

Wissenschaftliche Begleitung der Demenzstrategie

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Wissenschaftliche Begleitung der Demenzstrategie

Systematische Darstellung des aktuellen Wissensstandes zu den Fragestellungen der beteiligten
Expertinnen und Experten

Ergebnisbericht

Autorinnen:

Daniela Pertl

Anja Laschkolnig

Heidi Stürzlinger

Projektassistenz:

Romana Landauer

Wien, im März 2016

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Zitiervorschlag: Pertl, Daniela; Laschkolnig, Anja; Stürzlinger, Heidi (2016): Wissenschaftliche Begleitung der Demenzstrategie. Systematische Darstellung des aktuellen Wissensstandes zu den Fragestellungen der beteiligten Expertinnen und Experten. Gesundheit Österreich, Wien.

ISBN 978-3-85159-197-2

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Inhalt

Tabellen	V
Abkürzungen.....	VI
1 Hintergrund.....	1
2 Fragestellungen	1
3 Methodik der Literatursuche, Selektion und Aufbereitung.....	2
3.1 Pflegekonzepte	2
3.2 Versorgungskonzepte	3
3.3 Ergebnisqualitätskriterien und Messinstrumente.....	4
3.4 Personalausstattung.....	4
3.5 Primärprävention von Demenzerkrankungen	5
4 Ergebnisse zu Pflegekonzepten.....	6
5 Ergebnisse zu internationalen Versorgungskonzepten.....	27
5.1 Versorgungskonzepte zu Screening, Diagnose und Therapie	28
5.1.1 Frühzeitige Identifizierung von Demenz-Fällen.....	28
5.1.2 Standardisiertes Verfahren zur Demenz-Diagnose	28
5.1.3 Medikamentöse und Nicht-medikamentöse Therapie.....	29
5.2 Institutionelle Versorgung.....	30
5.2.1 Betreutes Wohnen in Wohnheimen/Hauseinheiten.....	30
5.2.2 Demenzspezifisches Betreutes Wohnen in Wohnheimen / Hauseinheiten / Wohngemeinschaften.....	31
5.2.3 Pflegeheim.....	32
5.2.4 Dementia Care Units – besondere Demenzbetreuung im Pflegeheim	33
5.2.5 Demenzspezifisches Pflegeheim.....	34
5.2.6 Kurzzeitpflege	34
5.2.7 Demenzspezifische Kurzzeitpflege	35
5.2.8 Psychogeriatrische Abteilung für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen	36
5.2.9 Rehabilitationsmaßnahmen im Pflegeheim, Wohnheim (Betreutes Wohnen)	36
5.3 Ambulante Versorgung	37
5.3.1 Memory Clinic.....	37
5.3.2 Demenzspezifische ambulante Kliniken	38
5.3.3 Demenzspezifische Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen sowie -angebote	38
5.3.4 Tagesbetreuung/Tagespflege.....	39
5.3.5 Demenzspezifische Tagesbetreuung / Tagespflege	40
5.4 Versorgung zu Hause.....	40
5.4.1 Allgemeine Hilfsmittel und Dienste.....	40
5.4.2 (Professionelle) Pflege zu Hause / Hauskrankenpflege	41
5.4.3 Rehabilitationsmaßnahmen zu Hause	42
5.4.4 Team-basierte häusliche Gesundheitsversorgung	42
5.4.5 Spezielle Hilfsmittel für kognitive Beeinträchtigung.....	43
5.4.6 Mobiles Expertenteam.....	44
5.4.7 Psychiatrische Hauskrankenpflege	45
5.4.8 Team-basierte Versorgung für psychische Gesundheit Älterer	46
5.5 Palliative Versorgung	46
5.5.1 Hospiz / institutionelle palliative Versorgung	46
5.5.2 Hospiz / palliative Versorgung zu Hause	47

5.5.3	Patientenverfügung / Patientenvollmacht.....	48
5.6	Informelle Versorgung / unterstützende Aktivitäten	48
5.6.1	Informelle Pflege / pflegende Angehörige.....	48
5.6.2	Unterstützung für pflegende Angehörige / informelle Pflegepersonen..	49
5.6.3	Kurzzeitpflege zu Hause	49
5.6.4	Aus- und Weiterbildungsangebote für informelle Betreuungspersonen von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen	50
5.7	Zivilgesellschaftliche Initiativen und Aktivitäten in der Versorgung.....	50
5.7.1	Organisationen zur Patientenvertretung.....	50
5.7.2	Freiwilligen-Organisationen (bezahlt/unbezahlt)	51
5.7.3	Selbsthilfegruppen/-organisationen	51
6	Ergebnisse zu Ergebnisqualitätskriterien und Messinstrumenten	52
7	Ergebnisse zu Personalausstattung	66
8	Ergebnisse zu Primärprävention von Demenzerkrankungen	68
8.1	Risikofaktoren und Schutzfaktoren.....	68
8.1.1	Vaskuläre Risikofaktoren und Erkrankungen	71
8.1.1	Lebensstil-assoziierte Risikofaktoren	72
8.1.2	Soziodemografische Risikofaktoren	75
8.1.3	Andere Risikofaktoren	75
8.2	Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeit zur nicht-medikamentösen Prävention von Alzheimer-Demenz	76
9	Literatur	81
10	Anhang	87
10.1	Suchstrategie Pflegekonzepte.....	87
10.2	Suchstrategie Versorgungskonzepte.....	88
10.3	Publikationen der EU-Studie RightTimePlaceCare.....	88

Tabellen

Tabelle 4.1: Übersicht über Pflegekonzepte für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen im stationären Bereich	9
Tabelle 6.1: Ergebnisqualitätskriterien und Messinstrumente.....	56
Tabelle 7.1: Internationale medizinische Leitlinien, Empfehlungen und Konsensus-Dokumente zur Demenz	66
Tabelle 8.1: Risiko der wichtigsten potenziellen Risikofaktoren für Alzheimer-Demenz	70

Abkürzungen

AAA	Animal-Assisted Activities
AAT	Animal-Assisted Therapy
ABEDL	Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens
ADL / ATL	Activities of Daily Living / Aktivitäten des täglichen Leben
ADRQL	Alzheimer Disease Related Quality of Life
AEDL	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministeriums für Gesundheit
BMI	Body Mass Index
BEHAVE-AD	Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease
BESD	Beurteilung der Schmerzen bei Demenz
BPSD	Behaviorale und Psychologische Symptome der Demenz
CC	Clock Completion Test
CMAI	Cohen-Mansfield Agitation Inventory
DE	Deutschland
DCM	Dementia Care Mapping
DEMIAN-Konzept	Demenzkranken Menschen in Individuell bedeutsamen Alltagssituationen
DemTect	Demenz Detection Test
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DQOL	Dementia Quality of life
EE	Estland
ES	Spanien
EU	Europäische Union
FIM	Functional Independence Measure
FI	Finnland
FR	Frankreich
IADL	Instrumental Activities of Daily Living/ Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens nach Lawton
GIN	Guidelines International Network
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HR	Hazard Ratio

HILDE	Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenz- erkrankter
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
MCI	Mild Cognitive Impairment
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkas- sen e.V.
MMS	Minimal Mental State
MMST	Mini-Mental-Status-Test
MNA	Mini Nutritional Assessment
n. a.	nicht angeführt
NDB-Modell	Need-Driven-Dementia Compromised Behaviour-Model
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NL	Niederlande
NOSGER	Nurses Observation Scale for Geriatric Patients
NPI	Neuropsychiatric Inventory
n. v.	nicht verfügbar
OR	Odds Ratio
PAR	Populationsattributables Risiko
ROT	Realitäts-Orientierungs-Training
RR	Relatives Risiko
SE	Schweden
SET	Selbsterhaltungstherapie
UK	Großbritannien
WG	Wohngemeinschaft
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Hintergrund

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) leistete im Jahr 2014 diverse Vorarbeiten zur Österreichischen Demenzstrategie: Demenzbericht 2014 (Höfler et al. 2015), Systematische Übersichtsarbeit „Nichtmedikamentöse Prävention und Therapie bei leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz und gemischter Demenz“ (Fröschl et al. 2015). Im Jahr 2015 wird im Auftrag des Gesundheits- und Sozialministeriums eine nationale Demenzstrategie erstellt, die von der GÖG wissenschaftlich begleitet wird.

Ziel dieser wissenschaftlichen Begleitung ist es, Evidenz zu diversen Themenstellungen und Fragen, die im Kontext der Demenzstrategie-Entwicklung auftauchen, zu recherchieren und übersichtlich in vorliegendem Bericht aufzubereiten. Die Forschungsthemen wurden gemeinsam mit dem BMG und in Absprache mit den an der Erstellung der Demenzstrategie beteiligten Expertinnen und Experten festgelegt.

Auf den folgenden Seiten wird eine systematische Übersicht über den aktuellen Wissensstand zu diesen Forschungsthemen gegeben.

2 Fragestellungen

Die von den an der Erstellung der Demenzstrategie beteiligten Expertinnen und Experten übermittelten Forschungsthemen wurden anhand der folgenden Fragestellungen operationalisiert:

- » Welche Pflegekonzepte für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen gibt es international im akutstationären Bereich?
- » Welche Versorgungskonzepte zur Betreuung und Unterstützung von Menschen mit einer demenziellen Beeinträchtigung und ihren Angehörigen gibt es international in unterschiedlichen Settings (z. B. teilstationäres Setting, häusliches Setting), die zur Ableitung von neuen und innovativen Modellen für Österreich dienen können?
- » Welche Ergebnisqualitätskriterien und Messinstrumente für kognitive Beeinträchtigungen bei Menschen mit Demenz werden international angewendet? Gibt es Empfehlungen, welche einheitlich verwendet werden sollen?
- » Gibt es in internationalen medizinischen Leitlinien zur Demenz Angaben zur adäquaten Personalausstattung der Pflege in Krankenanstalten und Pflegeheimen, um Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen optimal versorgen zu können?
- » Sammlung von evidenzbasierten Studien zur Primärprävention von Demenzerkrankungen.

3 Methodik der Literatursuche, Selektion und Aufbereitung

In diesem Kapitel wird die Methodik der Literatursuche, Selektion, ggf. Bewertung und Aufbereitung – unterteilt nach den entsprechenden Fragestellungen – beschrieben.

3.1 Pflegekonzepte

Zur Identifizierung von internationalen Pflegekonzepten für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen im akutstationären Bereich wurde eine **eingeschränkte, systematische Literatursuche** in der Datenbank CINAHL durchgeführt. Hierfür wurden zwei Schlagwortgruppen gebildet. Die Begriffsgruppen „Erkrankung“ (Demenz) und „Pflegekonzepte“ (Patient Care Plans, Nursing Care Plans, Nursing Models, Nursing Practice, Long Term Care, Rehabilitation, Geriatric etc.) wurden mit AND verknüpft. Das Ergebnis wurde auf Studien mit Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen ab 65 Jahren gefiltert. Es wurden sowohl deutsch- als auch englischsprachige Publikationen aus Europa, Kanada, Australien und Neuseeland ab dem Jahr 2005 berücksichtigt. Die vollständige Suchstrategie findet sich im Anhang (siehe 10.1).

Die systematische Literatursuche identifizierte insgesamt 371 Studien. Nach Selektion liegen 53 Studien vor, die verschiedene Pflegekonzepte bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen beschreiben.

Ergänzend wurde eine **Handsuche** im Internet durchgeführt (Google, Google Scholar, Alzheimer Europe, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Suchdatum: 28. 7. 2015 und 30. 7. 2015; Suchwörter: internationale Pflegekonzepte/Pflege/theorien/Pflegemodelle Demenz, nursing/patient care plans dementia, nursing models dementia).

Die identifizierten Studien wurden keiner gesonderten Qualitätsbewertung (Einschätzung des Bias-Risikos) unterzogen. Ziel der vorliegenden Fragestellung ist die Auflistung von angewandten internationalen Pflegekonzepten und nicht deren Effektivitätsbewertung.

Für die Ergebnisdarstellung wurden die identifizierten Pflegekonzepte tabellarisch aufbereitet und Informationen hinsichtlich Hintergrund, Anwendungsbereich, Ziel, Zielgruppe, Beschreibung der Inhalte, Anwender/innen etc. dargestellt (siehe Tabelle 4.1).

3.2 Versorgungskonzepte

Zur Identifizierung von internationalen Versorgungskonzepten zur Betreuung und Unterstützung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und ihren Angehörigen in unterschiedlichen Settings wurde im ersten Schritt eine **eingeschränkte, systematische Literatursuche** in der Datenbank CINAHL durchgeführt. Hierfür wurden drei Schlagwortgruppen gebildet. Die Begriffsgruppen „Erkrankung“ (Demenz) und „Versorgung in unterschiedlichen Settings“ (Home Health Agencies, Community Health Centers, Ambulatory Care Facilities, Residential Facilities, Rural Health Centers, Community Health Nursing, Professional Home Nursing, Ambulatory Care Nursing, Community Service, Community Health Services) sowie „Evaluierung“ (Program Evaluation, Process Assessment, Best / Good Practice) wurden mit AND verknüpft. Sowohl deutsch- als auch englischsprachige Publikationen ab dem Jahr 2005 wurden berücksichtigt. Die vollständige Suchstrategie findet sich im Anhang (siehe 10.2).

Die systematische Literatursuche identifizierte insgesamt 74 Studien, wovon 11 Studien bzw. Artikel verschiedene Versorgungskonzepte beschreiben bzw. vergleichen. Zur Beantwortung der vorliegenden Fragestellung sind die identifizierten Versorgungskonzepte jedoch nicht geeignet, da beispielsweise nur einzelne Projekte an individuellen Standorten (z. B. in einem einzelnen Pflegeheim) untersucht werden.

Zur Identifizierung internationaler Versorgungskonzepte wurde daher eine ergänzende **Handsuche** im Internet durchgeführt (Google, Google Scholar; Suchdatum: 24. 9. 2015 und 25. 9. 2015; Suchwörter: Versorgungskonzepte Demenz, Dementia care and service system). Einschlägige Websites wurden per Handsuche nach Praxisbeispielen durchsucht (z. B. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend oder Bundesministerium für Gesundheit (Deutschland)).

Im Zuge der Handsuche wurde das **EU-Projekt RightTimePlaceCare** (Improving health service for European citizens with dementia: Best practice strategies' development for transition from formal professional home care to institutional long-term nursing care facilities (European Commission 2015 – Laufzeit 2010 bis 2013) identifiziert. Das Projekt umfasste insgesamt sechs Arbeitspakete mit verschiedenen Fragestellungen, unter anderem wurden Versorgungskonzepte für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen in acht europäischen Ländern (Deutschland, Frankreich, Spanien, Niederlande, Finnland, Schweden, Großbritannien, Estland) erhoben.

Für die Ergebnisdarstellung werden die in der EU-Studie RightTimePlaceCare identifizierten Versorgungskonzepte im Kapitel 5 aufbereitet. Ergänzend werden Informationen hinsichtlich Handlungsebene (Individuum, Familie, Gemeinde, nationale Ebene / Politik), Zielgruppe, Setting (Versorgung zu Hause, ambulante Versorgung, Institutionelle Versorgung, Palliative Versorgung, Informelle Versorgung / unterstützende Aktivitäten, Zivilgesellschaftliche Versorgung), Beschreibung, Praxisbeispiele / weiterführende Informationen und – soweit publiziert – die Verfügbarkeit bzw. der Nutzungsgrad der Versorgungskonzepte im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie dargestellt.

Die identifizierten Studien, Versorgungskonzepte sowie Praxisbeispiele wurden keiner gesonderten Qualitätsbewertung (Einschätzung des Bias-Risikos) unterzogen. Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Darstellung unterschiedlicher Versorgungskonzepte, unterteilt nach Settings, und nicht deren Effektivitätsbewertung. Die Praxisbeispiele sowie weiterführenden Informationen wurden einschlägigen deutschen Websites entnommen. Die Auswahl erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll der Leserin / dem Leser weiterführende Informationen aus der Praxis als Impulse liefern.

3.3 Ergebnisqualitätskriterien und Messinstrumente

Um passende Messinstrumente für die relevanten Endpunkte zu kognitiven Beeinträchtigungen bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen zu identifizieren, wurde eine **Handsuche** im Internet durchgeführt. Die Handsuche beinhaltete Google, Google Scholar und die Websites verschiedener auf Demenz spezialisierter Vereine bzw. Forschungsinstitute (z. B. Alzheimer Europe, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Dialog- und Transferzentrum Demenz). Als Ausgangspunkt wurden zudem bereits aufgefundenen Literaturquellen zu diesem Bereich aus der Recherche zu Pflegekonzepten herangezogen. Gesuchte Stichwörter waren: Messinstrumente, Assessment, Instrumente, Fragebogen und Demenz in Verbindung mit den Begriffen Lebensqualität, herausforderndes Verhalten, kognitive Messinstrumente, nicht-kognitive Symptome, Stimmung, Depression.

Die bei der Suche identifizierten Studien, Leitlinien und Berichte wurden keiner gesonderten Qualitätsbeurteilung unterzogen. Auch die identifizierten Messinstrumente wurden nicht gesondert hinsichtlich ihrer Reliabilität oder Validität geprüft. Bei der Auswahl wurde mit einbezogen, dass die Instrumente im deutschsprachigen Raum angewandt werden. Die getroffene Auswahl stellt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, es wird jedoch versucht, einen Überblick über die in der Praxis angewendeten Verfahren zu geben. Die Ergebnisse sind in Tabelle 6.1. einschließlich der gemessenen Dimensionen, dem Einsatzbereich, der Art der Messung / Kurzbeschreibung, der möglichen Vorteile und Nachteile sowie der in der Literatur gefundenen Empfehlungen dargestellt.

3.4 Personalausstattung

Für die Suche nach internationalen medizinischen Leitlinien zur Demenz wurde eine Handsuche im Internet (Google, Google Scholar, Guidelines International Network (GIN)) durchgeführt sowie ergänzend auf eine frühere systematische Literatursuche zur medikamentösen Behandlung bei Demenz zurückgegriffen. Für die identifizierten Leitlinien wurde überprüft, ob Informationen zur adäquaten Personalausstattung der Pflege in Krankenanstalten und Pflegeheimen enthalten sind. Es wurde keine Qualitätsbewertung der aufgefundenen Dokumente durchgeführt.

3.5 Primärprävention von Demenzerkrankungen

Für die Sammlung von evidenzbasierten Studien zur Primärprävention von Demenzerkrankungen wird die systematische Übersichtsarbeit „Nichtmedikamentöse Prävention und Therapie bei leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz und gemischter Demenz“ (Fröschl 2016) herangezogen. Diese systematische Übersichtsarbeit war durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bei der Gesundheit Österreich GmbH beauftragt worden.

Für jede der beiden Forschungsfragen wurde eine systematische Literatursuche in neun internationalen Datenbanken (u. a. PubMed, Centre for Reviews and Dissemination) durchgeführt. Sowohl deutsch- als auch englischsprachige Publikationen wurden ab dem Jahr 2003 (für Forschungsfrage 1: Prävention) bzw. ab 2008 (für Forschungsfrage 2: Therapie) berücksichtigt. Ergänzend wurde eine Handsuche im Internet durchgeführt und wurden Referenzlisten geprüft. Die Selektion der Zusammenfassungen und Volltexte erfolgt anhand vorab definierter Kriterien. Die in die Berichterstellung eingeschlossenen Volltexte sind tabellarisch in der systematischen Übersichtsarbeit dargestellt. Für die Beurteilung der Studienqualität wurde die interne Validität (das Bias-Risiko) anhand vorab definierter Kriterien bewertet und dargestellt. In der Synthese wird die Stärke der Evidenz zu jedem Endpunkt (Outcome) zusammengefasst; sie drückt das Ausmaß des Vertrauens aus, dass die vorhandene Evidenz den Effekt der Intervention (Maßnahme) richtig einschätzt.

Im Ergebnisbericht (Fröschl 2016) finden sich detaillierte Informationen zu Methodik (Kapitel 4), Ergebnissen (Kapitel 5), Limitationen, Diskussion (Kapitel 6) und Schlussfolgerungen (Kapitel 7) bezüglich nicht-medikamentöser Primärprävention bei Alzheimer-Demenz und gemischter Demenz.

4 Ergebnisse zu Pflegekonzepten

Die Recherche zur Fragestellung „Welche Pflegekonzepte für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen gibt es international im akutstationären Bereich?“ bringt folgende Ergebnisse:

Aufgrund der starken Zunahme von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen wurden neue Betreuungs- und Pflegekonzepte im stationären Bereich entwickelt bzw. bestehende adaptiert. Den Betreuungs- und Pflegekonzepten für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen liegen unterschiedliche theoretische Modelle zugrunde (MDS 2009):

- » **Medizinisches Modell:**
Dieses Modell konzentriert sich auf die medizinischen Aspekte der Krankheit und versucht, die Krankheit durch unterschiedliche Strategien zu heilen. Da bislang aber keine Heilung primärer Demenzformen möglich ist, liegt der Schwerpunkt auf körperlicher Pflege sowie der Anwendung von medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen zur Kontrolle der Demenz-Symptome und Verhaltensauffälligkeiten.
- » **Rehabilitationsmodell:**
Durch unterschiedliche Übungen und Anregung der Sinneswahrnehmung sollen die kognitiven und funktionalen Leistungen verbessert werden. Dieses Modell basiert auf der Annahme, dass das Fortschreiten einer Demenzerkrankung durch entsprechendes Training zumindest verlangsamt werden kann.
- » **Ökologisches Modell:**
Das Erleben und Verhalten von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen im Wechselspiel mit ihrer Umwelt steht bei diesem Modell im Vordergrund. Durch eine günstige Gestaltung der Umwelt (Milieu) sollen positive Effekte auf das Verhalten und Erleben erzielt werden. Hierfür werden einerseits Stressoren beseitigt, andererseits gezielte Stimulationen angeboten.
- » **Psychosoziales Modell:**
Bei diesem Modell stehen die soziale Beziehung sowie der soziale Umgang der Personen im Mittelpunkt. Ein wichtiger Vertreter dieser Sichtweise war Tom Kitwood, der aus diesem Modell den personenzentrierten Ansatz im Umgang mit verwirrten Personen entwickelte, wodurch Menschen mit einer demenziellen Beeinträchtigung sowie Angehörige und professionell Betreuende im Zusammenspiel betrachtet werden.
- » **Kommunikationsmodell:**
In Anlehnung an Rüttinger und Sauer ist die Übertragung von Information in vier verschiedene Stufen unterteilt: Darbietung, Aufmerksamkeit, Verstehen und Behalten des Verstandenen. Bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen zeigen sich Störungen auf allen vier Stufen. Durch eine gezielte verbale und nonverbale Kommunikation der Pflegekräfte sowie der pflegenden Angehörigen sollen Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen gefördert und soll ihr Wohlbefinden erhöht werden.

» Verhaltensmodell:

Als ein wichtiges Beispiel eines Verhaltensmodell wird das bedürfnisbedingte Verhaltensmodell bei Demenz (Need-Driven-Dementia Compromised Behaviour-Model (NDB-Modell)) angeführt. Hierbei wird das „problematische“, herausfordernde Verhalten von Menschen mit einer demenziellen Beeinträchtigung als Folge einer Kombination von nicht beeinflussbaren Hintergrundfaktoren (z. B. neurologischer Status, Gesundheitsstatus, demografische Variablen, psychosoziales Verhalten) und von beeinflussbaren „nahen“ (proximalen) Faktoren (z. B. physiologische und psychosoziale Bedürfnisse, physikalische und soziale Umgebung) gesehen. Ziel des Modells ist es, die Ursachen für das Verhalten zu erkennen und positiv zu beeinflussen.

Weiters werden auch auf Grundlage allgemeiner Pflegemodelle bzw. Pflege-theorien fallweise Be- treuungs- und Pflegekonzepte für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen entwickelt bzw. an die Besonderheiten angepasst, beispielsweise das Modell der fördernden Prozesspflege von Monika Krohwinkel, das psychobiografische Pflegemodell nach Erwin Böhm etc. (MDS 2009).

Die Implementierung komplexer Pflegekonzepte und Interventionen in den Praxisalltag ist mit hohen Anforderungen in Bezug auf deren Entwicklung, Anwendung und Evaluation verbunden. So sind beispielsweise adäquate Rahmenbedingungen und eine entsprechende Arbeitsorganisation sowie die Durchführung von Evaluationen und eine entsprechende Dokumentation Voraussetzungen zur erfolgreichen Umsetzung und Anwendung in der Praxis. Zusätzlich sind für die Anwendung der Pflegekonzepte differenzierte Kenntnisse der Methoden, möglicher Nebenwirkungen oder Kontraindikationen und alternativer Interventionsformen notwendig. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Ausrichtung der Angebote an den individuellen Bedürfnissen des Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung sowie eine kontinuierliche Überprüfung, ob die bzw. der Betroffene von den Maßnahmen auch profitiert (MDS 2009; Palm 2013).

Bei vielen der in der Praxis angewandten Pflegekonzepten bzw. Interventionen reicht die Evidenzlage derzeit noch nicht aus, um Aussagen über ihre Wirksamkeit und Sicherheit treffen zu können (Bartholomeyczik 2007; IQWiG 2009; Nocon 2010; Palm 2013). Die Durchführung von Studien zur Untersuchung ihrer Wirksamkeit und Sicherheit ist aufgrund der Komplexität der Pflegekonzepte und Interventionen mit methodischen Herausforderungen verbunden (z. B. sind Randomisierung und Verblindung der Studienteilnehmer/innen oftmals nicht oder nur schwer umsetzbar). Zusätzlich ergeben sich durch eine teilweise intransparente Durchführung und Berichterstattung der Studien Einschränkungen für die Operationalisierung und Umsetzung der untersuchten Pflegekonzepte und Interventionen im Praxisalltag. In der Praxis sind die genannten Pflegekonzepte und Interventionen bereits seit längerer Zeit in Verwendung, wenngleich in Bezug auf die zugrundeliegenden Ansätze, die Häufigkeit der Durchführung, die Dauer und Intensität der Anwendung oder des notwendigen Ausbildungsstandes der Anwender erhebliche Unterschiede bestehen. Ferner ist (teilweise) unklar, wie bzw. ob Pflegekonzepte bzw. Interventionen an den Schweregrad der Demenz (leichte, mittelschwere oder schwere Demenz) anzupassen sind (Palm 2013).

In folgender Tabelle werden die identifizierten Betreuungs- und Pflegekonzepte sowie Einzelinterventionen für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen im Überblick dargestellt. Die Wirksamkeit bzw. Sicherheit der einzelnen Pflegekonzepte und Interventionen wurde nicht gesondert bewertet.

Tabelle 4.1:

Übersicht über Pflegekonzepte für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen im stationären Bereich

Pflegekonzept	Hintergrund	Ziele	Zielgruppe	Beschreibung der Inhalte	Quelle
<p>Psychobiographisches Pflegemodell nach Erwin Böhm</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Zählt zur Kategorie der biographie- und personenorientierten Modelle (siehe auch Ansätze von Naomi Feil und Tom Kitwood). » Basiert auf einem Reaktivierungsmodell zur Anknüpfung verschütteter Fähigkeiten der Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen. Durch ein verstehendes, hermeneutisches Vorgehen sollen die psychosozialen Bedürfnisse der Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen erkannt werden, um eine bedürfnisorientierte Pflege zu erreichen. » Gefühls- und Beziehungsarbeit zwischen Pflegeperson und dem Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen spielen dabei eine wichtige Rolle. 	<ul style="list-style-type: none"> » Reaktivierung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen bei Destruktionstrieb und Rückzug » Förderung der Selbstständigkeit » Erhöhung des Selbstwertgefühls » Verbesserung der Pflegequalität » Erhöhung der Arbeitszufriedenheit bei Pflegepersonen 	<p>Menschen mit leichten, mittleren oder schweren demenziellen Beeinträchtigungen</p>	<p>Grundvoraussetzung ist die Arbeit mit der Biographie des Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung, da dieser mit Beginn des geistigen Abbaus in die Prägungsphase der ersten 25–30 Jahre zurückfällt. Durch die Kenntnis des psychobiographischen Hintergrundes des Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung lassen sich Verhaltensmuster erklären. Unterscheidung von sieben Erreichbarkeitsstufen des Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung, die jeweils spezifische Interventionen erfordern:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Stufe 1 Sozialisation: Erwachsenen-Stufe; kognitives Gespräch ist möglich; Milieu, Familie und nähere Umgebung sind von Bedeutung; Betroffene sind verbal mittels aktivierender Pflege erreichbar. » Stufe 2 Mutterwitz: Jugendlichen-Stufe; Formen des Volkstums, Reden im Dialekt und Humor; Betroffene sind verbal mittels aktivierender Pflege erreichbar. » Stufe 3 seelische soziale Grundbedürfnisse: individuelle Bedürfnisse bzw. deren (Nicht-)Befriedigung sind wichtig. » Stufe 4 Prägungen: Sicherheitsgebende Rituale und individuelle Eigenarten stehen im Vordergrund der Pflege. » Stufe 5 höhere Antriebe: Triebe, Tagträume und Phantasien sind Antriebskräfte des Betroffenen. » Stufe 6 Intuition: Stufe des Säuglings zum Kleinkind; Märchen, Aberglaube, religiöse Bilder spielen eine wichtige Rolle. » Stufe 7 Urkommunikation: Stufe des Säuglings; emotionale Erreichbarkeit und körperliche Möglichkeiten sind auf die Stufe des Säuglings abzustimmen. <p>Zur Bestimmung der Erreichbarkeit wird ein Interaktionsbogen (Kriterien zu Gefühlsstörungen, Psychomotorik, formale Denkstörungen, inhaltliche Denkstörungen, Gedächtnis, Orientierung und Kontaktfähigkeit) verwendet.</p> <p>Die Umsetzung des Konzeptes stellt hohe Anforderungen an die Pflegeperson (u. a. Reflexionsfähigkeit, soziale Kompetenz). Unterstützung durch ein professionelles Management ist notwendig.</p>	<p>MDS (2009)</p>

Pflegekonzept	Hintergrund	Ziele	Zielgruppe	Beschreibung der Inhalte	Quelle
Personenzentrierte Pflege, personenzentrierter Ansatz nach Tom Kitwood	<ul style="list-style-type: none"> » 1987 bis 1995 durch den britischen Psychologen Tom Kitwood entwickelt. » Remenzprozess, um die Wiederherstellung von personalen Funktionen zu unterstützen, grundlegende Bedürfnisse zu stärken und Beschäftigung und Identitätsarbeit zu ermöglichen. 	<ul style="list-style-type: none"> » Erhalt und Stärkung des Person-Seins » Befriedigung demenzspezifischer Bedürfnisse (Liebe, Trost, Sicherheit, Einbeziehung, Beschäftigung, Identität) 	Menschen mit leichten, mittel-schweren oder schweren demenziellen Beeinträchtigungen	<p>Positive Interaktionen setzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Anerkennen: Der Mensch mit Demenz wird als Person anerkannt (z. B. verbal, nonverbal). » Verhandeln: nach Wünschen und Bedürfnissen des Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung fragen, Berücksichtigung im Betreuungsalltag; » Zusammenarbeiten: aktive Beteiligung des Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung an Pflege und Alltagsbeschäftigungen; » Spielen: Teilnahme an zielgerichteten Aktivitäten zur Förderung der Spontaneität und Selbstaussdruck; » Timalation (sensorische Stimulation): Setzen von Interaktionen zur Anregung der Sinne (wie Massage, Aromatherapie); » Feiern: Vermittlung von Nähe und Gleichheit zwischen Pflegeperson und dem Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung; » Entspannen: in Gesellschaft oder bei Körperkontakt; » Validation: Anerkennung der subjektiven Realität und der Gefühle; Kommunikation findet auf der Gefühlsebene statt. » Halten: Schaffung einer Atmosphäre, um Halt und Sicherheit zu bieten und auch negative Emotionen auszudrücken; » Erleichtern: Unterstützung durch aktivierende Interaktionen; » Schöpferisch sein: in der Gemeinschaft musizieren, malen, tanzen, etc. » Geben: Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung bringen Besorgnis, Zuneigung, Dankbarkeit zum Ausdruck. <p>Auf Basis des personenzentrierten Ansatzes entwickelte Tom Kitwood das Instrument Dementia Care Mapping – ein personenzentriertes Evaluations- und Beobachtungsverfahren, um die Pflegequalität zu verbessern.</p> <p>Anforderungen an Pflegeperson: innere Ruhe, Flexibilität, Empathie, Stabilität, Ungezwungenheit in der Kontaktaufnahme, Belastbarkeit.</p>	MDS (2009)

Pflegekonzzept	Hintergrund	Ziele	Zielgruppe	Beschreibung der Inhalte	Quelle
Realitäts-Orientierungs-Training (ROT)	<ul style="list-style-type: none"> » 1958 in den USA von J. Folsom als Konzept für die Rehabilitation von Menschen mit Gedächtnisverlust, Verwirrtheit und Orientierungsschwierigkeiten entwickelt. » ROT wird in der Praxis nicht mehr in seiner ursprünglichen Form (korrigierender Ansatz) angewandt, da sich gezeigt hat, dass stetiges Korrigieren und Beharren auf der Realität zu starken Belastung der Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen führen kann. » Der heutige Schwerpunkt des weiterentwickelten Konzeptes liegt auf Orientierungshilfe, Wohnraumgestaltung und Tagesstrukturierung. » ROT ist ein verhaltenstherapeutisches Betreuungskonzept (24 Stunden Programm), an dem sich alle Pflegepersonen und Angehörige beteiligen. 	<ul style="list-style-type: none"> » Förderung der Gedächtnisleistungen » Verbesserung der zeitlichen, örtlichen und personellen Orientierung » Erhaltung der Identität, der Selbstständigkeit, des Wohlbefindens » Förderung der sozialen Kompetenz » Vermittlung von Sicherheit 	<p>Nur für Menschen mit leichten demenziellen Beeinträchtigungen (nicht geeignet für Menschen mit fortgeschrittenen demenziellen Beeinträchtigungen)</p>	<p>In Einzel- und/oder Gruppenarbeiten vermittelt das Pflege- und Betreuungspersonal den Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung im Alltag kontinuierlich orientierende Grundinformationen (Datum, Uhrzeit, Wohnort, Namen, Geschehen), die ständig wiederholt werden. Dabei werden auditive und visuelle Reize angewandt. Raum und Umgebung werden entsprechend gestaltet (Zimmer/Wohnbereiche haben einen wohnlichen Charakter mit vielen Orientierungshilfen wie Uhren, Kalender, Namensschilder, Fotos; Farbgebung zur Orientierung). Der Tagesablauf wird klar strukturiert.</p> <p>Ständiges Korrigieren aufgrund von desorientiertem Verhalten oder nicht realitätsbezogenen Äußerungen stellt im gegenwärtigen, weiterentwickelten Konzept keinen Schwerpunkt mehr da.</p>	<p>MDS (2009)</p>

Pflegekonzept	Hintergrund	Ziele	Zielgruppe	Beschreibung der Inhalte	Quelle
Validation nach Naomi Feil	<ul style="list-style-type: none"> » Validation nach Naomi Feil basiert auf verschiedenen Prinzipien der Psychologie und wurde zwischen 1963 und 1980 entwickelt. » Validation ist eine Gesprächstechnik (verbale/nonverbale Kommunikationsform mit praktischen Techniken), durch die ein Zugang zur Erlebniswelt der Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen möglich wird. Die Kommunikation findet vorrangig auf der Beziehungsebene, weniger auf der inhaltlichen Ebene statt. 	<ul style="list-style-type: none"> » Wiederherstellung des Selbstwertgefühls » Reduzierung von Stress » Rechtfertigung des gelebten Lebens » Lösung von unausgesprochenen Konflikten der Vergangenheit » Reduktion von chemischen und physischen Zwangsmittel (Medikamente) » Verbesserung der verbalen/nonverbalen Kommunikation » Verhinderung des Rückzugs in das Vegetieren » Verbesserung der Bewegungsfähigkeit und des körperlichen Wohlbefindens 	Menschen mit leichten, mittelschweren oder schweren demenziellen Beeinträchtigungen	Naomi Feil fügte Eriksons Theorie der Lebensstadien und Aufgaben (acht Entwicklungsstufen mit spezifischen Entwicklungsaufgaben oder Krisen im menschlichen Lebenszyklus) den Lebensabschnitt "Hohes Alter" hinzu. In diesem "Stadium jenseits der Integrität" laute die Lebensaufgabe "Aufarbeitung der Vergangenheit". Das "Stadium jenseits der Integrität" ("Stadien der Desorientiertheit") wird in vier Unterformen aufgespalten, die einen Rückzug aus der Realität beschreiben: <ul style="list-style-type: none"> » Stadium der mangelhaften/unglücklichen Orientierung » Stadium der Zeitverwirrung » Stadium "Sich wiederholender Bewegungen" » Stadium des Vegetierens Für jedes Stadium werden körperliche sowie psychologische Charakteristika zugeordnet und entsprechende Techniken (z. B. Erinnerungen herbeiführen, nach Extremen und Gegenteiligen fragen, mit beruhigender Stimme sprechen, Emotionen ansprechen, fürsorgliche Berührungen, Musik, basale Stimulation) angeführt. Diese Stadieneinteilung und -bezeichnungen führten zu vielfacher Kritik.	MDS (2009)

Pflegekonzzept	Hintergrund	Ziele	Zielgruppe	Beschreibung der Inhalte	Quelle
Integrative Validation nach Nicole Richard	<ul style="list-style-type: none"> » Modifikation des Konzeptes Validation nach Naomi Feil zur "Integrativen Validation" (1999). » Distanzierung von der Annahme Feils, dass Demenz eine Möglichkeit der Erfüllung unvollendeter Lebensaufgaben sei. » Anerkennung, dass pathologische Veränderungen des Gehirns Ursachen für kognitive Ausfälle/Persönlichkeitsveränderungen sind. » Verbale (Sprache), nonverbale (Körpersprache) und paraverbale (Betonung) Kommunikationsform, die sich auf die Gefühlsebene konzentriert. 	<ul style="list-style-type: none"> » Schaffung von Beziehung und Vertrauen zwischen dem Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und Betreuern durch die gefühlsorientierte Kommunikationsform und Umgangsweise » Aktivierung von vorhandenen Ressourcen » Vermittlung von Sicherheits- und Zugehörigkeitsgefühl, Förderung des Wohlbefindens des Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung und die Motivation der Betreuungsperson 	Menschen mit leichten demenziellen Beeinträchtigungen	Ressourcenorientierter Ansatz: Bestehende Kompetenzen und Fähigkeiten der Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen sollen aktiviert und nutzbar gemacht werden. Dabei stehen zwei zentrale Ressourcen im Vordergrund: Antrieb (früherlernte Normgefühle, Motive, Triebfelder des Handelns) und Gefühle (Ausdruck der momentanen Befindlichkeit, Reaktion auf die Umwelt) werden wahrgenommen und wiedergegeben. Die Sprache sollte aus kurzen, eindeutig formulierten Sätzen bestehen, die Wortwahl an das Alter angepasst werden (Verwendung von Wörtern, die der Mensch mit Demenz in Kindheit, Jugend und jüngeren Erwachsenenjahren gebraucht hat), Metaphern, Sprichwörter und Rituale verwendet werden. Anforderungen an Pflegeperson: Biographie-Wissen, Kenntnisse von Symbolen	MDS (2009)

Pflegekonzept	Hintergrund	Ziele	Zielgruppe	Beschreibung der Inhalte	Quelle
Erlebensorientierte Pflege: mäeutischer Ansatz, mäeutisches Konzept	<ul style="list-style-type: none"> » Erlebensorientierte Pflege basiert auf dem mäeutischen Konzept, welches vom Institut für mäeutische Entwicklung in der Pflegepraxis (Cora van der Kooij) in den 1990er Jahren entwickelt wurde. » Mäeutik ist eine niederländische Variante der Validation, jedoch ist das Erleben des Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen im Hier und Jetzt von Bedeutung. Es wird davon ausgegangen, dass nicht alle Betroffenen Ereignisse aus der Vergangenheit verarbeiten und dass Betroffene nicht immer alle ihre Gefühle äußern. » Pflegepersonen sollen ihre theoretischen/praktischen Kenntnisse mit einer sinnvollen Methodik im Team anwenden (Situationsorientierte Anwendung von verschiedenen therapeutischen Konzepten z. B. Validation, Basale Stimulation, Erinnerungspflege). 	<ul style="list-style-type: none"> » Förderung der Kommunikationsfähigkeiten und » Initiierung von Lernprozessen der Pflegepersonen. » Kontakt und Begegnung zwischen Pflegeperson und Betroffenen ermöglichen. » Das Erleben des Betroffenen und der Pflegeperson steht im Mittelpunkt. 	Menschen mit leichten, mittel-schweren oder schweren demenziellen Beeinträchtigungen	<p>Das mäeutische Konzept geht von zwei Erlebniswelten aus: der Erlebniswelt der Pflegeperson und der Erlebniswelt der/des Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen. Die Pflegeperson sollte beide Erlebniswelten kennen und verstehen, um Situationen gemeinsam bewältigen zu können.</p> <p>Wichtige Bestandteile sind die Bezugs- und Beziehungspflege: Die Pflegeperson baut eine gefühlsmäßige Verbindung zum Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung auf, indem sie sich der situationsbedingten eigenen Gefühle bewusst wird und sich in die Gefühlswelt der/des Betroffenen einfühlt. Sie versucht zu erkennen, welche Gefühle ein Verhalten ausgelöst haben, und kann dann verschiedene therapeutische Konzepte situationsorientiert anwenden. Als Instrumente werden u. a. Beobachtungsbogen, Pflegekarte und bewohnerbezogene Besprechungen verwendet.</p> <p>Zur Erleichterung des Einfühlens in die Welt des Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung werden vier Stadien einer demenziellen Erkrankung unterschieden: das bedrohte Ich, das verwirrte Ich, das verborgene Ich, das versunkene Ich.</p>	Schindler (2003)

Pflegekonzept	Hintergrund	Ziele	Zielgruppe	Beschreibung der Inhalte	Quelle
Selbsterhaltungstherapie (SET) nach Barbara Romero	<ul style="list-style-type: none"> » Anfang der 1990er Jahre entwickelt. » Das integrative, verbindende Konzept der SET zählt zu den psychosozialen Interventionen und sieht eine Anpassung der Alltagsgestaltung sowie die Integration von betreuenden Angehörigen, Pflegepersonen und Laien vor. 	<ul style="list-style-type: none"> » Erhaltung des persönlichen Selbst (das innere Bild, das eine Person von sich hat) » Anpassung an die Krankheitsfolgen, um einen vorzeitigen Verlust der Ressourcen (u. a. Leistungsfähigkeit, soziale Kompetenzen, emotionale Stabilität) zu vermeiden » Vermeidung von Stress » Erhaltung der Lebenszufriedenheit und des Selbstvertrauens 	Menschen mit leichten demenziellen Beeinträchtigungen	Adaption an sich verändernde Lebensbedingungen durch: <ul style="list-style-type: none"> » Aufbau von geeigneten Aktivitäten und Anpassung von Erlebnismöglichkeiten (unterstützende Beteiligung des Umfeldes; Berücksichtigung der individuellen Kompetenzen und Interessen) » Wertschätzende, bestätigende Kommunikation (Anpassung des Umfelds) » Anpassung des materiellen Umfeldes » Psychotherapeutische Unterstützung, Selbsthilfegruppen (bei Bedarf) Auch die Selbsterhaltung der Angehörigen ist Teil der SET (Aufbau eigener Kompetenz, externe Unterstützung und Hilfe).	Romero (2013)
Milieuotherapie (auch Soziotherapie, Milieugestaltung, therapeutisches Milieu)	<ul style="list-style-type: none"> » „Unter Milieuotherapie wird ein therapeutisches Handeln zur Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens und der Kompetenzen (Verlust und Reserven) der Demenzkranken verstanden“ Wojnar (2001). » Seit Mitte 1990er Jahre angewandt. 	<ul style="list-style-type: none"> » Schaffung einer geeigneten Umgebung, um ein menschenwürdiges, der persönlichen Lebensgeschichte angepasstes Leben zu ermöglichen. » Ausgleich der sensorischen, emotionalen, kognitiven, psychischen Einschränkungen. » Erhaltung bzw. Wiedererlangung alltagsrelevanter Kompetenzen. 	Menschen mit leichten, mittelschweren oder schweren demenziellen Beeinträchtigungen	4 Gesichtspunkte: <ul style="list-style-type: none"> » materielle (räumlich-sachlich-atmosphärische) Gesichtspunkte (u. a. bedarfsgerechte Farb- und Beleuchtungsgestaltung, besondere Ruheräume, offene Zimmer) » organisatorische Gesichtspunkte (u. a. Tagesstrukturierung, Biografiearbeit) » Gesichtspunkte der Wahrnehmung, Einstellung und des Wissens der Betreuer (u. a. Wertschätzung, Beziehungsarbeit/-fähigkeit der Mitarbeiter/innen, menschliche Umgebung) » Umgang mit Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen (u. a. Alltagsgestaltung, individuelle Beschäftigungsangebote) Alle Kontakte der Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen werden einbezogen.	MDS (2009)

Pflegekonzept	Hintergrund	Ziele	Zielgruppe	Beschreibung der Inhalte	Quelle
DEMIAN-Konzept (DEmenzranke Menschen in Individuell bedeut- samen Alltagssitu- ationeN)	<ul style="list-style-type: none"> » Forschungsprojekt des Instituts für Gerontologie Heidelberg, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung; Laufzeit 2004 bis 2010. » Konzept zur emotionalen Förderung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen. » Theoretische Einordnung: Pflege-theoretisches Modell Orlando, Caring, Biographisches Arbeiten auf Basis von Gefühlsarbeit. 	<ul style="list-style-type: none"> » Förderung von Fähigkeiten (Emotionen erleben und ausdrücken) des Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen » Zugang finden über Werte und Bedeutsamkeiten » Erhaltung des Selbst, Aufrechterhaltung von Autonomie 	Menschen mit leichten, mittel-schweren oder schweren demenziellen Beeinträchtigungen	Ausgangsbasis bilden individuelle positiv bedeutsame Alltagssituationen der Betroffenen. Diese Situationen werden von den pflegenden Bezugspersonen systematisch erfasst und gestaltet. Situation besteht in diesem Fall aus zwei Elementen: das Befinden des Betroffenen und die Bedingungen der Situation, die für das positive Befinden ursächlich ist. Integration in den Pflegeprozess: <ol style="list-style-type: none"> 1. Informationen sammeln (Pflegeanamnese): Ermittlung individuell bedeutsamer positiver Alltagssituationen 2. Fähigkeiten, Probleme, Gewohnheiten erfassen: Informationen auswerten 3. Pflegeziele festlegen 4. Pflegemaßnahmen planen: Erstellung des individuellen Maßnahmenplans 5. Pflegemaßnahmen durchführen 6. Pflegemaßnahmen auswerten, ggf. anpassen: Überprüfung Wirksamkeit Häuslicher Pflegebereich: <ol style="list-style-type: none"> 1. Positive Emotionen erkennen (Freude, Wohlbefinden, Interesse, ausgedrückt durch Sprache, Mimik, Gestik, Handlung) 2. Werte und Bedeutsamkeiten erfassen (Selbstbild, persönliche Werte) 3. Positive Situationen erfassen (durch Beobachtung, Gespräch, Biographie, Austausch mit Anderen) 4. Situationen analysieren (räumliche, zeitliche und soziale Elemente; Einflüsse auf aktuelle Stimmung, Fähigkeiten, Umgebungsbedingungen) 5. Individuell positive Situationen gestalten (neue Situationen in den Alltag integrieren, bestehende Situationen variieren bzgl. räumlicher, zeitlicher und sozialer Elemente) 6. Situationen reflektieren (vor, während und nach der Umsetzung) Schulungskonzepte und -einheiten sind für Pflegepersonen und pflegende Angehörige verfügbar.	Berendonk (2009); Institut für Gerontologie (2014); Stanek (o.J.)

Pflegekonzzept	Hintergrund	Ziele	Zielgruppe	Beschreibung der Inhalte	Quelle
Modell der fördernden Prozesspflege, pflegewissenschaftliches Konzept von Monika Krohwinkel, AEDL/ABEDL-Strukturierungsmodell	<ul style="list-style-type: none"> » Das Modell orientiert sich an den Pflegemodellen/-theorien bzw. Methoden von Nancy Roper, Dorothea Orem, Martha Rogers und Abraham Maslow und baut auf der Konzeption von Liliane Juchli auf (Aktivitäten des täglichen Lebens ATL). » 1984 wurde das Modell der Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) veröffentlicht und laufend weiterentwickelt (u. a. mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit in Deutschland). » 1999 wurde der zusätzliche Faktor "Beziehung" ergänzt: ABEDL Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens. 	<ul style="list-style-type: none"> » Förderung des Wohlbefindens, der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des pflegebedürftigen Menschen. » Die individuelle Lebensgeschichte, die Lebenssituation sowie die Förderung und Fähigkeit des pflegebedürftigen Menschen stehen im Zentrum. 	Pflegebedürftige Menschen, keine Spezifizierung oder Eingrenzung auf eine bestimmte Zielgruppe	Das Strukturierungsmodell gliedert sich in 13 Bereiche, wodurch der individuelle Pflegebedarf eines Menschen durch die Pflegeperson überprüft und entsprechende Maßnahmen (Pflegeprozessplanung) gesetzt werden können: <ol style="list-style-type: none"> 1. kommunizieren können 2. sich bewegen können 3. vitale Funktionen des Körpers aufrechterhalten können 4. essen und trinken können 5. ausscheiden können 6. sich pflegen können 7. sich kleiden können 8. ruhen, schlafen, sich entspannen können 9. sich beschäftigen, lernen und sich entwickeln können 10. die eigene Sexualität leben können 11. für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können 12. soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können 13. mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln können 	Korečić (2011)

Pflegekonzept	Hintergrund	Ziele	Zielgruppe	Beschreibung der Inhalte	Quelle
sensorische Stimulation: Snoezelen	<ul style="list-style-type: none"> » 1978 in Holland von zwei Zivildienstleistenden als Freizeitangebot für Schwerst- und Mehrfachbehinderte entwickelt und seit den 1990er Jahren auch bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen eingesetzt. » Der Begriff ist dabei ein Kunstwort aus zwei niederländischen Worten: "snuffelen" (schnüffeln = tun, was man will) und "doezelen" (dösen = entspannen). » Dem Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen sollen beim Snoezelen primäre Reize in einer angenehmen Atmosphäre gegeben und Erlebnismöglichkeiten geschaffen werden. 	<ul style="list-style-type: none"> » Entspannung und Sicherheit durch sensorische Stimulierung in einer angenehmen Umgebung » Förderung von Vertrauen und Interaktion zwischen dem Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung und der Pflegeperson » Abbau aggressiver und autoaggressiver Verhaltensweisen » Verhinderung sensorischer Deprivation » Förderung des Wohlbefindens des Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung 	Menschen mit leichten, mittelschweren oder schweren demenziellen Beeinträchtigungen	<p>Für das "Snoezelen" werden zumeist speziell ausgestattete Räume eingerichtet, es gibt aber auch die Variante des mobilen "Snoezelen-Wagens", den man temporär im Zimmer aufstellen kann.</p> <p>Diese Räume bzw. Wägen sind mit sensorischen Anregungen ausgestattet und bieten dem Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung so visuelle, akustische, olfaktorische und gustatorische Reize.</p> <p>Mögliche Gestaltungselemente sind: Tastbretter, Riechsäulen, Klangwerkzeuge, Kissen, Decken, Schaumstoffblöcke, sanftes Licht, Leuchtschnüre, Aroma-Lampen, Spiegelkugeln, Meditationsmusik.</p> <p>Dies sollte in einer ruhigen, entspannten und stimmungsvollen Atmosphäre angewandt werden. Die Durchführung kann in Gruppen- oder Einzelverfahren erfolgen, die Dauer und die Frequenz der Interventionen werden in der Literatur nicht einheitlich angegeben.</p>	MDS (2009)

Pflegekonzept	Hintergrund	Ziele	Zielgruppe	Beschreibung der Inhalte	Quelle
Basale Stimulation	<ul style="list-style-type: none"> » Basiert auf einem in den 1970er Jahren von Andreas Fröhlich entwickelten Konzept zur Frühförderung von schwerst- und mehrfachbehinderten Kindern; wurde für den Pflegebereich adaptiert. » Beruht auf der Annahme, dass Menschen ein klares Bewusstsein ihres Körpers und ihrer Umwelt brauchen. Diese Fähigkeit lässt durch eine Demenzerkrankung jedoch nach, da die Betroffenen unter Reizarmut leiden. » Stellt keine Technik, sondern ein pflegepädagogisches Förderkonzept dar. 	<ul style="list-style-type: none"> » Förderung der Körperwahrnehmung und des Bewusstseins über die Umwelt durch gezielte Reizung der Sinne über verschiedene Wege 	Menschen mit leichten, mittelschweren oder schweren demenziellen Beeinträchtigungen	<p>Verschiedene Methoden zur Förderung der Körperwahrnehmung:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Körperstimulation: Förderung des Wissens über die Körpergrenzen und die Beschaffenheit des Körpers, z. B. durch basal stimulierende Ganzkörperwäsche, bei der der Patient mit beiden Händen gewaschen wird » Haptische Stimulation: Anregung des Tast- und Greifsinns, z. B. durch unterschiedliche Materialien wie Holz, Wolle oder unterschiedliche Wassertemperaturen » Orale Stimulation: Anregung des Geschmacksinns, z. B. durch saure/süße Speisen » Visuelle Stimulation: Anregung der optischen Wahrnehmung, z. B. durch Bilder oder Mobiles » Olfaktorische Stimulation: Anregung des Geruchssinns, z. B. durch Parfum oder ätherische Öle » Akustische Stimulationen: Anregung des Hörsinns, z. B. durch Lieblingsmusik » Vibratorische Stimulation: Anregung durch sanfte Berührungen oder Massagen <p>Anwendung durch Pflegepersonen oder andere speziell ausgebildete Personen (z. B. Masseur).</p> <p>Anforderungen an Pflegepersonen / andere speziell ausgebildete Personen (z. B. Masseur): Einfühlungsvermögen, Beobachtungsgabe, Flexibilität und ein hohes Handlungswissen, Wissen über Pflegeanamnese und Biografie.</p>	MDS (2009)

Pflegekonzept	Hintergrund	Ziele	Zielgruppe	Beschreibung der Inhalte	Quelle
Therapeutischer Tischbesuchsdienst	<ul style="list-style-type: none"> » Methode zur Kurzaktivierung von Hochbetagten und Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen. » Wurde 1990 von Bernd Kiefer entwickelt und in den letzten Jahren zusammen mit Bettina Rudert weiterentwickelt. Beruht auf der Annahme, dass nicht die Dauer der therapeutischen Aktivierung ausschlaggebend ist für den Erfolg, sondern die: <ul style="list-style-type: none"> » Intensität der Durchführung (Hand- und Augenkontakt), » Individualität der Zuwendung (ausgewählte Materialien und gezielte Ansprache) » systematische Vorgehensweise (jeder im Raum, reihum), » Stetigkeit der Ausführung (möglichst täglich). 	<ul style="list-style-type: none"> » Förderung der Kommunikationsfähigkeit und Lebensaktivität bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen » Abbau von Regression, Aggression und Unruhe » Steigerung der Lebensqualität und des Wohlbefindens 	Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen (keine nähere Spezifizierung des Schweregrades)	<p>Ablauf:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. persönliche Begrüßung aller im Raum befindlichen Personen 2. kurz dauernde Gespräche bzw. Kontaktaufnahme (ca. 2 Minuten), bei denen man sich wenn möglich auf die Ebene des Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung begeben sollte (auf einen Stuhl setzen, in die Hocke gehen etc.) und seine Aufmerksamkeit ganz diesem widmet; um ein Gespräch anzuregen, können verschiedene Materialien aus der Lebenswelt des Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung als Intermediärobjekt zum Einsatz kommen. 3. Eindeutige Beendigung des Gesprächs und Verabschiedung. <p>Anwendung ist durch Pflegepersonen sowie durch ehrenamtliche Helfer und Angehörige möglich.</p>	MDS (2009)
Zehn-Minuten-Aktivierung	<ul style="list-style-type: none"> » Anfang der 1990er Jahre von Ute Schmidt-Hackenberg speziell für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen entwickelt. » Stellt eine Form der Erinnerungsarbeit dar, die über vertraute Gegenstände, z. B. aus dem Alltagsleben der Menschen, Erinnerungen wachruft. » Baut auf den Erkenntnissen der Altersforschung auf, dass Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen sich nur begrenzte Zeit konzentrieren können, und nutzt diesen beschränkten Spielraum der Betroffenen. 	<ul style="list-style-type: none"> » körperliche und geistige Aktivierung » Anregung der Sinne 	Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen (keine nähere Spezifizierung des Schweregrades)	<p>Es werden Themenkästen z. B. zum Thema Kochen, Werken, Obstgarten, Wäsche etc. mit jeweils zeittypischen Utensilien angelegt. Die Utensilien werden Gruppen oder Einzelpersonen vorgelegt, diese sollen dann die Gegenständen sehen, fühlen, riechen und ggf. schmecken. Die Pflegepersonen begleiten diesen Prozess verbal mit einfachen und klaren Fragen, zudem werden die Reaktion der Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen beobachtet und die weiteren Aktivitäten darauf abgestimmt.</p> <p>Die Zehn-Minuten-Aktivierung sollte möglichst jeden Tag durchgeführt werden und nicht länger als zehn Minuten dauern, da die Aufnahmekapazität von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen danach erschöpft ist.</p>	MDS (2009)

Pflegekonzzept	Hintergrund	Ziele	Zielgruppe	Beschreibung der Inhalte	Quelle
Reminiszenz-Therapie (REM)	<ul style="list-style-type: none"> » Eine spezielle Form der Erinnerungsarbeit, wurde speziell für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und Depressionen entwickelt. » Baut auf einem von Butler im Jahr 1958 entwickelten Therapieprogramm auf, das in den folgenden Jahren erweitert wurde. » Strukturierte Form des Erinnerns; beruht darauf, dass im Alter vor allem die im Langzeitgedächtnis gespeicherten Erinnerungen gut verfügbar sind. » Der Grundgedanke ist, dass sich die Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen aktiv an Erlebnisse und Erfahrungen aus ihren vergangenen Tagen erinnern und diese lebendig halten. 	<ul style="list-style-type: none"> » Aufarbeitung von intrapsychischen Konflikten aus der Vergangenheit » Stärkung von sozialen Rollen und Selbstwertgefühl » Aufarbeitung ungelöster Konflikte » Aktivierung des Langzeitgedächtnisses und dadurch Aufrechterhaltung der kognitiven Aktivitäten 	Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen (keine nähere Spezifizierung des Schweregrades)	<p>Grundlage für die Reminiszenz-Therapie ist u. a. eine gesprächsorientierte biographische Informationssammlung. Dieses Biografie-Wissen wird dann gezielt zur kognitiven und emotionalen Stimulation bei den Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen verwendet.</p> <p>Man kann dies in Einzel- bzw. Gruppengesprächen durchführen sowie offene oder geschlossene Gruppen bilden. In den Gesprächen werden dann Themen aus der Vergangenheit systematisch aufgearbeitet, die sich am Lebenslauf des Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung orientieren.</p> <p>Um die Erinnerungsarbeit zu unterstützen können Gegenstände aus der Vergangenheit, wie alte Zeitschriften, Filme, Schallplatten, etc. verwendet werden.</p> <p>Zur Umsetzung dieses Konzeptes sind Mitarbeiter mit umfassender psychotherapeutischer Kompetenz erforderlich, da sonst unter Umständen eine Retraumatisierung der Personen stattfinden kann.</p>	MDS (2009)
Erinnerungspflege /Biographiearbeit	<ul style="list-style-type: none"> » Der Begriff wurde in Abgrenzung zu REM und Erinnerungsarbeit gewählt und bezieht sich auf die stationäre Altenhilfe. » Stellt einerseits ein Aktivierungsangebot dar und soll andererseits Teil der alltäglichen, pflegerischen und betreuenden Interaktion zwischen Pflegenden und Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen sein. » Grundlage ist, dass die Biographie eines Menschen als ein essentieller Bestandteil seiner eigenen Integrität gesehen wird und als solcher in der Pflege beachtet wird. 	<ul style="list-style-type: none"> » Stärkung des Selbstwertgefühls » Anregung zum Austausch und Stärkung der kommunikativen Fähigkeiten » Möglichkeit zur Weitergabe von Wissen und Erfahrungen sowie Aufrechterhaltung der Identität » Förderung der sozialen Integration 	Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen (keine nähere Spezifizierung des Schweregrades)	<p>Erinnerungen werden in Einzel- und Gruppenaktivitäten durch markante Gegenstände, Materialien oder durch Musik, Tänze oder Gerüche aktiviert.</p> <p>Wenn dies im Rahmen einer Einzelaktivität passiert, können individuell bedeutsame Gegenstände (u. a. Objekte aus der Freizeit), Fotos (Urlaubsfotos, Hochzeitsbilder etc.) verwendet werden, hier ist besonders eine Vertrauensbasis zwischen Pflegenden/Betreuenden und dem Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung wichtig.</p> <p>Findet die Intervention im Rahmen einer Gruppenaktivität statt, werden nur Themen wie Kindheit, Schule oder Festtage, die alle Teilnehmer betreffen, angesprochen. Dabei sollen die Themen eine positive Stimmung schaffen und Kommunikation und Interaktion innerhalb der Gruppe fördern.</p> <p>Generell sollten Themen, die potentiell Trauer und Unbehagen auslösen könnten, vermieden werden.</p> <p>Ein sehr sensibler und diskreter Umgang mit den persönlichen Daten ist wichtig; es sollte geklärt werden, welche Informationen z. B. dem Pflegeteam zugänglich gemacht werden.</p>	MDS (2009)

Pflegekonzept	Hintergrund	Ziele	Zielgruppe	Beschreibung der Inhalte	Quelle
Einzelinterventionen					
Kognitive Interventionen (Kognitives Training, Kognitive Stimulation, Kognitive Rehabilitation)	Einzelinterventionen, die Teil eines umfassenden Pflegekonzeptes sein können	<ul style="list-style-type: none"> » Hinauszögern des Nachlassens der geistigen Leistungsfähigkeit » Aufrechterhaltung/ Verbesserung der kognitiven Funktionen und sozialen Verhaltensweisen » Verbesserung/Aufrechterhaltung der Alltagsfähigkeiten » Verbesserung der Lebensqualität » Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit 	Menschen mit leichten, ggf. mittelschweren demenziellen Beeinträchtigungen	<p>Kognitives Training:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Zielt auf bestimmte kognitive Funktionen wie Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis, Schnelligkeit, exekutive Funktion und Problemlösung. » Umfasst unterschiedliche Übungsprogramme (z. B. Rechenaufgaben, Rätsel). » Übungen finden in Einzel- und/oder Gruppensitzungen entweder mit Papier und Bleistift oder am Computerbildschirm statt. » Kann auch von Familienmitgliedern (mit professioneller therapeutischer Unterstützung) durchgeführt werden. <p>Kognitive Simulation:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Verschiedene Aktivitäten und Diskussionen in Kleingruppen (4–5 Personen), mehrmals wöchentlich. » Geschulte Fachkräfte (Trainer/innen) führen gezielte Gruppengespräche mit den Betroffenen über vergangene Ereignisse oder über ihre Interessen, um das Gedächtnis und die Kommunikationsfähigkeit zu trainieren. » Wortspiele, Puzzles und praktische Aktivitäten (z. B. Kuchenbacken, Gartenarbeit) werden durchgeführt. » Training der Orientierung (z. B. in der eigenen Wohnung). <p>Kognitive Rehabilitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Anwendung bestimmter Strategien, z. B. Aufteilung von Aufgaben in einfache Schritte, Strukturierung der täglichen Abläufe, Einüben von festen Verhaltensroutinen, systematischer Einsatz von Gedächtnishilfen. » Individuelle Therapieform, bei der der/die Therapeut/in mit dem Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und deren Angehörigen an individuell gesetzten Zielen in deren Lebensumfeld arbeitet. 	Fröschl (2016)

Pflegekonzept	Hintergrund	Ziele	Zielgruppe	Beschreibung der Inhalte	Quelle
Sensorische Stimulation: Aromapflege, Aromatherapie	<ul style="list-style-type: none"> » Traditionell werden ätherische Essenzen sowohl in der Pflege wie auch in der Gesundheitsförderung verwendet. » Die Aromapflege wird auch im Kontext eines multi-sensorischen Ansatzes bei Demenz als einzelnes Element angewandt. 	<ul style="list-style-type: none"> » Stressreduktion » Schlaf-Förderung » Vermeidung bzw. Linderung von Unruhe » Aktivierung der Selbstheilungskräfte 	Menschen mit leichten, mittel-schweren oder schweren demenziellen Beeinträchtigungen	Die Einsatzmöglichkeiten der Aromapflege sind vielfältig, ätherische Öle werden als Massageöl, Badezusatz oder Raumduft verwendet. Dabei muss allerdings bedacht werden, dass ätherische Öle auch unerwünschte Nebenwirkungen haben und evtl. allergische Reaktionen auslösen können.	MDS (2009)
Sensorische Stimulation: Musik in der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> » Musiktherapie ist eine summarische Bezeichnung für unterschiedliche musiktherapeutische Konzepte. » Gemeint ist damit der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung. 	<ul style="list-style-type: none"> » Ermöglichung von Kommunikation, auch wenn die Person sich sprachlich nur noch unzureichend ausdrücken kann » je nach Art der Musik Aktivierung/ Förderung der Wachheit oder Beruhigung des Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung » Förderung des seelischen und körperlichen Wohlbefindens » emotionale Stabilisierung 	Menschen mit leichten, mittel-schweren oder schweren demenziellen Beeinträchtigungen	<p>Musik kann als Einzel- oder Gruppentherapie eingesetzt werden, wobei der Ort, die Art der Musik und der Inhalt an die Wünsche der Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen angepasst werden sollten. Zudem ist eine angenehme und entspannte Atmosphäre wichtig. Einige Möglichkeiten für Musiktherapie im Alltag sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> » gemeinsames Singen, » Spielen von Instrumenten, » gemeinsam Musik hören. <p>Kann durch geschulte Musiktherapeuten sowie pflegende Angehörige oder ehrenamtlich tätige Personen erfolgen. Die Musik sollte gezielt eingesetzt und es sollte auf die Reaktion der Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung geachtet werden, um eine Überreizung zu verhindern.</p>	MDS (2009)
Sensorische Stimulation durch Berührung (Therapeutisches Berühren; Massage)	<ul style="list-style-type: none"> » Berührung und Massage werden bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen eingesetzt, um die Körperwahrnehmung und das Körpergefühl zu stimulieren. » Berührung und Massage stellen dabei häufig eine Einzelmaßnahme in einem übergreifenden Pflegekonzept dar. 	<ul style="list-style-type: none"> » Reduzierung von Depression und Stresssymptomen » Erhöhung der Lebensqualität » Erhöhung der Körperwahrnehmung » Reduzierung von Angstzuständen 	Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen (keine nähere Spezifizierung des Schweregrades)	Es werden unterschiedliche Arten von Anwendungen beschrieben, diese reichen von konventioneller Massage über Reflexologie, Reflexzonenmassage und Shiatsu bis hin zu „Therapeutischem Berühren“. Beim „Therapeutischen Berühren“ wird der Patient nicht physisch berührt, sondern die Hände werden in geringem Abstand über den Körper des Behandelten gehalten. Die Anwendungen können sich auf verschiedene Körperteile (wie Schulter, Nacken oder Füße) beziehen.	Hansen (2008)

Pflegekonzept	Hintergrund	Ziele	Zielgruppe	Beschreibung der Inhalte	Quelle
Entspannungsverfahren: Progressive Muskelentspannung	<ul style="list-style-type: none"> » Gängiges Entspannungsverfahren » Für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen gut geeignet, weil es unter professioneller Anleitung leicht zu erlernen ist. » Kann auch zu Hause selbstständig (bzw. unterstützt durch Angehörige oder Betreuungspersonen) durchgeführt werden. 	<ul style="list-style-type: none"> » Stressabbau und Entspannung 	Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen (keine nähere Spezifizierung des Schweregrades)	Bei der „Progressiven Muskelentspannung“ wird mit der zielgerichteten An- und Entspannung bestimmter Körperpartien gearbeitet, um Entspannung zu erreichen.	Rieckmann (2009)
Körperliche Aktivität, Bewegungsinterventionen	Einzelinterventionen, die Teil eines umfassenden Pflegekonzeptes sein können.	<ul style="list-style-type: none"> » Verhinderung/Verringerung von Beweglichkeits- und Koordinationsdefiziten, Kraft-, Ausdauer- und Gleichgewichtsdefiziten, Gangunsicherheit und Sturzgefahr bei alltagspraktischen Handlungen, zunehmender Immobilität » Anregung/Verbesserung von kognitiven Gehirnfunktionen 	Menschen mit leichten, ggf. mittelschweren demenziellen Beeinträchtigungen	Interventionen zur körperlichen Aktivität bzw. Bewegungsinterventionen unterscheiden sich <ul style="list-style-type: none"> » in ihrer Durchführung (Einzel- oder Gruppentherapien), » in ihrer Ausführung (Aerobic-, Kräftigungs-, Balance-, Gleichgewichts-, Fitnessstraining) » in Dauer und Intensität. 	Fröschl (2016)

Pflegekonzzept	Hintergrund	Ziele	Zielgruppe	Beschreibung der Inhalte	Quelle
Tiere im Heim	<ul style="list-style-type: none"> » Therapeutische Erfahrungen mit Tieren wurden in Deutschland bereits Ende des 19. Jahrhunderts gemacht » 1961 begann der Therapeut Boris Levinson mit einer systematischen Untersuchung zum therapeutischen Einsatz von Tieren » In den USA wurde 1977 die Delta Society mit dem Ziel gegründet, die Qualität der Beziehung zwischen Tierhaltern, Tieren und Pflegepersonen zu erforschen. Daraus entwickelten sich verschiedene Standards und Richtlinien. 	<ul style="list-style-type: none"> » Förderung des Wohlbefindens und der Lebensqualität » positive Wirkung auf den kognitiven, sozialen, emotionalen und damit gesundheitlichen Status 	Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen (keine nähere Spezifizierung des Schweregrades)	<p>Der Begriff „Tiergestützte Therapie“ bringt zum Ausdruck, dass Tiere Therapeuten als zusätzliche Helfer unterstützen, aber nicht ersetzen. Sie können vielmehr integrativer Bestandteil eines Behandlungsprozesses mit vorher definierten Zielen sein, indem z. B. Tiere den Therapeuten dabei unterstützen, gewünschte Verhaltensweisen der Patienten zu fördern und unerwünschte abzutrainieren.</p> <p>Andere Formen (wie z. B. Tierbesuchsdienste in Heimen) verfolgen keine vorher definierten Ziele. Bei diesen steht das Zusammentreffen des Tieres mit dem/der Heimbewohner/in im Vordergrund.</p> <p>Je nachdem, in welchen Rollen die Tiere eingesetzt werden, unterscheidet die Delta Society folgende Begriffe:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Animal-Assisted Activities (AAA): gemeinsame Aktivitäten mit dem Tier, Anwesenheit des Tieres vordergründig, spontanes Zusammentreffen ohne vorher definierte Ziele, z. B. Tierbesuchsprogramme » Animal-Assisted Therapy (AAT): Tiere sind integraler Bestandteil des therapeutischen Konzeptes eines/einer ausgebildeten und im Sinne der AAT weiterqualifizierten Therapeuten/Therapeutin, vor dem Einsatz werden konkrete Ziele definiert. <p>Es kommen nicht nur Kleintiere wie Hunde und Katzen, sondern z. B. auch Pferde, Schafe oder Ziegen zum Einsatz.</p>	MDS (2009)

Pflegekonzept	Hintergrund	Ziele	Zielgruppe	Beschreibung der Inhalte	Quelle
Humor in der Pflege	<p>Grundlage sind verschiedene Humortheorien, die beschreiben, wie der Mensch mit Humor umgeht.</p> <p>Nach Bischofberger (2008) kann der Humor in der Pflege drei Funktionen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Kommunikative Funktion: unterstützt die Vertrauensbildung zwischen Patient und Pflegeperson. » Soziale Funktion: Soziale Beziehungen sind bei Krankheit und Behinderung stark verändert, Humor kann hier als ausgleichende Kraft wirken. » Psychologische Funktion: Linderung von Wut und Aggression, die sich aus der Krankheitssituation ergibt; Ventilfunktion für starke Emotionen; Wahrung des Gesichts in verunsichernden Situationen. 	<ul style="list-style-type: none"> » Förderung einer entspannten und heiteren Gelassenheit als Lebensstimmung » Linderung von Schmerzen » Förderung der Kommunikation und Verringerung der Distanz zwischen den Personen » Förderung körperlicher und physischer Genesungsprozesse » Lösen angespannter und angstgefüllter Situationen 	<p>Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen (keine nähere Spezifizierung des Schweregrades)</p>	<p>In der Pflege finden sich folgende vier Einsatzgebiete für Humor:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Humorthherapie » Einsatz von Humorgruppen » alltäglicher Humor » Clown als Humorträger im Heim <p>Umfang und Art der Maßnahmen können dabei stark variieren.</p>	<p>Bracht (2015); MDS (2009)</p>

Quelle und Darstellung: GÖG

5 Ergebnisse zu internationalen Versorgungskonzepten

Zur Darstellung international implementierter Versorgungskonzepte, die der Betreuung und Unterstützung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und ihrer Angehöriger dienen und in unterschiedlichen Settings angesiedelt sind, werden die Ergebnisse des **EU-Projektes RightTimePlaceCare** (Improving health service for European citizens with dementia: Best practice strategies' development for transition from formal professional home care to institutional long-term nursing care facilities (European Commission 2015) herangezogen.

In diesem EU-Projekt wurden unter anderem die Verfügbarkeit sowie der Nutzungsgrad der Versorgungskonzepte im Entwicklungsverlauf einer Demenzerkrankung in den acht europäischen Ländern Deutschland (DE), Frankreich (FR), Spanien (ES), Niederlande (NL), Finnland (FI), Schweden (SE), Großbritannien (UK), Estland (EE) erhoben (Bokberg et al. 2015; Hallberg et al. 2013). Hierfür wurden eine Literatursuche, Fokusgruppen sowie Interviews durchgeführt und die Ergebnisse beschrieben und analysiert. Dabei zeigte sich, dass für die Versorgung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen sowohl demenzspezifische als auch allgemeine Konzepte vorliegen und angewendet werden.

Für einige Versorgungskonzepte liegen noch keine publizierten Auswertungen vor (lt. Auskunft der Studienautoren; siehe Anmerkungen in den entsprechenden Tabellen).

Im Anhang des vorliegenden Berichts findet sich eine Übersicht über die Artikel, die bislang im Rahmen des EU-Projektes RightTimePlaceCare publiziert wurden, sowie Links zur Projektwebsite (siehe 10.3).

Auf den folgenden Seiten werden zu den Versorgungskonzepten – ergänzend zu Verfügbarkeit und Nutzungsgrad – Informationen hinsichtlich der Handlungsebene (Individuum, Familie, Gemeinde, nationale Ebene / Politik), der Zielgruppe, des Settings sowie eine kurze Beschreibung sowie Praxisbeispiele und weiterführende Informationen dargestellt. Die Auswahl der Praxisbeispiele sowie der weiterführenden Informationen erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll der Leserin / dem Leser Impulse für die Praxis liefern.

5.1 Versorgungskonzepte zu Screening, Diagnose und Therapie

5.1.1 Frühzeitige Identifizierung von Demenz-Fällen

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Dementia screening program/"case finding"

Handlungsebene	Individuum					
Zielgruppe	Menschen mit beginnenden demenziellen Beeinträchtigungen					
Setting	Institutionelle bzw. ambulante Versorgung					
Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> » Frühzeitige Identifizierung von beginnender Demenz (Diagnosestadium bzw. Frühstadium) im niedergelassenen Bereich. » Anwendung unterschiedlicher Messinstrumente (z. B. neuropsychologische Demenz-Tests, körperliche Untersuchungen). 					
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland): Diagnose Demenz - Demenz-Test durch Spezialisten; https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/medizinischer-hintergrund-demenz/wegen-vergesslichkeit-zum-arzt/diagnose-demenz-demenztest.html					
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	-	-	-	-	-
	FI	+++	+++	+++	n. a.	n. a.
	FR	++	+	++	++	++
	DE	+	+	+	n. a.	n. a.
	NL	+++	+++	+++	n. a.	n. a.
	ES	+++	+++	n. a.	n. a.	n. a.
	SE	+	+++	n. a.	n. a.	n. a.
	UK	+	++	n. a.	n. a.	n. a.

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt; DE = Deutschland, EE = Estland, FI = Finnland, FR = Frankreich, UK = Großbritannien, NL = Niederlande, ES = Spanien, SE = Schweden;

5.1.2 Standardisiertes Verfahren zur Demenz-Diagnose

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Standard diagnostic procedure for dementia disease

Handlungsebene	Nationale Ebene / Politik
Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> » Ärztinnen/Ärzte » Fachpersonal » Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen
Setting	Nationale Ebene
Beschreibung	National gültiges, abgestimmtes, einheitliches Verfahren zur Diagnose von Demenzerkrankungen (z. B. in medizinischen Leitlinien)
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Siehe Auflistung medizinischer Leitlinien im Kapitel 7.

Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	+++	+++	+++	+++	+++
	FI	+++	+++	+++	++	n. a.
	FR	++	++	++	++	++
	DE	+++	+++	+++	+++	+++
	NL	+++	+++	+++	+++	n. a.
	ES	+++	+++	n. a.	n. a.	n. a.
	SE	+++	+++	+++	+++	n. a.
	UK	+++	+++	+++	+++	+++

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; – für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.1.3 Medikamentöse und Nicht-medikamentöse Therapie

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Pharmacological treatment specific for dementia disease / BPSD; nonpharmacological treatment / specific for BPSD

Handlungsebene	Individuum
Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> » Ärztinnen/Ärzte » Fachpersonal » Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen
Setting	Institutionelle, ambulante, palliative Versorgung, Versorgung zu Hause
Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> » Medikamentöse Therapie der Kernsymptomatik einer Demenzerkrankung (z. B. Cholinesterasehemmer) » Medikamentöse Therapie der psychischen und Verhaltenssymptome einer Demenzerkrankung (z. B. Antipsychotika, Antidepressiva, etc.) » Nicht-medikamentöse Therapie einer Demenzerkrankung (z. B. kognitive Stimulation)
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	–
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	<i>Detaillierte Auswertung siehe Tabelle 1 in Bökberg et al. 2015</i>

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; – für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.2 Institutionelle Versorgung

5.2.1 Betreutes Wohnen in Wohnheimen/Hauseinheiten

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Residential home / sheltered home / assisted living

Handlungsebene	Individuum					
Zielgruppe	Ältere Menschen; keine Spezialisierung auf Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen, Klientel ist durchmischt (sowohl Menschen ohne/mit demenzielle/n Beeinträchtigungen als auch Menschen mit anderen Erkrankungen)					
Setting	Institutionelle Versorgung					
Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> » Senioren/Seniorinnen können in eigenen Wohnungen leben und je nach Bedarf unterschiedliche Dienste (u. a. Pflegeleistungen, Mahlzeiten, hauswirtschaftliche Dienste) in Anspruch nehmen. » Wohnungen sind alters- bzw. seniorengerecht gestaltet (z. B. Fahrstuhl, Rollstuhlrampen, Haltegriffe im Badezimmer). » Bewohner/innen benötigen keine tägliche Betreuung und Unterstützung sowie keine 24-Stunden-Pflege. » Betreuung, Unterstützung und Pflege erfolgt durch geschultes Fachpersonal. 					
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Deutscher Städte- und Gemeindebund, Netzwerk Soziales Neu Gestalten: Lebensräume zum Älterwerden. Anregungen und Praxisbeispiele für ein neues Miteinander im Quartier (2012); http://www.dstgb.de/dstgb/Homepage/Publicationen/Dokumentationen/Nr.%20110%20-%20Lebensr%C3%A4ume%20zum%20C3%84lterwerden/					
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	+	+++	+++	-	-
	FI	n. a.	+	++	n. a.	n. a.
	FR	+++	+++	+	-	-
	DE	n. a.	+	+	+	+
	NL	+++	+++	+++	+	n. a.
	ES	+++	+++	+++	+++	+++
	SE	+++	+++	+++	+++	+++
	UK	+++	+++	+++	+++	+++

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.2.2 Demenzspezifisches Betreutes Wohnen in Wohnheimen / Hauseinheiten / Wohngemeinschaften

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Group dwelling / small scaled living / dementia patients´ house unit

Handlungsebene	Individuum					
Zielgruppe	Ausschließlich Menschen mit einer Demenzerkrankung					
Setting	Institutionelle Versorgung / ggf. ambulante Versorgung					
Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> » Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen leben in einer eigenen Wohnung bzw. in einer Wohngemeinschaft (WG). » Die Wohnungen und das Umfeld sind an die Bedürfnisse der Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen angepasst (z. B. einfache und übersichtliche Gebäudestruktur, Orientierungshilfen, etc.). In einer WG teilen sich beispielsweise sechs bis zwölf Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen eine Wohnung, wobei jedes WG-Mitglied ein eigenes Zimmer mit eigenen Möbeln bewohnt. Küche, Wohnzimmer und Bäder nutzen die Mieter/innen gemeinsam. » Betreuung, Unterstützung und Pflege erfolgt durch im Bereich Demenz geschultes Fachpersonal direkt vor Ort (Betreutes Wohnen) oder durch einen ambulanten Pflegedienst (ambulant betreute Wohngemeinschaften). » Das Fachpersonal strukturiert und organisiert den Tagesablauf und es werden entsprechende Angebote unterbreitet (z. B. Gedächtnistrainings oder Betreuungsgruppen). 					
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	<p>AWO Pflege, Schleswig-Holstein: Kieler Servicehäuser; http://www.awo-pflege-sh.de/einrichtungen/awo-servicehaus-mettenhof; http://www.awo-pflege-sh.de/einrichtungen/awo-servicehaus-mettenhof/servicehaus</p> <p>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland), Wegweiser Demenz: Andere Wohnformen – mögliche Alternative zum Heim; http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege/andere-wohnformen.html</p> <p>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland, 2010): Checkliste Betreutes Wohnen. Auf der Suche nach der passenden Wohn- und Betreuungsform – Ein Wegweiser für ältere Menschen; http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=133804.html</p> <p>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland, 2004): Broschüre Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen; http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=5522.html</p> <p>Webseite der „Bundesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften“ (Deutschland) mit Informationen zu Qualitätskriterien für Wohngemeinschaften demenzkranker Menschen, Broschüren und weiterführenden Links; http://www.wg-qualitaet.de/startseite/</p>					
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	-	-	-	-	-
	FI	n. a.	n. a.	+	+	+
	FR	+	+	+	-	-
	DE	n. a.	+	+	+	+
	NL	+	+	+++	+++	+++
	ES	n. a.	n. a.	n. a.	+++	+++
	SE	+++	+++	+++	+++	+++
	UK	+	+	+	+	+

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.2.3 Pflegeheim

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Nursing home

Handlungsebene	Individuum					
Zielgruppe	Ältere Menschen, keine Spezialisierung auf Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen, Klientel ist durchmischt (sowohl Menschen ohne/mit demenzielle/n Beeinträchtigungen als auch Menschen mit anderen Erkrankungen)					
Setting	Institutionelle Versorgung					
Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> » Institutionelle Einrichtungen » Betreuung, Unterstützung und Pflege erfolgt durch angestelltes Fachpersonal, das durchgängig (24-Stunden) vor Ort verfügbar ist » Bewohner/innen benötigen tägliche Betreuung, Unterstützung und Pflege (z. B. hinsichtlich Körperpflege, Mobilität, etc.) durch Fachpersonal. » Neben der Langzeitpflege wird ggf. auch kurzfristige Pflege zur Rehabilitation für Menschen mit chronischen Beeinträchtigungen oder Behinderungen angeboten. 					
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland, 2010): Checkliste Pflegeheime. Auf der Suche nach der passenden Wohn- und Betreuungsform – Ein Wegweiser für ältere Menschen; http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=133804.html					
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	+++	+++	+++	+++	+++
	FI	+++	+++	+++	+++	+++
	FR	+++	+++	+++	+++	+++
	DE	+++	+++	+++	+++	+++
	NL	+	+	+++	+++	+++
	ES	+++	+++	+++	+++	+++
	SE	+++	+++	+++	+++	+++
	UK	+++	+++	+++	+++	+++

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.2.4 Dementia Care Units – besondere Demenzbetreuung im Pflegeheim

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Nursing home with dementia care units

Handlungsebene	Individuum					
Zielgruppe	Menschen mit einer Demenzerkrankung (Menschen ohne Demenz sowie Menschen mit anderen Erkrankungen werden in anderen Bereichen des Pflegeheims untergebracht und versorgt)					
Setting	Institutionelle Versorgung					
Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> » Pflegeheim mit speziell für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen eingerichteten Pflegebereichen bzw. Wohngruppen, die von den anderen Bewohnern abgegrenzt sind; » Betreuung, Unterstützung und Pflege erfolgt durch angestelltes und im Bereich Demenz geschultes Fachpersonal, das durchgängig (24-Stunden) vor Ort verfügbar ist. » Bewohner/innen benötigen tägliche Betreuung, Unterstützung und Pflege (z. B. hinsichtlich Körperpflege, Mobilität etc.) durch Fachpersonal. » Spezielle Angebote (z. B. Aktivierungs- sowie maßgeschneidertes Beschäftigungsprogramm unter Berücksichtigung von demenzspezifischen Anforderungen) » Anpassungen der baulichen Umgebung (z. B. Freibereiche, Beleuchtung, Wohn- und Gemeinschaftsfläche, Einzelzimmer etc.) » Neben der Langzeitpflege wird ggf. auch kurzfristige Pflege zur Rehabilitation für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen angeboten. 					
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	<p>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland); Spezielle Angebote in Pflegeeinrichtungen. http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege/pflegeheim/spezielle-angebote.html</p> <p>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland, 2010): Checkliste Pflegeheime. Auf der Suche nach der passenden Wohn- und Betreuungsform – Ein Wegweiser für ältere Menschen; http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=133804.html</p>					
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	+	+	+	+	+
	FI	n. a.	n. a.	+	+	+
	FR	+++	+++	+++	+++	+++
	DE	n. a.	+	+	+	+
	NL	n. a.	n. a.	+++	+++	+++
	ES	n. a.	n. a.	+++	+	+
	SE	+++	+++	+++	+++	+++
	UK	+	+	+	+++	+++

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; – für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.2.5 Demenzspezifisches Pflegeheim

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Nursing home specialized in dementia care

Handlungsebene	Individuum					
Zielgruppe	Ausschließlich Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen					
Setting	Institutionelle Versorgung					
Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> » Auf die Versorgung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen spezialisiertes Pflegeheim » Betreuung, Unterstützung und Pflege erfolgt durch angestelltes und im Bereich Demenz geschultes Fachpersonal, das durchgängig (24-Stunden) vor Ort verfügbar ist. » Bewohner/innen benötigen tägliche Betreuung, Unterstützung und Pflege (z. B. hinsichtlich Körperpflege, Mobilität, etc.) durch Fachpersonal. » Spezielle Angebote (z. B. Aktivierung- sowie maßgeschneidertes Beschäftigungsprogramm unter Berücksichtigung von demenzspezifischen Anforderungen) » Anpassungen der baulichen Umgebung (z. B. Freibereiche, Beleuchtung, Wohn- und Gemeinschaftsfläche, Einzelzimmer, etc.) » Neben der Langzeitpflege wird ggf. auch kurzfristige Pflege zur Rehabilitation für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen angeboten. 					
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland) (2010): Checkliste Pflegeheime. Auf der Suche nach der passenden Wohn- und Betreuungsform – Ein Wegweiser für ältere Menschen; http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=133804.html					
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	-	-	-	-	-
	FI	n. a.	n. a.	+	+	+
	FR	+	+	+	+	+
	DE	n. a.	+	+	+	+
	NL	n. a.	n. a.	+++	+++	+++
	ES	n. a.	n. a.	+++	+	+
	SE	+	+	+	+	+
	UK	+++	+++	+++	+++	+++

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.2.6 Kurzzeitpflege

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Respite care

Handlungsebene	Individuum Familie
Zielgruppe	Ältere Menschen, keine Spezialisierung auf Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen, Klientel ist durchmisch (sowohl Menschen ohne/mit demenzielle/n Beeinträchtigungen als auch Menschen mit anderen Erkrankungen)
Setting	Institutionelle Versorgung
Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> » Pflegebedürftige Menschen werden vorübergehend (bestimmte Anzahl an Tagen) in einem Pflegeheim oder Wohnheim (nicht im häuslichen Setting) rund um die Uhr von Fachpersonal betreut, unterstützt und gepflegt. » Kurzzeitpflege dient primär zur Entlastung der informellen Pflegepersonen / pflegenden Angehörigen (z. B. aufgrund von Urlaub, Krankheit, als Fortsetzung ambulanter Pflege, bei vorübergehender Verschlechterung des Zustands des pflegebedürftigen Menschen, zur benötigten Rehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt). » Ziel ist die Rückkehr in die eigene Wohnung.

Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	AWO Pflege, Schleswig-Holstein: Kurzzeitpflege; http://www.awo-pflege-sh.de/einrichtungen/awo-servicehaus-mettenhof/kurzzeitpflege Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland): Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege – Wenn Pflegende kurzzeitig ausfallen. http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege/kurzzeitpflege.html					
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	+	+	+	+	+
	FI	n. a.	n. a.	++	+++	+++
	FR	++	++	++	++	-
	DE	n. a.	+++	+++	+++	+++
	NL	+++	+++	+++	n. a.	n. a.
	ES	+++	+++	+++	+++	+++
	SE	+++	+++	+++	+++	+++
	UK	++	+++	++	++	+++

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.2.7 Demenzspezifische Kurzzeitpflege

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Respite care, specialized in dementia care

Handlungsebenen	» Individuum » Familie					
Zielgruppe	Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen					
Setting	Institutionelle Versorgung					
Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> » Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen werden vorübergehend (bestimmte Anzahl an Tagen) in einem Pflegeheim oder Wohnheim (nicht im häuslichen Setting) rund um die Uhr von im Bereich Demenz geschultem Fachpersonal betreut, unterstützt und gepflegt. » Kurzzeitpflege dient primär zur Entlastung der informellen Pflegeperson/pflegenden Angehörigen (z. B. aufgrund von Urlaub, Krankheit, als Fortsetzung ambulanter Pflege, bei vorübergehender Verschlechterung des Zustands des pflegebedürftigen Menschen, zur benötigten Rehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt). » Ziel ist die Rückkehr in die eigene Wohnung. 					
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland): Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege – Wenn Pflegende kurzzeitig ausfallen. http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege/kurzzeitpflege.html					
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	+	+	+	+	+
	FI	n. a.	n. a.	+	+	+
	FR	+++	+++	+++	+++	+++
	DE	-	-	-	-	-
	NL	n. a.	n. a.	+++	+++	+++
	ES	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.
	SE	+++	+++	+++	+++	+++
	UK	+++	+++	+++	+++	+++

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.2.8 Psychogeriatrische Abteilung für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare:

Behavioral intensive care unit / psychogeriatric unit / geriatric psychiatry inpatient unit

Handlungsebenen	» Individuum » Familie					
Zielgruppe	Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen					
Setting	Institutionelle Versorgung					
Beschreibung	» Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen werden vorübergehend (einige Wochen bis Monate) in der Psychogeriatric / einer psychogeriatricen Abteilung / Abteilung zur Intensivpflege von psychischen und Verhaltenssymptomen rund um die Uhr von im Bereich Demenz geschultem Fachpersonal betreut, unterstützt und gepflegt. » Ziel ist die Kontrolle der akuten psychischen und Verhaltenssymptome.					
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	iso-Institut Saarbrücken: Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst des Bezirkskrankenhauses in Kaufbeuren (2009); Link Tagungspräsentation Gerontopsychiatrisches Zentrum Kaufbeuren http://www.bezirkskrankenhaus-kaufbeuren.de/fileadmin/Daten_haeuser/Daten_kaufbeuren/Pdfs/GPZ_CMYK_06_2014_Web_01.pdf					
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	-	-	-	-	-
	FI	n. a.	n. a.	-	-	n. a.
	FR	+	+	+	+	-
	DE	++	++	++	++	n. a.
	NL	n. a.	n. a.	+++	+++	+++
	ES	n. a.	n. a.	+++	+	+
	SE	+++	+++	+++	+++	+++
	UK	+++	+++	+++	+++	+++

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.2.9 Rehabilitationsmaßnahmen im Pflegeheim, Wohnheim (Betreutes Wohnen)

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: **Rehabilitation in institution**

Handlungsebene	Individuum
Zielgruppe	Unterschiedliche – je nachdem, in welchem Setting (Pflegeheim, Wohnheime mit Betreutem Wohnen) Rehabilitationsleistungen eingesetzt werden
Setting	Institutionelle Versorgung
Beschreibung	» Trainingsmaßnahmen zur Rehabilitation werden in unterschiedlichen Settings (z. B. Pflegeheim, Wohnheime mit Betreutem Wohnen) durch Ergo-/Beschäftigungstherapeutinnen und -therapeuten, Physiotherapeutinnen/-therapeuten und/oder professionelle Pflegekräfte / Hilfspflegekräfte angeboten. » Ziel ist die Verbesserung bzw. der Erhalt der funktionellen Fähigkeiten (körperlich, kognitiv etc.).
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	-

Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	+++	+++	+++	+++	-
	FI	n. a.	n. a.	+++	+++	+
	FR	+++	+++	+++	+	-
	DE	n. a.	+++	+++	+++	+
	NL	n. a.	n. a.	+++	+++	+++
	ES	n. a.	n. a.	+++	+++	+++
	SE	+++	+++	+++	+++	-
	UK	+++	+++	+++	+++	+++

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.3 Ambulante Versorgung

5.3.1 Memory Clinic

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Memory Clinic

Handlungsebene	Individuum					
Zielgruppe	Menschen mit Gedächtnisstörungen (sowohl Menschen ohne/mit demenzielle/n Beeinträchtigungen als auch Menschen mit anderen Gedächtnisstörungen)					
Setting	Ambulante Versorgung					
Beschreibung	Ambulante Klinik zur Untersuchung und Behandlung von Menschen mit unterschiedlichen Gedächtnisstörungen					
Praxisbeispiele	Swiss Memory Clinics: Qualitätsstandards. Minimal Kriterien zur Definition einer Memory Clinic; http://www.swissmemoryclinics.ch/de/home/qualitaetsstandards					
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	-	-	-	-	-
	FI	+++	+++	+++	+++	n. a.
	FR	++	++	++	++	++
	DE	+	+	+	n. a.	n. a.
	NL	+++	+++	+++	+++	n. a.
	ES	+++	+++	+++	n. a.	n. a.
	SE	+++	+++	+++	+++	-
	UK	++	++	++	+	+

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.3.2 Demenzspezifische ambulante Kliniken

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Outpatient clinic specific for dementia diseases

Handlungsebene	Individuum
Zielgruppe	Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen
Setting	Ambulante Versorgung
Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> » Ambulante Klinik zur Untersuchung und Behandlung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen. » Oftmals angesiedelt in Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung bzw. in Krankenanstalten. » Ärztinnen und Ärzte sowie Fachpersonal sind im Bereich Demenz geschult
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Swiss Memory Clinics: Qualitätsstandards. Minimal Kriterien zur Definition einer Memory Clinic; http://www.swissmemoryclinics.ch/de/home/qualitaetsstandards
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Länderspezifische Daten und Auswertungen sind noch nicht publiziert.

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.3.3 Demenzspezifische Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen sowie -angebote

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Counselling

Handlungsebenen	<ul style="list-style-type: none"> » Individuum » Familie
Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> » Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen » Angehörige » Pflegende Angehörige
Setting	Ambulante Versorgung
Beschreibung	Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen sowie -angebote (formell und informell) für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen sowie deren Angehörige bzw. pflegende Angehörige
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	<p>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland): Wegweiser Demenz, Adressdatenbank zu Beratungs- und Hilfsangeboten http://www.wegweiser-demenz.de/no_cache/hilfe/adressdatenbank/service/Institution/list.html?cHash=a1119a245219697333ea50b2fe59701d</p> <p>AWO Pflege Schleswig-Holstein (Deutschland); Pflegeberatung http://www.awo-pflege-sh.de/angebote/pflegeberatung</p> <p>Age-Stiftung Wohnen und Älterwerden (Schweiz): Zugehende Beratung für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Dokumentation eines Pilotprojektes mit einer familienzentrierten Beratung mit Hausbesuchen im Kanton Aargau (2014); http://www.age-stiftung.ch/uploads/media/Schlussbericht_2011_036.pdf</p>

	<p>Zukunftswerkstatt Demenz: Mobile Demenzberatung – ein niedrighschwelliges Angebot für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz/MobiDem; http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/demenz/zukunftswerkstatt-demenz/uebersicht-projekte/mobidem.html</p> <p>Zukunftswerkstatt Demenz: Telefonische Therapie für Angehörige Demenzerkrankter; http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/demenz/zukunftswerkstatt-demenz/uebersicht-projekte/teletandemtransfer.html</p> <p>Aktion Demenz e.V. (Deutschland): Aufbruch in unserer Kommune: Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz; http://www.aktion-demenz.de/images/stories/aktion_demenz_screen.pdf</p> <p>Aktion Demenz e.V. (Deutschland): Unterwegs zu demenzfreundlichen Kommunen. http://www.demenzfreundliche-kommunen.de/projekte/a-z?ort=&bundesland=All&schwerpunkt=All</p>
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Länderspezifische Daten und Auswertungen sind noch nicht publiziert.

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; – für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.3.4 Tagesbetreuung/Tagespflege

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Day care / Day activity / Day Care Centre / Day hospital

Handlungsebene	Individuum
Zielgruppe	Keine Spezialisierung auf Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen, Klientel ist durchmischt (sowohl Menschen ohne/mit demenzielle/n Beeinträchtigungen als auch Menschen mit anderen Erkrankungen)
Setting	Ambulante Versorgung
Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> » Generelle Tagesbetreuung/Tagespflege » Angesiedelt in eigenen Tageszentren, Krankenanstalten, Kliniken oder Pflegeheimen » Ziel ist, die physikalische, mentale und intellektuelle Funktionsfähigkeit durch entsprechende Angebote zu stimulieren.
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland): Tagespflege – Kranke in guter Gesellschaft http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege/tagespflege.html
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Länderspezifische Daten und Auswertungen sind noch nicht publiziert.

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; – für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.3.5 Demenzspezifische Tagesbetreuung / Tagespflege

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Day care / Day activity / Day Care Centre / Day hospital specialised in dementia care

Handlungsebene	Individuum
Zielgruppe	Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen
Setting	Ambulante Versorgung
Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> » Tagesbetreuung/Tagespflege ausschließlich für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen » Angesiedelt in eigenen Tageszentren, Krankenanstalten, Kliniken oder Pflegeheimen » Fachpersonal ist im Bereich Demenz geschult. » Es werden soziale Aktivitäten sowie Aktivitäten zur Stimulierung der kognitiven Funktionen angeboten.
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland): Tagespflege – Kranke in guter Gesellschaft http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege/tagespflege.html
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Länderspezifische Daten und Auswertungen sind noch nicht publiziert.

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; – für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.4 Versorgung zu Hause

5.4.1 Allgemeine Hilfsmittel und Dienste

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Basic care and services

Handlungsebenen	<ul style="list-style-type: none"> » Individuum » Familie
Zielgruppe	Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen
Setting	Versorgung zu Hause
Beschreibung	Darunter fallen z. B. Begleitservice (zu Terminen, bei Einkäufen etc.), spezielles Transportservice, allgemeine Heilbehelfe/Hilfsmittel (Gehstock, Rollstuhl etc.), „Essen auf Rädern“, Anpassungen für barrierefreies Wohnen.
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Weitere Infos für Deutschland: Wegweiser Demenz, Rubrik „eigene Wohnung“, http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege/eigene-wohnung.html
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	<i>Vgl. Tabelle 1 in Bökberg et al. 2015</i>

Nutzungsgrad des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	
--	--

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.4.2 (Professionelle) Pflege zu Hause / Hauskrankenpflege

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Home nursing care

Handlungsebenen	» Individuum » Familie					
Zielgruppe	Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen					
Setting	Versorgung zu Hause					
Beschreibung	Häusliche Pflege durch professionelle Pflegekräfte / Hilfspflegekräfte (einschließlich Wundverband, Injektionen)					
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Weitere Infos für Deutschland: Wegweiser Demenz, Rubrik „eigene Wohnung“, http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege/eigene-wohnung.html					
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	+++	+++	+++	+++	+++
	FI	+++	+++	+++	+++	+++
	FR	+++	+++	+++	+++	+++
	DE	+++	+++	+++	+++	+++
	NL	+++	+++	+++	+++	+++
	ES	+++	+++	++	++	++
	SE	+++	+++	+++	+++	+++
	UK	+++	+++	+++	+++	+++
Nutzungsgrad des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	++	++	++	++	++
	FI	++	++	++	++	++
	FR	+++	+++	+++	+++	+++
	DE	unbekannt	unbekannt	unbekannt	unbekannt	unbekannt
	NL	++	++	+++	+++	+++
	ES	+	+	++	++	++
	SE	+	+	+	+	++
	UK	+	+	+	+	+

+++ für alle / von allen; ++ für die meisten / von den meisten; + für wenige / von wenigen; - für niemanden / von niemandem

5.4.3 Rehabilitationsmaßnahmen zu Hause

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Rehabilitation at home

Handlungsebenen	» Individuum » Familie					
Zielgruppe	Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen					
Setting	Versorgung zu Hause					
Beschreibung	» Rehabilitation zu Hause durch Ergo-/Beschäftigungstherapeutinnen und -therapeuten, Physiotherapeutinnen/-therapeuten und/oder professionelle Pflegekräfte / Hilfspflegerkräfte zur Verbesserung oder Erhalt der funktionellen Fähigkeiten.					
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Weitere Infos für Deutschland: Wegweiser Demenz, Rubrik „eigene Wohnung“, http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege/eigene-wohnung.html					
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	+	+	+	+	+
	FI	+	++	+	+	+
	FR	+++	+++	+++	+++	-
	DE	+++	+++	+++	+++	+++
	NL	+++	+++	+++	+++	-
	ES	+++	+++	+++	+++	+++
	SE	+++	+++	++	++	-
	UK	+++	+++	+++	+++	+++
Nutzungsgrad des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	+	+	+	+	+
	FI	+	+	++	++	++
	FR	+++	+++	+++	+++	-
	DE	unbekannt	+	+	+	+
	NL	+	+	+	+	-
	ES	+	+	+	+	-
	SE	+	+	+	+	-
	UK	+	+	+	+	+

+++ für alle / von allen; ++ für die meisten / von den meisten; + für wenige / von wenigen; - für niemanden / von niemandem

5.4.4 Team-basierte häusliche Gesundheitsversorgung

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Team-based home health care

Handlungsebenen	» Individuum » Familie
Zielgruppen	» Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen » Angehörige
Setting	Versorgung zu Hause
Beschreibung	Gesundheitsversorgung zu Hause durch ein multidisziplinäres Team zur Behandlung und Überwachung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und deren Pflegepersonen

Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Weitere Infos für Deutschland: Wegweiser Demenz, Rubrik „eigene Wohnung“, http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege/eigene-wohnung.html Siehe auch Praxisbeispiele / weiterführende Informationen unter Ambulante Versorgung, Demenz-spezifische Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen sowie -angebote (5.3.3)					
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	-	-	-	-	-
	FI	+	+	++	+++	+++
	FR	++	++	++	++	++
	DE	-	-	-	-	-
	NL	+++	+++	+++	+++	+++
	ES	+++	+++	+++	+++	+++
	SE	++	++	++	++	++
	UK	++	+	++	++	++
Nutzungsgrad des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	-	-	-	-	-
	FI	+	++	+++	++	++
	FR	++	++	++	++	++
	DE	-	-	-	-	-
	NL	+	++	++	++	++
	ES	+	+	+	++	++
	SE	+	+	+	+	+
	UK	++	+	+	+	+

+++ für alle / von allen; ++ für die meisten / von den meisten; + für wenige / von wenigen; - für niemanden / von niemandem

5.4.5 Spezielle Hilfsmittel für kognitive Beeinträchtigung

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Aid equipment to compensate for cognitive impairment

Handlungsebenen	» Individuum » Familie					
Zielgruppe	Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen					
Setting	Versorgung zu Hause					
Beschreibung	beispielsweise Geräte, die bei der zeitlichen Orientierung helfen; Herd Timer etc.					
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Weitere Infos für Deutschland: Wegweiser Demenz, Rubrik „eigene Wohnung“, http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege/eigene-wohnung.html					
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	+	+	+	+	+
	FI	++	++	+	+	+++
	FR	+++	+++	+++	-	-
	DE	+++	+++	+++	+++	+++
	NL	+++	+++	+++	+++	+++
	ES	++	++	++	++	++
	SE	+++	+++	+++	+++	+++

	UK	+++	+++	+++	+++	+++
Nutzungsgrad des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	+	+	+	+	+
	FI	+	+	+	+	+
	FR	++	++	++	-	-
	DE	unbekannt	unbekannt	unbekannt	unbekannt	unbekannt
	NL	+	+	+	+	+
	ES	+	+	++	+	+
	SE	+	+	+	+	+
	UK	+	+	+	+	+

+++ für alle / von allen; ++ für die meisten / von den meisten; + für wenige / von wenigen; - für niemanden / von niemandem

5.4.6 Mobiles Expertenteam

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Mobile comprehensive expert team

Handlungsebenen	» Individuum » Familie					
Zielgruppen	» Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen » Angehörige					
Setting	Versorgung zu Hause					
Beschreibung	Mobiles, multiprofessionelles Team mit demenzspezifischer Fachkompetenz, in beratender Funktion					
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Siehe Praxisbeispiele / weiterführende Informationen unter Ambulante Versorgung, Demenzspezifische Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen sowie -angebote (5.3.3)					
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	-	-	-	-	-
	FI	+	+	+	+	+
	FR	-	-	-	-	-
	DE	+	+	+	+	+
	NL	+	+	+	+	+
	ES	-	-	-	-	-
	SE	+++	+++	+++	+++	+++
	UK	++	++	++	++	++
Nutzungsgrad des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	-	-	-	-	-
	FI	+	++	++	++	++
	FR	-	-	-	-	-
	DE	+	+	+	+	+
	NL	+	+	+	+	+
	ES	-	-	-	-	-
	SE	+	+	+	+	+
	UK	+	+	+	+	+

+++ für alle / von allen; ++ für die meisten / von den meisten; + für wenige / von wenigen; - für niemanden / von niemandem

5.4.7 Psychiatrische Hauskrankenpflege

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Specialist psychiatric home nursing care

Handlungsebenen	» Individuum » Familie					
Zielgruppe	Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen					
Setting	Versorgung zu Hause					
Beschreibung	Betreuung, Unterstützung, Behandlung und Überwachung durch psychiatrisches Pflegepersonal					
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Infos für Deutschland: Wegweiser Demenz, Rubrik „eigene Wohnung“, http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege/eigene-wohnung.html					
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	+	+	+	+	+
	FI	+	+	+	+	+
	FR	-	-	-	-	-
	DE	+	+	+	+	+
	NL	+	+	+	+	+
	ES	-	-	-	-	-
	SE	+	+	+	+	+
	UK	+++	-	+++	+++	+++
Nutzungsgrad des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	+	+	+	+	+
	FI	+	+	+	+	+
	FR	-	-	-	-	-
	DE	+	+	+	+	+
	NL	+	+	+	+	+
	ES	-	-	-	-	-
	SE	++	++	++	++	+
	UK	+	-	+	+	+

+++ für alle / von allen; ++ für die meisten / von den meisten; + für wenige / von wenigen; - für niemanden / von niemandem

5.4.8 Team-basierte Versorgung für psychische Gesundheit Äterer

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Team-based community mental health for older people

Handlungsebenen	» Individuum » Familie					
Zielgruppe	Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen					
Setting	Versorgung zu Hause					
Beschreibung	Spezialisiertes multidisziplinäres Team, einschließlich Psychiater/innen, psychiatrisches Pflegepersonal, Sozialarbeiter/innen, Ergo-/Beschäftigungstherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen/Psychologen, manchmal auch Hilfskräften					
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Siehe Praxisbeispiele / weiterführende Informationen unter Ambulante Versorgung, Demenzspezifische Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen sowie -angebote (5.3.3)					
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	-	-	-	-	-
	FI	+++	+++	+++	+++	+++
	FR	+	+	+	-	-
	DE	-	-	-	-	-
	NL	+++	+++	+++	+++	+++
	ES	-	-	-	-	-
	SE	+	+	+	+	+
	UK	++	+	++	++	++
Nutzungsgrad des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Land	Diagnosestadium	Frühstadium leichte Demenz	Zwischenstadium mittelschwere Demenz	Spätstadium schwere Demenz	Endstadium
	EE	-	-	-	-	-
	FI	+	+	+	+	+
	FR	+	+	+	-	-
	DE	-	-	-	-	-
	NL	+	+	+	+	+
	ES	-	-	-	-	-
	SE	+	+	+	+	+
	UK	+	+	+	+	+

+++ für alle / von allen; ++ für die meisten / von den meisten; + für wenige / von wenigen; - für niemanden / von niemandem

5.5 Palliative Versorgung

5.5.1 Hospiz / institutionelle palliative Versorgung

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Hospice / Institutional palliative care

Handlungsebene	Individuum
Zielgruppe	Keine Spezialisierung auf Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen, Klientel ist durchmischt (sowohl Menschen mit/ohne demenziellen Beeinträchtigungen als auch Menschen mit anderen Erkrankungen)
Setting	Palliative Versorgung

Beschreibung	Hospiz ist eine Form bzw. Philosophie der Pflege, die auf die Symptomlinderung bei unheilbar kranken Patienten fokussiert ist. Der Schwerpunkt liegt auf körperlichen, emotionalen, seelischen oder sozialen Bedürfnissen (WHO 2004). Die Versorgung erfolgt in Krankenhäusern oder Pflegeheimen.
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2014): Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzeption für Baden-Württemberg; https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/Konzeption_Hospiz-Palliativversorgung-BW.pdf National Health Service (Großbritannien): Dementia and end of life planning; http://www.nhs.uk/Conditions/dementia-guide/Pages/dementia-palliative-care.aspx
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Länderspezifische Daten und Auswertungen sind noch nicht publiziert.

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.5.2 Hospiz / palliative Versorgung zu Hause

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Hospice / Palliative care at home

Handlungsebene	Individuum
Zielgruppe	Keine Spezialisierung auf Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen, Klientel ist durchmischt (sowohl Menschen ohne/mit demenzielle/n Beeinträchtigungen als auch Menschen mit anderen Erkrankungen)
Setting	Palliative Versorgung
Beschreibung	Hospiz ist eine Form bzw. Philosophie der Pflege, die auf die Symptomlinderung bei unheilbar kranken Patienten fokussiert ist. Der Schwerpunkt liegt auf körperlichen, emotionalen, seelischen oder sozialen Bedürfnissen (WHO 2004). Die Versorgung erfolgt zu Hause.
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2014): Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzeption für Baden-Württemberg; https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/Konzeption_Hospiz-Palliativversorgung-BW.pdf National Health Service (Großbritannien): Dementia and end of life planning; http://www.nhs.uk/Conditions/dementia-guide/Pages/dementia-palliative-care.aspx
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Länderspezifische Daten und Auswertungen sind noch nicht publiziert.

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.5.3 Patientenverfügung / Patientenvollmacht

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Advanced directive

Handlungsebene	Individuum
Zielgruppe	Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen oder anderen Erkrankungen
Setting	Palliative Versorgung
Beschreibung	Patientenverfügung und Patientenvollmacht
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland): Vollmacht und Testament; http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/rechte-und-pflichten/vollmacht-und-testament.html National Health Service (Großbritannien): Managing legal affairs for someone with dementia; http://www.nhs.uk/Conditions/dementia-guide/Pages/dementia-and-legal-issues.aspx
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Länderspezifische Daten und Auswertungen sind noch nicht publiziert.

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.6 Informelle Versorgung / unterstützende Aktivitäten

5.6.1 Informelle Pflege / pflegende Angehörige

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Informal caregivers

Handlungsebene	Familie
Zielgruppe	Pflegende Angehörige
Setting	Informelle Pflege / unterstützende Aktivitäten
Beschreibung	» Informelle Pflege ohne Kostenerstattung: informelle Betreuungspersonen erbringen Pflege und Betreuung freiwillig » Informelle Pflege mit Kostenerstattung: informelle Betreuungspersonen erbringen Pflege und Betreuung in einem staatlichen/öffentlichen Angestelltenverhältnis
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland): Familiäre Pflege - Herausforderungen meistern; http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege/eigene-wohnung/familiaere-pflege.html Siehe auch Praxisbeispiele / weiterführende Informationen unter Ambulante Versorgung, Demenzspezifische Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen sowie -angebote (5.3.3)
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Länderspezifische Daten und Auswertungen sind noch nicht publiziert.

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.6.2 Unterstützung für pflegende Angehörige / informelle Pflegepersonen

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Caregiver support

Handlungsebene	Individuum Familie
Zielgruppe	Pflegende Angehörige
Setting	Informelle Pflege / unterstützende Aktivitäten
Beschreibung	» Unterstützung für pflegende Angehörige: Organisationen, die Beratung durch Fachkräfte anbieten, entweder einzeln oder in Gruppen, und die Hausbesuche für pflegende Angehörige anbieten
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Siehe Praxisbeispiele / weiterführende Informationen unter Ambulante Versorgung, Demenzspezifische Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen sowie -angebote (5.3.3)
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Länderspezifische Daten und Auswertungen sind noch nicht publiziert.

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.6.3 Kurzzeitpflege zu Hause

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Respite care at home

Handlungsebenen	» Individuum » Familie
Zielgruppen	» Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen oder anderen Erkrankungen » Angehörige » Pflegende Angehörige
Setting	Informelle Pflege / unterstützende Aktivitäten
Beschreibung	Kurzzeitpflege zu Hause: häusliche Pflegeangebote zur (kurzfristigen) Entlastung informeller Pflegepersonen, die sich um Familienangehörige oder nahe Freunde kümmern
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland): Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege - Wenn Pflegende kurzzeitig ausfallen. http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege/kurzzeitpflege.html
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Länderspezifische Daten und Auswertungen sind noch nicht publiziert.

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.6.4 Aus- und Weiterbildungsangebote für informelle Betreuungspersonen von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Caregiver education

Handlungsebene	Familie
Zielgruppe	Pflegende Angehörige
Setting	Informelle Pflege / unterstützende Aktivitäten
Beschreibung	Aus- und Weiterbildungsangebote für informelle Betreuungspersonen von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen. Informationen zu Bedürfnissen und Symptomen bei Demenz.
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Zukunftswerkstatt Demenz: PAUSE für Angehörige von Menschen mit Demenz; http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/demenz/zukunftswerkstatt-demenz/uebersicht-projekte/pause.html Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.: Hilfe beim Helfen – Schulungsreihe für Angehörige von Alzheimer- und anderen Demenzerkrankten; https://www.deutsche-alzheimer.de/angehoerige/seminarreihe-fuer-angehoerige.html
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Länderspezifische Daten und Auswertungen sind noch nicht publiziert.

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; – für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.7 Zivilgesellschaftliche Initiativen und Aktivitäten in der Versorgung

5.7.1 Organisationen zur Patientenvertretung

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Advocacy organisation

Handlungsebene	Gemeinde
Zielgruppen	» Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen oder andere Erkrankungen » Pflegende Angehörige
Setting	Zivilgesellschaftliche Aktivitäten
Beschreibung	Zivilgesellschaftliche Organisationen, die die Interessen von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen oder deren pflegender Angehöriger vertreten.
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	Gemeinsamer Bundesausschuss (Deutschland): Patientenbeteiligung; https://www.g-ba.de/institution/struktur/patientenbeteiligung/ Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen; http://www.bagso.de/
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts im Entwicklungsverlauf der Demenzerkrankung in ausgewählten Ländern der RightTimePlaceCare-Studie	Länderspezifische Daten und Auswertungen sind noch nicht publiziert.

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; – für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.7.2 Freiwilligen-Organisationen (bezahlt/unbezahlt)

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Paid / unpaid voluntary organisation

Handlungsebene	Gemeinde
Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> » Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen oder anderen Erkrankungen » Pflegende Angehörige
Setting	Zivilgesellschaftliche Aktivitäten
Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> » Bezahlte Zivilorganisationen, die Pflege und Betreuung für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen anbieten » Unbezahlte Zivilorganisationen, die Pflege und Betreuung für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen anbieten
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	<p>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland), Wegweiser Demenz: Ehrenamtliche Hilfe – Verschnaufpause für Angehörige; http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege/unterstuetzende-angebote/ehrenamtliche-hilfe.html</p> <p>Aktion Demenz e.V. (Deutschland): Unterwegs zu demenzfreundlichen Kommunen. http://www.demenzfreundliche-kommunen.de/projekte/a-z?ort=&bundesland=All&schwerpunkt=All</p>
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts in ausgewählten Ländern der RightTime-PlaceCare-Studie	Länderspezifische Daten und Auswertungen sind noch nicht publiziert.

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt

5.7.3 Selbsthilfegruppen/-organisationen

Bezeichnung aus dem EU-Projekt RightTimePlaceCare: Self-help organisation / Self-support group

Handlungsebene	Gemeinde
Zielgruppe	<p>Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen oder anderen Erkrankungen</p> <p>Pflegende Angehörige</p>
Setting	Zivilgesellschaftliche Aktivitäten
Beschreibung	» Individuelle Unterstützung durch Peer Support wird durch die Einrichtungen angeboten
Praxisbeispiele / weiterführende Informationen	<p>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland), Wegweiser Demenz: Adressdatenbank Alzheimer Gesellschaften; http://www.wegweiser-demenz.de/no_cache/hilfe/adressdatenbank/service/Institution/list.html?cHash=a1119a245219697333ea50b2fe59701d</p>
Verfügbarkeit des Versorgungskonzepts in ausgewählten Ländern der RightTime-PlaceCare-Studie	Länderspezifische Daten und Auswertungen sind noch nicht publiziert.

+++ für alle; ++ für die meisten; + für wenige; - für niemanden; n. a. = nicht angeführt

6 Ergebnisse zu Ergebnisqualitätskriterien und Messinstrumenten

Im Pflegebereich kann der strukturierte Einsatz von Assessmentinstrumenten helfen, den Pflegealltag besser zu gestalten und vor allem die Versorgung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen angemessen zu gewährleisten (MDS 2009). Der Einsatz von Messinstrumenten wird auch in einer Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Demenz des deutschen Bundesministerium für Gesundheit empfohlen, wobei darunter eine „standardisierte Beurteilung wichtiger Merkmale des Zustands eines Menschen“ (Bartholomeyczik 2007) verstanden wird. Dies kann sich sowohl auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes als auch auf die Beurteilung von Verhaltensweisen beziehen, die Anwendung des Messinstruments soll dabei die individuellen Beobachtungen objektivieren (Köpke et al. 2015)

Bei der Einführung bzw. der Anwendung in der Pflegepraxis stellt jedoch die Vielzahl der unterschiedlichen Skalen und Messinstrumente ein Hindernis dar. Außerdem wurden diese Instrumente oft für den Forschungsbereich entwickelt und sind somit im Pflegealltag teilweise schwer einsetzbar (Bartholomeyczik 2007). Des Weiteren liegen häufig keine validierten Übersetzungen in deutscher Sprache vor, wenn das Instrument im Ausland entwickelt wurde. Das Vorliegen einer deutschen Variante wurde deshalb bei der Auswahl der nachfolgend dargestellten Messinstrumente berücksichtigt.

Hinsichtlich der Erhebungsweise kann zwischen Instrumenten zur Selbsteinschätzung (Person gibt selbst Auskunft) und Instrumenten zur Fremdeinschätzung (Erhebung anhand von Angaben der Angehörigen und/oder des Pflegepersonals) unterschieden werden. Bei Personen mit Demenz ist eine direkte Befragung aufgrund der kognitiven Beeinträchtigungen häufig nicht mehr möglich, da Sprachfähigkeit, Aufmerksamkeit und Orientierung nicht mehr in ausreichendem Maße gegeben sind (MDS 2009). Deshalb erhebt die Mehrzahl der Instrumente die Informationen durch Fremdeinschätzung.

Zudem variieren die beschriebenen Instrumente stark in Ihrem Umfang. Während manche ein Einzel-Assessment ergeben (wie z. B. das Cohen-Mansfield Agitation Inventory), versuchen andere, ein Gesamt-Assessment des betrachteten Endpunktes zu ermöglichen.

Für die Anwendung der Instrumente ist häufig eine Einschulung notwendig, damit die Befragung korrekt abläuft und die Qualität der Ergebnisse sichergestellt ist (Köpke et al. 2015). Für viele der Instrumente liegt ein Manual vor, zudem sind die ausgewählten Instrumente für den Einsatz durch geschultes Pflegepersonal geeignet.

Die Ergebnisqualität der Pflege¹ sowie die Wirksamkeit von bestimmten pflegespezifischen Interventionen kann anhand verschiedener Endpunkte gemessen werden. Erkrankungsspezifisch stehen bei Demenz nicht die typischen klinischen Endpunkte wie z. B. Mortalität im Vordergrund, sondern primär Endpunkte wie Lebensqualität, die sich an den möglichen Lebensaktivitäten der Personen orientieren. Gängige Endpunkte im Zusammenhang mit einer Demenzerkrankung sind die Fähigkeit zur Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens, die Lebensqualität, das Verhalten bzw. die Stimmung der Person (nicht-kognitive Symptome) sowie deren kognitive Leistungsfähigkeit (Rieckmann 2009).

Nachfolgend sind die Ergebnisse für mögliche Messinstrumente hinsichtlich dieser Endpunkte tabellarisch aufbereitet und zudem kurz zusammengefasst. Dabei ist zu beachten, dass manche Skalen mehrere Dimensionen abdecken. Die Auflistung enthält keine systematische Bewertung der Validität und Reliabilität der Messinstrumente, unsystematisch fließen aber Hinweise aus der Literatur ein. Es werden sowohl international entwickelte Messinstrumente mit deutscher Übersetzung als auch speziell im deutschen Sprachraum entwickelte Messinstrumente angeführt.

Messinstrumente für Aktivitäten des täglichen Lebens

- » Beurteilung der Schmerzen bei Demenz (BESD)
- » Mini Nutritional Assessment (MNA)
- » Functional Independence Measure (FIM)
- » Barthel-Index
- » Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens nach Lawton (IADL)

„Aktivitäten des täglichen Lebens“ umfassen verschiedene Dimensionen wie Essen, Körperpflege und Mobilität, z. B. die Benutzung von Transportmitteln und das Benutzen von Treppen. Die angeführten Messinstrumente betrachten jeweils einzelne (BESD, MIN) oder mehrere Aspekte davon (IADL, Barthel-Index, FIM). Der Barthel-Index wurde als das häufigste Messinstrument für Aktivitäten des täglichen Lebens in Deutschland angeführt (Radzey et al. 2001).

Messinstrumente für Lebensqualität

- » QUALIDEM
- » Dementia Care Mapping
- » Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzerkrankter (H.I.L.D.E)
- » Alzheimer Disease Related Quality of Life (ADRQL)
- » Dementia Quality of life (DQOL)

1

Eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellte Publikation, die sich allgemein mit dem Thema Pflege-Ergebnisqualität beschäftigt, ist unter folgendem Link zu finden: <http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/pflegeergebnisqualitaet.pdf>

Die Messung von Lebensqualität ist insbesondere bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen aufgrund der kognitiven Einschränkungen nicht einfach. Generische Lebensqualitätssinstrumente wie z. B. der EuroQuol sind für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen nur bedingt geeignet (Aspden et al. 2014), daher werden sie hier nicht aufgezählt, sondern nur auf speziell für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen entwickelte Messinstrumente. Der QUALIDEM wurde in einem systematischen Review für Instrumente zur Messung von Lebensqualität in Pflegeheimen empfohlen (Aspden et al. 2014). Das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität an Demenz Erkrankter in stationären Pflegeeinrichtungen ist ein speziell für die Praxis entwickeltes Messinstrument und enthält mehrere der an anderer Stelle genannten Assessments (wie z. B. den Barthel-Index, den Uhrentest und den NPI). Beim Dementia Care Mapping ist anzumerken, dass es auf die Verbesserung des Niveaus personenzentrierter Pflege abzielt.

Messinstrumente für nicht-kognitive Symptome

- » Nurses Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER)
- » Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD)
- » Neuropsychiatric Inventory (NPI)
- » Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)
- » Geriatrische Depressionsskala

Nicht-kognitive Symptome – auch herausforderndes Verhalten genannt – treten bei Personen mit Demenz häufig auf und äußern sich unter anderem in Aggression, Schreien, depressiven Stimmungen oder Apathie (Jeon et al. 2011). Diese Verhaltensweisen tragen zur Belastung der Pflegepersonen bei und führen oft zu einer medikamentösen Behandlung der Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen (Jeon et al. 2011). Instrumente zur Einschätzung von nicht-kognitiven Symptomen bzw. herausforderndem Verhalten können im Rahmen des Pflegeprozesses nützlich sein, da daraus teilweise Interventionen für die zu betreuenden Personen abgeleitet werden können. NPI sowie BEHAVE-AD werden als viel genutzte und bekannteste Messinstrumente für das herausfordernde Verhalten von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen genannt (Jeon et al. 2011), beide Instrumente werden häufig bei Studien in Pflegeheimen eingesetzt. Sie liegen auch in deutscher Form vor und sind hinsichtlich der Reliabilität und Validität mehrfach bestätigt worden. Zudem erfassen beide Instrumente den Verhaltensstatus der Person sehr umfassend. Der Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory sowie die Geriatrische Depressionsskala hingegen erfassen nur spezifisch eine bestimmte Verhaltensdimension (Radzey et al. 2001).

Messinstrumente für kognitive Leistungsfähigkeit

- » Mini-Mental Status (MMS)
- » Demenz Detection Test (DemTect)
- » Clock Completion Test (CC)
- » Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD)

Generell sagen Instrumente zur Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit nichts darüber aus, wie es der Person mit diesen Einschränkungen geht, und auch nichts darüber, welche Punkte aufgrund dessen für die Versorgung beachtet werden müssen. Jedoch können sie neben der Diagnostik auch zur Verlaufskontrolle eingesetzt werden und deshalb auch für den Einsatz in Pflegeheimen relevant sein (Radzey et al. 2001).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es eine Vielzahl an unterschiedlichen Ergebnisqualitätskriterien für unterschiedliche Endpunkte gibt, es jedoch noch keinen einheitlichen Wissenstand bzw. keine einheitlichen Standards für den Einsatz von Messinstrumenten für die erwähnten Endpunkte gibt.

Tabelle 6.1:
Ergebnisqualitätskriterien und Messinstrumente

Endpunkt	Name des Instruments	Einsatzbereich	Art der Messung und Kurzbeschreibung	Literatur
Lebensqualität	<p>QUALIDEM</p> <p>Lebensqualität wird multidimensional auf neun unterschiedlichen Skalen abgebildet:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Pflegebeziehung » Positiver Affekt » Negativer Affekt » Ruheloses/angespanntes Verhalten » Positives Selbstbild » Soziale Beziehungen » Soziale Isolation » Sich zuhause fühlen » Etwas zu tun haben <p>Bei Kurzversion werden die folgenden Dimensionen nicht abgefragt:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Positives Selbstbild » Sich zuhause fühlen » Etwas zu tun haben 	<p>Speziell für langzeitbetreute Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen entwickelt.</p> <p>Einsetzbar in verschiedenen Settings</p> <p>Längere Version (40-Item) bei leichter bis schwerer Demenz; kürzere Version (18-Item) bei sehr schwerer Demenz.</p>	<p>Fremdbewertung: Beobachtung durch Bezugs- oder Pflegeperson</p> <p>Beschreibung:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Einschätzung anhand von 40 bzw. 18 verschiedenen Verhaltensweisen/Items auf neun (Langversion) bzw. sechs (Kurzversion) Subskalen. » Bei stark kognitiv beeinträchtigten Personen werden nur 18 Items verwendet. » Vorteilhaft ist, dass der QUALIDEM auch bei schwerer Demenz möglich ist, zudem werden sozialpsychologische Bereiche erfasst. » Physisches Wohlbefinden wird nicht erhoben. <p>Auswertung:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Aus der Summe der jeweiligen Ausprägungen werden Skalenwerte je Dimension berechnet, dabei entspricht ein höherer Wert unabhängig von der Dimension einer höheren Lebensqualität. » Auswertung wird in einem Spinnendiagramm dargestellt. 	<p>Wolf-Ostermann et al. (2012)</p> <p>Graske et al. (2014)</p>
Lebensqualität	<p>Dementia Care Mapping (DCM)</p> <p>Dimensionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Verhalten » Wohlbefinden » Qualität der Interaktion zwischen Pflegenden und Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen <p>Ziel ist die Verbesserung des Niveaus personenzentrierter Pflege durch wiederholte Zyklen entwicklungsbezogener Evaluation; basiert auf Tom Kitwoods personenzentriertem Ansatz.</p>	<p>leichte bis schwere Demenz</p> <p>Für Anwendung in teilstationären bzw. stationären Pflegeeinrichtungen konzipiert.</p>	<p>Fremdbewertung durch strukturierte Beobachtung</p> <p>Beschreibung:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Beobachtungen werden ausschließlich in öffentlichen Räumen der jeweiligen Einrichtung durchgeführt. » Es können mehrere Personen (5 bis 10) gleichzeitig beobachtet werden, wobei die Beobachtungszeit mindestens sechs Stunden betragen soll. » Beobachtung bzw. Auswertung dient anschließend als Basis für eine individuelle Handlungsplanung (Feedbacksitzung). » Befragung wird alle drei bis vier Monate wiederholt. » hoher Zeitaufwand <p>Die Dimensionen werden mit Hilfe von Codes und frei formulierten Aufzeichnungen erhoben:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Verhalten: 24 Items » Wohlbefinden: 6 Items » Interaktion zwischen Pflegenden und Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen: standardisierte und frei formulierte Kodierung 	<p>MDS (2009)</p> <p>Dialogzentrum-Demenz (2008)</p> <p>Radzey et al. (2001)</p>

Endpunkt	Name des Instruments	Einsatzbereich	Art der Messung und Kurzbeschreibung	Literatur
			<p>Auswertung: Umfangreiche Kodierung anhand eines Manuals, aus der Skala bzgl. des Wohlergehens kann anschließend ein Durchschnittswert errechnet werden -> je höher, desto besser das Wohlbefinden des/der Beurteilten.</p>	
Lebensqualität	<p>HILDE (Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker in stationären Pflegeeinrichtungen)</p> <p>Dimensionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » räumliche Umwelt » Betreuungsqualität » soziale Umwelt » Verhaltenskompetenz » medizinisch funktionaler Status » Psychopathologie/Verhaltensauffälligkeiten » subjektives Erleben / emotionale Befindlichkeit 	<p>Demenzstadium nicht spezifiziert</p>	<p>Fremdeinschätzung durch Beobachtung der Patienten/Patientinnen und Interviews mit Pflegepersonal, Angehörigen und Klienten/Klientinnen</p> <p>Beschreibung:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Das Instrument wurde am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg entwickelt. » Das Ziel war, ein praxistaugliches Instrument zur Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen in der stationären Altenpflege zu erstellen. » Sehr umfangreiches Instrument, das viele Einzel-Assessments erhält, dadurch allerdings sehr zeitintensiv ist. » Beispiele für enthaltene Messinstrumente sind unter anderem der Barthel-Index zur Messung der Verhaltenskompetenz, der Mini Mental Status (MMST) zur Messung des kognitiven Status sowie das Neuropsychiatrisches Inventar (NPI) zur Messung von Verhaltensauffälligkeiten. 	<p>MDS (2009)</p>
Lebensqualität	<p>Alzheimer Disease Related Quality of Life (ADRQL)</p> <p>Der ADRQL beinhaltet 5 Dimensionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Stimmung und Gefühle » Soziale Interaktion » Freude an Aktivitäten » Selbstwahrnehmung » Reaktionen auf Umgebung 	<p>Für alle Demenzstadien geeignet, auch bei Demenz im Endstadium Einsatz in verschiedenen Settings möglich</p>	<p>Fremdeinschätzung</p> <p>Beschreibung:</p> <ul style="list-style-type: none"> » multidimensionales Instrument » Ursprünglich 47 Items, in revidierter Version noch 40 Items » Der Fragebogen wird nach einem Beobachtungszeitraum von zwei Wochen ausgefüllt. » Pro Item soll die befragte Person einschätzen, ob die Aussage auf die Person mit demenzieller Beeinträchtigung in den letzten zwei Wochen zutrifft (Zustimmung bzw. Ablehnung der Aussage). » Physisches Wohlbefinden wird nicht erhoben. » Die deutsche Version des ADRQL zeigt ausreichende bis gute Reliabilität. <p>Auswertung:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Jedem Item wird je nach Antwort ein bestimmtes Gewicht zugewiesen, daraus kann man einen Gesamtscore oder Scores pro Subskala bilden. » Der Gesamtscore reicht von 0-100, wobei eine höhere Zahl eine höhere Lebensqualität widerspiegelt. 	<p>Aspden et al. (2014) Graske et al. (2014)</p>

Endpunkt	Name des Instruments	Einsatzbereich	Art der Messung und Kurzbeschreibung	Literatur
Lebensqualität	Dementia Quality of live (Demqol) Dimensionen: » Positiver Affekt und Humor » Nichtvorhandensein eines negativen Affekts » Selbstbewusstsein » Zugehörigkeitsgefühl » Sinn für Ästhetik	Demenzstadium nicht spezifiziert	Selbsteinschätzung, Durchführung im Rahmen von Interviews » Zu Beginn werden drei Screening-Fragen gestellt, um zu testen, ob die/der Befragte die Fragen versteht. » 29 Item Fragebogen zu den jeweiligen Domänen » Physisches Wohlbefinden wird nicht erhoben. » Durchführung dauert 20 bis 40 Minuten.	Aspden et al. (2014) Moyle et al. (2012)
Kognitive Leistungsfähigkeit	Mini-Mental Status (MMS) Messung von kognitiven Störungen inklusive Einschätzung des Schweregrads anhand folgender Dimensionen: » Orientierung » Merkfähigkeit » Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit » Gedächtnis » Sprachliche Fähigkeiten » Planung » Lese- und Schreibfähigkeit » Visuell-konstruktive Fähigkeiten	Leichte bis mittelschwere Demenz Für Einsatz im Pflegeheim geeignet	Fremdeinschätzung, Durchführung durch Pflegepersonal möglich Beschreibung: » Nicht zur Verlaufskontrolle geeignet » Interview mit Handlungsaufgabe » Testergebnis ist beeinflussbar durch Alter, Bildungsstand, kulturellen Hintergrund, berufliche Vergangenheit. » Unterschiedliche Richtwerte für Schweregradbestimmung vorhanden. Bewertung der Dimensionen wie folgt: » Orientierung – 10 Punkte » Merkfähigkeit – 3 Punkte » Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit – 5 Punkte » Gedächtnis – 3 Punkte » Sprachliche Fähigkeiten – 3 Punkte » Planung – 3 Punkte » Lese- und Schreibfähigkeit – 2 Punkte » Visuell-konstruktive Fähigkeiten – 1 Punkt » Dauer 5-15 Minuten Auswertung: Maximal zu erreichende Punktzahl =30 27-23 Punkte = Hinweis auf leichte Beeinträchtigung 23-18 Punkte = Hinweis auf leichte Demenz 17-10 Punkte = Hinweis auf mittelschwere Demenz < 10 Punkte = Hinweis auf schwere Demenz	MDS (2009) Radzey et al. (2001)

Endpunkt	Name des Instruments	Einsatzbereich	Art der Messung und Kurzbeschreibung	Literatur
Kognitive Leistungsfähigkeit	Demenz Detection Test – DemTect Dimensionen: » Neugedächtnisbildung » mentale Beweglichkeit » Sprachproduktion » Aufmerksamkeit » Gedächtnisabruf	leichte kognitive Störungen Einsatz im Pflegeheim möglich	Fremdeinschätzung, Anwendung durch Pflegefachkräfte Beschreibung: » Es erfolgt eine getrennte Bewertung für unter und über 60-jährige Personen. » Der Test dauert 10–20 Minuten » Dabei sollte auf eine störungsfreie Umgebung geachtet werden. » Sensitiver als MMST Bewertung der Dimensionen wie folgt » Neugedächtnisbildung – 3 Punkte » mentale Beweglichkeit – 3 Punkte » Sprachproduktion – 4 Punkte » Aufmerksamkeit – 3 Punkte » Gedächtnisabruf – 5 Punkte Auswertung: Maximal zu erreichende Punktzahl: 18 13–18 altersgemäße kognitive Leistung 9–12 leichte kognitive Beeinträchtigung ≤ 8 Demenzverdacht	MDS (2009) DEGAM (2008)
Kognitive Leistungsfähigkeit	Clock Completion Test – CC Dimensionen: » Komplexe Handlungsplanung » visuell-konstruktive Fähigkeiten	Keine Einschränkung hinsichtlich Demenzgrad Einsatz im Pflegeheim möglich	Fremdeinschätzung Beschreibung: » Die Person erhält ein Blatt Papier mit einem Kreis und soll dann eine Uhr inklusive der Ziffern sowie eine bestimmte Uhrzeit einzeichnen. » Die durchführende Person beobachtet dabei das Verhalten und macht sich Notizen bzgl. Korrekturen, der Reihenfolge des Einzeichnens etc. » Bei der Durchführung sollte auf eine störungsfreie Umgebung geachtet werden; wird oft in Kombination mit MMST eingesetzt. » Einschränkungen im Sehvermögen und Störungen der Feinmotorik können das Ergebnis beeinflussen. Auswertung: » Teilung des Kreises in vier gleich große Quadranten, wobei die erste Linie durch die Ziffer gelegt wird, die sich am Platz der Uhrzeit „zwölf Uhr“ befindet, anschließend wird im Uhrzeigersinn die Anzahl der Ziffern pro Quadrant gezählt. » Ziffern, die auf einer der Trennungslinien liegen, werden zum im Uhrzeigersinn folgenden Quadranten gezählt. » Wenn nicht drei Ziffern in einem Quadranten liegen, wird wie folgt bewertet:	MDS (2009) Dialogzentrum–Demenz (2008)

Endpunkt	Name des Instruments	Einsatzbereich	Art der Messung und Kurzbeschreibung	Literatur
			<ul style="list-style-type: none"> » Fehler in den Quadranten I bis III: je 1 Fehlerpunkt » Fehler im Quadranten IV: 4 Fehlerpunkte » Vergeben werden insgesamt 6 Punkte. » Ab 4 Fehlerpunkten Interpretation als auffällige Einschränkungen. 	
Kognitive Leistungsfähigkeit	Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung – TFDD Dimensionen: <ul style="list-style-type: none"> » Merkfähigkeit und Gedächtnis » zeitliche Orientierung » konstruktive Praxis » Wortflüssigkeit » Depression 	Keine Einschränkung hinsichtlich Demenzgrad Einsatz durch Pflegefachkräfte möglich	Fremd- und Selbstbeurteilung Beschreibung: <ul style="list-style-type: none"> » Durchführung in 5–10 Minuten » höhere Sensitivität für frühe kognitive Einschränkungen als bei MMST » kognitiver Teil mit jeweils neun Items (in den Dimensionen Merkfähigkeit und Gedächtnis; zeitliche Orientierung; konstruktive Praxis; Wortflüssigkeit) » Teil zur Depressionseinschätzung mit zwei Items: <ul style="list-style-type: none"> » Fremdbeurteilung der Depression mit einer 11-stufigen Skala » Selbstbeurteilung der Depression mit einer 11-stufigen Skala. Auswertung: <ul style="list-style-type: none"> » Erfolgt getrennt für Kognition und Depression; » Demenzteil: maximal erreichbare Punktzahl 50, bei Werten unter 35 besteht Verdacht auf Demenz; » Depressionsteil: maximal erreichbare Punktzahl 20, bei Werten über acht besteht Verdacht auf Depression. 	MDS (2009)
Aktivitäten des täglichen Lebens	Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD) Dimension: <ul style="list-style-type: none"> » Atmung » negative Lautäußerungen » Gesichtsausdruck » Körpersprache » Trost 	Demenzstadium nicht spezifiziert	Fremdeinschätzung Beschreibung: <ul style="list-style-type: none"> » Beobachtung der Person für 2 Minuten, wenn möglich in einer Mobilitätssituation; » Personelle Kontinuität ist besonders wichtig. » Bei Verlaufsbeobachtungen ist darauf zu achten, immer die gleiche Situation zu beobachten. Auswertung: <ul style="list-style-type: none"> » Maximaler Gesamtwert von 10 Punkten (= höchste Schmerzintensität) » Pro Kategorie können 0–2 Punkte vergeben werden. » Wert von 6 oder höher wird als behandlungsbedürftig angesehen. 	MDS (2009)

Endpunkt	Name des Instruments	Einsatzbereich	Art der Messung und Kurzbeschreibung	Literatur
Aktivitäten des täglichen Lebens	Mini Nutritional Assessment – MNA Vor-Anamnese in den Dimensionen: » Appetit » Gewichtsverlust » Mobilität/Beweglichkeit » Akute Krankheiten / psychischer Stress » Psychische Situation » BMI Langfassung mit den Dimensionen: » Wohnsituation » Medikamentenkonsum » Hautprobleme » Anzahl Mahlzeiten » Lebensmittelauswahl, Trinkmenge » Hilfe beim Essen » Selbsteinschätzung zur Ernährungssituation » Oberarm- und Wadenumfang	nicht demenzspezifisch, aber ebenfalls einsetzbar Einsatz im Pflegeheim möglich	Fremdeinschätzung durch Betreuungsperson, wobei auch der Patient bzw. die Patientin selber Aussagen treffen muss Beschreibung: » Zunächst wird eine Vor-Anamnese durchgeführt, wenn das Ergebnis ein Punktwert < 11 ist, sollte die Langfassung erhoben werden. Auswertung: » Insgesamt können 30 Punkte erreicht werden. Vor-Anamnese: » > 12 Punkte = normaler Ernährungszustand » < 11 Punkte = Gefahr der Mangelernährung, die Langfassung ist durchzuführen Gesamtindex: » > 24 Punkte = zufriedenstellender Ernährungszustand » 17–23,5 Punkte = Risikobereich für Unterernährung » < 17 Punkte = schlechter Ernährungszustand	MDS (2009)
Aktivitäten des täglichen Lebens	Functional Independence Measure (FIM) Einteilung in einen motorischen und einen kognitiven Teil Dimensionen des motorischen Teils (Items 1–13): » Bereich Selbstversorgung mit Essen/Trinken, Körperpflege, Baden/Duschen / Waschen, Ankleiden oben, Ankleiden unten, Intimhygiene » Bereich Kontinenz mit Blasenkontrolle, Darmkontrolle » Bereich Transfer mit Bett/Stuhl/Rollstuhl, Toilettensitz, Dusche/Badewanne » Bereich Fortbewegung mit Gehen/Rollstuhl, Treppensteigen Dimensionen des kognitiven Teils (Items 14–18): » Bereich Kommunikation mit Verstehen akustisch / visuell, Ausdruck verbal/nonverbal	nicht speziell für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen entwickelt, aber auch hier einsetzbar Von Pflegepersonal anwendbar	Fremdeinschätzung Beschreibung: » Insgesamt werden 18 Items aus sechs verschiedenen Bereichen abgefragt. » Unterteilt in motorischen und kognitiven Teil; » Es wird nur beurteilt was die/der Betroffene tatsächlich macht, und nicht was sie/er machen könnte. » Schulung ist Voraussetzung, ansonsten keine formalen Kriterien » 20 Minuten Ersterhebung, 10 Minuten Folgerhebung Auswertung: » Darstellung als Rosette bzw. als Spinnendiagramm möglich, wodurch sich ein Selbstständigkeits-/Abhängigkeitsprofil erkennen lässt; » Bewertung der Items mit einer siebenstufigen Ausprägungsskala, wobei 1 für völlige Unselbständigkeit und 7 für völlige Selbständigkeit steht.	MDS (2009) IQWIG (2009)

Endpunkt	Name des Instruments	Einsatzbereich	Art der Messung und Kurzbeschreibung	Literatur
	Bereich kognitive Fähigkeiten mit sozialem Verhalten, Problemlösung, Gedächtnis			
Aktivitäten des täglichen Lebens	<p>Barthel-Index Einschätzung des Ausmaßes der körperlichen Abhängigkeit</p> <p>Folgende Domänen werden erfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Essen » Baden » Waschen » Ankleiden » Stuhlkontrolle » Harnkontrolle » Toilettengang » Transfer Bett-Stuhl » Gehen » Treppensteigen 	nicht speziell für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen entwickelt, aber auch hier einsetzbar	<p>Fremdeinschätzung durch Angehörige oder Pflegepersonal</p> <p>Beschreibung:</p> <ul style="list-style-type: none"> » 10 Bereiche des täglichen Lebens werden abgedeckt » Grad der Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit wird bewertet » Auf körperbezogene Aktivitäten beschränkt » Durchführung in 5-10 Minuten <p>Auswertung:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Angabe je Dimension: volle Punktzahl bei völliger Unabhängigkeit, Hälfte der Punktzahl bei zeit- bzw. teilweiser Abhängigkeit, keine Punkte bei vollständiger Abhängigkeit. » Insgesamt können 100 Punkte erreicht werden, wobei das Ergebnis als Quotient dargestellt wird: 100/100 entspricht völliger Selbständigkeit, 0/100 entspricht völliger Abhängigkeit. » Die einzelnen Dimensionen werden getrennt interpretiert um aufzuzeigen, in welchen Dimensionen Hilfestellungen benötigt sind. 	Radzey et al. (2001) MDS (2009)
Aktivitäten des täglichen Lebens	<p>Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) nach Lawton</p> <p>Dimensionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Telefonbenutzung » Einkaufen » Kochen » Haushalt » Wäsche » Benutzung von Transportmitteln » Einnahme von Medikamenten » Geldhaushalt 	Durchzuführen durch geschultes Pflegepersonal	<p>Fremdeinschätzung durch pflegende Angehörige oder Pflegepersonal</p> <p>Beschreibung:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Besonders zur Verlaufskontrolle von Verhaltensauffälligkeiten in Bezug auf Alltagsaktivitäten bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen geeignet. » Es wird eruiert, in welchem Bereich besondere Interventionen notwendig sind. » 8-stufige Skala mit insgesamt 26 Items » Pro Item gibt es 3 bis 4 Aussagen, welche den unterschiedlichen Abhängigkeitsgrad darstellen. » Pro Item kann nur eine Antwort vergeben werden (diese entspricht entweder 0 oder 1). » Durchführungsdauer von zehn Minuten <p>Auswertung:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Insgesamt können acht Punkte vergeben werden. » Null Punkte stehen dabei für völlige Abhängigkeit und acht Punkte für völlige Unabhängigkeit. » Es gibt keine Unterscheidung zwischen Unabhängigkeit und teilweiser Unabhängigkeit. 	DEGAM (2008) Dialogzentrum-Demenz (2008)

Endpunkt	Name des Instruments	Einsatzbereich	Art der Messung und Kurzbeschreibung	Literatur
Nicht-kognitive Symptome	Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) Erfasst agitierte Verhaltensweisen in folgenden Dimensionen: <ul style="list-style-type: none"> » körperlich aggressives Verhalten (z. B. Schlagen, Treten) » körperlich nicht-aggressives Verhalten (z. B. Eindringen in fremde Räume) » verbal agitiertes Verhalten (z. B. anhaltendes Schreien) » Verstecken bzw. Horten von Gegenständen 	Keine Einschränkung hinsichtlich Demenzgrad Setting: speziell für den Einsatz in Pflegeheimen entwickelt	Fremdeinschätzung durch Betreuungsperson/Pflegefachkräfte Beschreibung: <ul style="list-style-type: none"> » Einschätzung erfolgt nach einem Beobachtungszeitraum von zwei Wochen. » Zeitaufwand von 5-10 Minuten » Eignet sich zur Verlaufsbeobachtung. » Instrument umfasst insgesamt 29 beobachtbare agitierte Verhaltensweisen. » Passivität und Apathie werden nicht erfasst. Auswertung: <ul style="list-style-type: none"> » Es wird kein Gesamtscore über alle Dimensionen gebildet » Das Verhalten wird auf siebenstufigen Likert-Skalen entsprechend der Häufigkeit der Verhaltensweise bewertet: : <ul style="list-style-type: none"> 1 = nie 2 = unter 1x/Woche 3 = 1x oder 2x /Woche 4 = mehrmals/Woche 5 = 1x oder 2x/Tag 6 = mehrmals/Tag 7 = mehrmals/Stunde 	MDS (2009) Bartholomeyczik (2007) Radzey et al. (2001) Köpke et al. (2015)
Nicht-kognitive Symptome	Geriatrische Depressionsskala (GDS) <ul style="list-style-type: none"> » speziell für die Beurteilung der Depressivität bei älteren Menschen entwickelt » es gibt eine Langversion sowie eine Kurzversion 	Bei leichter Demenz einsetzbar	Selbsteinschätzung über Fragebogen, falls motorische Einschränkungen bzw. Sehprobleme vorliegen, ist auch ein Interview mit der betreffenden Person möglich (z. B. durch Pflegekräfte). Beschreibung: <ul style="list-style-type: none"> » 15 Fragen in Kurzversion bzw. 30 Fragen in Langversion » Die Stimmungslage wird dabei abwechselnd durch „Ja“- und „Nein“-Antworten angegeben um zu verhindern, dass automatisch mit „Ja“ geantwortet wird. » Zeitaufwand von ca. 10 bis 15 Minuten bei Langversion, bei der Kurzversion ca. 5 bis 10 Minuten Auswertung Kurzversion: <ul style="list-style-type: none"> » 10 Punkte: schwere Depression » 6 – 10 Punkte: leichte bis mittelgradige Depression » <5 Punkte: unauffällig Auswertung Langversion: <ul style="list-style-type: none"> » 23 Punkte: schwere Depression » 13-23: leichte bis mittelgradige Depression » < zwölf: Punkte unauffällig 	MDS (2009)

Endpunkt	Name des Instruments	Einsatzbereich	Art der Messung und Kurzbeschreibung	Literatur
Nicht-kognitive Symptome	Neuropsychiatric Inventory (NPI) Erfassung von Verhaltensstörungen in folgenden 12 Dimensionen: <ul style="list-style-type: none"> » Wahn » Halluzinationen » Unruhe (Agitiertheit) » Depression » Angst » Euphorie » Apathie » Enthemmung » Reizbarkeit » Motorische Unruhe » nächtliche Unruhe » Appetit/Essverhalten. 	Keine Einschränkung hinsichtlich Demenzgrad Anwendung durch Pflegekräfte möglich, es liegt eine extra Version für Pflegenden in Pflegeheimen vor	Fremdeinschätzung: Interview mit pflegenden Angehörigen bzw. Pflegepersonal Beschreibung: <ul style="list-style-type: none"> » speziell für Personen mit Demenz entwickelt » Instrument bewertet bestimmte Verhaltenskategorien wie z. B. Euphorie, Enthemmung und Labilität, die in anderen Instrumenten nicht bewertet werden » Zweistufiges Verfahren: Zunächst werden Screening-Fragen für die jeweilige Verhaltenskategorie gestellt, falls diese positiv beantwortet werden folgen die weiteren Fragen der jeweiligen Kategorie » Es werden sowohl Häufigkeit als auch Schwere der Verhaltensauffälligkeit abgefragt » Zur Verlaufskontrolle geeignet » Eine Kurzversion (NPI-Q) liegt vor » Schulungshandbuch vorhanden » die Belastung der Pflegeperson wird in einer gesonderten Kategorie erfasst » Insgesamt gibt es 92 Fragen wenn der Fragenkatalog komplett abgefragt wird » Wenn alle Fragen beantwortet werden beträgt der Zeitaufwand ca. 35 Minuten, meist reichen jedoch 10-15 Minuten aus Auswertung: <ul style="list-style-type: none"> » Pro Verhaltenskategorie gibt es vier Bewertungen: Häufigkeit, Schwere, Total (Häufigkeit mal Schwere) und Beanspruchung. » Das Gesamtergebnis setzt sich aus den Gesamt-Scores der jeweiligen Items zusammen. 	MDS (2009) Radzey et al. (2001)
Nicht-kognitive Symptome	Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER) Umfasst folgende sechs Dimensionen: <ul style="list-style-type: none"> » Sozialverhalten » Gedächtnis » Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) » Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) » Stimmung » Verhaltensstörungen 	stationärer und häuslicher Bereich, auch für den Einsatz in Pflegeheimen geeignet Durchführung ohne gesonderte Schulung möglich, man sollte sich aber mit den Fragen vorher vertraut machen	Fremdeinschätzung durch Interview mit Bezugsperson oder Pflegepersonal Beschreibung: <ul style="list-style-type: none"> » Beobachtung über Zeitraum von zwei Wochen sollte als Basis für Beurteilung gegeben sein » Eignet sich für Längsschnittuntersuchungen und Verlaufsbeobachtungen. » Mehrdimensionales Instrument, welches nicht speziell für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen entwickelt wurde, aber auch in diesem Fall einsetzbar ist. » Skala enthält 30 Items. » Die Häufigkeit des Auftretens wird in einer fünfstufigen Skala beurteilt (nie, ab und zu, oft, meistens, immer). » Zuordnung von Zahlen zu diesen Abstufungen (5 entspricht der höchsten Ausprägung der Störung). Auswertung: <ul style="list-style-type: none"> » Auswertung als Gesamtscore möglich, jede Dimension kann auch einzeln beurteilt werden. » Einzelauswertung der Dimension: Bei fünf liegt keine Störung vor, ein Wert größer 15 ist pathologisch und ein Wert von 25 ist das Maximum. 	MDS (2009) Bartholomeyczik (2007)

Endpunkt	Name des Instruments	Einsatzbereich	Art der Messung und Kurzbeschreibung	Literatur
			» Bei Auswertung mittels Gesamtscore werden Werte über 75 als pathologisch eingestuft.	
Nicht-kognitive Symptome	Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD) Dimensionen: » paranoide Ideen und Wahnvorstellungen » Halluzinationen » Störungen der Motorik » Aggressivität » Tag-Nacht-Rhythmus » affektive Störungen » Angst » Phobien	klinisches Fachpersonal oder eine entsprechend geschulte Pflegekraft bei Demenz unterschiedlichen Schweregrads einsetzbar, auch bei schwerer Demenz	Fremdeinschätzung durch Interview mit Angehörigen oder Pflegepersonal Beschreibung: » Mit insgesamt 25 Items werden Art und Schweregrad des Verhaltens bewertet. » Zeitraum der Bewertung sind die zwei davorliegenden Wochen. » Ist zur Verlaufsbeobachtung und Schweregradeinschätzung von Verhaltensstörungen geeignet. » Zudem wird die Belastungssituation von Angehörigen erhoben. » Durchführung dauert 20-35 Minuten. Auswertung: » für jedes Item liegt eine vierstufige Skala vor, wobei ein höherer Punktwert für eine höhere Beeinträchtigung steht. » Die Items werden einzeln ausgewertet, wobei die Summe der Item-Auswertungen je Kategorie den Schweregrad ergibt. » Das Gesamtmaß der Verhaltensveränderung wird durch den Summenscore aller Kategorien wieder gegeben, je höher der Wert desto höher die Verhaltensauffälligkeit. » Die Belastung der Angehörigen wird mit Hilfe einer Globalskala angegeben.	Jeon et al. (2011) Köpke et al. (2015) Dialogzentrum-Demenz (2008)

7 Ergebnisse zu Personalausstattung

Tabelle 7.1 listet alle aufgefundenen medizinischen Leitlinien, Empfehlungen, Konsensus-Dokumente u. Ä. zur Demenz auf, geordnet nach Jahreszahl.

Tabelle 7.1:

Internationale medizinische Leitlinien, Empfehlungen und Konsensus-Dokumente zur Demenz

Titel	Geographische Zuordnung	Jahr
Dementia. Diagnosis and Treatment. Guideline (Regional Health Council) (Regional Health Council 2015)	Italien	2011, update 2015
Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Behavioralen und Psychologischen Symptome der Demenz (BPSD) (Savaskan et al. 2014)	Schweiz	2014
Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (Moore 2014)	Kanada	2014
National Guidelines for Care in cases of Dementia – summary* (Socialstyrelsen; 2014)	Schweden	2014
Supporting people to live well with Dementia (NICE quality standard) (NICE 2013)	Großbritannien	2013
Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4) (Gauthier 2012)	Kanada	2012
Guidelines for the Management of Cognitive and Behavioral Problems in Dementia (Sadowsky/Galvin 2012)	USA	2012
EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia (Sorbi 2012)	Europa	2012
Konsensus 2012 zur Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankten in der Schweiz (Monsch et al. 2012)	Schweiz	2012
Dementia in the long term care setting** (AHRQ 2012)	USA	2012
Besser leben mit Demenz. Medizinische Leitlinie für die integrierte Versorgung Demenzerkrankter (Dorner et al. 2011)	Österreich	2011
Clinical practice with anti-dementia drugs: a revised (second) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology (O'Brien et al. 2011)	Großbritannien	2011
World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Alzheimer's disease and other dementias (Ihl et al. 2011)	International	2011
Dementia quality standard (NICE 2010)	Großbritannien	2010
EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease (Hort 2010)	Europa	2010

Titel	Geographische Zuordnung	Jahr
Konsensusstatement „Demenz 2010“ (Schmidt et al. 2010)	Österreich	2010
Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression (RNAO 2004)	Kanada	2004, Supplement von 2010
S3-Leitlinie "Demenzen" (DGN 2009a)	Deutschland	2009
Demenz. DEGAM-Leitlinie Nr. 12 (DEGAM 2008)	Deutschland	2008
Supporting people to live well with dementia (NICE clinical guideline) (NICE 2006)	Großbritannien	2006

* Langfassung nur auf Schwedisch

** elektronisch nur auszugsweise vorhanden

Quelle: GÖG

Insgesamt muss festgestellt werden, dass in den aufgelisteten Dokumenten keine oder keine detaillierten Angaben zur adäquaten Personalausstattung in Bezug auf Pflege in Krankenanstalten und Pflegeheimen gemacht werden. Die Notwendigkeit einer speziellen (auf die Demenz abgestimmten) Ausbildung der Pflegekräfte oder des Personals generell wird in manchen Dokumenten punktuell hervorgehoben. Quantitative Angaben im Sinne von „nurse to patient ratios“ finden sich nicht.

Die im Jahr 2004 erstellten und 2010 mit einem Update versehenen kanadischen Leitlinien „Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression“ aus der Serie „Nursing Best Practice Guidelines“ halten fest: „Presently, we have no evidence to determine appropriate nurse/client ratios.“ Trotz der Vielzahl von Einrichtungen zur Langzeitpflege („long term care“) gäbe es erstaunlich wenig Information über deren Personalbedarf. Studien zur Bestimmung geeigneter Personalausstattung werden gefordert (RNAO 2004).

8 Ergebnisse zu Primärprävention von Demenzerkrankungen

Für die Fragestellung „Sammlung von evidenzbasierten Studien zur Primärprävention von Demenzerkrankungen“ (vgl. Kapitel 2) wird die systematische Übersichtsarbeit „Nichtmedikamentöse Prävention und Therapie bei leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz und gemischter Demenz“ (Fröschl 2016) herangezogen.

Als evidenzbasierte Vorarbeit für die Erarbeitung einer Demenzstrategie beauftragte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mit der Erstellung dieser systematischen Übersichtsarbeit. Sie wurde in enger Abstimmung mit dem ebenfalls im Jahr 2014 an der GÖG erarbeiteten „Demenzbericht 2014“ erstellt.

Aufgrund der hohen Relevanz für den Themenbereich wurden in dieser Übersichtsarbeit Aspekte zu Risikofaktoren für Demenz als Hintergrundinformation zusammengefasst, sie werden der systematischen Übersichtsarbeit entnommen und im folgenden Kapitel 8.1 wiedergegeben. Weiters wird die Kurzfassung der systematischen Übersichtsarbeit zur nicht-medikamentösen Prävention von Alzheimer-Demenz im Kapitel 8.2 ergänzt.

8.1 Risikofaktoren und Schutzfaktoren

Zusammenfassung

Etwa einem Drittel bis der Hälfte aller Alzheimer-Demenz-Fälle liegen vermeidbare Risikofaktoren zugrunde.

Als Risikofaktoren werden sowohl vaskuläre als auch Lebensstil-assoziierte und soziodemographische sowie andere Faktoren diskutiert:

- » Vaskuläre Risikofaktoren: Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Adipositas
- » Lebensstil-assoziierte Risiko-/Schutzfaktoren: Bewegung, mediterrane Ernährung, Alkohol, Rauchen
- » Soziodemographische Risiko-/Schutzfaktoren: (Aus)Bildung, intellektuell herausfordernde Aktivitäten, Mehrsprachigkeit (Multi- versus Bilingualismus)
- » Andere Risikofaktoren: Depression, Medikamente

Leitlinien empfehlen die frühzeitige Behandlung von Hypertonie, Diabetes, Hyperlipidämie, Adipositas, Nikotin-Abusus, körperliche Bewegung ebenso wie ein aktives intellektuelles und soziales Leben zur Primärprävention. Auch gesunde Ernährung wird generell empfohlen, eine allgemeine Empfehlung zur Primärprävention von Demenz durch Ernährungsmaßnahmen gibt es derzeit aufgrund unzureichender Evidenz noch nicht.

Ausführliche Hintergrundinformation

Risikofaktoren lassen sich zusammenfassend als krankheitsbegünstigende, Risiko-erhöhende und entwicklungshemmende Determinanten definieren. In Bezug auf Demenzerkrankungen ist zwischen vermeidbaren und nicht vermeidbaren Risikofaktoren zu unterscheiden. Zu den nicht vermeidbaren Risikofaktoren zählen neben dem erhöhten Lebensalter genetische Prädispositionen (z. B. bestimmte Genmutationen).

Primärprävention zielt in der Regel auf die Beseitigung bzw. Reduktion der vermeidbaren Risikofaktoren ab. Zu den vermeidbaren Risikofaktoren zählen vaskuläre Risikofaktoren und Erkrankungen (siehe 8.1.1), Lebensstil-assoziierte Risikofaktoren (siehe 8.1.1), soziodemografische (siehe 8.1.2) sowie andere Risikofaktoren (siehe 8.1.3). Die vermeidbaren Risikofaktoren können einander gegenseitig beeinflussen, das Vorhandensein eines oder mehrerer Risikofaktoren kann zu Erkrankungen führen, die ebenfalls als Risikofaktoren für die Entstehung einer Demenzerkrankung gelten können (Norton 2014).

Untersuchungen gehen – je nach Betrachtungsweise einzelner Risikofaktoren bzw. Berücksichtigung mehrerer einander überlappender und gegenseitig beeinflussender Risikofaktoren – davon aus, dass einem Drittel bis der Hälfte aller Fälle der Alzheimer-Demenz weltweit vermeidbare Risikofaktoren zu Grunde liegen (zwischen 9,6 Millionen und 16,8 Millionen von insgesamt 33,9 Millionen Alzheimer-Demenz-Fällen). Für Europa liegen die Alzheimer-Demenz-Fälle aufgrund vermeidbarer Risikofaktoren laut der Meta-Analyse von Norton et al. (2014) zwischen 3,0 und 3,9 Millionen von insgesamt 7,2 Millionen. Experten/Expertinnen vermuten ähnliche Ergebnisse auch für alle anderen Demenzformen (Barnes/Yaffe 2011; Norton 2014).

Durch Reduktion der Prävalenz jedes Risikofaktors um 10 bzw. 20 Prozent pro Jahrzehnt (gemessen ab dem Jahr 2010) könnte die Prävalenz der Alzheimer-Demenz im Jahre 2050 weltweit um 8,8 Millionen bzw. 16,2 Millionen Fälle bzw. europaweit um 1,5 bzw. 2,8 Millionen Fälle reduziert werden (Norton 2014). Für diese Berechnungen wurden die Risikofaktoren Diabetes mellitus, Hypertonie, Übergewicht, mangelnde körperliche Aktivität, Depression, Rauchen sowie niedriger Bildungsgrad berücksichtigt (Norton 2014).

Bei Public-Health-Interventionen zur Reduktion der Prävalenz vermeidbarer Risikofaktoren sind jedoch die länderspezifischen Unterschiede bei Ausprägung und Ursachen dieser Risikofaktoren zu beachten.

Zusätzlich können Risikofaktoren in einer gegenseitigen Wechselbeziehung zueinander stehen. So können sich beispielsweise Lebensstil-assoziierte Risikofaktoren (wie mangelnde Bewegung, ungesunde Ernährung etc.) negativ auf das metabolische Syndrom auswirken, was Auswirkungen auf die Entstehung von diversen Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck und Übergewicht hat. Diese Risikofaktoren können zusätzlich von soziodemografischen Risikofaktoren (wie geringer Bildungsstand) negativ beeinflusst werden (Norton 2014). Auch altersbezogene Einflüsse sind möglich, da im Lebenszyklus weitere Risikofaktoren auftreten können (Norton 2014).

Tabelle 4.1 illustriert die prozentuellen Risiken der wichtigsten Risikofaktoren für das Auftreten einer Alzheimer-Demenz.

Tabelle 8.1:

Risiko der wichtigsten potenziellen Risikofaktoren für Alzheimer-Demenz

	Risikofaktor	Risiko (95 % Konfidenzintervall)
Vaskuläre Risiko-faktoren	Hypertonie	PAR*: 6,8 % (1,9–13,0) ¹ RR+: 1,5 (1,0–2,3) ² OR▼: 2,3 (1,0–5,5) ²
	Diabetes mellitus ³	PAR*: 3,1 % (1,4–5,0)
	Hyperlipidämie ⁴	RR+: 2,1 (1,0–4,4) OR▼: 3,1 (1,2–8,5)
	Adipositas ⁵	PAR*: 4,1 % (2,4–6,2)
	Depression ⁶	PAR*: 10,7 % (7,2–14,5)
Lebensstil-assozierte Risiko-faktoren	Bewegung	PAR*: 20,3 % (5,6–35,6) ⁷ RR+: 0,5 (0,28–0,90) ⁸ RR+: 0,55 (0,34–0,88) ⁸ RR+: 0,69 (0,5–0,96) ⁸
	Mediterrane Ernährung	Veränderung HR⊙: 0,72–1,04
	Alkohol ⁹	RR+: 0,53 (0,3–0,95)
	Rauchen	PAR*: 13,6 % (3,8–24,2) RR+: 1,74 (1,21–2,50) RR+: 1,99 (1,33–2,98)
soziodemografische Risiko-faktoren	(Aus-)Bildung	PAR*: 13,6 % (8,5–18,6) ¹⁰ RR+: 0,48 (0,27–0,84) ¹¹
	Geistig herausfordernde Aktivitäten	n. v.
	Mehrsprachigkeit (Multi- versus Bilingualismus)	OR▼: 3,58 (1,13–11,37) für 3 Sprachen OR▼: 5,66 (1,48–21,59) für 4 Sprachen OR▼: 5,23 (1,11–24,53) für mehr als 4 Sprachen

PAR = populationsattributables Risiko (Berechnungen für Europa); n. v. = nicht verfügbar;

¹ aufgetretene Hypertonie zwischen dem 35. und 64. Lebensjahr

² Systolische Hypertonie > 160 mmHg

³ Diabetes-mellitus-Erkrankung bei Erwachsenen zwischen dem 20. und 79. Lebensjahr

⁴ Serum Cholesterin > 250 mg/dl

⁵ Adipositas bei Erwachsenen im Alter von 35 bis 64 Jahren, mit einem BMI >30 kg/m²

⁶ diagnostizierte, schwere Depression

⁷ Weniger als 20 Minuten flotte Bewegung an drei oder mehr Tagen pro Woche oder weniger als 30 Minuten moderate Bewegung an fünf oder mehr Tagen pro Woche

⁸ Hoher Level an körperlicher Aktivität verglichen mit wenig/keiner regelmäßigen körperlichen Aktivität

⁹ moderater Konsum 250–500 ml/d, verglichen mit keinem / mit höhergradigem Konsum

¹⁰ Bildung < 8 Jahre

¹¹ Bildung > 15 Jahre versus < 12 Jahre

* populationsattributables Risiko (PAR): Dadurch kann die Bedeutung des Risikofaktors für die Population quantifiziert werden. Das populationsattributable Risiko ist der Anteil der Inzidenz einer Erkrankung in der gesamten Population (exponiert und nicht exponiert), die auf die Exposition zurückzuführen ist, d. h. die Inzidenz der Erkrankung, die durch die Eliminierung der Exposition eliminiert werden kann (Psyhyrembel 2014).

+ Relatives Risiko (RR): Verhältnis der Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines Ereignisses in der exponierten Gruppe im Vergleich zu einer nicht-exponierten Gruppe (Fröschl B 2012).

▼ Odds Ratio (OR): Verhältnis zwischen der Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Ereignisses in der experimentellen Gruppe und des Nichtauftretens eines Ereignisses in der Kontrollgruppe (Fröschl B 2012).

⊙ Hazard Ratio (HR): Beschreibt das Verhältnis der Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines Ereignisses zwischen zwei Gruppen, wobei der Zeitpunkt des Auftretens berücksichtigt wird (Psyhyrembel 2014).

Quelle: (Norton 2014), (Dorner et al. 2011), Darstellung: GÖG

8.1.1 Vaskuläre Risikofaktoren und Erkrankungen

Hypertonie

Rund sieben Prozent aller Alzheimer–Demenz–Fälle in Europa bzw. dem Vereinigten Königreich sind laut Norton et al. auf den Risikofaktor Hypertonie (zwischen dem 35. und 64. Lebensjahr) zurückzuführen (Erhebungszeitpunkt 2010; attributables Risiko). Aufgrund unterschiedlicher Definitionen und Grenzwerte für Hypertonie (systolischer Blutdruck > 140 mmHg bzw. > 160 mmHg; diastolischer Blutdruck \geq 95 mmHg), unterschiedlicher Messverfahren (z. B. vom Patienten selbst erhoben), verschiedenen Alters der Patientinnen und Patienten, unterschiedlicher pharmakologischer Behandlung sowie methodologischer Einschränkungen zeigen weitere Untersuchungen divergierende Ergebnisse hinsichtlich Hypertonie und Risiko für eine Demenzerkrankung, Alzheimer–Demenz bzw. milde kognitive Beeinträchtigung (Daviglius et al. 2011; Etgen et al. 2011). Experten/Expertinnen vermuten jedoch einen biologisch plausiblen Zusammenhang zwischen kardiovaskulären Risikofaktoren wie Hypertonie und dem Entstehen von milden kognitiven Beeinträchtigungen¹⁶. Weitere Untersuchungen sind zur Klärung des kausalen Zusammenhangs notwendig. In der österreichischen Leitlinie „Besser Leben mit Demenz“ (Dorner et al. 2011) sowie der deutschen S3–Leitlinie „Demenzen“ (DGN 2016) werden die leitliniengerechte Diagnostik und frühzeitige Behandlung von Hypertonie zur Primärprävention einer späteren Demenz empfohlen.

Diabetes mellitus

Von den Alzheimer–Demenz–Fällen in Europa bzw. im Vereinigten Königreich ist nur ein geringer Anteil (3,1 % bzw. 1,9 %) auf eine diagnostizierte Diabetes–mellitus–Erkrankung bei Erwachsenen zwischen dem 20. und 79. Lebensjahr zurückzuführen (Erhebungszeitpunkt 2010; attributables Risiko) (Norton 2014). Der kausale Zusammenhang zwischen Diabetes mellitus und kognitiven Beeinträchtigungen wurde in biochemischen, bildgebenden und histopathologischen Untersuchungen nachgewiesen (Etgen et al. 2011). Auch klinische Studien zeigen für Diabetes–mellitus–Erkrankte ein erhöhtes Risiko für eine Demenzerkrankung (Etgen et al. 2011) bzw. eine Alzheimer–Demenz (Daviglius et al. 2011). Hinsichtlich des Risikos einer Alzheimer–Demenz bei Erkrankung an Diabetes mellitus im mittleren Alter zeigen sich inkonsistente Ergebnisse, während eine Diabetes–mellitus–Erkrankung im späteren Lebensalter mit einem erhöhten Risiko für Alzheimer–Demenz zusammenhängen dürfte (Daviglius et al. 2011). Limitiert werden diese Ergebnisse jedoch dadurch, dass verzerrende Faktoren (z. B. Erkrankungen wie Hypertonie oder Schlaganfall), die Dauer der bestehenden Diabetes–mellitus–Erkrankung sowie der Blutglukose–Spiegel teilweise nicht berücksichtigt wurden (Daviglius et al. 2011; Etgen et al. 2011). In der österreichischen Leitlinie „Besser Leben mit Demenz“ (Dorner et al. 2011) sowie der deutschen S3–Leitlinie „Demenzen“ (DGN 2016) wird die leitliniengerechte Diagnostik und frühzeitige Behandlung von Diabetes mellitus zur Primärprävention einer späteren Demenz empfohlen.

Hyperlipidämie

Hyperlipidämie bzw. Hypercholesterinämie im mittleren Lebensalter können Risikofaktoren für das Auftreten von milden kognitiven Beeinträchtigungen sowie späteren Demenzerkrankungen sein (Daviglius et al. 2011; Etgen et al. 2011). Dieser Zusammenhang konnte für ältere Personen (≥ 65 Jahre) nicht bestätigt werden (Daviglius et al. 2011; Etgen et al. 2011). In der österreichischen Leitlinie „Besser Leben mit Demenz“ (Dorner et al. 2011) sowie der deutschen S3-Leitlinie „Demenzen“ (DGN 2016) wird die leitliniengerechte Diagnostik und frühzeitige Behandlung von Hyperlipidämie zur Primärprävention einer späteren Demenz empfohlen.

Adipositas

4,1 Prozent bzw. 6,6 Prozent der Alzheimer-Demenz-Fälle in Europa bzw. im Vereinigten Königreich sind auf den Risikofaktor Adipositas bei Erwachsenen im Alter von 35 bis 64 Jahren mit einem BMI > 30 kg/m² zurückzuführen (Erhebungszeitpunkt 2010; attributables Risiko) (Norton 2014). Auch Lee et al. (Lee et al. 2010) bestätigen in einer systematischen Übersichtsarbeit den Zusammenhang von Adipositas im Erwachsenenalter mit höherem Risiko für eine spätere Demenzerkrankung. Hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede liegen inkonsistente Ergebnisse vor. Einerseits zeigen Studienergebnisse ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung einer Alzheimer-Demenz sowie einer vaskulären Demenz bei übergewichtigen Männern und Frauen, andererseits nur bei übergewichtigen Männern bzw. nur bei übergewichtigen Frauen (Lee et al. 2010). In der österreichischen Leitlinie „Besser Leben mit Demenz“ (Dorner et al. 2011) sowie der deutschen S3-Leitlinie „Demenzen“ (DGN 2016) wird die leitliniengerechte Diagnostik und frühzeitige Behandlung von Adipositas zur Primärprävention einer späteren Demenz empfohlen.

Depression

Hinsichtlich des kausalen Zusammenhangs zwischen einer diagnostizierten, schweren Depression und einem späteren erhöhten Risiko für eine Demenzerkrankung liegen derzeit zu wenige aussagekräftige Untersuchungen vor (ausschließlich Beobachtungsstudien). Norton et al. geben in ihrer Meta-Analyse an, dass 10,7 bzw. 8,3 Prozent der Alzheimer-Demenz-Fälle in Europa bzw. im Vereinigten Königreich auf den Risikofaktor diagnostizierte, schwere Depression entfallen (Erhebungszeitpunkt 2010; attributables Risiko) (Norton 2014).

8.1.1 Lebensstil-assoziierte Risikofaktoren

Bewegung

Mangelnde Bewegung ist laut der Meta-Analyse von Norton et al. jener Risikofaktor, der für die meisten vermeidbare Alzheimer-Demenz-Fälle in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA), Europa und dem Vereinten Königreich (UK) verantwortlich ist. Schätzungen zufolge bewegen sich rund ein Drittel aller Erwachsenen dieser Regionen nicht ausreichend (weniger als 20 Minuten

flotte Bewegung an drei oder mehr Tagen pro Woche oder weniger als 30 Minuten moderate Bewegung an fünf oder mehr Tagen pro Woche) (Erhebungszeitpunkt 2010; attributables Risiko).

Im Gegensatz dazu sind häufige sowie moderate körperliche Aktivität im Alltag bzw. in der Freizeit bei nicht dementen Personen mit einem niedrigeren Risiko für eine milde kognitive Beeinträchtigung (Etgen et al. 2011) bzw. eine spätere Demenz verbunden (keine dezidierte Unterscheidung nach Demenzerkrankungen) (Dorner et al. 2011; Lee et al. 2010). Sogar bei geringer bis moderater Bewegung ist ein reduziertes Risiko hinsichtlich der Verschlechterung von kognitiven Beeinträchtigungen im Beobachtungszeitraum von fünf Jahren erkennbar (Sofi et al. 2011). Zu beachten ist dabei, dass nicht alle Formen der körperlichen Bewegung angemessen sind, beispielsweise kann Boxen das Risiko einer kognitiven Beeinträchtigung erhöhen (Etgen et al. 2011).

In der österreichischen Leitlinie „Besser Leben mit Demenz“ (Dorner et al. 2011) sowie der deutschen S3-Leitlinie „Demenzen“ (DGN 2016) wird regelmäßige körperliche Bewegung zur Primärprävention einer späteren Demenz empfohlen.

Ernährung

Studien, die Zusammenhänge zwischen einer gesunden, ausgewogenen Ernährung im Alltagsleben und dem Risiko einer späteren Demenzerkrankung untersuchen, liefern uneinheitliche Ergebnisse. Die Gründe liegen in der hohen Heterogenität der Studiendesigns, im unterschiedlichen Umgang mit verzerrenden Faktoren sowie in der Erfassung des Ernährungsverhaltens der Studienteilnehmer. Einerseits wurde gezeigt, dass eine fettreiche Ernährung, insbesondere mit einem geringen Anteil an Omega-3-Fettsäuren, mit einem erhöhten Risiko für Demenzerkrankungen assoziiert ist. Eine mediterrane Ernährung (erhöhter Konsum von Fisch, Obst, Gemüse, Getreide, ungesättigten Fettsäuren; ausgewogener Konsum von Milchprodukten, Fleisch und gesättigten Fettsäuren) sowie eine fischreiche Ernährung scheinen das Risiko für Demenzerkrankungen zu reduzieren (Daviglius et al. 2011; Dorner et al. 2011; Etgen et al. 2011; Lee et al. 2010; Lourida et al. 2013; Psaltopoulou et al. 2013). Andererseits wurden keine bzw. geringe Zusammenhänge zwischen Ernährung und Demenzerkrankungen festgestellt (Crichton et al. 2013; Daviglius et al. 2011; Etgen et al. 2011; Lee et al. 2010).

Die deutsche S3-Leitlinie „Demenzen“ (DGN 2016) und die österreichische Leitlinie „Besser Leben mit Demenz“ (Dorner et al. 2011) empfehlen eine gesunde ausgewogene Ernährung, eine allgemeine Empfehlung zur Primärprävention von Demenzerkrankungen wird aufgrund der limitierten Evidenz noch nicht ausgesprochen.

In der amerikanischen Leitlinie „Dietary Guidelines for Alzheimer’s Prevention“ (Medicine 2013) (2013) wird hingegen ein reduzierter Konsum von gesättigten Fettsäuren und Transfetten sowie der Konsum von Obst, Gemüse, Vollkorn und Nüssen als Grundnahrungsmittel zur Primärprävention einer späteren Alzheimer-Demenz empfohlen.

Alkohol

Studien, die den Risiko- bzw. Schutzfaktor Alkoholkonsum und das Risiko einer Demenzerkrankung bzw. einer kognitiven Beeinträchtigung untersuchen, liefern inkonsistente Ergebnisse, so dass ein kausaler Zusammenhang zwischen diesem Risiko- bzw. Schutzfaktor und der Erkrankung nicht eindeutig festgestellt werden kann. Es wurden sowohl positive als auch negative Effekte hinsichtlich Demenzerkrankungen, milden kognitiven Beeinträchtigungen bzw. Gedächtnisleistung durch Alkoholkonsum (niedriger, moderater, hoher bzw. kein Alkoholkonsum) festgestellt. In den Untersuchungen fehlen jedoch zusätzliche Angaben über die Art der alkoholischen Getränke sowie die Menge und Dauer des Alkoholkonsums (Daviglius et al. 2011; Etgen et al. 2011; Lee et al. 2010).

Rauchen

Einer von zehn Alzheimer-Demenz-Fällen in Europa und im Vereinigten Königreich ist laut Norton et al. (Norton 2014) auf den Risikofaktor Rauchen zurückzuführen (Erhebungszeitpunkt 2010; attributables Risiko). Auch die systematischen Übersichtsarbeiten von Lee et al., Etgen et al. und Daviglius et al. bestätigen den Zusammenhang zwischen dem erhöhten Risiko einer Alzheimer-Demenz bzw. anderen (nicht näher spezifizierten) Demenzerkrankungen und Rauchen in der Lebensmittelebene (Dorner et al. 2011; Lee et al. 2010) bzw. im Vergleich Raucher versus Nichtraucher bzw. Ex-Raucher (Daviglius et al. 2011; Etgen et al. 2011). Der Zusammenhang ist umso stärker, je mehr Packungsjahre² der Nikotin-Abusus umfasst (bis zu einem Höchstwert von 55,5 Packungsjahren) (Lee et al. 2010). Des Weiteren wird ein erhöhtes Risiko für eine milde kognitive Beeinträchtigung bei Raucherinnen und Rauchern im Vergleich zu Nichtraucherinnen und Nichtrauchern festgestellt (Etgen et al. 2011). Signifikante Zusammenhänge zwischen Rauchen und dem Risiko einer vaskulären Demenz können nicht nachgewiesen werden (Lee et al. 2010).

In der österreichischen Leitlinie „Besser Leben mit Demenz“ (Dorner et al. 2011) sowie der deutschen S3-Leitlinie „Demenzen“ (DGN 2016) wird die leitliniengerechte Diagnostik und frühzeitige Behandlung von Nikotin-Abusus zur Primärprävention einer späteren Demenz empfohlen.

Aussagekräftige Untersuchungen zu Passiv-Rauchen als Risikofaktor für das Entstehen einer Demenzerkrankung fehlen bislang (Etgen et al. 2011).

²

Packungsjahre ergeben sich aus der Anzahl der täglich konsumierten Zigarettenpackungen multipliziert mit der Anzahl Jahre des Rauchens.

8.1.2 Soziodemografische Risikofaktoren

(Aus-)Bildung

Zu den **soziodemografischen Risikofaktoren** zählt eine geringe (Aus-)Bildung. Personen mit mehr als 15 Jahren Ausbildung haben ein geringeres Risiko, im späteren Leben eine Demenz zu entwickeln, als Personen mit einer Ausbildungsdauer mit weniger als 12 Jahren (DGN 2009b). Einer von zehn Alzheimer-Demenz-Fällen in den Vereinigten Staaten von Amerika, in Europa und im Vereinigten Königreich ist laut Norton et al. (Norton 2014) auf den Risikofaktor geringe (Aus-)Bildung zurückzuführen. Weltweit betrachtet wird geschätzt, dass sogar jeder fünfte Alzheimer-Demenz-Fall auf diesen Risikofaktor zurückzuführen ist (Erhebungszeitpunkt 2010; attributables Risiko) (Norton 2014).

Geistig herausfordernde Aktivitäten

Untersuchungen zeigen ein reduziertes Risiko für das Entstehen einer Demenzerkrankung (Dorner et al. 2011) bzw. Alzheimer-Demenz (Daviglius et al. 2011) durch ein hohes Niveau kognitiver Beschäftigung während des Lebensverlaufs bzw. aufgrund der Beteiligung an spezifischen Aktivitäten. In der österreichischen Leitlinie „Besser Leben mit Demenz“ (Dorner et al. 2011) sowie der deutschen S3-Leitlinie „Demenzen“ (DGN 2016) wird ein aktives geistiges und soziales Leben zur Primärprävention einer späteren Demenz empfohlen.

Mehrsprachigkeit

Das fließend praktizierte Sprechen von mehr als zwei Sprachen (sowohl gegenwärtig als auch zu jedem anderen Zeitpunkt des Lebens) dürfte die kognitiven Funktionen verbessern und zu weniger kognitiven Beeinträchtigungen führen als nur bilinguales Sprechen (Studienergebnisse einer Longitudinalstudie). Auch bilinguale Personen dürften im Vergleich zu unilingualen Personen profitieren, aufgrund der geringen Größe der untersuchten Populationen sind jedoch weiterführende Studien zur Bestätigung der Kausalität notwendig (Medscape Medical News 2011).

8.1.3 Andere Risikofaktoren

Aktuell wird diskutiert, ob die Einnahme gewisser **Medikamente** das Risiko für Demenzerkrankungen senkt (z. B. nichtsteroidale antiinflammatorische Medikamente, Statine, Vitamin B, Vitamin C und Vitamin E, Östrogene und Progesteron). Beispielsweise wird die Sekundärprävention von Schlaganfällen zur Primärprävention von Demenz in der österreichischen Leitlinie (Dorner et al. 2011) empfohlen. Ob durch die medikamentöse Behandlung von Risikofaktoren auch primärpräventive Effekte erzielt werden können, ist derzeit unklar. Weitere Untersuchungen sind notwendig, um zu klären, ob die Einnahme von gewissen Medikamenten zur Primärprävention von Demenzerkrankungen geeignet ist (DGN 2009b; Dorner et al. 2011; Etgen et al. 2011).

8.2 Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeit zur nicht-medikamentösen Prävention von Alzheimer-Demenz

Einleitung und Hintergrund

In Österreich sind etwa 1,15 bis 1,27 Prozent der Bevölkerung an Demenz erkrankt, was einer Gesamtzahl von rund 100.000 Personen entspricht. Demenz ist ein Syndrom, das meist ausgelöst wird durch eine chronische oder fortschreitende Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kognitiver Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Die häufigste und bekannteste Form einer demenziellen Erkrankung stellt die Alzheimer-Demenz dar. Sie kommt auch in Kombination mit anderen vaskulären Demenzen vor. Man spricht dann von einer gemischten Alzheimer-Demenz. Alzheimer-Demenz und gemischte Demenz machen gemeinsam 60 bis 80 Prozent aller Demenzerkrankungen aus.

Fragestellung

Der vorliegende Evidenzbericht soll die folgenden Forschungsfragen beantworten:

- » Forschungsfrage 1: Wie ist die Effektivität der nicht-medikamentösen Primärprävention von Alzheimer-Demenz und gemischter Demenz zu beurteilen?
- » Forschungsfrage 2: Wie ist die Effektivität von nicht-medikamentösen therapeutischen Verfahren zur Behandlung von leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz und gemischter Demenz zu beurteilen?

Für Forschungsfrage 1 werden die Outcomes Morbidität (Auftreten von Demenzerkrankungen, kognitive Funktion) und Nebenwirkungen herangezogen.

Für Forschungsfrage 2 werden die Outcomes Krankheitsverlauf/-verzögerung, kognitive Funktion, Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), Lebensqualität, Verhalten (z. B. Aggression), Stimmung (z. B. Depression) und Nebenwirkungen betrachtet.

Methodik

Für jede der beiden Forschungsfragen wurde eine systematische Literatursuche in neun internationalen Datenbanken (u. a. PubMed, Centre for Reviews and Dissemination) durchgeführt. Für Forschungsfrage 1 werden deutsch- oder englischsprachige Publikationen ab dem Jahr 2003, für Forschungsfrage 2 ab dem Jahr 2008 berücksichtigt. Eine Handsuche im Internet und eine Prüfung der Referenzlisten ergänzten die Suche. Zusammenfassungen und Volltexte wurden anhand von vorab definierten Kriterien selektiert. Die für die Berichterstellung eingeschlossenen Volltexte sind tabellarisch dargestellt. Für die Beurteilung der Studienqualität wird die interne Validität (das Bias-Risiko) anhand vorab definierter Kriterien bewertet. In der Synthese wird die Stärke der Evidenz zu

jedem Endpunkt (Outcome) zusammengefasst; sie drückt das Ausmaß des Vertrauens aus, dass die vorhandene Evidenz den Effekt der Intervention (Maßnahme) richtig einschätzt.

Da inzwischen neue, umfangreiche Studien erschienen sind, wurde im Oktober 2015 auf Wunsch des Auftraggebers eine Aktualisierung der systematischen Literatursuche für die Fragestellung 1 durchgeführt und deren Ergebnisse entsprechend der oben beschriebenen Methodik berücksichtigt.

Ergebnisse

Die systematische Literatursuche ergab für Forschungsfrage 1 insgesamt 1.389 Treffer und für Forschungsfrage 2 in Summe 2.520 Treffer (Duplikate wurden entfernt). Nach Erst- und Zweitselektion anhand der vorab definierten Kriterien werden 14 Studien zur Beantwortung von Forschungsfrage 1 und 22 Studien zur Beantwortung von Forschungsfrage 2 identifiziert.

Forschungsfrage 1

Die Frage nach der Effektivität der nicht-medikamentösen Primärprävention von Alzheimer-Demenz und gemischter Demenz wird – gegliedert nach Art der Intervention – folgendermaßen beantwortet:

Kognitive Interventionen: Zur Prävention von Demenz wird sowohl kognitives Training als auch kognitive Stimulation angewendet. Die derzeitige Studienlage zeigt für **kognitives Training** keine signifikanten Präventionseffekte hinsichtlich des Auftretens von Demenzerkrankungen, doch liegen erste Hinweise für positive Effekte vor. Weitere, langfristige Untersuchungen sind zum Nachweis von Effektivität notwendig. Sowohl für die kognitive Funktion allgemein als auch für Einzelaspekte der kognitiven Funktion zeigen sich kurzfristige, signifikant positive Effekte bei gesunden älteren Personen und bei Personen mit MCI; die Stärke der Evidenz ist moderat. Ein großer RCT(Rebok et al. 2014; Unverzagt et al. 2009; Unverzagt et al. 2012) gibt in Bezug auf Einzelaspekte der kognitiven Funktion (Prozessgeschwindigkeit und Argumentation) und Aktivitäten des täglichen Lebens auch Hinweise auf langfristige Effekte (10 Jahre). An Nebenwirkungen durch die Intervention werden teilweise erhöhte Frustration der Teilnehmenden, aber keine schweren Nebenwirkungen berichtet.

- » Eine rezente, groß angelegte Meta-Analyse(Lampit et al. 2014) lässt erste Rückschlüsse auf die Effektivität von kognitiven Interventionen in konkreten Ausgestaltungen (Setting, Frequenz) zu: Computerbasierte kognitive Trainingsprogramme erweisen sich als signifikant effektiver, wenn sie in Gruppen durchgeführt werden, im Vergleich zu Einzeltrainings zu Hause.
- » Kognitive Trainingsprogramme mit einer Frequenz von mehr als dreimal Mal pro Woche zeigen sich weniger effektiv als Trainingsprogramme, die dreimal oder seltener pro Woche durchgeführt wurden.

Insgesamt zeigen sich positive, zum Teil auch langfristige Effekte durch kognitives Training.

Es gibt Hinweise darauf, dass sich durch **kognitive Stimulation** die kognitive Funktion von gesunden älteren Personen und Personen mit MCI verbessert (Evidenzstärke: niedrig). Zur Wirksamkeit in Bezug auf das Auftreten von Demenzerkrankungen und bezüglich Nebenwirkungen fehlen Nachweise.

Bewegung: Zwei rezente Meta-Analysen berichten keine kurz- oder mittelfristigen signifikanten Effekte durch unterschiedliche **Bewegungsinterventionen** hinsichtlich kognitiver Funktion sowie der meisten untersuchten Einzelaspekte von kognitiver Funktion für ältere Personen ohne kognitive Beeinträchtigungen (Stärke der Evidenz: niedrig). Vereinzelt zeigen sich signifikante Verbesserungen in Bezug auf Einzelaspekte der kognitiven Funktion (Aufmerksamkeit, logisches Denken), die Stärke der Evidenz ist jedoch als niedrig einzustufen. Direkte Aussagen zum Auftreten von Demenzerkrankungen und Nebenwirkungen sowie zur Veränderung der Aktivitäten des täglichen Lebens und der Stimmung bzw. Depression durch körperliche Bewegungsinterventionen sind aufgrund der Studienlage nicht möglich.

Ernährung: Auf Basis der derzeitigen Studienlage können für mediterrane Ernährung keine signifikanten Effekte hinsichtlich des Auftretens von Demenzerkrankungen (Stärke der Evidenz: sehr niedrig) nachgewiesen werden. Aussagen zu Nebenwirkungen durch Ernährung sind aufgrund der Studienlage nicht möglich. Hinsichtlich kognitiver Funktionen allgemein zeigen sich durch mediterrane Ernährung mit zusätzlicher Einnahme von nativem Olivenöl langfristig Verbesserungen (Stärke der Evidenz: niedrig). Für einige Einzelaspekte kognitiver Funktionen (z. B. Gedächtnis, frontale kognitive Funktion) zeigen sich langfristig signifikante Verbesserungen durch mediterrane Ernährung, die Stärke der Evidenz ist jedoch sehr niedrig.

Multikomponenten-Interventionen: In einem rezenten RCT mit einer großen Studienpopulation zeigen Multikomponenten-Interventionen (Kognitives Training, Bewegung, Ernährung und soziale Aktivitäten) sowohl bei kognitiver Funktion allgemein als auch bei Einzelaspekten der kognitiven Funktion (Exekutive Funktion und Prozessgeschwindigkeit) kurzfristige signifikant positive Effekte. Die Stärke der Evidenz ist hierbei moderat. Schwere Nebenwirkungen oder Ereignisse, die zu einer Hospitalisierung führen, werden nicht berichtet.

Forschungsfrage 2

Die Frage nach der Effektivität von nicht-medikamentösen therapeutischen Verfahren zur Behandlung von leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz und gemischter Demenz wird – gegliedert nach Art der Intervention – folgendermaßen beantwortet:

Kognitive Interventionen: Kognitives Training führt zu kurzfristigen, leichten Verbesserungen der kognitiven Funktion sowie der Lebensqualität bei Personen mit Alzheimer-Demenz. Keine Effekte zeigen sich in Hinblick auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (Stärke der Evidenz: sehr niedrig). Durch kognitive Stimulation zeigen sich kurzfristige Verbesserungen der kognitiven Funktion sowie der Lebensqualität. In Bezug auf die Endpunkte Stimmung und Verhalten sind keine Verbesserungen festzustellen (Stärke der Evidenz: moderat). Es gibt Hinweise darauf, dass sich durch kognitive Rehabilitation die Aktivitäten des täglichen Lebens, die Lebensqualität und die Stimmung

verbessern. Keine Aussagen können zu den Endpunkten Verhalten sowie kognitive Funktion getroffen werden (Stärke der Evidenz: niedrig).

Bewegung: Bewegungsinterventionen scheinen zu einer Verbesserung der kognitiven Funktion und der Aktivitäten des täglichen Lebens zu führen. Verbesserungen der Lebensqualität und der Stimmung können nicht nachgewiesen werden, hinsichtlich des Endpunkts Verhalten zeigen sich widersprüchliche Effekte (Stärke der Evidenz: niedrig). Schwerwiegende Nebenwirkungen von Bewegungsinterventionen werden nicht festgestellt (Stärke der Evidenz: moderat).

Ergotherapie: Funktions- und Fertigkeitstraining / ADL-Training zeigt einen schwach positiven Effekt auf die Aktivitäten des täglichen Lebens. Keine eindeutig positiven Effekte dieser Intervention sind für die Endpunkte kognitive Funktion, Verhalten und Stimmung festzustellen (Stärke der Evidenz: niedrig). Zum Endpunkt Nebenwirkungen und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten können aufgrund der Studienlage keine Aussagen getroffen werden. Für andere (einzelne) ergotherapeutische Interventionen wie multisensorische Stimulation und Milieu-Therapie fehlen eindeutige Wirksamkeitsnachweise (aufgrund fehlender bzw. widersprüchlicher Evidenz). Nur vereinzelte Studien bieten Hinweise auf die Wirksamkeit einzelner spezieller Interventionen (Stärke der Evidenz: sehr niedrig).

Individualisierte Multikomponenten-Interventionen mit dem Schwerpunkt Ergotherapie, die auch Umfeldanpassungen und Angehörigenberatung im häuslichen Patientenumfeld vorsehen, zeigen einen positiven Effekt auf die Lebensqualität der Patientinnen/Patienten. Hinsichtlich kognitiver Funktion, ADL, Verhalten und Stimmung sind keine eindeutigen Aussagen möglich (Stärke der Evidenz: niedrig).

Multikomponenten-Interventionen: Schwach positive Effekte auf Kognition und ADL zeigen Multikomponenten-Interventionen (kognitive Stimulation und weitere Elemente wie Reminiszenz/Erinnerungsarbeit, Bewegung oder ADL-Training), die in Gruppen durchgeführte werden. Auf das Verhalten und die Stimmung zeigen diese Interventionen positive Effekte im Community-Setting sowie Hinweise auf positive Effekte im Setting Pflegeheim (Stärke der Evidenz: moderat).

Ernährungsinterventionen: Derzeit liegen keine ausreichenden Hinweise auf die Wirksamkeit von Ernährungsinterventionen bei Patientinnen und Patienten mit Alzheimer-Demenz vor. Hinsichtlich des Risikos für Unterernährung zeigen sich Hinweise auf eine langfristige Verbesserung (Stärke der Evidenz: niedrig).

Sonstige Interventionen: Musiktherapie scheint einen positiven Effekt auf das Verhalten (Agitation und zielloses Herumwandern) sowie auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu haben. Rezeptive Musiktherapie scheint den Aggressionslevel zu mindern und unterstützend bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens zu wirken (Stärke der Evidenz: niedrig).

Diskussion

Ziel dieses Berichts ist es, einen Überblick über die Evidenz zu einem sehr breiten Spektrum an möglichen Interventionen und Maßnahmen zur nicht-medikamentösen Prävention und Therapie von Alzheimer-Demenz und gemischter Demenz zu liefern. Für die Umsetzung von einzelnen Interventionen und Maßnahmen in Österreich müssen in einem weiteren Schritt die tatsächlichen Implementierungsmöglichkeiten geprüft werden, z. B. im Rahmen der Erstellung einer Demenzstrategie für Österreich.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen liegen Studien unterschiedlicher Qualität (gering, mittel, hoch) vor; die Heterogenität der Studienqualität zeigt sich auch in den Einzelstudien der systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen. Generell wurden viele der eingeschlossenen Primärstudien mit kleinen Teilnehmerzahlen durchgeführt, was neben den statistischen Limitationen auch valide Rückschlüsse auf das Auftreten von Demenzerkrankungen und den Krankheitsverlauf erschwert. Zudem ist der gewählte Beobachtungszeitraum der Primärstudien selten länger als ein Jahr, was für die Erhebung der Endpunkte tendenziell zu kurz ist, da nachweisbare Anzeichen bzw. die pathophysiologischen Veränderungen einer Demenzerkrankung oftmals (noch) nicht während dieser Zeitspanne auftreten. Darin liegt möglicherweise der Grund, dass diese beiden Endpunkte (Auftreten einer Demenzerkrankung und Krankheitsverlauf) nur in wenigen Studien erhoben werden und jene, die diese Endpunkte untersuchen, selten statistisch relevante Aussagen dazu treffen können.

Schlussfolgerungen

Um Rückschlüsse auf die Wirksamkeit nicht-medikamentöser Interventionen und Maßnahmen ziehen zu können, ist jedenfalls eine Standardisierung der Interventionen (z. B. durch Handbücher, Schulungen etc.) und der Einsatz standardisierter, validierter und möglichst einheitlicher Messinstrumente zur Erhebung der Endpunkte notwendig.

Für Aussagen darüber, ob die Interventionen oder Maßnahmen einmalig oder kontinuierlich gesetzt werden müssen, um wirksam zu sein, sind längere Follow-up-Messungen an möglichst großen Studienpopulationen erforderlich. Um patientenrelevante Endpunkte wie das Auftreten von Demenzerkrankungen und den Krankheitsverlauf erfassen zu können, sind Studien mit größeren Teilnehmerzahlen und längerem Follow-up notwendig.

Bei komplexen Interventionen ist die Übertragbarkeit auch standardisierter Interventionen bzw. Maßnahmen zu prüfen, da in verschiedenen Ländern unterschiedliche Settings und Gesundheitssysteme bestehen.

Aufgrund der insgesamt eingeschränkten Studienlage ist die Formulierung von zuverlässigen Empfehlungen nur bedingt möglich.

9 Literatur

- AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality (2012): Dementia in the long term care setting [Online]. <http://www.ahrq.gov/> [Zugriff am 03.08.2015]
- Aspden, T.; Bradshaw, S. A.; Playford, E. D.; Riazi, A. (2014): Quality-of-life measures for use within care homes: a systematic review of their measurement properties. In: *Age Ageing* 43/5:596–603
- Barnes, D. E.; Yaffe, K. (2011): The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. In: *Lancet Neurol* 10/9:819–828
- Bartholomeyczik, Sabine; Halek, M.; (2007): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
- Berendonk, Charlotte; Stanek, Silke (2009): Demenzkranke Menschen in individuell bedeutsamen Alltagssituationen – Ein Pflegekonzept zur individuellen Gestaltung positiver Erlebnisräume. Halle/Saale, 26.–28.3.2009
- Bokberg, C.; Ahlstrom, G.; Leino-Kilpi, H.; Soto-Martin, M. E.; Cabrera, E.; Verbeek, H.; Saks, K.; Stephan, A.; Sutcliffe, C.; Karlsson, S. (2015): Care and Service at Home for Persons With Dementia in Europe. In: *J Nurs Scholarsh* 47/5:407–416
- Bracht, I. (2015): Humor in der Pflege: Ernsthafte Anregungen für ein neues Denken. Ein menschliches Phänomen. In: *Pflegezeitschrift* 68/2:
- Crichton, G. E.; Bryan, J.; Murphy, K. J. (2013): Dietary antioxidants, cognitive function and dementia – a systematic review. In: *Plant Foods Hum Nutr* 68/3:279–292
- Daviglus, M. L.; Plassman, B. L.; Pirzada, A.; Bell, C. C.; Bowen, P. E.; Burke, J. R.; Connolly, E. S., Jr.; Dunbar-Jacob, J. M.; Granieri, E. C.; McGarry, K.; Patel, D.; Trevisan, M.; Williams, J. W., Jr. (2011): Risk factors and preventive interventions for Alzheimer disease: state of the science. In: *Arch Neurol* 68/9:1185–1190
- DEGAM (2008): Demenz. DEGAM – Leitlinie Nr. 12. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Düsseldorf
- DGN, DGPPN; (2009a): S3-Leitlinie "Demenzen". Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
- DGN, DGPPN; (2009b): S3-Leitlinie "Demenzen" (Kurzversion). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

- DGN, DGPPN; (2016): S3-Leitlinie "Demenzen" (Langversion – Januar 2016). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
- Dialogzentrum–Demenz (2008): Assessments in der Versorgung von Personen mit Demenz. Hg. v. Institut für Pflegewissenschaft, Priv. Universität Witten/Herdecke gGmbH
- Dorner, Thomas; Rieder, Anita; Stein, Viktoria K. (2011): Besser Leben mit Demenz. Medizinische Leitlinie für die integrierte Versorgung Demenzerkrankter: Netzwerk aktiv. 1. Aufl. Wiener Gebietskrankenkasse, Competence Center Intgrierte Versorgung, Wien
- Etgen, T.; Sander, D.; Bickel, H.; Forstl, H. (2011): Mild cognitive impairment and dementia: the importance of modifiable risk factors. In: Dtsch Arztebl Int 108/44:743–750
- European Commission, ; (2015): RightTimePlaceCare: Improving health services for European citizens with dementia: Development of best practice strategies for the transition from ambulatory to institutional long-term care facilities. Project reference: 242153; Funded under: FP7-HEALTH [Online]. http://cordis.europa.eu/project/rcn/94036_en.html [Zugriff am September 2015]
- Fröschl B, Brunner–Ziegler S, Eisenmann A, Gartlehner G, Grillich L, Kaminski A, Pertl D, Thaler K, Wild C. (2012): Methodenhandbuch für Health Technology Assessment. Version 1.2012. GÖG/BIQG, Wien
- Fröschl, Barbara; Antony, Katharina; Pertl, Daniela; Schneider, Peter (2015): Nicht-medikamentöse Prävention und Therapie bei leichter und mittelschwerer Alzheimer–Demenz und gemischter Demenz. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Fröschl, Barbara; Antony, Katharina; Pertl, Daniela; Schneider, Peter (2016): Nicht-medikamentöse Prävention und Therapie bei leichter und mittelschwerer Alzheimer–Demenz und gemischter Demenz. . Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Gauthier, S.; Patterson, C.; Chertkow, H.; (2012): Clinical Practice Guidelines/Consensus Statements. Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4). In: Canadian Geriatrics Journal 15/4:
- Graske, J.; Meyer, S.; Wolf–Ostermann, K. (2014): Quality of life ratings in dementia care—a cross-sectional study to identify factors associated with proxy-ratings. In: Health Qual Life Outcomes 12/177
- Hallberg, I. R.; Leino–Kilpi, H.; Meyer, G.; Raamat, K.; Martin, M. S.; Sutcliffe, C.; Zabalegui, A.; Zwakhalen, S.; Karlsson, S. (2013): Dementia care in eight European countries: developing a mapping system to explore systems. In: J Nurs Scholarsh 45/4:412–424

- Hansen, NV.; Jørgensen, T.; Ørtenblad, L. (2008): Massage and touch for dementia (Review). In: Cochrane Library 2006/4:
- Höfler, Sabine; Bengough, Theresa; Winkler, Petra; Griebler, Robert (2015): Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Sozialministerium, Wien
- Hort, J.; O'Brien, J.T.; Gainotti, G.; (2010): EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. In: European Journal of Neurology 2010/17:
- Ihl, R.; Frolich, L.; Winblad, B.; Schneider, L.; Burns, A.; Moller, H. J.; Disease, Wfsbp Task Force on Treatment Guidelines for Alzheimer's; other, Dementias (2011): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of Alzheimer's disease and other dementias. In: World Journal of Biological Psychiatry 12/1:2–32
- Institut für Gerontologie (2014): DEMIAN – Demenzkranke Menschen in Individuell bedeutsamen Alltagssituationen (2004–2010) [Online]. <http://www.gero.uni-heidelberg.de/forschung/demian.html> [Zugriff am 3.8.2015]
- IQWiG, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen; (2009): IQWiG-Bericht Nr. 41: Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz. Abschlussbericht A05–19D [Online]. https://www.iqwig.de/download/A05-19D_Abschlussbericht_Nichtmedikamentose_Behandlung_der_Alzheimer_Demenz.pdf [Zugriff am 03.08.2015]
- Jeon, Y. H.; Sansoni, J.; Low, L. F.; Chenoweth, L.; Zapart, S.; Sansoni, E.; Marosszeky, N. (2011): Recommended measures for the assessment of behavioral disturbances associated with dementia. In: Am J Geriatr Psychiatry 19/5:403–415
- Köpke, S.; Möhler, R.; Abraham, J.; Henkel, A.; Kupfer, R.; Meyer, G. (2015): Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. In:
- Korečić, Jasenka (2011): Pflegestandards Altenpflege – 5. Auflage. Springer, Berlin, Heidelberg
- Lampit, A.; Hallock, H.; Valenzuela, M. (2014): Computerized cognitive training in cognitively healthy older adults: a systematic review and meta-analysis of effect modifiers. In: PLoS Medicine / Public Library of Science 11/11:e1001756
- Lee, Y.; Back, J. H.; Kim, J.; Kim, S. H.; Na, D. L.; Cheong, H. K.; Hong, C. H.; Kim, Y. G. (2010): Systematic review of health behavioral risks and cognitive health in older adults. In: Int Psychogeriatr 22/2:174–187
- Lourida, I.; Soni, M.; Thompson-Coon, J.; Purandare, N.; Lang, I. A.; Ukoumunne, O. C.; Llewellyn, D. J. (2013): Mediterranean diet, cognitive function, and dementia: a systematic review. In: Epidemiology 24/4:479–489

- MDS, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS); (2009): Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen
- Medicine, Physicians Committee efor Responsible (2013): Dietary Guidelines for Alzheimer's Prevention. A Special Report
- Medscape Medical News (2011): Multilingualism May Protect Against Cognitive Decline [Online]. Medscape Medical News. www.medscape.com [Zugriff am 17.3.2011]
- Monsch, A.; Büla, C.; Hermelink, M.; Kressig, R.W.; Martensson, B.; Mosimann, U.; Müri, R.; S., Vögeli; von Gunten, A.; Schweizer Expertengruppe (2012): Konsensus 2012 zur Diagnostik und Therapie von Demenzkranken in der Schweiz. In: Praxis 2012/101 (19):1239–1249
- Moore, A.; Patterson, C.; Lee, L.; Vedel, I.; Bergman, H. (2014): Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia. In: Can Fam Physician 2014/60:
- Moyle, Wendy; Murfield, Jenny E.; Griffiths, Susan G.; Venturato, Lorraine (2012): Assessing quality of life of older people with dementia: a comparison of quantitative self-report and proxy accounts. In: Journal of Advanced Nursing 68/10:2237–2246
- NICE, National INstitute for Health and Care Excellence (2006): Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NICE clinical guideline 42 [Online]. <https://www.nice.org.uk/>
- NICE, National INstitute for Health and Care Excellence (2010): Dementia quality standard. NICE quality standard 1 [Online]. <https://www.nice.org.uk/>
- NICE, National INstitute for Health and Care Excellence (2013): Supporting people to live well with dementia. NICE quality standard 30 [Online]. <https://www.nice.org.uk/>
- Nocon, M.; Roll, S.; Schwarzbach, C.; Vauth, C.; Greiner, W.; Willich, S.N.; (2010): Pflegerische Betreuungskonzepte bei Patienten mit Demenz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43/3:
- Norton, S.; Matthews, F.; Barnes, D.; Yaff, K.; Brayne, C. (2014): Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. In: Lancet Neurol 2014/13:788–794
- O'Brien, J. T.; Burns, A.; Group, B. A. P. Dementia Consensus (2011): Clinical practice with anti-dementia drugs: a revised (second) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology. In: Journal of Psychopharmacology 25/8:997–1019

- Palm, R.; Köhler, K.; Dichter, M.; Bartholomeyczik, S. (2013): Entwicklung, Umsetzung und Evaluation pflegerischer Interventionen für Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe in Deutschland – eine Literaturstudie. In: *Pflege* 26/5:337–335
- Psaltopoulou, T.; Sergentanis, T. N.; Panagiotakos, D. B.; Sergentanis, I. N.; Kosti, R.; Scarmeas, N. (2013): Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment, and depression: A meta-analysis. In: *Ann Neurol* 74/4:580–591
- Psyhyrembel (2014): Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch online [Online]. De Gruyter. <http://www.degruyter.com/> [Zugriff am 18.9.2014]
- Radzey, Beate; Kuhn, Christina; Rauh, Janthe; Heeg, Sibylle (2001): Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter. In: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Rebok, G. W.; Ball, K.; Guey, L. T.; Jones, R. N.; Kim, H. Y.; King, J. W.; Marsiske, M.; Morris, J. N.; Tennstedt, S. L.; Unverzagt, F. W.; Willis, S. L.; Group, Active Study (2014): Ten-year effects of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cognitive training trial on cognition and everyday functioning in older adults. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 62/1:16–24
- Regional Health Council (2015): Dementia. Diagnosis and Treatment Guideline [Online]. <http://www.salute.toscana.it/sst/consiglio-sanitario-regionale.shtml>
- Rieckmann, N.; Schwarzbach, C.; Nocon, M.; Roll, S.; Vauth, C.; Willich, S.; Greiner, W. (2009): Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln
- RNAO, Registered Nurses Association of Ontario; (2004): Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression. Registered Nurses Association of Ontario, Toronto, Canada
- Romero, Barbara (2013): Konzepte psychosozialer Interventionen bei Demenz. Bericht zur Fachtagung vom 20.11.2013. Bericht zur Fachtagung vom 20.11.2013. Gerontopsychiatrischer Verbund, Cottbus/Spree-Neiße e.V., <http://www.gerontoverbund-cb-spn.de/File/Konzepte%20psychosozialer%20Interventionen%20bei%20Demenz.pdf>
- Sadowsky, C. H.; Galvin, J. E. (2012): Guidelines for the management of cognitive and behavioral problems in dementia. In: *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM* 25/3:350–366
- Savaskan, E.; Bopp-Kistler, I.; Buerge, M.; Fischlin, R.; Georgescu, D.; Giardini, U.; Hatzinger, M.; Hemmeter, U.; Justiniano, I.; Kressig, R.W.; Monsch, A.; Mosimann, U. P.; Mueri, R.; Munk, A.; Jopp, J.; Schmid, R.; Wollmer, M. A. (2014): Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der

Behavioralen und Psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). In: Praxis –Schweizer Rundschau für Medizin 2/1–24

Schindler, U.; (2003): Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben: Mäeutik im Praxisalltag. Vincentz Verlag, Hannover

Schmidt, R.; Marksteiner, M.; Dal-Bianco, P.; Ransmayr, G.; Bancher, C.; Benke, T.; Wancata, J.; Fischer, P.; Leblhuber, C. F.; Psota, G.; Ackerl, M.; Alf, C.; Berek, K.; Croy, A.; Delazer, M.; Fashing, P.; Fruhwald, T.; Fruhwurth, G.; Fuchs-Nieder, B.; Gatterer, G.; Grossmann, J.; Hinterhuber, H.; Iglseder, B.; Imarhiagbe, D.; Jagsch, C.; Jellinger, K.; Kalousek, M.; Kapeller, P.; Lardurner, G.; Lampl, C.; Lechner, A.; Lingg, A.; Nakajima, T.; Rainer, M.; Reisecker, F.; Spatt, J.; Walch, T.; Uranus, M.; Walter, A. (2010): [Consensus statement "Dementia 2010" of the Austrian Alzheimer Society]. In: Neuropsychiatrie 24/2:67–87

Socialstyrelsen; (2014): National Guidelines for Care in cases of Dementia [Online]. <http://www.socialstyrelsen.se/nationalguidelines>

Sofi, F.; Valecchi, D.; Bacci, D.; Abbate, R.; Gensini, G. F.; Casini, A.; Macchi, C. (2011): Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. In: J Intern Med 269/1:107–117

Sorbi, S.; Hort, J.; Erkinjuntti, T.; (2012): EFNS–ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. In: European Journal of Neurology 2012/19:

Stanek, Silke (o.J.): Wie Angehörige das DEMIAN–Konzept im Alltag umsetzen können. Die Praxis der DEMIAN–Studie B: häuslicher Pflegebereich.

Unverzagt, F. W.; Smith, D. M.; Rebok, G. W.; Marsiske, M.; Morris, J. N.; Jones, R.; Willis, S. L.; Ball, K.; King, J. W.; Koepke, K. M.; Stoddard, A.; Tennstedt, S. L. (2009): The Indiana Alzheimer Disease Center's Symposium on Mild Cognitive Impairment. Cognitive training in older adults: Lessons from the ACTIVE study. In: Current Alzheimer research 6/4:375–383

Unverzagt, F. W.; Guey, L. T.; Jones, R. N.; Marsiske, M.; King, J. W.; Wadley, V. G.; Crowe, M.; Rebok, G. W.; Tennstedt, S. L. (2012): ACTIVE cognitive training and rates of incident dementia. In: J Int Neuropsychol Soc 18/4:669–677

Wojnar, J (2001): Demenzkranke verstehen. In: Besondere stationäre Dementenbetreuung. Hg. v. Dürrmann, Peter, Hannover

Wolf-Ostermann, K.; Worch, A.; Fischer, T.; Wulff, I.; Griske, J. (2012): Health outcomes and quality of life of residents of shared-housing arrangements compared to residents of special care units – results of the Berlin DeWeGE-study. In: Journal of Clinical Nursing 21/21–22:3047–3060

10 Anhang

10.1 Suchstrategie Pflegekonzepte

Suchdatum: 29. 07. 2015

Datenbank: Cinahl via EBSCOhost Research Databases

	Abfrage	Ergebnisse
S23	S20 OR S21 Eingrenzen durch SubjectGeographic4: - australia & new zealand Eingrenzen durch SubjectGeographic3: - canada Eingrenzen durch SubjectGeographic2: - continental europe Eingrenzen durch SubjectGeographic1: - uk & ireland Eingrenzen durch SubjectGeographic0: - europe	371
S22	S20 OR S21	683
S21	S1 OR S17 Eingrenzungen - Erscheinungsdatum: 20050101-20151231 Eingrenzen durch SubjectAge0: - aged, 80 and over	269
S20	S1 OR S17 Eingrenzungen - Erscheinungsdatum: 20050101-20151231 Eingrenzen durch SubjectAge0: - aged: 65+ years	646
S19	S1 OR S17 Eingrenzungen - Erscheinungsdatum: 20050101-20151231	1,217
S18	S1 OR S17	2,115
S17	S15 AND S16	1,035
S16	(MH "Dementia+ /RH/NU/PF")	6,126
S15	S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13	158,282
S14	(MH "Dementia+")	36,817
S13	(MH "Rehabilitation, Geriatric")	2,549
S12	(MH "Long Term Care")	17,133
S11	(MH "Patient Centered Care")	14,384
S10	(MH "Nursing Practice+")	44,753
S9	(MH "Home Nursing, Professional")	6,596
S8	(MH "Models, Educational")	1,718
S7	(MH "Models, Psychological+")	3,324
S6	(MH "Models, Theoretical+")	68,706
S5	(MH "Nursing Models, Theoretical+")	10,437
S4	(MH "Patient Care Plans+")	5,805
S3	(MH "Gerontologic Nursing+")	7,220
S2	(MH "Nursing Care Plans+")	1,759
S1	(MH "Dementia+ /NU")	1,673

10.2 Suchstrategie Versorgungskonzepte

Suchdatum: 28. 09. 2015

Datenbank: Cinahl via EBSCOhost Research Databases

	Abfrage	Ergebnisse
S23	S22 from 2005 to current	74
S22	S10 AND S21	109
S21	S1 OR S2 OR S3 OR S4	28,973
S10	S8 AND S9	5,105
S9	(MH "Dementia+")	37,217
S8	S5 OR S6 OR S7	276,903
S7	(MH "Home Health Agencies") OR (MH "Community Health Centers") OR (MH "Ambulatory Care Facilities+") OR (MH "Residential Facilities+") OR (MH "Rural Health Centers")	36,394
S6	(MH "Community Health Nursing+") OR (MH "Home Nursing, Professional") OR (MH "Ambulatory Care Nursing")	29,721
S5	(MH "Community Service") OR (MH "Community Health Services+")	246,221
S4	good practice analysis	21
S3	best practice analysis	29
S2	(MH "Benchmarking")	4,354
S1	(MH "Program Evaluation") OR (MH "Process Assessment (Health Care)+")	24,888

10.3 Publikationen der EU-Studie RightTimePlaceCare

- » European Commission; RightTimePlaceCare – Project Details, Objective and Related Information; http://cordis.europa.eu/project/rcn/94036_en.html
- » Projektwebsite RightTimePlaceCare; Private Universitaet Witten/Herdecke gGmbH: <http://www.uni-wh.de/gesundheits/pflegewissenschaft/departement-pflegewissenschaft/forschung/eu-projekt-righttimeplacecare>
- » Verbeek H, Meyer G, Leino-Kilpi H, Zabalegui A, Hallberg IR, Saks K, Soto ME, Challis D, Sauerland D, Hamers JP; RightTimePlaceCare Consortium. A European study investigating patterns of transition from home care towards institutional dementia care: the protocol of a RightTimePlaceCare study. BMC Public Health 2012; 12: 68
- » Beerens HC, Sutcliffe C, Renom-Guiteras A, Soto ME, Suhonen R, Zabalegui A, Bökberg C, Saks K, Hamers JP; on behalf of the RightTimePlaceCare Consortium. Quality of Life of and Quality of Care for People with Dementia Receiving Long Term Institutional Care or Professional Home Care: The European RightTimePlaceCare Study. J Am Med Dir Assoc 2014; 15: 54–61

- » Afram B, Stephan A, Verbeek H, Bleijlevens MH, Suhonen R, Sutcliffe C, Raamat K, Cabrera E, Soto ME, Hallberg IR, Meyer G, Hamers JP; RightTimePlaceCare Consortium. Reasons for Institutionalization of People With Dementia: Informal Caregiver Reports From 8 European Countries. *J Am Med Dir Assoc* 2014; 15: 108–16
- » Hallberg IR, Leino–Kilpi H, Meyer G, Raamat K, Soto Martin M, Sutcliffe C, Zabalegui A, Zwakhalen S, Karlsson S: Dementia care in eight European Countries: Developing a mapping system to explore. *J Nurs Scholarsh* 2013; 45: 412–24
- » Zabalegui A, Hamers JP, Karlsson S, Leino–Kilpi H, Renom–Guiteras A, Saks K, Soto M, Sutcliffe C, Cabrera E. Best practices interventions to improve quality of care of people with dementia living at home. *Patient Educ Couns* 2014; 95: 175–84
- » Giebel CM, Sutcliffe C, Stolt M, Karlsson S, Renom–Guiteras A, Soto M, Verbeek H, Zabalegui A, Challis D. Deterioration of basic activities of daily living and their impact on quality of life across different cognitive stages of dementia: a European study. *Int Psychogeriatr* 2014; 26: 1283–93
- » Stephan A, Mayer H, Renom Guiteras A, Meyer G. Validity, reliability, and feasibility of the German version of the Caregiver Reaction Assessment scale (G–CRA): a validation study. *Int Psychogeriatr* 2013; 25: 1621–8
- » Giebel CM, Sutcliffe C, Challis D. Activities of daily living and quality of life across different stages of dementia: a UK study. *Aging Ment Health* 2014 May 15:1–9 [Epub ahead of print]
- » Sutcliffe CL, Roe B, Jasper R, Jolley D, Challis DJ. People with dementia and carers' experiences of dementia care and services: Outcomes of a focus group study. *Dementia (London)*. 2013 Dec 18.
- » Wübker A, Zwakhalen SMG, Challis D, Suhonen R, Karlsson S, Zabalegui A, Soto M, Saks K, Sauerland D: Costs of care for people with dementia just before and after nursing home placement: primary data from 8 European countries. *Eur J Health Econ*. 2014
- » de Mauleon A, Sourdet S, Renom–Guiteras A, Gillette–Guyonnet S, Leino–Kilpi H, Karlsson S, Bleijlevens M, PhD; Zabalegui A, Saks K, Vellas B, Jolley D, Soto ME; Associated factors with antipsychotic use in long–term institutional care in eight European countries: results from the RightTimePlaceCare study. *J Am Med Dir Assoc* (2014)
- » Cabrera E, Sutcliffe C, Verbeek H, Saks S, Soto–Martín M, Meyer G, Leino–Kilpi H, Karlsson S, Zabalegui A: Non–pharmacological interventions as a best practice strategy in people with dementia living in nursing homes. A systematic review. *European Geriatric Medicine* (2015)
- » Stephan A, Afram B, Koskeniemi J, Verbeek H, Soto EM, Bleijlevens MHC, Sutcliffe C, Lethin C, Risco E, Saks K, Hamers JPH, Meyer G: Older persons with dementia at risk for institutionalisation in eight European countries: A cross–sectional study on the perceptions of informal caregivers and healthcare professionals. *J Adv Nurs*. doi: 10.1111/jan.12493. (2015)
- » Afram B, Verbeek H, Bleijlevens MHC, Challis D, Leino–Kilpi H, Karlsson S, Soto ME, Renom–Guiteras A, Saks K, Zabalegui A, Hamers JPH, the RightTimePlaceCare Consortium: Predicting institutional long–term care admission in dementia: a mixed–methods study of informal caregivers' reports. *JAN* (2015) eScholarID:230478 | DOI:10.1111/jan.12479.
- » Alvira MC, Bleijlevens MHC, Meyer G, Hallberg IR, Soto ME, Koskeniemi J, Cabrera E, Zabalegui A, the RightTimePlaceCare Consortium: The association between positive and negative reactions of informal caregivers of people with dementia and health care outcomes in eight European countries: A cross–sectional study. *J Adv Nurs*. doi: 10.1111/jan.12528 (2015).

- » Koskenniemi J, Leino-Kilpi H, Suhonen R: Manifestation of respect in the care of older patients in long-term care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (2015)
DOI: 10.1111/scs.12162.
- » Hallberg IR, Cabrera E, Jolley D, Raamat K, Renom-Guiteras A, Verbeek H, Soto M, Stolt M, Karlsson S, the RightTimePlaceCare Consortium: Professional care providers in dementia care in eight European countries; their training and involvement in early dementia stage and in home care. *Dementia* (2014) eScholarID:232780 | DOI:10.1177/1471301214548520.
- » Suhonen R, Stolt M, Koskenniemi J, Leino-Kilpi H: Right for knowledge – The perspective of significant others of persons with memory disorders. *Scand J Caring Sci* (in press) doi: 10.1111/scs.12132 (24 Mar 2014)
- » Saks K, Tiit EM, Verbeek H, Raamat K, Armolik A, Leibur J, Meyer G, Zabalegui A, Leino-Kilpi H, Karlsson S, Soto M, Tucker S; the RightTimePlaceCare Consortium: Most appropriate placement for people with dementia: individual experts' vs. expert groups' decisions in eight European countries. doi: 10.1111/jan.12544. (2015)
- » Sutcliffe CL, Jasper R, Roe B, Jolley D, Crook A, Challis DJ. Inter-professional perspectives of dementia services and care in England: Outcomes of a focus group study. *Dementia* (London). pii: 1471301214548692 (2014)
- » Bleijlevens MHC, Stolt M, Stephan A, Zabalegui A, Saks K, Sutcliffe C, Lethin C, Soto ME, Zwaakhalen SMG on behalf of the RightTimePlaceCare Consortium: Changes in caregiver burden and health-related quality of life of informal caregivers of older people with Dementia: evidence from the European RightTimePlaceCare prospective cohort study. *J Adv Nurs*. (2014)
- » Bokberg, C., Ahlstrom, G., Leino-Kilpi, H., Soto-Martin, M. E., Cabrera, E., Verbeek, H., Saks, K., Stephan, A., Sutcliffe, C., Karlsson, S.: Care and Service at Home for Persons With Dementia in Europe. *J Nurs Scholarsh* 47/5
- » Gabriele Meyer, Anna Renom Guiteras, Astrid Schmitz, on behalf of the RightTimePlaceCare Consortium (2012): The European project RightTimePlaceCare. In Jochen René Thyrian, Wolfgang Hoffmann (Eds.) *Dementia Care Research: Scientific evidence, current issues and future perspectives*. Minutes from an international workshop in Greifswald (64–72). Pabst Science Publisher.
- » Stephan A, Renom Guiteras A, Juchems J, Meyer G. Der Balance of Care Ansatz zur Generierung passgenauer Versorgungsangebote für Menschen mit Demenz zwischen Häuslichkeit und Pflegeheim: Anwendungserfahrungen in Deutschland. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2013, 107 (9–10): 597–605.
- » Stephan A, Afram B, Renom Guiteras A, Gerlach A, Meyer G. Menschen mit Demenz im Pflegeheim: Angehörige geben Auskunft zu den Gründen des Einzugs und wie sie die Situation danach erleben. *Pflegezeitschrift* 2013, 66(4): 208–212.