgl. Kap. III/3). Die Diskussion um adäquate Versorgungsalternativen für die Erkrankten hat längst begonnen und gewinnt durch den drohenden „integrativen Kollaps“ deutlich an Schärfe. Der dritte Teil der vorliegenden Arbeit verfolgt daher das Ziel, aktuell diskutierte Optionen zur „herkömmlichen“ Heimbetreuung umfassend darzustellen, die hierzu vorhandenen Beiträge der empirischen Forschung auszuwerten und schließlich eingehend zu bewerten.

1 Paradigmen der Betreuung und Versorgung

Die historischen Wurzeln der etablierten und aktuell diskutierten Konzepte zur Versorgung und Betreuung demenziell erkrankter Menschen gründen in einer Vielzahl interdisziplinär entwickelter Modelle und Theorien zur Beschreibung der krankheitsrelevanten Ursachen und ihrer therapeutischen Konsequenz. Vom linearen Denkansatz des medizinischen Paradigmas, über die rehabilitative Intention des therapeutischen Modells und die umweltbezogenen Ansätze der ökologischen Gerontologie, bis zur holistischen Perspektive des psychosozialen Modells, vertreten alle im Folgenden erläuterten Paradigmen jeweils unterschiedliche Ansichten. Ungeachtet dieser Divergenzen liegt jedoch den meisten Ansätzen „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 müssen“ (BMFSFJ 2001b: 14). Auf die nachfolgend angeführten Paradigmen geht eine Vielzahl der im zweiten Teil dieser Arbeit analysierten Therapieverfahren zurück (vgl. Kap. II/3). Da sich jedoch auch die in diesem Abschnitt analysierten Versorgungsalternativen für Demenzerkrankte konzeptionell auf wesentliche Bestandteile dieser Theorien beziehen (z. B. im Hinblick auf die Zielsetzungen der Pflegephilosophien

oder die architektonische Milieugestaltung) wird eine Einordnung an dieser Stelle vorgenommen.

1.1 Medizinisches Modell

Das medizinische Modell der Dementenbetreuung weist im Rahmen der hier angeführten Ansätze die größte Tradition auf und gehört auch heute noch zum therapeutischen Repertoire der gerontopsychiatrischen Versorgung. Das Paradigma stellt vor allem die biologischen Abweichungen in der Struktur und Funktion des menschlichen Organkomplexes in den Mittelpunkt, die primär an der Entwicklung und Progression der demenziellen Symptomatik beteiligt sind. Die demenzbedingten Symptome werden ausschließlich als Produkt der pathologischen Krankheitsgenese betrachtet und damit unmittelbar den physischen Funktionsstörungen zugeschrieben.

Ziel ist die Besserung durch Behebung des Mangels an Neurotransmittern. Die Forschung hierzu fokussiert auf Muster neurophysiologischer Defizite und Zerstörung molekularer Strukturen; die daraus abgeleitete Therapie konzentriert sich auf einzelne Krankheitsaspekte, vor allem körperliche Pflege und Medikamente (z. B. Psychopharmaka) zur Kontrolle typischer Demenzsymptome und Verhaltensauffälligkeiten (BMFSFJ 2006: 147).

Das Modell wurde originär für die organisatorische Konzeption von Krankenhäusern entwickelt und in der Folge zunehmend als Leitmotiv in der Langzeitbetreuung von Demenzerkrankten eingesetzt. In gerontopsychiatrischen Stationen von psychiatrischen Krankenhäusern oder vorwiegend ärztlich geleiteten Einrichtungen kann ein entsprechender Ansatz jedoch auch heute noch im Mittelpunkt stehen. Dabei darf jedoch bezweifelt werden, dass der aus der Orientierung am medizinischen Modell resultierende klinische Charakter von Pflegeeinrichtungen der Gestaltung eines adäquaten therapeutischen Milieus für Demenzerkrankte zuträglich ist, wie auch Maas et al. (1994: 176) anmerken: „As a result, nursing homes often resemble hospitals more than homes with an emphasis on pathology, illness, and physical aspects of care rather than function, daily living, and quality of life.“ Für die Pflege, Betreuung und Versorgung von demenziell erkrankten Menschen ist der medizinische Ansatz daher unzureichend, da er auf eine holistische Betrachtung des demenziellen Syndroms verzichtet und durch die Konzentration auf die pharmakologische Behandlung der krankheitsassoziierten Symptomatik sowohl psychosoziale als auch ökologische Einflussfaktoren exkludiert. So bleibt etwa außer Acht, dass zahlreiche Symptome demenzieller Erkrankungen auch durch externe Faktoren hervorgerufen werden können. Ferner muss berücksichtigt werden, dass eine Heilung der Betroffenen auf pharmakologischem Wege derzeit nicht er-

reichbar ist und die medizinische Therapie nur die Grundlage für ein multidimensionales Behandlungskonzept bilden kann (vgl. Kap. II/2).

1.2 Therapeutisches Modell

Das Rehabilitations- bzw. Therapiemodell verfolgt das Ziel, das kognitive, funktionale und soziale Leistungsvermögen demenziell Erkrankter durch physisches Training oder die gezielte Stimulation sensorischer Wahrnehmungen zu konservieren oder zumindest temporär zu verbessern. „Grundlage ist die Annahme, dass durch Training, durch Ausschöpfung von Reserven und Kompensationsstrategien der geistige Abbau verlangsamt werden kann“ (BMFSFJ 2006: 148). Das Modell vereint eine Vielzahl der bereits angeführten Therapieverfahren, die sowohl in einem individuellen Rahmen als auch in gruppenbezogenen Settings durchgeführt werden können. Als idealtypische Beispiele sind hier vor allem das Gedächtnistraining (vgl. Kap. II/3.3) sowie die Realitäts-Orientierungs-Therapie (vgl. Kap. II/3.7) hervorzuheben, obgleich auch kunst-, musik- oder tiertherapeutische Ansätze diesem Paradigma unterzuordnen sind. Darüber hinaus steht der therapeutisch-rehabilitative Gedanke auch im Mittelpunkt von gerontopsychiatrischen Versorgungsangeboten (z. B. in Form von physio- oder beschäftigungstherapeutischen Maßnahmen) und schlägt sich dort sowohl in der Pflegephilosophie der Einrichtungen (vgl. Bianchetti et al. 1997: 54), als auch in den zur Wirksamkeit der jeweiligen Versorgungsstrukturen durchgeführten Untersuchungen in Form von kognitiven oder funktionalen Assessments der Erkrankten nieder.

1.3 Soziotherapeutische Modelle

Unter die soziotherapeutischen Modelle sind die theoretischen Ansätze der Ökologischen Gerontologie zu subsumieren, die sich vorwiegend auf die Wechselbeziehung zwischen dem Erleben und Verhalten von demenziell erkrankten Menschen und der Passung ihrer Lebensumwelt konzentrieren. Für das Verständnis der konzeptionellen Grundlagen vieler Versorgungsformen, insbesondere der gerontopsychiatrischen Pflegeabteilungen (SPECIAL CARE UNITS), sind vor allem drei ökologische Theorien von Bedeutung: das Modell der „Person-Umgebungs-Passung“ („Competence-Press-Model“) nach Lawton/Nahemow (1973), das Modell der „Person-Umgebungs-Interaktion“ („Congruence Model of Person-Environment Interaction“) nach Kahana (1975) sowie das von Hall/Buckwalter (1987) konzipierte Modell der „Progressiv Verminderten Stressschwelle“ („Progressively Lowered Stress Threshold

Model“; PLST). Diese, unter den Komplex der „Person-Umgebungs-Ansätze“ zu subsumierenden Modelle gehen allgemein von der Hypothese aus, dass die fehlende Kongruenz bzw. Passung zwischen der Person und seiner physischen (und sozialen) Umwelt zu psychischen Spannungen führt, die letztlich die psychische Stabilität der betroffenen Person als Folge der Inkongruenz von Person und Umwelt negativ beeinflussen können (vgl. Saup 1993: 31ff).

Als „Klassiker“ dieser Perspektive kann sicherlich das Modell der „Person-Umgebungs-Passung“ („Competence-Press-Model“) nach Lawton/Nahemow (1973) bezeichnet werden, das die psychische Stabilität und das Wohlbefinden einer Person als Resultat der Übereinstimmung zwischen den Anforderungen seiner Umwelt („press“) und seinen individuellen Kompetenzen („competence“) betrachtet (vgl. Lichtenberg et al. 2000: 549). Die Umwelt des Individuums wird dabei nach Lawton (1982: 40) durch folgende Variablen bestimmt:

1. die „persönliche Umgebung“ („personal environment“): definiert als soziale Umgebung des Individuums, z. B. Familienmitglieder oder Freunde;
2. die „über-persönliche Umgebung“ („supra-personal environment“): definiert als modale Charakteristika aller Menschen, die sich in physischer Nähe zum Individuum befinden, z. B. das Alter oder die ethnologische Zugehörigkeit anderer Bewohner in der Nachbarschaft des Individuums;
3. die „soziale Umgebung“ („social environment“): die im Personenkreis des Individuums und der Gesellschaft vorherrschenden Werte und Normen;
4. die „physische Umgebung“ („physical environment“): definiert als Gruppe aller nicht-persönlichen und nicht-sozialen Aspekte der Umwelt des Einzelnen.

Die personale Kompetenz als gegensätzlicher Pol zu den Anforderungen der Umwelt wird hingegen als intrinsische Eigenschaft des Individuums verstanden, als maximal zu erwartende Ausprägung seiner biologischen, sensomotorischen und kognitiven Leistungsfähigkeit (vgl. Lawton 1998: 2). Stimmen beide Pole („press“ und „competence“) überein, kann von einer hohen Zufriedenheit des Individuums ausgegangen werden. Da jedoch die Kompetenz einer Person im Alter zunehmend von Beeinträchtigungen gekennzeichnet ist, so die Grundannahme dieses Modells, wird das Verhalten und Wohlbefinden der betreffenden Person zunehmend von Umweltfaktoren beeinflusst („Dozilität der Umwelt“) (vgl. Lawton 1980: 271; Thiele 2000: 57). Dies gilt demnach insbesondere für demenziell erkrankte Menschen, die aufgrund der fortschreitenden Progression ihrer Erkrankung in besonderem Ausmaß von Umweltfaktoren beeinflusst werden. Abhängig von der Beschaffenheit der Umwelt sind demnach positive oder negative Auswirkungen auf das Befinden und Verhalten der Betroffenen zu erwarten. So wird sich beispielsweise eine kognitiv nicht beeinträchtigte Person nur in

einer Umgebung wohlfühlen, die von ihr autonome Entscheidungen erfordert („high press“), während sich das Wohlbefinden einer kognitiv beeinträchtigten Person eher in einer strukturierten Umgebung („low press“) entfalten kann. Im Zuge der praktischen Umsetzung des Modells wird daher „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 [...] entsprechen“ (BMFSFJ 2001b: 16). Das „Competence-Press-Model“ bildete das konzeptionelle Fundament bei der Errichtung der ersten gerontopsychiatrischen Pflegeabteilungen in den USA (vgl. Maas et al. 1994: 175) und findet sich vereinzelt auch in den theoretischen Bezügen der heutigen SPECIAL CARE UNITS wieder (vgl. Bellelli et al. 1998: 457). Zu kritisieren ist jedoch, dass den Bedürfnissen des Individuums in diesem Modell nur geringe Beachtung geschenkt wird (vgl. Cvitkovich/Wister 2002: 19). Auch Knipscheer et al. (2000: 186) stellen diesbezüglich fest: „[...] this model stresses the passive environment-dependent role of the older adult, and neglects the needs and preferences of the person involved.“

Als Weiterentwicklung des „Competence-Press-Models“ kann das Modell der „Person-Umgebungs-Interaktion“ („Congruence Model of Person-Environment Interaction“) nach Kahana (1975: 183ff) bezeichnet werden, da hier die Umwelt in Beziehung zu den persönlichen Bedürfnissen des Individuums gesetzt wird. Das Modell geht davon aus, dass weder die Person noch die Umwelt allein für die Vorhersage von Wohlbefinden oder Belastung verantwortlich sind. „Vielmehr bringt die angemessene Befriedigung von persönlichen Interessen in einer spezifischen Umwelt Wohlbefinden und Lebensqualität, während andererseits Diskrepanzen zwischen den persönlichen Zielen einer Person und den Möglichkeiten der Umwelt negative Emotionen auslösen“ (Thiele 2000: 58). Die Funktionsfähigkeit des Einzelnen ist also erst gegeben, wenn die Anforderungen der Umwelt den persönlichen Fähigkeiten und Bedürfnissen des Individuums entsprechen. Erst durch diese Kongruenz kann nach Kahana (1982: 99) Wohlbefinden entstehen: „[...] a close fit between environmental characteristics and individual preferences and needs should contribute to a sense of well-being.“

Eine speziell auf demenziell erkrankte Menschen ausgerichtete Weiterentwicklung der zuvor angeführten Person-Umgebungs-Ansätze ist das Modell der „Progressiv Verminderten Stressschwelle“ („Progressively Lowered Stress Threshold Model“) (PLST) nach Hall/Buckwalter (1987: 400ff). Das Modell geht davon aus, dass Demenzerkrankungen für die Betroffenen mit einer zunehmenden Schwierigkeit verbunden sind, auf die Anforderungen

der Umwelt adäquat zu reagieren. Werden die abnehmenden Kompetenzen der Betroffenen schließlich von den Anforderungen der Umwelt überlagert, z. B. durch Lärm oder beengte Räumlichkeiten, führt dies im Verlauf der Erkrankung zu Überforderungssituationen, die von den Betroffenen zunehmend mit Verhaltensstörungen (z. B. Unruhe, Schlaflosigkeit, Agitation, Panik oder Streitlust) beantwortet werden. Das Ziel des PLST-Modells besteht daher darin, störende Umgebungsreize durch Modifikationen der Lebensumwelt zu vermeiden und selbige für die Demenzerkrankten möglichst reizarm zu gestalten. In der Praxis hat diese Theorie zur Entwicklung einer besonderen Form von gerontopsychiatrischen Pflegebereichen beigetragen, sogenannter „Low-Stimulus Special Care Units“, in denen optische und akustische Reizquellen, wie z. B. Fernseher, Radios, Telefone oder Spiegel aus der Wohnumgebung entfernt werden. Auf diese Weise sollen vor allem agitierte und aggressive Verhaltensweisen der Demenzerkrankten vermindert werden (vgl. Hall et al. 1986: 132; Cleary et al. 1988: 511f; Thomas 1996: 9f). Andere Versorgungsmodelle wirken diesem Ansatz zumindest teilweise entgegen und setzen auf eine Mischung zwischen einer reizverminderten Umgebung und einer gezielten Stimulation der Bewohner („Stimulation-Retreat Special Care Units“) (vgl. Lawton et al. 1998: 380f). Die Effekte dieser Maßnahmen sind bislang nicht eindeutig belegt.

Der wesentliche Verdienst der ökologischen Modelle besteht jedoch vor allem darin, die Diskussion um die Entstehung der demenziellen Sekundärsymptome um eine externe Perspektive zu erweitern und die Lebensumwelt der Erkrankten, abhängig von der Passung ihrer jeweiligen Gestaltung, als wesentlichen Prädiktor für das Wohlbefinden der Betroffenen zu begreifen.

1.4 Psychosoziales Modell

Das psychosoziale Paradigma nimmt im Gegensatz zum Medizinischen Modell eine ganzheitliche Perspektive im Verständnis von demenziellen Erkrankungen ein und spricht den Betroffenen jeweils individuelle Bedürfnisse, Interessen und Fähigkeiten zu (Individualitätsprinzip). Im Mittelpunkt stehen demnach nicht die Demenz und die ihr zugrunde liegenden pathologischen Prozesse, sondern die Person und ihre Beziehungen zur sozialen Umwelt (vgl. Gilleard 1992: 149ff). Die Zielsetzung des Modells besteht vor allem darin, die funktionalen Fähigkeiten der Erkrankten zu stabilisieren, um ihre Unabhängigkeit bzw. Selbständigkeit zu bewahren und ihnen damit die Möglichkeit zu geben, weiterhin an sozialen Aktivitäten teilzunehmen und selbst eine sozial aktive Rolle einnehmen zu können. Mit diesem

Vorgehen verbundene Risiken oder Gefährdungen werden in Kauf genommen, da sie für den Erhalt der Funktionsfähigkeit und Lebensqualität der Betroffenen als notwendig erachtet werden (vgl. Maas et al. 1994: 177f). „Die Sicherheit und die medizinische Behandlung des Bewohners [...] werden thematisiert, jedoch als nachrangig beurteilt. Dem Individualitätsprinzip folgend werden Aktivitäten in Entsprechung der persönlichen Interessen, Gewohnheiten und Fähigkeiten des Bewohners [...] angeboten“ (BMFSFJ 2001b: 17f). In der professionellen Pflege und Betreuung von Demenzerkrankten hat die ganzheitliche Sichtweise des psychosozialen Paradigmas in den letzten Jahren wesentlich an Bedeutung gewonnen, wie auch Epp (2003: 14) betont: „Healthcare professionals have increasingly been moving away from a task-oriented, professional-driven model of healthcare, towards a more holistic model of care which emphasizes patients’ perspectives and their subjectively defined experiences and needs.“

Eine konkrete Umsetzung findet der psychosoziale Ansatz beispielsweise im Konzept der personenzentrierten Pflege nach Kitwood (2000: 121ff), der davon ausgeht, dass das Wohlbefinden eines demenziell erkrankten Menschen positiv beeinflusst werden kann, sofern seine Persönlichkeit („Personsein“) beachtet und seine Bedürfnisse (z. B. Liebe, Trost, Einbeziehung oder Beschäftigung) befriedigt werden. Hierdurch wird es dem demenziell Erkrankten ermöglicht, sich selbst als Person wahrzunehmen und positive Gefühle zu äußern. Voraussetzung ist eine gelungene Gestaltung der sozialen Beziehungen, da die demenziell Erkrankten nach Ansicht von Kitwood (1993: 57) nicht nur über eine emotionale, sondern auch über eine ausgeprägte soziale Kompetenz verfügen: „Although their cognitions are in disrepair, dementia sufferers have a rich and powerful emotional life. Often, too, they are very sociably inclined.“ Demnach hängt die Qualität der Pflege und Betreuung vor allem von der Qualität der Beziehungsgestaltung zwischen den Erkrankten und den Pflegekräften ab, die von Kitwood (2000: 195) als „wahrhaft heilende Komponente der Pflege“ bezeichnet wird. Der Nichtbeachtung von Identität und Wohlbefinden wird hingegen eine krankheitsfördernde Wirkung zugeschrieben. „Dementia care which focuses only on the disease and its treatment does not attend to a patient’s personhood, treats the patient as a passive object, and is damaging to the patient“ (Epp 2003: 14).

Die meisten der in den folgenden Kapiteln angeführten Versorgungssettings verzichten darauf, sich in ihrer pflegephilosophischen Ausrichtung explizit auf spezifische Konzepte des psychosozialen Ansatzes zu beziehen. Dennoch finden sich die einzelnen Bestandteile des Paradigmas, beispielsweise der Erhalt von Individualität und Selbstbestimmung oder die Berücksichtigung der sozialen Beziehungen der Erkrankten, als wichtige Bausteine im pro-

grammatischen Fundament vieler Wohnkonzepte wieder (vgl. Lindesay et al. 1991: 728; Dean et al. 1993a: 807; Annerstedt 1993: 1530; Ritchie et al. 1992: 551).

2 Versorgungsziele und Forschungsfragen

Aus den in Kapitel 1 angeführten Paradigmen resultieren jeweils unterschiedliche Zielsetzungen, die in der Betreuung und Versorgung von demenziell erkrankten Menschen von Bedeutung sind und auch in den zur Feststellung der Effektivität der jeweiligen Versorgungsalternativen durchgeführten empirischen Studien als zentrale Bewertungsmaßstäbe herangezogen werden. „Diese Zielbereiche werden bei der Erarbeitung und Umsetzung von Betreuungskonzepten entweder nicht oder nur diffus formuliert“ (Re/Wilbers 2004: 514). Dennoch lassen sich – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – nach Ansicht des Verfassers drei grundlegende Zieldimensionen der institutionellen Dementenbetreuung herausstellen.

2.1 Funktion, Verhalten und Autonomie

Die wesentlichen Ziele der Versorgung von demenziell erkrankten Menschen liegen darin, die funktionalen Alltagsfähigkeiten der Betroffenen zu stabilisieren, auftretende Störungen des Verhaltens zu minimieren und die Autonomie der Erkrankten zu maximieren. Demenzerkrankungen gehen zumeist mit einer Vielzahl an funktionalen Beeinträchtigungen, so z. B. Gangstörungen, Störungen der Körperhaltung oder zunehmender Inkontinenz einher. Daher wird versucht, das funktionale Fähigkeitsspektrum der Erkrankten über einen möglichst langen Zeitraum zu erhalten, um dem Verlust der Selbständigkeit bzw. dem Eintritt einer frühzeitigen Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken und das Selbstwertgefühl der Betroffenen zu stärken. Im Allgemeinen geht es vor allem darum, die alltagspraktischen Fähigkeiten der Erkrankten im Bereich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL), beispielsweise die selbständige Ausführung der Körperpflege, des An- und Auskleidens oder der Nahrungsaufnahme zu konservieren. Hierzu werden die Erkrankten regelmäßig durch alltagspraktische die Sensorik und Motorik stimulierende Beschäftigungsmaßnahmen wie z. B. Kochen oder Gartenarbeit aktiviert (vgl. Hall et al. 1986: 136; Ritchie et al. 1992: 551; Buckwalter et al. 1997: 136) sowie in speziell entwickelte Aktivitätsprogramme eingebunden (vgl. Chafetz 1991: 21ff; Maas/Buckwalter 1990 in: OTA 1992: 118).

Eine weitere Zielsetzung besteht in der Verringerung von demenztypischen Störungen des Verhaltens (z. B. Agitation oder Aggression), die sowohl für die Erkrankten selbst als auch

für die Mitbewohner, Pflegekräfte und Familien der Betroffenen mit erheblichen Belastungen verknüpft sein können (vgl. Kap. I/6.1.2.2). Nach Reimer et al. (2004: 1086) sind hierzu vor allem zwei Faktoren entscheidend: die fachliche Kompetenz der Pflegekräfte einerseits und eine dementengerechte Gestaltung der Lebensumwelt andererseits. Die Aufgabe der Mitarbeiter besteht vor allem darin, Unter- oder Überforderungen der Demenzerkrankten (z. B. durch unangemessene Aufgaben) zu vermeiden und damit potenziellen Unruhezuständen entgegenzuwirken. Hierzu werden die Pflegekräfte zumeist in Form von gerontopsychiatrisch fundierten Fort- und Weiterbildungen befähigt. Ferner muss darauf geachtet werden, dass die Anforderungen der Betreuungsumwelt die Fähigkeiten der Erkrankten nicht übersteigen. Häufig werden daher in Anlehnung an das von Hall/Buckwalter (1987) konzipierte PLST-Modell potenzielle Stressoren, wie z. B. Fernseher, Radios oder Telefone aus den Wohnbereichen entfernt (vgl. Kap. III/1.3).

Um ferner eine möglichst weitgehende Autonomie bzw. Selbstbestimmung der Demenzerkrankten gewährleisten zu können, besteht ein weiteres Ziel vieler Versorgungsmodelle darin, die Häufigkeit von physischen (z. B. Bettgitter oder Stecktische) und pharmakologischen Fixierungen (z. B. Psychopharmaka) auf ein Minimum zu reduzieren (vgl. Greene et al. 1985: 560; Bellelli et al. 1998: 458). Auch in diesem Bereich spielen Schulungsmaßnahmen eine wichtige Rolle, um die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen entsprechend zu sensibilisieren. Darüber hinaus wird darauf geachtet, den Erkrankten innerhalb des jeweiligen Settings eine möglichst weitreichende barrierefreie Bewegungsfreiheit einzuräumen, um Verletzungs- bzw. Sturzgefahren zu verringern und damit gleichfalls der Anwendung von körperlichen Fixierungen vorzubeugen. „The creation of a supportive environment in which residents can easily maneuver, regardless of their physical limitations, allows them to maintain a reasonable level of independence“ (Peppard 1991: 71).

Für die im Rahmen dieser Arbeit analysierten Versorgungsalternativen für Demenzerkrankte ergeben sich durch diese Zielsetzungen folgende Forschungsfragen:

1. Inwieweit kann es in spezialisierten Versorgungssettings gelingen, die funktionalen Alltagsfähigkeiten der Erkrankten zu erhalten und wie verhält sich das Ausmaß des Kompetenzerhalts im Vergleich zu jenem, das durch die Betreuung in herkömmlichen nichtspezialisierten Versorgungssettings erreicht werden kann?
2. Inwieweit kann es in spezialisierten Versorgungssettings gelingen, demenztypische Verhaltensstörungen zu reduzieren oder zu vermeiden und wie verhält sich das Ausmaß der

Verhaltensverbesserungen gegenüber jenem, das durch die Betreuung in herkömmlichen nichtspezialisierten Versorgungssettings erreicht werden kann?

3. Inwieweit kann es in spezialisierten Versorgungssettings gelingen, die Autonomie und Selbstbestimmung der Erkrankten zu erhalten und wie verhält sich das Ausmaß des Autonomieerhalts gegenüber jenem, das in herkömmlichen nichtspezialisierten Versorgungssettings gewährleistet werden kann?

2.2 Lebensqualität

Das Konzept der Lebensqualität stellt in Anlehnung an das psychosoziale Paradigma (vgl. Kap. III/1.4) die Ganzheitlichkeit des Menschen in den Vordergrund und gewinnt als Bewertungskriterium für die Qualität der Dementenbetreuung zunehmend an Bedeutung. Eine einheitliche Definition des Konzepts ist allerdings bislang nicht vorhanden, wie Corner (2003: 14) betont: „Quality of life is an immensely complex construct and there remains considerable conceptual confusion [...]. There is still no clear definition about what constitutes the individual domains of quality of life and what affects it“ (Corner 2003: 14). Zumeist werden objektive (z. B. Vermögen, Gesundheit, soziales Netzwerk, physische und kognitive Leistungsfähigkeit) und subjektive Komponenten (subjektives Wohlbefinden auf der Grundlage der persönlichen Einschätzung der eigenen Lebenssituation) der Lebensqualität unterschieden, die in jeweils maximal vorhandener Ausprägung und Koinzidenz eine hohe Lebensqualität („well-being“) indizieren (vgl. Weyerer/Schäufele 2003: 213f). Auch Lawton (1991) unterscheidet zwischen objektiv gegebener Umwelt und subjektiv erlebten Umweltbedingungen („erlebte Lebensqualität“) und stellt in seinem „Good-life“-Modell vier wesentliche Komponenten der Lebensqualität von älteren Menschen heraus:

- „behavioural competence“ („Verhaltenskompetenz“): sie umfasst die sozial-normative Beurteilung der Person im Hinblick auf bestimmte Bereiche ihrer Funktionsfähigkeit (z. B. Gesundheit, Kognition, Sozialverhalten);
- „objective environment“ („objektive Umwelt“): Strukturen der Umwelt, die außerhalb des Individuums liegen und der eigenen Verhaltenskompetenz entweder Möglichkeiten bieten oder Restriktionen auferlegen;
- „perceived quality of life“ („wahrgenommene Lebensqualität“): subjektive Bewertungen der eigenen Verhaltenskompetenz im Hinblick auf andere Bereiche der Lebensqualität (z. B. Schmerzempfinden oder Selbstwirksamkeit) sowie

- „psychological well-being“ („psychologisches Wohlbefinden“): sie umfasst das Ergebnis der Lebensqualität bzw. das Ausmaß der Lebenszufriedenheit in allen Bereichen des gegenwärtigen Lebens (vgl. Lawton 1991: 7ff; Jaracz et al. 2004: 46).

Ein weiteres von Faulk (1988) konzipiertes Modell zur Definition der Lebensqualität von älteren Heimbewohnern stellt eine hierarchische Perspektive in den Mittelpunkt und unterscheidet zwischen materiellen („material resource needs“) und sozialen („social integration needs“) Voraussetzungen für die Entwicklung der Lebensqualität. Zu den materiellen Voraussetzungen zählen die „physiologischen Bedürfnisse“ des älteren Menschen (z. B. Ernährung, Gesundheit) sowie das „Bedürfnis nach Sicherheit“ (z. B. finanzieller Spielraum, Privatsphäre). Als soziale Voraussetzungen werden das „Bedürfnis nach Liebe und Zugehörigkeit“ (z. B. die Nähe zu anderen Heimbewohnern und familiäre Kontakte), das „Bedürfnis nach Selbstverwirklichung“ (z. B. Kontakte außerhalb der Heimumwelt) und das „Bedürfnis nach Wachstum“ (z. B. durch Aktivitäten) herausgestellt. Erst wenn die materiellen Bedürfnisse erfüllt sind, so die Annahme dieses pyramidal angeordneten Modells, werden für den Heimbewohner höhere Bedürfnisse nach „Liebe und Zugehörigkeit“, „Selbstverwirklichung“ und „Wachstum“ erstrebenswert (vgl. Gerritsen et al. 2004: 614f). Dieser kurze Einblick veranschaulicht die Vielfältigkeit bestehender Definitionsversuche. In allen Fällen wird jedoch eine multidimensionale Perspektive deutlich, die Lebensqualität als Ergebnis von subjektiven und objektiven Faktoren beschreibt.

Bei demenziell erkrankten Menschen sind Bestimmung und Messung derartiger Faktoren jedoch schwierig, da subjektive Einschätzungen des Wohlbefindens aufgrund von sprachlichen oder kognitiven Einschränkungen nur in begrenztem Ausmaß möglich sind (vgl. Ritchie et al. 1992: 554; Walker et al. 1998: 501).

Varying deficits of memory, attention, judgment, insight, and communication influence the ability of individuals with cognitive impairment to comprehend questions or communicate their own subjective states. In addition, behavioral or noncognitive symptoms, including depression, agitation, or psychosis, may impact QOL ratings (Logsdon et al. 2002: 511).

Hinzu kommt, dass die herkömmlichen Determinanten der objektiven Lebensqualität mit zunehmender Progression der Erkrankung entweder an Bedeutung verlieren oder entscheidenden Veränderungen unterliegen. Was etwa in einem frühen Stadium der Erkrankung wichtig erscheint (z. B. der Erhalt der kognitiven Funktionsfähigkeit), wird in einem späteren Stadium durch andere Inhalte (z. B. das Bedürfnis nach Sicherheit) abgelöst (vgl. Logsdon et al. 2002: 511). Dies hat zur Folge, dass sich die Kriterien zur Definition der Lebensqualität von Demenzerkrankten häufig stark voneinander unterscheiden. Genannt werden häufiger:

- die Anerkennung der Individualität;
 - das Recht auf Privatheit und Beachtung der menschlichen Würde;
 - die Kontinuität der Lebensgeschichte und das Weiterführen der normalen sozialen Rollen;
 - eine gesundheitsfördernde, prothetische, die Orientierung fördernde sowie eine sensorisch stimulierende Umwelt;
 - altersgerechte Beschäftigungen und Aktivitäten;
 - ein ansprechendes Wohnumfeld, das in die Nachbarschaft eingebunden ist sowie
 - Möglichkeiten der Unterhaltung, Spaß, Humor und Kreativität (vgl. BMFSFJ 2001b: 20).
- Diese Aufzählung ließe sich mit Sicherheit um zahlreiche Determinanten erweitern.

Doch auch in der empirischen Versorgungsforschung wird das Konstrukt der Lebensqualität höchst unterschiedlich operationalisiert. So sind etwa für Dean et al. (1993b: 821) die Häufigkeit und Qualität der Interaktionen und Aktivitäten der Demenzerkrankten entscheidend. Chappell/Reid (2000: 237) wählen affektive Verhaltensweisen und sprachliche Kompetenzen als zentrale Kriterien zur Messung der Lebensqualität aus. Und Ritchie et al. (1992: 554) stellen das Kommunikationsverhalten der Erkrankten, ihre Teilnahme an Gruppenaktivitäten und die Häufigkeit von Verhaltensstörungen (z. B. Aggression oder Agitation) als maßgebliche Dimensionen der Lebensqualität in den Mittelpunkt ihrer Untersuchung.

Dies bedeutet nicht, dass auf dem Gebiet des Lebensqualitäts-Assessments keine Fortschritte zu konstatieren wären. Gerade in der jüngsten Zeit wurde ein relativ breites Kontingent an Verfahren zur Erfassung der Lebensqualität von Demenzerkrankten entwickelt, so z. B. das „Dementia Quality of Life Instrument“ (DQoL) nach Brod et al. (1999) oder das „Quality of Life-Alzheimer’s Disease“ (QoL-AD) nach Logsdon et al. (1999), die verschiedene Aspekte der Lebensqualität (z. B. Selbstwertgefühl, Stimmungslage oder soziale Beziehungen) entweder durch direkte Befragung der Betroffenen oder Berichte der Pflegenden erfassen (vgl. Burns et al. 2002: 166; Ready/Ott 2003: 4f). Wie Figura zeigt, kommen derartige Instrumente in der Versorgungsforschung jedoch bislang kaum zum Einsatz. Ebenfalls erwähnt sei das von Kitwood/Bredin (1994) zur Einschätzung des Wohlbefindens von Demenzerkrankten konzipierte „Dementia Care Mapping“ (DCM), das in der Gesamtheit aller im Rahmen dieser Arbeit analysierten Untersuchungen nur in einem Fall Verwendung fand (vgl. Heeg et al. 2004: 1ff). Somit kritisiert Müller-Hergl (2005: 117) zu Recht:

Die Perspektive der Heimbewohner erscheint systemisch irrelevant, selbst wenn alle in das generelle Credo einstimmen, demzufolge die Perspektive der Betroffenen zentral ist. Weder Beobachtungsinstrumente wie das DCM [...] oder Interviewmodelle wie etwa DQoL [...] und QoL-AD [...] haben hier bislang nennenswerte Spuren hinterlassen.

Auf diese Weise bleibt eine eigentlich bedeutsame Zieldimension der institutionellen Demen-
tenversorgung theoretisch unzureichend fundiert und empirisch unzureichend berücksichtigt.

Versucht man das Konzept der Lebensqualität im Rahmen der vorliegenden Arbeit jedoch
als psychosoziale Dimension der Versorgungsqualität zu definieren, in der das subjektive
Wohlbefinden der Erkrankten und die Kontinuität ihrer sozialen Beziehungen im Mittelpunkt
stehen, lassen sich folgende Forschungsfragen stellen:

1. Inwieweit kann es in spezialisierten Versorgungssettings gelingen, die sozialen Kontakte
der Erkrankten (z. B. zu anderen Bewohnern, den Pflegekräften oder der Familie) zu er-
halten und zu fördern und wie unterscheidet sich dieser Kontakterhalt gegenüber jenem,
der in herkömmlichen nichtspezialisierten Versorgungssettings gewährleistet werden
kann?
2. Inwieweit kann es in spezialisierten Versorgungssettings gelingen, die Stimmungslage
der Erkrankten zu erhalten oder zu verbessern und wie unterscheidet sich das Ausmaß der
emotionalen Stabilität gegenüber jenem, das in herkömmlichen nichtspezialisierten Ver-
sorgungssettings erreicht werden kann?

2.3 Angehörige und Pflegekräfte

Demenzielle Erkrankungen sind für die Angehörigen der Betroffenen mit deutlichen Belas-
tungen verknüpft, die beispielsweise aus physischen Beanspruchungen, finanziellen Überfor-
derungen oder dem Verlust von Sozialkontakten resultieren können. Vor allem die nicht-
kognitiven Symptome der Demenz bilden häufig einen entscheidenden Impuls, der zur Insti-
tutionalisierung der Erkrankten führt (vgl. Kap. I/7.1). Dies bedeutet jedoch nicht, dass die
Substitution der häuslichen Pflege durch die Versorgung in stationären Settings eine Reduk-
tion der familiären Belastungen zur Folge hat, unabhängig davon, ob es sich dabei um spezia-
lisierte oder nichtspezialisierte Pflegeeinrichtungen handelt. Zwar ist zu vermuten, dass sich
die physische Pflegebelastung der Angehörigen durch die stationäre Versorgung der demenz-
erkrankten Familienmitglieder deutlich reduziert. Untersuchungsergebnisse weisen jedoch
darauf hin, dass die stationäre Betreuung der Erkrankten für die Angehörigen mit einem
bedeutsamen Verlust an Beziehungen und zuvor ausgeübten Aufgaben und Rollen einhergeht
und nicht unbedingt von Schuldgefühlen, Sorgen oder Ängsten befreit (vgl. Van de Ven/
Hectors 1983: 149ff; Wells/Jorm 1987: 525; Ritchie/Ledésert 1992: 10; Elmstähl et al. 1998:
134). Um diese Belastungen und Konfliktpotenziale zu reduzieren, wird häufig versucht, die

Familien der Demenzerkrankten möglichst weitgehend in den stationären Pflegeprozess zu integrieren. Insbesondere in den französischen Wohngemeinschaften wird auf den Einbezug der Familien großen Wert gelegt (vgl. Ledésert/Colvez 1993: 391) und ein solcher in Einzelfällen sogar vertraglich vereinbart (vgl. Kap. III/4.3). In den Pflegekonzepten der gerontopsychiatrischen Pflegeabteilungen wird die Bedeutung der Angehörigen jedoch ebenfalls betont und ihre Einbindung in den Pflegeprozess durch Schulungsmaßnahmen oder die Einrichtung von Unterstützungsgruppen gefördert (vgl. Cleary et al. 1988: 512; Benson et al. 1987: 320; Kane 1994: 427).

Die professionellen Mitarbeiter werden im Rahmen der Betreuung von demenziell erkrankten Menschen ebenfalls mit einem hohen Maß an Anforderungen und Belastungen konfrontiert. Ausschlaggebend für das Ausmaß der Beanspruchung sind jedoch nicht nur die Arbeitszeiten, der Arbeitsumfang oder die aus der Pflege resultierenden physischen Belastungen. Auch Konflikte zwischen den eigenen Ansprüchen und dem therapeutisch Erreichbaren, der Umgang mit den Erwartungen der Angehörigen und Veränderungen der Pflegestrukturen (z. B. durch die Umwandlung von herkömmlichen Pflegeabteilungen in dementengerechte Wohnbereiche) sind Faktoren, die sich im Arbeitsalltag belastend auswirken und die Qualität der Pflege negativ beeinflussen können. Zumeist werden die Mitarbeiter daher vor ihrer Arbeitsaufnahme durch gerontopsychiatrisch fundierte Fort- und Weiterbildungen auf den Umgang mit den Erkrankten und ihren Angehörigen vorbereitet und im Arbeitsalltag durch regelmäßige Trainingsmaßnahmen und Supervisionen unterstützt (vgl. Greene et al. 1985: 561; Mummah-Castillo 1987: 70; Holmes et al. 1990: 179f; Chafetz 1991: 21ff; Lundström 1993: 99; Thomas 1996: 9f; Bellelli et al. 1998: 458; McCann et al. 2000: 142).

Gelingt es demnach, die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen auf die herausfordernde Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen vorzubereiten, die Angehörigen der Erkrankten zu unterstützen und sie in die Betreuung zu integrieren, sind zwei weitere Kriterien erfüllt, die eine hohe Qualität der Betreuung indizieren. In der vorliegenden Arbeit werden daher – falls vorhanden – nicht nur Studien zu den unmittelbaren Auswirkungen der Versorgungssettings auf die Demenzerkrankten ausgewertet, sondern gleichfalls Erhebungen zur Zufriedenheit von Mitarbeitern und Angehörigen berücksichtigt.

Für die hier analysierten Versorgungsalternativen für Demenzerkrankte ergeben sich durch die angeführten Zielsetzungen folgende Forschungsfragen:

1. Inwieweit kann es durch spezialisierte Versorgungssettings gelingen, die Belastungen der Familien bzw. der Angehörigen zu reduzieren und wie unterscheidet sich das Ausmaß der

Belastungsreduktion von jenem, das durch herkömmliche nichtspezialisierte Versorgungssettings erreicht werden kann?

2. Inwieweit kann es durch spezialisierte Versorgungssettings gelingen, die durch die Pflege von Demenzerkrankten entstehenden Belastungen der Mitarbeiter zu reduzieren und wie verhält sich das Ausmaß der Belastungsreduktion zu jenem, das in herkömmlichen nichtspezialisierten Versorgungssettings erreicht werden kann?

3 Integration vs. Segregation – Zur Auswahl der Konzepte

Die überwiegende Anzahl demenziell erkrankter Menschen wird nach der Diagnose zunächst im familiären Umfeld betreut. Professionelle ambulante oder teilstationäre Hilfen können in frühen und mittleren Krankheitsstadien dazu beitragen, die häusliche Versorgung zu sichern und damit ein gewisses Maß an Kontinuität zu bewahren. Mit zunehmender Progression einer Demenzerkrankung stößt das ambulante Setting jedoch an seine Grenzen. Eine Verlegung der Betroffenen in stationäre Einrichtungen ist häufig die Konsequenz. Dies wiederum hat zur Folge, dass der Anteil der demenziell erkrankten Menschen in den Einrichtungen der Altenpflege in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist. Entsprechende Prävalenzen können aufgrund von fehlenden Daten nur geschätzt werden und regional deutlichen Schwankungen unterliegen. Derzeit kann jedoch davon ausgegangen werden, dass in Deutschland etwa 40 % aller Heimbewohner unter einem demenziellen Syndrom leiden (vgl. Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006: 33). Besonders deutlich zeichnet sich diese Entwicklung beispielsweise in Brandenburg ab. Dort wird in naher Zukunft eine Quote von 75 % erwartet. „2010 wären die Heime nahezu vollständig mit Demenzkranken belegt, sofern hier keine alternativen Betreuungsformen zustande kommen“ (MASGF Brandenburg 2002: 23). Letztlich bleibt es nur eine Frage der Zeit, bis der Anteil der kognitiv beeinträchtigten Heimbewohner auch in anderen Bundesländern den Anteil der kognitiv gesunden übersteigt. Viele Einrichtungen sind auf diese Situation allerdings nur unzureichend vorbereitet.

Es mangelt an spezifischen Versorgungskonzepten, an geeigneten baulichen Voraussetzungen, an gerontopsychiatrisch geschultem Personal sowie an pflegeorganisatorischen und anderen institutionellen Bedingungen, die den Bedürfnissen dementer alter Menschen entsprechen. Eine Ausdifferenzierung der stationären Versorgungsangebote in Deutschland [...] ist deshalb dringend geboten (Schäufele/Weyerer 2001c: 117).

Derzeit werden Demenzerkrankte überwiegend integrativ betreut; das heißt, sie leben mit kognitiv nicht beeinträchtigten Heimbewohnern zusammen und sollen ungeachtet ihrer oftmals herausfordernden und in sozialer Hinsicht problematischen Verhaltensweisen in das

Heimleben eingegliedert werden. Dieses „Standardmodell“ wird aufgrund der angeführten Entwicklungen jedoch zunehmend kritisch betrachtet, wobei vor allem die Frage der „Kompatibilität“ der dementen und nicht dementen Bewohnerschaft zur Diskussion steht. Erfahrungen zeigen, dass das integrative Versorgungskonzept mit durchaus negativen Konsequenzen, sowohl für das Wohlbefinden der Demenzerkrankten als auch für das Wohlergehen der psychisch gesunden Bewohner verbunden sein kann.

Diejenigen demenziell Erkrankten, die eine ruhige ausgeglichene Atmosphäre brauchen und geduldige Unterstützung und Anregung [...] sind durch die Hektik des Pflegebetriebes überfordert. Sie werden zunehmend unruhiger, aggressiv – oder ziehen sich in sich selbst zurück. Andererseits sind demenziell erkrankte Bewohner/innen oft auch eine Belastung für somatisch kranke, aber geistig rege Bewohner/innen (MASGF Brandenburg 2002: 23).

Auch Hall et al. (1986: 133) stellen in Bezug auf die integrative Versorgung ein breites Spektrum an möglichen Konfliktpotenzialen zwischen demenziell erkrankten und kognitiv gesunden Heimbewohnern heraus. Für die nicht dementen Bewohner:

- Verletzungen der Privatsphäre (z. B. durch das Eindringen der Erkrankten in andere Bewohnerzimmer, *d. Verf.*);
- verlorene oder beschädigte Besitzgegenstände;
- ein geringeres Ausmaß an sozialen Kontakten durch den Versuch, Begegnungen mit den Erkrankten zu vermeiden;
- unterbrochener Schlaf sowie
- Angst vor körperlichen Verletzungen bei agitiertem Verhalten der Erkrankten.

Und für die Demenzerkrankten selbst:

- die Verabreichung von Sedativa, das heißt Beruhigungsmitteln, die eine geringere Mobilität, Appetitmangel und eine größere Abhängigkeit im Bereich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ verursachen können;
- der Ausschluss von heiminternen Aktivitäten und daraus resultierend eine Reduktion der sozialen Kontakte;
- negative Reaktionen von Pflegekräften und anderen Bewohnern;
- zunehmende Angst und Agitation, die mit Fixierungsmaßnahmen beantwortet werden;
- negatives Feedback der Familien bezüglich der Anwendung von Fixierungsmaßnahmen und
- eine daraus möglicherweise resultierende Verringerung der Besuchshäufigkeit.

Dies bedeutet nicht, dass in einem integrativen Umfeld keine adäquate Betreuung der Demenzerkrankten stattfinden kann, sofern auch die kognitiv nicht beeinträchtigten Bewohner

Rückzugsmöglichkeiten erhalten und gleichfalls von einem an ihren spezifischen Bedürfnissen und Interessen orientierten Betreuungsangebot profitieren können. Die balancierende Umsetzung zweier unterschiedlicher Pflegekonzepte ist jedoch nicht einfach und für das Personal mit hohen Anforderungen und Belastungen verknüpft (vgl. Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006: 36).

Die von Schäufele/Weyerer (2001c) geforderte „Ausdifferenzierung der stationären Versorgungsangebote“ erfolgt daher aktuell auf zwei verschiedenen Wegen. Eine Möglichkeit besteht darin, die integrative Pflege durch teilsegregative bzw. temporär segregative Angebote zu ergänzen; das heißt, die demenziell Erkrankten leben wie im integrativen Ansatz mit den kognitiv nicht beeinträchtigten Bewohnern im selben Wohnbereich zusammen, werden jedoch zeitweise über einige Stunden oder den ganzen Tag von den übrigen Bewohnern separiert und in einer gerontopsychiatrischen Tagesgruppe betreut. Diese bietet Raum für musische oder spielerische Aktivitäten sowie andere therapeutische Angebote und Beschäftigungen. Der Vorteil des teilintegrativen Konzeptes ist vor allem darin zu sehen, dass an die baulichen Voraussetzungen nur geringe Anforderungen bestehen (sofern eine ausreichende Anzahl von geeigneten Räumen vorhanden ist) und die Umsetzung „nur“ mit Veränderungen der Pflegeorganisation verbunden ist. Zudem kann die Zusammensetzung der Gruppen (z. B. nach dem Schweregrad der Erkrankungen) flexibler erfolgen, als dies in „starr“ Settings möglich wäre. Der Nachteil dieser „Tagesbetreuung“ liegt allerdings darin, dass sie die integrative Versorgung nur über Stunden auflöst und aufgrund der häufig vorhandenen Personalprobleme weder in der Nacht noch am Wochenende stattfinden kann (vgl. Bilke 2001: 34). Fraglich bleibt ferner, inwieweit die konsequente Umsetzung einer dementengerechten, unter milieuthérapeutischen Gesichtspunkten gestalteten prothetischen Wohnumgebung in nur temporär genutzten Räumlichkeiten möglich ist. Entsprechend finden sich derartige Konzepte eher selten in der Versorgungslandschaft wieder (vgl. Schneekloth 2006: 8) und bleiben auch in der empirischen Versorgungsforschung weitgehend unberücksichtigt. Eine weitere, in den letzten Jahren verstärkt propagierte und realisierte Alternative zum integrativen Betreuungsansatz bildet die segregative Versorgung, die eine in räumlicher und organisatorischer Hinsicht kontinuierliche Separierung der Demenzerkrankten vorsieht. Grundlegend ist die Auffassung, dass die Betroffenen aufgrund ihrer krankheitsbedingten Begleitsymptome spezielle Anforderungen an eine optimale Pflege stellen und daher ein ausschließlich auf sie zurechtgeschnittenes Wohn- bzw. Betreuungssetting benötigen.

Der segregative Ansatz wird derzeit auf zwei verschiedenen Wegen umgesetzt (vgl. BMFSFJ 2001b: 26; Radzey/Heeg 2001c: 20; Weyerer et al. 2004: 5). Zum einen in Form

von Wohngruppen, in denen durchschnittlich etwa acht bis neun demenziell erkrankte Menschen in einem familienähnlichen Verbund betreut werden. Diese Wohngruppen können je nach zugrunde liegender Konzeption entweder an herkömmliche Pflegeeinrichtungen angeschlossen oder auch autark bzw. ohne institutionellen Anschluss in normalen Wohngebäuden betrieben werden (vgl. Bertelsmann Stiftung/Kuratorium Deutsche Altershilfe 2004: 8). Einheitliche nationale oder internationale Standards sind hier nicht vorhanden, was auch in einer grundlegend unterschiedlichen Personalpolitik zum Ausdruck kommt. Teilweise werden examinierte Pflegekräfte für die Betreuung der Erkrankten eingesetzt; teilweise wird auf eine pflegerische Ausbildung bewusst verzichtet und stattdessen nicht examiniertes Personal mit hauswirtschaftlicher Qualifikation bevorzugt. Allen Konzepten gemein ist jedoch ihre Orientierung am Normalitätsprinzip; das heißt, die Bewohner leben in einem alltagsnahen institutionsfernen Setting zusammen und sind abhängig von ihren jeweiligen Möglichkeiten und Wünschen an allen anfallenden Aufgaben, vor allem hauswirtschaftlichen Aktivitäten, wie z. B. Kochen, Waschen oder Gartenarbeit beteiligt.

Most older people [...] have very well learned domestic skills such as making porridge or peeling vegetables. Being able to use these skills enables the staff to judge deterioration, gives the person confidence and self esteem, helps them to be less anxious, provides opportunities for natural socialising and interaction and can reduce aggressive or restless behaviour (Marshall 1993: 1).

Die pflegerische Versorgung verliert demnach ihre zentrale Bedeutung und rückt zugunsten einer gemeinsamen Gestaltung des Alltags in den Hintergrund. Die Bewohner verfügen über eigene Zimmer, die mit persönlichen Möbeln und Einrichtungsgegenständen individualisiert werden können. Küchen, Wohn- und Speiseräume werden gemeinschaftlich genutzt. Besonderer Wert wird zudem auf eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen der Bewohner gelegt, die in vielen Fällen aktiv in den Betreuungsalltag eingebunden werden. Auch hierdurch wird der familiäre normalitätsorientierte Charakter der Wohngruppen betont. Das Wohngemeinschaftskonzept hat sich auf internationaler Ebene seit längerem in vielen Ländern etabliert. Hervorzuheben sind insbesondere die englischen DOMUS-Einrichtungen (vgl. Kap. III/4.2), die französischen CANTOUS (vgl. Kap. III/4.3) sowie die schwedischen GRUPPBOENDE (vgl. Kap. III/4.4), die in vielerlei Hinsicht als „Pionierprojekte“ bezeichnet werden können und im Hinblick auf ihre wissenschaftliche Begleitung das mit Abstand größte Kontingent an empirischen Untersuchungen auf sich vereinigen. Studien zu deutschen Wohngruppenmodellen sind vergleichsweise kaum vorhanden, werden jedoch – soweit möglich – in der vorliegenden Arbeit ebenfalls berücksichtigt. Zum anderen wird der segregative Ansatz in Form von spezialisierten, im US-amerikanischen Raum als SPECIAL

CARE UNITS (SCUs) bezeichneten Pflegeabteilungen realisiert, in denen je nach Größe der Abteilung zwischen 20 und 60 demenziell Erkrankte versorgt und von multiprofessionellen gerontopsychiatrisch qualifizierten Pflorgeteams betreut werden. Einheitliche Standards sind auch hier nicht vorhanden. Die Wohnbereiche sind jedoch ausschließlich in stationäre Pflegeeinrichtungen integriert und verfolgen im Gegensatz zu den Wohngruppen-Modellen eine eher pflegerisch-therapeutische Intention. „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“ (BMFSFJ 2001b: 26). Zwar werden die Bewohner auch hier in alltagspraktische Beschäftigungen eingebunden; der Schwerpunkt liegt jedoch zumeist auf therapeutisch ausgerichteten Aktivitäten (z. B. Tier-, Musik- oder Kunsttherapie), die je nach Bedarf in einem individuellen oder gruppenbezogenen Rahmen durchgeführt werden. Auch die architektonische Gestaltung weist im Vergleich zum Wohngruppenansatz einen eher therapeutisch fundierten Charakter auf, der sich durch eine Mischung aus prothetischen (Entfernung von Hindernissen, Sicherung der Ausgangstüren etc.), die Orientierung erleichternden (Hinweisschilder, Farbcodierungen etc.) und die Umgebungsreize kontrollierenden (Entfernung von Fernsehern, Radios etc.) Maßnahmen definiert. Auf diese Weise entsteht für die Demenzerkrankten eine geschützte Lebensumwelt, die sich nicht selten dem Vorwurf einer „Ghettoisierung“ ausgesetzt sieht (vgl. BMFSFJ 2006: 147). Ungeachtet dieser Kritik hat sich in den letzten Jahren jedoch eine deutliche Tendenz zur SCU-Versorgung entwickelt, die sich zunehmend auf deutscher und europäischer Ebene, vor allem jedoch auf internationalem Terrain deutlich zeigt (vgl. Kap. III/5). Die in den folgenden Kapiteln durchgeführte Analyse und Bewertung des wissenschaftlichen Forschungsbestandes wird zeigen, inwieweit diese segregativen Versorgungsalternativen geeignet sind, eine adäquate Betreuung von Demenzerkrankten zu gewährleisten und die in Kapitel III/2 angeführten Zielsetzungen zu erreichen.

4 Wohn- und Hausgemeinschaften

4.1 Überblick

Versucht man die Effektivität bzw. die Auswirkungen der speziell für demenziell erkrankte Menschen konzipierten Wohnalternativen zu beurteilen, ist ein Rückgriff auf internationale Konzepte und deren empirische Begleitforschung notwendig (vgl. Kap. III/3). Im Folgenden

werden drei Wohngemeinschaftstypen verschiedener europäischer Länder näher auf ihre Wirksamkeitspotenziale untersucht:

1. Die britischen DOMUS-Einrichtungen, die aufgrund ihrer Größe (zwischen zwölf und 32 Bewohner) zwar eher kleineren gerontopsychiatrischen Pflegeabteilungen gleichen können, aufgrund ihrer Ausrichtung am Normalitätsprinzip jedoch auch den Wohngemeinschaftsgedanken explizit aufgreifen und mit ihrer zugrunde liegenden Pflegephilosophie praktisch umsetzen (vgl. Kap. III/4.2).
2. Die französischen CANTOUS, in denen in der Regel zwischen zwölf und 15 demenziell erkrankte Menschen betreut werden. Tagsüber werden die Erkrankten hier nach dem Normalitätsgrundsatz in sinnvolle, zumeist hauswirtschaftliche Tätigkeiten eingebunden (Kochen, Abwaschen, Gartenarbeit, Wäsche waschen etc.) und haben damit die Möglichkeit, ihre verbliebenen Fähigkeiten sinnvoll einzusetzen und den Alltag in der Wohneinrichtung mitzugestalten (vgl. Kap. III/4.3).
3. Die schwedischen GRUPPBOENDE bzw. GROUP LIVING-Wohngemeinschaften, die in der Regel zwischen sechs und neun demenzerkrankte Menschen nach vorheriger Erfüllung verschiedener Voraussetzungen in Bezug auf die Ausprägung des demenziellen Schweregrades aufnehmen. Auch hier steht der Normalitätsgrundsatz im Mittelpunkt; das heißt, die Bewohner verbringen gemeinsam mit den Mitarbeitern den Tag und können sich je nach ihren Wünschen und Fähigkeiten an der Verrichtung von hauswirtschaftlichen Alltagstätigkeiten beteiligen. Im Gegensatz zu den DOMUS- und CANTOU-Einrichtungen setzt das GROUP LIVING-Konzept allerdings auf eine temporäre Versorgung, aus der in späteren Krankheitsstadien eine weitere Verlegung der Betroffenen resultieren kann (vgl. Kap. III/4.4).

4.2 Domus

4.2.1 Einleitung

In den nach dem DOMUS-Prinzip gestalteten Wohngemeinschaften (*engl.* „domus units“) werden Demenzerkrankte mit ausgeprägtem Pflege- und Betreuungsbedarf segregativ betreut. Das Konzept wurde zu Beginn der 1990er Jahre als Alternative zur anstaltsähnlichen Versorgung der Betroffenen in den Pflegeabteilungen psychiatrischer Krankenhäuser entwickelt und bildete sich in Großbritannien schließlich als idealtypische Form einer speziellen Dementenbetreuung heraus. Von grundlegender Bedeutung war und ist dabei die Idee, den

DOMUS-Bewohnern ein „Wohnort als ‚Zuhause‘ [anzubieten], der ein Leben in einer möglichst normalen und wohnlichen Atmosphäre ermöglicht und eine Betreuung bis zum Lebensende gewährleistet“ (Böhler et al. 2002: 81). Dieser Wohnalltag nach dem Normalitätsgrundsatz umfasst jedoch nicht nur die konsistente Realisierung einer möglichst vertrauten und gleichfalls „prothetischen“ Wohnumgebung, sondern zieht zugleich eine weitreichende Selbstbestimmung der Bewohner in Bezug auf die Gestaltung ihres Tagesablaufs nach sich. Beispielsweise bedeutet dies, dass die DOMUS-Bewohner am Morgen beliebig lange schlafen können und am Abend erst zu Bett gehen, wenn sie müde sind (vgl. Böhler et al. 2002: 81). Der Tagesablauf wird also vorwiegend an den individuellen Bedürfnissen der Bewohner ausgerichtet, wobei pflegerische Aspekte soweit wie möglich in den Hintergrund gestellt werden. Für die Mitarbeiter der DOMUS-Einheiten bedeutet dies, die Bewohner soweit wie möglich in ihrer Selbständigkeit zu unterstützen und alltägliche Arbeitsroutinen zugunsten einer intensiveren individuellen Zuwendung zu vernachlässigen, auch wenn dies möglicherweise ein höheres Maß an Ineffizienz oder Unordnung bei den Arbeitsabläufen zur Folge hat. „Overall, the emphasis is on maintaining residents’ independence and residual capacities through active participation in the life of the domus“ (Lindesay et al. 1991: 728). Grundlegend für die Umsetzung eines solchen Betreuungsverständnisses sind vor allem eine kontinuierliche fachliche Begleitung des Pflegepersonals (Fortbildung und Supervision) sowie die Erhebung biografisch relevanter Informationen über jeden Bewohner und deren Einbindung in den alltäglichen Betreuungskontext:

The staff try to achieve an in-depth knowledge of each resident. Through talking to relatives and friends they try to build up a picture of each person before their illness. For example, by getting to know of their previous likes and dislikes the staff become closer to the residents which consequently gives them more individual care (Hodge 1997: 40).

Die aus diesen konzeptionellen Leitgedanken resultierende DOMUS-Philosophie ist in vier Grundsätzen verdichtet:

- Die DOMUS-Einrichtung bietet dem Bewohner ein Zuhause auf Lebenszeit.
- Die Bedürfnisse des Pflegepersonals sind ebenso wichtig wie die Bedürfnisse der Bewohner.
- Aufgabe der Mitarbeiter ist es, vermeidbare Begleiterscheinungen der Demenz zu korrigieren und jene zu akzeptieren, die unvermeidbar sind.
- Die individuellen psychischen und emotionalen Bedürfnisse der Bewohner sind bedeutender als ihr physischer Pflegebedarf (vgl. Wegner 1998: 32f; Wimo et al. 1998: 61f; Radzey et al. 2000: 114).

Der finanzielle Aufwand für diese Versorgungsform ist – so das Ergebnis einer Studie von Beecham et al. (1993) – allerdings nicht unerheblich. Die Autoren versuchten, das wöchentliche Kostenvolumen zweier DOMUS-Einheiten zu ermitteln und schließlich mit den Versorgungskosten jener Krankenhäuser zu vergleichen, in denen die Bewohner der beiden DOMUS-Einrichtungen ursprünglich betreut wurden. In diesem Zusammenhang wurde festgestellt, dass die Kosten für die Versorgung in den DOMUS-Einheiten deutlich höher lagen, als in den Krankenhäusern. In den DOMUS-Einrichtungen beliefen sich die wöchentlichen Aufwendungen pro Bewohner auf Beträge zwischen £909 und £951 GBP. Die Unterbringung im Krankenhaus war dagegen mit wöchentlichen Kosten zwischen £781 und £833 pro Bewohner deutlich günstiger. Dennoch erachten Beecham et al. (1993: 831) diese Mehrkosten im Hinblick auf eine größere Lebensqualität für die DOMUS-Bewohner als gerechtfertigt:

While domus care appears more costly than hospital care, it does provide a model within which very dependent elderly people with mental health problems can be supported in the community. The transfer to domus care, and the associated increase in costs of care, has brought about improvements in user quality of life, and perhaps points a way forward for service development.

In Großbritannien konnten sich die DOMUS-Einrichtungen – nicht zuletzt aufgrund der mit ihnen verbundenen Mehrkosten – bislang nicht flächendeckend in das gerontopsychiatrische Versorgungssystem etablieren. Eher hingegen besteht gegenwärtig die Tendenz, die Vorteile des DOMUS-Konzeptes (z. B. die Arbeitsphilosophie des Pflegepersonals) auf die bestehenden stationären Versorgungssettings zu übertragen (vgl. Radzey et al. 2000: 118).

4.2.2 Empirische Befunde

Die erste Untersuchung möglicher Effekte der DOMUS-Philosophie auf demenziell erkrankte Menschen wurde von Lindsay et al. (1991) durchgeführt. In dieser Querschnittstudie wurden zwei Abteilungen einer Langzeitpflegeeinrichtung ohne spezifisches Pflege- und Betreuungskonzept mit einer DOMUS-Einheit verglichen und über einen Zeitraum von sechs Monaten in Bezug auf die Aktivitäten, das Kommunikationsverhalten sowie das Wohlbefinden der Bewohner evaluiert. Darüber hinaus wurde auch die Mitarbeiterzufriedenheit in den jeweiligen Einrichtungen erhoben und ausgewertet. Die hierzu ausgewählte DOMUS-Einheit umfasste 27 Plätze für Demenzerkrankte und wurde in einem ehemaligen Brustkrebs-Zentrum im Gesundheitsdistrikt der Stadt London betrieben. Die Mitarbeiter der Einrichtung wurden innerbetrieblich fortgebildet, um auf die Bedürfnisse der Demenzerkrankten besser

reagieren zu können, und wurden zudem von einem Beschäftigungstherapeuten unterstützt, mit dessen Hilfe verschiedene Therapieangebote durchgeführt werden konnten. In den beiden Vergleichseinrichtungen, zwei Stationen („Ward 1“ und „Ward 2“) einer gerontopsychiatrischen Langzeitpflegeeinrichtung, lebten zum Untersuchungszeitpunkt insgesamt 45 Bewohner, davon 25 in „Ward 1“, einer ausschließlich von Frauen bewohnten Abteilung und 20 Bewohner beider Geschlechter in der Station „Ward 2“. Beide Wohnbereiche waren im Gegensatz zur DOMUS-Einheit nicht auf die spezifischen Bedürfnisse Demenzerkrankter zugeschnitten. Dies betraf sowohl die Fortbildungen des Pflegepersonals, welche nur in „Ward 2“ durchgeführt wurden, als auch die baulichen Voraussetzungen der beiden Abteilungen: „The physical environment of the wards is typical of that found in Victorian mental hospitals: open in plan, with large sitting and dining areas, and dormitory bedrooms for most patients“ (Lindesay et al. 1991: 728). An der Untersuchung nahmen alle Bewohner der DOMUS-Einheit (n = 27) sowie sämtliche Bewohner der beiden Wohnbereiche („Ward 1“: n = 25, „Ward 2“: n = 20) teil. Grundlegende Angaben zu den soziodemografischen und klinischen Charakteristika der Teilnehmer können der Tabelle 23 entnommen werden.

Tab. 23: Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer und Primär Diagnosen.

	DOMUS	Ward 1	Ward 2
Alter (Mw. / ±)	77,1 ± 9,1	78,5 ± 7,9	78,1 ± 6,6
Geschlecht			
männlich	13 (48,1)	0 (0,0)	11 (55,0)
weiblich	14 (51,9)	25 (100,0)	9 (45,0)
Aufenthaltsdauer (Mw.)	37	48	34
Primär diagnose			
Demenz	24	21	15
andere	3	4	5
Teilnehmer gesamt	27	25	20

Anmerkung: Mw. = Mittelwert; ± = Standardabweichung; prozentuale Anteile in Klammern. Quelle: Lindesay et al. (1991): 730.

Abgesehen von geschlechtsspezifischen Verschiedenheiten, bedingt durch die Bewohnerstruktur von „Ward 1“, konnten in Bezug auf das Alter, die Aufenthaltsdauer und die Primär diagnose keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen festgestellt werden. Der kognitive Status der Teilnehmer und ihre Stimmungslage wurden mit der „Organic Brain Syndrome Scale“⁴⁰ (OBS) aus der „Comprehensive Assessment and Referral Evaluation“⁴¹

⁴⁰ Vgl. Fußnote 18: 116.

⁴¹ Die „Comprehensive Assessment and Referral Evaluation“ (CARE) nach Gurland et al. (1977) dient der Einschätzung von gesundheitlichen und sozialen Defiziten älterer Menschen. Als semistrukturiertes Interview werden hierzu zahlreiche Dimensionen, wie z. B. medizinische, psychiatrische, ernährungsbezogene, soziale und ökonomische Problembereiche abgedeckt (vgl. Burns et al. 2004: 290).

(CARE) nach Gurland et al. (1977) und der „Depressive Signs Scale“⁴² (DSS) nach Katona/Aldridge (1985) erhoben. Dabei konnten jedoch weder mit der OBS-Skala (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 2,97$; n.s.) noch mit der DSS-Skala ($\chi^2 = 0,18$; n.s.) signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen herausgestellt werden. Dies galt jedoch nicht für das funktionale Assessment der Untersuchungsteilnehmer, das unter Verwendung der „Adaptive Behavior Rating Scale“⁴³ (ABRS) nach Woods/Britton (1985) eine signifikant geringere Abhängigkeit der DOMUS-Bewohner in den ABRS-Items „Ankleiden“ ($z = 3,22$; $p < 0,01$), „Waschen“ ($z = 4,2$; $p < 0,001$), „Essen“ ($z = 2,5$; $p < 0,05$), „Orientierung“ ($z = 2,58$; $p < 0,01$), „Erkennen von Besuchern“ ($z = 4,63$; $p < 0,001$) und „Kommunikation“ ($z = 4,46$; $p < 0,001$) aufzeigte (vgl. Tab. 24).

Tab. 24: OBS- und DSS-Werte der Untersuchungsteilnehmer sowie Mittelwerte der ABRS-Skala.

	DOMUS	Ward 1	Ward 2
OBS-Werte			
0-2	2 (7,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
3-6	4 (14,8)	1 (4,0)	2 (10,0)
7+	17 (62,9)	18 (72,0)	13 (65,0)
nicht verwertbar	4 (14,8)	6 (24,0)	5 (25,0)
Mittelwert / \pm	7,1 \pm 2,6	8,2 \pm 1,0	8,4 \pm 1,1
DSS-Werte			
0-2	8 (29,6)	8 (32,0)	6 (33,4)
3+	19 (70,4)	16 (64,0)	14 (66,6)
nicht verwertbar	0 (0,0)	1 (4,0)	0 (0,0)
Mittelwert / \pm	4,7 \pm 2,7	4,1 \pm 3,2	4,4 \pm 2,9
ABRS-Items			
Dressing	7,4 \pm 5,7	3,0 \pm 3,2	3,7 \pm 5,0
Washing	2,0 \pm 1,1	0,9 \pm 0,8	0,9 \pm 1,1
Feeding	5,7 \pm 2,0	3,5 \pm 3,0	4,9 \pm 2,5
Toileting	3,6 \pm 2,2	1,8 \pm 2,1	2,9 \pm 2,4
Mobility	2,2 \pm 1,1	1,4 \pm 1,3	1,8 \pm 1,4
Communication	12,2 \pm 4,5	4,2 \pm 4,3	7,3 \pm 6,1
Recognition	1,4 \pm 0,5	0,5 \pm 0,5	0,6 \pm 0,7
Orientation	1,3 \pm 1,4	0,2 \pm 0,8	0,9 \pm 1,4
Activity disturbance	1,8 \pm 1,9	1,3 \pm 2,0	0,9 \pm 1,4
Aggressivity	2,5 \pm 2,2	1,3 \pm 2,1	2,9 \pm 1,7

Anmerkung: \pm = Standardabweichung; prozentuale Anteile in Klammern.
Quelle: Lindsay et al. (1991): 731.

⁴² Die beobachtungs-basierte „Depressive Signs Scale“ (DSS) nach Katona/Aldridge (1985) zielt darauf ab, depressive Symptome bei demenziell erkrankten Menschen zu erfassen. Bewertet wird die Präsenz (= 2 Punkte) oder Absenz (= 0 Punkte) depressiv assoziierter Verhaltensweisen, z. B. trauriges Erscheinungsbild, Agitation, langsame Fortbewegung und Sprache oder Appetitverlust (vgl. Burns et al. 2004: 15)

⁴³ Die „Adaptive Behavior Rating Scale“ (ABRS) nach Woods/Britton (1985) dient zur Kompetenzmessung in verschiedenen Bereichen der „Aktivitäten des täglichen Lebens“, z. B. der Mobilität, der Fähigkeit zum An- und Auskleiden oder der Selbständigkeit bei der Toilettennutzung und schließt dabei auch kognitive (Orientierung, Wiedererkennung von Personen) und verhaltensassoziierte (z. B. Aggressivität) Dimensionen mit ein (vgl. Lindsay et al. 1991: 731).

Die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und ihr psychosoziales Wohlbefinden wurden durch den „Minnesota Satisfaction Questionnaire“⁴⁴ (MSQ) nach Weiss et al. (1967) sowie durch den „General Health Questionnaire“⁴⁵ (GHQ) nach Goldberg/Hillier (1979) ermittelt. Gleichzeitig wurden in der Vorphase der Untersuchung (von Oktober 1987 bis Oktober 1988) die Krankheitsstände sowie die Häufigkeit des Arbeitsplatzwechsels als separate und objektive Indikatoren für die Stimmung und die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals erfasst. Angaben zu den grundlegenden Merkmalen des Pflegepersonals sowie zu den genannten Indizes zur Einschätzung von Stimmung und Wohlbefinden der Pflegekräfte können der Tabelle 25 entnommen werden.

Tab. 25: Grundlegende Charakteristika und Indizes für Stimmung und Wohlbefinden des Pflegepersonals.

	DOMUS	Ward 1	Ward 2
Alter (Mw. / ±)	33,6 ± 8,7	39,0 ± 11,8	44,4 ± 10,0
Geschlecht			
männlich	6 (23,1)	2 (16,7)	4 (33,3)
weiblich	20 (76,9)	10 (83,3)	8 (66,7)
MSQ (Mw. / ±)	71,7 ± 11,0	65,2 ± 12,8	60,9 ± 14,6
GHQ			
0-4	15 (57,7)	7 (58,3)	9 (81,8)
5+	11 (42,3)	5 (41,7)	2 (18,2)
Mittelwert / ±	4,7 ± 5,8	3,6 ± 2,5	4,6 ± 5,2
Abwesenheit (Tage; Mw. / ±)	36,2 ± 39,8	39,7 ± 43,2	31,7 ± 63,1
Arbeitsplatzwechsel	24,2 %	15,8 %	23,5 %

Anmerkung: Mw. = Mittelwert; ± = Standardabweichung; prozentuale Anteile in Klammern.

Quelle: Lindsay et al. (1991): 732.

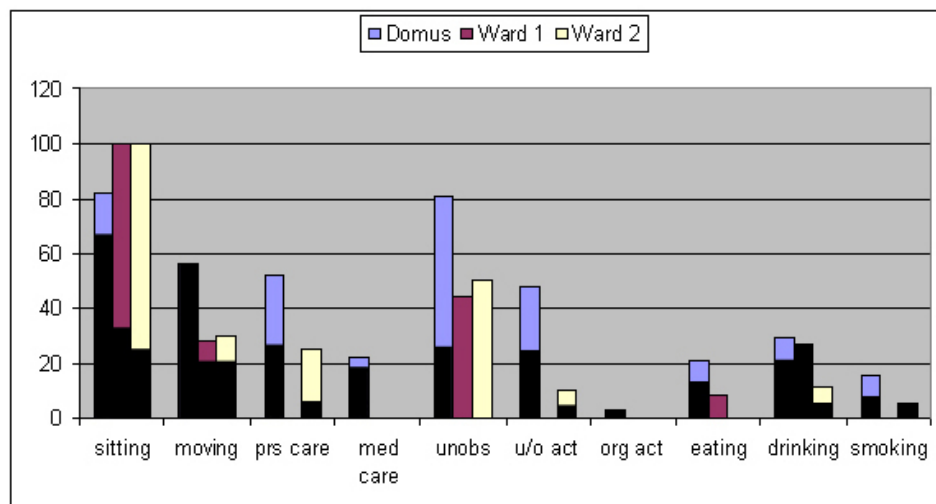
Die durch das MSQ gemessene Arbeitszufriedenheit war bei den DOMUS-Mitarbeitern tendenziell höher als bei den Mitarbeitern der anderen Einrichtungen ($z = -1,84$; $p < 0,07$); signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen konnten jedoch weder mit dem MSQ noch mit dem GHQ nachgewiesen werden. Dies galt gleichfalls für die anderen Indikatoren der

⁴⁴ Mit Hilfe des 100 Items umfassenden „Minnesota Satisfaction Questionnaire“ (MSQ) nach Weiss et al. (1967) können 20 verschiedene Aspekte der Arbeitsumgebung (z. B. Beziehungen zu anderen Mitarbeitern, Möglichkeiten zu eigener Kreativität, Verantwortung und Selbständigkeit, Abwechslung im Arbeitsprozess, Wertschätzung von Vorgesetzten) erfragt und anhand einer fünfstufigen Skala („Not Satisfied“, „Somewhat Satisfied“, „Satisfied“, „Very Satisfied“, „Extremely Satisfied“) bewertet werden. Zur Ermittlung der allgemeinen Arbeitszufriedenheit werden die Mittelwerte der 20 arbeitsbezogenen Aspekte summiert (vgl. Weiss et al. 1967).

⁴⁵ Das „General Health Questionnaire“ (GHQ) nach Goldberg/Hillier (1979) dient der Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes und liegt neben der 60 Items umfassenden Langform in verschiedenen Varianten (30, 28, und 12 Items) vor. Abgefragt werden beispielsweise Ängste, Schlafstörungen oder körperliche Symptome (z. B.: „Können Sie sich auf das, was sie tun, konzentrieren?“, „Leiden Sie aufgrund von Sorgen an Schlaflosigkeit?“, „Haben Sie sich in letzter Zeit nützlich gefühlt?“). Die Bewertungen werden anhand eines vierstufigen Antwortformates („better than usual“, „same as usual“, „less than usual“, „much less than usual“) vorgenommen (vgl. Burns et al. 2002: 166; 2004: 334f).

Arbeitszufriedenheit: „There were no significant differences between units with regard to either staff absenteeism or turnover rates for the year October 1987 – October 1988“ (Lindesay et al. 1991: 732). Im Mittelpunkt der Studie von Lindesay et al. (1991) stand jedoch insbesondere die Erfassung der bewohnerspezifischen Aktivitäten und Interaktionsmuster. Hierzu wurde jeder Bewohner täglich über den Zeitraum von jeweils einer Stunde vor dem Mittagessen in zehn Sekunden-Intervallen beobachtet und sein Verhalten anschließend mit Hilfe der „Short Observation Method“⁴⁶ (SOM) nach Macdonald et al. (1985) jeweils einer von zehn Verhaltenskategorien des SOM zugeordnet. Parallel hierzu erfolgte eine Aufzeichnung von Art (Interaktionen zwischen den Bewohnern untereinander oder Interaktionen zwischen den Bewohnern und dem Pflegepersonal) und Dauer der Interaktionen und ein Vergleich mit den Ergebnissen der „Short Observation Method“ (vgl. Abb. 13).

Abb. 13: Anteil der von den Untersuchungsteilnehmern durchgeführten „SOM-Aktivitäten“ an der Gesamtheit des Beobachtungszeitraums.



Anmerkung: dunkle Bereiche kennzeichnen den mit der jeweiligen Aktivität verknüpften Interaktionsanteil zwischen den Bewohnern und den Mitarbeitern.

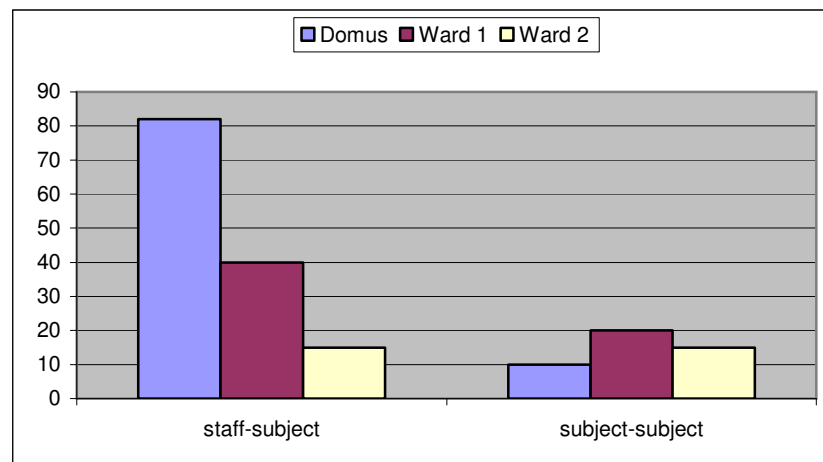
Quelle: Lindesay et al. (1991): 732.

„Sitzen“ und „Liegen“ (Kategorie: „sitting“) waren dabei die am häufigsten beobachteten Aktivitäten in allen Bewohnergruppen. Während des Beobachtungszeitraums saßen oder lagen alle Bewohner von „Ward 1“ und „Ward 2“ mehr als fünf Minuten und 40 % der Bewohner verbrachten die Zeit sogar ausschließlich sitzend oder liegend. In der DOMUS-Einheit traf dies nur auf zwei Bewohner (7,4 %) zu; 19 % der DOMUS-Bewohner saßen oder lagen zu keinem Zeitpunkt. „Overall, a significantly higher proportion ($p < 0,05$) of domus

⁴⁶ Vgl. Fußnote 29: 150.

subjects were observed moving about out of a chair or bed, compared to the subjects on both wards“ (Lindesay et al. 1991: 732). Auch in der SOM-Kategorie der „nicht organisierten Aktivitäten“ („unorganized activity“ bzw. „u/o act“) konnten signifikante Unterschiede zwischen den DOMUS-Bewohnern und den Bewohnern von „Ward 1“ und „Ward 2“ festgestellt werden. In dieser Kategorie wurden alle von den Bewohnern selbst initiierten Aktivitäten zusammengefasst, die nicht Bestandteil des von der jeweiligen Einrichtung angebotenen Programms waren, wie z. B. Lesen, Schreiben oder Fernsehen schauen. Mit etwa 48 % lag dabei der Anteil der Selbstbeschäftigung bei den DOMUS-Bewohnern signifikant höher als bei den Bewohnern von „Ward 1“ (0 %) oder „Ward 2“ (10 %) (vgl. Abb. 13). Diese Tendenz zeigte sich auch in den anderen SOM-Kategorien: „Of the other activities recorded, personal care, medical and nursing care, eating, drinking and smoking were all more frequent in the domus, significantly so in the case of personal care“ (Lindesay et al. 1991: 732). Darüber hinaus fällt auf, dass bei den DOMUS-Bewohnern fast jede der aufgezeichneten Aktivitäten mit einem Kontakt zu den Mitarbeitern der Einrichtung verbunden war. „In the domus, 81,8 % of the subjects observed sitting during the observation period interacted with staff at some point while seated, compared to 36,0 % on Ward 1 and 25,0 % on Ward 2“ (ebd.: 732). Auch die Intensität dieser Kontakte⁴⁷ war in der DOMUS-Einheit mit durchschnittlich 6,5 Minuten pro Bewohner ungleich stärker ausgeprägt als in den Vergleichseinrichtungen, mit durchschnittlich 2,2 Minuten in „Ward 1“ und 1,1 Minuten in „Ward 2“.

Abb. 14: Anteil der mindestens 1-minütigen Gespräche zwischen den Bewohnern und den Mitarbeitern („staff-subject“) sowie zwischen den Bewohnern untereinander („subject-subject“) an der Gesamtheit des Beobachtungszeitraums.



Quelle: Lindesay et al. (1991): 734.

⁴⁷ Unter den Begriff der „Interaktion“ werden nach der „Short Observation Method“ (SOM) sowohl physische als auch verbale Kontakte subsumiert.

Wie aus Abbildung 14 hervorgeht, interagierten, insgesamt betrachtet, durchschnittlich mehr als 80 % der DOMUS-Bewohner länger als eine Minute mit dem Pflegepersonal; in „Ward 1“ und „Ward 2“ traf dies nur auf 40 % bzw. 15 % der Bewohner zu. In Bezug auf die Kontakte zwischen den Bewohnern konnten allerdings keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden (vgl. Abb. 14).

Im Gegensatz zu Lindesay et al. (1991) versuchten Dean et al. (1993a) in einer Prospektivstudie die Effektivität zweier DOMUS-Einrichtungen über einen Zeitraum von zwölf Monaten zu untersuchen. Die Untersuchungsteilnehmer lebten vor ihrem Umzug in die DOMUS-Einheiten in einer gerontopsychiatrischen Langzeitpflegeeinrichtung und wurden von der lokalen Gesundheitsbehörde als zukünftige Bewohner der DOMUS-Einrichtungen ausgewählt. Um mögliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Einrichtungen feststellen zu können, fand eine Untersuchung der Bewohner und Mitarbeiter zu vier unterschiedlichen Zeitpunkten statt. Die erste Erhebung wurde in der Langzeitpflegeeinrichtung durchgeführt („Baseline“-Erhebung) und dann jeweils drei, sechs und zwölf Monate nach dem Umzug in die DOMUS-Einheiten wiederholt. Bei der Auswahl der Erhebungsinstrumente orientierten sich die Autoren dabei weitgehend an der Studie von Lindesay et al. (1991) (vgl. Dean et al. 1993a: 808). In der ersten DOMUS-Einheit (im Folgenden: „DOMUS A“) wurden nach der „Baseline“-Erhebung zwölf Bewohner untergebracht. Diese waren im Mittel 75,8 Jahre alt und ausschließlich demenziell erkrankt. Jeder Bewohner von „DOMUS A“ verfügte über ein eigenes Zimmer; vier Toiletten, drei Badezimmer, zwei Wohnzimmer, ein Essraum, eine Küche und ein Garten standen zur gemeinschaftlichen Nutzung zur Verfügung. Die Betreuung der Bewohner übernahmen insgesamt 18 Mitarbeiter; hiervon standen mindestens vier Mitarbeiter tagsüber sowie zwei Mitarbeiter in der Nacht zur Verfügung. Zusätzlich waren fünf Hauswirtschaftskräfte in der Einrichtung beschäftigt. Auch in der zweiten DOMUS-Einrichtung (im Folgenden: „DOMUS B“) wurden zwölf ältere Menschen untergebracht. Jeder Bewohner verfügte über ein eigenes Appartement mit angeschlossenem Badezimmer. Ein Wohnzimmer, ein Essraum, eine Küche und zwei Gärten wurden von den Bewohnern gemeinschaftlich genutzt. In dieser Einrichtung standen 16 Mitarbeiter und fünf Hauswirtschaftskräfte für die Betreuung der Bewohner zur Verfügung. Die Bewohner von „DOMUS B“ litten allerdings nicht primär an demenziellen Erkrankungen, sondern überwiegend an psychischen Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises. Der Schwerpunkt der folgenden Ausführungen wird daher insbesondere auf die Untersuchungsergebnisse von „DOMUS A“ zu legen sein. Die Arbeitszufriedenheit der DOMUS-Mitarbeiter wurde mit

Hilfe des „Minnesota Satisfaction Questionnaire“⁴⁸ (MSQ) nach Weiss et al. (1967) erfasst und ihr Wohlbefinden unter Verwendung des „General Health Questionnaire“⁴⁹ (GHQ) nach Goldberg/Hillier (1997) eingeschätzt. Die Ergebnisse werden zusammen mit grundlegenden Informationen zur Mitarbeiterstruktur in Tabelle 26 wiedergegeben.

Tab. 26: Grundlegende Charakteristika und Indizes für Stimmung und Wohlbefinden des Pflegepersonals.

	DOMUS A	DOMUS B
Geschlecht		
männlich	4 (17)	4 (19)
weiblich	19 (83)	17 (81)
Personal/Bewohner Rate	1,50:1	1,38:1
MSQ (Mw. / ±)	75,6 ± 11,7	69,9 ± 8,5
GHQ		
0-4	21/22 (95)	11/16 (69)
5+	1/22 (5)	5/16 (31)
Mittelwert / ±	0,9 ± 1,4	2,8 ± 2,3

Anmerkung: Mw. = Mittelwert; ± = Standardabweichung; prozentuale Anteile in Klammern.
Quelle: Dean et al. (1993a): 812.

Die GHQ-Werte der Mitarbeiter von „DOMUS A“ lagen mit einem Mittel von 0,9 Punkten im zufriedenstellenden Bereich; nur ein Mitarbeiter fühlte sich mit Werten von mehr als fünf Punkten stärker psychisch belastet. Der mittlere MSQ-Wert der Mitarbeiter von „DOMUS A“ betrug im Rahmen dieser Untersuchung 75,6 Punkte; Indikator für eine relativ hohe Arbeitszufriedenheit (vgl. Tab. 26). Ausschlaggebend hierfür waren nach Ansicht von Dean et al. (1993a: 816) vor allem die gute Arbeitsatmosphäre sowie der relativ hohe Personal-schlüssel in der Einrichtung: „One factor contributing to the improved staff morale in the domus was the higher staff-resident ratio, which allowed more staff time to be devoted to the full range of residents’ needs.“ Der kognitive Status der DOMUS-Bewohner wurde mit Hilfe der „Organic Brain Syndrome Scale“⁵⁰ (OBS) nach Gurland et al. (1977) erhoben. Zudem wurde mit der „Depressive Signs Scale“⁵¹ (DSS) nach Katona/Aldridge (1985) versucht, die Stimmungslage der Bewohner einzuschätzen. Dabei konnte insgesamt, wie aus Abbildung 15 hervorgeht, bei den Bewohnern von „DOMUS A“ im Vergleich zur „Baseline“-Erhebung in der Langzeitpflegeeinrichtung sowohl nach drei Monaten ($z = 2,67$; $p < 0,01$), nach sechs Monaten ($z = 2,52$; $p < 0,01$) als auch nach zwölf Monaten ($z = 2,20$; $p < 0,05$) eine signifikante Verringerung der Werte auf der OBS-Skala und damit eine Verbesserung ihrer kognitiven

⁴⁸ Vgl. Fußnote 44: 206.

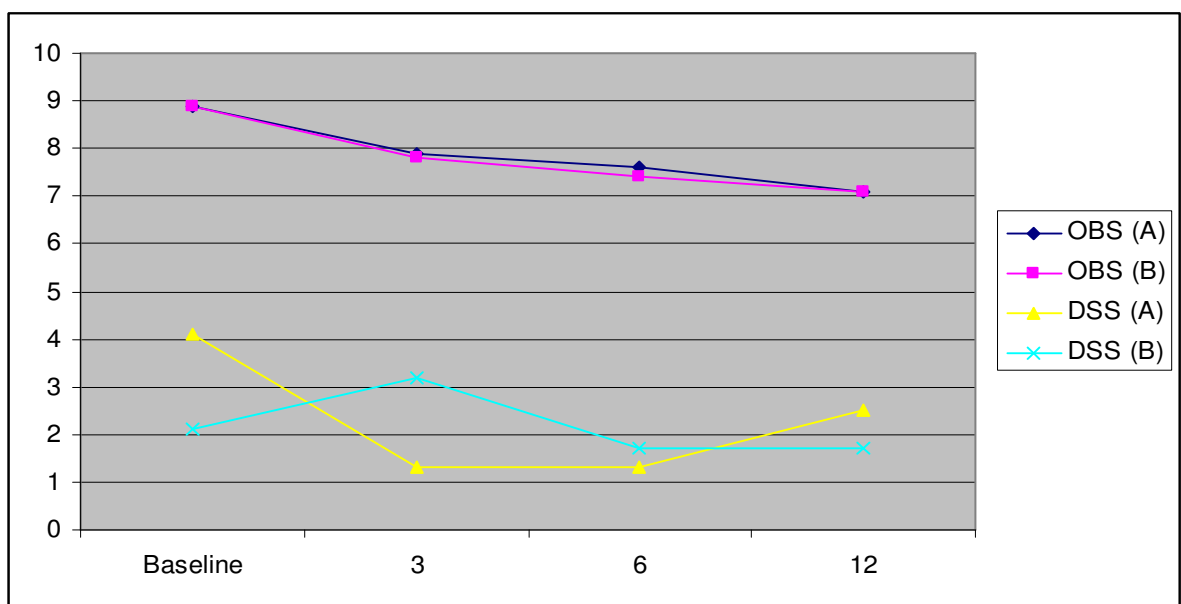
⁴⁹ Vgl. Fußnote 45: 206.

⁵⁰ Vgl. Fußnote 18: 116.

⁵¹ Vgl. Fußnote 42: 205.

Leistungsfähigkeit festgestellt werden. Auf der DSS-Skala wurde nach drei Monaten ($z = 2,80$; $p < 0,005$) sowie nach sechs Monaten ($z = 1,80$; $p < 0,005$) eine signifikante Abnahme der Werte und damit eine deutliche Verbesserung der Bewohnerstimmung nachgewiesen. Die Bewohner weinten weniger; auch die Häufigkeit von Unruhezuständen nahm deutlich ab. Nach zwölf Monaten stiegen die DSS-Werte zwar wieder an; diese Tatsache war jedoch insbesondere auf den Tod dreier Bewohner zurückzuführen, die auf der DSS-Skala stets mit sehr niedrigen Werten vertreten waren (vgl. Abb. 15).

Abb. 15: OBS- und DSS-Werte der DOMUS-Bewohner zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung und der nachfolgenden Messungen.



Anmerkung: A = „DOMUS A“; B = „DOMUS B“.
Quelle: Dean et al. (1993a): 811.

Zudem wurde mit Hilfe der „Adaptive Behaviour Rating Scale“⁵² (ABRS) nach Woods/Britton (1985) versucht, die Alltagsfähigkeiten, die Kapazitäten im Bereich der Mobilität sowie die kognitiven und sozialen Ressourcen der Bewohner einzuschätzen. Entsprechende Messungen wurden im Rahmen einer „Baseline“-Erhebung durchgeführt und schließlich drei, sechs und zwölf Monate später wiederholt. Die ABRS-Werte der Bewohner von „DOMUS A“ sind in Tabelle 27 aufgeführt. Deutlich wird, dass während des gesamten Untersuchungszeitraums keine Verschlechterungen in den Items „Ankleiden“, „Mobilität“ oder „Orientierung“ festgestellt werden konnten. Die Selbständigkeit bei der Nahrungsaufnahme stieg im Vergleich zur „Baseline“-Erhebung sowohl nach drei Monaten ($z = 2,40$; $p < 0,05$) als

⁵² Vgl. Fußnote 43: 205.

auch nach sechs Monaten ($z = 2,07$; $p < 0,05$) signifikant an. Die deutlichsten Veränderungen zeigten sich jedoch im Bereich der „Kommunikation“. Hier konnten im Vergleich zur „Baseline“-Erhebung sowohl nach drei Monaten ($z = 2,93$; $p < 0,01$), nach sechs Monaten ($z = 2,39$; $p < 0,05$) als auch nach zwölf Monaten ($z = 2,66$; $p < 0,01$) signifikante Verbesserungen festgestellt werden (vgl. Tab. 27).

Tab. 27: ABRs-Werte der „DOMUS A“-Bewohner zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung und der nachfolgenden Messungen.

ABRS-Items	Baseline	3 Monate	6 Monate	12 Monate
Dressing	2,8	3,8	3,5	2,7
Washing	0,7	0,7	0,9	1,0
Feeding	2,6	4,7*	4,2*	3,4
Toileting	2,5	2,3	1,7	2,1
Mobility	1,8	1,9	1,9	2,1
Communication	7,5	11,2**	9,5*	10,4**
Recognition	1,2	1,2	0,9	1,3
Orientation	0,5	0,7	0,5	0,6
Activity disturbance	2,0	2,0	2,2	1,7
Aggressivity	2,7	3,7	3,6	3,3
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$				

Quelle: Dean et al. (1993a): 812.

Quantitative Daten über die Aktivitäten und Sozialkontakte der DOMUS-Bewohner wurden mit Hilfe der „Short Observation Method“⁵³ (SOM) nach Macdonald et al. (1985) erhoben. Entsprechende Beobachtungen wurden im Rahmen einer „Baseline“-Erhebung durchgeführt sowie drei, sechs und zwölf Monate danach wiederholt. Die Resultate werden in Tabelle 28 aufgeführt. Sie zeigt prozentual gemessen an der gesamten Beobachtungszeit die Zeitanteile, die von den Bewohnern von „DOMUS A“ mit den SOM-kodierten Tätigkeiten und Interaktionen verbracht wurden. Dabei fällt auf, dass zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung in der Langzeitpflegeeinrichtung nur ein sehr geringes Spektrum an Aktivitäten und Interaktionen beobachtet werden konnte. Die späteren DOMUS-Bewohner verbrachten zu diesem Zeitpunkt 93,8 % des Beobachtungszeitraums sitzend; der mit Kontakten zum Pflegepersonal verbrachte Zeitanteil belief sich durchschnittlich nur auf 1,6 %. Knapp die Hälfte der Bewohner (45,5 %) hatte zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung keinen Kontakt zum Pflegepersonal. Drei Monate nach dem Umzug in die DOMUS-Einrichtung konnte jedoch eine signifikante Abnahme der im Sitzen verbrachten Zeitanteile beobachtet ($z = 2,49$; $p < 0,05$) und – korrespondierend hierzu – eine deutliche Zunahme im Bereich der „Bewegung“

⁵³ Vgl. Fußnote 29: 150.

verzeichnet werden. Auch die Kontakte zwischen den Bewohnern und den Mitarbeitern sowie jene zwischen den Bewohnern untereinander nahmen nach drei Monaten leicht zu.

Tab. 28: Prozentualer Anteil der SOM-kodierten Tätigkeiten und Interaktionen an der Gesamtheit des jeweiligen Beobachtungszeitraums.

	Baseline	3 Monate	6 Monate		12 Monate	
			am	pm	am	pm
Activities						
Sitting	93,8	69,9***	79,9	55,5**	75,7	65,3
Moving	5,1	13,0	12,6	13,6	17,7	8,2
Personal Care	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	2,3
Medical Care	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Organized Activity	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Unorganized Activity	0,2	6,8	1,3	17,4*	3,8	16,9*
Eating	0,0	0,5	1,7	5,2*	2,9	3,1
Drinking	0,0	2,4*	3,0	8,2**	0,0	4,4
Smoking	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Unobserved	0,9	6,7	1,6	0,0	0,0	0,8
Interactions (verbal + physical)						
Staff/resident	1,6	4,2	7,2	14,3**	4,5	15,8*
Resident/resident	0,1	0,7	0,2	0,8*	0,3	0,0
Visitor/resident	0,0	0,2	4,0	15,7*	0,0	10,3
Long conversations per resident	0,1	0,5	1,7**	5,5***	0,9	4,2***
% without any contact with staff	45,5	0,0*	0,0*	0,0*	0,0*	0,0*

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Anmerkung: am = Vormittag; pm = Nachmittag.

Quelle: Dean et al. (1993a): 813.

Da Dean et al. (1993a) jedoch vermuteten, dass der durch die SOM-Methode vorgegebene Beobachtungszeitraum (eine Stunde vor dem Mittagessen) das Verhaltensspektrum der DOMUS-Bewohner nicht ausreichend repräsentativ abbilden konnte, wurden die Verhaltensbeobachtungen zu den Erhebungszeitpunkten nach sechs Monaten und nach zwölf Monaten nicht nur vor dem Mittagessen, sondern zusätzlich am Nachmittag wiederholt. Hierdurch zeigten sich schließlich deutliche Unterschiede in den Verhaltensstrukturen der Bewohner von „DOMUS A“. So verbrachten die Bewohner etwa an den Nachmittagen sechs Monate nach Untersuchungsbeginn einen signifikant größeren Zeitanteil mit „nicht organisierten Aktivitäten“ als an den Vormittagen des gleichen Erhebungszeitpunktes ($z = 2,37$; $p < 0,02$). Auch das Kommunikationsverhalten der Bewohner war nach Dean et al. (1993a: 811) an den Nachmittagen deutlich stärker ausgeprägt: „[...] for example, at 6 months the mean rate of staff/resident interaction was nearly nine times that observed at baseline ($z = 2,56$; $p < 0,01$)“

and two times that observed at 6 months pre-lunch ($z = 2,34$; $p < 0,05$).“ Ähnliche Entwicklungen konnten auch zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn festgestellt werden (vgl. Tab. 28). So lässt sich einerseits festhalten, dass die Bewohner nach dem Umzug in „DOMUS A“ in vielen Bereichen aktiver waren und ein deutlich ausgeprägteres Kontaktverhalten zeigten, als dies zur Zeit ihrer Unterbringung in der Langzeitpflegeeinrichtung der Fall war. Dean et al. (1993a: 815) sehen daher die Ergebnisse von Lindesay et al. (1991) bestätigt: „This study confirms the finding of Lindesay et al. (1991) that the domus philosophy of residential care results in higher levels of activities and interactions than occur in hospital continuing care wards“ (Dean et al. 1993a: 815). Andererseits bekräftigt jedoch die breite Streuung der Ergebnisse die Vermutung, dass das Interaktions- und Verhaltensspektrum der DOMUS-Bewohner nicht ausreichend repräsentativ mit Hilfe der „Short Observation Method“ abgebildet werden konnte.

Da zudem aus der ausschließlich quantitativen Zunahme von Kontakten noch keine Rückschlüsse auf ihre Qualität gezogen werden können, wurde das Interaktionsspektrum in den DOMUS-Einheiten zusätzlich mit Hilfe der „Quality of Interactions Schedule“ (QUIS) nach Dean et al. (1993b) analysiert. QUIS ist ein Beobachtungsverfahren, mit dem sowohl die Quantität als auch die Qualität von Interaktionsprozessen zwischen den Mitarbeitern einer Pflegeeinrichtung und deren Bewohnern erfasst werden können. Hierzu werden die Adressanten über einen Zeitraum von zwei Wochen beobachtet und ihr Kontaktverhalten tagsüber in der Zeit von 9 Uhr morgens bis 6 Uhr abends in 15-minütigen Intervallen aufgezeichnet. Die gesammelten Informationen werden kategorisiert und je nach Qualität jeweils einer von fünf QUIS-Kategorien zugeordnet:

- „Positiv sozial“ („positive social“; PS): umfasst alle positiven, konstruktiven und wohlwollenden Interaktionen (z. B.: das Führen von Gesprächen während der Pflege, das Grüßen von Bewohnern oder das Anbieten von Wahlmöglichkeiten in Bezug auf das Essen oder die Auswahl von Kleidung).
- „Positiv pflegend“ („positive care“; PC): umfasst alle positiv gefärbten Interaktionen während der sachgemäßen Durchführung von Pflegemaßnahmen.
- „Neutral“ („neutral“; Ne): kurze oder belanglose Kontakte, die keiner anderen Kategorie zugeordnet werden können.
- „Negativ protektiv“ („negative protective“; NP): umfasst alle Handlungen, die den Bewohner auf restriktive Weise und ohne Erklärungen oder Beruhigung von möglichen Gefahrenquellen fernhalten sollen.

- „Negativ restriktiv“ („negative restrictive“; NR): umfasst alle Handlungen, die die Freiheit eines Bewohner grundlos einschränken oder ihn als Person ignorieren.

Entsprechende Erhebungen wurden in der vorliegenden Untersuchung in der Langzeitpflegeeinrichtung durchgeführt („Baseline“-Erhebung) sowie drei, sechs und zwölf Monate nach dem Umzug der Bewohner in den DOMUS-Einheiten wiederholt. Die Resultate können nachfolgend der Tabelle 29 entnommen werden.

Tab. 29: Anzahl und Qualität der Interaktionen (nach QUIS-Kategorien) zwischen Bewohnern und Pflegepersonal zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung in der Langzeitpflegeeinrichtung sowie drei, sechs und zwölf Monate nach dem Umzug in die DOMUS-Einheiten.

	Interaction					Total
	PS	PC	Ne	NP	NR	
Baseline	41	33	16	0	60	150
DOMUS A						
3 Monate	141***	89***	21	10**	17***	278***
6 Monate	120***	103***	8	3	6***	240**
12 Monate	119***	117***	1*	1	0***	238**
DOMUS B						
3 Monate	105***	63*	19	4	21**	212*
6 Monate	223***	130***	14	2	9***	378***
12 Monate	135***	102***	15	0	0***	252***
Im Vergleich zur „Baseline“-Erhebung: * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001						

Quelle: Dean et al. (1993b): 822.

Zunächst fällt auf, dass die absolute Anzahl der beobachteten Kontakte in „DOMUS A“ die Häufigkeit der Interaktionen in der Langzeitpflegeeinrichtung sowohl drei Monate ($\chi^2 = 18,97$; $p < 0,001$), sechs Monate ($\chi^2 = 10,06$; $p < 0,01$) als auch zwölf Monate ($\chi^2 = 9,66$; $p < 0,01$) nach Untersuchungsbeginn signifikant übertraf. In Bezug auf die Qualität der Interaktionen konnte in „DOMUS A“ bereits drei Monate nach dem Umzug der Bewohner eine deutliche Zunahme von positiven Interaktionen beobachtet werden. Während sich der Anteil der positiven Kontakte (PS + PC) an der Gesamtheit aller Interaktionen in diesem Zeitraum auf 82,7 % erhöhte, verringerte sich der Anteil der negativen Interaktionen (NP + NR) auf 9,7 % ($\chi^2 = 57,83$; $p < 0,001$). Noch deutlicher bildete sich dieser Trend nach zwölf Monaten heraus. So konnte festgestellt werden, dass sich der Anteil der negativen Interaktionen (NP + NR) in „DOMUS A“ von insgesamt 40 % zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung auf 0,4 % nach zwölf Monaten reduzierte ($\chi^2 = 105,82$; $p < 0,002$). Korrespondierend hierzu erhöhte sich der Anteil der positiven Interaktionen (PS + PC) von 49,3 % zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung auf 99,2 % ($\chi^2 = 134,31$; $p < 0,001$). Der Anteil der als neutral eingestuften Interaktionen ging nach zwölf Monaten von ursprünglich 10,7 % auf 0,4 % zurück. Auf der Basis

dieser Resultate gehen Dean et al. (1993b: 825) davon aus, dass sich in den DOMUS-Einheiten nicht nur die Anzahl der Interaktionen zwischen den Bewohnern und den Mitarbeitern signifikant erhöhte, sondern auch das Ausmaß ihrer Qualität entscheidend zunahm: „To conclude, this study demonstrates that, in terms of quality of interpersonal interactions recorded using QUIS, the domuses provided elderly demented residents with greatly improved standards of social care in their first year of operation.“

Skea/Lindesay (1996: 233ff) versuchten daher nochmals auf ähnliche Weise, die Ergebnisse der bislang angeführten Studien zu replizieren. Im Rahmen einer quasi-experimentellen Prospektivstudie wurden hierzu zwei Versorgungsformen für demenziell Erkrankte, ein nach den Grundsätzen der DOMUS-Philosophie gestaltetes Wohnprojekt sowie eine Pflegeabteilung eines Gemeindekrankenhauses in Großbritannien bezüglich ihrer Auswirkungen auf die Bewohnerschaft evaluiert und mit der Versorgungsqualität jener Pflegeabteilungen verglichen, aus denen die Bewohner der beiden Einrichtungen ursprünglich stammten. Darüber hinaus wurde auch in dieser Studie versucht, die Arbeitszufriedenheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter zu erfassen und auszuwerten. Die Pflegeabteilung des Gemeindekrankenhauses (im Folgenden: „Unit 1“) stellte zum damaligen Zeitpunkt 24 Plätze (davon fünf Kurzzeitpflegeplätze) für demenziell erkrankte ältere Menschen zur Verfügung. Die im Mittel 78,7 Jahre alten Bewohner waren vor ihrer Unterbringung in „Unit 1“ in verschiedenen Pflegeabteilungen psychiatrischer Krankenhäuser untergebracht und zogen nach einer „Baseline“-Erhebung zu Beginn der Untersuchung in die Pflegeabteilung des Gemeindekrankenhauses um. Auch das in „Unit 1“ eingesetzte Personal rekrutierte sich ausschließlich aus ehemaligen Mitarbeitern der psychiatrischen Pflegeabteilungen. In jeder Schicht standen mindestens sechs Mitarbeiter für die Versorgung der Bewohner zur Verfügung. Obgleich jedoch diese Pflegeeinrichtung besser auf die Bedürfnisse der Erkrankten eingestellt war, unterschied sich ihre Pflegepolitik nur unwesentlich von jener der psychiatrischen Pflegeabteilungen, aus der die Bewohner ursprünglich stammten. „There was no explicit change in the policy of care following the move from hospital to the new unit, which has continued to operate along relatively traditional health service lines“ (Skea/Lindesay 1996: 234). Unter den 19 Untersuchungsteilnehmern von „Unit 1“ waren sechs Monate nach Untersuchungsbeginn keine Todesfälle zu verzeichnen. Nach zwölf Monaten verstarben jedoch sieben Bewohner der initialen Population. Die zweite Pflegeeinrichtung (im Folgenden: „Unit 2“) setzte sich aus vier separat geführten, jedoch architektonisch untereinander verbundenen Hausgemeinschaften zusammen, in denen zum Zeitpunkt der Untersuchungsdurchführung

insgesamt 31 demenziell erkrankte Bewohner versorgt wurden. Jede Hausgemeinschaft verfügte über einen zentralen Aufenthaltsraum und eine kleine Küche; jeder Bewohner wurde in einem Einzelzimmer mit angeschlossenem Badezimmer untergebracht. Die im Durchschnitt 77,9 Jahre alten Bewohner von „Unit 2“ stammten ebenfalls aus Pflegeabteilungen psychiatrischer Kliniken oder anderen Krankenhäusern. Die Mitarbeiter der DOMUS-Einheiten wurden jedoch – im Gegensatz zur Vorgehensweise in „Unit 1“ – nicht aus dem Personalbestand der jeweiligen Kliniken übernommen, sondern im Zuge eines Ausschreibungsverfahrens in den jeweiligen Einrichtungen eingestellt. Zu jeder Tageszeit standen zwei Mitarbeiter pro Hausgemeinschaft für die Pflege und Betreuung der Bewohner zur Verfügung. Sechs Monate nach Untersuchungsbeginn waren sechs der ursprünglich 31 Bewohner von „Unit 2“ verstorben; nach zwölf Monaten erhöhte sich diese Anzahl auf insgesamt 15 Bewohner. Pflegephilosophisch wurde in „Unit 2“ vor allem darauf Wert gelegt, den Bewohnern ein Höchstmaß an Autonomie zu gewähren.

The mission statement of the unit is ‘to offer a range of choice, opportunity and support designed to enable and encourage residents to live as independently as possible...’. Its aims and objectives are in many respects similar to those of the domus programme in South London [...], particularly the emphasis on staff support and development as the key to delivering high-quality care (Skea/Lindesay 1996: 234).

Um mögliche Unterschiede zwischen „Unit 1“ und „Unit 2“ feststellen zu können, erfolgte die Untersuchung der Bewohner und Mitarbeiter der beiden Einrichtungen zu verschiedenen Zeitpunkten. Zur Gewinnung von Vergleichsdaten wurde zunächst eine „Baseline“-Erhebung in den Pflegeabteilungen der psychiatrischen Kliniken durchgeführt, aus denen die Bewohner von „Unit 1“ und „Unit 2“ ursprünglich stammten. Weitere Erhebungen erfolgten schließlich sechs und zwölf Monate nach dem Umzug der Bewohner in „Unit 1“ und „Unit 2“. Methodisch orientierten sich die Autoren dabei weitgehend an der Vorgehensweise der bereits erwähnten Studien von Lindesay et al. (1991) sowie Dean et al. (1993a, 1993b) (vgl. Skea/Lindesay 1996: 234). So wurde die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter auch in der vorliegenden Studie mit Hilfe des „Minnesota Satisfaction Questionnaire“⁵⁴ (MSQ) nach Weiss et al. (1967) ermittelt und ihr Wohlbefinden mit Hilfe des „General Health Questionnaire“⁵⁵ (GHQ) nach Goldberg/Hillier (1979) eingeschätzt. Bei den Mitarbeitern von „Unit 1“ wurden entsprechende Befragungen im Rahmen einer „Baseline“-Erhebung an ihrem ehemaligen Arbeitsplatz in den psychiatrischen Kliniken durchgeführt und sechs bzw. zwölf Monate nach der Arbeitsaufnahme in „Unit 1“ wiederholt. Das Personal von „Unit 2“ konnte dagegen

⁵⁴ Vgl. Fußnote 44: 206.

⁵⁵ Vgl. Fußnote 45: 206.

ausschließlich sechs Monate und zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn in Bezug auf die genannten Parameter untersucht werden, da die Arbeitsaufnahme dieser Mitarbeiter erst in den DOMUS-Einheiten erfolgte. Die MSQ- und GHQ-Werte des Pflegepersonals werden in Tabelle 30 wiedergegeben. Die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter von „Unit 1“ nahm im Untersuchungsverlauf nur leicht zu und bewegte sich nahezu unverändert im durchschnittlichen Bereich. Die MSQ-Werte der Mitarbeiter von „Unit 2“ erreichten bei der ersten Erhebung im sechsten Monat etwa das Niveau von „Unit 1“, nahmen jedoch im weiteren Verlauf der Untersuchung weiter zu und verbesserten sich nach zwölf Monaten im Vergleich zum sechsten Monat signifikant. Damit war die Arbeitszufriedenheit in den DOMUS-Einheiten zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn deutlich höher als in „Unit 1“. Die GHQ-Werte des Pflegepersonals von „Unit 1“ und „Unit 2“ nahmen im Untersuchungsverlauf teils deutlich ab; signifikant waren diese Unterschiede jedoch nicht, so dass in Bezug auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter keine entscheidenden Verbesserungen oder Verschlechterungen festzustellen waren (vgl. Tab. 30).

Tab. 30: MSQ- und GHQ-Werte der Mitarbeiter von „Unit 1“ und „Unit 2“ zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung (nur „Unit 1“) sowie sechs Monate und zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn („Unit 1“ und „Unit 2“).

	Baseline	6 Monate	12 Monate
Unit 1			
Interviewtes Personal, davon			
weiblich	8	8	7
männlich	0	0	3
MSQ (Mittelwert / ±)	67 ± 6,4	69 ± 6,7	73 ± 13,1
GHQ (Mittelwert)	4,2	2,4	2,0
Unit 2			
Interviewtes Personal, davon			
weiblich	-	10	11
männlich	-	2	1
MSQ (Mittelwert / ±)	-	68 ± 7,5	82* ± 8,0
GHQ (Mittelwert)	-	4,3	3,6
* p<0,05 im Vergleich zwischen dem 6. und 12. Monat			

Quelle: Skea/Lindesay (1996): 238.

Das Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigung der Untersuchungsteilnehmer wurde unter Einsatz der „Organic Brain Syndrome Scale“⁵⁶ (OBS) nach Gurland et al. (1977) sowie der „Information/Orientation Scale“⁵⁷ (CAPE I/O) nach Pattie/Gilleard (1979) gemessen. Die

⁵⁶ Vgl. Fußnote 18: 116.

⁵⁷ Vgl. Fußnote 30: 150.

Stimmungslage der Bewohner wurde mit Hilfe der „Depressive Signs Scale“⁵⁸ (DSS) nach Katona/Aldridge (1985) eingeschätzt. Die OBS-, CAPE I/O- und DSS-Werte der beiden Bewohnergruppen können der Tabelle 31 entnommen werden.

Tab. 31: OBS-, CAPE I/O- und DSS-Werte der Bewohner von „Unit 1“ und „Unit 2“ zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung sowie sechs und zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn.

	Baseline	6 Monate	12 Monate
Unit 1			
OBS	9,8	9,5	9,2
CAPE I/O	0,3	0,5	0,5
DSS	3,0	1,5	5,5+
Unit 2			
OBS	8,5*	8,3	9,0
CAPE I/O	1,8	1,0	1,5
DSS	2,1*	2,5	1,2++
* p<0,05 im Vergleich zwischen den Einrichtungen zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung + p<0,05 ++ p<0,01 im Vergleich innerhalb der jeweiligen Einrichtung zwischen dem 6. und 12. Monat			

Quelle: Skea/Lindesay (1996): 237.

Zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung zeigten sich die Bewohner von „Unit 1“ signifikant stärker kognitiv beeinträchtigt als die Bewohner der DOMUS-Einheiten. Innerhalb der beiden Bewohnerpopulationen blieben die OBS-Werte jedoch relativ konstant; das heißt, während der Untersuchungsdurchführung konnten in keiner der beiden Einrichtungen signifikante Schwankungen des kognitiven Leistungsspektrums festgestellt werden. Auch die Werte auf der CAPE I/O-Skala waren zu keinem Zeitpunkt nennenswerten Veränderungen unterworfen. In Bezug auf die Stimmungslage der Bewohner konnten innerhalb der beiden Populationen allerdings deutlichere Unterschiede nachgewiesen werden. Während bei den Bewohnern der DOMUS-Einheiten zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn eine signifikante Verringerung der DSS-Werte und damit eine Verbesserung ihrer Stimmung festgestellt werden konnte (p<0,01), stiegen die DSS-Werte bei den Bewohnern von „Unit 1“ nach zwölf Monaten signifikant an (p<0,05) und belegten damit eine Verschlechterung ihrer Stimmung im Untersuchungsverlauf (vgl. Tab. 31). Mit Hilfe der „Adaptive Behaviour Rating Scale“⁵⁹ (ABRS) nach Woods/Britton (1985) wurde schließlich versucht, die Kapazitäten im Bereich der Mobilität und der alltäglichen Verrichtungen sowie die kommunikativen, kognitiven und sozialen Ressourcen der Bewohner einzuschätzen. Die ABRS-Werte der Bewohner von

⁵⁸ Vgl. Fußnote 42: 205.

⁵⁹ Vgl. Fußnote 43: 205.

„Unit 1“ und „Unit 2“ zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung sowie sechs und zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn werden in Tabelle 32 wiedergegeben.

Tab. 32: ABRs-Werte der Bewohner von „Unit 1“ (U1) und „Unit 2“ (U2) zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung sowie sechs und zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn.

ABRS-Items	Baseline		6 Monate		12 Monate	
	U1	U2	U1	U2	U1	U2
Unit 1 (U1) / Unit 2 (U2)						
Dressing	1,2	4,9	0,7	5,4	1,0	4,1
Washing	0,6	0,9	0,5	1,0	0,4	1,0
Feeding	1,6	3,8	1,7	4,3	0,7	5,0
Toileting	0,6	2,1	0,5	2,8	0,2	2,7
Mobility	0,7	1,6	1,0	1,5	0,3	2,2*
Communication	4,0	7,7	3,6	9,3*	3,0	12,0**
Recognition	0,3	0,2	0,4	0,7	0,5	1,0*
Orientation	0,2	0,4	0,0	0,8	0,0	0,5
Activity disturbance	0,9	1,3	1,0	2,4	0,7	2,0
Aggressivity	0,6	1,9	1,3	2,8	0,6	3,2

* p<0,05 ** p<0,01 im Vergleich zur „Baseline“-Erhebung

Quelle: Skea/Lindesay (1996): 237.

Zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung konnte bei den Bewohnern von „Unit 1“ und „Unit 2“ nur ein relativ geringes Ausmaß an Selbständigkeit festgestellt werden. So erreichten beide Bewohnergruppen etwa in den ABRs-Items „Ankleiden“ und „Nahrungsaufnahme“ sowie im Bereich der „Mobilität“ zu Untersuchungsbeginn nur relativ niedrige Werte. Dies galt jedoch vor allem für die Bewohner von „Unit 1“, die sich zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung in fast allen Bereichen deutlich unselbständiger zeigten, als die Bewohner von „Unit 2“. Im weiteren Untersuchungsverlauf nahmen die Unterschiede zwischen beiden Bewohnergruppen zu. Während sich die ABRs-Resultate der Bewohner von „Unit 1“ zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn in fast allen Bereichen verschlechterten, blieben die Werte der DOMUS-Bewohner relativ konstant. Im Bereich der „Mobilität“ sowie bei der Fähigkeit zur „Wiedererkennung von Personen“ („Recognition“) konnten bei den Bewohnern von „Unit 2“ sogar signifikante Verbesserungen festgestellt werden ($p < 0,05$). Auch die ABRs-Werte im Bereich der „Kommunikation“ nahmen im Untersuchungsverlauf zu und verbesserten sich sowohl nach sechs Monaten ($p < 0,05$) als auch nach zwölf Monaten ($p < 0,01$) signifikant (vgl. Tab. 32). Die bereits erwähnten Sterblichkeitsraten in den Einrichtungen hatten auf diese Ergebnisse keinen Einfluss. Quantität und Qualität der Interaktionsprozesse zwischen den Mitarbeitern und den Bewohnern von „Unit 1“ und „Unit 2“ wurden unter Verwendung der „Quality of Interactions Schedule“⁶⁰ nach Dean et al. (1993b) erfasst.

⁶⁰ Vgl. Kap. III/4.2.2: 214f.

Entsprechende Messungen erfolgten in „Unit 2“ sechs und zwölf Monate nach dem Umzug der Bewohner. In „Unit 1“ hingegen konnten die QUIS-Erhebungen (aus von den Autoren nicht näher genannten Gründen) erst zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn durchgeführt werden. Daher wurde eine längere Follow-up-Phase in die Untersuchung implementiert und das QUIS in „Unit 1“ zusätzlich nach 24 Monaten eingesetzt. Anzahl und Qualität der zwischen den Bewohnern und den Mitarbeitern von „Unit 1“ und „Unit 2“ beobachteten Interaktionsprozesse können der Tabelle 33 entnommen werden.

Tab. 33: Qualität der Interaktionen (nach QUIS-Kategorien) zwischen Bewohnern und Mitarbeitern von „Unit 1“ und „Unit 2“ und ihre durchschnittliche Anzahl pro Tag. Sortierung nach Erhebungszeitpunkten.

Art der Interaktion		
Vergleichseinrichtung		
Positive social (PS)	8 (0,3)	
Positive Care (PC)	52 (2,1)	
Neutral (Ne)	38 (1,5)	
Negative Protective (NP)	0 (0)	
Negative Restrictive (NR)	9 (0,4)	
Gesamt	107 (4,3)	
Unit 1	12 Monate	24 Monate
Positive social (PS)	44 (1,7)**	29 (1,2)*
Positive Care (PC)	65 (2,6)	124 (5,1)**++
Neutral (Ne)	11 (0,4)	27 (1,1)
Negative Protective (NP)	0 (0)	2 (0,1)
Negative Restrictive (NR)	2 (0,1)	7 (0,3)
Gesamt	122 (4,9)	189 (7,9)**
Unit 2	6 Monate	12 Monate
Positive social (PS)	93 (2,6)**	227 (6,7)**++§§
Positive Care (PC)	203 (5,6)**	397 (11,7)**++§§
Neutral (Ne)	33 (0,9)	48 (1,4)§
Negative Protective (NP)	1 (0,0)	1 (0,0)
Negative Restrictive (NR)	6 (0,2)	12 (0,4)
Gesamt	336 (9,3)**	685 (20,2)**++§§
* p<0,05 ** p<0,001 im Vergleich zur Vergleichseinrichtung		
§ p<0,05 §§ p<0,001 zwischen „Unit 1“ und „Unit 2“ nach 12 Monaten		
++ p<0,001, innerhalb von „Unit 1“ bzw. „Unit 2“, t ₁ x t ₂		

Anmerkung: Interaktionen pro Bewohner werden in Klammern dargestellt.
Quelle: Skea/Lindesay (1996): 238.

Die Anzahl der Interaktionen in der Vergleichseinrichtung (eine Langzeitpflegeabteilung einer psychiatrischen Klinik) war mit durchschnittlich 4,3 Kontakten pro Bewohner am Tag (im Beobachtungszeitraum von 9 Uhr morgens bis 6 Uhr am Abend) sehr niedrig und setzte sich vornehmlich aus positiven Interaktionen während der Pflege („positive care“; „PC“) und neutralen Kontakten („neutral“; „Ne“) zusammen. Im Vergleich zu dieser Einrichtung war die Häufigkeit der Interaktionen in „Unit 1“ zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn nur

unwesentlich höher (täglich 4,9 Kontakte pro Bewohner); der Anteil der „positiv sozialen“ Kontakte („positive social“; „PS“) war zu diesem Zeitpunkt jedoch signifikant größer als in der Vergleichseinrichtung ($p < 0,001$). Im Vergleich zur „Baseline“-Erhebung in der Vergleichseinrichtung stieg die Anzahl der Kontakte in „Unit 1“ nach 24 Monaten nochmals signifikant an (täglich 7,9 Kontakte pro Bewohner; $p < 0,001$), was vor allem auf eine Verdopplung der positiven Kontakte während der Pflege („PC“) zurückzuführen war. Bereits sechs Monate nach Untersuchungsbeginn zeichnete sich auch „Unit 2“ gegenüber der Vergleichseinrichtung durch eine signifikant höhere Interaktionsrate aus ($p < 0,001$), welche sich auch in diesem Fall vor allem aus einer deutlich größeren Anzahl positiver Pflegekontakte („PC“; $p < 0,001$) und „positiv sozialer“ Interaktionen („PS“; $p < 0,001$) zusammensetzte. Diese Interaktionshäufigkeit stieg – betrachtet man die weitere Entwicklung innerhalb von „Unit 2“ – zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn signifikant an ($p < 0,001$) und verdoppelte sich von einer Gesamtzahl von knapp 340 Bewohnerkontakten im sechsten Monat auf durchschnittlich 685 Kontakte pro Tag. Im Vergleich zwischen „Unit 1“ und „Unit 2“ konnte in der DOMUS-Einrichtung zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn eine signifikant höhere Anzahl „positiv sozialer“ („PS“; $p < 0,001$) und neutraler Kontakte („Ne“; $p < 0,05$) beobachtet werden. Auch die Anzahl von positiven Kontakten während der Durchführung von Pflegehandlungen war in „Unit 2“ nach zwölf Monaten signifikant größer als in „Unit 1“ („PC“; $p < 0,001$). Die Häufigkeit von „negativ protektiven“ („negative protective“; „NP“) und „negativ restriktiven“ („negative restrictive“; „NR“) Kontakten war in allen Einrichtungen relativ gering und zu keinem Erhebungszeitpunkt mit signifikanten Veränderungen verknüpft (vgl. Tab. 33). Im Hinblick auf das Ergebnis ihrer Untersuchung halten Skea/Lindesay (1996: 240) daher fest:

Both of the units evaluated in this study offer their demented residents a better quality of life than that provided by the mental hospital wards they have replaced. It is also apparent that the partnership scheme with its explicit philosophy of social care has a better outcome in this respect than the community hospital ward with its more traditional nursing approach.

4.2.3 Diskussion der Ergebnisse

Die segregative Versorgung nach dem DOMUS-Prinzip beinhaltet den Versuch, demenziell erkrankten älteren Menschen ein weitgehend an den Grundsätzen von Normalität und Selbstbestimmung ausgerichtetes Leben zu ermöglichen. Dies geschieht durch die Gewährleistung ihrer alltagsbezogenen Selbstautonomie, die Realisierung einer vertrauten und wohnlichen Umgebung sowie die Bereitstellung fachlich qualifizierter Mitarbeiter, die die Bewohner im

Rahmen ihrer alltäglichen Lebensführung „rund um die Uhr“ begleiten und – sofern notwendig – unterstützen.

Es stellt sich jedoch die Frage, inwieweit die Bewohner der DOMUS-Einrichtungen von einer solchen Betreuungsphilosophie profitieren. Erfahrungsberichte verweisen in Einzelfällen auf positive Effekte bei den Bewohnern. Dies gilt einerseits für eine Verringerung des Medikamentenverbrauchs.

The care they [gemeint sind die Mitarbeiter zweier DOMUS-Einheiten in Schottland, *d. Verf.*] are able to offer the residents has led to a reduction in the need for medication. A 75 % drop was noted at three and six month intervals between August, 1992 to March, 1993. A 62 % drop was measured in the 20 bed Annan unit [...] (Hodge 1997: 41).

Andererseits weisen praktische Erfahrungen auch auf eine Reduktion demenzassoziierter Verhaltensauffälligkeiten hin.

There have been examples of reduction in behavioural problems. One person who was transferred from Crichton Hospital, Dumfries displayed problems such as pointless furniture moving, poor communication skills, wandering, being incontinent in corners of a room, outbreaks of aggression and destructiveness. Three months after transfer to a Domus Unit his only real behaviour problem was from time to time to pull a plant out of its pot. His aggression has more or less stopped and he only very occasionally wanders. Another who lived at home was extremely anxious and continually rubbing her hands and pacing. I understand this lady is now calm, enjoying watering plants and sitting discussing whatever is happening. Wandering is reduced to walking around with her friends and she shows no evidence of anxiety (*ebd.*: 41).

Fraglich bleibt jedoch weiterhin, ob derartige Erfolge auch empirisch belegbar sind und damit – zumindest ansatzweise – von einer gewissen Generalisierbarkeit solcher Effekte ausgegangen werden kann.

Erstmals versuchten daher Lindesay et al. (1991) die Auswirkungen der DOMUS-Philosophie auf die Bewohner und die Mitarbeiter einer DOMUS-Einrichtung empirisch zu erfassen und mit der Versorgungsqualität zweier Pflegestationen einer psychiatrischen Klinik zu vergleichen. Obwohl das Querschnittsdesign der betreffenden Studie in zeitlicher Hinsicht keine Aussagen über etwaige Entwicklungstendenzen bei den Erkrankten ermöglicht (z. B. positive oder negative Veränderungen der kognitiven oder funktionalen Potenziale innerhalb eines definierten Untersuchungszeitraums), lassen sich dennoch einige Unterschiede zwischen den Bewohnergruppen herausstellen. Zunächst fällt auf, dass die DOMUS-Bewohner, gemessen an den Resultaten der „Adaptive Behaviour Rating Scale“ (ABRS), in Bezug auf ihre Kommunikationsfähigkeiten und andere Kompetenzen des alltäglichen Lebens deutlich positiver eingeschätzt wurden als die Bewohner der Vergleichseinrichtungen. Dies könnte einerseits als Indiz für eine bessere Pflege- und Betreuungsqualität in der DOMUS-

Einrichtung und damit als Erfolg der DOMUS-Philosophie bewertet werden. Andererseits könnte bereits die Zusammensetzung der Bewohnergruppen das Messergebnis beeinflusst haben, denn eine Randomisierung der Untersuchungsteilnehmer war im Rahmen dieser Studie nicht möglich. Genaue Ursachen für die höheren ABRIS-Werte der DOMUS-Bewohner werden von Lindesay et al. (1991) jedenfalls nicht angeführt. Darüber hinaus darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die ABRIS-Messungen von den Mitarbeitern der verschiedenen Einrichtungen durchgeführt wurden und die Ergebnisse daher ohnehin einer eher vorsichtigen Interpretation bedürfen. Dies gilt insbesondere – wie in der DOMUS-Einheit der Fall – vor dem Hintergrund eines guten Verhältnisses zwischen den Mitarbeitern und den Bewohnern der betreffenden Einrichtung: „[...] if staff are better acquainted with the residents, this may result in different judgements about their abilities and communication skills“ (Lindesay et al. 1991: 734). Des Weiteren war, gemessen an den Ergebnissen der „Short Observation Method“, die DOMUS-Einheit den Vergleichseinrichtungen insbesondere in Bezug auf den Aktivitätsgrad der Bewohner sowie die Häufigkeit der „Bewohner-Personal-Kontakte“ überlegen.

Over one half of the ward subjects were in contact with a member of staff for less than one minute during the observation period, and on one ward 65 % of the subjects had no contact with staff at all. By contrast, over 90 % of the domus subjects were in contact with staff during this period, and in over 80 % this contact lasted for longer than one minute (ebd.: 734).

In diesem Zusammenhang muss jedoch einerseits berücksichtigt werden, dass die „Short Observation Method“ ursprünglich nicht für den Einsatz in DOMUS-Einheiten konzipiert wurde, so dass zumindest fraglich bleibt, ob das Verhaltensspektrum der DOMUS-Bewohner mit Hilfe der SOM-Methode annähernd repräsentativ abgebildet werden konnte. Die Untersuchungsergebnisse von Dean et al. (1993a) weisen in diesem Zusammenhang jedenfalls eindeutig auf entsprechende Erhebungsprobleme hin (s.u.). Zudem sollte andererseits, wie auch Lindesay et al. (1991: 735) betonen, nicht unerwähnt bleiben, dass eine höhere Quantität an Aktivitäten und Kontakten zwischen den Bewohnern und den Mitarbeitern einer Einrichtung noch keinen Beweis für eine höhere Qualität der Pflege- und Betreuungsleistungen darstellen, sondern höchstens als Indiz für eine solche bewertet werden dürfen: „[...] further studies of the qualitative nature of staff-resident interactions in the domus are necessary to examine this issue more fully.“ Auszuschließen ist nicht, dass das größere Personalangebot in der DOMUS-Einheit, verbunden mit einer tendenziell höheren Mitarbeiterzufriedenheit als ursächliche Faktoren für die erwähnten Effekte verantwortlich gemacht werden können. Dies

sind jedoch nur Vermutungen, die, wie auch Lindesay et al. (1991: 735) anmerken, ebenfalls einer Fundierung durch weitere Untersuchungen bedürfen.

Diese Forderung wurde schließlich von Dean et al. (1993a) aufgegriffen, die im Rahmen einer Prospektivstudie die Effektivität zweier DOMUS-Einrichtungen über einen Zeitraum von zwölf Monaten untersuchten. Die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter von „DOMUS A“ wurde im Rahmen dieser Untersuchung als relativ hoch eingeschätzt. Ausschlaggebend hierfür war nach Ansicht von Dean et al. (1993a: 816) vor allem der relativ hohe Personalschlüssel in der Einrichtung. Darüber hinaus identifizierten die Mitarbeiter weitere Faktoren, die ihrer Ansicht nach für eine gute Arbeitsatmosphäre innerhalb der Einrichtung verantwortlich waren:

[...] they appreciated the competence of their supervisor and managers; they enjoyed the freedom they were given to make decisions and do their job in their own way; they appreciated that what they said was important and valued; and being kept busy using all their skills to help others gave them a strong sense of accomplishment (Dean et al. 1993a: 816).

Im Zuge der Erhebungen bei den DOMUS-Bewohnern wurde festgestellt, dass sich, gemessen an den Resultaten der „Organic Brain Syndrome“-Skala (OBS), die kognitive Funktionsfähigkeit der Bewohner von „DOMUS A“ während des Untersuchungszeitraums signifikant verbesserte. Diese Entwicklung setzte bereits zu einem relativ frühen Zeitpunkt ein (drei Monate nach Untersuchungsbeginn) und war nicht auf „Dropout“-Effekte, wie z. B. das Versterben von Untersuchungsteilnehmern zurückzuführen. Ausschlaggebend für dieses Ergebnis war nach Ansicht von Dean et al. (1993a: 815) vor allem eine Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten der Bewohner, welche wiederum maßgeblich aus dem Versuch des Pflegepersonals resultierte, den individuellen Bedürfnissen der Bewohner stärker gerecht zu werden und ihnen ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit entgegenzubringen: „In particular, a number of subjects who had been mute and unrateable while in hospital began to speak when domus staff made the effort to understand them; one woman spoke for the first time in five years within a week of moving to the domus.“ Auch die mit Hilfe der „Depressive Signs Scale“ (DSS) gemessene Häufigkeit der depressiven Symptome verringerte sich bereits nach relativ kurzer Zeit. Bedingt durch den Tod von drei Untersuchungsteilnehmern fielen die DSS-Werte jedoch schnell wieder auf das Ausgangsniveau zurück. Die unter Verwendung der „Adaptive Behaviour Rating Scale“ (ABRS) gemessenen Alltagsfähigkeiten der Bewohner von „DOMUS A“ verschlechterten sich jedoch nicht. Die Fähigkeiten der Bewohner in Bezug auf das Ankleiden, die Mobilität sowie die Orientierung blieben während des Untersuchungsverlaufs weitgehend konstant. Im Bereich der kommunikativen Fähigkeiten sowie

der Selbständigkeit bei der Nahrungsaufnahme wurden sogar signifikante Verbesserungen festgestellt. Ursächlich für dieses Ergebnis war nach Ansicht von Dean et al. (1993a: 815) insbesondere das Verhalten der Pflegekräfte, die den Bewohnern jeweils ausreichende Zeiträume zur selbständigen Verrichtung ihres Alltagslebens gewährten: „The observations indicated that they were due to staff allowing residents to complete tasks such as feeding and washing at their own place.“ Die im Rahmen der vorliegenden Studie erzielten Gewinne auf der ABRS-Skala fielen jedoch deutlich geringer aus als die in der Studie von Lindesay et al. (1991) gemessenen Erfolge im ADL-Bereich. Ohnedies gilt die allgemeine Vorsicht vor den Ergebnissen personalgestützter Erhebungsinstrumente auch in diesem Fall. Dean et al. (1993a: 815) geben allerdings zu Bedenken, dass die ABRS-Ergebnisse angesichts eines chronisch progressiven kognitiven Abbaus erzielt wurden und daher bereits leichte Verbesserungen als Erfolg gewertet werden müssen. Quantitative Daten über die Aktivitäten und Sozialkontakte der DOMUS-Bewohner wurden – in Anlehnung an das methodische Vorgehen von Lindesay et al. (1991) – auch in der Untersuchung von Dean et al. (1993a) mit Hilfe der „Short Observation Method“ erfasst. Hierbei zeigte sich, dass die Bewohner von „DOMUS A“ im Untersuchungsverlauf zunehmend aktiver wurden. Sie saßen weniger und bewegten sich häufiger. Auch die Anzahl der Interaktionen zwischen den Bewohnern untereinander sowie jene zwischen den Bewohnern und den Pflegekräften nahmen im Verlauf der Untersuchung zu. Gleichfalls bestätigen diese Resultate jedoch die Vermutung, dass die Möglichkeiten einer repräsentativen Verhaltenseinschätzung von demenzerkrankten DOMUS-Bewohnern bei Verwendung der „Short Observation Method“ begrenzt sind. So war etwa der Anteil der „Selbstbeschäftigung“ der Bewohner im Vergleich zum Erhebungszeitpunkt vor dem Mittagessen an den Nachmittagen deutlich größer. Auch die Intensität der Kontakte zwischen den Bewohnern und den Mitarbeitern sowie jene zwischen den Bewohnern untereinander waren nachmittags deutlich stärker ausgeprägt. Die Ursachen für diese Differenzen werden von Dean et al. (1993a) nicht weiter diskutiert. Dabei liegt die Vermutung nahe, dass bei der Beobachtung von Aktivitäten und Interaktionen auch die Strukturierung des jeweiligen Tagesablaufs eine nicht unerhebliche Rolle spielen dürfte. Entsprechende Erhebungen müssten daher zu verschiedenen Tageszeitpunkten durchgeführt werden, um auf diese Weise Durchschnittswerte erhalten zu können. Hinsichtlich der Qualität der beobachteten Aktivitäten und Interaktionen blieben die Ergebnisse der „Short Observation Method“ allerdings auch in diesem Fall weitgehend wertlos (vgl. Dean et al. 1993a: 820).

Dean et al. (1993b) versuchten daher mit Hilfe der „Quality of Interactions Schedule“ den qualitativen Gehalt des in den DOMUS-Einheiten vorhandenen Interaktionsspektrums näher

zu bestimmen. Hierbei wurde zunächst festgestellt, dass die absolute Anzahl der zwischen den Bewohnern und den Mitarbeitern von „DOMUS A“ beobachteten Interaktionen zu allen Erhebungszeitpunkten deutlich höher war als die in der Vergleichseinrichtung zu Beginn der Untersuchung gemessene Interaktionshäufigkeit. Von besonderer Bedeutung ist jedoch, dass sich auch die Qualität des in „DOMUS A“ gemessenen Interaktionsspektrums von der Interaktionsqualität in der Vergleichseinrichtung deutlich unterschied. Die Anzahl der positiven Interaktionen innerhalb von „DOMUS A“ nahm im Verlauf der Untersuchung deutlich zu, während sich die Häufigkeit der negativen Kontakte gleichzeitig deutlich verringerte. Die zu Beginn der Untersuchung gemessene Anzahl der negativen Kontakte in der Vergleichseinrichtung war dagegen relativ hoch und die Häufigkeit der positiven Interaktionen verhältnismäßig gering. Während also die Kontakte zwischen den Mitarbeitern und den Bewohnern von „DOMUS A“ in qualitativer Hinsicht zumeist eine sehr positive Färbung aufwiesen, waren jene innerhalb der Vergleichseinrichtung häufig negativ geprägt. Ähnliche Resultate konnten auch in der zweiten DOMUS-Einrichtung („DOMUS B“) erzielt werden. In Bezug auf das Gesamtergebnis ihrer Untersuchung halten Dean et al. (1993a: 817) daher fest: „The prospective evaluation of the first year of operation of these two domuses has demonstrated that the process and outcome of care was superior in many respects to that of the traditional long-stay care in mental hospitals they have replaced.“

In methodischer Anlehnung an die Studien von Lindsay et al. (1991) sowie Dean et al. (1993a) und Dean et al. (1993b) versuchten schließlich auch Skea/Lindsay (1996) mögliche Vorteile des DOMUS-Prinzips gegenüber anderen Versorgungssettings zu eruieren. Hierzu wurden zwei Versorgungsformen für demenziell erkrankte Menschen, eine Pflegeabteilung eines Krankenhauses („Unit 1“) sowie eine DOMUS-Einrichtung („Unit 2“) bezüglich ihrer Auswirkungen auf die jeweiligen Bewohnergruppen evaluiert. Zusätzliche Vergleichsdaten wurden durch Erhebungen in Pflegeabteilungen psychiatrischer Krankenhäuser gewonnen, in denen die Bewohner von „Unit 1“ und „Unit 2“ vor ihrem Umzug untergebracht waren. Die unter Verwendung der „Organic Brain Syndrome Scale“ sowie der „Information/Orientation Scale“ des CAPE (CAPE I/O) gemessene kognitive Funktionsfähigkeit der beiden Bewohnergruppen war zu keinem Zeitpunkt der Untersuchung nennenswerten Veränderungen unterworfen. Sowohl in „Unit 1“ als auch in „Unit 2“ blieben die OBS- sowie die CAPE I/O-Werte relativ konstant. Entgegen der Untersuchungsergebnisse von Dean et al. (1993a) konnte in der vorliegenden Studie also keine Verbesserung der kognitiven Potenziale der DOMUS-Bewohner nachgewiesen werden. Allerdings zeigen die Ergebnisse auch, dass sich die kognitiven Leistungen beider Bewohnergruppen während der Untersuchung nicht

progressiv verschlechterten. Die Erhebungen mit der „Depressive Signs Scale“ (DSS) förderten allerdings deutlichere Unterschiede zwischen den Bewohnern von „Unit 1“ und „Unit 2“ zu Tage. Während sich die Stimmungslage der DOMUS-Bewohner im Untersuchungsverlauf signifikant verbesserte, wiesen die Bewohner der Pflegeabteilung signifikant schlechtere Stimmungswerte auf. Die Ursachen für diese Unterschiede werden von Skea/Lindesay (1996) nicht näher ergründet. Die Autoren geben jedoch zu Bedenken, dass die gemessenen Veränderungen vergleichsweise gering waren und verweisen zudem auf die allgemeinen Schwierigkeiten, die mit der Diagnostik von depressiven Symptomen bei Demenzerkrankten verbunden sind: „However, in clinical terms these were relatively modest changes, and the limitations of assessing depression in severely demented individuals need to be borne in mind“ (Skea/Lindesay 1996: 239). Mit Hilfe der im Wesentlichen an den Verrichtungen des alltäglichen Lebens ausgerichteten „Adaptive Behaviour Rating Scale“ (ABRS) konnten ebenfalls deutliche Differenzen zwischen den Bewohnern von „Unit 1“ und „Unit 2“ festgestellt werden. Während sich die ABRS-Werte der Bewohner der Pflegeabteilung („Unit 1“) im Untersuchungsverlauf teilweise deutlich verschlechterten, blieben die Werte der DOMUS-Bewohner relativ konstant. In einigen Bereichen, wie z. B. der Mobilität oder der Kommunikation konnten bei den Bewohnern der DOMUS-Einrichtung sogar signifikante Verbesserungen festgestellt werden. Skea/Lindesay (1996: 240) betonen in Anlehnung an die Studie von Dean et al. (1993a), dass die kontinuierliche Unterstützung des Pflegepersonals einerseits zu einer größeren Selbständigkeit der DOMUS-Bewohner und damit zu einer entsprechend konstanteren Präsenz ihrer Alltagsfähigkeiten geführt haben könnte:

[...] however, a similar pattern to unit 2 was found in the domus evaluation [gemeint ist die Untersuchung von Dean et al (1993a), *d. Verf.*], where it was argued that this was the result of staff allowing residents sufficient time to complete tasks such as feeding and washing, rather than taking over and doing it for them [...].

Andererseits könnte, so die Autoren, die weitgehende Abstinenz eines bedürfnisorientierten Pflegeansatzes in „Unit 1“ zu einer kontraproduktiven Entwicklung bei den Bewohnern der Pflegeabteilung geführt haben: „It may be that the more traditional approach to nursing demented individuals [gemeint ist die Versorgung in der als „Unit 1“ bezeichneten Pflegeeinrichtung im Krankenhaus, *d. Verf.*] is positively disabling to the extent that it does not allow them the fullest expression to their limited remaining abilities“ (Skea/Lindesay 1996: 240). In diesem Kontext muss jedoch ebenfalls bedacht werden, dass sich die Bewohner der Pflegeabteilung, gemessen an den Ergebnissen der ABRS-Skala, ohnehin von Beginn an unselbständiger zeigten als die Bewohner der DOMUS-Einrichtung, so dass sich eine Bewertung

der von Skea/Lindesay (1996) angeführten Begründungen per se sehr schwierig darstellt und etwaige Schlussfolgerungen letztlich nur auf der Basis von Vermutungen getroffen werden können. Um schließlich Aufschluss über die quantitative und qualitative Entwicklung der Interaktionsprozesse zwischen den Mitarbeitern und den Bewohnern von „Unit 1“ und „Unit 2“ erhalten zu können, wurden zu verschiedenen Zeitpunkten Erhebungen mit Hilfe der „Quality of Interactions Schedule“ (QUIS) durchgeführt. Hierbei zeigte sich, dass die Anzahl der positiven Interaktionen sowohl in „Unit 1“ als auch in „Unit 2“ zu allen Erhebungszeitpunkten deutlich höher lag als in einer zu Vergleichszwecken herangezogenen Pflegeabteilung eines psychiatrischen Krankenhauses. Gleichfalls wurde jedoch deutlich, dass sowohl die Gesamtzahl der Interaktionen als auch der darin enthaltene Anteil an positiven Interaktionsprozessen in der DOMUS-Einrichtung zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn signifikant größer waren als in „Unit 1“ oder der Vergleichseinrichtung. Skea/Lindesay (1996: 240) werten diese Entwicklung als Erfolg der DOMUS-Philosophie und verweisen auf Parallelen zu den Resultaten von Dean et al. (1993b):

The philosophy, policies and resident population of unit 2 were similar to that of domus A, and the outcome in terms of QUIS observations was the same: higher rates of total number of interactions compared to hospital care (19.8 per resident at 12 months in domus A), due to both PS and PC interactions.

Als mögliche Ursachen für die mit Hilfe des QUIS ermittelten Unterschiede zwischen „Unit 1“ und „Unit 2“ werden von Skea/Lindesay (1996) verschiedene Faktoren angeführt. Zwar läge es einerseits nahe, die QUIS-Resultate als Hinweis auf tatsächliche Vorteile des DOMUS-Prinzips gegenüber anderen Versorgungsansätzen zu werten. Andererseits könnte bereits die fehlende Randomisierung der Untersuchungsteilnehmer zu einer unzulässigen Beeinflussung der Messergebnisse geführt haben. So zeigt sich etwa anhand der bereits erwähnten ABRS-Resultate recht deutlich, dass die Bewohner von „Unit 1“ hinsichtlich ihrer funktionalen Ressourcen von Beginn an größere Defizite aufwiesen, als die DOMUS-Bewohner. In Verbindung mit den Ergebnissen der „Quality of Interactions Schedule“ führt dieser Umstand schließlich zu der folgenden These: verfügt eine Gruppe von Bewohnern (in diesem Fall die Bewohner von „Unit 1“) nur über ein geringes Maß an kognitiven oder funktionalen Ressourcen, könnte dies das Interaktionsrepertoire sowie die Interaktionsmotivation des Pflegepersonals grundlegend einschränken, da sich die Kontaktaufnahme zwischen diesen Bewohnern und den Mitarbeitern schwieriger gestalten und eher in pflegeassoziierten Situationen vollziehen dürfte. Umgekehrt ist wahrscheinlich, dass eine – wenn auch nur geringfügig – bessere Gesamtkonstitution einer anderen Bewohnergruppe (in diesem Fall die

Bewohner von „Unit 2“) ein größeres Spektrum an Interaktionen außerhalb eines spezifischen Pflegekontextes ermöglicht und eine höhere Motivation zur Kontaktaufnahme bedingt. Skea/Lindesay (1996: 239) ziehen eine solche Möglichkeit zumindest in Bezug auf die erwähnten motivationalen Aspekte in Betracht: „Although both groups were severely cognitively and physically disabled, unit 1 residents were significantly worse in this respect, which may have discouraged staff from engaging more in purely social as opposed to care-oriented interactions with them.“ Als unzulässiger Einflussfaktor auf die Ergebnisse der QUIS-Erhebungen kann jedoch auch eine Beteiligung von geschlechtsspezifischen Aspekten nicht ausgeschlossen werden. Das Pflegepersonal von „Unit 1“ und „Unit 2“ setzte sich in beiden Einrichtungen vorwiegend aus weiblichen Mitarbeitern zusammen. Auf die Bewohner der beiden Einrichtungen traf dies jedoch nicht zu. Während die Bewohnerschaft von „Unit 1“ hauptsächlich aus weiblichen Personen bestand, war die Zusammensetzung der Bewohner in der DOMUS-Einheit durch einen überwiegenden Anteil von männlichen Personen gekennzeichnet. Skea/Lindesay (1996: 239) weisen daher auf mögliche Unterschiede im geschlechtsspezifischen Interaktionsverhalten zwischen Frauen und Männern hin und vermuten, dass männliche Bewohner grundsätzlich eher dazu neigen, positiv auf die Kontaktversuche weiblicher Pflegekräfte zu reagieren. Somit darf also nicht ausgeschlossen werden, dass sich der größere Anteil von weiblichen Bewohnern in „Unit 1“ in entsprechend negativer Weise auf das Interaktionsgeschehen auswirkte und damit ebenfalls die QUIS-Erhebungen beeinflusste. Möglich ist ferner, dass sich auch die Arbeitszufriedenheit, die Qualifikation sowie die Art der Rekrutierung des Pflegepersonals auf die QUIS-Ergebnisse (und letztlich auch auf das Gesamtergebnis der Untersuchung) auswirkten. Die Mitarbeiter der DOMUS-Einrichtung nahmen vor ihrer Arbeitsaufnahme an einem Auswahlverfahren teil und wurden im Sinne der DOMUS-Philosophie in Bezug auf den Umgang mit den demenzerkrankten Bewohnern speziell geschult. Die in „Unit 1“ eingesetzten Pflegekräfte wurden dagegen gänzlich aus dem Personalbestand anderer Pflegeabteilungen übernommen. Ihre Arbeitsweise war größtenteils nicht auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner abgestimmt, sondern primär durch routinierte Abläufe geprägt (vgl. Skea/Lindesay 1996: 239). Ferner stellten Skea/Lindesay (1996) fest, dass die Arbeitszufriedenheit der DOMUS-Mitarbeiter, gemessen an den Resultaten des „Minnesota Satisfaction Questionnaire“ (MSQ), zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn signifikant höher war als in der Pflegeabteilung des Krankenhauses („Unit 1“). Während die MSQ-Werte der DOMUS-Mitarbeiter im Untersuchungsverlauf signifikant zunahmten, waren jene der Mitarbeiter von „Unit 1“ keinen signifikanten Veränderungen unterworfen und wiesen auf eine nur durchschnittliche Arbeitszufriedenheit hin.

Folglich ist daher nicht auszuschließen, dass sich die höhere Arbeitszufriedenheit sowie die bedürfnisorientierte Arbeitsweise des DOMUS-Personals wechselseitig bedingten und sich in positiver Hinsicht auf das Interaktionsgeschehen in der Einrichtung auswirkten. Letztlich lässt sich jedoch nicht exakt verifizieren, ob sich die mit Hilfe des QUIS ermittelten Unterschiede zwischen der Pflegeabteilung und der DOMUS-Einheit auf die Verschiedenheit der Pflegephilosophien und Versorgungskonzepte zurückführen lassen oder letztlich nicht doch eine Reihe von methodischen Limitierungen und Störfaktoren zu einer für die DOMUS-Einrichtung günstigeren Ergebnislage führten.

4.3 Cantou

4.3.1 Einleitung

Das CANTOU (*dt.* „Feuerstelle“) ist die französische Umsetzung einer speziell auf die Bedürfnisse von demenziell erkrankten Menschen zugeschnittenen Wohngemeinschaft, in der die Betroffenen in familienähnlicher Weise leben und bis zu ihrem Versterben wohnen können (vgl. Diebold-Appel 1995: 152; Jani-Le Bris 1995: 31). Das erste CANTOU wurde 1977 in Rueil-Malmaison, einer Ortschaft in der Nähe von Paris, von M. George Caussanel gegründet, der diese Einrichtung bis heute leitet. Mittlerweile geht man davon aus, dass in Frankreich etwa 150 CANTOU-Einrichtungen betrieben werden. Und auch in Deutschland wird das Konzept seit längerem diskutiert und nach Empfehlungen des „Kuratoriums Deutsche Altershilfe“ (KDA) praktisch umgesetzt (vgl. BMFSFJ 2002: 264). In Frankreich befinden sich die meisten CANTOUS in der Hand von privaten Trägern, werden als stadtteil- oder dorfintegrierte Einrichtungen betrieben und stellen bei der Auswahl der Bewohner auf das Prinzip der „Wohnortnähe“ ab. Das bedeutet, dass grundsätzlich jeder Demenzerkrankte einen Anspruch auf einen Platz im CANTOU besitzt, eine Aufnahme jedoch in der Regel von der Entfernung zum ursprünglichen Wohnort des Betroffenen abhängig gemacht wird (vgl. Radzey et al. 1999: 30). Dies hat den Vorteil, dass die Erkrankten aus ihrer vertrauten Wohnumgebung nicht „entwurzelt“ werden und Angehörige leichter zur Partizipation an den Aktivitäten der jeweiligen Einrichtung motiviert werden können (s. u.). In größeren Städten stehen die CANTOUS zumeist unter zentraler Verwaltung. Aus Kostengründen wird das CANTOU-Personal in diesen Fällen einrichtungübergreifend eingesetzt. Teilweise werden die CANTOUS jedoch auch als Teileinrichtungen von Pflegeheimen betrieben (vgl. Knauf/Beutler 2002: 136; Staak 2004: 74f). In einem CANTOU leben in der Regel zwischen

zwölf und 15 demenziell erkrankte Menschen (vgl. Eynard/Bascoul 1994: 28). Die Appartements der Bewohner (in der Regel mit eigenen Sanitäreinrichtungen ausgestattet) gruppieren sich um einen Gemeinschaftsbereich, dessen Mittelpunkt eine große Wohnküche bildet. Wesentliche Elemente dieser Küche sind der freistehende Herd sowie ein großer Tisch, an dem sich das alltägliche Leben abspielt. Der Gemeinschaftsraum liegt in der Regel im Erdgeschoss der Einrichtung und ermöglicht zudem den Zugang zu einem eingezäunten Gartenbereich, der ebenfalls von den Bewohnern genutzt werden kann (vgl. Staak 2004: 75).

Eine wichtige Säule der CANTOU-Philosophie bildet die akzeptierende Haltung gegenüber den Bewohnern. Sie werden als Menschen mit Behinderungen betrachtet, nicht jedoch als Kranke wahrgenommen. Eine Orientierung an medizinischen Diagnosen soll vermieden werden, da dies nach Ansicht von Caussanel eine „Etikettierung“ der Bewohner zur Folge hat und letztlich eine negative Einstellung gegenüber den Bewohnern bedingt (vgl. BMFSFJ 2002: 264). Darüber hinaus zeichnet sich das CANTOU-Konzept vor allem durch zwei Prinzipien aus:

- Subsidiarität: primäres Ziel ist der Autonomieerhalt der Erkrankten; das heißt, jedem Bewohner wird nur das Maß an Hilfe gewährt, auf das er tatsächlich angewiesen ist.
- Gemeinschaftlichkeit: von entscheidender Bedeutung ist die Gemeinschaft zwischen den Bewohnern, den Angehörigen und den Mitarbeitern. Soweit wie möglich werden Probleme gemeinsam gelöst und Entscheidungen gemeinsam getroffen (vgl. ebd.: 264).

Beide Prinzipien sind unmittelbar miteinander verknüpft, „indem zwar jeder in der Gruppe aktiv ist (Gemeinschaftlichkeit), gleichzeitig jedoch auf die Möglichkeiten jedes Einzelnen Rücksicht genommen wird (Subsidiarität)“ (Radzey et al. 2000: 114).

Das Gemeinschaftsleben wird vor allem durch die Verrichtungen des alltäglichen Lebens bestimmt. „Priorität hat das Gelingen des Alltags. Nicht die Pflege, sondern die Hauswirtschaft steht im Mittelpunkt“ (Havers 2000: 19). So nehmen die Bewohner beispielsweise an der Zubereitung der Mahlzeiten teil oder helfen beim Decken des Tisches, beim Abwasch oder bei der Wäschepflege (vgl. Caussanel 2000: 23f). Art und Umfang der Beschäftigung werden von den Bewohnern selbst bestimmt. Das Ergebnis der Arbeit muss dabei keinen „normativen“ Leistungsansprüchen gerecht werden. Ziel ist es vielmehr, die CANTOU-Bewohner durch die Alltagstätigkeiten zu aktivieren und ein Gemeinschaftsleben zu initiieren. „Les activités touchant à l'alimentation concernent les intérêts les plus anciens et les plus vitaux, de même que les savoir-faire [...]. Leur déroulement dans une atmosphère évoquant les conditions de vie familiale sont les moteurs efficaces utilisés pour cette animation“ (Gayda et al. 1983: 347). Die Konzentration auf Alltagsaufgaben beruht auf der Annahme,

dass die Fähigkeiten zu ihrer Durchführung bei Demenzerkrankten recht lange erhalten bleiben und selbige daher eine bedeutsame Möglichkeit darstellen, an verbliebene Fähigkeitspotenziale der Erkrankten anzuknüpfen (vgl. Jani-Le Bris 1995: 32). Der häufig fehlende „Alltagsbezug“ in herkömmlichen Pflegeeinrichtungen wird daher nach Radzey et al. (1999: 14) kritisch betrachtet und als „Kardinalfehler der professionellen Pflege“ angesehen. So stellen auch Eynard/Bascoul (1994: 28) heraus:

L'idée fondatrice repose sur le constat que l'institution traditionnelle avec son mode de prise en charge morcelée, par tâches et par fonctions, morcelle l'individu. A l'opposé, retrouver un mode de vie naturel permettrait de restaurer l'autonomie et donnerait à chacun, personnes âgées, familles et personnels, l'occasion d'avoir sa part de responsabilité face au destin commun que les trajectoires personnelles composent dans l'accompagnement en fin de vie. L'idée fondatrice, c'est donc de «casser l'institution pour ne pas casser la personne».

Spezifische Beschäftigungs- bzw. Therapieangebote für die Bewohner werden in den CANTOUS dagegen nicht angeboten, da sie dem Grundsatz der normalitätsorientierten Alltagsgestaltung entgegenstehen (vgl. Knauf/Beutler 2002: 131). Dies gilt auch für biographisch orientierte Therapieansätze, die im alltäglichen Betreuungskontext kaum eine Rolle spielen (vgl. Knauf 2002a: 13). Ergänzende Beschäftigungen, wie z. B. Spaziergehen oder Vorlesen werden ausschließlich durch das Engagement der Angehörigen realisiert (vgl. Böhler et al. 1999: 16).

Ohnehin ist der Einbezug der Angehörigen gemäß der CANTOU-Philosophie von herausragender Bedeutung. Sie wirken aktiv am täglichen Leben des CANTOUS mit und beteiligen sich an der Pflege und Betreuung ihres erkrankten Familienmitglieds. Diese Mitwirkung ist obligatorisch und wird sogar vertraglich vereinbart (vgl. Caussanel 2000: 24). Art und Ausmaß des Engagements bleiben den individuellen Möglichkeiten jeder Familie überlassen. Ziel ist es jedoch, die Beziehungsstrukturen zwischen den Erkrankten und ihren Angehörigen zu erhalten und pflegebedingte Belastungspotenziale bei den Familien zu vermeiden. „Da die Versorgung des dementen Angehörigen sichergestellt und eine räumliche Distanz gewahrt ist, bedeutet es für sie eine Entlastung der Pflegesituation und Entspannung der persönlichen Beziehung“ (Knauf/Beutler 2002: 132). Letztlich geht es also darum, die Angehörigen „von der Sorge, nicht aber von der Fürsorge [zu] befreien“ (ebd.: 133). Unter den Begriff der „Angehörigen“ werden dabei alle Personen subsumiert, die sich mit dem Erkrankten in emotionaler Hinsicht verbunden fühlen, also vorwiegend der Ehepartner und die Kinder, aber auch die ehemaligen Nachbarn oder Freunde des Bewohners. Das Engagement der Angehörigen beschränkt sich jedoch nicht nur unmittelbar auf das eigene Familienmitglied. Zusätzlich sind sie auch „auf einer Gemeinschaftsebene für das Cantou und seinen Betrieb und die

Qualität der Begleitung der Gruppe verantwortlich“ (Caussanel 2000: 24). Die Familien sind also im CANTOU „zu Hause“ und haben hierdurch „selbst befriedigende soziale Kontakte und immer die Möglichkeit, gemeinsam mit ihren Kranken den Tag erfüllt zu gestalten“ (Rath 1997: 254). Der Einbezug der Angehörigen in die Betreuungsarbeit hat keinen finanziellen Hintergrund und spielt bei der Personalplanung sowie der damit verbundenen Kostenkalkulation keine Rolle (vgl. Böhler et al. 1999: 17; Knauf/Beutler 2002: 137).

So sind neben den Angehörigen insbesondere die Mitarbeiter des CANTOUS, die sogenannten „Hausdamen“ (*fr.* „*maîtresses de maison*“), für die Versorgung und die Betreuung der Bewohner verantwortlich. Bei den Hausdamen handelt es sich in der Regel nicht um examinierte Pflegekräfte, sondern um ungeschultes Personal, welches erst nach der Arbeitsaufnahme im CANTOU aus- und fortgebildet wird. Auf eine pflegerisch-medizinische Ausbildung wird dagegen kein Wert gelegt, häufig ist eine solche sogar gar nicht erwünscht (vgl. Böhler et al. 1999: 16). Verlangt wird dagegen ein hohes Maß an Flexibilität, fachliche und persönliche Vielseitigkeit („Polyvalenz“) sowie die Bereitschaft, sich in emotionaler Hinsicht mit dem Schicksal der Erkrankten auseinanderzusetzen. So wird „eine akzeptierende Haltung den Menschen mit Demenz gegenüber gefordert, die mit Kooperations- und Koordinationsfähigkeit sowie dem Talent gepaart sein muss, Menschen und Situationen umfassend wahrnehmen zu können und zu wollen“ (Knauf 2002b: 48). Das Stammpersonal eines CANTOUS setzt sich in der Regel aus vier Hausdamen zusammen, die tagsüber in zwei Schichten in der Einrichtung arbeiten und je nach Bedarf von Hilfskräften sowie den Angehörigen der Bewohner unterstützt werden. Für die Nachtbereitschaft werden in der Regel zusätzlich zwei Hilfskräfte eingesetzt (vgl. Knauf/Beutler 2002: 134). Ferner werden für die Durchführung von therapeutischen Angeboten und umfassenderen Pflegeleistungen Physiotherapeuten sowie Ärzte und Krankenschwestern hinzugezogen (vgl. Caussanel 2000: 27). Das von den „*maîtresses de maison*“ zu erfüllende Aufgabenspektrum ist weit gesteckt. Sie helfen den CANTOU-Bewohnern bei der Körperpflege, kümmern sich um die Wäsche, bereiten die Mahlzeiten zu und unterstützen die Bewohner beim Essen. Dabei steht allerdings die Selbständigkeit der Erkrankten stets im Vordergrund. „Es handelt sich nicht um die vollständige Übernahme der Toilette, der Mahlzeiten oder der Pflege, wie es das Fachpersonal tun würde, sondern um eine allgemeine Begleitung, bei der die Autonomie und die Freiheit des anderen gewahrt bleiben“ (Caussanel 2000: 26). Darüber hinaus sind die Hausdamen vor allem im Hinblick auf den psychosozialen Umgang mit den Bewohnern gefordert.

Stimmungen, Sorgen und Ängste der Bewohner sowie die Auseinandersetzung mit Krankheit und Tod ernst zu nehmen und oft gleichzeitig mit herzlichem Lachen, mit Situationskomik,

Freude und der Entspannung anderer Bewohner umzugehen – all dies beschreibt den Spagat, den Hausmütter täglich zu bewältigen haben (Knauf 2002b: 48).

Um daher zu einer Reduktion etwaiger Belastungspotenziale beizutragen und gleichfalls dem Prinzip der Gemeinschaftlichkeit zu entsprechen, werden viele Entscheidungen, die das CANTOU und seine Bewohner betreffen, durch den sogenannten „Gemeinschaftsrat“ entschieden (vgl. Böhler et al. 1999: 17). Der Gemeinschaftsrat ist eine monatlich stattfindende Konferenz, an der die Familien der CANTOU-Bewohner, die Mitarbeiter sowie die Leitung des CANTOUS teilnehmen und in der alle betrieblichen und organisatorischen Fragen sowie etwaige Probleme in Bezug auf den sozialen oder gesundheitlichen Status der Bewohner besprochen werden. Der Gemeinschaftsrat hat daher für alle an der Betreuung der Bewohner Beteiligten eine entlastende Wirkung. So können sich die Hausdamen im Umgang mit den Erkrankten auf gemeinsam getroffene Vereinbarungen stützen. Auch die Angehörigen, die häufig unter Schuldgefühlen leiden, erfahren durch den regelmäßigen Austausch Entlastung und gegenseitige Unterstützung. „Die proklamierte ‚geteilte Verantwortung‘ zwischen Einrichtung und Angehörigen fasst die Betreuung demenziell Erkrankter als gemeinsame Aufgabe auf“ (Knauf 2002b: 50).

Hinzu kommt, dass die Kosten für die Betreuung und Versorgung der CANTOU-Bewohner vergleichsweise geringer ausfallen als in herkömmlichen stationären Pflegeeinrichtungen (vgl. Radzey et al. 2000: 117). Zwar liegen repräsentative Analysen zu den Kostenstrukturen nicht vor; aus den verfügbaren Daten zur Finanzierung von drei CANTOU-Einrichtungen lassen sich jedoch Anhaltswerte ableiten. Danach liegt die Eigenbeteiligung der CANTOU-Bewohner für Unterkunft und Verpflegung (Hotelkosten) abzüglich der von der Sozialversicherung übernommenen Pflegekosten bei durchschnittlich 45€ bis 60€ pro Tag. Dies entspricht einem Eigenaufwand von etwa 1350€ bis 1800€ pro Monat (vgl. Radzey et al. 1999: 57). Ungeachtet seiner vergleichsweise „attraktiven“ Kostenstrukturen und seines innovativen Charakters lässt sich das CANTOU-Modell dennoch nicht vorbehaltlos auf deutsche Verhältnisse übertragen (vgl. Kap. III/4.5).

4.3.2 Empirische Befunde

Zu den Auswirkungen des CANTOU-Modells auf demenziell erkrankte Menschen liegen bislang nur wenige Studien vor, die sich, abgesehen von einer Ausnahme, zumeist auf einzelne Aspekte eines globalen Effektivitätsassessments beziehen und daher in ihrem Forschungsfokus meist deutlich voneinander abgrenzen.

So versuchten etwa Colvez et al. (2002), die Arbeitsbelastung und das Gesundheitsempfinden von pflegenden Angehörigen demenziell erkrankter Menschen zu erfassen, die von fünf verschiedenen europäischen Betreuungsprogrammen profitierten und mögliche Unterschiede herauszustellen. Zu diesen Programmen zählten der „ambulante Sozialservice“ aus Dänemark, eine Tagespflege aus Deutschland, sogenannte „Expertenzentren“ aus Belgien und Spanien sowie GROUP LIVING- und CANTOU-Einrichtungen aus Schweden und Frankreich. Als Referenz diente eine Angehörigengruppe, deren demenzerkrankte Familienmitglieder über einen Zeitraum von zwei Monaten in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung versorgt wurden. Die Charakteristika dieser Betreuungsstrukturen können nachfolgend der Tabelle 34 entnommen werden.

Tab. 34: Beschreibung der untersuchungsrelevanten Betreuungsprogramme.

Programm	Beschreibung	Ausgewählte Einrichtungen
(1) ambulanter Sozialservice	Der Kopenhagener Sozialservice richtet sich an demenziell erkrankte Ältere, die zu Hause versorgt werden. Die Angehörigen werden durch Besuche von Krankenpflegern, Psychologen, Hilfskräften und Ärzten unterstützt.	„Home social-services“ in Kopenhagen (Dänemark) (N=36)
(2) Tagespflege	Die Tagespflege ist eine teilstationäre Einrichtung, die den Verbleib der Demenzerkrankten in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht. Sie werden dort an bis zu 6 Tagen in der Woche tagsüber betreut und kehren am Nachmittag nach Hause zurück.	„Clemens-Wallrath-Haus“ in Münster (Deutschland) (N=50)
(3) Expertenzentren	Expertenzentren werden von medizinischen Dienstleistern betrieben, die sowohl Diagnose und Hausbesuche, als auch weiterführende medizinische und soziale Betreuungsmöglichkeiten anbieten, unabhängig davon, ob der Erkrankte zu Hause lebt oder in einem institutionellen Kontext versorgt wird.	Altenheim „Le Pèrî“ in Liège (Belgien) (N=50); „Fundación ACE“ in Barcelona (Spanien) (N=49)
(4) Group-living/Cantou	In diesen Wohngemeinschaftsformen werden zwischen sieben (Group-living) und zwölf (Cantou) Demenzerkrankte versorgt. Im Mittelpunkt steht die Durchführung von Alltagstätigkeiten, die von einer zentralen Bezugsperson bzw. Hausmutter organisiert werden. Auf eine medizinische Versorgung wird soweit wie möglich verzichtet.	Group-Living-Einrichtungen in Malmö (Schweden) (N=50); „Foyer Emilie de Rodat“ in Rueil-Malmaison (Frankreich) (N=50)
(5) Kurzzeitpflege zur Erholung der Angehörigen	Durch eine temporäre, zweimonatige stationäre Versorgung des demenziell Erkrankten, werden die Angehörigen entlastet und können sich vom Pflegealltag erholen. Vorhandene Erkrankungen werden diagnostiziert und behandelt und weitere Betreuungsoptionen nach der Rückkehr des Erkrankten erörtert.	„Paul Brousse Krankenhaus“ in Villejuif (Frankreich) (N=37)

Quelle: Colvez et al. (2002): 221.

Aus jedem Betreuungsprogramm wurden – soweit möglich – 50 demenziell Erkrankte nach einem Zufallsverfahren ausgewählt und ihre Angehörigen befragt. Standen keine Verwandten zur Verfügung, erfolgte ersatzweise der Rückgriff auf die primäre Bezugsperson des Betroffenen. Nachdem zunächst die allgemeinen Merkmale der Demenzerkrankten (Geschlecht,

Alter, Einschränkungen im Bereich der ADL und MMSE-Werte) und jene der Angehörigen (Alter, Geschlecht, Beziehung zum Erkrankten) erhoben wurden, wurde das subjektive Gesundheitsempfinden der Angehörigen mit Hilfe des „Nottingham Health Profile“⁶¹ (NHP) nach Hunt et al. (1986) und ihre Arbeitsbelastung unter Verwendung des „Zarit Burden Interview“⁶² (ZARIT) nach Zarit et al. (1980) eingeschätzt. Die Verwendung beider Erhebungsinstrumente erlaubte auf der Grundlage ihrer Items statistische Analysen zu fünf verschiedenen Parametern:

- das durch die Angehörigen eingeschätzte Ausmaß ihres Energieverlustes (NHP-Item: „Energy“);
- der Grad ihrer sozialen Isolation (NHP-Item: „Social isolation“);
- emotionale Belastungen (Depressionen) (NHP-Item: „Emotional reactions“);
- schlafassoziierte Probleme (NHP-Item: „Sleep“) sowie
- das Ausmaß ihrer Arbeitsbelastung (ZARIT).

Unabhängig vom Betreuungskontext zeigte sich zunächst, dass die weiblichen Angehörigen wesentlich häufiger über Energieverluste, emotionale Belastungen (Depressionen) und Schlafprobleme klagten als dies bei den männlichen Angehörigen gegeben war. Bedeutsamen Einfluss auf das Gesundheitsempfinden und die Arbeitsbelastung hatte jedoch insbesondere der familiäre Status. So waren vor allem die Ehefrauen und -männer der Erkrankten von massiven Gesundheitsproblemen und arbeitsbedingten Belastungen betroffen. 73 % der Ehepartner litten unter Energieverlusten (vs. 39 % der Kinder), 78 % berichteten von emotionalen Belastungen bzw. Depressionen (vs. 47 % der Kinder) und von Schlafproblemen waren 76 % der Ehepartner (vs. 48 % der Kinder) betroffen. Gleichfalls fühlten sich die Ehepartner wesentlich stärker sozial isoliert (62 %) und arbeitsbedingt stärker belastet (73 %), als dies bei den Kindern der Erkrankten der Fall war. Eine multivariate Analyse zeigte, dass der subjektive Eindruck der sozialen Isolation (OR = 8,5; $p < 0,0001$) sowie die wahrgenommenen

⁶¹ Das „Nottingham Health Profile“ (NHP) nach Hunt et al. (1986) wird zur Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verwendet. Das NHP (hier zur Vereinfachung anhand der deutschen Version erklärt) umfasst 38 Items, die auf sechs Skalen verteilt sind: Energieverlust, Schmerz, emotionale Reaktion, Schlafprobleme, soziale Isolation und Mobilitätsverlust. „Beispielitems für die Skalen sind: „Ich bin andauernd müde“ (Energieverlust); „Ich habe Schmerzen beim Gehen“ (Schmerz); „Ich fühle mich gereizt“ (emotionale Reaktion); „Ich liege nachts die meiste Zeit wach“ (Schlafprobleme); „Ich fühle mich einsam“ (soziale Isolation); „Ich kann mich nur innerhalb des Hauses bewegen“ (Mobilitätsverlust)“ (Hinz et al. 2003: 353). Die erreichbaren Wert liegen zwischen 0 und 100 (alle Items der Skala bejaht), wobei hohe Werte für eine geringe Lebensqualität sprechen (vgl. Hinz et al. 2003: 353).

⁶² Das „Zarit Burden Interview“ (ZARIT) nach Zarit et al. (1980) dient zur Erfassung des Belastungsempfindens von Pflegepersonen im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen. Das Interview umfasst 29 Items (z. B. „Durch die Pflege meines Partners bleibt mir nur noch wenig Zeit“; „Es ist schmerzhaft, wenn ich an das Alter meines Partners denke“; „Ich fühle mich unbehaglich, wenn ich Freunde zu Besuch habe“; „Ich fühle, dass mein Sozialleben durch die Beschäftigung mit meinem Partner gelitten hat“), die auf einer vierstufigen Skala (0 = niemals; 4 = „fast immer“) bewertet und schließlich zu einem Summenscore addiert werden (vgl. Burns et al. 2004: 327; Bédard et al. 2001: 652ff).

emotionalen Belastungen (OR = 5,1; $p < 0,001$) signifikant mit dem Status des Ehepartners verknüpft waren. Ein ähnlicher Trend zeigte sich auch bei den schlafassoziierten Problemen (OR = 3,2; $P = 0,002$) sowie bei der mit Hilfe der Zarit-Skala gemessenen Arbeitsbelastung (OR = 4,4; $P = 0,0002$). Das Ausmaß der wahrgenommenen gesundheitlichen Belastungen korrelierte dabei mit dem Gesundheitsstatus der demenziell erkrankten Familienmitglieder. Grundsätzlich wurden dabei die funktionalen Behinderungen des Erkrankten als belastender erlebt, als seine kognitiven Defizite. Einen maßgeblichen Einfluss auf das Befinden der Angehörigen hatte zudem die Wohnsituation der demenziell Erkrankten. Wurden die Betroffenen innerhalb eines institutionellen Settings versorgt, war dies bei den Angehörigen allgemein mit signifikant geringeren emotionalen (NHP) und arbeitsbedingten Belastungen (ZARIT) verbunden. In diesen Fällen klagten die Angehörigen jedoch über ein deutlich stärkeres Ausmaß an sozialer Isolation (OR = 1,9; $P = 0,02$) als die Angehörigen ambulant betreuter Demenzerkrankter. Ein separater Vergleich der verschiedenen Angehörigengruppen förderte, wie aus Tabelle 35 ersichtlich, jedoch bedeutsame Unterschiede zwischen dem Ausmaß der gesundheitlichen bzw. arbeitsbedingten Belastungen und dem jeweils zugrunde liegenden Betreuungsstatus zu Tage.

Tab. 35: Subjektiver Gesundheitszustand (NHP) und Arbeitsbelastung (ZARIT) der pflegenden Angehörigen (oder Bezugspersonen) jedes Betreuungsprogramms. Odds Ratios abgestimmt auf ADL, Institution, Alter, Geschlecht und Stellung der primären Pflegeperson (oder Bezugsperson).

Betreuungsprogramme	NHP				ZARIT
	Energy	Emotional reactions	Sleep	Social isolation	
Ambulante Unterstützungsdienste	0,34 P = 0,06	0,18 P = 0,006	0,11 P = 0,0005	0,29 P = 0,03	0,34 P = 0,09
Tagespflege	1,3 NS	0,99 NS	0,36 P = 0,08	0,13 P = 0,0003	0,47 NS
Experten-Zentren	0,66 NS	0,32 P = 0,02	0,44 NS	0,79 NS	0,32 P = 0,04
Group Living/Cantou	0,17 P = 0,0005	0,10 P = 0,0001	0,21 P = 0,002	0,21 P = 0,002	0,11 P = 0,0002
Kurzzeitpflege (als Referenz)	1,0 (ref.)	1,0 (ref.)	1,0 (ref.)	1,0 (ref.)	1,0 (ref.)
NS = nicht signifikant					

Quelle: Colvez et al. (2002): 227.

So zeigte sich, dass die gesundheitlichen und arbeitsbedingten Belastungen von Angehörigen, deren demenzerkrankte Familienmitglieder durch ambulante Sozialdienste betreut oder in CANTOU- bzw. GROUP LIVING-Wohngemeinschaften versorgt wurden, signifikant

geringer ausgeprägt waren als dies bei der Referenzgruppe (Kurzzeitpflege) oder den anderen Angehörigengruppen (Expertenzentren und Tagespflege) der Fall war. Die Angehörigen der CANTOU- bzw. GROUP LIVING-Bewohner bildeten jedoch die einzige Gruppe, die sich in allen Belastungsbereichen signifikant von der Referenzgruppe unterschied und sich – mit Ausnahme von schlafassoziierten Problemen – sowohl arbeitsbedingt als auch gesundheitlich mit Abstand am geringsten belastet fühlte („Odds Ratios“ zwischen 0,10 mit $P = 0,0001$ und 0,21 mit $P = 0,002$) (vgl. Tab. 35). Colvez et al. (2002: 219f) halten daher fest: „The Group-Living/Cantou program appeared as the most efficient way to reduce informal caregiver burdens, independently from the country considered.“

Ledéser/Colvez (1993: 389ff) verfolgten dagegen das Ziel, die Lebenserwartung von demenziell erkrankten CANTOU- und Krankenhaus-Bewohnern zu erfassen und miteinander zu vergleichen, um auf diese Weise Erkenntnisse über die in beiden Versorgungssettings vorherrschende pflegerische und medizinische Versorgungsqualität gewinnen zu können. Hierzu wurden entsprechende Daten von 151 CANTOU-Bewohnern und 556 Bewohnern verschiedener Langzeitpflegekrankenhäuser ausgewertet, die im Zeitraum von Mai 1978 bis September 1988 in den betreffenden Einrichtungen lebten. Eine Zusammenstellung der wichtigsten Untersuchungsergebnisse kann der Tabelle 36 entnommen werden.

Tab. 36: Mortalität und mittlere Überlebensdauer der CANTOU- und Krankenhausbewohner.

	absolut (n = 707)	sterblichkeits- bezogener Odds Ratio	mittlere Überlebensdauer in Tagen (Jahren)
Cantou	151	1	1060 (2,9)
Krankenhaus	556	1,1 NS	964 (2,6)
Männer	170	1	658 (1,8)
Frauen	537	0,6 $p < 0,001$	1100 (3,0)
jünger als 80 Jahre	211	1	1111 (3,0)
80 bis 85 Jahre	191	1,0 NS	1122 (3,1)
85 bis 90 Jahre	184	1,2 NS	1045 (2,9)
älter als 90 Jahre	121	1,8 $p < 0,001$	627 (1,7)
NS = nicht signifikant			

Quelle: In Anlehnung an Ledéser/Colvez (1993): 392f.

Zunächst zeigte sich, dass die Überlebensdauer der Frauen beider Bewohnerpopulationen jene der männlichen Bewohner signifikant übertraf ($p < 0,001$). Während die Frauen durchschnittlich drei Jahre nach dem Umzug in eine Pflegeeinrichtung verstarben, überlebten die Männer im Mittel nur 1,8 Jahre. Gleichfalls wurde deutlich, dass die über 90-jährigen

Bewohner über einen signifikant kürzeren Zeitraum überlebten, als dies bei den jüngeren Bewohnern der Fall war ($p < 0,001$). Von entscheidender Bedeutung war jedoch, dass sich die Lebenserwartung der CANTOU-Bewohner nicht signifikant von jener der Krankenhaus-Bewohner unterschied. „Après ajustement sur l'âge à l'entrée, le sexe et la date d'entrée dans la structure, il n'existait pas de différence significative de survie entre les sujets des «cantou» et ceux des «longs séjours hospitaliers»“ (Ledéser/Colvez 1993: 392). Nach ihrem Einzug in die Wohngruppen überlebten die CANTOU-Bewohner im Mittel 1060 Tage bzw. 2,9 Jahre. Bei den Bewohnern der Langzeitpflegekrankenhäuser belief sich dieser Zeitraum auf durchschnittlich 964 Tage bzw. 2,6 Jahre (vgl. Tab. 36). Ledéser/Colvez (1993) schließen daraus, dass sich beide Versorgungsmodelle hinsichtlich ihrer medizinischen Versorgungsqualität nicht wesentlich voneinander unterscheiden und sehen in diesem Ergebnis einen wichtigen Beweis für die Qualität des „semi-professionellen“ Pflegekonzeptes der CANTOU-Einrichtungen. Ebenfalls muss jedoch hinterfragt werden, inwieweit selbige geeignet sind, eine tatsächlich bessere Betreuung von demenziell Erkrankten und ihren Angehörigen zu gewährleisten. „Si la mortalité dans les deux types d'institutions est identique, il devient légitime de se demander si l'institution «cantou» est susceptible d'apporter un meilleur soutien aux personnes atteintes de démence senile et à leur entourage“ (Ledéser/Colvez 1993: 395).

In dieser Absicht versuchten Ritchie et al. (1992) mögliche Unterschiede zwischen den Wohngemeinschaften nach dem CANTOU-Modell und herkömmlichen stationären Pflegeeinrichtungen für demenziell Erkrankte herauszustellen. Da die konzeptionelle Ausgestaltung der bestehenden CANTOU-Einrichtungen jedoch in teils hohem Maße differiert wurden zunächst diejenigen CANTOUS herausgefiltert, die der originären CANTOU-Philosophie und damit den folgenden neun Kriterien entsprachen:

1. Im Vordergrund steht das gemeinschaftliche Leben in einem separaten Wohnbereich.
2. Die Bewohner bilden eine geschlossene, stationär versorgte Gruppe.
3. Die Einrichtung besteht aus zwölf bis 15 Appartements, die um einen gemeinschaftlich genutzten Wohnbereich gruppiert sind.
4. Die Bewohner sind primär demenziell erkrankt.
5. Die Einrichtung lehnt eine pflegerisch-medizinische Ausrichtung ab.
6. Die Aktivitäten in der Einrichtung beziehen sich vorwiegend auf Alltagstätigkeiten.
7. Das Personal hat „polyvalente Fähigkeiten“ und arbeitet dauerhaft in der Einrichtung.
8. Die Einrichtung wird in administrativer Hinsicht autonom geführt.

9. Die Angehörigen nehmen regelmäßig am Alltagsleben in der Einrichtung teil.

Auf diesem Wege wurden schließlich zehn französische CANTOU-Einrichtungen identifiziert, die mit einer Gesamtzahl von 110 Bewohnern in die Studie aufgenommen wurden. Als Vergleichseinrichtungen dienten 20 Langzeitpflegekrankenhäuser mit einer Gesamtzahl von 242 demenziell erkrankten Bewohnern. Im Mittelpunkt des Interesses standen sowohl die Demenzerkrankten selbst, als auch ihre Angehörigen sowie die Mitarbeiter der jeweiligen Einrichtungen, wobei sich die grundlegenden Forschungsfragen in vier Teilbereiche untergliedern lassen:

1. Über welche kennzeichnenden Merkmale verfügen die CANTOU- und die Krankenhaus-Bewohner und wie unterscheiden sich beide Gruppen im Hinblick auf ihre kognitiven und funktionalen Potenziale?

Hierzu wurden zunächst die grundlegenden Charakteristika der Untersuchungsteilnehmer, also Alter, Geschlecht, Ausbildungsgrad, Aufenthaltsdauer und vorheriger Aufenthaltsort erfasst. Darauf folgte eine Klassifizierung des jeweils vorliegenden Demenztyps nach DSM-III sowie die Erfassung des Schweregrades der Demenz unter Einsatz der „Clinical Dementia Rating Scale“⁶³ (CDR) nach Hughes et al. (1982) sowie der „Minimal Mental State Examination“⁶⁴ (MMSE) nach Folstein et al. (1975). Zudem sollte das funktionale Fähigkeitsspektrum der Untersuchungsteilnehmer unter Verwendung der „Echelle de Comportement et Adaptation“-Skala (ECA) nach Ritchie/Ledéser (1991) im Rahmen von Beobachtungen beurteilt werden. Die ECA-Skala setzt sich aus fünf Subskalen zusammen, mit deren Hilfe die Selbständigkeit der Bewohner in den Bereichen der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL), der körperlichen Funktionsfähigkeit, der Kommunikation, der Beschäftigung sowie der sozialen Fähigkeiten gemessen werden können. Ergänzend wurde auch die Häufigkeit von depressiven Symptomen erfasst. Die soziodemografischen und klinischen Merkmale der CANTOU- und der Krankenhaus-Bewohner werden in Tabelle 37 zusammengefasst. Zunächst fällt auf, dass die Krankenhaus-Bewohner mit durchschnittlich 85,3 Lebensjahren signifikant älter waren als die im Mittel 81,3 Jahre alten CANTOU-Bewohner ($t = 4,83$; $p < 0,001$). Der geringfügig höhere Anteil von Frauen in der CANTOU-Population erreichte hingegen kein signifikantes Ausmaß. Auch konnten zwischen den beiden Bewohnergruppen keine signifikanten Unterschiede

⁶³ Die „Clinical Dementia Rating Scale“ (CDR) nach Hughes et al. (1982) ist ein strukturiertes Interview zur Erfassung des globalen Schweregrades demenzieller Erkrankungen. Hierzu werden Fragen aus sechs Bereichen verwendet: Gedächtnis, Orientierung, Urteils- und Problemlösungsfähigkeit, außerhäusliche Angelegenheiten, Hobbies bzw. Freizeitaktivitäten und Körperpflege. Die Schwere der Beeinträchtigungen wird auf einer fünfstufigen Skala bewertet (0 = „keine Beeinträchtigung“; 0,5 = „fragliche Demenz“; 1 = „leichte Demenz“; 2 = „mittelschwere Demenz“; 3 = „schwere Demenz“) (vgl. Burns et al. 2004: 238).

⁶⁴ Vgl. Kap. I/6.1.3: 62f.

im Hinblick auf das mit Hilfe der MMSE ermittelte kognitive Leistungsspektrum, den Schweregrad des Demenzsyndroms (CDR), den Ausbildungsgrad sowie die Aufenthaltsdauer in der jeweiligen Einrichtung festgestellt werden.

Tab. 37: Unterschiede zwischen den CANTOU- und den Krankenhausbewohnern in Bezug auf soziodemografische und klinische Variablen.

	CANTOU	Krankenhaus
Altersdurchschnitt	81,3 (6,9)	85,3** (7,0)
weibliche Bewohner	85 %	80 %
Ausbildungsdauer, Jahre	9,29 (3,47)	8,74 (3,12)
MMSE-Werte	9,49 (8,17)	9,66 (7,88)
Aufenthaltsdauer, Jahre	2,4 (0,26)	2,75 (0,16)
häusliche Unterbringung vor der Aufnahme	41 %	11 %**
SDAT	74 %	56 %
MID	8 %	18 %**
kardiovaskuläre Erkrankungen	38 %	90 %
neurologische Erkrankungen	17 %	51 %**
psychotrope Medikation/ Patient	1,37	0,99*
Dekubitus	0 %	9,3 %**
* p<0,05; ** p<0,01		

Anmerkung: Mittelwerte, Standardabweichungen und prozentuale Anteile.

Quelle: Ritchie et al. (1992): 553.

Während jedoch ein signifikant größerer Anteil ($p<0,01$) der CANTOU-Bewohner vor ihrer Aufnahme im häuslichen Umfeld versorgt wurde (41 %), war dies nur bei 11 % der Krankenhaus-Bewohner der Fall. Letztgenannte waren vor ihrer Aufnahme zumeist in Kurzzeitpflegeeinrichtungen untergebracht. Ferner waren bei den Krankenhaus-Bewohnern signifikant häufiger dekubitale Verwundungen festzustellen, als bei den CANTOU-Bewohnern ($p<0,01$). In den CANTOU-Einrichtungen wurden jedoch signifikant häufiger psychotrope Medikamente verschrieben ($p<0,05$). Sowohl bei den CANTOU- als auch bei den Krankenhaus-Bewohnern konnte in Mehrheit die Alzheimer-Demenz (SDAT) als Ursache des kognitiven Leistungsverlustes diagnostiziert werden. Dennoch war der Anteil der vaskulären Demenzformen im Krankenhaus signifikant höher ($\chi^2 = 9,69$; $p<0,008$), was auch den größeren Anteil an kardiovaskulären und neurologischen Erkrankungen bei den Krankenhaus-Bewohnern erklärt (vgl. Tab. 37). Die verhaltensbedingten und kognitiven Unterschiede zwischen der CANTOU- und der Krankenhaus-Population kommen in Tabelle 38 zur Darstellung. Zunächst wird deutlich, dass die Bewohner der CANTOU-Einrichtungen signifikant bessere Depressionswerte aufwiesen als die Krankenhaus-Bewohner ($p<0,01$). Ferner schnitten die CANTOU-Bewohner im Vergleich zur Krankenhaus-Population auch im Bereich der sprachlichen Aufnahmefähigkeit

signifikant besser ab ($p < 0,05$). In Bezug auf die anderen kognitiven Parameter konnten jedoch keine wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Bewohnergruppen herausgestellt werden.

Tab. 38: Verhaltensbedingte und kognitive Unterschiede zwischen den CANTOU- und den Krankenhausbewohnern.

	CANTOU	Krankenhaus
Sprachliche Aufnahmefähigkeit	4,0 (6,41)	2,5 (4,55)*
Aufmerksamkeitsdefizite	21 %	26,8 %
Visuelle Benennungsleistung	0,38 (0,1)	0,23 (0,63)
Defizite des Langzeitgedächtnisses	67 %	59,2 %
Verbale Fluidität	13,54 (5,89)	14,35 (5,99)
Benennungsschwierigkeiten	43,7 %	38,6 %
Agnosie	52,5 %	51,9 %
Konstruktive Apraxie	90 %	97 %
Depressionswerte	10,1 (6,3)	13,1 (7,6)**
ECA		
Selbständigkeit	51,7 (22,6)	35,6 (20,3)**
Physische Kapazitäten	13,9 (5,1)	8,4 (4,5)**
Kommunikation	13,7 (6,8)	10,9 (5,9)**
Beschäftigung	4,3 (3,7)	1,3 (1,5)**
Geselligkeit	12,3 (3,6)	11,4 (2,8)**
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$		

Anmerkung: Mittelwerte, Standardabweichungen und prozentuale Anteile.
Quelle: Ritchie et al. (1992): 553.

Dies galt jedoch nicht für die mit Hilfe der ECA-Skala erzielten Resultate. Wie aus Tabelle 38 ersichtlich, waren die CANTOU-Bewohner zum Erhebungszeitpunkt signifikant selbständiger ($p < 0,01$), kommunikativer ($p < 0,01$) und geselliger ($p < 0,01$) als die Krankenhaus-Bewohner und zeichneten sich gleichfalls durch eine signifikant höhere physische Funktionsfähigkeit ($p < 0,01$) sowie eine signifikant größere Beschäftigungskompetenz ($p < 0,01$) aus. Diese Unterschiede waren unabhängig vom Typus des demenziellen Syndroms und den Faktoren „Bildung“ und „Alter“. Eine Follow-up-Untersuchung mit jeweils 50 Bewohnern jedes Einrichtungstyps (passend ausgewählt in Bezug auf Alter, Geschlecht, Ausbildung, Krankheiten, Schweregrad und Typus der Demenzerkrankung) zeigte allerdings, dass sich das ECA-assoziierte Fähigkeitsspektrum der CANTOU-Bewohner mit der Zeit reduzierte und nach einem Jahr nicht mehr signifikant von jenem der Krankenhaus-Bewohner unterschied. Ritchie et al. (1992: 553) halten daher fest: „If the cantou is beneficial in terms of maintaining autonomy, then this benefit appears to diminish over time. In the later stages type of care appears to have little effect on functional ability.“ Auch in Bezug auf den Schweregrad der Demenzerkrankungen war nach

einem Jahr nach wie vor kein signifikanter Unterschied zwischen den CANTOU- und den Krankenhaus-Bewohnern feststellbar, was die Vermutung nahe legt, dass der Versorgungstypus bzw. die Art der Unterbringung kaum Einfluss auf die Progression der Erkrankung ausübte. Freilich ist vorstellbar, dass sich die kognitiven Ressourcen und das globale Fähigkeitsspektrum der Krankenhaus-Bewohner zu einem früheren Zeitpunkt verschlechterten als dies bei den CANTOU-Bewohnern der Fall war; aus den Resultaten einer einzelnen Follow-up-Untersuchung kann eine solche Vermutung jedoch nicht abgeleitet werden.

2. Welches Ausmaß an Lebensqualität können die Einrichtungen ihren Bewohnern bieten? In Anlehnung an die von der WHO (1980) entwickelten „Überlebensfunktionen“ (*engl.* „survival roles“) wurde die Lebensqualität der Untersuchungsteilnehmer anhand ihrer sozialen Funktionsfähigkeit (gemessen an der Häufigkeit verbaler Kommunikationsprozesse), ihrer Mobilität sowie der ihnen gewährten Möglichkeiten zur konstruktiven Beschäftigung beurteilt.

It was thus decided to assume, a priori, that the better the performance of the person in terms of survival roles, the better the quality of his life even if this level of accomplishment is very low in terms of the expectations of our society (Ritchie et al. 1992: 550).

Häufigkeit und Dauer dieser Verhaltensweisen wurden tagsüber zu verschiedenen zufällig ausgewählten Zeitpunkten durch Beobachtungen erfasst. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Ermittlung von stressassoziierten Verhaltensweisen (Weinen, Schreien, Aggression und agitierte Bewegungsabläufe), deren Auftreten ebenfalls im Rahmen von Beobachtungen erfasst werden sollten. Ferner wurden zwei weitere Parameter in die Studie aufgenommen, von denen sich die Autoren Aufschluss über das Wohlbefinden der Untersuchungsteilnehmer erhofften: zum einen die Häufigkeit von abschätzigen bzw. herabsetzenden Formen der Ansprache von Seiten des Pflegepersonals (z. B. die Bezeichnung „Oma“ als nicht angemessene Adressierungsform oder das Duzen von Bewohnern) sowie Defizite im Bereich des Erscheinungsbildes der Bewohner (unangemessene Kleidung, ungepflegter Zustand u. ä.) zum anderen. Ritchie et al. (1992: 554) verweisen jedoch zugleich auf die Komplexität des Lebensqualitätsbegriffs und die beschränkten Möglichkeiten seiner empirischen Erfassung: „The behavioural measures used in the present study can only be considered as very crude indirect measures of wellbeing.“ Die Durchführung der Verhaltensbeobachtungen erfolgte anhand einer Stichprobe von 27 Bewohnerpaaren (27 Bewohner jedes Einrichtungstyps), die von einer weitgehenden Kongruenz in Bezug auf Alter, Geschlecht, Erkrankungen, demenziellem Typus und Schweregrad

gekennzeichnet war und so eine Vergleichbarkeit der Resultate gewährleisten sollte. Jedes Bewohnerpaar wurde simultan über einen Zeitraum von insgesamt drei Stunden in zufällig ausgewählten 90-Minuten-Intervallen an ebenfalls zufällig ausgewählten Wochentagen beobachtet, woraus ein Gesamtzeitraum von 162 Beobachtungsstunden resultierte (1 Bewohnerpaar = 6 Beobachtungsstunden x 27 Bewohnerpaare). Jeder Beobachtung ging zudem eine 15-minütige Simulationsphase voraus, um die Bewohner an die Präsenz des Beobachters zu gewöhnen. Häufigkeit und Dauer der Kommunikationsprozesse, der verschiedenen Mobilitätsvariablen, der Beschäftigungsformen sowie der obig angeführten Stressindikatoren wurden unter Verwendung eines standardisierten Beobachtungsplans aufgezeichnet, welcher vor Untersuchungsbeginn in einer exkludierten Langzeitpflegeeinrichtung getestet wurde. Die in dieser Testphase gemessene Interrater-Reliabilität (Pearson-Korrelationskoeffizient) rangierte zwischen 0,77 ($p < 0,002$) bei den Beobachtungen der Kommunikationsprozesse und 0,98 ($p < 0,001$) bei der Aufzeichnung der verschiedenen Beschäftigungsvariablen. Die anhand der 27 Vergleichspaare gemessenen Verhaltensunterschiede können der Tabelle 39 entnommen werden.

Tab. 39: Unterschiede in den beobachteten Verhaltensweisen von 27 Vergleichspaaren der CANTOU- und Krankenhauspopulation.

Verhaltenskategorien	CANTOU (Mittelw.)	Krankenhaus (Mittelw.)	<i>t</i>	<i>p</i>
Mobilität				
zielorientiertes Gehen (Dauer/Min.)	2,6 (3,8)	0,8 (1,6)	2,5	0,02
zielorientiertes Gehen (Häufigkeit)	2,7 (4,9)	0,41 (1,0)	2,6	0,02
ziellooses Umherwandern (Dauer/Min.)	6,7 (17,1)	2,5 (7,0)	1,2	0,25
Gehen außerhalb des eigenen Zimmers (gesamt)	4,3 (5,8)	1,0 (2,1)	3,1	0,01
Verbale Kommunikation				
mit dem Pflegepersonal (Dauer/Min.)	2,4 (3,4)	1,0 (1,3)	2	0,06
mit anderen Bewohnern (Dauer/Min.)	3,9 (5,2)	0,7 (1,5)	2,9	0,008
initiiert durch Besucher (Dauer/Min.)	4,3 (10,3)	2,5 (7,0)	0,7	0,47
Beschäftigung				
organisierte Beschäftigung (Dauer/Min.)	37,1 (41,8)	43,4 (53,4)	-0,59	0,56
organisierte Beschäftigung (Häufigkeit)	1,7 (1,2)	1,8 (2,3)	-0,15	0,88
medizinisch bedingte Aktivitäten* (Dauer/Min.)	1,1 (2,3)	4,4 (13,6)	-1,3	0,22
medizinisch bedingte Aktivitäten* (Häufigkeit)	0,5 (0,6)	0,6 (0,7)	-0,4	0,68
hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Dauer/Min.)	1,0 (28,0)	1,7 (8,7)	1,5	0,16
Gruppenaktivitäten (Dauer/Min.)	64,7 (61,6)	27,4 (47,2)	2,7	0,01
allein im Zimmer (Dauer/Min.)	66,1 (58,1)	103,9 (70,0)	-2,2	0,04
Verhaltensauffälligkeiten				
Aggression (Dauer/Min.)	0,1 (0,4)	0,0 (0,0)	1,3	0,22
Weinen (Dauer/Min.)	0,09 (4,6)	0,3 (0,7)	0,7	0,5
Schreien (Dauer/Min.)	0,1 (0,2)	0,2 (1,0)	-0,7	0,49
agitierte, stereotype Bewegungsabläufe (Dauer)	2,5 (5,8)	22,4 (39,2)	-2,6	0,02
* Medizinische Untersuchungen und Behandlung				

Quelle: Ritchie et al. (1992): 555.

Wie aus Tabelle 39 ersichtlich, konnten in Bezug auf die durch das Pflegepersonal oder Besucher initiierten Kommunikationsprozesse keine wesentlichen Unterschiede zwischen der CANTOU- und der Krankenhaus-Population ermittelt werden. Dennoch kommunizierten die CANTOU-Bewohner signifikant häufiger untereinander als dies bei den Krankenhaus-Bewohnern der Fall war ($p < 0,01$). Ferner fällt auf, dass sich die CANTOU-Bewohner wesentlich mobiler zeigten. Dies galt sowohl für die Dauer ($p < 0,05$) als auch für die Häufigkeit ($p < 0,05$) der zielorientierten Bewegungsprozesse. Gleichfalls bewegten sich die CANTOU-Bewohner signifikant häufiger außerhalb ihrer eigenen Räumlichkeiten ($p < 0,05$). Teils unerwartete Resultate leiteten sich jedoch aus den Beobachtungen der Aktivitätsprofile beider Bewohnergruppen ab. Bemerkenswert war vor allem, dass die CANTOU-Bewohner keinen signifikant höheren Zeitanteil mit der Durchführung von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten verbrachten als die Krankenhaus-Bewohner, besteht hierin doch ein wesentlicher konzeptioneller Baustein des CANTOU-Modells. Die CANTOU-Bewohner verbrachten jedoch signifikant größere Zeitanteile mit Gruppenaktivitäten ($p < 0,05$) und weniger Zeit in ihren eigenen Räumlichkeiten ($p < 0,05$) als dies bei den Krankenhaus-Bewohnern der Fall war. In Bezug auf die von Ritchie et al. (1992) untersuchten Stressindikatoren wurden keine wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Bewohnergruppen festgestellt. Zwar konnte in der Krankenhaus-Population ein signifikant höheres Ausmaß an agitierten Bewegungstereotypen beobachtet werden; selbige waren jedoch vermutlich eher auf neuropathologische Ursachen und weniger auf stressbedingte Umstände zurückzuführen. Ebenfalls keine Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der „Adressierungsetikette“ des Pflegepersonals. Jeweils 26 Personen beider Bewohnergruppen wurden im Verlauf der Untersuchung in abschätziger bzw. herablassender Weise adressiert. Defizite in Bezug auf das physische Erscheinungsbild wurden ausschließlich bei fünf Krankenhaus-Bewohnern beobachtet; die CANTOU-Bewohner waren in dieser Hinsicht unauffällig. Dieser Umstand erreichte aber kein signifikantes Ausmaß ($\chi^2 = 3,5$; $p < 0,06$). Ungeachtet dessen halten Ritchie et al. (1992: 555) zusammenfassend fest: „Overall the ‘quality of life’ as indicated by these simple criteria suggests the cantou environment may be more positive in its promotion of sociability and goal-oriented mobility.“

3. Wie wirken sich die unterschiedlichen Versorgungssettings auf die Zufriedenheit und das Belastungsempfinden der Angehörigen der demenzerkrankten Bewohner aus?

Zur Beantwortung dieser Frage wurde eine von Ritchie/Ledésert (1992: 5ff) entwickelte Likert-Skala verwendet, die anhand von 20 Items (vgl. Tab. 40) sowohl die Zufriedenheit

von Angehörigen mit den Leistungen von Pflegeeinrichtungen als auch ihre persönliche, subjektiv empfundene psychische und physische Konstitution sowie soziale Problemkomplexe erfasst und damit detaillierte Aussagen zu folgenden Bereichen ermöglicht:

- die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung und der Pflege des Erkrankten;
- das physische und psychische Belastungsempfinden des Angehörigen;
- die Auswirkungen der Pflege auf das soziale Netzwerk und die soziale Funktionsfähigkeit des Angehörigen;
- finanzielle Belastungen, die durch die Versorgung des Erkrankten entstehen;
- die physische und psychische Gesundheit des Angehörigen sowie
- Schwierigkeiten, die bei der Teilung der pflegerischen Verantwortung mit professionellen Diensten entstehen.

Ein entsprechender Fragebogen wurde an alle Familien der CANTOU- und der Krankenhaus-Bewohner verschickt (insgesamt 310 Adressaten) und von 257 Angehörigen beantwortet. Dies entsprach einer Rücklaufquote von knapp 83 %. Im Rahmen der Auswertungen zeigte sich zunächst, dass die Kinder der Betroffenen mit einer relativen Häufigkeit von 61 % den größten Anteil der Hauptpflegepersonen bildeten (70 % bei den CANTOU-Bewohnern und 56 % bei den Krankenhaus-Bewohnern). Ihnen folgten andere Verwandte mit 33 % und schließlich die Partner der Erkrankten mit 6 %. Ferner offenbarte sich, dass letztlich vorwiegend soziale und „logistische“ Problemkomplexe und weniger medizinische Ursachen für die Institutionalisierung der Erkrankten ausschlaggebend waren (problematische Verhaltensweisen der Erkrankten, Inkompatibilität von pflegerischer Versorgung und familiären Verpflichtungen, Bedarf an nächtlicher Überwachung etc.). Die Ergebnisse der Angehörigenbefragung können der Tabelle 40 entnommen werden. Sie zeigt die prozentuale Übereinstimmung der Angehörigen der CANTOU- und der Krankenhausbewohner mit den Inhalten des Angehörigen-Fragebogens und kennzeichnet zusätzlich diejenigen Items, die bezüglich ihrer Beantwortung signifikante Unterschiede zwischen den beiden Angehörigengruppen offenbarten. Wie aus Tabelle 40 ersichtlich, konnten bezüglich der „personenbezogenen Befindlichkeitsitems“ des Fragebogens (Items 10-18 und 20) nur geringe Unterschiede zwischen den Angehörigen der Krankenhaus- und der CANTOU-Bewohner festgestellt werden. Zwar zeigten sich die Angehörigen der CANTOU-Bewohner signifikant weniger über ihre Situation besorgt ($p < 0,05$) und hatten bedeutend geringere Schwierigkeiten, ihren erkrankten Angehörigen in der Einrichtung zu besuchen ($p < 0,05$).

Tab. 40: Prozentualer Anteil der Zustimmung der Angehörigen der CANTOU- und der Krankenhausbewohner mit den Items des Angehörigen-Fragebogens.

Items	% CANTOU	% Krankenhaus
1. Allgemeine Zufriedenheit	100	85**
2. Die gepflegte Person macht einen glücklichen Eindruck	76	54**
3. Die medizinische Betreuung ist ausreichend	87	92
4. Der Komfort der Einrichtung ist unzureichend	39	77**
5. Ein stärkerer Einbezug in die Pflege ist gewünscht	8	23*
6. Das Pflegepersonal trifft zu viele Entscheidungen	17	30*
7. Kein ausreichendes Angebot an Aktivitäten	51	55
8. Ein besserer Kontakt zum Pflegepersonal ist erwünscht	18	54**
9. Das Pflegepersonal zeigt Interesse an der Meinung der Familie	91	66**
10. Der Angehörige wünscht sich weniger Entscheidungen	16	22
11. Der Angehörige ist um den Verwandten besorgt	26	40*
12. Der Angehörige selbst ist gesund	71	64
13. Der Erkrankte verhindert Beziehungen zu Freunden	12	13
14. Der Erkrankte verursacht familiäre Probleme	20	29
15. Der Erkrankte verursacht finanzielle Schwierigkeiten	37	34
16. Der Angehörige hat Schuldgefühle	28	37
17. Der Angehörige ist aufgrund der Erkrankung depressiv	31	43
18. Der Angehörige hat häufig das Bedürfnis zu weinen	46	59
19. Der Angehörige hätte sich mehr Informationen über die Möglichkeiten zur Betreuung des Erkrankten gewünscht	29	44*
20. Der Angehörige hat Schwierigkeiten, die ältere Person zu besuchen	29	44*
* χ^2 signifikant $p < 0,05$; ** χ^2 signifikant $p < 0,001$		

Quelle: Ritchie/Ledésert (1992): 11.

In der Summe war jedoch etwa ein Drittel aller Befragten persönlichen Belastungen ausgesetzt, die sich sowohl aus Depressionen, Schuld- und Traurigkeitsgefühlen zusammensetzten als auch aus familiären Konflikten und finanziellen Problemlagen resultierten. Ein anderes Bild zeigte sich jedoch in Bezug auf die „institutionsbezogenen Zufriedenheitsitems“ des Fragebogens (Items 1-9 und 19). Zwar waren beide Angehörigengruppen mit den Leistungen der untersuchten Versorgungssettings insgesamt zufrieden („Allgemeine Zufriedenheit“). Dennoch schätzten die Familien der CANTOU-Bewohner ihre Angehörigen signifikant häufiger als glücklich ein ($p < 0,001$), fühlten sich wesentlich besser über Pflegefragen informiert ($p < 0,05$) und zeigten sich sowohl mit ihrem Einbezug in die Pflege ($p < 0,05$) als auch mit dem Komfort der Einrichtungen ($p < 0,001$) wesentlich zufriedener, als die Angehörigen der Krankenhaus-Bewohner. Darüber hinaus war ihr Kontakt zu den Mitarbeitern signifikant besser ($p < 0,001$) und sie fühlten sich in ihrer Meinung wesentlich stärker von den Mitarbeitern berücksichtigt ($p < 0,001$), als dies bei den Angehörigen der Krankenhaus-Bewohner gegeben war (vgl. Tab. 40). Die Antworten der beiden Angehörigengruppen waren dabei unabhängig vom Schweregrad der Demenz, dem Ausbildungsgrad oder der Aufenthaltsdauer der Bewohner sowie der Häufigkeit von

depressiven Symptomen in den Bewohner- und Angehörigen-Populationen. „The questionnaire therefore seems sensitive to differences in institutional policy regarding the role of family caregivers“ (Ritchie/Ledéser 1992: 11).

4. Inwieweit lassen sich Unterschiede in Bezug auf die Zufriedenheit und die Gesundheit des Pflegepersonals herausstellen?

Die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte wurde unter Verwendung des „Warr Job Satisfaction Index“⁶⁵ nach Warr et al. (1979) gemessen und ihr Gesundheitsempfinden mit Hilfe des „Nottingham Health Profile“⁶⁶ nach Bucquet et al. (1990) eingeschätzt. Zur Gewinnung weiterer Anhaltspunkte wurden zudem die Krankheitsstände sowie der von jedem Mitarbeiter individuell geschätzte Zeitraum seines voraussichtlichen Verbleibs in der jeweiligen Einrichtung herangezogen. Entsprechende Fragebögen wurden insgesamt an 150 Mitarbeiter der Krankenhäuser und der CANTOU-Einrichtungen verschickt; die Rücklaufquote belief sich auf etwa 79 %. In Bezug auf das mit Hilfe des „Nottingham Health Profile“ gemessene Gesundheitsempfinden konnten keine Unterschiede zwischen den CANTOU- und den Krankenhaus-Mitarbeitern herausgestellt werden. Im Bereich der Arbeitszufriedenheit zeigte sich hingegen ein anderes Bild. So schnitten die CANTOU-Mitarbeiter auf der zwischen 16 und 112 Punkte umfassenden Warr-Skala (höhere Werte kennzeichnen eine höhere Zufriedenheit) mit durchschnittlich 76 Punkten signifikant besser ab als das Krankenhaus-Personal, das im Durchschnitt nur 68 Punkte auf der Skala erreichte ($t = 22,9$; $p < 0,018$). Auch der von jedem Mitarbeiter subjektiv eingeschätzte Zeitraum seines voraussichtlichen Verbleibs in der Einrichtung war bei den Mitarbeitern der CANTOU-Einrichtungen größer als bei den Mitarbeitern der Krankenhäuser. Das Krankenhaus-Personal beanstandete vor allem eine mangelnde Abwechslung im Arbeitsalltag, geringe Entscheidungsfreiheiten, das Fehlen konsistenter therapeutischer Zielvorgaben sowie die mangelhafte Wahrnehmung ihrer Arbeit durch die Krankenhausadministration.

Unter weitgehender Beibehaltung der Methodik von Ritchie et al. (1992) sowie Ritchie/Ledéser (1992) versuchten schließlich Diridollou et al. (1998) die Auswirkungen der CANTOU-Philosophie auf die funktionalen Fähigkeiten von demenzerkrankten Menschen und die Zufriedenheit von Angehörigen und Mitarbeitern zu ergründen. Gegenstand dieser

⁶⁵ Der „Warr Job Satisfaction Index“ bzw. die „Warr-Cook-Wall Scale“ nach Warr et al. (1979) erfasst die grundlegende Arbeitszufriedenheit anhand von neun relevanten Bereichen (z. B. Verantwortung, Arbeitszeit, Bezahlung, Arbeitsbedingungen, Abwechslung im Arbeitsprozess) und bildet zudem die Gesamtzufriedenheit ab. Jeder Bereich wird auf einer siebenstufigen Likertskala beurteilt. Höhere Werte indizieren eine höhere Zufriedenheit (vgl. Warr et al. 1979: 129ff).

⁶⁶ Das „Nottingham Health Profile“ nach Bucquet et al. (1990) entspricht der französischen Übersetzung des bereits umschriebenen „Nottingham Health Profile“ nach Hunt et al. (1986); vgl. Fußnote 61: 237.

Evaluation waren sechs CANTOU-Einrichtungen, die im Zuge einer Umstrukturierung des Zentralkrankenhauses von Saint-Nazaire (Frankreich) errichtet und zum Untersuchungszeitpunkt von 78 überwiegend demenziell erkrankten Menschen bewohnt wurden. Diese Bewohner waren überwiegend weiblich (77,6 %) und durchschnittlich 84 Jahre alt. 62 der 78 Bewohner litten unter einer degenerativen, vaskulären oder einer gemischten Form der Demenz; bei zwei Personen wurde primär eine Depression und bei vier Bewohnern eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Die Durchführung und anschließende Auswertung der „Minimal Mental State Examination“⁶⁷ (MMSE) nach Folstein et al. (1975) ließ im Ganzen auf eine schwere kognitive Beeinträchtigung der CANTOU-Bewohner schließen. Vier Bewohner erreichten MMSE-Werte von mehr als 15 Punkten, bei 14 Bewohnern lagen die Werte zwischen zehn und 15 Punkten; 25 Bewohner waren mit weniger als zehn Punkten vertreten und in 21 Fällen konnten die Tests nicht ausgewertet werden. Die funktionalen Ressourcen der CANTOU-Bewohner wurden mit Hilfe der „Echelle de Comportement et Adaption“-Skala⁶⁸ (ECA) nach Ritchie/Ledésert (1992) eingeschätzt und mit den Ergebnissen von Ritchie et al. (1992) als Referenz verglichen. Dieser Vergleich kann der Tabelle 41 entnommen werden. Zur Gewährleistung einer besseren Übersichtlichkeit werden die von Ritchie et al. (1992) untersuchten CANTOU-Einrichtungen im Folgenden als „INSERM-CANTOU“⁶⁹ bezeichnet und die gewohnten Bezeichnungen „CANTOU“ oder „CANTOU-Einrichtung“ der Evaluation von Diridollou et al. (1998) zugeordnet.

Tab. 41: Auswertung der „Echelle de Comportement et Adaption“-Skala (ECA) im Vergleich zu den Untersuchungsergebnissen von Ritchie et al. (1992) („INSERM-CANTOU“ und „INSERM-Krankenhaus“).

ECA-Item	CANTOU (INSERM)	CANTOU (Diridollou)	Krankenhaus (INSERM)
Selbständigkeit	51,7 (22,6)	36,11 (17,48)	35,6 (20,3)
Physische Kapazitäten	13,9 (5,1)	9,04 (4,08)	8,4 (4,5)
Kommunikation	13,7 (6,8)	11,84 (5,46)	10,9 (5,9)
Beschäftigung	4,3 (3,7)	2,92 (2,56)	1,3 (1,5)

Quelle: Diridollou et al. (1998): 27.

Wie aus Tabelle 41 ersichtlich, zeigten sich die CANTOU-Bewohner in funktionaler Hinsicht insbesondere in Bezug auf ihre Selbständigkeit und ihre physischen Kapazitäten

⁶⁷ Vgl. Kap. I/6.1.3: 62f.

⁶⁸ Vgl. Kap. III/4.3.2: 241.

⁶⁹ Die Abkürzung „INSERM“ steht für das „Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale“ aus Montpellier Cedex (Frankreich), das in der Studie von Ritchie et al. (1992) federführend war (vgl. Ritchie et al. 1992: 549).

wesentlich stärker beeinträchtigt als die Bewohner der INSERM-CANTOUS und waren im Ganzen eher mit der Krankenhaus-Population der Untersuchung von Ritchie et al. (1992) vergleichbar. „La population accueillie dans nos unités est donc plus lourdement dépendante notamment en ce qui concerne le fonctionnement indépendant et les capacités physiques, et la population accueillie y est bien similaire à celle des longs séjours traditionnels“ (Diridollou et al. 1998: 26f). Ungeachtet dessen konnte der Medikamentenverbrauch der CANTOU-Bewohner jedoch gesenkt werden. Die Anzahl der verschriebenen Medikamente verringerte sich von durchschnittlich 3,04 im Jahr 1993 (vor der Umstrukturierung) auf durchschnittlich 2,85 Medikamente pro Bewohner im Erhebungszeitraum (Ende 1996 bis Anfang 1997). Der Einsatz von psychotropen Medikamenten konnte von 53 % (1993) auf 27,5 % gesenkt werden. Die Zufriedenheit der Angehörigen der CANTOU-Bewohner wurde unter Verwendung der von Ritchie/Ledésert (1992: 5ff) entwickelten Likert-Skala⁷⁰ eingeschätzt, die anhand von 20 Items die Zufriedenheit der Angehörigen mit den Leistungen der jeweiligen Einrichtung, ihre subjektiv eingeschätzte psychische und physische Konstitution sowie aus der Erkrankung des Familienmitglieds resultierende soziale Problemlagen erfasst. Ein entsprechender Fragebogen wurde an alle Familien der CANTOU-Bewohner verschickt und von 66 Angehörigen beantwortet. Dies entsprach einer Rücklaufquote von 56 %. Die Ergebnisse dieser Erhebung können zusammen mit den als Referenz verwendeten Resultaten von Ritchie et al. (1992) der Tabelle 42 entnommen werden. Wie ersichtlich, war die allgemeine Zufriedenheit der Angehörigen der CANTOU-Bewohner relativ hoch und übertraf jene der in der Untersuchung von Ritchie et al. (1992) befragten Angehörigen der Krankenhaus-Bewohner signifikant ($p < 0,05$). Ferner schätzten die Familien der CANTOU-Bewohner ihre Angehörigen signifikant häufiger als „glücklich“ ein ($p < 0,0001$), fühlten sich wesentlich besser über Pflegefragen informiert ($p < 0,05$) und zeigten sich sowohl mit dem Komfort der Einrichtungen ($p < 0,001$), als auch mit ihrem Einbezug in die Pflege ($p < 0,05$) sowie der Berücksichtigung ihrer eigenen Interessen ($p < 0,0001$) wesentlich zufriedener, als die Angehörigen der Krankenhaus-Bewohner. Im Gegensatz dazu schätzten die Angehörigen der CANTOU-Bewohner ihren Gesundheitszustand jedoch deutlich schlechter ein ($p < 0,0001$). Vergleicht man die Antworten der Angehörigen beider CANTOU-Einrichtungen miteinander, zeigten sich die von Ritchie et al. (1992) befragten Angehörigen (INSERM-CANTOUS) in einigen Bereichen zufriedener.

⁷⁰ Vgl. Kap. III/4.3.2: 246f.

Tab. 42: Prozentualer Anteil der Zustimmung der Angehörigen der CANTOU-Bewohner mit den Items des Angehörigen-Fragebogens, im Vergleich zu den Ergebnissen von Ritchie et al. (1992) („INSERM-CANTOU“ und „INSERM-Krankenhaus“).

Items	Signi- fi- kanz ←	% CANTOU (INSERM) ←→	% CANTOU (Diridollou) →	% Kranken- haus (INSERM)	Signi- fikanz
1. Allgemeine Zufriedenheit	NS	100,0	93,9	84,6	*
2. Die gepflegte Person macht einen glücklichen Eindruck	**	75,5	71,2	53,8	***
3. Die medizinische Betreuung ist ausreichend	NS	86,6	89,4	92,4	NS
4. Der Komfort der Einrichtung ist angemessen	**	77,3	65,1	39,0	**
5. Ein stärkerer Einbezug in die Pflege ist gewünscht	NS	8,4	7,6	22,6	*
6. Das Pflegepersonal trifft zu viele Entscheidungen	NS	17,5	24,2	29,7	NS
7. Kein ausreichendes Angebot an Aktivitäten	*	50,5	31,8	55,0	*
8. Ein besserer Kontakt zum Pflegepersonal ist erwünscht	NS	17,7	25,8	54,3	NS
9. Das Pflegepersonal zeigt Interesse an der Meinung der Familie	***	90,6	72,7	65,7	***
10. Der Angehörige wünscht sich weniger Entscheidungen	NS	15,5	16,7	22,2	NS
11. Der Angehörige ist um den Verwandten besorgt	NS	25,5	30,3	40,3	NS
12. Der Angehörige selbst ist gesund	***	71,3	48,5	63,7	***
13. Der Erkrankte verhindert Beziehungen zu Freunden	NS	11,5	6,0	12,8	NS
14. Der Erkrankte verursacht familiäre Probleme	NS	19,8	12,1	28,7	NS
15. Der Erkrankte verursacht finanzielle Schwierigkeiten	NS	37,2	51,5	34,1	*
16. Der Angehörige hat Schuldgefühle	NS	28,0	34,8	37,3	NS
17. Der Angehörige ist aufgrund der Erkrankung depressiv	NS	30,8	37,2	42,6	NS
18. Der Angehörige hat häufig das Bedürfnis zu weinen	*	45,6	37,9	59,1	**
19. Der Angehörige hätte sich mehr Informationen über die Möglichkeiten zur Betreuung des Erkrankten gewünscht	NS	29,3	24,2	44,3	*
20. Der Angehörige hat Schwierigkeiten, die ältere Person zu besuchen	NS	29,3	27,3	44,3	NS
NS = nicht signifikant; * p<0,05; ** p<0,001; *** p<0,0001					

Quelle: Diridollou et al. (1998): 27; Ritchie/Ledésert (1992): 11.

So bezeichneten die von Diridollou et al. (1998) befragten Familien ihren erkrankten Angehörigen signifikant seltener als „glücklich“ (p<0,001), fühlten sich in ihrer Meinung seltener vom Pflegepersonal berücksichtigt (p<0,0001) und schätzten ihren eigenen Gesundheitszustand deutlich schlechter ein (p<0,0001). Dennoch war dieses Zufriedenheitsniveau im Ganzen eher mit jenem der Angehörigen der INSERM-CANTOU-Bewohner und weniger mit

jenem der Angehörigen der Krankenhaus-Bewohner vergleichbar (vgl. Tab. 42). Die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte wurde in methodischer Anlehnung an die Studie von Ritchie et al. (1992) mit Hilfe des „Warr Job Satisfaction Index“⁷¹ nach Warr et al. (1979) erfasst. Ausgewertet wurden die Angaben von 66 Mitarbeitern; dies entsprach einer Ausschöpfung von 75 % des kontaktierten Personals. Die Angestellten der CANTOU-Einrichtungen waren mit durchschnittlich 72 Punkten auf der Warr-Skala vertreten und waren damit zufriedener als die von Ritchie et al. (1992) befragten Krankenhaus-Mitarbeiter (durchschnittlich 68 Punkte), jedoch weniger zufrieden als die Mitarbeiter der INSERM-CANTOUS, die im Mittel 76 Punkte erreichten. Zwar zeigten sich die von Diridollou et al. (1998) befragten CANTOU-Mitarbeiter mit ihrer Vergütung signifikant zufriedener als das Personal der Krankenhäuser, obgleich die Angestellten beider Einrichtungen ähnliche Bezüge erhielten. Von dieser Ausnahme abgesehen, konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Mitarbeitergruppen festgestellt werden.

4.3.3 Diskussion der Ergebnisse

Der empirische Zugang zur Frage der Wirksamkeit des CANTOU-Konzeptes bleibt bislang auf nur wenige Untersuchungen begrenzt, die sich in ihrem Forschungsanliegen zudem teils deutlich unterscheiden.

So zielte etwa die Untersuchung von Colvez et al. (2002) darauf ab, das subjektiv wahrgenommene Gesundheitsempfinden und die Arbeitsbelastung von Angehörigen einzuschätzen, deren demenziell erkrankte Familienmitglieder an fünf unterschiedlichen europäischen Betreuungsprogrammen teilnahmen. Zu diesen Programmen zählten sowohl ambulante (Sozialservice), teilstationäre (Tagespflege) und stationäre Betreuungskonzepte (Kurzzeitpflege, Group-Living- und CANTOU-Einrichtungen) als auch übergreifende Unterstützungsdienste (Expertenzentren). Befragungen offenbarten zunächst, dass sich die weiblichen Angehörigen sowie die Ehepartner der Erkrankten besonders stark durch die Demenzerkrankung beansprucht fühlten. So klagten Letztgenannte wesentlich häufiger über emotionale Belastungen bzw. Depressionen, soziale Isolation und Schlafprobleme und fühlten sich zudem arbeitsbedingt stärker beansprucht als die Kinder, andere Verwandte und die nichtfamiliären Bezugspersonen der Betroffenen. Von besonderer Bedeutung war jedoch, dass sich die Versorgungssituation der Erkrankten als modulierender Faktor teils deutlich auf das Belastungsempfinden der Familien auswirkte. So klagten etwa die Familien von demenziell erkrankten

⁷¹ Vgl. Fußnote 65: 249.

Tagespflege-Besuchern über ein signifikant geringeres Ausmaß an sozialer Isolation als die Angehörigen der Kurzzeitpflege-Bewohner, die als Referenzgruppe dienten. Ferner erwies sich auch die Unterstützung durch die ambulanten Sozialdienste und die Expertenzentren als geeignet, um den Belastungsgrad der Angehörigen zu reduzieren. Am deutlichsten wirkte sich jedoch die Betreuung in den Wohngemeinschaften auf das Belastungsempfinden der Angehörigen aus. So fühlten sich die Angehörigen der CANTOU- bzw. GROUP LIVING-Bewohner in Bezug auf alle Belastungsbereiche (Energie, soziale Isolation, emotionale Belastungen, Schlafprobleme und Arbeitsbelastung) signifikant geringer beansprucht als die Referenzgruppe und wiesen auch im Vergleich zu den anderen Angehörigengruppen den geringsten Belastungsgrad auf: „Regarding the five alternative programs under consideration, the analysis points out the Group-Living/Cantou program as the most efficient to reduce informal caregiver burdens, independently from the country considered“ (Colvez et al. 2002: 230). Leider waren die in der Studie von Colvez et al. (2002) verwendeten Stichproben relativ klein. Zudem wurden jeweils nur wenige Einrichtungen, so auch nur eine CANTOU-Wohngemeinschaft („Foyer Emilie de Rodat“, vgl. Kap. III/4.3.1) berücksichtigt, was die Aussagekraft der Studie begrenzt. Dennoch werden nach Ansicht der Autoren grundlegende Trends in Bezug auf die Entlastungspotenziale der verschiedenen Betreuungskonzepte sichtbar: „[...] however, the results show that the burden differences between the different programs, expressed by caregivers, passed the expected level and were highly significant“ (Colvez et al. 2002: 230).

Ledésert/Colvez (1993) versuchten dagegen, die medizinische Versorgungsqualität von CANTOU-Einrichtungen und Langzeitpflegekrankenhäusern anhand der Lebenserwartung ihrer Bewohner zu ermitteln. Diese Vorgehensweise beruhte auf der These, dass eine qualitativ nur unzureichend gewährleistete pflegerische bzw. medizinische Versorgungsqualität einer Pflegeeinrichtung mit einer gleichfalls geringeren Überlebensrate ihrer Bewohner einhergeht. Forschungsanlass war die Kritik an der „semi-professionell“ ausgerichteten Pflegephilosophie der CANTOU-Einrichtungen (vgl. Kap. III/4.3.1) und die damit verknüpfte Frage, inwieweit sich die in CANTOUS gewährleistete medizinische Versorgung in qualitativer Hinsicht von der in Krankenhäusern vorherrschenden Versorgungsqualität unterscheidet. Unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Einzugszeitpunkt konnten allerdings keine signifikanten Unterschiede zwischen der Mortalität der CANTOU- und der Krankenhaus-Bewohner festgestellt werden. Beide Bewohner-Populationen hatten nach ihrem Umzug eine weitere Lebenserwartung von etwa drei Jahren, so dass die CANTOU- und Krankenhaus-Bewohner vermutlich von einer vergleichbaren medizinischen Versorgungsqualität

profitierten. Dennoch bleibt fraglich, inwieweit die Untersuchung von Ledésert/Colvez (1993) repräsentativen Ansprüchen genügt. So beschränkten sich die Autoren bei der Auswahl der CANTOU-Einrichtungen ausschließlich auf das CANTOU „Foyer Emilie de Rodat“ aus Rueil-Malmaison, da zum Erhebungszeitpunkt kein anderes CANTOU-Projekt lang genug existierte, um den Zugriff auf einen ausreichend großen Datenpool zu gewährleisten. Zwar kann das „Foyer Emilie de Rodat“ mit Sicherheit als originärer Wegbereiter und damit als konzeptionell repräsentatives Vorbild für die Entwicklung nachfolgender CANTOU-Einrichtungen bezeichnet werden. Die Inklusion von nur zwei Krankenhäusern und einer CANTOU-Einrichtung reicht jedoch sicherlich nicht aus, um eine repräsentative Stichprobe erhalten und generalisierbare Aussagen treffen zu können. So warnen auch Ledésert/Colvez (1993: 394f) davor, die Ergebnisse ihrer Untersuchung zu verallgemeinern:

Il convient de faire preuve de prudence avant de généraliser de tels résultats à l'ensemble des structures de type «cantou» et aux «longs séjours hospitaliers». [...]. Aussi, si la généralisation des résultats observés à l'ensemble des «cantou» semble possible, la généralisation à l'ensemble des «longs séjours hospitaliers» doit être faite avec prudence, au vu des informations disponibles.

Offen bleibt zudem die Frage, wie sich die Betreuungsphilosophie der CANTOU-Wohngemeinschaften etwa in kognitiver, funktionaler oder psychosozialer Hinsicht auf Demenzerkrankte auswirkt und sich damit von anderen Versorgungssettings unterscheidet.

Ritchie et al. (1992) versuchten daher mit Hilfe eines globaler angelegten Forschungsansatzes, Unterschiede zwischen der Versorgung in Langzeitpflege- und CANTOU-Einrichtungen herauszustellen und etwaige Vor- und Nachteile für die demenzerkrankten Bewohner unter Einbezug von kognitiven und funktionalen Parametern und Aspekten der Lebensqualität sowie unter Berücksichtigung der Zufriedenheit von Angehörigen und Mitarbeitern zu eruieren. Hierzu wurden Daten von 110 CANTOU-Bewohnern und 242 Bewohnern von Langzeitpflegekrankenhäusern erhoben und zusammen mit ergänzend durchgeführten Befragungen von Mitarbeitern und Angehörigen ausgewertet. Obgleich zwischen den CANTOU- und den Krankenhaus-Bewohnern keine Unterschiede in Bezug auf den Schweregrad der demenziellen Erkrankungen festgestellt werden konnten, verfügten die CANTOU-Bewohner über signifikant bessere Kommunikationsfähigkeiten und schnitten auch in anderen Bereichen bedeutend besser ab als die Vergleichspopulation. So zeigten sich die CANTOU-Bewohner zum Erhebungszeitpunkt signifikant selbständiger und geselliger als die Krankenhaus-Bewohner und zeichneten sich ferner durch eine ausgeprägtere physische Funktionsfähigkeit sowie eine signifikant größere Beschäftigungskompetenz aus. So läge indes die Vermutung nahe, dass sich das CANTOU-Konzept positiv auf die Fähigkeitspotenziale der

untersuchten CANTOU-Bewohner auswirkte. Die Ergebnisse einer nach einem Jahr durchgeführten Follow-up-Erhebung zeigten jedoch, dass die Erfolge nicht von Dauer waren, sondern nur über einen relativ kurzfristigen Zeitraum Bestand hatten. Unklar bleibt zudem, ob dieser Umstand auf Unterschiede in der Zusammensetzung der Bewohnergruppen sowie auf die „natürliche“ Progression der Demenz zurückzuführen war oder letztlich Bodeneffekte der „Echelle de Comportement et Adaption“-Skala eine präzisere Auswertung der Follow-up-Ergebnisse erschwerten. Zur Klärung dieser Fragen schlagen Ritchie et al. (1992) vor, die ECA-gestützte Fähigkeitseinschätzung in künftigen Studien unmittelbar nach dem Einzug der Erkrankten in eine Einrichtung durchzuführen und entsprechende Messreihen sukzessive nach jeweils drei Monaten zu wiederholen. Ein weiterer Schwerpunkt der Untersuchung lag auf der Ermittlung der Zufriedenheit der Mitarbeiter beider Versorgungsmodelle. Zwar konnten in Bezug auf das mit Hilfe des „Nottingham Health Profile“ gemessene Gesundheitsempfinden der Pflegekräfte keine Unterschiede zwischen den Mitarbeitern der CANTOU-Einrichtungen und jenen der Krankenhäuser herausgestellt werden. Die Krankenhaus-Mitarbeiter waren mit ihren Arbeitsbedingungen jedoch deutlich unzufriedener als die Mitarbeiter der CANTOU-Einrichtungen. Auch das subjektiv eingeschätzte Bedürfnis nach einem Wechsel des Arbeitsplatzes war bei den CANTOU-Mitarbeitern wesentlich geringer ausgeprägt als dies bei den Mitarbeitern der Krankenhäuser gegeben war. Demnach läge es nahe, ein solches Ergebnis als Indikator für bessere Arbeitsbedingungen in den CANTOU-Einrichtungen zu betrachten. Ritchie et al. (1992: 556) schließen jedoch nicht aus, dass der geringere Qualifikationsstatus der CANTOU-Mitarbeiter mit gleichfalls geringeren Ansprüchen und Erwartungen an die Berufstätigkeit einherging und somit eine höhere Arbeitszufriedenheit bedingte: „However, cantou personnel are generally less well trained professionally, so that they may have lower expectations than hospital staff.“ Ferner wirkten sich beide Versorgungskonzepte unterschiedlich auf die Zufriedenheit der Angehörigen aus (vgl. Ritchie/Ledésert 1992: 5ff; Ritchie et al. 1992: 555f). Obgleich die Angehörigen beider Bewohnerpopulationen mit den Leistungen der untersuchten Einrichtungen grundsätzlich einverstanden waren, schätzten die Familien der CANTOU-Bewohner ihre Angehörigen als glücklicher ein, fühlten sich unter anderem wesentlich besser über Pflegefragen informiert, verfügten über einen besseren Kontakt zu den Mitarbeitern und zeigten sich sowohl mit dem Komfort der Einrichtungen als auch mit ihrem Einbezug in die Pflege wesentlich zufriedener als die Angehörigen der Krankenhaus-Bewohner. Dennoch war auch ein Drittel aller Befragten von persönlichen Belastungen betroffen, die sich sowohl in depressiven Symptomen und Schuldgefühlen als auch in

familiären Konflikten und finanziellen Problemen äußerten. Ritchie/Ledésert (1992: 12) halten daher fest:

On the whole, family caregivers in the cantou express greater satisfaction with the quality of care, suggesting that the policy of the cantou to include families in care and provide frequent contact with staff may have a significant effect on caregiver satisfaction with care, but perhaps less impact on feelings of sadness.

Zudem konnte aus den vorliegenden Daten nicht abgeleitet werden, in welchem Ausmaß sich das Belastungsempfinden der Angehörigen durch die Institutionalisierung der Erkrankten veränderte oder sich etwa von jenem pflegender Angehöriger in ambulanten Settings unterschied. „Further studies using either a follow-up design to compare caregiver stress before and after admission or comparisons with domiciliary caregivers are required“ (Ritchie/Ledésert 1992: 12). In Bezug auf die von Ritchie et al. (1992) aufgestellten Indikatoren der Lebensqualität zeigte sich zunächst, dass die CANTOU-Bewohner signifikant häufiger untereinander kommunizierten, als dies bei den Bewohnern der Langzeitpflegekrankenhäuser der Fall war. Zwar spielte die Verrichtung von hauswirtschaftlichen Alltagstätigkeiten in den CANTOU-Einrichtungen keine größere Rolle als in den Krankenhäusern. Hierfür war nach Ansicht von Ritchie et al. (1992: 554) jedoch primär der Schweregrad der Demenzerkrankungen in den untersuchten Bewohnerpopulationen ausschlaggebend: „Overall both groups engage very little in this type of activity, which is perhaps only of interest to a small number of persons in the early stages of dementia.“ Im Vergleich zu den Bewohnern der Krankenhäuser verbrachten die CANTOU-Bewohner jedoch wesentlich größere Zeiteile in Gruppenaktivitäten, zeigten sich signifikant mobiler und bewegten sich häufiger außerhalb ihrer eigenen Räumlichkeiten. „This may be considered to constitute a better quality of life (and also reduces bedsores)“ (Ritchie et al. 1992: 556). Dennoch wäre es nach Ansicht von Ritchie et al. (1992) falsch, das CANTOU-Konzept auf der Basis der genannten Ergebnisse gegenüber einer Versorgung von Demenzerkrankten in Krankenhäusern zu präferieren. Viel entscheidender sei dagegen die Frage, welches Versorgungssetting sich bei welchem demenziellen Erkrankungstyp und Krankheitsstadium am sinnvollsten erweise. So sollten Demenzerkrankte ohne intensiven medizinischen Betreuungsbedarf nach Ansicht der Autoren bevorzugt in CANTOU-Einrichtungen untergebracht werden.

For these persons a similar frequency of medical attention will be received, with the additional advantage that they are likely to be more mobile, and have greater interaction with the social environment both through physical exploration of surroundings and verbal interaction with others (Ritchie et al. 1992: 556f).

Sinnvoll sei es daher, wenn sich die Angehörigen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt für eine Unterbringung ihres demenzerkrankten Familienmitglieds in einer CANTOU-Einrichtung entscheiden würden. Auf diese Weise könne eine Vielzahl von familiären Krisensituationen sowie ein daraus resultierender „Institutionalisierungsdruck“ der Familien auf den Erkrankten vermieden und – wenn auch nur temporär – ein größerer Fähigkeitserhalt des Erkrankten erreicht werden. Da jedoch nach Meinung von Ritchie et al. (1992) gleichfalls kein Zweifel daran bestehen kann, dass die Versorgung von Demenzerkrankten mit multiplen Begleiterkrankungen besser in Krankenhäusern gewährleistet werden kann, sollten selbige zumindest die grundlegenden Ideen des CANTOU-Modells in ihr Pflegekonzept integrieren. Insbesondere der Einbezug der Familien der Erkrankten könne nach Ansicht der Autoren dazu beitragen, die Belastungen der professionellen Pflegekräfte zu reduzieren und die Beziehungen zwischen den betroffenen Familien und dem Pflegepersonal zu verbessern. „It is therefore not a question of replacing one form of care with another, but perhaps rather of considering strategies for more appropriate allocation of residents to one type of institution or another when long-term care is initially sought“ (Ritchie et al. 1992: 557).

In Anlehnung an das methodische Vorgehen und unter Berücksichtigung der Resultate von Ritchie et al. (1992) sowie Ritchie/Ledésert (1992) versuchten schließlich Diridollou et al. (1998) die Auswirkungen von CANTOU-Wohngemeinschaften auf Bewohner und Mitarbeiter im Kontext einer Evaluation zu ergründen. Dabei stellte sich zunächst heraus, dass die CANTOU-Bewohner sowohl kognitiv als auch funktional stark beeinträchtigt waren. Ein Vergleich mit den von Ritchie et al. (1992) untersuchten Krankenhaus- und CANTOU-Bewohnern (INSERM-CANTOUS) offenbarte zudem, dass das mit Hilfe der „Echelle der Comportement et Adaption“-Skala eingeschätzte funktionale Leistungsniveau der CANTOU-Bewohner eher mit dem der Krankenhaus-Bewohner, als mit jenem der INSERM-CANTOU-Bewohner vergleichbar war. Ungeachtet dessen waren die Angehörigen mit den Leistungen der CANTOU-Einrichtungen zufrieden und ihr Zufriedenheitsniveau entsprach eher dem der Angehörigen der INSERM-CANTOU-Bewohner, als jenem der Angehörigen der Krankenhaus-Bewohner. Auffällig war hingegen, dass die Angehörigen ihren eigenen Gesundheitszustand relativ schlecht bewerteten, was nach Ansicht von Diridollou et al. (1998) jedoch möglicherweise auf Missverständnisse bei der Beantwortung des verwendeten Fragebogens zurückgeführt werden könnte. Ferner zeigten sich auch die befragten CANTOU-Mitarbeiter mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden und schätzten selbige positiver ein, als die von Ritchie et al. (1992) befragten Krankenhaus-Mitarbeiter. „Les soignants se sentent mieux reconnus, plus libres de s’organiser, de suggérer des évolutions, moins contraints par une routine source

d'insatisfactions“ (Diridollou et al. 1998: 31). Der Vergleich mit den von Ritchie et al. (1992) und Ritchie/Ledésert (1992) erzielten Resultaten kann im Ganzen jedoch nur wage Anhaltspunkte generieren. So bleibt etwa unklar, inwieweit die von Diridollou et al. (1998) evaluierten CANTOU-Einrichtungen den von Ritchie et al. (1992) aufgestellten Kriterien entsprachen. Angaben zur konzeptionellen Ausgestaltung der Wohngemeinschaften fehlen weitgehend oder werden nur oberflächlich angeführt. Auf Erläuterungen zu den Personalstrukturen, etwa bezüglich der Qualifikation der Pflegekräfte (professionell oder „semi-professionell“) wird ebenfalls verzichtet. Dennoch sehen Diridollou et al. (1998: 31) die wesentlichen Ziele ihrer Evaluation erreicht: „Il se dégage donc de cette enquête le sentiment d'avoir répondu, au moins partiellement, aux objectifs que nous étions fixés.“

4.4 Group Living

4.4.1 Einleitung

Die Wohngruppen für demenziell erkrankte Menschen in Schweden (*engl.* „Group Living“) wurden gegen Mitte der 1980er Jahre als Reaktion auf die damals unzureichende Passung der häuslichen Pflegeangebote für Demenzerkrankte sowie aufgrund einer zunehmenden Kritik an der „institutionellen Verwahrung“ der Betroffenen in Krankenhäusern und Heimen entwickelt und konnten sich schließlich zunehmend als Ergänzung zu den bestehenden ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsoptionen etablieren (vgl. Annerstedt 1995a: 20f). Um diese Verbreitung voranzutreiben, wurde die Errichtung von Wohngruppen zwischen 1991 und 1995 zusätzlich durch den schwedischen Staat subventioniert. Die Zielsetzung bestand darin, Wohngruppenplätze für etwa 30.000 Demenzerkrankte bereitzustellen (vgl. Schmid 1995: 101). Obwohl dieser Richtwert bis heute nicht erreicht werden konnte, geht eine aktuelle OECD-Studie davon aus, dass derzeit (Stand: 2000) die Hälfte, also etwa 15.000 demenziell erkrankte Menschen in diesen Wohngemeinschaften betreut werden (vgl. Wimo/Ekelöf 2004: 5). Damit ist Schweden das einzige Land, „in dem sich die Wohngruppen in der Versorgungslandschaft flächendeckend als ein spezifisches Angebot für Demenzerkrankte etabliert haben“ (Radzey et al. 2000: 118). Dennoch besteht keine Absicht, die herkömmlichen stationären Langzeitpflegeeinrichtungen gänzlich durch die Pflege in Wohngruppen zu ersetzen. Die GROUP LIVING-Einrichtungen werden zusammen mit anderen Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime und Altenwohnheime) unter die Kategorie des „Speziellen Wohnens“ (*engl.* „Special Livings“) subsumiert (vgl. Annerstedt 1995b: 14) und bilden eine

Zwischenstufe zwischen der häuslichen Pflege und der Versorgung im Pflegeheim (vgl. Diebold-Appel 1995: 152). Die Aufnahme eines demenziell Erkrankten in eine Wohngemeinschaft erfolgt regelmäßig erst dann, wenn die ambulante Betreuung des Betroffenen aufgrund zunehmender Progredienz der Erkrankung nicht mehr möglich ist (vgl. Annerstedt 1995b: 17). Erreicht die Erkrankung schließlich ein terminales Stadium, zieht der Bewohner in der Regel in ein Pflegeheim um (vgl. Hellberg/Grundström 2001: 44). Da jedoch die Verantwortung für die institutionelle Altenversorgung im Zuge der sogenannten „Äldereform“ im Jahr 1992 auf die Kommunen übertragen wurde, können die jeweiligen Ein- und Ausschlusskriterien von Gemeinde zu Gemeinde durchaus unterschiedlich gehandhabt werden (vgl. Annerstedt 1995b: 17).

Gewöhnlich werden in den schwedischen GROUP LIVING-Wohngemeinschaften zwischen sechs und neun demenziell erkrankte Menschen versorgt (vgl. Annerstedt 1995b: 16). Die Betreuung wird in der Regel von Pflegehelfern übernommen, die von einer examinierten Pflegefachkraft angeleitet werden (vgl. Sanada et al. 1995b: 146). Landesweit einheitliche Qualifikationsanforderungen existieren nach Annerstedt (1995b: 17) jedoch nicht. Der Personalschlüssel in den Wohngruppen liegt während des Tages bei durchschnittlich 1:3 bis 1:4. Nach Berechnungen von Radzey et al. (2000: 117) stehen damit bei einer Gruppengröße von sechs bis acht Patienten durchschnittlich 3,6 Stunden an Betreuungszeit für einen Bewohner zur Verfügung, also deutlich mehr als etwa in den französischen CANTOU-Einrichtungen. Die Wohngruppen können sowohl in Einfamilienhäusern oder Mietshäusern eingerichtet werden oder auch an Altenpflegeeinrichtungen angeschlossen sein, wobei auf eine häusliche bzw. wohnliche Gestaltung der Räumlichkeiten Wert gelegt wird (vgl. Hellberg/Grundström 2001: 44). Dennoch soll die Umgebung so gestaltet sein, „dass sie der speziellen Behinderung der demenzerkrankten Menschen entspricht“ (Lundström 1993: 97). Neben gemeinschaftlich genutzten Räumen, wie z. B. einer Küche und einem Wohnzimmer, steht jedem Bewohner ein eigenes Appartement zur Verfügung, das in der Regel mit einem Bad und einer kleinen Küche ausgestattet ist und mit eigenen Möbeln eingerichtet werden kann (vgl. Hellberg/Grundström 2001: 44). Angestrebt wird ein familienähnliches Zusammenleben nach dem Normalitätsgrundsatz. Das heißt, dass die Bewohner gemeinsam mit dem Personal den Tag verbringen und sich, je nach ihren Wünschen und Fähigkeiten, an der Verrichtung von hauswirtschaftlichen Alltagstätigkeiten beteiligen. „Life in group living units strives towards normalisation in everyday activities and in social life. The psychosocial setting aims to provide security and safety with adapted activation allowing the demented to cope better in daily life“ (Sanada et al. 1995b: 146).

Da sich die GROUP LIVING-Programme aufgrund der bereits erwähnten kommunalen Zuständigkeit jedoch unterscheiden (vgl. Radzey et al. 2000: 116), ist es sinnvoll, sich im Folgenden auf die Darstellung eines Konzeptes zu konzentrieren. Hierzu ist insbesondere das sogenannte „Malmö-Modell“ geeignet, da es einerseits als originäres, da erstes schwedisches Wohngruppenkonzept eine Vorbildfunktion für andere Wohngruppen-Programme übernahm und sich andererseits ein Großteil der Versorgungsforschung auf dieses Modell konzentriert (vgl. Kap. III/4.4.2). In der Region Malmö (Südschweden) wurde bereits 1979 mit der Planung von Wohngruppen begonnen, mit dem Ziel, die Lücke zwischen der ambulanten Betreuung und der Versorgung in anstaltsähnlichen Langzeitpflegeeinrichtungen zu schließen. „Die Wohngruppen, die einen hohen Grad an Sicherheit und Geborgenheit in einer häuslichen, angepassten Umgebung gaben, sollten die Exzess-Symptome behandeln, die Funktionen bewahren und ein Training ermöglichen“ (Annerstedt 1995a: 22). Das schließlich im Jahr 1985 umgesetzte Pilot-Projekt umfasste zunächst drei GROUP LIVING-Einrichtungen, in denen jeweils neun Demenzerkrankte versorgt wurden. Bis 1989 wurde das Projekt um 13 weitere Einrichtungen für rund 120 Patienten erweitert (vgl. Annerstedt 1995b: 26).

Das Konzept des Malmö-Modells lässt sich im Wesentlichen auf drei Kernelemente reduzieren: die Homogenität der Bewohnergruppe (Diagnose und Schweregrad der Demenz), die Fähigkeiten des Pflegepersonals (Empathie, Erfahrung, Kreativität) sowie die materielle Umgebung (vgl. ebd.: 23). Für die Unterbringung in GROUP LIVING-Wohngemeinschaften kommen in Malmö weder Patienten im Anfangs- noch im Endstadium einer Demenzerkrankung in Frage, da einerseits davon ausgegangen wird, dass die positiven Effekte dieser Wohnform mit fortschreitender Progression der Erkrankung geringer werden. „Die Patienten erreichen dann die Grenze, wenn die soziale und umfeldbedingte Stimulation die Symptome nicht mehr beeinflussen kann und wenn die Fähigkeiten auf Grund des Hirnschadens nachlassen“ (Annerstedt 1995a: 24). Andererseits kommt ein Einzug erst dann in Frage, wenn die ambulante Pflege des Betroffenen krankheitsbedingt nicht mehr möglich ist. An eine Aufnahme sind demnach relativ strenge Kriterien gebunden. Als Zielgruppe gelten ältere Menschen ab 65 Jahren, die an einer Demenz vom Alzheimer-Typ, vaskulärer Demenz oder einer Mischvariante beider Demenzformen erkrankt sind. Die Betroffenen sollten keine Anzeichen einer Frontallappendegeneration aufweisen, da aus einer solchen schwerwiegende Verhaltensstörungen resultieren können. Patienten mit traumatischen oder infektiösen Hirnschädigungen werden ebenfalls ausgeschlossen. Zudem wird darauf Wert gelegt, dass potenzielle Bewohner selbständig gehen und essen können und keine Kontinenzprobleme aufweisen

(vgl. Radzey et al. 2000: 116). Neben diesen Kriterien wird bei der Auswahl potenzieller Bewohner vor allem auf eine homogene Zusammensetzung (z. B. in Bezug auf Alter und Demenztypus) der Bewohnerschaft geachtet, um von gruppenspezifischen Prozessen profitieren zu können. Die Homogenität der Gruppe verbessert nach Ansicht der Initiatoren des Projektes den Kontakt unter den Bewohnern und fördert das gegenseitige Verständnis (vgl. Annerstedt et al. 1993a: 7). Erreicht die Demenzerkrankung jedoch ein Stadium, das eine intensivere Pflege erforderlich macht, wird eine Verlegung des Bewohners angestrebt.

Relocation should be considered when the person, due to dementia, can no longer communicate or move, when they no longer assimilate the specific features of the group living environment, and are in need of care outwith that which the staff of the group living unit can offer (Annerstedt et al. 1993a: 2).

Zudem wird befürchtet, dass das Verbleiben pflegebedürftiger Patienten für die anderen Bewohner zu Nachteilen führt, da das Personal verstärkt zur Übernahme pflegerischer Aufgaben gezwungen wäre und sich die für Gemeinschaftsaktivitäten vorgesehene Zeit verringern würde (vgl. Radzey et al. 2000: 117). In den Malmöer GROUP LIVING-Wohngemeinschaften leben acht bis neun Bewohner, die jeweils über eigene Apartments mit Bad und Kochmöglichkeit verfügen und sich einen Gemeinschaftsbereich, bestehend aus Küche, Wohn- und Fernsehzimmer teilen. Die räumliche Umgebung der Wohngemeinschaften soll an die kognitiven Beeinträchtigungen der Bewohner angepasst werden und trotzdem „so ‚normal‘ wie möglich gestaltet sein, um in einer interaktiven und therapeutischen Atmosphäre stimulierend zu wirken“ (Radzey et al. 2000: 116). Hierzu dienen vor allem persönliche Möbel und andere Gegenstände der Bewohner, die Erinnerungen wecken und einen wohnlichen Charakter erzeugen.

It is [...] important that the residents can identify their own personal space through familiar objects. These can create a positive element of recognition in the private area, as well as in the joint area, and are of great importance to the possibility for the individual to identify with and connect to reality (Annerstedt et al. 1993a: 5).

Im Mittelpunkt des Betreuungskonzeptes stehen die Verrichtungen des täglichen Lebens, die in der Gemeinschaft ausgeführt werden. Die Bewohner werden ermutigt, „an den täglichen Aktivitäten wie Kochen oder Aufräumen teilzunehmen und, gemeinsam mit dem Personal, miteinander als große Familie zu leben“ (Diebold-Appel 1995: 152). Die Malmöer Wohngruppen werden von examinierten Krankenschwestern geleitet, die speziell für den Umgang mit demenzerkrankten Menschen qualifiziert sind. Sie sind für die Anleitung und die Beaufsichtigung des Pflegepersonals verantwortlich, das vorwiegend aus Pflegehilfskräften besteht

und „rund um die Uhr“ für die Betreuung der Bewohner zuständig ist. Von entscheidender Bedeutung ist zudem, dass jeder Bewohner eine eigene Bezugsperson hat, die ihn unterstützt und für die Planung seiner Tagesstrukturierung sowie für den Kontakt zu den Familienangehörigen verantwortlich ist (vgl. Diebold-Appel 1995: 152). Die Angehörigen der Bewohner werden aktiv in den Betreuungskontext eingebunden und als wichtige Informationsquelle bei der Planung des Pflegeprozesses betrachtet. „They should be viewed as valuable resource persons assisting in the design and implementation of the patient’s individual care programme“ (Annerstedt 1995b: 27). Das auf diese Weise entstandene Betreuungskonzept wurde vielfach evaluiert (vgl. Kap. III/4.4.2.1). Positive Erfahrungen und die bereits erwähnten sozialpolitischen Steuerungen führten schließlich dazu, dass das Malmö-Modell und andere Wohngruppenkonzepte fortgeführt und in der Folgezeit ausgebaut wurden (vgl. Annerstedt 1995b: 36).

Darüber hinaus hat, wie Hollo (1993: 83) betont, vor allem die Kosteneffizienz der GROUP LIVING-Einrichtungen zu ihrer zunehmenden Verbreitung beigetragen. Die Kosten für die Altenversorgung werden in Schweden primär aus den Steuergeldern der Kommunen finanziert (vgl. Hellberg/Grundström 2001: 43). Der Kostenanteil für den Bewohner einer Wohngemeinschaft setzt sich in der Regel aus der Wohnungsmiete (alle Bewohner verfügen über einen eigenen Mietvertrag), einer Miete für die Inanspruchnahme der gemeinschaftlich genutzten Räume, den Kosten für die Verpflegung sowie kommunalen Abgaben zusammen (vgl. Lundström 1993: 100). Annerstedt (1993) stellte im Rahmen einer Kostenanalyse fest, dass die Pflege in den Malmöer Wohngruppen mit durchschnittlich 338 SEK (ca. 37 € nach heutigem Preisniveau) pro Bewohner und Tag weniger als halb so teuer war, als eine Versorgung in herkömmlichen Einrichtungen der Langzeitpflege. Auch eine Untersuchung von Wimo et al. (1991) führte, obgleich nicht in dieser Deutlichkeit, zu einem ähnlichen Ergebnis. So wurde festgestellt, dass eine Betreuung in GROUP LIVING-Einrichtungen mit durchschnittlich £ 42 GBP (ca. 64 € nach heutigem Preisniveau) pro Tag und Bewohner zum damaligen Zeitpunkt um etwa 30 % günstiger war, als eine Versorgung im Pflegeheim. „If we make the assumption that the only alternative should be institutional care for all patients [...], the costs for institutional care, £68/patient and day, would be significantly higher ($p < 0,05$) than the total costs for GL [...]“ (Wimo et al. 1991: 26). Obgleich die Untersuchung von Wimo et al. (1991) einigen methodischen Limitierungen unterworfen war, weisen die Resultate einer nachfolgenden Studie von Wimo et al. (1995a) in eine ähnliche Richtung. Im Vergleich zu einer Referenzgruppe, die in Pflegeheimen oder gerontopsychiatrischen Pflegestationen versorgt wurde, stellte sich die Betreuung von Demenzerkrankten in GROUP

LIVING-Einrichtungen als deutlich günstigere Alternative dar. Zwar konnten Svensson et al. (1996: 97) derartige Kostenvorteile nicht bestätigen; dennoch betrachten auch sie die Wohngruppenpflege für Demenzerkrankte als eine ökonomisch vertretbare Versorgungsoption:

With regard to a certain group of old-age pensioners (dementia sufferers with some functional disabilities), the cost of care is hence likely to be similar irrespective of whether they are cared for in old people's homes or in group-living units. Therefore, we are not in a position to claim that group living is more expensive than other forms of institutional housing for the elderly.

Ob die Kosten für die GROUP LIVING-Wohngemeinschaften damit tatsächlich deutlich geringer sind als jene, die für die Versorgung der Erkrankten in Pflegeheimen oder anderen stationären Langzeitpflegeeinrichtungen aufgewendet werden müssen, bleibt fraglich. Dennoch weisen alle Kostenuntersuchungen übereinstimmend darauf hin, dass die Pflege in Wohngruppen im Vergleich zu den herkömmlichen stationären Versorgungsoptionen eine für Demenzerkrankte adäquate und keinesfalls finanziell untragbare Versorgungsalternative darstellt. Ohnehin darf, wie Annerstedt (1995a: 26) betont, die weitere Verbreitung der Wohngruppenpflege nicht von ökonomischen Gesichtspunkten abhängig gemacht werden; denn sie bleibt „eher eine Frage der ethischen als der wirtschaftlichen Erwägungen.“

4.4.2 Empirische Befunde

Zu den schwedischen Wohngruppenkonzepten liegt eine umfassende Begleitforschung vor, die sich insbesondere auf das Malmö-Modell (vgl. Kap. III/4.4.1) bezieht (vgl. Annerstedt et al. 1993b; Annerstedt 1994; Alfredson/Annerstedt 1994; Elmståhl et al. 1997). Zudem sind weitere Studien zu den GROUP LIVING-Wohngemeinschaften der schwedischen Stadt Sundsvall vorhanden (vgl. Wimo et al. 1995b; Wimo et al. 1995c), die allerdings in der deutschsprachigen Literatur zur Effektivität der Wohngruppenprogramme bislang kaum Berücksichtigung gefunden haben (vgl. BMFSFJ 2001c: 25f).

4.4.2.1 Wohngruppen „Malmö“

Die Malmöer GROUP LIVING-Einrichtungen waren bislang Gegenstand verschiedener Studien. Zunächst versuchten Annerstedt et al. (1993b: 833ff), die Auswirkungen des Malmö-Modells auf die Progression der demenziellen Symptomatik sowie den Medikamentenkonsum der Wohngruppen-Bewohner zu ermitteln. Nach einem mit Hilfe der „Rating the

severity of senility“-Skala⁷², kurz „Berger-Skala“ nach Berger (1980) sowie des „Katz Index of Independence in Activities of Daily Living“⁷³, kurz „Katz-Index“ oder „Katz-ADL“ nach Katz et al. (1963) durchgeführten Assessment von insgesamt 1040 Demenzpatienten verschiedener Malmöer Langzeitpflegekrankenhäuser, wurde eine Gruppe von 28 Patienten ausgewählt, die in drei GROUP LIVING-Einrichtungen umzogen (Experimentalgruppe). Zum Vergleich diente eine in Bezug auf Diagnose, Alter, Geschlecht und demenziellem Schweregrad der GROUP LIVING-Bewohner angepasste Kontrollgruppe von gleichfalls 28 Demenzpatienten, die weiterhin in den Pflegeabteilungen der Krankenhäuser versorgt wurden. Zur weiteren Unterscheidung von Patienten mit Alzheimer-Demenz und vaskulärer Demenz sowie zur Identifikation von Patienten mit frontotemporalen Hirnschäden, wurde unter anderem der modifizierte „Ischemic score“⁷⁴ nach Rosen et al. (1980) verwendet. Zur Bestätigung der Diagnosen wurde der regionale cerebrale Blutfluss (rCBF) aller Untersuchungsteilnehmer mit Hilfe der ¹³¹Xenon-Inhalationsmethode gemessen. Die Charakteristika der beiden Bewohnergruppen können der Tabelle 43 entnommen werden. Zu Beginn der Untersuchung war der mittlere cerebrale Blutfluss in beiden Gruppen ähnlich, was den Schluss auf eine gleichfalls ähnliche Ausprägung der Hirnschädigungen bei den GROUP LIVING- und den Krankenhaus-Bewohnern zuließ. Auch konnten zwischen den Untersuchungsteilnehmern keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf somatische oder psychiatrische Vorerkrankungen festgestellt werden. Der Bedarf an somatischer Medikation war in beiden Gruppen gleich. Bei den Erhebungen zur Verschreibungshäufigkeit von Medikamenten zeigte sich allerdings, dass die Krankenhaus-Bewohner zu allen Erhebungszeitpunkten, also sowohl zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung als auch nach sechs sowie nach zwölf Monaten, signifikant häufiger Neuroleptika erhielten, als dies bei den Wohngruppen-Bewohnern der Fall war ($p < 0,05$). Auch der Verbrauch von Anxiolytika war in der Kranken-

⁷² Die Berger-Skala nach Berger (1980) ist hierarchisch konstruiert und kennzeichnet die Ausprägung des Funktionsverlustes eines Patienten anhand von sechs Ebenen. Ähnlich dem Buchstabensystem des Katz ADL-Index, kennzeichnet „Level I“ einen relativ unabhängigen Patienten in Bezug auf die Verrichtungen des alltäglichen Lebens und „Level VI“ einen bettlägerigen Patienten mit starken motorischen Funktionseinbußen (vgl. Berger 1980: 234ff).

⁷³ Der Katz-Index nach Katz et al. (1963) bewertet die Funktionsfähigkeit im Bereich der Hygiene und des Ankleidens, der Mobilität, der Kontinenz sowie der Toilettennutzung und der Nahrungsaufnahme. Die verschiedenen Ausprägungen des Funktionsverlustes werden mit den Buchstaben „A“ bis „G“ gekennzeichnet, wobei „A“ auf eine geringe Beeinträchtigung und „G“ auf eine starke Beeinträchtigung hinweist (vgl. Shelkey/Wallace 1998: 1f).

⁷⁴ Der modifizierte „Ischemic Score“ nach Rosen et al. (1980) erlaubt durch die Beurteilung verschiedener Risikofaktoren und neurologischer Symptome (z. B. plötzlicher Beginn, somatische Beschwerden, Affektinkontinenz, Schlaganfälle in der Vorgeschichte) eine wahrscheinliche Differenzierung zwischen der Alzheimer-Demenz und der Multiinfarkt-Demenz. Die einzelnen Items werden mit „ja“ oder „nein“ beantwortet und mit unterschiedlichen Punktwerten gewichtet. Ein Summenscore von 0 bis 3 spricht für eine Demenz vom Alzheimer-Typ, während Werte zwischen 4 und 12 auf eine Multiinfarkt-Demenz schließen lassen (vgl. Rosen et al. 1980: 486ff).

haus-Population nach sechs Monaten signifikant höher ($p < 0,05$). In Bezug auf die Verabreichungshäufigkeit von Antidepressiva konnten zu keinem Zeitpunkt nennenswerte Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ermittelt werden.

Tab. 43: Charakteristika der GROUP LIVING-Bewohner (GL) und der in den Krankenhäusern versorgten Vergleichsgruppe (TI) zu Untersuchungsbeginn. Alter, Geschlecht, Diagnosen, Schweregrad der Demenz nach auf der Berger-Skala und Mittelwerte der cerebralen Blutfluss-Messungen (rCBF).

	GL (N=28)	TI (N=28)
Männer	3	5
Frauen	25	23
Alter AD + VD	82,8 ± 5,0	81,6 ± 5,0
AD gesichert (wahrscheinlich)	6 (6)	2 (8)
AD möglich	2	1
VD gesichert (wahrscheinlich)	6 (6)	5 (5)
Mix definitiv (klinisch)	1 (1)	4 (2)
Berger II	2	1
Berger III	17	17
Berger IV	9	10
rCBF	N=28	N=27
Rechte Hemisphäre	41,4 ± 5,2	41,9 ± 5,0
Linke Hemisphäre	40,9 ± 5,1	41,4 ± 5,2

Anmerkung: AD = Alzheimer-Demenz; VD = vaskuläre Demenz.

Quelle: Annerstedt et al. (1993b): 836.

Im Gegensatz zu jenem der GROUP LIVING-Wohngemeinschaften war das Pflegekonzept der Krankenhäuser kaum auf die Bedürfnisse der Erkrankten zurechtgeschnitten. In jeder Pflegeabteilung wurden etwa 50 Patienten versorgt, die jedoch nur zum Teil an Demenzerkrankungen litten. Fortbildungen des Pflegepersonals fanden nur unregelmäßig statt. Um im Verlauf der einjährigen Untersuchungsphase etwaige Unterschiede in Bezug auf die demenzielle Symptomentwicklung zwischen den beiden Bewohnergruppen herausstellen zu können, wurde der Krankheitsverlauf regelmäßig mit Hilfe der „Organic Brain Syndrome“-Skala⁷⁵ (OBS) nach Gurland et al. (1977) erfasst. Entsprechende Erhebungen wurden unmittelbar vor dem Umzug der GROUP LIVING-Bewohner durchgeführt (Baseline-Messung) und sowohl nach sechs als auch nach zwölf Monaten wiederholt. Darüber hinaus sollten etwaige Vorerkrankungen der Untersuchungsteilnehmer ermittelt und ihre Medikation zu jedem der genannten Erhebungszeitpunkte erfasst werden. Im Untersuchungsverlauf schieden insgesamt zwölf Patienten aus. Drei GROUP LIVING-Bewohner und fünf Krankenhaus-Bewohner verstarben. Weitere vier GROUP LIVING-Bewohner wurden aufgrund von schwerwiegenden somatischen Erkrankungen in Krankenhäuser verlegt und aus der Studie

⁷⁵ Vgl. Fußnote 18: 116.

ausgeschlossen. Die Ergebnisse der OBS-Erhebungen können den Tabellen 44 und 45 entnommen werden.

Tab. 44: Ergebnisse der OBS-Messungen („Confusion-Subskala“). Ergebnisse bei Untersuchungsbeginn und Veränderungen nach sechs sowie nach zwölf Monaten zwischen den GROUP LIVING- (GL) und den Krankenhaus-Bewohnern (TI).⁷⁶

Items	Baseline		0-6 Monate		0-12 Monate	
	GL (N=28), TI (N=28)		GL (N=27), TI (N=26)		GL (N=21), TI (N=23)	
<i>Dyspraxie/ räumliche Desorientierung</i>						
GL	0,52 ± 0,34	**	0,95 ± 0,49	***	0,57 ± 0,49	NS
TI	0,96 ± 0,58		0,54 ± 0,54		0,69 ± 0,69	
<i>Halluzinationen</i>						
GL	0,11 ± 0,23	NS	0,02 ± 0,29	NS	0,14 ± 0,47	NS
TI	0,11 ± 0,18		0,03 ± 0,36		0,14 ± 0,41	
<i>Vitalitätsmangel</i>						
GL	0,59 ± 0,39	NS	0,05 ± 0,49	NS	0,63 ± 0,52	*
TI	0,51 ± 0,49		0,24 ± 0,47		0,31 ± 0,55	
<i>Dysphasie</i>						
GL	0,44 ± 0,59	NS	0,04 ± 0,56	*	0,63 ± 0,52	NS
TI	0,31 ± 0,52		0,36 ± 0,48		0,42 ± 0,70	
<i>Wahnvorstellungen</i>						
GL	0,25 ± 0,35	NS	-0,05 ± 0,32	*	0,44 ± 0,40	NS
TI	0,20 ± 0,30		0,17 ± 0,37		0,28 ± 0,41	
<i>Aggressivität</i>						
GL	0,15 ± 0,27	NS	0,22 ± 0,51	NS	0,45 ± 0,45	**
TI	0,32 ± 0,48		0,09 ± 0,58		0,07 ± 0,41	
<i>Depression/ Ängstlichkeit</i>						
GL	0,69 ± 0,58	NS	-0,19 ± 0,23	**	0,32 ± 0,50	NS
TI	0,76 ± 0,52		0,28 ± 0,60		0,30 ± 0,49	
<i>Klinische Schwankungen</i>						
GL	0,62 ± 0,63	NS	0,06 ± 0,54	NS	0,65 ± 0,65	*
TI	0,61 ± 0,58		0,29 ± 0,75		0,16 ± 0,68	
<i>Ruhelosigkeit</i>						
GL	0,25 ± 0,32	NS	-0,11 ± 0,28	*	0,22 ± 0,53	NS
TI	0,30 ± 0,31		0,09 ± 0,38		0,26 ± 0,58	

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001 Unterschiede zwischen den Gruppen GL und TI

Quelle: Annerstedt et al. (1993b): 837.

Auf der „Confusion-Subskala“ der OBS-Skala konnten zu Beginn der Untersuchung mit Ausnahme des Items „Dyspraxie/ räumliche Desorientierung“ (p<0,01) keine Unterschiede zwischen den Wohngruppen- und den Krankenhaus-Bewohnern festgestellt werden. Nach sechs Monaten nahm die räumliche Desorientierung der GROUP LIVING-Bewohner im Vergleich zu den Krankenhaus-Bewohnern signifikant ab (p<0,01); auch Depressionen und Ängstlichkeit verringerten sich bei den Wohngruppen-Bewohnern signifikant (p<0,01). Ferner konnte bei den Wohngruppen-Bewohnern sechs Monate nach Untersuchungsbeginn

⁷⁶ TI = „traditional institution“, als Bezeichnung für die in den Pflegeabteilungen der Krankenhäuser versorgten Patientengruppe.

gegenüber der Kontrollgruppe eine signifikante Verringerung von Wahnvorstellungen, Dysphasie und Unruhesymptomen festgestellt werden ($p < 0,05$). Unter separater Betrachtung der Patienten mit vaskulärer Demenz und Demenz vom Alzheimer-Typ wurde deutlich, dass sich bei den Krankenhaus-Bewohnern vor allem die vaskulär dementen Patienten in den Items „Dyspraxie“, „Dysphasie“ und „räumliche Desorientierung“ ($p < 0,01$) verschlechterten. Bei den vaskulär dementen GROUP LIVING-Bewohnern konnte kein derartiger Abbau nachgewiesen werden. Ein Jahr nach Untersuchungsbeginn verringerten sich bei den Wohngruppen-Bewohnern die Gewinne in den Bereichen der Dyspraxie und räumlichen Orientierung deutlich und unterschieden sich in ihrer Ausprägung nicht mehr signifikant von den Werten der Kontrollgruppe. In beiden Gruppen wurde nach zwölf Monaten eine geringfügig höhere Depressivität beobachtet; diese Veränderungen erreichten allerdings kein signifikantes Ausmaß. Die GROUP LIVING-Bewohner zeigten sich nach einem Jahr jedoch signifikant aggressiver als die Krankenhaus-Bewohner ($p < 0,01$). Gleichfalls waren die Wohngruppen-Bewohner einem höheren Vitalitätsmangel und größeren symptombezogenen Schwankungen unterworfen als die Kontrollgruppe im Krankenhaus ($p < 0,05$) (vgl. Tab. 44). Der Vitalitätsmangel sowie die höhere Aggressivität waren dabei primär auf die vaskulär dementen Wohngruppen-Bewohner zurückzuführen.

Tab. 45: Ergebnisse der OBS-Messungen („Disorientation-Subskala“). Ergebnisse bei Untersuchungsbeginn und Veränderungen nach sechs sowie nach zwölf Monaten zwischen den GROUP LIVING- (GL) und den Krankenhaus-Bewohnern (TI).

Items	N	0 Monate		6 Monate	N	0 Monate		12 Monate
<i>Zeit</i>								
GL	27	1,83 ± 0,80		1,72 ± 0,87	21	1,81 ± 0,73	*	2,24 ± 0,80
TI	26	1,84 ± 0,67		2,09 ± 0,71	23	1,90 ± 0,71	**	2,35 ± 0,77
<i>Kurzzeitgedächtnis</i>								
GL	27	2,22 ± 0,99		2,57 ± 0,67	21	2,23 ± 0,99		2,59 ± 0,59
TI	26	2,46 ± 0,63		2,55 ± 0,67	23	2,48 ± 0,58	**	2,86 ± 0,34
<i>Eigene Identität</i>								
GL	27	0,34 ± 0,69		0,51 ± 0,58	21	0,25 ± 0,46	**	1,15 ± 1,17
TI	26	0,20 ± 0,40	**	0,41 ± 0,56	23	0,22 ± 0,43	**	0,83 ± 1,05
* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ Vergleiche innerhalb der Gruppen GL und TI								

Quelle: Annerstedt et al. (1993b): 837.

Auf der „Disorientation-Subskala“ der OBS-Skala zeigten sich nach sechs Monaten mit Ausnahme des Items „eigene Identität“ ($p < 0,01$) in der Kontrollgruppe keine Unterschiede zwischen den Untersuchungsteilnehmern. Auch in Bezug auf die zeitliche Orientierung sowie die Funktion des Kurzzeitgedächtnisses wurden keine wesentlichen Veränderungen registriert. Nach einem Jahr hingegen verschlechterten sich die Werte innerhalb der beiden

Gruppen deutlich ($p < 0,05$ bis $p < 0,01$); nur die Messwerte im Bereich des Kurzzeitgedächtnisses blieben bei den Wohngruppen-Bewohnern relativ konstant. Zwischen den Gruppen konnten im Verlauf der Untersuchung keine Unterschiede bezüglich der Symptomentwicklung nachgewiesen werden (vgl. Tab. 45). Dennoch sehen Annerstedt et al. (1993: 839) in der temporär verbesserten und damit verzögerten Symptomprogression bei den GROUP LIVING-Bewohnern einen Erfolg und halten fest: „This study shows that important improvements in quality of care can be gained by psychosocial intervention in the care of demented patients for a period in their dementing illness.“

Annerstedt (1994) versuchte schließlich in einer nachfolgenden Untersuchung, diese Periode durch die Analyse der Überlebens- und Aufenthaltsdauer einer Population von Wohngruppen-Bewohnern genauer zu definieren. Ein weiteres Ziel bestand in der Ermittlung der Pflegebelastung für die Mitarbeiter, die nach Ansicht der Autorin maßgeblich durch das Verhalten der Bewohner und ihre Ressourcen im Bereich der praktischen Fähigkeiten bestimmt wird. Hierzu wurden 28 Demenzpatienten ausgewählt, die ursprünglich in Langzeitpflegeabteilungen verschiedener Krankenhäuser untergebracht waren und nach einem psychogeriatrischen Assessmentverfahren in verschiedene GROUP LIVING-Einrichtungen des Malmö-Projektes umzogen. Zum Vergleich diente eine in Bezug auf Diagnose, Alter, Geschlecht und demenziellem Schweregrad der GROUP LIVING-Bewohner angepasste Kontrollgruppe von 29 Demenzpatienten, die im Gegensatz zur Experimentalgruppe jedoch weiterhin in den Pflegeabteilungen der Krankenhäuser versorgt wurde. Die diagnostischen Kriterien und Verfahren zur Feststellung von demenziellem Typus und assoziiertem Schweregrad waren mit den von Annerstedt et al. (1993b) verwendeten Instrumentarien identisch (vgl. Annerstedt 1994: 374). Dies galt weitgehend auch für die Merkmale der untersuchten Bewohnergruppen. Die Wohngruppen-Bewohner waren zu Untersuchungsbeginn durchschnittlich 82,8 Jahre, die Krankenhaus-Bewohner im Mittel 81,2 Jahre alt. Die überwiegende Anzahl der Untersuchungsteilnehmer war weiblich. Bei 14 Wohngruppen-Bewohnern konnte eine Alzheimer-Demenz diagnostiziert werden; die anderen 14 Bewohner litten an vaskulärer Demenz. In der Krankenhaus-Gruppe waren zwölf Patienten mit Alzheimer-Demenz und 17 Patienten mit vaskulärer Demenz vertreten. Zur Messung von funktionalen Beeinträchtigungen und demenziell bedingten Verhaltensänderungen wurde die „Gottfries-Bråne-Steen“-Skala⁷⁷ (GBS) nach Gottfries et al. (1982) verwendet. Erhebungen wurden

⁷⁷ Die „Gottfries-Bråne-Steen“-Skala (GBS) nach Gottfries et al. (1982) ist in vier verschiedene Bereiche unterteilt, mit deren Hilfe die intellektuelle (z. B. Orientierung, Kurz- und Langzeitgedächtnis, Wachsamkeit, Konzentration), emotionale (z. B. reduzierte Motivation, emotionale Abstumpfung und Labilität) und motori-

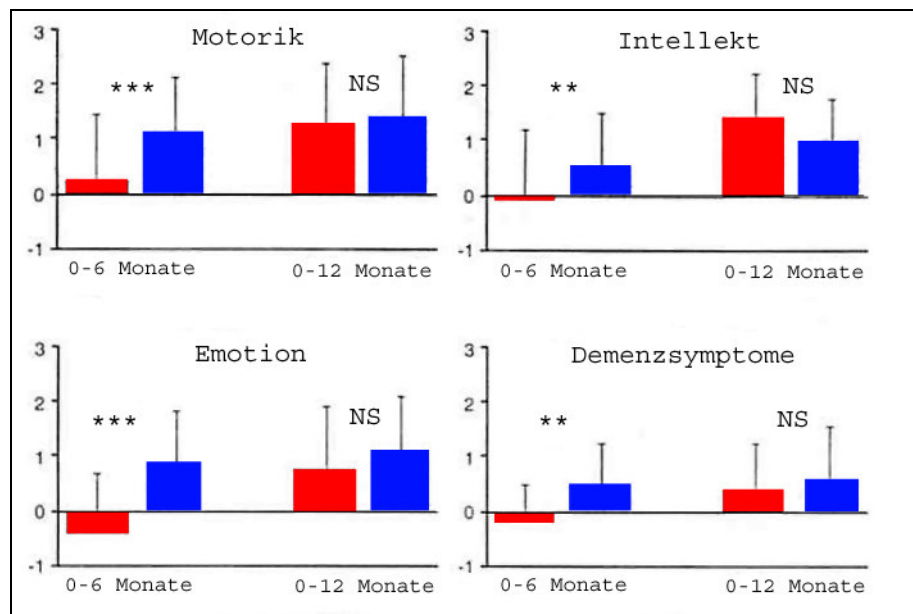
sowohl zu Beginn der Untersuchung (etwa 10 Tage vor dem Umzug der GROUP LIVING-Bewohner) durchgeführt als auch nach sechs sowie nach zwölf Monaten wiederholt. Die körperliche Abhängigkeit der Untersuchungsteilnehmer wurde mit Hilfe des Katz ADL-Index⁷⁸ nach Katz et al. (1963) eingeschätzt. Zur Beurteilung der sozialen Abhängigkeit und des damit verknüpften Betreuungsbedarfs der Untersuchungsteilnehmer wurden die Messungen mit dem Katz ADL-Index zusätzlich durch Erhebungen mit der Berger-Skala⁷⁹ nach Berger (1980) ergänzt. Die Messungen wurden zu Beginn der Untersuchung durchgeführt sowie nach sechs und zwölf Monaten wiederholt. Darüber hinaus wurden etwaige Vorerkrankungen der Untersuchungsteilnehmer sowie die Mortalität in beiden Bewohnergruppen ermittelt und die Häufigkeit der Medikamentenverschreibungen zu Beginn der Untersuchung sowie nach sechs und zwölf Monaten erfasst. Auf der GBS-Skala konnten zu Beginn der Untersuchung keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Wohngruppen- und den Krankenhaus-Bewohnern festgestellt werden. Eine Ausnahme bildete lediglich die motorische Funktionsfähigkeit, die bei den GROUP LIVING-Bewohnern zu Untersuchungsbeginn deutlich besser erhalten war, als bei den Krankenhaus-Bewohnern ($p < 0,05$). Die Veränderungen der GBS-Messwerte nach sechs sowie nach zwölf Monaten sowie die Entwicklungsunterschiede zwischen den untersuchten Bewohnergruppen im Verlauf der Untersuchung können der Abbildung 16 entnommen werden. Deutlich wird, dass mit Hilfe der GBS-Skala deutliche Unterschiede zwischen der GROUP LIVING- und der Krankenhaus-Population herausgestellt werden konnten. So wurde bei den Krankenhaus-Bewohnern sechs Monate nach Untersuchungsbeginn eine signifikante Verschlechterung ihrer motorischen Funktionsfähigkeit festgestellt ($p < 0,01$), während sich bei den GROUP LIVING-Bewohnern in diesem Bereich nur ein leichter, nicht signifikanter Abbau zeigte. Das intellektuelle sowie das emotionale Funktionspotenzial verbesserten sich bei den Wohngruppen-Bewohnern nach sechs Monaten leicht, während sich die Krankenhaus-Bewohner in diesen GBS-Bereichen deutlich verschlechterten („Intellekt“: $p < 0,001$; „Emotion“: $p < 0,001$). In Bezug auf die mit Hilfe der GBS-Skala eingeschätzte Ausprägung der demenziellen Symptomatik zeigte sich ein ähnlicher Verlauf. Während sich die Wohngruppen-Bewohner sechs Monate nach Untersuchungsbeginn in diesem Bereich leicht verbesserten, nahm die Symptomhäufigkeit bei den Krankenhaus-Bewohnern in diesem Zeitraum signifikant zu ($p < 0,01$).

sche (z. B. körperliche Aktivität, persönliche Hygiene, Schwächen beim Ankleiden oder der Nahrungsaufnahme) Funktionsfähigkeit sowie weitere demenzassoziierte Symptomkomplexe, wie z. B. Verwirrung, Reizbarkeit, Panik oder Ruhelosigkeit gemessen werden können. Die Einschätzungen des Beobachters zur Ausprägung der verschiedenen Items werden jeweils auf einer siebenstufigen Likertskala fixiert (0 = „keine Beeinträchtigung“; 6 = „starke Beeinträchtigung“) und zu einem Summenscore addiert (vgl. Bråne et al. 2001: 2ff).

⁷⁸ Vgl. Fußnote 73: 265.

⁷⁹ Vgl. Fußnote 72: 265.

Abb. 16: GBS-Werte der GROUP LIVING-Bewohner (rot) und der Krankenhaus-Bewohner (blau) nach sechs sowie nach zwölf Monaten (jeweils im Vergleich zu den Baseline-Messungen am Anfang der Untersuchung).



Anmerkung: Positive Werte in den einzelnen Bereichen weisen auf eine Verschlechterung und negative Werte auf eine Verbesserung im Vergleich zu den Anfangsbedingungen hin (Vergleiche zwischen den Gruppen: ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$).

Quelle: Annerstedt (1994): 376.

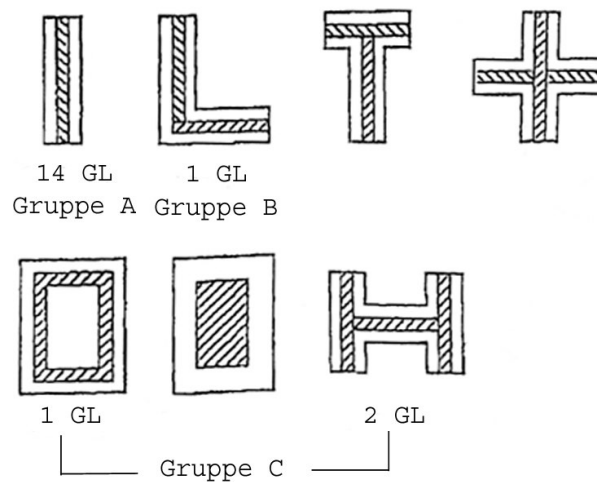
Ein Jahr nach Untersuchungsbeginn zeigte sich jedoch ein anderes Bild. Hier waren im Vergleich zum Beginn der Untersuchung nach zwölf Monaten in beiden Gruppen deutliche Verluste in allen Kategorien der GBS-Skala, also sowohl in den Bereichen der motorischen, intellektuellen und emotionalen Funktionsfähigkeit als auch im Bereich der demenziellen Symptomatik feststellbar. Ein Vergleich der Entwicklung beider Gruppen untereinander zeigte ähnliche Tendenzen auf. Während sich die Funktionsfähigkeit der Krankenhaus-Bewohner im Vergleich zu den Wohngruppen-Bewohnern nach sechs Monaten in allen Messbereichen signifikant verschlechterte („Motorik“: $p < 0,001$; „Intellekt“: $p < 0,01$; „Emotion“: $p < 0,001$; Demenzsymptome: $p < 0,01$), konnten nach einem Jahr bezüglich der Ausprägung des Fähigkeitsverlustes keine Unterschiede mehr zwischen den beiden Bewohner-Populationen registriert werden (vgl. Abb. 16). Dennoch sieht Annerstedt (1994) in der temporären Verzögerung der funktionalen Degeneration bei den GROUP LIVING-Bewohnern deutliche Entlastungspotenziale für die Mitarbeiter der Wohngruppen-Einrichtungen. Bei separater Betrachtung der Patienten mit vaskulärer Demenz und Demenz vom Alzheimer-Typ wurde zudem deutlich, dass vor allem die vaskulär dementen Wohngruppen-Bewohner für die im Bereich der emotionalen und intellektuellen Funktionsfähigkeit beobachteten

Verbesserungen verantwortlich waren. Die GROUP LIVING-Bewohner mit Alzheimer-Demenz zeichneten sich dagegen vor allem durch eine langfristige Präservierung ihrer Fähigkeiten aus. Insbesondere die motorische Funktionsfähigkeit blieb bei den an Alzheimer-Demenz erkrankten GROUP LIVING-Bewohnern über einen vergleichsweise langen Zeitraum erhalten. Die Messungen unter Verwendung des Katz ADL-Index sowie der Berger-Skala zeigten zunächst, dass sich die Wohngruppen- und die Krankenhaus-Bewohner zu Untersuchungsbeginn nicht wesentlich in Bezug auf den Erhalt ihrer Alltagsfunktionen unterschieden. Sechs Monate später konnten bei den GROUP LIVING-Bewohnern leichte Verbesserungen im ADL-Bereich festgestellt werden. Fehlende Beobachtungsdaten aus der Krankenhaus-Population verhinderten zu diesem Zeitpunkt jedoch einen statistischen Vergleich. Dennoch zeigte sich nach einem Jahr, dass die Alltagsfähigkeiten der GROUP LIVING-Bewohner signifikant besser erhalten waren, als dies bei den Krankenhaus-Bewohnern der Fall war ($p < 0,05$). Bei den Erhebungen zur Verschreibungshäufigkeit von Medikamenten wurde deutlich, dass die Krankenhaus-Bewohner zu allen Erhebungszeitpunkten, also sowohl zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung am Anfang der Untersuchung als auch nach sechs sowie nach zwölf Monaten, signifikant häufiger Neuroleptika erhielten, als die GROUP LIVING-Bewohner ($p < 0,05$). Während der Verbrauch von Neuroleptika in der Wohngruppen-Population im Untersuchungsverlauf geringer wurde, stieg der Neuroleptika-Verbrauch in der Krankenhaus-Population deutlich an. Der Verbrauch von Anxiolytika in der Krankenhaus-Gruppe war nach sechs Monaten sowie nach einem Jahr signifikant höher ($p < 0,05$). Zudem wurden im Krankenhaus signifikant häufiger Antibiotika verschrieben ($p < 0,05$). Die Untersuchung der Mortalitätsraten in beiden Bewohnergruppen führte zu folgendem Ergebnis: innerhalb des ersten Jahres nach Beginn der Untersuchung verstarben drei Bewohner der GROUP LIVING-Population. Nach zwei Jahren waren bereits 17 bzw. nach drei Jahren 24 Wohngruppen-Bewohner entweder verstorben oder wurden aufgrund von schweren somatischen Erkrankungen oder Verhaltensstörungen in andere Einrichtungen verlegt. Nach 36 Monaten waren demnach nur noch vier der ursprünglich 28 GROUP LIVING-Bewohner in den Wohngruppen untergebracht. Da die Mortalitätsentwicklung in der Krankenhaus-Gruppe einem ähnlichen Muster folgte, konnten bezüglich der Sterblichkeitsraten zu keinem Zeitpunkt signifikante Unterschiede zwischen den Wohngruppen- und den Krankenhaus-Bewohnern nachgewiesen werden. Die mittlere Verweildauer der 24 verstorbenen oder in andere Einrichtungen verlegten Wohngruppen-Bewohner belief sich auf 20 Monate. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Wohngruppen-Bewohner vor ihrem Umzug in die GROUP LIVING-Einrichtungen im Mittel bereits acht Monate in anderen

stationären Einrichtungen untergebracht waren, geht Annerstedt (1994) davon aus, dass Demenzpatienten insgesamt zwei bis zweieinhalb Jahre von der Wohngruppenpflege profitieren können, bevor eine erneute Verlegung der Wohngruppen-Bewohner indiziert wäre. Für diesen Zeitraum jedoch kann die Wohngruppenpflege nach Ansicht der Autorin als temporäre Versorgungsoption einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen leisten: „This study indicates that GL can improve the quality of life for a considerable time for many demented persons“ (Annerstedt 1994: 379).

In einer weiteren Studie von Elmstahl et al. (1997) wurde untersucht, in welchem Ausmaß sich das architektonische Design der Malmöer GROUP LIVING-Einrichtungen auf die demenzielle Symptomatik der Wohngruppen-Bewohner auswirkt und welche Bauweise auf der Grundlage dieser Erkenntnisse zu bevorzugen ist. Hierzu wurde das Design von 18 verschiedenen GROUP LIVING-Einrichtungen mit Hilfe der „Therapeutic Environment Screening Scale“ (TESS-2) nach Sloane/Mathew (1990) evaluiert. Die TESS-2-Skala erfasst ein breites Kontingent an architektonischen Merkmalen, wie z. B. die Größe einer Einrichtung, ihr architektonisches Design bzw. ihren Grundriss, den Zugang zu öffentlichen Wohnbereichen, den Geräuschpegel oder die Beleuchtungsqualität und ermöglicht hierdurch eine Analyse der physikalischen Umgebung. Zudem wurde die Größe der „Kommunikationsbereiche“ (Hausflur, Treppenhaus) und der „Aktivitätsbereiche“ (alle öffentlichen Räume innerhalb der Wohngruppe) sowie die Qualität der wohnlichen Gestaltung (Art des Mobiliars, Dekoration, Ausstattung mit Bildern, Vorhängen etc.) jeder GROUP LIVING-Einrichtung erfasst und in ihren Auswirkungen auf die Bewohner untersucht. Wie aus Abbildung 17 ersichtlich, wurde jede Wohngemeinschaft zunächst anhand der Gestaltung ihres Grundrisses jeweils einer von sieben Architektur-Kategorien zugeordnet. Je nach Zuordnung erfolgte im Anschluss die Bildung von drei verschiedenen Untersuchungsgruppen. 14 GROUP LIVING-Wohngemeinschaften wiesen einen korridor-ähnlichen bzw. „I-förmigen“ Grundriss auf und wurden mit ihren Bewohnern der „Gruppe A“ zugeordnet. Eine Wohngemeinschaft hatte ein „L-förmiges“ Design; ihre Bewohner bildeten die „Gruppe B“. Die anderen Einrichtungen wiesen entweder einen quadratischen oder einen „H-förmigen“ Grundriss auf. Die Bewohner dieser Wohngemeinschaften wurden in der „Gruppe C“ zusammengefasst. In allen GROUP LIVING-Wohngemeinschaften wurden zum Zeitpunkt der Untersuchung 105 demenziell erkrankte Bewohner versorgt, davon 66 in der „Gruppe A“, acht in der „Gruppe B“ und 31 in der „Gruppe C“.

Abb. 17: Grundrisse der Malmöer GROUP LIVING-Wohngemeinschaften (GL). Flurbereiche in schraffierter Darstellung.



Quelle: Elmståhl et al. (1997): 49.

Das psychometrische Assessment der Untersuchungsteilnehmer wurde unter Verwendung der „Rating the severity of senility“-Skala⁸⁰ (Berger-Skala) nach Berger (1980), des Katz ADL-Index⁸¹ (Katz-Index) nach Katz et al. (1963), der „Mini-Mental State Examination“⁸² (MMSE) nach Folstein et al. (1975) sowie der „Organic Brain Syndrome Scale“⁸³ (OBS) nach Gurland et al. (1977) unmittelbar nach ihrem Umzug in die GROUP LIVING-Einrichtungen („Baseline“-Messung) durchgeführt. Die Erhebungen mit der OBS-Skala wurden zudem nach sechs und nach zwölf Monaten wiederholt. Die diagnostischen Kriterien und Verfahren zur Feststellung von demenziellem Typus und assoziiertem Schweregrad waren weitgehend mit den von Annerstedt et al. (1993b) verwendeten Manualen und Messinstrumenten identisch (vgl. Elmståhl et al. 1997: 48). Von nur wenigen Ausnahmen abgesehen, konnten zu Beginn der Untersuchung („Baseline“-Messung) keine wesentlichen Unterschiede zwischen den drei Bewohnergruppen in Bezug auf Alter, Diagnose, demenziellem Schweregrad, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigung festgestellt werden. Die überwiegende Anzahl der Patienten war entweder an einer Demenz vom Alzheimer-Typ (37 %) oder einer vaskulären Demenz erkrankt, wobei der Anteil der vaskulär Dementen mit 58 % deutlich höher lag. Auf der Berger-Skala erreichten die Untersuchungsteilnehmer durchschnittlich „Level 3“. In diesem Stadium können sich Demenzerkrankte zwar in bekannten Umgebungen zurechtfinden, leiden aber an ausgeprägten kognitiven Beeinträchtigungen, benötigen

⁸⁰ Vgl. Fußnote 72: 265.

⁸¹ Vgl. Fußnote 73: 265.

⁸² Vgl. Kap. I/6.1.3: 62f.

⁸³ Vgl. Fußnote 18: 116.

Unterstützung und zeichnen sich zeitweise durch Antriebslosigkeit aus. Die durchschnittlichen MMSE-Werte variierten je nach Gruppe zwischen 11,3 und 15,7 Punkten ($\pm 0,9$ bis 2,7 Punkte). Auch auf der OBS-Skala konnten zu Beginn der Untersuchung nur wenige Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden. Die Patienten der „Gruppe C“ zeichneten sich durch einen geringeren Vitalitätsmangel sowie durch eine geringere Ruhelosigkeit aus, als die Patienten der „Gruppe A“ und der „Gruppe B“. Darüber hinaus waren die Patienten der „Gruppe B“ zeitlich besser orientiert als die Patienten der „Gruppe A“. Die weiteren Ergebnisse der OBS-Erhebungen können nachfolgend der Tabelle 46 entnommen werden.

Tab. 46: Messergebnisse der „Organic Brain Syndrome Scale“ zu Beginn der Untersuchung (Baseline) und zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn. Gesamtergebnis („Gruppe A, B und C“) und separate Ergebnisse der drei Untersuchungsgruppen.

	(Gruppe A, B und C) Gesamtergebnis		Gruppe A (korridor-ähnlich)		Gruppe B (L-förmig)		Gruppe C (quadr. o. H-förmig)	
	Baseline	1 Jahr	Baseline	1 Jahr	Baseline	1 Jahr	Baseline	1 Jahr
n	105		66		8		31	
Dyspraxie	0,51 \pm 0,04	0,69 \pm 0,07**	0,54 \pm 0,06	0,66 \pm 0,08*	0,37 \pm 0,14	0,85 \pm 0,31	0,48 \pm 0,07	0,70 \pm 0,14
Halluzinationen	0,42 \pm 0,03	0,46 \pm 0,03	0,46 \pm 0,05	0,49 \pm 0,04 ^b	0,43 \pm 0,13	0,63 \pm 0,14 ^a	0,34 \pm 0,05	0,35 \pm 0,06 ^{ab}
Vitalitätsmangel	0,53 \pm 0,05	0,70 \pm 0,07**	0,56 \pm 0,06	0,72 \pm 0,09*	0,79 \pm 0,18 ^c	1,02 \pm 0,30	0,40 \pm 0,06 ^c	0,58 \pm 0,13
Dysphasie	0,40 \pm 0,04	0,55 \pm 0,05**	0,44 \pm 0,06	0,56 \pm 0,07*	0,38 \pm 0,11	0,75 \pm 0,29	0,32 \pm 0,05	0,49 \pm 0,09
Wahnvorstellungen	0,43 \pm 0,04	0,43 \pm 0,04	0,46 \pm 0,05	0,46 \pm 0,05	0,55 \pm 0,20	0,50 \pm 0,13	0,32 \pm 0,06	0,35 \pm 0,08
Aggressivität	0,35 \pm 0,04	0,46 \pm 0,05*	0,39 \pm 0,06	0,47 \pm 0,06	0,46 \pm 0,20	0,63 \pm 0,23	0,24 \pm 0,05	0,40 \pm 0,09
Depression/ Ängstlichkeit	0,67 \pm 0,05	0,71 \pm 0,06	0,69 \pm 0,06	0,70 \pm 0,07	0,83 \pm 0,21	1,15 \pm 0,20 ^d	0,59 \pm 0,11	0,63 \pm 0,14 ^d
Klinische Schwan- kungen	0,50 \pm 0,05	0,60 \pm 0,05	0,52 \pm 0,06	0,63 \pm 0,07	0,69 \pm 0,22	0,91 \pm 0,20 ^e	0,44 \pm 0,07	0,45 \pm 0,08 ^c
Ruhelosigkeit	0,48 \pm 0,05	0,45 \pm 0,04	0,55 \pm 0,07 ^f	0,50 \pm 0,06	0,46 \pm 0,13	0,25 \pm 0,09	0,32 \pm 0,06 ^f	0,39 \pm 0,08
Zeit	1,81 \pm 0,08	1,83 \pm 0,09	1,98 \pm 0,10 ^e	1,92 \pm 0,11	1,25 \pm 0,38 ^e	2,02 \pm 0,32*	1,78 \pm 0,13	1,60 \pm 0,19
Kurzzeitgedächtnis	1,91 \pm 0,08	1,99 \pm 0,09	1,97 \pm 0,10	2,09 \pm 0,11	1,35 \pm 0,38	1,90 \pm 0,32	1,91 \pm 0,15	1,79 \pm 0,20
Eigene Identität	0,57 \pm 0,08	0,79 \pm 0,09**	0,63 \pm 0,11	0,84 \pm 0,11*	0,38 \pm 0,19	0,93 \pm 0,33	0,49 \pm 0,11	0,73 \pm 0,16

* p<0,05 ** p<0,01: signifikante Unterschiede innerhalb der Gruppen
^{a-e}: gleiche Buchstaben verweisen auf signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen im Untersuchungsverlauf („Baseline“ bis 1 Jahr)

Quelle: Elmståhl et al. (1997): 50.

Wie aus Tabelle 46 ersichtlich, wurden zwölf Monate nach Beginn der Untersuchung bei allen Untersuchungsteilnehmern („Gruppe A, B und C“) deutliche Verschlechterungen in den OBS-Items „Dysphasie“, „Dyspraxie“, „Vitalitätsmangel“ und „Aggressivität“ registriert. Auch die Orientierung bezüglich der eigenen Identität ging im Verlauf der Untersuchung zunehmend verloren ($p<0,05$ bis $p<0,01$ je nach Item). Bei einer separaten Betrachtung der drei Bewohnergruppen wird jedoch deutlich, dass vor allem die GROUP LIVING-Bewohner der „Gruppe A“ für die genannten Defizite verantwortlich waren, da sie sich nach einem Jahr mit Ausnahme des Items „Aggressivität“ als einzige Gruppe in allen genannten Bereichen signifikant verschlechterten ($p<0,05$). Zwar konnte im Verlauf der Untersuchung auch innerhalb der beiden anderen Gruppen eine leichte Zunahme der demenziellen Symptomatik beobachtet werden. Mit Ausnahme der zeitlichen Orientierung in der „Gruppe B“ ($p<0,05$)

erreichten diese Verschlechterungen jedoch kein signifikantes Ausmaß. Vergleicht man ferner die Entwicklung der demenziellen Symptomatik zwischen Gruppen, werden weitere Unterschiede deutlich. So waren etwa Halluzinationen in der „Gruppe C“ signifikant seltener anzutreffen, als dies in der „Gruppe A“ oder der „Gruppe B“ der Fall war. Ferner zeichnete sich die „Gruppe C“ gegenüber der „Gruppe B“ durch ein geringfügigeres Auftreten von Depressionen und Ängstlichkeit sowie durch ein geringeres Ausmaß an klinischen Symptom-schwankungen aus (vgl. Tab. 46). Der Anteil des Kommunikationsbereiches an der Gesamtfläche der GROUP LIVING-Wohngemeinschaften bewegte sich je nach Einrichtung zwischen 6 % und 24 % (Mittelwert: $12,9 \pm 4,9$ %). Elmståhl et al. (1997) stellten anhand einer Korrelationsanalyse fest, dass ein größerer Kommunikationsbereich mit geringeren Beeinträchtigungen in den OBS-Items „Kurzzeitgedächtnis“ ($r = -0,13$) und „Vitalitätsmangel“ ($r = -0,16$) verknüpft war. Die Größe des Aktivitätsbereiches variierte je nach Wohngemeinschaft zwischen 15 und 40 m² (Mittelwert: $27,7 \pm 6,8$ m²). Signifikante Korrelationen zwischen der Größe des Aktivitätsbereiches und den verschiedenen Items der OBS-Skala konnten jedoch nicht herausgestellt werden. Ferner wurde in diesem Zusammenhang untersucht, inwieweit sich die wohnliche Gestaltung der GROUP LIVING-Einrichtungen auf die Entwicklung der demenziellen Symptomatik auswirkte. Es zeigte sich, dass eine besonders wohnliche Atmosphäre mit einem signifikant größeren Ausmaß von Unruhesymptomen verknüpft war. In GROUP LIVING-Einrichtungen mit einer geringer ausgeprägten Wohnatmosphäre konnte ein solcher Zusammenhang hingegen nicht beobachtet werden ($0,53 \pm 0,46$ vs. $0,35 \pm 0,40$; $p < 0,05$). Dennoch heben Elmståhl et al. (1997: 51) die Bedeutung einer auf die Bedürfnisse von Demenzerkrankten abgestimmten Wohnumgebung hervor und stellen fest: „The results highlight the importance of the physical environment to demented patients' behaviour, especially the expression of psychiatric symptoms.“

Alfredson/Annerstedt (1994) versuchten schließlich in einer weiteren Studie, die Arbeitszufriedenheit in den Malmöer GROUP LIVING-Einrichtungen durch Befragungen und Beobachtungen der Mitarbeiter sowie durch Analysen der Personalfuktuation zu erfassen und die auf diese Weise gewonnenen Erkenntnisse mit der Arbeitssituation einer Gruppe von Krankenhaus-Mitarbeitern zu vergleichen. Hierzu wurden zunächst alle Mitarbeiter ($n = 34$) der bereits in den Studien von Annerstedt et al. (1993b) sowie Annerstedt (1994) evaluierten GROUP LIVING-Einrichtungen zu Beginn ihrer Tätigkeit in den Wohngruppen einer zweiwöchigen Fortbildungsmaßnahme unterzogen, in der sowohl gerontologisches Fachwissen und Grundlagen zur Psychopathologie demenzieller Erkrankungen als auch Fachkenntnisse

zur Durchführung von Therapiemaßnahmen und zur Beziehungsgestaltung mit den Bewohnern vermittelt wurden. Alfredson/Annerstedt (1994: 966) erhofften sich hierdurch positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Bewohner: „One general outcome from the educational programme would be that it gives staff more adequate ‘tools’ to cope with different aspects of the job and with patient behaviour, in the end resulting in an increase of patient wellbeing.“ Das Ziel bestand jedoch nicht nur darin, die Fachkompetenz der GROUP LIVING-Mitarbeiter und damit die Betreuungsqualität in den Einrichtungen zu erhöhen. Ferner sollte auch die Motivation der Wohngruppen-Mitarbeiter, unter anderem durch eine abwechslungsreiche Gestaltung der Arbeitsabläufe sowie die Gewährleistung einer hohen Autonomie und die Bereitstellung von Rückinformationen bzw. Feedback bezüglich der individuellen Arbeitsleistungen erhöht werden.

Im Einzelnen waren folgende Bereiche von Bedeutung:

- Variable Fähigkeitsanforderungen („skill variety“): die Arbeit in den Wohngruppen sollte ein breites Spektrum an Fähigkeiten erfordern und Möglichkeiten zu deren Umsetzung bereithalten.
- Identifikation mit den Aufgaben („task identity“): alle Tätigkeiten des Arbeitsalltags sollten als Teil des gesamten Behandlungsplanes verstanden werden.
- Bedeutung der Aufgaben („task significance“): die Arbeit in den Wohngruppen sollte auf die Erhaltung des Wohlbefindens der Bewohner ausgerichtet sein.
- Autonomie („autonomy“): jeder Mitarbeiter war nach dem Bezugspflegeprinzip für die selbständige Planung und Durchführung der Behandlungsmaßnahmen verantwortlich.
- Rückinformationen („feedback“): die Qualität der Arbeit sollte kontinuierlich durch die Mitarbeiter selbst und die Leitung der Wohngruppen bewertet werden.

If the job is monotonous, if staff are only allowed to do segments of the treatment process or given little autonomy or feedback on their own efforts, the effects may be low job satisfaction, burnout and low quality of work. However, when core job dimensions and the experiences of the individual are positive, this will result in high internal job motivation, high quality of work, high job satisfaction and low staff absenteeism or turnover (Alfredson/Annerstedt 1994: 965).

Um diesen Prozess zusätzlich zu fördern, wurde das GROUP LIVING-Personal, das sich vor allem aus Pflegeassistenten und Pflegehilfskräften⁸⁴ zusammensetzte, ein Jahr lang durch jeweils monatlich stattfindende Supervisionen begleitet, die unter der Leitung eines Geriaters, eines Sozialarbeiters sowie der leitenden Krankenschwester der Wohngemeinschaften

⁸⁴ Der Arbeit als Pflegeassistent geht in der Regel eine zweijährige Ausbildung voraus. Die Pflegehilfskräfte werden dagegen in der Regel über einem Zeitraum von zehn bis 20 Wochen für die Arbeit in der Pflege ausgebildet (vgl. Alfredson/Annerstedt 1994: 966).

durchgeführt wurden. Als Vergleichsgruppe wurde eine stratifizierte Stichprobe von 19 Krankenhaus-Mitarbeitern herangezogen, die in den bereits von Annerstedt et al. (1993b) sowie Annerstedt (1994) evaluierten Langzeitpflegeabteilungen beschäftigt waren. Die Krankenhaus-Mitarbeiter wurden im Gegensatz zu den Wohngruppen-Mitarbeitern vor Beginn der Untersuchung nicht gesondert fortgebildet und im Untersuchungsverlauf nicht durch regelmäßige Supervisionen begleitet. Schulungen fanden im Krankenhaus nur zu festgelegten Zeitpunkten statt und bezogen sich nur selten auf spezifische Aspekte der Dementenbetreuung. Die GROUP LIVING- und die Krankenhaus-Mitarbeiter wurden zu Beginn der Untersuchung sowie nach einem Jahr über ihre Arbeitsbedingungen befragt und das Wohngruppen-Personal zudem bei den monatlich stattfindenden Supervisionssitzungen beobachtet. Ferner sollte die Häufigkeit des Arbeitsplatzwechsels in den Wohngruppen während des einjährigen Untersuchungszeitraums ermittelt und mit der Personalfluktuationsrate in den Krankenhäusern verglichen werden. Für die Befragungen der Mitarbeiter wurde ein 44 Fragen umfassendes semi-strukturiertes Interview verwendet, das in vier verschiedene Themenbereiche untergliedert war (s. u.). Ferner wurden die GROUP LIVING-Mitarbeiter vor ihrer Arbeitsaufnahme über ihre Erwartungen an die Tätigkeit in den Wohngruppen befragt. Um schließlich feststellen zu können, inwieweit sich diese Erwartungen erfüllten, wurde die Befragung nach einem Jahr wiederholt. Der erste Themenbereich des Interviews erfasste den Kenntnisstand der Mitarbeiter in Bezug auf demenzielle Erkrankungen, ihre Symptomatik und assoziierte Behandlungsstrategien. Es zeigte sich, dass die Krankenhaus-Mitarbeiter zu Beginn der Untersuchung über ein größeres Spektrum an pflegespezifischen Fachkenntnissen verfügten, als die Mitarbeiter der Wohngruppen. Nach zwölf Monaten hingegen konnten in dieser Hinsicht keine Unterschiede mehr zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden, da sich der Wissensstand der GROUP LIVING-Mitarbeiter im Untersuchungsverlauf deutlich erhöhte und zunehmend an das Niveau der Krankenhaus-Mitarbeiter anpasste. Mit Hilfe des zweiten Interviewbereiches wurde versucht, die Meinungen der Pflegekräfte über die Qualität ihrer eigenen Pflegeeinrichtung zu eruieren und Anhaltspunkte über das Wohlbefinden der Mitarbeiter sowie jenes der Patienten zu erhalten. Vergleichsberechnungen zwischen den Wohngruppen- und den Krankenhaus-Mitarbeitern wurden mit Hilfe des „Mann-Whitney U-Tests“ durchgeführt. Die Ergebnisse können nachfolgend der Tabelle 47 entnommen werden. Wie hier ersichtlich, berichteten die GROUP LIVING-Mitarbeiter ein Jahr nach Untersuchungsbeginn von einem gewachsenen Gemeinschaftssinn ($p < 0,05$) zwischen den Mitarbeitern sowie einer höheren Arbeitszufriedenheit ($p < 0,01$).

Tab. 47: Veränderungen in der Einstellung des Wohngruppen- (GL) und des Krankenhaus-Personals (TI) bezüglich der Qualität der eigenen Pflegeeinrichtung, eigenem Wohlbefinden und Wohlbefinden der Bewohner im Verlauf der Untersuchung.

Item	Höchste Rangplatzveränderung, 0-12 Monate	Mann-Whitney-U-Test
Häusliche Umgebung	GL	
Natürliche Aktivitäten	GL	**
Sichere Pflege	GL	
Gemeinschaftssinn	GL	*
Arbeitsorganisation	GL	
Arbeitszufriedenheit	GL	**
Körperliche Arbeitsbelastung	TI	
Psychische Arbeitsbelastung	TI	
Mitarbeiter bevorzugt eigene Pflegeform	GL	***
Wohlbefinden der Patienten	GL	*
* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001		

Quelle: Alfredson/Annerstedt (1994): 969.

Darüber hinaus war das Wohngruppen-Personal davon überzeugt, dass die eigene Einrichtung die beste Pflegealternative für die Patienten darstellte ($p<0,001$) und das Wohlbefinden der Bewohner entsprechend hoch war ($p<0,05$). Die Krankenhaus-Mitarbeiter tendierten hingegen dazu, sich verstärkt über körperliche und psychische Arbeitsbelastungen zu beklagen (vgl. Tab. 47). „Thus GL staff had a significantly more positive attitude than TI staff towards the quality of their own type of care“ (Alfredson/Annerstedt 1994: 968). Der dritte Bereich des Fragebogens diente vornehmlich dazu, die Zufriedenheit des Personals mit der in der jeweiligen Einrichtung vorherrschenden Pflegequalität zu erfassen. Als maßgeblicher Indikator für diese Zufriedenheit wurde das Ausmaß der von den Mitarbeitern geäußerten Kritik über die Pflegebedingungen bestimmt. Die Resultate sind der Tabelle 48 zu entnehmen. Eine geringere Rangplatzveränderung bedeutete in diesem Fall, dass die jeweilige Mitarbeitergruppe nur wenige Verbesserungspotenziale sah bzw. sich in geringerem Umfang kritisch äußerte. Eine solche Entwicklung wurde als Indikator für eine hohe Pflegequalität in der betreffenden Einrichtung betrachtet und damit positiv bewertet. Tabelle 48 zeigt zudem, dass die Wohngruppen-Mitarbeiter signifikant seltener der Meinung waren, mehr Zeit für die Betreuung der Bewohner zu benötigen ($p<0,05$) oder dass Maßnahmen gegen die Einsamkeit von Patienten ergriffen werden sollten ($p<0,05$). Auch die Gefühle eigener Unzulänglichkeit gegenüber den Anforderungen der Arbeitsalltags verringerten sich bei den GROUP LIVING-Mitarbeitern im Verlauf der Untersuchung deutlich ($p<0,05$). Wenn auch nicht in signifikantem Ausmaß, forderte das Krankenhaus-Personal dagegen häufiger Verbesserungen, wie etwa eine neue Arbeitsorganisation oder die Schaffung kleinerer Pflegeabteilungen.

Tab. 48: Vorschläge des Pflegepersonals zur Verbesserung der Pflegequalität.

Item	Geringste Rangplatzveränderung, 0-12 Monate	Mann-Whitney-U-Test
Forderung nach mehr Zeit für die Betreuung der Bewohner	GL	*
Pflegeausbildung	GL	
Kleinere Pflegeabteilungen	GL	
Anregende Aktivitäten	GL	
Maßnahmen gegen Einsamkeit	GL	*
Arbeitsorganisation	GL	
Wunsch nach gesünderen Patienten	TI	
Wunsch nach Unterstützung	TI	
Gefühle von Unzulänglichkeit	GL	*
* p<0,05		

Anmerkung: Geringe Rangplatzveränderungen sprechen für eine hohe Zufriedenheit des Personals mit der gewährleisteten Pflegequalität.

Quelle: Alfredson/Annerstedt (1994): 969.

Der vierte Fragenkomplex des Interviews zielte schließlich darauf ab, die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter einzuschätzen. Entsprechende Ergebnisse können der Tabelle 49 entnommen werden. Die höchste Rangplatzveränderung verweist hier auf eine positive Entwicklung des Meinungsbildes im Verlauf der Untersuchung.

Tab. 49: Veränderungen der Arbeitszufriedenheit der GROUP LIVING- (GL) und der Krankenhaus-Mitarbeiter (TI) im Verlauf der Untersuchung.

Item	Höchste Rangplatzveränderung, 0-12 Monate	Mann-Whitney-U-Test
Ich helfe bei der Entwicklung des Patienten	GL/TI	
Dankbarkeit der Patienten	GL/TI	
Positives Umfeld	GL	
Dienstplan und Kollegialität sind zufrieden stellend	GL	**
Gute Pflegephilosophie	GL	***
Wunsch zur Arbeit mit Demenzerkrankten	GL	
** p<0,01 *** p<0,001		

Anmerkung: die höchste Rangplatzveränderung verweist auf eine positive Entwicklung des Meinungsbildes.

Quelle: Alfredson/Annerstedt (1994): 969.

Wie aus Tabelle 49 ersichtlich, stellten die GROUP LIVING-Mitarbeiter vor allem die Pflegephilosophie des Wohngruppen-Projektes (p<0,001) sowie die Gestaltung des Dienstplans

und die Kollegialität unter den Mitarbeitern ($p < 0,05$) als positive Aspekte ihrer Arbeit heraus. Ferner würdigten sie das positive Umfeld der Wohngruppen und gaben an, auch weiterhin in der Betreuung demenziell erkrankter Menschen tätig sein zu wollen. Komplementär zu den Interviews wurden die GROUP LIVING-Mitarbeiter vor ihrer Arbeitsaufnahme über ihre Erwartungen an die neue Tätigkeit in den Wohngruppen befragt. 74 % der Mitarbeiter gingen zu Beginn ihrer Beschäftigung davon aus, dass sich die Wohngruppenpflege positiv auf die Bewohner auswirken wird, 65 % der Mitarbeiter rechneten mit einer Verbesserung der eigenen Arbeitsbedingungen und 68 % waren davon überzeugt, durch ihre Arbeit in den Wohngruppen eine sinnvolle Tätigkeit ausüben zu können. Nach einem Jahr wurde die Mitarbeiterbefragung wiederholt. Zu diesem Zeitpunkt sahen 25 % der Wohngruppen-Mitarbeiter ihre Erwartungen erfüllt. Die Mehrheit des Personals (58 %) gab sogar an, dass ihre Erwartungen an die Tätigkeit in den Wohngruppen übertroffen wurden. 17 % der Wohngruppen-Mitarbeiter sahen ihre Erwartungen hingegen nicht bestätigt. Ergänzend zu den Mitarbeiterbefragungen wurde das GROUP LIVING-Personal zudem bei den monatlichen Supervisions-treffen beobachtet. Verhaltensbeobachtungen und Analysen der Kommunikationsstrukturen während dieser Sitzungen machten deutlich, dass sich die Fachkompetenz der Wohngruppen-Mitarbeiter im Untersuchungsverlauf deutlich erweiterte. Sie waren in der Lage, das Verhalten der Bewohner zu analysieren, ihre Körpersprache zu verstehen und erforderliche Therapiemaßnahmen einzuleiten. Alfredson/Annerstedt (1994: 970) sehen in dieser Entwicklung einen Hinweis auf eine hohe Arbeitsqualität in den GROUP LIVING-Wohngemeinschaften: „Observations at staff meetings thus are regarded as indicative of high quality work performance.“ Die Analyse der Personalfluktuaton förderte allerdings keine signifikanten Unterschiede zwischen den untersuchten Mitarbeitergruppen zu Tage. Ein Jahr nach Beginn der Untersuchung hatten 26 % der Wohngruppen-Mitarbeiter und 32 % des Krankenhaus-Personals ihren Arbeitsplatz zugunsten eines neuen Betätigungsfeldes aufgrund beruflicher Fortbildungen oder aus persönlichem Anlass (z. B. Schwangerschaft) verlassen. Die Begründungen standen jedoch in keinem Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit. „Turnover thus was not officially due to poor job satisfaction“ (Alfredson/Annerstedt 1994: 970).

4.4.2.2 Wohngruppen „Sundsvall“

Auch in der schwedischen Stadt Sundsvall wurde ab Mitte der 1980er Jahre mit der Implementierung von GROUP LIVING-Einrichtungen begonnen. Im Gegensatz zu den Wohngruppen des Malmö-Projektes wurde allerdings auf spezifische Ausschlusskriterien bei der

Auswahl der Patienten verzichtet, obgleich sich das Angebot auch hier an Demenzerkrankte in einem mittleren Krankheitsstadium richtet. Ansonsten ist das Sundsvaller GROUP LIVING-Programm dem Malmöer Modell im Hinblick auf seine konzeptionellen Merkmale und Zielsetzungen ähnlich.

Wimo et al. (1995b) versuchten zunächst, die Auswirkungen der Sundsvaller GROUP LIVING-Einrichtungen auf die kognitiven Ressourcen, das funktionale Fähigkeitsspektrum (ADL) sowie das Verhalten einer Gruppe von demenzerkrankten Wohngruppen-Bewohnern (n = 46) psychometrisch einzuschätzen und etwaige Veränderungen in den genannten Messbereichen über einen Zeitraum von einem Jahr zu verfolgen. Als Kontrollgruppe diente eine vergleichbare Population von Demenzpatienten (n = 62), die entweder in Pflegeheimen untergebracht waren oder ambulant zu Hause versorgt wurden. Die kognitive Funktionsfähigkeit der Untersuchungsteilnehmer wurde mit der „Mini-Mental State Examination“⁸⁵ (MMSE) nach Folstein et al. (1975) gemessen. Die funktionalen Ressourcen der Bewohner im Bereich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL) sowie die Häufigkeit von Verhaltensstörungen wurden unter Verwendung der „Multi-Dimensional Dementia Assessment Scale“⁸⁶ (MDDAS) nach Sandman et al. (1988) eingeschätzt. Erhebungen mit der MDDAS-Skala wurden am Anfang der Untersuchung durchgeführt und während der einjährigen Untersuchungsphase nach Ablauf jedes dritten Monats wiederholt. Auch der Psychopharmakaverbrauch in beiden Gruppen (z. B. Antidepressiva, Neuroleptika oder Beruhigungsmittel) sollte regelmäßig in den gleichen Zeitabständen ermittelt werden. Im Rahmen der „Baseline“-Messungen zu Beginn der Untersuchung konnten nur geringe Unterschiede zwischen den GROUP LIVING-Bewohnern und den Demenzpatienten der Vergleichsgruppe herausgestellt werden. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag in beiden Gruppen bei knapp 79 Jahren. Die meisten Demenzerkrankungen wurden mit einem Anteil von 67 % in der GROUP LIVING-Population und 60 % in der Kontrollgruppe von der Alzheimer-Krankheit verursacht. Während die GROUP LIVING-Bewohner am Anfang der Untersuchung einen mittleren MMSE-Wert von 14 Punkten erreichten, lag dieser Wert in der Kontrollgruppe bei durchschnittlich 14,9 Punkten. Der Unterschied zwischen der in der Experimental- und der

⁸⁵ Vgl. Kap. I/6.1.3: 62f.

⁸⁶ Die „Multi-Dimensional Dementia Assessment Scale“ (MDDAS) nach Sandman et al. (1988) besteht aus zwei Subskalen, mit denen sowohl Beeinträchtigungen im Bereich der alltagsrelevanten Fähigkeiten (z. B. Hygiene, Ankleiden, Nahrungsaufnahme) als auch Störungen des Verhaltens (z. B. Aggressivität, Schreien, Umherwandern oder Verweigerung der Pflege) erfasst werden können. Entsprechende Bewertungen werden anhand zweier Indizes, eines ADL-Index (vier bis 24 Punkte) sowie eines Verhaltens-Index (null bis 42 Punkte), vorgenommen. Während geringe Werte auf dem ADL-Index auf starke Einschränkungen der Alltagsfähigkeiten schließen lassen, weist eine geringe Punktzahl auf dem Verhaltens-Index auf gleichfalls geringe Beeinträchtigungen des Verhaltens hin (vgl. Sandman et al. 1988: 120ff).

Kontrollgruppe gemessenen kognitiven Leistung war damit zu diesem Zeitpunkt relativ gering und erreichte kein signifikantes Ausmaß. Bezüglich des Medikamentenverbrauchs konnten im Verlauf der Untersuchung keine Unterschiede zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe festgestellt werden. Die im weiteren Verlauf der Untersuchung registrierten Veränderungen des kognitiven Fähigkeitsspektrums (MMSE) sowie die im Bereich der funktionalen Ressourcen und Verhaltensbeeinträchtigungen (MDDAS) gemessenen Unterschiede zwischen den GROUP LIVING-Bewohnern und den Teilnehmern der Kontrollgruppe können nachfolgend den Tabellen 50 und 51 entnommen werden.

Tab. 50: Entwicklung der MMSE- und MDDAS-Werte (ADL und Verhalten) bei den GROUP LIVING-Bewohnern (GL) und den Teilnehmern der Kontrollgruppe (Kontrolle) im Verlauf der einjährigen Untersuchungsphase.

Zeit	MMSE		MDDAS (ADL)		MDDAS (Verhalten)	
	GL	Kontrolle	GL	Kontrolle	GL	Kontrolle
0 Monate	14,0 (± 5)	14,9 (± 6)	21,0 (± 3)	19,2 (± 4)	2,1 (± 3)	3,5 (± 4)
3 Monate	13,3 (± 5)	13,7 (± 7)	20,6 (± 3)	18,1 (± 5)	3,0 (± 4)	5,0 (± 5)
6 Monate	12,0 (± 6)	12,3 (± 7)	20,5 (± 4)	17,4 (± 5)	4,5 (± 4)	5,3 (± 5)
9 Monate	12,3 (± 6)	12,6 (± 8)	19,6 (± 4)	16,7 (± 5)	4,3 (± 4)	5,1 (± 6)
12 Monate	10,6 (± 7)	11,0 (± 8)	18,8 (± 5)	15,8 (± 5)	5,0 (± 5)	5,1 (± 5)

Anmerkung: Mittelwerte und Standardabweichungen (±).

Quelle: Wimo et al. (1995b): 208.

Tab. 51: MDDAS-Items mit signifikanten Veränderungen im Verlauf der Untersuchung. GROUP LIVING-Bewohner (GL), Kontrollgruppe (K).

Item	Zeitintervall	Gruppenvergleich	p
Ankleiden	0-6 Monate	GL besser als K	<0,01
Ankleiden	3-6 Monate	GL besser als K	<0,05
Ankleiden	6-9 Monate	GL besser als K	<0,05
Ankleiden	0-12 Monate	GL besser als K	<0,01
Motorik	0-12 Monate	GL besser als K	<0,05
Vermischen von Nahrung	0-6 Monate	GL besser als K	<0,05
Widerstand gegen Pflege	0-12 Monate	K besser als GL	<0,01
Aggressivität	0-6 Monate	K besser als GL	<0,01
Aggressivität	0-12 Monate	K besser als GL	<0,05
Schlagen von Patienten/ Personal	0-12 Monate	K besser als GL	<0,01

Quelle: Wimo et al. (1995b): 209.

Wie aus Tabelle 50 ersichtlich, zeigten sich bei beiden Gruppen im Verlauf der Untersuchung ähnliche Entwicklungen. Das mit Hilfe der „Mini-Mental State Examination“ gemessene kognitive Leistungsvermögen verschlechterte sich im Verlauf der Untersuchung in beiden Gruppen deutlich und nahm innerhalb eines Jahres um durchschnittlich 3,9 Punkte in

der GROUP LIVING-Population und 3,4 Punkte in der Referenzgruppe ab. Hinsichtlich dieses kognitiven Leistungsverlustes konnten zu keinem Zeitpunkt signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen nachgewiesen werden. Auch die Fähigkeiten im Bereich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (MDDAS-ADL) nahmen im Untersuchungsverlauf in beiden Gruppen deutlich ab. Zwar schien die Fähigkeitsdegeneration in der GROUP LIVING-Gruppe etwas langsamer voranzuschreiten, als dies in der Kontrollgruppe der Fall war (vgl. Tab. 50). Wie allerdings aus Tabelle 51 ersichtlich, schnitten die Wohngruppen-Bewohner lediglich in zwei Messbereichen der MDDAS-Skala besser ab als die Patienten der Vergleichsgruppe. Dies galt einerseits für die Fähigkeiten im Bereich des „Ankleidens“, die bei den GROUP LIVING-Bewohnern zu allen Erhebungszeitpunkten stärker ausgeprägt waren ($p < 0,05$ bis $p < 0,01$ je nach Erhebungszeitpunkt); andererseits war auch ihr motorisches Funktionspotenzial nach zwölf Monaten signifikant besser erhalten ($p < 0,05$) (vgl. Tab. 51). Die ebenfalls mit Hilfe der MDDAS-Skala gemessenen Verhaltensstörungen nahmen im Untersuchungsverlauf in beiden Gruppen zu (vgl. Tab. 50). Insoweit stimmten diese Messergebnisse mit den zuvor dargelegten Entwicklungen im Bereich der Kognition sowie der funktionalen Fähigkeiten überein. Die GROUP LIVING-Bewohner zeigten sich jedoch in vielen Verhaltensbereichen deutlich stärker beeinträchtigt als die Untersuchungsteilnehmer der Kontrollgruppe. Wie der Tabelle 51 entnommen werden kann, wurde in der Wohngruppen-Population sowohl nach sechs als auch nach zwölf Monaten ein signifikant größeres Aggressivitätspotenzial registriert als in der Kontrollgruppe ($p < 0,05$ bis $p < 0,01$ je nach Erhebungszeitpunkt). Auch in den MDDAS-Items „Schlagen von Patienten/Personal“ ($p < 0,01$) sowie „Widerstand gegen Pflegemaßnahmen“ ($p < 0,01$) schnitten die Wohngruppen-Bewohner ein Jahr nach Beginn der Untersuchung signifikant schlechter ab (vgl. Tab. 51). Ungeachtet dessen sehen Wimo et al. (1995b: 210) die GROUP LIVING-Wohngemeinschaften als geeignete Versorgungsform für demenziell Erkrankte an und heben ihre Präventivfunktion im Angesicht einer ansonsten unausweichlichen Institutionalisierung der Betroffenen hervor:

Even if [...] it may seem disappointing that the effects of GL on cognitive function, ADL-capacity, and behaviour symptoms were generally speaking small, it must also be said that it is in fact quite possible to care for severely demented patients in GL. Before GL had been established as a care alternative, these patients mostly live in institutions.

Wimo et al. (1995c) versuchten schließlich diesen Präventionscharakter im Rahmen einer Langzeitstudie zu belegen und 16 Bewohner der Sundsvaller GROUP LIVING-Wohngemeinschaften über einen Zeitraum von vier Jahren zu begleiten. Das Ziel bestand vor allem

darin, die Aufenthaltsdauer der Erkrankten zu bestimmen und die Mortalität innerhalb der Wohngruppen-Population zu erfassen. Die Anzahl der Sterbefälle bei den GROUP LIVING-Bewohnern wurde zudem mit der Mortalitätsrate in einer Kontrollgruppe verglichen, die sich aus 16, in einem herkömmlichen Pflegeheim versorgten Demenzpatienten zusammensetzte. Die GROUP LIVING-Bewohner waren im Mittel 77 Jahre alt und überwiegend an einer Alzheimer-Demenz oder einer vaskulären Demenz von mittlerer bis schwerer Ausprägung erkrankt. Nach vier Jahren lebten noch vier der ursprünglich 16 Demenzerkrankten in den Wohngemeinschaften. Acht Patienten waren zu diesem Zeitpunkt verstorben; vier weitere Bewohner wurden aufgrund von schweren Verhaltensstörungen (vor allem aggressives Verhalten) oder intensivem physischen Pflegebedarf in Pflegeheime oder gerontopsychiatrische Kliniken verlegt. Zwei der acht verstorbenen GROUP LIVING-Bewohner verstarben in den Wohngemeinschaften, sechs Bewohner verstarben im Krankenhaus. Damit war die Sterberate in der Wohngruppen-Population mit der Mortalität in der Kontrollgruppe vergleichbar, in der nach vier Jahren ebenfalls acht Todesfälle zu verzeichnen waren. Wimo et al. (1995c: 126) sehen mit diesem Ergebnis die Funktion der GROUP LIVING-Wohngemeinschaften als intermediäres Versorgungsmodell bestätigt: „GL was evidently effective in its role of preventing institutionalization. After 4 years, four of the eight surviving patients still lived in GL.“ Das Ergebnis der Untersuchung zeigt jedoch auch, dass der Versorgung von Demenzerkrankten in GROUP LIVING-Einrichtungen Grenzen gesetzt sind, insbesondere dann, wenn Verhaltensstörungen und erhöhte Pflegebedürftigkeit die Betreuung der Erkrankten zunehmend erschweren. Wimo et al. (1995c: 126) heben daher hervor, dass die Wohngruppenpflege nicht für alle Demenzerkrankten geeignet sein kann: „Naturally, GL units cannot replace institutions for all dementia patients. Increasing apraxia and other dysfunctional effects and behavioral disturbances make it necessary for some patients to stay permanently in institutions.“

4.4.3 Diskussion der Ergebnisse

Die Untersuchungsergebnisse zur Effektivität der schwedischen GROUP LIVING-Wohngemeinschaften lassen sich wie folgt zusammenfassen.

Im Rahmen der Evaluation des Malmöer GROUP LIVING-Modells versuchten Annerstedt et al. (1993b) zunächst, die demenzielle Symptomprogression und den Medikamentenverbrauch einer Population von Wohngruppen-Bewohnern sowie einer Vergleichsgruppe von Krankenhaus-Bewohnern über einen Zeitraum von einem Jahr zu ermitteln und miteinander zu vergleichen. Es zeigte sich, dass der Medikamentenverbrauch in den Malmöer

Wohngruppen mit Ausnahme von somatischen Präparaten deutlich geringer war als in den Krankenhäusern. Insbesondere der Verbrauch von Neuroleptika war bei den Wohngruppen-Bewohnern zu allen Erhebungszeitpunkten niedriger als in der Kontrollgruppe im Krankenhaus. Annerstedt et al. (1993b: 838) schließen nicht aus, dass für dieses Ergebnis ein grundlegend höherer Medikationsbedarf bei den Krankenhaus-Bewohnern verantwortlich sein könnte, stellen jedoch Unterschiede in der Pflegephilosophie der Mitarbeiter als ebenfalls mögliche Ursache heraus:

The use of psychotropic medication may indicate the staff's attitude to the patients' suffering and disruptive behaviour but may also indicate their strategy in treating dementia symptoms: the choice between giving a pill in order to suppress symptoms or to analyse the behaviour and interact with the patient.

Ob jedoch das Verhalten des GROUP LIVING-Personals zu einer tatsächlichen Reduzierung des Medikamentenbedarfs bei den Wohngruppen-Bewohnern führte, kann nicht abschließend beurteilt werden. Ohnehin bewegte sich der Medikamentenverbrauch in beiden Gruppen ungeachtet der erwähnten Unterschiede auf einem eher geringen bis moderaten Niveau. Das psychogeriatrische Assessment der Untersuchungsteilnehmer mit Hilfe der „Organic Brain Syndrome“-Skala zeigte schließlich deutliche Unterschiede in der Entwicklung der demenziellen Sekundärsymptomatik zwischen den Wohngruppen- und den Krankenhaus-Bewohnern auf. Die GROUP LIVING-Bewohner schnitten in den OBS-Items „Dyspraxie“ und „räumliche Desorientierung“ sechs Monate nach Untersuchungsbeginn deutlich besser ab als die Kontrollgruppe im Krankenhaus. Auch in den Bereichen „Dysphasie“, „Wahnvorstellungen“, „Depression“, „Ängstlichkeit“ und „Ruhelosigkeit“ waren zu diesem Zeitpunkt deutliche Verbesserungen bei den Wohngruppen-Bewohnern feststellbar. Nach Ansicht von Annerstedt et al. (1993b: 838) waren für diese Entwicklung vor allem die dementengerechte Gestaltung des Wohnumfeldes sowie die Fortbildungen der GROUP LIVING-Mitarbeiter und die damit verknüpfte regelmäßige Aktivierung der Wohngruppen-Bewohner ursächlich:

The GL staff were trained to encourage the patients' initiatives and to counteract regressive behaviour. The continuous stimulation in GL and the easy accessibility to 'external memory aids' build into the GL physical setting gave clues to facilitate retrieval and memory.

Und weiter heißt es:

The familiar small settings reduce mental confusion by limiting the stress and exposure to strange, frightening contacts and to crowding. The care model also allowed and motivated the patients to expand their spheres and activities and their training in different skills (Annerstedt et al. 1993b: 838).

Insbesondere die vaskulär dementen Wohngruppen-Bewohner schienen von entsprechenden Trainingseffekten zu profitieren. Während ihre Fähigkeiten im Bereich der räumlichen Orientierung nach sechs Monaten konstant blieben, verschlechterten sich die vaskulär dementen Krankenhaus-Bewohner in diesem Bereich signifikant. Die Alzheimer-Patienten schienen dagegen vor allem von der Kontinuität der Alltagsgestaltung sowie der individuellen Zuwendung des Wohngruppen-Personals zu profitieren. Sie zeigten sich sowohl nach sechs als auch nach zwölf Monaten signifikant weniger depressiv und ängstlich als die Kontrollgruppe im Krankenhaus. „This shows an important effect of GL treatment on secondary dementia symptoms in Alzheimer patients“ (ebd.: 839). Nach einem Jahr hingegen konnten auf der OBS-Skala nur noch spärliche Unterschiede zwischen beiden Bewohnergruppen gemessen werden, da sich die demenzielle Symptomatik sowohl bei den GROUP LIVING-Bewohnern als auch bei den Krankenhaus-Bewohnern deutlich verstärkte. Eine solche Verschlechterung war aufgrund des „natürlichen“ demenziellen Verlaufsprozesses zu erwarten und kann, wie Annerstedt et al. (1993b: 839) betonen, auch durch die positiven Effekte des GROUP LIVING-Konzeptes nicht aufgefangen werden: „The diminution of the effect of GL noticed after 12 months means that the effects of degeneration of the brain, inevitable in the most of these patients, overtake the profits gained by decreased secondary symptoms.“ Diese Tendenz wurde nach einem Jahr auch durch den Vitalitätsmangel sowie die höhere Frequenz der symptomassoziierten Schwankungen bei den Wohngruppen-Bewohnern deutlich. Zudem wurde festgestellt, dass die Aggressivitäts-Werte der GROUP LIVING-Bewohner im Untersuchungsverlauf anstiegen und nach einem Jahr sogar signifikant höher lagen als jene der Krankenhaus-Bewohner. Annerstedt et al. (1993b: 839) führen diese Entwicklung jedoch primär auf die positive Bestärkung und Unterstützung durch das GROUP LIVING-Personal sowie die hierdurch bedingte größere Eigenständigkeit der Wohngruppen-Bewohner zurück: „The GL staff noticed that their residents increased their initiative and more often asserted their own will.“ Ungeachtet dessen werten die Autoren die temporäre Verbesserung der demenziellen Symptomatik als bedeutsamen Erfolg des GROUP LIVING-Konzeptes und sprechen sich daher für eine möglichst frühzeitige Unterbringung von Demenzpatienten in Wohngruppen aus (vgl. Annerstedt et al. 1993b: 840).

Annerstedt (1994) versuchte schließlich in einer nachfolgenden Studie, das Zeitfenster für eine effektive und optimale Versorgung von Demenzerkrankten in den GROUP LIVING-Einrichtungen näher zu bestimmen sowie die aus den Funktionsbeeinträchtigungen und Verhaltensstörungen der Bewohner resultierende Pflegebelastung für das Personal der Wohngemeinschaften zu ermitteln. Unter Verwendung der Gottfries-Bråne-Steen“-Skala

(GBS) konnte zunächst festgestellt werden, dass die GROUP LIVING-Bewohner sechs Monate nach ihrem Umzug in die Wohngruppen einen deutlich besseren Funktionserhalt sowie eine geringere demenzielle Symptomausprägung aufwiesen als eine Vergleichsgruppe im Krankenhaus. Während sich etwa die motorische Funktionsfähigkeit der GROUP LIVING-Bewohner in diesem Zeitraum nur leicht verschlechterte, konnten sowohl im intellektuellen und emotionalen Funktionsbereich als auch in Bezug auf die Ausprägung der demenziellen Begleitsymptomatik leichte Verbesserungen bei den Wohngruppen-Bewohnern registriert werden. In der Krankenhaus-Population dagegen war bereits nach einem halben Jahr in allen erwähnten Bereichen ein erheblicher Abbau zu beobachten. Zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn waren jedoch in beiden Gruppen deutliche Verluste in allen GBS-Kategorien, also sowohl in den Bereichen der motorischen, intellektuellen und emotionalen Funktionsfähigkeit als auch im Bereich der demenziellen Symptomausprägung, erkennbar. Obgleich dies in der Untersuchung von Annerstedt (1994) nicht explizit erwähnt wird, war der intellektuelle Funktionsverlust in der GROUP LIVING-Population ein Jahr nach Untersuchungsbeginn sogar deutlich größer als in der Krankenhaus-Gruppe. Inwieweit daher der zeitlich begrenzte Fähigkeitserhalt der GROUP LIVING-Bewohner zu einer tatsächlichen Reduzierung der Pflegebelastung für die Mitarbeiter beitrug, bleibt unklar. Zudem ist nach Annerstedt (1994: 378) wahrscheinlich, dass etwaige Gewinne in diesem Bereich ohnehin durch die zeitaufwendige Betreuung der Bewohner kompensiert wurden: „[...] the gain in reduced care load is probably readily reabsorbed by the time-consuming activating therapies that are necessary in order to reach improvements.“ Dennoch sieht die Autorin gerade in der durch Trainingsprogramme und regelmäßige Fortbildungen initiierten Pflegephilosophie des Wohngruppen-Personals wesentliche Vorteile für die Erkrankten und führt, wie bereits in der Studie von Annerstedt et al. (1993b), den geringeren Medikamentenverbrauch der GROUP LIVING-Bewohner maßgeblich auf das Verhalten des Pflegepersonals zurück: „Faced with the choice of giving a pill in order to suppress symptoms [...], or of analyzing and interacting with the patient, the GL staff more often chose the latter option“ (Annerstedt 1994: 379). Auch das prothetische Wohnumfeld der GROUP LIVING-Einrichtungen war jedoch nach Ansicht der Autorin für den geringeren Medikamentenverbrauch in der Wohngruppen-Population verantwortlich, da es zu einer Reduzierung negativer Stressfaktoren und damit zur Förderung des Wohlbefindens der Bewohner beitrug. Dennoch gibt Annerstedt (1994: 379) zu bedenken, dass die Wohngruppenpflege nur eine zeitlich begrenzte Versorgungsoption für Demenzerkrankte darstellen kann: „At a certain crucial point in the course of dementia, the limits for effective GL care are reached.“ Die Aufenthaltsdauer der Wohngruppen-Bewohner

belieft sich im Rahmen dieser Untersuchung auf durchschnittlich 20 Monate. Schließt man den Zeitraum der stationären Versorgung der Erkrankten vor ihrem Umzug in die GROUP LIVING-Einrichtungen mit ein, könnten die Demenzerkrankten nach Meinung der Autorin etwa zwei bis zweieinhalb Jahre von der Betreuung in den Wohngruppen profitieren, bevor eine intensivere Pflege und damit eine erneute Verlegung der Bewohner notwendig würde. In diesen Fällen spricht sich Annerstedt (1994: 379) für eine Versorgung der Betroffenen in stationären Pflegeabteilungen aus: „For the final phase in the dementing illnesses, hospital care in special dementia care units is recommended.“

Elmståhl et al. (1997) versuchten zudem, den Einfluss der architektonischen Gestaltung von GROUP LIVING-Einrichtungen auf demenziell Erkrankte zu erfassen. Hierzu wurden 18 Malmöer Wohngemeinschaften mit verschiedenen Ausstattungsmerkmalen und Grundrissen (korridor-ähnlich, „L-förmig“, „H-förmig“ und quadratisch) ausgewählt und in ihren Auswirkungen auf die Bewohner untersucht. Die unter Verwendung der „Organic Brain Syndrome Scale“ erzielten Messergebnisse zeigten zunächst, dass die Gesamtheit aller Untersuchungsteilnehmer im Verlauf der Studie von einer Zunahme demenzieller Symptome betroffen war. Zugleich wurde jedoch deutlich, dass sich ein korridor-ähnliches Wohngruppendesign besonders negativ auf die Demenzerkrankten auswirkte. Im Gegensatz zu den Bewohnern von quadratischen, „H-“ oder „L-förmigen“ GROUP LIVING-Wohngemeinschaften, konnte bei diesen Bewohnern ein Jahr nach Untersuchungsbeginn eine signifikant stärkere Ausprägung von Demenzsymptomen, vor allem in den OBS-Bereichen „Aggressivität“, „Dyspraxie“, „Dysphasie“ und „Vitalitätsmangel“ beobachtet werden. Auch die Orientierung zur eigenen Person verringerte sich bei den Bewohnern der korridor-ähnlich angelegten Wohngruppen im Verlauf der Untersuchung signifikant. Bei den Bewohnern der anderen Wohngemeinschaften konnte ebenfalls nach einem Jahr eine Zunahme von Demenzsymptomen verzeichnet werden. Dennoch erreichten diese Veränderungen nur in wenigen Fällen ein signifikantes Ausmaß. Elmståhl et al. (1997) konnten ferner nachweisen, dass sich die Wohnraumgestaltung sowie die Flurgröße einer Wohngemeinschaft (definiert als „Kommunikationsbereich“) auf die demenzerkrankten Bewohner auswirkten. Zum einen war ein größerer Kommunikationsbereich mit einer geringeren Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses sowie einer höheren Vitalität verknüpft. Die Autoren sprechen sich daher für eine möglichst weiträumige Gestaltung von Flurbereichen aus: „Wider corridors might facilitate orientation“ (Elmståhl et al. 1997: 52). Zum anderen wurde deutlich, dass eine besonders wohnliche Einrichtungsgestaltung, also eine umfangreiche Ausstattung mit unterschiedlichem Mobiliar und einer Vielzahl von Dekorationsobjekten, mit einem signifikant größeren Ausmaß von

Unruhesymptomen verknüpft war. Auch hier muss nach Ansicht der Autoren auf Übersichtlichkeit geachtet werden, um die Wahrnehmung der Erkrankten nicht zusätzlich zu erschweren. Elmståhl et al. (1997: 52) halten daher resümierend fest: „In conclusion, the architectural design of GL units for demented elderly patients is important. A design that facilitates perceptual concept without reducing communication area is preferred.“ Mögliche Ursachen für die genannten Resultate werden von Elmståhl et al. (1997) jedoch nur spärlich diskutiert. Zudem werden aus den Untersuchungsergebnissen nur wenige Vorschläge zur Gestaltung einer dementengerechten Wohnumgebung abgeleitet. Selbige beschränken sich, wie Figura zeigt, zumeist auf allgemeingültige Grundsätze und Empfehlungen und werden mit den Resultaten der Untersuchung nur peripher verknüpft. So präferieren die Autoren kein spezifisches Architekturkonzept. Sicherlich könnte aus der vorliegenden Ergebnislage geschlossen werden, dass ein korridor-ähnliches Wohngruppendedesign nach Möglichkeit vermieden und gleichfalls auf eine möglichst weiträumige bzw. übersichtliche Gestaltung der Räumlichkeiten geachtet werden sollte. Eine solche Schlussfolgerung bedürfte jedoch sicherlich einer weitergehenden Fundierung.

In einer weiteren Studie versuchten Alfredson/Annerstedt (1994), die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter des Malmöer GROUP LIVING-Projektes durch Befragungen, Beobachtungen und Analysen der Personalfuktuation zu erfassen und die so gewonnenen Erkenntnisse mit der Arbeitssituation einer Gruppe von Krankenhaus-Mitarbeitern zu vergleichen. Die Personalbefragungen zeigten zunächst, dass sich die Fachkompetenz der GROUP LIVING-Mitarbeiter während des einjährigen Untersuchungszeitraums deutlich erhöhte. Diese Entwicklung war nach Ansicht von Alfredson/Annerstedt (1994: 970) primär auf die Fortbildungen der Wohngruppen-Mitarbeiter sowie deren kontinuierliche Unterstützung im Verlauf der Untersuchung zurückzuführen: „Staff were given ‘the tools’ with which they could make a better job. The environment did not hamper their competence, instead they were given continued support and supervision.“ Auch die Beobachtungen der monatlichen Supervisions-sitzungen machten deutlich, dass sich das Fachwissen des Wohngruppen-Personals stetig erweiterte. Die Mitarbeiter waren zunehmend in der Lage, das Verhalten der Bewohner sowie ihre Körpersprache richtig einzuschätzen und notwendige Therapiemaßnahmen umzusetzen. Das Ziel bestand jedoch nicht nur darin, die Fachkompetenz der Pflegekräfte und damit die Betreuungsqualität in den Wohngruppen zu erhöhen. Ferner sollten auch die Motivation und die Arbeitszufriedenheit der Wohngruppen-Mitarbeiter durch eine optimale Gestaltung der Arbeitsbedingungen gefördert werden. Über ihre Erwartungen an die Tätigkeit in den Wohngruppen befragt, äußerten sich 83 % der Wohngruppen-Mitarbeiter positiv und gaben an,

dass ihre Erwartungen im Verlauf der einjährigen Untersuchung entweder erfüllt oder übertroffen wurden. Zudem berichteten die GROUP LIVING-Mitarbeiter im Kontext der Interviews von einer hohen Arbeitszufriedenheit und stellten vor allem die Kollegialität sowie den Gemeinschaftssinn unter den Mitarbeitern als positive Aspekte ihrer Arbeit heraus. Hierfür war nach Meinung von Alfredson/Annerstedt (1994: 970) primär die Arbeitsorganisation in den Wohngruppen verantwortlich: „[...] internal ‘job motivation’ and ‘job satisfaction’ increased among GL staff. We mean that the positive effects found are correlated to the organization of the job and the care.“ Die Krankenhaus-Mitarbeiter tendierten hingegen dazu, sich häufiger über körperliche und psychische Belastungen zu beklagen und die Arbeitsorganisation in ihren Pflegeabteilungen zu kritisieren. Dennoch konnten bezüglich der Personalfluktuation keine wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Mitarbeitergruppen festgestellt werden. Nach Ablauf der einjährigen Untersuchungsphase hatten jeweils etwa 30 % der Wohngruppen- und Krankenhaus-Mitarbeiter ihren Arbeitsplatz verlassen. Die Personalfluktuation in den Wohngruppen stand dabei in keinem Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter. Dennoch geben Alfredson/Annerstedt (1994) zu bedenken, dass die Arbeitsplätze in den Wohngruppen zumeist mit Teilzeitkräften besetzt wurden und daher neben den bereits in Kapitel III/4.4.2.1 angeführten Ursachen vor allem finanzielle Aspekte einen Wechsel des Arbeitsplatzes begünstigten. Ohnehin ist in der Vergleichbarkeit der beiden Mitarbeitergruppen eine methodische Schwäche der vorliegenden Untersuchung zu sehen. Während nur 62 % der GROUP LIVING-Mitarbeiter vor ihrer Arbeitsaufnahme in den Wohngruppen in stationären Einrichtungen beschäftigt waren, beschränkte sich die Berufserfahrung der Krankenhaus-Mitarbeiter ausschließlich auf den stationären Arbeitsbereich. Auch das Qualifikationsniveau des Wohngruppen-Personals war im Vergleich zu den Krankenhaus-Mitarbeitern geringer. Alfredson/Annerstedt (1994) betonen, dass eine Randomisierung des Personals aus praktischen und ethischen Gründen nicht möglich war. Zudem geben die Autoren zu bedenken, dass die verwendeten Stichproben verhältnismäßig klein waren und standardisierte Erhebungsverfahren zur Evaluation der Mitarbeiterzufriedenheit nicht zur Verfügung standen. Dennoch sehen sie ihre grundlegenden Hypothesen bestätigt: „This study shows that staff of the group living units increased knowledge, insights, positive attitudes and behaviour towards their patients. Such changes were not as often reported by the staff using traditional care“ (Alfredson/Annerstedt 1994: 971).

Des Weiteren versuchten Wimo et al. (1995b), die Auswirkungen der Sundsvaller GROUP LIVING-Einrichtungen auf die Kognition, die funktionalen Fähigkeiten sowie das Verhalten von Wohngruppen-Bewohnern über einen Zeitraum von einem Jahr zu erfassen.

Als Vergleich diente eine Gruppe von Demenzpatienten, die entweder in Pflegeheimen untergebracht waren oder ambulant zu Hause versorgt wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass sich sowohl das mit Hilfe der „Mini-Mental State Examination“ (MMSE) gemessene kognitive Leistungsvermögen als auch das unter Verwendung der „Multi-Dimensional Dementia Assessment Scale“ (MDDAS) eingeschätzte funktionale Fähigkeitsspektrum (ADL) in beiden Gruppen im Verlauf der Untersuchung verschlechterte. Auch das Ausmaß von Verhaltensstörungen nahm bei allen Untersuchungsteilnehmern deutlich zu. Zwar schien der funktionale Fähigkeitsverlust bei den Wohngruppen-Bewohnern in einigen Bereichen langsamer voranzuschreiten, als dies bei den Teilnehmern der Kontrollgruppe der Fall war. Gleichzeitig waren Verhaltensstörungen in der Wohngruppen-Population jedoch deutlich häufiger zu beobachten, als in der Vergleichsgruppe. Die Ursachen für diese Entwicklungen bleiben weitgehend unklar und werden nur spärlich diskutiert. Wimo et al. (1995b) schließen methodische Fehler bei den Verhaltensbeobachtungen nicht aus und führen zudem an, dass nur wenige Wohngruppen-Bewohner von schweren Verhaltensstörungen betroffen waren. Letztlich ist jedoch wahrscheinlich, dass die Versorgung in den GROUP LIVING-Wohngemeinschaften keinen wesentlichen Einfluss auf den Fähigkeitserhalt der Untersuchungsteilnehmer und damit auf die Progression ihrer Demenzerkrankungen ausübte.

Auch die Langzeitstudie von Wimo et al. (1995c) machte deutlich, dass der Versorgung von Demenzpatienten in GROUP LIVING-Wohngemeinschaften Grenzen gesetzt sind; insbesondere dann, wenn Verhaltensstörungen oder ein intensiver Pflegebedarf die Betreuung der Betroffenen erschweren. Die Resultate zeigen, dass vier Jahre nach Untersuchungsbeginn nur noch vier der ursprünglich 16 demenzerkrankten Untersuchungsteilnehmer in den Wohngemeinschaften lebten. Acht Patienten verstarben; vier wurden aufgrund von ausgeprägten Verhaltensstörungen oder schwerer Pflegebedürftigkeit in andere Pflegeeinrichtungen verlegt. Zwar bleibt die Aussagekraft der Ergebnisse durch die verwendete Stichprobengröße gering. Dennoch wird deutlich, dass die GROUP LIVING-Wohngemeinschaften eine Institutionalisierung der Betroffenen nur verzögern, nicht jedoch verhindern konnten. Folgerichtig fassen Wimo et al. (1995c: 126) daher zusammen: „It seems as if GL serves as an intermediate level of care, between a life at home and life in institutions during a substantial period of the natural course of the dementia.“

4.5 Zusammenfassung

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den ausgewählten Wohngruppen-Konzepten abschließend zusammengefasst.

Die segregative Betreuung nach dem DOMUS-Prinzip scheint sich auf den ersten Blick in positiver Weise auf demenziell erkrankte Menschen auszuwirken. So wurden die Bewohner einer DOMUS-Einheit in der Studie von Lindsay et al. (1991) bezüglich ihrer Kommunikationsfähigkeiten und anderer Kompetenzen des alltäglichen Lebens (z. B. Ankleiden, Waschen, Nahrungsaufnahme) deutlich positiver eingeschätzt als Bewohner von Vergleichseinrichtungen. Die DOMUS-Bewohner zeigten sich aktiver und mobiler, interagierten häufiger und intensiver mit dem Pflegepersonal der Einrichtung und zeichneten sich durch einen höheren Grad an Selbständigkeit aus. Zudem war – wenn auch nicht in signifikantem Ausmaß – die Arbeitszufriedenheit des DOMUS-Personals tendenziell höher als jene der Mitarbeiter der Vergleichseinrichtungen. Auch in der Untersuchung von Dean et al. (1993a) wurde die Arbeitszufriedenheit der DOMUS-Mitarbeiter als relativ hoch eingeschätzt. Bei den Bewohnern der DOMUS-Einrichtung stellten die Autoren im Verlauf ihrer Untersuchung eine signifikante Verbesserung ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit sowie – zumindest zeitweise – ihrer Stimmungslage fest. Die Alltagsfähigkeiten der DOMUS-Bewohner waren entweder durch Konstanz geprägt oder verbesserten sich beispielsweise im Bereich der Kommunikation signifikant. Ferner wurden die Bewohner im Untersuchungsverlauf aktiver; auch die Anzahl der Interaktionen zwischen den Bewohnern sowie jene zwischen den Bewohnern und den Pflegekräften nahmen im Verlauf der Untersuchung deutlich zu. Eine nähere Untersuchung der in der betreffenden DOMUS-Einheit vorherrschenden Interaktionsqualität zeigte zudem, dass die Kontakte zwischen den DOMUS-Bewohnern und den Mitarbeitern eine deutlich positivere Färbung aufwiesen, als dies in einer Vergleichseinrichtung der Fall war. Auch die in der Studie von Skea/Lindsay (1996) untersuchte DOMUS-Einheit zeichnete sich gegenüber einer Vergleichseinrichtung durch ein deutlich positiveres Interaktionsspektrum aus. In Bezug auf das kognitive Leistungsvermögen konnten keine Unterschiede zwischen den DOMUS-Bewohnern und der Vergleichsgruppe nachgewiesen werden. Die Leistungen beider Gruppen waren im Verlauf der Untersuchung keinen wesentlichen Veränderungen unterworfen. Während sich jedoch die funktionalen Fähigkeiten der Vergleichsgruppe im Untersuchungsverlauf teilweise deutlich verschlechterten, blieb das funktionale Leistungsspektrum der DOMUS-Bewohner auf konstantem Niveau. In Teilbereichen,

wie z. B. der Mobilität oder der Kommunikation konnten bei den DOMUS-Bewohnern sogar signifikante Verbesserungen festgestellt werden. Auch die Stimmungslage der DOMUS-Bewohner sowie die Arbeitszufriedenheit des DOMUS-Personals verbesserten sich gegenüber der jeweiligen Vergleichspopulation signifikant.

In der Literatur werden diese Forschungsergebnisse zumeist sehr positiv bewertet. So fasst etwa der „Vierte Altenbericht“ der Bundesregierung zusammen:

Die Demenzkranken in Domus-Einheiten haben mehr Kontakte zu Mitbewohnern und zum Personal, sind selbständiger und zeichnen sich durch höhere intellektuelle Leistungsfähigkeit und Beweglichkeit aus als Vergleichsgruppen im Krankenhaus. [...]. Die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist höher, die Fluktuation geringer als in herkömmlichen Pflegeeinrichtungen [...] (BMFSFJ 2002: 265).

Und einer Literatur-Expertise zum Thema „Institutionelle Versorgung und Betreuung demenziell Erkrankter“ ist zu entnehmen:

Für die Domus Units [...] liegen [...] 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 Personalfriedenheit deutlich besser ab, als die gerontopsychiatrischen Pflegebereiche (BMFSFJ 2001b: 42).

Angesichts der oben angeführten Untersuchungsergebnisse ist derartigen Aussagen eine weitgehende Berechtigung sicherlich nicht abzusprechen; auf einen reflektierten und kritischen Umgang mit den erwähnten Forschungsergebnissen wird – wie beide Beispiele zu belegen vermögen – jedoch zumeist verzichtet. Dies bleibt unverständlich; denn bei genauer Betrachtung zeigt sich, dass sämtliche Studien auch methodischen Limitierungen unterworfen sind, die in jedem Fall zumindest einer Erwähnung, eher jedoch einer eingehenden Berücksichtigung bedürfen (vgl. Kap. III/4.2.3). Keine der bislang vorliegenden Effektivitätsstudien entspricht dem Standard einer kontrolliert randomisierten Untersuchungsanordnung. Freilich ist eine solche bei der Erforschung von Versorgungssettings nur schwer zu realisieren. Geht es jedoch darum, nicht randomisierte Populationen miteinander zu vergleichen, ist im Umgang mit den jeweiligen Resultaten Vorsicht geboten. So kann etwa in Bezug auf die Studie von Skea/Lindesay (1996) sicherlich nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Betreuungsphilosophie des DOMUS-Personals deutlich positiver auf den Fähigkeitserhalt der Bewohner auswirkte als jene der Mitarbeiter der Vergleichseinrichtung. Dabei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass die DOMUS-Bewohner in Bezug auf ihr funktionales Fähigkeitsspektrum ohnehin von Beginn an besser eingeschätzt wurden als die Bewohner der Vergleichseinrichtung und daher eine entsprechend größere Konstanz in diesem Bereich unter Umständen nicht nur dem Erfolg der DOMUS-Philosophie bzw. dem Misserfolg eines

anderen Betreuungsansatzes zugeschrieben werden kann. Auch im Fall der Untersuchung von Lindsay et al. (1991) bleibt weitgehend unklar, ob das bessere Abschneiden der DOMUS-Bewohner im funktionalen Fähigkeitsbereich tatsächlich als Erfolg des DOMUS-Konzeptes gewertet werden kann oder letztlich nicht doch als Resultat einer fehlenden Randomisierung der Bewohnergruppen sowie einer möglicherweise zu optimistischen Einschätzung des Pflegepersonals betrachtet werden muss. Ferner sollte mit Bezug auf die Studie von Skea/Lindsay (1996) hinterfragt werden, inwieweit es sinnvoll war, Quantität und Qualität von Interaktionsprozessen zwischen vorwiegend weiblichen Pflegekräften und zwei hinsichtlich ihrer geschlechtsspezifischen Zusammensetzung weitgehend ungleichen Bewohnergruppen zu erfassen und miteinander zu vergleichen. Geht man davon aus, dass sich das Interaktionsverhalten zwischen Frauen in vielerlei Hinsicht von dem zwischen Frauen und Männern unterscheidet, darf nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Unterschiede in der Zusammensetzung der Bewohnergruppen in ebenfalls unterschiedlicher Weise auf die Quantität und die Qualität der beobachteten Kontakte auswirkte. Kritisch kann weiterhin angemerkt werden, dass viele Untersuchungsergebnisse zumeist nur sehr bedingt auf die konzeptionellen Spezifika des jeweiligen Versorgungssettings (z. B. Arbeitsmotivation der Mitarbeiter, Personalschlüssel, Umgebungsfaktoren o. ä.) zurückgeführt werden können. Zwar wird in fast allen Studien darauf hingewiesen, dass sich beispielsweise die Arbeitszufriedenheit, die Motivation und Qualifikation der DOMUS-Mitarbeiter vermutlich positiv auf den kognitiven und funktionalen Fähigkeitserhalt der Bewohner auswirkten. Tatsächlich liegt eine solche Verknüpfung auch nahe (vgl. Wegner 1998: 34). Der Nachweis entsprechender Zusammenhänge konnte jedoch von keiner der analysierten Studien erbracht werden. Darüber hinaus bleibt auch die Bandbreite der untersuchten Effektivariablen relativ gering, da sie sich vorwiegend auf die Erhebung von kognitiven und funktionalen Fähigkeitsbereichen bezieht, jedoch Aspekte der Lebensqualität zumeist nicht berücksichtigt. Zwar bilden Messungen der depressiven Symptommhäufigkeit, etwa mit Hilfe der „Depressive Signs Scale“, einen Baustein, welcher in begrenztem Umfang Rückschlüsse auf das Wohlbefinden der Bewohner zulässt. Auch die „Quality of Interactions Schedule“ nach Dean et al. (1993b) ist sicherlich ein guter und relativ weitgreifender Ansatz, um den Umgang des Pflegepersonals mit den Bewohnern einer Pflegeeinrichtung zu bewerten und hierdurch Rückschlüsse auf die in der jeweiligen Einrichtung vorherrschende Betreuungsqualität ziehen zu können. Werden jedoch Anzahl und Qualität von Interaktionsprozessen als ausschließlich maßgebliche Faktoren zur Messung von Lebensqualität herangezogen, so ist dies – ungeachtet der Schwierigkeit, derartige Aspekte zu erfassen – mit Sicherheit unzureichend (vgl. Dean et al. 1993b: 822). Die

Summe der genannten Kritikpunkte soll und kann die Resultate der in Kapitel III/4.2.2 angeführten Untersuchungen nicht gänzlich in Frage stellen. Dennoch bleibt eine Bestätigung der Ergebnisse durch weitere Studien unbedingt erforderlich.

Auch die CANTOU-Wohngemeinschaften werden häufig als „hoffnungsvolle Perspektive“ (Havers 2000: 18) in der Dementenbetreuung hervorgehoben und entsprechend propagiert. Es gilt jedoch zu hinterfragen, inwiefern die empirischen Befunde zur Effektivität dieses Versorgungsansatzes geeignet sind, diese Hoffnungen zu nähren. Die in Kapitel III/4.3.2 dargestellten Untersuchungsergebnisse werden auch im Fall der CANTOUS zumeist sehr positiv bewertet. So stellt etwa Staack (2004: 77) mit Bezug auf die Untersuchung von Ritchie et al. (1992) heraus:

Ein Vergleich von Cantou-Bewohnern mit demenziell Erkrankten gerontopsychiatrischer Krankenhäuser bewies, dass die Cantou-Bewohner mobiler und selbständiger waren sowie seltener aggressives Verhalten zeigten. Zudem war das Personal des Cantou zufriedener und wies erheblich weniger Fluktuation auf als das der Krankenhäuser.

Ähnlich heißt es an anderer Stelle: „Die Bewohner der Cantou wiesen eine höhere Mobilität, eine größere Selbständigkeit und eine geringere Aggressivität auf als die Vergleichsgruppe. [...] die Personalfriedenheit [war] deutlich größer [...]“ (BMFSFJ 2001b: 42). Ein kritischer Umgang mit den angeführten Untersuchungsergebnissen wird, wie diese Beispiele zu belegen vermögen, jedoch ebenso häufig vermieden, wie die Bemühung um eine vollständige und fehlerfreie Wiedergabe derselben. So konnten etwa, entgegen den vorangestellten Behauptungen, in der Studie von Ritchie et al. (1992: 554) keine signifikanten Unterschiede zwischen den Aggressivitätspotenzialen in beiden Vergleichspopulationen festgestellt werden; das heißt, die CANTOU-Bewohner waren nicht weniger aggressiv als die Bewohner der Krankenhäuser. Ohnehin bedarf die Darstellung der Ergebnislage mit Sicherheit einer umfassenderen Betrachtung.

So lassen sich der Literatur etwa nur wenige Hinweise auf die empirisch erfassten Auswirkungen des CANTOU-Konzeptes auf die Angehörigen der Betroffenen entnehmen. Dabei weisen die Befunde darauf hin, dass insbesondere die Angehörigen der demenzerkrankten CANTOU-Bewohner zu den Profiteuren dieses Pflegekonzeptes zählen dürften. Colvez et al. (2002) konnten nachweisen, dass sich die Betreuung demenziell Erkrankter in Wohngemeinschaften positiv auf das Belastungsempfinden der Angehörigen auswirkte. So klagten die Angehörigen von CANTOU- und GROUP LIVING-Bewohnern im Vergleich zu anderen Angehörigen über ein geringeres Ausmaß an psychischen Beschwerden und arbeitsbedingten

Belastungen und wiesen von allen Befragten insgesamt den geringsten Belastungsgrad auf. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die verwendeten Stichproben relativ klein waren und ausschließlich die Angehörigen einer einzelnen CANTOU-Einrichtung berücksichtigt wurden. Dennoch weisen die Resultate von Ritchie/Ledésert (1992) sowie Diridollou et al. (1998) in eine ähnliche Richtung. So zeigten sich etwa die von Ritchie/Ledésert (1992) befragten Angehörigen mit den Leistungen der CANTOU-Wohngemeinschaften deutlich zufriedener als Angehörige, deren demenzerkrankten Familienmitglieder in Langzeitpflegekrankenhäusern versorgt wurden. Auch die von Diridollou et al. (1998) befragten Angehörigen waren mit den Leistungen der untersuchten CANTOU-Einrichtungen zufrieden, auch wenn dieses Zufriedenheitsniveau nicht dem der von Ritchie/Ledésert (1992) untersuchten Angehörigenpopulation entsprach. Ferner darf nicht außer Acht gelassen werden, dass etwa ein Drittel der von Ritchie/Ledésert (1992) befragten Angehörigen auch nach der Institutionalisierung der Erkrankten über depressive Symptome und Schuldgefühle klagten. Auch ein Großteil der von Diridollou et al. (1998) untersuchten Angehörigenpopulation schätzte ihren eigenen Gesundheitszustand als unzureichend ein. Dennoch scheint die Integration der Angehörigen geeignet, eine zumindest partielle Entlastung der betroffenen Familien bewirken zu können.

Fraglich bleibt jedoch, ob den CANTOUS ein entscheidender Einfluss auf die Erhaltung der kognitiven und funktionalen Ressourcen ihrer Bewohner zugeschrieben werden darf. Zwar verfügten die von Ritchie et al. (1992) untersuchten CANTOU-Bewohner über deutlich bessere Kommunikationsfähigkeiten als die Vergleichspopulation im Krankenhaus und zeichneten sich unter anderem durch ein höheres Maß an Selbständigkeit und physischer Funktionsfähigkeit aus. Die Ergebnisse einer Follow-up-Erhebung zeigten jedoch, dass diese Erfolge nicht von Dauer waren, sondern nur über einen relativ kurzfristigen Zeitraum bestanden. Zudem konnten in Bezug auf den Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigungen keine Unterschiede zwischen den untersuchten CANTOU- und Krankenhaus-Bewohnern festgestellt werden. Auch die von Diridollou et al. (1998) untersuchten CANTOU-Bewohner waren sowohl kognitiv als auch funktional stark beeinträchtigt und unterschieden sich in diesem Ausmaß nicht wesentlich von der von Ritchie et al. (1992) untersuchten Krankenhaus-Population. Dies legt die Vermutung nahe, dass die Progredienz demenzieller Erkrankungen durch die Betreuung in CANTOU-Einrichtungen entweder nicht oder nur temporär verzögert werden kann. Dennoch zeigte sich anhand der von Ritchie et al. (1992) untersuchten Indikatoren der Lebensqualität, dass die CANTOU-Bewohner signifikant häufiger miteinander kommunizierten als dies bei der in Langzeitpflegekrankenhäusern versorgten Vergleichsgruppe der

Fall war. Ferner verbrachten die CANTOU-Bewohner im Vergleich zu den Krankenhaus-Bewohnern wesentlich größere Zeitanteile mit Gruppenaktivitäten, zeigten sich signifikant mobiler und bewegten sich häufiger außerhalb ihrer eigenen Räumlichkeiten. Inwieweit diese Resultate den Schluss auf eine höhere Lebensqualität in den CANTOU-Einrichtungen zulassen bleibt fraglich. Möglicherweise können die CANTOUS jedoch einen intensiveren Beitrag zur Aktivierung ihrer Bewohner leisten, als ein solcher etwa in herkömmlichen Langzeitpflegeeinrichtungen realisiert werden könnte.

Die empirischen Befunde legen ferner die Vermutung nahe, dass auch die Mitarbeiter der CANTOU-Wohngemeinschaften von diesem Pflegekonzept profitieren. So zeigten sich die von Ritchie et al. (1992) befragten CANTOU-Mitarbeiter mit ihren Arbeitsbedingungen deutlich zufriedener als das zu Vergleichszwecken untersuchte Krankenhauspersonal. Auch das Bedürfnis nach einem Wechsel des Arbeitsplatzes war bei den CANTOU-Mitarbeitern wesentlich geringer ausgeprägt. Diese Einschätzungen beruhen jedoch auf einer hypothetischen Angabe der Mitarbeiter und lassen, wie vorangestellt von Staack (2004) behauptet, keine Aussagen über das tatsächliche Ausmaß der Personalfluktuations zu. Dennoch waren auch die von Diridollou et al. (1998) befragten CANTOU-Mitarbeiter mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden und schätzten selbige positiver ein als die von Ritchie et al. (1992) befragten Krankenhaus-Mitarbeiter. Fraglich bleibt, inwieweit sich der geringere Qualifikationsstatus der CANTOU-Mitarbeiter auf ihr Zufriedenheitsniveau auswirkte (vgl. Kap. III/4.3.2). Über die weiteren Ursachen der höheren Personalfriedenheit in den CANTOUS lassen sich ebenfalls nur Mutmaßungen anstellen. Während sich jedoch das von Ritchie et al. (1992) befragte Krankenhaus-Personal vor allem über geringe Entscheidungsfreiheiten, fehlende Abwechslung im Arbeitsalltag und eine unzureichende Wertschätzung ihrer Arbeit durch die Krankenhausverwaltung beklagte, fühlten sich die von Diridollou et al. (1998) befragten CANTOU-Mitarbeiter wesentlich stärker anerkannt, genossen eine hohe Entscheidungsfreiheit und verfügten über die Möglichkeit mit ihren Ideen zur Weiterentwicklung des Konzeptes beizutragen (vgl. Ritchie et al. 1992: 556; Diridollou et al. 1998: 31). Dies legt die Vermutung nahe, dass die Pflegepolitik der CANTOU-Einrichtungen einen positiven Einfluss auf das Zufriedenheitsniveau der Mitarbeiter ausüben kann. Zusammenfassend betrachtet lassen die zu den CANTOU-Wohngemeinschaften vorliegenden Studien im Ansatz auf positive Auswirkungen auf Erkrankte, Angehörige und Mitarbeiter schließen, auch wenn die obligatorische Forderung nach weiteren Forschungsbeiträgen auch an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben sollte.

Ungeachtet dessen ist das CANTOU-Konzept nicht vorbehaltlos auf deutsche Verhältnisse übertragbar (vgl. Böhler et al. 1999: 18; Radzey et al. 1999: 60; Knauf 2002a: 26). Dies ist zunächst auf eine definitorische Unschärfe zurückzuführen, die einer analogen Umsetzung des Konzeptes in Deutschland im Wege steht. „A wide range of care facilities have subsequently appeared calling themselves cantou but which often bear little resemblance to the original idea“ (Ritchie et al. 1992: 551). Ferner stehen vor allem die Personalpolitik der CANTOUS, ihr Betreuungskonzept sowie der Umgang mit Fixierungen und anderen freiheitseinschränkenden Maßnahmen im Fokus der kritischen Diskussion.

Im Vergleich zu anderen Wohngemeinschaftskonzepten wie etwa den DOMUS-Einrichtungen ist der Personalschlüssel in den französischen CANTOUS relativ gering bemessen; so stehen nach Berechnungen von Radzey et al. (1999: 53) täglich nur 1,8 Stunden an Betreuungszeit pro Bewohner zur Verfügung. In einzelnen Fällen kann dies durchaus zu Überlastungen der Mitarbeiter führen und auch für die Bewohner Konsequenzen beinhalten: „Aufgrund der Fülle der zu erledigenden Aufgaben bleibt wenig Zeit für [...] Einzelne. Ansprache und Motivation finden meist im Vorübergehen statt“ (Knauf 2002b: 49). Umso bemerkenswerter, dass sich dieser Zeitmangel offensichtlich nicht auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter niederschlagen scheint. Wie bereits in Kapitel III/4.3.1 erwähnt, werden in den meisten CANTOUS keine examinierten Pflegekräfte beschäftigt. Bevorzugt werden vorwiegend Frauen ohne pflegerisch-medizinische Qualifikation, die sich dafür in besonderem Maß durch soziale und menschliche Fähigkeiten auszeichnen und über polyvalente Begabungen, also „Allround-Fähigkeiten“ verfügen. Ein klares Anforderungsprofil kann aus diesen Kriterien freilich nicht abgeleitet werden. Zudem scheint die Personalauswahl „von CANTOU zu CANTOU“ sehr unterschiedlich gehandhabt zu werden. Während etwa der Leiter des CANTOUS in Rueil-Malmaison, George Caussanel, vorwiegend auf die „Herzenswärme“ potenzieller Mitarbeiter abstellt, bevorzugt der Leiter des CANTOUS „Le Kachelofen“ in Strasbourg vorwiegend Frauen mit (Hochschul-)Ausbildung, da er ihnen „eine sicherere Auffassungsgabe von Personen und Situationen unterstellt als weniger ausgebildeten Personen“ (Knauf 2002b: 48). Eine Mitarbeit von Männern ist jedoch in jedem Fall ausgeschlossen. Ihnen wird eine „fehlende emotionale und hauswirtschaftliche Kompetenz unterstellt, so dass sie für die Tätigkeit im Cantou nicht in Frage kommen – was durchaus zu hinterfragen ist“ (Böhler et al. 1999: 18). Vor allem bleibt jedoch unverständlich, aus welchen Gründen examinierte Pflegekräfte nicht in der Lage sein sollten, die geforderte „Herzenswärme“ gegenüber demenzerkrankten Menschen aufzubringen. Sicherlich bedingt eine pflegerische Ausbildung eine in gewisser Hinsicht medizinisch ausgerichtete Arbeitsweise;

eine solche kann im Umgang mit demenzerkrankten Menschen jedoch auch von Vorteil sein. Zumindest weisen die Ergebnisse von Ledésert/Colvez (1993) darauf hin, dass sich das „semi-professionelle“ Personalkonzept der CANTOUS vermutlich nicht negativ auf die Gesundheit der CANTOU-Bewohner auswirkt. Eine analoge Anwendung dieses Personalsystems in Deutschland wäre jedoch ohne weiteres nicht möglich, da das Fachkräftekonzept des SGB XI stets von einer verantwortlichen Pflegefachkraft ausgeht und die Heimpersonalverordnung in stationären Einrichtungen einen 50-prozentigen Fachkraftanteil vorsieht.

Im Zentrum der kritischen Auseinandersetzung steht ferner der Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen in den CANTOU-Einrichtungen, deren Spektrum von ausgehängten Türgriffen und Codeschlössern zur allgemeinen Ein- und Ausgangskontrolle bis zu individuellen Fixierungsmaßnahmen in Form von Bettgittern und Fixierstühlen zu reichen scheint (vgl. Böhler et al. 1999: 18). Die Anwendung solcher Fixierungsmaßnahmen wird in Frankreich nicht explizit gesetzlich reglementiert. Inwieweit ihr individueller Einsatz indiziert ist, wird von den Mitarbeitern der CANTOUS in Absprache mit den Angehörigen der Erkrankten und ggf. den zuständigen Ärzten festgestellt, was in jedem Fall ein intaktes Vertrauensverhältnis zwischen allen Beteiligten voraussetzt (vgl. ebd.: 18). Dennoch kann die Anwendung dieser „Schutzmaßnahmen“ durchaus fragwürdige Situationen zur Folge haben. So berichtet etwa Knauf (2002a: 22) in einem Erfahrungsbericht über das CANTOU „Foyer Emilie de Rodat“ von einer Bewohnerin, die zur Zeit der Anwesenheit der Autorin regelmäßig an einem Stuhl festgebunden wurde:

Die offizielle Version, warum sie mit einem Laken am Stuhl fixiert wird ist, dass sie wackelig auf den Beinen ist und so vor Verletzungen geschützt werden soll. Aber sicherlich spielt auch der Aspekt, dass sie ständig dem Personal hinterher läuft und dazu unentwegt redet eine Rolle. [...]. Sitzt sie nämlich festgebunden auf ihrem Stuhl, schläft sie recht schnell ein, was zweifellos Ruhe in die Wohngruppe bringt und es daher den Maîtresses erlaubt, sich auch um andere BewohnerInnen zu kümmern, die nicht so vehement Aufmerksamkeit fordern. Andererseits wäre sicher eine genaue Abwägung der unterschiedlichen Bedürfnisse notwendig, bevor man eine Bewohnerin festbindet. Beschneidet man ihre Würde, oder nimmt man nur Rücksicht auf die Arbeitsabläufe und Nerven der Maîtresses und den Wunsch der anderen BewohnerInnen nach Aufmerksamkeit durch das Personal? Oder beides? Und welches Gut ist schützenswerter?

Ist denn nicht die Autonomie des Bewohners, gemessen an den Ansprüchen des Konzeptes, am wichtigsten?

In einem anderen Cantou [...] saßen zwei Frauen von morgens bis abends im Fixierstuhl. Warum, lässt sich nicht erkennen, wohl unter anderem, um die Arbeitsabläufe des Personals nicht zu stören. Die beiden Frauen wollen sich schon morgens nicht an den Tisch setzen, um ihnen aber ihr Frühstück zu geben, wurden sie auf den Fixierstühlen an den Tisch geschoben – und dort bleiben sie bis zum Schlafengehen (Knauf 2002a: 22).

Inwieweit ein solcher Umgang mit Fixierungsmaßnahmen auch für andere CANTOU-Einrichtungen kennzeichnend ist, vermag aufgrund der bereits konstatierten konzeptionellen Divergenzen zwischen den Einrichtungen nicht eingeschätzt zu werden. Dennoch sind derartige Methoden grundsätzlich zu hinterfragen und daher in Deutschland an gesetzliche Richtlinien gebunden. Dies bedeutet bei weitem nicht, dass hierdurch ein Missbrauch vermieden werden könnte (vgl. Dürmann 2005: 121f). Sollten allerdings „Aspekte des Cantou-Konzeptes auf Deutschland übertragen werden, so gilt es, einen Standpunkt bezüglich des Freiheitsaspektes zu entwickeln, der sowohl menschlich als auch rechtlich vertretbar ist“ (Böhler et al. 1999: 18).

Ein weiterer, jedoch weniger intensiv diskutierter Kritikpunkt bezieht sich auf das Betreuungskonzept der CANTOUS, welches in der Regel keine spezifischen Therapieangebote für die Demenzerkrankten umfasst (vgl. Kap. III/4.3.1). „Die Betreuung besteht darin, dass gemeinsam gelebt wird und die Aufgaben gemeinsam wahrgenommen werden, die bei der Führung eines Haushalts normalerweise anfallen (Grundsatz der Normalität)“ (Radzey et al. 1999: 41). Zwar werden ergänzende Beschäftigungen (z. B. Vorlesen, Spaziergehen) von den Angehörigen der Erkrankten organisiert; weitergehende Therapiemaßnahmen werden jedoch als „Störung“ des Normalitätsgrundsatzes empfunden und daher weitestgehend abgelehnt (vgl. Knauf/Beutler 2002: 136). Ritchie et al. (1992: 554) konnten allerdings am Beispiel mehrerer CANTOU-Wohngemeinschaften belegen, dass die Verrichtung von hauswirtschaftlichen Alltagstätigkeiten in diesen Einrichtungen keine größere Rolle spielte, als dies in Krankenhäusern der Fall war. Hierfür war nach Ansicht der Autoren zwar primär der Schweregrad der Demenzerkrankungen in der untersuchten Bewohnerpopulation ausschlaggebend. Dennoch lassen die Resultate vermuten, dass die Durchführung von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten nicht dem Fähigkeitsspektrum aller Erkrankten entspricht. Das Betreuungskonzept sollte daher um individuell angepasste Beschäftigungs- bzw. Therapieangebote ergänzt werden, auch wenn hierfür der Personalschlüssel erhöht oder gegebenenfalls auf externe Fachkräfte zurückgegriffen werden müsste. Grundlegende Voraussetzung für eine solche Ergänzung wäre in jedem Fall eine genaue Kenntnis der biografischen Lebensverläufe, um den Interessen der Bewohner in adäquater Weise begegnen zu können. Auf eine biografische Perspektive wird nach Knauf (2002a: 12f) jedoch ebenfalls verzichtet: „Es erscheint mir als großes Defizit, dass keine der Maîtresses mit den BewohnerInnen über ihre Vergangenheit spricht. Biographiearbeit ist ihnen nicht bekannt [...].“ Dieser Verzicht, sollte er auf alle CANTOUS zutreffen, wäre durchaus kritisch zu betrachten, da sich gerade biografisches

Wissen dazu eignet, einen Zugang zu den Bedürfnissen demenziell erkrankter Menschen zu eröffnen und den Umgang mit den Betroffenen zu erleichtern.

Es bleibt also fraglich, ob die CANTOU-Philosophie in allen Bereichen als Vorbild für deutsche Wohngruppenkonzeptionen dienen sollte, obgleich sich etwa die Integration der Angehörigen oder die Orientierung an Normalitätsgrundsätzen im Laufe der Zeit als wichtige Bestandteile vieler Wohngemeinschaftsmodelle zu etablieren vermochten. Mit anderen Worten: „Frankreich ist zwar nah, aber es will dennoch ein ganz eigener Weg gefunden werden“ (Böhler et al. 1999: 19).

Auch Schweden geht mit den GROUP LIVING-Wohngemeinschaften seit Mitte der 1980er Jahre einen eigenen Weg in der Versorgung demenzerkrankter Menschen und stellt heute von allen europäischen Ländern das quantitativ größte Kontingent an Wohngruppenplätzen bereit. Federführend in dieser Entwicklung war insbesondere das GROUP LIVING-Konzept der schwedischen Stadt Malmö, welches nach positiven Erfahrungen schrittweise erweitert und im Zuge dessen mehrfach evaluiert wurde (vgl. Kap. III/4.4.1).

So konnten Annerstedt et al. (1993b) im Rahmen einer Vergleichsstudie nachweisen, dass sich die Malmöer Wohngruppenpflege positiv auf demenziell Erkrankte auswirkte und zu einer temporären Reduzierung von Demenzsymptomen führte. Auch die von Annerstedt (1994) untersuchten Wohngruppen-Bewohner zeichneten sich gegenüber einer Kontrollgruppe durch ein zeitweilig höheres funktionales Fähigkeitsspektrum sowie durch eine geringere Ausprägung demenzieller Krankheitssymptome aus. Gleichzeitig wurde jedoch deutlich, dass die positiven Effekte zeitlich limitiert waren. So nahm die Häufigkeit von Demenzsymptomen in der von Annerstedt et al. (1993b) untersuchten Wohngruppen-Population ein Jahr nach dem Umzug der Patienten deutlich zu. Auch bei den GROUP LIVING-Bewohnern der Studie von Annerstedt (1994) war nach einem Jahr ein deutlicher Abbau der motorischen, intellektuellen und emotionalen Funktionsfähigkeit sowie eine Zunahme demenzieller Symptome zu beobachten. Möglicherweise kann also die Wohngruppenpflege zu einer temporären Konstanz oder Verbesserung der demenziellen Symptomatik beitragen, auch wenn derartige Effekte aufgrund der „natürlichen“ Progression von Demenzerkrankungen immer nur von zeitlich begrenzter Dauer sein können. Fraglich bleibt jedoch, ob die Erfahrungen aus Malmö auch auf die anderen schwedischen GROUP LIVING-Konzepte übertragbar sind. Wimo et al. (1995c) konnten jedenfalls am Beispiel eines ähnlichen GROUP LIVING-Modells keine nennenswerten Effekte auf die kognitiven oder funktionalen Fähigkeiten von Wohngruppen-Bewohnern nachweisen. Die Ursachen für derart unterschiedliche Ergebnisse

bleiben ungewiss und liegen möglicherweise in der Zusammensetzung der untersuchten Bewohnergruppen (Alter, Geschlecht, demenzieller Schweregrad), der Verwendung unterschiedlicher Erhebungsinstrumente oder der jeweiligen konzeptionellen Ausrichtung der Wohngemeinschaften (verschiedene Aufnahmekriterien) begründet. Zudem bleibt in der Regel unklar, ob die in den verschiedenen Untersuchungen gemessenen „Effekte auf die Bewohner durch die überschaubare, vertraute Wohnsituation oder durch die veränderte Einstellung des Personals ausgelöst wurden“ (BMFSFJ 2001c: 27). So konnten etwa Alfredson/Annerstedt (1994) nachweisen, dass die Arbeit in den GROUP LIVING-Einrichtungen mit einer hohen Zufriedenheit der Mitarbeiter verknüpft war. Mögliche Effekte einer erhöhten Arbeitszufriedenheit auf das Befinden oder Verhalten der Wohngruppen-Bewohner wurden jedoch nicht gemessen. Auch die Studie von Elmstahl et al. (1997), die sich explizit mit dem Einfluss architektonischer Merkmale auf demenzerkrankte Wohngruppen-Bewohner beschäftigte, bleibt in ihren Aussagen weitgehend unklar und beschließt mit allgemeingültigen Empfehlungen zur Gestaltung einer dementengerechten Wohnumgebung. Damit weisen die schwedischen Effektivitätsstudien im Hinblick auf Ergebnis und Kritik eine hohe Deckungsgleichheit mit den Wohngruppen-Studien aus England und Frankreich auf.

Das schwedische GROUP LIVING-System unterscheidet sich jedoch von den Wohngruppen-Konzepten anderer Länder in einem wesentlichen Punkt. Im Gegensatz zu den französischen CANTOUS und den englischen DOMUS-Einrichtungen wird den Bewohnern kein lebenslanges Wohnrecht eingeräumt.

Wohngruppen können eine [...] Lücke in der Demenz-Pflege füllen und eine Zwischenstufe zwischen der Pflege in der eigenen Wohnung und der in einem Pflegeheim darstellen. Wie die Pflege in einem Pflegeheim [...] dient die Wohngruppenpflege ihren charakteristischen Patienten, je nach dem Grad der Demenz und der Demenz-Symptome (Annerstedt 1995a: 24f).

Wird demnach eine intensive Pflege der Bewohner notwendig oder sind die Erkrankten aufgrund einer zunehmenden demenziellen Symptomatik nur noch schwer in das gemeinschaftliche Alltagsleben zu integrieren, werden sie in der Regel in stationäre Pflegeeinrichtungen verlegt. „Die Patienten erreichen dann die Grenze, wenn die soziale und umfeldbedingte Stimulation die Symptome nicht mehr beeinflussen kann und wenn die Fähigkeiten aufgrund des Hirnschadens nachlassen“ (Annerstedt 1995a: 24). Annerstedt (1994: 102) geht auf der Grundlage ihrer Untersuchungsergebnisse davon aus, dass die Betroffenen etwa zweieinhalb bis drei Jahre von der Wohngruppenpflege profitieren können, bevor nachfolgende Versorgungsoptionen in Erwägung gezogen werden müssen. Dieser Zeitraum könnte möglicherweise durch eine frühzeitigere Aufnahme der Erkrankten verlängert werden.

Dennoch machte auch die Studie von Wimo et al. (1995c: 123ff) deutlich, dass der Zeitraum für eine effektive Wohngruppenpflege begrenzt ist und ein weiterer Umzug der Bewohner in vielen Fällen nicht vermieden werden kann. Diese „Zwischenstufenversorgung“ ist jedoch Bestandteil der schwedischen GROUP LIVING-Philosophie und sowohl mit Vor- als auch mit Nachteilen verknüpft. Wird die Gruppe der zu betreuenden Bewohner weitgehend homogen gehalten, können alle Erkrankten in gleichen Teilen von den Betreuungsleistungen der Mitarbeiter profitieren. Hierdurch wird die Gefahr reduziert, dass sich die Aufmerksamkeit des Wohngruppen-Personals zu stark auf einzelne Bewohner mit hohem Pflege- und Betreuungsbedarf konzentrieren muss. Zudem weisen Erfahrungswerte darauf hin, dass die gegenseitige Akzeptanz von Demenzerkrankten in einer homogenen Bewohner-Gruppe größer ist, als in einer heterogen zusammengesetzten Gruppe, in der Betroffene in leichten und schweren Krankheitsstadien gemeinsam betreut werden. Fraglich bleibt jedoch, wie sich die erneute Verlegung der Wohngruppen-Bewohner in den späten Krankheitsstadien auf den terminalen Krankheitsverlauf auswirkt. Van Dijk et al. (1992) und Aneshensel et al. (2000) konnten aufzeigen, dass eine Institutionalisierung von Demenzerkrankten mit schlechtem Gesundheitszustand und ausgeprägter körperlicher Abhängigkeit mit einer hohen Mortalitätsrate unmittelbar nach ihrer Verlegung verknüpft war. Gilt ein entsprechendes Risiko bereits für den ersten Verlegungsprozess, liegt die Vermutung nahe, dass der mit der GROUP LIVING-Versorgung verbundene „zweifache Umfeldwechsel“ mit einem besonders hohen Mortalitätsrisiko einhergehen dürfte. Zwar fehlen Verbleibstudien, die einen entsprechenden Zusammenhang bestätigen könnten; dennoch liegt ein solcher nahe und bedarf mit Sicherheit einer näher gehenden Untersuchung.

Eine zusammenfassende Bewertung der europäischen Wohngruppen-Modelle gestaltet sich schwierig, obgleich das Votum zu ihrer Effektivität bei vielen Autoren positiv ausfällt. So zeigt sich etwa Diebold-Appel (1995: 152) überzeugt: „Alle Beispiele zeigen, dass eine angepasste Umgebung, Toleranz und Motivation in einem vertrauten Rahmen die Lebensqualität der Demenz-Patienten deutlich verbessert, die Angehörigen entlastet und die Kosten senken kann.“ Eine solche Sichtweise ist jedoch – wie die bisherigen Ausführungen zu belegen vermochten – sicherlich verkürzt und versperrt den Blick auf die Realität. Denn ungeachtet der mittlerweile breit geführten Diskussion über die Einführung von Wohngemeinschaften und ihrer fortwährenden Verbreitung in zahlreichen europäischen Ländern verbleibt der Forschungsstand auf diesem Gebiet bislang auf relativ niedrigem Niveau, wie auch Ritchie et al. (1992: 549) herausstellen: „Surprisingly, [...] little research has been conducted on the

suitability of present institutional resources.“ Aus empirischer Perspektive existieren nur wenige Gründe, die Wohngruppenpflege gegenüber anderen Versorgungsoptionen zu präferieren. Während Befragungen von Angehörigen und Mitarbeitern übereinstimmend hohe Zufriedenheitswerte attestieren, bleibt der Nutzen für die Demenzerkrankten in Bezug auf die Verzögerung ihres Krankheitsverlaufes grundsätzlich gering. Zwar konnten in vielen Fällen positive Auswirkungen auf die kognitiven oder funktionalen Fähigkeiten von demenzerkrankten Wohngruppen-Bewohnern nachgewiesen werden. Selbige können im Angesicht eines chronisch progressiven Hirnleistungsverlustes jedoch stets nur von kurzer Dauer sein. Entgegnet werden könnte sicherlich, dass die Wohngruppen durch die Bereitstellung einer häuslichen und vertrauten Wohnatmosphäre sowie durch die Generierung eines normalen Alltagslebens vor allem zu einer Erhöhung der Lebensqualität von Demenzerkrankten beitragen können. Überzeugende Ergebnisse in dieser Hinsicht wurden jedoch von keiner der im Rahmen dieser Arbeit analysierten Untersuchungen erbracht. Hier fehlt es vor allem an adäquaten Erhebungsinstrumenten, die verwertbare Aussagen über die in den jeweiligen Einrichtungen vorherrschende Betreuungs- und Lebensqualität ermöglichen würden. Problematisch sind ferner die theoretische und praktische Unschärfe der Wohngruppen-Konzepte, die eine Vergleichbarkeit von Untersuchungsergebnissen grundsätzlich erschweren. Dies gilt insbesondere für die französischen CANTOU-Wohngemeinschaften, die sich etwa im Hinblick auf ihre Personalstrukturen deutlich voneinander unterscheiden können (vgl. Kap. III/4.3.1). Auch die konzeptionelle Geschlossenheit des schwedischen Malmö-Projektes bildet eher eine Ausnahme (vgl. Kap. III/4.4.1).

Soll die Wohngruppenpflege also im Zuge paradigmatischer Entwicklungen oder ethischer Erwägungen vorangetrieben werden, so bedarf ein solches Vorhaben sicherlich der Zustimmung. Schließlich konnten in keiner der inkludierten Wohngruppen-Studien negative Auswirkungen auf Bewohner, Mitarbeiter und Angehörige festgestellt werden. Das bislang bestehende empirische Fundament ist jedoch sicherlich zu schwach, um auf dieser Basis eine umfassende Implementierung von Wohngruppen befürworten zu können.

5 Special Care Units

5.1 Einleitung

Das in den 1980er Jahren in den USA entwickelte Konzept der SPECIAL CARE UNIT (SCU) bezeichnet ein segregatives Pflegesetting für demenziell erkrankte Menschen mit erhöhtem Betreuungsbedarf, im Allgemeinen realisiert in Form von räumlich eigenständigen geschlossenen Pflegeabteilungen, mit einer den Bedürfnissen der Erkrankten angepassten Architektur, spezifischen Beschäftigungsmöglichkeiten für die Bewohner und speziell geschulten multiprofessionellen Teams. Die Anzahl dieser spezialisierten Pflegeabteilungen hat sich in den USA zwischen den Jahren 1987 und 1996 verdreifacht. Im Jahr 1996 verfügten etwa 3.746 (22 %) aller offiziell registrierten Pflegeeinrichtungen über SCUs. Hierdurch wurden bereits zum damaligen Zeitpunkt mehr als 120.000 SCU-Plätze für demenziell Erkrankte realisiert, was einem Anteil von ca. 7 % aller in den USA zur Verfügung stehenden Pflegeplätze entsprach (vgl. Leon/Ory 1999: 270). Schätzungen gehen jedoch davon aus, dass sich dieser Anteil weiter erhöhen wird. Für das Jahr 2000 wurden 6.250 Pflegeeinrichtungen mit SCUs prognostiziert. Dies würde einem Anteil von 42 % an allen Pflegeeinrichtungen entsprechen (vgl. Leon et al. 1997: 158). Ziel der SPECIAL CARE UNITS ist es vor allem, die physischen und kognitiven Leistungsressourcen von Demenzerkrankten zu erhalten, problematische Verhaltensweisen zu reduzieren, die Häufigkeit von pharmakologischen und physischen Fixierungen zu verringern und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.

The SCU is generally designed to provide safety, reduce elopement, accommodate the perceptual problems common to these patients, and emphasize appropriate activity programs. In managing these patients, these units generally attempt to decrease the use of physical restraints and psychotropic medication and maintain a staff that has received special training for working with these patients with dementia (Coleman et al. 1990: 108).

Eine genaue Benennung des „Speziellen“ an SPECIAL CARE UNITS fällt aufgrund der hohen konzeptionellen Heterogenität dieser Versorgungsform jedoch schwer (vgl. Kane 1994: 426). „[...] the definition of an SCU and the differentiation between SCU and non-SCU (traditional unit) is at times evanescent, generally reflecting segregation rather than any planned alternative approach to the care of demented persons“ (Holmes et al. 1990: 178). Mit einem Satz: „SCUs are largely unregulated und not uncontroversial“ (Phillips et al. 1998: 300). Grant/Ory (2000: 24f) versuchten dennoch, typische Merkmale von SCUs gegenüber herkömmlichen nichtspezialisierten Pflegeabteilungen (Non-SCUs) herauszuarbeiten und zu

benennen. Nach Ansicht der Autoren sind im Wesentlichen sieben kennzeichnende Attribute von SCUs hervorzuheben:

1. Separation: das Ausmaß der im Gegensatz zur integrativen Versorgung vorgenommenen räumlichen und sozialen Trennung von dementen und nicht dementen Bewohnern (z. B. beim Essen, kreativen Aktivitäten oder bei der Zimmerbelegung):
→ stärkere Separation in SCUs, als in Non-SCUs;
2. Stimulation: das Ausmaß, in dem störende akustische Geräusche in der Pflegeabteilung beseitigt werden (Lärm von Radios, Fernsehern, Telefonen etc.):
→ stärkere Vermeidung von störenden Stimuli in SCUs, als in Non-SCUs;
3. Komplexität: der Umfang des Angebotes an vereinfachten Aktivitäten (z. B. vereinfachte und kurze Aktivitäten oder betont repetitive Aufgaben):
→ einfachere (weniger komplexe) Aktivitäten, als in Non-SCUs;
4. Verhaltenstoleranz: das Ausmaß, in dem potenziell unerwünschte oder problematische Verhaltensweisen der Erkrankten von den Mitarbeitern toleriert werden (verbale Beschimpfungen, Umherwandern, Ablehnung von Körperpflege, Schreien etc.):
→ größere Toleranz gegenüber Verhaltensauffälligkeiten in SCUs, als in Non-SCUs;
5. Strukturierte Gruppenaktivitäten: die Teilnahme der Bewohner an organisierten Freizeitaktivitäten (Musik- und Kunsttherapie, religiöse Veranstaltungen etc.):
→ SCU-Bewohner nehmen häufiger an strukturierten Gruppenaktivitäten teil, als die Bewohner von Non-SCUs;
6. Aktivitäten zur Förderung des funktionalen Leistungsvermögens: Grad der Teilnahme an therapeutischen Angeboten zur Präservierung der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL) (Training der Nahrungsaufnahme, Förderung selbständigen Ankleidens, Toiletentraining etc.):
→ SCU-Bewohner nehmen seltener an Aktivitäten zur Förderung der funktionalen Potenziale teil, als Bewohner von Non-SCUs;
7. Fortbildung des Personals: der Einsatz verschiedener Methoden zur Schulung der Mitarbeiter (z. B. Filme und Videos, Trainingshandbücher, Rollenspiele oder der Besuch von externen Referenten):
→ stärkerer Einsatz entsprechender Trainingsmethoden in SCUs, als in Non-SCUs.

Die von Grant/Ory (2000) genannten Unterscheidungsmerkmale werden von Chafetz (1991: 20) auf fünf zentrale Attribute reduziert: „Program aspects in which ‚special‘ modifications are usually found include resident selection, staff selection and training, activity programming, physical environment, and programming for families“. Auch die Ausführungen von

Buckwalter et al. (1997: 133ff) sowie Maas et al. (1994: 177ff) schließen sich dieser Systematik an:

1. Dementengerechte Architektur: die Gewährleistung von Schutz und Sicherheit für die Bewohner steht im Mittelpunkt der architektonischen Gestaltung von SPECIAL CARE UNITS. Hierzu verfügen die meisten SCUs über Alarmanlagen an den Türen oder auf sonstige Weise gesicherte Zugänge. Ein für die Bewohner begehbarer geschützter Außenbereich sollte allerdings vorhanden sein. „Outdoor areas are desirable to allow residents access to sunshine, outdoor plant life, and a place to wander that provides a feeling of freedom and normality“ (Maas et al. 1994: 179). Um Irritationen und Verhaltensstörungen der dementen Bewohner zu reduzieren, werden potenziell störende Stimuli nach Möglichkeit entfernt. Dieses Vorgehen darf jedoch „nicht als das Fehlen von Stimuli verstanden werden [...]; vielmehr sind die Stimuli der Umgebung geregelt. [...]. So werden z. B. ‚wilde‘ Stoffmuster, Lautsprecherdurchsagen, Spiegel und Speisesäle vermieden“ (Buckwalter et al. 1997: 135). Auch die Beleuchtung wird zumeist an die Bedürfnisse der Bewohner angepasst.

Lighting is critical for safe, non-confusing environments. [...]. Uneven lighting (very bright to very dim) in hallways or rooms should be avoided. Extra light and contrasting colors can be used to underline the presence of thresholds, obstacles, cues and grab bars (Holmes et al. 2000: 13).

Die Unterbringung der Bewohner erfolgt entweder in Einzel- oder in Doppelzimmern. Innerhalb einer Pflegeabteilung werden je nach Größe zwischen 20 und 60 demenziell Erkrankte versorgt (vgl. Buckwalter et al. 1997: 135).

2. Beschäftigungsprogramme: in fast allen SPECIAL CARE UNITS werden sowohl individuelle als auch gruppenorientierte Aktivitäten für die Bewohner bereitgehalten, die sich an den kognitiven und funktionalen Fähigkeiten der Erkrankten orientieren und persönliche Interessen, Stärken und kulturelle Hintergründe der Erkrankten berücksichtigen. Das Spektrum reicht von Angeboten mit therapeutischem Charakter, z. B. Tier-, Musik-, Kunst- oder Reminiszenztherapie (vgl. Maas et al. 1994: 178), bis hin zu Beschäftigungen mit eher alltagspraktischem Hintergrund, z. B. Kochen, Gärtnern oder Holzarbeiten (vgl. Buckwalter et al. 1997: 136). „Ausmaß und Art der Beschäftigung unterscheiden sich jedoch je nach den pflegerischen Grundsätzen der Station. Manche Stationen sind z. B. sehr rehabilitationsorientiert, andere mehr auf Verwahrung und Erhalt der Fähigkeiten ausgerichtet“ (Buckwalter et al. 1997: 136).

3. Kriterien für Aufnahme bzw. Ausschluss der Erkrankten: um Fehlbelegungen zu vermeiden, werden potenzielle Bewohner vor ihrem Einzug in eine Pflegeabteilung hinsichtlich ihrer grundsätzlichen Eignung für die SCU-Betreuung untersucht. „Inappropriate placement often will result in transfer to another unit in the facility after a very short period, compounding relocation trauma for the resident and unnecessary anguish for the family“ (Maas et al. 1994: 182). Standardisierte Kriterien für die Auswahl der Bewohner gibt es nicht. Dennoch werden zumeist Erkrankte mit gut erhaltener Mobilität und irreversibler Demenz in mittleren bis schweren Krankheitsstadien bevorzugt (vgl. Coleman et al. 1990: 108). Bei einer deutlichen Verschlechterung des Krankheitsbildes ist eine spätere Verlegung der Bewohner dennoch nicht ausgeschlossen. Denn einige Pflegeeinrichtungen verfügen über besondere Stationen für bestimmte Stadien der Demenz, und die Patienten werden von einer Station auf die andere verlegt, wenn ihr funktionaler und kognitiver Status sich über einen bestimmten Punkt hinaus verschlechtert. „So werden [...] Bewohner z. B. auf eine Station mit ausschließlich bettlägerigen Patienten verlegt, wenn sie in einem späteren Stadium der Krankheit immobil werden“ (Buckwalter et al. 1997: 135). Einheitliche Kriterien für solche Verlegungen sind jedoch ebenfalls nur in den seltensten Fällen vorhanden.
4. Einbezug der Angehörigen: in vielen SCUs wird versucht, die Angehörigen der Bewohner aktiv am Pflegeprozess zu beteiligen, um die Kontakte zwischen den Erkrankten und ihren Familien zu stabilisieren und für beide Seiten zufrieden stellend zu gestalten. Art und Ausmaß entsprechender Angebote variieren jedoch teils deutlich und reichen von einer minimalen Partizipation durch Besuche bis hin zur umfassenden Beteiligung an der Planung und Durchführung von Pflegehandlungen (vgl. Maas et al. 1994: 182). Einheitliche Konzepte sind also auch in diesem Bereich nicht vorhanden. Zumeist werden die Angehörigen durch Informationsveranstaltungen über die Einrichtung selbst und ihre Philosophie informiert. Auch regelmäßig durchgeführte, den gegenseitigen Austausch zwischen den Angehörigen ermöglichende Unterstützungsgruppen sind jedoch zunehmend im Programm der SCUs enthalten (vgl. Buckwalter et al. 1997: 136).
5. Auswahl und Schulung der Mitarbeiter: das in SCUs beschäftigte Personal besteht zumeist aus einem multiprofessionell zusammengesetzten Team von examinierten Altenpflegern und Pflegehelfern, Beschäftigungs- und Rehabilitationstherapeuten, Sozialarbeitern, Diätspezialisten und weiteren speziell geschulten Kräften. Zumeist werden alle Mitarbeiter vor der Arbeitsaufnahme fachlich fortgebildet und auch während ihrer Tätigkeit regelmäßig geschult. Das Spektrum reicht von grundlegenden Informationen über

demenzielle Erkrankungen, dem Management von Verhaltensstörungen und der Anwendung dementengerechter Kommunikationsmethoden bis zur Vermittlung von Techniken zum Umgang mit Angehörigen und Verfahren zur Vermeidung oder Reduktion von Stress und Belastungen. Inhalt und Umfang der Trainingsmaßnahmen sind jedoch ebenfalls nicht einheitlich geregelt. Während einige Einrichtungen nur wenige Stunden für die Fortbildung ihrer Mitarbeiter aufwenden, werden in anderen Einrichtungen bis zu 40 Stunden in die Schulungen des Personals investiert (vgl. Maas et al. 1994: 181). Der Personalschlüssel beläuft sich je nach Einrichtung zumeist auf eine Quote zwischen 1:4 und 1:6. Damit können täglich zwischen zwei und fünf Stunden für die Betreuung der Bewohner aufgebracht werden (vgl. Buckwalter et al. 1997: 134).

Zusammenfassend lassen sich die angeführten SCU-Merkmale in einfachen Worten auf den folgenden Definitionsversuch reduzieren. SPECIAL CARE UNITS sind „geschlossene Pflegebereiche mit einem angeschlossenen 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“ (BMFSFJ 2001b: 53f).

Obgleich die angeführten Attribute sicherlich auf die meisten SPECIAL CARE UNITS zutreffen dürften, besitzen selbige – wie bereits betont – keine Verbindlichkeit für die Gestaltung entsprechender Pflegeabteilungen. In den USA wurden bislang nur in sechs Bundesstaaten einheitliche Kriterien für den Betrieb von SPECIAL CARE UNITS festgelegt. So jedoch führt das Fehlen von verbindlichen Standards häufig dazu, „dass [...] etliche Einrichtungen, die Demenzkranke vom Rest der Pflegebedürftigen separieren, sich als SCU bezeichnen“ (BMFSFJ 2002: 265). Dieser Umstand ist sicherlich nicht nur im Hinblick auf eine empirische Überprüfung des Konzeptes hinderlich, sondern dürfte in gleichfalls vielen Fällen auch mit Konsequenzen für die Qualität der jeweils gewährleisteten Betreuung verbunden sein (vgl. Phillips et al. 1997: 1344).

Es ist wirklich so, dass ein Pflegeheim ein Zimmer mit einem bequemen Sessel und einem guten Teppich ausstatten und dann darüber das Schild „Spezialstation“ aufhängen kann. [...]. Das ist insbesondere besorgniserregend, weil die Population der Alzheimer-Patienten auf das Versprechen der „speziellen Fürsorge“ äußerst bereitwillig reagiert, weil es sich oft um Pflegenden handelt, die in einer Krise stecken, sich schuldig fühlen, weil sie einen Angehörigen „abschieben“ und deswegen nach der bestmöglichen Heimunterbringung Ausschau halten. Deswegen ist ohne einheitliche Standards für Spezialstationen das Missbrauchspotenzial in diesem empfindlichen Bereich groß (Buckwalter et al. 1997: 132f).

Somit stellt sich die Frage, ob repräsentative Aussagen zur Wirksamkeit des SCU-Konzeptes in Anbetracht der konzeptionellen Schwankungen dieser Versorgungsform überhaupt generiert werden können. Auch Ohta/Ohta (1988: 806) bemerken kritisch:

Special units are highly heterogeneous, yet their proponents without exception hail their successes. How can this be? Or can this be? Certainly, answers to these questions are called for by both the conscience of accountability and the inquisitiveness of science.

Die folgenden Kapitel bemühen sich Antworten zu geben und umfassen den Versuch, die Forschungslage im Bereich der SPECIAL CARE UNITS zu erfassen, zu systematisieren, zu analysieren und letztlich in ihrem Nutzen für die Adressaten zu bewerten.

5.2 Empirische Befunde

Die Darstellung des zur Wirksamkeit von SPECIAL CARE UNITS vorhandenen Forschungsspektrums muss sich bei Beanspruchung weitgehender Vollständigkeit einer zweigeteilten Strategie bedienen. Die bis zum Jahr 1992 zu den Auswirkungen von SCUs veröffentlichten Studien wurden bereits in einer Meta-Analyse des Forschungsinstitutes „Office of Technology Assessment“ (OTA) im Auftrag der US-amerikanischen Regierung analysiert und bewertet (vgl. OTA 1992: 111ff). Die wesentlichen Inhalte und Ergebnisse des OTA-Berichtes werden daher zunächst in Kapitel III/5.2.1 aufgegriffen. Die nachfolgenden, nicht in der Analyse des „Office of Technology Assessment“ enthaltenen Forschungsbeiträge kommen schließlich separat in Kapitel III/5.2.2 zur Darstellung. Alle Ergebnisse fließen jedoch in die abschließende Bewertung des Konzeptes ein (vgl. III/Kap. 5.3).

5.2.1 Review des „Office of Technology Assessment“

In der Meta-Analyse des „Office of Technology Assessment“ wurden alle bis zum Jahr 1992 zur Wirksamkeit von SPECIAL CARE UNITS veröffentlichten Studien systematisch erfasst und analysiert. Hierzu wurden die zum damaligen Zeitpunkt vorhandenen Forschungsbeiträge im Wesentlichen unter zwei Kategorien subsumiert, die sich an den jeweils zugrunde liegenden Forschungsdesigns der Untersuchungen orientierten. Studien ohne Kontrollgruppen sowie mit Kontrollgruppen durchgeführte Untersuchungen wurden im Zuge dieser Systematik separat analysiert. Die in der Meta-Analyse enthaltenen Untersuchungsergebnisse werden unter Beibehaltung dieser Aufteilung in den Kapiteln III/5.2.1.1 und III/5.2.1.2 dargestellt und nachfolgend ausgewertet.

5.2.1.1 Studien ohne Kontrollgruppen

In der Meta-Analyse des „Office of Technology Assessment“ werden neun Studien angeführt, die sich ohne Einsatz von Kontrollgruppen und zumeist unter Verwendung von Pretest-Posttest-Messungen vor und nach der Aufnahme der Erkrankten in die evaluierten Pflegeabteilungen auf die Identifikation möglicher Effekte der SCU-Versorgung konzentrierten. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studien kommen im Folgenden zur Darstellung (vgl. OTA 1992: 112ff).

So versuchten etwa Bell/Smith, die Effekte zweier SPECIAL CARE UNITS auf demenziell erkrankte SCU-Bewohner⁸⁷ zu messen (vgl. Bell/Smith o.D. in: OTA 1992: 112f). Die Autoren stellten anhand verschiedener Indikatoren (sauberes Gesicht, saubere Kleidung, selbständiges Gehen) fest, dass sich der Allgemeinzustand der Erkrankten drei Monate nach ihrem Umzug in die SPECIAL CARE UNITS deutlich verbesserte. Zwar wurden in der zweiten SCU auch negative Indikatoren, vor allem eine unvollständige Bekleidung der Erkrankten sowie das Führen von Selbstgesprächen beobachtet. Unerwünschte Verhaltensweisen, wie z. B. Schreien, Fluchen oder Schlagen traten jedoch in beiden SCUs nur selten auf und waren hinsichtlich ihrer Ausprägung im Verlauf der Untersuchung keinen signifikanten Veränderungen unterworfen. Auffällig war hingegen, dass der Gebrauch von körperlichen Fixierungsmaßnahmen in beiden Pflegeabteilungen sehr hoch war und während der Untersuchungsphase weiter anstieg.

Benson et al. (1987) untersuchten die Auswirkungen der SCU-Versorgung auf das kognitive und emotionale Leistungsvermögen sowie die funktionalen Ressourcen von Demenzerkrankten im Bereich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL). Die evaluierte SPECIAL CARE UNIT⁸⁸ war Bestandteil einer größeren Langzeitpflegeeinrichtung und wurde im

⁸⁷ Die Anzahl der in den untersuchten SPECIAL CARE UNITS versorgten Bewohner sowie die Größe der verwendeten Stichprobe werden von Bell/Smith nicht spezifiziert (vgl. OTA 1992: 112).

⁸⁸ Die evaluierte Pflegeabteilung zeichnete sich durch eine Vielzahl SCU-typischer Merkmale aus. „The goal of the newly established unit was to create a setting that would meet the special needs of the demented individual, his or her family, and staff“ (Benson et al. 1987: 320). Die SCU setzte sich „L-förmig“ aus zwei Korridoren zusammen und verfügte über einen „Tagesraum“ sowie ein Esszimmer. Die farbliche Codierung von Räumen sollte die Orientierung der Bewohner erleichtern. Die Türen zur SCU-Abteilung wurden nicht verschlossen, allerdings hinderte ein doppelte Türklinke die Bewohner daran, die Station zu verlassen. Das SCU-Personal wurde regelmäßig fortgebildet und setzte sich aus Pflegekräften, einem Beschäftigungstherapeuten, einem Sozialarbeiter, einem Diätspezialisten sowie einem Physiotherapeuten zusammen. Die Betreuungszeit pro Bewohner und Tag belief sich nach Angaben der Autoren auf 2,34 Stunden. Für jeden Bewohner wurde ein individuelles Behandlungsprogramm erstellt. Zudem wurden die Angehörigen der Bewohner zu regelmäßigen Treffen in die SCU eingeladen und psychosozial unterstützt.

Erhebungszeitraum von 32 demenziell Erkrankten bewohnt. Die SCU-Bewohner waren im Durchschnitt 84,1 Jahre alt und überwiegend an einer Demenz vom Alzheimer-Typ erkrankt (62 %). 22 % der Bewohner litten an einer Multiinfarkt-Demenz; 16 % der Diagnosen waren auf andere Ursachen (z. B. Alkohol, Hydrozephalus) zurückzuführen. Im Vergleich zu unmittelbar nach dem Umzug der Bewohner durchgeführten „Baseline“-Messungen konnten sowohl nach vier als auch nach zwölf Monaten positive Effekte im Bereich der kognitiven, emotionalen und funktionalen Fähigkeitsressourcen⁸⁹ nachgewiesen werden. So zeigten sich die Bewohner im Verlauf der Untersuchung wesentlich entscheidungsfreudiger und verständiger, reagierten auf Ansprache deutlich besser und entwickelten mehr Interesse gegenüber dem Pflegepersonal und Besuchern sowie ihrer eigenen Person und anderen Bewohnern. Negative Symptome, wie z. B. Ängstlichkeit und Rückzugstendenzen sowie apathische Verhaltensweisen und depressive Stimmungslagen verringerten sich deutlich. Zudem zeigten die Bewohner ein besseres Schlafverhalten, benötigten weniger Sedativa und litten seltener an Durchfallerkrankungen. Positive Tendenzen im Kontext der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ zeigten sich vor allem im Bereich der persönlichen Hygiene der Bewohner (Sauberkeit, Kontinenz) und betrafen auch den Bereich der Nahrungsaufnahme, wie Verbesserungen des Essverhaltens indizierten. Der Anteil der Bewohner mit körperlichen Abhängigkeiten (z. B. beim Baden, Ankleiden, Essen oder Gehen) sowie der Anteil von Bewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Umherwandern, nächtliche Agitation, Beleidigungen, Beschimpfungen) verringerten sich hingegen in keinem signifikanten Ausmaß. Dennoch ziehen Benson et al. (1987: 322) ein grundsätzlich positives Resümee und halten fest: „The concept of a specialized dementia unit within the nursing home offers an alternative health-care delivery system that is a humane method of caring for this frequently difficult to manage population“

Bullock et al. (1988) versuchten, die Effekte einer SPECIAL CARE UNIT auf das Verhalten von 13 demenziell erkrankten SCU-Bewohnern zu messen (vgl. Bullock et al. 1988 in: OTA 1992: 114). Hierzu wurde die Häufigkeit von elf negativen Verhaltenssymptomen (Agitation, Ängstlichkeit, Streitlust, Schlaflosigkeit, Widerstand, Kooperationsunfähigkeit, Ruhelosigkeit, Rückzugstendenzen, verbale Beschimpfungen, Schreien und unangemessenes

⁸⁹ Das Assessment der SCU-Bewohner wurde mit einer modifizierten Variante einer von Wiltzius et al. (1981) entwickelten Rating-Skala durchgeführt, die sowohl das kognitive und emotionale Fähigkeitsspektrum (Orientierung, Intellekt, Sozialverhalten, Interaktionsverhalten), als auch grundlegende Potenziale im Bereich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (Hygiene, Schlaf, Ernährung, Ausscheidung, Mobilität) erfasst. Im Kontext der Erhebungen wurde weitgehend auf die Unabhängigkeit des Durchführenden geachtet. „The rater had no prior access to previous assessments and was not a continuous member of the unit multidisciplinary team“ (Benson et al. 1987: 320).

Entkleiden) vier Monate vor sowie vier Monate nach dem Umzug der Erkrankten in die SPECIAL CARE UNIT erfasst. Die Erhebungen zeigten, dass sich die Ausprägung aller Verhaltenssymptome vier Monate nach der Verlegung der Bewohner teils deutlich verringert hatte (zwischen 5 % und 84 %, je nach Symptom). Zudem konnte bei einigen Patienten eine leichte Reduktion des Medikamentenbedarfs beobachtet werden. Die statistische Signifikanz dieser Entwicklungen wurde von Bullock et al. (1988) jedoch nicht berechnet. Die SCU-Bewohner wurden nach ihrem Umzug in die Pflegeabteilung zudem anhand von kurzen Interviews über ihre Zufriedenheit, so z. B. über ihr allgemeines Wohlbefinden, die Qualität der Betreuung und ihren emotionalen Zustand befragt. Die Erkrankten zeigten sich dabei grundlegend zufrieden. Reliabilität und Validität der Befragungsergebnisse wurden von Bullock et al. (1988) jedoch nicht überprüft. Zudem wurden die Interviews nur einmalig unmittelbar nach dem Umzug der Bewohner durchgeführt, so dass die positiven Befragungsergebnisse aufgrund fehlender Vergleichswerte nicht den Auswirkungen der SPECIAL CARE UNIT zugeschrieben werden können.

Ziel von Cleary et al. (1988) war es, die Auswirkungen einer SPECIAL CARE UNIT auf Bewohner, Mitarbeiter und Angehörige anhand von psychometrischen Assessments, Befragungen, Beobachtungen und Analysen von Pflegedokumentationen zu ermitteln. Die von den Autoren als „Reduced Stimulation Unit“⁹⁰ umschriebene Pflegeabteilung war Bestandteil einer größeren Langzeitpflegeeinrichtung und wurde während des sechsmonatigen Erhebungszeitraums von elf Demenzerkrankten bewohnt. Alle Bewohner wurden bereits vor ihrem Umzug in die SPECIAL CARE UNIT in der Pflegeeinrichtung versorgt und im Rahmen eines Pretest-Posttest-Designs drei Monate vor sowie drei Monate nach ihrer Verlegung in die SCU-Abteilung untersucht. Das Assessment der im Durchschnitt 87,2 Jahre alten Bewohner zeigte im Verlauf der Untersuchung signifikante Verbesserungen des funktionalen und verhaltensassoziierten Fähigkeitsspektrums⁹¹ ($p < 0,01$), so z. B. im Bereich der Hygiene,

⁹⁰ In konzeptioneller Hinsicht sollte mit der SCU ein möglichst störungsfreies Pflegesetting für Demenzerkrankte gewährleistet werden. D.h., das Design der SCU wurde weitgehend neutral gestaltet. Auf den Gebrauch von Fernsehern, Radios und Telefonen wurde verzichtet. Die Patienten hatten die Möglichkeit, sich innerhalb der geschlossenen Pflegeabteilung frei zu bewegen und beliebige Orte zur Nahrungsaufnahme oder zum Verweilen zu nutzen. Gruppenaktivitäten und Ruhezeiten wurden in einem Tagesplan festgelegt. Zudem wurden Mitarbeiter, Angehörige und Besucher im Rahmen eines Schulungsprogramms auf die Funktion der SCU sowie den Umgang mit den Bewohnern vorbereitet. „Staff, family, and visitors were educated in techniques that are effective with patients: They were told to touch patients, maintain eye contact, speak slowly and softly, and allow patients to make choices within appropriate options. Every attempt was made to avoid saying ‘no’“ (Cleary et al. 1988: 512).

⁹¹ Das funktionale Assessment der Untersuchungsteilnehmer erfolgte anhand der GBS-Skala nach Gottfries et al. (1982) sowie der „Haycox Dementia Behavior Scale“ (Haycox-Skala) nach Haycox (1984). Die Haycox-Skala ermöglicht Messungen in acht verschiedenen Funktionsbereichen: Sprache/ Konversation, soziale Interaktion, Aufmerksamkeit, räumliche Orientierung, Motorik, Blasen- und Darmkontrolle, Ankleiden und Nah-

des Ankleidens oder des Essverhaltens. Agitierte Verhaltensweisen verringerten sich; das Gewicht⁹² der Bewohner nahm hingegen zu ($p < 0,001$). Auch die Anwendung von körperlichen Fixierungsmaßnahmen reduzierte sich deutlich ($p < 0,001$). Der Verbrauch an psychotropen Medikamenten konnte hingegen nicht gesenkt werden. Die Untersuchungsteilnehmer wurden vor und nach ihrer Verlegung zudem zu verschiedenen Aspekten ihres Wohlbefindens interviewt.⁹³ Entsprechende Befragungen vor und nach dem Umzug der Bewohner deckten auf, dass sich die Erkrankten zu jedem Zeitpunkt in der Einrichtung sicher und geborgen fühlten. Spezifische Auswirkungen der SCU-Versorgung auf das Wohlbefinden der Patienten konnten jedoch nicht nachgewiesen werden. Gleiches galt für die Zufriedenheit des Pflegepersonals.⁹⁴ Zwar zeigten sich die Mitarbeiter der SPECIAL CARE UNIT mit ihren Arbeitsbedingungen grundlegend zufrieden. Vor allem eine leichtere Auffindbarkeit der Patienten durch das geschlossene Pflegesetting sowie eine geringere Störungsrate bei der Durchführung von Pflegehandlungen wurden als positive Aspekte des Arbeitsprozesses benannt. Eine signifikante Erhöhung der Arbeitszufriedenheit nach der Eröffnung der SCU-Abteilung konnte jedoch nicht registriert werden. Die Zufriedenheit der Angehörigen⁹⁵ der SCU-Bewohner stieg hingegen im Verlauf der Untersuchung signifikant an ($p < 0,01$). So zeigten sich die Erkrankten nach Meinung aller Angehörigen nach ihrem Umzug in die SCU deutlich ruhiger, fröhlicher und weniger agitiert als zuvor. Ein Großteil der befragten Angehörigen stellte zudem ein besseres Kommunikationsverhalten ihres erkrankten Familienmitglieds sowie Verbesserungen der zwischenmenschlichen Beziehungen als positive Aspekte der SCU-Versorgung heraus. Isolationsgefühle oder Schwierigkeiten, den Erkrankten zu

rungsaufnahme. Null Punkte auf der Haycox-Skala sprechen für eine normale Funktionsfähigkeit in den gemessenen Bereichen, während ein maximaler Punktwert von 48 auf schwere Beeinträchtigungen schließen lässt. Im Gegensatz zu den Erhebungen mit der Haycox-Skala konnten mit der GBS-Skala im Verlauf der Untersuchung, also drei Monate vor und drei Monate nach dem Umzug der Bewohner in die SCU, keine signifikanten Veränderungen des funktionalen Fähigkeitsspektrums nachgewiesen werden (vgl. Cleary et al. 1988: 512).

⁹² Das Ausmaß agitierter Verhaltensweisen, das Auftreten von Inkontinenzsymptomen, das Schlafverhalten, das Gewicht der Bewohner und ihr Medikamentenkonsum sowie die Häufigkeit von Fixierungsmaßnahmen wurden durch Beobachtungen und Analysen der Pflegedokumentation erfasst (vgl. Cleary et al. 1988: 512).

⁹³ Die SCU-Bewohner wurden vor und nach ihrem Umzug mehrfach über ihr Wohlbefinden interviewt. Das Interview umfasste sechs Fragen: „Fühlen Sie sich sicher?“ „Bekommen Sie Hilfe, wenn Sie sie benötigen?“ „Bekommen Sie genug zu essen?“ „Fühlen Sie sich in der Einrichtung wohl?“ „Haben Sie hier einen Platz zum Schlafen?“ „Haben Sie Angst?“ Die Befragungen wurden von einem Sozialarbeiter durchgeführt, der über das Forschungsanliegen nicht informiert war und die Patienten nicht kannte (vgl. Cleary et al. 1988: 512).

⁹⁴ Die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter wurde mit Hilfe eines von McCulloch (1979) entwickelten Fragebogens erfasst, der anhand von 83 Items sechs verschiedene Zufriedenheitsbereiche abdeckt: die Arbeitsbedingungen, die Rücksichtnahme am Arbeitsplatz, die professionelle Vorbereitung von Arbeitsprozessen, das Arbeitsklima, das Vorhandensein von Unterstützung sowie die soziale Bedeutung der beruflichen Tätigkeit (vgl. Cleary et al. 1988: 513).

⁹⁵ Die Familien der SCU-Bewohner wurden sowohl vor als auch nach der Eröffnung der SPECIAL CARE UNIT mit Hilfe eines von Maas/Buckwalter (1985) entwickelten, 38 Items umfassenden Fragebogens interviewt. Zudem wurden sie telefonisch über das Interaktionsverhalten des Erkrankten, die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen und ihre Meinung über die Pflegeabteilung befragt (vgl. Cleary et al. 1988: 513).

besuchen wurden von keinem der Angehörigen beklagt. Zwar sehen Cleary et al. (1988: 513) die Güte ihrer Resultate durch die Abstinenz einer Kontrollgruppe limitiert: „Only continued evaluation and work with control groups will verify that the positive results are not due only to a Hawthorne Effect [...]“. Dennoch wird die SCU-Versorgung von den Autoren als geeignete Alternative in der Demenztbetreuung gesehen: „This type of unit is recommended for the successful management of AD/DRD patients because it has improved both the quality of life for the patients and freed the caregiver to provide more positive interactions“ (Cleary et al. 1988: 514).

Greene et al. (1985) versuchten mögliche Effekte der SCU-Versorgung auf das kognitive Fähigkeitsspektrum sowie das Verhalten einer Gruppe von demenzerkrankten SCU-Bewohnern nachzuweisen. Die hierzu ausgewählte SPECIAL CARE UNIT⁹⁶ war Teil eines größeren Pflegeheims und wurde zum Zeitpunkt der Untersuchung von 26 demenziell Erkrankten bewohnt. Die Erhebungen beschränkten sich jedoch nur auf sechs Bewohner, da bei den übrigen Bewohnern keine Vergleichsdaten vor ihrem Umzug (Pretest) erhoben werden konnten. Zunächst wurden die sechs Bewohner hinsichtlich der Ausprägung verhaltensassoziierter Beeinträchtigungen untersucht. Das Ausmaß der Verhaltensstörungen wurde anhand von zehn Indikatoren⁹⁷ beurteilt und unter Verwendung eines Pretest-Posttest-Designs sowohl vor der Verlegung als auch vier Monate nach dem Umzug der Erkrankten in die SPECIAL CARE UNIT gemessen. Vor dem Umzug konnten bei 43 % der Bewohner Beeinträchtigungen des Verhaltens, wie z. B. Streitlust und Agitation, Inkontinenz, Appetitmangel oder Defizite im Bereich des Ankleidens und der Fortbewegung nachgewiesen werden. Vier Monate nach der Verlegung hingegen reduzierte sich die Häufigkeit der gemessenen Verhaltensstörungen insgesamt auf 3 %. Eine Vielzahl der Beeinträchtigungen, wie z. B. Agitation,

⁹⁶ Die evaluierte SPECIAL CARE UNIT war Bestandteil eines Pflegeheims (180 Plätze) und in einem separaten Flügel der Einrichtung installiert. Sie verfügte über ein Esszimmer und einen Tagesraum, der für Gruppenaktivitäten genutzt wurde. Die Eingangstür zur SCU war verschlossen. Die SCU-Bewohner waren größtenteils in Doppelbettzimmern untergebracht, was nach Ansicht von Greene et al. (1985) jedoch mit einer Vielzahl von Vorteilen für die Erkrankten verknüpft war: „Bonding relationships with roommates [...] seemed to be a stabilizing influence, providing a beneficial cohesiveness and adding a sense of belonging and unity to their emotional security“ (Greene et al. 1985: 560). Das Pflegepersonal der SCU wurde im Rahmen einer 40-tägigen Fortbildungsmaßnahme auf die Arbeit mit den Demenzerkrankten vorbereitet. Für jeden Bewohner wurde ein individueller Pflege- und Betreuungsplan aufgestellt, um seine persönlichen Interessen und Vorlieben berücksichtigen zu können. Die Medikation der Erkrankten sowie der Gebrauch von körperlichen Fixierungsmaßnahmen wurden minimiert. Die Angehörigen der Bewohner hatten die Möglichkeit, an einem regelmäßig stattfindenden Betreuungsangebot teilzunehmen und wurden dazu ermutigt, sich am Alltag der Einrichtung zu beteiligen (vgl. Greene et al. 1985: 559ff).

⁹⁷ Die Ausprägung der Verhaltensbeeinträchtigungen wurde anhand von zehn Indikatoren beurteilt: Feindseligkeit und Streitlust, körperliche Unruhe bzw. Agitation, verringerter Appetit, geringe Selbständigkeit bei der Nahrungsaufnahme, Defizite bei der Fortbewegung und beim Ankleiden, Inkontinenz, Rückzugstendenzen und Halluzinationen. Das Auftreten der genannten Symptome wurde durch Beobachtungen erfasst und prozentual berechnet. Statistische Signifikanzen werden bei Greene et al. (1985: 560) nicht angegeben.

Appetitmangel, Streitlust, Inkontinenz oder Halluzinationen verringerten sich sogar auf ein nicht mehr nachweisbares Niveau. Drei der sechs Bewohner wurden ferner auf ihre kognitive und emotionale Funktionsfähigkeit⁹⁸ untersucht. Zwei der drei Bewohner zeigten dabei eine deutliche Verbesserung ihres kognitiven Leistungsvermögens um 20 %. Bei einem Bewohner allerdings nahm die kognitive Leistungsfähigkeit im Verlauf der Untersuchung um 10 % ab. Auch das emotionale Funktionsspektrum nahm vier Monate nach Beginn der Untersuchung bei zwei der drei Bewohner deutlich zu und verbesserte sich um 20 %. Der dritte SCU-Bewohner konnte aufgrund von schweren Verwirrungszuständen nicht am Pretest teilnehmen. Dennoch sehen Greene et al. (1985: 561) bei allen Bewohnern einen positiven Trend: „All three patients appeared to show marked affective improvement.“ Die Autoren führen diese Erfolge vor allem auf die positive Einstellung des Pflegepersonals, den Einbezug der Angehörigen sowie die dementengerechte Gestaltung der SCU zurück und halten fest: „In conclusion, the specialized management techniques [...] improved the quality of life of six Alzheimer patients“ (Greene et al. 1985: 561).

Das Ziel von Hall et al. (1986) bestand darin, die Auswirkungen einer SPECIAL CARE UNIT auf das Verhalten sowie den gesundheitlichen und psychosozialen Status einer Gruppe von SCU-Bewohnern zu ermitteln. Die von den Autoren als „low-stimulus unit“⁹⁹ bezeichnete SCU war in einer größeren Langzeitpflegeeinrichtung untergebracht und wurde zum Zeitpunkt der Untersuchung von zwölf Erkrankten mit Alzheimer-Demenz bewohnt. Drei Monate¹⁰⁰ nach dem Umzug der Erkrankten in die SPECIAL CARE UNIT wurden von Hall et al. (1986) folgende Veränderungen beobachtet. Der Bedarf an Medikamenten, insbesondere der Verbrauch von Neuroleptika, reduzierte sich bei fünf der zwölf Bewohner deutlich. Auf die

⁹⁸ Das kognitive und emotionale Funktionspotenzial der SCU-Bewohner wurde unter Verwendung der „Short Psychiatric Evaluation Schedule“ (SPES) nach Pfeiffer (1979) sowie des „Short Portable Mental Status Questionnaire“ (SPMSQ) nach Pfeiffer (1975) erfasst. Der SPMSQ-Fragebogen misst die Fehlerquote bei der Beantwortung kognitiv assoziierter Fragen, wie z. B. „What are the date, month, and year?“, „Who is the current president?“ oder „What is your phone number?“ und lässt Rückschlüsse auf das kognitive Leistungsvermögen zu. Während null bis zwei Fehler auf eine normale kognitive Funktionsfähigkeit schließen lassen, indizieren acht oder mehr Fehler eine schwere kognitive Beeinträchtigung (vgl. Greene et al. 1985: 560).

⁹⁹ Die evaluierte SCU war als sog. „low-stimulus unit“ konzipiert und verfolgte das Ziel, für Demenzerkrankte möglicherweise als störend empfindbare Umgebungsreize auf ein Minimum zu reduzieren. So wurde etwa auf den Gebrauch von Fernsehern und Telefonen weitgehend verzichtet. Spiegel wurden entfernt und Bilder durch Wandteppiche mit unterschiedlichen Textilstrukturen ersetzt. Der Zugang zur SCU wurde nicht verschlossen. Das Pflegepersonal wurde fachlich fortgebildet; der Personalschlüssel war mit einer Quote von 1:10 jedoch gering bemessen. Die Erkrankten wurden tagsüber in verschiedene Aktivitäten, wie z. B. Kochen, Tanzen oder Gartenarbeit eingebunden. Darüber hinaus kamen verschiedene Therapieverfahren, wie z. B. das ROT, die Validation oder die Reminiszenz-Therapie zum Einsatz. Die Familien wurden aktiv in den Betreuungskontext eingebunden und durch eine Angehörigengruppe unterstützt. „A family support group provides ongoing education for families as well as input that helps staff to recognize family needs“ (Hall et al. 1986: 136).

¹⁰⁰ Die von Hall et al. (1986) zitierte Ergebnislage gründet auf Beobachtungen während eines dreimonatigen Erhebungszeitraumes nach dem Umzug der Erkrankten. Nähere Angaben zum Design der Untersuchung unterbleiben jedoch gänzlich.

Gabe von Sedativa vor dem Nachtschlaf konnte sogar vollständig verzichtet werden. Während alle Bewohner vor ihrem Umzug in die SCU unter Gewichtsverlusten litten, nahmen sechs Bewohner nach ihrer Verlegung an Gewicht zu; bei fünf Bewohnern konnte eine Stagnation des Gewichtsverlustes erreicht werden. Nur ein Bewohner verlor nach seiner Aufnahme in die SCU auch weiterhin an Gewicht. Der Nachtschlaf der Erkrankten verbesserte sich deutlich und war mit Ausnahme eines Bewohners nur selten von regelmäßigen Unterbrechungen geprägt. Die Demenzerkrankten verhielten sich nach ihrem Umzug in die SCU deutlich ruhiger. Agitation und Streitlust nahmen ab; auch Halluzinationen und Wahnvorstellungen verringerten sich auf ein kaum noch wahrnehmbares Ausmaß. Nicht zuletzt verbesserte sich auch das Sozialverhalten der Bewohner zunehmend. Beobachtungen indizierten eine Verstärkung der gegenseitigen Unterstützung. Folglich nahmen auch die Kontakte zwischen den Erkrankten zu. Hall et al. (1986: 136) äußern sich dennoch sehr zurückhaltend und weisen auf methodische Beschränkungen der Untersuchung hin: „This evaluation covers a short period and is subjective“ (Hall et al. 1986: 136).

Lawton et al. (1984) untersuchten die Auswirkungen von drei SPECIAL CARE UNITS auf das Verhalten und die Stimmungslage sowie das kognitive und funktionale Leistungsvermögen einer Gruppe von 53 demenziell erkrankten SCU-Bewohnern. Die evaluierten SCUs¹⁰¹ waren Bestandteil einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung und in konzeptioneller Hinsicht speziell auf die Bedürfnisse von demenziell Erkrankten ausgerichtet. Die ein Jahr und einen Monat vor dem Einzug der Erkrankten durchgeführten sowie sieben Monate nach dem Umzug wiederholten Erhebungen¹⁰² zeigten, dass sich die SCU-Bewohner nach ihrer Verlegung deutlich seltener in ihren privaten Räumlichkeiten aufhielten. Die in den Begegnungsräumen der SPECIAL CARE UNITS verbrachte Zeit stieg dagegen signifikant

¹⁰¹ Die von Lawton et al. (1984) evaluierten SCUs zeichneten sich unter anderem durch folgende Merkmale aus: verschließbare Eingangstüren; Arrangierung der Bewohnerzimmer um einen zentralen Begegnungsplatz in der Mitte der Pflegeabteilung; separate Speise- und Aktivitätenräume; ein zentral gelegenes Stationszimmer; eine „therapeutische“ Küche für die Bewohner; bewegliche Möbel im Begegnungsbereich; Spiegel in Bewohnerzimmern sowie Orientierungshilfen (z. B. Uhren oder farbcodierte Türen) (vgl. Lawton et al. 1984: 738; OTA 1992: 113).

¹⁰² Das Verhalten der Bewohner wurde unter Verwendung von „behavior maps“ nach Ittelson et al. (1970) beobachtet. Beobachtungen wurden in verschiedenen Arealen der SCUs vier Wochen nach der Eröffnung durchgeführt und sieben Monate später wiederholt. Folgende Bereiche wurden erfasst: Sozialverhalten, Selbstbeschäftigung, kontrollierte Interaktionen mit der Umwelt, stereotype Verhaltensweisen, Schlaf sowie „kein beobachtbares Verhalten“. Die kognitiven und die funktionalen Ressourcen der Untersuchungsteilnehmer wurden mit Hilfe des „Extended Mental Status Questionnaire“ (EMSQ) sowie der „Physical Self-Maintenance Scale“ (PSMS) nach Lawton/Brody (1969) erfasst. Der EMSQ-Fragebogen stellt eine 26 Items umfassende Erweiterung des „Kahn-Goldfarb Mental Status Questionnaire“ nach Kahn et al. (1960) dar und dient zur Einschätzung von Orientierung und Information. Die personalgestützte PSMS-Skala misst die Abhängigkeit in sechs ADL-Bereichen (Essen, Baden, Toilettengänge, Ankleiden, Hygiene und Mobilität). Zudem wurden die Mitarbeiter und Angehörigen der Bewohner mit einem Fragebogen zu ihrer Meinung über die Pflegeeinrichtungen befragt (vgl. Lawton et al. 1984: 738ff).

an ($p < 0,01$). Die Beteiligung der Bewohner an geplanten Aktivitäten nahm im Verlauf der Untersuchung deutlich zu; die Häufigkeit von stereotypen Verhaltensweisen verringerte sich ($p < 0,01$). Lawton et al. (1984: 753) führen diese Entwicklung vor allem auf den Einfluss des Pflegepersonals zurück:

Residents' behavior [...] showed two highly desirable changes: an increase in programmed meaningful activity [...] and a decrease in pathological or stereotypic behavior. Residents' increased participation was no doubt facilitated by increased staff motivation to elicit such behavior, as this was one of the manifest goals, well known to staff.

Ferner wurden die Erkrankten nach ihrem Umzug in die SCUs von den Mitarbeitern als freundlicher und interessierter eingeschätzt ($p < 0,05$). Die Besuchshäufigkeit der Angehörigen erhöhte sich im Verlauf der Untersuchung deutlich ($p < 0,01$); eine Entwicklung, die nach Ansicht von Lawton et al. (1984: 752) vor allem auf die Konzeption der SPECIAL CARE UNITS zurückzuführen war: „Clearly, the pleasant environment and the increased privacy for visiting motivated relatives to come more often. As increased visiting is generally considered desirable, this impact on relatives represents an important achievement of the overall building purpose.“ Gleichfalls mussten die Autoren jedoch auch negative Entwicklungen konstatieren. Die kognitive Leistungsfähigkeit der SCU-Bewohner verringerte sich im Verlauf des 19-monatigen Untersuchungszeitraums kontinuierlich ($p < 0,01$). Die Häufigkeit von physischen Fixierungsmaßnahmen reduzierte sich in keinem nennenswerten Umfang. Signifikante Verbesserungen des Sozialverhaltens oder der Mobilität konnten ebenfalls nicht ermittelt werden. Auch ein Vergleich mit 40 demenzerkrankten Bewohnern einer herkömmlichen Pflegeeinrichtung förderte hinsichtlich der Entwicklung des Sozialverhaltens und der Präservierung der Mobilitätsressourcen keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Bewohnergruppen zu Tage. Positive Veränderungen verschiedener Stimmungsindikatoren (z. B. Ängstlichkeit, Ärger, Fröhlichkeit oder Agitation) wurden bei den SCU-Bewohnern kaum beobachtet. Die Häufigkeit von depressiven Stimmungslagen nahm nach Einschätzung der Pflegekräfte im Verlauf der Untersuchung jedoch signifikant zu ($p < 0,01$).

McCracken/Fitzwater (1989) verfolgten das Ziel, mögliche Effekte der SCU-Versorgung auf die funktionalen Fähigkeiten von Demenzerkrankten nachzuweisen. Die untersuchte SPECIAL CARE UNIT¹⁰³ war Teil eines Pflegeheims und wurde während der einjährigen Untersuchungsphase von elf demenziell Erkrankten bewohnt. Unmittelbar nach dem Umzug

¹⁰³ Nähere Details zur architektonischen Gestaltung der SPECIAL CARE UNIT, zu den Personalstrukturen der Einrichtung oder den Charakteristika des Betreuungskonzeptes werden von McCracken/Fitzwater (1989) nicht angeführt.

der Erkrankten durchgeführte Erhebungen¹⁰⁴ (Pretest) indizierten deutliche Defizite der Bewohner im Bereich der Sprache, Interaktion und Aufmerksamkeit sowie bei der Fähigkeit des Ankleidens. Die räumliche Orientierung und Kontinenz der Bewohner waren relativ intakt. Die geringsten Beeinträchtigungen wurden im Bereich der Nahrungsaufnahme und Motorik festgestellt. Ein Jahr später durchgeführte Erhebungen zeigten bei drei Bewohnern deutliche Funktionsverluste, etwa bei der Blasen- und Darmkontrolle, der Motorik oder der räumlichen Orientierung auf. Bei acht Bewohnern hingegen verbesserte sich das funktionale Fähigkeitsspektrum deutlich. Die Verbesserungen betrafen vor allem die Sprache und Interaktionsfähigkeit sowie die Aufmerksamkeit und räumliche Orientierung der Erkrankten. Auch das Gewicht der Bewohner stabilisierte sich im Verlauf der Untersuchung deutlich. McCracken/Fitzwater (1989: 294) betrachten diese Entwicklungen als Erfolg und führen sie vor allem auf die kontinuierliche Unterstützung des Pflegepersonals sowie die Eigenschaft der SPECIAL CARE UNIT als überschaubares, segregiertes und Stress reduzierendes Pflege setting zurück.

Mumma-Castillo (1987) versuchte schließlich mögliche Effekte der SCU-Versorgung auf den Ernährungszustand sowie den Medikamentenbedarf einer Gruppe von Demenzerkrankten zu untersuchen. Die evaluierte SPECIAL CARE UNIT¹⁰⁵ war Bestandteil eines größeren Pflegeheims und speziell an die Bedürfnisse von Demenzerkrankten mit hohem Mobilitätsgrad und ausreichender Kommunikationsfähigkeit angepasst. Gewicht und Medikation von zehn Bewohnern wurden im Rahmen eines Pretest-Posttest-Verfahrens sechs Monate vor sowie sechs Monate nach dem Umzug der Erkrankten in die SCU erfasst.¹⁰⁶ Im Verlauf der Untersuchung konnte bei neun der zehn Bewohner eine deutliche Gewichtszu-

¹⁰⁴ Wie in der Untersuchung von Cleary et al. (1988) wurden die funktionalen Ressourcen der SCU-Bewohner auch in der Studie von McCracken/Fitzwater (1989) mit Hilfe der „Haycox Dementia Behavior Scale“ (Haycox-Skala) nach Haycox (1984) erfasst (vgl. Fußnote 91: 314f). Die Ergebnisse der Erhebungen werden von McCracken/Fitzwater (1989) jedoch ausschließlich in Form von Mittelwerten angegeben und auf dieser Basis diskutiert. Statistische Signifikanzen wurden nicht berechnet (vgl. McCracken/Fitzwater 1989: 293).

¹⁰⁵ Die evaluierte SPECIAL CARE UNIT stellte insgesamt 22 Plätze für Demenzerkrankte bereit. Die SCU wurde dementengerecht (abgerundete Kanten an Möbeln, farbliche Codierung von Türen etc.) eingerichtet und verfügte ferner über einen gesicherten Garten, der von den Erkrankten genutzt werden konnte. Die Pflegekräfte der SCU wurden vor ihrer Arbeitsaufnahme fortgebildet und zu einem fortwährend empathischen Kontaktverhalten gegenüber den Erkrankten angehalten. Im Umgang mit den Bewohnern wurden reminiszenztherapeutische Verfahren bevorzugt, da sich das ROT nach Ansicht der Autoren nur in Einzelfällen als effektiv erwies. „We find reminiscing therapy, in both formal sessions and informal conversations, more helpful in retrieving old memories or improving current orientation“ (Mumma-Castillo 1987: 70). Zudem wurde versucht, auch die Angehörigen in den Betreuungskontext einzubinden. „To make their visits comfortable, family members are encouraged to be active with the patient, perhaps escort the patient on a walk, eat lunch together, or mutually attend an activity or worship session. In this way, [...] visits are perceived as satisfying“ (ebd.: 73).

¹⁰⁶ Als Bemessungsgrundlage für die Veränderungen des Medikamentenbedarfs wurde das durchschnittliche monatliche Dosierungsvolumen pro Bewohner herangezogen. Die statistische Signifikanz der gemessenen Veränderungen (Gewicht und Medikation) wurde nicht berechnet.

nahme (um durchschnittlich 5,1 Pfund pro Person) beobachtet werden. Ein geringerer Bedarf an psychotropen Medikamenten wurde bei fünf Bewohnern festgestellt. Die Medikation von drei Bewohnern blieb während der einjährigen Untersuchungsphase unverändert; nur zwei Bewohner entwickelten im Verlauf der Untersuchung einen höheren Bedarf an psychotropen Substanzen. Aggressive Verhaltensweisen sowie durch Umgebungsreize ausgelöste Panikreaktionen traten nach Angaben des Autors nur selten auf: „Aggressive behavior by these patients is [...] rare [...]. The catastrophic reactions [...] seem to occur in our patients only when they have concurrent pain-producing disease or other problems“ (Mummah-Castillo 1987: 71). Diese Beurteilung beruht jedoch ausschließlich auf einer subjektiven Einschätzung; die tatsächliche Frequenz entsprechender Symptome wurde nicht objektiv gemessen.

5.2.1.2 Kontrollierte Studien

Im Bericht des „Office of Technology Assessment“ werden sechs Studien angeführt, die sich unter Verwendung von Experimental- und Kontrollgruppen mit der Effektivität von SPECIAL CARE UNITS befassen (vgl. OTA 1992: 117ff).

So versuchte Chafetz (1991: 19ff), mögliche Effekte einer SPECIAL CARE UNIT auf die Kognition und das Verhalten von zwölf demenzerkrankten SCU-Bewohnern zu messen. Die SPECIAL CARE UNIT¹⁰⁷ war in eine größere Langzeitpflegeeinrichtung integriert und nach Ansicht des Autors sowohl in architektonischer und programmatischer Hinsicht, als auch im Hinblick auf ihre personelle Ausstattung an den Erfordernissen eines dementengerechten Pflegesettings orientiert. Als Kontrolle diente eine Gruppe von 18 demenziell Erkrankten, die in einer gleichfalls segregierten, jedoch nichtspezialisierten Abteilung einer anderen Pflegeeinrichtung versorgt wurden. Die Vergleichsabteilung war nicht auf die Bedürfnisse der demenzerkrankten Bewohner ausgerichtet. Der Personalschlüssel war deutlich geringer bemessen; das Angebot an Aktivitäten und Beschäftigungsmaßnahmen reichte in Qualität

¹⁰⁷ Die von Chafetz (1991) untersuchte SCU verfügte über einen für die Bewohner frei begehbaren, jedoch zugleich gesicherten Außenbereich. Die Ausgangstüren der SCU waren gesichert, auch Schränke und Schubladen wurden verschlossen. Die Pflegekräfte wurden vor ihrer Arbeitsaufnahme in der SCU über einen Zeitraum von zehn Wochen fachlich fortgebildet und im Verlauf ihrer Tätigkeit durch monatlich stattfindende Trainingsmaßnahmen weiterhin unterstützt. Die in der SCU aufgewendete Betreuungszeit belief sich auf durchschnittlich 3,8 Stunden pro Tag und Bewohner und wurde mit einem Personalschlüssel von 1:6 realisiert. Die SCU-Bewohner nahmen im Mittel 34 Stunden pro Woche an verschiedenen, vor allem die Sensorik und Motorik trainierenden, Aktivitäten (z. B. Tanzen) teil. Der Einbezug der Angehörigen wurde durch regelmäßig stattfindende Treffen gewährleistet. Die Vergleichseinrichtung verfügte über kein spezifisches Raum- und Pflegekonzept. Die für Aktivitäten mit den Bewohnern aufgewendete Betreuungszeit umfasste im Durchschnitt nur 5,3 Stunden pro Woche. Auch der Personalschlüssel war mit einer Quote von 1:6,7 geringer bemessen, als in der SCU (vgl. Chafetz 1991: 21ff).

und Quantität ebenfalls nicht an das Angebot der SCU heran. Ein zu Beginn der Untersuchung durchgeführter Vergleich der demografischen und klinischen Merkmale der Untersuchungsteilnehmer (Alter, Geschlecht und demenzieller Schweregrad) zeigte keine wesentlichen Unterschiede zwischen beiden Bewohnergruppen auf, so dass Chafetz (1991: 31) ungeachtet einer fehlenden Randomisierung eine Vergleichbarkeit von Experimental- und Kontrollgruppe unterstellt: „[...] lack of random assignment of subjects to conditions, was mitigated by substantial comparability of samples on clinical and demographic variables [...].“ Das kognitive Leistungsvermögen der Untersuchungsteilnehmer wurde über einen Zeitraum von 13 Monaten mit Hilfe der „ Mattis Dementia Rating Scale“¹⁰⁸ (DRS) nach Mattis (1976) erfasst. Ferner wurde zur Messung der verhaltensassoziierten Ressourcen das „Behavior Rating Form“¹⁰⁹ (BRF) nach Chafetz/West (1987) über einen Zeitraum von 15 Monaten verwendet. Die Erhebungen zeigten, dass sich die kognitiven und verhaltensassoziierten Ressourcen aller Untersuchungsteilnehmer im Verlauf der Untersuchung deutlich verringerten, unabhängig davon, ob die Erkrankten in der SPECIAL CARE UNIT oder der nichtspezialisierten Pflegeabteilung betreut wurden. Positive Effekte auf die SCU-Bewohner konnten demnach zu keinem Zeitpunkt nachgewiesen werden. „No results suggest any superiority of outcomes on the SCU over those on the segregated but non enriched comparison unit. [...].“ (Chafetz 1991: 34).

Coleman et al. (1990) versuchten über einen Zeitraum von einem Jahr, die Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen in einer Gruppe von 47 demenzerkrankten Bewohnern zweier SPECIAL CARE UNITS¹¹⁰ zu erfassen und mit der entsprechenden Hospitalisierungsrate einer Kontrollgruppe zu vergleichen. Von den 58 Teilnehmern der Kontrollgruppe waren 36 an einem demenziellen Syndrom erkrankt; 22 Teilnehmer hatten keine Demenz-Diagnose.

¹⁰⁸ Die „ Mattis Dementia Rating Scale“ nach Mattis (1976) dient zur Erfassung des kognitiven Leistungsvermögens und umfasst hierzu fünf Subskalen: Aufmerksamkeit (beinhaltet z. B. das Lesen einer Wortliste), Initiative (beinhaltet z. B. die verbale Wiederholung bestimmter Wörter), Konstruktion (beinhaltet das Kopieren geometrischer Darstellungen), Konzeptualisierung (beinhaltet z. B. das Bilden von Sätzen) und Gedächtnis (beinhaltet z. B. die Orientierung bezüglich Ort und Zeit). Die maximale Punktzahl der DRS beträgt 144, wobei höhere Werte für eine gleichfalls höhere Gedächtnisleitung sprechen (vgl. Burns et al. 2004: 50).

¹⁰⁹ Das „Behavior Rating Form“ (BRF) nach Chafetz/West (1987) misst die Häufigkeit von 29 problematischen Verhaltensweisen und ermöglicht durch eine 7-Punkt-Skala (1 = „weniger als ein Mal in der Woche“; 7 = „mehrfach in der Stunde“) eine Beurteilung ihrer jeweiligen Ausprägung. Die verschiedenen Verhaltensstörungen werden in drei Subskalen zusammengefasst: exzessives Verhalten (z. B. Schreien), Verhaltensdefizite (z. B. fehlende Selbständigkeit bei der Nahrungsaufnahme) und Kontrollstörungen (z. B. Entkleiden in der Öffentlichkeit). Aus den Ergebnissen der Subskalen wird ein mittlerer Gesamt-Score errechnet, der mit einem geringen Wert eine gleichfalls geringe Beeinträchtigung indiziert (vgl. Chafetz 1991: 25f).

¹¹⁰ Die konzeptionellen Merkmale der Pflegeeinrichtung und der evaluierten SPECIAL CARE UNITS werden von Coleman et al. (1990) nicht näher umschrieben. Es wird nur darauf verwiesen, dass sich die evaluierten SCUs in konzeptioneller Hinsicht nicht wesentlich von den „in der Literatur“ umschriebenen SPECIAL CARE UNITS unterscheiden (vgl. Coleman et al. 1990: 109).

Die demenziell erkrankten und die nicht dementen Teilnehmer der Kontrollgruppe wurden getrennt in zwei separaten, jedoch nichtspezialisierten Abteilungen (Non-SCUs) derselben Pflegeeinrichtung versorgt. Das Ziel der Studie bestand darin, die Bedeutung von SPECIAL CARE UNITS im Kontext der Prävention von Krankenhauseinweisungen zu bewerten. Denn Coleman et al. (1990: 109) betonen, dass Krankenhausaufenthalte mit unmittelbar negativen Konsequenzen für Demenzerkrankte verknüpft sein können und daher nach Möglichkeit verhindert werden sollten: „When patients with dementia are transferred to the hospital, they have been found to experience cognitive and functional decline, which might be a result of either the acute illness or of ‘transfer trauma’.“ Die Studienpopulation wurde in drei Gruppen zusammengefasst. Die 47 Bewohner der beiden SPECIAL CARE UNITS bildeten die „Gruppe 1“. Die 36 demenziell erkrankten sowie die 22 nichtdementen Non-SCU-Bewohner wurden als „Gruppe 2“ bzw. „Gruppe 3“ geführt. Die grundlegenden soziodemografischen und klinischen Charakteristika der Teilnehmer sollten der Pflegedokumentation entnommen werden. Die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte und die Aufenthaltsdauer, ebenso die jeweiligen Begründungen für die Einweisungen und Entlassungen der Untersuchungsteilnehmer wurden über einen Zeitraum von einem Jahr erfasst. Jede Einweisung wurde von einem Experten-Gremium der Einrichtung auf ihre Notwendigkeit geprüft und im Zuge dessen als „vermeidbar“, „möglicherweise vermeidbar“ oder „nicht vermeidbar“ bewertet. Die Einschätzung des kognitiven und funktionalen Status der Untersuchungsteilnehmer erfolgte mit Hilfe der „Global Deterioration Scale“¹¹¹ (GDS) nach Reisberg et al. (1982) sowie des „Katz Index of Activities of Daily Living“¹¹² (ADL) nach Katz et al. (1963). Hinsichtlich der soziodemografischen Charakteristika konnten keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Untersuchungsteilnehmern herausgestellt werden. Dies galt jedoch nicht für die klinischen Merkmale der drei Bewohnergruppen. So war etwa der Anteil der Alzheimer-Erkrankungen bei den SCU-Bewohnern mit 64 % deutlich höher als bei den Demenzerkrankten der nichtspezialisierten Pflegeabteilung (17 %). Im Gegensatz dazu waren MID-Erkrankungen in der „Gruppe 2“ mit 31 % deutlich häufiger anzutreffen als dies in der Gruppe der SCU-Bewohner der Fall war (6 %). Die während des einjährigen Untersuchungszeitraums registrierte Hospitalisierungsrate belief sich bei den SCU-Bewohnern auf 21 %. Keiner der insgesamt 15 Krankenhausaufenthalte in der SCU-Gruppe wurde dabei als „vermeidbar“ eingeschätzt. In der „Gruppe 2“ und der „Gruppe 3“ wurden im selben Zeitraum jeweils

¹¹¹ Die „Global Deterioration Scale“ (GDS) nach Reisberg et al. (1982) dient der klinischen Erfassung des demenziellen Krankheitsverlaufes (vgl. Kap. I/2.2.2: 17). Hierzu enthält die Skala sieben Schweregrade: 1 = „unauffällig“; 2 = „sehr geringe Störung“; 3 = „geringe Störung“; 4 = „mäßige Störung“; 5 = „mittelschwere Störung“; 6 = „schwere Störung“; 7 = „sehr schwere Störung“ (vgl. Burns et al. 2004: 236).

¹¹² Vgl. Fußnote 73: 265.

14 % der Untersuchungspopulation in Krankenhäuser eingewiesen. Damit war die Hospitalisierungswahrscheinlichkeit für einen SCU-Bewohner sogar tendenziell größer als für einen demenziell erkrankten Non-SCU-Bewohner (OR = 0,65; 95 % C.I. [0,24; 1,74]) oder einen nichtdementen Non-SCU-Bewohner (OR = 0,64; 95 % C.I. [0,20; 2,10]). Diese Tendenz erreichte allerdings kein signifikantes Ausmaß. Bei den SCU-Bewohnern war vor allem eine höhere Inzidenz von Hüftfrakturen für eine Vielzahl der Krankenhauseinweisungen ursächlich. Werden diese Fälle außer Acht gelassen, reduzieren sich die Hospitalisierungsraten auf 13 % in der „Gruppe 1“ sowie auf 11 % bzw. 14 % in der „Gruppe 2“ und der „Gruppe 3“. Die ohnehin geringen Unterschiede zwischen den drei Bewohnergruppen relativieren sich hierdurch nochmals. Der kognitive und funktionale Status der Untersuchungsteilnehmer blieb durch die Krankenhausaufenthalte weitgehend unberührt. Ein Vergleich der jeweils vor und nach den Krankenhausaufenthalten durchgeführten Messungen des kognitiven und funktionalen Leistungsvermögens zeigte keine signifikanten¹¹³ Veränderungen innerhalb der drei Bewohnergruppen oder zwischen den Untersuchungsteilnehmern auf. Entscheidend bleibt jedoch, dass die in der Untersuchung von Coleman et al. (1990) evaluierten SPECIAL CARE UNITS keinen sichtbaren Beitrag zur Prävention von Hospitalisierungsprozessen leisten konnten. Entsprechend halten die Autoren fest: „While SCUs may be an attractive alternative to traditional nursing home placement for patients with dementia, this pilot study suggests that they are probably not effective in reducing the need for acute hospitalization“ (Coleman et al. 1990: 108).

Holmes et al. (1990) verfolgten das Ziel, die Auswirkungen von vier SPECIAL CARE UNITS auf das kognitive, funktionale und verhaltensassoziierte Fähigkeitsspektrum von 49 demenziell erkrankten SCU-Bewohnern über einen Zeitraum von sechs Monaten zu messen. Als Kontrolle diente eine Gruppe von 44 Demenzerkrankten, die in nichtspezialisierten Pflegeabteilungen (Non-SCUs) derselben Einrichtungen versorgt wurden. Die SPECIAL CARE UNITS¹¹⁴ wurden in größeren Langzeitpflegeeinrichtungen installiert und zeichneten

¹¹³ Die jeweils vor und nach den Krankenhausaufenthalten durchgeführten Messungen des kognitiven und funktionalen Fähigkeitsspektrums indizierten einen nicht signifikanten Trend zu funktionalen Beeinträchtigungen in der „Gruppe 1“ ($p < 0,10$), während die Teilnehmer der „Gruppe 2“ eher von kognitiven Fähigkeitsverlusten betroffen waren ($p < 0,10$) (vgl. Coleman et al. 1990: 111).

¹¹⁴ Die von Holmes et al. (1990) untersuchten SPECIAL CARE UNITS wiesen im Gegensatz zu den Non-SCUs zahlreiche strukturelle, programmatische und personelle Besonderheiten auf. Die Türen zu den SCUs wurden mit einem Alarm gesichert. In einer SCU trugen die Bewohner elektronische Armbänder, die beim Verlassen der Abteilung das Personal alarmierten. Für Gruppenaktivitäten standen separate Räumlichkeiten, teilweise mit besonders wohnlicher Möblierung und eigenem Küchenbereich zur Verfügung. Zur Gewährleistung einer besseren Kontrolle der Bewohner wurden die Stationszimmer in der Nähe der Ausgänge eingerichtet. Im Umgang mit den Erkrankten wurde auf das ROT sowie musik- und kunsttherapeutische Ansätze zurückgegriffen. Der Personalschlüssel war in den SCUs deutlich höher, als in den Non-SCUs. Das SCU-Personal wurde

sich gegenüber den nichtspezialisierten Pflegeabteilungen durch eine Vielzahl von strukturellen und programmatischen Besonderheiten sowie durch eine an den Bedürfnissen der Erkrankten orientierte Personalpolitik aus. Zu Untersuchungsbeginn durchgeführte „Baseline“-Messungen¹¹⁵ zeigten zunächst, dass sich beide Bewohnergruppen hinsichtlich ihrer kognitiven und funktionalen Leistungspotenziale grundlegend voneinander unterschieden. Während etwa 23 % der SCU-Bewohner auf Hilfestellungen bei der Nahrungsaufnahme angewiesen waren, benötigten nur 9 % der Non-SCU-Bewohner eine entsprechende Unterstützung ($\chi^2 = 4,43$; 1 df; $p < 0,02$). Das selbständige Auffinden der eigenen Räumlichkeiten war nur einem Viertel der SCU-Bewohner möglich. Bei den Bewohnern der Non-SCUs waren hierzu 54 % in der Lage ($\chi^2 = 7,78$; 1 df; $p < 0,01$). Inkontinenz trat bei den SCU-Bewohnern deutlich häufiger auf (18 % vs. 0 %; $\chi^2 = 8,03$; 1 df; $p < 0,01$). Auch der allgemeine Unterstützungsbedarf (am Tag sowie in der Nacht) wurde bei den SCU-Bewohnern deutlich höher eingeschätzt (45 % vs. 6,8 %; $\chi^2 = 17,19$; 1 df; $p < 0,01$). Lediglich im Bereich der Mobilität schnitten die SCU-Bewohner etwas besser ab als die Teilnehmer der Kontrollgruppe. Sechs Monate nach Beginn der Untersuchung durchgeführte Vergleichsmessungen förderten nur wenige Unterschiede zwischen den SCU-Bewohnern und den Bewohnern der nichtspezialisierten Pflegeabteilungen zu Tage. Weder in den Bereichen der Kognition, der Mobilität und der Stimmungslage noch im Hinblick auf die Ausprägung von Verhaltensstörungen oder die Performance im ADL-Bereich konnten signifikant positive Effekte der SCU-Versorgung nachgewiesen werden. Lediglich bei der Orientierungsfähigkeit sowie der Häufigkeit von Schlafstörungen wurden leichte Verbesserungen bei den SCU-Bewohnern registriert. Allerdings erreichten auch diese Veränderungen sechs Monate nach Beginn der Untersuchung kein signifikantes Ausmaß. „The [...] data suggest that the impact of SCU status in terms of all dimensions is both nonsignificant and trivial“ (Holmes et al. 1990: 182). Folgerichtig fassen Holmes et al. (1990: 183) daher zusammen: „Results of this preliminary study are

gerontopsychiatrisch fortgebildet und im Arbeitsalltag durch regelmäßig stattfindende Trainingsmaßnahmen und Supervisionsitzungen unterstützt (vgl. Holmes et al. 1990: 179f).

¹¹⁵ Das psychometrische Assessment der Untersuchungsteilnehmer wurde anhand von drei Instrumenten durchgeführt. Das „Patient Screening Instrument“ basierte zum Großteil auf dem „INCARE“ („Institutional Comprehensive Assessment and Referral Evaluation“) nach Gurland et al. (1977), das wiederum eine Vielzahl anderer Items und Skalen beinhaltet: ADL Items nach Katz et al. (1963), das „Kahn-Goldfarb Mental Status Questionnaire“ nach Kahn et al. (1960), die „Blessed Scale“ nach Blessed et al. (1968) sowie Items des „Philadelphia Geriatric Center mental status assessment instrument“ nach Lawton et al. (1982). Auch mit Hilfe des „Patient Extended Interview“ wurde eine Vielzahl verschiedener Parameter, wie z. B. die Mobilität, die Ausprägung von familiären Kontakten oder die Zufriedenheit der Patienten mit der Wohnumgebung erfasst. Das „Patient Informant Interview“ diente u. a. der Beurteilung der Gehfähigkeit, der Stimmungslage, der Orientierung, dem Schlafverhalten und der sozialen Aktivität der Bewohner. „The results of internal consistency analysis [...] suggest that the scales were performing satisfactorily in this application“ (Holmes et al. 1990: 179).

provocative [...]. They suggest that among cognitively impaired patients, no significant negative effect and no observed benefit is associated with SCU placement.“

In einer bislang unveröffentlichten Studie versuchten Maas/Buckwalter (1990), die Auswirkungen einer SPECIAL CARE UNIT auf die kognitiven, funktionalen und verhaltensassoziierten Ressourcen einer Gruppe von 13 demenzerkrankten SCU-Bewohnern zu messen (vgl. Maas/Buckwalter 1990 in: OTA 1992: 119). Die als „low stimulus special care unit“¹¹⁶ bezeichnete Pflegeabteilung war Bestandteil einer größeren Langzeitpflegeeinrichtung und mit ihrer prothetischen Wohnumgebung speziell auf die Bedürfnisse demenziell erkrankter Menschen zurechtgeschnitten. Als Kontrollgruppe diente eine Population von neun Demenzerkrankten, die in einer nichtspezialisierten Abteilung derselben Pflegeeinrichtung versorgt wurde. Bereits ein Jahr vor dem Umzug der Untersuchungsteilnehmer wurden „Baseline“-Messungen durchgeführt und sukzessive in zweimonatigen Zeitintervallen wiederholt. Die letzte Erhebung wurde zwölf Monate nach dem Umzug der beiden Bewohnergruppen durchgeführt. Vollständige Datensätze konnten aufgrund von Ausfällen in der Studienpopulation jedoch nur über einen Zeitraum von zehn Monaten, vier Monate vor und sechs Monate nach dem Umzug der Bewohner gewonnen werden. Der Medikamentenverbrauch der Experimental- und Kontrollgruppe war etwa gleich hoch. Dennoch erhielten die SCU-Bewohner signifikant häufiger antipsychotische Medikamente. Zudem war die Sturzhäufigkeit in der Gruppe der SCU-Bewohner deutlich größer als dies bei den Bewohnern der nichtspezialisierten Pflegeabteilung der Fall war. Die höhere Inzidenz von Stürzen in der SCU-Gruppe ging jedoch nicht mit einer erhöhten Verletzungsrate einher. Bezüglich der Anwendung von körperlichen Fixierungsmaßnahmen zeigte sich kein einheitlicher Trend. Während sich der Gebrauch von Fixierungen unmittelbar nach dem Umzug der SCU-Bewohner deutlich verringerte, stieg die Fixierungshäufigkeit in den folgenden zwei Monaten signifikant an. Hinsichtlich der Präservierung der kognitiven und funktionalen Potenziale konnten über den genannten Zeitraum keine signifikanten Unterschiede zwischen den SCU-Bewohnern und den Teilnehmern der Kontrollgruppe festgestellt werden. Beobachtungen des Interaktionsverhaltens zeigten allerdings, dass die SCU-Bewohner signifikant häufiger mit dem Pflegepersonal

¹¹⁶ Die von Maas/Buckwalter (1990) evaluierte SPECIAL CARE UNIT zeichnete sich durch eine Vielzahl SCU-typischer Merkmale aus, z. B. verschlossene und mit Wandmalereien getarnte Eingangstüren; ein gesicherter Außenbereich; ein separater Tages- und Essraum; Trennwände in Bewohnerzimmern zur Gewährleistung der Privatsphäre; abgeschlossene Schränke und Schubladen, um ein „Herumstöbern“ zu vermeiden; Sicherheitsglas; keine Treppen innerhalb der Abteilung; ein flexibler Tagesablauf; Tiertherapie und Aktivitätsprogramme; Hintergrundmusik; Orientierungsschilder; ein multidisziplinäres Pflegeteam sowie der Einbezug der Angehörigen (vgl. Maas/Buckwalter 1990 in: OTA 1992: 118).

interagierten. Unterschiede im gegenseitigen Interaktionsverhalten zwischen den Bewohnern sowie zwischen den Bewohnern und ihren Angehörigen wurden jedoch nicht registriert. Die Häufigkeit von Katastrophenreaktionen, definiert als negatives Verhalten (z. B. Weinen, Agitation, Aggression) auf bestimmte Pflegevorgänge (z. B. Baden, Ankleiden), nahm im Verlauf der Untersuchung in beiden Gruppen ab. Dennoch wurden entsprechende Verhaltensweisen bei den SCU-Bewohnern signifikant seltener beobachtet als bei den Bewohnern der nichtspezialisierten Pflegeabteilung. Ferner berichten Maas/Buckwalter (1990), dass die SCU-Bewohner nach ihrem Einzug in die SPECIAL CARE UNIT deutlich aktiver wurden.

Behaviors such as 'screaming/yelling,' 'pacing,' 'noisy,' and 'restless,' as well as a decrease in 'cooperative' behaviour may be seen as non-constructive. Positive behaviors such as 'pleasant/happy,' 'talking/visiting,' 'awake,' and 'up and about,' were all reported more frequently among the experimental group. Viewed singly, no one behaviour changed significantly. However, when viewed together, it seems that important changes in overall level of activity were occurring after introduction of the special care unit (Maas/Buckwalter 1990 in: OTA 1992: 119).

Vereinzelt waren mit dieser Aktivitätszunahme auch negative Verhaltensweisen verknüpft. Insgesamt betrachtet überwog jedoch die Anzahl der positiven Verhaltensänderungen deutlich und nahm bei den SCU-Bewohnern im Verlauf der Untersuchung signifikant zu.

Rovner et al. (1990) untersuchten über einen Zeitraum von einem Jahr, in welchem Ausmaß sich die Versorgung in einer SPECIAL CARE UNIT auf das funktionale Fähigkeitspektrum und damit auf die Pflegebedürftigkeit von 14 SCU-Bewohnern auswirkte. Als Kontrolle diente eine Gruppe von ebenfalls 14 Demenzerkrankten, die in einer nichtspezialisierten Pflegeabteilung derselben Einrichtung versorgt wurden. Die betreffende SPECIAL CARE UNIT war Bestandteil einer größeren Langzeitpflegeeinrichtung und differierte in struktureller Hinsicht nicht wesentlich von der herkömmlichen Abteilung. Jedoch war der Personalschlüssel in der SCU deutlich höher bemessen und das Angebot an Aktivitäten für die Bewohner deutlich größer.¹¹⁷ Ein erster Vergleich der demografischen und klinischen Charakteristika beider Bewohnergruppen zeigte auf, dass die SCU-Bewohner deutlich jünger waren ($77,1 \pm 6,9$ Jahre vs. $86,8 \pm 6,4$ Jahre; $p < 0,001$) und zu Beginn der Untersuchung weniger Medikamente erhielten als die Bewohner der nichtspezialisierten Pflegeabteilung

¹¹⁷ Mit Ausnahme eines separat geschaffenen Gruppenraumes unterschied sich die SCU in struktureller Hinsicht nicht wesentlich von der Einrichtung der Non-SCU. Die von den Mitarbeitern aufgewendete Betreuungszeit belief sich täglich auf durchschnittlich 2,9 Stunden pro Bewohner. Zudem verbrachten die SCU-Bewohner im Mittel 40 Stunden pro Woche mit Aktivitäten in der Gruppe. Die Betreuungszeit in der Non-SCU war auf durchschnittlich 2,1 Stunden pro Tag und Bewohner limitiert. Gruppenaktivitäten wurden über einen Zeitraum von drei bis fünf Stunden in der Woche angeboten. Medizinische Untersuchungen wurden einmal monatlich durchgeführt (vgl. Holmes et al. 1990: 78).

(mittlere Anzahl der verschriebenen Medikamente: $1,6 \pm 1,3$ vs. $2,8 \pm 1,5$; $p < 0,05$). Im Hinblick auf das Geschlecht, den Schweregrad der Demenz und die Häufigkeit von Verhaltensstörungen konnten jedoch keine nennenswerten Unterschiede zwischen den SCU- und den Non-SCU-Bewohnern festgestellt werden. Auch das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit war zu Beginn der Untersuchung in beiden Gruppen identisch. Der Grad der Pflegebedürftigkeit (leichte, mittelgradige und schwere Pflegebedürftigkeit) wurde im Kontext dieser Untersuchung durch den Unterstützungsbedarf der Erkrankten im Bereich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL) definiert. Auf diese Weise konnte bei jeweils vier Patienten eine leichte und bei sieben Erkrankten eine mittelgradige Pflegebedürftigkeit diagnostiziert werden. Jeweils drei Erkrankte befanden sich zu Untersuchungsbeginn in einem Stadium der schweren Pflegebedürftigkeit.¹¹⁸ Ein Jahr später zeigte sich, dass der Unterstützungsbedarf bei den SCU-Bewohnern in einem signifikant geringeren Ausmaß zunahm, als dies im selben Zeitraum bei den Bewohnern der nichtspezialisierten Pflegeabteilung der Fall war ($\chi^2 = 8,9$; 1 df; $p < 0,003$). Während nur zwei Patienten (14 %) der SCU-Gruppe von einer erhöhten Pflegebedürftigkeit betroffen waren, wurde bei neun Erkrankten (64 %) der Non-SCU-Gruppe eine Zunahme ihrer Hilfsbedürftigkeit festgestellt. Detailliert betrachtet konnte nach Ablauf eines Jahres bei drei SCU-Bewohnern eine leichte Pflegebedürftigkeit und bei acht Bewohnern eine mittelgradige Pflegebedürftigkeit ermittelt werden. Drei SCU-Bewohner waren schwer pflegebedürftig. In der Kontrollgruppe wurde nach Ablauf eines Jahres bei sechs Patienten eine mittelgradige Pflegebedürftigkeit festgestellt. Acht Non-SCU-Bewohner hatten indessen ein schweres Stadium der Pflegebedürftigkeit erreicht. Im Gegensatz zum Beginn der Untersuchung wurde kein Bewohner mehr als „leicht pflegebedürftig“ eingestuft. Rovner et al. (1990: 77) gehen daher davon aus, dass die SCU-Versorgung zu einer Präservierung der funktionalen Ressourcen beitragen kann und stellen heraus: „We found that the functional capacity of dementia unit patients remained stable over the study period while that of non-unit patients declined. This study suggests the usefulness of dementia units in nursing homes [...]“

¹¹⁸ Demografische Informationen und klinische Diagnosen wurden der Pflegedokumentation entnommen. Der kognitive Status der Untersuchungsteilnehmer wurde mit Hilfe der „Mini-Mental Status Examination“ (MMSE) nach Folstein et al. (1975) erhoben. Verhaltensassoziierte Beeinträchtigungen wurden unter Verwendung der „Psychogeriatric dependency rating scales“ (PGDRS) nach Wilkinson/Graham-White (1980) erfasst. Von zentraler Bedeutung war jedoch das Assessment der funktionalen Ressourcen im Bereich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (Essen, Ankleiden, Baden, Kontinenz und Mobilität), das jeden Monat mit Hilfe des „Maryland Assessment of Patient Progress“ (MAPP) von den Mitarbeitern der Einrichtung durchgeführt wurde. Das MAPP misst Beeinträchtigungen in den ADL-Bereichen und ermöglicht hierdurch eine Einstufung der Erkrankten in ein leichtes (Abhängigkeit in 0-2 ADLs), ein mittelgradiges (Abhängigkeit in 3-4 ADLs) und schweres (Abhängigkeit in 5 ADLs) Stadium der Pflegebedürftigkeit (vgl. Rovner et al. 1990: 80).

Wells/Jorm (1987) versuchten die Effekte einer SPECIAL CARE UNIT auf die kognitiven und funktionalen Fähigkeiten sowie das Verhalten einer Gruppe von Demenzerkrankten zu messen und gleichfalls mögliche Auswirkungen der SCU-Versorgung auf das psychische Belastungsempfinden von Angehörigen zu untersuchen. Zu Beginn der Studie wurden hierzu 22 potenzielle SCU-Bewohner durch ein Randomisierungsverfahren einer Experimental- und einer Kontrollbedingung zugeordnet. Zwölf Demenzerkrankte zogen daraufhin in die betreffende SPECIAL CARE UNIT um; zehn Erkrankte wurden der Kontrollgruppe zugewiesen und im Verlauf der Untersuchung ambulant versorgt. Das mit Hilfe der „Mini-Mental State Examination“¹¹⁹ nach Folstein et al. (1985), der „Adaptive Behaviour Scale“¹²⁰ nach Nihira et al. (1974) sowie der „Behaviour Problems Checklist“¹²¹ nach Gilleard et al. (1984) durchgeführte kognitive, funktionale und verhaltensassoziierte Screening der Untersuchungsteilnehmer wurde unmittelbar vor der Randomisierung durchgeführt und nach einem sowie nach drei Monaten wiederholt. Die Erhebungen zeigten, dass sich das kognitive und funktionale Leistungsvermögen aller Betroffenen im Verlauf der Untersuchung deutlich verschlechterte, unabhängig davon, ob die Erkrankten in der SCU versorgt wurden oder die Betreuung auf ambulantem Wege erfolgte. Das Ausmaß der erfassten Verhaltensstörungen war in der Experimentalgruppe sogar zeitweilig höher. „One notable feature was a temporary worsening of behaviour problems among those admitted to the unit. However, after three months, behaviour problems returned to the previous level“ (Wells/Jorm 1987: 528). Das von den Angehörigen der Untersuchungsteilnehmer empfundene psychische Belastungsspektrum wurde unter Einsatz des „General Health Questionnaire“¹²² nach Goldberg (1978) sowie der „Personal Disturbance Scale“¹²³ (DSSI/sAD) nach Bedford et al. (1976) erfasst. Zu Beginn der Untersuchung durchgeführte Erhebungen zeigten zunächst, dass alle Angehörigen in einem hohen Ausmaß von psychischen Belastungen betroffen waren. Im Gegensatz zu den Angehörigen

¹¹⁹ Für das kognitive Screening der Untersuchungsteilnehmer wurde eine von Folstein et al. (1985) entwickelte Variante der „Mini-Mental State Examination“ verwendet (vgl. Wells/Jorm 1987: 526).

¹²⁰ Die „Adaptive Behaviour Scale“ nach Nihira et al. (1974) umfasst vier separat zu scorende Subskalen („Independent Functioning“, „Physical and Perceptual Skills“, „Communication“, „Occupation“) zur Einschätzung des funktionalen Leistungsvermögens. Die Ergebnisse der Subskalen werden summiert. Höhere Werte indizieren ein gleichfalls hohes Funktionspotenzial (vgl. Wells/Jorm 1987: 526).

¹²¹ Die „Behaviour Problems Checklist“ nach Gilleard et al. (1984) dient der Erfassung demenziell assoziierter Verhaltensweisen. Die Ausprägung der Verhaltensstörungen wird anhand einer Drei-Punkt-Skala („niemals“, „gelegentlich“, „häufig“) bewertet. Hohe Werte indizieren ein gleichfalls hohes Ausmaß an Verhaltensbeeinträchtigungen (vgl. Wells/Jorm 1987: 526).

¹²² Zur Einschätzung der psychischen Belastungen der Angehörigen wurde eine von Goldberg (1978) entwickelte, 30 Items umfassende Version des „General Health Questionnaire“ verwendet, die mit höheren Werten eine gleichfalls höhere psychische Belastung indiziert (vgl. Fußnote 45: 206).

¹²³ Die „Personal Disturbance Scale“ (DSSI/sAD) nach Bedford et al. (1976) wurde zur Erfassung von Angst und depressiven Symptomen bei den Angehörigen eingesetzt. Hohe Werte auf der DSSI-Skala lassen auf eine starke Ausprägung der jeweiligen Symptome schließen. Zur Erfassung von Lebensqualität, Schuldgefühlen und Kummer wurden zudem weitere, von den Autoren konstruierte Interviews eingesetzt (vgl. Wells/Jorm 1987: 526f).

der ambulant versorgten Demenzerkrankten konnte allerdings bei den Angehörigen der SCU-Bewohner drei Monate nach Untersuchungsbeginn eine deutliche Reduzierung des psychischen Belastungsvolumens, insbesondere eine Verringerung von Ängstlichkeit, Depressionen und Schuldgefühlen beobachtet werden. Das von den Angehörigen der Kontrollgruppe gezeigte Ausmaß an Belastungen blieb hingegen unverändert hoch. Positive Effekte auf die Erkrankten konnten von Wells/Jorm (1987) also nicht nachgewiesen werden, obgleich die Angehörigen der Betroffenen nach Ansicht der Autoren eindeutig von der SCU-Versorgung profitierten: „Admission of dementia sufferers to full-time care in a special unit appears to be of great benefit to the psychological health of their caregivers [...]“ (Wells/Jorm 1987: 524).

5.2.2 Ergebnisse aktueller Untersuchungen

Die neueren nicht in der Meta-Analyse des Office of Technology Assessment berücksichtigten Untersuchungen zur Effektivität von SPECIAL CARE UNITS lassen sich thematisch in vier Kategorien einordnen:

1. Untersuchungen zu den globalen Auswirkungen von SCUs auf die Bewohner (z. B. im Bereich der Kognition, der Funktion oder des Verhaltens sowie der Häufigkeit von physischen oder pharmakologischen Fixierungen);
2. Studien zu spezifischen Aspekten bzw. Bestandteilen von SPECIAL CARE UNITS (z. B. spezielle programmatische oder architektonische Veränderungen) und deren Effekte auf die Bewohner;
3. Erhebungen zur Zufriedenheit der Angehörigen sowie
4. Untersuchungen zur Personalzufriedenheit und Nutzung von Ressourcen sowie daraus resultierenden Kosten.

Die Ergebnisse der den jeweiligen Kategorien zuzuordnenden Untersuchungen können analog zu dieser Gliederung den folgenden Kapiteln entnommen werden.

5.2.2.1 Globale Auswirkungen auf die Bewohner

Der überwiegende Anteil der Forschungsbeiträge zur Effektivität von SCUs zielt auf eine allgemeine Feststellung möglicher Wirksamkeitspotenziale ab; das heißt, die jeweils untersuchten SPECIAL CARE UNITS werden in ihrer Gesamtheit auf mögliche Effekte bei den demenziell erkrankten Bewohnern überprüft. Im Mittelpunkt stehen dabei zumeist die

Veränderungen des kognitiven, funktionalen oder verhaltensassoziierten Status der Betroffenen oder die Erfassung der pharmakologischen und physischen Fixierungshäufigkeit.

Ziel von Bellelli et al. (1998) war es etwa, die Auswirkungen von acht SPECIAL CARE UNITS auf das Verhalten sowie die kognitiven und funktionalen Fähigkeiten von 55 demenziell erkrankten SCU-Bewohnern zu erfassen. Darüber hinaus sollten mögliche Effekte auf den Medikamentenkonsum sowie die Häufigkeit von physischen Fixierungen untersucht werden. Die evaluierten SPECIAL CARE UNITS¹²⁴ wurden im Zuge eines regionalen Projektes zur alternativen Versorgung von Demenzerkrankten in italienischen Pflegeeinrichtungen installiert und speziell auf die Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet. Die im Durchschnitt 81,4 Jahre alten, vorwiegend weiblichen Untersuchungsteilnehmer waren mittel- bis schwer dement und vor allem an Alzheimer-Demenz erkrankt (70,9 %). Die kognitive Funktionsfähigkeit der SCU-Bewohner wurde unter Verwendung der „Minimal Mental State Examination“¹²⁵ (MMSE) nach Folstein et al. (1975) sowie der erweiterten Version der „Clinical Dementia Rating Scale“¹²⁶ (CDR) nach Heyman et al. (1987) beurteilt. Das Assessment der funktionalen Ressourcen erfolgte mit Hilfe des „Barthel Index“¹²⁷ nach Mahony/Barthel (1965) sowie der „Bedford Alzheimer Nursing Severity-scale“¹²⁸ (BANS-s) nach Volicer et al. (1994). Zudem sollte zur Erfassung von Verhaltensstörungen das „Neuropsychiatric Inventory“¹²⁹ (NPI) nach Cummings et al. (1994) verwendet werden. Die

¹²⁴ Die äquivalent konzipierten Pflegeabteilungen des Projektes „Piano Alzheimer“ sollten einerseits ein möglichst sicheres und prothetisches Wohnumfeld bieten. Dies wurde unter anderem durch gesicherte Ausgangstüren, die Beseitigung von Hindernissen, farbcodierte Räume und neutrale Wandgestaltungen realisiert. Andererseits wurden auch die Pflegekräfte vor ihrer Arbeitsaufnahme fachlich fortgebildet und dazu angehalten, die Erkrankten regelmäßig zu aktivieren, auf ihre Ernährung zu achten sowie auf die Anwendung von pharmakologischen und physischen Fixierungen nach Möglichkeit zu verzichten (vgl. Bellelli et al. 1998: 458).

¹²⁵ Vgl. Kap. I/6.1.3: 62f.

¹²⁶ Die erweiterte Version der „Clinical Dementia Rating Scale“ (CDR) nach Heyman et al. (1987) dient zur Einschätzung des demenziellen Schweregrades und ermöglicht Abstufungen in fünf Kategorien („Level 1“ = keine Symptome; „Level 5“ = bettlägerig, ohne selbständige Nahrungsaufnahme) (vgl. Bellelli et al. 1998: 458).

¹²⁷ Der „Barthel Index“ nach Mahony/Bartel (1965) umfasst zehn Items zur Einschätzung der Abhängigkeit im Bereich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL): „Feeding“ (Essen); „Moving from wheelchair to bed and return“ (Transfer Bett/Rollstuhl); „Doing personal toilet“ (Gesichts- und Mundpflege); „Getting on and off toilet“ (selbständige Toilettenbenutzung); „Bathing self“ (Selbständigkeit beim Baden oder Duschen); „Walking on a level surface“ (Gehen auf ebenem Gelände); „Ascending and descending stairs“ (Treppen steigen); „Dressing and undressing“ (An- und Auskleiden, inkl. Schuhe); „Continence of bowels“ (Darmkontrolle) und „Controlling bladder“ (Blasenkontrolle). Der erreichbare Gesamtscore rangiert zwischen null (vollständige Abhängigkeit) und 100 (keine Beeinträchtigungen) (vgl. Mahony/Bartel 1965: 62ff).

¹²⁸ Die „Bedford Alzheimer Nursing Severity-scale“ (BANS-s) nach Volicer et al. (1994) umfasst sieben Items zur Einschätzung der funktionalen Fähigkeiten (Gehen, Essen, Ankleiden), der Kognition (Sprache, Augenkontakt) sowie der Ausprägung von pathologischen Symptomen (Muskelstarre, Störungen von Schlaf- und Wachrhythmus). Die erreichbaren Werte rangieren zwischen 7 und 28 Punkten, wobei eine höhere Punktzahl auf eine schlechtere Performance schließen lässt (vgl. Bellelli et al. 1998: 458).

¹²⁹ Das „Neuropsychiatric Inventory“ (NPI) nach Cummings et al. (1994) enthält zehn Items zur Erfassung neuropsychiatrischer Beeinträchtigungen: Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Agitation, Dysphorie, Angst, Euphorie, Apathie, Enthemmung, Reizbarkeit und abnormale Motorik (z. B. Umherwandern, Ruhelosigkeit).

unmittelbar nach dem Einzug der Bewohner durchgeführten sowie drei und sechs Monate nach der Verlegung wiederholten Erhebungen zeigten zunächst, dass die kognitiven und funktionalen Ressourcen der SCU-Bewohner keinen nennenswerten Veränderungen unterlagen. Die MMSE-Werte der Untersuchungsteilnehmer blieben im Verlauf der Untersuchung relativ konstant, während der Barthel-Index nach sechs Monaten leichte, jedoch nicht signifikante Verbesserungen indizierte ($P = 0,06$). Der Bedarf an psychotropen Medikamenten verminderte sich hingegen sowohl nach drei als auch nach sechs Monaten in einem signifikanten Ausmaß (0-3 Monate: $p < 0,0005$; 0-6 Monate: $p < 0,0005$). Dies traf sechs Monate nach Beginn der Untersuchung auch für die Häufigkeit von physischen Fixierungsmaßnahmen zu ($P = 0,002$). „At 6 months follow-up, 38,2 % of patients were not taking psychotropic drugs and only two subjects were taking three or more drugs. The use of physical restraints also decreased from 36,4 % on admission to 29 % at 6 months follow-up“ (Bellelli et al. 1998: 459). Die Häufigkeit vieler Verhaltensstörungen war, wie aus Tabelle 52 ersichtlich, im Untersuchungsverlauf von einer deutlichen, teils signifikanten Reduktion geprägt; eine Entwicklung, die nach Meinung von Bellelli et al. (1998: 459) im Angesicht des verringerten Medikamentenbedarfs einer besonderen Beachtung bedarf: „[...] behavioral disturbances progressively improved despite the psychotropic drug decrease.“

Tab. 52: Veränderungen der verhaltensassoziierten Items des „Neuropsychiatric Inventory“ (NPI) unmittelbar nach dem Einzug der SCU-Bewohner (Baseline) sowie drei und sechs Monate nach Untersuchungsbeginn.

	Baseline (Mw. ± SD)	3 Monate (Mw. ± SD)	6 Monate (Mw. ± SD)	p*	p**
Wahn	2,8 ± 4,2	2,4 ± 3,8	2,3 ± 3,9	n.s.	n.s.
Halluzinationen	1,3 ± 2,9	1,0 ± 2,5	0,9 ± 2,3	n.s.	n.s.
Agitation	6,4 ± 4,6	4,8 ± 4,4	3,6 ± 4,2	0,015	<0,0005
Dysphorie	4,0 ± 4,6	3,3 ± 3,8	3,1 ± 3,4	n.s.	n.s.
Angst	3,7 ± 4,5	3,1 ± 3,8	2,8 ± 4,0	n.s.	n.s.
Euphorie	0,7 ± 2,2	0,7 ± 2,2	0,6 ± 1,7	n.s.	n.s.
Apathie	5,6 ± 5,1	3,3 ± 3,8	3,3 ± 3,7	0,005	0,014
Enthemmung	1,5 ± 3,0	1,7 ± 3,6	1,4 ± 2,7	n.s.	n.s.
Reizbarkeit	4,5 ± 4,6	4,3 ± 4,1	3,6 ± 4,0	n.s.	n.s.
Abnormale Motorik	7,4 ± 3,6	4,2 ± 4,3	3,6 ± 4,3	<0,0005	<0,0005
p-Werte indizieren signifikante Veränderungen (T-Test bei gepaarten Stichproben): * zwischen Baseline und 3 Monaten; ** zwischen Baseline und sechs Monaten					

Quelle: Bellelli et al. (1998): 460.

Für jede Störung wird das Produkt aus Häufigkeit (0 Punkte = „nicht vorhanden“ bis 4 Punkte = „täglich“) und Ausprägung (1 Punkt = „leicht ausgeprägt“ bis 3 Punkte = „stark ausgeprägt“) berechnet. Damit kann das Produkt jeweils zwischen 0 und 12 Punkten liegen. Anschließend werden die Punkte für die zehn Verhaltensstörungen addiert. Der NPI-Gesamtscore kann somit zwischen 0 und 120 Punkten liegen (vgl. Cummings et al. 1994: 2308ff).

Die im „Neuropsychiatric Inventory“ gemessenen Werte indizierten sowohl nach drei als auch nach sechs Monaten in allen Verhaltensbereichen leichte Verbesserungen. Signifikant positive Entwicklungen wurden über den gesamten Untersuchungszeitraum jedoch nur in den NPI-Items „Agitation“ (0-3 Monate: $P = 0,015$; 0-6 Monate: $p < 0,0005$), „Apathie“ (0-3 Monate: $P = 0,005$; 0-6 Monate: $P = 0,014$) und „Motorik“ (0-3 Monate: $p < 0,005$; 0-6 Monate: $p < 0,0005$) gemessen (vgl. Tab. 52). Dennoch ziehen Bellelli et al. (1998: 460) ein positives Resümee:

[...] we have demonstrated that: (a) behavioral disturbances of moderately to severely demented patients decreased after admission to SCUs; (b) the reduction of behavioral disturbances was specific for some symptoms; and (c) the reduction of behavioral disturbances occurred with a decrease in psychoactive drug load.

Und weiter heißt es konklusiv: „The preliminary data support the effectiveness of this strategy of care in Italian SCUs. Furthermore, [...] we think that our findings could be of great interest in a cross-cultural perspective (Bellelli et al. 1998: 461).

Vor Bellelli et al. (1998) versuchten bereits Bianchetti et al. (1997) die Effekte einer SCU des italienischen Projektes „Piano Alzheimer“ zu untersuchen. Hierzu wurden 16 demenziell erkrankte Heimbewohner nach ihrer Verlegung in die SPECIAL CARE UNIT über einen Zeitraum von sechs Monaten beobachtet und hinsichtlich der Entwicklung ihrer kognitiven und funktionalen Leistungsfähigkeit beurteilt. Auch ein möglicher Einfluss auf das Verhalten der Erkrankten sowie auf den Verbrauch von psychotropen Medikamenten und die Anwendung von physischen Fixierungen sollte in diesem Kontext untersucht werden. Die evaluierte SPECIAL CARE UNIT¹³⁰ war Bestandteil einer kleineren Pflegeeinrichtung und hinsichtlich ihrer Wohnumgebung, Programmatik und personellen Ausstattung an die Bedürfnisse der demenzerkrankten Bewohner angepasst. Das kognitive Leistungsspektrum der SCU-Bewohner wurde mit Hilfe der „Mini-Mental State Examination“¹³¹ (MMSE) nach Folstein et al. (1975) sowie der erweiterten Version der „Clinical Dementia Rating Scale“¹³² (CDR) nach Heyman et al. (1987) gemessen. Die Einschätzung der funktionalen Kapazitäten im Bereich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (Baden, Fähigkeit zu selbständigen Toilettennutzung,

¹³⁰ Die untersuchte SCU bestand aus zehn 2-Bett-Zimmern und verfügte über einen großzügigen Bewegungsbereich, ein Esszimmer sowie einen separaten Aktivitätsbereich zur Durchführung von physio- oder beschäftigungstherapeutischen Angeboten. Die Ausgangstüren waren gesichert, Wände neutral gestaltet und optische Orientierungshilfen vorhanden. Auch nächtliche Stimuli wurden reduziert. Das Pflegepersonal wurde fachlich fortgebildet und dazu angehalten, physische und pharmakologische Fixierungen zu reduzieren, die Autonomie der Bewohner zu fördern und die Ursachen von Verhaltensstörungen zu analysieren und zu beseitigen (vgl. Bianchetti et al. 1997: 53ff).

¹³¹ Vgl. Kap. I/6.1.3: 62f.

¹³² Vgl. Fußnote 126: 331.

Ankleiden, Essen, Mobilität, Kontinenz) erfolgte unter Verwendung des „Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)“¹³³ nach Katz et al. (1963). Änderungen im Verhalten der Bewohner wurden mit Hilfe des „Cohen-Mansfield Agitation Inventory“¹³⁴ (CMAI) nach Cohen-Mansfield (1986) sowie der „Crichton Geriatric Behavioral Rating Scale“¹³⁵ (CGBRS) nach Cole (1989) erfasst. Entsprechende Erhebungen wurden unmittelbar vor dem Umzug der Erkrankten in die SPECIAL CARE UNIT durchgeführt und sechs Monate nach ihrem Einzug wiederholt. Wie aus Tabelle 53 ersichtlich, reduzierte sich die Ausprägung der Verhaltensstörungen im Verlauf der Untersuchung deutlich. Sowohl die CMAI- als auch die CGBRS-Werte indizierten nach sechs Monaten eine signifikante Verbesserung des Verhaltens (CMAI: P = 0,004; CGBRS: P = 0,014).

Tab. 53: Entwicklung der kognitiven, funktionalen und verhaltensassoziierten Messwerte sowie Veränderungen des Medikamentenbedarfs und der Fixierungsfrequenz.

	0 Monate (Baseline)	6 Monate	p
Kognition, Funktion, Verhalten			
Mini-Mental State Examination	3,1 ± 4,9	3,7 ± 5,6	NS ^a
Clinical Dementia Rating Scale	2,6 ± 0,5	2,8 ± 0,5	NS ^a
Aktivitäten des täglichen Lebens ^b	4,6 ± 1,4	4,5 ± 1,4	NS ^a
Cohen-Mansfield Agitation Inventory	56,4 ± 17,5	44,3 ± 9,8	0,004 ^a
Crichton Geriatric Behavioral Rating Scale	37,9 ± 6,9	33,7 ± 7,7	0,014 ^a
Medikamente			
Anzahl der Psychotropika erhaltenden Bewohner	11/16	6/16	0,06 ^c
Anzahl der psychotropen Medikamente (Mw. ± SD)	1,4 ± 1,09	0,7 ± 0,93	0,03 ^a
Fixierungen			
Anzahl der physisch fixierten Bewohner	9/16	8/16	NS ^c
Häufigkeit physischer Fixierungen (Mw. Stunden pro Tag ± SD)	2,5 ± 3,20	1,4 ± 2,11	0,01 ^a
NS, nicht signifikant			
^a p indiziert signifikante Veränderungen im Student's t-Test für verb. Stichproben			
^b Anzahl der nicht vorhandenen ADL-Funktionen			
^c p indiziert signifikante Veränderungen im McNemar Test			

Quelle: Bianchetti et al. (1997): 55.

¹³³ Vgl. Fußnote 73: 265.

¹³⁴ Das personalgestützte „Cohen-Mansfield Agitation Inventory“ (CMAI) nach Cohen-Mansfield (1986) dient dem Assessment gestörten Verhaltens. Das CMAI umfasst 29 Items zur Beobachtung agitierter Verhaltenweisen (z. B. Treten, Schlagen, Ruhelosigkeit, Schreien, zielloses Umherwandern, Werfen oder Horten von Gegenständen, Selbstverletzungen). Die Bewertung erfolgt auf einer siebenstufigen Likert-Skala, entsprechend der Häufigkeit des beobachteten Verhaltens (1 = „niemals“; 7 = „mehrmals in der Stunde“) und ermöglicht hierdurch Aussagen zur Intensität der beobachteten Verhaltensstörungen (vgl. Burns et al. 2004: 159).

¹³⁵ Die interviewbasierte „Crichton Geriatric Behavioural Rating Scale“ (CGBRS) nach Cole (1989) umfasst elf Items zur Erfassung von funktionalen und verhaltensbedingten Beeinträchtigungen: Mobilität, Orientierung, Kommunikation, Kooperation, Ruhelosigkeit, Ankleiden, Essen, Kontinenz, Schlaf sowie die objektive und subjektive Stimmungslage. Mögliche Beeinträchtigungen werden mit Hilfe von fünf Bewertungskategorien für jedes Item separat erfasst (1 = „keine Beeinträchtigung“; 5 = „schwere Beeinträchtigung“) und zu einem Gesamtscore addiert, der zwischen elf und 55 Punkten liegen kann (vgl. Cole 1989: 57).

Auch bezüglich des Medikamentenbedarfs sowie der Anwendung von physischen Fixierungen konnten positive Effekte beobachtet werden. Vor dem Umzug in die SCU erhielten elf der 16 Bewohner psychoaktive Substanzen. Diese Rate reduzierte sich nach sechs Monaten auf sechs Bewohner. Die durchschnittliche Anzahl der verabreichten Psychotropika verringerte sich sogar signifikant ($P = 0,03$). Die Analysen zur Häufigkeit von physischen Fixierungen zeigten eine ähnliche Entwicklung auf. Während sich die Anzahl der regelmäßig fixierten SCU-Bewohner im Verlauf der Untersuchung in nicht signifikantem Ausmaß reduzierte, nahm die durchschnittliche Fixierungszeit pro Tag signifikant ab ($P = 0,01$). Die kognitiven und funktionalen Ressourcen der SCU-Bewohner waren im Verlauf der Untersuchung hingegen keinen wesentlichen Veränderungen unterworfen. Sowohl die MMSE- als auch die CDR-Scores blieben relativ konstant (vgl. Tab. 53). Entsprechend halten Bianchetti et al. (1997: 55) fest: „The data of this study show that transferring demented persons from traditional nursing home wards to an SCU significantly alleviates behavioral symptoms but does not improve functional abilities or cognitive status after a short period of follow-up [...].“

Kutner et al. (1999) versuchten durch Befragungen von Angehörigen zu ermitteln, in welchem Ausmaß sich die SCU-Versorgung auf die physische, kognitive, emotionale und soziale Funktionsfähigkeit von demenziell Erkrankten auswirkt. Hierzu wurden 67 demenzerkrankte Bewohner zweier SPECIAL CARE UNITS ausgewählt und ihre Angehörigen („SCU A“: $n = 33$; „SCU B“: $n = 34$) über einen Zeitraum von 22 Monaten hinsichtlich wahrgenommener Veränderungen in den genannten Funktionsbereichen befragt. Als Kontrolle dienten die Angehörigen von 16 Demenzerkrankten, die in vier nichtspezialisierten Pflegeabteilungen derselben Einrichtung versorgt wurden. Die beiden SPECIAL CARE UNITS unterschieden sich bezüglich ihrer architektonischen Merkmale nur peripher von den Vergleichsabteilungen. Auch die personelle Ausstattung mit examiniertem Pflegepersonal („Registered Nurses“/„Licensed Practical Nurses“) war in allen Pflegeabteilungen identisch. Zusätzlich wurde in den SCUs jedoch ein größeres Kontingent an Hilfskräften beschäftigt („Certified Nursing Assistants“) als in den nichtspezialisierten Pflegeabteilungen. Durch diesen additiven Einsatz von Pflegehelfern waren beide SCUs in personeller Hinsicht grundlegend besser ausgestattet als die Non-SCUs. Dennoch bestand zwischen den SPECIAL CARE UNITS ein personelles Ungleichgewicht; denn der Anteil der beschäftigten Hilfskräfte war in der ersten SCU („SCU A“) nochmals höher als in der zweiten („SCU B“). Während die in „SCU A“ beschäftigten Hilfskräfte einen zusätzlichen Pflegeaufwand von täglich 71

Stunden realisierten, konnten in der „SCU B“ durch einen geringeren Anteil von Pflegehelfern nur 59 Stunden pro Tag an zusätzlicher Betreuung geleistet werden. Das durch einen Beschäftigungstherapeuten bereitgestellte Angebot an Aktivitäten war in der ersten SCU ebenfalls höher. Die (nicht randomisierten) Bewohner der verschiedenen Pflegeabteilungen wiesen hinsichtlich ihrer soziodemografischen und klinischen Charakteristika nur wenige Unterschiede auf. Die Non-SCU-Bewohner waren signifikant älter als die Bewohner der SPECIAL CARE UNITS ($86,7 \pm 5,1$ vs. $80,7 \pm 5,5$ Jahre; $p < 0,01$) und wurden bereits vor ihrem Umzug in die nichtspezialisierten Pflegeabteilungen über einen wesentlich längeren Zeitraum in der Pflegeeinrichtung versorgt ($3,7 \pm 1,2$ vs. $2,3 \pm 2,1$ Jahre; $p < 0,01$). Bezüglich des Alters, des Bildungshintergrundes oder der kognitiven Leistungsfähigkeit konnten allerdings keine Unterschiede zwischen den Bewohnergruppen festgestellt werden. Die Familien der Erkrankten wurden gebeten, im Verlauf der Untersuchung wahrgenommene Veränderungen des physischen, emotionalen, kognitiven (z. B. Gedächtnis, Wiedererkennung) und sozialen Funktionsspektrums (z. B. Veränderungen bei sozialen Interaktionen mit anderen) zu beobachten und gemäß ihrer Entwicklung auf einer 5-Punkt-Skala zu bewerten (1 = „definitiv besser“; 3 = keine Veränderung; 5 = „definitiv schlechter“). Die so gewonnenen Ergebnisse wurden für die Datenanalyse nochmals ausgewertet und gemäß ihrer Tendenz unter drei Kategorien subsumiert („Verbesserung“, „keine Veränderung“ und „Verschlechterung“).

Tab. 54: Einschätzungen der Angehörigen zur Entwicklung der physischen, emotionalen, sozialen und kognitiven Fähigkeiten der Demenzerkrankten.

Veränderungen ^a	physisch		emotional		sozial		kognitiv	
	SCU	Non-SCU	SCU	Non-SCU	SCU	Non-SCU	SCU	Non-SCU
Verbesserung	23	33	55	27	46	7	15	6
Keine Veränderung	21	13	24	47	24	40	12	13
Verschlechterung	56	53	21	27	30	53	73	81
Veränderungen ^b	SCU A	SCU B	SCU A	SCU B	SCU A	SCU B	SCU A	SCU B
Verbesserung	28	18	67	43	49	44	12	18
Keine Veränderung	34	9	24	24	24	24	6	17
Verschlechterung	38	73	9	33	27	32	82	65

^a Angehörige SCU („SCU A“ + „SCU B“: n=67); Angehörige Non-SCU: n=16
^b Angehörige „SCU A“: n=33; Angehörige „SCU B“: n=34

Anmerkung: Vergleiche (prozentual) zwischen Experimental- und Kontrollgruppe (SCU vs. Non-SCU) sowie zwischen den Angehörigen der Bewohner („SCU A“ vs. „SCU B“).
Quelle: Kutner et al. (1999): 430.

Wie aus Tabelle 54 ersichtlich, ließen die Beurteilungen der Angehörigen im Verlauf der Untersuchung auf eine deutliche Verschlechterung des physischen und kognitiven Status

aller Erkrankten schließen. Hinsichtlich der physischen Funktionsfähigkeit wurde ein solches Urteil von 73 % der SCU-Angehörigen und 81 % der Non-SCU-Angehörigen getroffen. Zudem stellte mehr als die Hälfte aller Angehörigen bei ihren erkrankten Familienmitgliedern eine Reduktion des kognitiven Leistungsvermögens fest (SCU-Angehörige: 56 % vs. Non-SCU-Angehörige: 53 %). Im Hinblick auf die emotionale und soziale Bewertungsdimension schnitten die SCU-Bewohner allerdings deutlich besser ab. Während 55 % der Angehörigen der SCU-Gruppe im Verlauf der Untersuchung eine Verbesserung der emotionalen Potenziale konstatierten, konnten nur 27 % der Angehörigen der Non-SCU-Gruppe eine derartige Entwicklung bestätigen. Auch die sozialen Kompetenzen der SCU-Bewohner wurden weitaus besser bewertet als jene der Non-SCU-Bewohner (SCU-Angehörige: 46 % vs. Non-SCU-Angehörige: 7 %) (vgl. Tab. 54). Die Erhebungen zeigten ferner, dass die Wahrnehmungen der Angehörigen von „SCU A“ und „SCU B“ differierten. So war die Chance einer positiven Beurteilung der emotionalen Funktionsfähigkeit bei den Bewohnern der personell umfangreicher ausgestatteten „SCU A“ signifikant höher als bei den Bewohnern von „SCU B“ (OR = 2,74; P = 0,047). Neben dem deutlich besseren Abschneiden der SCU-Gruppe im Bereich der emotionalen und sozialen Funktionsfähigkeit wirkte sich demnach auch die Zugehörigkeit zur personell besser besetzten „SCU A“ in positiver Hinsicht auf die Einschätzungen der Angehörigen aus.

Leon/Ory (1999) stellten sich die Frage, in welchem Ausmaß die SCU-Versorgung zu einer Reduzierung aggressiver Verhaltensweisen von demenziell Erkrankten beitragen kann. Aus einer national repräsentativen Stichprobe von 106 amerikanischen SPECIAL CARE UNITS und 47 nichtspezialisierten Pflegeabteilungen wurden hierzu 432 SCU-Bewohner und 164 Non-SCU-Bewohner ausgewählt und nach Durchführung verschiedener „Baseline-Screenings“ unmittelbar nach ihrem Einzug in die Pflegeabteilungen über einen Zeitraum von sechs Monaten psychometrisch beurteilt. Die Ausprägung der aggressiv gefärbten Verhaltensbeeinträchtigungen wurde mit Hilfe einer sieben Items umfassenden Subskala¹³⁶ des „Cohen-Mansfield Agitation Inventory“¹³⁷ (CMAI) nach Cohen-Mansfield (1986) gemessen. Mit den CMAI-Messungen als abhängiger Variable wurde mit Hilfe einer Regressionsanalyse nach möglichen Beziehungen zu verschiedenen Merkmalen gesucht, die als unabhängige Variablen in vier Kategorien zusammengefasst werden können:

¹³⁶ Die von Leon/Ory (1999) verwendete CMAI-Subskala dient zur Erfassung von aggressivem Verhalten in folgenden Bereichen: Schlagen, Treten, Festhalten, Zerstören von Objekten, Schubsen, Kratzen, Fluchen bzw. verbales Bedrohen (vgl. Leon/Ory 1999: 271).

¹³⁷ Vgl. Fußnote 134: 334.

- Eigenschaften der Einrichtungen (z. B. Größe der Pflegeeinrichtung);
- Soziodemografische Merkmale der Bewohner (Geschlecht, Alter);
- „Baseline“-Charakteristika der Untersuchungsteilnehmer (Häufigkeit von Verhaltensstörungen und Beeinträchtigungen der kognitiven und funktionalen Fähigkeiten unmittelbar nach dem Einzug) sowie
- Interventionsstrategien (Verbrauch von psychoaktiven Medikamenten und Häufigkeit von physischen Fixierungen).

Die Erhebungen zeigten, dass eine umfangreichere Applikation von psychotropen Medikamenten bei gleichzeitig reduziertem Einsatz von physischen Fixierungen mit einer Verringerung aggressiven Verhaltens bei den Untersuchungsteilnehmern verknüpft war. Signifikante Auswirkungen der SCU-Versorgung auf das Ausmaß der gemessenen Verhaltensstörungen konnten hingegen zu keinem Zeitpunkt der Untersuchung beobachtet werden. In Bezug auf ihre Ergebnisse müssen Leon/Ory (1999: 273) daher konstatieren: „Rather than SCU placement, it was the heightened use of psychotropic medications and the reduction in the use of physical restraints that showed a relationship with lower levels of physically aggressive behaviors.“ Somit bleiben die Autoren hinsichtlich der Effektivität von SPECIAL CARE UNITS skeptisch: „Our results indicate that [...] SCU placement showed no positive or negative effect on the frequency of aggressive behaviors“ (Leon/Ory 1999: 273).

Ziel von Liu et al. (2000) war es hingegen, die Auswirkungen der SCU-Versorgung auf die Entwicklung der kognitiven Leistungsfähigkeit von Demenzerkrankten zu messen. Entsprechende Erhebungen wurden anhand einer Stichprobe von 176 demenziell erkrankten SCU-Bewohnern sowie einer Kontrollgruppe von 403 Bewohnern nichtspezialisierter Pflegeabteilungen durchgeführt. Das kognitive Leistungsspektrum der Untersuchungsteilnehmer sollte mit Hilfe der „Mini-Mental State Examination“¹³⁸ nach Folstein et al. (1975) erfasst werden. Mit der „Behaviour Observation Rating Scale“¹³⁹ (BOR) nach Teresi et al. (1993) sowie dem „Minimum Data Set Activities of Daily Living“¹⁴⁰ (MDS-ADL) nach Morris et al. (1999) wurden auch die funktionalen und verhaltensassoziierten Ressourcen der Erkrankten

¹³⁸ Vgl. Kap. I/6.1.3: 61f.

¹³⁹ Die „Behaviour Observation Rating Scale“ (BOR) nach Teresi et al. (1993) dient der Erfassung schwerer Verhaltensstörungen. Die Skala umfasst 39 Items zur Einschätzung entsprechender Verhaltensweisen (z. B. Schlagen, Schreien, Aggressivität, Umherwandern, stereotype Bewegungsabläufe, Entkleiden) und indiziert mit höheren Werten eine gleichfalls höhere Beeinträchtigung (vgl. Liu et al. 2000: 1601).

¹⁴⁰ Das „Minimum Data Set Activities of Daily Living“ (MDS-ADL) nach Morris et al. (1999) umfasst acht Items zur Einschätzung von funktionalen Potenzialen (z. B. Hygiene, Nahrungsaufnahme, Ankleiden, Fortbewegung) und erlaubt eine kompetenzabhängige Differenzierung anhand von vier Kategorien („Unabhängigkeit“, „Anleitung“, „begrenzte Hilfe“, „umfassende Hilfe“). Hohe Werte sprechen für eine ausgeprägte funktionale Beeinträchtigung (vgl. Liu et al. 2000: 1601).

gemessen und als Kovariaten eingesetzt. Hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale (Geschlecht, Rasse, Alter, Bildungshintergrund) konnten zu Beginn der Untersuchung keine Unterschiede zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe festgestellt werden. Auch das Ausmaß der funktionalen Beeinträchtigungen war in beiden Gruppen identisch. Die SCU-Bewohner fielen gegenüber der Vergleichsgruppe jedoch durch ein signifikant höheres Ausmaß an verhaltensassoziierten Störungen auf ($p < 0,0001$) und zeigten sich hinsichtlich ihrer kognitiven Potenziale ebenfalls signifikant stärker beeinträchtigt ($p < 0,0001$). Die in changierenden Zeitintervallen (4,3 bis 17,7 Monate) durchgeführten Follow-Up-Erhebungen zeigten schließlich, dass sich die kognitive Leistungsfähigkeit der SCU-Bewohner im Verlauf der Untersuchung in einem signifikant stärkeren Ausmaß verringerte als bei den Teilnehmern der Kontrollgruppe ($P = 0,031$). Nach Abgleich mit den Kovariaten „Alter“, „ADL“ und „Verhalten“, konnte eine leichte Abschwächung dieses Effektes beobachtet werden. Der zuvor ermittelte Unterschied zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe blieb dennoch signifikant ($P = 0,041$). Eine mögliche Ursache für die angeführten Entwicklungen wird von Liu et al. (2000: 1604) in der gemeinsamen Versorgung der Demenzerkrankten in der reizreduzierten Atmosphäre der SPECIAL CARE UNITS gesehen: „For example, it is possible that placement with many other severely impaired individuals results in lack of stimulation and activity which may result in hastened decline.“ Der Nachweis eines entsprechenden Zusammenhangs war nicht Bestandteil der vorliegenden Studie. Die Resultate der Untersuchung bleiben hingegen eindeutig. „The analysis suggest that [...] SCU residents experienced more rapid cognitive decline than did non-SCU residents“ (Liu et al. 2000: 1593).

McCann et al. (2000) versuchten die Auswirkungen der SCU-Versorgung auf den Erhalt des funktionalen Leistungsvermögens von Demenzerkrankten zu ermitteln. 87 ausschließlich an Alzheimer-Demenz erkrankte Bewohner dreier SPECIAL CARE UNITS¹⁴¹ sollten hierzu über einen Zeitraum von zwei Jahren begleitet und hinsichtlich der Entwicklung ihrer funktionalen Performance im Bereich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL) untersucht werden. Eine Gruppe von 89 DAT-Erkrankten aus fünf nichtspezialisierten Pflegeabteilungen wurde als Kontrollgruppe eingesetzt. Hinsichtlich der demografischen und klinischen Merkmale konnten zu Beginn der Untersuchung deutliche Unterschiede zwischen den nicht randomisierten Gruppen herausgestellt werden. Unter anderem waren die SCU-Bewohner im

¹⁴¹ Nähere Angaben zur Konzeption der untersuchten SCUs sind der Studie von McCann et al. (2000) nicht zu entnehmen. Die ausgewählten Abteilungen entsprachen jedoch SCU-typischen Merkmalen: Bezeichnung als „SCU“; separate Lage; ausschließliche Aufnahme von demenziell Erkrankten; dementengerechte Modifikationen der Wohnumgebung und ein entsprechendes Angebot an Aktivitäten; fortgebildetes Pflegepersonal sowie eine Unterstützung der Angehörigen (vgl. McCann et al. 2000: 142).

Durchschnitt deutlich jünger ($82,8 \pm 5,6$ vs. $87,1 \pm 5,8$ Jahre; $p < 0,0001$) und kognitiv stärker beeinträchtigt (MMSE: $6,8 \pm 5,8$ vs. $11,0 \pm 5,3$ Punkte; $p < 0,0001$). Auch der Anteil an männlichen Patienten war in der Experimentalgruppe deutlich höher (27,6 % vs. 14,6 %; $p < 0,05$). Die Veränderungen des funktionalen Fähigkeitsspektrums wurden unter Verwendung der Kurzform des „Performance Test of Activities of Daily Living“¹⁴² (PADL) nach Kuriansky/Gurland (1976) gemessen. Entsprechende Erhebungen wurden nach der Verlegung der Erkrankten in die Pflegeabteilungen durchgeführt und nach einem sowie nach zwei Jahren wiederholt. Die Autoren gingen davon aus, dass sich das funktionale Leistungsvermögen beider Gruppen im Verlauf der Untersuchung reduzieren würde. Dennoch wurde angenommen, dass die Zugehörigkeit zur SCU-Gruppe mit einer geringeren Abnahme der funktionalen Fähigkeiten einhergeht. Um diese Hypothese zu überprüfen, wurden mögliche Beziehungen zwischen der Verweildauer der Patienten und dem Versorgungstypus (SCU vs. Non-SCU) mit Hilfe eines gemischten Regressionsmodells („Random coefficients model“) analysiert. Die Erhebungen zeigten zunächst, dass sich die durchschnittlichen PADL-Werte aller Untersuchungsteilnehmer im Verlauf der Untersuchung deutlich verringerten („Baseline“: $9,48 \pm 3,65$ Punkte; 1 Jahr: $8,01 \pm 4,99$ Punkte; 2 Jahre: $6,77 \pm 5,86$ Punkte) und damit eine Verschlechterung der funktionalen Performance indizierten. Zudem konnten entgegen der Hypothese von McCann et al. (2000) keine Differenzialeffekte zwischen den SCU- und Non-SCU-Bewohnern festgestellt werden. Denn die Zugehörigkeit zur SCU-Gruppe war mit zunehmender Verweildauer mit keiner geringeren Fähigkeitsreduktion verknüpft. Entsprechend fassen die Autoren zusammen: „The results of this study suggest that, among individuals with Alzheimer’s disease, dementia special care units have no beneficial effect on decline in capacity to perform certain basic activities of daily living [...]“ (McCann et al. 2000: 148).

Auch Phillips et al. (1997) beabsichtigten, die Auswirkungen der SCU-Versorgung auf den funktionalen Status von Demenzerkrankten zu messen. Insgesamt wurden hierzu 77.337 demenziell Erkrankte aus 841 amerikanischen Pflegeeinrichtungen ausgewählt und über einen Zeitraum von einem Jahr untersucht. Die Stichprobe setzte sich aus 1.228 SCU-Bewohnern und 70.205 Bewohnern aus Pflegeeinrichtungen ohne SPECIAL CARE UNITS („Non-SCU Facility“) zusammen. Hinzu kamen 5.904 Untersuchungsteilnehmer, die in

¹⁴² Die Kurzform des „Performance Test of Activities of Daily Living“ (PADL) nach Kuriansky/Gurland (1976) dient der Erfassung der funktionalen Leistungsfähigkeit in sechs ADL-spezifischen Bereichen: Essen, Trinken, Pflege, Ankleiden des Ober- und Unterkörpers und feinmotorische Koordination. Die Präsenz der jeweiligen Fähigkeiten wird anhand von 27 Teilaufgaben (z. B. „einen Arm in den Ärmel führen“) überprüft und die Ausführung auf einer Skala bewertet (2 = selbständige Durchführung; 1 = Durchführung mit Anleitung; 0 = Versuch, aber keine selbständige Durchführung; – 1 = kein Versuch) (vgl. McCann et al. 2000: 144).

Pflegeeinrichtungen mit vorhandenen SPECIAL CARE UNITS lebten, jedoch innerhalb dieser Einrichtungen in herkömmlichen nichtspezialisierten Pflegeabteilungen versorgt wurden („Traditional Unit in SCU Facility“). Die letztgenannten Gruppen („Non-SCU Facility“ und „Traditional Unit in SCU Facility“) wurden als Kontrollgruppe eingesetzt. Ein zu Beginn der Untersuchung durchgeführter Vergleich der soziodemografischen und klinischen Charakteristika aller Untersuchungsteilnehmer förderte einige Unterschiede zwischen den Gruppen zu Tage. So war der Anteil der Hochaltrigen unter den SCU-Bewohnern deutlich geringer, ihr Unterstützungsbedarf im Bereich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ jedoch deutlich höher. Auch die Entscheidungsfähigkeit der SCU-Bewohner war wesentlich stärker eingeschränkt, als dies bei den Teilnehmern der Kontrollgruppe festgestellt werden konnte ($p < 0,001$). Das anhand von fünf ADL-Bereichen (Ankleiden, Fortbewegung, Transfer, Toilettennutzung und Nahrungsaufnahme) definierte funktionale Leistungsvermögen der Untersuchungsteilnehmer wurde unter Verwendung des „Minimum Data Set for Nursing Home Resident Assessment and Care Screening“¹⁴³ (MDS, Minimaldatensatz für die Beurteilung von Heimbewohnern und die Pflegeplanung) nach Morris et al. (1991) von den Pflegekräften der Einrichtungen erfasst und von den Autoren mittels multivariater Verfahren ausgewertet. Entsprechende Erhebungen wurden über die Dauer eines Jahres durchgeführt und innerhalb dieses Zeitraums quartalsweise wiederholt. Phillips et al. (1997) gingen davon aus, dass sich das funktionale Leistungsspektrum der SCU-Bewohner im Vergleich zu jenem der Non-SCU-Bewohner in einem deutlich geringeren Ausmaß verringert und vermuteten ferner, dass sich die SCU-Versorgung positiv auf die Kontinenz und das Körpergewicht der Erkrankten auswirken würde. Ein einfacher, der Tabelle 55 zu entnehmender Vergleich des im Verlauf der Untersuchung registrierten relativen Funktionsverlustes zeigte jedoch nur wenige Unterschiede zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe auf. In beiden Gruppen wurde ein deutlicher Abbau des funktionalen Fähigkeitsspektrums gemessen. Je nach ADL-Bereich rangierte dieser bei den Non-SCU-Bewohnern zwischen 23 % und 28 %. In der SCU-Gruppe lag das relative Ausmaß der funktionalen Ausfallserscheinungen mit prozentualen Anteilen zwischen 32 % und 41 % sogar noch etwas höher (vgl. Tab. 55). Die zuvor erwähnten Unterschiede zwischen den Gruppen wurden zwar bei dieser Berechnung nicht berücksichtigt; auch die unter Kontrolle verschiedener Kovariaten („Baseline“-Werte der MDS-Bereiche „Funktion“, „Kognition“ und „Verhalten“, Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer, Bundesstaat,

¹⁴³ Das „Minimum Data Set for Nursing Home Resident Assessment and Care Screening“ (MDS) dient dem globalen Assessment der kognitiven, funktionalen und verhaltensassoziierten Funktionsfähigkeit von stationär versorgten Bewohnern. Das Assessment bezieht sich dabei auf folgende Bereiche: Kognition, ADL und Verhalten, Sehfähigkeit, Kontinenz, psychosoziales Wohlbefinden, Stimmungslage, Aktivitäten, Krankheitsdiagnosen, Mundstatus, Haut, Medikamente und spezifische Behandlungen (vgl. Achterberg 2004: 23ff).

Träger und Einrichtungsgröße) durchgeführten Analysen bestätigten allerdings eine derartige Entwicklung und zeigten sowohl bei den SCU- als auch bei den Non-SCU-Bewohnern einen deutlichen Abbau der funktionalen Potenziale auf. Hinsichtlich des Ausmaßes der beobachteten Verluste konnten zu keinem Zeitpunkt statistisch signifikante¹⁴⁴ Unterschiede zwischen den Gruppen nachgewiesen werden.

Tab. 55: Relativer Funktionsverlust und Hazard Raten des funktionalen Abbaus aller SCU- und Non-SCU-Bewohner.

	Funktionaler Abbau (%)	Hazard Raten	
		SCU (95 % CI)	Non-SCU (95 % CI)
Transfer			
SCU	33,2	0,89 (0,75-1,06)	0,98 (0,88-1,10)
Non-SCU in SCU-Einrichtung	24,3		
Non-SCU	25,4		
Toilettennutzung			
SCU	41,5	0,97 (0,81-1,17)	1,05 (0,92-1,19)
Non-SCU in SCU-Einrichtung	28,1		
Non-SCU	27,3		
Nahrungsaufnahme			
SCU	34,6	0,98 (0,81-1,18)	1,07 (0,94-1,21)
Non-SCU in SCU-Einrichtung	22,2		
Non-SCU	22,7		
Fortgewegung			
SCU	33,8	0,89 (0,76-1,04)	1,00 (0,87-1,13)
Non-SCU in SCU-Einrichtung	24,8		
Non-SCU	26,1		
Ankleiden			
SCU	39,0	0,91 (0,75-1,10)	1,03 (0,90-1,19)
Non-SCU in SCU-Einrichtung	29,2		
Non-SCU	28,2		
ADL-Index			
SCU	67,9	0,99 (0,86-1,14)	1,02 (0,93-1,13)
Non-SCU in SCU-Einrichtung	51,1		
Non-SCU	52,2		
Darminkontinenz			
SCU	32,2	0,83 (0,68-1,02)	1,01 (0,87-1,17)
Non-SCU in SCU-Einrichtung	19,9		
Non-SCU	21,2		
Blaseninkontinenz			
SCU	36,4	0,89 (0,75-1,06)	0,97 (0,85-1,10)
Non-SCU in SCU-Einrichtung	23,6		
Non-SCU	25,3		
Gewichtsverlust			
SCU	2,9	1,20 (0,98-1,48)	1,16 (1,03-1,32)*
Non-SCU in SCU-Einrichtung	18,0		
Non-SCU	18,2		

Quelle: Phillips et al. (1997): 1344.

¹⁴⁴ Nur der Gewichtsverlust war bei den Bewohnern der Non-SCUs signifikant höher, als bei den Bewohnern der SPECIAL CARE UNITS (p<0,04).

Phillips et al. (1997: 1344) ziehen daher ein eher skeptisches Fazit und halten kritisch fest:

If our results are generalizable, it appears that the label *special care*, as it is used in the nursing home industry today, carries no significant implications about individuals who receive special care maintaining physical function longer than individuals in traditional nursing units (Phillips et al. 1997: 1344).

Sloane et al. (1991) versuchten im Rahmen einer Fall-Kontroll-Studie die Auswirkungen von SPECIAL CARE UNITS auf die Anwendungshäufigkeit von physischen¹⁴⁵ und pharmakologischen¹⁴⁶ Fixierungsmaßnahmen zu ermitteln. Entsprechende Untersuchungen erfolgten anhand einer Stichprobe von 625 Demenzerkrankten aus 31 SPECIAL CARE UNITS¹⁴⁷ und 32 nichtspezialisierten Pflegeabteilungen. Die 307 SCU- und 318 Non-SCU-Bewohner wurden nach einem Zufallsverfahren aus den Pflegeabteilungen ausgewählt (jeweils 10 Bewohner pro Abteilung) und paarweise verglichen. Die Erhebungen wurden in Form von Befragungen, direkten Beobachtungen und Analysen der Pflegedokumentation realisiert. Mögliche Zusammenhänge mit der Entwicklung des verhaltensassoziierten Funktionsspektrums der Bewohner sollten zudem unter Verwendung der „Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects“¹⁴⁸ (MOSES) nach Helmes et al. (1987) erfasst werden. Mit Hilfe einer zur simultanen Kontrolle verschiedener Variablen (kognitive Beeinträchtigung, Mobilität, Personalschlüssel etc.) durchgeführten logistischen Regression wurden zunächst unterschiedliche Prädiktoren des physischen und pharmakologischen Fixierungseinsatzes herausgestellt. Selbige können nachfolgend der Tabelle 56 entnommen werden. Zum einen zeigte sich, dass vor allem eine hohe Abhängigkeit im Bereich Mobilität (Beeinträchtigungen beim Transfer eines Bewohners: OR = 13,763; $p < 0,001$; fehlende Gehfähigkeit: OR = 9,016; $p < 0,001$) in signifikantem Ausmaß mit der Anwendung von physischen Fixierungen verknüpft war. Zum anderen stellte sich insbesondere ein beleidigendes bzw. ausfälliges Verhalten der Bewohner als maßgeblicher Prädiktor pharmakologischer Fixierungen heraus (OR = 1,795; $P = 0,002$) (vgl. Tab. 56). Ein Vergleich der untersuchten Gruppen zeigte schließlich, dass der Anteil der täglich körperfixierten Bewohner in den SPECIAL CARE UNITS signifikant geringer war als in den nichtspezialisierten Pflegeabteilungen (18,1 % vs. 51,6 %; $p < 0,001$). Der Anteil

¹⁴⁵ Eine physische Fixierung war gegeben, wenn ein Patient während der Beobachtung an einem (Pflege-)Stuhl fixiert war. Bettlägerige Patienten wurden dabei nicht berücksichtigt (vgl. Sloane et al. 1991: 1279).

¹⁴⁶ Pharmakologische Fixierungsmaßnahmen umfassten die Applikation von folgenden Medikamenten: Tranquilizer, Sedativa, Hypnotika (Benzodiazepine und verwandte Anxiolytika) sowie die kombinierte Applikation von Antidepressiva und Tranquilizern (vgl. Sloane et al. 1991: 1279).

¹⁴⁷ Die in der Studie von Sloane et al. (1991) untersuchten SPECIAL CARE UNITS erfüllten mind. drei der folgenden Kriterien: Selbstbezeichnung als SCU; mind. 51 % der Bewohner hatten eine demenzielle Diagnose; fachlich fortgebildetes Pflegepersonal mit mind. einem Jahr Erfahrung in der Pflege von Demenzerkrankten; speziell auf die Bedürfnisse der Demenzerkrankten zurechtgeschnittene Alltagsaktivitäten (vgl. Sloane et al. 1991: 1279).

¹⁴⁸ Vgl. Fußnote 32: 154.

der pharmakologisch fixierten Patienten belief sich in der SCU-Gruppe auf 45 % und in der Gruppe der Non-SCU-Bewohner auf 43 %. Dieser Unterschied war nicht signifikant.

Tab. 56: Unabhängige Prädiktoren körperlicher und pharmakologische Fixierungen. Ergebnisse logistischer Regression.

Variable	β	SE	p	Odds Ratio (95 % CI)
Physische Fixierungen				
Intercept	0,189	0,347	0,586	...
Transferbeeinträchtigungen	2,622	0,568	0,001	13,763 (4,522-41,888)
fehlende Gefähigkeit	2,199	0,332	0,001	9,016 (4,702-17,288)
Wohnstatus (SCU vs. Non-SCU)	-1,582	0,320	0,001	0,206 (0,110-0,385)
schwere (vs. geringe) kognitive Beeinträchtigung	1,710	0,412	0,001	5,529 (2,465-12,404)
mittlere (vs. geringe) kognitive Beeinträchtigung	1,619	0,426	0,001	5,048 (2,190-11,635)
Personalschlüssel	1,160	0,517	0,025	3,190 (1,158-8,785)
vergangene Hüftfrakturen	0,992	0,438	0,024	2,697 (1,143-6,630)
Pharmakologische Fixierungen				
Intercept	-0,622	0,214	0,004	...
beleidigendes Verhalten	0,585	0,188	0,002	1,795 (1,487-2,166)
Alter, \geq 85 J.	-0,582	0,186	0,002	0,559 (0,388-0,805)
Besuchsfrequenz der Angehörigen, \geq wöchentlich	0,492	0,176	0,005	1,636 (1,158-2,309)
schwere kognitive Beeinträchtigung	0,516	0,187	0,006	1,675 (1,161-2,418)
fehlende Gefähigkeit	-0,432	0,193	0,25	0,649 (0,445-0,947)
Größe der Einrichtung (\geq 200)	-0,439	0,206	0,033	0,645 (0,430-0,966)

Quelle: Sloane et al. (1991): 1281.

Während sich die SPECIAL CARE UNITS also durch eine deutlich geringere Anwendung von körperlichen Fixierungen auszeichneten, konnten hinsichtlich der pharmakologischen Fixierungshäufigkeit keine Unterschiede zwischen den untersuchten SCUs und Non-SCUs herausgestellt werden. Entsprechend fassen Sloane et al. (1991: 1278) zusammen: „These results support the conclusion that physical and pharmacologic restraints constitute separate treatment modalities with different risk factors for use, and indicate that specialized dementia units are successful in reducing the use of physical but not pharmacologic restraints.“

Swanson et al. (1993; 1994) verfolgten das Ziel, den Einfluss einer SPECIAL CARE UNIT auf das kognitive und funktionale Leistungsvermögen sowie das Ausmaß akuter Verhaltensbeeinträchtigungen zu erfassen. Zudem sollte überprüft werden, wie sich eine etwaige Verringerung entsprechender Beeinträchtigungen auf das Interaktionsverhalten der Untersuchungsteilnehmer auswirkt. Hierzu wurden 13 demenzerkrankte Bewohner einer größeren Langzeitpflegeeinrichtung ausgewählt und in eine SPECIAL CARE UNIT¹⁴⁹ verlegt. Als

¹⁴⁹ Die von Swanson et al. (1993; 1994) untersuchte SCU setzte sich aus einem gesicherten Wohnbereich und einem Innenhof zusammen, der von den Bewohnern frei begangen werden konnte. Sensorische Stimuli wurden

Kontrollgruppe dienten neun Erkrankte, die in einer nichtspezialisierten Pflegeabteilung derselben Einrichtung versorgt wurden. Hinsichtlich der demografischen Charakteristika¹⁵⁰ konnten zu Beginn der Untersuchung nur wenige Unterschiede zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe festgestellt werden. Die (nicht randomisierten) Untersuchungsteilnehmer waren im Mittel 72,5 Jahre alt und überwiegend männlich (91 %). Das zu Untersuchungsbeginn gemessene Ausmaß an Verhaltensstörungen war in der SCU-Gruppe allerdings höher. Mögliche Veränderungen des kognitiven Leistungsspektrums im Verlauf der Untersuchung wurden unter Verwendung der „Alzheimer’s Disease Assessment Scale“¹⁵¹ (ADAS) nach Rosen et al. (1984) gemessen. Die Entwicklung der funktionalen Fähigkeiten sollte mit Unterstützung der von Swanson et al. (1994) entwickelten „Functional Abilities Checklist“¹⁵² (FAC) sowie der „Geriatric Rating Scale“¹⁵³ (GRS) nach Plutchik et al. (1970) beurteilt werden. Die Autoren gingen davon aus, dass sich die SCU-Versorgung positiv auf die Ausprägung von Angstzuständen auswirken und damit zu einer Verringerung von Katastrophenreaktionen¹⁵⁴ (hier definiert als unangemessenes Verhalten auf pflegeassoziierte Stimuli, z. B. Baden oder Ankleiden) beitragen würde. Zudem wurde angenommen, dass die Reduktion entsprechender Verhaltensstörungen eine Ausweitung des Interaktionsvolumens (definiert als spontane, verbale oder nonverbale Kontakte) zwischen den Erkrankten und ihren Familien sowie den Mitarbeitern der Wohnbereiche zur Folge habe würde. Die Häufigkeit der Katastrophenreaktionen und die Veränderungen des Interaktionsverhaltens der Untersuchungsteilnehmer wurden mit der von den Autoren entwickelten „Individual Incident Record“¹⁵⁵ (IIR) von den Pflegekräften der Einrichtung erfasst. Entsprechende Erhebungen

durch die weitgehende Vermeidung von Störgeräuschen, die Verwendung beruhigender Musik und eine entsprechende Farbgestaltung auf ein Minimum reduziert. Das Personal der SCU wurde vor der Arbeitsaufnahme über 80 Stunden theoretisch und praktisch fortgebildet. Rotationen der Pflegekräfte wurden vermieden (vgl. Swanson et al. 1994: 30f).

¹⁵⁰ Angaben zu Art und Ausprägung der demenziellen Erkrankungen sind den Ausführungen von Swanson et al. (1993) nicht zu entnehmen (vgl. Swanson et al. 1993: 296).

¹⁵¹ Vgl. Kap. I/6.1.3: 61.

¹⁵² Die von Swanson et al. (1994) entwickelte „Functional Abilities Checklist“ (FAC) dient der Erfassung des funktionalen Leistungsvermögens und umfasst hierzu fünf Subskalen: Self-Care-Fähigkeiten, unangemessene Verhaltensweisen, kognitiver Status, Agitation und sexuell assoziiertes Verhalten. Die Ausprägung der insgesamt 32 FAC-Items wird auf einer Sieben-Punkt-Skala bewertet (1 = „geringe Beeinträchtigung; 4 = „hohe Beeinträchtigung“) (vgl. Swanson et al. 1994: 34).

¹⁵³ Die „Geriatric Rating Scale“ (GRS) nach Plutchik et al. (1970) wurde zur Einschätzung von funktionalen Leistungsaspekten und Verhaltensproblemen konzipiert. Die Skala umfasst 31 Statements (z. B. „Der Patient ist inkontinent“ oder „Der Patient redet mit anderen Patienten“), deren Ausprägung auf einer Zwei-Punkt-Skala beurteilt wird (0 = „nicht vorhanden“; 2 = „sehr häufig“) (vgl. Burns et al. 2004: 247).

¹⁵⁴ Swanson et al. (1993) definieren Katastrophenreaktionen als Reaktionen oder Stimmungsveränderungen der Demenzerkrankten auf minimale, zumeist pflegeassoziierte Reize, wie z. B. Baden, Ankleiden oder Überführungen in das Badezimmer. Das Spektrum der Reaktionen umfasst beispielsweise Weinen, Wutausbrüche, agitiertes Verhalten sowie Starrsinn bzw. Sturheit (vgl. Swanson et al. 1993: 294).

¹⁵⁵ Das personalgestützte „Individual Incident Record“ (IIR) wurde zum Zweck einer regelmäßigen Beurteilung des Bewohnerstatus entwickelt. Erfasst werden unter anderem: Typus und Applikationsvolumen von Medikamenten; Teilnahme an nicht geplanten Aktivitäten sowie die Häufigkeit von Katastrophenreaktionen und

wurden in Form von jeweils zwei Pretest- und Posttest-Messungen vier und zwei Monate vor dem Umzug der Bewohner in die jeweiligen Pflegeabteilungen durchgeführt und nach der Verlegung in anderen Intervallen nach vier und sechs Monaten wiederholt. Durch den größeren Erhebungsabstand nach dem Umzug sollten etwaige, aus der Verlegung der Erkrankten resultierende Datenverzerrungen („relocalization effects“) vermieden werden. Hinsichtlich der Entwicklung des kognitiven und funktionalen Fähigkeitsspektrums konnten im Verlauf der Untersuchung jedoch keine nennenswerten Unterschiede zwischen den SCU- und Non-SCU-Bewohnern festgestellt werden. Im Vergleich zu den Pretest-Erhebungen verschlechterten sich die kognitiv assoziierten ADAS-Werte beider Gruppen in der Posttest-Phase deutlich. Auch das mit Hilfe der FAC- und GRS-Skala eingeschätzte funktionale Fähigkeitsspektrum verringerte sich sowohl bei den SCU- als auch bei den Non-SCU-Bewohnern im Verlauf der Untersuchung markant. Die unter Verwendung des IIR durchgeführten Erhebungen zeigten hingegen, dass die Häufigkeit der gemessenen Katastrophenreaktionen sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollgruppe im Untersuchungsverlauf deutlich abnahm. In der Pretest-Phase wurden bei den SCU-Bewohnern durchschnittlich 156 Katastrophenreaktionen verzeichnet; in der Posttest-Phase verringerte sich diese Anzahl auf 48 Vorfälle. Auch in der Kontrollgruppe nahm die Häufigkeit der registrierten Verhaltensstörungen von durchschnittlich 82 in der Pretest-Phase auf 46 Vorfälle in der Posttest-Phase ab. Dennoch war die Reduktion der Katastrophenreaktionen bei den SCU-Bewohnern signifikant stärker ausgeprägt als dies bei den Bewohnern der nichtspezialisierten Pflegeabteilung festgestellt werden konnte ($P = 0,035$). Vor dem Hintergrund der bereits zu Beginn der Untersuchung stärker beeinträchtigten SCU-Population bewerten Swanson et al. (1993: 296) diese Entwicklung als Erfolg:

During this study, there was a greater reduction in catastrophic reactions among the experimental group subjects in comparison with the control group subjects after opening of the SCU. This finding is especially noteworthy because residents who were more agitated and behaviourally disruptive were assigned to the SCU.“

Wie aus Tabelle 57 ersichtlich, nahm auch die Intensität der von den Erkrankten initiierten Interaktionen mit den Angehörigen und den Pflegekräften der Einrichtung in beiden Gruppen deutlich zu. Signifikante Entwicklungen konnten jedoch nur in der SCU-Gruppe festgestellt werden, in der sich das Ausmaß der personalbezogenen Interaktionsprozesse im Verlauf der Untersuchung fast vervierfachte.

psychischen Fixierungen. Die für die Untersuchung verwendeten Daten wurden nach dem Zufallsprinzip aus den in den jeweiligen Zeitintervallen durchgeführten IIR-Erhebungen ausgewählt. Hierbei wurde ein Interrater-Agreement zwischen 85 % und 97 % erreicht (vgl. Swanson et al. 1993: 295).

Tab. 57: Häufigkeit der von den Untersuchungsteilnehmern initiierten Interaktionen (verbal oder nonverbal) mit dem Pflegepersonal und den Angehörigen der Erkrankten.

Interaktionen	Pretest		Posttest	
	SCU	Non-SCU	SCU	Non-SCU
mit Pflegepersonal	108,1	158,3	391,1	205,4
mit Angehörigen	3,9	6,33	10	9,44

Anmerkung: Mittelwerte.
Quelle: Swanson et al. (1993): 296.

Swanson et al. (1994: 37) sehen daher den positiven Einfluss der SCU-Versorgung auch in dieser Dimension bestätigt und halten fest: „SCU subjects interacted significantly more with unit staff and this interaction may serve as an indicator of enhanced quality of life.“

Thomas (1996) versuchte mittels eines Ex-Post-Facto-Designs mögliche Effekte einer SPECIAL CARE UNIT auf die Ausprägung von Verhaltensstörungen, den Erhalt von funktionalen Fähigkeiten und weitere Dimensionen der Pflegequalität zu erfassen. Hierzu wurden 15 demenziell erkrankte SCU-Bewohner über einen Zeitraum von sechs Monaten, drei Monate vor sowie drei Monate nach ihrer Verlegung in die SPECIAL CARE UNIT, untersucht. Die evaluierte Pflegeabteilung war Bestandteil eines größeren Pflegeheims und zeichnete sich in ihrer Konzeption durch eine Vielzahl SCU-typischer Merkmale¹⁵⁶ aus. Unter anderem wurde versucht, ein Höchstmaß an Autonomie zu gewährleisten, störende Umgebungsreize zu entfernen und die Bewohner durch vertraute Beschäftigungen zu aktivieren. Im Einzelnen sollten mögliche Auswirkungen auf fünf verschiedene Outcome-Variablen untersucht werden: die Streitlust unter den Erkrankten, ihr Körpergewicht, die Häufigkeit von physischen Fixierungen sowie die Entwicklung der funktionalen Performance in sieben unterschiedlichen ADL-Bereichen (z. B. Mobilität, Ankleiden, Nahrungsaufnahme und Hygiene). Entsprechende Daten wurden mit Hilfe des „Minimum Data Set for Nursing Home Resident Assessment and Care Screening“¹⁵⁷ (MDS) nach Morris et al. (1991) sowie durch Auswertungen der Pflegedokumentation (Pflegeberichte, ärztliche Anordnungen und Aufzeichnungen zur Entwicklung des Körpergewichts) erhoben. Die Ergebnisse sind nachfolgend der Tabelle 58 zu entnehmen.

¹⁵⁶ Die evaluierte SCU verfügte über verschließbare Ausgangstüren und versuchte, eine reizreduzierte Wohnumgebung zu realisieren. Dies umfasste einen kontrollierten Gebrauch von Fernsehern und Radios, ein geräuschreduzierendes Verhalten der Pflegekräfte, die Beseitigung von Hindernissen und störenden Gegenständen sowie eine flimmerfreie Beleuchtung. Pflegekräfte und andere Mitarbeiter (Housekeeping, Küche etc.) wurden im Rahmen eines Trainingsprogramms auf die Arbeit mit den Demenzerkrankten vorbereitet. Der Personalschlüssel belief sich tagsüber auf eine Quote von 7:1 und 11:1 in der Nacht. Beschäftigungen und Aktivitäten der Bewohner wurden nach einen strukturierten Tagesplan durchgeführt (vgl. Thomas 1996: 9f).

¹⁵⁷ Vgl. Fußnote 143: 341.

Tab. 58: Veränderungen (gepaarter t-Test) der untersuchten Variablen im Verlauf der Untersuchung.

Variable	t-test	p
Streitlust	1,70	0,111
Körpergewicht	-0,36	0,725
Fixierungshäufigkeit	2,46	0,029*
Stürze	-1,91	0,077
ADL-Score	-3,13	0,007**
df=14; *p<0,05; **p<0,01		

Quelle: Thomas (1996): 12.

Wie Tabelle 58 zeigt, konnte drei Monate nach der Verlegung der SCU-Bewohner ein signifikanter Rückgang der Fixierungshäufigkeit beobachtet werden ($p < 0,05$). Auch das funktionale Leistungsvermögen der Untersuchungsteilnehmer verbesserte sich im Verlauf der Untersuchung signifikant ($p < 0,01$). Alle anderen Bereiche waren allerdings zu keinem Zeitpunkt signifikanten Veränderungen unterlegen. Eher allgemein hält Thomas (1996: 14) daher fest: „[...] the results of the study demonstrated that when specific philosophies and procedures were instituted on a nursing unit, some positive outcomes related to resident behaviors occurred.“

Van Haitsma et al. (2000) unternahmen den Versuch, die segregierte SCU-Versorgung mit der gemischten integrativen Versorgung von Demenzerkrankten zu vergleichen und etwaige Auswirkungen auf das Verhalten und das emotionale Wohlbefinden der Untersuchungsteilnehmer zu ermitteln. Hierzu wurden 46 Bewohner einer SPECIAL CARE UNIT ausgewählt und nach ihrer Verlegung über einen Zeitraum von einem Jahr untersucht. Als Vergleich diente eine Gruppe von 31 Demenzerkrankten, die zusammen mit nicht Dementen in herkömmlichen Pflegeabteilungen versorgt wurden. Im Gegensatz zu den nichtspezialisierten Pflegeabteilungen war die Wohnumgebung der SPECIAL CARE UNIT¹⁵⁸ auf die Betreuung von Demenzerkrankten ausgerichtet. Die Qualifikation der Pflegekräfte, der Personalschlüssel und das Angebot an Aktivitäten waren hingegen in allen Pflegeabteilungen identisch. Die Autoren gingen davon aus, dass sich das im Verlauf der Untersuchung registrierte Ausmaß an positiv assoziierten Verhaltensweisen (Sozialverhalten, Aktivität, interessierte Haltung) bei den SCU-Bewohnern verstärkt und die Präsenz von negativem Verhalten (Agitation, Verwirrung, Passivität und Problemverhalten) im Gegenzug verringert. Gleichfalls wurde in

¹⁵⁸ Die geschlossene SCU verfolgte das Ziel einer maximalen sensorischen und kognitiven Stimulierung der Bewohner durch Aktivitäten, die in einem zentralen Bereich der Abteilung durchgeführt wurden. Auf eine korridor-förmige Bauweise wurde verzichtet, um die Orientierung der Bewohner zu erleichtern. Die insgesamt fünf Non-SCUs waren hingegen korridor-förmig angelegt, mit keiner Ein- und Ausgangskontrolle versehen und hatten keinen zentralen Begegnungsraum (vgl. Van Haitsma et al. 2000: 165f).

der SCU-Gruppe eine Reduktion von negativen Affekten (Traurigkeit, Wut, Angst) sowie eine Verbesserung des Wohlbefindens (Freude, Interesse) erwartet. Zur Erfassung möglicher Veränderungen in den genannten Bereichen wurden verschiedene Instrumente verwendet. Zunächst sollte der kognitive Status aller Patienten mit Hilfe der „Global Deterioration Scale“¹⁵⁹ (GDS) nach Reisberg et al. (1982) erhoben werden. Zur Einschätzung des funktionalen Leistungsvermögens sowie der Häufigkeit von depressiven Symptomen und Fixierungsmaßnahmen wurde das „Minimum Data Set“¹⁶⁰ (MDS) nach Morris et al. (1990) verwendet. Die „Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Scale“¹⁶¹ (BEHAVE-AD) nach Reisberg et al. (1987) wurde zur Erfassung von Wahnvorstellungen, Halluzinationen und anderen psychotischen Symptomen eingesetzt. Die Ausprägung von agitiertem Verhalten sollte unter Verwendung des „Cohen Mansfield Agitation Inventory“¹⁶² (CMAI) nach Cohen-Mansfield et al. (1987) erfasst und das Ausmaß an affektiven Störungen mit Hilfe der „Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects“¹⁶³ (MOSES) nach Helmes et al. (1987) eingeschätzt werden. Eine zentrale Datenressource bildeten ferner direkte, jeweils zehnmündige Verhaltensbeobachtungen, die im Anschluss unter Verwendung der „Philadelphia Geriatric Center Apparent Affect Rating Scale“¹⁶⁴ (AARS; Office of Technology Assessment 1987) ausgewertet wurden. Entsprechende Erhebungen erfolgten unmittelbar nach dem Umzug der Demenzerkrankten in die Pflegeabteilungen und wurden nach sechs sowie nach zwölf Monaten wiederholt. Ein zu Untersuchungsbeginn durchgeführter Vergleich der demografischen und klinischen Merkmale zeigte einige Unterschiede zwischen den nicht randomisierten Untersuchungsteilnehmern auf. So waren die SCU-Bewohner signifikant jünger ($86,89 \pm 6,12$ vs. $91,34 \pm 3,90$ Jahre; $P = 0,001$) und kognitiv (GDS-Level: $5,69 \pm 0,85$ vs. $4,90 \pm 0,76$; $P = 0,001$) sowie funktional (MDS-ADL: $18,52 \pm 8,64$ vs. $12,53 \pm 8,13$ Punkte; $P = 0,004$) deutlich stärker beeinträchtigt als die integrativ versorgten Patienten. Die „Global Deterioration Scale“ sowie das „Minimum Data Set“ wurden daher bei allen Analysen als Kovariaten eingesetzt. Hinsichtlich der Entwicklung von negativ assoziierten Verhaltensweisen konnten

¹⁵⁹ Vgl. Fußnote 111: 323.

¹⁶⁰ Vgl. Fußnote 143: 341.

¹⁶¹ Die „Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Scale“ (BEHAVE-AD) nach Reisberg et al. (1987) ist eine Skala zur Beurteilung von Verhaltenspathologien in verschiedenen Bereichen (z. B. Wahnvorstellungen, Aggressivität, affektive Störungen, Angst bzw. Phobien). Präsenz, Absenz und Ausprägung entsprechender Symptome werden auf einer Skala beurteilt und zu einem Gesamtscore addiert (vgl. Burns et al. 2004: 125).

¹⁶² Vgl. Fußnote 134: 334.

¹⁶³ Vgl. Fußnote 32: 154.

¹⁶⁴ Die „Philadelphia Geriatric Center Apparent Affect Rating Scale“ (AARS; Office of Technology Assessment 1987) wurde verwendet, um die Prägnanz der in den gewählten Dimensionen (Freude, Traurigkeit, Angst, Wut und Interesse) beobachteten Verhaltensweisen zu bewerten. Die Dauer des jeweils beobachteten Verhaltens wurde mittels einer Skala kodiert (1 = „niemals“; 5 = „fünf und mehr Minuten“) und anschließend ausgewertet (vgl. Van Haitsma et al. 2000: 168f).

nur wenige Unterschiede zwischen den Gruppen beobachtet werden. Deutlich wurde jedoch, dass sich die mit Hilfe der MOSES-Skala („MOSES-Irritability“) gemessene Reizbarkeit unter den SCU-Bewohnern im Verlauf der Untersuchung signifikant erhöhte („Baseline“: SCU: $11,78 \pm 3,86$ vs. Non-SCU: $12,69 \pm 4,72$ Punkte; Zwölf Monate: SCU: $14,01 \pm 5,12$ vs. Non-SCU: $12,46 \pm 4,01$ Punkte; $P = 0,02$). Für die Gruppe der integrativ versorgten Patienten konnte eine derartige Entwicklung nicht bestätigt werden.

Therefore, the hypotheses were not supported that persons residing on a Segregated Unit would demonstrate less negative behavioral states over time. In fact, the exact opposite appears to be the case with the Integrated subjects faring better in terms of at least one negative behavioural state (Van Haitsma et al. 2000: 172).

Die Geselligkeit unter den SCU-Bewohnern nahm gegenüber der Vergleichsgruppe im Untersuchungsverlauf deutlich ab. „Specifically, persons on the segregated unit evidenced selectively greater losses in sociability over time as compared to those residing on the Integrated units [...]“ (ebd.: 172). Die affektassoziierten Ratings zeigten dagegen ein gemischtes Bild. Auf der einen Seite verringerte sich das Wohlbefinden der SCU-Bewohner im Verlauf der Untersuchung signifikant ($P = 0,008$). Auf der anderen Seite konnte in derselben Gruppe ein signifikanter Rückgang von Angstsymptomen beobachtet werden ($P = 0,01$). Insgesamt betrachtet fanden die Hypothesen von Van Haitsma et al. (2000: 174) jedoch keine Bestätigung. „The results of the present study suggest that persons with cognitive impairment who are segregated into homogeneous care environments may fare worse than their counterparts residing on more integrated environments in their quality of life.“

Volicer et al. (1994) untersuchten mittels einer prospektiven Kohortenstudie, inwieweit die SCU-Versorgung das Wohlbefinden und das Mortalitätsrisiko von Demenzerkrankten beeinflussen kann. Entsprechende Erhebungen erfolgten anhand einer Stichprobe von 113 Bewohnern dreier SPECIAL CARE UNITS.¹⁶⁵ Eine Population von 50 Bewohnern nichtspezialisierter Pflegeabteilungen diente als Kontrollgruppe. Das zu Beginn der Untersuchung vorhandene Ausmaß der kognitiven und funktionalen Beeinträchtigungen wurde unter Verwendung der „Mini-Mental State Examination“¹⁶⁶ nach Folstein et al. (1975) sowie des „Katz Index“¹⁶⁷ nach Katz et al. (1963) eingeschätzt. Auch die sprachlichen Fähigkeiten der Erkrankten sollten beurteilt und mit Hilfe einer modifizierten Variante der „Boston

¹⁶⁵ Die evaluierten SPECIAL CARE UNITS waren Bestandteil eines Veteranenkrankenhauses und wurden von fachlich qualifiziertem Pflegepersonal betrieben. Nähere Angaben zur Konzeption der Pflegeabteilungen sind der Studie von Volicer et al. (1994) allerdings nicht zu entnehmen (vgl. Volicer et al. 1994: 597f).

¹⁶⁶ Vgl. Kap. I/6.1.3: 62f.

¹⁶⁷ Vgl. Fußnote 73: 265.

Diagnostic Aphasia Examination¹⁶⁸ (BDAE) nach Goodglass/Kaplan (1972) gemessen werden. Das Wohlbefinden der Untersuchungsteilnehmer wurde diametral als Ausmaß ihres Unbehagens unter Verwendung der „Discomfort Scale – Dementia of the Alzheimer’s Type“¹⁶⁹ (DS-DAT) nach Hurley et al. (1992) erfasst. Entsprechende Messungen erfolgten in monatlichen Intervallen über einen Zeitraum von drei Monaten nach dem Umzug der Untersuchungsteilnehmer in die Pflegeabteilungen. Die Mortalitätsraten in der Experimental- und Kontrollgruppe wurden hingegen über einen Zeitraum von zwei Jahren berechnet und in ihrer Abhängigkeit zum Schweregrad der demenziellen Erkrankungen mit Hilfe der „Bedford Alzheimer Nursing Scale“¹⁷⁰ (BANS) nach Volicer et al. (1987) analysiert. Hinsichtlich der demografischen und klinischen Charakteristika konnten zu Beginn der Untersuchung nur wenige Unterschiede zwischen den SCU- und Non-SCU-Bewohnern festgestellt werden. Die Untersuchungsteilnehmer waren im Mittel 72,3 Jahre alt, überwiegend an Demenz vom Alzheimer-Typ erkrankt und kognitiv sowie funktional stark beeinträchtigt. Dennoch waren die Non-SCU-Bewohner zum Zeitpunkt der Diagnosestellung deutlich älter ($67,1 \pm 11,0$ vs. $63,2 \pm 7,9$ Jahre; $p < 0,05$), über einen geringeren Zeitraum demenziell erkrankt ($6,1 \pm 3,5$ vs. $8,2 \pm 4,0$ Jahre; $p < 0,05$) und hinsichtlich ihrer kognitiven Fähigkeiten signifikant geringer beeinträchtigt (MMSE: $3,1 \pm 5,8$ vs. $1,4 \pm 3,0$ Punkte; $p < 0,05$) als die Teilnehmer der Experimentalgruppe. Die im Verlauf der dreimonatigen Erhebungsphase gemessenen DS-DAT-Werte können nachfolgend der Tabelle 59 entnommen werden.

Tab. 59: Ergebnisse der DS-DAT-Erhebungen im Untersuchungsverlauf.

Monat	Non-SCU	SCU
1	$8,2 \pm 7,1$	$5,7 \pm 5,3$
2	$10,2 \pm 7,1$	$4,7 \pm 4,4$
3	$10,2 \pm 6,9$	$6,0 \pm 5,0$
Mittelwert	$9,6 \pm 5,2$	$5,5 \pm 3,8$

Quelle: Volicer et al. (1994): 600.

¹⁶⁸ Die „Boston Diagnostic Aphasia Examination“ (BDAE) nach Goodglass/Kaplan (1972) dient zur Erfassung von Ausprägung und Typus aphasischer Symptome in fünf verschiedenen Bereichen: Hörverständnis, selbst initiierte Konversation, mündlicher Ausdruck, Verständnis von geschriebener Sprache und schriftliche Fähigkeiten. Die Präsenz der aphasischen Symptome wird anhand von 27 Subskalen erfasst und hinsichtlich des Schweregrades skaliert (vgl. Neuropsychology Central 2002: 4).

¹⁶⁹ Die beobachtungs-basierte „Discomfort Scale - Dementia of the Alzheimer’s Type“ (DS-DAT) nach Hurley et al. (1992) erfasst Veränderungen der Unbehaglichkeit von (schwer) demenziell Erkrankten anhand von neun Verhaltensindikatoren: lautes Atmen, negative Vokalisierung, zufriedener, ängstlicher oder trauriger Gesichtsausdruck, Stirnrunzeln, entspannte oder angespannte Körpersprache und „Herumzappeln“. Jedes Item wird hinsichtlich seiner Ausprägung auf einer Drei-Punkt-Skala bewertet und zu einem Gesamtscore addiert (0 = kein beobachtetes Unbehagen; 27 = starkes Unbehagen) (vgl. Herr et al. 2004: 1).

¹⁷⁰ Vgl. Fußnote 128: 331.

Die DS-DAT-Erhebungen zeigten, dass das in der Kontrollgruppe vorhandene Ausmaß an Unbehagen zu allen Erhebungszeitpunkten signifikant größer war als in der Experimentalgruppe ($p < 0,001$) (vgl. Tab. 59). Eine unter Kontrolle der anderen Messergebnisse (BANS, Katz ADL, Sprache und MMSE) durchgeführte Kovarianzanalyse zeigte auf, dass die DS-DAT-Scores signifikant mit den anderen Messwerten korrelierten (BANS: $r = 0,888$; Katz ADL: $r = 0,519$; Sprache: $r = -0,872$; MMSE: $r = -0,594$). Der adjustierte Mittelwert stimmte jedoch mit dem ursprünglich gemessenen DS-DAT-Mittelwert weitgehend überein (SCU: 5,48 vs. 5,482; Non-SCU: 9,592 vs. 9,590) und bestätigte damit einen weiterhin signifikanten Unterschied zwischen den untersuchten Stichproben ($p < 0,001$). Die über einen Zeitraum von zwei Jahren berechneten Mortalitätsraten förderten schließlich weitere Unterschiede zwischen den Untersuchungsteilnehmern zu Tage. Im genannten Zeitraum verstarben insgesamt 12 Non-SCU- und 53 SCU-Bewohner. Die Sterbezahlen wurden dabei vor allem durch den Schweregrad des demenziellen Syndroms beeinflusst; denn entgegen einer allgemeinen Erwartung war der durch die BANS- und Katz ADL-Werte indizierte demenzielle Schweregrad bei den verstorbenen SCU-Bewohnern von signifikant geringerer Ausprägung als bei den Teilnehmern der Kontrollgruppe ($p < 0,05$). Auch eine unter Verwendung der „Cox-Proportional-Hazard-Regression“ durchgeführte Modellierung der Überlebenszeiten zeigte, dass die Mitgliedschaft in der SCU-Gruppe mit einem höheren relativen Sterberisiko verknüpft war ($OR = 2,20$; $p < 0,10$). Das Sterberisiko der geringer beeinträchtigten SCU-Bewohner (BANS-Werte zwischen acht und 17 Punkten) war gegenüber den geringer beeinträchtigten Non-SCU-Bewohnern sogar um das siebenfache höher ($OR = 6,99$; $p < 0,10$). Ungeachtet eines höheren Wohlbefindens war die bei den Bewohnern der SPECIAL CARE UNITS ermittelte Mortalität also deutlich höher. Entsprechend fassen Volicer et al. (1994: 602) zusammen: „[...] providing [...] care on a DSCU [„Dementia Special Care Unit“, *d. Verf.*] is associated with less patient discomfort than when routine care is delivered on TLTC [„traditional long-term care unit“, *d. Verf.*] units. However, the DSCU setting is also associated with a higher mortality rate than the TLTC setting“ (Volicer et al. 1994: 602).

Wagner et al. (1995) versuchten die Effekte von SPECIAL CARE UNITS auf die Ausprägung verhaltensbedingter Defizite von demenziell erkrankten SCU-Bewohnern zu ermitteln. Unmittelbar nach ihrer Verlegung wurden hierzu 289 Patienten aus 41 SPECIAL CARE UNITS¹⁷¹ ausgewählt und in zweimonatigen Intervallen über einen Untersuchungszeitraum von vier Monaten („Time 1“ zu „Time 2“: 2 Monate; „Time 2“ zu „Time 3“: 2 Monate)

¹⁷¹ Angaben zu den konzeptionellen Charakteristika der untersuchten SCUs sind der Untersuchung von Wagner et al. (1995: 784ff) nicht zu entnehmen.

hinsichtlich möglicher Veränderungen ihres verhaltensassoziierten Funktionsspektrums untersucht. Die im Durchschnitt 80 Jahre alten und überwiegend weiblichen Untersuchungsteilnehmer (71 %) waren vor allem an Demenz vom Alzheimer-Typ erkrankt und kognitiv schwer beeinträchtigt (MMSE: $8,1 \pm 6,1$ Punkte). Die Verhaltensauffälligkeiten der SCU-Bewohner wurden unter Verwendung der „Memory and Behavior Problems Checklist – Nursing Home Version“¹⁷² (MBPC-NH) von den Mitarbeitern der Pflegeabteilungen erfasst. Die Autoren gingen davon aus, dass sich die Häufigkeit der beobachteten Verhaltensbeeinträchtigungen im Verlauf der Untersuchung deutlich verringern würde. Die Erhebungen zeigten allerdings, dass der überwiegende Anteil der beobachteten Verhaltensprobleme unmittelbar mit kognitiven (z. B. Konzentrationsschwierigkeiten, zeitliche Orientierung) und emotionalen (z. B. Ruhelosigkeit, Inaktivität, Ängstlichkeit) Beeinträchtigungen der SCU-Bewohner verknüpft und im Untersuchungsverlauf keinen nennenswerten Veränderungen unterlegen war. Auch im Hinblick auf das Ausmaß von funktional assoziierten Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Schwierigkeiten beim Baden, Verweigerung der Nahrungsaufnahme) und anderer Beeinträchtigungen (z. B. Verstecken oder Zerstören von Gegenständen) konnten im Verlauf der viermonatigen Untersuchung keine positiven oder negativen Veränderungen beobachtet werden. Dementsprechend halten Wagner et al. (1995: 785) fest: „[...] behavior problems were prevalent across all three observation points; however, contrary to our expectation, there was no significant change in the total number over time.“

5.2.2.2 Spezifische Aspekte der SCU-Versorgung

Neben den Studien zu den globalen Effekten von SPECIAL CARE UNITS (vgl. Kap. III/5.2.2.1) wurden vereinzelt spezifische Merkmale der SCU-Versorgung (z. B. programmatische oder architektonische Eigenschaften von SPECIAL CARE UNITS) evaluiert und in ihren Auswirkungen auf die Bewohner untersucht. Den hinsichtlich ihrer Forschungsziele höchst heterogen angelegten Studien sind damit keine generellen Aussagen zur Wirksamkeit

¹⁷² Die 41 Items umfassende „Memory and Behavior Problems Checklist – Nursing Home Version“ (MBPC-NH), eine bislang unveröffentlichte Variante der „Memory and Behavior Problems Checklist“ nach Zarit/Zarit (1983), dient der Erfassung von Verhaltensbeeinträchtigungen in vier Bereichen: Kognition, Emotion, Funktion sowie weitere, nicht kategorisierbare Auffälligkeiten. Abweichend von der ursprünglichen Konzeption des Instrumentes, wurden folgende Veränderungen durchgeführt. 1. Auf die SCU-Bewohner nicht zutreffende Items wurden entfernt (z. B. Unfähigkeit, einzukaufen oder mit Geld umzugehen). 2. Die Präsenz oder Absenz von Symptomen wurde nach einem „ja/nein“-Schema und nicht auf einer Likert-Skala beurteilt. 3. Für die SCU-Bewohner relevante Items wurden hinzugefügt (z. B. Unfähigkeit, verbalen Anweisungen zu folgen). Entsprechende Erhebungen wurden durch Befragungen und Beobachtungen der Bewohner durchgeführt (vgl. Wagner et al. 1995: 784f).

der SCU-Versorgung zu entnehmen. Wesentliche Inhalte und Resultate dieser Untersuchungen sollen dennoch in Kürze Erwähnung finden.

So versuchten etwa Holmes et al. (2000a) zu ermitteln, ob eine Erhöhung der Pflege- und Betreuungszeit zu einer Reduktion von Verhaltensstörungen bei demenzerkrankten SCU-Bewohnern beitragen kann. Eine randomisierte Stichprobe von 336 demenziell erkrankten Untersuchungsteilnehmern, 111 SCU-Bewohner und 225 Bewohner aus nichtspezialisierten Pflegeabteilungen, wurden hierzu über einen Zeitraum von sechs Monaten untersucht. Zunächst wurde deutlich, dass das Ausmaß von Verhaltensstörungen (z. B. stereotype Bewegungen, wiederholendes Fragen, Umherwandern) signifikant mit der aufgewendeten Betreuungszeit korrelierte. Im Ergebnis zeigte sich allerdings, dass ein erhöhter Pflege- und Betreuungsaufwand nur bei den SCU-Bewohnern mit einer signifikanten Reduktion der gemessenen Verhaltensauffälligkeiten einherging. In der Kontrollgruppe konnte eine derartige Entwicklung nicht beobachtet werden. Holmes et al. (2000a: 121) vermuten daher, dass sich vor allem die Kombination aus einer Versorgung in SPECIAL CARE UNITS und einem erhöhten Betreuungsaufwand positiv auf das Verhalten von Demenzerkrankten auswirkt und resümieren:

It appears that the important ingredient in relation to the reduction of behavior disorder is not membership in an SCU per se, but the provision of more aide time within SCUs. Those SCUs that provide more aide time have a better behavior outcome.

Lawton et al. (1998) verfolgten das Ziel, den Einfluss von programmatischen Veränderungen auf das Verhalten und den Affekt von demenziell erkrankten SCU-Bewohnern zu untersuchen. Die Bewohner aus zwei äquivalenten SPECIAL CARE UNITS wurden hierzu einer Experimental- (n = 49) und einer Kontrollbedingung (n = 48) zugewiesen und nach der Implementierung eines spezifischen Interventionsprogramms in der Experimentalgruppe über einen Zeitraum von einem Jahr untersucht. Das Ziel des sogenannten „Stimulation-Retreat-Modells“ bestand darin, die Bewohner nach einer bedürfnisorientierten Einschätzung des Pflegepersonals entweder in individuelle Aktivitäten einzubinden („stimulation“) oder den Erkrankten Rückzugsmöglichkeiten anzubieten („retreat“). Die maßgeblichen Komponenten dieses Interventionsprogramms bildeten eine umfassende Fortbildung der Pflegekräfte, eine individuelle Pflegeplanung, ein strukturiertes und bedürfnisorientiertes Angebot an Aktivitäten für die Bewohner (z. B. Gespräche, Lesen, Musik) sowie Maßnahmen zur Unterstützung der Angehörigen (z. B. Unterstützungsgruppen). Die Autoren gingen davon aus, dass sich das im Verlauf der Untersuchung registrierte Ausmaß an positiv assoziierten Verhaltensweisen

(Sozialverhalten, Aktivität, interessierte Haltung) bei den Teilnehmern der Experimentalgruppe verstärkt und die Präsenz von negativem Verhalten (Agitation, Verwirrung, Passivität und Problemverhalten) im Gegenzug verringert. Gleichfalls wurde in der Interventionsgruppe eine Reduktion von negativen Affekten (Traurigkeit, Wut, Angst) sowie eine Verbesserung der positiv assoziierten Affektlage (Freude, Interesse) erwartet. Entgegen dieser Annahmen zeigten die Erhebungen mit Ausnahme einer leichten Steigerung der Aktivität und Beteiligung sowie einer geringeren Abnahme des in der Experimentalgruppe gemessenen Sozialverhaltens keine als positiv zu bezeichnenden Veränderungen auf. Ferner wurde deutlich, dass sich die kognitiven und funktionalen Potenziale aller Untersuchungsteilnehmer im Verlauf der Untersuchung deutlich verschlechterten. Entsprechend müssen Lawton et al. (1998: 379) konstatieren, dass aus den programmatischen Veränderungen in der Interventionsgruppe nur sehr begrenzte Erfolge resultierten:

Over time, most functions worsened, including negative attributes and affects. Lesser decline in positive affect and increases in external engagement, however, led to the conclusion that the intervention showed a marginally significant and selective effect on positive behaviors and affect.

Morgan/Stewart (1998) untersuchten hingegen, in welchem Ausmaß sich die Bewohnerdichte in einer SPECIAL CARE UNIT auf das Verhalten von Demenzerkrankten auswirkt. Hierzu wurden 53 SCU-Bewohner aus einer SPECIAL CARE UNIT mit hoher Bewohnerdichte in eine andere SCU mit geringerer Bewohnerdichte und einem größeren Raumangebot verlegt. Eine im Verlauf der Untersuchung unter konstanter Bewohnerdichte versorgte Gruppe von elf SCU-Bewohnern wurde als Kontrollgruppe eingesetzt. Die Autoren vermuteten, dass aus der Verlegung der Experimentalgruppe eine Reduktion von störendem Verhalten (z. B. Widerstand gegen Pflegemaßnahmen, Verursachung von Lärm, Horten von Gegenständen) und diametral eine Stärkung von erwünschtem Verhalten (z. B. Zeigen von Zuneigung, Hilfsbereitschaft, Beteiligung an sozialen Aktivitäten) resultiert. Die unmittelbar nach dem Umzug der Experimentalgruppenmitglieder durchgeführten und nach sechs sowie nach zwölf Monaten wiederholten Erhebungen zeigten, dass sich das im Verlauf der Untersuchung registrierte Ausmaß an störenden Verhaltensweisen in der Experimentalgruppe signifikant verringerte. Das Spektrum der positiv assoziierten Verhaltensweisen blieb konstant. In der Kontrollgruppe konnten derartige Tendenzen nicht beobachtet werden. Das Ausmaß an störenden Verhaltensweisen veränderte sich nicht. Der Anteil an erwünschtem Verhalten nahm in der Vergleichsgruppe sogar deutlich ab. Morgan/Stewart (1998: 143) heben daher

die Bedeutung der Bewohnerdichte als modulierenden Einflussfaktor auf das Verhalten von demenziell Erkrankten hervor und fassen zusammen:

As hypothesized, there was a greater improvement in Disruptive and Nondisruptive behaviour in the experimental group (move from high to low density) compared to the comparison group (constant high density). Findings suggest that unit density is an important determinant of behaviour in elderly residents with dementia.

Sloane et al. (1998) versuchten im Rahmen einer Querschnittsstudie die Effekte struktureller und personalassoziierter Merkmale von SPECIAL CARE UNITS auf die Ausprägung von agitierten Verhaltensweisen (z. B. Aggression, stereotype Bewegungsabläufe, sozial unangemessenes Verhalten) demenziell erkrankter SCU-Bewohner zu belegen. Im Mittelpunkt standen dabei insbesondere die Auswirkungen des Personalverhaltens (z. B. Anwendung von Fixierungsmaßnahmen, Einstellungen gegenüber den Patienten und ihren Angehörigen) sowie der Wohnumgebung (z. B. Größe der Pflegeabteilung, Licht, Geräuschpegel, Wohnatmosphäre, Hygiene). Die anhand einer Stichprobe von 53 SPECIAL CARE UNITS durchgeführten Erhebungen zeigten, dass in Pflegeabteilungen mit hohem Anteil an kognitiv und funktional beeinträchtigten Bewohnern ein entsprechend hohes Ausmaß an Verhaltensstörungen, insbesondere Stereotypismen oder ein zielloses Umherwandern der Patienten zu erwarten war. Der insgesamt beobachtete Anteil an agitiertem Verhalten schwankte je nach SCU zwischen null und 38 %. Allerdings zeigte sich auch, dass eine Reihe von strukturellen Merkmalen, wie z. B. eine gute Beleuchtung, ein geringe Größe der Pflegeabteilung, eine qualitativ hochwertige Wohnatmosphäre sowie die Bereitstellung eines öffentlichen Küchenbereichs für die Bewohner und ihre Angehörigen mit einem geringeren Agitationslevel bei den SCU-Bewohnern einherging. Zudem wurde deutlich, dass sich eine seltenere Anwendung von Fixierungen sowie eine positive Einstellung des Pflegepersonals gegenüber den Angehörigen der Erkrankten ebenfalls positiv auf die Häufigkeit des agitierten Verhaltens auswirkten. Sloane et al. (1998: 862) gehen daher davon aus, dass bestimmte Behandlungsstrategien und strukturelle Eigenschaften von SPECIAL CARE UNITS zu einer positiven Beeinflussung agitierter Verhaltensweisen beitragen können und fassen zusammen:

While the prevalence of agitation tends to increase as Alzheimer's disease progresses, modifiable treatment factors appear to have a strong influence on the prevalence of agitation. Both physical design and staff treatment appear to influence agitation rates, as do some measures consistent with a low stimulus approach to Alzheimer's care.

Zeisel et al. (2003) versuchten, mögliche Zusammenhänge zwischen konzeptionellen Merkmalen von SPECIAL CARE UNITS und der Häufigkeit von Verhaltensstörungen bei

SCU-Bewohnern (z. B. Aggression, Agitation, sozialer Rückzug, Depression) zu ermitteln. Entsprechende Erhebungen wurden anhand einer Stichprobe von 427 SCU-Bewohnern aus 15, hinsichtlich ihrer konzeptionellen Gestaltung differierenden SPECIAL CARE UNITS durchgeführt. Im Einzelnen sollten die Auswirkungen folgender Merkmale untersucht werden:

- Ausgangskontrolle: Sicherung der Fenster und Türen sowie die Art ihres Verschlusses (magnetisch und geschlossen vs. offen und alarmgesichert);
- Gehbereiche: Platz zum Gehen bzw. Umherwandern für die Bewohner (Vermeidung von Sackgassen, Wegweiser etc.);
- Individueller Raum: auf wenige Bewohner limitierte Bereiche, zumeist die privaten Räumlichkeiten der Patienten;
- Öffentlicher Raum: von allen Bewohnern einer SCU genutzte Räumlichkeiten (z. B. Küche, Gemeinschaftsräume);
- Externe Bewegungsfreiheit: die Möglichkeiten zur Nutzung eines Außengeländes (z. B. Garten);
- Wohncharakter: Präsenz einer familiären Wohnatmosphäre (z. B. durch die Nutzung von wohnlichen Möbeln und Dekor, Wand- und Flurgestaltung etc.);
- Unterstützung der Autonomie: strukturelle Hilfsmittel zur selbständigen Ausübung von Alltagstätigkeiten (z. B. Handläufe im Badezimmer);
- Sensorisches Umfeld: Qualität der sensorischen Umfeldgestaltung (Kontrolle von Akustik, Temperatur, Geruch, adäquate Farbgestaltung etc.).

Multivariate Analysen zeigten, dass ein größeres Angebot an privaten Räumlichkeiten und eine geringere Anzahl an gemeinschaftlich genutzten Arealen mit einem signifikant geringeren Ausmaß an Ängstlichkeit, Aggressionen und Rückzugstendenzen verknüpft waren. Eine qualitativ hochwertige „institutionsferne“ Wohnatmosphäre sowie eine kontrollierte Gestaltung des sensorischen Umfeldes wirkten sich ebenfalls positiv auf die Häufigkeit von körperlich und verbal aggressiven Verhaltensweisen aus. Zudem wurde in SCUs mit getarnten Ausgängen und stillem Alarm ein deutlich geringeres Ausmaß an depressiven Symptomen festgestellt. Aus diesen Ergebnissen resultieren nach Ansicht von Zeisel et al. (2003: 709) konkrete Schlussfolgerungen für die zukünftige Gestaltung von SPECIAL CARE UNITS:

SCUs should strive to model their interior environments after homelike settings to reduce aggressive and other symptoms. [...] these findings will lead to more private and less shared rooms, variation in common room design within an SCU, common rooms for activities located at ends of hallways, and doors located along side walls whenever possible [...].

5.2.2.3 Zufriedenheit der Angehörigen

Die Auswirkungen des SCU-Konzeptes auf die Zufriedenheit und das Belastungsempfinden der Angehörigen von SCU-Bewohnern waren bislang Gegenstand von nur wenigen Untersuchungen, wie auch Parker-Oliver et al. (2005: 116) betonen: „There is little empirical research focusing on family and caregiver satisfaction specifically within SCUs“ (Parker-Oliver et al. 2005: 116). Häufig werden nur einzelne Elemente (z. B. Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige) evaluiert; andere Studien wiederum sind empirisch bedenkenswerten Limitierungen unterworfen. So wurden etwa in der Studie von Grant/Sommers (1998: 61ff) 353 Angehörige von Bewohnern unterschiedlicher Pflegesettings über ihre Zufriedenheit mit der Pflegesituation befragt. Dabei zeigte sich, dass die Angehörigen der in spezialisierten Pflegeabteilungen versorgten Demenzerkrankten das vergleichsweise größte Ausmaß an Zufriedenheit äußerten. Die Unterschiede zwischen den angegebenen Zufriedenheitswerten waren jedoch nur marginal und wurden von den Autoren nicht auf Signifikanz überprüft. In einer anderen, von Murphy et al. (2000) veröffentlichten Untersuchung wurden die Effekte eines spezifischen Programms zur Einbindung von Angehörigen in den Pflege- und Betreuungsprozess von SPECIAL CARE UNITS („Family Partnership Program“, FPP) untersucht. Die anhand einer Stichprobe von 471 Angehörigen demenzerkrankter SCU-Bewohner durchgeführten Befragungen zeigten, dass eine stärkere Einbindung der Angehörigen in direkte Pflēgetätigkeiten gegenüber einer Kontrollgruppe mit einer signifikant geringeren Zufriedenheit verknüpft war. Auch einer von Tornatore/Grant (2004) veröffentlichten Studie lassen sich nur wenige Anhaltspunkte über die Auswirkungen des SCU-Konzeptes auf die Zufriedenheit der Angehörigen entnehmen. Die Autoren versuchten die Belastungspotenziale von 285 Angehörigen zu ermitteln, deren demenziell erkrankte Familienmitglieder in verschiedenen Pflegesettings lebten. Ein möglicher Einfluss der SCU-Versorgung wurde dabei nur am Rande untersucht. Die Autoren konnten nachweisen, dass eine höhere Zufriedenheit der Angehörigen in signifikantem Ausmaß mit leichteren Stadien der Demenz korrelierte. Gleichfalls wurde jedoch deutlich, dass eine Betreuung von Demenzerkrankten in SPECIAL CARE UNITS nicht mit einer höheren Zufriedenheit der Angehörigen verknüpft war.

Der Versuch eines umfassenden, ausschließlich auf die SCU-Versorgung bezogenen Zufriedenheitsassessments wurde bislang nur von Parker-Oliver et al. (2005) unternommen. Die Autoren versuchten im Rahmen einer komparativen Fallstudie die Zufriedenheit der Familien von SCU-Bewohnern mit strukturassoziierten Merkmalen von SPECIAL CARE UNITS (z. B. Sauberkeit, Wohnatmosphäre, Angebot an Aktivitäten für die Patienten, eigene

Rolle im Pflegeprozess) und personalassoziierten Parametern (z. B. Pflegezustand der Patienten, Umgangsformen gegenüber den Erkrankten, adäquate Anwendung von physischen Fixierungen und Medikamenten) zu ermitteln. Hierzu wurden insgesamt 47 Angehörige von SCU- und Non-SCU-Bewohnern unter Verwendung eines 51 Items umfassenden Fragebogens interviewt und ihre Zufriedenheit mit Hilfe einer siebenstufigen Likert-Skala beurteilt. Die Erhebungen zeigten, dass insbesondere die zwischenmenschlichen Beziehungen zwischen den Pflegekräften und den Bewohnern („Der Erkrankte darf sich frei bewegen, sofern er physisch dazu in der Lage ist“; „Das Pflegepersonal geht geduldig mit den Erkrankten um“) sowie dem Pflegepersonal und den Familien der Betroffenen („Das Pflegepersonal interessiert sich für meine Sorgen und Probleme“) mit einer hohen Zufriedenheit verknüpft waren. Auch die Hygiene in den Einrichtungen wurde positiv beurteilt. Dem entgegen wurden ein häufiger Arbeitsplatzwechsel der Pflegekräfte sowie eine unzureichende Aktivierung der Bewohner in besonderem Maße von den Angehörigen kritisiert. Signifikante Unterschiede zwischen den Zufriedenheitswerten der untersuchten SCU- und Non-SCU-Angehörigen konnten mit Ausnahme eines größeren Sicherheitsempfindens bei den Angehörigen der SCU-Bewohner jedoch nicht festgestellt werden. Parker-Oliver et al. (2005: 122f) vermuten daher, dass der SCU-Versorgung kein nennenswerter Einfluss auf die Zufriedenheit der Angehörigen zugeschrieben werden kann und resümieren entsprechend:

There were no significant differences in levels of family satisfaction [...] except in the area of secure wandering. [...] We speculate that family members do not appear to think like designers or nursing home advocates, and may not perceive the impact of the environment and social models on quality of care. They do not think ‘environmentally’ or ‘programmatically’.

5.2.2.4 Personalzufriedenheit, Ressourcennutzung, Kosten

Abgesehen von den Studien zu den globalen und spezifischen Auswirkungen des SCU-Konzeptes auf die Bewohner und die Zufriedenheit der Angehörigen wurden weitere Untersuchungen durchgeführt, die sich insbesondere auf eine Messung der Zufriedenheit des Pflegepersonals sowie auf eine Erfassung der in SPECIAL CARE UNITS aufgewendeten Ressourcen (z. B. Umfang der Pflegeleistungen) und damit assoziierten Kosten konzentrierten.

So versuchten etwa Arling/Williams (2003) zu ermitteln, in welchem Ausmaß sich die in SPECIAL CARE UNITS aufgewendete Zeit für die Pflege und Betreuung der demenzerkrankten Bewohner von dem in herkömmlichen nichtspezialisierten Pflegeeinrichtungen gewährleisteten Betreuungsaufwand unterscheidet. Entsprechende Erhebungen wurden anhand einer Stichprobe von 447 SCU-Bewohnern und 843 demenziell erkrankten Non-SCU-

Bewohnern durchgeführt. Hinsichtlich der von den examinieren Pflegekräften erbrachten Leistungen konnten dabei keine wesentlichen Unterschiede zwischen den verschiedenen Pflegesettings festgestellt werden. Der von den gering qualifizierten Pflegekräften erbrachte Pflegeaufwand war jedoch mit durchschnittlich 147 Minuten pro Bewohner und Tag in den SCUs signifikant höher als in den nichtspezialisierten Pflegeabteilungen, in denen eine Betreuungszeit zwischen 90 und 113 Minuten ermittelt werden konnte. Pro SCU-Bewohner entsprach dies einem finanziellen Mehraufwand (Preisniveau des Jahres 1999) von \$ 3,45 am Tag. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse gehen Arling/Williams (2003: 811) davon aus, dass eine Versorgung in SPECIAL CARE UNITS möglicherweise mit höheren Kosten für die Pflege und Betreuung der Bewohner verbunden ist: „[...] our results raise the issue of potentially higher direct care labor costs for SCU residents compared with dementia residents on conventional units.“ Auch Holmes/Teresi (1998) versuchten durch eine Analyse von strichcodierten Pflegeaufwandsdaten Unterschiede in den Kostenstrukturen von SPECIAL CARE UNITS und herkömmlichen Pflegeabteilungen herauszustellen. Im Zentrum stand dabei Frage, ob mögliche Kostenunterschiede eher auf die Konzeption der verschiedenen Pflegesettings und deren Angebot an Serviceleistungen zurückgeführt werden können, oder letztlich die Charakteristika der jeweiligen Bewohnerschaft (z. B. Schweregrad der Demenz, funktionale oder verhaltensassoziierte Beeinträchtigungen) für etwaige Unterschiede in den Aufwandskosten verantwortlich zeichnen. Die anhand einer randomisierten Stichprobe von 99 SCU-Bewohnern und 237 Bewohnern von nichtspezialisierten Pflegeabteilungen durchgeführten Analysen zeigten, dass die Höhe der Pflegekosten in signifikantem Ausmaß mit dem Schweregrad der kognitiven und funktionalen Beeinträchtigungen der Untersuchungsteilnehmer korrelierte. Mit der Ausnahme höherer Aufwandskosten für den Einsatz von Pflegehelfern in den SCUs konnten jedoch keine wesentlichen Unterschiede zwischen den untersuchten Pflegesettings ermittelt werden.

This absence of a substantial relationship between SCU/traditional status suggests that dichotomization between SCU and traditional care is misplaced, and that more attention should perhaps be given to the targeting and tailoring of services related to individual gradations of impairment and need (Holmes/Teresi 1998: 31).

Mehr/Fries (1995) verfolgten ebenfalls das Ziel, mögliche Unterschiede zwischen dem Ausmaß des in SPECIAL CARE UNITS und nichtspezialisierten Pflegeabteilungen realisierten Pflegeaufwandes zu ermitteln. Hierzu wurden Pflegeaufwandsdaten von 275 SCU-Bewohnern, 327 Non-SCU-Bewohnern aus Pflegeeinrichtungen mit SCUs und 6.061 Non-SCU-Bewohnern aus Pflegeeinrichtungen ohne SPECIAL CARE UNITS analysiert. Nach

Erfassung des gesamten Pflegeaufwandes (Zeiten für direkte Pflege, Pflegeplanungsgespräche, Kontakte zu Familien und Ärzten) und damit assoziierten Kosten wurde deutlich, dass sich die aus der SCU-Versorgung resultierenden monetären Aufwendungen in ihrer Höhe nicht von den Versorgungskosten der Non-SCUs unterschieden. Entgegen der Ansicht von Arling/Williams (2003) sehen Mehr/Fries (1995: 179) damit die Attraktivität von SPECIAL CARE UNITS als kostenneutrale Pflegealternative für demenziell Erkrankte bestätigt: „[...] SCU residents actually used the same amount of resources as other residents in facilities with an SCU. SCUs appear to be an attractive alternative for caring for demented nursing home residents.“

Anhaltspunkte über die Zufriedenheit der in SPECIAL CARE UNITS beschäftigten Mitarbeiter lassen sich anhand der bislang veröffentlichten Untersuchungen kaum gewinnen. Zwar konnten etwa Grant et al. (1996: 278ff) nachweisen, dass eine abwechslungsreichere Gestaltung gerontopsychiatrisch assoziierter Fortbildungsmaßnahmen (z. B. durch den Einsatz von Filmen und Videos, die Verwendung von Handbüchern oder die Veranstaltung von Workshops) mit einer geringeren Fluktuation unter den in den untersuchten SPECIAL CARE UNITS beschäftigten Pflegehelfern verbunden war. Untersuchungen zur Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter wurden von den Autoren allerdings nicht durchgeführt. Lindeman et al. (2000: 217ff) konnten in ihrer Untersuchung gegenüber Pflegekräften aus herkömmlichen Pflegeabteilungen eine niedrigere Rotationsfrequenz sowie ein geringeres Ausmaß an Fehlzeiten unter SCU-Mitarbeitern belegen. Detaillierte Analysen zur Zufriedenheit der Mitarbeiter wurden jedoch ebenfalls nicht durchgeführt. Eine von Teresi et al. (1998: 443ff) veröffentlichte allgemeine Untersuchung der in SPECIAL CARE UNITS und nichtspezialisierten Pflegeabteilungen vorherrschenden Arbeitsbedingungen machte deutlich, dass die Arbeitsbelastung der in den untersuchten SCUs arbeitenden Pflegehelfer deutlich höher war, als jene ihrer in Non-SCUs beschäftigten Kollegen. Dieser Umstand war vor allem auf eine stärker ausgeprägte Pflegebedürftigkeit der SCU-Bewohner zurückzuführen. Ein am Rande der Untersuchung durchgeführtes Zufriedenheitsassessment zeigte schließlich, dass sich der überwiegende Anteil der befragten SCU- und Non-SCU-Mitarbeiter weitgehend bzw. sehr zufrieden über ihre Arbeitsbedingungen äußerten (SCU: 40,6 % bzw. 27,5 % vs. Non-SCU: 43,3 % bzw. 38,7 %). Damit war der Anteil der uneingeschränkt zufriedenen Mitarbeiter in den Non-SCUs sogar tendenziell höher. Die festgestellten Unterschiede zwischen den beiden Mitarbeitergruppen erreichten allerdings kein signifikantes Ausmaß. Ein umfassender Ansatz zur Einschätzung der Mitarbeiterzufriedenheit wurde nach Ansicht des Verfassers bislang nur von Karner et al. (1998) verfolgt. Die Autoren versuchten, die subjektiven Voraussetzungen

für zufriedenstellende Arbeitsbedingungen zu ermitteln und im Hinblick auf ihre Übertragbarkeit auf die Arbeitssituation in SPECIAL CARE UNITS zu überprüfen. Hierzu wurde eine Gruppe von 17 Mitarbeitern aus zwei verschiedenen SCUs mittels qualitativer Interviews befragt. Durch nachfolgende Analysen wurden schließlich sechs zentrale Kernbereiche identifiziert, die unmittelbar mit einer höheren Zufriedenheit der interviewten Pflegekräfte verbunden waren:

- Administrative Unterstützung: die Präsenz einer Leitungsperson, die in den Arbeitsprozess falls nötig eingreift, jedoch gleichzeitig das Wissen und den Rat der Pflegekräfte respektiert;
- Konsistente Organisationsstrukturen: eine stabile Arbeitsumgebung mit klar definierten Aufgaben sowie zuverlässigen und teamfähigen Mitarbeitern und Führungskräften;
- Teamwork: der Wunsch nach kollegialer Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern;
- Berücksichtigung des Individuums: Präsenz einer individuellen, ganzheitlichen Pflegephilosophie; denn viele Mitarbeiter stellten vor allem die Beziehung zu den Bewohnern als besonders befriedigendes Moment ihrer Arbeit heraus;
- Wohnliche Umgebung: umfasst den Wunsch nach einem gemütlichen und gepflegten Wohnumfeld.

Karner et al. (1998: 44) können auf der Grundlage der angeführten Resultate keine direkten oder vergleichenden Aussagen über das Ausmaß der Arbeitszufriedenheit von SCU-Mitarbeitern treffen, sehen die für eine hohe Zufriedenheit notwendigen Voraussetzungen bei einer konsequenten Umsetzung der identifizierten Kernelemente jedoch erfüllt:

The data presented here furthers the notion that SCUs do not necessarily lead to a more satisfied staff. However, the data do identify and explore the critical elements related to staff satisfaction which tend to be more prevalent in SCUs.

5.3 Diskussion der Ergebnisse

Zum originär amerikanischen, jedoch zunehmend auch in der europäischen und deutschen Versorgungslandschaft adoptierten Konzept der SPECIAL CARE UNITS liegt analog zu seiner Verbreitung das mit Abstand größte Kontingent an empirischen Veröffentlichungen vor. Obwohl die Diskussion um den Nutzen entsprechender Pflegeabteilungen längst begonnen hat und mit zumeist sehr differenzierten Argumenten geführt wird, werden die Resultate der in den Kapiteln III/5.2.1 und III/5.2.2 angeführten Studien häufig aus einer auffallend wohlwollenden Perspektive betrachtet. So stellt etwa der jüngst publizierte „Erste Bericht des

Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner“ fest:

Wissenschaftliche Studien deuten darauf hin, dass [...] SCUs den Abbau kognitiver Leistungen nicht aufhalten können, jedoch die Betroffenen (im Vergleich zu Demenzkranken in Pflegeheimen) mobiler bleiben, ihre positiven Affekte länger erhalten können und länger am Gemeinschaftsleben teilnehmen. Auch die Angehörigen dieser Personengruppen berichten häufiger als Angehörige der in konventionellen Pflegeheimen versorgten Demenzkranken über positive Veränderungen der Stimmungslage und der sozialen Aktivitäten (BMFSFJ 2006: 147).

In einem früheren Bericht heißt es: „Bei dieser Versorgungsform kann der demenzbedingte Abbau von Fähigkeiten zwar nicht aufgehalten werden, aber das „auffordernde Verhalten“, Verhaltensprobleme, die das Zusammenleben in der Wohneinrichtung und die Betreuung u. U. extrem erschweren, gehen deutlich zurück“ (BMFSFJ 2004: 114). Und bereits zwei bzw. vier Jahre davor stellte auch der „Vierte Altenbericht“ der Bundesregierung fest: „[...] die Betroffenen bleiben [...] im Vergleich mit den Pflegeheimbewohnern mobiler, was mit einer Verbesserung der Lebensqualität verbunden ist“ (BMFSFJ 2002: 265). Werden einzelne Ergebnisse einschlägiger Studien herausgegriffen, könnten derartige Meinungen tatsächlich gestützt werden. Eine zusammenfassende Betrachtung der Untersuchungsergebnisse zur Effektivität von SPECIAL CARE UNITS kann sich einer gewissen Ernüchterung jedoch nicht verschließen und stellt damit die vorangestellten Ansichten in Frage.

Zwar kommen alle ohne Kontrollgruppe durchgeführten Untersuchungen zu einer positiven Einschätzung des SCU-Konzeptes und stellen eine Vielzahl an positiven Auswirkungen auf die Bewohner von SPECIAL CARE UNITS heraus (vgl. Kap. III/5.2.1.1). Die Ergebnisse der Untersuchungen variieren jedoch in teils deutlichem Ausmaß und weisen Widersprüche auf, wie auch der Bericht des „Office of Technology Assessment“ (1992: 116) kritisch hervorhebt:

These studies are frequently cited as evidence that special care units are effective. Often the researchers' general observations, rather than a study's specific findings, are cited. In many instances, findings that are cited from one study are contradicted by findings of another study.

Während etwa Cleary et al. (1988: 513) von einer Reduzierung der physischen Fixierungshäufigkeit berichten, mussten Bell/Smith in ihrer Untersuchung eine Zunahme von Fixierungsmaßnahmen konstatieren (vgl. Bell/Smith o.D. in: OTA 1992: 114). Während einige Untersuchungen eine Reduktion des Medikamentenbedarfs bei SCU-Bewohnern feststellten (vgl. Bullock et al. 1988 in: OTA 1992: 114; Hall et al. 1986: 136), konnten Cleary et al. (1988: 513) eine derartige Entwicklung nicht beobachten. Werden die widersprüchlichen

Resultate exkludiert, reduziert sich die gemeinsame Ergebnisschnittmenge leider deutlich und schränkt das Kontingent der positiven Ergebnisse auf eine Zunahme des Körpergewichtes, einen verbesserten Nachtschlaf sowie eine bessere Hygiene bei den SCU-Bewohnern ein. Doch selbst diese Erkenntnisse können nach Ansicht des Verfassers nicht als gesichert gelten, denn alle Studien leiden an methodischen Limitierungen, die die Güte der Resultate entschieden in Frage stellen. Kritisch hervorzuheben ist zunächst die geringe Größe der jeweils verwendeten Stichproben. Sechs der neun Untersuchungen ohne Kontrollgruppe bezogen weniger als zwölf Erkrankte in die Erhebung ein. Die Resultate von Greene et al. (1985: 560) wurden nur anhand von sechs bzw. drei SCU-Bewohnern erzielt. Bell/Smith verzichteten sogar gänzlich auf Angaben zur verwendeten Stichprobengröße (vgl. OTA 1992: 112). Die Erhebungszeiträume sind zudem recht kurz bemessen und reichen nur selten über sechs Monate hinaus. Die von Hall et al. (1986: 136) durchgeführten Posttest-Erhebungen wurden nur drei Monate nach der Verlegung der Erkrankten in die untersuchte SPECIAL CARE UNIT durchgeführt. Aussagen zu langfristigen Effekten der SCU-Versorgung können auf diese Weise sicherlich nicht getroffen werden. Des Weiteren begnügen sich die meisten Autoren mit der Veröffentlichung von Mittelwerten oder Prozentangaben. Die statistische Signifikanz von Untersuchungsergebnissen wurde nur in vier der neun Studien errechnet. Bei Hall et al. (1986: 136) bleibt sogar gänzlich unklar, auf welche Weise die erzielten Resultate gewonnen wurden. „In many of the studies, the outcomes to be measured are not clearly defined, and the measurement process is more impressionistic than objective or standardized“ (OTA 1992: 116). Auch der Verzicht auf die Verwendung von Kontrollgruppen ist als problematisch anzusehen, da die Auswirkungen der SCU-Versorgung nicht von anderen Einflussfaktoren separiert werden können. Bedenkt man zudem, dass der Verlauf von demenziellen Erkrankungen häufig erheblichen Schwankungen unterliegt und damit mögliche Effekte überlagern kann, wird die Problematik fehlender Kontrollgruppen nochmals verdeutlicht. Hinzu kommt, dass viele Messungen von den Mitarbeitern der untersuchten Einrichtungen selbst durchgeführt wurden, was gleichfalls an der Güte der erzielten Resultate zweifeln lässt.

These individuals have an obvious interest in finding positive outcomes. The potentially powerful effect of their expectations coupled with small sample sizes, lack of a rigorous research design, and lack of control groups means the results of the studies must be suspect (OTA 1992: 116).

Eine kritische Betrachtung der kontrollierten Untersuchungen fällt in weiten Teilen ähnlich aus, denn nur zwei der sechs in Kapitel III/5.2.1.2 angeführten Studien konnten signifikant positive Effekte der SCU-Versorgung nachweisen. Dies betrifft zum einen die Studie

von Rovner et al. (1990). Die Autoren stellten über einen Zeitraum von einem Jahr fest, dass der funktional bedingte Unterstützungsbedarf einer Gruppe von demenzerkrankten SCU-Bewohnern in einem signifikant geringeren Ausmaß zunahm, als dies bei demenziell erkrankten Bewohnern in einer nichtspezialisierten Pflegeabteilung der Fall war. Die Autoren schließen daraus, dass SPECIAL CARE UNITS einen erheblichen Beitrag zur Präservation der funktionalen Leistungsfähigkeit von Demenzerkrankten leisten können (vgl. Rovner et al. (1990: 77). Die Ergebnisse von Wells/Jorm (1987), Holmes et al. (1990) und Maas/Buckwalter (1990) weisen jedoch in eine diametral andere Richtung, denn in keiner dieser Untersuchungen konnte eine Verbesserung der funktionalen Ressourcen von SCU-Bewohnern nachgewiesen werden (vgl. Wells/Jorm 1987: 528; Holmes et al. 1990: 182; Maas/Buckwalter 1990 in: OTA 1992: 119). Die Ergebnisse von Rovner et al. (1990) werden dadurch in Frage gestellt und bedürfen mit Sicherheit weiterer Bestätigung. Auch Maas/Buckwalter (1990) ziehen in ihrer Studie ein optimistisches Resümee. In einer bislang unveröffentlichten Untersuchung konnten die Autoren bei SCU-Bewohnern positive Effekte auf das Verhalten sowie die Häufigkeit von Katastrophenreaktionen beobachten. Analysen des Interaktionsverhaltens zeigten zudem, dass die untersuchten SCU-Bewohner signifikant häufiger mit dem Pflegepersonal interagierten, als dies bei Demenzerkrankten einer nichtspezialisierten Pflegeabteilung der Fall war (vgl. Maas/Buckwalter 1990 in: OTA 1992: 119). Die Erhebungen von Chafetz (1991: 31f) zeigten bei SCU-Bewohnern dagegen keine positiven Verhaltensänderungen auf. Auch Holmes et al. (1990: 181) konnten im Hinblick auf die Ausprägung von Verhaltensstörungen keine positiven Auswirkungen der SCU-Versorgung nachweisen. Zudem förderte die Studie von Maas/Buckwalter (1990) nicht nur vorteilhafte Aspekte zu Tage. Im Vergleich mit einer Kontrollgruppe war der Verbrauch von antipsychotischen Medikamenten bei der untersuchten SCU-Population deutlich höher, ebenso wie die Häufigkeit von Stürzen. Ein einheitlicher Trend zur Reduktion von physischen Fixierungen konnte ebenso wenig beobachtet werden (vgl. Maas/Buckwalter 1990 in: OTA 1992: 119). Die Ergebnislage bleibt demnach auch bei den kontrollierten Untersuchungen dürftig: vier der sechs bis zum Jahr 1992 veröffentlichten Studien mit Kontrollgruppen konnten keinerlei vorteilhafte Aspekte der SCU-Versorgung herausstellen. Und auch die positiven Resultate bedürfen – wie ausgeführt – einer kritischen Distanz. Das Forschungsdesign der kontrollierten Untersuchungen ist zwar von deutlich höherer Qualität als das der zuvor diskutierten Studien ohne Kontrollgruppe. „The outcomes are more precisely defined and measured in these six studies, and their use of a control group increases the presumed validity of their findings“ (OTA 1992: 120). Dennoch fallen auch bei den kontrollierten Studien methodische

Defizite auf, die einer näheren Betrachtung bedürfen. Die verwendeten Stichprobengrößen sind auch bei diesen Studien relativ klein. Insbesondere die Arbeiten von Maas/Buckwalter (1990) sowie Wells/Jorm (1987) sind diesbezüglich kritisch zu bewerten (vgl. Maas/Buckwalter 1990 in: OTA 1992: 119; Wells/Jorm 1987: 527). Die Untersuchungszeiträume sind gegenüber den nicht kontrollierten Studien zumeist länger angelegt und umfassen im Durchschnitt 40 Wochen. Eine Ausnahme bildet lediglich die Studie von Wells/Jorm (1987), die auf einer dreimonatigen Erhebungsphase beruht. Viele Messungen wurden auch bei den kontrollierten Studien nicht von unabhängigen Personen durchgeführt, eine Tatsache, die nach Ansicht des „Office of Technology Assessment“ (1992: 120) an den positiven Erkenntnissen von Maas/Buckwalter (1990) zweifeln lässt:

In one of the two studies that found a positive resident outcome [...], the nurses who evaluated the residents' ability to perform activities of daily living were unit staff members whose judgments about the residents could have been biased by their expectations about the effectiveness of the special care unit.

Als problematisch ist ferner die häufig fehlende Randomisierung der Untersuchungsteilnehmer anzusehen. Eine solche wurde gelegentlich aus ethischen oder praktischen Gründen abgelehnt. Dies führte jedoch dazu, dass vermutlich primär die Unterschiede in der Zusammensetzung der Gruppen und nicht der Einfluss der untersuchten Pflegesettings für das Gesamtergebnis ausschlaggebend war. Nur in zwei der sechs in Kap III/5.2.1.2 angeführten Studien wurde eine Randomisierung durchgeführt (vgl. Maas/Buckwalter 1990 in: OTA 1992: 119; Wells/Jorm 1987: 526). In allen anderen Fällen wurden die nicht randomisierten Bewohnergruppen anfangs zwar auf Unterschiede bezüglich ihrer demografischen und klinischen Charakteristika untersucht; häufig wurden bestehende Divergenzen zwischen den Gruppen jedoch nicht berücksichtigt. So unterschieden sich die von Holmes et al. (1990: 180) untersuchten SCU-Bewohner hinsichtlich ihrer kognitiven und funktionalen Leistungsressourcen deutlich von den Non-SCU-Bewohnern der Vergleichsgruppe. Auch die von Coleman et al. (1990: 110f) untersuchten Bewohnergruppen waren hinsichtlich ihrer klinischen Charakteristika sehr heterogen zusammengesetzt. Von einer statistischen Gleichwertigkeit der Experimental- und Kontrollbedingungen kann daher in beiden Fällen nicht ausgegangen werden. Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die Interpretation der Untersuchungsergebnisse sowie die Klärung der ihnen zugrunde liegenden Ursachen; denn ungeachtet vieler Gemeinsamkeiten differierten die evaluierten SPECIAL CARE UNITS in ihrer Konzeption teils deutlich und wiesen jeweils eigene spezifische Merkmale auf. So jedoch bleibt gänzlich unklar, ob die Ergebnisse der Studien nur auf einzelne Spezifika der

SCUs zurückzuführen sind (und wenn ja, welche?) oder eher das Gesamtmilieu für das jeweilige Resultat verantwortlich ist (vgl. OTA 1992: 121). Sind also die positiven Resultate von Mass/Buckwalter (1990) letztlich auf die Architektur einer besonders dementengerecht gestalteten und gesicherten Wohnumgebung zurückzuführen? Oder waren, wie aus den Ergebnissen von Rovner et al. (1990) geschlossen werden könnte, nicht die physische Umgebung, sondern primär der höhere Personaleinsatz sowie das programmatisch anspruchsvoll gestaltete Therapiekonzept für die positiven Effekte verantwortlich? Die konzeptionelle Unschärfe des SCU-Konzeptes, die daraus resultierende Heterogenität der evaluierten Pflegeabteilungen sowie die in vielen Untersuchungen vernachlässigte Klärung von Ursachen und Wirkungen lassen keine eindeutigen Schlussfolgerungen zu.

Einige der nach 1992 veröffentlichten und daher nicht in der Meta-Analyse des „Office of Technology Assessment“ berücksichtigten Studien versuchten allerdings konkrete Antworten zu finden und den spezifischen Einfluss struktureller und personalassoziierter Merkmale von SPECIAL CARE UNITS zu untersuchen. So konnten etwa Holmes et al. (2000a: 125) belegen, dass ein höherer Personalaufwand in SCUs im Gegensatz zu herkömmlichen Pflegeabteilungen mit einer signifikanten Reduzierung von Verhaltensstörungen bei SCU-Bewohnern verknüpft war. Zudem weisen die Ergebnisse von Sloane et al. (1998: 865f) darauf hin, dass auch die Pflegephilosophie der Mitarbeiter, wie z. B. ein reflektierter Umgang mit physischen Fixierungen und eine positive Einstellung gegenüber den Bewohnern und ihren Angehörigen ebenso wie die adäquate Gestaltung der Wohnumgebung (z. B. durch gute Beleuchtung, eine geringe Einrichtungsgröße und die Realisierung einer wohnlichen Atmosphäre) einen günstigen Einfluss auf das Verhalten der Erkrankten haben können. Zeisel et al. (2003: 432f) konnten in ihrer Studie einen Zusammenhang zwischen architektonischen Merkmalen (z. B. eine „institutionsfern“ gestaltete Wohnatmosphäre oder die kontrollierte Gestaltung des sensorischen Umfeldes) und einer geringeren Häufigkeit von Verhaltensstörungen bei SCU-Bewohnern nachweisen. Und Morgan/Steward (1998: 155f) legen nahe, dass auch eine Reduzierung der Bewohnerdichte dazu beitragen kann, das Verhalten der in SCUs betreuten demenziell Erkrankten positiv zu beeinflussen bzw. ein gewisses Maß an verhaltensassoziierter Stabilität zu erreichen. Generalisierbare Indikatoren für eine optimale Umsetzung von SPECIAL CARE UNITS können auf der Grundlage der genannten Resultate aus Gründen der hohen Divergenz der jeweils gewählten Forschungsziele und eines damit verbundenen Defizits an empirischer Replikation und Bestätigung jedoch nicht abgeleitet werden.

Auch eine nähere Betrachtung der aktuellen und ebenfalls nicht im Bericht des „Office of Technology Assessment“ erfassten Studien zu den globalen Auswirkungen von SPECIAL

CARE UNITS auf Kognition, Funktion oder Verhalten ermöglicht gegenüber den Analysen der älteren Untersuchungen ebenfalls nur einen geringen Gewinn an neuen Erkenntnissen. Nur fünf der 14, in Kapitel III/5.2.2 angeführten Studien konnten eindeutig positive Auswirkungen der SCU-Versorgung belegen. Dies trifft etwa auf die Studien von Bellelli et al. (1998: 459f) und Bianchetti et al. (1997: 55) zu, die bei SCU-Bewohnern eine signifikante Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Apathie oder Agitation) nachweisen konnten. Swanson et al. (1993: 296) stellten eine signifikante Reduktion von Katastrophenreaktionen fest und Van Haitsma et al. (2000: 296) konnten bei SCU-Bewohnern eine deutliche Verringerung von Angstsymptomen beobachten. Verbesserungen des funktionalen Leistungsvermögens werden nur von Thomas (1996: 12) berichtet. Andere Untersuchungen mit ähnlichem Schwerpunkt konnten im günstigsten Fall nur eine Stagnation der funktionalen Fähigkeiten bestätigen (vgl. Bellelli et al. 1998: 459; Bianchetti et al. 1997: 54) oder mussten sogar entsprechende Verschlechterungen konstatieren (vgl. McCann et al. 2000: 147; Phillips et al. 1997: 1342; Swanson et al. 1994: 36). Positive Auswirkungen auf das kognitive Leistungsspektrum von SCU-Bewohnern konnten in keiner der aktuellen Untersuchungen nachgewiesen werden (vgl. Bellelli et al. 1998: 459; Bianchetti et al. 1997: 54; Kutner et al. 1999: 432; Swanson et al. 1994: 35). Gegenteiliges wäre sicherlich auch nicht realistisch gewesen. Hervorzuheben ist allerdings, dass der von Liu et al. (2000: 1601) bei SCU-Bewohnern gemessene Verlust des kognitiven Leistungsspektrums sogar deutlich stärker war als in einer von den Autoren untersuchten Kontrollgruppe. Die psychosozialen Auswirkungen der SCU-Versorgung auf das Wohlbefinden und Sozialverhalten von Demenzerkrankten wurden in vier Untersuchungen näher betrachtet. So konnten Swanson et al. (1993: 296) gegenüber einer Kontrollgruppe signifikante Verbesserungen des Interaktionsverhaltens zwischen SCU-Bewohnern und den Mitarbeitern der untersuchten Pflegeabteilung nachweisen. Und Kutner et al. (1999: 432f) stellten in Interviews mit Angehörigen fest, dass sich die SCU-Versorgung positiv auf die emotionale und soziale Funktionsfähigkeit von demenziell Erkrankten auswirken kann. Auch Volicer et al. (1994: 599ff) konnten positive Effekte auf das Wohlbefinden belegen. Gleichzeitig wurde bei den untersuchten SCU-Bewohnern jedoch auch ein deutlich höheres Mortalitätsrisiko festgestellt als in einer Kontrollgruppe von Non-SCU-Bewohnern. Die Ergebnisse von Van Haitsma et al. (2000: 171ff) weisen dagegen in eine gänzlich andere Richtung; denn neben einer signifikanten Reduktion von Geselligkeit und Wohlbefinden, nahm auch das Ausmaß der Reizbarkeit in der von den Autoren ausgewählten Gruppe von SCU-Bewohnern im Verlauf der Untersuchung signifikant zu. Ein weiterer Fokus der aktuellen empirischen Veröffentlichungen wurde schließlich auf dem Umgang mit physischen

Fixierungen und Medikamenten gelegt. In diesem Bereich zeigte sich im Gegensatz zur Diversität der bislang diskutierten Forschungsergebnisse ein größerer Anteil an Übereinstimmungen. So konnten etwa Bellelli et al. (1998: 459) und Bianchetti et al. (1997: 54) in ihren Untersuchungen eine deutliche Verringerung von physischen Fixierungen und der verabreichten Psychotropika belegen. Auch Thomas (1996: 12) sowie Sloane et al. (1991: 1280f) schreiben dem SCU-Konzept einen günstigen Einfluss auf den Gebrauch von körperlichen Fixierungsmaßnahmen zu. Nur bezüglich der pharmakologischen Fixierungshäufigkeit konnten die letztgenannten Autoren keine Unterschiede zwischen SCUs und nichtspezialisierten Pflegestationen ermitteln.

Wie sind diese Ergebnisse nun zu bewerten? Auch die Mehrzahl der aktuellen Untersuchungen weist methodische Limitierungen auf. So wurden etwa die Erhebungen in den Studien von Bellelli et al. (1998: 458) und Swanson et al. (1993: 294) von den Mitarbeitern der untersuchten Pflegeabteilungen durchgeführt. Diese Autoren setzten zudem nichtstandardisierte Messinstrumente ein (vgl. Swanson et al. 1993: 295). Die von Kutner et al. (1999: 435) erzielten Ergebnisse wurden durch Befragungen von Angehörigen gewonnen. Ein eventueller „Halo-Effekt“ kann bei diesem Verfahren jedoch nicht ausgeschlossen werden, denn bereits die Erwartung einer „besseren“ Versorgung der Erkrankten könnte die Messungen beeinflusst haben. Auch das von Thomas (1996: 10) gewählte Ex-post-facto-Design kann als problematisch angesehen werden, da es seiner Natur nach nur korrelative Aussagen ermöglicht und die Güte der Ergebnisse aufgrund einer mangelnden Kontrollmöglichkeit von Störvariablen in Frage stellt. Zudem wurden die meisten zu positiven Ergebnissen führenden Untersuchungen ohne Kontrollgruppen durchgeführt und weisen mit Populationen zwischen 13 und 16 Teilnehmern in der Gesamtheit aller aktuellen Studien die geringsten Stichprobengrößen auf (vgl. Bianchetti et al. 1997: 54; Thomas 1996: 10; Swanson et al. 1993: 295). Alle Untersuchungen mit vergleichsweise großen Stichproben konnten keine positiven Aspekte der SCU-Versorgung benennen (vgl. Leon/Ory 1999: 271; Phillips et al. 1997: 1340).

5.4 Zusammenfassung

Wie aus Kapitel III/5.3 hervorgeht, kann bzw. darf eine pointierte Bewertung des SCU-Konzeptes auf der Basis der bisherigen Forschungsergebnisse nicht vorgenommen werden. Zwar kommen viele der in der Meta-Analyse des „Office of Technology Assessment“ ausgewerteten Untersuchungen zu einer positiven Einschätzung des SCU-Konzeptes und stellen eine Vielzahl an positiven Auswirkungen auf die Bewohner von SPECIAL CARE UNITS

heraus (vgl. Kap. III/5.2.1.1). Die Ergebnisse der nicht kontrollierten Studien variieren jedoch in teils deutlichem Ausmaß und weisen Widersprüche auf, die dazu führen, dass sich ihre gemeinsame Ergebnisschnittmenge auf eine Zunahme des Körpergewichtes, einen verbesserten Nachtschlaf und eine bessere Hygiene bei den untersuchten SCU-Bewohnern reduziert. Die kontrollierten Studien schneiden kaum besser ab. So konnten nur zwei der sechs in Kapitel III/5.2.1.2 angeführten Untersuchungen mit Kontrollgruppen signifikant positive Auswirkungen bei SCU-Bewohnern belegen, die sich auf Verbesserungen des Verhaltens, eine geringere Häufigkeit von Katastrophenreaktionen, ein besseres Interaktionsverhalten und einen geringeren funktionalen Unterstützungsbedarf gegenüber Bewohnern von nicht spezialisierten Pflegeabteilungen beschränken. Selbst diese Ergebnisse konnten jedoch von anderen Studien widerlegt bzw. relativiert werden.

Die aktuellen, nicht in der Meta-Analyse des „Office of Technology Assessment“ berücksichtigten Studien können diesen Eindruck nicht verbessern. Nur fünf der 14 in Kapitel III/5.2.2 angeführten Studien konnten eindeutig positive Auswirkungen der SCU-Versorgung belegen, die sich von einer Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten, Angstsymptomen und Katastrophenreaktionen bis zu Verbesserungen des Interaktionsverhaltens und des funktionalen Leistungsvermögens erstrecken. Auch diese Ergebnisse konnten jedoch von anderen Studien widerlegt werden, die teilweise sogar kontraproduktive Effekte, wie z.B. ein höheres Mortalitätsrisiko, eine Reduktion von Geselligkeit und Wohlbefinden sowie ein höheres Ausmaß an Reizbarkeit bei SCU-Bewohnern feststellen konnten. Hinzu kommt ein breites Kontingent an methodischen Limitierungen, wie z. B. geringe Stichprobengrößen, nicht vorhandene Kontrollgruppen, eine fehlende Randomisierung oder Parallelisierung der Teilnehmer, zu gering bemessene Untersuchungszeiträume oder andere Defizite, die an der Güte vieler Resultate zweifeln lassen.

Zur Zufriedenheit der Pflegekräfte und Angehörigen sowie zu den durch die SCU-Betreuung entstehenden Kosten lassen sich anhand der bislang veröffentlichten Arbeiten ebenfalls keine abschließenden Beurteilungen vornehmen, da diese Bereiche bislang nicht auf breiterer Basis erforscht wurden.

Zentrale Bedeutung gewinnt daher die Forderung nach einer einheitlichen Definition von SPECIAL CARE UNITS, um einen einfacheren Vergleich von Untersuchungsergebnissen zu ermöglichen und damit klarere Aussagen zum Nutzen spezialisierter Pflegestationen treffen zu können. Auch Swanson et al. (1994: 39) stellen fest: „Nurses and other health practitioners, administrators, and policymakers need to know what it is that makes a SCU special. When this is accomplished, the work of comparing results across studies will be advantaged

[...].“ Derzeit jedoch bleibt unklar, ob die in der Mehrheit negativen Untersuchungsergebnisse auf die konzeptionelle Unschärfe der SPECIAL CARE UNITS oder letztlich auf ihre tatsächlich zu konstatierende weitgehende Wirkungslosigkeit zurückzuführen sind. Die hier vollzogene Analyse des gesamten Forschungsbestandes lässt, wie auch Phillips et al. (1997: 1344) vermuten, eher letzteres erwarten: „[...] there is nothing really *special* about most SCUs“.

6 Versorgungsalternativen für Demenzerkrankte in Deutschland

6.1 Überblick

Durch die zunehmende Anzahl von mittelgradig bis schwer demenzerkrankten Menschen in den stationären Pflegeeinrichtungen hat auch in Deutschland die Debatte um angemessene Versorgungsalternativen für die Betroffenen längst begonnen und zur Entwicklung innovativer Betreuungsansätze beigetragen. Ziel ist es auch hier, die aus der integrativen Versorgung der Erkrankten resultierenden Konflikte und Belastungen zu vermeiden und entweder teils-segregative oder segregativ konzipierte Versorgungsoptionen bereitzustellen, die speziell auf die Bedürfnisse der Demenzerkrankten zugeschnitten sind.

So nimmt zwar die Anzahl entsprechender Angebote in der deutschen Versorgungslandschaft kontinuierlich zu. Dennoch geben Schäufele/Weyerer (2001c) zu bedenken, dass die überwiegende Anzahl der stationären Altenpflegeeinrichtungen nach wie vor nur in unzureichendem Ausmaß auf die Anforderungen einer demenzgerechten Pflege und Betreuung reagiert. Während demnach „in anderen Ländern [...] die praktische Umsetzung von institutionellen Versorgungskonzepten für Demenzkranke bereits vorangeschritten ist, beispielsweise im Rahmen spezieller Pflegebereiche [...] und von Wohngruppenkonzepten [...], gibt es in Deutschland erst vereinzelt Einrichtungen, die solche innovativen Ansätze realisieren“ (Schäufele/Weyerer 2001c: 117). Die umfassende Implementierung neuer Betreuungsalternativen, z. B. in Form von betreuten Wohngemeinschaften oder gerontopsychiatrischen Pflegeabteilungen, scheidet nach Heeg/Radzey (2001c: 106) häufig daran, „dass große Unsicherheiten bestehen, wie diese Konzepte unter den [...] geltenden Rahmenbedingungen konkret umzusetzen sind.“ Weiter merken die Autoren an:

Es fehlen nicht nur klare und operational formulierte Pflege- und Betreuungsziele, man ist auch unsicher, wie qualitätvolle Pflege und Betreuung Dementer erfolgreich und effektiv umzusetzen sind. Es fehlen klare Vorstellungen über die notwendigen baulichen Bedingungen, die richtige Milieugestaltung, den angemessenen Umgang mit den demenziell Erkrankten, die notwendige Qualifikation des Personals, die Art des Personaleinsatzes und die Möglichkeiten der Umsetzung einer milieuthérapeutisch orientierten Tagesstruktur [...] unter Berücksichti-

gung der geltenden Brandschutz- und Hygieneauflagen. Die Umsetzung der Konzepte wird aber vor allem erschwert durch den Mangel an demenzspezifisch qualifiziertem Personal und durch die vorherrschende Orientierung auf somatische Pflege (Heeg/Radzey 2001c: 106f).

Umso wichtiger wird es, positive Erfahrungswerte zu bündeln und innovative Projekte empirisch zu beforschen, auch wenn sich die Anzahl der bislang wissenschaftlich begleiteten Wohnalternativen für Demenzerkrankte erst recht „an einer Hand abzählen“ lässt. Zu den in einem breiteren Umfang erforschten Versorgungssettings gehören bislang die Wohnangebote der „besonderen stationären Dementenbetreuung“ in Hamburg (vgl. Kap. III/6.2), die „Milieutherapeutisch orientierten Demenz-Wohngruppen Mannheim/Stuttgart“ (MIDEMAS) (vgl. Kap. III/6.3) sowie eine geringe Anzahl von Wohngruppen-Projekten in Nordrhein-Westfalen (vgl. Kap. III/6.4), die nachfolgend im Hinblick auf ihre grundlegenden Konzepte und Wirkungspotenziale näher beleuchtet werden.

6.2 Besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg

6.2.1 Einleitung

Das Ziel der sogenannten „besonderen stationären Dementenbetreuung“ in Hamburg besteht vor allem darin, vorhandene Pflegeheimplätze unter milieutherapeutischen Gesichtspunkten umzugestalten und damit an die Bedürfnisse von schwer beeinträchtigten demenziell erkrankten Menschen anzupassen. Ausgehend von einem zu Beginn der 1990er Jahre aufgelegten und seit dem Jahr 1999 auf der Grundlage von dreiseitigen Verhandlungen zwischen Anbietern, Pflegekassen und den Sozialbehörden der Stadt Hamburg fortgeführten Modellprogramm, wurden im Zuge der „Gemeinsamen Vereinbarung über die besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg“ bereits 750 Pflegeheimplätze auf demenzgerechte Weise umstrukturiert (vgl. Jantzen 2004: 4ff; Weyerer et al. 2005a: 87f).

Die bauliche und konzeptionelle Umgestaltung der an der besonderen Dementenbetreuung teilnehmenden Einrichtungen kann dabei auf zwei verschiedenen Wegen vollzogen werden. Zum einen sollen Wohnbereiche nach dem sogenannten „Domusprinzip“ geschaffen werden, die eine vollständig segregative Betreuung der demenziell erkrankten Bewohner ermöglichen. Das Domusprinzip besteht (in konzeptioneller Unabhängigkeit zur englischen DOMUS-Philosophie) „in einer spezialisierten, segregativen „Rund-um-die-Uhr“-Betreuung (das heißt notwendige pflegerische Versorgung, Tagesstrukturierung und ergänzende aktivierende therapeutische Angebote) der Demenzkranken. Sie leben zusammen in einem demenzgerecht gestalteten Wohnbereich. Die betreuenden Personen unterstützen sie im Rahmen

einer möglichst normalen Lebensführung bei allen krankheitsbedingten Einschränkungen“ (Weyerer et al. 2004: 9). Zum anderen kann die Betreuung der Erkrankten nach dem sogenannten „Integrationsprinzip“ auch in Form eines teilsegregativen Versorgungskonzeptes erfolgen, das eine Mischung aus integrativen und segregativen Elementen aufgreift. Im Gegensatz zum Domusprinzip leben die Bewohner zwar „mit nicht Demenzkranken im gleichen Wohnbereich, erhalten aber tagsüber ein spezielles Betreuungsangebot in einem dafür vorgesehenen besonderen Bereich“ (Weyerer et al. 2005b: 91). Auch bei der Versorgung nach dem Integrationsprinzip wird eine demenzgerechte Begleitung und Betreuung (pflegerische Versorgung, Tagesstrukturierung und ergänzende therapeutische Angebote) sichergestellt (vgl. Weyerer et al. 2005c: 10).

Unabhängig von der jeweils gewählten Versorgungslösung (segregativ oder teilsegregativ) sind die an der besonderen Dementenbetreuung teilnehmenden Pflegeeinrichtungen zur Einhaltung folgender Kriterien verpflichtet:

- Zielgruppe: aufgenommen werden ausschließlich demenziell Erkrankte in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium (weniger als 18 Punkte im MMST) mit schweren Verhaltensbeeinträchtigungen (mind. eine schwere oder drei leichtere nach dem Cohen-Mansfield Agitation Inventory definierte Verhaltensstörungen) und ausreichender Mobilität (keine Bettlägerigkeit; mind. 50m selbständiges Gehen). Voraussetzung ist ferner das Vorliegen der zweiten oder dritten Pflegestufe nach SGB XI sowie der Ausschluss einer angemessenen Betreuungsmöglichkeit im Rahmen „normaler“ Pflegeangebote.
- Grundsätze der Betreuung: Lebensraum und Tagesgestaltung sollen sich nach den Bedürfnissen der demenziell erkrankten Bewohner richten. Voraussetzung ist die Orientierung der Pflege an der Biografie der Betroffenen, ihren Vorlieben und Abneigungen sowie verbliebenen Ressourcen. Die Mitarbeiter werden von einem gerontopsychiatrisch erfahrenen Arzt beraten und bemühen sich im Umgang mit den Erkrankten um ein konstantes und vorhersehbares Verhalten. Die gesonderte Betreuung der Erkrankten sollte über einen Zeitraum von acht Stunden pro Tag an mindestens fünf Tagen in der Woche erfolgen.
- Bauliche Gestaltung: die möglichst wohnlich ausgestattete Umgebung sollte Rückzugsmöglichkeiten vorhalten und gleichzeitig ausreichend Platz zum Umherwandern für die Bewohner bieten. Vorhanden sein sollten ferner ein Gruppenraum für Mahlzeiten und Aktivitäten sowie geräumige und gut ausgeleuchtete Sanitäreinrichtungen.
- Personalausstattung: Die fachliche Leitung wird einer berufserfahrenen Pflegefachkraft mit gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung übertragen. Zudem werden alle anderen

Pflegekräfte sowie im hauswirtschaftlichen Bereich tätige Mitarbeiter fachlich fortgebildet. Der Personalschlüssel beläuft sich bei der Versorgung nach dem Domusprinzip außerhalb der Nachtwachenzeit auf eine Quote von 1:1,7 (vgl. Weyerer et al. 2004: 10f).

Durch die Umsetzung aller Anforderungen entsteht im Rahmen der segregativen Versorgung nach dem Domusprinzip gegenüber der Pflege in herkömmlichen Einrichtungen ein zeitlicher Mehraufwand von durchschnittlich 40 Minuten pro Tag und pro Bewohner. Entsprechende Mehrkosten zu den Pflegesätzen in Höhe von ca. 500 € pro Monat werden entweder von den Bewohnern selbst bzw. ihren Angehörigen getragen oder vom Sozialhilfeträger übernommen. Für die Pflegekassen bleibt die besondere Dementenbetreuung in Hamburg damit kostenneutral (vgl. Eisenberg et al. 2006: 5).

Am Hamburger Modellprogramm nehmen derzeit 30 Pflegeheime in kommunaler, freigemeinnütziger und privat-gewerblicher Trägerschaft teil, die von einer Kommission des Landespflegeausschusses Hamburg nach eingehender Prüfung ausgewählt wurden. In jeder Einrichtung sind zwischen acht und 48 Pflegeplätze für die besondere stationäre Dementenbetreuung vorgesehen. Im Durchschnitt werden in jeder Einrichtung 25 demenziell Erkrankte betreut. 60 % der angebotenen Plätze entfallen dabei auf die segregative Versorgung, 40 % der Pflegeplätze werden in Form von teilsegregativen Angeboten realisiert (vgl. Weyerer et al. 2006: 31). Die Evaluationsergebnisse zur besonderen Dementenbetreuung sind nachfolgend dem Kapitel III/6.2.2 zu entnehmen.

6.2.2 Empirische Befunde

Die Evaluationsstudie zur „besonderen Dementenbetreuung in Hamburg“ ist die erste kontrollierte und mit verhältnismäßig großen Stichproben durchgeführte Untersuchung zu den Auswirkungen spezialisierter Versorgungskonzepte für demenziell erkrankte Menschen in Deutschland (vgl. Weyerer et al. 2004: 12ff; Weyerer et al. 2005a: 85ff; Weyerer et al. 2005b: 90ff; Weyerer et al. 2005c: 10ff; Weyerer et al. 2006: 45ff). Die zu Beginn des Jahres 2002 durchgeführte Untersuchung besteht im Wesentlichen aus zwei Teilen. Einerseits wurden die segregativen und teilsegregativen Versorgungsstrukturen der besonderen Dementenbetreuung untereinander verglichen, um Aussagen über mögliche Vor- und Nachteile des Domus- und Integrationsprinzips ermitteln zu können. Zum anderen wurde das gesamte Angebot der besonderen Dementenbetreuung in Hamburg, also alle segregativ nach dem Domus- und teilsegregativ nach dem Integrationsprinzip gestalteten Wohnbereiche mit integrativen nichtspezialisierten Versorgungsstrukturen der stationären Pflege verglichen. „Die

Kontroll- bzw. Vergleichsbedingung sollte in der Traditionellen Stationären Pflege Demenzerkrankter bestehen, so wie sie in Deutschland vorherrscht, in der Demenzkranke gemeinsam mit nicht Demenzkranken betreut werden, ohne besondere personelle und baulich-räumliche Ausstattung sowie ohne speziell zugeschnittene Angebote“ (Weyerer et al. 2004: 14).

Das Ausmaß der durch die jeweiligen Versorgungssettings gewährleisteten Lebens- und Betreuungsqualität wurde unter Verwendung des von Weyerer et al. (2000) konzipierten „Pfleger- und Verhaltensassessments“¹⁷³ (PVA) gemessen. Durch die multidimensionale Ausrichtung des PVA-Assessments konnten Aussagen zu folgenden Bereichen getroffen werden:

- soziodemografische Merkmale der Erkrankten;
- funktionale Beeinträchtigungen (u. a. Alltagsaktivitäten, sensorische Störungen, Stürze);
- Demenzsymptome (z. B. Probleme bei der Orientierung oder beim Erkennen von Angehörigen bzw. Mitarbeitern);
- nicht-kognitive Symptome (neuropsychiatrische Symptome, wie z. B. Wahn, Halluzinationen oder Angst sowie Störungen des Verhaltens);
- soziale Kontakte und Aktivitäten (sowohl im internen als auch externen Umfeld);
- Einbezug von Angehörigen und Ehrenamtlichen;
- Ausdruck von positiven und negativen Emotionen;
- Sicherheitsmaßnahmen und physische Fixierungshäufigkeit;
- medizinischer Status (z. B. Diagnosen, Arztkontakte und Krankenhausaufenthalte).

¹⁷³ Das „Pfleger- und Verhaltensassessment“ (PVA) nach Weyerer et al. (2000) ist ein multidimensionales Erhebungsinstrument zur Beurteilung von Bewohnern der stationären Altenhilfe. Funktionale Einschränkungen im ADL-Bereich (Essen, Waschen, Ankleiden etc.) werden mit Hilfe einer modifizierten Variante des „Barthel-Index“ nach Mahoney/Barthel (1965) auf mehrstufigen Skalen erfasst und mit einem Summenscore (0-100 Punkte; < 50 Punkte = erhebliche Beeinträchtigung) abgebildet. Demenzielle Symptome (z. B. Probleme beim Erinnern) werden anhand der acht Items umfassenden PVA-Kurzskala „Demenz“ identifiziert und gemäß ihrer Ausprägung bewertet (0 = keine Beeinträchtigung; 16 = maximale Beeinträchtigung). Die nicht-kognitiven Symptome (z. B. Wahn, Depression) werden mit einer Kurzversion des „Neuropsychiatrischen Inventars“ (NPI-Q) nach Kaufer et al. (2000) identifiziert und dabei sowohl in ihrer Schwere (Gesamtschwerescore von 0 bis 36 Punkten), als auch in ihrer Belastung für das Pflegepersonal (Belastungsscore von 0 bis 60 Punkten) beurteilt. Hierzu dienen ferner Elemente der „Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination“ (CAMDEX) nach Roth et al. (1986) sowie eine 25 Items umfassende modifizierte Version des „Cohen-Mansfield Agitation Inventory“ nach Cohen-Mansfield et al. (1996), das zur Erfassung von extremen Antriebsstörungen und Rückzugsverhalten sowie aggressivem (z. B. Treten, Schlagen), physisch agitiertem (z. B. inadäquates Auskleiden, Weglaufgefährdung) und verbal agitiertem (z. B. Schreien, Fluchen) Verhalten eingesetzt wird. Die internen und externen Sozialkontakte der Erkrankten, ihre Partizipation an strukturierten Angeboten sowie der Einbezug der Angehörigen und Ehrenamtlichen werden mit Hilfe einer Aktivitätenskala bewertet und zum Vergleich durch einen PVA-Aktivitätenscore abgebildet. Der Ausdruck von Emotionen wird mit Hilfe der „Modified Apparent Emotion Scale“ nach Albert et al. (2001) anhand einer Skala mit vier Emotionsbereichen (Freude, Interesse, Angst, Wut) ermittelt. Ferner werden freiheitseinschränkende Maßnahmen erfasst und Informationen über die medizinische Versorgung (Diagnosen, psychiatrische Betreuung, Aufenthalte im Krankenhaus, Medikation) ausgewertet (vgl. Weyerer et al. 2006: 37ff).

Darüber hinaus wurde auch die Zufriedenheit der Angehörigen beurteilt sowie die Belastung der in den jeweiligen Einrichtungen beschäftigten Mitarbeiter mit Hilfe des „Screening psychische Belastung und Beanspruchung zur Gefährdungsermittlung in der stationären Altenpflege“ nach Sattel/Weyerer (2001) sowie der deutschen Version der „Center for Epidemiological Studies Depression Scale“ (CES-D) nach Hautzinger (1988) eingeschätzt.

Sowohl der Vergleich zwischen den Angeboten der besonderen Dementenbetreuung (segregative vs. teilsegregative Versorgung) als auch der Vergleich zwischen der besonderen Dementenbetreuung (segregative und teilsegregative Versorgung) und der konventionellen integrativen Pflege wurde jeweils anhand von zwei Bewohnergruppen durchgeführt. Zum einen anhand einer Stichtagspopulation von demenziell Erkrankten, die an einem festgelegten Stichtag bereits in den Einrichtungen lebten und somit bereits über einen längeren Zeitraum institutionell betreut wurden; eine weitere Stichprobe wurde jeweils aus Neuzugängen bzw. Neuaufnahmen im Rahmen der natürlichen Fluktuation in den Einrichtungen gebildet. Im Rahmen der Stichtagserhebung konnten Daten von 594 Bewohnern der Hamburger Modelleinrichtungen gewonnen werden. Gemessen an den insgesamt zur Verfügung stehenden 744 Pflegeplätzen, entsprach dies einer Ausschöpfungsquote von knapp 80 %. 366 Teilnehmer der Stichtagspopulation (61,6 %) wurden nach dem Domusprinzip betreut; 228 Erkrankte (38,4 %) wurden teilsegregativ versorgt. Darüber hinaus wurden im Evaluationsverlauf 139 Neuaufnahmen in die Untersuchung integriert (Domusprinzip: n = 91 bzw. 65,5 %; Integrationsprinzip: n = 48 bzw. 34,5 %). Die aus einer Zufallsstichprobe von elf Mannheimer Altenpflegeheimen gebildete Vergleichsgruppe umfasste eine Gesamtzahl von 573 demenziell erkrankten Personen in der Stichtagspopulation. Zudem wurden im Verlauf der Untersuchung 125 neu aufgenommene Pflegeheimbewohner in die Vergleichsgruppe eingliedert.

Alle Gruppen wurden zunächst im Querschnitt miteinander verglichen. Um zudem weitere Aussagen bezüglich möglicher Veränderungen der genannten Outcome-Kriterien treffen zu können, wurde ein Längsschnitt-Vergleichsgruppen-Design mit zwei Erhebungszeitpunkten (Baseline „T1“ und Follow-Up „T2“ nach ca. sechs Monaten) ausgewählt. Das im Zusammenhang mit einer Evaluation „methodisch am besten geeignete Vorgehen eines experimentellen Designs, das heißt die randomisierte Zuweisung zu den Versorgungsbedingungen, war unter den gegebenen Bedingungen in Hamburg nicht zu realisieren; es musste deshalb ein quasi-experimentelles Design zugrunde gelegt werden“ (Weyerer et al. 2005c: 10f). Ausgangsunterschiede zwischen den untersuchten Bewohnern (z. B. Alter, kognitive und nicht-kognitive Symptome) wurden allerdings durch Parallelisierung und Anwendung multivariater

Verfahren bereinigt. In der Stichtagspopulation der besonderen Dementenbetreuung standen zum Follow-Up-Zeitpunkt aufgrund von Todesfällen oder anderen Ausscheidungsgründen noch 431 Teilnehmer zur Verfügung. In der Gruppe der Neuzugänge konnten nach sechs Monaten noch 102 Personen untersucht werden. In der Vergleichsgruppe der nicht spezialisiert betreuten Pflegeheimbewohner konnten zum zweiten Erhebungszeitpunkt noch Daten von 476 Teilnehmern der Stichtagspopulation (nach Parallelisierung: n = 113) und 81 neu aufgenommenen Personen (nach Parallelisierung: n = 30) erhoben werden.

6.2.2.1 Vergleich: Domus- und Integrationsprinzip

Im Folgenden werden zunächst die im Quer- und Längsschnitt ermittelten Unterschiede zwischen den teilsegregativen und segregativen Versorgungsangeboten der besonderen Dementenbetreuung herausgearbeitet (vgl. Weyerer et al. 2005a: 90; Weyerer et al. 2005b: 92ff; Weyerer et al. 2005c: 12f; Weyerer et al. 2006: 47ff).

Ein zu Beginn der Untersuchung durchgeführter Vergleich der soziodemografischen und klinischen Merkmale der nach dem Domus- und Integrationsprinzip betreuten demenziell Erkrankten zeigte in der Stichtagspopulation nur geringe Unterschiede zwischen den beiden Bewohnergruppen auf. Die Untersuchungsteilnehmer waren im Mittel 84,4 Jahre alt und wurden zum Evaluationszeitpunkt bereits 2,8 Jahre in stationären Einrichtungen betreut. Der überwiegende Anteil der Erkrankten erhielt Leistungen der Pflegestufe II oder III (Domus: 92,4 %; Integration: 89,2 %). Die Hälfte aller Bewohner war entweder von einer schweren oder mehreren leichten nach dem CMAI definierten Verhaltensstörungen betroffen (49,7 %). Ungeachtet einer ausgeprägten Sturzgefährdung (20 % der Erkrankten stürzten innerhalb eines Zeitraums von vier Wochen) war der Einsatz von physischen Fixierungsmaßnahmen in beiden Bewohnerpopulationen relativ gering (Bettgitter: 22 %; Fixiergurt oder Stecktisch: 7,3 %). Die unter Verwendung des Barthel-Index gemessene Alltagskompetenz war in beiden Gruppen deutlich eingeschränkt. Unterschiede zeigten sich dagegen im Bereich der neuropsychiatrischen Symptome (NPI-Q), die bei den teilsegregativ betreuten Demenzerkrankten deutlich stärker ausgeprägt waren. In signifikantem Ausmaß traf dies auf die Häufigkeit von enthemmten Verhaltensweisen (31,1 % vs. 15,6 %; $p < 0,001$), Depressionen (50,9 % vs. 42,9 %; $p < 0,01$), halluzinatorischen Symptomen (21,3 % vs. 14,5 %; $p < 0,05$), motorischen Störungen (51,3 % vs. 38,5 %; $p < 0,05$) sowie das Ausmaß an Reizbarkeit (50 % vs. 46,2 %; $p < 0,05$) zu. Nur im Bereich der Appetit- und Essstörungen waren die Bewohner der Domus-Einheiten signifikant stärker beeinträchtigt (32,5 % vs. 20,8 %; $p < 0,01$).

Querschnittlich betrachtet wiesen schließlich beide Versorgungssettings jeweils eigene Vor- und Nachteile auf. Im Gegensatz zur segregativen Betreuungsform war etwa die Besuchshäufigkeit in den teilsegregativ konzipierten Wohnbereichen signifikant höher (56,1 % vs. 33,7 %; $p < 0,001$) und der Einbezug der Angehörigen in signifikant stärkerem Ausmaß gewährleistet (74 % vs. 62,8 %; $p < 0,01$). Die Räumlichkeiten der teilsegregativ betreuten Bewohner wurden signifikant häufiger mit eigenen Möbeln (60,4 % vs. 47,3 %; $p < 0,01$) und persönlichen Gegenständen (92 % vs. 79,9 %; $p < 0,001$) ausgestattet. Auch die Aktivität der im Integrationsmodell betreuten Demenzerkrankten war im Vergleich zu den Bewohnern der Domus-Einheiten deutlich höher. Dies galt sowohl für die Teilnahme an Heimveranstaltungen (71,4 % vs. 53,5 %; $p < 0,001$) und Aktivitäten außerhalb der Einrichtungen (76,4 % vs. 64,1 %; $p < 0,01$) als auch für die Inanspruchnahme von körperlichen Aktivierungsmaßnahmen (93 % vs. 72,9 %; $p < 0,001$) und Gedächtnistrainings (84,2 % vs. 55,3 %; $p < 0,001$). Biografieorientierte Gruppenangebote (91,7 % vs. 72,9 %; $p < 0,001$) und individuelle Beschäftigungsmaßnahmen (75 % vs. 60,3 %; $p < 0,001$) wurden von den teilsegregativ betreuten Bewohnern ebenfalls deutlich häufiger in Anspruch genommen. Im Gegensatz zu den teilsegregativ versorgten Bewohnern war der Anteil der psychiatrisch behandelten Demenzerkrankten in der segregativen Versorgung wesentlich größer (67 % vs. 52 %; $p < 0,001$). Die Bewohner der Domuseinheiten hatten deutlich mehr Kontakte zu Ärzten und erhielten signifikant mehr Medikamente pro Person als die teilsegregativ betreuten Erkrankten (4,5 vs. 3,7 Medikamente/Person; $p < 0,001$). Dies zeigte sich insbesondere in einer häufigeren Verschreibung von psychotropen Substanzen (80,6 % vs. 69,3 %; $p < 0,01$) und Antidepressiva (28,7 % vs. 15,4 %; $p < 0,001$). Neuroleptika wurden in den Domuseinheiten dagegen seltener verordnet als dies in den teilsegregativen Wohnbereichen der Fall war (37,2 % vs. 47,8 %; $p < 0,05$). Unabhängig davon wurden im Rahmen der segregativen Versorgung signifikant häufiger Informationen zur Biografie der Erkrankten erhoben (83,4 % vs. 69,6 %; $p < 0,001$).

Diese anhand der Stichtagspopulation exemplifizierten Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den beiden Bewohnergruppen und Versorgungsmodellen konnten in vielen Bereichen (z. B. persönlichere Ausstattung der Zimmer im Integrationsmodell, häufigere Arztkontakte der Domus-Bewohner) auch anhand der Gruppe der Neuaufnahmen bestätigt werden. Darüber hinaus zeigte sich auch bei den neu aufgenommenen Bewohnern, dass die Aktivität der im Integrationsmodell betreuten Demenzerkrankten im Vergleich zu den Bewohnern der Domuseinheiten deutlich höher war. Dies galt sowohl für die Teilnahme an körperlichen Aktivierungsmaßnahmen (89,6 % vs. 66,3 %; $p < 0,01$) und Gedächtnisübungen

(93,8 % vs. 58,3 %; $p < 0,001$) als auch für die Partizipation an gruppenbezogenen (93,8 % vs. 81,4 %; $p < 0,05$) sowie individuellen (93,8 % vs. 76,5 %; $p < 0,05$) Beschäftigungsangeboten.

Die längsschnittliche Untersuchung der Stichtagspopulation offenbarte schließlich deutliche Vorteile zugunsten des teilsegregativen Betreuungsmodells. Zwar mussten sechs Monate nach Beginn der Untersuchung bei den Bewohnern beider Versorgungsformen leichte Verluste bei der mit Hilfe des Barthel-Index erfassten Alltagskompetenz konstatiert werden. Deutlich wurde jedoch, dass die Bewohner der teilsegregativen Wohnbereiche ihre Aktivität (PVA-Aktivitätenscore) im Verlauf der Untersuchung signifikant besser aufrechterhalten konnten, als dies den Bewohnern der Domus-Einheiten möglich war ($p < 0,001$). Diese Ergebnisse konnten in der Tendenz auch anhand der Gruppe der Neuaufnahmen bestätigt werden.

6.2.2.2 Vergleich: spezialisierte und nichtspezialisierte Versorgung

Die Gegenüberstellung der teilsegregativ und segregativ konzipierten Versorgungssettings der besonderen Dementenbetreuung einerseits und der nichtspezialisierten integrativen Betreuung in herkömmlichen Pflegeheimen andererseits, förderte im Gegensatz zur internen Komparation des Domus- und Integrationsprinzips wesentlich akzentuiertere Resultate zu Tage (vgl. Weyerer et al. 2005a: 90f; Weyerer et al. 2005c: 13f; Weyerer et al. 2006: 62ff).

Der querschnittliche Vergleich der parallelisierten Stichtagspopulationen machte zunächst deutlich, dass die spezialisierten Versorgungssettings der traditionellen Pflege im Hinblick auf zahlreiche Indikatoren der Lebens- und Betreuungsqualität überlegen waren (vgl. Tab. 60). So wurde etwa der Einbezug von Ehrenamtlichen in den Einrichtungen der besonderen Dementenbetreuung in einem signifikant höheren Ausmaß sichergestellt, als dies in den Vergleichseinrichtungen gewährleistet wurde ($p < 0,01$). Die Intensität der Sozialkontakte zwischen den Mitarbeitern und den Bewohnern der besonderen Dementenbetreuung war signifikant stärker ($p < 0,05$) und auch positive Gefühlsäußerungen wie Interesse ($p < 0,001$) oder Freude ($P = 0,05$) wurden bei den Bewohnern der Hamburger Modelleinrichtungen wesentlich häufiger beobachtet. Die Aktivität der im Rahmen der besonderen Dementenbetreuung versorgten Demenzerkrankten war gegenüber den Bewohnern der Vergleichseinrichtungen deutlich höher. Dies galt beispielsweise sowohl für außerhalb der Einrichtungen durchgeführte Aktivitäten ($p < 0,01$), die Inanspruchnahme von körperlichen Aktivierungsmaßnahmen ($p < 0,001$) und Gedächtnistrainings ($p < 0,001$) als auch für die Partizipation an biografieorientierten Gruppenangeboten ($p < 0,001$) und die Teilnahme an individuellen Beschäftigungsmaßnahmen ($p < 0,001$).

Tab. 60: Querschnittlicher Vergleich zwischen den Stichtagspopulationen der besonderen Dementenbetreuung und der nichtspezialisierten, traditionellen Vergleichseinrichtungen (nach Parallelisierung). Ausgewählte Ergebnisse.

	Traditionelle Pflege	Besondere Dementenbetreuung	p
Einbindung von Ehrenamtlichen	17,3 %	32,6 %	**
Kontakte zum Personal	40,0 %	49,7 %	*
Gefühlsausdruck (Interesse)	29,8 %	49,3 %	***
Gefühlsausdruck (Freude)	26,0 %	36,4 %	.05
Aktivitäten außerhalb d. Einrichtung	58,6 %	69,3 %	**
körperliche Aktivierung	37,7 %	80,7 %	***
Gedächtnistraining	23,8 %	66,7 %	***
biografieorientierte Gruppen	28,7 %	80,1 %	***
Einzelangebote	26,9 %	66,1 %	***
Fixierung (Stecktisch/Gurt)	19,1 %	7,3 %	***
Fixierung (Bettgitter)	40,1 %	22,0 %	***
psychiatrische Behandlung	35,3 %	60,9 %	***
Neuroleptika	63,4 %	41,2 %	***
Antidepressiva	13,0 %	23,6 %	*
* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001			

Anmerkung: Angaben in %.

Quelle: in Anlehnung an Weyerer et al. (2006): 76f.

Die Anwendung von physischen Fixierungen war in der Hamburger Dementenbetreuung wesentlich seltener zu beobachten. Dies galt sowohl für den Einsatz von Bettgittern ($p < 0,001$) als auch für Fixierungen mit Gurten oder Stecktischen ($p < 0,001$). Deutliche Unterschiede zeigten sich auch in der Intensität der psychiatrischen und pharmakologischen Behandlung der untersuchten Stichtagspopulationen. So wurden die Bewohner der Hamburger Modelleinrichtungen signifikant häufiger psychiatrisch behandelt ($p < 0,001$) und erhielten bei etwa gleich hoher Einnahme von Psychopharmaka signifikant höhere Dosen an Antidepressiva ($p < 0,05$) und wesentlich geringere Dosen an Neuroleptika ($p < 0,001$) als die Bewohner der Mannheimer Altenpflegeeinrichtungen. Diese, anhand der Stichtagspopulationen der besonderen Dementenbetreuung und der zum Vergleich herangezogenen Mannheimer Pflegeheime gewonnenen Ergebnisse der Querschnittsuntersuchung konnten fast ausnahmslos anhand der Populationen der Neuaufnahmen bestätigt werden.

Die relativ eindeutigen Ergebnisse der Querschnittsuntersuchung konnten im Rahmen der längsschnittlichen Gegenüberstellung der parallelisierten Untersuchungsgruppen nicht in allen Bereichen bestätigt werden (vgl. Tab. 61). So verstärkte sich der in den Stichtagspopulationen ermittelte Schweregrad der nichtkognitiven Symptome (NPI-Q-Gesamtschwerescore) unter beiden Versorgungsbedingungen im Verlauf der sechsmonatigen Erhebungsphase deutlich, obgleich das Ausmaß der ermittelten Verschlechterungen bei den Bewohnern der Vergleichseinrichtungen signifikant größer war ($p < 0,05$).

Tab. 61: Längsschnittlicher Vergleich (T1-T2) zwischen den Stichtagspopulationen der besonderen Dementenbetreuung (BD) und der nichtspezialisierten, traditionellen Vergleichseinrichtungen (TP) (nach Parallelisierung). Ausgewählte Ergebnisse.

		T1 Baseline	T2 Follow-Up	Adjust. Odds Ratio (95 % CI)	p
NPI-Q-Gesamtschwerescore M (SD)	BD	7,5 (5,6)	7,1 (5,2)		*
	TP	6,7 (5,7)	5,6 (5,4)		
Barthel-Index M (SD)	BD	35,8 (25,1)	29,3 (24,6)		n.s.
	TP	39,5 (29,6)	34,9 (30,3)		
PVA-Mobilitätsscore M (SD)	BD	36,7 (21,8)	31,2 (22,1)		n.s.
	TP	35,1 (22,2)	31,6 (23,6)		
CMAI (mod.) Gesamtscore M (SD)	BD	23,9 (16)	19,4 (14)		***
	TP	16,9 (15,2)	10,1 (13,9)		
PVA-Aktivitätenscore M (SD)	BD	10,7 (4,7)	10,5 (5,2)		***
	TP	5,1 (5,1)	4,3 (4,2)		
Fixierung (Stecktisch/Gurt) (prozentuale Anteile)	BD	6,6 %	7,3 %	13,3	***
	TP	22,5 %	27,9 %	(3,8-46,9)	
Fehlen positiver Gefühle (Freude, Interesse) (prozentuale Anteile)	BD	8,3 %	9,0 %	6,6	***
	TP	14,3 %	25,9 %	(2,2-7,9)	
* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001					

Quelle: in Anlehnung an Weyerer et al. (2006): 93f.

Die mit Hilfe des Barthel-Index eingeschätzten Alltagseinschränkungen nahmen im zeitlichen Verlauf bei allen Untersuchungsteilnehmern zu. Und im Bereich der Mobilität (PVA-Mobilitätsscore) konnten im Hinblick auf das Ausmaß der zu konstatierenden Verschlechterungen gleichfalls keine Unterschiede zwischen den Bewohnern der besonderen Dementenbetreuung und den Bewohnern der nichtspezialisierten Vergleichseinrichtungen festgestellt werden. Der unter Verwendung des CMAI gemessene Schweregrad der Verhaltensauffälligkeiten reduzierte sich bei den Bewohnern beider Versorgungssettings deutlich. Diese Entwicklung kann jedoch nicht als Erfolg für die besondere Dementenbetreuung gewertet werden, da das Ausmaß der verhaltensbezogenen Verbesserungen im Gegensatz zu allen Erwartungen bei den Bewohnern der Vergleichseinrichtungen signifikant größer war ($p<0,001$). Ein anderes Bild zeigte sich hingegen in den Bereichen der Aktivität, der physischen Fixierungshäufigkeit und der emotionalen Parameter. So konnte das bereits im Querschnitt ermittelte hohe Aktivitätsniveau (PVA-Aktivitätenscore) der Bewohner der Hamburger Modelleinrichtungen über die Zeit gegenüber den nicht spezialisiert versorgten Demenzerkrankten wesentlich besser aufrechterhalten werden. Das ohnehin geringere Aktivitätsniveau der Vergleichsgruppe sank im Verlauf der Untersuchung dagegen weiter ab. Dieser Effekt erreichte ein hoch signifikantes Ausmaß ($p<0,001$). Die Bewohner der besonderen Dementenbetreuung wurden zudem signifikant seltener physisch fixiert als die Bewohner der herkömmlichen Pflegeeinrichtungen. So war die Wahrscheinlichkeit der Verwendung von

Fixierungsgurten oder Stecktischen zum Follow-Up-Zeitpunkt in der nichtspezialisierten Dementenbetreuung um das 13-fache höher als in den Einrichtungen des Hamburger Modellprogramms (adjust. OR = 13,3; $p < 0,001$). Auch die emotionale Stabilität (Freude, Interesse) der spezialisiert betreuten Demenzerkrankten konnte im Verlauf der Untersuchung wesentlich besser aufrechterhalten werden. So war die Wahrscheinlichkeit der Absenz positiver Gefühlsäußerungen in der Stichtagspopulation der Mannheimer Pflegeheime um mehr als das Sechsfache höher als in der Gruppe der spezialisiert versorgten Demenzerkrankten (adjust. OR = 6,6; $p < 0,001$).

Die Längsschnittuntersuchung der parallelisierten Neuaufnahmen zeigte im Vergleich zu der Längsschnittanalyse der Stichtagspopulationen teils ähnliche, teils jedoch auch unterschiedliche Entwicklungen auf (vgl. Tab. 62). Im Hinblick auf die unter Verwendung des CMAI und des NPI ermittelte Ausprägung der nichtkognitiven Symptome und Verhaltensstörungen konnten im Verlauf der sechsmonatigen Erhebungsphase keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Neuzugängen der spezialisierten und den Neuaufnahmen der nichtspezialisierten Versorgungssettings ermittelt werden. Analog zu den Entwicklungen in den Stichtagspopulationen nahmen die mit Hilfe des Barthel-Index eingeschätzten Alltagseinschränkungen im Verlauf der Studie bei allen Untersuchungsteilnehmern zu. Die demenziell erkrankten Teilnehmer der Vergleichsgruppe zeigten sich sechs Monate nach Beginn der Untersuchung allerdings signifikant stärker beeinträchtigt.

Tab. 62: Längsschnittlicher Vergleich (T1-T2) zwischen den Neuaufnahmen der besonderen Dementenbetreuung (BD) und der nichtspezialisierten, traditionellen Vergleichseinrichtungen (TP) (nach Parallelisierung). Ausgewählte Ergebnisse.

		T1 Baseline	T2 Follow-Up	Adjust. Odds Ratio (95 % CI)	p
NPI-Q-Gesamtschwerescore M (SD)	BD	9,0 (5,9)	6,9 (4,6)		n.s.
	TP	7,4 (5,4)	5,5 (5,5)		
CMAI (mod.) Gesamtscore M (SD)	BD	26,4 (13,8)	21 (13,6)		n.s.
	TP	11,3 (9,0)	11,4 (14,8)		
Barthel-Index M (SD)	BD	51,1 (22,9)	43,9 (23,2)		*
	TP	53,4 (25,3)	40,8 (30,7)		
Gehfähigkeit (prozentuale Anteile)	BD	91,0 %	83,0 %	0,09 (0,02-0,4)	***
	TP	83,3 %	60,0 %		
Bettlägerigkeit (prozentuale Anteile)	BD	0,0 %	4,3 %	28,0 (3,0-257,9)	**
	TP	0,0 %	16,7 %		
Fixierung (Stecktisch/Gurt) (prozentuale Anteile)	BD	1,1 %	4,2 %	6,9 (0,7-55,9)	.07
	TP	13,3 %	23,3 %		
Fixierung (Bettgitter) (prozentuale Anteile)	BD	6,1 %	10,1 %	16,2 (2,8-94,1)	**
	TP	16,7 %	26,7 %		
Fehlen positiver Gefühle (Freude, Interesse) (prozentuale Anteile)	BD	4,0 %	2,0 %	16,0 (1,5-164,9)	*
	TP	20,0 %	20,0 %		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Quelle: in Anlehnung an Weyerer et al. (2006): 99f.

Auch im Hinblick auf die Präservation der mobilitätsassoziierten Ressourcen konnte bei den Neuzugängen ein günstiger Einfluss der besonderen Dementenbetreuung nachgewiesen werden. So war der Anteil der gehfähigen Untersuchungsteilnehmer in der Gruppe der spezialisiert betreuten Demenzerkrankten zum zweiten Erhebungszeitpunkt signifikant größer als in der Population der integrativ versorgten Bewohner ($p < 0,001$) und der Anteil der bettlägerigen Teilnehmer gleichzeitig geringer. Das Risiko der Bettlägerigkeit war in der traditionellen Pflege um das 28-fache erhöht (adjust. OR = 28,0; $p < 0,01$). Die neu aufgenommenen Bewohner der besonderen Dementenbetreuung wurden zudem deutlich seltener physisch fixiert als die Neuzugänge herkömmlichen Pflegeeinrichtungen. So war die Wahrscheinlichkeit der Verwendung von Fixierungsgurten oder Stecktischen zum Follow-Up-Zeitpunkt in der nichtspezialisierten Dementenbetreuung um das Siebenfache höher (adjust. OR = 6,9; $P = 0,07$); das Risiko einer Fixierung durch Bettgitter war in den Vergleichseinrichtungen signifikant um das 16-fache erhöht (adjust. OR = 16,2; $p < 0,01$). Das Spektrum an positiven Emotionen (Freude, Interesse) der spezialisiert betreuten Neuaufnahmen konnte im Verlauf der Untersuchung wesentlich besser aufrechterhalten werden. So war die Wahrscheinlichkeit einer Absenz positiver Gefühlsäußerungen bei den Neuzugängen der integrativ betreuten Pflegeheimbewohner um das 16-fache höher als in der Gruppe der spezialisiert versorgten Neuaufnahmen (adjust. OR = 16,0; $p < 0,05$). Auch die Aktivität der Neuzugänge konnte im Verlauf der Untersuchung in der besonderen Dementenbetreuung auf konstant hohem Niveau gehalten werden.

6.2.2.3 Angehörigenzufriedenheit und Belastung der Mitarbeiter

Im Fokus der Personalbefragungen stand die Frage, inwieweit sich die Mitarbeiter der besonderen Dementenbetreuung und jene der nichtspezialisierten Pflegeheime hinsichtlich ihrer Zufriedenheit und Arbeitsbelastung voneinander unterscheiden (vgl. Weyerer et al. 2004: 30ff; Weyerer et al. 2006: 108ff). Entsprechende Fragebögen wurden an alle 483 Mitarbeiter der Hamburger Modelleinrichtungen ausgegeben und in 237 Fällen beantwortet. Von den insgesamt 503 Mitarbeitern der Mannheimer Pflegeheime nahmen 247 Beschäftigte an der schriftlichen Befragung teil. In beiden Gruppen wurde damit eine Ausschöpfung von etwa 50 % erreicht.

Auffällig war zunächst, dass der Personalanteil mit höherem Bildungsabschluss (mittlere Reife, Abitur und Fachhochschulreife) in den Hamburger Modelleinrichtungen mit etwa 70 % deutlich größer war, als in den Mannheimer Vergleichseinrichtungen (49,6 %; $p < 0,01$).

Der Anteil der männlichen Pflegekräfte war in der besonderen Dementenbetreuung geringfügig höher. Im Hinblick auf das Alter, die berufliche Qualifikation und die Berufserfahrung konnten keine nennenswerten Unterschiede zwischen den untersuchten Mitarbeitergruppen ermittelt werden, obgleich die Fachkraftquote in der besonderen Dementenbetreuung geringfügig höher war (53,1 % vs. 44,6 %; n.s.).

Die Arbeitssituation in der besonderen Dementenbetreuung wurde von den Befragten wie folgt beurteilt. Mehr als zwei Drittel der Mitarbeiter bewerteten die Rahmenbedingungen als befriedigend, gut oder hervorragend. Die supervisorische Unterstützung sowie der Personalschlüssel wurden allerdings von jeweils einem Drittel des Personals als unzureichend eingestuft. Ein Viertel der Befragten zeigte sich mit der Beschaffenheit der Diensträume unzufrieden und jeder fünfte Mitarbeiter äußerte Kritik an der Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Ungeachtet dieser Kritikpunkte wurde die Arbeitssituation von den Mitarbeitern der Hamburger Modelleinrichtungen deutlich positiver bewertet als dies bei den Mitarbeitern der Mannheimer Pflegeeinrichtungen der Fall war. Deutliche Unterschiede zeigten sich jedoch insbesondere im Zusammenhang mit der Arbeitsbelastung, die von den Mitarbeitern der Hamburger Dementenbetreuung signifikant günstiger beurteilt wurde (vgl. Tab. 63).

Tab. 63: Arbeitsbelastung (T-Werte der Skalen) und depressive Symptomatik (CES-D-Skala, in %) der Mitarbeiter der besonderen Dementenbetreuung im Vergleich zu den Mitarbeitern der traditionellen Pflegeeinrichtungen. Ausgewählte Ergebnisse.

	Besondere Dementenbetreuung	Traditionelle Pflege	p
Arbeitsbelastung gesamt	47,7	51,9	**
Organisationsmerkmale	47,2	52,1	**
individuelle Ressourcen	48,1	51,6	**
soziales Klima	50,5	50,1	n.s.
Bewohnermerkmale	48,1	51,4	**
depressive Symptome	8,9 %	21,1 %	**
** p<0,01			

Quelle: in Anlehnung an Weyerer et al. (2006): 111.

Im Hinblick auf das soziale Klima unter den Pflegekräften konnten zwar keine Unterschiede zwischen den untersuchten Mitarbeitergruppen ermittelt werden. Belastungspotenziale im Zusammenhang mit den organisatorischen Merkmalen der Einrichtungen (z. B. geringe Entscheidungsspielräume) wurden von den Mitarbeitern der besonderen Dementenbetreuung jedoch signifikant seltener bemängelt ($p < 0,01$). Gleiches galt für Defizite im Bereich der individuellen Ressourcen (Freizeit- und Gesundheitsverhalten, finanzielle Situation) sowie für Belastungen durch die Arbeit mit den demenziell erkrankten Bewohnern (Umgang mit

Aggression, Depression, Sterben und Tod, fehlende Kommunikationsmöglichkeiten) ($p < 0,01$). Auch im Hinblick auf die Ausprägung von depressiven Symptomen (CES-D-Skala) zeigten sich die Mitarbeiter der Hamburger Modelleinrichtungen signifikant geringer beeinträchtigt als das Personal der Mannheimer Vergleichseinrichtungen ($p < 0,01$).

Die Zufriedenheit der Angehörigen wurde im Rahmen der Evaluation des Hamburger Modellprogramms nur am Rande ermittelt (vgl. Weyerer et al. 2004: 30). Entsprechende Befragungen machten jedoch deutlich, dass die Familien der Demenzerkrankten das Angebot der besonderen Dementenbetreuung begrüßten.

Etwa zwei Drittel der teilnehmenden Angehörigen fühlten sich durch die Besondere Dementenbetreuung entlastet, waren froh über die Unterstützung und Beratung durch die Einrichtung, waren der Ansicht, dass sich die Besondere Dementenbetreuung positiv auf die Lebensqualität auswirkt und dass auf die individuellen Bedürfnisse und Gewohnheiten der Erkrankten eingegangen wird. Fast die Hälfte der Angehörigen hatte eine Abnahme von Verhaltensauffälligkeiten wahrgenommen (Weyerer et al. 2004: 30).

6.3 Milieutherapeutisch orientierte Demenz-Wohngruppen Mannheim/Stuttgart

6.3.1 Einleitung

Das im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ des „Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend“ finanzierte und von Seiten der „Sozialplanung in Baden-Württemberg e.V.“ sowie der „Arbeitsgruppe Psychogeriatric“ des „Zentralinstituts für Seelische Gesundheit“ in Mannheim initiierte Wohngruppenprojekt MIDEMAS („Milieutherapeutisch orientierte Demenz-Wohngruppen Mannheim/Stuttgart“) verfolgt das Ziel, „die Versorgung von Pflegeheimbewohnern, die an fortgeschrittenen Demenzerkrankungen leiden, zu verbessern, indem stationsintegrierte Demenzwohngruppen mit milieutherapeutisch orientiertem Betreuungskonzept innerhalb einer bestehenden Einrichtung bei laufendem Betrieb neu geschaffen werden“ (Schäufele/Weyerer 2001c: 117). Demnach werden mit Ausnahme des Referenzprojektes in Stuttgart also keine neuen Einrichtungen gebaut, sondern geeignete Bereiche bestehender Pflegeeinrichtungen in Wohngruppen umstrukturiert. Innerhalb der dreijährigen Projektlaufzeit (2000 bis 2003) konnten auf diese Weise bereits sieben MIDEMAS-Wohngruppen in verschiedenen Pflegeeinrichtungen eröffnet werden (vgl. BMFSFJ 2004: 121). Das Angebot richtet sich primär an Betroffene in fortgeschrittenen Phasen der Demenz. „Es werden vor allem mobile Demenzkranke im mittleren und schweren Stadium mit herausfordernden Verhaltensweisen, keine Bewohner mit leichter Demenz und unauffälligem Verhalten in die Wohngruppe aufgenommen“ (Heeg/

Radzey 2001c: 108). In der Regel werden in jeder Wohngruppe zwölf demenziell Erkrankte betreut (vgl. Heeg et al. 2005: 82).

Die unter milieuthérapeutischen Gesichtspunkten konturierte Architektur der MIDEMAS-Wohngruppen zielt vor allem darauf ab, die Wahrnehmung und Orientierung der Bewohner zu unterstützen, für Sicherheit und Stimulanz zu sorgen, Privatsphäre zu gewährleisten, Sozialkontakte zu fördern und die Möglichkeit zur Selbstbestimmung zu bewahren. Hierzu werden an das bauliche Profil einer Wohngruppe folgende Mindestanforderungen gestellt:

- eine räumliche Abgrenzung zu anderen Bereichen der Einrichtung durch eine Tür;
- räumliche Autarkie, das heißt die Unterbringung aller für den alltäglichen Betrieb benötigten Räume innerhalb der Wohngruppe;
- die Einrichtung einer zentralen Wohnküche, eines Wohnzimmers und Sitznischen;
- Zugangsmöglichkeiten zu einem Freibereich (z. B. Garten, Terrasse, Balkon);
- barrierefreier Bewegungsraum;
- eine übersichtliche Raumgestaltung zur leichten Orientierung;
- eine natürliche Beleuchtung (indirekte Beleuchtung mit ca. 500 LUX);
- eine vertraute und unter Berücksichtigung von biografischen Gesichtspunkten ausgewählte Möblierung sowie
- eine durch Ausblicke, ansprechende Materialien oder farbliche Akzente stimulierend wirkende Umgebung (vgl. BMFSFJ 2004: 121).

Im Mittelpunkt stehen jedoch nicht nur die für die Umsetzung der Projektziele jeweils notwendigen architektonischen Veränderungen („bauliches Milieu“), sondern, gemäß den Grundsätzen des MIDEMAS-Projektes, auch eine den Bedürfnissen der erkrankten angepasste Neustrukturierung der Pflegeorganisation („organisatorisches Milieu“) sowie eine damit verknüpfte Neuausrichtung der Pflegephilosophie („soziales Milieu“) durch eine intensive Fort- und Weiterbildung des in den Wohngruppen beschäftigten Personals.

Bei der Gestaltung des „organisatorischen Milieus“ werden die organisatorischen und betrieblichen Strukturen an die Bedürfnisse der Bewohner angepasst. Dieser Veränderungsprozess wird vor allem durch die Umsetzung der folgenden Kernelemente initiiert:

- Einsatz einer gerontopsychiatrischen Fachkraft als Leitung;
- eine über den ganzen Tag gewährleistete personelle Besetzung mit zwei Mitarbeitern;
- Einführung einer alltagsnahen Tagesstruktur (Aufstehen, Essen, Schlafen gehen) mit flexiblen Zeiträumen für die Betreuung und Beschäftigung der Bewohner;
- die Umsetzung einer individuellen Pflegeplanung sowie

- eine bewohnernahe Umsetzung von hauswirtschaftlichen Abläufen (z. B. Kochen in der Gruppe) (vgl. Heeg/Radzey 2001c: 115; Heeg et al. 2005: 86).

Zudem wird in den MIDEMAS-Wohngruppen grundsätzlich nach dem Bezugspflegesystem gearbeitet, das heißt, jeder Mitarbeiter übernimmt die „Patenschaft“ für eine bestimmte Anzahl von Bewohnern und ist dann als primäre Bezugsperson für den Erkrankten selbst und als Ansprechpartner für die Angehörigen verantwortlich (vgl. BMFSFJ 2004: 122).

Das „soziale Milieu“ der Wohngruppen ist vor allem von einer dementengerechten Pflege- und Kommunikationsstruktur geprägt. Das Personal der Wohngruppen soll befähigt werden, das Verhalten der Bewohner genau zu beobachten, demenzspezifische Interventionsverfahren anzuwenden und auf die Herausforderungen des Alltags mit Flexibilität, Intuition und Kreativität zu reagieren (vgl. Heeg/Radzey 2001c: 115). Hierzu werden die Mitarbeiter durch jeweils sechsmonatige Schulungen in kleinen Gruppen qualifiziert. Das Ziel der Qualifizierungsmaßnahmen besteht vor allem darin, bei den Mitarbeitern „einen Perspektivenwechsel einzuleiten und die Pflegekräfte auf dem Weg von einem primär pflegeorientierten zu einem betreuungsorientierten Ansatz zu begleiten“ (BMFSFJ 2004: 122). Neben Grundlagen der biografischen Arbeit und des Prinzips der personenzentrierten Wahrnehmung nach Kitwood werden hierzu folgende Inhalte vermittelt: Grundlagenwissen über demenzielle Erkrankungen und deren Verlauf, die Anwendung von therapeutischen Verfahren, Informationen über die spezifischen Wahrnehmungsstrukturen demenzerkrankter Menschen und Übungen zur Gesprächsgestaltung mit den Erkrankten, Informationen über die Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts sowie Maßnahmen zu Verbesserung der Organisationsstrukturen (z. B. Zeitmanagement) (vgl. BMFSFJ 2004: 122).

Zusammenfassend lassen sich die MIDEMAS-Wohngruppen also durch folgende Merkmale charakterisieren:

- dementengerechte Architektur mit zentral gelegener Wohnküche;
- räumliche Trennung;
- Aufnahme von mobilen Bewohnern mit mittelschwerer bis schwerer Demenz und Verhaltensauffälligkeiten;
- im Durchschnitt zwölf Bewohner pro Wohngruppe;
- auf die Bedürfnisse der Bewohner abgestimmte alltagsnahe Tagesstruktur;
- speziell geschultes und motiviertes Personal;
- eine personenzentrierte Pflegephilosophie und milieutherapeutische Orientierung sowie
- die Kontinuität der betreuenden Personen (vgl. Heeg et al. 2005: 82).

An der Evaluation des MIDEMAS-Projektes nahmen alle bislang in dieser Weise konzipierten Wohngruppen teil. Die Ergebnisse der Evaluation sind nachfolgend dem Kapitel III/6.3.2 zu entnehmen.

6.3.2 Empirische Befunde

Die Wohngruppen des MIDEMAS-Projektes wurden von Heeg et al. (2004) mittels eines breiten Spektrums an quantitativen und qualitativen Verfahren evaluiert. Dabei standen neben einer Auswertung der baulichen, sozialen und organisatorischen Strukturen der insgesamt sechs evaluierten Wohngruppen vor allem die Auswirkungen auf die Bewohner und die Mitarbeiter der Einrichtungen im Zentrum des Interesses. Im Einzelnen wurden folgende Bereiche untersucht:

- die Entwicklung des kognitiven und funktionalen Leistungsvermögens (ADL) der Erkrankten sowie Veränderungen in der Ausprägung von Verhaltensauffälligkeiten;
- der Erfolg der pflegerischen und ergotherapeutischen bzw. aktivierenden Maßnahmen;
- die Besuchshäufigkeit bzw. Veränderungen der sozialen Kontakte der Bewohner;
- das Wohlbefinden der Bewohner;
- eine Beurteilung der in den Wohngruppen vorherrschenden Lebensqualität aus Sicht der Angehörigen sowie
- die Arbeitsbelastung bzw. das Belastungsempfinden der in den Wohngruppen beschäftigten Mitarbeiter.

Bei den demenzkranken BewohnerInnen wurde in erster Linie eine Reduktion der Auftrenshäufigkeit und Schwere der nicht-kognitiven Symptome und Verhaltensauffälligkeiten sowie eine Erhöhung der Häufigkeit positiver und kompetenzfördernder Aktivitäten erwartet. Hinsichtlich der Kernsymptome der Demenz, insbesondere hinsichtlich der kognitiven Leistungsdefizite und Einschränkungen der Alltagskompetenz, war infolge der Progression des Krankheitsprozesses hingegen eher mit Verschlechterungen zu rechnen. Im Hinblick auf die in die Intervention einbezogenen PflegemitarbeiterInnen bestand die Hypothese, dass Beanspruchung und Arbeitsbelastung abnehmen (Heeg et al. 2004: 26).

Für die Evaluation der Projektwohngruppen wurde ein Längsschnitt-Design mit mehreren Erhebungszeitpunkten ausgewählt. Primär kennzeichnend war die multimodale Untersuchungsdurchführung, das heißt es wurde sowohl auf unterschiedliche Informationsquellen (Bewohner, Personal, Pflegedokumentation etc.) als auch auf methodisch unterschiedliche Erhebungsverfahren (qualitative und quantitative Instrumente) zurückgegriffen. Die Untersuchung einer Kontrollgruppe konnte allerdings aus finanziellen Gründen nicht realisiert werden.

Zur Erfassung der kognitiven Beeinträchtigungen sowie zur Einschätzung des Umfangs der sozialen Kontakte und Aktivitäten der Wohngruppen-Bewohner wurde das „Pflege- und Verhaltensassessment“¹⁷⁴ (PVA) nach Weyerer et al. (2000) eingesetzt. Für die klinische Diagnostik wurden das „Strukturierte Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer-Typ, der Multiinfarkt-Demenz und Demenzen anderer Ätiologie“¹⁷⁵ (SIDAM) nach Zaudig/Hiller (1996), die „Clinical Dementia Rating Scale“¹⁷⁶ (CDR) nach Hughes et al. (1982) sowie eine modifizierte Version des „Neuropsychiatric Inventory“¹⁷⁷ (NPI) nach Cummings (1997) verwendet. Das Wohlbefinden der Wohngruppenbewohner wurde unter Einsatz des beobachtungsbasierten „Dementia Care Mapping“¹⁷⁸ (DCM) nach Kitwood/Bredin (1994) eingeschätzt und zur Beurteilung der Arbeitsbelastung der Mitarbeiter wurde eine modifizierte Variante des von Schäufele/Weyerer (2001) konzipierten „Fragebogens zur Arbeitsbelastung und Beanspruchung von PflegemitarbeiterInnen in der stationären Altenhilfe“¹⁷⁹ verwendet. Entsprechende Erhebungen wurden unmittelbar vor dem Umzug der Erkrankten durchgeführt und sechs Monate nach der Verlegung der Bewohner in die Wohngruppen wiederholt.

Im Ergebnis zeigte sich zunächst, dass sich das kognitive Leistungsvermögen der insgesamt 70 Wohngruppen-Bewohner (Pretest: n = 70; Posttest: n = 65) im Verlauf der Untersuchung nur geringfügig reduzierte. Die Selbständigkeit der Erkrankten verschlechterte sich hingegen signifikant ($p < 0,01$); das heißt der Unterstützungsbedarf bei der Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens (Fortbewegung, Waschen, Ankleiden etc.) nahm sechs Monate nach Beginn der Untersuchung deutlich zu. Insbesondere in den Bereichen der Mobilität und der Kontinenz waren markante Verluste zu verzeichnen.

Die Häufigkeit von problematischen bzw. unerwünschten Verhaltensweisen reduzierte sich hingegen im Verlauf der Untersuchung deutlich. Der NPI-Gesamtscore verbesserte sich von durchschnittlich 21 Punkten im Pretest auf zwölf Punkte im Posttest ($p < 0,05$). Auch die

¹⁷⁴ Vgl. Fußnote 173: 375.

¹⁷⁵ Vgl. Kap. I/6.1.3: 62.

¹⁷⁶ Vgl. Fußnote 63: 241.

¹⁷⁷ Vgl. Fußnote 129: 331f.

¹⁷⁸ Das „Dementia Care Mapping“ (DCM) nach Kitwood/Bredin (1994) wurde zur Einschätzung der Lebensqualität von demenziell erkrankten Menschen entwickelt und ermöglicht sowohl unmittelbare Aussagen zum Wohlbefinden der Betroffenen, als auch Bewertungen der Interaktionsqualität zwischen dem Pflegepersonal und den Erkrankten. Auf diese Weise können durch das Verfahren Rückschlüsse auf die Pflegequalität gewonnen werden. Hierzu werden die Verhaltensweisen und Interaktionen der Demenzkranken über einen längeren Zeitraum nach einem festgelegten Ablaufschema beobachtet und anhand eines 24 Verhaltenskategorien umfassenden Kodiersystems bewertet. Zur jeweiligen Einschätzung des Wohlbefindens wird eine sechsstufige Skala verwendet, welche die Bildung sogenannter Wohlbefindlichkeits-Werte (WIB-Werte) ermöglicht. Höhere Werte deuten auf ein gleichfalls höheres Wohlbefinden hin (vgl. Müller-Hergl 2001c: 79ff; Heeg et al. 2004: 23).

¹⁷⁹ Daten zum verwendeten Fragebogen können aufgrund von unklaren Quellenangaben nicht angegeben werden (vgl. Heeg et al. 2004: 28; Schäufele/Weyerer 2001c: 116ff).

Gesamtwerte des im PVA enthaltenen modifizierten „Cohen-Mansfield Agitation Inventory“ (mod. CMAI) indizierten im zeitlichen Verlauf eine signifikante Reduktion von auffälligem Verhalten (38,5 Punkte vs. 31 Punkte; $p < 0,001$). Das „Eindringen in fremde Räume“ reduzierte sich in der Häufigkeit um ein Drittel; auch das „ständige Suchen nach Zuwendung und Hilfe“ ging im zeitlichen Verlauf um ein Viertel zurück. Statistisch signifikante Verbesserungen konnten bei der Weglaufgefährdung ermittelt werden, die sich sechs Monate nach Beginn der Untersuchung um die Hälfte verringerte.

Auch bei den ergotherapeutischen Maßnahmen konnten Erfolge erzielt werden. Die Häufigkeit aktivierender Therapiemaßnahmen stieg im Verlauf der Studie deutlich an. Vor der Verlegung in die Wohngruppen wurden nur 33,9 % der Untersuchungsteilnehmer mindestens einmal pro Woche körperlich aktiviert; nach dem Umzug hingegen vergrößerte sich dieser Anteil signifikant auf 58,9 %. Auch beim Selbständigkeitstraining konnte eine Zunahme von 16,2 % auf 49,1 % verzeichnet werden.

Die Anwendungshäufigkeit von physischen Fixierungsmaßnahmen stieg im Verlauf der Untersuchung dagegen leicht an. Vor dem Umzug in die Wohngruppen wurden 27,9 % der Erkrankten regelmäßig durch den Einsatz von Bettgittern oder anderen Sicherungsvorrichtungen fixiert; nach dem Einzug erhöhte sich dieser Anteil auf 36,1 %. Die Anwendung entsprechender Maßnahmen hing jedoch signifikant mit einer zunehmend eingeschränkten Mobilität der betroffenen Bewohner zusammen.

Im Bereich der sozialen Kontakte und selbständigen Aktivitäten der Wohngruppen-Bewohner wurden nur wenige Veränderungen festgestellt. Die Besuchshäufigkeit bewegte sich im zeitlichen Verlauf auf relativ konstantem Niveau. 60 % der Bewohner erhielten sowohl vor als auch nach ihrem Umzug in die Wohngruppen mindestens einmal pro Woche Besuch von ihren Angehörigen oder Bekannten. Auch die Entwicklung des Anteils der Bewohner mit häufigen Kontakten zum Pflegepersonal (Pretest: 46,7 %; Posttest: 48,3 %) oder zu anderen Bewohnern der jeweiligen Einrichtung (Pretest: 36,5 %; Posttest: 32,7 %) war keinen nennenswerten Veränderungen unterlegen. Der von den Bewohnern mit selbständigen Aktivitäten (z. B. Handarbeiten, Zeitunglesen) verbrachte Zeitraum blieb allerdings relativ gering. Weniger als jeder zehnte Bewohner konnte zu derartigen Beschäftigungen angehalten werden.

Hinsichtlich des Wohlbefindens der MIDEMAS-Bewohner wurden ebenfalls keine einheitlichen Trends ermittelt. Die Auswertung der anhand von 53 Bewohnern gewonnenen Daten des „Dementia Care Mappings“ sowie die mit dem DCM assoziierte Analyse der im Verlauf

der Beobachtungen aufgezeichneten Wohlbefindlichkeitswerte (WIB-Werte) zeigte folgende Verteilung auf:

- bei 17 Bewohnern (32 %) konnte eine deutliche Verbesserung des Wohlbefindens festgestellt werden (Anstieg der WIB-Werte um mehr als +0,3 Punkte im Vergleich zur ersten Messung);
- 27 Bewohner (51 %) wiesen konstante Wohlbefindlichkeitswerte auf (Schwankung der WIB-Werte zwischen max. +0,3 bzw. max. -0,3 Punkten im Vergleich zur ersten Messung);
- bei 9 Bewohnern (17 %) wurde eine deutliche Reduktion des Wohlbefindens ermittelt (Verschlechterung der WIB-Werte um mehr als -0,3 Punkte im Vergleich zur ersten Messung).

Höhere Wohlbefindlichkeitswerte waren dabei unter anderem mit einer Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten (z. B. motorische Unruhe, Aggression), einer positiven Einstellung gegenüber Aktivierungs- und Beschäftigungsangeboten sowie einer Verringerung von Rückzugstendenzen verknüpft. Heeg et al. (2004: 24) sehen für diese Entwicklung vor allem die Mitarbeiter der Wohngruppen verantwortlich:

BewohnerInnen mit herausfordernden Verhaltensweisen profitieren deutlich, weil sich Pflegekräfte andere Zugangsmöglichkeiten erarbeitet haben. Der veränderte Blick auf die Person wirkt sich positiv auf den Umgang und die Qualität der Interaktionen mit BewohnerInnen aus, denen nicht mehr aus dem Weg gegangen wird, weil Angst und Abwehrhaltung reduziert werden konnten. Zeitintensive, kontaktsuchende [...] BewohnerInnen werden weniger umgangen, weil sich sowohl das Handlungsspektrum (Gesprächsthemen, Aktivierungen, Beschäftigungen etc.) der Pflegekräfte als auch deren Handlungssicherheit gesteigert hat. Beschäftigungen und Aktivierungen zeigen bei bestimmten BewohnerInnen deutlichen Zuzug an Lebensqualität.

Von einer Verschlechterung der WIB-Werte waren hingegen insbesondere Bewohner im Übergang zwischen leichter und mittelschwerer Demenz, Erkrankte mit starken kognitiven und körperlichen Beeinträchtigungen sowie Bewohner mit zusätzlich zur demenziellen Grunderkrankung auftretenden Folgeerkrankungen betroffen. Heeg et al. (2004: 24) vermuten daher, dass die Wohngruppenversorgung nicht für alle demenziell Erkrankten ein geeignetes Angebot bereithalten kann:

Es besteht die Gefahr, dass BewohnerInnen an der Schwelle von einer leichten zur mittleren Demenz in einer Demenzwohngruppe kognitiv unterfordert sind und gleichzeitig durch gut gemeinte Interventionen in ihrer Leistungsfähigkeit überfordert werden. Bei BewohnerInnen mit einer schweren Demenz, einem voranschreitenden Abbauprozess in kognitiver als auch in körperlicher Hinsicht (weitere Co-Erkrankungen) sind keine Verbesserungen im Wohlbefinden festzustellen. Kompensationen durch die Pflegekräfte hinken vermutlich dem schnell verlaufenden Veränderungsprozess hinterher.

Die mit Hilfe eines Fragebogens ermittelten Meinungen der Angehörigen zum Wohlbefinden der Wohngruppen-Bewohner fielen allerdings gegenüber den Ergebnissen der DCM-Erhebungen vergleichsweise positiv aus. So zeigten sich insgesamt zwei Drittel (66 %) der befragten Angehörigen und gesetzlichen Betreuer (n = 59) mit der in den MIDEMAS-Wohngruppen erreichten Pflege- und Betreuungsqualität sehr zufrieden und stellten zugleich Verbesserungen im Verhalten und Wohlbefinden der Erkrankten fest. Die anderen Befragten sahen entweder keine Veränderungen (19 %) oder sahen sich aufgrund einer zu kurzen Aufenthaltsdauer des betreffenden Bewohners zu keiner Bewertung in der Lage (5 %). 10 % der Befragten machten keine Angaben.

An den Befragungen zur Beanspruchung und Belastung des Pflegepersonals nahmen nur wenige Mitarbeiter der Wohngruppen teil (n = 7). Hierdurch konnte keine ausreichende Datenbasis generiert werden, um verlässliche Aussagen zu den Belastungsprofilen der Pflegekräfte treffen zu können. Ein dennoch durchgeführter Vergleich mit den in anderen Bereichen der jeweiligen Pflegeeinrichtungen beschäftigten Mitarbeitern (n = 51) zeigte jedoch keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen auf. Die Belastung der Wohngruppen-Mitarbeiter bewegte sich zu allen Erhebungszeitpunkten auf konstantem Niveau und war damit keinen nennenswerten Veränderungen unterlegen. Dennoch ziehen Heeg et al. (2004: 32) ein positives Resümee und stellen den weiteren Ausbau wissenschaftlich begleiteter Versorgungsangebote für demenziell erkrankte Menschen in den Mittelpunkt ihrer abschließenden Forderung:

Insgesamt deuten die Ergebnisse [...] darauf hin, dass sich die milieutherapeutischen Demenzwohngruppen auf die Gesamtgruppe der BewohnerInnen hinsichtlich einiger wichtiger Merkmale im kurzfristigen Verlauf positiv ausgewirkt haben. Eindeutigere Schlüsse können jedoch erst durch die Untersuchung einer Vergleichsgruppe gezogen werden. Vor dem Hintergrund, dass ein erheblicher Mangel an fundierten Kenntnissen zur Wirksamkeit gerontopsychiatrischer Versorgungsformen besteht, sollten sowohl die Weiterentwicklung entsprechender Konzepte als auch ihre Evaluation gefördert werden.

6.4 Evaluation von Wohngruppen in Nordrhein-Westfalen

6.4.1 Einleitung

Eine weitere von Seiten des „Instituts für sozialpolitische und gerontologische Studien, ISGOS Berlin“ durchgeführte Untersuchung beschäftigte sich mit den klientel- und personalassoziierten Auswirkungen von sieben Wohngruppen, die in drei nordrhein-westfälischen Altenpflegeeinrichtungen (Linnich, Mönchengladbach-Lürrip und Münster) zur Versorgung

von Demenzerkrankten in unterschiedlichen Krankheitsstadien installiert wurden (vgl. Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006: 57ff). Vier der sieben evaluierten Wohngruppen wurden integrativ mit nicht dementen und leicht demenziell erkrankten Bewohnern der genannten Pflegeheime besetzt. Die übrigen drei Wohngruppen waren ausschließlich für die Betreuung von mittelgradig bis schwer demenzerkrankten Menschen (MMSE-Wert < 18) vorgesehen. Demnach werden sich die folgenden Ausführungen ausschließlich auf die letztgenannten Wohngruppenprojekte konzentrieren, da selbige sich im Hinblick auf die Zusammensetzung der Bewohner eher am „typischen“ Wohngruppenangebot für Demenzerkrankte orientieren. Im Einzelnen sind die untersuchten Wohngruppen durch die in Tabelle 64 angeführten Merkmale gekennzeichnet.

Tab. 64: Merkmale der untersuchten Wohngruppen für mittelgradig bis schwer demenzerkrankte Menschen.

<p>WG1 „Oase“ (Altenpflegeheim Gereonsweiler in Linnich)</p>	<p>Die Wohngruppe befindet sich im Erdgeschoss des 1996 errichteten und mit 51 Pflegeplätzen ausgestatteten Altenpflegeheims und wird von 13 Personen bewohnt. Man geht davon aus, dass die Bewohner eine sehr hohe individuelle Assistenz benötigen und daher nur sehr begrenzt an Aktivitäten in einer Gruppe teilnehmen können. Die Gemeinschaftsaktivitäten sind daher durch primär stimulierende Angebote geprägt, die von den Bewohnern eher Passivität erfordern, z. B. das Hören von Musik oder das Zusehen bei der Zubereitung der Mahlzeiten. Die Gruppe wird permanent von einer Präsenzkraft betreut. Der Innenhof des Pflegeheims ist den Bewohnern zugänglich. Für die Erkrankten stehen vier Doppel- (später drei) und fünf Einzelzimmer zur Verfügung.</p>
<p>WG2 „Lürrip“ (Altenpflegeheim in Mönchengladbach-Lürrip)</p>	<p>Die Wohngruppe befindet sich im 5. Obergeschoss des 1976 erbauten und 1994/95 modernisierten Pflegeheims. Zum Erhebungszeitpunkt wurden 152 Bewohner in der Einrichtung versorgt. Die 14 Wohngruppen-Bewohner leben in mit jeweils eigenen Sanitäreinrichtungen ausgestatteten Kleinappartements. Gemeinschaftlich ausgeübte Tätigkeiten bestehen darin, zusammen um den Tisch im Gemeinschaftsraum zu sitzen und entweder kleine Tätigkeiten hauswirtschaftlicher Art auszuüben, bei der Essenszubereitung mitzuwirken oder dabei zuzusehen, zu singen oder zu erzählen. Eine Präsenzkraft ist ständig anwesend. Ein Ruheraum (zeitweise zum „Snoezelen“ eingesetzt) sowie Außensitzplätze auf zwei kleineren Terrassen stehen ebenfalls zur Verfügung. Im EG befindet sich ein Nachtcafé, das auch von Bewohnern aus anderen Etagen mit genutzt wird.</p>
<p>WG3 „Arche Noah“ (Seniorenzentrum Klarastift in Münster)</p>	<p>Die Wohngruppe wurde im Erdgeschoss des 1957 erbauten und 1994 grundlegend modernisierten Altenpflegeheims eingerichtet. In fünf Doppel- und sieben Einzelzimmern können 17 Bewohner versorgt werden. Die vergleichsweise umfangreiche Gruppengröße wird durch verschiedene Aufenthaltsmöglichkeiten (Wohnküche, Extrawohnraum, therapeutischer Garten) relativiert. Eine Präsenzkraft ist kontinuierlich anwesend. Durch den Einsatz eines biografieorientierten Bezugspflegesystems können Neigungen beachtet und die Bewohner gezielt gefördert werden.</p>

Quelle: Reggentin/Dettbarn-Reggentin (2006): 63f.

Im Allgemeinen ist das Konzept der untersuchten Wohngruppen darauf ausgerichtet, heimtypische Institutionsmerkmale zu reduzieren und selbige durch kleinräumige, vertraute,

kommunikative und aktivierende Strukturen zu ersetzen. Die Mitarbeiter werden zu einer individuellen, an den Bedürfnissen der Bewohner orientierten Arbeitsweise angehalten und die Organisation nach Normalitätsgrundsätzen ausgerichtet.

Den Tagesablauf dominieren nicht Pfllegetätigkeit, sondern vertraute alltägliche hauswirtschaftliche Aufgaben. Das Personal geht mit den Bewohnern in vertrauensvoller respektierender Weise um. Es richtet das Tagesgeschehen auf die Mobilität, die kognitiven Fähigkeiten wie auch die Gewohnheiten der Bewohner aus (Dettbarn-Reggentin 2005: 97).

Gestützt wird dieses Vorhaben durch die in den jeweiligen Wohngruppen vorhandenen Wohnküchen, die Möglichkeiten zur Aktivierung, Kommunikation und zeitlichen Strukturierung des Tages geben und damit die Anknüpfung an eine weitgehend „normale“ Gestaltung des Alltags ermöglichen (vgl. Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006: 63f).

6.4.2 Empirische Befunde

Im Mittelpunkt der im Zeitraum zwischen den Jahren 2001 und 2003 durchgeführten Untersuchung stand zum einen die Frage, wie sich die Wohngruppenversorgung auf das Sozialverhalten und die Stimmung der demenziell erkrankten Bewohner auswirkt. Etwaige Effekte auf das Verhalten sowie den kognitiven und funktionalen Status der Erkrankten wurden ebenfalls erfasst. Zum anderen wurde untersucht, welche Auswirkungen auf das Belastungsempfinden und die Zufriedenheit der in den Wohngruppen beschäftigten Mitarbeiter zu erwarten sind (vgl. Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006: 57ff).

Diese Forschungsfragen wurden anhand eines breiten Spektrums an standardisierten und nicht standardisierten Erhebungsinstrumenten beantwortet. Zur Erfassung der soziodemografischen, aufenthaltsbezogenen und klinischen Merkmale der Untersuchungsteilnehmer (Alter, Geschlecht, Diagnosen, Medikation, Pflegestufe, Besuchshäufigkeit) wurde ein von den Autoren der Studie entwickelter Fragebogen verwendet. Die Ermittlung der alltagsbezogenen Selbständigkeit der Erkrankten erfolgte unter Verwendung des Barthel-Index¹⁸⁰ nach Mahoney und Barthel (1965). Die physische, psychische und soziale Funktionsfähigkeit der Bewohner wurde unter Einsatz der „Nurses Observation Scale for Geriatric Patients“¹⁸¹

¹⁸⁰ Vgl. Fußnote 127: 331.

¹⁸¹ Die 30 Items umfassende „Nurses Observation Scale for Geriatric Patients“ (NOSGER) nach Spiegel (1992) dient der Einschätzung der funktionalen, psychischen und sozialen Funktionsfähigkeit in sechs Bereichen: Gedächtnis, Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), Körperpflege (ADL), Stimmung, soziales und störendes Verhalten. Die NOSGER-Items sind jeweils fünfstufig skaliert (fünf = maximale Beeinträchtigung) und werden zu einem Summenscore addiert, der zwischen fünf (keine Beeinträchtigung) und 25 Punkten (maximale Beeinträchtigung) liegen kann (vgl. Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006: 59).

(NOSGER) nach Spiegel (1992) sowie der „Beurteilungsskala für geriatrische Patienten“¹⁸² (BGP) nach Kam et al. (1971) eingeschätzt. Auffälligkeiten im Verhalten der Bewohner konnten unter Verwendung des „Cohen-Mansfield Agitation Inventory“¹⁸³ (CMAI) nach Cohen-Mansfield et al. (1991) gemessen werden; und Veränderungen des kognitiven Leistungsvermögens wurden mit Hilfe der „Mini-Mental State Examination“¹⁸⁴ (MMSE) nach Folstein et al. (1975) erfasst. Zur Identifizierung von depressiven Symptomen wurde ferner eine Kurzform der von Yesavage et al. (1983) konzipierten „Geriatric Depression Scale“¹⁸⁵ (GDS) verwendet. Entsprechende Messungen wurden unter Verwendung eines Längsschnittdesigns mit drei Erhebungszeitpunkten, einer „Baseline“-Messung („T1“) zu Beginn der Untersuchung und zwei nachfolgenden mit jeweils sechsmonatigem Abstand durchgeführten Follow-Up-Erhebungen („T2“ und „T3“) durchgeführt.

6.4.2.1 Auswirkungen auf die Bewohner

In den sieben, von Reggentin/Dettbarn-Reggentin (2006) evaluierten Wohngruppen konnten zu allen Erhebungszeitpunkten insgesamt 53 Bewohner untersucht werden. Davon nahmen 27 Bewohner aus den drei für die Versorgung von mittelgradig bis schwer Demenzerkrankten vorgesehenen Wohngruppen an der Untersuchung teil. Da eine Randomisierung der Untersuchungsteilnehmer nicht in Betracht gezogen werden konnte, wurde eine unter Verwendung verschiedener Matchingvariablen (Alter; MMSE-Wert <18; Barthel-Index zwischen 25 und 50 Punkten) parallelisierte Kontrollgruppe von 33 nicht spezialisiert versorgten Bewohnern derselben Altenpflegeeinrichtungen herangezogen und in ihrer Entwicklung mit den Bewohnern der Wohngruppen verglichen.

Hinsichtlich der soziodemografischen, klinischen und aufenthaltsbezogenen Charakteristika konnten demnach zu Beginn der Erhebungen nur wenige Unterschiede zwischen den untersuchten Bewohnergruppen ermittelt werden. Die Teilnehmer waren im Mittel 83 Jahre alt (Wohngruppe „WG“: 82,9 Jahre vs. Kontrollgruppe „KG“: 83,1 Jahre) und vorwiegend weiblich (WG: 81,5 % vs. KG: 78,5 %). Das mit Hilfe des Barthel-Index eingeschätzte funktionale Leistungsspektrum wies zu Beginn der Untersuchung in beiden Gruppen auf mittelgradig ausgeprägte Beeinträchtigungen hin (WG: 40,9 Punkte vs. KG: 35,9 Punkte). Der

¹⁸² Mit Hilfe der „Beurteilungsskala für geriatrische Patienten“ (BGP) nach Kam et al. (1971) können Beeinträchtigungen des Verhaltens beobachtet und in fünf verschiedenen Bereichen beurteilt werden: psychoorganisches Syndrom, körperbezogene Pflegebedürftigkeit, soziale Kompetenz sowie Aggressivität und Depressivität (vgl. Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006: 59f).

¹⁸³ Vgl. Fußnote 134: 334.

¹⁸⁴ Vgl. Kap. I/6.1.3: 62f.

¹⁸⁵ Vgl. Fußnote 21: 118f.

überwiegende Anteil der Erkrankten erhielt Leistungen der Pflegestufe I oder II (WG: 96,3 % vs. KG: 87,9 %).

Die längsschnittlichen Erhebungen zeigten im zeitlichen Verlauf schließlich deutlichere Unterscheide zwischen den Bewohnern der Wohngruppen und den Teilnehmern der Kontrollgruppe auf. So nahmen etwa die mit Hilfe des Barthel-Index gemessenen Fähigkeiten zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. im Bereich des Essens, Badens oder der Stuhlkontrolle) im zeitlichen Verlauf in beiden Untersuchungsgruppen deutlich ab, obgleich das Ausmaß der Verschlechterungen bei den Bewohnern der Wohngruppen deutlich moderater ausfiel. In der Wohngruppenpopulation sank der Barthel-Score nach zwölf Monaten von 40,9 auf 35,9 Punkte ab; in der Vergleichsgruppe wurde nach einem Jahr eine Reduktion von 35,9 auf 23,9 Punkte gemessen ($P = 0,039$). Grundsätzlich wiesen die Werte des Barthel-Index jedoch auf einen Abbau der physischen Funktionen in beiden Gruppen hin; eine Tendenz, die auch durch die mit Hilfe der BGP-Skala erhobenen Daten bestätigt wurde. Ähnliche Entwicklungen konnten auch im Bereich des kognitiven Leistungsvermögens beobachtet werden. Nach anfänglichen Verbesserungen verschlechtern sich die MMSE-Werte der Kontrollgruppe deutlich (T1: 9,1; T2: 9,3; T3: 7,6 Punkte), während sich die entsprechenden Werte der Wohngruppen-Bewohner im zeitlichen Verlauf auf relativ konstantem Niveau bewegten (T1: 10,2; T2: 10,2; T3: 9,9 Punkte). Diese Veränderungen erreichten kein signifikantes Ausmaß ($P = 0,082$). Im Hinblick auf eine Vielzahl von sozialen Dimensionen zeigten sich die Wohngruppen der traditionellen Pflege allerdings deutlich überlegen. Als hierfür ausschlaggebender Indikator kann beispielsweise die Intensität der Sozialkontakte zwischen den demenziell Erkrankten und ihren Familien angeführt werden (vgl. Tab. 65).

Tab. 65: Übersicht der sozialen Kontakthäufigkeit. Vergleich zwischen Wohngruppen und Kontrollgruppe im Verlauf der Untersuchung (T1 bis T3).

Besuche von Kindern und Angehörigen	Wohngruppen (Anzahl in %)			Kontrollgruppe (Anzahl in %)		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3
täglich	11,1	7,4	14,8	15,2	12,5	9,1
mehrmals wöchentlich	18,5	37,0	25,9	33,3	12,5	12,1
1 x pro Woche	33,3	22,2	22,2	18,2	34,4	36,4
1-2 x pro Monat	18,5	14,8	18,5	12,1	31,3	36,4
seltener	14,8	7,4	11,1	18,2	3,1	6,1
nie	3,7	11,1	7,4	3,0	6,3	-

Quelle: Reggentin/Dettbarn-Reggentin (2006): 72.

So nahm die Intensität der Angehörigenbesuche in den Wohngruppen im Verlauf der Untersuchung zu, während in der Kontrollgruppe ungeachtet eines in dieser Gruppe größeren

Potenzials an familiären Bezugspersonen im näheren Umfeld der Einrichtungen, rückläufige Tendenzen festzustellen waren. Auch im Hinblick auf die mit Hilfe der NOSGER erfassten Veränderungen des Sozialverhaltens schnitten die Bewohner der Wohngruppen wesentlich besser ab, als die Bewohner in den nichtspezialisierten Wohnbereichen (vgl. Tab. 66).

Tab. 66: Sozialverhalten. Einzelscores aus 5 Items der NOSGER. Vergleich zwischen Wohngruppen und Kontrollgruppe im Verlauf der Untersuchung (T1 bis T3).

	Wohngruppen			Kontrollgruppe		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3
nimmt an den Vorgängen seiner Umgebung teil	55,5*	62,9*	70,3***	45,5	36,4*	27,3***
hilft anderen, soweit körperlich dazu in der Lage	22,2	14,8	18,5***	15,6	3,0	3,0***
nimmt Kontakt mit Personen in der Umgebung auf	48,1	29,6	37,0*	36,4	18,2	18,2*
hält Kontakt mit Freunden und Angehörigen aufrecht	56,0*	62,9*	62,9*	40,7*	33,3*	30,4*
wirkt im Kontakt mit Angehörigen oder Freunden freundlich und positiv	80,8	74,0*	80,0*	63,6	71,5*	53,2*
* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001						

Quelle: Reggentin/Dettbarn-Reggentin (2006): 73.

Zwar nahmen, wie aus Tabelle 66 ersichtlich, die primär mobilitätsbezogenen NOSGER-Items des Sozialverhaltens („hilft anderen, soweit körperlich dazu in der Lage“ sowie „nimmt Kontakt mit Personen in der Umgebung auf“) im Verlauf der einjährigen Erhebungsphase in beiden Gruppen deutlich ab. Während jedoch die anderen, nicht mobilitätsaufwendigen Indikatoren des Sozialverhaltens (Teilnahme am Geschehen der Umgebung, Aufrechterhaltung von Sozialkontakten, freundliche bzw. positive Stimmung während der Interaktion) in den Wohngruppen entweder von Konstanz geprägt waren oder Verbesserungen anzeigten, wurden bei den Teilnehmern der Kontrollgruppe ausnahmslos negative Veränderungen beobachtet. Die ebenfalls unter Zuhilfenahme der NOSGER analysierte Stimmungslage der Untersuchungsteilnehmer zeigte ähnliche Entwicklungen auf (vgl. Tab. 67).

Tab. 67: NOSGER-Werte: Stimmung. Vergleich zwischen Wohngruppen und Kontrollgruppe im Verlauf der Untersuchung (T1 bis T3).

	T1	T2	T3
Wohngruppen	12,63	11,70	10,59
Kontrollgruppe	13,70	12,79	12,88

Anmerkung: Geringe Werte indizieren eine Verbesserung der Stimmungslage.

Quelle: Reggentin/Dettbarn-Reggentin (2006): 76.

Während sich die Stimmungslage in der Kontrollgruppe im Verlauf der einjährigen Untersuchungsphase nur geringfügig verbesserte, konnte in den Wohngruppen ein vergleichsweise deutlicher Anstieg der Stimmung bei den Bewohnern festgestellt werden ($P = 0,000$).

Der Stimmungsverlauf bestärkt das Wohngruppenkonzept, wenn sich auch die Werte in der Kontrollgruppe leicht verbessert haben. Das Stimmungsniveau der Wohngruppen liegt im Normalbereich gesunder alter Menschen. In Anbetracht der Schwere der Krankheit ist die Stimmungsverbesserung in diesem Ausmaß als Erfolg anzusehen (Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006: 76).

6.4.2.2 Zufriedenheit und Belastung der Mitarbeiter

Neben der Untersuchung zu den Auswirkungen der Wohngruppenversorgung auf die demenziell erkrankten Bewohner wurde zugleich versucht, die Zufriedenheit und die Belastungen der in den Wohngruppen beschäftigten Mitarbeiter zu erfassen und mit der Arbeitssituation des in den nichtspezialisierten Wohnbereichen beschäftigten Personals zu vergleichen (vgl. Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006: 104ff). Hierzu wurden 23 Pflegekräfte der Wohngruppen und 33 Mitarbeiter der Kontrollgruppe unter Verwendung von nichtstandardisierten und standardisierten Erhebungsinstrumenten befragt. So wurden etwa die körperlichen Belastungen der Mitarbeiter mit Hilfe der Kurzform des „Gießener Beschwerdebogens“¹⁸⁶ (GBB) nach Brähler/Scheer (1995) eingeschätzt und psychische Belastungen mit einer gekürzten Version der „Freiburger Beschwerdeliste“¹⁸⁷ (FBL) nach Fahrenberg (1994) erfasst. Zudem wurden mögliche Anzeichen von Burnout-Symptomen unter Einsatz des „Burnout-Inventariums“¹⁸⁸ nach Maslach/Jackson (1981) aufgedeckt. Entsprechende Erhebungen wurden in Form einer anonymisierten schriftlichen Befragung zu Beginn der Untersuchung durchgeführt (T1) und nach Ablauf eines Jahres (T2) wiederholt. Unternimmt man wie folgt den Versuch, die wichtigsten Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen zusammenzufassen, so

¹⁸⁶ Die von den Mitarbeitern empfundenen körperlichen Beschwerden wurden mit Hilfe einer Kurzform des „Gießener Beschwerdebogens“ (GBB) nach Brähler/Scheer (1995) abgebildet. Die Ausprägung der Beschwerden wird im GBB anhand von 24 Items erfasst und auf fünf Skalen summiert: Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederbeschwerden und Halsbeschwerden. Die fünfte Skala fasst die Ausprägung des Gesamtbeschwerdedrucks zusammen (vgl. Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006: 106).

¹⁸⁷ Die psychischen Folgen der Arbeitsbelastung wurden unter Verwendung der gekürzten Version der „Freiburger Beschwerdeliste“ (FBL) nach Fahrenberg (1994) erfasst. Die verwendete Liste enthält 18 Items (z. B. „Zittrige Hände“, „Nervöses Zucken im Gesicht“, Hautausschläge), deren Ausprägung auf einer fünfstufigen Ratingskala („nie“ bis „täglich“) bewertet werden (vgl. Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006: 106).

¹⁸⁸ Zur Erfassung von arbeitsbedingten Erschöpfungssymptomen (Burnout) wurde die deutsche Variante des „Maslach-Burnout-Inventary“ nach Maslach/Jackson (1981) eingesetzt. Entsprechende Symptome werden in drei Kategorien erfasst: „Emotionale Erschöpfung“ (durch Überbeanspruchung im Kontakt mit Menschen), „Depersonalisierung“ (zunehmende Gleichgültigkeit im Arbeitsprozess) sowie „Leistungsfähigkeit und persönliche Erfüllung“ (Zufriedenheit und Kompetenzerleben in der Arbeitssituation). Die Präsenz der Symptome wird anhand von 22 Items ermittelt und ihre Ausprägung auf einer siebenstufigen Ratingskala (0 = „nie“; 6 = „täglich“) abgebildet (vgl. Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006: 119).

sind in Bezug auf die potenzielle Aussagekraft der gewählten Erhebungsverfahren vor allem zwei Bereiche von Bedeutung: zum einen die unmittelbar im Zusammenhang mit der Berufstätigkeit auftretenden Belastungssituationen und zum anderen die aus diesen Belastungen resultierenden psychischen und physischen Folgebeschwerden.

Die aus dem Umgang mit Bewohnern, Angehörigen, Kollegen und Vorgesetzten resultierenden Belastungspotenziale sowie die mit der Organisation der Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang stehenden Belastungen, können nachfolgend der Tabelle 68 entnommen werden.

Tab. 68: Angaben der Pflegekräfte zu den Belastungen im Umgang mit den Bewohnern, Angehörigen, Kollegen und Vorgesetzten sowie zu den organisatorischen Abläufen der Einrichtungen.

	Wohngruppen		Kontrollgruppe	
	T1	T2	T1	T2
Belastungen im Umgang mit den Bewohnern				
Konfrontation mit Sterben und Tod	2,30	2,13	2,73	2,44
erhöhter Aufwand durch Verhaltensstörungen der Dementen	2,48	2,48	2,15	2,42
Belastungen durch ständige Unruhe der Dementen	2,35	2,09	2,27	2,52
Zeitdruck und dadurch riskante Pflege/Fehlhandeln	2,43*	2,22	1,79*	2,03
Belastungen im Umgang mit Kollegen, Vorgesetzten und Angehörigen				
unterschiedliche Auffassung von angemessener Pflege	2,39	2,04	2,06	2,04
Fehlzeiten der Kollegen	2,35	2,30	2,39	2,24
nicht einlösbare Erwartungen der Angehörigen an die Pflege	2,39	1,96	2,39	2,12
Desinteresse der Angehörigen	2,65	2,30	2,48	2,45
Belastungen, die mit der Einrichtung zusammenhängen				
Reglementierung, Personalknappheit	3,00	2,78	2,48	2,24
geringe Informationen über Abläufe, Fortbildungen und Arbeitszeiten durch die Leitung	2,26	2,26	1,76	1,79
* p<0,05				

Anmerkung: Fallende Werte indizieren eine geringere Belastung.

Quelle: Reggentin/Dettbarn-Reggentin (2006): 117.

Wie aus Tabelle 68 ersichtlich, war das im Verlauf der einjährigen Erhebungsphase gemessene Belastungsempfinden der Wohngruppenmitarbeiter in den meisten Bereichen von Verbesserungen oder Konstanz geprägt. Auch in der Kontrollgruppe waren im Verlauf der Untersuchung in einigen Belastungsbereichen Erfolge feststellbar. Dies galt beispielsweise für einige der organisationsbezogenen Belastungsmerkmale (Reglementierung, Personalknappheit). Auch die durch nicht erfüllbare Erwartungen der Angehörigen entstehenden Belastungssituationen sowie die durch unterschiedliche Auffassungen einer angemessenen Pflege entstehenden Konfliktpotenziale nahmen bei den Mitarbeitern der Wohngruppen und den Pflegekräften der Vergleichsgruppe in ähnlichem Umfang ab. Dennoch konnten im Bereich der bewohnerbezogenen Belastungen einige Unterschiede zwischen den beiden Mitarbeiter-

gruppen beobachtet werden. Während sich etwa der aus Verhaltensstörungen und Unruhezuständen der Bewohner resultierende Belastungsgrad mit der Zeit bei den Pflegekräften der Wohngruppen reduzierte, nahmen entsprechende Belastungen in der Kontrollgruppe zu. Auch die Besorgnis um das Auftreten von aus Zeitdruck resultierenden Pflegefehlern wurde von den Wohngruppen-Mitarbeitern im Verlauf der Untersuchung immer seltener geäußert, während entsprechende Befürchtungen bei den Pflegekräften der Kontrollgruppe anstiegen (vgl. Tab. 68).

Im Hinblick auf die psychischen und physischen Konsequenzen der Pflegebelastung wiesen die Mitarbeiter der untersuchten Wohngruppen allerdings ungünstigere Belastungsprofile auf. Zwar bewegte sich die unter Einsatz der „Freiburger Beschwerdeliste“ erfasste psychische Symptomlage (z. B. Müdigkeit, Schlafstörungen, Gesundheitsorgen) in beiden Mitarbeitergruppen auf relativ niedrigem bzw. normalem Niveau. Die mit Hilfe des Burnout-Inventars ermittelten Erschöpfungssymptome waren bei den Mitarbeitern der Wohngruppen allerdings stärker ausgeprägt. Auch die mit Hilfe des „Gießener Beschwerdebogens“ eingeschätzten körperlichen Belastungen waren bei den Beschäftigten der Wohngruppen in vielen Bereichen höher. Insbesondere Gliederschmerzen stellten sich im Verlauf der Untersuchung bei den Beschäftigten der Wohngruppen als besonderer physischer Belastungsfaktor heraus; ein Umstand, der von den Autoren der Studie vor allem auf den höheren Anteil an hauswirtschaftlicher Arbeit in den Wohngruppen zurückgeführt wird: „Da hier der Anteil hauswirtschaftlicher Tätigkeiten etwa doppelt so hoch ist wie in der Kontrollgruppe und beinahe jede dritte Tätigkeit ausmacht, tritt hier auch eine besondere Belastung auf“ (Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006: 124). Unter Berücksichtigung dieser Resultate ist die Feststellung einer unmittelbar durch die Wohngruppenpflege entstehenden Belastungsverringerung nicht zulässig. „Für das Personal bedeutet die Wohngruppenversorgung zunächst keine deutliche Entlastung im Vergleich zu der bisher allgemein praktizierten integrativen Versorgung von Demenzkranken und nicht Demenzkranken [...]“ (ebd.: 124).

6.5 Zusammenfassung

Die stationären Betreuungsalternativen für demenziell erkrankte Menschen in Deutschland wurden ungeachtet ihrer zunehmenden Verbreitung bislang nur in einem relativ geringen Umfang auf ihre therapeutische Wirksamkeit überprüft. Die Evaluation der „besonderen Dementenbetreuung in Hamburg“ bildet die erste kontrollierte und mit umfangreichen Stichproben durchgeführte Untersuchung zu den Wirkungen alternativer Versorgungsstrukturen für demenzerkrankte Menschen in Deutschland (vgl. Weyerer et al. 2004: 12ff; Weyerer et

al. 2005a: 85ff; Weyerer et al. 2005b: 90ff; Weyerer et al. 2005c: 10ff; Weyerer et al. 2006: 45ff). Dabei wurden sowohl die verschiedenen Angebote des Hamburger Modellprogramms, die teilsegregative Betreuung nach dem Integrationsprinzip zum einen und die segregative Versorgung nach dem Domusprinzip zum anderen untereinander verglichen als auch in ihrer Gesamtheit der herkömmlichen integrativen Betreuung in Pflegeheimen gegenübergestellt. Die querschnittlich ermittelten Unterschiede zwischen den teilsegregativen und segregativen Versorgungsstrukturen der Hamburger Dementenbetreuung machten zunächst deutlich, dass beide Settings mit jeweils spezifischen Vor- und Nachteilen verknüpft waren. So wurden in den segregativ konzipierten Wohnbereichen signifikant häufiger biografische Informationen zu den Bewohnern erhoben; der Anteil der psychiatrisch behandelten Bewohner war größer und die Applikation von psychotropen Medikamenten höher. Im Gegensatz dazu wurden Angehörige in den teilsegregativen Wohnbereichen in deutlich stärkerem Umfang einbezogen. Die Aktivität der Erkrankten war in vielen Bereichen (z. B. in Bezug auf die Teilnahme an körperlichen Aktivierungsmaßnahmen, Gedächtnistrainings und biografieorientierten Gruppenangeboten) signifikant höher und bewegte sich im Verlauf der Untersuchung auf relativ stabilem Niveau. Auch die Möglichkeit zur Individualisierung der Bewohnerzimmer (durch eigene Möbel und Einrichtungsgegenstände) wurde in den teilsegregativen Wohnformen signifikant häufiger sichergestellt. Die Favorisierung eines bestimmten Settings fällt auf der Grundlage der gewonnenen Daten schwer. Zwar ist nach Ansicht von Weyerer et al. (2005c: 12) zu vermuten, dass „die Demenzkranken in den Tagesbetreuungsgruppen gezielter und dauerhafter in kompetenzfördernde Aktivitäten eingebunden werden, als in den Domus-Einheiten“. Dennoch bilden alle Einrichtungen der besonderen Dementenbetreuung eine Alternative zur traditionell integrativen Versorgung und bieten nicht zuletzt den Familien der Erkrankten die Möglichkeit zur Wahl.

So sind beispielsweise die größere Flexibilität oder die auf alle Bewohner [...] verteilte finanzielle Last zwei wesentliche Aspekte des Integrationsmodells, auf die sich manche Angehörigen einlassen können, die das Domusprinzip mit Skepsis betrachten. Andere wiederum sehen im Domusprinzip mit seiner Rund-um-die-Uhr-Betreuung der Bewohner [...] das für ihre demenziell erkrankten Angehörigen geeignetere Betreuungsmodell, selbst wenn es für sie mit höheren Kosten verbunden ist (Weyerer et al. 2006: 116).

Der Vergleich zwischen dem gesamten Angebot der besonderen Dementenbetreuung (segregative und teilsegregative Versorgungsstrukturen) und den konventionellen nichtspezialisierten Pflegeeinrichtungen förderte dagegen wesentlich markantere Unterschiede zu Tage, wie Weyerer et al. (2005a: 92) betonen: „Entsprechend unseren Hypothesen war die besondere Dementenbetreuung der traditionellen Versorgung in vielen Bereichen der Lebens- und

Betreuungsqualität Demenzkranker deutlich überlegen [...].“ Tatsächlich konnte im Rahmen der Querschnittsuntersuchungen bestätigt werden, dass die Hamburger Modelleinrichtungen wesentlich häufiger auf die Einbindung von Ehrenamtlichen setzten und eine höhere Intensität an Sozialkontakten zwischen Mitarbeitern und Bewohnern ermöglichten. Das Aktivitätsniveau der Hamburger Bewohnerpopulation war zu Beginn der Untersuchung wesentlich höher. Zudem wurden die Bewohner der Modelleinrichtungen signifikant seltener physisch fixiert und signifikant häufiger psychiatrisch behandelt als dies bei den Bewohnern der herkömmlichen Pflegeheime gegeben war. Die von Weyerer et al. (2005a: 92) betonte Dominanz der besonderen Dementenbetreuung konnte, wie die Längsschnitterhebungen aufzeigten jedoch nicht in allen Bereichen aufrechterhalten werden. Zwar zeigte sich im Verlauf der sechsmonatigen Erhebungsphase übereinstimmend, dass die Aktivitätspotenziale (Teilnahme an Heimveranstaltungen, körperlicher Aktivierung, individuellen Beschäftigungsangeboten etc.) der spezialisiert versorgten Heimbewohner in deutlich größerem Umfang konserviert werden konnten. Auch in den Bereichen der emotionalen Stabilität sowie der physischen Fixierungshäufigkeit stellten sich im Verlauf der Untersuchung eindeutige Erfolge zugunsten der besonderen Dementenbetreuung ein. Hinsichtlich der Alltagseinschränkungen und neuropsychiatrischen Symptome konnten aufgrund von parallelen Verschlechterungsverläufen allerdings keine nennenswerten Unterschiede zwischen den spezialisiert und nicht spezialisiert betreuten Demenzerkrankten ermittelt werden. Zudem wichen die längsschnittlich ermittelten Ergebnisse je nach Untersuchungsgruppe (Stichtagspopulationen vs. Neuaufnahmen) teils deutlich voneinander ab. Während etwa die Neuaufnahmen der besonderen Dementenbetreuung im zeitlichen Verlauf signifikant mobiler blieben als die Neuaufnahmen der Vergleichseinrichtungen, verschlechterte sich die Mobilität der Stichtagspopulationen in beiden Settings deutlich. Der Schweregrad der Verhaltensauffälligkeiten zeigte in den Stichtagspopulationen beider Versorgungssettings (besondere Dementenbetreuung und Vergleichseinrichtungen) einen deutlichen Rückgang. Bei den spezialisiert und nicht spezialisiert betreuten Neuaufnahmen konnten in diesem Bereich wiederum keine signifikanten Veränderungen im zeitlichen Verlauf beobachtet werden. Ferner war die in der Stichtagspopulation der Vergleichseinrichtungen ermittelte Verhaltensverbesserung sogar signifikant größer als in der Stichtagspopulation der Hamburger Modelleinrichtungen. Dieser Umstand kann nach Weyerer et al. (2004: 35) möglicherweise auf methodische Probleme zurückgeführt werden:

Mit Ausnahme der institutionellen Merkmale wurden die Ergebnismerkmale nicht direkt vom Untersuchungsteam erhoben, sondern basieren auf Angaben und Beurteilungen von Informanten (Pflegerkräfte), die anfällig sind für bestimmte Fehler und Verzerrungen. So waren die Mitarbeiter [...] in der Besonderen Dementenbetreuung [...] im Vergleich zu jenen in der

Traditionellen Pflege mit dem Cohen-Mansfield-Agitiertheits-Inventar wesentlich vertrauter und aufgrund der Bedeutung, die Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen des Modells haben, vermutlich auch sensibilisierter in der Wahrnehmung und Dokumentation solcher Störungen. Diese Umstände könnten Unterschiede im Antwortverhalten hinsichtlich der CMAI bedingt und schließlich zu den überraschenden Ergebnissen in Bezug auf Ausprägung und Verlauf der Verhaltensauffälligkeiten beigetragen haben .

Neben der indirekten Datenerhebung durch die Pflegekräfte und dem bereits erwähnten Verzicht auf ein randomisiertes Untersuchungsdesign kommt ohnedies hinzu, dass das Hamburger Modellprogramm ausschließlich „in seiner Gesamtheit untersucht und mit der traditionellen Pflege in ihrer Gesamtheit verglichen werden [konnte]. Die Wirkung der vielfältigen einzelnen Komponenten des Programms (z. B. Bewohnerprofil, günstigerer Betreuungsschlüssel, bessere Qualifikation, Fortbildung und Supervision beim Personal, dementengerechte räumliche Bedingungen) konnte nicht untersucht werden, da es nicht möglich war, diese Bedingungen innerhalb der verschiedenen Versorgungsformen zu variieren“ (Weyerer et al. 2005a: 93). Ungeachtet dessen lieferte die Evaluation der besonderen Dementenbetreuung jedoch erste Anhaltspunkte zur Effektivität von deutschen Versorgungsalternativen für demenziell Erkrankte auf methodisch solidem Niveau; eine Entwicklung, die nach Ansicht von Weyerer et al. (2006: 130) einer unbedingten Fortschreibung bedarf: „Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass es an fundierten Kenntnissen über die Wirksamkeit gerontopsychiatrischer Versorgungsformen erheblich mangelt, sollte sowohl die Weiterentwicklung entsprechender Konzepte als auch ihre Evaluation gefördert werden.“

Zuvor wurde diese Forderung bereits durch die von Heeg et al. (2004: 1ff) durchgeführte Evaluation zu den Auswirkungen der MIDEMAS-Wohngruppen aufgegriffen, die allerdings unter methodischen Gesichtspunkten hinter der Evaluation der besonderen Dementenbetreuung zurückbleibt und ungeachtet einiger Erfolge in weiten Teilen sehr unterschiedlich ausfiel. Wie von den Autoren erwartet, konnte der Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit der insgesamt 70 untersuchten Wohngruppen-Bewohner im Verlauf der sechsmonatigen Untersuchungsphase nicht verzögert werden. Und ungeachtet des verstärkten Einsatzes von ergotherapeutischen Interventionen und anderen körperlichen Aktivierungsmaßnahmen war auch die Alltagskompetenz der Erkrankten im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens einer signifikanten Verschlechterung unterworfen. Insbesondere in den Bereichen der Mobilität und der Kontinenz waren im zeitlichen Verlauf deutliche Verluste zu beobachten. Im Gegensatz dazu konnten in einigen verhaltensassoziierten Bereichen deutliche Verbesserungen erzielt werden. Dies galt etwa für das reduzierte Eindringen der Bewohner in andere Räume, die Verringerung von kontinuierlichen Forderungen nach Zuwendung und Hilfe oder – in

signifikantem Ausmaß – für die Verringerung der Weglaufgefährdung. Positiv hervorzuheben ist ferner der Umstand, dass sich die Intensität der sozialen Kontakte der Bewohner (Besuche von Angehörigen, Interaktionen mit Pflegekräften und anderen Heimbewohnern) im Verlauf der Untersuchung nicht verringerte, sondern weitgehend konstant blieb. Die selbständige Beschäftigung der Bewohner mit eigenen Interessen bzw. das Ausmaß an selbst initiierten Freizeitaktivitäten blieb im Verlauf der Untersuchung jedoch gering.

Unseren Hypothesen zufolge erwarteten wir im Zuge der Intervention deutlichere Verbesserungen in diesen Bereichen. Vor dem Hintergrund der schweren demenziellen und körperlichen Beeinträchtigungen der BewohnerInnen, die die Möglichkeiten, solchen Aktivitäten nachzugehen – selbst bei gutem Angebot – a priori erheblich begrenzen, muss allerdings in Frage gestellt werden, ob solche Erwartungen den Potenzialen dieser Personengruppe tatsächlich entsprechen (Heeg et al. 2004: 32).

Inwieweit sich das Klima in den MIDEMAS-Wohngruppen auf das Wohlbefinden der Bewohner auswirkte, kann anhand der Untersuchungsergebnisse nicht eindeutig bestimmt werden. Zwar zeigte sich der überwiegende Anteil der Angehörigen mit der in den Wohngruppen gewährleisteten Pflege- und Betreuungsqualität zufrieden und stellte ferner positive Veränderungen im Wohlbefinden und Verhalten der Bewohner fest. Die unter Verwendung des „Dementia Care Mapping“ durchgeführten Beobachtungen zeigten allerdings nur bei 17 Erkrankten bzw. 32 % der Bewohner eine Verbesserung des Wohlbefindens auf. Bei der überwiegenden Anzahl der Untersuchungsteilnehmer wurden keine Veränderungen beobachtet. Auch eine Reduktion der Wohlbefindlichkeitswerte war bei einer durchaus relevanten Anzahl von neun Bewohnern (17 %) feststellbar. Wie diese Ergebnisse zu bewerten sind kann aufgrund von fehlenden Vergleichswerten nicht abschließend beantwortet werden. Kritisch ist daher anzumerken, dass sich weder eine „randomisierte Zuweisung zur Interventionsgruppe [...] noch die Untersuchung einer Kontrollgruppe realisieren ließ. Die Untersuchung einer Kontrollgruppe war zum einen aus finanziellen Gründen nicht möglich, da der Auftraggeber lediglich Mittel zur Untersuchung der Interventionsgruppe zur Verfügung stellen konnte. Zum anderen zeichnete sich schon frühzeitig ab, dass in den Einrichtungen selbst nicht genügend Kontrollpersonen zur Verfügung stehen, die mit den Probanden der Interventionsstichprobe ‚gematcht‘ werden können“ (Heeg et al. 2004: 5f). Auch die geringe Anzahl der untersuchten Wohngruppen-Bewohner ließ insgesamt kaum Spielraum für eine differenzierte Auswertung zu. Dennoch zeigen sich die Autoren mit den Ergebnissen ihrer Untersuchung grundsätzlich zufrieden und stellen fest: „Das Projekt hat gezeigt, dass es auch in bestehenden, traditionellen Einrichtungen durch begrenzte bauliche Maßnahmen und durch entsprechende Qualifizierungen möglich ist, bedarfsorientierte Versorgungskonzepte

[...] für den Personenkreis der schwer demenziell erkrankten BewohnerInnen zu etablieren (Heeg et al. 2004: 33).

Auch die Untersuchung zur Effektivität der nordrhein-westfälischen Wohngruppen förder- te in einigen Bereichen positive Ergebnisse zu Tage. In der betreffenden Studie wurden 27 demenziell erkrankte Bewohner aus drei Wohngruppen über den Zeitraum eines Jahres im Hinblick auf die Entwicklung ihrer kognitiven, funktionalen und sozialen Fähigkeiten unter- sucht und zu Vergleichszwecken einer Kontrollgruppe von 33 Demenzerkrankten aus nicht- spezialisierten Wohnbereichen gegenübergestellt (vgl. Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2005: 95ff; Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006: 57ff). Entsprechende Erhebungen zeigten zu- nächst, dass die funktionalen Alltagskompetenzen der Wohngruppen-Bewohner (Essen, Baden, An- und Auskleiden etc.) im Verlauf der Untersuchung nicht erhalten werden konn- ten, obgleich das Ausmaß des Kompetenzverlustes in der Kontrollgruppe signifikant größer war. Und auch zur Präservierung des kognitiven Leistungsvermögens konnte die Wohngrup- penversorgung keinen Beitrag leisten. Erfolge zeigten sich dagegen in den emotional und sozial assoziierten Erhebungsbereichen. Die Stimmungslage der Wohngruppen-Bewohner hellte sich im Verlauf des Untersuchungszeitraums deutlich auf. Verschiedene Indikatoren wiesen auf Verbesserungen des Sozialverhaltens hin (z. B. im Hinblick auf die Aufrechter- haltung von Sozialkontakten). Auch die Intensität der Angehörigenbesuche nahm in den Wohngruppen im Verlauf der Untersuchung zu. Reggentin/Dettbarn-Reggentin (2005: 99) sehen den Erfolg der Wohngruppen daher insbesondere im Erhalt des sozialen und emotiona- len Fähigkeitsspektrums der Bewohner gegeben:

Die Wirksamkeit der milieuorientierten Wohngruppenversorgung demenziell Erkrankter lässt sich im Sozialverhalten und in der Stimmung der Bewohner belegen. Dies lässt sich auf die personelle Kontinuität, den strukturierten Tagesablauf und die persönliche Beziehung der Präsenzkraft zu den Bewohnern zurückführen. Die deutliche Steigerung der Bewohner in der Teilnahme an den Vorgängen ihrer Umgebung spricht ebenso für das Konzept, wie die Freu- de auf Ereignisse und die Kontakterhaltung zu nahe stehenden Personen.

Inwieweit die von den Autoren genannten Effekte jedoch auf die tagesstrukturierenden Maß- nahmen oder auf die persönlichen Beziehungen zwischen den Pflegekräften und den Bewoh- nern zurückgeführt werden können bleibt offen und geht aus den Ergebnissen der Untersu- chung nicht unmittelbar hervor. Schließlich wurden die Wohngruppen nur in ihrer Gesamt- heit evaluiert; einzelne konzeptionelle Bestandteile wurden mit Ausnahme der Erhebungen zu den arbeitsbedingten Belastungen der Pflegekräfte nicht untersucht. Selbige machten allerdings deutlich, dass die Arbeit in den Wohngruppen mit einer wesentlich größeren

physischen Belastung verknüpft war als dies bei den Mitarbeitern der herkömmlichen Wohnbereiche festgestellt werden konnte. Insgesamt betrachtet bleibt Aussagekraft der vorliegenden Studie begrenzt, da auf eine Randomisierung der Untersuchungsteilnehmer verzichtet werden musste und nur eine geringe Anzahl von Bewohnern zur Verfügung stand. Dennoch sind Reggentin/Dettbarn-Reggentin (2006: 159) vom Nutzen der Wohngruppen überzeugt und halten fest:

Die Ergebnisse zeigen ermutigende Perspektiven für die weitere Gestaltung der Versorgungslandschaft auf [...]. Sie belegen erstmals in Deutschland im Langzeitvergleich unter Hinzuziehung einer Kontrollgruppe die positive Wirkung von Wohngruppen auf die [...] Bewohner wie auch das Personal. Damit werden im Trend internationale Studien zur Effektivität von Wohngruppenkonzepten aus Frankreich, Großbritannien und Schweden bestätigt.

Allzu leicht können derartige Schlüsse jedoch nicht gezogen werden, abgesehen davon, dass auch die von den Autoren erwähnten internationalen Forschungsergebnisse zur Wohngruppenversorgung sicherlich einer vorsichtigen Betrachtung bedürfen (vgl. Kap. III/4.5).

Doch welche Parallelen weisen die Untersuchungsergebnisse zu den deutschen Versorgungsalternativen aus Hamburg, Stuttgart und Nordrhein-Westfalen schließlich auf? Alle Untersuchungen beziehen sich auf jeweils unterschiedliche Projekte, mit jeweils unterschiedlichen Strukturen und Pflegephilosophien und können aufgrund dieser konzeptionellen sowie einer darüber hinaus zu konstatierenden methodischen Heterogenität der in den jeweiligen Studien verwendeten Designs und Erhebungsverfahren nur bedingt miteinander verglichen werden. Unternimmt man dennoch zusammenfassend den Versuch, die zentralen Erhebungsdimensionen der deutschen Untersuchungen unverbindlich nebeneinander zu stellen, lassen sich geringe Schnittmengen zwischen den Ergebnissen bilden. Wie aus Tabelle 69 ersichtlich, zeigen alle Studien übereinstimmend, dass der durch die Demenzerkrankungen bedingte Verlust des kognitiven Leistungsvermögens nicht durch die dementengerechten Wohnformen verhindert werden konnte. Obgleich die Einheitlichkeit bei der Feststellung des kognitiven Leistungsverlustes sicherlich nicht überraschend ist, halten sich die Effekte auf das funktionale Fähigkeitsspektrum der Betroffenen ebenfalls in Grenzen. Auch in diesem Bereich konnte keine der deutschen Untersuchungen positive Entwicklungen aufzeigen. In Bezug auf den Erhalt der emotionalen Stabilität und des Wohlbefindens der Demenzerkrankten zeigt sich ein gemischtes Bild. Während die Studien aus Hamburg und Nordrhein-Westfalen jeweils positive Veränderungen anführen, konnten bei den Bewohnern der MIDEMAS-Wohngruppen nur geringe Anzeichen für eine Verbesserung des Wohlbefindens nachgewiesen werden.

Tab. 69: Schnittmenge gemeinsamer Untersuchungsergebnisse. Auswahl der wichtigsten Messbereiche aus den Evaluationen der „besonderen Dementenbetreuung“ in Hamburg, der „Milieuthérapeutisch orientierten Demenz-Wohngruppen Mannheim/Stuttgart“ (MIDEMAS) sowie der Wohngruppen aus Nordrhein-Westfalen.

Zusammengefasste Messbereiche	Hamburg	MIDEMAS	NRW
Kognition	/	-	-
Funktion	-	-	-
(Sozial-)Verhalten	+	+	+
Stimmung/ Wohlbefinden	+	~	+
Sozialkontakte (Bewohner und Personal)	+	~	/
Sozialkontakte (Angehörige)	/	~	+
+ positive Veränderung - negative Veränderung ~ keine Veränderung oder Konstanz / unklar oder nicht untersucht			

Quelle: Verfasser.

Ähnliches gilt für den Erhalt der Sozialkontakte zwischen den Erkrankten und ihren Angehörigen sowie zwischen den Erkrankten und den Mitarbeitern der jeweiligen Einrichtungen. Hier konnte in jeweils zwei Untersuchungen entweder eine Verbesserung oder eine zumindest konstante Beziehungsintensität nachgewiesen werden. Übereinstimmend positive Ergebnisse zeigten sich jedoch nur in den verhaltensassoziierten Messbereichen. Denn in allen untersuchten Einrichtungen war es möglich, zumindest temporäre Verbesserungen des Sozialverhaltens oder Reduzierungen von Verhaltensstörungen zu erreichen (vgl. Tab. 69). Ob dies ausreicht, das Wirkungsspektrum der vorgestellten Versorgungsalternativen zu belegen, kann und darf auf der Grundlage des angeführten Vergleichs nicht beantwortet werden. Ein Ausbau der empirischen Begleitforschung im Zuge der Umsetzung von nachfolgenden Modellprogrammen sowie die Realisierung von Folgeuntersuchungen zu bestehenden Versorgungsstrukturen wären hierzu sicherlich notwendig.

7 Schlussbetrachtung

Aus der Analyse der im dritten Teil der vorliegenden Arbeit ausgewählten segregativen Versorgungssettings resultiert ein insgesamt ernüchterndes Ergebnis: weder Wohngruppen noch gerontopsychiatrische Pflegebereiche können – gemessen an der Aussagekraft der bislang vorliegenden empirischen Begleitforschung – entscheidend dazu beitragen, den Verlauf von demenziellen Erkrankungen positiv zu beeinflussen, unabhängig davon, ob die untersuchten Settings einer dezidiert therapeutischen oder eher normalitätsorientierten Pflegephilosophie verpflichtet sind. Detaillierte Aussagen, die ein solches Ergebnis begründen,

lassen sich in gebündelter Form den zusammenfassenden Kapiteln der vorliegenden Arbeit eingehend entnehmen und sollen an dieser Stelle nicht nochmalig wiederholt werden. Gleiches gilt für die oftmals festzustellenden und ausgiebig diskutierten methodischen Mängel der analysierten Studien (fehlende Randomisierungen, kleine Stichproben, Erhebungen durch Pflegekräfte sowie eine häufig mangelnde Reliabilität, Stabilität und Sensitivität der verwendeten Instrumente), welche empirisch abgesicherte Aussagen und Beurteilungen deutlich erschweren. In der Beantwortung der in Kapitel III/2 aufgestellten Forschungsfragen lässt sich im Allgemeinen jedoch folgendes festhalten:

1. Eine längerfristige Einflussnahme auf die krankheitsbedingte Reduktion des funktionalen Fähigkeitsspektrums von Demenzerkrankten kann nach den bislang vorliegenden Erkenntnissen nahezu ausgeschlossen werden, unabhängig davon, in welchem Setting eine Versorgung der Betroffenen erfolgt. Zwar werden im Hinblick auf die Präservierung des alltagsbezogenen Kompetenzbereiches immer wieder Erfolge berichtet – und von der einschlägigen Fachliteratur immer wieder dankbar aufgenommen. Gerade die Resultate der wenigen kontrollierten und anhand von größeren Populationen durchgeführten Studien stellen diese Erfolgsberichte jedoch entschieden in Frage. Eine Verringerung bzw. Verbesserung der verhaltensassoziierten Störungsmuster (z. B. Agitation oder Aggression) scheint nach derzeitigem Erkenntnisstand ebenfalls nur in höchst beschränktem Ausmaß möglich, auch wenn einzelne Studien auf deutliche Erfolge verweisen. Eine vorsichtig optimistische Aussage lässt sich nur im Hinblick auf die Anwendung von physischen und pharmakologischen Fixierungsmaßnahmen formulieren, die in spezialisierten Versorgungssettings seltener zum Einsatz kommen als dies in herkömmlichen nichtspezialisierten Pflegeeinrichtungen der Fall ist.
2. Inwieweit die spezielle Dementenbetreuung dazu beitragen kann, die Lebensqualität der Erkrankten zu erhalten oder zu verbessern, kann auf der Grundlage der vorliegenden Datenbasis nicht abschließend eingeschätzt werden; denn die derzeitige Hinwendung zu einer verstärkt holistischen Betrachtung des demenziellen Krankheitsprozesses kommt in der versorgungsbezogenen Forschung bis zum heutigen Zeitpunkt nicht an. Es fehlt an Studien, die sich explizit mit einer Messung derartiger Effekte beschäftigen, obgleich entsprechende Erhebungsverfahren seit Jahren existieren. Dabei könnte gerade das Ausmaß des subjektiven Wohlbefindens der Erkrankten, wenn man selbiges als einen maßgeblichen Prädiktor der Lebensqualität begreift, entscheidend dazu beitragen, die Existenz der speziellen Versorgungsformen nachhaltig zu begründen.

3. Die Angehörigen von Demenzerkrankten sowie die in den jeweiligen Wohnformen beschäftigten Mitarbeiter können durchaus von der speziellen Dementenbetreuung profitieren. Mitarbeiterbefragungen lassen in vielen Fällen auf eine hohe Arbeitszufriedenheit schließen und auch die Familien der Erkrankten zeigen sich mit der Qualität der spezialisierten Versorgung in vielen Fällen deutlich zufriedener als dies bei den Familien der konventionell betreuten Demenzerkrankten festgestellt werden konnte (auch wenn letztlich keine Wohnform dazu beitragen kann, vorhandene Sorgen und Ängste der Angehörigen grundlegend zu reduzieren). Höhere Personalschlüssel, regelmäßige Fortbildungen, Supervisionen und Umstellungen der Pflegeorganisation („Die Bedürfnisse des Pflegepersonals sind genauso wichtig wie die Bedürfnisse der Bewohner“, vgl. Kap. III/4.2.1) zum einen sowie der Einbezug der Familien durch Unterstützungsgruppen, Schulungen und eine aktive Einbindung in den Betreuungsprozess zum anderen, hinterlassen durchaus nachweisbare und wegweisende Spuren.

Muss man jedoch, wie aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit ersichtlich, akzeptieren, dass eine objektiv messbare Beeinflussung des kognitiven, funktionalen und verhaltensassoziierten Fähigkeitsspektrums von Demenzerkrankten durch die spezialisierte Betreuung nicht erreicht werden kann, stellt sich zuletzt die Frage, welche Settings durch die „Nichterfüllbarkeit“ dieser therapeutischen Maßgaben zu favorisieren sind. Hiermit wird vor allem das konzeptionelle Grundgerüst der gerontopsychiatrischen Pflegebereiche in Frage gestellt, die unter Aufwendung von spezialisierten Pflgeteams, reizreduzierten Milieuanforderungen und Zuhilfenahme aller sonstigen, zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten der nicht aufzuhaltenden Progredienz des demenziellen Krankheitsprozesses entgegenzuwirken versuchen. Der weitgehende Ausschluss eines therapeutischen Erfolges führt ihre therapeutische Intention ad absurdum. Ein „betreuungsparadigmatischer“ Gegenentwurf könnte daher lauten: „Back to Simplicity“! Eine solche „Rückkehr zur Simplizität“ umfasst nicht die Forderung zur Aufgabe des therapeutischen Bemühens, beinhaltet jedoch eine stärkere Rückbesinnung auf die elementaren Bedürfnisse des alltäglichen Lebens nach Geborgenheit, sozialer Einbindung und normalitätsorientierter Kontinuität, die auch für demenziell erkrankte Menschen Gültigkeit besitzen. Die bislang existenten Wohngruppenkonzepte dürften daher wohl am besten geeignet sein, eine derartige Forderung zu erfüllen, da hier letztlich nicht die „Therapeutisierbarkeit“ sondern die „Normalisierbarkeit“ des demenziellen Krankheitsprozesses im Mittelpunkt steht. Für die Versorgungsforschung umfasst diese Forderung eine Abwendung von kognitiven, funktionalen und verhaltensassoziierten Fähigkeitsassessments und eine damit verknüpfte Erfolgsbewertung. Denn Versorgungsstrukturen müssen in erster

Linie dem Wohlbefinden der demenzerkrankten Bewohnerschaft genügen und nicht dem vermeintlichen Erfolgskriterium der funktionalen Kompetenzerhaltung.

IV Resümee

Ziel der vorgelegten Dissertation war es, einerseits die heute angewendeten Therapieansätze und andererseits verschiedene Versorgungssettings auf ihre Wirksamkeit im Sinne eines Einflusses auf demenzielle Erkrankungen im Alter und ihre Progression zu analysieren. Dazu wurden zahlreiche Studien herangezogen, die auf empirischer Grundlage genau dieser Fragestellung nachgehen. Viele dieser Studien weisen methodische Mängel auf, die eine Akzeptanz ihrer Resultate erschweren. Ohnehin wurde bislang nur ein geringer Teil der praktisch eingesetzten Therapie- und Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte auf breiterer Basis wissenschaftlich begleitet bzw. evaluiert. Versucht man dennoch die wichtigsten Ergebnisse dieser Arbeit zusammenzufassen und zu einer abschließenden Bewertung zu bringen, sind folgende Feststellungen und Überlegungen angebracht.

Zunächst ist festzuhalten, dass die Bereiche „Therapie und Wohnen“ in der Forschung nahezu unverbunden nebeneinander stehen und weit davon entfernt sind, sich gegenseitig zu einem klar strukturierten Behandlungskonzept zu ergänzen. Dies lässt sich anhand der empirischen Literatur belegen. So wurden die bislang zur Wirksamkeit der Therapieansätze veröffentlichten Studien fast ausnahmslos in herkömmlichen Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Umgekehrt wird in allen Untersuchungen zur Effektivität der spezialisierten Wohnangebote nicht auf mögliche Auswirkungen der verwendeten Therapieverfahren eingegangen. Zumeist stehen nur das globale Wirkungsspektrum der jeweiligen Versorgungsumwelt oder – in Einzelfällen – die Effektivität der personalpolitischen Modifikationen und pflegeorganisatorischen Bestandteile im Mittelpunkt. Gründe für oder gegen den Einsatz eines Therapieverfahrens werden in nahezu keinem Fall erwähnt, geschweige denn diskutiert. Es fehlt also an kombinierten Studien, die dementengerechte Wohnumgebungen mit klar umrissenen Therapiekonzepten (z. B. gerontopsychiatrische Wohnbereiche mit einer auf dem ROT oder der Validation basierenden Betreuungsphilosophie) untereinander vergleichen und der konventionellen Versorgung ohne therapeutisches Angebot gegenüberstellen. Ebenfalls ist fraglich, welchen praktischen Stellenwert die nonpharmakologischen Therapieansätze für die spezialisierten Wohnangebote besitzen. Zwar werden in den meisten Settings sowohl individuelle als auch gruppenorientierte Aktivitäten für die Bewohner bereitgehalten, die sich an deren kognitiven Fähigkeiten orientieren und die persönlichen Interessen und Ressourcen der Erkrankten berücksichtigen sollen; inwieweit dabei aber auf die im zweiten Teil der Arbeit angeführten Therapieprogramme zurückgegriffen wird, bleibt in den meisten Fällen unklar. Sicherlich ist dies zu einem Großteil der konzeptionellen Heterogenität und mangelnden Evidenz vieler

Therapieansätze geschuldet. Im Fall der Wohngemeinschaften wird aus paradigmatischen Erwägungen sogar teilweise oder gänzlich auf den Einsatz entsprechender Verfahren verzichtet und stattdessen die Beschäftigung mit alltäglichen Verrichtungen in den Vordergrund gestellt. Ein solcher Verzicht soll nicht in Frage gestellt werden, sofern in die Betreuung allgemein anerkannte „Standards“ wie die biografieorientierte Pflege einbezogen werden. Deutlich wird allerdings, dass im Rahmen einer Gesamtbewertung keine überschneidenden Aussagen zum Nutzen der analysierten Therapie- und Wohnangebote formuliert werden können.

Die Erkrankten selbst scheinen – bei vorsichtiger Interpretation der vorliegenden Forschungsbeiträge – von den speziell auf ihre Bedarfe und Bedürfnisse zugeschnittenen Versorgungs- und Therapieformen kaum zu profitieren. Nachhaltige Effekte auf die krankheitsbedingten Symptome konnten von keiner Untersuchung überzeugend nachgewiesen werden, und an diesem Umstand werden wohl auch weitere Effektivitätsstudien nichts ändern! Dies liegt jedoch nicht am „mangelhaften Erfolg“ der untersuchten Versorgungs- und Therapieprogramme, sondern an der Auswahl der für die Einschätzung ihrer Effektivität herangezogenen falschen Zielgrößen. So ist es im Hinblick auf eine chronisch degenerative Hirnerkrankung schlichtweg absurd, den Wert entsprechender Interventionen an der Erhaltung oder Verbesserung irreversibler kognitiver, funktionaler und verhaltensbedingter Defizite zu bemessen. Über die Gründe für ein solches Vorgehen kann nur spekuliert werden. Von Bedeutung ist sicherlich, dass für die genannten Bereiche ein breites Spektrum an validen Erhebungsinstrumenten zur Verfügung steht, mit deren Hilfe zuverlässige Daten zum Schweregrad der Erkrankung gewonnen werden können. Darüber hinaus sind Einflüsse des therapeutischen Paradigmas erkennbar, das sich in den zur Wirksamkeit der einzelnen Versorgungsstrukturen und Therapieansätze durchgeführten Untersuchungen in Form von kognitiven oder funktionalen Assessments niederschlägt und in der empirischen Forschung offensichtlich noch keiner verstärkt psychosozial bzw. ganzheitlich ausgerichteten Erfassung des Krankheitsprozesses Platz gemacht hat. Dies wird vor allem daran deutlich, dass mögliche Auswirkungen der Therapie- und Versorgungssettings auf die Lebensqualität der Erkrankten bislang kaum erforscht wurden. Zwar sind hier ohne Zweifel noch viele definitorische Fragen ungelöst. Die Aufgabe der Therapie- und Versorgungsforschung sollte dennoch darin bestehen, sich von den herkömmlichen Parametern einer einseitigen Effektivitätsmessung zu lösen. Ziel muss es sein, die Lebensqualität der Erkrankten stärker in den Mittelpunkt zu stellen und auf der Grundlage ihres empirisch ermittelten Ausmaßes über den

Nutzen entsprechender Angebote zu entscheiden. Die dazu benötigten Instrumente sind vorhanden.

Paradoxe Weise sind die „Profiteure“ der vorhandenen Therapie und Versorgungsoptionen eher im Umfeld der Demenzerkrankten zu suchen. Die professionellen Pflegekräfte erhalten durch die Anwendung eines Therapieverfahrens einen „Leitfaden“ für den Betreuungsalltag, der Anreize und Ideen zur Beschäftigung mit den Erkrankten bereithält und Möglichkeiten bietet, problematische bzw. krankheitsbedingte Verhaltensweisen besser zu verstehen und – im Optimalfall – angemessen darauf zu reagieren. Hierdurch kann das Pflegepersonal mehr Motivation und Sicherheit im Umgang mit den Betroffenen gewinnen. Zudem können spezialisierte Versorgungssettings für die Mitarbeiter ein befriedigendes Arbeitsumfeld bieten, sofern diese eine zahlenmäßig überschaubare Bewohnerschaft aufweisen, das gemeinsame Leben mit den Erkrankten (und ihren Angehörigen) in den Mittelpunkt stellen und dem Personal nicht die Abarbeitung kaum zu bewältigender Pflegeroutinen abverlangen. Kommen regelmäßige Fortbildungen und Supervisionen hinzu, sind zufriedenstellende Arbeitsbedingungen wahrscheinlich. Die Angehörigen eines Demenzerkrankten werden durch die professionelle Versorgung nicht von grundlegenden Ängsten und Sorgen um den Erkrankten befreit; diese kann jedoch dazu beitragen, psychische Belastungen erheblich zu verringern. Wissen die Angehörigen ihr demenzerkranktes Familienmitglied gut versorgt und werden sie selbst aktiv in den Alltag der Einrichtung integriert, kann dies zu einer Entspannung ihrer Lebenssituation beitragen. Demenzerkrankte können indirekt von diesen Effekten profitieren. Zumindest dürfte sich ein gutes Arbeitsklima unter den Mitarbeitern nicht negativ auf das Wohlbefinden der Erkrankten auswirken. Auch eine gute körperliche und emotionale Stabilität der familiären Bezugspersonen kann sicher dazu beitragen, die Beziehungen zwischen dem Erkrankten und seinen Angehörigen aufrechtzuerhalten oder zu vertiefen.

Ungeachtet aller Bemühungen können die für demenziell erkrankte Menschen konzipierten Wohn- und Betreuungsstrukturen allerdings keine gleichwertige oder sogar bessere Alternative für die häusliche Pflege bieten. Im eigenen Zuhause bewegt sich der Erkrankte in seinem ihm bekannten Umfeld, das ungeachtet seiner fortschreitenden Erkrankung Orientierung und Sicherheit bietet und – wenn auch in zunehmend eingeschränktem Ausmaß – die Kontinuität seines bisher geführten Lebens ermöglicht. Ziel muss es daher sein, die häusliche Pflege und Betreuung zu stärken, um eine stationäre Unterbringung der Erkrankten möglichst lange hinauszuzögern oder zu vermeiden. Dies erfordert eine stärkere finanzielle Würdigung der ambulanten Pflege, mehr finanzielle Mittel für die Bereitstellung entlastender Angebote (z. B. regelmäßige Urlaube für Angehörige) und – damit verknüpft – einen stärkeren Ausbau

von (psychosozialen) Unterstützungsmaßnahmen für die Pflegenden (Beratungsangebote, Pflegekurse etc.). Schon heute könnten nach Ansicht von Scherer (2005: 122) etwa ein Drittel aller Heimeinweisungen vermieden werden, sofern die ambulante Betreuung intensiver gefördert würde. Der mit der anstehenden Reform der Pflegeversicherung geplante Ausbau der Leistungen für die im gegenwärtigen System bislang kaum berücksichtigte Gruppe der demenziell Erkrankten wird zeigen, in welchem Ausmaß derartige Forderungen erfüllt werden können.

Es sollte allerdings nicht übersehen werden, dass die Funktionsfähigkeit des familiären Pflegenetzwerks durch gesellschaftliche und demografische Veränderungen bedroht ist. So wird der in Kapitel I/3.1 beschriebene Geburtenmangel in naher Zukunft dazu führen, dass immer weniger Kinder – also die neben den Ehepartnern zumeist für die Pflege der Erkrankten verantwortlichen Bezugspersonen – für die Pflege ihrer Eltern zur Verfügung stehen und Demenzerkrankte damit seltener zu Hause gepflegt werden können. Die Erwerbsquote der Frauen nimmt aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen und ökonomischer Zwänge kontinuierlich zu. Auch die wachsende Zahl der Single-Haushalte, die anhaltende Tendenz zu Ehescheidungen und die Zunahme von nichtehelichen Lebensgemeinschaften können negative Auswirkungen auf die Möglichkeiten zur Inanspruchnahme informeller Hilfen haben. Eine solche Entwicklung hat die Konsequenz, dass sich der Bedarf an stationären Pflegeangeboten zukünftig erhöhen wird. Ist die häusliche Pflege aufgrund der zunehmenden Progression einer Demenzerkrankung nicht mehr möglich oder kann aufgrund von anderen Ursachen nicht auf ein ausreichendes Maß an informeller Hilfe zurückgegriffen werden, ist eine spezialisierte Versorgung der Erkrankten sicherlich gegenüber der konventionellen integrativen Unterbringung zu bevorzugen. Ob eine solche Versorgung in gerontopsychiatrischen Abteilungen herkömmlicher Pflegeeinrichtungen oder – wie in der Zusammenfassung des dritten Teils der Arbeit auf der Grundlage paradigmatischer Überlegungen vorgeschlagen – durch den Aufenthalt in einer dementengerechten Wohngemeinschaft erfolgt, ist nach den Ergebnissen dieser Arbeit sekundär. Ziel muss es sein, eine kleine Gruppe von Demenzerkrankten in einem überschaubaren wohnlichen und familiären Setting zu betreuen, das den Betroffenen Sicherheit bietet, den Verlust der eigenen vertrauten Umgebung zumindest teilweise kompensiert, die Fortführung gewohnter Alltagsaktivitäten in einer möglichst „normalen“ Umwelt erlaubt und auf diese Weise ein „Stückchen Leben“ erhält. Da die Wohngruppenversorgung, wie auf der Grundlage ihrer normalitätsorientierten Pflegephilosophie angenommen werden kann, derzeit am besten geeignet ist, diese Vorgaben zu erfüllen, gehört sie als Alternative zur häuslichen Betreuung der Erkrankten sicherlich zur ersten Wahl.

Abkürzungsverzeichnis

AAMI	Age associated memory impairment
AARS	Philadelphia Geriatric Center Apparent Affect Rating Scale
ABRS	Adaptive Behavior Rating Scale
AChE	Acetylcholinesterase
AD	Alzheimer-Demenz (=DAT)
ADAS	Alzheimer Disease Assessment Scale
ADAS-K	kognitiver Testteil des ADAS
ADAS-N	Interviewteil des ADAS
ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AGP	Manual zur Dokumentation gerontopsychiatrischer Befunde
AGS	American Geriatrics Society
AMDP	Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde
APP	Amyloid Precursor Protein
BANS-s	Bedford Alzheimer Nursing Severity-scale
BDA	Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschland
BDAE	Boston Diagnostic Aphasia Examination
BEHAVE-AD	Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Scale
BMD	Behaviour and Mood Disturbance Scale
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung
BOR	Behaviour Observation Rating Scale
BPSD	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
CAMCOG	kognitive Testbatterie des CAMDEX
CAMDEX	Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly
CAPE	Clifton Assessment Procedures for the Elderly
CAPE-BRS	Behaviour Rating Scale des CAPE
CAPE-IO	CAPE Information-Orientation Scale
CARE	Comprehensive Assessment and Referral Evaluation
CAS	Clifton Assessment Schedule
CAT	Cholin-Acetyltransferase
CD	kortikale Demenz
CDR	Clinical Dementia Rating Scale

CGBRS	Crichton Geriatric Behavioural Rating Scale
CGRS	Crichton Geriatric Rating Scale
CMAI	Cohen-Mansfield Agitation Inventory
DAT	Demenz vom Alzheimer-Typ
DEM	Dihydroergotoxinmethansulfonat
DSM-III	Diagnostisches und statistisches Manual, 3. Auflage
DSM-IV	Diagnostisches und statistisches Manual, 4. Auflage
DSS	Depressive Signs Scale
DSSI/sAD	Personal Disturbance Scale
ECA	Echelle de Comportement et Adaptation-Skala
EMSQ	Extended Mental Status Questionnaire
FAC	Functional Abilities Checklist
FBL	Freiburger Beschwerdeliste
FLD	Frontallappendegeneration
FTD	Frontotemporalen Demenz
GBB	Gießener Beschwerdebogen
GBP	Great Britain Pound
GBS	Gottfries-Bråne-Steen-Skala
GDS	Geriatric Depression Scale
GHQ	General Health Questionnaire
GIPB	Geriatric Indices of Positive Behavior
GL	Group Living
GRS	Geriatric Rating Scale
HOPS	hirnorganisches Psychosyndrom
IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
ICD-10	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
IIR	Individual Incident Record
IPA	International Psychogeriatric Association
ISGOS	Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien, Berlin
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
KDRS	Kingston Dementia Rating-Skala
LKB	Leichte Kognitive Beeinträchtigung
LKD	Lewy-Körper-Demenz
MBPC-NH	Memory and Behavior Problems Checklist – Nursing Home Version

MCI	Mild Cognitive Impairment
MDDAS	Multi-Dimensional Dementia Assessment Scale
MDS	Minimaldatensatz für die Beurteilung von Heimbewohnern und die Pflegeplanung
MDS+	Minimum Data Set Plus
MDS-ADL	Minimum Data Set – Activities of Daily Living
MID	Multiinfarktdemenz
MIDEMAS	Milieutherapeutisch orientierten Demenz-Wohngruppen Mannheim/ Stuttgart
MMSE	Mini-Mental State Examination
MMSE-M	Subskala „kognitive Leistungsfähigkeit“ der MMSE
MMSE-O	Subskala „Orientierung“ der MMSE
MMS	analog zu MMSE
MMST	analog zu MMSE
MOSES	Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects
MSBS	Minimal Social Behavior Scale
MSQ	Mental Status Questionnaire
MSQ	Minnesota Satisfaction Questionnaire
NEXT	Nurses' early exit study
NHP	Nottingham Health Profile
NMDA	N-Methyl-D-Aspartat
Non-SCU	nichtspezialisierte Pflegeabteilung
NOSGER	Nurses Observation Scale for Geriatric Patients
NPI	Neuropsychiatric Inventory
OBS	Organic Brain Syndrome Scale
OSGP	Berg's Orientation Scale for Geriatric Patients
OTA	Office of Technology Assessment
PADL	Performance Test of Activities of Daily Living
PGCMS	Philadelphia Geriatric Center Morale Scale
PSMS	Physical Self-Maintenance Scale
PVA	Pflege- und Verhaltensassessment
QoL/QOL	Quality of Life
QUIS	Quality of Interactions Schedule
rCBF	regionaler cerebraler Blutfluss

ROT	Realitäts-Orientierungs-Training
RS	Relatives' stress scale
SCU	Special Care Unit
SD	subkortikale Demenz
SD	standard deviation (dt. Standardabweichung)
SDAT	Senile Demenz vom Alzheimer-Typ (= DAT; AD)
SEK	schwedische Kronen
SET	Selbsterhaltungstherapie
SIDAM	Strukturierte Interview zur Diagnose von Demenzen vom Alzheimer-Typ, der Multiinfarkt-/vaskulären Demenz und Demenzen anderer Ätiologie
SISCO	kognitiver Testteil des SIDAM
SOM	Short Observation Method
SPMSQ	Short Portable Mental Status Questionnaire
SSRI	Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer
TESS-2	Therapeutic Environment Screening Scale
TFDD	Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung
TI	traditional institution
WHO	World Health Organization
ZARIT	Zarit Burden Interview

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	„Cascade of events associated with β -Amyloid generation and cell death“.	17
Abb. 2	Geschätzte Verteilung der irreversiblen Demenzformen.	39
Abb. 3	Der diagnostische Prozess in der Gerontopsychiatrie am Beispiel der Diagnose Demenz.	50
Abb. 4	Differenzialdiagnose der Demenz.	65
Abb. 5	Ordnungsversuch der häufigsten Therapieverfahren unter dem Aspekt ihrer grundlegenden Zielrichtung.	92
Abb. 6	Grafische Umsetzung der Tabelle 12.	121
Abb. 7	Mittelwerte der erreichten KDRS-Testwerte vor („before“) und nach („after“) der Untersuchung sowie zum Zeitpunkt der Follow-up-Untersuchung („follow-up“) für Gruppe 1 („Reality orientation“), Gruppe 2 („Social interaction“) und Gruppe 3 („Regular hospital care“).	123
Abb. 8	Auswertung von „Clifton Assessment Schedule“ (=„Clifton“) und „Orientation test“ (= „Orientation“).	127
Abb. 9	Auswertung der „Behaviour and Mood Disturbance Scale“ (BMD) und ihrer Subskalen „Stimmungsstörungen“ („Mood Disturbance“), „apathisch/ zurückgezogenes“ („Apathetic/Withdrawn“) und „aktiv/unruhiges“ („Active/Disturbed“) Verhalten (Mittelwerte).	128
Abb. 10	Auswertung der „Relatives' stress scale“ (RS) und ihrer Subskalen „persönlicher Stress“ („Personal Distress“), „häusliche Unruhe“ („Domestic Upset“) und „negative Gefühle“ („Negative Feelings“) (Mittelwerte).	128
Abb. 11	Auswertung der „Relatives' Mood Scale“.	129
Abb. 12	Häufigkeit aggressiver Verhaltensweisen in den Gruppen „Music first“ und „No music first“ im Untersuchungsverlauf.	170
Abb. 13	Anteil der von den Untersuchungsteilnehmern durchgeführten „SOM-Aktivitäten“ an der Gesamtheit des Beobachtungszeitraums.	207
Abb. 14	Anteil der mindestens 1-minütigen Gespräche zwischen den Bewohnern und den Mitarbeitern („staff-subject“) sowie zwischen den Bewohnern untereinander („subject-subject“) an der Gesamtheit des Beobachtungszeitraums.	208
Abb. 15	OBS- und DSS-Werte der DOMUS-Bewohner zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung und der nachfolgenden Messungen.	211

- Abb. 16 GBS-Werte der GROUP LIVING-Bewohner (rot) und der Krankenhaus-Bewohner (blau) nach sechs sowie nach zwölf Monaten (jeweils im Vergleich zu den Baseline-Messungen am Anfang der Untersuchung). 271
- Abb. 17 Grundrisse der Malmöer GROUP LIVING-Wohngemeinschaften (GL). Flurbereiche in schraffierter Darstellung. 274

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Entwicklung der Bevölkerungszahl und des Anteils älterer und hochaltriger Menschen, 1953 bis 2050.	31
Tab. 2	Prävalenz psychischer Erkrankungen bei alten Menschen. Resultate von in Deutschland durchgeführten Studien.	36
Tab. 3	Schätzung der Zahl von älteren Demenzkranken.	38
Tab. 4	Jährliche Neuerkrankungen an Demenz in Deutschland nach Alter.	40
Tab. 5	Differenzialdiagnostik: Demenz und Delir.	66
Tab. 6	Differenzialdiagnostik: Demenz und Depression.	68
Tab. 7	Häufig verordnete Antidementiva.	86
Tab. 8	Nichtmedikamentöse Therapien im Rahmen internationaler Patientenleitlinien.	91
Tab. 9	Mittelwerte (Standardabweichungen) für alle Gruppen und zu jedem Untersuchungszeitpunkt.	117
Tab. 10	Testergebnisse zu Beginn („T-0“) und nach Durchführung („T-1“) des ROTs. Mittelwerte (und Standardabweichungen).	119
Tab. 11	Evaluation der MMSE-Subskalen „Orientierung“ (MMSE-O) und „Gedächtnis“ (MMSE-M) vor („T-0“) und nach („T-1“) Durchführung des ROTs. Mittelwerte (und Standardabweichungen).	120
Tab. 12	Evaluation der MMSE- und OSGP-Ergebnisse vor („T-0“), unmittelbar nach („T-1“) und drei Monate nach („T-3“) Durchführung des ROTs. Mittelwerte (und Standardabweichungen).	121
Tab. 13	Kommunikationstechniken und die Häufigkeit ihrer Anwendung.	145
Tab. 14	Effektivität der Kommunikationstechniken im Untersuchungsverlauf.	146
Tab. 15	Mittelwerte und Standardabweichungen der Messergebnisse zu Beginn („Pretest“) und nach Beendigung („Posttest“) der Untersuchung.	149
Tab. 16	Ergebnisse der CAPE-Subskala („Information/ Orientation“) im Verlauf der Untersuchung.	151
Tab. 17	Ergebnisse der Interaktions-Beobachtungen im Untersuchungsverlauf.	151
Tab. 18	Ergebnisse der MOSES Subskalen.	155
Tab. 19	Auswertung des CMAI-N und CMAI-O.	156
		421

Tab. 20	Häufigkeiten der beobachteten Verhaltensweisen unter den Bedingungen „mit Musik“ und „ohne Musik“.	169
Tab. 21	Vergleich der fünf häufigsten aggressionsassoziierten Verhaltensweisen unter den Bedingungen „mit Musik“ und „ohne Musik“.	170
Tab. 22	Häufigkeit agitierter Verhaltensweisen im Untersuchungsverlauf.	173
Tab. 23	Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer und Primär Diagnosen.	204
Tab. 24	OBS- und DSS-Werte der Untersuchungsteilnehmer sowie Mittelwerte der ABRs-Skala.	205
Tab. 25	Grundlegende Charakteristika und Indizes für Stimmung und Wohlbefinden des Pflegepersonals.	206
Tab. 26	Grundlegende Charakteristika und Indizes für Stimmung und Wohlbefinden des Pflegepersonals.	210
Tab. 27	ABRS-Werte der „Domus A“-Bewohner zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung und der nachfolgenden Messungen.	212
Tab. 28	Prozentualer Anteil der SOM-kodierten Tätigkeiten und Interaktionen an der Gesamtheit des jeweiligen Beobachtungszeitraums.	213
Tab. 29	Anzahl und Qualität der Interaktionen (nach QUIS-Kategorien) zwischen Bewohnern und Pflegepersonal zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung in der Langzeitpflegeeinrichtung sowie drei, sechs und zwölf Monate nach dem Umzug in die Domus-Einheiten.	215
Tab. 30	MSQ- und GHQ-Werte der Mitarbeiter von „Unit 1“ und „Unit 2“ zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung (nur „Unit 1“) sowie sechs Monate und zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn („Unit 1“ und „Unit 2“).	218
Tab. 31	OBS-, CAPE I/O- und DSS-Werte der Bewohner von „Unit 1“ und „Unit 2“ zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung sowie sechs und zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn.	219
Tab. 32	ABRS-Werte der Bewohner von „Unit 1“ (U1) und „Unit 2“ (U2) zum Zeitpunkt der „Baseline“-Erhebung sowie sechs und zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn.	220
Tab. 33	Qualität der Interaktionen (nach QUIS-Kategorien) zwischen Bewohnern und Mitarbeitern von „Unit 1“ und „Unit 2“ und ihre durchschnittliche Anzahl pro Tag. Sortierung nach Erhebungszeitpunkten.	221
Tab. 34	Beschreibung der untersuchungsrelevanten Betreuungsprogramme.	236

Tab. 35	Subjektiver Gesundheitszustand (NHP) und Arbeitsbelastung (ZARIT) der pflegenden Angehörigen (oder Bezugspersonen) jedes Betreuungsprogramms. Odds Ratios abgestimmt auf ADL, Institution, Alter, Geschlecht und Stellung der primären Pflegeperson (oder Bezugsperson).	238
Tab. 36	Mortalität und mittlere Überlebensdauer der CANTOU- und Krankenhausbewohner.	239
Tab. 37	Unterschiede zwischen den CANTOU- und den Krankenhausbewohnern in Bezug auf soziodemografische und klinische Variablen.	242
Tab. 38	Verhaltensbedingte und kognitive Unterschiede zwischen den CANTOU- und den Krankenhausbewohnern.	243
Tab. 39	Unterschiede in den beobachteten Verhaltensweisen von 27 Vergleichspaaren der CANTOU- und Krankenhauspopulation.	245
Tab. 40	Prozentualer Anteil der Zustimmung der Angehörigen der CANTOU- und der Krankenhausbewohner mit den Items des Angehörigen-Fragebogens.	248
Tab. 41	Auswertung der „Echelle de Comportement et Adaption“-Skala (ECA) im Vergleich zu den Untersuchungsergebnissen von Ritchie et al. (1992) („INSERM-CANTOU“ und „INSERM-Krankenhaus“).	250
Tab. 42	Prozentualer Anteil der Zustimmung der Angehörigen der Cantou-Bewohner mit den Items des Angehörigen-Fragebogens, im Vergleich zu den Ergebnissen von Ritchie et al. (1992) („INSERM-CANTOU“ und „INSERM-Krankenhaus“).	252
Tab. 43	Charakteristika der GROUP LIVING-Bewohner (GL) und der in den Krankenhäusern versorgten Vergleichsgruppe (TI) zu Untersuchungsbeginn. Alter, Geschlecht, Diagnosen, Schweregrad der Demenz nach auf der Berger-Skala und Mittelwerte der cerebralen Blutfluss-Messungen (rCBF).	266
Tab. 44	Ergebnisse der OBS-Messungen („Confusion-Subskala“). Ergebnisse bei Untersuchungsbeginn und Veränderungen nach sechs sowie nach zwölf Monaten zwischen den GROUP LIVING- (GL) und den Krankenhaus-Bewohnern (TI).	267
Tab. 45	Ergebnisse der OBS-Messungen („Disorientation-Subskala“). Ergebnisse bei Untersuchungsbeginn und Veränderungen nach sechs sowie nach zwölf Monaten zwischen den GROUP LIVING- (GL) und den Krankenhaus-Bewohnern (TI).	268
Tab. 46	Messergebnisse der „Organic Brain Syndrome Scale“ zu Beginn der Untersuchung (Baseline) und zwölf Monate nach Untersuchungsbeginn. Gesamtergebnis („Gruppe A, B und C“) und separate Ergebnisse der drei Untersuchungsgruppen.	275
		423

Tab. 47	Veränderungen in der Einstellung des Wohngruppen- (GL) und des Krankenhaus-Personals (TI) bezüglich der Qualität der eigenen Pflegeeinrichtung, eigenem Wohlbefinden und Wohlbefinden der Bewohner im Verlauf der Untersuchung.	279
Tab. 48	Vorschläge des Pflegepersonals zur Verbesserung der Pflegequalität.	280
Tab. 49	Veränderungen der Arbeitszufriedenheit der GROUP LIVING- (GL) und der Krankenhaus-Mitarbeiter (TI) im Verlauf der Untersuchung.	280
Tab. 50	Entwicklung der MMSE- und MDDAS-Werte (ADL und Verhalten) bei den GROUP LIVING-Bewohnern (GL) und den Teilnehmern der Kontrollgruppe (Kontrolle) im Verlauf der einjährigen Untersuchungsphase.	283
Tab. 51	MDDAS-Items mit signifikanten Veränderungen im Verlauf der Untersuchung. GROUP LIVING-Bewohner (GL), Kontrollgruppe (K).	283
Tab. 52	Veränderungen der verhaltensassoziierten Items des „Neuropsychiatric Inventory“ (NPI) unmittelbar nach dem Einzug der SCU-Bewohner (Baseline) sowie drei und sechs Monate nach Untersuchungsbeginn.	332
Tab. 53	Entwicklung der kognitiven, funktionalen und verhaltensassoziierten Messwerte sowie Veränderungen des Medikamentenbedarfs und der Fixierungsfrequenz.	334
Tab. 54	Einschätzungen der Angehörigen zur Entwicklung der physischen, emotionalen, sozialen und kognitiven Fähigkeiten der Demenzerkrankten.	336
Tab. 55	Relativer Funktionsverlust und Hazard Raten des funktionalen Abbaus aller SCU- und Non-SCU-Bewohner.	342
Tab. 56	Unabhängige Prädiktoren körperlicher und pharmakologische Fixierungen. Ergebnisse logistischer Regression.	344
Tab. 57	Häufigkeit der von den Untersuchungsteilnehmern initiierten Interaktionen (verbal oder nonverbal) mit dem Pflegepersonal und den Angehörigen der Erkrankten.	347
Tab. 58	Veränderungen (gepaarter t-Test) der untersuchten Variablen im Verlauf der Untersuchung.	348
Tab. 59	Ergebnisse der DS-DAT-Erhebungen im Untersuchungsverlauf.	351
Tab. 60	Querschnittlicher Vergleich zwischen den Stichtagspopulationen der besonderen Dementenbetreuung und der nichtspezialisierten, traditionellen Vergleichseinrichtungen (nach Parallelisierung). Ausgewählte Ergebnisse.	380

Tab. 61	Längsschnittlicher Vergleich (T1-T2) zwischen den Stichtagspopulationen der besonderen Dementenbetreuung (BD) und der nichtspezialisierten, traditionellen Vergleichseinrichtungen (TP) (nach Parallelisierung). Ausgewählte Ergebnisse.	381
Tab. 62	Längsschnittlicher Vergleich (T1-T2) zwischen den Neuaufnahmen der besonderen Dementenbetreuung (BD) und der nichtspezialisierten, traditionellen Vergleichseinrichtungen (TP) (nach Parallelisierung). Ausgewählte Ergebnisse.	382
Tab. 63	Arbeitsbelastung (T-Werte der Skalen) und depressive Symptomatik (CES-D-Skala, in %) der Mitarbeiter der besonderen Dementenbetreuung im Vergleich zu den Mitarbeitern der traditionellen Pflegeeinrichtungen. Ausgewählte Ergebnisse.	384
Tab. 64	Merkmale der untersuchten Wohngruppen für mittelgradig bis schwer demenzerkrankte Menschen.	393
Tab. 65	Übersicht der sozialen Kontakthäufigkeit. Vergleich zwischen Wohngruppen und Kontrollgruppe im Verlauf der Untersuchung (T1 bis T3).	396
Tab. 66	Sozialverhalten. Einzelscores aus 5 Items der NOSGER. Vergleich zwischen Wohngruppen und Kontrollgruppe im Verlauf der Untersuchung (T1 bis T3).	397
Tab. 67	NOSGER-Werte: Stimmung. Vergleich zwischen Wohngruppen und Kontrollgruppe im Verlauf der Untersuchung (T1 bis T3).	397
Tab. 68	Angaben der Pflegekräfte zu den Belastungen im Umgang mit den Bewohnern, Angehörigen, Kollegen und Vorgesetzten sowie zu den organisatorischen Abläufen der Einrichtungen.	399
Tab. 69	Schnittmenge gemeinsamer Untersuchungsergebnisse. Auswahl der wichtigsten Messbereiche aus den Evaluationen der „besonderen Dementenbetreuung“ in Hamburg, der „Milieutheraeutisch orientierten Demenz-Wohngruppen Mannheim/Stuttgart“ (MIDEMAS) sowie der Wohngruppen aus Nordrhein-Westfalen.	407

Literaturverzeichnis

Achterberg, W. (2004): Caring for quality. The use of the Minimum Data Set (MDS) for research into quality of care and patient functioning in nursing homes. Univ. Diss. Wageningen.

AD2000 Collaborative Group (2000): Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): randomised double blind trial. *The Lancet*. 363, S. 2105-2115.

Alfredson, B. B./ Annerstedt, L. (1994): Staff attitudes and job satisfaction in the care of demented elderly people: group living compared with long-term care institutions. *Journal of advanced nursing*. 20, (5), S. 964-974.

Alzheimer's Disease International (2000): Risk factors for dementia. Factsheet 9. Im Internet: <http://www.alz.co.uk>, Stand: 02.02.07.

Alzheimer's Society (2003): What is frontotemporal dementia? (including Pick's disease). Information Sheet. Im Internet: <http://www.alzheimers.org.uk>, Stand: 02.02.07.

Aneshensel, C. S./ Pearlin, L. I./ Levy-Storms, L. (2000): The transition from home to nursing home mortality among people with dementia. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. 55B, (3), S. 152-162.

Annerstedt, L. (1993): Development and consequences of group living in Sweden. A new mode of care for the demented elderly. *Social science & medicine*. 37, (12), S. 1529-1538.

Annerstedt, L./ Fournier, K./ Gustafson, L. et al. (1993a): Group Living for people with dementia. *Stirling*.

Annerstedt, L./ Gustafson, L./ Nilsson, K. (1993b): Medical outcome of psychosocial intervention in demented patients. One-year clinical follow-up after relocation into group living units. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 8, (10), S. 833-841.

Annerstedt, L. (1994): An attempt to determine the impact of group living care in comparison to traditional long-term care on demented elderly patients. *Aging (Milano)*. 6, (5), S. 372-380.

Annerstedt, L. (1995a): Wohngruppenpflege in Schweden. Erfahrungen aus dem Malmö-Modell. In: *Psychogeriatric in Europa. Modelle für Deutschland*. Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart, Materialien 1/95. Stuttgart, S. 19-30.

Annerstedt, L. (1995b): On group-living care for the demented elderly. Experiences from the Malmö Model. Lund.

- Arling, G./ Williams, A. R. (2003): Cognitive Impairment and Resource Use of Nursing Home Residents: A Structural Equation Model. *Medical Care*. 41, (7), S. 802-812.
- Augustinack, J. C./ Schneider, A./ Mandelkow, E.-M. et al. (2002): Specific tau phosphorylation sites correlate with severity of neuronal cytopathology in Alzheimer's disease. *Acta neuropathologica*. 103, S. 26-35.
- Babins, L. (1988): Conceptual analysis of validation therapy. *The International Journal of Aging & Human Development*. 26, (3), S. 161-168.
- Baldelli, M./ Pirani, A./ Motta, M. et al. (1993): Effects of Reality Orientation Therapy on patients in the community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 17, S. 211-218.
- Bauer, J. (1994): Die Alzheimer-Krankheit. *Neurobiologie, Psychosomatik, Diagnostik und Therapie*. Stuttgart.
- Beecham, J./ Cambridge, P./ Hallam, A. (1993): The costs of domus care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 8, (10), S. 827-831.
- Becker, W./ Nakielski, H. (1997): Alarmierende Berufsflucht von AltenpflegerInnen. *Neue Ergebnisse einer Längsschnittstudie*. *Pro Alter*. 30, S. 22-23.
- Bédard, M./ Molloy, D. W./ Squire, L. et al. (2001): The Zarit Burden Interview: A New Short Version and Screening Version. *The Gerontologist*. 41, (5), S. 652-657.
- Bell, P. A./ Smith, J. M. (o. D.): An Empirical Comparison of Specialized Alzheimer's Nursing Home Units. Unveröffentlicht. In: Office of Technology Assessment (1992): *Special Care Units for People with Alzheimer's and Other Dementia: Consumer Education, Research, Regulatory and Reimbursement Issues*. Washington D.C., S. 112.
- Bellelli, G./ Frisoni, G. B./ Bianchetti, A. et al. (1998): Special care units for demented patients. A multicenter study. *The Gerontologist*. 38, (4), S. 456-462.
- 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*. 35, (4), S. 319-323.
- Berg, S./ Svensson, T. (1980): An orientation scale for geriatric patients. *Age and Ageing*. 9, S. 215-219.
- Bergener M./ Vollhardt B. (1995): Gerontopsychiatrie. In: Faust, V. (Hrsg.): *Psychiatrie*. Stuttgart [u. a.].
- Bergener, M. (1998): Epidemiologie psychischer Störungen im höheren Lebensalter. In: Kruse, A. *Psychosoziale Gerontologie, Band 1: Grundlagen*. Göttingen, S. 87-105.

Berger, E. Y. (1980): A system for rating the severity of senility. *Journal of the American Geriatrics Society*. 28, (5), S. 234-236.

Bergische Universität Wuppertal (2003): Warum will Pflegepersonal aus der Pflege aussteigen? Medieninformation. Presse- und Informationsstelle Bergische Universität Wuppertal. Im Internet: <http://www.next.uni-wuppertal.de>, Stand: 02.02.07.

Bertelsmann Stiftung/ Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2004): Betreute Wohngruppen - ein bedarfsgerechtes Wohnangebot für die Zukunft? Erfahrungsaustausch der Akteure betreuter Wohngruppen am 27. März 2003 in Braunschweig. Dokumentation im Rahmen des Projektes „Leben und Wohnen im Alter“ der Bertelsmann Stiftung und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe. Gütersloh/Köln.

Bianchetti, A./ Benvenuti, P./ Ghisla, K. M. et al. (1997): An Italian model of dementia special care unit: results of a pilot study. *Alzheimer disease and associated disorders*. 11, (1), S. 53-56.

Bickel, H. (1992): Epidemiologie der Demenz. In: Lungershausen, E. (Hrsg.): Demenz. Herausforderung für Forschung, Medizin und Gesellschaft. Berlin [u. a.].

Bickel, H. (2001): Demenzen im höheren Lebensalter. Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 34, (1), S. 108-115.

Bickel, H. (2003): Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. In: Förstl, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Stuttgart, S. 11-26.

Bilke, E. (2001): Integrative versus segregative Wohn- und Betreuungsformen. In: Diakonisches Werk der Ev. Kirche von Westfalen in Zusammenarbeit mit dem Ev. Fachverband für Altenarbeit und ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste in den Diakonischen Werken Westfalen und Lippe (EFAD) (Hrsg.): Altenhilfe und Demenz. Zur Situation und Weiterentwicklung diakonischer Altenarbeit mit dementen alten Menschen. Münster, S. 34-36.

Birg, H./ Flöthmann, E. J. (2002): Langfristige Trends der demographischen Alterung in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 35, (5), S. 387-399.

Blonski, H. (Hrsg.) (1997): Wohnformen im Alter. Ein Praxisberater für die Altenhilfe. Weinheim [u. a.].

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2001a): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2001b): Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter. Stuttgart.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2001c): Qualität in der stationären Versorgung Demenzkranker (Dokumentation eines Workshops). Schriftenreihe des Bundesministeriums, Band 207.2. Stuttgart [u. a.].

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2004): Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm. Im Internet: <http://www.bmfsfj.de>, Stand: 02.02.07.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Im Internet: <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/heimbericht>, Stand: 02.02.07.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2000): Wenn das Gedächtnis nachlässt. Ratgeber für die häusliche Betreuung demenzkranker älterer Menschen. Berlin.

BMGS (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) (2003a): Soziale Sicherung im Überblick. Berlin. Im Internet: <http://www.bmgs.bund.de>, Stand: 02.02.07.

BMGS (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) (2003b): Pflegeversicherung. Berlin. Im Internet: <http://www.bmgs.bund.de>, Stand: 02.02.07.

Böhler, A./ Klie, T./ Knauf A.-F. et al. (1999): „So normal wie möglich“. Das Leben im „Cantou“: ein Ort der Gemeinschaft für Demenzkranke und ihre Angehörigen. *Altenheim*. 38, (12), S. 16-19.

Böhler, A./ Böhmer, S./ Guerra, V. et al. (2002): Versorgungssituation und Versorgungskonzepte. In: Klie, T. (Hrsg.): *Wohngruppen für Menschen mit Demenz*. Hannover, S. 71-91.

Bourin, M./ Vercelleto, M. (1999): Treatment of Mood and Behavioral Disorders in Alzheimer's Disease. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 9, (3), S. 118-125.

Bråne, G./ Gottfries, C. G./ Winblad, B. (2001): The Gottfries-Bråne-Steen Scale: Validity, Reliability and Application in Anti-Dementia Drug Trials. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 12, S. 1-14.

Breitinger, R. (2001): Etwas mit Musik machen. Musik in der Altenpflege. Im Internet: <http://www.pflegethemen.de/musik/altenpflege.html>, Stand: 02.02.07.

Breuil, V./ De Rotrou, J./ Forette, F. et al. (1994): Cognitive Stimulation of patients with Dementia: Preliminary Results. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 9, (4), S. 211-217.

- Brotons, M./ Pickett-Cooper, P. K. (1994): Preferences of Alzheimer's disease patients for music activities: singing, instruments, dance/ movement, games and composition/ improvisation. *Journal of Music Therapy*. 31, (3), S. 220-233.
- Brotons, M./ Pickett-Cooper, P. K. (1996): The effects of music therapy intervention on agitation behaviors of Alzheimer's disease patients. *Journal of Music Therapy*. 33, (1), S. 2-18.
- Brücker, H./ Engerer, H./ Thießen, U. (2006): Zuwanderung zum Zwecke der Erwerbstätigkeit im demographischen Wandel. Berlin. Im Internet: <http://www.beruf-und-familie.de>, Stand: 02.02.07.
- Bruder, J. (1998): Milieuthherapie muß gefördert werden. Im Internet: <http://www.aerztezeitung.de>, Stand: 02.02.07.
- Buchanan, K./ Middleton, D. (1995): Voices of experience: talk, identity and membership in reminiscence groups. *Ageing and Society*. 15, (4), S. 457-491.
- Buckwalter K. C./ Maas, M. L./ Swanson, E. A. et al. (1997): Besondere Pflegestationen für Alzheimer Patienten Ein erfolgreicher Weg? In: Funk, S. G./ Tornquist, E. M./ Champagne, M. T. et al. (Hrsg.): *Die Pflege chronisch Kranker*. Bern [u. a.], S. 131-154.
- Buijssen, H. (1994): *Senile Demenz. Eine praktische Anleitung für den Umgang mit Alzheimerpatienten*. Weinheim.
- Bullock, K. M./ Reilly, L. E./ Nies, D. S. (1992): An Initial Evaluation of the Eastern State Hospital Special Care Unit. Unveröffentlicht. In: Office of Technology Assessment. 1992. *Special Care Units for People with Alzheimer's and Other Dementia: Consumer Education, Research, Regulatory and Reimbursement Issues*. Washington D.C., S. 114.
- Bullock, R. (2002): New drugs for Alzheimer's disease and other dementias. *British Journal of Psychiatry*. 180, S. 135-139.
- Burns, A./ Lawlor, B./ Craig, S. (2002): Rating scales in old age psychiatry. *British Journal of Psychiatry*. 180, S. 161-167.
- Burns, A./ Lawlor, B./ Craig, S. (2004): *Assessment Scales in Old Age Psychiatry*. London [u. a.].
- Caussanel, G. (2000): Demenzkranke in der Familie. Die Gemeinschaft „Cantou“ und die Verantwortung der Familien. In: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.): *Lebensgestaltung und Unterstützungsbedarf älterer Menschen als Herausforderung für Soziale Dienstleister in Europa. Dokumentation zum internationalen Kongress vom Juli 1999. Bd. 2. Versorgungskonzepte für dementiell Erkrankte*. Stuttgart, S. 23-27.
- Ceballos-Baumann, A. O. (2003): Demenz bei Parkinson-Syndromen. *Klinik und Therapie. Nervenheilkunde*. 22, S. 287-294.

- Chafetz, P. K. (1991): Behavioral and Cognitive Outcomes of SCU Care. *Clinical Gerontologist*. 11, (1), S. 19-38.
- Chappell, N. L./ Reid, R. C. (2000): Dimensions of Care for Dementia Sufferers in Long-Term Care Institutions: Are They Related to Outcomes? *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. 55B, (4), S. 234-244.
- Chew-Graham, C./ Baldwin, R./ Burns A. (2004): Treating depression in later life. We need to implement the evidence that exists. *British Medical Journal*. 329, S. 181-182.
- Clark, M. E./ Lipe, A. W./ Bilbrey, M. (1998): Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*. 24, (7), S. 10-17.
- 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*. 28, (4), S. 511-514.
- Cohen-Mansfield, J. (2003): Nonpharmacologic Interventions for Psychotic Symptoms in Dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 16, S. 219-224.
- 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*. 38, (2), S. 108-112.
- Colvez A./ Joel M. E./ Ponton-Sanchez A. et al. (2002): Health status and work burden of Alzheimer patients' informal caregivers: comparisons of five different care programs in the European Union. *Health Policy*. 60, (3), S. 219-233.
- Copeland, J./ Abou Saleh, M./ Blazer, D. (Hrsg.) (1994): *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. Chichester [u. a.].
- Corner, L. (2003): Assessing quality of life from the perspective of people with dementia and their carers. Centre for Health Services Research. University of Newcastle. Im Internet: <http://www.ncl.ac/chsr/publications/reports/assess.pdf>, Stand 02.02.07.
- Cummings, J. L./ Mega, M./ Gray, K. et al. (1994): The neuropsychiatric inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 44, (12), S. 2308-2314.
- Cummings, J. L./ Cole, G. (2002): Alzheimer Disease. *The Journal of the American Medical Association*. 287, (18), S. 2335-2338.
- Cvitkovich, Y./ Wister. A. (2002): Bringing in the Life Course: A Modification to Lawton's Ecological Model of Aging. *Hallymn International Journal of Aging*. 4, (1), S. 15-29.
- Dartigues, J. F. (1999): Dementia. Epidemiology, intervention and concept of care. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 32, (6), S. 407-411.

- Dean, R./ Briggs, K./ Lindsay, J. (1993a): The domus philosophy. A prospective evaluation of two residential units for the elderly mentally ill. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 8, (10), S. 807-817.
- Dean, R./ Proudfoot, R./ Lindsay, J. (1993b): The Quality of Interactions Schedule (QUIS). Development, reliability and use in the evaluation of two domus units. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 8, (10), S. 819-826.
- Denney A. (1997): Quiet music: An intervention for mealtime agitation? *Journal of Gerontological Nursing*. 23, (7), S. 16-23.
- Denzin, J. (1993): *Wohnformen und Betreuungsmodelle für die gerontopsychiatrische Versorgung*. Berlin.
- Denzler, P. (Hrsg.) (1989): *Demenz im Alter. Pathologie, Diagnostik, Therapieansätze*. Weinheim-Basel.
- Dettbarn-Reggentin, J. (2005): Studie zum Einfluss von Wohngruppenmilieus auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 38, (2), S. 95-100.
- Deutsche Alzheimer-Gesellschaft (2002): Die medikamentöse Behandlung der Alzheimer-Krankheit. Informationsblatt 5. Im Internet: <http://www.deutsche-alzheimer.de>, Stand: 02.02.07.
- Deutsche Alzheimer-Gesellschaft (2003): Die Frontotemporale Demenz (Pick-Krankheit). Informationsblatt 11. Im Internet: <http://www.deutsche-alzheimer.de>, Stand: 02.02.07.
- Deutscher Bundestag (2001): *Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Unterrichtung durch die Bundesregierung*. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2002): *Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“*. o.O. Im Internet: dip.bundestag.de/btd/14/088/1408800.pdf, Stand: 02.02.07.
- Diebold-Appel, J. (1995): Wohngruppen als Alternative zum Pflegeheim. *Pflegezeitschrift*. 3, S. 150-152.
- Dierbach, O. (1993): *Sozialtherapie mit Alzheimer-Kranken. Ein Handbuch für die Altenhilfe*. Weinheim [u. a.].
- Dietz, B. (2004): Soziale Sicherungssysteme. In: Frevel, B. (Hrsg.): *Herausforderung demografischer Wandel*. Wiesbaden, S. 192-207.
- Dilling, H. (Hrsg.) (2001): *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Bern [u. a.].

- Dilling, H. (Hrsg.) (2002): Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern [u. a.].
- Diridollou, D./ Hily, S./ Leroux, P. (1998): Evaluation des petites unités de prise en charge des déments. *Gérontologie*. 108, S. 24-31.
- Draper, B. (1999): The Diagnosis and Treatment of Depression in Dementia. *Psychiatric services*. 50, (9), S. 1151-1153.
- Dürmann, P. (Hrsg.) (2001): Besondere stationäre Dementenbetreuung. Hannover.
- Dürmann, P. (2005): Grundlagen der Dementenbetreuung. In: Dürmann, P. (Hrsg.): Besondere stationäre Dementenbetreuung II. Konzepte, Kosten, Konsequenzen. Hannover, S. 95-136.
- Dymarczyk, C. (2003): Das Altenheim aus Perspektive des Pflegepersonals. Lebensort für die eigene Zukunft? Institut für Agrarpolitik, Marktforschung und Wirtschaftssoziologie der Universität Bonn. Im Internet: <http://www.uni-bonn.de/Aktuelles/Presseinformationen/2003/432/bilder/Altenheim-Umfrage.pdf>, Stand: 02.02.07.
- Eisenberg, S./ Hamborg, M./ Kellerhof, M. et al. (2006): Hamburger Positionspapier zur Besonderen Stationären Dementenbetreuung. Forschungsergebnisse und praktische Erfahrungen aus dem Hamburger Modell: Konsequenzen für die Dementenbetreuung. Im Internet: <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/bsg/soziales/pflege>, Stand: 02.02.07.
- Elmståhl, S./ Annerstedt, L./ Ahlund, O. (1997): How should a Group Living Units for demented elderly be designed to decrease psychiatric symptoms? *Alzheimer disease and associated disorders*. 11, S.47-52.
- Elmståhl, S./ Ingvad, B./ Annerstedt, L. (1998): Family Caregiving in Dementia: Prediction of Caregiver Burden 12 Months after Relocation to Group-Living Care. *International Psychogeriatrics*. 10, (2), S. 127-146.
- Engelhart, J. (2002): Dietary Intake of Antioxidants and Risk of Alzheimer Disease. *The Journal of the American Medical Association*. 287, (24), S. 3223-3229.
- Epp, T. D. (2003): Person-centred Dementia Care: A Vision to be Refined. *The Canadian Alzheimer Disease Review*. 5, (3), S. 14-18.
- Erikson, E. (1973): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt am Main.
- Eynard, C./ Bascoul J.-L. (1994): Vivre au Cantou - Exploration d'un mode d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées. *Gérontologie*. 91, S. 28-30.
- Feil, N. (1992): The validation helping techniques can be used in each of the four stages that occur with late-onset demented populations. *Geriatric Nursing*. 3, S. 129-133.

- Feil, N. (2000): *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. München.
- Feil, N. (2001): *Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen*. München.
- Feliciano, L./ Vore, J./ LeBlanc, L. et al. (2004): Decreasing Entry into a restricted area using a visual barrier. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 37, (1), S. 107-110.
- Fenchel, V./ Brandenburg, H. (1999): Hilfe- und Pflegebedarf älterer Menschen. In: Zimber, A./ Weyerer, S. (Hrsg.): *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*. Göttingen, S. 24-40.
- Fillit, H./ Butler, R./ O'Connell, A. (2002): Achieving and Maintaining Cognitive Vitality with Aging. *Mayo Clinic proceedings*. 77, S. 681-696.
- Fine, J./ Rouse-Bane, S. (1995): Using validation techniques to improve communication with cognitively impaired older adults. *Journal of Gerontological Nursing*. 22, (6), S. 39-45.
- Förstl, H. (Hrsg.) (2001): *Demenzen in Theorie und Praxis*. Heidelberg.
- Förstl, H. (Hrsg.) (2003a): *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*. Stuttgart.
- Förstl, H. (Hrsg.) (2003b): *Antidementiva*. München [u. a.].
- Frölich, L. (1989): Biologische Grundlagen der Demenz. In: Denzler, P. (Hrsg.): *Demenz im Alter. Pathologie, Diagnostik, Therapieansätze*. Weinheim [u. a.].
- Fuchsberger, T./ Padberg, F./ Bürger, K. et al. (2002): Antidementive Therapie der Alzheimer-Demenz. *Hausarzt Kolleg Neurologie Psychiatrie*. 1, S. 23-29.
- Furtmayer-Schuh, A. (2000): *Die Alzheimer-Krankheit. Das große Vergessen. Wissen, behandeln, mit der Krankheit leben*. Zürich.
- Füsgen, I. (2001): *Demenz. Praktischer Umgang mit Hirnleistungsstörungen*. München.
- Galuske, M. (2002): *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Weinheim [u. a.].
- Gatz, M./ Fiske, A./ Fox, L. et al. (1998): Empirically validated psychological treatments for older adults. *Journal of Mental Health and Aging*. 4, (1), S. 9-46.
- Gayda, M./ Vacola, G./ Leger J.-M. (1983): Life communities for aged persons with mental deterioration: the Cantou. *Annales médico-psychologiques*. 141, (3), S. 345-349.
- Gerber, G./ Prince, P./ Snider, H. et al. (1991): Group Activity and Cognitive Improvement Among Patients with Alzheimer's Disease. *Hospital and Community Psychiatry*. 42, S. 843-845.

- Gerritsen, D. L./ Steverink, N./ Ooms, M. E. et al. (2004): Finding a useful conceptual basis for enhancing the quality of life of nursing home residents. *Quality of Life Research*. 13, (3), S. 611-624.
- Gilleard, C. (1992): Losing One's Mind and Losing One's Place: A Psychosocial Model of Dementia. In: Morgan, K. (Hrsg.): *Gerontology. Responding to an Ageing Society*. London, S. 149-156.
- GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG (Hrsg.) (2003): *Die Medizin wird persönlich*. Puchheim. Im Internet: <http://www.grcmpi.de>, Stand: 02.02.07.
- Goldwasser, A. N./ Auerbach, S. M./ Harkins, S. W. (1987): Cognitive, affective, and behavioral effects of reminiscence group therapy on demented elderly. *International Journal of Aging & Human Development*. 25, (3), S. 209-222.
- Görres, S./ Luckey, K. (1999): Einführung der Pflegeversicherung. Auswirkungen auf die stationäre Altenpflege. In: Zimmer, A./ Weyerer, S. (Hrsg.): *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*. Göttingen, S. 66-80.
- Graber-Dünow, M. (2003): *Milieu-therapie in der stationären Altenhilfe. Lehr- und Arbeitsbuch für Altenpflegeberufe*. Hannover.
- Grant, L. A./ Kane, R. A./ Potthoff, S. J. et al. (1996): Staff training and turnover in Alzheimer special care units: comparisons with non-special care units. *Geriatric Nursing*. 17, (6), S. 278-282.
- Grant, L. A./ Sommers, A. R. (1998): Adapting living environments for persons with Alzheimer's disease. *Geriatrics*. 53, (1), S. 61-65.
- Grant, L. A./ Ory, M. (2000): Alzheimer Special Care Units in the United States. In: Holmes, D./ Teresi, J. A./ Ory, M. (Hrsg.): *Research and Practice in Alzheimer's Disease. Volume 4. Special Care Units*. New York, S. 19-43.
- Gräbel, E. (1998a): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 31, (1), S. 52-56.
- Gräbel, E. (1998b): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 31, (1), S. 57-62.
- Greene, J./ Timbury, G./ Smith, R. et al. (1983): Reality orientation with elderly patients in the community: an empirical evaluation. *Age and ageing*. 12, S. 38-43.
- 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*. 78, (9), S. 559-563.

- Greicius, M. D./ Geschwind, M. D./ Miller, B. L. (2002): Presenile dementia syndromes: an update on taxonomy and diagnosis. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 72, S. 691-700.
- Greifenhagen, A./ Haupt, M./ Kurz, A. et al. (1994): Kognitive Therapieverfahren bei Demenzerkrankungen. In: *Geriatric Praxis*. 6, (1/2), S. 40-44.
- Groene, R. W. (1993): Effectiveness of Music Therapy. 1:1 Intervention with individuals having senile dementia of the Alzheimer's type. *Journal of Music Therapy*. 30, (3), S. 138-157.
- Grümme, R. (1998): Situation und Perspektive der Musiktherapie mit demenziell Erkrankten. Regensburg.
- Grümme, R. (1999): Die Macht der Gefühle. Nicht zuletzt im Bereich der Dementenbetreuung hat die Musiktherapie viel an Renommee gewonnen. *Altenpflege*. 24, (11), S. 32-34.
- Grunfeld, E./ Glossop, R./ McDowell, I./ et al. (1997): Caring for elderly people at home: the consequences to caregivers. *Canadian Medical Association journal*. 157, S. 1101-1105.
- Gustafson, L./ Brun, A. (2003a): Frontotemporale Demenzen. In: Förstl, H. (Hrsg.): *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*. Stuttgart.
- Gunzelmann, T. (1996): Realitätsorientierung oder „Recht auf Verwirrtheit“? Im Internet: <http://www.alzheimerforum.de/2/4/1/roorav.html>, Stand: 02.02.07.
- Gunzelmann, T./ Schumacher, J. (1997): Psychologische Betreuungs- und Behandlungskonzepte für Demenzkranke. Im Internet: http://www.uni-leipzig.de/~gespsych/x_dem_ther.html, Stand: 02.02.07.
- Gutzmann, H. (Hrsg.) (1992): *Der dementielle Patient. Das Alzheimer-Problem. Diagnostik, Ursachenforschung, Therapie, Betreuung*. Göttingen.
- Gutzmann, H. (1997): Therapeutische Ansätze bei Demenzen. In: Wächtler, C. (Hrsg.): *Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen*. Stuttgart, S. 40-58.
- Haag, G./ Bayen, J. (1996): Verhaltensmedizinische Konzepte bei Älteren. Verhaltensbezogene Diagnostik, Therapie und Rehabilitation in der Geriatrie.
- Hall, G. R./ Kirschling, M. V./ Todd, S. (1986): Sheltered Freedom - An Alzheimer's Unit in an ICF. *Geriatric Nursing*. 7, (3), S. 132-137.
- 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, (6), S. 399-412.

Hallauer, J./ Schons, M./ Smala, A. et al. (2000): Untersuchung von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 5, S. 73-79.

Haupt, M. (1999): Der Verlauf von Verhaltensstörungen und ihre psychosoziale Behandlung bei Demenzkranken. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 32, (3), S. 159-166.

Haupt, M. (2004): Psychotherapeutische und psychosoziale Maßnahmen. Psychoneuro. 30, (9), S. 475-480.

Havers, A. (2000): Französische Impulse aus Freiburg. Vincentz Forum Altenhilfe: Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Altenheim. 39, (8), S. 18-20.

Heeg, S./ Radzey, B. (2001c): Modellprojekt: „Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenz-Wohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation.“ - Projektziele und Forschungsansatz. In: BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.): Qualität in der stationären Versorgung Demenzkranker (Dokumentation eines Workshops). Schriftenreihe des Bundesministeriums, Band 207.2. Stuttgart [u. a.], S. 106-115.

Heeg, S./ Kuhn, C./ Radzey, B. (2005): Lernen von MIDEMAS - Welche Chancen bieten Demenzwohngruppen im stationären Bereich? In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.): „Keine Zeit zu verlieren“. Referate auf dem 4. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Lübeck 9.-11. September 2004. Tagungsreihe der deutschen Alzheimer Gesellschaft, Band 5. Berlin, S. 81-92.

Heeg, S./ Radzey, B./ Kuhn, C. et al. (2004): Abschlussbericht zum Modellprojekt „Milieuthherapie - Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEMAS)“. Im Internet: http://www.demenz-support.de/materialien/midemas_abschlussbericht.pdf, Stand: 02.02.07.

Hellberg, H./ Grundström A. K. (2001): Kleine Einheiten - große Wirkung. In anderen Ländern werden Wohngruppen für Demente noch heftig diskutiert - in Schweden sind sie längst Realität. Altenpflege. 26, (7), S. 43-45.

Hinz, A./ Klaiberg, A./ Schumacher, J. et al. (2003): Zur psychometrischen Qualität des Lebensqualitätsfragebogens Nottingham Health Profile (NHP) in der Allgemeinbevölkerung. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. 53, S. 353-358.

Hirsch, R. (1991): Lernen ist immer möglich. Verhaltenstherapie mit Älteren. München.

Hirsch, R. (Hrsg.) (1994): Psychotherapie bei Demenzen. Darmstadt.

Hodge, G. (1997): The Dumfries and Galloway Domus Units Lecture. In: Marshall, M. Design for Dementia: Six Conference Papers. University of Stirling. Im Internet: <http://www.dementia.stir.ac.uk/pdf/SmallScale.pdf>, Stand: 02.02.07.

- Hollo, A. (1993): Versorgung verwirrter Patienten in Schweden. In: Füsgen, I. (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Geriatrie. München, S. 79-88.
- Holmes, D./ Teresi, J. A./ Weiner, A. et al. (1990): Impacts Associated With Special Care Units in Long Term Care Facilities. *Gerontologist*. 30, (2), S. 178-183.
- Holmes, D./ Teresi, J. A. (1998): Relating personnel costs in Special Care Units and in Traditional Care Units to resident characteristics. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*. 1, S. 31-40.
- Holmes, D./ Teresi, J./ Ory, M. (2000): Overview over the Volume. In: Holmes, D./ Teresi, J. A./ Ory, M. (Hrsg.): *Research and Practice in Alzheimer's Disease. Volume 4. Special Care Units*. New York, S. 7-17.
- Holmes, D./ Teresi, J./ Kong, J. (2000a): Service inputs and costs of care related to outcomes among cognitively impaired nursing home residents. *The journal of mental health policy and economics*. 3, (3), S. 121-127.
- Homma, A./ Takeda, M./ Imai, Y. et al. (2000): Clinical efficacy and safety of donepezil on cognitive and global function in patients with Alzheimer's disease. A 24-week, multicenter, double-blind, placebo-controlled study in Japan. E2020 Study Group. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 11, S. 299-313.
- Höwler, E. (2000): *Gerontopsychiatrische Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für die Altenpflege*. Hagen.
- Hürny, C./ Schwenk, B./ Inglin, D. (2002): Vergesslich, verwirrt und verloren. Demenz und Delirium: was ist relevant für den praktischen Arzt? *Schweizerisches Medizin-Forum*. 17, S. 393-399.
- Hussian R. A./ Brown D. C. (1987): Use of two-dimensional grid patterns to limit hazardous ambulation in demented patients. *Journal of Gerontology*. 42, (5), S. 558-560.
- Ibach, B./ Lange, K./ Haen, E. (2003b): Das cholinerge System und die Therapie der Alzheimer-Demenz. In: Förstl, H. (Hrsg.): *Antidementiva*. München [u. a.], S. 93-143.
- Institut für Gesundheits-System-Forschung (1999): *Entwicklung der Zahl von Demenzpatienten in Deutschland bis zum Jahr 2030*. Kiel.
- IPA (The International Psychogeriatric Association) (2002): Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). Module 5: Non-pharmacological management. Im Internet: <http://www.ipa-online.org>, Stand: 02.02.07.
- Ivemeyer, D./ Zerfaß, R. (2002): *Demenztests in der Praxis. Ein Wegweiser*. München.

- Jackl, J. (1994): Erkennen von Hirnleistungsstörungen und Trainingsmöglichkeiten mit psychisch veränderten alten Menschen. In: Stuhlmann, W. (Hrsg.): Möglichkeiten zur Aktivierung und zur Beschäftigung demenzkranker alter Menschen. Alzheimer Schriften 1/94. Mainz.
- Jakob, A./ Busse, A./ Riedel-Heller, S. G. et al. (2002): Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen in Alten- und Altenpflegeheimen im Vergleich mit Privathaushalten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 35, (55), S. 474-481.
- Jani-Le Bris, H. (1995): Cantou-Wohngruppen in Frankreich. In: Psychogeriatric in Europa. Modelle für Deutschland. Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart, Materialien 1/95. Stuttgart.
- Jantzen, B. (2004): Die Entstehung und Entwicklung der Besonderen Stationären Dementenbetreuung in Hamburg. Im Internet: <http://www.uke.uni-hamburg.de/institute/medizin-soziologie/downloads/institut-mezizin-soziologie>, Stand: 02.02.07.
- Jaracz K./ Gustafsson, G./ Hamrin, E. (2004): The life situation and functional capacity of the elderly with locomotor disability in Sweden and Poland according to a model by Lawton. In: International Journal of Nursing Practice. 10, (1), S. 45-53.
- Johansson, L. (1998): Care Options and Service Innovations in Dementia Care. In: Wimo, A. (Hrsg.): Health Economics of Dementia. Chichester, S. 53-56.
- Junkers, G. (1995): Klinische Psychologie und Psychosomatik des Alterns. Stuttgart [u. a.].
- Kahana, E. A. (1975): Congruence Model of Person-Environment Interaction. In: Windley, P./ Byerts, T./ Ernst, F. (Hrsg.): Theory Development in Environment and Aging. Washington D.C., S. 181-214.
- Kahana, E. A. (1982): Congruence Model of Person-Environment Interaction. In: Lawton, M. P./ Windley, P. G./ Byerts, T. O. (Hrsg.): Aging and the Environment: Theoretical approaches. New York, S. 97-120.
- Kaltenborn, B./ Koch, S./ Kress, U. et al. (2003): Sozialabgaben und Beschäftigung. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 4, S. 672-688. Im Internet: <http://doku.iab.de>, Stand: 02.02.07.
- Kane, R. A. (1994): Harbingers of the Future. Seeking the „Special” in the Dementia Special Care Unit. In: Alzheimer Disease and Associated Disorders. 8, (1), S. 425-428.
- Karner, T. X./ Montgomery, R.J./ Dobbs, D. et al. (1998): Increasing staff satisfaction. The impact of SCUs and family involvement. Journal of gerontological nursing. 24, (2), S. 39-44.
- Kitwood, T. (1993): Towards a Theory of Dementia Care: The Interpersonal Process. Ageing and Society. 13, S. 51-67.

- Kitwood, T. (2000): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern.
- Klessmann, E. (1992): Wenn Eltern Kinder werden und doch die Eltern bleiben. Die Doppelbotschaft der Alzheimer-Demenz. Bern [u. a.].
- Klausing, G. (1988): Demenz und Therapie. Kasseler Gerontologische Schriften. Kassel.
- Klie, T. (Hrsg.) (2002): Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Hannover.
- Kliempt, P./ Ruta, D./ McMurdo, M. (2000): Measuring the outcomes of care in older people: a non-critical review of patient-based measures. II. Mental status, depression and psychological wellbeing instruments. *Reviews in Clinical Gerontology*. 10, S. 123-132.
- Knauf A.-F. (2002a): Statt eines Vorwortes: Revolution Cantou? Aus dem „Foyer Emilie de Rodat“ in Rueil-Malmaison. In: Klie, T. (Hrsg.): Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Hannover, S. 7-27.
- Knauf A.-F. (2002b): Geteilte Verantwortung. In französischen Cantous sind so genannte Hausmütter die entscheidenden Personen. Pflegekräfte müssen sich mit einem Platz in der zweiten Reihe zufrieden geben. *Altenpflege*. 27, (5), S. 48-50.
- Knauf, A.-F./ Beutler, F. (2002): Das »Foyer Emilie de Rodat« in Rueil Malmaison (Frankreich). In: Klie, T. (Hrsg.): Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Hannover, S. 130-137.
- Knipscheer, C. P. M./ Broese Van Groenou, M. I./ Leene, G. J. F. et al. (2000): The effects of environmental context and personal resources on depressive symptomatology in older age: a test of the Lawton model. *Ageing and Society*. 20, S. 183-202.
- Kommission Soziale Sicherheit zur Reform der Sozialen Sicherungssysteme (2003): Bericht der Kommission "Soziale Sicherheit" zur Reform der sozialen Sicherungssysteme. Berlin.
- Kompetenznetz Demenzen (2004): Methodische Mängel der Studie „Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer’s disease (AD2000): randomised double blind trial.“ Pressekonferenz „Sie helfen doch!“. Pressemitteilung. Im Internet: <http://www.zimannheim.de>, Stand: 02.02.07.
- Kors, B./ Seunke, W. (2001): Gerontopsychiatrische Pflege. München [u. a.].
- Krämer, G. (1993): Alzheimer-Krankheit. Ursachen, Krankheitszeichen, Untersuchung, Behandlung. Stuttgart.
- Kruse, A. (Hrsg.) (1998): Psychosoziale Gerontologie, Band 1: Grundlagen. Göttingen.
- Kruse, A./ Schmitt, E. (1999): Konfliktsituationen in Alten- und Altenpflegeheimen. In: Zimmer, A./ Weyerer, S. (Hrsg.): Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Göttingen, S. 155-169.

- Kurz, A. (1997): Neurobiologie, Ursachen und Risikofaktoren der Alzheimer-Krankheit. In: Wächtler, C. (Hrsg.): Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen. Stuttgart, S. 8-16.
- Kurz, A. (2002): Das Wichtigste über die Alzheimerkrankheit. Ein kompakter Ratgeber. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Berlin.
- Kutner, N. G./ Mistretta, E. F./ Barnhard, H. X. et al. (1999): Family members' perceptions of quality of life change in dementia SCU residents. *Journal of Applied Gerontology*. 18, (4), S. 423-439.
- Lang, C. (1994): Demenzen. Diagnose und Differenzialdiagnose. Weinheim.
- Langer, W./ Haag, G. (1987): Realitätsorientierungstraining in der Praxis. *Altenpflege*. 12, (5), S. 330-333.
- Lantz, M./ Buchalter, E. (2002): Practical Management of Lewy Body Dementia. *Clinical Geriatrics*. 10, S. 18-23.
- Laschet, H. (1997): Epidemiologie und Prognose: Kommt die Rationalisierung? *Ärztliche Allgemeine*. Sonderdruck: Demenz. Wie die Last besser zu tragen ist, S. 13-15.
- Lawlor, B. (2002): Managing behavioural and psychological symptoms in dementia. *British Journal of Psychiatry*. 181, S. 463-465.
- Lawlor, P./ Fainsinger, R./ Bruera, E. (2000): Delirium at the End of Life. *Critical Issues in Clinical Practice and Research. The Journal of the American Medical Association*. 284, (19), S. 1427-1429.
- Lawton, M. P. (1980): Psychosocial and Environmental Approaches to the Care of Senile Dementia Patients. In: Cole, J. O./ Barrett, J. E. (Hrsg.): *Psychopathology in the Aged*. New York, S. 265-278.
- Lawton, M. P. (1982): Competence, environmental press, and the adaptation of older people. In: Lawton, M. P./ Windley, P. G./ Byerts, T. O. (Hrsg.): *Aging and the Environment: Theoretical approaches*. New York, S. 33-59.
- Lawton, M. P. (1991): A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: Birren, J. E./ Lubben, J. E./ Rowe, J. C./ Deutchman, D. E. (Hrsg.): *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego [u. a.], S. 3-27.
- Lawton, M. P. (1998): Environment and aging: Theory revisited. In: Scheidt, R. G./ Windley, P. G. (Hrsg.): *Environment and aging theory: A focus on housing*. Westport, S. 1-31.
- Lawton, M. P./ Fulcomer, M./ Kleban, M. H. (1984): Architecture for the Mentally Impaired Elderly. *Environment and Behavior*. 16, (6), S. 730-757.

- Lawton, M. P./ Van Haitsma, K./ Klapper, J. et al. (1998): A stimulation-retreat special care unit for elders with dementing illness. *International Psychogeriatrics*. 10, (4), S. 379-395.
- Ledésert, B./ Colvez, A. (1993): Survival rate of elderly patients with senile dementia according to type of institutional care. Comparison between “long stay hospitals” and structures of the type “cantou”. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 41, (5), S. 389-396.
- Lehrl, S. (1992): Nichtmedikamentöse Behandlung/Training. In: Gutzmann, H. (Hrsg.): *Der dementielle Patient. Das Alzheimer-Problem. Diagnostik, Ursachenforschung, Therapie, Betreuung*. Göttingen, S. 121-142.
- Leon, J./ Cheng, M./ Alvarez, R. (1997): Trends in Special Care: Changes in SCU from 1991 to 1995 (95/96 TSC). *Journal of Mental Health and Aging*. 3, (2), S. 149-168.
- Leon, J./ Ory, M. G. (1999): Effectiveness of special care unit (SCU) placements in reducing physically aggressive behaviors in recently admitted dementia nursing home residents. *American Journal of Alzheimer's Disease*. 14, (5), S. 270-277.
- Lichtenberg, P. A./ MacNeill, S. E./ Mast, B. T. (2000): Environmental stress and adaptation to disability in hospitalized live-alone older adults. *The Gerontologist*. 40, (5), S. 549-556.
- Lind, S. (1995): Konzeptionen psychogeriatrischer Pflege und Betreuung in den Heimen. Im Internet: <http://www.alzheimerforum.de/3/3/bih.html>, Stand: 02.02.07.
- Lindeman, D. A./ Arnsberger, P./ Owens, D. (2000): Staffing and Specialized Dementia Care Units: Impact on Resident Outcomes. In: Holmes, D./ Teresi, J. A./ Ory, M. (Hrsg.): *Research and Practice in Alzheimer's Disease. Volume 4. Special Care Units*. New York, S. 217-227.
- Lindesay, J./ Briggs, K./ Lawes, M. et al. (1991): The Domus Philosophy. A comparative evaluation of a new approach to residential care for the demented elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 6, (10), S. 727-736.
- Liu, X./ Teresi, J. A./ Wateraux, C. (2000): Modelling the decline pattern in functional measures from a prevalent cohort study. *Statistics in medicine*. 19, S. 1593-1606.
- Logsdon, R.G./ Gibbons, L. E./ McCurry, S. M. et al. (2002): Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*. 64, (3), S. 510-519.
- Lundström, K. (1993): Betreuung Demenzkranker in Wohngruppen. Psychogeriatrisches Symposium der Freien Universität Berlin. In: Denzin, J. (Hrsg.): *Wohnformen und Betreuungsmodelle für die gerontopsychiatrische Versorgung*. Berlin, S. 96-101.
- Lungershausen, E. (Hrsg.) (1992): *Demenz. Herausforderung für Forschung, Medizin und Gesellschaft*. Berlin-Heidelberg.

Lyketsos, C./ Lopez, O./ Jones, B. et al. (2002): Prevalence of Neuropsychiatric Symptoms in Dementia and Mild Cognitive Impairment. *The Journal of the American Medical Association*. 288, (12), S. 1475-1483.

Maas, M. L./ Buckwalter, K. C. (1992): Final Report: Nursing Evaluation Research: Alzheimer's Care Unit. University of Iowa College of Nursing, Iowa City. Unveröffentlicht. In: Office of Technology Assessment. *Special Care Units for People with Alzheimer's and Other Dementia: Consumer Education, Research, Regulatory and Reimbursement Issues*. Washington D.C., S. 118-119.

Maas, M. L./ Swanson, E./ Specht, J. et al. (1994): Alzheimer's Special Care Units. *Nursing Clinics of North America*. 29, (1), S. 173-194.

Maciejewski, B. (2001): *Qualitätshandbuch Leben mit Demenz. Zugänge finden und erhalten in der Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen*. Köln.

Mahoney, F. I./ Barthel, D. (1965): Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland state medical journal*. 14, S. 56-61.

Marr, D. (1995): *Kunsttherapie bei altersverwirrten Menschen*. Weinheim.

Marshall, M. (1993): Small scale, domestic style, longstay accommodation for people with dementia. University of Stirling. Im Internet: <http://www.dementia.stir.ac.uk>, Stand: 02.02.07.

Marshall, M. (1997): *Design for Dementia: Six Conference Papers*. University of Stirling. Im Internet: <http://www.dementia.stir.ac.uk>, Stand: 02.02.07.

MASGF Brandenburg (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg) (Hrsg.) (2002): *Demenz als sozialpolitische Herausforderung: Bestandsaufnahme und Perspektiven der Versorgung Demenzkranker in Brandenburg. Beiträge zur Gesundheits- und Sozialberichterstattung 1*. Potsdam. Im Internet: www.masgf.brandenburg.de, Stand: 02.02.07.

Mayer, K.-U. (Hrsg.) (1996): *Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften*. Berlin.

McCann, J. J./ Bienias, L./ Evans, D. A. (2000): Change in Performance Tests of Activities of Daily Living among Residents of Dementia Special Care and Traditional Nursing Home Units. In: Holmes, D./ Teresi, J. A./ Ory, M. (Hrsg.): *Research and Practice in Alzheimer's Disease*. Volume 4. Special Care Units. New York, S. 141-150.

McCracken, A. L./ Fitzwater, E. (1989): The Right Environment for Alzheimer's. *Geriatric Nursing*. 10, (6), S. 293-294.

- McKeith, I. (2003): What is dementia with Lewy bodies (DLB)? Alzheimer's Society Information Sheet. Im Internet: <http://www.alzheimers.org.uk>, Stand: 02.02.07.
- Mehr, D. R./ Fries, B. E. (1995): Resource use on Alzheimer's Special Care Units. *The Gerontologist*. 35, (2), S. 179-184.
- Meier-Ruge, W. (Hrsg.) (1993): Die dementielle Hirnerkrankung im Alter. Freiburg [u. a.].
- Middleton, D./ Buchanan, K. (1993): Is reminiscence working. Accounting for the therapeutic benefits of reminiscence work with older people. *Journal of Aging Studies*. 7, (3), S. 321-333.
- Mielke, R./ Kessler, J. (1994): Alzheimersche Erkrankung und andere Demenzen. Göttingen.
- Miller, E. (1994): Psychological Strategies. In: Copeland, J./ Abou Saleh, M./ Blazer, D. (Hrsg.): *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. Chichester [u. a.].
- Moore, S./ Sandman, C.A./ McGrady, K. et al. (2001): Memory training improves cognitive ability in patients with dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*. 11, (3/4), S. 245-261.
- Morgan, D./ Stewart, N. (1998): High versus low density special care units: Impact on the behaviour of elderly residents with dementia. *Canadian Journal on Aging*. 17, (2), S. 143-165.
- Morton, I./ Bleathman, C. (1991): The effectiveness of validation therapy in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 6, (5), S. 327-330.
- Moss, S. E./ Polignano, E./ White, C. L. et al. (2002): Reminiscence group activities and discourse interaction in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*. 28, (8), S. 36-44.
- Mück, H. (1990): Hirnleistungsstörungen im Alter. Pharmakologische Wirkung und therapeutische Potentiale des Calciumantagonisten Nimodipin. Stuttgart.
- Mukamal, K. J. (2003): Prospective Study of Alcohol Consumption and Risk of Dementia in Older Adults. *The Journal of the American Medical Association*. 289, (11), S. 1405-1413.
- Müller-Hergl, C. (2001c): Wohlbefinden als Ausgangspunkt für Qualität. *Dementia Care Mapping*. In: BMFSFJ (Hrsg.): *Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter. Dokumentation eines Workshops*. Stuttgart [u. a.], S. 79-88.
- Müller-Hergl, C. (2005): Aus der Sicht des Subjektiven. In: Kreuzner, G.: *Focus on Quality of Life/ Quality of Care. Im Brennpunkt Lebensqualität/ Pflegequalität*. Stuttgart: Demenz-Support Stuttgart, S. 105-130.
- Müller-Schwartz, A. (1994): Musiktherapie mit Demenzkranken. In: Hirsch, R. (Hrsg.): *Psychotherapie bei Demenzen*. Darmstadt, S. 159-166.

- Mummah-Castillo, H. (1987): Many Problems, Some Solutions: The Menni Unit. In: Kalicki, A. C. (Hrsg.): *Confronting Alzheimer's Disease*. Owing Mills, S. 65-74.
- Murphy, K. M./ Morris, S./ Kiely, D. et al. (2000): Family Involvement in Special Care Units. In: Holmes, D./ Teresi, J. A./ Ory, M. (Hrsg.): *Research and Practice in Alzheimer's Disease*. Volume 4. Special Care Units. New York, S. 229-239.
- Muthesius, D. (2000): Musiktherapie in der stationären Altenpflege. Konflikte und Kooperation. *Dr. med. Mabuse - Zeitschrift im Gesundheitswesen*. 25, (127), S. 30-34.
- Neumann, M./ Kretschmar, H. A. (2004): Pathologie und Biochemie der frontotemporalen Demenzen. *Nervenheilkunde*. 23, S. 73-79.
- Neuropsychology Central (2002): Aphasia Assessment. Im Internet: <http://www.neuropsychologycentral.com>, Stand: 02.02.07.
- Oesterreich, K. (1993): *Gerontopsychiatrie. Forschung, Lehre, Praxis, Perspektiven*. München.
- Ohta, R./ Ohta, B. (1988): Special units for Alzheimer's disease patients: A critical look. *Gerontologist*. 28, (6), S. 803-808.
- Olderog-Millard, K. A./ Smith, J. M. (1989): The influence of group singing therapy on the behavior of Alzheimer's disease patients. *Journal of Music Therapy*. 26, (2), S. 58-70.
- OTA (Office of Technology Assessment) (1992): *Special Care Units for People with Alzheimer's and Other Dementia: Consumer Education, Research, Regulatory and Reimbursement Issues*. Washington D.C.
- Papassotiropoulos, A. (2003): Genetik gerontopsychiatrischer Erkrankungen. In: Förstl, H. (Hrsg.): *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*. Stuttgart, S. 27-36.
- Parker-Oliver, D./ Aud, M./ Bostick, J. et al. (2005): Dementia Special Care Units: A Policy and Family Perspective. *Journal of Housing for the Elderly*. 19, (1), S. 113-125.
- Parkinson's Disease Society (2004): *Dementia and Parkinson's. PDS Information sheet*. Im Internet: <http://www.parkinsons.org.uk>, Stand: 02.02.07.
- Paulsen, J. S./ Salmon, D. P./ Thal, L. J. et al. (2000): Incidence of and risk factors for hallucinations and delusions in patients with probable AD. *Neurology*. 54, S. 1965-1971.
- Peppard, N. R. (1991): *Special Needs Dementia Units. Design, Development and Operations*. New York.
- Phillips, C. D./ Sloane, P. D./ Hawes, C. et al. (1997): Effects of residence in Alzheimer disease special care units on functional outcomes. *Journal of the American Medical Association*. 278, (16), S. 1340-1344.

- Phillips, V. L./ Potter, S. J./ Simon, S. L. (1998): Special care units for Alzheimer's patients: their role in the nursing home market. *Journal of health and human services administration*. 20, (3), S. 300-310.
- Pictor, M. (2002): Alzheimer und Medikamente. Im Internet: <http://www.alzheimer-gesellschaft-bonn.de>, Stand: 10.01.05
- Pollack, N. J./ Namazi, K. H. (1992): The effect of music participation on the social behavior of Alzheimer's disease patients. *Journal of Music Therapy*. 19, (1), S. 54-67.
- Radzey, B./ Heeg, S. (2001c): Demenzkranke in der stationären Versorgung: Versorgungskonzepte und „offene“ Forschungsfragen. In: BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.): *Qualität in der stationären Versorgung Demenzkranker (Dokumentation eines Workshops)*. Schriftenreihe des Bundesministeriums, Band 207.2. Stuttgart [u. a.], S. 19-40.
- Radzey, B./ Heeg, S./ Goerlich, C. (1999): Kurzevaluation von Wohngruppen für Verwirrte in Frankreich und den Niederlanden. Reihe „Thema“. Heft 145. Köln.
- Radzey, B./ Rauh, J./ Heeg, S. (2000): Zwangloses Miteinander. Wohngruppenkonzepte für Demenzkranke in Europa. *Heim und Pflege*. 31, (3), S. 114-118.
- Rakel, T./ Huber, E.-M. (1991): Viele Fragen bleiben unbeantwortet. In: *Altenpflege*. 16, (11), S. 646.
- Ransmayr, G./ McKeith, I. (2003a): Demenzen mit Lewy-Körperchen und andere neurodegenerative Basalganglienerkrankungen. In: Förstl, H. (Hrsg.): *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*. Stuttgart, S. 372-384.
- Rath, B. (1997): Wohnformen und Milieugestaltung für demenzkranke Menschen. In: Blonski, H. (Hrsg.): *Wohnformen im Alter. Ein Praxisberater für die Altenhilfe*. Weinheim [u. a.], S. 246- 263.
- Re, S./ Wilbers, J. (2004): Versorgung demenzkranker Menschen. In: Kruse, A./ Martin, M. (Hrsg.): *Enzyklopädie der Gerontologie*. Bern S. 506-518.
- Ready, R. E./ Ott, B. R. (2003): Quality of Life measures for dementia. *Health and Quality of Life Outcomes*. 1, S. 1-9. Im Internet: <http://www.hqlo.com/content/1/1/11>, Stand: 02.02.07.
- Reeve, W./ Ivison, D. (1985): Use of environmental manipulation and classroom and modified informal reality orientation with institutionalized, confused elderly patients. *Age & Ageing*. 14, S. 119-121.
- Reimer M. A./ Slaughter, S./ Donaldson, C. et al. (2004): Special Care Facility compared with traditional environments for dementia care: A longitudinal study of Quality of Life. *Journal of the American Geriatrics Society*. 52, (7), S. 1085-1092.

Reggentin, H./ Dettbarn-Reggentin, J. (2006): Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern. Ein Praxisleitfaden. Stuttgart.

Ritchie, K./ Ledésert, B. (1992): The families of the institutionalized dementing elderly: A preliminary study of stress in a French caregiver population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 7, (1), S. 5-14.

Ritchie, K./ Colvez, A./ Ankri, J./ Ledesert, B. et al. (1992): The evaluation of long-term care for the dementing elderly. A comparative study of hospital and collective non-medical care in France. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 7, (8), S. 549-557.

Robb, S. S./ Stegman, C. E./ Wolanin, M. O. (1986): No research versus research with compromised results: A study of Validation Therapy. *Nursing Research*. 35, (2), S. 113-118.

Robert Koch-Institut. (2002): Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 10. Gesundheit im Alter. Berlin. Im Internet: <http://www.gbe-bund.de>, Stand: 02.02.07.

Robert Koch-Institut (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin. Im Internet: <http://www.gbe-bund.de>, Stand: 02.02.07.

Romero, B. (1997): Betreuungsprinzipien, psychotherapeutische Interventionen und Bewahren des Selbstwissens bei Alzheimer Kranken. Im Internet: <http://www.alzheimerforum.de>, Stand: 02.02.07.

Rosen, W. G./ Terry, R. D./ Fuld, P. A. et al. (1980): Pathological verification of ischemic score in differentiation of dementias. *Annals of neurology*. 7, S. 486-488.

Rösler, M./ Retz-Junginger, P./ Retz, W. (1998): Alzheimer Demenz und Exelon. Stuttgart.

Rote Liste Win (2001): Arzneimittelverzeichnis für Deutschland (Software). Aulendorf.

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, S. 77-82.

Sanada, J./ Annerstedt, L./ Gustafson, L. (1995b): A dynamic long-term care system for the demented elderly. In: Annerstedt, L.: On group-living care for the demented elderly. Experiences from the Malmö Model. Lund.

Sandman, P. O./ Adolfsson, R./ Norberg, A. et al. (1988): Long-term care of the elderly. Descriptive study of 3600 institutionalized patients in the county of Västerbotten, Sweden. *Comprehensive gerontology. Section A, Clinical and laboratory sciences*. 2, S. 120-133.

Saß, H./ Wittchen, H.-U. (1998): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV; übersetzt nach der vierten Auflage des "Diagnostic and statistical manual of mental disorders" der American Psychiatric Association. Göttingen.

Saup, W. (1993): Alter und Umwelt. Eine Einführung in die ökologische Gerontologie. Stuttgart [u. a.].

Schadé, J. P. (2001): Lexikon Medizin und Gesundheit. München.

Schädle-Deininger, H./ Villinger, U. (1996): Praktische Psychiatrische Pflege. Arbeitshilfen für den Alltag. Bonn.

Schäufele, M./ Weyerer S. (2001c): Modellprojekt: „Einführung milieuthérapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation“ - Studiendesign und Methoden. In: BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.): Qualität in der stationären Versorgung Demenzkranker (Dokumentation eines Workshops). Schriftenreihe des Bundesministeriums, Band 207.2. Stuttgart [u. a.], S. 116-123.

Schaller, A. (1999): Umgang mit chronisch verwirrten Menschen. Leitfaden und Ratgeber für die tägliche Praxis. Hagen.

Scherer, W. (2005): Die zukünftige Struktur der sozialen Sicherungssysteme. In: Vereinigung der hessischen Unternehmerverbände e.V. (Hrsg.): Zukunft Hessen, Zukunft Deutschland. Chancen der demografischen Herausforderung. Köln, S. 111-130.

Schmid, B. (1995): Psychogeriatric in Europa. Stuttgarter Tagung zeigte: Kein Modell perfekt. *Altenheim*. 2, S. 100-105.

Schneekloth, U. (2006): Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG IV). Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Von TNS Infratest Sozialforschung, München, in Verbindung mit TNS Healthcare, München. München. Im Internet: <http://www.bmfsfj.de>, Stand: 02.02.07.

Schütte, F. (1990): Für ein Recht auf Verwirrtheit. Realitätsorientierungstraining mit alten Menschen verletzt manchmal die Würde. *Altenpflege*. 15, (9), S. 532-533.

Shelkey, M./ Wallace, M. (1998): Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). Try this. Best Practices in Nursing Care to Older Adults. From The Hartford Institute for Geriatric Nursing. Im Internet: <http://www.geronurseonline.org>, Stand: 02.02.07.

Skea, D./ Lindsay, J. (1996): An evaluation of two models of long-term residential care for elderly people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 11, (3), S. 233-241.

Sloane, P. D./ Mathew, L. J./ Scarborough, M. et al. (1991): Physical and pharmacologic restraint of nursing home patients with dementia. Impact of specialized units. *Journal of the American Medical Association*. 265, (10), S. 1278-1282.

- Sloane, P. D./ Mitchell, C. M./ Preisser, J. S. et al. (1998): Environmental correlates of resident agitation in Alzheimer's disease special care units. *Journal of the American Geriatrics Society*. 46, (7), S. 862-869.
- Sonntag, J. (2003): Klanglandschaft Pflegeheim. Das akustische Milieu stationärer Dementenbetreuung. *Dr. med. Mabuse - Zeitschrift im Gesundheitswesen*. 28, (144), S. 48-50.
- Staack, S. (2004): Milieuthérapie: ein Konzept zur Betreuung demenziell Erkrankter. Hannover.
- Stähelin, H. B. (1999): Östrogen und die Alzheimer-Krankheit. *Schweizerische medizinische Wochenschrift*. 129, (49), S. 1920-1925.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Bevölkerung Deutschlands bis 2050. Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Presseexemplar. Wiesbaden.
- Stewart, C. P. U. (1980): A prediction score for geriatric rehabilitation prospects. *Rheumatology and Rehabilitation*. 19, S. 239-245.
- Stoppe, G. (1997): Diagnose und Differenzialdiagnose der Demenz und Demenzerkrankungen. In: Wächtler, C. (Hrsg.): *Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen*. Stuttgart, S. 17-39.
- Stoppe, G./ Bergmann, F./ Bohlken, J. et al. (2004): Ambulante Versorgung von Demenzkranken. Ein Vorschlag zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen Hausärzten und Ärzten für Psychiatrie und Neurologie in Deutschland. *Psychoneuro*. 30, (9), S. 489-496.
- Stuhlmann, W. (Hrsg.) (1994): Möglichkeiten zur Aktivierung und zur Beschäftigung demenzkranker alter Menschen. *Alzheimer Schriften* 1/94. Mainz.
- Stuhlmann, W. (1997): Beratung der Angehörigen. In: Wächtler, C. (Hrsg.): *Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen*. Stuttgart, S. 69-80.
- Sutor, B./ Rummans, T./ Smith, G. (2001): Assessment and Management of Behavioral Disturbances in Nursing Home Patients With Dementia. *Mayo Clinic Proceedings*. 76, S. 540-550.
- Svensson, M./ Edebalk, P. G./ Persson, U. (1996): Group living for elderly patients with dementia - A cost analysis. *Health Policy*. 38, (2), S. 83-100.
- Swanson, E. A./ Maas, M. L./ Buckwalter, K. C. (1993): Catastrophic reactions and other behaviors of Alzheimer's residents: special unit compared with traditional units. *Archives of psychiatric nursing*. 7, (5), S. 292-299.

- Swanson, E. A./ Maas, M. L./ Buckwalter, K. C. (1994): Alzheimer's residents' cognitive and functional measures: special and traditional care unit comparison. *Clinical nursing research*. 3, (1), S. 27-41.
- Tabloski, P./ McKinnon-Howe, L./ Remington, R. (1995): Effects of calming music on the level of agitation in cognitively impaired nursing home patients. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*. 10, S. 10-15.
- Teitelbaum, L./ Ginsburg, M. L./ Hopkins, R. W. (1991): Cognitive and behavioural impairment among elderly people in institutions providing different levels of care. *Canadian Medical Association journal*. 144, (2), S. 169-173.
- Teresi, J. A./ Holmes, D./ Ramirez, M. et al. (1998): Staffing patterns, staff support and training in special care and non-special care units. *Journal of Mental Health and Aging*. 4, (4), S. 443-458.
- Thiele, C. (2000): Ausgewählte gerontopsychologische Modelle zum Übergang ins Seniorenheim. *Salzburger Beiträge zur Erziehungswissenschaft*. 4, (2), S. 56-67.
- Thomas D. W. (1996): A case study on the effects of a retrofitted dementia special care unit on resident behaviors. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 11, (3), S. 8-14.
- Tornatore, J. B./ Grant, L. A. (2004): Family caregiver satisfaction with the Nursing Home after placement of a relative with dementia. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 59B, (2), S. 80-88.
- Toseland, R. W./ Diehl, M./ Freeman, K./ Manzanares, T. (1997): The impact of validation group therapy on nursing home residents with dementia. *Journal of Applied Gerontology*. 16, (1), S. 31-50.
- Trilling, A. (1998): Erinnern und pflegen. Erinnerungspflege kann demenziell Erkrankten und ihren Angehörigen in ihrer schwierigen Lebenssituation helfen. *Altenpflege*. 23, (11), S. 26-29.
- Trilling, A./ Steiner, I./ Jansen, B. (2002): Erinnern mit Verwirrten Erinnerung baut Brücken. *Pflegen ambulant*. 13, (4), S. 25-31.
- Tschainer, S. (2003a): Bedürfnisse und Erwartungen Angehöriger. In: Förstl, H. (Hrsg.): *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*. Stuttgart, S. 215-219.
- University of Kentucky (1998): Alzheimer's Disease Review. 3. Im Internet: <http://www.mc.uky.edu/adreview>, Stand: 02.02.07.
- Van de Ven, L./ Hectors, R. (1983): The support of relatives of the demented elderly. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*. 14, (4), S. 149-156.

- Van Dijk, P. T./ Van de Sande, H. J./ Dippel, D. W. et al. (1992): The nature of excess mortality in nursing home patients with dementia. *Journal of gerontology*. 47, (2), S. 28-34.
- Van Haitsma, K./ Lawton, M. P./ Kleban, M. (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: Holmes, D./ Teresi, J. A./ Ory, M. (Hrsg.): *Research and Practice in Alzheimer's Disease*. Volume 4. Special Care Units. New York, S. 163-177.
- Villareal, D. T./ Morris, J. C. (1998): The Diagnosis of Alzheimer's Disease. *Alzheimer's Disease Review*. 3, S. 142-152.
- Volicer, L./ Collard, A./ Hurley, A. et al. (1994): Impact of special care unit for patients with advanced Alzheimer's disease on patients' discomfort and costs. *Journal of the American Geriatrics Society*. 42, (6), S. 597-603.
- Von Blanckenburg, A. (1994): *Musiktherapie mit Senioren*. Idstein.
- Wächtler, C. (Hrsg.) (1997): *Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen*. Stuttgart.
- Wagner, A. W./ Teri, L./ Orr-Rainey, N. (1995): Behavior problems among dementia residents in special care units: changes over time. *Journal of the American Geriatrics Society*. 43, (7), S. 784-787.
- Walker, A. (1999): Ageing in Europe - challenges and consequences. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 32, (6), S. 390-397.
- Walker, M. D./ Salek S. S./ Bayer, A. J. A (1998): Review of Quality of Life in Alzheimer's Disease. Part 1: Issues in Assessing Disease Impact. *Pharmacoeconomics*. 14, (5), S. 499-530.
- Warr, P./ Cook, J./ Wall, T. (1979): Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*. 52, S. 129-148.
- Wegner, B. (1998): Ein Hort der Geborgenheit. *Altenpflege*. 23, (6), S. 32-34.
- Weiss, D. J./ Dawis, R. V./ England, G. W. et al. (1967): *Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire*. Industrial Relations Center. University of Minnesota.
- Weitzel-Polzer, E./ Rasehorn, H./ Rasehorn, E. et al. (1987): *Therapie. Kartei praktischer Vorschläge zur psychosozialen Therapie mit verwirrten alten Menschen*. Hannover.
- 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, S. 524-531.

- Wetterling, T. (2001): Gerontopsychiatrie. Ein Leitfaden für Diagnostik und Therapie. Berlin [u. a.].
- Wettstein, A. (1991): Senile Demenz. Ursache, Diagnose, Therapie, volkswirtschaftliche Konsequenzen. Bern.
- Weyerer, S./ Schäufele, M. (2003): The assessment of quality of life in dementia. *International Psychogeriatrics*. 15, (3), S. 213-218.
- Weyerer, S./ Schäufele, M./ Hendlmeier, I. (2005a): Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 38, (1), S. 85-94.
- Weyerer, S./ Schäufele, M./ Hendlmeier, I. (2005b): Lebens- und Betreuungsqualität demenzkranker Menschen in der besonderen stationären Betreuung: Segregative und teilssegregative Versorgung im Vergleich. *Pflege und Gesellschaft*. 10, (2), S. 90-96.
- Weyerer, S./ Schäufele, M./ Hendlmeier, I. (2005c): Die „Besondere Stationäre Dementenbetreuung“ in Hamburg. Aktuelle Ergebnisse einer Evaluationsstudie. *ZI Information Aktuell*. 28, (1), S. 10-14. Im Internet: http://www.zi-mannheim.de/fileadmin/user_upload/pdfdateien/ziaktuell/ziaktuell05_1.pdf, Stand: 02.02.07.
- Weyerer, S./ Schäufele, M./ Hendlmeier, I. et al. (2004): Evaluation der Besonderen stationären Dementenbetreuung in Hamburg. Im Internet: <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/bsg/soziales/pflege/veroeffentlichungen/dementenbetreuung.html>, Stand: 02.02.07.
- Weyerer, S./ Schäufele, M./ Hendlmeier, I. et al. (2006): Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. Stuttgart.
- Whitehouse, P. (2003): Classification of the dementias. *The Lancet*. 361, S. 1227.
- Wilz, G./ Adler, C./ Gunzelmann, T. et al. (1999): Auswirkungen chronischer Belastungen auf die physische und psychische Befindlichkeit. Eine Prozessanalyse bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 32, (4), S. 255-265.
- Wimo, A./ Wallin, J. O./ Lundgren, K. et al. (1991): Group living, an alternative for dementia patients. A cost analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 6, (1), S. 21-29.
- Wimo, A./ Mattson, B./ Krakau, I. et al. (1995a): Cost-utility analysis of group living in dementia care. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 11, (1), S. 49-65.
- Wimo, A./ Adolfsson, R./ Sandman, P. O. (1995b): Care for demented patients in different living conditions. Effects on cognitive function, ADL-capacity and behaviour. *Scandinavian journal of primary health care*. 13, (3), S.205-210.

- Wimo, A./ Asplund, K./ Mattsson, B. et al. (1995c): Patients with dementia in group living: Experiences 4 years after admission. *International psychogeriatrics*. 7, (1), S.123-127.
- Wimo, A. (Hrsg.) (1998): *Health Economics of Dementia*. Chichester.
- Wimo, A./ Ekelöf, C. M. (2004): *OECD case study on dementia*. Sweden. Stockholm.
- Wittchen, H.-U./Jacobi, F. (2002): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Psychotherapeutenjournal*. 0, S. 6-15.
- Wojnar, J. (2001): Demenzkranke verstehen. In: Dürrmann, P. (Hrsg.): *Besondere stationäre Dementenbetreuung*. Hannover, S. 35-41.
- Wojnar, J. (1997): Oft helfen keine Pillen. *Altenpflege*. 22, (2), S. 44-47.
- Woods, B. (2002): Reality Orientation: a welcome return? *Age and Ageing*. 31, (3), S. 155-156.
- Yen-Chun, L./ Yu-Tzu, D./ Shioh-Li, H. (2003): The effect of reminiscence on the elderly population: a systematic review. *Public Health Nursing*. 20, (4), S. 297-306.
- Yesavage, J. A./ Westphal, J./ Rush, L. (1981): Senile dementia: Combined pharmacological and psychological treatments. *Journal of the American Geriatrics Society*. 29, (4), S. 164-171.
- Zaudig, M. (1995): *Demenz und „Leichte kognitive Beeinträchtigung“ im Alter. Diagnostik, Früherkennung und Therapie*. Bern [u. a.].
- Zaudig, M. (2001): *Demenzen im Alter. Aktuelle Diagnostik und Therapie für die Praxis*. Bremen.
- Zeisel, J./ Silverstein, N. M./ Hyde, J. et al. (2003): Environmental correlates to behavioral health outcomes in Alzheimer's special care units. *The Gerontologist*. 43, (5), S. 697-711.
- Zimber, A./ Weyerer, S. (Hrsg.) (1999): *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*. Göttingen.
- Zimber, A. (1999): Arbeitsbelastung und Beanspruchung in der Altenpflege. Forschungsstand in der Bundesrepublik Deutschland. In: Zimber, A./ Weyerer, S. (Hrsg.): *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*. Göttingen, S. 170-185.
- Zimber, A./ Albrecht, A./ Weyerer S. et al. (1999): Forschungskonzepte zur Arbeitsbelastung, Beanspruchung, Stress und ihren Folgen. In: Zimber, A./ Weyerer, S. (Hrsg.): *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*. Göttingen, S. 97-112.

