

# **Evaluation der Besonderen Stationären Dementenbetreuung in Hamburg**

(Internetversion)

*Juli 2004*

## **Projektförderung:**

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)  
Behörde für Soziales und Familie der Freien und Hansestadt Hamburg (BSF)

## **Durchführung:**

Arbeitsgruppe Psychogeriatric am  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim

## **Projektleitung:**

Prof. Dr. Siegfried Weyerer und Dr. Martina Schäufele

## **Wissenschaftliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen:**

- **Hamburg:** Christopher Kofahl, Bettina Jantzen, Petra Schumacher
- **Mannheim:** Ingrid Hendlmeier, Leonore Köhler, Christine Rockenbach, Sandra Teufel
- **Koordination Hamburg-Mannheim:** Heribert Sattel

## **Autoren und Autorinnen:**

S. Weyerer, M. Schäufele, I. Hendlmeier, Ch. Kofahl, H. Sattel,  
B. Jantzen, P. Schumacher

## **Kontakt:**

Prof. Dr. Siegfried Weyerer, Dr. Martina Schäufele  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit  
Postfach 122120  
D-68072 Mannheim  
[weyerer@zi-mannheim.de](mailto:weyerer@zi-mannheim.de)

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung und Stand der Forschung.....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Die Besondere Stationäre Dementenbetreuung in Hamburg .....</b>	<b>9</b>
<b>3.</b>	<b>Ziele der Evaluation .....</b>	<b>12</b>
<b>4.</b>	<b>Forschungsplan und -methoden.....</b>	<b>14</b>
<b>5.</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>18</b>
5.1	Beschreibung der Bewohner und Bewohnerinnen in der Besonderen Dementenbetreuung .....	18
5.2	Vergleichende Analyse Demenzkranker in der Traditionellen Pflege mit Demenzkranken in der Besondere Dementenbetreuung.....	21
5.3	Organisatorische und bauliche Merkmale .....	27
5.4	Angehörigenbefragung.....	30
5.5	Befragung der Beschäftigten.....	31
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassung und Diskussion .....</b>	<b>32</b>
<b>7.</b>	<b>Danksagung.....</b>	<b>39</b>
<b>8.</b>	<b>Literatur.....</b>	<b>40</b>

## 1. Einleitung und Stand der Forschung

Der Begriff Demenz schließt eine Reihe von Krankheitsbildern mit unterschiedlicher Ursache ein. Obwohl eine genaue Diagnostik im Rahmen von bevölkerungsbezogenen Studien sehr schwierig und mit vielen Unsicherheiten behaftet ist, stimmen neuere Feldstudien darin überein, dass die Alzheimer Krankheit in den westlichen Industrieländern mit Abstand die häufigste Demenzform ist: Rund zwei Drittel aller Demenzfälle sind auf diese Erkrankung zurückzuführen. Die zweithäufigsten Demenzerkrankungen sind vaskuläre Demenzen von denen 15-20% der Fälle betroffen sind, gefolgt von zahlreichen anderen Formen mit deutlich geringeren Anteilen (Bickel 2003).

Die meisten Demenzformen nehmen einen ungünstigen Verlauf, der durch fortschreitende Verschlechterungen der kognitiven Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Orientierung, Denken, Sprache und Urteilsvermögen gekennzeichnet ist. Neben den kognitiven Störungen treten bei Demenzkranken häufig aber auch andere psychische Auffälligkeiten auf, wie Depressivität, Schlafstörungen, Unruhe, Angst, paranoid-halluzinatorische Syndrome und Aggressionen. Nicht-kognitive Symptome der Demenz können neben einer Verschlechterung der Lebensqualität des Kranken zu erheblichen Belastungen für die Betreuenden führen. Sie sind nicht nur Folge degenerativer Prozesse im Gehirn, sondern auch Ausdruck ihres engen Wechselspiels mit psychosozialen Einflüssen, der Persönlichkeit und den noch vorhandenen Konfliktbewältigungsstrategien (Hock 2000). Die Lebenserwartung Demenzkranker ist gegenüber der nicht Demenzkranker im Mittel deutlich verkürzt. Die durchschnittliche Lebensdauer vom Beginn der ersten Symptome bis zum Tod liegt zwischen fünf und zehn Jahren, wobei – u.a. in Abhängigkeit vom Alter der Patienten und dem gleichzeitigen Vorhandensein anderer Erkrankungen - eine große Streubreite festzustellen ist (Schäufele et al.1999).

In Deutschland leiden derzeit - bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren - nahezu eine Million Menschen an einer Demenz, die Anzahl der Neuerkrankungen beträgt im Laufe eines Jahres fast 200.000. Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen sehr stark an, von weniger als 2% bei den 65- bis 69-Jährigen auf über 30% bei den 90-Jährigen und Älteren. Über 70% aller Demenzkranken sind Frauen: Dies ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass Frauen im Vergleich zu Männern eine höhere Lebenserwartung haben und wohl auch länger mit einer Demenz überleben. Ob es auch geschlechtsspezifische Unterschiede im altersadjustierten Erkrankungsrisiko gibt, ist noch nicht eindeutig geklärt. Demenzerkrankungen haben sich als die wichtigste Einzelursache für den Verlust der Selbstständigkeit erwiesen. Von den Pflegebedürftigen in Privathaushalten haben 46% eine Demenz, wobei mit zunehmender Pflegestufe der Anteil stark ansteigt und in Pflegestufe III 76% erreicht (Bickel 2004).

Eine Reihe von Studien und Metaanalysen weist übereinstimmend darauf hin, dass die häusliche Pflege Demenzkranker aufwändiger, zeitintensiver und belastender ist als die Pflege von nicht dementen, körperlich beeinträchtigten Menschen (z.B. Gräßel 1998, Pinquart und Sorensen 2003). Neben den krankheitsassoziierten Beeinträchtigungen, wie den nicht-kognitiven Symptomen, wird die Einschränkung der persönlich verfügbaren Zeit von pflegenden Ange-

hörigen demenziell Erkrankter als belastend erlebt. Matter und Späth (1998) fanden, dass etwa drei Viertel der befragten Angehörigen durch Störungen, die vom Demenzkranken ausgehen (z. B. Unruhe des Kranken oder Inkontinenzprobleme), am Schlaf gehindert werden. Entgegen der weitverbreiteten Annahme, dass die meisten Demenzerkrankten bis zum Tod von ihren Angehörigen zu Hause gepflegt werden, ist die Wahrscheinlichkeit eines Heimeintritts im Laufe der Demenzerkrankung neueren Studien zufolge hoch. Schätzungsweise bis zu 80% aller Betroffenen treten im Verlauf der Demenz in ein Pflegeheim ein und verbleiben dort bis zu ihrem Tod, weil die Versorgung im Privathaushalt nicht mehr gewährleistet werden kann (Bickel 2001). Im Rahmen der Canadian Study of Health and Aging wurde ermittelt, dass sich 20,6% der leicht, 44,6% der mittelschwer und 85,4% der schwer Demenzkranken in stationärer Versorgung befanden (Graham et al. 1997). Als wichtige Faktoren, die das Risiko einer Institutionalisierung bei Demenzkranken beträchtlich erhöhen, gelten neben der Schwere der Demenz - Inkontinenz sowie das Auftreten von anderen nicht-kognitiven Symptomen, wie z.B. Störungen im Schlaf-Wachrhythmus, Agitiertheit und Aggressivität (Kurz 1998).

### *Institutionelle Versorgung Demenzkranker*

In den letzten 20 Jahren hat sich die Heimversorgung in Deutschland stark verändert. Während ursprünglich Altenheimplätze quantitativ die größte Rolle spielten, stehen inzwischen Pflegeheimplätze im Vordergrund. In den in Deutschland 1999 vorhandenen 8 859 Alten- und Pflegeheimen wurden 645 456 Plätze vorgehalten. (Bundesministerium für Gesundheit 2001). Bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren liegt die Unterbringungsrate bei 5%. Der Anteil der Heimbewohner und –bewohnerinnen liegt bei den 65- bis 69-Jährigen bei etwa 1% und steigt bei den über 90-Jährigen auf über 30% an (BMFSFJ 1998).

Ohne dass die Einrichtungen darauf vorbereitet waren, hat sich in den deutschen Altenpflegeheimen das Verhältnis zwischen dementen und nicht dementen Bewohnern gravierend verschoben: Nach den Ergebnissen neuerer Untersuchungen in der Stadt Mannheim und anderen Städten und Regionen in Baden-Württemberg werden durchschnittlich 60% bis 70% der Plätze in Alten- und Pflegeheimen mittlerweile von Personen in Anspruch genommen, die an einer mittelschweren bis schweren Demenz leiden (Weyerer et al. 2001, Schäufele et al. 2002). Eine bundesweite Erhebung von Infratest ergab, dass mehr als die Hälfte der Bewohner und Bewohnerinnen in Heimen "häufig" oder "gelegentlich" desorientiert waren (BMFSFJ 1998). Diese Ergebnisse sind mit den Befunden aus vielen anderen westlichen Ländern vergleichbar (Bickel 2001).

Es konnte gezeigt werden, dass Demenzen nicht nur sehr häufig unter Heimbewohnern und –bewohnerinnen sind, sondern dass sie auch mit großem Abstand der *wichtigste Grund für den Eintritt in ein Heim* waren. In einer repräsentativen Studie in Mannheimer Alten- und Pflegeheimen, in der neu aufgenommene Bewohner und Bewohnerinnen zum Zeitpunkt der Heimübersiedelung im Querschnitt mit jenen verglichen wurden, die bereits etwa vier Jahre lang im Heim lebten, konnte gezeigt werden, dass in beiden Populationen jeweils über die Hälfte der Bewohnerschaft von einer mittelschweren oder schweren Demenz betroffen war (Weyerer et al. 2001).

Aus verschiedenen Arbeiten geht hervor, dass nicht nur pflegende Angehörige erheblich belastet sind, sondern dass auch professionell *Pflegende in Einrichtungen der Altenhilfe* ein deutlich erhöhtes Risiko für psychische Beanspruchungen und Burnout-Symptome haben. Untersuchungen aus dem stationären Bereich bestätigen hohe Fluktuationsraten, die in Zusammenhang mit Berufsstress und einer geringen Arbeitszufriedenheit stehen. Bezogen auf den Arbeitsbereich wurden als Ursachen dieser Beanspruchungsfolgen im Wesentlichen folgende Aspekte genannt:

- *Belastungen durch ungünstige Arbeitsbedingungen* wie Personalmangel, mangelhafte Qualifizierung der Betreuer und Betreuerinnen, Überlastung insbesondere durch hohen Zeitdruck, Mangel an Handlungs- und Gestaltungsspielräumen, Autonomie und Partizipation sowie Rollenkonflikte, mangelnde soziale Unterstützung durch Kollegen und Kolleginnen bzw. Angehörige und fehlende Anerkennung der Pflgetätigkeit.
- *Belastungen durch die betreuten Personen*: Als besonders belastend erwiesen sich die Konfrontation mit Tod und Sterben sowie der Umgang mit Demenzkranken und verhaltensauffälligen Menschen (Weyerer und Zimmer 2000).

### *Besondere Formen der Langzeitversorgung für demenzkranke Menschen*

Vor dem Hintergrund der wachsenden Probleme in der stationären Versorgung dementer alter Menschen wurden in jüngerer Zeit auch in Deutschland vermehrt neue Betreuungsansätze entwickelt und in der Praxis umgesetzt.

Die Vorbilder hierfür stammen meist aus anderen Ländern, insbesondere aus Schweden, den Niederlanden, Großbritannien, Frankreich und den USA. Dort ist die Umsetzung innovativer Ansätze, die sich von der klassischen Pflegeheimversorgung abgrenzen, bereits vorangeschritten. In Deutschland gibt es erst eine verhältnismäßig kleine Zahl von Einrichtungen, die besondere Ansätze der Demenzkrankenversorgung konsequent und umfassend realisiert haben. Sieht man von einigen wenigen Ausnahmen ab, müssen wir uns auch hinsichtlich des Erfolgs und der Auswirkungen besonderer Versorgungsmodelle auf Ergebnisse aus dem Ausland stützen (Radzey et al. 2001; Schäufele 2002).

Unter den innovativen Ansätzen zur Langzeitbetreuung demenziell Erkrankter lassen sich grundsätzlich zwei Formen unterscheiden - einerseits die Wohngruppen bzw. Hausgemeinschaften und andererseits spezielle Pflegebereiche, in denen ausschließlich Demenzkranke betreut werden (segregative stationäre Versorgung). Zu den Wohngruppen und Hausgemeinschaften zählen z.B. die in Frankreich entwickelten „Cantous“ (Ritchie et al. 1992) und die in Schweden angesiedelten „Gruppboende“ (Annerstedt et al. 1993). Die speziellen Pflegebereiche („special care units“) hingegen sind zumeist in stationäre Langzeiteinrichtungen integriert und fanden insbesondere in den USA Verbreitung (Holmes et al. 2000). Es fehlt bislang eine eindeutige und allgemeinverbindliche Definition, durch welche Merkmale diese Versorgungsformen charakterisiert und klar voneinander abgegrenzt werden können. Nach der Konzeption des Kuratoriums Deutsche Altershilfe scheint das wichtigste Unterscheidungskriterium darin zu liegen, dass sich Hausgemeinschaften und Wohngruppen durch die Abkehr

vom „Anstaltscharakter“ des konventionellen Pflegeheims auszeichnen und in erster Linie „Normalität“, Häuslichkeit, maximale Alltagsnähe, Dezentralisierung, Deinstitutionalisierung und kleine Bewohnerzahlen anstreben (Winter und Gennrich 2001). Demgegenüber sind spezielle Pflegebereiche (SCUs) dadurch gekennzeichnet, dass sie von anderen Pflegebereichen innerhalb einer stationären Einrichtung räumlich klar abgegrenzt sind und ausschließlich Demenzkranke aufnehmen. Des Weiteren wird der Ausrichtung auf die spezifischen Bedürfnisse Demenzkranker Vorrang vor Normalität und Alltagsnähe eingeräumt. Im Idealfall umfasst diese Ausrichtung Kommunikation und Umgang mit speziell geschultem Personal, das kontinuierlich weiter fortgebildet und supervidiert wird, einen günstigeren Personalschlüssel, die Umsetzung spezieller materieller Umweltbedingungen (bauliche Kriterien, Regulation sensorischer Stimulation etc.) sowie die Etablierung demenzgerechter Aktivitätsangebote und eine Tagesstruktur. Großangelegte Untersuchungen in den USA haben allerdings deutlich gemacht, dass das Etikett „SCU“ mit sehr unterschiedlichen Definitionen verbunden war und nur eine Minderheit der so bezeichneten Pflegebereiche die genannten Charakteristika erfüllte (Grant und Ory 2000). Mitunter wurden SCUs vorgefunden, deren Bezeichnung allein dadurch gerechtfertigt schien, dass sie von anderen Wohnbereichen separiert waren und einige wenige architektonische Besonderheiten aufwiesen (Grant et al. 1995).

Innerhalb der stationären Langzeitversorgung haben sich neben dieser rein segregativen Form zudem teilintegrative Ansätze der Demenzkrankenbetreuung herausgebildet. Das heißt, Demenzkranke leben zwar grundsätzlich mit nicht dementen Bewohnern und Bewohnerinnen in einem Wohnbereich zusammen, werden aber tagsüber für eine bestimmte Zeitspanne in einem gesonderten Bereich nur für Demenzkranke betreut.

Will man die Effekte besonderer stationärer Versorgungsformen für Demenzkranke beurteilen, so stehen einerseits qualitativ basierte Praxisberichte zur Verfügung und andererseits quantitative evaluative Studien. Während quantitative Evaluationen, die anspruchsvollen wissenschaftlichen Kriterien genügen, in Deutschland auf diesem Gebiet bisher selten durchgeführt wurden, gibt es eine Reihe von eindrucksvollen Praxisberichten und Einzelfallstudien. Diese gelangten überwiegend zu äußerst positiven Einschätzungen der Auswirkungen segregativer Versorgungsformen, sowohl was die Demenzkranken selbst („lebendiger“, „wieder eher sie selbst“, „aktiver“, „emotional ausgeglichener, „besser gestimmt“) als auch was das Pflegepersonal, Angehörige und nicht demente Bewohner und Bewohnerinnen betrifft (Damkowski et al. 1994; Demenz-Verein Saarlouis e.V. 2000).

Wissenschaftlich besser fundierte Untersuchungen zu den Wirkungen besonderer Pflegebereiche (SCU) stammen überwiegend aus den USA, wo seit den 80er Jahren die Zahl segregierter Bereiche in Pflegeheimen erheblich angestiegen ist. In einer ersten zusammenfassenden Bewertung hoben Ohta und Ohta (1988) die methodischen Schwierigkeiten hervor, die mit der Evaluation von SCUs verbunden sind und die die Aussagekraft der bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Studien erheblich schmälerten. Selbst die Auswertung der qualitativ besten Arbeiten, d. h. derjenigen Studien, die eine Kontrollgruppe einschlossen (6 von 15 Studien), ließ keine eindeutigen Schlüsse zu. Die Unterschiede zwischen SCUs und anderen Versorgungsformen waren hinsichtlich der

Auswirkungen auf die Bewohner und Bewohnerinnen jedoch überwiegend insignifikant. Diese negativen Befunde könnten jedoch mit der fehlenden „statistischen Power“ aufgrund der kleinen Stichproben von untersuchten Bewohnern und Bewohnerinnen zusammenhängen. Nichtsdestotrotz muss man davon ausgehen, dass durchschlagende und anhaltende positive Effekte von SCUs auf bestimmte Bewohnercharakteristika nicht zu erwarten sind, vor allem dann nicht, wenn es sich um die Kernsymptome von Demenzen handelt, wie kognitive Leistungseinbußen und den damit verbundenen Verlust der Selbstständigkeit im Alltag (ADLs, IADLs). Da den meisten Demenzformen neurodegenerative Krankheitsprozesse zu Grunde liegen, die derzeit kausal nicht beeinflusst werden können, nehmen die kognitiven Beeinträchtigungen im zeitlichen Verlauf zu. Nach den bisherigen Forschungsbefunden kann eine Verzögerung des Leistungsabbaus bei Demenzkranken, wenn überhaupt, in erster Linie durch anti-dementive Medikamente und nur für eine begrenzte Zeitspanne erreicht werden.

Zu einem ähnlichen Resümee gelangten auch die Herausgeber einer umfassenden Überblicksarbeit aus jüngerer Zeit (Holmes et al. 2000). In dieser Arbeit sind neuere und methodisch qualifiziertere Untersuchungen zusammenfassend dargestellt, die auf Initiative des National Institute of Aging kollaborativ in verschiedenen Teilen der USA durchgeführt wurden. Integriert wurden aber auch Erkenntnisse aus anderen Ländern. Gestützt auf die bislang größte Datenbasis auf diesem Gebiet zeigte sich, dass segregierte stationäre Pflege bei Demenzkranken weder die kognitive Leistungsfähigkeit noch den Grad der Selbstständigkeit im Alltag bedeutend verbessern kann. Mehr als die Demenzkranken selbst schienen andere Personengruppen von den SCUs zu profitieren, in erster Linie die nicht demenzkranken Heimbewohner und -bewohnerinnen, deren Familienangehörige und das Pflegepersonal (Holmes et al. 2000a). Allerdings sind auch diese Studien nicht frei von methodischen Problemen, z.B. was die Vergleichbarkeit von SCU-Bewohnern und Kontrollgruppen oder die untersuchten Ergebnisvariablen anbelangt. Endgültige Schlussfolgerungen hinsichtlich der Auswirkungen von SCUs auf demenzkranke Bewohner und Bewohnerinnen lassen sich demzufolge auch aus diesen Ergebnissen nicht ziehen.

Hinsichtlich bestimmter Merkmale ergaben sich für Demenzkranke in spezialisierten Bereichen im Vergleich zu Kontrollbewohnern in der herkömmlichen integrierten Versorgung jedoch durchaus signifikante Unterschiede: Einige Studien stellten ein durchschnittlich höheres Aktivitätsniveau und größere Geselligkeit, einen geringeren Grad an Agitiertheit und weniger andere Verhaltensprobleme sowie eine längere Aufrechterhaltung positiver affektiver Zustände in den SCUs fest. Während der Psychopharmakaverbrauch in den SCUs meist nicht vermindert war, wurden hingegen Fixiergurte signifikant seltener eingesetzt (zu einem Überblick siehe Grant und Ory (2000)). Günstige Effekte von SCUs sowohl im Hinblick auf das Auftreten von psychiatrischen Symptomen und Verhaltensproblemen als auch in Bezug auf den Psychopharmakagebrauch und Fixierungen, konnten durch eine Multi-Center Studie bestätigt werden, die in Norditalien durchgeführt wurde (Bellelli et al. 1998). Ein Nachteil dieser Studie war, dass sie lediglich auf einem Prä-/Postvergleich basierte; eine Kontrollgruppe wurde nicht untersucht.

Auch in Deutschland gibt es Befunde, die für das segregative Modell sprechen. Nach den früheren Erfahrungen aus dem "Modellprogramm Stationäre Demen-

tenbetreuung" in Hamburg profitieren Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz und erhaltener Mobilität von einer gesonderten Betreuung in homogenen Gruppen. Ihre Gesamtbefindlichkeit verbessert sich und Verhaltensprobleme treten seltener auf. In der qualitativ ausgerichteten Studie von Damkowski et al. (1994) kam man zu der Schlussfolgerung, dass unter segregativen Versorgungsbedingungen Kooperationsprobleme mit den Bewohnern und Bewohnerinnen wesentlich geringer waren und der Pflegeablauf deutlich seltener unterbrochen oder geändert werden musste als unter integrativen oder teilintegrativen Bedingungen. Dürrmann (2001) resümierte, dass der Betreuungsmehraufwand, der durch Verhaltensstörungen bei Demenz entsteht, im segregativen Modell geringer ist.

Mit dem Modellprojekt "Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation-MIDEMAS" im Rahmen des Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ des BMFSFJ wurde von 2001-2003 erstmals in Deutschland eine bewohnerbezogene qualitative und quantitative Interventionsstudie in diesem Bereich durchgeführt (Heeg et al. 2003). Die quantitative Evaluation, für die unsere Arbeitsgruppe am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim verantwortlich zeichnete, erbrachte folgende Ergebnisse: Ähnlich wie in den neueren amerikanischen Studien wurde festgestellt, dass die Kernsymptome einer Demenz, wie kognitive Beeinträchtigung und Verlust der Selbstständigkeit im Alltag durch milieutherapeutische Wohngruppen nicht positiv beeinflusst werden konnten. Nicht-kognitive Symptome reduzierten sich allerdings im Laufe von sechs Monaten signifikant. Darüber hinaus erhöhten sich die Anteile von BewohnerInnen, bei denen kompetenzfördernde Maßnahmen, wie körperliche Aktivierung und Selbstständigkeitstraining, durchgeführt wurden, bedeutsam (Weyerer et al. 2003). Eine erhebliche Limitation dieser Studie bestand allerdings darin, dass sie, wie die Studie von Bellelli et al. (1998), lediglich als einfacher Vorher-Nachher-Vergleich durchgeführt werden konnte, die Untersuchung einer Kontroll- oder Referenzgruppe war nicht möglich. Die Ergebnisse des MIDEMAS-Projekts werden im Diskussionsteil im Zusammenhang mit den Ergebnissen der vorliegenden Evaluation ausführlicher dargestellt.

### *Folgerungen aus bisherigen Studien*

Sowohl die konzeptuelle Entwicklung von besonderen stationären Versorgungsformen für Demenzkranke als auch ihre Evaluation sollten verstärkt weiterbetrieben werden (Schäufele 2002). Im Gegensatz zu einigen anderen Ländern sind besondere Versorgungsmodelle für Demenzkranke in Deutschland bislang verhältnismäßig selten etabliert und evaluiert worden. Die Forschungsbefunde aus dem Ausland sind uneinheitlich und lassen noch keine eindeutigen Schlussfolgerungen zu. Um die Verallgemeinerbarkeit von evaluativen Studien auf diesem Gebiet zu erhöhen, sind bestimmte methodische Anforderungen künftig besser zu erfüllen als bisher (Sloane et al. 1995). Im Folgenden sind einige Punkte angeführt, die die Aussagekraft der bisherigen Ergebnisse schmälerten und die in künftigen Untersuchungen berücksichtigt werden sollten:

- Die Spezialbereiche für Demenzkranke (SCUs), die in die großangelegten Studien in den USA einbezogen waren, waren hinsichtlich vieler ent-

scheidender Merkmale heterogen (Größe, Aufnahmekriterien, Betreuungskonzepte, Umgang und Kommunikation, personelle Besetzung und Qualifikation, baulich- räumliche Merkmale ). Dementsprechend war auch die Qualität der Versorgung unterschiedlich. Die Zusammenfassung zu einer einheitlichen Gruppe, wie in den Untersuchungen geschehen, erscheint deshalb fragwürdig.

- Als Erfolgs- oder „Outcome“- Kriterien“ wurden in den bisherigen Untersuchungen oft nur die Kernsymptome der demenziellen Erkrankung herangezogen (insbesondere kognitive Leistung, Selbstständigkeit), bei denen durch psychosoziale Maßnahmen im fortgeschrittenen Stadium der Demenz kaum stabile Verbesserungen erreicht werden können. Wesentlich angemessener erscheinen Kriterien, die sich auf das Wohlbefinden, die Lebens- und Betreuungsqualität der Betroffenen beziehen.

## **2. Die Besondere Stationäre Dementenbetreuung in Hamburg**

Hinsichtlich der Entwicklung und Umsetzung neuer Konzepte zur Versorgung demenzkranker Heimbewohner und –bewohnerinnen spielt Hamburg eine herausragende Rolle. Dort wurde von 1991 bis 1994 das „Modellprogramm stationäre Dementenbetreuung“ durchgeführt (Damkowski et al. 1994). Aufbauend auf den Ergebnissen des Modellprogramms beschloss der Hamburger Senat 1997, die Angebote demenzkranker Heimbewohner und Heimbewohnerinnen mit besonderem Bedarf gezielt auszubauen. Seit 1999 gibt es als Resultat dreiseitiger Verhandlungen zwischen Anbieterverbänden, Pflegekassen und Sozialbehörde eine „Gemeinsame Vereinbarung über die besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg“: 750 Pflegeheimplätze wurden konzeptionell so umgestaltet, dass sie den besonderen Bedürfnissen verhaltensauffälliger schwerstdementer Menschen Rechnung tragen.

Kellerhof (2002) stellt die Konzeption für die Pflege und Betreuung Demenzkranker im Rahmen des Hamburger Modells wie folgt dar:

Bei der Größenordnung von 750 Plätzen wurde davon ausgegangen, dass von den geschätzten 5.600 demenzkranken Heimbewohnern und -bewohnerinnen 10 bis 20% zur Gruppe der Menschen gehören, die wegen ausgeprägter Verhaltensauffälligkeiten besonders betreuungsbedürftig sind. Dies entspricht knapp 5% der vorhandenen Pflegeheimplätze. Durch ein auf diese Zielgruppe ausgerichtetes Betreuungskonzept der Einrichtungen soll gleichzeitig die Situation des Pflegepersonals wie auch der anderen Heimbewohner und -bewohnerinnen verbessert werden. Dabei handelt es sich hier nicht um 750 zusätzliche stationäre Pflegeplätze in eigens dafür errichteten Gebäuden, sondern um eine konzeptionelle und bauliche Umgestaltung im Rahmen bestehender Einrichtungen.

Die Besondere Stationäre Dementenbetreuung kann sowohl nach dem Domusprinzip als auch nach dem Integrationsprinzip gestaltet werden:

- Das *Domus-Prinzip* besteht in einer spezialisierten, segregativen „Rund-um-die-Uhr“ - Betreuung (d.h. 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.
- Unter dem *Integrationsprinzip* versteht man eine Begleitung und Betreuung (d.h. notwendige pflegerische Versorgung, Tagesstrukturierung und ergänzende therapeutische Angebote) der Demenzkranken in einer teiltintegrierten Versorgung, die in die stationäre „Rund-um-die-Uhr“ - Betreuung eingebettet ist. Die Demenzkranken verbleiben in ihrem gewohnten Umfeld und erhalten tagsüber ein spezielles Betreuungsangebot in einem dafür vorgesehenen besonderen Bereich.

In der folgenden Übersicht sind die wesentlichen Inhalte der Gemeinsamen Vereinbarung und damit des Modells der Besonderen Stationären Dementenbetreuung zusammengefasst.

**Abbildung 1: Gemeinsame Vereinbarung über die besondere Stationäre Dementenbetreuung in Hamburg (nach Kellerhof, 2002)**

Thema	Inhalt	Umsetzung
Zielgruppe	Personen mit einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung und schweren Verhaltensauffälligkeiten, die nicht bettlägerig sind, eine Einstufung in Pflegestufe II oder III haben und die in „normaler Pflege“ kaum oder gar nicht angemessen zu versorgen sind.	Ergebnisse zu Demenz (Mini-Mental-State-Examination < 18 Punkte) Verhaltensauffälligkeiten (mod. Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory: Vorliegen einer schweren Auffälligkeit, die mindestens täglich auftritt, oder von drei leichteren Auffälligkeiten, die weniger als täglich vorkommen) Pflegestufe (nach SGB XI)
Grundsätze der Betreuung	Der Lebensraum und die Tagesgestaltung müssen an die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner angepasst sein. Die Einrichtung entwirft hierzu ein umfassendes Konzept.	Orientierung des Pflegeprozesses an Biografie, Vorlieben, Abneigungen und verbliebenen Fähigkeiten Konstantes und vorhersehbares Verhalten der Pflege- und Hauswirtschaftskräfte Beratung und Fallbesprechungen durch eine/n gerontopsychiatrisch erfahrene/n Arzt/Ärztin Acht Stunden am Tag aktivierende Betreuungsangebote an mindestens fünf Tagen in der Woche

Betreuungsform	<p>„Domus-Prinzip“: Die Teilnehmenden wohnen zusammen in einem Wohnbereich und werden rund-um-die-Uhr nach bestimmten Prinzipien betreut</p> <p>„Integrations-Prinzip“: Die Teilnehmenden wohnen verstreut in der Einrichtung und werden über eine bestimmte Zeit des Tages gemeinsam betreut.</p>	<p>Mindestens durchgehend an fünf Tage in der Woche, acht Stunden täglich</p>
Bauliche Gestaltung	Konkrete Anforderungen	<p>Gruppenraum (Mahlzeiten, Aktivitäten)</p> <p>Rückzugsmöglichkeiten</p> <p>Platz zum „Wandern“ drinnen und draußen</p> <p>Geräumige und gut ausgeleuchtete Sanitäreinrichtungen (ggf. Hilfe durch zwei Pflegekräfte möglich)</p> <p>Helle Tages- und Gemeinschaftsräume</p> <p>Möglichst wohnliche Ausstattung</p>
Personalausstattung	Grundsätze für die Ermittlung des Personalbedarfs	<p>Fachliche Leitung: Pflegefachkraft mit gerontopsychiatrischer Zusatzqualifikation und Berufserfahrung</p> <p>Verpflichtender Fortbildungsumfang für alle Teammitglieder (auch hauswirtschaftliche Kräfte)</p> <p>Personal außerhalb der Nachwachzeit: eine anwesende Pflegekraft je acht Bewohner</p>

Die verbindlich vorgeschriebene Relation zwischen (anwesenden) Pflegekräften und Bewohnerinnen und Bewohnern führt unter Berücksichtigung der erforderlichen zusätzlichen Zeiten für Fortbildung, Fallbesprechungen etc. zu einem Mehraufwand (gegenüber der Normalpflege in Hamburg) von etwas über 40 Minuten je Tag und Bewohner/-in und zu einem kalkulatorischen Pflegepersonal-schlüssel von etwa 1:1,7 im Domus-Prinzip.

Charakteristisch für die Umsetzung der Vereinbarung in Hamburg war, dass die betreffenden Einrichtungen, die die 750 Plätze zur Verfügung stellen sollen, nicht im Voraus feststanden, sondern im Wege einer öffentlichen Bekanntgabe ermittelt wurden. Eine vom Landespflegeausschuss Hamburg eingesetzte Kommission bewertete die eingesandten Konzepte, besichtigte zusätzlich jede einzelne Einrichtung und befragte ausgiebig die Heimleitung und die Pflegedienstleitung. Für die Realisierung des Konzeptes wurden 30 Pflegeheime aller Trägergruppen (privat-gewerblich, freigemeinnützig, kommunal) ausgewählt. Sie bieten durchschnittlich 25 (zwischen 8 und 48) Plätze der stationären Demen-tenbetreuung an. 60% der Plätze werden nach dem Domus-Prinzip betrieben, 40% nach dem Integrations-Prinzip.

Die Einrichtungen der besonderen stationären Dementenbetreuung erhalten in ihrem Versorgungsvertrag nach § 72 Abs. 1 SGB XI diese Betreuungsform als speziellen Versorgungsauftrag, der im Rahmen eines einvernehmlichen Kalkulationsschemas in den Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI berücksichtigt wird. Die vereinbarten Pflegesätze bedeuten einen Mehraufwand von bis zu 500,- Euro monatlich gegenüber einem normalen Pflegeheim. Die Pflegekassenleistung beträgt nach den gesetzlichen Vorschriften des §43 SGB XI in der hier als Beispiel herausgegriffenen Pflegestufe II unverändert pauschal 1.279,- Euro. Die Erhöhung bezahlen in der Praxis also die Betroffenen und/oder die Sozialhilfe (Kellerhof 2002).

### 3. Ziele der Evaluation

Obwohl Nützlichkeit und Effektivität innovativer Ansätze wie in Hamburg auf der Hand zu liegen scheinen, ist noch unklar, welche Vorteile sie gegenüber den bisherigen Versorgungskonzepten haben. Eine Umsetzung und Finanzierung dieser Ansätze auf breiter Basis ist nur dann durchsetzbar, wenn mit Hilfe wissenschaftlich fundierter Evaluation belegt werden kann, dass die intendierten Effekte eintreten. Ein solcher Beleg erfordert den Vergleich der Auswirkungen herkömmlicher und neuer Versorgungsbedingungen. Die Ziele der Evaluation waren wie folgt:

- Umfassende Charakterisierung der Situation Demenzkranker, die zu einem definierten Stichtag in den Hamburger Modellprojekteinrichtungen lebten (Modellgruppe) im Quer- und Längsschnitt hinsichtlich
  - der soziodemographischen Merkmale;
  - des klinischen Zustandsbildes: Einschränkung der Alltagsaktivitäten, nicht-kognitiver Krankheitssymptome und Verhaltensauffälligkeiten;
  - der Erfüllung der Hamburger Kriterien (fortgeschrittene Demenzerkrankung, Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten, Mobilität, Pflegestufe);
  - der sozialen Kontakte;
  - der medizinischen und psychosozialen Behandlungs- und Versorgungssituation und weiterer Indikatoren der Lebensqualität.
- Differenziert wurden Demenzkranke, die entsprechend dem Integrations-Prinzip versorgt werden, von denjenigen, die nach dem Domus-Prinzip betreut werden.
- Umfassende Charakterisierung der Situation Demenzkranker, die integrativ in *traditionellen* stationären Pflegeeinrichtungen betreut werden, d.h. gemeinsam mit nicht demenzkranken Personen, ohne spezifische Angebote und Maßnahmen (Vergleichsgruppe), im Quer- und Längsschnitt hinsichtlich derselben Kriterien.
- Umfassende Charakterisierung der Situation *neu eingezogener* Demenzkranker in der Besonderen Dementenbetreuung und in der Traditionellen Pflege im Quer- und Längsschnitt.

- Beschreibung der baulichen und organisatorischen Merkmale aller untersuchten Einrichtungen in der Besonderen Dementenbetreuung in Hamburg und den traditionellen Pflegeeinrichtungen.
- Erfassung der Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen des Pflegepersonals in den Hamburger Modelleinrichtungen und den Referenzeinrichtungen.
- Vergleichende Untersuchungen zwischen Bewohnern und Bewohnerinnen der Modell- und Referenzeinrichtungen im Querschnitt und im Längsschnitt.

*In der vergleichenden Untersuchung von Modell- und Referenzeinrichtungen sollten folgende Hypothesen geprüft werden:*

Die entsprechend der Hamburger Rahmenvereinbarung stationär versorgten Demenzkranken unterscheiden sich *im Querschnitt* signifikant von einer Vergleichsgruppe Demenzkranker, die in traditionellen Altenpflegeheimen im Rahmen des „üblichen“ integrativen Versorgungskonzepts stationär betreut werden:

- Sie weisen im Vergleich zur Referenzgruppe bezogen auf ausgewählte Indikatoren eine bessere Lebensqualität auf.
- Sie werden im Vergleich zur Referenzgruppe häufiger psychiatrisch versorgt.
- Die nicht sachgerechte Einnahme von Psychopharmaka (nach den Kriterien von Beers et al. 1991; Beers 1997) ist im Vergleich zur Referenzgruppe deutlich niedriger.
- Im Vergleich zur Referenzgruppe werden freiheitseinschränkende Maßnahmen seltener angewandt.
- Die Arbeitsbedingungen in den Hamburger Modelleinrichtungen werden weniger belastend erlebt als in den traditionellen Pflegeeinrichtungen.

Die entsprechend der Hamburger Rahmenvereinbarung stationär versorgten Demenzkranken unterscheiden sich *nach einem Follow-up-Zeitraum von sechs bis acht Monaten* signifikant von einer Referenzgruppe Demenzkranker, die in traditionellen Altenpflegeheimen im Rahmen des „üblichen“ integrativen Versorgungskonzepts stationär betreut werden:

- Im Vergleich zur Referenzgruppe nehmen nicht-kognitive Symptome und Verhaltensauffälligkeiten ab.
- Im Vergleich zur Referenzgruppe ist die Wahrscheinlichkeit für eine Verschlechterung der Lebensqualität geringer.

*Votum des Wissenschaftlichen Rats und der Ethikkommission*

Nach eingehender Beratung durch den Wissenschaftlichen Rat des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit erfolgte am 19.04.2002 ein positiver Bescheid bezüglich des Vorhabens.

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

## 4. Forschungsplan und -methoden

### *Studiendesign*

Das im Rahmen der Evaluationsforschung methodisch am besten geeignete Vorgehen eines experimentelles Designs, d.h. die randomisierte Zuweisung zu den Versorgungsbedingungen, war selbstverständlich unter den gegebenen Bedingungen in Hamburg nicht zu realisieren; es musste deshalb ein quasi-experimentelles Design zugrunde gelegt werden. Unverzichtbar ist dabei eine ausreichend große Kontroll- oder Referenzgruppe, die zumindest die Bildung parallelisierter Stichproben erlaubt. Ohne Referenzgruppe können etwaige Veränderungen und positive Effekte bei den Personen in der Modellbedingung nicht zwingend auf die Wirksamkeit der Intervention zurückgeführt werden; diese könnten auch durch andere Faktoren verursacht sein. Dies gilt besonders für Demenzkranke, bei denen die erhebliche Dynamik des Krankheitsbilds mögliche Effekte einer Intervention überlagern kann (Schäufele und Weyerer 2001).

Für die Evaluation der Besonderen Dementenbetreuung in Hamburg wählten wir ein Längsschnitt-Vergleichsgruppen-Design mit zwei Erhebungszeitpunkten (Baseline T1 und Nachuntersuchung T2 nach etwa einem halben Jahr). 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. Da aufgrund der umfassenden Etablierung und Inanspruchnahme der Besonderen Stationären Dementenbetreuung in Hamburg mit starken Selektionseffekten in der traditionellen integrativen Pflege und damit mit Problemen bei der Rekrutierung einer ausreichend großen Vergleichsgruppe gerechnet werden musste, entschieden wir uns dafür, die Referenzgruppe aus der Traditionellen Pflege in der Stadt Mannheim zu rekrutieren. Es war geplant, sowohl in der Besonderen Betreuung als auch in der Traditionellen Pflege (Vergleichsbedingung) jeweils zwei Gruppen von Bewohnern und Bewohnerinnen längsschnittlich zu untersuchen:

- *Neuzugänge* im Rahmen der natürlichen Fluktuation.
- Die *Querschnitts- oder Stichtagspopulation* von Bewohnern und Bewohnerinnen, die zu einem festgelegten Stichtag im Heim leben und somit bereits eine gewisse Zeit in den Pflegeeinrichtungen verbracht haben.

Der relativ kurze Follow-up Zeitraum von einem halben Jahr bot sich aus verschiedenen Gründen an:

- Die von uns in der Verlaufsuntersuchung fokussierten Veränderungen, die potenziell im Zusammenhang mit der Versorgungsform stehen, wie z.B. Veränderungen in Ausmaß und Schwere von Verhaltensauffälligkeiten oder im Aktivitätsniveau der Bewohnerschaft, sollten sich innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums abzeichnen, da die untersuchten Versorgungsformen bereits lange etabliert sind.
- Hohe Ausfallraten aufgrund von Mortalität können bei einem Beobachtungszeitraum von sechs Monaten vermieden werden.
- Die Querschnitts- und Verlaufsuntersuchungen sollten innerhalb von einer Projektdauer von zwei Jahren abgeschlossen sein.

### *Erhebungsinstrumente*

Die Qualität und Aussagekraft einer Evaluation steigt beträchtlich, wenn *quantitative Methoden* eingesetzt werden. Was die Erfassung bewohnerbezogener Merkmale angeht, wie z.B. Art und Ausmaß von psychischen Störungen, von funktionellen Einschränkungen oder von Wohlbefinden und anderen Aspekten der Lebensqualität, kommen unterschiedliche Vorgehensweisen in Frage. Am Beispiel der Messung von Lebensqualität werden im Folgenden die methodischen Zugänge kurz erläutert, die bei Demenzkranken in stationärer Pflege prinzipiell möglich sind (Weyerer und Schäufele 2003):

- Selbstbeurteilung durch die Demenzkranken beispielsweise mit den Instrumenten Dementia QOL (Brod et al. 1999) oder dem Quality of Life-AD (Logsdon et al. 2002). Untersuchungen haben ergeben, dass diese Verfahren im Allgemeinen nur bei Demenzkranken mit leichter und mittlerer Ausprägung eingesetzt werden können. Bei schwerer demenziell Beeinträchtigten liefern Selbstbeurteilungsskalen in der Regel keine zuverlässigen Ergebnisse.
- Systematische Verhaltensbeobachtungen von Demenzkranken durch geschulte Beobachter, beispielsweise mit Hilfe des Dementia Care Mapping (Kitwood und Bredin 1992). Diese Verfahren sind allerdings sehr zeit- und personalaufwendig.
- Beurteilungen durch nahe Angehörige oder Pflegepersonen (Proxy Responses).

Nach sorgfältiger Abwägung der Vor- und Nachteile verschiedener Vorgehensweisen haben wir uns in der vorliegenden Studie hinsichtlich der bewohnerbezogenen Merkmale für Auskünfte und Beurteilungen durch das Pflegepersonal entschieden. Zur Erfassung der Bewohnermerkmale wurde deshalb ein standardisiertes und zeitökonomisches Untersuchungsinstrument eingesetzt, das von qualifizierten Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Heime selbständig bearbeitet werden kann und quantifizierbare Daten liefert für *alle, auch für körperlich, kognitiv und sensorisch schwerst beeinträchtigte Heimbewohner und -bewohnerinnen*. Diese Vorgehensweise trägt den Besonderheiten Rechnung, die sich bei der Untersuchung von Demenzkranken ergeben: eingeschränkte

Auskunftsfähigkeit, geringere Belastbarkeit und Multimorbidität der Betroffenen (Schäufele und Weyerer 2001). Bei der Auswahl der Beurteiler und Beurteilerinnen wurden diejenigen ausgewählt, die am qualifiziertesten sind und die Bewohner und Bewohnerinnen am besten kennen.

Die empirische Untersuchung konzentrierte sich auf folgende vier Bereiche:

*1. Bewohnermerkmale in Hamburg und Mannheim (im Querschnitt und Verlauf):*

Für die Charakterisierung der Situation Demenzkranker in der Besonderen Demenztbetreuung und in der Traditionellen Pflege konnte im Kern auf ein umfangreiches quantitatives Erhebungsinstrumentarium zurückgegriffen werden, dessen Reliabilität und Praktikabilität in früheren Studien der Arbeitsgruppe Psychogeriatric untersucht wurden. Das multidimensionale Pflege- und Verhaltensassessment "Mannheimer Arbeitsheft zur Beurteilung von Bewohner und Bewohnerinnen in stationären Pflegeeinrichtungen durch Pflegekräfte" – kurz PVA – bildet folgende Bereiche ab:

- Soziodemographische Charakteristika;
- Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten (Barthel-Index, IADL-Items) und weitere funktionelle Beeinträchtigungen (sensorische Beeinträchtigungen, Dekubitus, Stürze);
- Demenzsymptome (PVA-Kurzskala „Demenz“); die PVA-Kurzskala „Demenz“ ist ein von der Arbeitsgruppe Psychogeriatric entwickeltes Screeningverfahren zur Identifikation fortgeschrittener demenzieller Prozesse in der stationären Pflege, das von Pflegekräften bearbeitet werden kann und günstige Gütekriterien aufweist: Es handelt sich um eine Skala mit acht Items, die kognitive Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen erfragt (z.B. Probleme beim Erinnern von Ereignissen der letzten Tage, beim Erkennen von Angehörigen/Personal etc.) Der PVA-Demenzscore reicht von 0 (keine Beeinträchtigung) bis 16 (maximale Beeinträchtigung) Punkte. Eine Untersuchung ergab, dass die Güte der Einschätzungen des Pflegepersonals im Vergleich mit dem Expertenurteil – basierend auf dem Clinical Dementia Rating (Hughes et al. 1982) - sehr hoch war: Mittelschwere und schwere Demenzsyndrome konnten bei Pflegeheimbewohnern mit einer Sensitivität von 91,4% und einer Spezifität von 79,2 identifiziert werden (overall correct classification =85,4%, positive predictive power = 82%) (Köhler et al. 2004). Mit diesen Werten wurde die Qualität von anerkannten Screening-Instrumenten erreicht.
- Nicht-kognitive Symptome, wie z.B. Wahn, Halluzinationen, Depression/Dysphorie, Schlafstörungen, wurden erhoben anhand des modifizierten Neuropsychiatrischen-Inventars - Kurzversion für Pflegeheime (NPI-Q-mod.; Kaufer et al. 2000; Wood et al. 2000), Agitiertheit und Verhaltensauffälligkeiten im engeren Sinne anhand der im Rahmen des Hamburger Modells modifizierten Fassung des Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory (CMAI-mod.; Cohen-Mansfield 1996) sowie anhand von Fragen in Anlehnung an die CAMDEX (Roth et al. 1986);

- Soziale Kontakte und Aktivitäten (innerhalb und außerhalb der Einrichtung);
- Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen;
- Ausdruck von positiven und negativen Gefühlen anhand einer modifizierten Fassung der Modified Apparent Emotion Scale (Albert et al. 2001);
- Sicherheitsmaßnahmen/freiheitseinschränkende Maßnahmen;
- Medizinische Versorgung: Medikation (Beers et al. 1991; Beers 1997, Rote Liste 2002), Arztkontakte, Krankenhausaufenthalte.

Da das PVA größtenteils auf Verhaltensbeobachtungen von engen Kontaktpersonen im naturalistischen Setting basiert, besitzt es eine hohe ökologische Validität. Darüber hinaus ist es zeitökonomisch und erlaubt die Erhebung großer Bewohnerzahlen innerhalb relativ kurzer Zeit. Untersuchungen zur Übereinstimmung der Einschätzungen verschiedener Pflegekräfte erbrachten nicht nur hinsichtlich der demenzbezogenen Items gute bis sehr gute Interrater-Reliabilitäten, sondern auch hinsichtlich anderer Merkmalsbereiche, wie medizinische Versorgung (Kappa=.77), Alltagseinschränkungen und Mobilität (Kappa=.71) und der Anwendung bewegungseinschränkender Maßnahmen (Kappa=.61) (Zimber et al. 1996, Hendlmeier 2001). Einschränkend ist hinzuzufügen, dass ein solches Verfahren eine differenzierte ärztliche Diagnostik (insbesondere hinsichtlich psychischer und körperlicher Erkrankungen der Bewohner) und eingehende Beobachtungsverfahren durch unabhängige Beurteiler nicht ersetzen kann.

## *2. Bauliche und organisatorische Merkmale der Einrichtungen der Besonderen Dementenbetreuung und der Traditionellen Pflege (einmalige Querschnittserhebung):*

Alle in die Studie einbezogenen Einrichtungen der stationären Altenhilfe wurden hinsichtlich folgender Merkmale (ermittelt zum ersten Erhebungszeitpunkt) charakterisiert:

- allgemeine Angaben zur Einrichtung
- architektonische Merkmale
- Konzeption und Organisation der Pflege und der Dienste, Hilfen und Therapiemaßnahmen
- Personalausstattung und Arbeitsorganisation
- Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen.

Diese Informationen erhielten wir im Rahmen einer Befragung der Leitungskräfte der Einrichtungen.

Mit Hilfe der von der Arbeitsgruppe Psychogeriatric übersetzten und modifizierten TESS-NH-Checkliste (Sloane et al. 2002) konnten bei den Begehungen der Einrichtungen räumliche und architektonische Merkmale systematisch und standardisiert beurteilt werden, denen im Rahmen der Betreuung Demenzkranker eine große Bedeutung zugemessen wird.

### *3. Körperliche und psychische Belastungen des Pflegepersonals in der Besonderen Dementenbetreuung und in der Traditionellen Pflege (einmalige Befragung der Pflegekräfte):*

Die Untersuchung der Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen des Pflegepersonals in der stationären Altenhilfe erfolgte anhand eines von der Arbeitsgruppe entwickelten und validierten Fragebogens (Sattel und Weyerer 2001). Ergänzt wurde dieses Verfahren durch eine international weit verbreitete Depressionsskala (Center for Epidemiological Studies Depression Scale; deutsche Version von Hautzinger 1988). Auf Anregung des Fachausschusses stationär der Hamburgischen Pflegegesellschaft wurde der Fragebogen für Hamburg um positiv erlebte Arbeitsaspekte in der Altenpflege sowie programmspezifische Fragen ergänzt.

### *4. Befragung der Angehörigen in der Besonderen Dementenbetreuung in Hamburg (einmalige Erhebung):*

Im Rahmen einer eigenständigen Diplomarbeit von Petra Schumacher wurde zusätzlich zum Evaluationsauftrag eine anonyme schriftliche Befragung von Angehörigen durchgeführt. Die Angehörigen-Befragung befasste sich mit der Versorgungssituation der an Demenz Erkrankten vor dem Umzug in eine stationäre Einrichtung der Altenhilfe und den gegebenenfalls mit der Versorgung verbundenen Belastungen bis hin zu ihrer Sichtweise von der besonderen Betreuung ihrer Angehörigen.

## **5. Ergebnisse**

### **5.1 Beschreibung der Bewohner und Bewohnerinnen in der Besonderen Dementenbetreuung**

Von den 744 zu Beginn der Evaluation vorhandenen Plätzen der Besonderen Dementenbetreuung konnten die Daten von 594 Bewohnern und Bewohnerinnen (Domus: 61,6% Integration: 38,4%) der Stichtagspopulation und von 139 neu aufgenommenen Bewohnern und Bewohnerinnen (Domus: 65,6%; Integration: 34,5%) in die Untersuchung eingeschlossen werden. Das Erreichen dieser Stichprobengröße ist sehr erfreulich und spricht für ein hohes Engagement der Beschäftigten.

Die Bewohner und Bewohnerinnen im Integrationsmodell waren mit durchschnittlich 85 Jahren ein wenig älter als die Personen im Domusprinzip (M=83,9 Jahren). Über 80% der Demenzkranken waren Frauen (Domus: 82,5%, Integration: 86,4%). Hinsichtlich der Aufenthaltsdauer in der Einrichtung (Domus: 2,8 Jahre; Integration: 2,7 Jahre) und der Aufenthaltsdauer in den aktuellen Wohnbereichen (Domus: 2,1 Jahre; Integration: 2,0 Jahre) unterschieden sich die Bewohner und Bewohnerinnen in den beiden Betreuungskonzepten nicht. Fast alle Bewohner und Bewohnerinnen waren in mindestens PS II eingestuft (Do-

mus: 92,4%; Integration: 89,2%). Die Attraktivität des Hamburger Modells der Dementenbetreuung wird dadurch deutlich, dass etwa ein Viertel der Demenzkranken außerhalb von Hamburg kommt, zum Teil berichteten die Einrichtungsleitungen auch von Anfragen aus Süddeutschland. Die neu aufgenommenen Bewohner und Bewohnerinnen der Integrationseinrichtungen lebten im Durchschnitt schon ein Jahr in der Einrichtung, bevor sie in die Dementenbetreuung aufgenommen wurden, bei den Demenzkranken der Domuseinrichtungen war es nur ein halbes Jahr. In den Integrationseinrichtungen waren 37,5% der neu aufgenommenen Bewohner und Bewohnerinnen ohne die entsprechende Einstufung in PS II oder III (Domusmodell nur 14,6%).

Von der Stichtagspopulation und den Neuaufnahmen wurden bei der zweiten Erhebung nach durchschnittlich sieben Monaten noch etwa drei Viertel der Bewohner und Bewohnerinnen erneut von den Pflegekräften beurteilt. Etwa 20% der zu T1 Beurteilten waren zu diesem Zeitpunkt verstorben bzw. umgezogen.

Bei den *Kernsymptomen der Demenz wie kognitiven Beeinträchtigungen und Einschränkungen der Alltagskompetenz* trat erwartungsgemäß im zeitlichen Verlauf eine leichte Verschlechterung auf. Neuere Forschungsbefunde weisen darauf hin, dass durch psychosoziale Maßnahmen keine stabilen Verbesserungen hinsichtlich der Kernsymptome von Demenzerkrankungen erreicht werden können (Holmes et al. 2000a), insbesondere wenn es sich um fortgeschrittene Demenzen handelt. In beiden Betreuungsformen kam es bei den Demenzkranken zu einer leichten Verschlechterung in den Alltagsfunktionen (Barthel-Index) und in der Mobilität.

Dagegen sind *nicht-kognitive Symptome und Verhaltensauffälligkeiten* der Demenzkranken (z. B. Apathie, aggressives Verhalten, Schlafstörungen, Weglaufgefährdung) eher einer psychosozialen Intervention zugänglich, wie beispielsweise die Studien von Rovner et al. (1996), Belleli et al. (1998) und Teri et al. (2003) gezeigt haben. Letztere Studie mit randomisiert-kontrolliertem Design wurde bei Demenzkranken in Privathaushalten durchgeführt.

Die Demenzkranken im integrativen Bereich zeigten mehr neuropsychiatrische Symptome (NPI) und die Symptome wurden auf Seite der Pflege- und Betreuungskräfte als eine größere Belastung erlebt. Als häufigste nicht-kognitiven Symptome wurde Aggression/Agitiertheit (Domus: 57%; Integration 56%) genannt, gefolgt von Reizbarkeit, depressiven Symptomen, abweichendem motorischen Verhalten und Apathie. Die nicht-kognitiven Symptome nahmen im Verlauf von sieben Monaten in beiden Betreuungsmodellen ab, wobei kein bedeutender Einfluss der Betreuungsmodelle festzustellen war, d.h. keine Betreuungsform war diesbezüglich der anderen überlegen.

Hinsichtlich der Hamburger Kriterien fanden sich bei der Stichtagspopulation keine Unterschiede zwischen Domus- und Integrationsprinzip: Die Anteile der Bewohner und Bewohnerinnen, die den Hamburger Kriterien hinsichtlich Verhaltensauffälligkeiten (einschl. Antriebsstörung) entsprachen, lagen bei 61,2% bzw. 64,7%.

Wenn man davon ausgeht, dass zu Beginn der Aufnahme in die Besondere Dementenbetreuung alle Personen die Hamburger Kriterien in Bezug auf Ver-

haltensauffälligkeiten erfüllten, so stellten wir bei der Stichtagspopulation fest, dass dies - nach einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von zwei Jahren – nur noch für etwa 60% der Personen zutraf, das heißt es kam zu einer deutlichen Abnahme der Verhaltensauffälligkeiten.

Die Ergebnisse bei den *Neuaufnahmen* weisen darauf hin, dass dieser Rückgang von Verhaltensauffälligkeiten relativ schnell erfolgt: Geht man auch hier von der Annahme aus, dass vor der Aufnahme in die Besondere Betreuung alle Bewohner und Bewohnerinnen die Hamburger Kriterien erfüllten, so zeigt sich ein Rückgang der Verhaltensauffälligkeiten innerhalb von durchschnittlich neun Wochen nach der Aufnahme: Lediglich bei 64% (Domus) bzw. 72,7% (Integration) der Demenzkranken fanden sich noch entsprechende Verhaltensauffälligkeiten (einschl. Antriebsstörung). Eine Bewertung dieser Ergebnisse (Stichtag und Neuaufnahmen) ist jedoch erst im Vergleich mit einer Referenzgruppe Demenzkranker in der Traditionellen Pflege möglich.

Im weiteren Beobachtungszeitraum von durchschnittlich einem halben Jahr kam es allerdings bei den Demenzkranken (Stichtagspopulation und Neuaufnahmen) in beiden Betreuungsformen nur noch zu einer geringeren Abnahme von Verhaltensauffälligkeiten.

Vergleicht man die Demenzkranken in den beiden Hamburger Betreuungsmodellen, so fanden sich signifikante Unterschiede in folgenden Bereichen:

#### Demenzkranke im integrativen Bereich

- erhielten häufiger Besuch aus ihrem Familien- und Bekanntenkreis und ihre Angehörigen waren stärker an der Pflege und Betreuung beteiligt;
- waren häufiger eingebunden in körperliche Aktivierung, Gedächtnisübungen, (biographieorientierten) Gruppenangebote und Einzelangebote und nahmen häufiger an Heimveranstaltungen teil. Dieser hohen Grad an Aktivität konnte im Verlauf der sieben Monate besser aufrechterhalten werden als bei den Demenzkranken des Domusmodells.

Die *Biographie* wurde hingegen bei signifikant mehr Bewohnern und Bewohnerinnen der Domuseinrichtungen erhoben (83,4% versus 69,6%).

Der Anteil der Personen mit *Dekubitus* war insgesamt auf einem relativ niedrigen Niveau: Mit 7,1% war jedoch der Wert im Domusbereich signifikant höher als im Integrationsbereich (3,1%).

Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Demenzkranken, die nach dem Domus- bzw. dem Integrationsprinzip versorgt wurden, fanden sich bei der *Stichtagspopulation* für folgende Merkmale: Alltagskompetenz, Bettlägerigkeit (Domus: 10,3%; Integration: 6,6%), Sturzvorkommen (Domus:19,7%; Integration: 18,9%), Sozialkontakte zu Personal und Mitbewohnern, Kooperation mit dem Personal, Fehlen positiver Gefühle (Domus: 11,6%; Integration: 7,9%) und Fixierung mit Stecktisch oder Gurt (Domus: 6,3%; Integration: 8,8%).

Bei den *neuaufgenommenen Bewohnern und Bewohnerinnen* waren ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Betreuungsmodellen hinsichtlich Alltagskompetenz, Mobilität, Sturzvorkommen, sozialer Kontakte und

freiheitsentziehenden Maßnahmen festzustellen. Die Verschlechterungen der Alltagskompetenz und Mobilität im Integrationsmodell waren zwar weniger ausgeprägt als in den Domuseinheiten, die Verlaufsunterschiede waren jedoch nicht groß genug, um bei der geringen Fallzahl Signifikanz zu erreichen.

Bezüglich der *Inanspruchnahme von Psychiatern/Neurologen und der Einnahme psychotroper Substanzen* bestanden deutliche Unterschiede zwischen den Demenzkranken in den beiden Betreuungsformen: Die Bewohner und Bewohnerinnen der Domusmodelle (Stichtagspopulation)

- wurden häufiger psychiatrisch behandelt (67,0% versus 52,0%);
- erhielten auch deutlich häufiger psychotrope Substanzen (80,6% versus 69,3%). Dabei zeigte sich, dass die Bewohner und Bewohnerinnen der Domuseinrichtungen signifikant mehr Antidementiva (Domus: 17,5; Integration: 11,4%) und Antidepressiva (Domus: 28,7%; Integration: 15,4%) erhielten und signifikant weniger Neuroleptika (Domus: 37%; Integration: 48%).

Bei den Neuaufnahmen fand sich erwartungsgemäß eine größere psychiatrische Betreuung (Domus: 86%; Integration: 71%). Zwar erhielten signifikant mehr Neuaufnahmen im Domusbereich psychotrope Substanzen (Domus: 80%; Integration: 60%), jedoch waren die Unterschiede in den Verordnungen von Neuroleptika, Antidementiva und Antidepressiva nicht signifikant.

Die *adäquate medikamentöse Behandlung* Demenzkranker ist häufig dadurch erschwert, dass Demenzkranke keinen aktiven Einfluss mehr auf die Therapie nehmen und daher keinen patientenseitigen Anlass zur Therapie geben. Immerhin könnte bei der häufig berichteten Untermedikation von Demenzkranken in der Allgemeinbevölkerung (Helmchen et al. 1996) und in Pflegeheimen (Weyerer 2003) die Frage gestellt werden, ob den Patienten nicht eine Behandlungschance vorenthalten wird. Aufgrund der intensiven gerontopsychiatrischen Versorgung konnte diesem Problem in Hamburg wirksam begegnet werden.

Die Medikation war bei der überwiegenden Mehrheit der Demenzkranken nach den Beers-Kriterien sachgerecht und es fanden sich keine signifikanten Unterschiede in den beiden Betreuungsformen: 15,3% (Domus) bzw. 13,6% (Integration) der Demenzkranken erhielten Medikamente, die wegen ihrer Wirkstoffe bzw. der Einnahmedauer nicht sachgerecht waren. Diese Anteile sind wesentlich niedriger als die im Rahmen der Berliner Altersstudie ermittelten: Hier fand sich bei den 70-Jährigen und Älteren in der Allgemeinbevölkerung eine Prävalenz von 28% für insgesamt unangebrachte Medikationen (Steinhagen-Thiessen und Borchelt 1996).

## **5.2 Vergleichende Analyse Demenzkranker in der Traditionellen Pflege mit Demenzkranken in der Besondere Dementenbetreuung**

Für einen adäquaten Vergleich mit der Besonderen Versorgung Demenzkranker in Hamburg war es unabdingbar, eine repräsentative Gruppe Demenzkranker in Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu gewinnen, die - wie in Deutschland die Regel - traditionell integrativ versorgt werden, d.h. gemeinsam mit nicht Demenzkranken, ohne besondere Personalausstattung, ohne spezielle bedürfnis-

orientierte, kompetenzfördernde Betreuungsangebote für Demenzkranke sowie ohne spezielle baulich-räumliche Gestaltungsmaßnahmen.

Aus methodischen Gründen (Selektionsprobleme) konnte die Untersuchung einer Vergleichsgruppe traditionell versorgter Demenzkranker nur außerhalb von Hamburg durchgeführt werden. Die Rekrutierung traditionell betreuter Demenzkranker erfolgte in der Stadt Mannheim.

Basierend auf einer repräsentativen Stichprobe von elf Mannheimer Alten- und Pflegeheimen, die insgesamt 1009 Bewohner und Bewohnerinnen umfasste, wurden mit Hilfe eines Screenings alle 65jährigen und Älteren mit einer mittelschweren oder schweren Demenz identifiziert:

Danach waren 65,1% der Mannheimer Heimbewohner von einer mittelschweren oder schweren Demenz betroffen. Mit identischen Instrumenten früher in Mannheimer Alten- und Pflegeheimen durchgeführte Studien (Weyerer et al. 2000) machen deutlich, dass sich der Anstieg des Anteils Demenzkranker (1995/1996: 53,8%; 1996/1997: 58,6%) in den Mannheimer Heimen fortgesetzt hat.

Wie das Screening der konsekutiven Neuzugänge zeigte, litten etwa zwei Drittel (67,9%) bereits zum Zeitpunkt der Heimaufnahme an einer mittelschweren oder schweren Demenz. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit anderen Ergebnissen, wonach das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung der mit Abstand wichtigste Grund für eine Heimaufnahme ist (Weyerer und Schäufele 2004).

Aufgrund der Auswahlkriterien (Vorhandensein von Verhaltensauffälligkeiten, Mobilität, mindestens Pflegestufe II) für die Aufnahme Demenzkranker in den Hamburger Modelleinrichtungen war ein direkter Vergleich mit traditionell versorgten Demenzkranken nicht möglich.

Traditionell versorgte Demenzkranke, von denen nur etwa jeder sechste die „Hamburger Kriterien“ erfüllte, waren im Vergleich zu den besonders betreuten Demenzkranken erwartungsgemäß signifikant häufiger bettlägerig und zeigten wesentlich weniger Verhaltensauffälligkeiten.

Wegen dieser gravierenden Unterschiede lassen sich die Auswirkungen der Besonderen Dementenbetreuung durch eine bloße Gegenüberstellung der beiden Bewohnergruppen nicht korrekt einschätzen. Um eine adäquate Beurteilung zu ermöglichen, wurde eine Angleichung oder „Parallelisierung“ angestrebt.

Ziel der *Parallelisierung* war es, die Untersuchungsgruppen aus der Traditionellen Stationären Pflege den Gruppen der Besonderen Dementenbetreuung hinsichtlich der Kriterien anzugleichen, die für die dortigen Bewohnerinnen und Bewohner charakteristisch sind. Zu diesem Zweck wurde ein so genanntes Häufigkeitsmatching durchgeführt:

- Dadurch sollte erreicht werden, dass die Verteilungen der beiden Versorgungsbedingungen hinsichtlich der Matchingvariablen „verhaltensauffällig im CMAI nach den Hamburger Kriterien“ und „Fähigkeit an Gruppenaktivitäten teilzunehmen“, definiert als „nicht bettlägerig“, zum Erhebungszeitpunkt T1 übereinstimmen.

- Beide Matchingvariablen wurden simultan berücksichtigt, d.h. die Verteilungen sollten hinsichtlich aller Kombinationen, die zwischen verhaltensauffällig/nicht verhaltensauffällig und bettlägerig/nicht bettlägerig möglich sind, identisch sein.
- Die Hamburger Gruppen blieben unverändert, die Mannheimer Untersuchungsgruppen verkleinerten sich durch das Matching auf N=131 (Stichtag) und N=42 (Neuaufnahmen).

Im Folgenden werden die Ergebnisse der statistischen Vergleiche zwischen den Betreuungsformen auf der Basis der parallelisierten Stichproben dargestellt.

Bei den *querschnittlichen Vergleichen* standen Fragen nach Unterschieden in der *Lebensqualität der Bewohner und Bewohnerinnen* im Vordergrund. Es sollte untersucht werden, ob die Besondere Demenzkrankenversorgung in Hamburg bestimmte Aspekte der Lebensqualität eher fördern kann als die Traditionelle Stationäre Pflege.

Bei den *längsschnittlichen Vergleichen* sollten hingegen vorrangig Verlaufunterschiede in Bezug auf die *morbiditätsbezogenen Merkmale* fokussiert werden. Mit diesen Analysen wurde ermittelt, inwieweit die Betreuungsform Einfluss auf den *Verlauf der morbiditäts- und lebensqualitätsbezogenen Ergebnisvariablen* nimmt.

Im querschnittlichen Vergleich der *Stichtagspopulationen* zum Zeitpunkt der Ersterhebung fand sich im Vergleich zur Traditionellen Pflege

- eine signifikant höhere Besuchshäufigkeit und Einbindung von Angehörigen im Rahmen des Integrationsprinzips;
- eine wesentlich stärkere Einbindung Ehrenamtlicher und Freiwilliger im Rahmen des Integrations- und Domusprinzips;
- eine signifikant häufigere Kontaktaufnahme der Demenzkranken zum Pflegepersonal im Domusbereich.

Hinsichtlich der *Kontaktaufnahme zu den Mitbewohnern und Mitbewohnerinnen* bestanden keine wesentlichen Unterschiede in den Betreuungsformen.

Wesentlich mehr Bewohner und Bewohnerinnen in der Besonderen Dementenbetreuung (Domusprinzip: 46,6%; Integrationsprinzip: 46,6%) als in der Traditionellen Pflege (29,8%) zeigten *Interesse an ihrer Umgebung*.

Gravierende Unterschiede zwischen der Besonderen Dementenbetreuung und der Traditionellen Pflege waren bei den *Aktivitäten und der Nutzung von Angeboten* festzustellen:

Während in den Traditionellen Pflegeeinrichtungen nur ein Viertel bis ein Drittel der Demenzkranken in kompetenzfördernde Aktivitäten wie körperliche Aktivierung, Gedächtnistraining, biographieorientierte Gruppenangebote und Einzelangebote eingebunden war, lagen die entsprechenden Beteiligungsraten in der Besonderen Dementenbetreuung zwischen etwa 60% und über 90%.

Bei allen Aktivitäten und Angeboten waren die Anteile bei den Demenzkranken im Integrativen Bereich höher als im Domusbereich.

In der Besonderen Dementenbetreuung waren wesentlich weniger Personen von *freiheitseinschränkenden Maßnahmen* betroffen als in der Traditionellen Pflege (Fixierung mit Stecktisch oder Gurt 7,3% gegenüber 19,1%): Das Risiko für Fixierungen mit Stecktisch oder Gurt oder das Anbringen von Bettgittern war bei den traditionell versorgten Demenzkranken nach Kontrolle konfundierender Variablen etwa fünfmal so hoch wie bei den Demenzkranken der Hamburger Modelleinrichtungen.

Die besonders gute *gerontopsychiatrische Betreuung* im Rahmen der Besonderen Dementenbetreuung spiegelt sich wider in einer sehr hohen Behandlungsrate durch Psychiater/Neurologen. Sie lag bei den Bewohnern und Bewohnerinnen der Besonderen Dementenbetreuung (Domusprinzip: 67,0%; Integrationsprinzip: 52,0%) wesentlich höher als in der Traditionellen Pflege (35,3%). Die Häufigkeit der *Einnahme von psychotropen Substanzen* insgesamt (Besondere Dementenbetreuung: 76,3%; Traditionelle Versorgung: 77,9%), von Antidementiva (15,2% versus 13,0%) und Hypnotika/Sedativa (9,1% versus 8,4%) war in beiden Betreuungsbereichen etwa gleich hoch. Neuroleptika wurden dagegen signifikant häufiger von den traditionell versorgten Demenzkranken (63,4% versus 41,2%) eingenommen, Antidepressiva signifikant seltener (13,0% versus 23,6%).

Hinsichtlich der *Einnahme nicht-sachgerechter Medikamente* nach den Beers-Kriterien wurden die geringen Unterschiede zwischen Besonderer (14,6%) und Traditioneller Betreuung (17,6%) auch nach Kontrolle konfundierender Variablen nicht signifikant.

*Im zeitlichen Verlauf* zeigte sich, dass bei der *Stichtagspopulation Verhaltensauffälligkeiten und neuropsychiatrische Symptome* (gemessen mit dem CMAI(mod.)-Gesamtscore und dem NPI-Q-Gesamtschwerescore) bei den Demenzkranken in beiden Betreuungssettings abnahmen. Der Rückgang war aber in der Traditionellen Pflege wesentlich deutlicher ausgeprägt als in der Besonderen Dementenbetreuung.

Derselbe Verlaufstrend war auch in Bezug auf die Erfüllung der Hamburger CMAI-Kriterien festzustellen. In der Besonderen Dementenbetreuung reduzierte sich der Anteil von schwer verhaltensauffälligen Demenzkranken (Stichtagspopulation) im Laufe des etwa halbjährigen Beobachtungsintervalls von 62,0% auf 59,4%, während sich diese Anteile in der parallelisierten Untersuchungsgruppe aus der Traditionellen Pflege von 65,4% auf 34,6% verringerten. Das heißt, in der Traditionellen Pflege war mit 30,8% eine erheblich stärkere Abnahme der Prozentsätze von schwer verhaltensauffälligen Personen gemäß den Hamburger Kriterien zu verzeichnen als in der Besonderen Dementenbetreuung mit 2,6%.

Bei dem NPI-Q-Gesamtbelastungsscore, der die Belastungen der Pflegekräfte durch die nicht-kognitiven Symptome der Demenzkranken widerspiegelt, fand sich ebenfalls eine Abnahme; hier waren jedoch die Unterschiede zwischen Besonderer Dementenbetreuung und Traditioneller Pflege nicht signifikant.

Was *Alltagseinschränkungen* (gemessen mit dem Barthel-Index) betrifft, waren Verschlechterungen sowohl in der Besonderen Betreuung als auch in der Traditionellen Pflege zu registrieren, die sich bei der Stichtagspopulation im Ausmaß nicht bedeutsam unterschieden. Die Betreuungsform scheint sich bei den Personen, die sich schon längere Zeit in stationärer Pflege befinden und die infolge ihrer fortgeschrittenen Morbidität bereits von einem erheblichen Verlust an Selbstständigkeit betroffen sind, nicht nennenswert auf den weiteren Verlauf von Alltagseinschränkungen auszuwirken. Vermutlich sind bei dieser Gruppe auch sogenannte „Bodeneffekte“ wirksam.

Dasselbe gilt für die *Mobilität*. Auch hier zeigte sich bei der Stichtagspopulation im Hinblick auf das Ausmaß der Verschlechterung im Lauf von sechs Monaten keine Betreuungsform der anderen überlegen.

Anders verhielt es sich dagegen mit dem *Aktivitätenscore*, der die Häufigkeit der Teilnahme an verschiedenen positiven und kompetenzfördernden Aktivitäten (Teilnahme an Heimveranstaltungen, körperliche Aktivierung, Lern- oder Gedächtnistraining, Selbstständigkeitstraining, Gruppenaktivitäten, individuelle Angebote) wiedergibt. Bei den Demenzkranken in der Besonderen Betreuung konnte das im Vergleich zur Traditionellen Pflege hohe Aktivitätsniveau über die Zeit aufrechterhalten werden. Die Demenzkranken in der Traditionellen Pflege hingegen waren - bei ohnehin niedrigerem Ausgangswert - zu T2 durchschnittlich weniger aktiv als zu T1. Es ergab sich ein hoch signifikanter Effekt der Betreuungsform zugunsten der Besonderen Dementenbetreuung in Hamburg.

Dasselbe Bild zeigte sich bei den *Fixierungen*: Unabhängig von den Ausgangshäufigkeiten war die Wahrscheinlichkeit von Fixierungen durch Gurte oder Stecktische zu T2 in der Traditionellen Pflege hoch signifikant um das 13,3-fache höher als in der Besonderen Demenzkrankenversorgung. Bei der Anbringung von Bettgittern zeigte sich dieser Effekt nicht, hier waren nur unbedeutende Unterschiede zwischen den Betreuungsformen festzustellen.

Auch der *Ausdruck von Freude und/oder Interesse* war eng mit der Betreuungsform assoziiert. In der Traditionellen Pflege war der Anteil derjenigen Personen, bei denen innerhalb von zwei Wochen weder Freude noch Interesse beobachtet wurden, bereits zu T1 höher als in der Besonderen Dementenbetreuung und stieg zu T2 nochmals um rund 12% an. Nach den Ergebnissen der logistischen Regressionsanalyse war die Wahrscheinlichkeit, dass beim Follow-up keine positiven Gefühle mehr ausgedrückt wurden, bei den traditionell gepflegten Demenzkranken 6,6 mal höher als bei den Demenzkranken der Besonderen Betreuung.

Betrachtet man die *Neuaufnahmen* so finden sich schon zu Beginn der Untersuchung in der Besonderen Dementenbetreuung deutliche Unterschiede gegenüber den traditionell versorgten Demenzkranken; sie ähneln den Ergebnissen der zahlenmäßig wesentlich größeren Stichtagspopulationen sehr stark.

Für Hamburg ergaben sich - im Vergleich zur Traditionellen Pflege - bereits zu Beginn des Eintritts in die Besondere Dementenbetreuung die folgenden, sehr positiven Resultate:

- Angehörige und Ehrenamtliche/Freiwillige sind signifikant häufiger in die Pflege und Betreuung eingebunden;
- die Sozialkontakte Demenzkranker zum Personal sind wesentlich häufiger;
- im Gefühlsausdruck der Demenzkranken sind häufiger Interesse und positive Gefühle festzustellen;
- die Aktivitäten innerhalb und außerhalb der Einrichtungen sind signifikant erhöht;
- freiheitseinschränkende Maßnahmen sind wesentlich seltener;
- die Inanspruchnahme von Psychiatern ist deutlich erhöht.

Diese Ergebnisse, die im Durchschnitt etwa neun Wochen nach der Aufnahme gewonnen wurden, belegen: Die Umsetzung der in der Besonderen Dementenversorgung vorgesehenen pflegerischen und gerontopsychiatrischen Angebote erfolgt sehr rasch.

Die Analyse des *Längsschnittvergleichs zwischen den Neuaufnahmen* der beiden Versorgungsformen erbrachte folgende Ergebnisse: Hinsichtlich der *Verhaltensauffälligkeiten* - gemessen mit dem CMAI(mod) und dem NPI - ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den neu aufgenommenen Demenzkranken in der Besonderen und der Traditionellen Betreuung. Bei den Neuaufnahmen, die die Hamburger Kriterien (CMAI-Kriterien ohne und mit Mobilität) erfüllten, zeigte sich derselbe Trend wie bei den Stichtagspopulationen: Eine Reduktion im Laufe von sechs Monaten bei den Demenzkranken in der Traditionellen Pflege, insbesondere wenn das Mobilitätskriterium mit berücksichtigt wurde (-27%), während die Anteile bei den Demenzkranken in der Besonderen Betreuung stabil blieben. Der Einfluss der Betreuungsform wurde bei den geringen Fallzahlen allerdings nicht signifikant.

Anders verhielt es sich beim *Verlauf der Alltagseinschränkungen*: Der Barthel-Index verschlechterte sich im Lauf des sechsmonatigen Beobachtungsintervalls, und zwar unter beiden Betreuungsbedingungen. Die Alltagseinschränkungen nahmen bei den neu aufgenommenen Demenzkranken in der Traditionellen Pflege im Laufe des sechsmonatigen Beobachtungsintervalls jedoch signifikant stärker zu als bei den Demenzkranken in der Besonderen Betreuung.

Besonders deutlich war der günstige Einfluss der Besonderen Betreuung bei der *Erhaltung der Mobilität*. Anders als bei den Bewohnerinnen und Bewohnern der Stichtagspopulation, die sich schon längere Zeit in stationärer Pflege befanden, scheint sich bei den Neuaufnahmen, deren Ausgangsressourcen höher sind, die Fähigkeit zur Fortbewegung in der Besonderen Dementenbetreuung länger zu erhalten als in der Traditionellen Pflege. Die längere Aufrechterhaltung der Mobilität in der Besonderen Dementenbetreuung bestätigte sich bei der Einzelbetrachtung von Gehfähigkeit und Bettlägerigkeit über die Zeit. Die Wahrscheinlichkeit, gehfähig zu bleiben, war in der Traditionellen Pflege gegenüber der Besonderen Dementenbetreuung deutlich vermindert, gleichzeitig war das Risiko bettlägerig zu werden, um ein Vielfaches erhöht.

Hinsichtlich der *Aktivitäten* nahmen die Demenzkranken in der Besonderen Dementenbetreuung bereits kurz nach der Aufnahme deutlich häufiger an positiven und kompetenzfördernden Aktivitäten teil als die traditionell gepflegten Demenzkranken. Unter beiden Betreuungsbedingungen konnte das jeweilige Ausgangsniveau über sechs Monate aufrechterhalten werden, weshalb der Effekt der Betreuungsform insignifikant blieb.

*Fixierungen* (Gurte oder Stecktische) und *Bettgitter* wurden bereits zum ersten Erhebungszeitpunkt deutlich häufiger bei den neu aufgenommenen Bewohnern und Bewohnerinnen in der Traditionellen Pflege als in der Besonderen Dementenbetreuung angewendet. Im Lauf von sechs Monaten nahm die Verwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der Traditionellen Pflege stärker zu als in der Besonderen Dementenbetreuung. Im Hinblick auf das Anbringen von Bettgittern, das in der Traditionellen Pflege beim Follow-up 16,2mal wahrscheinlicher war als in der Besonderen Dementenbetreuung, war die Beziehung zur Betreuungsform auf dem 1%-Niveau signifikant.

Ähnlich wie bei der Stichtagspopulation wurde *Freude und/oder Interesse* bei den neu aufgenommenen Demenzkranken in der Besonderen Betreuung häufiger beobachtet als in der Traditionellen Pflege. Während der Anteil von Personen, bei denen diese Gefühle innerhalb von zwei Wochen nie beobachtet wurden, in der Traditionellen Pflege konstant bei 20% blieb, verringerte er sich in der Besonderen Dementenbetreuung im Laufe des Aufenthalts von 4% auf 2%. Die Wahrscheinlichkeit, keine positiven Gefühle zu zeigen, war in der Traditionellen Pflege zu T2 16mal höher als in der Besonderen Dementenbetreuung.

### 5.3 Organisatorische und bauliche Merkmale

Hinsichtlich ihrer *Größe und Konzeption* unterschieden sich die Einrichtungen der Besonderen Dementenbetreuung und der Traditionellen Pflege beträchtlich voneinander. Die Einrichtungen mit Domus-Prinzip waren mit durchschnittlich 249 Pflegeheimplätzen größer als die Einrichtungen des integrativen Modells (M=172 Plätze). Die untersuchten Einrichtungen der Traditionellen Pflege in Mannheim waren im Gegensatz dazu wesentlich kleiner, die mittlere Platzzahl betrug 100 Plätze. Die Gebäude der an der Besonderen Dementenbetreuung beteiligten Einrichtungen befanden sich im Durchschnitt erst seit wenigen Jahren im gegenwärtigen baulichen Zustand, während die Referenz-Einrichtungen überwiegend deutlich länger (im Mittel mehr als zehn Jahre) unverändert betrieben wurden. Es ist anzunehmen, dass die baulichen Umgestaltungen in Hamburg teilweise im Zusammenhang mit den Anforderungen des Programms standen.

In den Einrichtungen der Traditionellen Pflege erfolgte die Betreuung und Pflege ausschließlich integrativ, d.h. keine der Einrichtungen hielt teilintegrative Betreuungsangebote oder segregative Wohnbereiche vor. Es existierten auch keine *speziell auf den Umgang mit Demenzkranken abgestimmten Pflege- und Betreuungskonzepte*, wie sie für die Beteiligung an der Besonderen Stationären Dementenbetreuung obligatorisch sind.

Ein *Screening für kognitive und nicht-kognitive Beeinträchtigungen* gehörte im Gegensatz zur Besonderen Dementenbetreuung nicht zum Standard in den

Traditionellen Pflegeeinrichtungen. Auch arbeiten nur wenige dieser Einrichtungen mit *gerontopsychiatrisch erfahrenen Ärzten* zusammen.

*Spezielle Angebote und Angebote ausschließlich für demenzkranke Bewohner und Bewohnerinnen*, wie Musik- und/oder Tanzangebote, erinnerungs- und biographieorientierte Aktivitäten, gemeinsame Mahlzeitengruppen, demenzspezifische Einzelangebote, basale Stimulation und tagesstrukturierende Maßnahmen wurden für alle Wohnbereiche bzw. Betreuungsgruppen der Besonderen Dementenbetreuung angegeben. In der Traditionellen Pflege waren solche Angebote und Maßnahmen hingegen selten zu finden. Diese speziellen Aktivitäten werden sicherlich durch den in der Rahmenvereinbarung festgelegten günstigeren Betreuungsschlüssel ermöglicht.

Einzelne der speziell auf Demenzkranke zugeschnittenen Betreuungskomponenten, die in der Besonderen Dementenbetreuung die Regel sind, fanden sich jedoch auch in der Traditionellen Pflege: Sowohl in der Besonderen Dementenbetreuung als auch der Traditionellen Pflege wurden lebenslange Gewohnheiten und gleichbleibende Rituale in der Pflege und Betreuung berücksichtigt, es gab z.B. feste Plätze bei den Mahlzeiten und regelmäßige Toilettengänge. Ein Vorgehensplan bei vermissten Personen existierte in 86% der Wohnbereiche und Betreuungsgruppen in der Besonderen Dementenbetreuung (Traditionelle Pflege: 81% der Einrichtungen). Präventionsprogramme bei Weglaufgefährdung waren in 45% der Traditionellen, jedoch in fast allen Einrichtungen der Besonderen Dementenbetreuung vorhanden. Nachtcafés für Demenzkranke und Snoezelenräume wurden sowohl in der Besonderen Dementenbetreuung als auch der Traditionellen Pflege nur selten angeboten.

Ein wichtiger Bestandteil der Betreuung Demenzkranker ist in der *Integration von Angehörigen und ehrenamtlichen Freiwilligen* zu sehen. Gesprächskreise für diese Personengruppen und Mithilfe bei Festen fanden sich in vergleichbarer Häufigkeit. Fördervereine als Zeichen einer Einbindung der Einrichtung in die Gemeinde existierten häufiger in Hamburg (57%). Die Bewohner und Bewohnerinnen der Besonderen Stationären Dementenbetreuung haben jedoch seltener die Möglichkeit, mit anderen Gemeindegruppen gemeinsame Veranstaltungen durchzuführen. Angehörigenbeiräte oder die Mitarbeit von Angehörigen nach den Bestimmungen des Heimgesetzes wurden nur in 33% der Einrichtungen der Besonderen Dementenbetreuung angegeben und in keiner Einrichtung der Traditionellen Pflege.

*Qualitätssicherung* wurde in allen untersuchten Einrichtungen (Programm- und Referenzeinrichtungen) betrieben. Allerdings waren in den Einrichtungen der Besonderen Dementenbetreuung häufiger Personen offiziell als Qualitätsbeauftragte benannt worden. Die Angehörigen der in der Besonderen Dementenbetreuung betreuten Bewohner und Bewohnerinnen wurden regelmäßig befragt, um ihre Anliegen auf diese Weise in den Qualitätssicherungsprozess einbeziehen zu können. Auch ein systematisches Beschwerdemanagement war in der Mehrzahl dieser Einrichtungen anzutreffen.

In den Einrichtungen der Traditionellen Pflege schwankten die ermittelten *Pflege- und Betreuungsschlüssel* zwischen 1:2,4 und 1:3,7. Diese Schlüssel lagen

erheblich unter dem in der Besonderen Stationären Dementenbetreuung (Domusmodell) geforderten Personalschlüssel von 1:1,7.

Nur in einem Drittel der Traditionellen Einrichtungen waren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit der *Qualifikation „Gerontopsychiatrische Fachkraft“* beschäftigt, während für die Besondere Dementenbetreuung aus 21 auswertbaren Fragebögen zur Personalausstattung hervorging, dass in fast jedem Wohnbereich bzw. in fast jeder Betreuungsgruppe mindestens eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter die Qualifikation zur gerontopsychiatrischen Fachkraft vorweisen konnte.

*Supervision oder Fallbesprechungen* mit externen Supervisoren wurde in den Einrichtungen der Traditionellen Pflege - im Gegensatz zur Besonderen Dementenbetreuung - praktisch nicht angeboten.

Der Vergleich der *baulichen Situation* erfolgt anhand der Informationen, die durch Begehungen der 30 Wohnbereiche und Räume der Betreuungsgruppen in Hamburg und 19 Wohnbereichen in den elf Traditionellen Mannheimer Einrichtungen gesammelt wurden. Dabei wurden Merkmale erhoben, die für ein demenzspezifisches Milieu als wesentlich erachtet werden (Sloane et al. 2002).

Die öffentlichen Bereiche in der Besonderen Stationären Dementenbetreuung erschienen deutlich wohnlicher und stärker an den Bedürfnissen der Bewohner und Bewohnerinnen orientiert als in den Einrichtungen der Traditionellen Pflege.

Eine *Küche* bzw. eine Kitchenette war in fast allen Einrichtungen auf den Wohnbereichen bzw. den Tagesbetreuungsräumen verfügbar. Jedoch hatten in 13,8% der Einrichtungen der Besonderen Stationären Dementenbetreuung und in 68,4% der Traditionellen Pflegeeinrichtungen Angehörige und Bewohner und Bewohnerinnen keinen Zugang.

Bis auf eine Ausnahme entsprach die *Beschaffenheit der Bodenoberflächen* hinsichtlich der Vermeidung von Sturzgefahren durch glatte Stellen in allen Häusern den Anforderungen an die besonderen Ansprüche demenziell Erkrankter. Lediglich in einer Traditionellen Einrichtung waren vereinzelt glatte, rutschige Bodenabschnitte zu finden. Spiegelnde Flächen am Boden - in Hamburg die Ausnahme - waren dort in den Fluren die Regel. Auch in einem Drittel der Aktivitätsbereiche waren Spiegelungen zu beobachten.

Im Vergleich zur Traditionellen Pflege waren die öffentlichen Räumlichkeiten der Besonderen Dementenbetreuung wesentlich heller ausgeleuchtet. Dies bestätigten die Ergebnisse der *Lichtmessung*: Die Lux-Werte als objektives Helligkeitsmaß waren in diesen Räumlichkeiten in Raummitte deutlich höher (im Mittel 486-627 Lux, in der Traditionellen Pflege 150-166 Lux).

*Wege, die sich zum „Wandern“ eignen*, gab es in allen Einrichtungen. Die Orientierung an den Prinzipien demenzspezifischer Milieugestaltung in der Besonderen Stationären Dementenbetreuung schlug sich darin nieder, dass diese Wege zudem meist ohne Sackgassen gestaltet waren, über Sitzgelegenheiten sowie über „Sit-and-Watch-Plätze“ verfügten. In fast der Hälfte dieser Einrichtungen befanden sich Ruheräume in unmittelbarer Nähe der Aktivitätsräume.

Bis auf eine Ausnahme verfügten die Einrichtungen des Modellprogramms über einen vom Haus aus zugänglichen *Frei- oder Grünbereich*, der von den Bewohnern und Bewohnerinnen überwiegend (in 73,3% der Einrichtungen) selbstständig genutzt werden konnte. In den Einrichtungen der Traditionellen Pflege stand nur für 42,1 % der Wohnbereiche eine für Demenzkranke eigenständig nutzbare Grünanlage zur Verfügung. Hinzu kommt, dass die Funktionalität, vor allem aber die Attraktivität der Grünflächen der Besonderen Stationären Dementenbetreuung deutlich besser beurteilt wurde.

*Angebote visueller und taktiler Stimulation* gelten als positive milieutherapeutische Charakteristika. Vor allem taktile Stimuli (wie z.B. haptische Wände, Dekorationsobjekte zum Anfassen, Haushaltsgegenstände) wurden in der Besonderen Stationären Dementenbetreuung häufiger angeboten, während Bilder an der Wand und Dekorationsgegenstände zum Anschauen sowohl in der Besonderen Dementenbetreuung als auch der Traditionellen Pflege zahlreich vorhanden waren.

Für demenzkranke Bewohner und Bewohnerinnen können *Orientierungshilfen* in der Einrichtung wie beispielsweise Farbcodes, Namensschilder, Bilder oder zeitliche Orientierungshinweise den Alltag erleichtern. Nahezu obligatorisch waren Zimmernummern und Namensschilder. Weitere geeignete Orientierungshilfen wie Fotografien, Farbcodes oder Objekte mit persönlicher Bedeutung an den Türen fanden sich wesentlich häufiger in den Wohnbereichen der Besonderen Stationären Dementenbetreuung.

#### **5.4 Angehörigenbefragung**

Eine Befragung der Angehörigen war im Auftrag des BMFSFJ und der BSF nicht vorgesehen. Im Rahmen einer Diplomarbeit von Petra Schumacher wurde eine anonyme schriftliche Befragung durchgeführt, an der sich 70 Angehörige beteiligten. Die Erfahrungen und Einschätzungen der Angehörigen von Demenzkranken in den Hamburger Modelleinrichtungen sind eine wichtige Ergänzung im Rahmen des Projekts.

Von den rund 740 Bewohnern und Bewohnerinnen haben etwa zwei Drittel mehr oder weniger regelmäßigen Kontakt mit Angehörigen. Bezogen auf die Zahl von Demenzkranken mit Kontakt zu mindestens einem Angehörigen lag die Antwortrate unter 20%. Eine Generalisierung der Ergebnisse auf alle Angehörigen der im Rahmen der Besonderen Betreuung versorgten Demenzkranken ist deshalb nicht zulässig.

Fast 90% der befragten Angehörigen hatten vor dem Heimeinzug den Demenzkranken bzw. die Demenzkranke betreut. 66% der Angehörigen waren Kinder bzw. Schwiegerkinder der demenziell erkrankten Menschen, 20% waren Partner oder Ehepartner und 14% sonstige Verwandte.

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.

## 5.5 Befragung der Beschäftigten

In Hamburg lagen insgesamt für 49,1% (237 von 483) der Beschäftigten Angaben vor (Domusmodell: 113; Integrationsmodell: 70; BestDem andere: 54). In den Referenzeinrichtungen in Mannheim wurde eine Ausschöpfung von 49,2% erreicht. Eine Ausschöpfung von jeweils nahezu 50% in Hamburg und Mannheim ist im Rahmen von Mitarbeiterbefragungen als relativ günstig anzusehen.

Das Hamburger Modell schreibt einen Anteil von mindestens 50% Pflegefachkräften vor, bezieht man zudem die therapeutischen Kräfte (Sozialpädagogik, Musik-, Ergo- oder Physiotherapie, Psychologie) ein, muss der Anteil von Fachkräften mindestens zwei Drittel betragen. Die an der Umfrage beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Besonderen Stationären Dementenbetreuung waren häufiger examiniert (dreijährige Ausbildung), während der Anteil nicht examinierter Pflegekräfte in der Traditionellen Pflege fast doppelt so hoch war wie in der Besonderen Betreuung. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Besonderen Stationären Betreuung neigten etwas häufiger zu Teilzeit-Beschäftigungsmodellen.

Die Arbeitssituation insgesamt wurde von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Besonderen Dementenbetreuung signifikant günstiger beurteilt als von den Pflegekräften der Traditionellen Einrichtungen.

Die *quantitative Arbeitsbelastung* und der damit verbundene Zeitdruck wurden von den Beschäftigten der Besonderen Betreuung als weniger stark erlebt.

Auch *mit den Bewohnern und Bewohnerinnen assoziierte Arbeitsmerkmale* wie der Umgang mit dementen, aggressiven und/oder depressiven Menschen, dem Umgang mit Sterben und Tod, fehlenden Kommunikationsmöglichkeiten während der Tätigkeitsausübung wurden von den Beschäftigten der Besonderen Stationären Dementenbetreuung weniger belastend erlebt als von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Einrichtungen mit Traditioneller Pflege.

Hinsichtlich *organisatorischer Merkmale* (z. B. größere Entscheidungsspielräume) war die Situation der Beschäftigten in Hamburg ebenfalls wesentlich besser.

Was das *soziale Klima* zwischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen untereinander und gegenüber den Leitungskräften betrifft, bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Beschäftigtengruppen. Die Anforderungen des Hamburger Modells (festes Team, höhere Fachkraftquote, notwendige Zusatzqualifikation der Leitung, multidisziplinäre Teams) hatten offensichtlich keinen wesentlichen Einfluss auf diese Bewertung.

Hinsichtlich der *individuellen Ressourcen*, die auch außerberufliche Ressourcen, Freizeit- und Gesundheitsverhalten sowie die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation einschließen, bestand ebenfalls ein signifikanter Unterschied zugunsten der Beschäftigten in der Besonderen Dementenbetreuung.

Ein interessanter Aspekt ergibt sich bei der Betrachtung der Hamburger Beschäftigten, die nicht unmittelbar an der Besonderen Betreuung beteiligt waren, sondern in benachbarten Bereichen arbeiteten. Diese Gruppe wies in jeder Hinsicht weniger ausgeprägte Belastungen auf als die Gruppe der Beschäftigten in der Traditionellen Pflege. Dies kann als Indiz gewertet werden, dass diese Gruppe von Beschäftigten möglicherweise durch die Herausnahme verhaltensauffälliger demenzkranker Bewohner und Bewohnerinnen aus ihren Wohnbereichen entlastet wurde.

Bezüglich der *depressiven Symptomatik* als einem Indikator psychischer Beanspruchung fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den Befragten: die Pflegekräfte aus Traditionellen Pflegeeinrichtungen gaben häufiger beziehungsweise stärker ausgeprägte depressive Symptome an als die Beschäftigten, die direkt in der Besonderen Stationären Dementenbetreuung tätig waren. Auch hier nahmen die nicht unmittelbar in die Besondere Dementenbetreuung involvierten Hamburger Pflegekräfte eine Zwischenstellung ein.

Im Unterschied zu den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in Hamburg (8,9% bzw. 14,0%) hatten die Beschäftigten in der Traditionellen Altenpflege in Mannheim mit 21,1% eine höhere Rate depressiver Störungen als eine entsprechende Referenzgruppe aus der Allgemeinbevölkerung (17,4%).

Mehr als zwei Drittel der befragten Pflegepersonen in der Besonderen Dementenbetreuung beurteilten diese als befriedigend, gut oder hervorragend. Als unbefriedigend bzw. nicht angemessen bezeichnete jeweils ein Drittel des Personals die Bereiche „Supervision“ und „Personalschlüssel“. Ein Viertel der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen war unzufrieden mit der Beschaffenheit der Diensträume. Etwa jeder fünfte Beschäftigte kritisierte die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen bzw. hielt die Größe der Betreuungsgruppe als nicht angemessen.

## **6. Zusammenfassung und Diskussion**

Die vorliegende Evaluation des Hamburger Modellprogramms ist unseres Wissens nach die erste umfangreiche und kontrollierte Längsschnittstudie in Deutschland zu den Auswirkungen besonderer stationärer Betreuungsformen auf die Bewohnerschaft sowie auf das Pflegepersonal. 594 von insgesamt 744 Bewohnern und Bewohnerinnen, die an bestimmten Stichtagen im Modellprogramm betreut wurden (N=366 nach dem Domusprinzip, N=228 nach dem Integrationsprinzip), konnten in die Studie einbezogen werden, was einer Ausschöpfung von nahezu 80% entspricht. Als Referenzgruppen wurden die über 65jährigen mittelschwer oder schwer demenzkranken Bewohner und Bewohnerinnen von elf traditionellen integrativen Pflegeheimen in Mannheim herangezogen, die gemäß den Matchingvariablen „verhaltensauffällig nach den Hamburger Kriterien“ und „Fähigkeit an Gruppenaktivitäten teilzunehmen (=nicht bettlägerig)“ in der Zusammensetzung den Hamburger Untersuchungsgruppen angeglichen wurden. Die parallelisierte Referenzgruppe (Stichtag) aus der Traditionellen Pflege umfasste zu T1 131 Personen. Darüber hinaus konnten im Untersuchungszeitraum in der Besonderen Dementenbetreuung 139 Personen als Neuaufnahmen rekrutiert werden, in der Traditionellen Pflege in Mannheim 42

(parallelisierte) Neuaufnahmen. Alle Bewohnergruppen wurden längsschnittlich zu zwei Erhebungszeitpunkten über einen Zeitraum von etwa einem halben Jahr mit Ausschöpfungsraten zwischen 65% und 83% untersucht. Der größte Anteil der Stichprobenverluste über die Zeit war, wie zu erwarten, auf Sterbefälle und in Hamburg auf Verlassen des Modellprogramms zurückzuführen.

Auch hinsichtlich der Personalbefragungen in der Besonderen stationären Demenztbetreuung und in der Traditionellen stationären Pflege konnten mit N=237 und N=253 Teilnehmern und Teilnehmerinnen zufriedenstellende Ausschöpfungsquoten von jeweils rund 50% erreicht werden.

*Zusammenfassend* lässt sich im Hinblick auf die bewohnerbezogenen Ergebnisse feststellen:

Zwischen den beiden unterschiedlichen Betreuungsformen innerhalb des Modellprogramms – Domus- und Integrationsprinzip – wurden querschnittlich bedeutsame Unterschiede in Bezug auf *soziale Merkmale* (Besuchshäufigkeit, Einbindung von Angehörigen in Pflege und Betreuung) und *Aktivitäten* (körperliche Aktivierung, Gedächtnisübungen, Gruppen – und Einzelangebote) *zugunsten des Integrationsprinzips* festgestellt. Diese Unterschiede bestanden sowohl bei der Stichtagspopulation als auch bei den Neuaufnahmen. Die Bewohner und Bewohnerinnen des Domus-Prinzips wurden hingegen vergleichsweise häufiger psychiatrisch behandelt, erhielten mehr psychotrope Medikamente, wobei signifikant häufiger Antidementiva und Antidepressiva und weniger Neuroleptika verordnet wurden. Längsschnittlich wurde die hohe Aktivitätsrate bei den nach dem Integrationsprinzip Betreuten signifikant besser aufrechterhalten. Zudem zeichnete sich bei den integrativ betreuten Neuaufnahmen im Vergleich zu den Neuaufnahmen in den Domus-Einheiten die Tendenz einer verzögerten Verschlechterung in den Alltagsaktivitäten (Barthel-Index) im Laufe von sechs Monaten ab, insbesondere im Bereich der Mobilität. Dass diese Unterschiede statistisch nicht signifikant wurden, dürfte mit den niedrigen Fallzahlen bei den Neuaufnahmen (N=34 im Integrationsmodell) zusammenhängen. Im Hinblick auf andere qualitäts- und morbiditätsbezogene Merkmale (nicht-kognitive Symptome, Barthel-Index bei der Stichtagspopulation) ergaben sich keine weiteren Hinweise darauf, dass eine Betreuungsform der anderen überlegen ist. Da im Rahmen der vorliegenden Evaluation eine randomisierte Zuweisung zu den Betreuungsbedingungen nicht möglich war, die Ergebnisse also durch Selektionseffekte bei der Inanspruchnahme oder Zuweisung zur einen oder anderen Betreuungsform beeinflusst wurden, ist Vorsicht bei der Interpretation der ermittelten Unterschiede geboten. Obwohl es gut vorstellbar erscheint, dass die Demenztkranken in den Tagesbetreuungsgruppen des Integrationsprinzips gezielter und dauerhafter in kompetenzfördernde Aktivitäten eingebunden werden (und damit in der Folge funktionell verzögert abbauen) als in den Domus-Einheiten, ist die Schlussfolgerung, dass das Integrationsprinzip dem Domusprinzip hinsichtlich dieser Ergebnismerkmale überlegen ist, auf der Grundlage einer Beobachtungsstudie nicht zweifelsfrei möglich.

Hinsichtlich des Vergleichs zwischen der Besonderen Betreuung und der Traditionellen Pflege Demenztkranker waren die Ergebnisse wesentlich akzentuierter. Entsprechend unseren Hypothesen war die Besondere Demenztbetreuung in Hamburg in vielen Ergebnisbereichen, die als Indikatoren der Lebens- und

Betreuungsqualität Demenzkranker in der stationären Pflege gelten, der Traditionellen Versorgung überlegen:

Die Demenzkranken in der Besonderen Betreuung im Vergleich zu den Demenzkranken in Traditioneller Pflege

- waren um ein Vielfaches häufiger in positive und kompetenzfördernde Aktivitäten in und außerhalb der Einrichtung eingebunden;
- zeigten mehr positive Gefühle wie Freude und /oder Interesse;
- waren weit weniger von freiheitseinschränkenden Maßnahmen betroffen;
- wurden wesentlich häufiger psychiatrisch behandelt.

Zudem waren Angehörige und Freiwillige im Hamburger Modell stärker in die Pflege und Betreuung eingebunden.

Im Hinblick auf die untersuchten morbiditätsbezogenen Merkmale wie kognitive Beeinträchtigungen, Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten und Mobilität waren die Unterschiede zwischen der Besonderen Dementenbetreuung und der Traditionellen Pflege bei den Bewohnern und Bewohnerinnen, die schon längere Zeit in der Einrichtung lebten, wesentlich geringer.

Signifikant günstigere Auswirkungen der Besonderen Dementenbetreuung waren jedoch bei den neu aufgenommenen Bewohnern und Bewohnerinnen messbar, die sich im Vergleich zu den traditionell betreuten Demenzkranken in den Alltagseinschränkungen im Laufe etwa eines halben Jahres in geringerem Maße verschlechterten, insbesondere ihre Mobilität (Gehfähigkeit) besser aufrechterhalten konnten und deutlich seltener bettlägerig wurden.

Auch diese Ergebnisse entsprachen unseren Erwartungen und stehen im Einklang mit neueren Forschungsbefunden, wonach durch besondere Betreuungsformen bei Erkrankten mit fortgeschrittenen Demenzprozessen weder die kognitive Leistungsfähigkeit noch der Grad der Selbstständigkeit im Alltag grundsätzlich verbessert werden kann (Rovner et al. 1996, Lawton et al. 1998, Holmes et al. 2000a), sondern bestenfalls mit einer *verlangsamten* Funktionsabnahme gerechnet werden kann.

Vor dem Hintergrund des hohen Alters und der schwerwiegenden kognitiven und körperlichen Beeinträchtigungen der Betroffenen ist deshalb eine Verzögerung von Immobilität und Bettlägerigkeit, wie wir sie bei den neu aufgenommenen Bewohnern und Bewohnerinnen in Hamburg festgestellt haben, als wichtiger Betreuungserfolg zu werten (Lawton et al. 1998). Ähnliche Resultate im Hinblick auf die bessere Aufrechterhaltung von Mobilität in einem besonderen Versorgungsbereich für Alzheimerkranke fanden Saxton et al. (1998).

Unerwartet waren demgegenüber die Befunde zum Verlauf von nicht-kognitiven Symptomen, insbesondere zum Verlauf der Verhaltensauffälligkeiten, die von den Pflegekräften mittels des modifizierten Cohen-Mansfield-Agitation Inventory (CMAI) erhoben wurden.

Entgegen unseren Annahmen gingen die Verhaltensauffälligkeiten bei den Demenzkranken in der Traditionellen Pflege im Laufe der Zeit stärker zurück als

bei den Demenzkranken in der Besonderen Betreuung. Obwohl sich inzwischen die Befunde mehren, dass das Auftreten von nicht-kognitiven Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten durch psychosoziale Interventionen oder durch ein besonderes „Milieu“ nur begrenzt und vor allem nicht in jedem Fall beeinflusst werden kann (van Haitsma et al. 2000), sind die vorliegenden Ergebnisse dadurch allein nicht zu erklären.

Möglicherweise spielten bei ihrem Zustandekommen zwei weitere Faktoren eine wichtige Rolle: Zum einen könnten Selektionsfaktoren bei der Inanspruchnahme der Besonderen Dementenbetreuung zur höheren Persistenz von Verhaltensauffälligkeiten in Hamburg beigetragen haben. Es ist denkbar, dass Demenzkranke mit extremen und schwer beeinflussbaren Verhaltensstörungen, die in herkömmlichen Pflegeeinrichtungen relativ selten sind, überproportional häufig den Besonderen Betreuungsformen zugewiesen werden. Wie bereits im Hinblick auf die Unterschiede zwischen Integrations- und Domusprinzip dargestellt, lassen sich solche selektiven Effekte im Rahmen unserer Beobachtungsstudie jedoch weder klären noch verhindern. In einer Untersuchung, in der eine *randomisierte* Zuweisung von demenzkranken Pflegeheimbewohnern und -bewohnerinnen zu unterschiedlichen Betreuungsbedingungen möglich war, zeigte sich, dass sich die Verhaltensprobleme der Demenzkranken in der Interventionsgruppe (vergleichbar den Tagesbetreuungsgruppen des Integrationsprinzips) im Laufe von sechs Monaten gegenüber der Kontrollgruppe (Traditionelle Pflege) signifikant reduzierten (Rovner et al. 1996). Nur ein solches Forschungsdesign kann letztlich eindeutigen Aufschluss über den Zusammenhang von Betreuungsform und Beeinflussung von bestimmten Symptomen geben.

Zum anderen kommt in den Ergebnissen zum Verlauf der nicht-kognitiven Symptome möglicherweise eine weitere Einschränkung des Untersuchungsdesigns bzw. der Erhebungsmethode zum Ausdruck: Mit Ausnahme der institutionellen Merkmale wurden die Ergebnismerkmale nicht direkt vom Untersuchungsteam erhoben, sondern basieren auf Angaben und Beurteilungen von Informanten (Pflegekräfte), die anfällig sind für bestimmte Fehler und Verzerrungen. So waren die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Besonderen Dementenbetreuung in Hamburg 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. Was die anderen Merkmalsbereiche des Pflege- und Verhaltensassessments betrifft, gab es allerdings keine Hinweise auf bestimmte Antworttendenzen oder auf Unterschiede in der Handhabung zwischen den Pflegekräften der Besonderen Betreuung und der Traditionellen Pflege.

Abschließend sei zu den nicht-kognitiven Symptomen bemerkt, dass sie für die Betroffenen nicht notwendigerweise mit einer Verschlechterung der Lebensqualität einhergehen. Ballard et al. (2001) fanden beispielsweise keinen Zusammenhang zwischen neuropsychiatrischen Symptomen, gemessen mit dem NPI, und einer Reduktion der Lebensqualität.

Im deutschsprachigen Raum gibt es bislang kaum vergleichbare Untersuchungsergebnisse zu besonderen Betreuungsformen für Demenzkranke in der stationären Altenhilfe. Gewisse Möglichkeiten der Gegenüberstellung mit der vorliegenden Studie bietet jedoch das bereits erwähnte *Modellprojekt „Einführung milieuthérapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich-MIDEMAS“*:

Im Rahmen des vom BMFSFJ initiierten Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ wurde dieses von Frau Heeg geleitete Projekt (Heeg und Radzey 2001, Heeg et al. 2003) durchgeführt, wobei unsere Arbeitsgruppe für die Entwicklung und Durchführung der quantitativen wissenschaftlichen Evaluation verantwortlich war (Schäufele und Weyerer 2001, Weyerer et al. 2003). Ein wesentliches Ziel des Modellprojekts bestand darin, die Versorgung von Pflegeheimbewohnern und -bewohnerinnen, die an einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung leiden, zu verbessern, indem *stationsintegrierte Demenzwohngruppen mit milieuthérapeutisch orientiertem Betreuungskonzept innerhalb einer bestehenden Einrichtung bei laufendem Betrieb neu geschaffen werden*. Es konnten sechs stationäre Pflegeeinrichtungen gewonnen werden, bei denen erstmals Wohngruppen mit jeweils 12 bis 15 an einer Demenz erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen eingerichtet wurden.

Die in diesem Modellprojekt rekrutierten Personen, die erstmals in mehreren stationsintegrierten Demenzwohngruppen betreut wurden, lassen sich im Querschnitt und im Verlauf grob vergleichen mit den in Hamburg untersuchten Neuzugängen. Die Hamburger Neuaufnahmen unterschieden sich allerdings hinsichtlich einiger wichtiger Merkmale deutlich von den MIDEMAS-Bewohnern und Bewohnerinnen, unter anderem wiesen sie wesentlich ausgeprägtere nicht-kognitive Symptome und eine weniger eingeschränkte Mobilität auf. Zudem waren die Randbedingungen und die verwendeten Untersuchungsinstrumente teilweise unterschiedlich. Die Vergleichsergebnisse sind deshalb mit Vorsicht zu interpretieren.

Wie in Hamburg fanden wir auch bei den in baden-württembergischen Pflegeeinrichtungen untersuchten Gruppen Demenzkranker (Durchschnittsalter 83,6 Jahre; Frauenanteil: 84,3%) einen Rückgang der Alltagskompetenz und eine Abnahme von nicht-kognitiven Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. Die *Besuchshäufigkeit von Verwandten oder Bekannten* - blieb ähnlich wie Hamburg - bei rund 60% zu beiden Untersuchungszeitpunkten konstant hoch.

In den Demenzwohngruppen in Baden Württemberg nahm die Häufigkeit *aktivierender Maßnahmen* signifikant zu: Während vor der Intervention 33,9% der Bewohner und Bewohnerinnen mindestens einmal pro Woche körperlich aktiviert worden waren, betrug dieser Anteil nach der Intervention 58,9%. Derselbe Trend zeigte sich beim Selbstständigkeitstraining, das zu Beginn der Intervention nur 16,2% der Demenzkranken zuteil wurde, nach sechs Monaten wurde es hingegen bei 49,1% durchgeführt. Die Beteiligung der neu aufgenommenen Hamburger Bewohner und Bewohnerinnen an körperlicher Aktivierung war bereits neun Wochen nach der Aufnahme in die Besondere Dementenbetreuung mit 80,0% höher als in Baden-Württemberg und dieses hohe Niveau konnte auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt beibehalten werden (81,1%). Beim Selbstständigkeitstraining war die Beteiligung in Hamburg zu beiden Erhe-

bungszeitpunkten mit 84,4% bzw. 82,3% ebenfalls wesentlich höher als in Baden-Württemberg.

Die geringere Aktivierungsrate in den Modelleinrichtungen in Baden-Württemberg hängt vermutlich auch damit zusammen, dass die milieutherapeutische Intervention zum Zeitpunkt des Follow-up zwar abgeschlossen, das Wohngruppenprogramm in den betreffenden Pflegeheimen aber noch neu und noch nicht routinemäßig verankert war. Zudem war die Personalausstattung in den MIDEMAS-Wohngruppen im Mittel schlechter als in Hamburg.

Ein ähnliches Muster hinsichtlich der geringfügigen Zunahme von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bei den Neuzugängen in Hamburg (Anstieg bei Bettgittern von 6,1% auf 10,1% und Fixiergurt von 1,1% auf 4,2%) fand sich auch in Baden-Württemberg, allerdings auf einem wesentlich höheren Niveau: Bettgitter wurden vor der Intervention bei 27,9% der Bewohner und Bewohnerinnen angebracht, nach der Intervention dagegen bei 36,1%. Hinsichtlich des Einsatzes von Fixiergurten stieg die Zahl der Betroffenen von ursprünglich vier (6,7%) auf sechs Personen (10%). Der Einsatz freiheitseinschränkender Maßnahmen wies einen engen Zusammenhang mit der Gehfähigkeit auf. Dies galt insbesondere für den Einsatz von Fixiergurten. Alle sechs Personen, die zu T2 häufig fixiert wurden, waren auch nicht mehr in Lage, selbstständig zu gehen, fünf davon konnten nicht einmal mehr 50m mit einer Hilfsperson zurücklegen. Es ist daher zu vermuten, dass der geringfügige Anstieg in der Anwendung dieser Maßnahmen eher im Zusammenhang mit Bemühungen um die Prävention von Unfällen stand, die mit zunehmender Immobilität der Bewohner und Bewohnerinnen wahrscheinlicher wurden, als im Zusammenhang mit der Disziplinierung von störenden mobilen Bewohnern und Bewohnerinnen.

Die Befragung von Beschäftigten und Angehörigen hinsichtlich ihrer *Bewertung des Hamburger Modells* erbrachte Folgendes: Sowohl die *Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen als auch die Angehörigen Demenzkranker* äußerten sich überwiegend positiv über die Besondere Dementenbetreuung. Die Erfahrungen und Sichtweisen der Angehörigen sollten auch in Zukunft berücksichtigt werden, da die Familien wertvolle Beiträge zu einer Optimierung der Versorgung leisten können. Untersuchungen an *pflegenden Angehörigen von Demenzkranken* haben gezeigt, dass die Belastungsfolgen für die Familienmitglieder dann besonders gravierend sind, wenn Demenzkranke Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Covinsky et al. (2003) fanden eine überdurchschnittlich hohe Prävalenz depressiver Erkrankungen bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken mit aggressivem Verhalten. Das Hamburger Modell, das auf diese Hochrisikogruppe Demenzkranker zugeschnitten ist, erfüllt auch eine zentrale Versorgungsaufgabe in der Entlastung pflegender Angehöriger.

Eine weitere wichtige Frage ist, inwieweit sich besondere Versorgungsformen günstig auf das *Pflegepersonal* auswirken können. Die Pflege im Rahmen einer Special Care Unit könnte nach Grant und Ory (2000)

- durch günstige Umgebungsfaktoren, die beispielsweise dazu beitragen agitiertes Verhalten zu reduzieren, die Arbeitsbelastung vermindern;

- die Arbeitszufriedenheit erhöhen durch die Förderung professioneller Fähigkeiten, durch Supervision, günstige organisatorische Bedingungen und Teamarbeit.

Die Arbeitssituation wurde von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Besonderen Dementenbetreuung signifikant günstiger beurteilt als von den Pflegekräften der Traditionellen Einrichtungen. Erfreulicherweise war bei den Beschäftigten in der Besonderen Dementenbetreuung im Vergleich zu denjenigen in der Traditionellen Pflege sowohl die *Arbeitsbelastung* als auch die *Häufigkeit depressiver Störungen* signifikant niedriger.

Ein interessanter Aspekt ergibt sich bei der Betrachtung der Hamburger Beschäftigten, die nicht unmittelbar an der Besonderen Betreuung beteiligt waren, sondern in benachbarten Bereichen arbeiteten. Diese Gruppe wies zwar eine etwas höhere Belastung und mehr depressive Symptome auf als die Beschäftigten in der Besonderen Dementenbetreuung; die entsprechenden Werte waren jedoch niedriger im Vergleich zu den Beschäftigten in der Traditionellen Pflege. Dies kann als Indiz gewertet werden, dass Pflegekräfte, die nicht in der Besonderen Dementenbetreuung tätig waren, möglicherweise durch die Herausnahme verhaltensauffälliger dementer Bewohner und Bewohnerinnen aus ihren Wohnbereichen entlastet wurden.

Neben den bereits angesprochenen Limitationen der vorliegenden Studie (nicht randomisiertes Design, Datenerhebung fast ausschließlich indirekt über Informanten, relativ geringe Zahlen von Neuaufnahmen aufgrund der begrenzten Laufzeit des Projekts), muß eine weitere berücksichtigt werden: Das Modellprogramm konnte *nur in seiner Gesamtheit untersucht* und mit der Traditionellen Pflege in ihrer Gesamtheit verglichen werden. Die Wirkung der vielfältigen *einzelnen* Komponenten des Programms (z.B. Bewohnerprofil, günstigerer Betreuungsschlüssel, bessere Qualifikation, Fortbildung und Supervision beim Personal, andere räumliche und organisatorische Bedingungen) konnte nicht untersucht werden, da es nicht möglich war, diese Bedingungen innerhalb der verschiedenen Versorgungsformen zu variieren.

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass es an fundierten Kenntnissen zur Wirksamkeit gerontopsychiatrischer Versorgungsformen erheblich mangelt, sollten sowohl die Weiterentwicklung entsprechender Konzepte als auch ihre Evaluation gefördert werden. Die Evaluation sollte auf der Grundlage methodisch elaborierter quantitativer Untersuchungsdesigns durch unabhängige Forschergruppen erfolgen und den von der Deutschen Forschungsgemeinschaft formulierten Richtlinien einer guten wissenschaftlichen Praxis entsprechen.

Im Zusammenhang mit der Gestaltung der stationären Versorgung Demenzerkrankter, bei der neben der Praktikabilität auch ökonomische Aspekte eine entscheidende Rolle spielen, wäre es ein wichtiger nächster Schritt, hypothesengeleitet zu prüfen, welche Komponenten der Besonderen Stationären Demenzkrankenversorgung mehr oder weniger wirksam sind und in welchem Umfang einzelne, übertragbare Bausteine, z.B. Qualifizierung des Personals, besserer Betreuungsschlüssel, sich auch in der traditionellen integrativen Demenzkrankenversorgung günstig auswirken.

Sofern kein Durchbruch in der Entwicklung von gezielten Präventionsmöglichkeiten und kausalen Therapiemaßnahmen erfolgt, wird der Anteil von Demenzkranken in der Bevölkerung weiter überproportional anwachsen. Nach Bickel (2001) ist in Deutschland bis zum Jahr 2050 von einer Verdoppelung der Krankheitsfälle auf über zwei Millionen Demenzkranke auszugehen. Da parallel zu dieser Entwicklung das familiäre Betreuungspotenzial abnehmen wird, dürfte die institutionelle Versorgung noch an Bedeutung gewinnen. Die Betreuung demenzkranker Menschen unter humanen und ökonomisch realisierbaren Bedingungen wird damit zu einer zentralen gesundheitspolitischen und sozialen Aufgabe.

## **7. Danksagung**

Diese Studie entstand im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und der Behörde für Soziales und Familie der Freien und Hansestadt Hamburg (BSF).

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Projekts danken Frau Weritz-Hanf (BMFSFJ), Herrn Kellerhof, Herrn Meyer (BSF), Frau Dr. Döhner (Leiterin Sozialgerontologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), Herrn Werner (Geschäftsführer des Stadtpflegeausschusses in Mannheim), der Hamburger Pflegegesellschaft und den Mitgliedern des Projektbeirats für die sehr konstruktive Zusammenarbeit.

Unser besonderer Dank gilt den Einrichtungsleitungen, den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der stationären Altenpflege in Hamburg und Mannheim sowie den Angehörigen Demenzkranker in Hamburg. Ohne ihre hervorragende Unterstützung wäre die umfassende empirische Erhebung zur Versorgung Demenzkranker nicht möglich gewesen.

## 8. Literatur

Albert SM, Jacobs DM, Sano M, Marder K, Bell K, Devanand D, Brandt J, Albert M, Stern Y (2001). Longitudinal study of quality of life in people with advanced Alzheimer's disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 9, 160-168.

Annerstedt L, Fournier K, Gustafson L, Hallen U, Malmquist I, Salö S, Schultz J, Stjernfeldt G, Ahlund O, Tennek J (1993). Group living for people with dementia. Stirling: Dementia Services Development Centre, University of Stirling.

Ballard C, O'Brien J, James I, Mynt P, Lasa M, Potkins D, Reichelt K, Lee L, Swann A, Fossey J (2001). Quality of life for people with dementia living in residential and nursing home care: the impact of performance on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills and psychotropic drugs. *International Psychogeriatrics* 13, 93-106.

Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC (1991). Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Archives of Internal Medicine* 151, 1825-1832.

Beers MH (1997). Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. *Archives of Internal Medicine* 157, 1531-1536.

Bellelli G, Frisoni G, Bianchetti A, Boffelli S, Guerrini G, Scotuzzi A, Ranieri P, Ritondale G, Guglielmi L, Fusari A, Raggi G, Gasparotti A, Gheza A, Nobili G, Trabucchi M (1998). Special Care Units for demented patients: a multicenter study. *Gerontologist* 38, 456-462.

Bickel H (2001). Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34, 108-115.

Bickel H (2003). Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. In: H. Förstl (Hrsg.). *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*. Stuttgart, New York: Georg Thieme, 11-26.

Bickel H (2004). Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch CW, Förstl H (Hrsg.) *Demenzen*. Thieme-Referenzreihe Neurologie, Stuttgart-New York: Thieme (im Druck).

Brod M, Stewart A, Sands L, Walton P (1999). Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: the Dementia Quality of Life Instrument (DQoL). *Gerontologist* 39, 25-35.

Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (1998). *Wohnen im Alter. Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland*. Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit (2001). *Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. Bonn.

Cohen-Mansfield J (1996). Behavioral and mood evaluations: assessment of agitation. *International Psychogeriatrics* 8, 233-245.

Covinsky KE, Newcomer R, Fox P, Woods J, Dane K, Yaffe K (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General Internal Medicine* 18, 1006-1014.

Damkowski W, Seidelmann, A, Voß L (1994). Evaluation des Modellprogramms stationäre Demenzenbetreuung in Hamburg. Endbericht. Freie und Hansestadt Hamburg - BAGS.

Demenz-Verein Saarlouis e.V. (2000). Innovativer Umgang mit Demenzen. Strategien, Konzepte und Einrichtungen in Europa. Saarlouis: Demenz-Verein Saarlouis e.V.

Dürmann P (2001). Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzerkrankter (LvVD) In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter. Stuttgart: Kohlhammer, 89-105.

Gemeinsame Vereinbarung über die Besondere Stationäre Demenzenbetreuung in Hamburg (1999). In: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg, Amt für Soziales und Rehabilitation: Stationäre Demenzenbetreuung in Hamburg. Eigene Publikationen Band 5. Hamburg.

Graham JE, Rochwood K, Beattie BL, Eastwood R, Gauthier S, Tuokko H, McDowell I (1997). Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. *Lancet* 349, 1793-1796.

Grant L, Kane R, Stark A (1995). Beyond labels: nursing home care for Alzheimer's disease in and out of special care units. *Journal of the American Geriatrics Society* 43, 569-576.

Grant LA, Ory M (2000). Alzheimer Special Care Units in the United States. In: Holmes D, Teresi JA, Ory M (eds.). *Special Care Units*. Paris/New York: Serdi/Springer.

Gräbel E (1998). Belastung und gesundheitliche Situation von Pflegenden. Querschnittsuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. Deutsche Hochschulschriften 1134. Egelsbach: Dr. Markus Hänsel-Hohenhausen.

Hautzinger M (1988). Die CES-D Skala. Ein Depressionsinstrument für Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung. *Diagnostica* 2, 167-173.

Heeg S, Radzey B (2001). Modellprojekt „Einführung milieuthérapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation“ - Projektziele und Forschungsansätze. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter. Stuttgart: Kohlhammer, 106-115.

Heeg S, Radzey B, Kuhn C, Weyerer S, Schäufele M, Rockenbach C, Köhler L (2003). Modellprojekt Einführung milieuthérapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation. Bericht an das BMFSFJ.

Helmchen H, Baltes MM, Geiselman B, Kanowski S, Linden M, Reischies FM, Wagner M, Wilms HU (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer KU, Baltes P (Hrsg.) Berliner Altersstudie, 185-219. Berlin: Akademie-Verlag.

Hendlmeier I (2001). Beurteilungen durch das Pflegepersonal von Alten- und Pflegeheimen in den Bereichen Alltagsaktivitäten, psychopathologische Symptome, soziale Kontakte, medizinische und pflegerische Maßnahmen – eine Reliabilitätsstudie. Universität Heidelberg: Unveröffentlichte Diplomarbeit.

Hock C (2000). Demenz. In: Nikolaus T (Hrsg.). Klinische Geriatrie. Berlin-Heidelberg: Springer, 303-316.

Holmes D, Teresi JA, Ory M (eds.) (2000). Special Care Units. Paris/New York: Serdi/Springer.

Holmes D, Teresi JA, Ory M (2000a). Editorial. Overview of the volume. In: Holmes D, Teresi JA, Ory M (eds.). Special Care Units. Paris/New York: Serdi/Springer, 7-17.

Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry* 140, 566-572.

Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T, Lopez OL, DeKosky ST (2000). Validation of the NPI-Q, a Brief Clinical Form of the Neuropsychiatric Inventory. *Journal Neuropsychiatry Clinical Neuroscience* 12:2, 233-238.

Kellerhof M (2002). Spezielle SGB XI-Vereinbarungen für die Pflege und Betreuung Demenzkranker? Das Hamburger Modell. Manuskript.

Kitwood T, Bredin K (1992) Toward a theory of dementia care: personhood and well-being. *Aging and Society* 12, 269-287.

Köhler L, Schäufele M, Hendlmeier I, Weyerer S (2004). Validation of a dementia screening scale used by nurses in old age homes. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 110 (Suppl 421), 47.

Kurz A (1998). "BPSSD": Verhaltensstörungen bei Demenz. Ein neues diagnostisches und therapeutisches Konzept. *Nervenarzt* 69, 269-273.

Lawton MP, Van Haitsma K, Klapper J, Kleban MH, Katz IR, Corn J (1998). A stimulation-retreat special care unit for elders with dementing illness. *International Psychogeriatrics* 10, 379-395.

Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine* 64, 510-519.

Matter C, Späth C (1998) Belastung und Belastungserleben pflegender Angehöriger durch Tag-Nacht-Rhythmus-Störungen Demenzkranker. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 2, 51-59.

Ohta R, Ohta B (1988). Special units for Alzheimer's disease patients: a critical outlook. *Gerontologist* 28, 803-808.

Pinquart M, Sorensen S (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 58B, P112-P128.

Radzey B, Kuhn C, Rauh J (2001). Qualitätsbeurteilungen der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter (Literatur-Expertise). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Stuttgart: Kohlhammer.

Ritchie K, Colvez A, Ankri J, Ledesert B, Gardent H, Fontaine H (1992). The evaluation of long-term care for the dementing elderly: a comparative study of hospital and collective non-medical care in France. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6, 727-736.

Rote Liste (2002). Arzneimittelverzeichnis für Deutschland. Aulendorf: Editio Cantor Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.

Roth M, Tym E, Mountjoy CQ, Huppert FA, Hendrie H, Verma S, Goddard R (1986). CAMDEX – A standardised instrument for the diagnosis of mental disorders in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *British Journal of Psychiatry* 149, 698-709.

Rovner B, Steele C, Shmueli Y, Folstein M (1996). A randomized trial of dementia care in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 7-13.

Sattel H, Weyerer S (2001). Gesundheitsrisiken in der stationären Altenpflege. Entwicklung eines Screeninginstruments zur Erfassung von Risikofaktoren psychischer Beanspruchung des Pflegepersonals. Unveröffentlichtes Manuskript.

Saxton J, Silverman M, Ricci E, Keane C (1998). Maintenance of mobility in residents of an Alzheimer special care facility. *International Psychogeriatrics* 10, 213-224.

Schäufele M, Bickel H, Weyerer S (1999). Predictors of mortality among demented elderly in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14, 946-956.

Schäufele M, Weyerer S (2001). Modellprojekt: „Einführung milieuthérapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Setting mit begleitender Evaluation“ - Studiendesign und Methoden. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter (Dokumentation eines Workshops). Stuttgart: Kohlhammer, 116-123.

Schäufele M (2002). Verschiedene Formen stationärer Versorgung von Demenzkranken- welche Erkenntnisse liegen uns vor? In: Verein zur Förderung der Dementenbetreuung e.V. (Hrsg.): Demenz: Pflege und Kosten. Hildesheim: Tagungsdokumentation 5. H(p)oller Runde, 13-18.

Schäufele M, Teufel S, Weyerer S (2002). Stationäre Versorgung Demenzkranker in Baden-Württemberg. Sachstandsbericht zum laufenden Projekt Stationäre Versorgung Demenzkranker: Traditionelle und neue Konzepte im Vergleich. Sozialministerium Baden-Württemberg, unveröffentlicht.

Sloane P, Lindeman D, Phillips C, Moritz D, Koch G (1995). Evaluating Alzheimer's Special Care Units: reviewing the evidence and identifying potential sources of study bias. *The Gerontologist* 35, 103-111.

Sloane PD, Mitchell CM, Weisman G, Zimmerman S, Long Foley KM, Lynn M, Calkins M, Lawton MP, Teresi J, Grant L, Lindeman D, Montgomery R (2002). The Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes (TESS-NH): an observational instrument for assessing the physical environment of institutional settings for persons with dementia. *Journals of Gerontology: social sciences* 57B, 2, S69-S78.

Steinhagen-Thiessen R, Borchelt M (1996). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer KU, Baltes P (Hrsg.) *Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie-Verlag, 151-183.

Teri L, Gibbons L, McCurry S, Logsdon R, Buchner D, Barlow W, Kukell W, LaCroix A, McCormick W, Larson E (2003). Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association*, 15, 2015-2022.

Van Haitsma K, Lawton MP, Kleban MH (2000). Does Segregation help or hinder? Examining the role of homogeneity in behavioural and emotional aspects of quality of life for persons with cognitive impairment in the nursing home. In: Holmes D, Teresi JA, Ory M (eds.). *Special Care Units*. Paris/New York: Serdi/Springer, 163-177.

Weyerer S (2003). Psychopharmakagebrauch und –missbrauch im Alter. In: Förstl H (Hrsg.). *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und-psychotherapie*. Stuttgart-New York: Georg Thieme, 507-512.

Weyerer S, Hönig T, Schäufele M, Zimmer A (2000). Demenzkranke in Einrichtungen der voll- und teilstationären Altenhilfe. Empirische Forschungsergebnisse. In: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.). *Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen*. Stuttgart, 1-58.

Weyerer S, Schäufele M, Hönig T (2001). Demenzkranke in der stationären Versorgung: Aktuelle Situation. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). *Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter*. Stuttgart: Kohlhammer, 9-18.

Weyerer S, Schäufele M (2003). The assessment of quality of life in dementia. *International Psychogeriatrics* 15, 213-218.

Weyerer S, Schäufele M, Rockenbach C, Köhler L (2003). Quantitative Evaluation. In: Heeg S, Radzey B, Kuhn C, Weyerer S, Schäufele M, Rockenbach C, Köhler L. Modellprojekt Einführung milieuthérapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation. Bericht an das BMFSFJ, 26-33.

Weyerer S, Schäufele M (2004). Die Versorgung dementer Patienten in Deutschland aus epidemiologischer Sicht. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 17, 41-50.

Weyerer S, Zimmer A (2000). Belastung, Beanspruchung und Burnout. In: Wahl HW, Tesch-Römer C (Hrsg.). Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, 347-352.

Winter HP, Gennrich R (2001). Stichwort "Hausgemeinschaften". Zur Typologie einer neuen Wohn- und Lebensform für Pflegebedürftige. Pro Alter 34, 8-9.

Wood S, Cummings JL, Hsu MA, Barclay T, Wheatley MV, Yarema KT, Schnelle JF (2000). The use of the Neuropsychiatric Inventory in nursing home residents. Characterization and measurement. American Journal of Geriatric Psychiatry 8, 75-83.

Zimmer A, Gaeth K, Weyerer S (1996). Alltagsaktivitäten, Verhaltensauffälligkeiten und soziale Kontakte bei Altenheimbewohnern: Wie zuverlässig sind die Beurteilungen durch das Pflegepersonal? Zeitschrift für Gerontopsychologie und Gerontopsychiatrie 9, 167-179.