

Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen

Nina Rieckmann, Christoph Schwarzbach, Marc Nocon, Stephanie Roll,
Christoph Vauth, Stefan N. Willich, Wolfgang Greiner



**Schriftenreihe
Health Technology Assessment (HTA)
in der Bundesrepublik Deutschland**

**Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit
Demenzerkrankungen**

**Nina Rieckmann¹
Christoph Schwarzbach²
Marc Nocon¹
Stephanie Roll¹
Christoph Vauth²
Stefan N. Willich¹
Wolfgang Greiner³**

¹ Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

² Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung,
Leibniz Universität Hannover, Hannover, Deutschland

³ Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement,
Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Wir bitten um Beachtung

Dieser HTA-Bericht ist publiziert in der DAHTA-Datenbank des DIMDI (www.dimdi.de – HTA) und in der elektronischen Zeitschrift GMS Health Technology Assessment (www.egms.de).

Die HTA-Berichte des DIMDI durchlaufen ein unabhängiges, grundsätzlich anonymisiertes Gutachterverfahren. Potentielle Interessenkonflikte bezüglich der HTA-Berichte werden dem DIMDI von den Autoren und den Gutachtern offengelegt. Die durchgeführte Literaturrecherche erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Literatúrauswahl erfolgt nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin. Die Verantwortung für den Inhalt des Berichts obliegt den jeweiligen Autoren.

Die Erstellung des vorliegenden HTA-Berichts des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erfolgte gemäß gesetzlichem Auftrag nach Artikel 19 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000. Das Thema stammt aus dem öffentlichen Vorschlagsverfahren beim DIMDI, durch das Kuratorium HTA priorisiert und vom DIMDI beauftragt. Der Bericht wurde mit Mitteln des Bundes finanziert.

Herausgeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln

Das DIMDI ist ein Institut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Kontakt

DAHTA@DIMDI
Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des
Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information
Waisenhausgasse 36-38a
50676 Köln
Tel: +49 221 4724-525
Fax: +49 2214724-340
E-Mail: dahta@dimdi.de
www.dimdi.de

Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 80
ISSN: 1864-9645
1. Auflage 2009
DOI: 10.3205/hta000063L
URN: urn:nbn:de:0183-hta000063L4

© DIMDI, Köln 2009. Alle Rechte vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

1	Verzeichnisse	V
1.1	Tabellenverzeichnis	V
1.2	Abbildungsverzeichnis	V
1.3	Abkürzungsverzeichnis	VI
1.4	Glossar	IX
2	Zusammenfassung	1
2.1	Einleitung	1
2.2	Fragestellung	1
2.3	Methoden	1
2.4	Ergebnisse	1
2.5	Diskussion	2
2.6	Schlussfolgerung	2
3	Abstract	3
3.1	Introduction	3
3.2	Research questions	3
3.3	Methods	3
3.4	Results	3
3.5	Discussion	3
3.6	Conclusion	4
4	Kurzfassung	5
4.1	Einleitung	5
4.2	Fragestellungen	5
4.3	Methoden	5
4.4	Ergebnisse	6
4.5	Diskussion	6
4.6	Ethische, soziale, juristische Aspekte	7
4.7	Schlussfolgerung	7
5	Summary	8
5.1	Introduction	8
5.2	Research questions	8
5.3	Methods	8
5.4	Results	9
5.5	Discussion	9
5.6	Ethical, social and legal considerations	9
5.7	Conclusion	10
6	Hauptdokument	11
6.1	Gesundheitspolitischer Hintergrund	11
6.2	Wissenschaftlicher Hintergrund	11
6.2.1	Demenzkrankungen – Diagnose	11
6.2.2	Epidemiologie der Demenz	13
6.2.3	Pflege von Patienten mit Demenzkrankungen	15
6.2.4	Sozioökonomischer Hintergrund	16
6.2.5	Pflegerische Versorgungskonzepte für Demenzkranke	19
6.3	Forschungsfragen	20
6.3.1	Klinische Fragestellungen	20
6.3.2	Ökonomische Fragestellungen	20
6.3.3	Ethische, juristische, soziale Fragestellungen	21

6.4	Methodik	21
6.4.1	Ein- und Ausschlusskriterien zur Bewertung der Rechercheergebnisse.....	21
6.4.2	Methodik der Literaturrecherche.....	22
6.4.2.1	Systematische Datenbankrecherche	22
6.4.2.2	Handrecherche	22
6.4.2.3	Anschreiben	22
6.4.3	Methodik der Bewertung.....	22
6.5	Ergebnisse.....	23
6.5.1	Quantitative Ergebnisse der Recherche	23
6.5.2	Qualitative Ergebnisse	25
6.5.2.1	Eingeschlossene klinische Publikationen	25
6.5.2.2	Die Ergebnisse im Überblick.....	28
6.5.2.3	Inhalt der Literatur, Bewertung und Beurteilung	30
6.5.2.4	Nicht berücksichtigte Literatur – klinischer Teil	54
6.5.2.5	Eingeschlossene ökonomische Publikationen.....	54
6.5.2.6	Inhalt der ökonomischen Literatur, Bewertung und Beurteilung.....	54
6.5.2.7	Nicht-berücksichtigte Literatur – ökonomischer Teil.....	64
6.5.2.8	Eingeschlossene ethische Publikationen	64
6.5.2.9	Juristische und soziale Publikationen	65
6.6	Diskussion.....	65
6.6.1	Klinische Fragestellungen.....	65
6.6.2	Ökonomische Fragestellungen	69
6.6.3	Ethische, soziale und juristische Aspekte.....	69
6.7	Schlussfolgerung/Empfehlung.....	71
7	Literaturverzeichnis	73
8	Anhang	78
8.1	Suchbegriffe.....	78
8.2	Recherchestrategie.....	80
8.3	Anschreiben	88
8.4	Checklisten der methodischen Qualität	89
8.5	Ausgeschlossene klinische Studien	91
8.6	Ausgeschlossene ökonomische Studien	104

1 Verzeichnisse

1.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnostische Leitkriterien für Demenz nach der International Statistical Classification of Diseases ⁵⁰	12
Tabelle 2: Diagnostische Leitkriterien für Demenz nach DSM-IV nach Erkinjuntti ²¹	12
Tabelle 3: Demenzschweregrade nach Kurz ⁴⁰	12
Tabelle 4: Altersspezifische Inzidenzraten von Demenzerkrankungen nach Metaanalysen in % pro Jahr (entnommen aus Bickel ¹²)	15
Tabelle 5: Durchschnittliche Höhe der Pflegesätze in Alteneinrichtungen in Deutschland und Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (in Euro pro Monat)	17
Tabelle 6: Pflegesätze nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (in Euro pro Monat)	17
Tabelle 7: Ausgewählte Konzepte in der Demenzpflege	19
Tabelle 8: Charakteristika der ausgewählten Studien (geordnet nach Interventionen)	27
Tabelle 9: Ergebnisse der Studien (geordnet nach Interventionen).....	29
Tabelle 10: Tabellarische Zusammenfassung Toseland et al.....	30
Tabelle 11: Tabellarische Zusammenfassung Schrijnemaekers et al.....	31
Tabelle 12: Tabellarische Zusammenfassung Finnema et al.....	33
Tabelle 13: Tabellarische Zusammenfassung Gitlin et al. (2001)	34
Tabelle 14: Tabellarische Zusammenfassung Dooley und Hinojosa	36
Tabelle 15: Tabellarische Zusammenfassung Gitlin et al. (2003)	37
Tabelle 16: Tabellarische Zusammenfassung Gitlin et al. (2005)	38
Tabelle 17: Tabellarische Zusammenfassung Graff et al.....	39
Tabelle 18: Tabellarische Zusammenfassung Baker et al. (1997).....	40
Tabelle 19: Tabellarische Zusammenfassung Baker et al. (2001).....	41
Tabelle 20: Tabellarische Zusammenfassung Baker et al. (2003).....	42
Tabelle 21: Tabellarische Zusammenfassung van Weert et al.	44
Tabelle 22: Tabellarische Zusammenfassung Remington	45
Tabelle 23: Tabellarische Zusammenfassung Ballard et al.	46
Tabelle 24: Tabellarische Zusammenfassung Woods et al.	47
Tabelle 25: Tabellarische Zusammenfassung Suhr et al.	48
Tabelle 26: Tabellarische Zusammenfassung Spector et al.	49
Tabelle 27: Tabellarische Zusammenfassung Onder et al.....	51
Tabelle 28: Tabellarische Zusammenfassung Politis et al.	52
Tabelle 29: Tabellarische Zusammenfassung Lai et al.	53
Tabelle 30: Eingeschlossene Artikel aus dem Bereich Ökonomie.....	54
Tabelle 31: Tabellarische Zusammenfassung Zanetti et al., Trabucchi und Zanetti et al.....	54
Tabelle 32: Tabellarische Zusammenfassung Rovner et al.	57
Tabelle 33: Tabellarische Zusammenfassung Dürrmann	60
Tabelle 34: Tabellarische Zusammenfassung Schneider et al. und Mozley et al.	61

1.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prävalenzraten von Demenzerkrankungen in Deutschland (nach Bickel (2000) ¹⁰	13
Abbildung 2: Schätzung der Veränderung der Zahl von Demenzkranken in Deutschland (nach Bickel (2005) ¹²	14
Abbildung 3: Überblick über die Anzahl ein- und ausgeschlossener Publikationen	24

1.3 Abkürzungsverzeichnis

AAL-AD	Affect and activity limitation — Alzheimer's disease assessment
Abs.	Absatz
ADL	Activities of daily living
A. G. E	Activities, guidelines for psychotropic medications and education
AIDS	Acquired immune deficiency syndrom
AIF	Assessment of instrumental function
AMPS-P	Assessment of motor and process skills — process scale
AR96	Deutsches Ärzteblatt
AZ72	Global Health (Datenbank)
BA00	BIOSIS Previews (Datenbank)
BCRS	Brief cognitive rating scale
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BPSD	Behavioural and psychological symptoms of dementia
CAD	Kanadischer Dollar
CC00	CCMed (Datenbank)
CB85	Amed (Datenbank)
CCTR93	Cochrane Library Central (Datenbank)
CDR	Clinical dementia rating
CDAR94	NHS-CDR-DARE (Datenbank)
CDSR93	Cochrane library (Datenbank)
CI	Konfidenzintervall
CMAI	Cohen-Mansfield agitation inventory
CSRI	Client service receipt inventory
CV72	CAB Abstracts (Datenbank)
DAT	Demenz vom Alzheimer-Typ
DAHTA	Deutsche Agentur für HTA
DEMQOL	Meßmethode für die gesundheitsbezogene Lebensqualität Dementer
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DM	Deutsche Mark
DSM-IV	Diagnostic statistical manual of mental disorders, version IV
DVLAB	Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen
EA08	EMBASE Alert (Datenbank)
EbM	Evidenzbasierte Medizin
ED93	ETHMED (Datenbank)
EM90	EMBASE (Datenbank)
et al.	Und andere

Fortsetzung: Abkürzungsverzeichnis

e. V.	Eingetragener Verein
FIM	Functional independence measure
FU	Follow-up
GA03	German Medical Science
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBP	Britische Pfund
GDS	Geriatric depression scale
GE79	GeroLit (Datenbank)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetzliche-Krankenversicherung-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMS-DS	Geriatric mental state – depression scale
HN69	HECLINET (Datenbank)
HTA	Health Technology Assessment
IADL	Instrumental activities of daily living
ICD	International Statistical Classification of Diseases
IDDD	Interview of deterioration in daily activities in dementia
IN00	Social SciSearch
II78	Index to scientific and technical proceedings
INAHTA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment
IS00	SciSearch (Datenbank)
ITL	Italienische Lira
IVA	Integrative Validation
K. A.	Keine Angabe
KL97	Kluwer-Verlagsdatenbank
KR03	Karger-Verlagsdatenbank
LvVD	Leistungsvergleich vollstationärer Versorgung Demenzkranker
MANQOL-R	Manchester quality of life profile — residential
MBPC	Memory and behaviour problems checklist
ME90	MEDLINE (Datenbank)
MID	Multiinfarktdemenz
MK77	MEDIKAT (Datenbank)
MMSE	Mini-mental-state-examination
MSS	Multi-Sensory Stimulation
MW	Mittelwert
NHS	National Health Service
NHS-CRD-HTA	INAHTA-Datenbank

Fortsetzung: Abkürzungsverzeichnis

NHSEED	NHS economic evaluation database (Datenbank)
n. s.	nicht signifikant
OR	Odds ratio
PD	Parkinsondemenz
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
SPPP	PrePrint (Datenbank)
PI67	PsycINFO (Datenbank)
PSMS	Physical self-maintenance scale
PY81	PSYINDEX (Datenbank)
RCT	Randomized controlled trial, dt.: Randomisierte kontrollierte Studie
ROT	Realitätsorientierungstherapie
RUGS	Resource utilization groups
SCES	Sheltered usual care environment scale
SEM	Standardfehler des Mittelwerts
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
SM78	SOMED (Datenbank)
SP97	Springer-Verlagsdatenbank
TV01	Thieme-Verlagsdatenbank
UK	United Kingdom, dt.: Vereinigtes Königreich
US	United States, dt.: Vereinigte Staaten
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
USD	US-Dollar
VD	Vaskuläre Demenz
VT	Validationtherapie
WG	Wartegruppendedesign
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1.4 Glossar

Activities of daily living (ADL)	Aktivitäten des täglichen Lebens wie waschen, anziehen, aufstehen (von Bett oder Stuhl), Toilettenbesuch, essen. Maß für die Hilfsbedürftigkeit und funktionale Einschränkung des Patienten.
Affect and activity limitation — Alzheimer's disease assessment	Skala zur Erfassung von Einschränkungen bei Affekten und Aktivitäten.
Agitation	Krankhafte Unruhe mit heftigen und hastigen Bewegungen.
Agnosie	Erkennungsstörung bei intakter Wahrnehmung.
Alzheimer's disease assessment scale cognition	Skala zur Erfassung der kognitiven Fähigkeiten bei Patienten mit der Alzheimer-Erkrankung.
Aphasie	Spachstörung, die nicht durch den Sprachapparat bedingt ist.
Assessment of motor and process skills	Skala zu motorischen Fähigkeiten mit Fokus auf Aktivitäten des täglichen Lebens.
Barthel activities of daily living Index	Skala zur Messung der Aktivitäten des täglichen Lebens.
Beck anxiety inventory	Skala zur Erfassung von Angstsymptomen (besonders in Abgrenzung zu depressiven Symptomen).
Behaviour and mood disturbance scale	Skala zur Erfassung von Verhaltens- und Stimmungsauffälligkeiten.
Brief psychiatric rating scale	Skala zur Erfassung von psychopathologischen Symptomen (Denkstörungen, Feinseligkeit, Angst, Antriebslosigkeit).
Cantril's ladder	Instrument zur Messung der Lebenszufriedenheit.
Client service receipt inventory (CSRI)	Instrument zum Sammeln von Kosteninformationen. Ca. 20-minütiger retrospektiver Fragebogen über die Nutzung von Gesundheits- und Sozialleistungen des Interviewten.
Clifton assessment procedures for the elderly	Skala zur Erfassung von kognitiven Fähigkeiten und Aktivitäten des täglichen Lebens.
Cognitive assessment scale	Skala zur Erfassung von kognitiven Fähigkeiten.
Cohen-Mansfield agitation inventory (CMAI)	Skala zur Bestimmung von agitierten Verhaltensweisen von Patienten mit geistigen Defiziten.
Confusion inventory	Skala zur Erfassung von Verhaltensweisen verwirrter Personen.
Controlled oral word association	Skala zur Erfassung von verbalen Fähigkeiten.
Cooper Ridge activity index	Skala zur Erfassung von motorischen Fähigkeiten mit Fokus auf Aktivitäten des täglichen Lebens.
Cornell scale for depression in dementia	Skala zur Erfassung depressiver Symptome.
Dementia-Care-Mapping-Verfahren	Beobachtungsverfahren zur Evaluation und Qualitätssteigerung des Pflegeprozesses.
Dementia severity rating scale	Skala zur Erfassung kognitiver Fähigkeiten und Aktivitäten des täglichen Lebens.
Digit span	Verfahren zur Testung des Kurzzeitgedächtnisses.
Dutch behaviour rating scale for psychogeriatric inpatients	Skala zur Erfassung von apathischen und emotionalen Verhalten.
Emotionsorientierte Pflege	Kombination verschiedener pflegerischer Konzepte mit der Validation als Kernkonzept, ergänzt durch Aspekte der sensorischen Stimulation und Reminiszenztherapie.

Fortsetzung: Glossar

Ergotherapie	Ergotherapie zielt auf die Bewältigung von Aktivitäten des täglichen Lebens wie Ankleiden, Toilettennutzung, Treppensteigen oder Baden bei Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Dies soll erreicht werden durch Training von Aktivitäten, Beratung und Anpassung der räumlichen und sozialen Umwelt.
Geriatric depression scale (GDS)	Skala zur Erfassung von depressiven Symptomen.
Geriatric indices of positive behaviour	Skala zur Erfassung positiver sozialer Verhaltensweisen.
Geriatric mental state – depression scale	Skala zur Erfassung von depressiven Symptomen.
Geriatric residents goal scale	Skala zur Erfassung von Absichten/Ziele von geriatrischen Patienten.
Global assessment of functioning	Skala zur Erfassung von Fähigkeiten im Sozialverhalten, täglichen Aktivitäten, psychischen Einschränkungen.
Holden communication scale	Skala zur Erfassung sozialen Verhaltens.
Instrumental activities of daily living (IADL)	Instrumentelle Aktivitäten wie kochen, Erledigung von Geldgeschäften, einkaufen, telefonieren, Hausarbeit. IADL sind ein Maß für die Hilfsbedürftigkeit und funktionale Einschränkung des Patienten.
Interview of deterioration in daily activities in dementia	Interview zur Erfassung von Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens.
Inzidenz	Anzahl der Neuerkrankungen in einer Population an einer bestimmten Krankheit während einer bestimmten Zeit.
Manchester quality of life profile — residential	Skala zur Erfassung der Lebensqualität.
Memory and behaviour problems checklist	Skala zur Erfassung kognitiver Einschränkungen.
Mini-mental-state-examination (MMSE)	Fragebogen zur Beurteilung von Gedächtnisstörungen bzw. Demenzerkrankungen. Skala von null (schwerste kognitive Störungen) bis 30 (bester Wert).
Minimum data set – resident assessment protocol	Skala zur Erfassung des Pflegebedarfs.
Multidimensional observation scale for elderly subjects	Skala zur Erfassung von Sozialverhalten, Aktivitäten des täglichen Lebens, Depressivität.
Neuropsychiatric inventory	Skala zur Erfassung neuropsychiatrischer Symptome (z. B. Halluzinationen, Angst, Apathie, Dysphorie).
Philadelphia geriatric center morale scale	Skala zur Erfassung von Agitation, Einstellung zum Altern, Lebenszufriedenheit.
Physical self-maintenance scale	Skala zur Erfassung von Aktivitäten des täglichen Lebens.
Picksche Erkrankung (auch Morbus Pick)	Neurodegenerative Erkrankung im Stirn-/Schläfenlappen des Gehirns.
Prävalenz	Anteil der Personen mit einer bestimmten Krankheit in einer Bevölkerung zu einem Zeitpunkt.
Quality of life – Alzheimer´s disease scale	Skala zur Erfassung der krankheitsspezifischen Lebensqualität von Personen mit der Alzheimer-Erkrankung.
Randomisierung	Zufällige Zuteilung von Teilnehmern an Interventionsstudien zum Interventions- oder zum Kontrollarm. Erreicht werden soll dadurch eine gleichmäßige Verteilung von bekannten und unbekanntem Störgrößen, um deren Einfluss auf das Studienergebnis auszuschalten.

Fortsetzung: Glossar

Rating anxiety in dementia	Skala zur Erfassung von Angstsymptomen bei Patienten mit Demenz.
Realitätsorientierung (ROT)	Strukturiertes Programm zur Förderung der Erinnerung an Orte, Zeiten, oder Personen. Dabei werden vielfältige Objekte (z. B. Fotos, gebräuchliche Gegenstände, Bücher, Spiele) und Gespräche zur Unterstützung der Erinnerung und der Orientierung eingesetzt. Damit soll fortschreitender Disorientierung entgegen gewirkt, und das Selbstvertrauen des Patienten gefördert werden. Bei der „classroom“-ROT oder auch formeller ROT wird diese Therapie in einem regelmäßigen Unterricht angewandt. Die informelle ROT ist das ständige Orientieren des Demenzpatienten durch die Pflegenden.
Rehab rating form	Skala zur Erfassung von Aktivitäten des täglichen Lebens.
Reminiszenztherapie	Teilweise hervorgegangen aus dem älteren Konzept der Realitätsorientierung. Förderung der Erinnerungsfähigkeit (insbesondere zur eigenen Biografie) durch Gespräche und unter Einsatz von Hilfsmitteln wie z. B. Fotografien.
Revised memory and behaviour problem checklist	Skala zur Erfassung von kognitiven und Verhaltenseinschränkungen.
(Multi-) Sensorische Stimulation	Einsatz sanfter sensorischer Reize zur Entspannung und Vermeidung sensorischer Deprivation.
Sheltered care environment scale	Instrument mit sieben Dimensionen zur Erfassung des sozialen Umfelds von Heim-Settings älterer Menschen.
Snoezelen	Besonders gestaltete Umgebung mit multisensorischen (z. B. akustisch, taktil, optisch) Reizen. Teilbereich der Konzepte der sensorischen Stimulation.
Social engagement scale	Skala zur Erfassung von sozialem Verhalten.
Validation	Prozess der verbalen und nicht-verbalen Kommunikation. Die Umgebungswahrnehmung und die Gefühle des Patienten mit Demenz werden nicht korrigiert, sondern urteilsfrei respektiert und bestätigt (validiert).
Verblindung	Verfahren in Studien bei dem die Patienten (einfachblind) oder Patienten und Pflegende/Ärzte (doppelblind) nicht wissen, ob eine Intervention durchgeführt wird oder nicht. Dieses Vorgehen soll verhindern, dass das Wissen über die vorhandene oder fehlende Intervention die Studienbeteiligten (Demente oder Pflegende/Ärzte) während der Beobachtungs- und Interventionsphase beeinflussen kann.
Ward behaviour inventory	Skala zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten/Agitation.
Well-being/III-being scale	Skala zur Erfassung von Lebensqualität.
Visual retention test	Messung zur visuellen Wahrnehmungs- und Erinnerungsfähigkeiten.

2 Zusammenfassung

2.1 Einleitung

In Deutschland leiden derzeit etwa eine Million Menschen an einer Demenzerkrankung. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit einem deutlichen Anstieg der Häufigkeit solcher Erkrankungen in den kommenden Jahren zu rechnen. Demenz ist in höherem Alter die häufigste Ursache von Pflegebedürftigkeit. Da diese Krankheiten in der Regel nicht heilbar sind, liegt der Fokus der Pflege auf der Verzögerung des Voranschreitens der Erkrankung sowie der Aufrechterhaltung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität der Betroffenen.

2.2 Fragestellung

Wie ist die Evidenz für pflegerische Konzepte für Patienten mit Demenz hinsichtlich gebräuchlicher Endpunkte wie kognitive Funktionsfähigkeit, Fähigkeit zur Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens, Lebensqualität, Sozialverhalten? Wie ist die Kosten-Effektivität der betrachteten Pflegekonzepte zu bewerten? Welche ethischen, sozialen oder juristischen Aspekte werden in diesem Kontext diskutiert?

2.3 Methoden

Auf Basis einer systematischen Literaturrecherche werden randomisierte kontrollierte Studien (RCT) mit mindestens 30 Teilnehmern zu folgenden Pflegekonzepten eingeschlossen: Validation/emotionsorientierte Pflege, Ergotherapie, sensorische Stimulation, Entspannungsverfahren, Realitätsorientierung und Reminiszenz. Die Studien müssen ab 1997 (für den ökonomischen Teil ab 1990) in deutscher oder englischer Sprache publiziert worden sein.

2.4 Ergebnisse

Insgesamt 20 Studien erfüllen die Einschlusskriterien. Davon befassen sich drei Studien mit der Validation/emotionsorientierte Pflege, fünf Studien mit der Ergotherapie, sieben Studien mit verschiedenen Varianten sensorischer Stimulation, je zwei Studien mit der Realitätsorientierung und der Reminiszenz und eine Studie mit einem Entspannungsverfahren. Keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe berichten zwei von drei Studien zur Validation/emotionsorientierten Pflege, zwei von fünf Studien zur Ergotherapie, drei von sieben Studien zur sensorischen Stimulation, beide Studien zur Reminiszenz, und die Studie zur Entspannung. Von den verbleibenden zehn Studien berichten sieben teilweise positive Ergebnisse zugunsten der Intervention und drei Studien (Ergotherapie, Aromatherapie, Musik/Massage) berichten positive Effekte der Intervention hinsichtlich aller erhobenen Zielkriterien.

Sechs Publikationen berichten ökonomische Ergebnisse von Pflegemaßnahmen. Eine Studie berichtet Zusatzkosten von 16 GBP (24,03 Euro (2006)) pro Patient pro Woche für Beschäftigungstherapie. Zwei weitere Veröffentlichungen geben inkrementelle Kosten von 24,30 USD (25,62 Euro (2006)) pro gewonnenen Mini-mental-state-examination-(MMSE)-Punkt pro Monat bzw. 1.380.000 ITL (506,21 Euro (2006)) pro gewonnenen MMSE-Punkt an. Zwei Publikationen berichten über Mischinterventionen, wobei einmal die Zusatzkosten für ein Aktivitätsprogramm (1,13 USD (1,39 Euro (2006)) pro Tag pro Pflegebedürftigem) und einmal der zeitliche Mehraufwand für die Betreuung mobiler Demenzpatienten (durchschnittlich 45 Minuten zusätzliche Pflegezeit pro Tag) berichtet wird.

Hinsichtlich ethisch-sozialer Aspekte wird vor allem die Selbstbestimmung von Demenzpatienten diskutiert. Aus einer Demenzdiagnose lässt sich danach nicht zwingend schließen, dass die Betroffenen nicht eigenständig über eine Studienteilnahme entscheiden können. Im juristischen Bereich versucht die Regierung mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) die finanzielle Lage und die Betreuung der Pflegenden und Gepflegten zu verbessern. Weitere Fragestellungen rechtlicher Natur betreffen die Geschäftsfähigkeit bzw. die rechtliche Vertretung sowie die Deliktfähigkeit von an Demenz erkrankten Personen.

2.5 Diskussion

Es gibt nur wenige methodisch angemessene Studien zu den in diesem Bericht berücksichtigten pflegerischen Konzepten für Demenzkranke. Die Studien haben überwiegend kleine Fallzahlen, und weisen erhebliche methodische Unterschiede hinsichtlich der Einschlusskriterien, der Durchführung, und der erfassten Zielkriterien auf. Diese Heterogenität zeigt sich auch in den Ergebnissen: in der Hälfte der eingeschlossenen Studien gibt es keine positiven Effekte der Intervention im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die andere Hälfte der Studien berichtet zum Teil positive Effekte bezüglich unterschiedlicher Zielkriterien. Die ökonomischen Studien sind methodisch und thematisch nicht dazu geeignet die aufgeworfenen Fragestellungen zu beantworten. Ethische, soziale und juristische Aspekte werden diskutiert, aber nicht systematisch im Rahmen von Studien erfasst.

2.6 Schlussfolgerung

Basierend auf der derzeitigen Studienlage liegt für keines der untersuchten Pflegekonzepte ausreichende Evidenz vor. Fehlende Evidenz bedeutet in diesem Kontext jedoch nicht zwingend fehlende Wirksamkeit. Vielmehr sind weitere Studien zu diesem Thema notwendig. Wünschenswert wären insbesondere Studien, die in Deutschland unter den Rahmenbedingungen des hiesigen Ausbildungs- und Pflegesystems durchgeführt werden. Dies gilt auch für die gesundheitsökonomische Bewertung der Pflegekonzepte.

3 Abstract

3.1 Introduction

Today there are approximately one million people with dementia in Germany. If current demographic trends continue, this number is likely to rise substantially in the coming years. In the older population, dementia is the most frequent reason for long-term care. Because most forms of dementia cannot be cured, the aim of treatment is to delay disease progression and to maintain functioning and quality of life.

3.2 Research questions

What is the evidence on different approaches to the long-term usual care of patients with dementia in terms of common endpoints such as quality of life, and social behaviour? How is the cost-effectiveness of these concepts to be evaluated? Which ethical, social, or legal issues are discussed in this context?

3.3 Methods

Based on a systematic literature review, we include randomized, controlled studies that had at least 30 participants and investigated one or more of the following approaches of dementia care: validation therapy/emotion-oriented usual care, ergotherapy, sensory stimulation, relaxation techniques, reality orientation therapy, and reminiscence therapy. Studies had to be published after 1996 (after 1990 for the economic part) in English or German.

3.4 Results

A total of 20 studies meet the inclusion criteria. Of these, three focus on validation therapy/emotion-oriented usual care, five on ergotherapy, seven on different kinds of sensory stimulation, two on reality orientation, two on reminiscence therapy, and one on a type of relaxation technique. There are no significant differences between the intervention and control groups in two of the three studies on validation therapy or emotion-oriented usual care, in two of the five studies on ergotherapy, in three of the seven studies on sensory stimulation, in both of the two studies on reminiscence therapy, and in the one study on relaxation. In the remaining ten studies, seven report some positive results in favour of the respective interventions, and three studies (ergotherapy, aroma therapy, and music/massage) report positive effects with respect to all of the endpoints measured.

Six publications present economic results for usual-care-concepts. One study reports additional costs of 16 GBP (24.03 Euro (2006)) per patient per week for occupational therapy. Two publications declare incremental cost of 24.30 USD (25.62 Euro (2006)) per mini-mental-state-examination-(MMSE)-point gained per month respectively 1,380,000 ITL (506.21 Euro (2006)) per MMSE-point gained. Two publications focus on mixed interventions. One study reports the additional costs of an activity program (1.13 USD (1.39 Euro (2006)) per day per patient) and the other additional time for the usual care for mobile demented patients (average of 45 minutes per day per patient).

With respect to ethical and social aspects the discussion focusses on the problem of autonomy: dementia does not necessarily mean inability to decide over the participation in studies. Legal questions address the financial situation of patients, the organisation of their care and the legal representation of dementia patients.

3.5 Discussion

Only a few studies on the nursing interventions considered in this report are methodologically robust. Most of the studies have a small number of participants and show substantial differences in terms of their inclusion criteria, implementation, and endpoints.

This heterogeneity is reflected in the results: in half of the studies, the interventions have no positive effects compared to the control group. The other half of the studies reports some positive effects with regard to specific endpoints.

All of the economic studies are, from a methodological and a thematic standpoint, not suitable to answer the questions raised. Ethical, social and legal aspects are discussed but not systematically analysed.

3.6 Conclusion

The studies conducted to date do not provide sufficient evidence of neither efficacy nor cost-effectiveness for any of the nursing interventions considered in the present HTA. However, lack of evidence does not mean lack of efficacy. Instead, more methodologically sound studies are needed. Particullary desirable are studies reflecting the framework of dementia care in Germany. This holds also for the healtheconomic evaluations of the chosen interventions.

4 Kurzfassung

4.1 Einleitung

In Deutschland leiden derzeit etwa eine Million Menschen an einer Demenzerkrankung. Das entspricht einer Prävalenz von ca. 1,3 %. Alter ist der wichtigste Risikofaktor für Demenz. Entsprechend steigt die Prävalenz in höheren Altersgruppen deutlich an: bei den 80- bis 84-Jährigen liegt sie bei ca. 13 % und bei den über 90-Jährigen bei ca. 33 %. Bei gleich bleibenden Prävalenzraten werden in Deutschland aufgrund der weiterhin steigenden Lebenserwartung bis zum Jahr 2050 über zwei Millionen Menschen, also mehr als doppelt so viele wie heute, an Demenz erkrankt sein.

Demenz ist in höherem Alter die häufigste Ursache von Pflegebedürftigkeit. Die Betreuung von Demenzkranken ist nicht nur für pflegende Angehörige, sondern auch für professionelle Pflegekräfte eine anspruchsvolle Aufgabe. Neben der kognitiven Symptomatik (Gedächtnis- und Orientierungsverlust) und der fortschreitend eingeschränkten Bewältigung alltagspraktischer und im späteren Stadium auch alltäglicher Tätigkeiten (z. B. Toilettengang) treten oft Persönlichkeitsveränderungen, psychiatrische Symptome (Halluzinationen, Wahnvorstellungen), Störungen des Affekts (Depression, emotionale Labilität) und Verhaltensauffälligkeiten (aggressives Verhalten) auf.

Da Demenzerkrankungen in der Regel nicht heilbar sind, kommt der Pflege der Betroffenen eine besonders wichtige Rolle zu. Die moderne Pflege versucht, sich an den Bedürfnissen der Demenzkranken orientierend, kognitive Leistungen, die Funktionsfähigkeit im Alltag sowie die Lebensqualität möglichst lange aufrecht zu erhalten. Inhaltlich sind in den letzten Jahren verschiedene Ansätze in der Demenzpflege entstanden. Viele dieser Konzepte betreffen die Kommunikation zwischen Pflegenden und Demenzkranken und eine bestimmte Grundhaltung in der Interaktion von Pflegenden und Gepflegtem. Andere Konzepte fokussieren auf die Umgebungsgestaltung und wieder andere auf die sensorische Stimulation von Erkrankten. Der Übergang zwischen pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen ist fließend, da viele als „Therapie“ gekennzeichnete Maßnahmen von Pflegenden ausgeführt werden oder Teil der Umgebungsgestaltung eines pflegerischen Settings sind.

4.2 Fragestellungen

Es gibt derzeit keine einheitlichen Standards zur Beurteilung der Effektivität von pflegerischen Interventionen bei Patienten mit Demenzerkrankung. Untersucht werden in der Regel verschiedene Bereiche wie Kognition, Funktionsfähigkeit, Lebensqualität oder Sozialverhalten. Die klinische Fragestellung dieses Berichts zielt auf die vergleichende Bewertung hinsichtlich der in den jeweiligen Studien definierten Endpunkte der einbezogenen pflegerischen Intervention bei Demenzkranken. Die Fragestellung lautet: Wie ist die Evidenz für pflegerische Konzepte für Patienten mit Demenz hinsichtlich gebräuchlicher Endpunkte wie Kognition, Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, Sozialverhalten?

Für den ökonomischen Teil liegt die Frage nach der Kosten-Effektivität der betrachteten Interventionen im Zentrum der Betrachtung.

Weiterhin soll ein kurzer Überblick der derzeit diskutierten ethischen und sozialen Aspekte in der Pflege Demenzkranker gegeben werden.

Aus juristischer Sicht kommen auf die Pflegenden und Gepflegten nicht nur in finanzieller Hinsicht Änderungen aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (Pf-WG) zu. Weitere Fragen beschäftigen sich mit der Geschäftsfähigkeit bzw. der rechtlichen Vertretung oder auch mit der Deliktfähigkeit Dementer.

4.3 Methoden

Es wird eine systematische Literaturrecherche und eine Handrecherche durch die Autoren durchgeführt. Weiterhin werden Institutionen und Personen, die auf dem Gebiet der Pflege bei Demenz forschen, angeschrieben. Dabei erhebt die Recherche keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Eingeschlossen werden randomisiert kontrollierte Studien (RCT) mit mindestens 30 Teilnehmern zu folgenden Pflegekonzepten: Validation/emotionsorientierte Pflege, Ergotherapie, Sensorische Stimulation, Entspannungsverfahren, Realitätsorientierung und Reminiszenz. Die Studien müssen ab 1997

(für den ökonomischen Teil ab 1990) in deutscher oder englischer Sprache publiziert sein. Es gibt keine Einschränkungen hinsichtlich der untersuchten Endpunkte. Ausgeschlossen werden Studien mit weniger als 30 Patienten, und alle Interventionen, die in der Regel nicht von Pflegenden durchgeführt werden.

Die Auswahl der Studien erfolgt unabhängig voneinander durch zwei Wissenschaftler unter Beachtung der vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien.

4.4 Ergebnisse

Auf der Grundlage der definierten Suchbegriffe und der erfolgten Recherche werden 1.658 klinische Studien, 665 ökonomische und 35 ethische/juristische Studien identifiziert. Nach Durchsicht der Abstracts werden 287 medizinische und 213 ökonomische Texte identifiziert. Davon erfüllen letztlich 20 klinische und fünf ökonomische Veröffentlichungen die vorab definierten Einschlusskriterien.

Die 20 identifizierten klinischen Veröffentlichungen basieren auf 19 Studien. Von den 19 eingeschlossenen Studien stammen sieben aus den USA, je vier aus den Niederlanden und Großbritannien, je eine aus Italien, Kanada und China und eine Studie wurden in drei Ländern durchgeführt (Großbritannien, Niederlande, Schweden). Es liegen keine Studien aus Deutschland vor.

Inhaltlich befassen sich sieben Studien mit sensorischen Konzepten (darunter vier Studien mit Ansätzen die auf Snoezelen basieren, und je eine Studie zu Aromatherapie, Musik/Massage, und therapeutischem Berühren), fünf Studien mit ergotherapeutischen Ansätzen, drei Studien mit der Validation/emotionsorientierte Pflege, je zwei Studien mit Realitätsorientierung bzw. Reminiszenz, und eine Studie mit einem Entspannungsverfahren (Progressive Muskelentspannung).

Keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe berichten zwei von drei Studien zur Validation/emotionsorientierten Pflege, zwei von fünf Studien zur Ergotherapie, drei von sieben Studien zur sensorischen Stimulation, beide Studien zur Reminiszenz, und die Studie zur Entspannung. Von den verbleibenden zehn Studien berichten sieben teilweise positive Ergebnisse zugunsten der Intervention und drei Studien (Ergotherapie, Aromatherapie, Musik/Massage) berichten positive Effekte der Intervention hinsichtlich aller erhobenen Zielkriterien.

Sechs Veröffentlichungen berichten ökonomische Ergebnisse von Pflegemaßnahmen. Die Studien stammen aus Italien, Großbritannien, den USA und Deutschland. Die britische Studie berichtet Zusatzkosten von 16 GBP (24,03 Euro (2006)) pro Patient pro Woche für Beschäftigungstherapie, wobei sich keine signifikanten Unterschiede bei den klinischen Endpunkten ergeben. Auf die italienische Studie wird in zwei verschiedenen Publikationen Bezug genommen. Dabei werden inkrementelle Kosten von 24,30 USD (25,62 Euro (2006)) pro gewonnenen Mini-mental-state-examination-(MMSE)-Punkt pro Monat bzw. 1.380.000 ITL (506,21 Euro (2006)) pro gewonnenen MMSE-Punkt durch eine Realitätsorientierungstherapie angegeben. Die US-amerikanische und die deutsche Publikation berichten über Mischinterventionen. Bei ersterer werden die Zusatzkosten für ein Aktivitätsprogramm in Höhe von 1,13 USD (1,39 Euro (2006)) pro Tag pro Pflegebedürftigem berichtet. Durch die Mischintervention reduziert sich unter anderem die Wahrscheinlichkeit für Verhaltensstörungen. In der deutschen Publikation wird ein zeitlicher Mehraufwand von durchschnittlich 45 Minuten pro Tag pro Patient für die Betreuung mobiler Demenzpatienten berichtet.

4.5 Diskussion

Es gibt nur wenige methodisch angemessene Studien zu den in diesem Bericht berücksichtigten pflegerischen Konzepten für Demenzkranke. Die Studien haben überwiegend kleine Fallzahlen, und weisen eine erhebliche methodische Unterschiede auf. Heterogenität besteht hinsichtlich des Schweregrades der Demenz der Studienpopulation, des Umfangs und der Durchführungsweise der jeweiligen Interventionen, der gewählten Kontrollgruppen (Standardpflege oder alternative Intervention) sowie der Studiendauer. Es werden darüber hinaus eine Reihe verschiedener Zielkriterien erfasst und diese Erfassung erfolgt mit unterschiedlichen Fragebögen, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse weiter einschränkt. Diese methodische Heterogenität kann ein möglicher Grund sein für die erhebliche Heterogenität der Ergebnisse: in der Hälfte der eingeschlossenen Studien gibt es keine positiven Effekte der Intervention im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die andere Hälfte der Studien

berichtet zum Teil positive Effekte, diese positiven Effekte sind aber auf unterschiedliche Zielkriterien bezogen.

Die ökonomischen Studien sind methodisch und thematisch nicht dazu geeignet die aufgeworfenen Fragestellungen zu beantworten.

4.6 Ethische, soziale, juristische Aspekte

Im Zentrum der ethischen Diskussion steht die Selbstbestimmung von Demenzpatienten. Im Kontext von Studien wird darauf hingewiesen, dass eine Demenzdiagnose nicht zwingend bedeutet, dass die Betroffenen nicht autonom über eine Teilnahme entscheiden können. Die entsprechende Kompetenz muss für jeden Einzelfall berücksichtigt werden. Falls die Entscheidung zur Studienteilnahme von einem Vormund getroffen wird, sollte berücksichtigt werden, inwieweit sie die früheren Wertvorstellungen und Einstellungen des Betroffenen widerspiegelt. Darüber hinaus müssen in jeden Fall die möglichen Risiken einer Studienteilnahme gegen den möglichen Nutzen aufgewogen werden.

Im juristischen Bereich versucht die Regierung mit dem PfWG die finanzielle Lage und die Betreuung der Pflegenden und Gepflegten zu verbessern. Weitere Fragestellungen rechtlicher Natur betreffen die Geschäftsfähigkeit bzw. die rechtliche Vertretung sowie die Deliktfähigkeit von an Demenz erkrankten Personen. Demente dürften regelmäßig ab einem gewissen Stadium der Erkrankung geschäftsunfähig sein. Dann besteht die Möglichkeit der Vertretung durch eine, vom Demenzkranken privatrechtlich bevollmächtigte, Person, soweit diese Bevollmächtigung noch im Zustand der Geschäftsfähigkeit erfolgt. Alternativ wird vom Vormundschaftsgericht ein gesetzlicher Betreuer bestellt. Demenzkranke sind ab einem gewissen Krankheitsstadium nicht mehr deliktfähig und daher von der Haftung für durch sie angerichtete Schäden befreit. Daraus resultiert, dass das Schadensopfer oft völlig ohne Ersatz bleibt.

4.7 Schlussfolgerung

Basierend auf der derzeitigen Studienlage liegt für keines der untersuchten Pflegekonzepte ausreichende Evidenz vor. Das Fehlen von Evidenz bedeutet in diesem Kontext jedoch nicht zwingend, dass die untersuchten Konzepte unwirksam sind. Es bedarf vielmehr weiterer, methodisch adäquater, und idealerweise an die Bedingungen der Demenzpflege in Deutschland angepasster Studien. Dies gilt auch für die gesundheitsökonomische Bewertung der Pflegekonzepte.

5 Summary

5.1 Introduction

Approximately one million people in Germany currently suffer from dementia, which corresponds to a prevalence of 1.3 %. The strongest risk factor for dementia is age, and the prevalence of the illness rises substantially in older age groups, reaching approximately 13 % among 80- to 84-year-olds and approximately 33 % among persons older than 90. If these prevalence rates remain the same and current demographic trends continue, more than two million people – twice as many as today – will be suffering from dementia in Germany by the year 2050.

In the older population, dementia is the most frequent reason that people need long-term care. Providing care to individuals with dementia is a challenging task for family and professional caregivers alike. In addition to cognitive symptoms (loss of memory and orientation) and the progressive impairment of the ability to perform everyday and, in late stages, basic activities (e. g. using the toilet), persons with dementia often experience psychiatric symptoms (hallucinations, delusions), affective disorders (depression, emotional instability), and behavioural disturbances (aggressive behaviour).

Because most forms of dementia cannot be cured, the focus of treatment is to provide adequate care. Modern approaches attempt to focus on the needs of patients, such as helping them to maintain cognitive functioning, the ability to perform everyday tasks, and quality of life for as long as possible. In recent years, a variety of interventions to caring for dementia patients have been developed, many of which are based on the communication and interactions that take place between care givers and patients. Other concepts focus on environmental interventions or sensory stimulation. The distinction between nursing and therapeutic interventions is often blurry, since those that can be described as “therapy” are often performed by nursing staff or involve redesigning the care-setting.

5.2 Research questions

Currently there are no uniform standards for assessing the effectiveness of nursing interventions in patients with dementia. Most of the studies conducted to date have investigated areas such as cognition, functioning, quality of life, and social behaviour. Therefore, the objective of this health-technology assessment (HTA) is to perform a comparative evaluation of the different nursing interventions and their endpoints as described in the included studies. More specifically: what is the evidence on different approaches to the long-term usual care of patients with dementia in terms of common endpoints such as cognition, functioning, quality of life, and social behaviour?

For the economical part, the cost-effectiveness of the different interventions is evaluated.

In addition, this HTA aims to provide a brief overview of the ethical questions currently under discussion in the treatment of persons with dementia.

From a legal standpoint the situation of patients and usual care givers will be changed though the introduction of a new law, called “Pflege-Weiterentwicklungsgesetz”. Other questions concern the legal capacity and the capacity for delicts of people with dementia.

5.3 Methods

A systematic review of the literature and a hand-search by the authors are performed. Also institutions and persons doing research in the area of usual care for dementia were contacted. At the same time the search does not claim completeness. Randomised, controlled studies are included, if they have at least 30 participants and investigate one or more of the following approaches to the management of dementia: validation therapy/emotion-oriented usual care, ergotherapy, sensory stimulation, relaxation techniques, reality orientation therapy, and reminiscence therapy. Studies have to be published after 1996 (after 1989 for the economical part) in English or German. No restrictions are defined with regard to the endpoints under investigation. However, studies with less than 30 patients are excluded, as are any interventions that are not conducted chiefly by nursing staff. All studies are selected independently by two researchers according to predefined inclusion and exclusion criteria.

5.4 Results

Using a list of search terms, a total of 1,658 clinical, 665 economic and 35 ethical/legal studies are identified. Following a review of the abstracts, 287 of the former and 213 of the latter are marked as being potentially relevant. Of the 287 clinical studies, a total of 20 fulfills the predefined inclusion criteria and are included in the present HTA. Also five economical studies are included.

These 20 publications are based on 19 studies. Eight studies are conducted in the United States, four in the Netherlands, four in Great Britain, one in Italy, one in Canada, and one in China. One study is based on data from three different countries (i. e. Great Britain, the Netherlands, and Sweden). Of these 20 studies, three focused on validation therapy/emotion-oriented care, five on ergotherapy, seven on different kinds of sensory stimulation, two on reality orientation, two on reminiscence therapy, and one on a type of relaxation technique.

No significant differences are reported between the intervention and control groups in two of the three studies on validation therapy or emotion-oriented usual care, in two of the five studies on ergotherapy, in three of the seven studies on sensory stimulation, in both studies on reminiscence therapy, and in one study on relaxation. In the remaining ten studies, seven report some positive results in favour of the respective interventions, and three studies (ergotherapy, aroma therapy, and music/massage) report positive effects with respect to all of the measured endpoints.

Six publications present economic results for care-concepts. The studies originate from Italy, the United Kingdom, the USA and Germany. The British study reports additional costs of 16 GBP (24.03 Euro (2006)) per patient per week for occupational therapy, while there are no significant differences in the clinical endpoints. Two separate publications refer to the Italian study and report incremental costs of 24.30 USD (25.62 Euro (2006)) per MMSE-point gained per month and 1,380,000 ITL (506.21 Euro (2006)) per MMSE-point gained respectively. The publications from the USA and Germany focus on mixed interventions. The former reports the additional costs of an activity program (1.13 USD (1.39 Euro (2006)) per day per patient) and the latter an average of 45 additional minutes per day per patient spent for the care for mobile demented patients.

5.5 Discussion

Few of the studies on the nursing interventions considered in this report are methodologically robust. Most of the studies have a small number of participants and show substantial methodological differences. Heterogeneity results from differences in the severity of illness within and across study populations, in the extent and implementation of the various interventions, in the type of control groups (e. g. usual care or alternative intervention), and in study duration. Moreover, the studies assess a variety of endpoints using different questionnaires which limits the comparability of the results even further.

This heterogeneity in methodology may be the reason for the heterogeneity seen in the results: in half of the studies the interventions have no positive effects compared to the control group. The other half of the studies reported some positive effects, albeit with regard to different endpoints.

All of the economic studies are not suitable to answer the questions raised.

5.6 Ethical, social and legal considerations

Ethical considerations for patients with dementia focus on the autonomy of subjects, especially with respect to informed consent. A diagnosis of dementia does not necessarily preclude the competence for an informed consent. Because no specific methods for assessing competency in dementia have been established, it has to be considered on an individual basis. If the decision to participate in a study is made by a proxy, researchers have to ensure that this decision is based on prior values of the patient. Moreover, possible risks of participation in a study have to be weighted against possible benefits.

The legal situation in Germany has changed just recently. A law, called "Pflege-Weiterentwicklungsgesetz", is intended to improve not only the financial situation of but also the support for patients and usual care givers. Another legal question concerns the legal capacity respectively the legal

representation of people with dementia. Depending on the progress of the illness, people with dementia lose their capacity to legally represent themselves and therefore cannot for example sign binding contracts. In this case there are two possibilities: a judge assigns a legal guardian or the demented person appoints someone prior to losing the capacity for legal representation. Furthermore people with dementia will probably also lose their capacity for delicts. Therefore they cannot be held liable for their acts. If the person with dementia causes damages, it is possible, that the victims are not compensated.

5.7 Conclusion

The studies conducted to date do not provide sufficient evidence of efficacy for any of the nursing methods considered in the present HTA. Lack of evidence however, does not necessary imply a lack of efficacy, but rather points to the need for additional and methodologically robust studies. These studies should take into account the conditions of dementia care in Germany. This holds also for the healtheconomic evaluations of the chosen interventions.

6 Hauptdokument

6.1 Gesundheitspolitischer Hintergrund

Die demografische Entwicklung in Deutschland ist gekennzeichnet von einer absoluten Zunahme der Älteren (über 65-Jährigen) bei gleichzeitiger Abnahme der Gesamtbevölkerungszahl¹¹. Damit ist auch ein Anstieg der Demenzkranken vorhersehbar, da Demenz fast ausschließlich Personen betrifft, die älter als 65 Jahre sind. Unter der Annahme konstanter Prävalenzzahlen wird sich die Anzahl der Demenzkranken in Deutschland bis zum Jahr 2050 auf ca. zwei Mio. Betroffene verdoppeln¹¹. Vor diesem Hintergrund wird die pflegerische Versorgung der Dementen weiter an Bedeutung gewinnen, womit automatisch sowohl Effektivität als auch ökonomische Effizienz verschiedener Pflegemaßnahmen in den Fokus der Betrachtung rücken.

Diese demografische Entwicklung und die geschilderten zunehmenden Ausgaben für Pflegebedürftige reflektiert auch die aktuelle politische Diskussion. Ziel der Regierungsparteien ist es, dass die Pflegeversicherung durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) „den Herausforderungen der Zukunft gerecht“ wird¹⁵. Dabei erweisen sich der Wunsch nach einer Verbesserung der Pflegesituation Demenzkranker und die Anhebung der finanziellen Leistungen insbesondere im ambulanten Bereich als unstrittige Punkte der Pflegereform. Kritik an der bisherigen Gesetzeslage gilt dem Punkt, dass in der Pflegeversicherung nur auf die „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“⁴⁷ abgestellt wird und Aufwendungen z. B. für Betreuung oder auch Beaufsichtigung nicht berücksichtigt werden.

In Theorie und Praxis existieren viele verschiedene Pflegekonzepte (z. B. Realitätsorientierung, Aroma- und Musiktherapie), die unter anderem auch bei Demenzkranken Anwendung finden. Im Rahmen dieses Health Technology Assessments (HTA) werden daher der pflegerische Erfolg und wenn möglich, auch die Wirtschaftlichkeit alternativer Pflegekonzepte untersucht. Die dazu herangezogenen Studien werden hinsichtlich ihres Designs sowie ihrer methodischen Transparenz und Qualität bewertet. Auf der Grundlage der identifizierten Studien wird die Wirksamkeit und wenn möglich die Kosten-Effektivität der Alternativen beurteilt. Zusätzlich soll der aktuelle Forschungsstand aufgezeigt und falls notwendig weiterer Forschungsbedarf skizziert werden.

Bei der Finanzierung der Pflege ist die soziale Pflegeversicherung ein wichtiger Baustein zur Absicherung des Pflegerisikos der Bevölkerung. Seit der Einführung dieser fünften Säule der Sozialversicherung im Jahr 1995 sind deren Ausgaben kontinuierlich angestiegen. 2002 betragen die Ausgaben über 17 Mrd. Euro⁴⁹. Zusätzlich wurden 2002 noch rund 2,9 Mrd. Euro aus Mitteln der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege ausgezahlt⁴⁹. Allerdings wird auf diese Weise nur ein Bruchteil der gesamten Pflegekosten abgedeckt. Ein großer Teil der Kosten wird von den Betroffenen oder deren Angehörigen selbst getragen. Dies trifft insbesondere auf Patienten mit Demenz zu, wobei Demenz der häufigste Grund für Pflegebedürftigkeit ist und bei den über 80-Jährigen mehr als 35 % der Pflegefälle ausmacht⁴⁹.

6.2 Wissenschaftlicher Hintergrund

6.2.1 Demenzerkrankungen – Diagnose

Demenz ist ein Sammelbegriff für Krankheitsbilder, die mit einem Verlust von geistigen Funktionen (Denken, Erinnern, Orientierung und Verknüpfen von Denkinhalten) einhergehen und die dazu führen, dass alltägliche Aktivitäten nicht mehr eigenständig durchgeführt werden können. Der Begriff Demenz ist international in der International Statistical Classification of Diseases, 10th revision⁵⁰ (ICD-10) einheitlich definiert (Tabelle 1).

Tabelle 1: Diagnostische Leitkriterien für Demenz nach der International Statistical Classification of Diseases⁵⁰

1.	Abnahme des Gedächtnisses und anderer kognitiver Fähigkeiten, charakterisiert durch Verminderung der Urteilsfähigkeit und des Denkvermögens
2.	Keine Bewusstseinsbeeinträchtigung
3.	Verminderte Affektkontrolle mit mindestens einem der folgenden Merkmale: a. Emotionale Labilität b. Reizbarkeit c. Apathie d. Vergröberung des sozialen Verhaltens
4.	Dauer mindestens 6 Monate

Ein zweites Klassifikationssystem, das häufig in der Forschung eingesetzt wird, ist das Diagnostic statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV) der American Psychiatric Association². Im Gegensatz zu den ICD-Kriterien fehlt im DSM-IV die verminderte Affektkontrolle. Dafür müssen aber entweder Störungen der Sprache, Motorik, Agnosie oder verringertes Schlafbedürfnis vorhanden sein (Tabelle 2). Insgesamt ist im DSM-IV der Begriff der Demenz wesentlich weiter gefasst und das Zeitkriterium der ICD (sechs Monate) fehlt. Dieser Unterschied hat zur Folge, dass unter Zugrundelegung der ICD-10 weniger Demenzfälle diagnostiziert werden, als nach DSM-IV²¹.

Tabelle 2: Diagnostische Leitkriterien für Demenz nach DSM-IV nach Erkinjuntti²¹

1.	Mehrere kognitive Defizite, einschließlich Gedächtnisbeeinträchtigung und mindestens einer der folgenden Störungen: a. Aphasie – Störung der Sprache (verstehen und ausdrücken) b. Apraxie – beeinträchtigte Fähigkeit, trotz fehlender motorischer und sensorischer Beeinträchtigung motorische Aktivitäten auszuführen c. Agnosie – Unfähigkeit, insbesondere Personen zu identifizieren bzw. wiederzuerkennen d. Verringertes Schlafbedürfnis
2.	Kognitive Defizite verursachen eine signifikante Beeinträchtigung der sozialen und/oder beruflichen Funktionen
3.	Kognitive Defizite stellen eine deutliche Verschlechterung gegenüber einem früheren Leistungsniveau dar.
4.	Diese Defizite treten nicht ausschließlich während eines Delirs auf

Die Demenz wird in drei Schweregrade eingeteilt (Tabelle 3). Das Verhältnis der Prävalenz der drei Schweregrade zueinander wird in Studien mit ca. 3 : 4 : 3 angegeben⁸².

Tabelle 3: Demenzschweregrade nach Kurz⁴⁰

Schweregrade	Kognition	Lebensführung
Stadium 1	<ul style="list-style-type: none"> Störungen von Gedächtnis, Orientierung, Denkvermögen und Wortfindung Komplizierte tägliche Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen können nicht (mehr) ausgeführt werden 	Die selbstständige Lebensführung ist zwar eingeschränkt, ein unabhängiges Leben ist aber noch möglich.
Stadium 2	<ul style="list-style-type: none"> Orientierungslosigkeit, ausgeprägte Störungen der Sprache, Verblässen der Erinnerung Nur einfache Tätigkeiten werden beibehalten; andere werden nicht mehr vollständig oder angemessen ausgeführt 	Ein unabhängiges Leben ist nicht mehr möglich. Patienten sind auf fremde Hilfe angewiesen, eine selbstständige Lebensführung ist aber noch teilweise möglich.
Stadium 3	<ul style="list-style-type: none"> Hochgradiger geistiger Abbau, zunehmende Pflegebedürftigkeit und körperliche Symptome Es können keine Gedankengänge mehr nachvollziehbar kommuniziert werden 	Die selbstständige Lebensführung ist gänzlich aufgehoben.

6.2.2 Epidemiologie der Demenz

In Deutschland leiden derzeit ca. eine Mio. Menschen an einer Demenzerkrankung, was einer Prävalenzrate von ca. 1,3 % entspricht. Auf das Jahr 2002 bezogen, finden sich Schätzungen für die Prävalenz der Demenz in einer Spannweite zwischen 900.000 und 1,2 Mio Erkrankter^{11, 12}. Die hohe Streuung in den Schätzungen der Prävalenz ist vor allem auf den meistens progredienten Verlauf der Krankheit und die damit verbundene besonders in den frühen, leichten Stadien erschwerte Diagnostik zurückzuführen. Das Alter ist der Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer Demenz^{10, 11}. Die Patienten sind im Durchschnitt 80 Jahre oder älter⁸⁰. Die Prävalenzrate verdoppelt sich ab einem Alter von 65 Jahren nahezu alle fünf Lebensjahre, wobei bei den über 90-Jährigen dieser Zuwachs abflacht¹⁰. Mehrere Studien notieren eine Prävalenzrate von fast 60 % für über 95-Jährige⁸⁰.

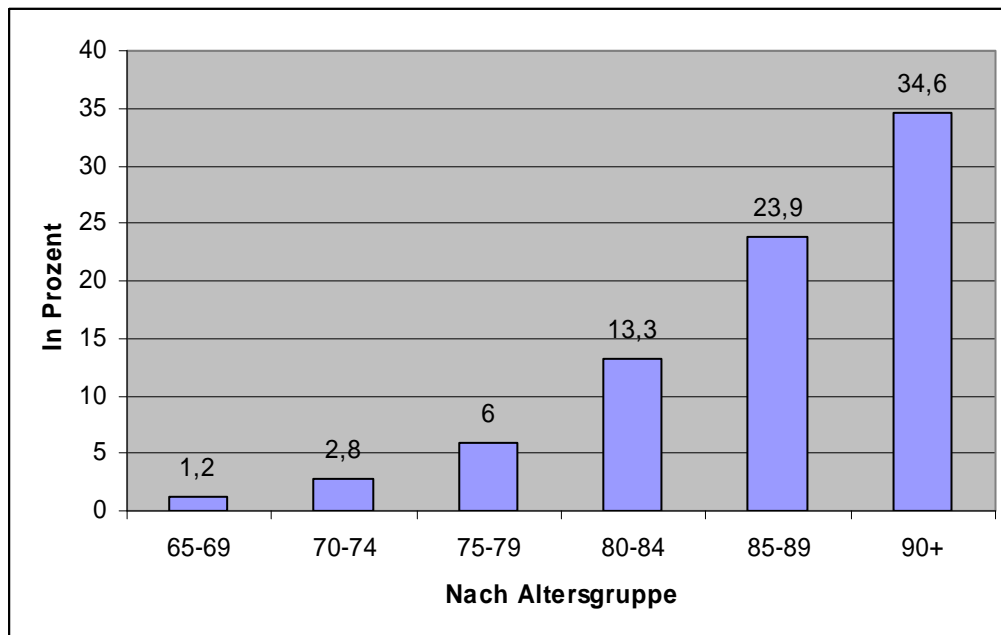


Abbildung 1: Prävalenzraten von Demenzerkrankungen in Deutschland (nach Bickel (2000)¹⁰)

Eigene Darstellung, nach Bickel (2000)¹⁰

Abbildung 1 zeigt die altersspezifische Prävalenz für Demenzerkrankungen. Gegenwärtig beträgt der Anteil von Personen mit Demenzsyndrom bei den 65- bis 69-Jährigen mehr als 1 %, bei den 80- bis 84-Jährigen ca. 13 % und bei den über 90-jährigen ca. 33 %. Der Durchschnitt für die Altersgruppe der über 65-Jährigen lag im Jahr 1996 nach Schätzungen zwischen 6 % und 8,7 %. Nach Bickel¹² wird für westliche Industrieländer eine Prävalenzrate bei über 65-Jährigen für schwere Stadien von 5 bis 8 % berichtet, wobei unter Einbeziehung auch leichter Stadien, Raten von über 10 % (durchschnittlich 6 % bis 9 %) dokumentiert werden. Bei den unter 65-Jährigen sind nach Schätzungen in Deutschland rund 20.000 Personen von Demenz betroffen, was rund 3 % der Gesamtkrankenzahl ausmacht¹². Bedingt durch die demografische Entwicklung wird die Zahl der Patienten mit Demenz zukünftig steigen. Eine Abschätzung dieser Zunahme ist Abbildung 2 zu entnehmen:

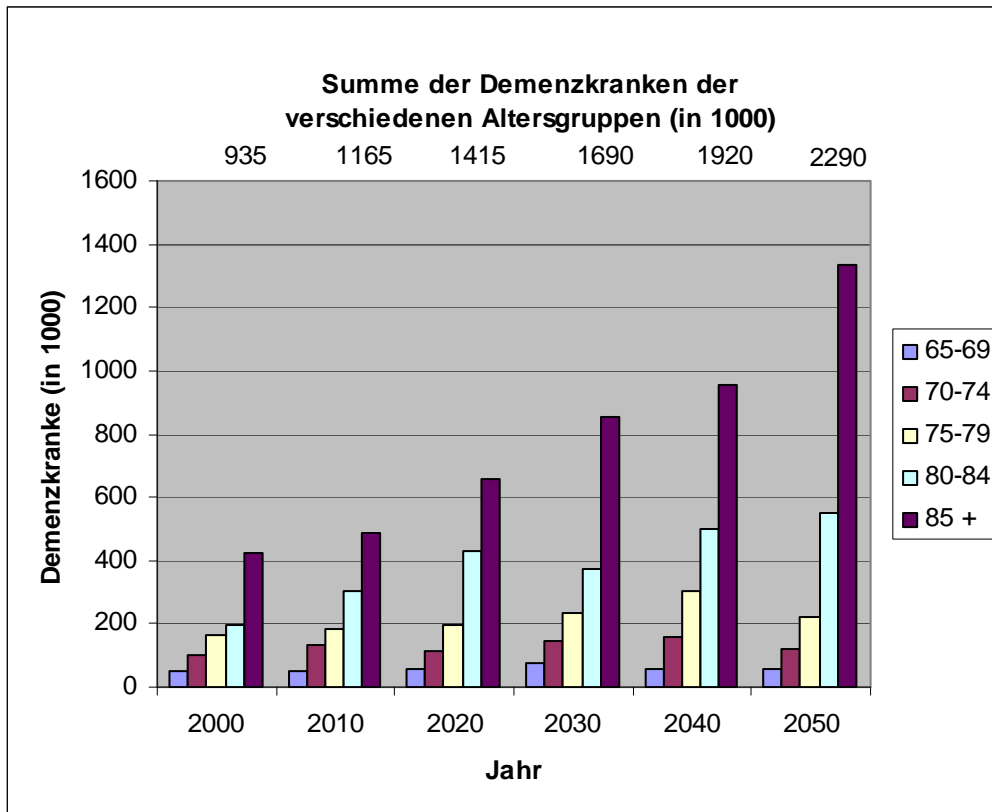


Abbildung 2: Schätzung der Veränderung der Zahl von Demenzkranken in Deutschland (nach Bickel (2005)¹²)

Eigene Darstellung, nach Bickel (2005)¹²

Die durchschnittliche Neuerkrankungsrate (Inzidenz) für die über 65-Jährigen liegt bei 1,4 % bis 2,4 %, wobei sie in Abhängigkeit vom Alter stark ansteigt¹² (Tabelle 4). So liegt sie z. B. bei den 65- bis 69-Jährigen bei ca. 0,4 % und steigt auf ca. 10 % bei den Hochbetagten an¹⁰. 1996 erkrankten ca. 190.000 bis 230.000 der über 65-Jährigen in Deutschland neu¹⁰. Bei den unter 65-Jährigen wird jährlich bei ca. 6.000 Personen erstmalig eine Demenz diagnostiziert.

Vor allem durch die generell höhere Lebenserwartung der Frauen sind ca. 70 % der Erkrankten weiblich, wobei die Erkrankungswahrscheinlichkeit geschlechtsunabhängig ist¹⁰. Anscheinend überleben Frauen auch länger mit einer Demenz, was wiederum deren Prävalenz erhöht¹². Der Hauptteil dieses Geschlechtsunterschieds liegt in der Prävalenz der Alzheimer-Krankheit begründet⁸².

Unter der Annahme konstanter Prävalenzraten werden in Deutschland aufgrund der weiterhin steigenden Lebenserwartung in Kombination mit der demografischen Entwicklung, bis 2050 über zwei Mio. Menschen, also mehr als doppelt so viele wie heute, an Demenz erkrankt sein¹¹.

Psychiatrische Erkrankungen, deren Hauptanteil die Demenzen ausmachen, sind schon heute für Frauen der wichtigste und für Männer der zweitwichtigste Grund für Pflegebedürftigkeit⁴⁹. Damit ist absehbar, dass die Demenzen zukünftig für einen noch größeren Anteil der Gesundheits- und insbesondere der Pflegeausgaben verantwortlich sein werden.

Tabelle 4: Altersspezifische Inzidenzraten von Demenzerkrankungen nach Metaanalysen in % pro Jahr (entnommen aus Bickel¹²)

Altersgruppe	Jorm und Jolley (1998) ³⁷	Gao et al. (1998) ²⁵	Fratiglioni et al. (2000) ²⁴
Gesamtrate*	3,20	1,60	1,40
65-69	0,91	0,33	0,24
70-74	1,76	0,84	0,55
75-79	3,33	1,82	1,60
80-84	5,99	3,36	3,05
85-89	10,41	5,33	4,86
90-94	17,98	7,29	7,02
95 und älter		8,68	

* Gesamtrate für die über 65-jährigen, bezogen auf die deutsche Altersstruktur zum Ende des Jahres 2002.

Das Morbiditätsrisiko ist die theoretische Erkrankungswahrscheinlichkeit, wenn ein vorheriger Tod durch andere Krankheiten ausgeschlossen wäre. Die Inzidenzdaten größerer Studien und Metaanalysen zugrundeliegend, schätzt Bickel¹² diese Rate für die Demenzerkrankung für Personen bis zum 70. Lebensjahr mit 2 %. Danach nimmt sie steil zu und liegt z. B. für 95-Jährige schon bei durchschnittlich 70 %¹².

6.2.3 Pflege von Patienten mit Demenzerkrankungen

Allgemeine Definition von Pflege

„Als Praxis unterstützt Pflege Individuen und Gruppen im Rahmen eines Problemlösungs- und Beziehungsprozesses bei der Bewältigung des Alltags und beim Umgang mit Bedürfnissen, bei der Erhaltung, Anpassung oder Wiederherstellung physischer, psychischer und sozialer Funktionen und beim Umgang mit existenziellen Erfahrungen. Dabei kommt der Gesundheitsförderung und dem Einbezug des Umfelds große Bedeutung zu. Die Rolle der Pflegenden lässt sich charakterisieren als die von fachkundigen, engagierten, interessierten und fürsorglichen BegleiterInnen.“

Aus: Sauter et al.⁶³

Demenz ist in höherem Alter die häufigste Ursache von Pflegebedürftigkeit. Bei der Pflege wird unterschieden zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege. Die emotionale Belastung der Angehörigen ist hoch, da sich die Persönlichkeit des Erkrankten verändert und häufig Verhaltensauffälligkeiten auftreten. Aufgrund dieser Belastung findet sich unter pflegenden Angehörigen von Demenzkranken eine erhöhte Prävalenz von körperlichen und psychischen Erkrankungen^{31, 67}. Pflegenden Angehörigen fehlen überdies überproportional häufig am Arbeitsplatz, müssen im Durchschnitt signifikante Einkommenseinbußen hinnehmen oder ihren Beruf womöglich ganz aufgeben⁴⁴.

Die häusliche Pflege Demenzkranker kann durch ambulante Pflegedienste unterstützt werden, deren Kosten von der Pflegeversicherung nach gutachterlicher Einstufung in eine der Pflegestufen teilweise übernommen werden. Zusätzlich kann die häusliche Pflege durch teilstationäre Einrichtungen ergänzt werden. Dazu zählen Tagesstätten, Tagespflegeeinrichtungen und Tageskliniken. Deren Leistungsspektrum umfasst überwiegend verschiedene Beschäftigungsangebote und zielt weniger auf grundpflegerische Hilfen ab. Vorrangiges Ziel ist es, pflegende Angehörige zu entlasten und die stationäre Unterbringung des Pflegebedürftigen zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern. Eine weitere Betreuungsform für demente Menschen stellen stationäre Einrichtungen, z. B. Alten- und Pflegeheime oder gerontopsychiatrische Wohngruppen, dar.

Die Betreuung von Demenzkranken ist nicht nur für pflegende Angehörige, sondern auch für professionelle Pflegekräfte eine anspruchsvolle und oft belastende Aufgabe. Neben der kognitiven Symptomatik (Gedächtnis- und Orientierungsverlust) und der fortschreitend eingeschränkten Bewältigung alltagspraktischer und im späteren Stadium auch alltäglicher Tätigkeiten (z. B. Toilettengang) treten oft Persönlichkeitsveränderungen, psychiatrische Symptome (Halluzinationen, Wahnvorstellungen), Störungen des Affekts (Depression, emotionale Labilität) und Verhaltensauffälligkeiten auf. Aggressive Verhaltensauffälligkeiten, wie z. B. Kratzen, Beißen, sich selbst und anderen Schaden

zufügen und sexuelle Avancen, aber auch weniger aggressive Verhaltensweisen, wie das endlose Wiederholen von Sätzen, das Verstecken oder „Horten“ von Gegenständen, „Weglaufendenzen“ sowie konstante Beschwerden stehen in direkter Beziehung zum Belastungserleben Pflegenden^{9, 68} und reflektieren emotionale Zustände bei den betroffenen Patienten. Im englischsprachigen Raum werden diese Symptome häufig unter dem Begriff „behavioural and psychological symptoms of dementia“ (BPSD) zusammengefasst.

Die medikamentöse Behandlung stößt bei diesen Symptomen an ihre Grenzen und die einseitige Fokussierung auf den Patienten als das „Problem“ wird zunehmend in Frage gestellt. Die moderne Pflege versucht, sich an den Bedürfnissen der Demenzkranken zu orientieren. Sofern Verhaltensauffälligkeiten (auch: „herausforderndes Verhalten“) als Folge von Überforderungen durch eine gegebene soziale und räumliche Umgebung entstehen, wird versucht die Umgebungsgestaltung und Kommunikation entsprechend den kognitiven Fähigkeiten und individuellen Bedürfnissen der Patienten zu verbessern. Die modernen Pflegekonzepte haben die Gemeinsamkeit, dass sie sich als „personenzentrierte Pflege“ verstehen, die auf die emotionalen Bedürfnisse demenzkranker Patienten besonders eingeht, sie im Verlauf beobachtet, reflektiert und ihnen adäquat und wertschätzend begegnet. Ziel ist die bestmögliche Förderung und Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls und des emotionalen Wohlbefindens der Patienten, sowie die Reduktion „herausfordernder Verhaltensweisen“.

Betreuungskonzepte für Personen mit Demenz fokussieren auf deren Bedürfnissen. Viele dieser Konzepte betreffen die Kommunikation zwischen Pflegenden und Demenzkranken und eine bestimmte Grundhaltung in der Interaktion. Andere betreffen die Umgebungsgestaltung und wieder andere sind am ehesten als Verhaltensstrategien anzusehen. Auch in der Erfassung von Erfolgsmaßen von pflegerischen Interventionen hat es innovative Entwicklungen gegeben. Zu erwähnen sind hier zum einen die Entwicklung eines demenzspezifischen Lebensqualitätsinstrumentes (DEMQOL)⁶⁹, das sowohl die Perspektive der betroffenen Patienten als auch der pflegenden Angehörigen berücksichtigt, und zum anderen das so genannte Dementia-Care-Mapping-Verfahren. Letzteres ist ein Beobachtungsverfahren zur Evaluation und Qualitätssteigerung des Pflegeprozesses, das auch in der Forschung zur Evaluation von Maßnahmen eingesetzt wird¹³.

Pflegerische Konzepte vereinen eine Vielzahl von umgebungsgestalterischen und personenzentrierten Maßnahmen, die in dem vorliegenden Bericht hinsichtlich ihrer Effektivität evaluiert werden sollen.

6.2.4 Sozioökonomischer Hintergrund

Obwohl Gedächtnis- und Orientierungsstörungen als Krankheiten oder Behinderungen im Sinn der Pflegeversicherung anerkannt werden, wird derzeit nur der pflegerische (zeitliche) Aufwand berücksichtigt, der im Zusammenhang mit den so genannten Verrichtungen des täglichen Lebens – wie Waschen, Essen oder Mobilität – entsteht. Also wird im Sinne der Pflegeversicherung nur auf die wirklich essentiellen Bedürfnisse abgestellt. Je nach zeitlichem Aufwand, der für diese „Grundpflege“, also Hilfestellung beim Verrichten dieser notwendigen Alltagsaktivitäten, benötigt wird, werden in Deutschland drei gesetzliche Pflegestufen unterschieden (Pflegestufe I: unter anderem mindestens 45 Minuten Grundpflege, Pflegestufe II: unter anderem mindestens zwei Stunden Grundpflege, Pflegestufe III: unter anderem mindestens vier Stunden Grundpflege)⁴⁹.

Demenzkranke im fortgeschrittenen Stadium haben allerdings ein enormes Bewegungsbedürfnis und sind sehr mobil. Der sich daraus ergebende, zum Teil erhebliche Mehraufwand für die allgemeine Betreuung und Rund-um-die-Uhr-Beaufsichtigung, geht dagegen nicht in die Feststellung des Hilfebedarfs und der Pflege-Einstufung ein. Als Konsequenz ergibt sich, dass die finanzielle Belastung, vor allem bei leichten Demenzen, überwiegend von den Betroffenen selbst bzw. deren Angehörigen getragen wird. Weiterhin werden zukünftig die Belastungen der kommunalen Gebietskörperschaften zunehmen, da es immer mehr kinderlose oder allein lebende Menschen geben wird, die bei einer Demenzerkrankung auf fremde Hilfe und bei Fortschreiten der Krankheit auf einen stationären Pflegeplatz angewiesen sind. Obwohl gerade die vollstationäre Pflege häufig privatwirtschaftlich bzw. frei-gemeinnützig betrieben wird, kommt auf die Kommunen ein nicht zu unterschätzender Aufwand in der Bereitsstellung bzw. Planung der notwendigen Infrastruktur sowie in der (Co-)Finanzierung der langjährigen Heimunterbringung zu, für die sie aufkommen müssen, soweit das Privatvermögen der Betroffenen aufgebraucht ist⁴⁹.

Bezogen auf die vollstationäre Pflege, unabhängig von einer vorhandenen Demenzerkrankung, haben die Betroffenen für Kosten in Form von pflegestufenabhängigen Pflegesätzen aufzukommen. Zusätzlich fallen noch Kosten für Unterkunft, Verpflegung und evtl. gesondert auszuweisende Investitionen an¹⁴. Die Ergebnisse einer Infratest-Heimerhebung können in Tabelle 5 abgelesen werden. Dabei umfasst Pflegestufe null Personen, die die Voraussetzungen für Pflegestufe I nicht erfüllen, aber trotzdem der Pflege bedürfen.

Tabelle 5: Durchschnittliche Höhe der Pflegesätze in Alteneinrichtungen in Deutschland und Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (in Euro pro Monat)

	Bund	West	Ost	Gesetzliche Pflegeversicherung
Durchschnittliche Kostensätze				
Pflegestufe 0	941	970	728	
Pflegestufe I	1.153	1.406	1.074	1.023
Pflegestufe II	1.754	1.820	1.412	1.279
Pflegestufe III	2.178	2.243	1.833	1.432 (geplant: 1.550)
Zuzüglich				
Unterkunft und Verpflegung	597	622	467	
Investitionskosten (sofern berechnet)	376	399	244	
Zusatzleistungen (sofern berechnet)	217	220	203	

Eigene Darstellung, Daten entnommen aus „Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005“¹⁴
(Basis: Vollstationäre Alteneinrichtungen in Deutschland - hochgerechnet zum Jahresende 2005
(in Euro pro Monat, gerundete Mittelwerte))

Wie sich zeigt, übersteigen diese durchschnittlichen Pflegesätze in allen Pflegestufen die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Ca. 36 % (West: 38 %, Ost: 27 %) der pflegebedürftigen Heimbewohner müssen daher Sozialhilfe in Anspruch nehmen¹⁴. Die Regierungskoalition hat sich vor diesem Hintergrund im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (Pf-WG) neben anderen Maßnahmen auch auf die erstmalige, stufenweise bis 2012 Erhöhung der Zahlungen für stationäre Sachleistungen in der Pflegestufe III auf 1.550 Euro (in Härtefällen von 1.688 Euro auf 1.918 Euro) geeinigt¹⁵. Die geplanten Veränderungen für die Pflegesätze gibt Tabelle 6 wieder.

Tabelle 6: Pflegesätze nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (in Euro pro Monat)

	2007	2008	2010	2012
Ambulant				
Pflegestufe I	384	420	440	450
Pflegestufe II	921	980	1.040	1.100
Pflegestufe III	1.432	1.470	1.510	1.550
Härtefall	1.918	Keine Veränderung		
Stationär				
Pflegestufe I	1.023	Keine Veränderung		
Pflegestufe II	1.279	Keine Veränderung		
Pflegestufe III	1.432	1.470	1.510	1.550
Härtefall	1.688	1.750	1.825	1.918
Pflegegeld				
Pflegestufe I	205	215	225	235
Pflegestufe II	410	420	430	440
Pflegestufe III	665	675	685	700

Eigene Darstellung nach Bundesministerium für Gesundheit¹⁶

Im weiteren Verlauf ist vorgesehen diese Beträge automatisch alle drei Jahre anzuheben⁵¹. Weiterhin sollen der Betreuungsbetrag für Menschen mit „eingeschränkter Alltagskompetenz“, der nun auch Pflegebedürftigen in der Pflegestufe 0 zugänglich ist, von 460 Euro auf maximal 2.400 Euro jährlich

erhöht werden⁵¹. Im Bereich der ambulanten Pflege ist unter anderem die Einführung einer Pflegezeit für die Angehörigen und im Bereich der stationären Pflege ein monetärer Anreiz zur aktivierenden Pflege und Rehabilitation realisiert⁵¹. Vollstationäre Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen haben ein Anrecht auf zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal für betreuungsintensive Heimbewohner, was von den Pflegekassen zu finanzieren ist. Dafür werden zusätzlich rund 200 Mio. Euro aufgewendet.

Mit einem geschätzten Anteil an den Gesamtkosten von bis zu 66 % sind die indirekten Kosten, die vor allem bei den betreuenden Angehörigen in Form von Betreuungsaufwand anfallen, der wichtigste Kostenfaktor¹¹. Da Demenzen meistens erst im Alter auftreten, wird angenommen, dass durch den Arbeitsausfall der Erkrankten selbst kaum indirekte Kosten entstehen³⁶. Von den direkten Kosten wiederum, entfallen 50 % bis 70 % auf die kostenintensive stationäre Betreuung, in der hauptsächlich hohe Schweregrade versorgt werden¹¹.

Im Anfangsstadium werden viele Betroffene noch von Angehörigen gepflegt, müssen dann aber im weiteren Krankheitsverlauf meistens (nach Schätzungen bis zu 80 % der Betroffenen) der vollstationären Pflege anvertraut werden¹¹. Dies sind die beiden größten Kostenblöcke¹¹. Zwischen Schweregrad und Gesamtkosten besteht ein positiver Zusammenhang⁸².

Leider existieren für Deutschland keine aktuellen Krankheitskostenstudien. Schulenburg et al.⁶⁶ und Hallauer et al.³⁴ führen für das Krankheitsbild der Alzheimer-Demenz Kostenanalysen durch. Schulenburg et al. berechnen für das Bezugsjahr 1994 bei einem Mini-Mental-State-Examination-(MMSE)-Wert von 30 bis 26 direkte Behandlungskosten in Höhe von 1.337 USD (1.449,60 Euro (2006)) zuzüglich Kosten der professionellen Pflege von 381 USD (413,09 Euro (2006)) pro Patient. Bei schwersten Fällen von Demenz (MMSE unter elf) fallen direkte jährliche Behandlungskosten in Höhe von 1.568 USD (1.700,06 Euro (2006)) zuzüglich Kosten der professionellen Pflege von 23.571 USD (25.556,12 Euro (2006)) an⁷⁸. Hallauer berücksichtigt zusätzlich die indirekten Kosten und damit vor allem auch die Kosten der pflegenden Angehörigen. Er zeigt insbesondere die Verteilung der Kosten im Jahr 1998 auf die wichtigsten Kostenträger. Demnach entfallen von den durchschnittlichen Jahreskosten von 43.767 Euro lediglich 2,5 % auf die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Die soziale Pflegeversicherung dahingegen trägt einen Anteil von 29,6 %. Der Hauptteil von ca. 67,9 % wird jedoch von den pflegenden Angehörigen getragen⁷⁸. Etwa 27.700 Euro bzw. 61 % der Gesamtkosten machen die nicht monetär wirksamen Kosten (indirekten Kosten) für die Pflege durch die Angehörigen aus. Hallauer unterteilt die Patienten weiterhin nach Schweregraden in vier Gruppen und bestätigt, dass die Gesamtkosten der Alzheimer-Demenz abhängig vom Schweregrad sind³⁴. Die Kosten steigen von ca. 5.100 Euro im leichten Stadium, über 12.780 Euro und 45.000 Euro auf bis zu 92.000 Euro pro Jahr im späten Stadium an⁷⁸.

Kern et al.³⁹ schließen in ihrer Berechnung alle Demenzen ein. Ihre Ergebnisse beziehen sich auf das Jahr 1993. Für die Pflege von 1,14 bis 1,54 Mio. Patienten fallen demnach direkte Gesamtkosten in Höhe von 15,5 bis 21 Mrd. DM (9,7 bis 13,1 Mrd. Euro (2006)) an³⁹. Die direkten Pflegekosten pro Person belaufen sich auf durchschnittlich 8.300 Euro pro Jahr, die indirekten auf durchschnittlich rund 21.000 Euro pro Jahr und Person³⁶. So belaufen sich die gesamten indirekten Pflegekosten bezogen auf 1993 auf 19,9 bis 27,0 Mrd. Euro. Die Opportunitätskosten (Kosten der durch die Pflege nicht realisierten alternativen Zeitverwendung z. B. abhängige Arbeit) der pflegenden Angehörigen machen 72 % der Gesamtkosten aus³⁶. Dabei wurde die durchschnittliche tägliche Pflegedauer mit 6,3 Stunden angegeben und der Stundenlohn mit 9 Euro angesetzt³⁶.

Nach Hessel et al.³⁶ ergeben sich durch eine Kombination obiger Berechnungen für Deutschland Gesamtpflegekosten für das Jahr 1999 von 33,86 Mrd. Euro (bzw. 30.128 Euro pro Person). Hallauer et al.³³ berechnet als gesamte direkte Kosten für das Jahr 2000 Kosten in Höhe von 18 Mrd. Euro⁸⁰.

Aus einer anderen Perspektive kann aber auch Interesse an den demenzbedingten Kosten bestehen, die zusätzlich zum durchschnittlichen Altersbedarf anfallen. Nach Bickel 2001¹¹ lassen sich, auf Basis einer kanadischen Studie, folgende Schätzungen als Untergrenze der Zusatzkosten durch Demenz angeben: Im Durchschnitt fallen pro Patient und Jahr ca. 14.000 CAD (Basis 1991)(12.965,19 Euro (2006)) zusätzlich an, wobei die Pflegeversorgung im häuslichen Bereich mit 10.000 CAD (9.260,85 Euro (2006)) und im stationären Bereich mit 19100 CAD (17.688,22 Euro (2006)) zu Buche schlägt¹¹.

6.2.5 Pflegerische Versorgungskonzepte für Demenzkranke

Hinsichtlich des Aufgabenbereichs von Pflegekräften im Rahmen der Versorgung von Demenzkranken besteht eine erhebliche Heterogenität. Dies beginnt bei der mangelnden Abgrenzung von pflegerischen und therapeutischen Interventionen: der Übergang zwischen Pflege und therapeutischen Maßnahmen ist fließend, da viele als Therapie gekennzeichnete Maßnahmen von Pflegenden ausgeführt werden oder umgekehrt therapeutische Maßnahmen Teil der Umgebungsgestaltung eines pflegerischen Settings sind (z. B. Musik-, Aromatherapie). Weiterhin sind die Aufgabenbereiche von Pflegekräften sowohl international unterschiedlich als auch innerhalb Deutschlands vom jeweiligen Ausbildungsstand der Pflegenden abhängig. Darüber hinaus sind einzelne Pflegekonzepte nicht klar voneinander abgegrenzt bzw. umfassen verschiedene pflegerische Ansätze.

Die Auswahl der konzeptuellen Ansätze, die in diesem HTA untersucht werden sollen, erfolgt daher zunächst auf Basis systematischer Übersichtsarbeiten und Metaanalysen^{3, 18, 30, 32, 35, 61, 68}. Die am häufigsten eingesetzten pflegerischen Konzepte für Demenzkranke lassen sich danach folgenden Verfahren zuordnen: sensorische Stimulation (mit Snoezelen und Aromatherapie), Realitätsorientierung, Reminiszenztherapie, Validation, und umweltbezogene Maßnahmen (Ergotherapie) (Tabelle 7)⁴². Explizit ausgeschlossen werden hingegen Konzepte, die nicht von Pflegekräften durchgeführt werden sondern z. B. von Angehörigen, Psychotherapeuten, Musiktherapeuten oder Ärzten.

Tabelle 7: Ausgewählte Konzepte in der Demenzpflege

Pflegerisches Konzept	Kurzbeschreibung
(Multi-) Sensorische Stimulation (Snoezelen)	Bei der multisensorischen Stimulation handelt es sich um eine Technik, die sanfte sensorische Reize (visuelle, auditive, taktile, olfaktorische Reize) mit Entspannung verbindet. In einer harmonisch gestalteten Umgebung soll so sensorische Deprivation vermieden, Stressreduktion gefördert und aggressive Verhaltensweisen abgebaut werden. Es werden keinerlei körperliche oder intellektuelle Anforderungen an den Patienten gestellt. Das Konzept der multisensorischen Stimulation ist aus dem Snoezelen hervorgegangen. Beim Snoezelen wird mit speziell ausgestatteten Räumen gearbeitet, die die sensorische Stimulation gezielt fördern sollen. Mit Formen sensorischer Stimulation arbeiten auch andere Ansätze, in der Regel weniger umfassend, z. B. durch Berührungen, Töne (Musik). Sofern diese Ansätze nicht einen eigenständigen therapeutischen Ansatz (mit entsprechender formaler Ausbildung) erfordern (wie z. B. Musiktherapie) werden sie für diesen Bericht ebenfalls berücksichtigt.
Aromatherapie	Die Aromatherapie verfolgt ebenfalls einen sensorischen Ansatz. Dabei werden ätherische Öle als Massageöl, Badezusatz oder Raumduft verwendet. Angenommen werden heilende Beeinflussung der Aromatherapie in den Bereichen Stressreduktion, Förderung erholsamen Schlafes, Schmerzentlastung und Beeinflussung der Symptomatik depressiver Erkrankungen. Als einzelnes Element wird die Aromatherapie auch im Kontext eines multisensorischen Ansatzes benutzt.
Realitätsorientierung	Die Realitätsorientierung fokussiert auf die Memorierung von Informationen und die Orientierung zu Raum, Zeit und Personen. Der Grundgedanke ist, dem Patienten zu ermöglichen, das Umfeld besser wahrzunehmen und daraus resultierend, mehr Selbstkontrolle und Selbstvertrauen zu entwickeln. Die Pflegepersonen involvieren die Patienten in realitätsorientierte Kommunikation während möglichst jeden Kontaktes. Darüber hinaus können zu festgelegten Zeiten Übungen zur Realitätsorientierung durchgeführt werden, in deren Rahmen sich die Patienten z. B. mit realitätsbezogenen Informationen beschäftigen (Datum, Wetter, Name der nächsten Mahlzeit etc).
Reminiszenztherapie	Die Reminiszenztherapie basiert teilweise auf der älteren Realitätsorientierung. Bei der Reminiszenztherapie wird die Biografie des Patienten thematisiert. Neben Gesprächen kommen dabei als Hilfsmittel Fotografien, Gegenstände aus der Vergangenheit, oder auch Musik zum Einsatz. Die Anwendung kann sowohl individuell als auch in Gruppen erfolgen.

Fortsetzung Tabelle 7: Ausgewählte Konzepte in der Demenzpflege

Pflegerisches Konzept	Kurzbeschreibung
Validation (emotionsorientierte Pflege)	Die Validation ist ein Prozess der verbalen und nicht-verbalen Kommunikation. Die Umgebungswahrnehmung und die Gefühle des Patienten mit Demenz werden nicht korrigiert, sondern urteilsfrei respektiert und bestätigt (validiert). Ziele sind unter anderem Steigerung des Selbstwertgefühls, Stressreduktion, Verbesserung von Kommunikationsfähigkeiten. Die emotionsorientierte Pflege ist eine Kombination verschiedener pflegerischer Konzepte mit der Validation als Kernkonzept, ergänzt durch Aspekte der sensorischen Stimulation und Reminiszenztherapie.
Ergotherapie	Im Zentrum ergotherapeutischer Ansätze steht die Bewältigung von Aktivitäten des täglichen Lebens wie Ankleiden, Toilettennutzung, Treppensteigen oder Baden. Eine Adaptation räumlicher und sozialer Umweltgegebenheiten an die abnehmenden Fähigkeiten einer Person mit Demenz ist wesentlicher Bestandteil der Maßnahmen. Zum Beispiel können Erinnerungshilfen wie Zettel und visuelle Hinweise in die häusliche Umgebung eingebaut, und unnötige und verletzungsgefährdende Gegenstände entfernt werden. Ein weiterer Bestandteil ist die Strukturierung des Alltags mit festen Zeiten für Mahlzeiten, Pflegeverrichtungen und sich wiederholenden Freizeitaktivitäten.
Entspannungsverfahren	Entspannungsverfahren ist der Oberbegriff für eine Reihe verschiedener Techniken zu Stressreduktion und Entspannung. Häufig verwendete Verfahren sind das autogene Training oder die Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen. Das autogene Training ist eine Methode der Selbstbeeinflussung mit dem letztlichen Ziel, Entspannungszustände bewusst zu erzeugen. Die Progressive Muskelentspannung arbeitet mit An- und Entspannung bestimmter Körperpartien, wodurch ein Zustand der Entspannung erreicht werden soll.

6.3 Forschungsfragen

6.3.1 Klinische Fragestellungen

Es gibt derzeit keine einheitlichen Standards zur Beurteilung der Effektivität von pflegerischen Interventionen bei Patienten mit Demenzerkrankung. Untersucht werden in der Regel verschiedene Bereiche wie Kognition, Lebensqualität, Agitation, Sozialverhalten, Lebensqualität. Diese Bereiche werden mit Fragebögen bzw. Beobachtungen erfasst. Die klinische Fragestellung dieses Berichts zielt auf die vergleichende Bewertung hinsichtlich der in den jeweiligen Studien definierten Endpunkte der einbezogenen pflegerischen Intervention bei Demenz.

- Wie ist die Wirksamkeit pflegerischer Versorgungskonzepte für Patienten mit Demenz hinsichtlich gebräuchlicher Endpunkte wie Lebensqualität, Funktionsfähigkeit, Sozialverhalten?

Die Ergebnisse zur Wirksamkeit ausgewählter (in Deutschland bekannt und verbreitet) pflegerischer Versorgungskonzepte für Patienten mit Demenz werden im Überblick in Kapitel 6.5.2.2 beantwortet.

6.3.2 Ökonomische Fragestellungen

Die ökonomischen Fragestellungen zielen auf die vergleichende Bewertung der ökonomischen Folgen der einbezogenen pflegerischen Intervention bei Demenz.

- Wie ist die Kosten-Effektivität der betrachteten Einzelmaßnahmen zu bewerten?
- Lassen sich gesundheitsökonomische Kriterien für die Auswahl eines Pflegekonzepts oder einer Kombination mehrerer Konzepte heranziehen?
- Können die bisher vorliegenden Informationen zur Kosten-Effektivität Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen sein und welche budgetären Effekte ergeben sich dann daraus?

6.3.3 Ethische, juristische, soziale Fragestellungen

Folgenden Fragestellungen soll in diesen Bereichen nachgegangen werden:

- Welche ethischen Aspekte sind zu berücksichtigen?
- Lassen sich aus den ethischen Überlegungen Schlüsse für die Anwendung der pflegerischen Interventionen bei demenzkranken Patienten in der Praxis ziehen?
- Welche Änderungen ergeben sich aus dem Pf-WG?
- Welche juristischen Aspekte sind zu berücksichtigen, z. B.
 - Wie sind die gesetzlichen Regelungen zur Geschäftsfähigkeit und zur Vertretung Dementer?
 - Was ist bzgl. der Deliktfähigkeit von Personen mit Demenz zu beachten?
- Welche sozialen Aspekte werden in der Literatur diskutiert?

6.4 Methodik

6.4.1 Ein- und Ausschlusskriterien zur Bewertung der Rechercheergebnisse

Es werden weltweit eine Vielzahl professioneller und semi-professioneller Ansätze zur pflegerischen Versorgung von Demenzkranken eingesetzt. Die in den folgenden Kriterien getroffene Auswahl soll die für die deutsche Praxis bedeutensten Ansätze widerspiegeln. Diese werden im Vorlauf mit geeigneten kompetenten Fachpersonen festgelegt.

Es werden Studien eingeschlossen, die folgende Kriterien erfüllen:

- Studien zu in Deutschland von Pflegekräften eingesetzten Konzepten: sensorische Stimulation, Realitätsorientierung, Reminiszenz, Validation, emotionsorientierte Pflege, Ergotherapie, Entspannungsverfahren (aufgrund der inhaltlichen Überschneidungen zwischen verschiedenen pflegerischen Konzepten wird eine umfassende Suchstrategie gewählt, die im ersten Schritt keine Einschränkungen hinsichtlich der ausgewählten Pflegekonzepte macht),
- Randomisierte kontrollierte Studien (d. h. Studien mit dem höchsten Evidenzgrad), bzw. Studien der bestverfügbaren Evidenz, wobei zumindest das methodische Niveau von Kohorten- bzw. Fall-Kontrollstudien vorliegen muss.
- Englisch- oder deutschsprachige Studien,
- Ab 1997 publiziert (für ökonomische Studien ab 1990)
- Endpunkte an Patienten mit Demenz erhoben,
- Ohne Einschränkungen hinsichtlich der Art der untersuchten Endpunkte,
- Ohne Einschränkung der Organisation der Pflege (ambulant, teilstationär, stationär).

Ausgeschlossen werden:

- Studien, die vor 1997 veröffentlicht wurden (vor 1990 für ökonomische Studien),
- Einzelfallstudien mit weniger als 30 Personen,
- Studien, die nur als Dissertation vorliegen,
- Interventionen, die überwiegend von nicht-pflegerischen Berufsgruppen durchgeführt werden (z. B. kognitive Therapien, Physiotherapie),
- Studien zur Psychoedukation und generellem Training von Pflegenden,
- Interventionen, die auf Endpunkte bei pflegenden Angehörigen Demenzkranker abzielen,
- Doppelt gefundene Publikationen,
- Fallbeschreibungen (Case Reports),
- Tierexperimentelle Studien,
- Studien die ausschließlich pharmakotherapeutische Interventionen evaluieren.

6.4.2 Methodik der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfolgte nach drei unterschiedlichen Ansätzen:

- Systematische elektronische Datenbankrecherche
- Handrecherche durch die Autoren
- Anschreiben von Forschungseinrichtungen

Die Recherche erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

6.4.2.1 Systematische Datenbankrecherche

Um eine Beurteilung der verschiedenen pflegerischen Verfahren anhand der aktuellen Literatur durchführen zu können, wurde auf Grundlage der Suchbegriffe und der Recherchestrategie am 02.03.2007 vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die elektronische Literaturrecherche in folgenden DIMDI-eigenen Datenbanken durchgeführt:

- NHS-CRD-HTA (INAHTA), DAHTA-Datenbank (DAHTA), NHS economic evaluation database (NHSEED), NHS-CRD-DARE (CDAR94), Cochrane library (CDSR93), MEDLINE (ME90), EMBASE (EM90), AMED (CB85); BIOSIS Previews (BA00); MEDIKAT (MK77); Cochrane Library Central (CCTR93), German Medical Science (GA03), SOMED (SM78), CAB Abstracts (CV72), Index to Scientific and Technical Proceedings (II78), ETHMED (ED93), GLOBAL Health (AZ72), Deutsches Ärzteblatt (AR96), EMBASE Alert (EA08), SciSearch (IS00), CCMed (CC00), Social SciSearch (IN00), Karger Verlagsdatenbank (KR03), Kluwer Verlagsdatenbank (KL97), Springer Verlagsdatenbank (SP97), Springer Verlagsdatenbank PrePrint (SPPP), Thieme-Verlagsdatenbank (TV01), GeroLit (GE79), HECLINET (HN69), PsycINFO (PI67), PSYNDEX (PY81)

Für Angaben zur exakten Recherchestrategie und den Suchbegriffen siehe Anhang 8.1 und 8.2.

6.4.2.2 Handrecherche

Neben der systematischen Literaturrecherche im Auftrag des DIMDI wurde von den Autoren eine Handrecherche nach den genannten Kriterien durchgeführt. Ziel war die Identifizierung weiterer relevanter Literatur zur pflegerischen Versorgung Demenzkranker.

6.4.2.3 Anschreiben

Auf Basis einer Internetrecherche der Autoren werden folgende Personen und Institutionen identifiziert und bezüglich unveröffentlichter klinischer oder ökonomischer Studien angeschrieben:

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., Selbsthilfe Demenz, Friedrichstraße 236, 10969 Berlin
- Deutsches Zentrum für Altersfragen, Manfred-von-Richthofenstraße 2, 12101 Berlin
- Dr. Oliver Peters, „Kompetenznetz Demenzen“, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, J 5, 68159 Mannheim
- Kuratorium Deutsche Altershilfe, Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V., An der Pauluskirche 3, 50677 Köln
- Prof. Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Evangelisches Geriatriezentrum Berlin, Reinickendorfer Straße 61, 13347 Berlin
- Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Institut für Gerontologie, Bergheimer Straße 20, 69115 Heidelberg
- Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie, Schaffhauserstrasse 15, CH-8006 Zürich

6.4.3 Methodik der Bewertung

Die Auswahl der Studien erfolgt unabhängig voneinander durch zwei Wissenschaftler unter Beachtung der vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien.

Die Ergebnisdarstellung erfolgt gesondert für jede einzelne Publikation unter der Berücksichtigung der methodischen Qualität. Im Diskussionsteil werden die Einzelergebnisse zusammengeführt und im Kontext zu den Forschungsfragen behandelt.

Die gesundheitsökonomischen Studien werden von zwei Wissenschaftlern unabhängig voneinander geprüft, wobei bei differierender Einschätzung der Volltext bestellt wird. Dabei wird betrachtet, ob die Fragestellung und der Evaluationsrahmen den klinischen und ökonomischen Problemkontext ausreichend darstellen und ob relevante Pflegemaßnahmen betrachtet werden.

Ein besonderes Augenmerk liegt auf den Analysemethoden. Die Gesundheitseffekte und die Kosten sollten gründlich beschrieben und ermittelt werden. Ein weiterer Beobachtungsschwerpunkt liegt auf der Ergebnispräsentation und dem Diskussionsteil der einzuschließenden Studie. Letztlich müssen die Schlussfolgerungen einer Überprüfung standhalten und dem vorangehenden entsprechen.

Die Dokumentation der methodischen Qualität der ökonomischen Studien erfolgt unter Berücksichtigung der Checklisten zur Beurteilung der methodischen Qualität gesundheitsökonomischer Verfahren und der German Scientific Working Group Technology Assessment for Health Care (German Scientific Working Group) (siehe Anhang 8.4).

6.5 Ergebnisse

6.5.1 Quantitative Ergebnisse der Recherche

Ergebnis der Recherche: Anzahl der gefundenen Quellen

Auf der Grundlage der definierten Suchbegriffe und der erfolgten Recherche werden 1.658 klinische Veröffentlichungen, 665 ökonomische Veröffentlichungen, 35 ethische bzw. juristische Veröffentlichungen, und keine sozialen Veröffentlichungen zum Thema identifiziert. Durch die Handrecherche ergeben sich vier Publikationen zu ethischen und eine zu ökonomischen Aspekten. Aus den Anschreiben ergeben keine zusätzlichen Veröffentlichungen.

Ergebnis der Erstselektion: Anzahl der ein-/ausgeschlossenen Quellen

Die Abstracts werden automatisch nach doppelten Treffern untersucht. Automatisch als doppelt identifizierte Veröffentlichungen werden aus der Trefferliste entfernt. Augenscheinlich doppelte Veröffentlichungen werden als Volltext bestellt und gegebenenfalls erst nach der Lektüre ausgeschlossen. Nach Durchsicht der Abstracts der so ermittelten Literatur werden 287 klinische, 213 ökonomische und 18 ethische/juristische Texte identifiziert.

Ergebnis der Zweitselektion: Anzahl der ein-/ausgeschlossenen Literatur

Abbildung 3 gibt einen Überblick über die Anzahl der eingeschlossenen Publikationen nach der Erst- und Zweitselektion, jeweils für den klinischen, den ökonomischen und den ethischen Teil getrennt. Studien die soziale oder juristische Aspekte behandeln, werden nicht identifiziert. Letztlich erfüllen 20 klinische, fünf ökonomische Studien und vier Publikationen zur Ethik die vorab definierten Einschlusskriterien.

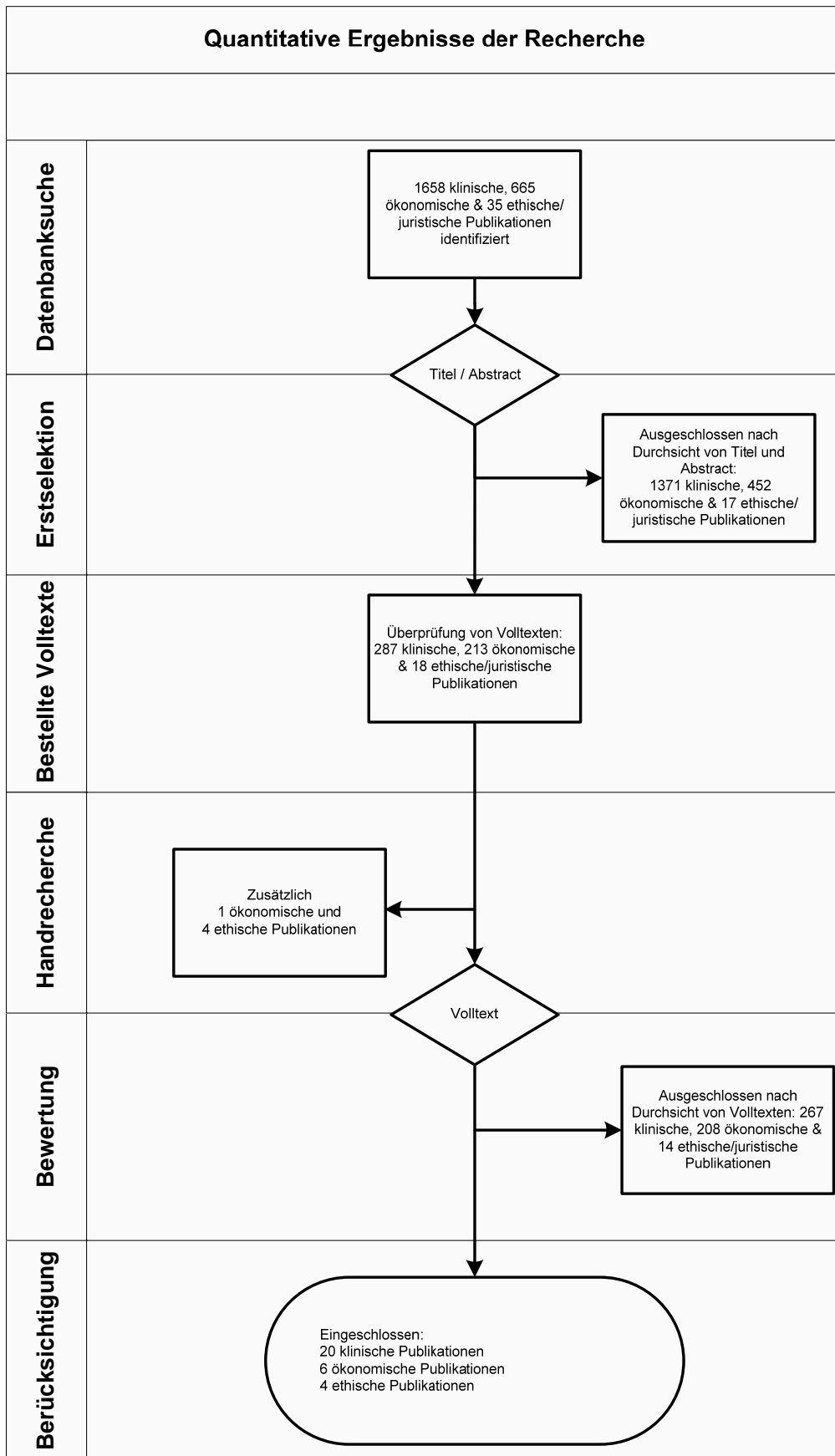


Abbildung 3: Überblick über die Anzahl ein- und ausgeschlossener Publikationen

6.5.2 Qualitative Ergebnisse

6.5.2.1 Eingeschlossene klinische Publikationen

Die 20 identifizierten klinischen Veröffentlichungen basieren auf 19 Studien (die Publikation von Gitlin²⁷ berichtet die Zwölf-Monats-Ergebnisse der Studie von Gitlin et al. 2003). Von den 19 eingeschlossenen Studien stammen sieben aus den USA, je vier aus den Niederlanden und Großbritannien, je eine aus Italien, Kanada und China und eine Studie wurden in drei Ländern durchgeführt (Großbritannien, Niederlande, Schweden). Es liegen keine Studien aus Deutschland vor.

Inhaltlich befassen sich sieben Studien mit sensorischen Konzepten (darunter vier Studien mit Ansätzen die auf Snoezelen basieren, und je eine Studie zu Aromatherapie, Musik/Massage, und therapeutischem Berühren), fünf Studien mit ergotherapeutischen Ansätzen, drei Studien mit der Validation/emotionsorientierte Pflege, je zwei Studien mit Realitätsorientierung bzw. Reminiszenz und eine Studie mit einem Entspannungsverfahren (Progressive Muskelentspannung).

Drei Studien haben ein Cluster randomisiertes Design benutzt^{65, 22, 81}. Die Fallzahlen der Studien waren überwiegend niedrig und nur wenige Studien haben eine Fallzahl von etwa 200 Patienten. Die Beobachtungsdauer reichte von einem Minimum von einer Stunde bis zu 52 Wochen.

Die Studien erfassen eine Vielzahl verschiedener Zielkriterien aus den Bereichen kognitive Fähigkeiten, Funktionsfähigkeit im Alltag, Sozialverhalten, psychische Belastungen und Lebensqualität. Diese Zielkriterien werden mit verschiedenen Fragebögen gemessen:

- Affect and Activity Limitation-Alzheimer's Disease Assessment – misst Einschränkungen bei Affekten und Aktivitäten
- Alzheimer's disease assessment scale cognition – misst kognitive Fähigkeiten
- Assessment of motor and process skills – misst motorische Fähigkeiten mit Fokus auf Aktivitäten des täglichen Lebens
- Barthel activities of daily living index – misst Aktivitäten des täglichen Lebens
- Beck anxiety inventory – misst Angst (besonders in Abgrenzung zu depressiven Symptomen)
- Behaviour and mood disturbance scale – misst Verhaltens- und Stimmungsauffälligkeiten
- Brief psychiatric rating scale – misst psychopathologische Symptome (Denkstörungen, Feinseligkeit, Angst, Antriebslosigkeit)
- Clifton assessment procedures for the elderly – misst kognitive Fähigkeiten und Aktivitäten des täglichen Lebens
- Cognitive assessment scale – misst kognitive Fähigkeiten
- Cohen-Mansfield agitation inventory – misst herausforderndes Verhalten
- Confusion inventory – misst verwirrtes Verhalten
- Controlled oral word association – misst verbale Fähigkeiten
- Cooper Ridge activity index – misst motorische Fähigkeiten mit Fokus auf Aktivitäten des täglichen Lebens
- Cornell scale for depression in dementia – misst Depression
- Dementia care mapping - Beobachtungsverfahren zur Evaluation und Qualitätssteigerung des Pflegeprozesses.
- Dementia severity rating scale – misst kognitive Fähigkeiten und Aktivitäten des täglichen Lebens
- Dutch behaviour rating scale for psychogeriatric inpatients – misst apathisches und emotionales Verhalten
- Geriatric indices of positive behaviour – misst positives Sozialverhalten
- Geriatric residents goal scale – misst Absichten/Ziele

- Global assessment of functioning – misst Fähigkeiten im Sozialverhalten, tägliche Aktivitäten, psychische Einschränkungen
- Holden communication scale – misst Sozialverhalten
- (Instrumental) Activities of daily living scale – misst Aktivitäten des täglichen Lebens
- Interview of deterioration in daily activities in dementia – misst Aktivitäten des täglichen Lebens
- Memory and behaviour problems checklist – misst kognitive Einschränkungen
- Mini-mental-state-examination (MMSE) – misst kognitive Fähigkeiten
- Minimum data set – Resident assessment protocol – misst Pflegebedarf
- Multidimensional observation scale for elderly subjects – misst Sozialverhalten, Aktivitäten des täglichen Lebens, Depressivität
- Neuropsychiatric inventory – misst neuropsychiatrische Symptome (z. B. Halluzinationen, Angst, Apathie, Dysphorie)
- Philadelphia geriatric center morale scale – misst Agitation, Einstellung zum Altern, Lebenszufriedenheit
- Physical self-maintenance scale - misst Aktivitäten des täglichen Lebens
- Quality of life – Alzheimer´s disease scale – misst krankheitsspezifische Lebensqualität
- Rating anxiety in dementia – misst Angst
- Rehab rating form - misst Aktivitäten des täglichen Lebens
- Revised memory and behaviour problem checklist – misst kognitive und Verhaltenseinschränkungen
- Social engagement scale – misst Sozialverhalten
- Visual retention test – misst visuelle Wahrnehmungs- und Erinnerungsfähigkeiten
- Ward behaviour inventory – misst Verhaltensauffälligkeiten (agitiertes Verhalten)
- Well-being/ill-being scale – misst Lebensqualität.

Tabelle 8 gibt einen Überblick zu den eingeschlossenen klinischen Arbeiten.

Tabelle 8: Charakteristika der ausgewählten Studien (geordnet nach Interventionen)

Autor	Jahr	Land	Intervention	Fallzahl	Dauer
Toseland et al. ⁷⁴	1997	USA	Validation (emotionsorientierte Pflege)	88	52 Wochen
Schrijnemaekers et al. ⁶⁵	2002	Niederlande	Validation (emotionsorientierte Pflege)	151	52 Wochen
Finnema et al. ²²	2005	Niederlande	Validation (emotionsorientierte Pflege)	194	28 Wochen
Gitlin et al. ²⁶	2001	USA	Ergotherapie	202	12 Wochen
Gitlin et al. ²⁸	2003	USA	Ergotherapie	190	12 Wochen
Dooley und Hinojosa ¹⁹	2004	USA	Ergotherapie	40	8 Wochen
Gitlin et al. ^{*27}	2005	USA	Ergotherapie	190	52 Wochen
Graff et al. ²⁹	2006	Niederlande	Ergotherapie	135	12 Wochen
Baker et al. ⁵	1997	Großbritannien	Sensorische Stimulation (Snoezelen)	31	8 Wochen
Baker et al. ⁴	2001	Großbritannien	Sensorische Stimulation (Snoezelen)	50	8 Wochen
Baker et al. ⁶	2003	Großbritannien, Niederlande, Schweden	Sensorische Stimulation (Snoezelen)	136	4 Wochen
Van Weert et al. ⁸¹	2005	Niederlande	Sensorische Stimulation (Snoezelen)	129	18 Monate
Remington ⁶⁰	2002	USA	Sensorische Stimulation (Musik +Massage)	68	60 Minuten
Ballard et al. ⁷	2002	Großbritannien	Sensorische Stimulation (Aroma+Massage)	72	8 Wochen
Woods et al. ⁸⁴	2005	Kanada	Sensorische Stimulation (Therapeutisches Berühren)	57	6 Tage
Suhr et al. ⁷²	1999	USA	Entspannungsverfahren (Progressive Muskelentspannung)	34	8 Wochen
Spector et al. ⁷¹	2003	Großbritannien	Realitätsorientierung	201	7 Wochen
Onder et al. ⁵⁸	2005	Italien	Realitätsorientierung	156	25 Wochen
Politis et al. ⁵⁹	2004	USA	Reminiszenzprogramm	37	8 Wochen
Lai et al. ⁴¹	2004	China	Reminiszenzprogramm	101	42 Wochen

Et al. = Und andere. USA = Vereinigte Staaten von Amerika.

* 12-Monats-Ergebnisse ausgewählter Zielkriterien aus Gitlin et al. 2003²⁸.

6.5.2.2 Die Ergebnisse im Überblick

Tabelle 9 stellt die Ergebnisse der Studien im Überblick dar. In zehn von 20 berichteten Ergebnissen zeigen sich keine Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe, die anderen Studien berichten überwiegend heterogene Ergebnisse mit nur teilweise signifikanten Unterschieden zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

- **Validation (Emotionsorientierte Pflege):**
Zwei von drei Studien zur Validation/emotionsorientierten Pflege berichten keine Unterschiede der Intervention im Vergleich zu Usual Care bzw. einer Aktivitäts-Kontrollgruppe^{65, 74}. Die dritte Studie zur Validation von Finnema et al. berichtet positive Ergebnisse für die Intervention im Vergleich zu Usual Care auf zwei von insgesamt sieben erhobenen Zielkriterien²².
- **Ergotherapie:**
Zur Ergotherapie berichten beide Veröffentlichungen von Gitlin keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe^{27, 28}. Zwei weitere Studien berichten tendentiell positive Ergebnisse^{19, 26}. Die Studie von Graff et al. berichtet für alle Zielkriterien positive Ergebnisse der Intervention. Alle Studien zu Ergotherapie vergleichen die Intervention mit einer Usual Care Kontrollgruppe.
- **Sensorische Stimulation:**
Zwei von vier Studien zu sensorischer Stimulation/Snoezelen berichten keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe^{4, 6}. Zwei weitere Studien berichten tendenziell positive Effekte der Intervention^{5, 81}.
Die Studien zu sensorischer Stimulation mit Musik/Massage bzw. Aroma/Massage berichten jeweils positive Interventionseffekte^{7, 60}. Das therapeutische Berühren hat keine spezifischen Effekte, ist aber besser als Usual Care⁸⁴.
- **Entspannung (Progressive Muskelentspannung):**
Die Progressive Muskelentspannung hat keine spezifischen Effekte im Vergleich zu einer nicht-standardisierten Entspannungssitzung⁷².
- **Realitätsorientierung:**
Zur Realitätsorientierung liegen Ergebnisse aus zwei Studien vor. Beide berichten tendentiell positive Ergebnisse^{58, 71}.
- **Reminiszenz:**
Beide Studien zur reminiszenzbasierten Pflege berichten keine Unterschiede im Vergleich zu Usual Care bzw. zu einer nicht-standardisierten Gesprächs-/Aktivitäts-Kontrollgruppe^{41, 59}.

Tabelle 9: Ergebnisse der Studien (geordnet nach Interventionen)

Autor	Intervention	Kontrollgruppe	Ergebnisse
Toseland et al. ⁷⁴	Validation (Emotionsorientierte Pflege)	Gruppe 1: Aktivitätssitzungen Gruppe 2: Usual Care	Keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (Aktivitätssitzungen)
Schrijnemaekers et al. ⁶⁵	Validation (Emotionsorientierte Pflege)	Usual Care	Keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe
Finnema et al. ²²	Validation (Emotionsorientierte Pflege)	Usual Care	Positive Interventionseffekte für 2 von 7 Zielkriterien
Gitlin et al. ²⁶	Ergotherapie	Usual Care	Positive Interventionseffekte für 1 von 3 Zielkriterien
Gitlin et al. ²⁸	Ergotherapie	Usual Care	Keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe
Dooley & Hinojosa ¹⁹	Ergotherapie	Usual Care	Positive Interventionseffekte für 2 von 3 Zielkriterien
Gitlin et al. ^{*27}	Ergotherapie	Usual Care	Keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe
Graff et al. ²⁹	Ergotherapie	Usual Care	Positive Interventionseffekte für alle Zielkriterien
Baker et al. ⁵	Sensorische Stimulation (Snoezelen)	Aktivitätssitzungen	Positive Interventionseffekte für 2 von 4 Zielkriterien
Baker et al. ⁴	Sensorische Stimulation (Snoezelen)	Aktivitätssitzungen	Keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe
Baker et al. ⁶	Sensorische Stimulation (Snoezelen)	Aktivitätssitzungen	Keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe
Van Weert et al. ⁸¹	Sensorische Stimulation (Snoezelen)	Usual Care	Positive Interventionseffekte für 5 von 12 Zielkriterien
Remington ⁶⁰	Sensorische Stimulation (Musik + Massage)	Usual Care	Positive Interventionseffekte für alle Zielkriterien
Ballard et al. ⁷	Sensorische Stimulation (Aroma + Massage)	Sonnenblumenöl	Positive Interventionseffekte für 1 von 1 Zielkriterien
Woods et al. ⁸⁴	Sensorische Stimulation (Therapeutisches Berühren)	Gruppe 1: Placebo Gruppe 2: Usual Care	Keine Unterschiede zwischen Interventions- und Placebogruppe
Suhr et al. ⁷²	Entspannungsverfahren (Progressive Muskelentspannung)	Alternatives Entspannungsverfahren	Positive Interventionseffekte für 1 von 6 Zielkriterien
Spector et al. ⁷¹	Realitätsorientierung	Usual Care	Positive Interventionseffekte für 3 von 8 Zielkriterien
Onder et al. ⁵⁸	Realitätsorientierung	Usual Care	Positive Interventionseffekte für 2 von 5 Zielkriterien
Politis et al. ⁵⁹	Reminiszenzprogramm	Aktivitätssitzungen	Keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe
Lai et al. ⁴¹	Reminiszenzprogramm	Gruppe 1: Kommunikation Gruppe 2: Usual Care	Keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

6.5.2.3 Inhalt der Literatur, Bewertung und Beurteilung

Validation/emotionsorientierte Pflege: Toseland et al.⁷⁴

Toseland et al. untersuchen die Effektivität von Validation zur Verminderung von Problemen im Verhalten, der Anwendung von physischen Einschränkungen, der Behandlung mit psychotherapeutischen Medikamenten und zur Verbesserung positiver sozialer Interaktionen und psychosozialen Wohlbefindens (Tabelle 10). Insgesamt 88 Patienten werden in die Studie eingeschlossen. Die Interventionsgruppe erhält vier 30-minütige Treffen pro Woche über 52 Wochen. Die einzelnen Sitzungen werden in fünf bis zehn Minuten Segmente geteilt. Am Anfang steht eine persönliche Begrüßung, gefolgt von Einleitung und Aktivitätsprogramm. Am Schluss werden die Patienten herzlich verabschiedet. Die erste Kontrollgruppe erhält nicht-strukturierten sozialen Kontakt, die zweite erhält Standardpflege. Die Ergebnisse sind uneinheitlich. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe zeigen weniger physisch und verbal aggressives Verhalten und sind weniger depressiv als die Teilnehmer der Kontrollgruppen. Die Intervention zeigt jedoch keine Wirksamkeit in der Pflegebeurteilung oder der Medikamenteneinnahme. Die Intervention ist weniger effektiv als beide Kontrollgruppen in der Reduzierung von physisch nicht-aggressiven Problemverhalten. Zudem werden einige Verhaltensweisen vom Pflegepersonal anders beurteilt als von außenstehenden Beobachtern.

Tabelle 10: Tabellarische Zusammenfassung Toseland et al.

Autor, Jahr, Land	Toseland et al., 1997, USA ⁷⁴
Titel	The Impact of Validation Group Therapy on Nursing Home Residents with Dementia
Journal	The Journal of Applied Gerontology
Zielgruppe	Moderate bis schwerwiegende Demenz mit Verhaltensauffälligkeiten (z. B. physische Aggression, verbal beleidigendes Verhalten, distributives Vokabular, motorische Unruhe)
Fragestellung	Effektivität von Validations-Gruppentherapie bzgl. Problemen im Verhalten, sozialer Interaktionen und psychosozialen Wohlbefinden
Interventionsgruppe	Validationstherapie in Kleingruppen (6-9 Patienten) mit 4 Treffen pro Woche à 30 Minuten über 52 Wochen
Kontrollgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppe 1: Aktivitätssitzungen (z. B. Musik, Kunst, Literatur, Schreiben) im gleichen Umfang wie Validation • Gruppe 2: Standardpflege
Setting	Pflegeheime
Design	RCT
Fallzahl	<ul style="list-style-type: none"> • N = 88 • Lost to Follow-up: 25 %
Fallzahlplanung	Nicht berichtet
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Demenz (moderat bis schwer) basierend auf Screeninginterview Short portable mental status questionnaire • Verhaltensauffälligkeiten (siehe oben) • Validation Screeninginstrument
Ausschlusskriterien	Patienten mit mehr als 8 Fehlern im Short portable mental status questionnaire und > 50 % Fehler im Validation-Screeninginstrument
Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Multidimensional observation scale for elderly subjects • Cohen-Mansfield agitation inventory (for nurses and observer) • Geriatric indices of positive behaviour • Minimum data set – resident assessment protocol

Fortsetzung Tabelle 10: Tabellarische Zusammenfassung Toseland et al.

Endpunkt nach	52 Wochen
Ergebnisse zur Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Multidimensional observation scale for elderly subjects: keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe • Cohen-Mansfield agitation inventory — nurses: Validations- und Soziale-Kontakt-Gruppe signifikant besser als Standardpflege-Gruppe auf den Subskala verbale Aggressionen ($p < 0,01$) und Problemintervention ($p < 0,05$). Soziale-Kontakt- und Standardpflege-Gruppe signifikant besser als Interventionsgruppe auf der Subskala Problemverhalten ($p < 0,01$) • Cohen-Mansfield agitation inventory — observer: Soziale-Kontakt signifikant besser als Interventions- und Standardpflege-Gruppe auf Subskala verbale Aggression ($p < 0,01$) • Geriatric indices of positive behaviour: keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe • Minimum data set – resident assessment protocol: keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe
Limitationen	Unterschiedliche Einschätzung von unabhängigen Beobachtern und Pflegekräften bzgl. verbaler Aggressionen
Finanzielle Unterstützung	New York State Department of Health; Bureau of Long-term care services

Et al. = Und andere. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. USA = Vereinigte Staaten von Amerika.

Validation/emotionsorientierte Pflege: Schrijnemaekers et al.⁶⁵

Schrijnemaekers et al. untersuchen die Effektivität eines emotionsorientierten Pflegeprogramms hinsichtlich Agitation und täglicher Funktionsfähigkeit (Tabelle 11). Es werden 151 Patienten in die Studie eingeschlossen. Randomisiert werden nicht Einzelpersonen, sondern Pflegeeinrichtungen nach vorheriger Stratifizierung. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zur Baseline hinsichtlich soziodemografischer und klinischer Variablen. In der Interventionsgruppe wird ein emotionsorientiertes Pflegeprogramm als Standardpflege eingeführt. Es besteht im Kern aus Validation mit Anteilen von Reminiszenz und sensorischer Stimulation. Das Pflegepersonal der Interventionsheime erhält eine Einführung in die Konzepte der emotionsorientierten Pflege und während der Umsetzungsphase drei Supervisionen. Die Kontrollgruppe erhält Standardpflege. Es zeigt sich kein Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Da das emotionsorientierte Pflegeprogramm nicht in allen vorgesehenen Einrichtungen angemessen umgesetzt wird, wird zusätzlich eine Per-Protokoll-Analyse durchgeführt, die allerdings auch keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zeigen kann.

Tabelle 11: Tabellarische Zusammenfassung Schrijnemaekers et al.

Autor, Jahr, Land	Schrijnemaekers et al. , 2002, Niederlande ⁶⁵
Titel	Effects of emotion-oriented care on elderly people with cognitive impairment and behavioral problems
Journal	International Journal of Geriatric Psychiatry
Zielgruppe	Patienten mit moderater bis schwerer Demenz und Verhaltensauffälligkeiten
Fragestellung	Effektivität einer emotionsorientierten Pflege bzgl. Verhaltensauffälligkeiten
Interventionsgruppe	Einführung eines emotionsorientierten Pflegekonzepts als Standard in Pflegeheimen
Kontrollgruppe	Standardpflege

Fortsetzung Tabelle 11: Tabellarische Zusammenfassung Schrijnemaekers et al.

Vergleichbarkeit der Gruppen	Gegeben
Setting	Pflegeheime
Design	Cluster RCT (16 Pflegeeinrichtungen)
Fallzahl	<ul style="list-style-type: none"> • N = 151 • Lost to Follow-up: 38 %
Fallzahlplanung	Ja
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Mini-mental-state-examination < 21 • Dutch behaviour rating scale for psychogeriatric inpatients \geq 30 • Teilnahme an einem strukturierten Tagespflegeprogramm für mindestens 5 ½ Tage die Woche • Bewohner der Pflegeeinrichtung für mindestens 2 Monate vor Studienbeginn
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Bettlägerigkeit • Ungenügendes Hörvermögen • Psychiatrische Komorbidität • Ausstieg in den ersten 6 Monaten
Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Dutch behaviour rating scale for psychogeriatric inpatients — (inkl. Kurzversion) • Geriatric residents goal scale • Cohen-Mansfield agitation inventory • Activities of daily living scale • Global assessment of functioning
Endpunkt nach	52 Wochen
Ergebnisse zur Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Dutch behaviour rating scale for psychogeriatric inpatients — keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe • Geriatric residents goal scale: keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe • Cohen-Mansfield agitation inventory: keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe • Activities of daily living scale: keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe • Global assessment of functioning: keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Lost-to-Follow-up-Rate, aber gleichmäßig verteilt über Interventions-/Kontrollgruppe • Teils mangelnde Umsetzung des emotionsorientierten Pflegekonzepts, aber auch in Per-Protokoll-Analyse keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe
Finanzielle Unterstützung	Nicht berichtet

Et al. = Und andere. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Validation/emotionsorientierte Pflege: Finnema et al.²²

Finnema et al. untersuchen die Effektivität eines emotionsorientierten Pflegeprogramms hinsichtlich Agitation, Depressionen und Lebensqualität (Tabelle 12). Es werden 194 Patienten mit verschiedenen Formen von Demenz in die Studie eingeschlossen. Randomisiert werden nicht Einzelpersonen, sondern Abteilungen von Pflegeeinrichtungen nach vorheriger Stratifizierung. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zur Baseline hinsichtlich soziodemografischer und klinischer Variablen. In der Interventionsgruppe wird ein emotionsorientiertes Pflegeprogramm als Standardpflege eingeführt. Es besteht im Kern aus Validation mit Anteilen von Reminiscenz und sensorischer Stimulation. Die Umsetzung des Programms in der Interventionsgruppe wird

evaluiert. Die Kontrollgruppe erhält Standardpflege. Es zeigen sich teilweise positive Effekte für die beschriebene Intervention für das Selbstbild und die emotionale Balance von Patienten mit Demenz, aber für andere Aspekte wie soziale Beziehungen oder Adaptation an die Pflegeheimumgebung zeigt sich kein Effekt der Intervention. Die Ergebnisse sind beschränkt auf Patienten mit milder bis moderater Demenz.

Tabelle 12: Tabellarische Zusammenfassung Finnema et al.

Autor, Jahr, Land	Finnema et al., 2005, Niederlande ²²
Titel	The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial
Journal	International Journal of Geriatric Psychiatry
Zielgruppe	Patienten mit Alzheimer-Demenz, gemischter Alzheimer-Demenz, vaskulärer Demenz, Demenzsyndrom nach DSM-IV
Fragestellung	Effektivität integrierter emotionsorientierter Pflege bzgl. Verhalten und Stimmung
Interventionsgruppe	Integrierte emotionsorientierte Pflege in Kombination mit Arbeit nach den Richtlinien des Modell-Standardpflege Plans der Dutch Association of Nursing Home Standardpflege
Kontrollgruppe	Standardpflege, d. h. Arbeiten nach den Richtlinien des Modell-Standardpflege Plans der Dutch Association of Nursing Home Standardpflege
Vergleichbarkeit der Gruppen	Gegeben
Setting	Pflegeheime
Design	Cluster RCT (16 Abteilungen in 14 Pflegeeinrichtungen)
Fallzahl	<ul style="list-style-type: none"> • N = 194 • Lost to Follow-up: 25 %
Fallzahlplanung	Ja
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Demenzerkrankung • Amnestisches Syndrom • 65 Jahre oder älter • Pflegebedürftigkeit • Bewohner einer Pflegeeinrichtung für mindestens bereits 1 Monat vor Baselineerhebung
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeeinrichtungen, die bereits mit der Validationstherapie und/oder emotionsorientierter Behandlung arbeiten • Patienten, die einer intensiven Pflege bedürfen • Patienten mit einem Score von 6 oder höher auf der Assessment scale for elderly patients scale mental disability
Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Cornell scale for depression in dementia • Cohen-Mansfield agitation inventory • Geriatric resident goal scale • Philadelphia geriatric center morale scale

Fortsetzung Tabelle 12: Tabellarische Zusammenfassung Finnema et al.

Endpunkt nach	24 Wochen
Ergebnis	<p>Ergebnisse für übereinstimmende Konstrukte verschiedener Fragebögen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coping with invalidity: keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe • Emotionale Balance: signifikanter positiver Effekt in Interventionsgruppe (Effektgröße: 0,38, p = 0,09) • Agitation: keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe • Positives Selbstbild: signifikanter positiver Effekt in Interventionsgruppe (Effektgröße: 0,63, p = 0,04) • Einstellung zum Altern: keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe • Soziale Beziehungen: keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe • Coping mit Pflegeheimumgebung: keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe
Limitationen	Zielkriterien nur für leichte bis moderate Demenz entwickelt, aber die Hälfte der Studiepoptulation hatte schwere Demenzformen
Finanzielle Unterstützung	Dutch Health Insurance Funds Council

DSM = Diagnostical statistical manual of mental disorders. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Ergotherapie: Gitlin et al.²⁶

Gitlin et al. untersuchen die Effektivität eines ergotherapeutischen Pflegeprogramms hinsichtlich Verhaltensproblemen, gebräuchlichen und instrumentellen Alltagsaktivitäten (Tabelle 13). Es werden 202 Patienten mit Demenzerkrankungen in die Studie eingeschlossen. Die Intervention beinhaltet fünf 90-minütige Sitzungen in drei Monaten zur Gestaltung der häuslichen Umgebung, Bewältigung täglicher Aufgaben und zum Ablauf des Alltags. Die Kontrollgruppe erhält Standardpflege. Beide Gruppen weisen eine Verschlechterung der instrumentellen Alltagsaktivitäten auf. Diese Verschlechterung fällt in der Interventionsgruppe jedoch signifikant geringer aus als in der Kontrollgruppe. Für die anderen zwei Zielgrößen ergibt sich kein signifikanter Unterschied.

Tabelle 13: Tabellarische Zusammenfassung Gitlin et al. (2001)

Autor, Jahr, Land	Gitlin et al. 2001, USA ²⁶
Titel	A randomized-controlled trial of a home environmental intervention: effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia
Journal	The Gerontologist
Zielgruppe	Patienten mit Alzheimer-Demenz und „verwandten Störungen“ (nicht näher spezifiziert)
Fragestellung	Effektivität eines ergotherapeutischen Programms in häuslicher Umgebung bzgl. Alltagskompetenz und Verhaltensproblemen
Interventionsgruppe	Multikomponentenprogramm zur Umgebungs- und Alltagsgestaltung (Information, Vereinfachung der Umgebung)
Kontrollgruppe	Standardpflege
Vergleichbarkeit der Gruppen	Gegeben
Setting	Häusliche Umgebung

Fortsetzung Tabelle 13: Tabellarische Zusammenfassung Gitlin et al. (2001)

Design	RCT
Fallzahl	<ul style="list-style-type: none"> • N = 202 • Lost to Follow-up: 15 %
Fallzahlplanung	Nicht berichtet
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Demenzerkrankung • Primäre Pflegeperson lebt mit im Haushalt • Abhängigkeit der dementen Person in mindestens 2 activities of daily living • Pflegeperson hat Schwierigkeiten bei der Hilfestellung von mindestens 1 (instrumental) activity of daily living oder einem Problemverhalten (Wandering, Agitiertheit etc.)
Ausschlusskriterien	Bettlägerigkeit und/oder Nichtansprechen der dementen Person auf ihre soziale oder physische Umwelt
Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Memory and behaviour problems checklist • Activities of daily living • Instrumental activities of daily living
Endpunkt nach	12 Wochen
Ergebnis	<ul style="list-style-type: none"> • Memory and behaviour problems checklist: keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe • Activities of daily living (Abhängigkeit): keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe • Instrumental activities of daily living (Abhängigkeit): Interventions- signifikant besser (p = 0,03) als Kontrollgruppe
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Unklare Definition der Patientengruppe • Unklar, ob Interviewer verblindet waren • Keine Intention-to-treat-Analyse • Keine Fallzahlschätzung
Finanzielle Unterstützung	National Institute on Aging

Et al. = Und andere. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. USA = Vereinigte Staaten von Amerika.

Ergotherapie: Dooley und Hinojosa¹⁹

Dooley und Hinojosa untersuchen die Effektivität eines ergotherapeutischen Pflegeprogramms hinsichtlich Selbstopflegekompetenz, positivem Affekt und Frequenz angenehmer Aktivitäten (Tabelle 14). Es werden 40 Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz in die Studie eingeschlossen. Die Intervention erfolgt einmalig in einem häuslichen Besuch nach einem Basisassessment. Empfehlungen an die Pflegepersonen umfassen unter anderem die räumliche Umgestaltung der häuslichen Umgebung, die Strukturierung des Alltags, die Kommunikation zwischen Pflegeperson und Patienten sowie das Planen gemeinsamer Aktivitäten. Ferner wird den Pflegepersonen eine Liste mit kommunalen Einrichtungen (Selbsthilfegruppen, Tagespflegeeinrichtungen etc.) überreicht. Die Kontrollgruppe erhält Standardpflege. Es zeigen sich signifikante Unterschiede zugunsten der Interventionsgruppe bei der Selbstopflegekompetenz und dem positiven Affekt. Allerdings wird dieser Effekt nicht genauer quantifiziert, Prä- und Posttestmittelwerte und Streuungsmaße werden nicht aufgeführt.

Tabelle 14: Tabellarische Zusammenfassung Dooley und Hinojosa

Autor, Jahr, Land	Dooley und Hinojosa, 2004, USA ¹⁹
Titel	Improving quality of life of persons with Alzheimer's disease and their family caregivers: brief occupational therapy intervention
Journal	The American Journal of Occupational Therapy
Zielgruppe	Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz, die in häuslicher Umgebung leben
Fragestellung	Effektivität von individuellen Ergotherapieempfehlungen bzgl. Lebensqualität
Interventionsgruppe	Einmalige individuelle Ergotherapieempfehlungen an pflegende Angehörige von Demenzpatienten, basierend auf einem Basisassessment funktionaler Alltagsfähigkeiten der Demenzpatienten
Kontrollgruppe	Standardpflege
Vergleichbarkeit der Gruppen	Gegeben
Setting	Häusliche Umgebung
Design	RCT
Fallzahl	N = 40 Lost to Follow-up: keine
Fallzahlplanung	Nicht berichtet
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Moderate bis leichte Demenz (Mini-mental-state-examination ≥ 10) • Wohnsitz in Haus oder Apartment • Eine primäre Pflegeperson identifizierbar
Ausschlusskriterien	Bereits andere Ergotherapie erhalten
Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Physical self-maintenance scale • Affect and activity limitation — Alzheimer's disease assessment
Endpunkt nach	8 Wochen
Ergebnis	<ul style="list-style-type: none"> • Physical self-maintenance scale: Interventions- signifikant besser als Kontrollgruppe ($p < 0,001$) • Affect and activity limitation – Alzheimer's disease assessment: Subskala Lebensqualität Interventionsgruppe signifikant besser als Kontrollgruppe ($p < 0,001$); Subskala Aktivität keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Unklar, wie viele Personen gescreent wurden • Keine Angaben über Drop-outs • Unklar, ob Interviewer verblindet waren • Keine Intention-to-treat-Analyse • Keine Fallzahlschätzung • Inkonsistente Ergebnisdarstellung (keine Mittelwerte)
Finanzielle Unterstützung	Nicht berichtet

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. USA = Vereinigte Staaten von Amerika.

Ergotherapie: Gitlin et al.²⁸

Gitlin et al. untersuchen die Effektivität eines ergotherapeutischen Pflegeprogramms hinsichtlich kognitiver Variablen, gebräuchlicher und instrumenteller Alltagsaktivitäten (Tabelle 15). Gitlin stellt die Ergebnisse nach sechs Monaten dar, Gitlin die Resultate nach zwölf Monaten. Es werden 190 Patienten in die Studie eingeschlossen. Die Interventionsgruppe erhält ein Training zur individuellen, an die Bedürfnisse eines Demenzpatienten angepasste Kompetenzentwicklung und Umgebungsgestaltung (inklusive Bereitstellung von Ausstattung) im Rahmen von fünf 90-minütigen Hausbesuchen und eines 30-minütigen Telefonkontaktes. Die Kontrollgruppe erhält Standardpflege. Nach sechs und zwölf Monaten zeigt sich kein Effekt der beschriebenen Intervention auf die Funktionsfähigkeiten von Patienten mit Demenz. Allerdings liegt der Fokus der Studie auf den Pflegenden.

Tabelle 15: Tabellarische Zusammenfassung Gitlin et al. (2003)

Autor, Jahr, Land	Gitlin et al., 2003, USA ²⁸
Titel	Effects of the home environmental skill-building program on the caregiver-care recipient dyad: 6-months outcomes from the Philadelphia REACH initiative
Journal	The Gerontologist
Zielgruppe	Patienten mit Demenz
Fragestellung	Effektivität eines Programms zur individuellen Gestaltung der häuslichen Umgebung und Entwicklung von Kompetenzen im Umgang mit Demenzpatienten entsprechend der Anforderungen von Patienten mit Demenz bzgl. Verhalten und täglicher Aktivitäten
Interventionsgruppe	Erstellung eines individualisierten Programms zur Kompetenzentwicklung und Umgebungsgestaltung im Rahmen von fünf 90-minütigen Hausbesuche und eines 30-minütigen Telefonkontakt
Kontrollgruppe	Standardpflege
Vergleichbarkeit der Gruppen	Nicht berichtet
Setting	Häusliche Umgebung
Design	RCT
Fallzahl	<ul style="list-style-type: none"> N = 255 Lost to Follow-up: 26 %
Fallzahlplanung	Nicht berichtet
Einschlusskriterien	Mini-mental-state-examination < 24 oder Demenzdiagnose
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> Bettlägerig Keine Reaktionen auf Umgebung
Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> Revised memory and behaviour problem checklist Activities of daily living Instrumental activities of daily living
Endpunkt nach	24 Wochen
Ergebnis	<ul style="list-style-type: none"> Revised memory and behaviour problem checklist: keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe Activities of daily living: keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe Instrumental activities of daily living: keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> Fokus auf Pflegenden Keine detaillierte Baselinebeschreibung der Patienten
Finanzielle Unterstützung	Nicht berichtet

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. USA = Vereinigte Staaten von Amerika.

Ergotherapie: Gitlin et al.²⁷

Beschreibung siehe oben Gitlin et al. 2003 (Tabelle 16).

Tabelle 16: Tabellarische Zusammenfassung Gitlin et al. (2005)

Autor, Jahr, Land	Gitlin et al., 2005, USA ²⁷
Titel	Maintenance of Effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders
Journal	Journal of Gerontology
Zielgruppe	Patienten mit Alzheimer und verwandten Demenzerkrankungen
Fragestellung	Langfristige Effektivität (52 Wochen) eines Programms zur individuellen Gestaltung der häuslichen Umgebung und Entwicklung von Kompetenzen im Umgang mit Demenzpatienten entsprechend der Anforderungen von Patienten mit Demenz bzgl. Verhalten und täglicher Aktivitäten
Interventionsgruppe	Erstellung eines individualisierten Programms zur Kompetenzentwicklung und Umgebungsgestaltung im Rahmen von 5 90-minütigen Hausbesuchen und 1 30-minütigen Telefonkontaktes
Kontrollgruppe	Standardpflege
Vergleichbarkeit der Gruppen	Nicht berichtet
Setting	Häusliche Umgebung
Design	RCT
Fallzahl	<ul style="list-style-type: none"> • N = 188 (mit Daten nach 6 Monaten) • Lost to Follow-up: 33 %
Fallzahlplanung	Nicht berichtet
Einschlusskriterien	Mini-mental-state-examination < 24 oder Demenzdiagnose
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Bettlägerig • Keine Reaktionen auf Umgebung
Zielkriterien	Anzahl von erinnerungsbezogenen Verhaltensauffälligkeiten
Endpunkt nach	52 Wochen
Ergebnis	Anzahl von erinnerungsbezogenen Verhaltensauffälligkeiten: keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus auf Pflegenden • Keine detaillierte Beschreibung der Patientenzielkriterien • Andere Zielkriterien, als in Gitlin 2003 (8 Wochen Resultate) • Unklare Ergebnisdarstellung
Finanzielle Unterstützung	Nicht berichtet

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. USA = Vereinigte Staaten von Amerika.

Ergotherapie: Graff et al.²⁹

Graff et al. untersuchen die Effektivität eines ergotherapeutischen Pflegeprogramms hinsichtlich Alltagsaktivitäten (Tabelle 17). Es werden 135 Patienten mit Demenz nach DSM-IV in die Studie eingeschlossen. Die Interventionsgruppe erhält ein ergotherapeutisches Programm (Umgebungsgestaltung, Anpassung täglicher Aktivitäten an die Kompetenzen der Patienten) in zehn einstündigen Sitzungen über fünf Wochen. Die Kontrollgruppe erhält Standardpflege. Es zeigt sich eine signifikant bessere Alltagskompetenz der Interventions- im Vergleich zur Kontrollgruppe. Klinisch relevante Effekte in der Alltagskompetenz werden sieben Wochen nach Interventionsende bei 75 % bzw. 82 % (Verhaltensbeobachtung bzw. Interview) der Patienten in der Interventions- vs. 9 % bzw. 10 % der Patienten in der Kontrollgruppe gefunden.

Tabelle 17: Tabellarische Zusammenfassung Graff et al.

Autor, Jahr, Land	Graff et al., 2006, Niederlande ²⁹
Titel	Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial
Journal	British Medical Journal
Zielgruppe	Leichte bis mittelschwere Demenz nach DSM-IV
Fragestellung	Effektivität von Ergotherapie für die Verrichtung von Aktivitäten des alltäglichen Lebens bei Personen mit leichter bis mittelschwerer Demenz
Interventionsgruppe	Ergotherapie nach den Richtlinien der klientenzentrierten Ergotherapie, 10 1-stündige Sitzungen über fünf Wochen
Kontrollgruppe	Standardpflege
Vergleichbarkeit der Gruppen	Gegeben
Setting	Häusliche Umgebung
Design	RCT
Fallzahl	<ul style="list-style-type: none"> • N = 135 • Lost to Follow-up: 15 %
Fallzahlplanung	Ja
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit milder bis mittelschwerer Demenzerkrankung (Brief cognitive rating scale 9-40) • >= 65 Jahre alt • Zu Hause lebend • Vorhandensein einer primären Betreuungsperson (mindestens einmal pro Woche)
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Schwere depressive Symptome (Score > 12 auf geriatric depression scale) • Schwere Verhaltensauffälligkeiten • Schwere Komorbidität • Ziel der Therapie konnte nicht definiert werden • Keine stabile Medikation (weniger als drei Monate mit derselben Dosis eines Cholinesteraseinhibitors oder Memantine)
Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Assessment of motor and process skills – process scale • Interview of deterioration in daily activities in dementia – performance scale
Endpunkt nach	6 Wochen
Ergebnis	<ul style="list-style-type: none"> • Assessment of motor and process skills – process scale: Klinisch relevante Effekte 75 % Interventions- vs. 9 % Kontrollgruppe (p < 0,001) • Interview of deterioration in daily activities in dementia – performance scale: Klinisch relevante Effekte 82 % Interventions- vs. 10 % Kontrollgruppe (p < 0,0001) • Effektstärken: 2,5 bzw. 2,3

Fortsetzung Tabelle 17: Tabellarische Zusammenfassung Graff et al.

Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Studienverweigererrate • Verhaltensbeobachtung nur von einem Rater
Finanzielle Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • Dutch Alzheimer Association • Radboud University Nijmegen Medical Center • Dutch Occupational Therapy Association

DSM = Diagnostical statistical manual of mental disorders. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. USA = Vereinigte Staaten von Amerika.

Sensorische Stimulation: Baker et al.⁵

Baker et al. untersuchen die Effektivität von multisensorischer Stimulation (Snoezelen) bei älteren Patienten mit Demenz in Hinsicht auf Verhalten, Stimmung, Lernvermögen (Tabelle 18). Insgesamt nehmen 31 Teilnehmer an der Studie teil. Die Intervention besteht aus acht Snoezelen-Sitzungen in eigens dafür ausgestatteten Räumen über einen Zeitraum von vier Wochen. Es gibt Evaluationen vor, während, und nach der Intervention mit einer Bewertung des Verhaltens und der Gemütslage. Die Kontrollgruppe erhält acht Beschäftigungssitzungen (activity sessions). Es zeigen sich langfristige Effekte auf dem Gebiet des sozial gestörten Verhaltens. Es kommt zu kurzfristigen Verbesserungen im Verhalten und der Gemütslage bei beiden Gruppen nach den Sitzungen. Die Kommunikation ist während den Sitzungen signifikant besser in der Interventions- als bei der Kontrollgruppe. Es gibt keine Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der kognitiven Variablen.

Tabelle 18: Tabellarische Zusammenfassung Baker et al. (1997)

Autor, Jahr, Land	Baker et al., 1997, Großbritannien ⁵
Titel	Snoezelen: its Long-Term and Short-Term Effects on Older People with Dementia
Journal	British Journal of Occupational Therapy
Zielgruppe	Patienten mit Alzheimer-Erkrankung, vaskulärer oder präseniler Demenz vom Alzheimer-Typ
Fragestellung	Effektivität von Snoezelen bzgl. Verhalten, Stimmung, Kognition
Interventionsgruppe	Insgesamt acht Snoezelen-Sitzungen über einen Zeitraum von vier Wochen (zwei Sitzungen wöchentlich)
Kontrollgruppe	Aktivitätssitzungen im gleichen zeitlichen Umfang wie Intervention
Vergleichbarkeit der Gruppen	Interventionsgruppe signifikant besseren Mini-mental-state-examination-score
Setting	Häusliche Umgebung, Tagesklinik
Design	RCT
Fallzahl	<ul style="list-style-type: none"> • N = 31 • Lost to Follow-up: keine
Fallzahlplanung	Nicht berichtet
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Demenzerkrankung • Teilnehmer leben daheim mit einem Hauptpfleger • Teilnehmer wurden dem Elderly severely mentally ill service zugeteilt und besuchen eine von zwei Tageskliniken
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische Komorbidität • Mehr als eine Snoezelensitzung während der vorausgegangenen drei Monate

Fortsetzung Tabelle 18: Tabellarische Zusammenfassung Baker et al. (1997)

Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Rehab rating form • Behaviour and mood disturbance scale • Behaviour rating scale • Mini-mental-state-examination
Endpunkt nach	Vier Wochen nach Intervention
Ergebnisse zur Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Rehab rating form abweichendes Verhalten: keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen • Rehab rating form Sprachfähigkeiten: Interventions- signifikant besser als Kontrollgruppe ($p < 0,05$) • Behaviour rating scale: Interventions- signifikant besser als Kontrollgruppe ($p < 0,05$) • Mini-mental-state-examination: keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Interventionsgruppe signifikant besseren Mini-mental-state-examination-score zur Baseline • Keine Fallzahlplanung • Unklare Ergebnisdarstellung
Finanzielle Unterstützung	Nicht berichtet

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Sensorische Stimulation: Baker et al.⁴

Baker et al. untersuchen die Effektivität der multisensorischen Stimulation bei Demenzpatienten hinsichtlich verhaltensbezogener und kognitiver Variablen (Tabelle 19). Es werden 50 Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Demenz in die Studie eingeschlossen. Die Intervention beinhaltet die Absolvierung von insgesamt acht multisensorischen-Stimulationssitzungen für je 30 Minuten über vier Wochen. Die Kontrollgruppe erhält standardisierte Aktivitätssitzungen. Die Zielkriterien werden vor, während und nach den Sitzungen bewertet, um unmittelbare Effekte zu beschreiben. Der Studienendpunkt ist vier Wochen nach Interventionsende. Signifikante Verbesserungen im Vergleich von vor und nach den Sitzungen sind in beiden Gruppen zu sehen. Im Verhalten und der Gemütslage von Interventions- und Kontrollgruppe gibt es bei den 22 untersuchten Variablen nur bei fünf Variablen einen signifikanten Unterschied. Die Interventionsgruppe ist spontaner, verwendet normal lange Sätze und hat bessere Erinnerungsleistungen. Kognitive Scores bleiben in beiden Gruppen stabil. Die allgemeinen kurzfristigen Besserungen bei der Interventions- und Kontrollgruppe bleiben langfristig nicht erhalten.

Tabelle 19: Tabellarische Zusammenfassung Baker et al. (2001)

Autor, Jahr, Land	Baker et al., 2001, Großbritannien ⁴
Titel	A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia
Journal	British Journal of Clinical Psychology
Zielgruppe	Patienten mit moderater bis schwerer Demenz
Fragestellung	Effektivität der multisensorischer Stimulation im Vergleich bzgl. Verhalten und Kognition
Interventionsgruppe	Multisensorische Stimulation, insgesamt 8 Sitzungen mit je 30 Minuten über 4 Wochen
Kontrollgruppe	Standardisierte Aktivitätssitzungen im gleichen Umfang wie Intervention
Vergleichbarkeit der Gruppen	Nicht berichtet

Fortsetzung Tabelle 19: Tabellarische Zusammenfassung Baker et al. (2001)

Setting	Häusliche Umgebung, Tagesklinik
Design	Randomized Controlled Trial
Fallzahl	<ul style="list-style-type: none"> • N = 50 • Lost to Follow-up: keine
Fallzahlplanung	Nicht berichtet
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Moderate bis schwere Demenz (Mini-mental-state-examination 0-17) • Alzheimer, vaskuläre oder gemischte Demenz • Zu Hause lebend mit einem Betreuer • Zugehörigkeit zum Elderly mental health service of Dorset health usual care • Mindestens 2 Aufenthalte in Tagesklinik/Woche
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Zusätzliche psychiatrische Diagnosen • Mehr als eine multisensorische Stimulationseinheit in den letzten 3 Monaten
Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Behaviour mood scale • Behaviour rating scale • Mini-mental-state-examination • Cognitive assessment scale
Endpunkt nach	4 Wochen
Ergebnisse zur Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe auf allen Skalen • Signifikante Vorher-Nachher-Unterschiede in beiden Gruppen
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Keine vergleichende Beschreibung der Studienpopulation • Keine Fallzahlplanung
Finanzielle Unterstützung	Nicht berichtet

Et al. = Und andere. MSS = Multisensorische-Stimulationssitzung

Sensorische Stimulation: Baker et al.⁶

Baker et al. untersuchen die Effektivität von multisensorischer Stimulation auf Kognition, Verhalten und Lebensqualität (Tabelle 20). Es werden 136 Patienten verschiedenen Demenzgrades in die Studie eingeschlossen. Die Interventionsgruppe erhält eine multisensorische Stimulation (Musik, Gerüche, Licht, Gegenstände) im Umfang von acht 30-minütigen Einheiten innerhalb von vier Wochen, die an die individuellen Vorlieben der Patienten angepasst war. Die Kontrollgruppe erhält Aktivitätssitzungen mit Spielen im gleichen zeitlichen Umfang. Die Studie findet keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe hinsichtlich aller berücksichtigten Zielkriterien.

Tabelle 20: Tabellarische Zusammenfassung Baker et al. (2003)

Autor, Jahr, Land	Baker et al., 2003, Großbritannien, Niederlande, Schweden ⁶
Titel	Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia
Journal	Journal of advanced nursing
Zielgruppe	Patienten mit moderater bis schwerer Demenz

Fortsetzung Tabelle 20: Tabellarische Zusammenfassung Baker et al. (2003)

Fragestellung	Effektivität von multisensorischer Stimulation auf Verhalten, Stimmung und Kognitionen
Interventionsgruppe	830 Minuten Einheiten von multisensorischer Stimulation (Licht, Musik, Gerüche, taktile Reize jeweils an den individuellen Patienten angepasst) über 4 Wochen
Kontrollgruppe	Aktivitätssitzungen (Kartenspiele, Quizspiele)
Vergleichbarkeit der Gruppen	Interventions- im Durchschnitt jünger als Kontrollgruppe
Setting	Tagesklinik und psychogeriatrische Stationen
Design	Randomized Controlled Trial
Anzahl randomisierter Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • N = 136 • Lost to Follow-up: 7 %
Fallzahlplanung	Ja
Einschlusskriterien	Moderate bis schwere Demenz (Mini-mental-state-examination 0-17)
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Bettlägerig • Zusätzliche schwere psychische Erkrankungen
Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Mini-mental-state-examination • Behaviour rating scale • Clifton assessment procedures for the elderly • Behaviour and mood disturbance scale • Rehab rating form
Endpunkt nach	1 Monat nach der Sitzung
Ergebnisse zur Wirksamkeit	Keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe
Limitationen	Leichte Unterschiede zwischen den Gruppen zur Baseline
Finanzielle Unterstützung	Nicht berichtet

Et al. = Und andere.

Sensorische Stimulation: van Weert et al.⁷⁷

Van Weert et al. untersuchen die Effektivität von multisensorischer Stimulation (Snoezelen) hinsichtlich Verhalten und Lebensqualität (Tabelle 21). Es werden 129 Patienten mit moderater bis schwerer Demenz in die Studie eingeschlossen. Randomisiert werden nicht Einzelpersonen, sondern Pflegeeinrichtungen. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zur Baseline hinsichtlich soziodemografischer und klinischer Variablen. Die Interventionsgruppe erhält ein individuell angepasstes 24-stündiges Snoezelenprogramm (d. h. in die Routinepflege integriert), basierend auf der Familiengeschichte und bevorzugten Stimuli. Die Kontrollgruppe erhält Standardpflege. Es zeigt sich im Ergebnis ein signifikant positiver Effekt der beschriebenen Intervention hinsichtlich Depression, Sozialverhalten und Apathie. Eine wesentliche Einschränkung der Studie ist die Follow-up-Rate von 51 %.

Tabelle 21: Tabellarische Zusammenfassung von Weert et al.

Autor, Jahr, Land	van Weert et al., 2005, Niederlande ⁷⁷
Titel	Behavioral and Mood Effects of Snoezelen Integrated into 24-hour Dementia care
Journal	American Geriatrics Society
Zielgruppe	Patienten mit moderater bis schwerer Demenz
Fragestellung	Effektivität von Snoezelen bzgl. Verhalten und Stimmung
Interventionsgruppe	Implementierung eines individualisierten Snoezelenprogramms in die tägliche Pflege von Patienten mit Demenz
Kontrollgruppe	Standardpflege
Vergleichbarkeit der Gruppen	Gegeben
Setting	Pflegeheim
Design	Cluster RCT (6 Pflegeeinrichtungen)
Fallzahl	<ul style="list-style-type: none"> • N = 125 • Lost to Follow-up: 51 %
Fallzahlplanung	Ja
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit moderater bis schwerer Demenz nach DSM-IV • Leichte bis schwere Pflegebedürftigkeit nach der Standardpflege Dependency Scale für Demenzpatienten
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische Komorbidität • Beeinträchtigungen bei Sehen/Hören
Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Dutch behaviour observation scale for psychogeriatric inpatients • Cohen-Mansfield agitation inventory • Cornell scale for depression in dementia
Endpunkt nach	18 Monate
Ergebnisse zur Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Dutch behaviour observation scale for psychogeriatric inpatients: Interventions- signifikant besser als Kontrollgruppe auf 3 von 7 Subskalen (Apathie, Anstand, Rebellion; $p < 0,05$); keine Unterschiede auf den anderen Skalen • Cohen-Mansfield agitation inventory: Interventions- signifikant besser als Kontrollgruppe auf 1 von 3 Subskalen (Agression; $p < 0,05$); keine Unterschiede auf den anderen Skalen • Cornell scale for depression in dementia: Interventions- signifikant besser als Kontrollgruppe ($p < 0,05$)
Limitationen	Hohe Drop-out-Rate
Finanzielle Unterstützung	Nicht berichtet

DSM = Diagnostical statistical manual of mental disorders. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Sensorische Stimulation: Remington⁶⁰

Remington untersucht die Effektivität von beruhigender Musik und Handmassage auf Agitiertheit. Es werden 68 Patienten verschiedenen Demenzgrades in die Studie eingeschlossen (Tabelle 22). Die Interventionsgruppe wird in drei Subgruppen geteilt (beruhigende Musik, Handmassage, simultan beruhigende Musik und Handmassage). Die Interventionen werden für jeweils zehn Minuten durchgeführt sowie die Häufigkeit und Art des agitierten Verhaltens direkt vor, direkt nach und nochmals eine Stunde nach der Intervention gemessen. Die Kontrollgruppe erhält die herkömmliche Pflege. Es

zeigt sich ein positiver Effekt aller Interventionen im Vergleich zur Kontrollgruppe auf das agitierte Verhalten, aber nicht zwischen den jeweiligen Interventionen.

Tabelle 22: Tabellarische Zusammenfassung Remington

Autor, Jahr, Land	Remington, 2002, USA ⁶⁰
Titel	Calming Music and Hand Massage with Agitated elderly
Journal	Nursing Research
Zielgruppe	Patienten mit leichter, moderater oder schwerwiegender Demenz
Fragestellung	Effektivität von beruhigender Musik und Handmassage bzgl. der Verminderung von Agitation
Interventionsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppe 1: 10 Minuten beruhigende Musik (calming music, Lautstärke zwischen piano und mezzo-forte; Musik, die langsamer ist als die Herz-Ruhe-Frequenz) • Gruppe 2: 10 Minuten Handmassage • Gruppe 3: 10 Minuten simultan beide Interventionen
Kontrollgruppe	Standardpflege
Vergleichbarkeit der Gruppen	Gegeben
Setting	Pflegeheime
Design	RCT
Fallzahl	<ul style="list-style-type: none"> • N = 68 • Lost to Follow-up: keine
Fallzahlplanung	Ja
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Demenzerkrankung (basierend auf Krankenakte) Agitiertes Verhalten ein oder mehrmals täglich in den letzten 2 Wochen (Cohen-Mansfield agitation inventory) • 60 Jahre oder älter • Fähigkeit zu Hören • Fähigkeit mit den Händen zu fühlen
Ausschlusskriterien	Patienten, die innerhalb der 4 Stunden vor der Intervention Medikamente gegen agitiertes Verhalten erhalten haben
Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Cohen-Mansfield agitation inventory • Ward behaviour inventory • Confusion inventory
Endpunkt nach	1 Stunde nach Intervention
Ergebnisse zur Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Jede Intervention reduzierte Agitation mehr als ohne Intervention ($p < 0,01$ auf allen Skalen) • Kein signifikanter Unterschied zwischen den Interventionen
Limitationen	Kurzer Untersuchungszeitraum
Finanzielle Unterstützung	Nicht berichtet

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. USA = Vereinigte Staaten von Amerika.

Sensorische Stimulation: Ballard et al.⁸

Ballard et al. untersuchen die Effektivität von Aromatherapie hinsichtlich Agitiertheit (Tabelle 23). Es werden 72 Patienten mit schwerer Demenz in die Studie eingeschlossen. Der Interventionsgruppe wird eine Melissenöl-Lotion zweimal täglich über vier Wochen auf die Gesichtshaut und beide Arme aufgetragen und einmassiert. Die Kontrollgruppe unterscheidet sich nur im Hinblick auf das Agens (statt Melissen- Sonnenblumenöl). Eine klinisch relevante Verbesserung von 30 % zeigt sich bei 60 % der Patienten der Interventions- vs. 14 % der Patienten der Placebogruppe. Es ergeben sich ebenfalls signifikante Steigerungen in der Lebensqualität und der funktionellen Selbstständigkeit der Patienten.

Tabelle 23: Tabellarische Zusammenfassung Ballard et al.

Autor, Jahr, Land	Ballard et al., 2002, Großbritannien ⁸
Titel	Aromatherapy as a Safe and Effective Treatment for the Management of Agitation in Severe Dementia: The Results of a Double-Blind, Placebo-Controlled Trial with Melissa
Journal	Journal of Clinical Psychiatry
Zielgruppe	Patienten mit schwerer Demenz
Fragestellung	Effektivität der Aromatherapie bzgl. Agitation
Interventionsgruppe	Creme aus Melissenöl wird 2-mal täglich über 4 Wochen in Gesichtshaut und beide Arme einmassiert
Kontrollgruppe	Sonnenblumen- anstatt Melissenöl
Vergleichbarkeit der Gruppen	Kontrollgruppe signifikant niedrigerer Wert auf Cohen-Mansfield agitation inventory als Interventionsgruppe
Setting	Pflegeheime
Design	RCT
Fallzahl	<ul style="list-style-type: none"> • N = 72 • Lost to Follow-up: 1 %
Fallzahlplanung	Nicht berichtet
Einschlusskriterien	Patienten mit klinisch bedeutender Agitation (Cohen-Mansfield agitation inventory) und schwerer Demenz (Clinical dementia rating scale stage 3)
Ausschlusskriterien	Nicht berichtet
Zielkriterien	Cohen-Mansfield agitation inventory
Endpunkt nach	4 Wochen
Ergebnisse zur Wirksamkeit	Cohen-Mansfield agitation inventory: Klinisch relevante 30-prozentige Verbesserung bei 60 % der Patienten der Interventions- vs. 14 % in Kontrollgruppe ($p < 0,001$)
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fallzahlplanung • Baseline-Unterschiede im Zielkriterium Agitation (aber Subgruppenanalyse mit vergleichbaren Baseline-Werten bestätigt Hauptresultat)
Finanzielle Unterstützung	Nicht berichtet

Et al. = Und andere. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Sensorische Stimulation: Woods et al.⁸⁴

Woods et al. untersuchen die Effektivität von therapeutischem Berühren auf die Häufigkeit und Intensität von Verhaltensauffälligkeiten (Tabelle 24). Es werden 57 Patienten mit moderater bis schwerer Demenz eingeschlossen. Die Interventionsgruppe erhält das therapeutische Berühren mit Manipulation am Nacken und Schultern für fünf bis sieben Minuten zweimal täglich. Die Vergleichsgruppen sind eine Placebogruppe, die eine nachgeahmte Therapie (Placebo Therapeutic Touch) erhält und eine Standardpflegegruppe. Sowohl die Interventions- als auch die Placebogruppe zeigen eine signifikante Abnahme von Verhaltensauffälligkeiten im Vergleich zu der Standardpflegegruppe. Zwischen Interventions- und Placebogruppe gibt es jedoch keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 24: Tabellarische Zusammenfassung Woods et al.

Autor, Jahr, Land	Woods et al., 2005, Kanada ⁸⁴
Titel	The Effect of Therapeutic Touch on Behavioral Symptoms of Persons with Dementia
Journal	Alternative Therapies
Zielgruppe	Patienten mit moderater bis schwerer Demenz
Fragestellung	Effektivität von therapeutischem Berühren bzgl. der Häufigkeit und Intensität von Agitation
Interventionsgruppe	Therapeutisches Berühren mit Manipulation an Nacken und Schultern für 5 bis 7 Minuten 2-mal täglich über 3 Tage
Kontrollgruppe	Gruppe 1: Placebogruppe (Placebo therapeutic touch) Gruppe 2: Standardpflegegruppe
Vergleichbarkeit der Gruppen	Gegeben
Setting	Pflegeheim
Design	RCT
Fallzahl	<ul style="list-style-type: none"> • N = 57 • Lost to Follow-up: keine
Fallzahlplanung	Nicht berichtet
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Alzheimer-Diagnose nach DSM-IV • Mini-mental-state-examination < 20 • Patienten haben für mindestens 1 Monat stabile Medikation • Stationär für den Zeitraum der Studiendurchführung • Sind mobil • Seit mindestens 2 Monaten auf der Station
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Akute psychiatrische oder physische Erkrankung • Erst seit kurzer Zeit manifeste Diagnose (in den letzten 3 Monaten)
Zielkriterien	Agitated behaviour rating scale
Endpunkt nach	3 Tagen

Fortsetzung Tabelle 24: Tabellarische Zusammenfassung Woods et al.

Ergebnisse zur Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> Keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Placebogruppe Signifikant positive Unterschiede zwischen der Interventions- und Standardpflegegruppe auf 2 von 6 Subskalen der Agitated behaviour rating scale (restlessness, p = 0,02; vocalization, p = 0,03)
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> Kleine Fallzahl pro Gruppe (N = 19) Keine Fallzahlplanung
Finanzielle Unterstützung	Nicht berichtet

DSM = Diagnostical statistical manual of mental disorders. Et al. = Und andere. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Entspannungsverfahren: Suhr et al.⁷²

Suhr et al. untersuchen die Effektivität von Progressiver Muskelentspannung hinsichtlich Angst, Agitiertheit, Verhaltenswierigkeiten, und Lernvermögen (Tabelle 25). Es werden 34 Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz in die Studie eingeschlossen. Einmal wöchentlich werden die Teilnehmer der Interventionsgruppe in den Grundtechniken der Progressiven Muskelentspannung unterrichtet, wobei die Anzahl der Sitzungen den Ansprüchen des jeweiligen Patienten individuell angepasst wird. Die Kontrollgruppe erhält ein Verfahren der zur Schulung des Vorstellungsvermögens (imagery technique), das ebenfalls entspannend wirken soll. Im Ergebnis zeigen beide Verfahren signifikante Effekte hinsichtlich Ängstlichkeit und auffälligem Verhalten. Es gibt allerdings keine interventionspezifischen Effekte.

Tabelle 25: Tabellarische Zusammenfassung Suhr et al.

Autor, Jahr, Land	Suhr et al., 1999, USA ⁷²
Titel	Progressive Muscle Relaxation in the management of behavioural disturbance in Alzheimer's disease
Journal	Neuropsychological Rehabilitation
Zielgruppe	Alzheimer-Patienten mit milder bis mittelschwerer Demenz
Fragestellung	Effektivität von Progressiver Muskelentspannung bzgl. Demenzschwere, Kognition, Angst, Verhalten
Interventionsgruppe	Progressive Muskelentspannung 1-mal wöchentlich, Gesamtzahl individuell angepasst
Kontrollgruppe	Alternatives Entspannungsverfahren (imaginal relaxation) 1-mal wöchentlich, Gesamtzahl individuell angepasst, gleicher Umfang wie Intervention
Vergleichbarkeit der Gruppen	Gegeben
Setting	Häusliche Umgebung
Design	RCT
Fallzahl	<ul style="list-style-type: none"> N = 34 Lost to Follow-up: 18 %
Fallzahlplanung	Nicht berichtet
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> Patienten mit Demenzerkrankung Verhaltensauffälligkeiten, die tägliche Aktivitäten beeinträchtigen Zuhause lebend mit Betreuung

Fortsetzung Tabelle 25: Tabellarische Zusammenfassung Suhr et al.

Ausschlusskriterien	Keine berichtet
Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Dementia severity rating scale • Visual retention test • Controlled oral word association • Beck anxiety inventory • Brief psychiatric rating scale • Behaviour rating in Alzheimer's disease
Endpunkt nach	8 Wochen
Ergebnis	<ul style="list-style-type: none"> • Dementia severity rating scale: Keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe • Visual retention test: Keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe • Controlled oral word association: Interventions- signifikant besser als Kontrollgruppe ($p < 0,001$) • Beck anxiety inventory: Keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe • Brief psychiatric rating scale: Keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe • Behaviour rating in Alzheimer's disease: Keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Kleine Fallzahl • Keine Angabe zur Dauer der wöchentlichen Trainings
Finanzielle Unterstützung	National Institute of Aging

Et al. = Und andere. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. USA = Vereinigte Staaten von Amerika.

Realitätsorientierung: Spector et al.⁷¹

Spector et al. untersuchen die Effektivität von kognitiver Stimulation hinsichtlich kognitiver Variablen und der Lebensqualität (Tabelle 26). Es werden 201 Patienten mit Demenz nach DSM-IV in die Studie eingeschlossen. Die Interventionsgruppe erhält zweimal wöchentlich ein 45-minütiges Programm von kognitiver Stimulation (mit biografischen Erinnerungen durch Gespräche oder Fotografien), sowie sensorischer Stimulation durch Licht, Töne etc. über einen Zeitraum von sieben Wochen. Die Kontrollgruppe erhält Standardpflege. Es zeigen sich positive Effekte der beschriebenen Intervention hinsichtlich kognitiver und verhaltensbezogener Variablen, aber keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der allgemeinen Schwere der Demenz, Depressionen und Ängstlichkeit. Darüber hinaus zeigen sich signifikante Unterschiede in einzelnen Ergebnissen zwischen verschiedenen Studienzentren.

Tabelle 26: Tabellarische Zusammenfassung Spector et al.

Autor, Jahr, Land	Spector et al., 2003, Großbritannien ⁷¹
Titel	Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia
Journal	British Journal of Psychiatry
Zielgruppe	Patienten mit Demenz nach DSM-IV
Fragestellung	Effektivität von kognitiver Stimulation bzgl. der Wahrnehmung und der Lebensqualität
Interventionsgruppe	Kognitive Stimulation mit Anteilen von Reminiszenz und multisensorischer Stimulation, 2-mal wöchentlich je 45 Minuten über Zeitraum von 7 Wochen

Fortsetzung Tabelle 26: Tabellarische Zusammenfassung Spector et al.

Kontrollgruppe	Standardpflege
Vergleichbarkeit der Gruppen zu Baseline	Gegeben
Setting	Pflegeheime (stationär, Tagesklinik)
Design	RCT
Fallzahl	<ul style="list-style-type: none"> • N = 201 • Lost to Follow-up: 17 %
Fallzahlplanung	Ja
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Demenz nach DSM-IV • Mini-mental-state-examination zwischen 10 und 24 • Kommunikationsfähig (Score von 0 oder 1 in den Fragen 12 und 13 des Clifton assessment procedures for the elderly – behaviour rating scale)
Ausschlusskriterien	Patienten, die vom Studienpersonal so eingeschätzt wurden, dass sie die Absicht der Studie nicht verstehen
Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Mini-mental-state-examination • Alzheimer´s disease assessment scale – cognition • Holden communication scale • Clifton assessment procedures for the elderly – behaviour rating scale • Quality of life – Alzheimer´s disease scale • Clinical dementia rating scale • Cornell scale for depression in dementia • Rating anxiety in dementia
Endpunkt nach	7 Wochen
Ergebnisse zur Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Mini-mental-state-examination: Interventions- signifikant besser als Kontrollgruppe (p = 0,044) • Alzheimer´s disease assessment scale – cognition: Interventions- signifikant besser als Kontrollgruppe (p = 0,014) • Quality of life – Alzheimer´s disease scale : Interventions- signifikant besser als Kontrollgruppe (p = 0,028) • Keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe auf den anderen Skalen
Limitationen	Signifikante Differenzen in den Ergebnissen zwischen verschiedenen Studienzentren
Finanzielle Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • NHS London Regional Office, Research and Development Programme • Barking, Havering, Brentwood Community NHS Trusts

DSM = Diagnostical statistical manual of mental disorders. Et al. = Und andere. NHS = National Health Service. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Realitätsorientierung: Onder et al.⁵⁸

Onder et al. untersuchen die Effektivität eines realitätsorientierten Pflegeprogramms hinsichtlich kognitiver Variablen und Alltagsaktivitäten (Tabelle 27). Es werden 156 Patienten mit Alzheimer-Demenz in die Studie eingeschlossen. Die Interventionsgruppe erhält ein häusliches realitätsorientierendes Programm im Umfang von drei 30-minütigen Sitzungen pro Woche über einen Zeitraum von 25 aufeinander folgenden Wochen. Jede Sitzung besteht aus einem organisierten, intensiv kognitiven Training, indem die Betreuungs- bzw. Pflegekraft schrittweise Informationen wie z. B. Datum, Zeit und Ort präsentieren. Der erste Teil der Sitzung besteht aus der persönlichen zeitlichen und örtlichen Orientierung des Patienten, gefolgt von Gesprächsthemen von allgemeinem Interesse, z. B. historische Ereignisse, bekannte Leute, Aufmerksamkeit, Erinnerung etc. Die Kontrollgruppe erhält Standardpflege. Es zeigen sich signifikant positive Effekte der beschriebenen Intervention hinsichtlich kognitiver Variablen, aber keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Funktionsfähigkeit im Alltag.

Tabelle 27: Tabellarische Zusammenfassung Onder et al.

Autor, Jahr, Land	Onder et al., 2005, Italien ⁵⁸
Titel	Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: randomised controlled trial
Journal	British Journal of Psychiatry
Zielgruppe	Patienten mit Demenzerkrankung
Fragestellung	Effektivität von realitätsorientierter Therapie kombiniert mit Cholinesteraseinhibitoren bzgl. Kognition und Verhalten
Interventionsgruppe	Realitätsorientierendes Programm mit 3 Sitzungen pro Woche á 30 Minuten über Zeitraum von 25 Wochen
Kontrollgruppe	Standardpflege
Vergleichbarkeit der Gruppen	Gegeben
Setting	Häusliche Umgebung
Design	Randomized Controlled Trial
Fallzahl	<ul style="list-style-type: none"> • N = 156 • Lost to Follow-up: 15 %
Fallzahlplanung	Ja
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten müssen die Kriterien des National Institute of Neurological and Communicative Diseases and Stroke und der Alzheimer's Disease and Related Disorders Association erfüllen • Mini-mental-state-examination zwischen 13 und 28 • Medikamentöse Behandlung mit Donepezil für mindestens 3 Monate
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Aphasie oder Blindheit • Mini-mental-state-examination-score < 14 oder > 27 • Verweigerung zur Studienteilnahme
Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Mini-mental-state-examination • Alzheimer's disease assessment scale – cognition • Neuropsychiatric inventory • Barthel index • Number of impaired instrumental activities of daily living
Endpunkt nach	25 Wochen
Ergebnisse zur Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Mini-mental-state-examination: Interventions- signifikant besser als die Kontrollgruppe (p = 0,02) • Alzheimer's disease assessment scale – cognition: Interventions- signifikant besser als Kontrollgruppe (p = 0,01) • Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen auf den anderen Skalen
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Effekt kleiner als in der Fallzahlplanung erwartet • Intervention nicht durch Fachkräfte
Sponsor	Italian Ministry of Health

Et al. = Und andere.

Reminiszenz: Politis et al.⁵⁹

Politis et al. untersuchen die Effektivität eines standardisierten Reminiszenzprogramms (reminiscence-based activity Kit der Geriatrics Network Inc.) hinsichtlich verhaltensbezogener Variablen und Lebensqualität (Tabelle 28). Es werden 37 Patienten mit Demenz nach DSM-IV in die Studie eingeschlossen. Die Interventionsgruppe erhält ein standardisiertes Programm aus verschiedenen Themenblöcken (z. B. Geografie, Lieblingsessen, Tiere auf dem Bauernhof, Gemüse und Musikinstrumente) im Umfang von 30 Minuten, dreimal wöchentlich über vier Wochen. Die Kontrollgruppe erhält ein nicht-standardisiertes Gesprächs-/Aktivitätsprogramm im gleichen Umfang. Beide Gruppen zeigen signifikante Verbesserungen im Vergleich zur Baselineerhebung, es gibt aber keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe.

Tabelle 28: Tabellarische Zusammenfassung Politis et al.

Autor, Jahr, Land	Politis et al., 2004, USA ⁵⁹
Titel	A randomized, controlled, clinical trial of activity therapy for apathy in patients with dementia residing in long-term Standardpflege
Journal	International Journal of Geriatric Psychiatry
Zielgruppe	Patienten mit Demenz nach DSM-IV
Fragestellung	Effektivität eines standardisierten Aktivierungsprogramms bzgl. Apathie und Lebensqualität sowie Verhalten
Interventionsgruppe	Standardisiertes, strukturiertes Aktivierungsprogramm (The geriatrics network kit) über 30 Minuten, 3-mal wöchentlich für 4 Wochen
Kontrollgruppe	Unstrukturierte Gespräche oder Aktivitäten im gleichen zeitlichen Umfang wie Intervention
Vergleichbarkeit der Gruppen	Gegeben
Setting	Pflegeheim
Design	RCT
Fallzahl	<ul style="list-style-type: none"> • N = 37 • Lost to Follow-up: keine
Fallzahlplanung	Nicht berichtet
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Demenz nach DSM-IV • Apathie (durch Betreuer bewertet) • Global deterioration scale score von 3 bis 5 • Fähigkeit sich an einer einfachen Tätigkeit oder einem kurzen Gespräch zu beteiligen
Ausschlusskriterien	Nicht berichtet
Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Apathy score of the neuropsychiatric inventory • Alzheimer disease related quality of life scale • Cooper Ridge activity index
Endpunkt nach	4 Wochen
Ergebnisse zur Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe auf allen Skalen • Signifikante Vorher-Nachher-Unterschiede für beide Gruppen
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Kleine Fallzahl • Einschluss aufgrund subjektiver Apathieeinschätzung
Finanzielle Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • Miles Family Foundation • The Cooper Ridge Institute general funds

DSM = Diagnostical statistical manual of mental disorders. RCT= Randomisierte kontrollierte Studie. USA = Vereinigte Staaten von Amerika.

Reminiszenz: Lai et al.⁴¹

Lai et al. untersuchen die Effektivität eines Reminiszenzprogramms hinsichtlich Sozialverhalten und Lebensqualität (Tabelle 29). Es werden 101 Patienten mit Demenz in die Studie eingeschlossen. Die Intervention findet über sechs Monate in fünf sechswöchigen Zyklen statt. Das Reminiszenzprogramm ist auf die Lebensgeschichte des jeweiligen Probanden bezogen und umfasst Gespräche mit gezieltem Bezug zu biografischen Ankern. Die erste Kontrollgruppe erhält ein Gesprächsprogramm mit allgemeinen Themen ohne biografischen Bezug im gleichen zeitlichen Umfang. Die zweite Kontrollgruppe erhält Standardpflege. Die Ergebnisse zeigen keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und beiden Kontrollgruppen. Die Ergebnisdarstellung ist sehr unklar (keine Signifikanzen in den Haupttabellen, im Abstract fehlt der Ergebnisteil).

Tabelle 29: Tabellarische Zusammenfassung Lai et al.

Autor, Jahr, Land	Lai et al., 2004, China ⁴¹
Titel	A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia
Journal	International Psychogeriatrics
Zielgruppe	Patienten mit Demenz nach DSM-IV
Fragestellung	Effektivität eines Reminiszenzprogramms bzgl. Lebensqualität und Sozialverhalten
Interventionsgruppe	Spezielles Reminiszenzprogramm, das auf die individuellen Biografien der Probanden angepasst ist, in 30-minütigen wöchentlichen Sitzungen über 6 Monate (insgesamt 5 solcher 6-Wochen-Intervalle)
Kontrollgruppe	Gruppe 1: Statt Reminiszenzprogramm wird über allgemeine Themen (z. B. Diät und Gesundheit, soziale Sicherheit für Senioren) kommuniziert Gruppe 2: Standardpflege
Vergleichbarkeit der Gruppen	Gegeben
Setting	Pflegeheime
Design	Randomized Controlled Trial
Fallzahl	<ul style="list-style-type: none"> • N = 101 • Lost to Follow-up: 15 %
Fallzahlplanung	Ja
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Demenz nach DSM-IV • Kommunikationsfähig
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Schwerwiegendee psychiatrische Komorbidität • Akute oder instabil-chronische medizinische Zustände • Blindheit, Gehörlos
Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Social engagement scale • Well-being/III-being scale
Endpunkt nach	6 Monate
Ergebnisse zur Wirksamkeit	Keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe auf beiden Skalen
Limitationen	Unklare Ergebnisdarstellung
Finanzielle Unterstützung	Nicht berichtet

DSM = Diagnostical statistical manual of mental disorders. Et al. = Und andere.

6.5.2.4 Nicht berücksichtigte Literatur – klinischer Teil

Von den 287 nach der Erstselektion verbliebenen klinischen Texten werden 100 ausgeschlossen, weil die Fragestellung (bzw. das untersuchte Konzept) für diesen Bericht nicht relevant sind, 80 Artikel sind keine Primärstudien, 69 Studien sind keine randomisierten kontrollierte Studien (RCT) und 18 Studien werden ausgeschlossen aufgrund zu kleiner Fallzahl. Letztlich erfüllen 20 Studien die vorab definierten Einschlusskriterien (ausgeschlossene Studien mit Ausschlussgrund, siehe Anhang 8.4).

6.5.2.5 Eingeschlossene ökonomische Publikationen

Tabelle 30: Eingeschlossene Artikel aus dem Bereich Ökonomie

Erstautor und Jahr	Titel
Dürmann 2001 ²⁰	Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker (LvVD)
Rovner et al. 1996 ⁶²	A Randomized Trial of Dementia usual care in Nursing Homes
Schneider et al. 2007 ⁶⁴	Costs of occupational therapy in residential homes and its impact on service use
Trabucchi 1999 ⁷⁵	An Economic Perspective on Alzheimer´s Disease
Zanetti et al. 1995 ⁸⁷	Reality Orientation Therapy in Alzheimer Disease: Useful or Not? A Controlled Study
Zanetti et al. 1998 ⁸⁶	Cost effectiveness of Non Pharmacological Interventions in Alzheimer´s Disease

Et al. = Und andere.

Die Publikationen von Zanetti et al. und Trabucchi werden im weiteren Verlauf zusammen betrachtet, da sie Bezug auf die gleiche Studie nehmen.

6.5.2.6 Inhalt der ökonomischen Literatur, Bewertung und Beurteilung

Realitätsorientierungstherapie: Zanetti et al. (1998), Trabucchi (1999), Zanetti et al. (1995)

In Tabelle 31 werden drei Publikationen, die sich auf eine Studie beziehen, gemeinsam evaluiert. Zanetti et al.⁸⁷ berichten dabei klinischen Ergebnisse und liefern den ausführlichsten Beitrag. Die beiden anderen Publikationen^{75, 86} beziehen sich auf die ökonomischen Ergebnisse.

Tabelle 31: Tabellarische Zusammenfassung Zanetti et al., Trabucchi und Zanetti et al.

Autoren	Zanetti, O.; Bianchetti, A.; Trabucchi, M. ⁸⁶
Titel	Cost effectiveness of Non Pharmacological Interventions in Alzheimer´s Disease
Journal	Journal of the American Geriatrics Society 1998; Vol. 46(11), S. 1481.
Autor	Trabucchi, M. ⁷⁵
Titel	An Economic Perspective on Alzheimer´s Disease
Journal	Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology 1999; Vol. 12(1), S. 29-38
Autoren	Zanetti, O.; Frisoni, GB.; De Leo, D.; Dello Buono, M.; Bianchetti, A.; Trabucchi, M. ⁸⁷
Titel	Reality Orientation Therapy in Alzheimer Disease: Useful or Not? A Controlled Study
Journal	Alzheimer Disease and Associated Disorders 1995; Vol. 9(3), S. 132-138

Fortsetzung Tabelle 31: Tabellarische Zusammenfassung Zanetti et al., Trabucchi und Zanetti et al.

Technologie	Formelle ROT (Patienten treffen sich in Gruppen für ein spezielles Training). Kognitives Training zur Realitätsorientierung (z. B. Datum, Zeit, Ort, aktuelle und historische Ereignisse, berühmte Personen, Spiel, Übungen) durch Beschäftigungstherapeuten in der Tagesklinik. Anfänglich wird die räumliche, zeitliche und persönliche Orientierung behandelt. Später wird zu allgemeineren Themen und Übungen übergegangen. Intervention zusätzlich zur normalen Pflege zu Hause (wiederholt, jeweils 4-wöchig, fünf Mal pro Woche für je 45 Minuten). Dazwischen 5 bis 7 Wochen Pause. Die Patienten der Kontrollgruppe werden zu Hause gepflegt (Standard).				
Setting	Tagesklinik einer Demenzforschungs- und Pflegeeinheit in Brescia/Italien				
Studienfrage	Evaluation der Effekte formeller, didaktischer ROT („classroom“-ROT) für Alzheimer-Patienten				
Perspektive	Tagesklinik (implizit)				
Gesundheitsökonomischer Studientyp	Kosten-Effektivitäts-Analyse				
Studienpopulation	Wahrscheinliche Alzheimer-Diagnose; leichte bis moderate kognitive Einschränkungen (MMSE-Wert zwischen 24 und 11); Fehlen von Aphasie, Blindheit und offenen Verhaltensstörungen				
Zeitraum	Nicht berichtet. Für Währungsumrechnungen wird Basis 1995 angenommen ^{46, 52, 54} . Letzte Messungen nach durchschnittlich 8,2 (SD = 4,0) Monaten für Intervention und 8,5 (SD = 3,1) für Kontrolle				
Klinische Analyse					
Studiendesign	40 mögliche Teilnehmer der Tagesklinik, 11 verweigerten Teilnahme (2 wegen Institutionalisierung, 9 wegen langer Anfahrtsdauer), 16 Interventions- und 12 Kontrollpatienten (Aufteilungsgrundlage: tägliche Transportmöglichkeit zur Klinik). 1 Behandlungsabbruch erfolgt wegen anhaltender Unruhe durch die Intervention. Gruppen sind vergleichbar bzgl. Alter, Ausbildungszeit, Krankheitsdauer, CDR, MMSE, Anzahl weiterer Diagnosen, verlorene ADL und IADL und GDS				
Studientyp	Kontrollierte Studie				
Klinische Endpunkte	MMSE, Sprachvermögen, Tiere benennen, Digit Span, CDR, GDS, Anzahl weiterer Krankheiten. Von den Pflegenden werden ADL, IADL und Krankheitsdauer erhoben.				
Verblindung	Datenerhebung durch Psychologen und Arzt. Verblindung bzgl. Intervention vs. Kontrolle und vor vs. nach der Intervention.				
Statistische Analyse	Unterschiede zwischen Intervention vs. Kontrolle und vor vs. nach der Therapie mit 95 % CI. Multivariate lineare Regression nach Störgrößen.				
Sensitivitätsanalyse	Keine				
Ergebnisse	9, 14, 15 und 16 Personen beendeten 4, 3, 2 bzw. 1 ROT-Runde(n). Analysebasis: Intention-to-treat Ergebnisse als Differenz von Baseline zu Interventionsende.				
		Intervention	Kontrolle	Effekt-Differenz	Effekt-95 % CI
	MMSE	0,68 (SD = 2,44)	-2,58 (SD = 5,68)	3,27	0,18-6,36
	ADL	-0,44 (SD = 0,63)	-0,25 (SD = 0,62)	-0,19	-0,66-0,28
	IADL	-1,31 (SD = 1,96)	-1,25 (SD = 1,29)	-0,06	-1,34-1,21
	GDS	-0,31 (SD=5,11)	0,25 (SD = 2,38)	-0,56	-3,69-2,56
	Adjustierung bzgl. Alter, Ausbildung, Ausgangs-MMSE, Krankheitsdauer, CDR und Krankheitszahl, Zeit seit Therapiebeginn ergibt 3,12 gewonnene MMSE-Punkte (95 % CI=[-0,48; 6,84]; P = 0,09). Jeweils während Intervention Verbesserung und während Pausen Verschlechterung der MMSE-Werte. Verbesserung verbaler Funktionen und der MMSE-Werte durch ROT in der Interventionsgruppe sind signifikant. „Tiere benennen“ ist fast signifikant verbessert. Kein oder geringer Einfluss auf ADL, IADL und GDS. Angaben der Autoren zu Veränderungen der MMSE-Werte sind nicht plausibel, wie z. B. eine berichtete SD von 49 zeigt.				

Fortsetzung Tabelle 31: Tabellarische Zusammenfassung Zanetti et al., Trabucchi und Zanetti et al.

Gesundheitsökonomische Analyse	
Primärer gesundheitsökonomischer Endpunkt	Inkrementelle Kosten pro gewonnenem MMSE-Punkt pro Monat (Zanetti et al.), Inkrementelle Kosten pro gewonnenem MMSE-Punkt (Trabucchi)
Direkte Kosten	Direkte Kosten für Beschäftigungstherapeuten von 621,60 USD (655,38 Euro (2006)) pro Patient (25,90 USD (27,31 Euro (2006)) pro Stunde für 2 Beschäftigungstherapeuten + 20 % für das Management, insgesamt 80 Sitzungen mit durchschnittlich 4 Teilnehmern), keine weiteren Informationen (Zanetti et al.). Kosten für Pflege zu Hause fallen in beiden Gruppen an (implizit).
Indirekte Kosten	Nicht relevant
Kostenadjustierung	Keine
Verbindung Kosten und Effektivität	Kosten wurden über die gleiche Population erhoben (implizit).
Diskontierung	Nicht relevant
Statistische Analyse	Weder deskriptive noch analytische Statistik.
Sensitivitätsanalyse	Keine
Ergebnisse	3,2 MMSE-Punkte in 8 Monaten; 24,30 USD (25,62 Euro (2006)) pro gewonnenem MMSE-Punkt pro Monat (1 USD=1.700 ITL) (Zanetti et al. 1998). Intervention 0,68 MMSE-Punkte in 8,2 Monaten, Kontrolle -2,58 MMSE-Punkte in 8,4 Monaten; 1.380.000 ITL (506,21 Euro, Basis 2006) pro gewonnenem MMSE-Punkt (Trabucchi).
Schlussfolgerungen der Autoren	ROT ist effektiv in der zumindest temporären Verlangsamung des Demenzprozesses. Es ist kostengünstige Behandlung für Alzheimer-Patienten milder bis moderater Schwere (Zanetti et. al. 1998). Es ist keine Aussage möglich, ob dies eine kosteneffektive Intervention ist, da keine Beurteilung des Nutzens für Patienten oder Pflegende möglich ist (Trabucchi).
Interessenkonflikt	Keine Angaben der Autoren

ADL = Activities of daily living. CDR = Clinical dementia rating. CI = Konfidenzintervall. DM = Deutsche Mark.

Et al. = Und andere. GDS = Geriatric depression scale. IADL = Instrumental activities of daily living. ITL = Italienische Lira. MMSE = Mini-mental-state-examination. ROT = Realitätsorientierungstherapie. SD = Standardabweichung.

US = Vereinigte Staaten. USD = US-Dollar.

Methodischer Kommentar

Die Vergleichsbehandlung wird nicht explizit begründet. Sie ist aber die, wie auch immer geartete, Standardbehandlung für diese Patienten in dieser Klinik. Die verwendeten Effektivitätsdaten wurden direkt der Studie entnommen. Warum MMSE-Werte und nicht andere mögliche Einheiten zu Grunde gelegt werden, wird nicht begründet. Es werden keine Berechnungen zur Bestimmung der Größe der Studienpopulation durchgeführt. Die beiden Gruppen (Intervention und Kontrolle) sind vergleichbar. Es wird nicht erläutert, warum z. B. nur neun Teilnehmer vier Realitätsorientierungstherapie-(ROT)-Zyklen absolvieren. Einige Testergebnisse werden nicht berichtet.

Die Basis für die Kostenerhebung ist unklar. Es werden nur die Kosten für den Beschäftigungstherapeuten erhoben, weitere Kosten (wie z. B. für die Anfahrt und die Räumlichkeiten sowie Einrichtungen in der Klinik) werden nicht berücksichtigt. Daher werden die Kosten unterschätzt. Die Schlussfolgerungen werden sich dadurch allerdings nicht verändern, da Vergleiche mit anderen Interventionen bisher nicht möglich sind. Die Mengen wurden genauso wie die Kosten nur als fixe Zahlen ohne weitere Begründung dargestellt. Weder das Jahr der Erhebung noch das Preisjahr werden berichtet.

Ergebnisse anderer Autoren werden diskutiert. Weiterhin bemerken die Autoren, dass die Generalisierbarkeit eingeschränkt ist, da die Verbesserung im MMSE-Test daher rühren könnte, dass im ROT derartige Fragen geübt werden sowie auch weil die Interventionsgruppe öfter getestet und damit indirekt trainiert wird. Nach den Autoren kann sich auch das Verhalten der Pflegenden durch die Intervention verändern. Zusätzlich können durch die nicht zufällige Aufteilung der Gruppen nach täglicher Transportmöglichkeit z. B. die motivierteren Pflegenden zu der Interventionsgruppe gehören.

Aufgrund der knappen Angaben zum Setting dieser Studie sind Aussagen über die Übertragbarkeit auf Deutschland nicht möglich.

Mischintervention mit Aktivitätsprogramm: Rovner et al. (1996)

In Tabelle 32 wird die Publikation von Rovner et al.⁶², die eine dreiteilige Intervention beschreibt, zusammengefasst.

Tabelle 32: Tabellarische Zusammenfassung Rovner et al.

Autoren	Rovner, BW.; Steele, CD.; Shmuely, Y.; Folstein, MF. ⁶²
Titel	A Randomized Trial of Dementia Standardpflege in Nursing Homes
Journal	Journal of the American Geriatrics Society; 01/96, S. 7-13
Technologie	Mischintervention für Demenzpatienten bestehend aus 1. Aktivitäten (täglich von 10-15 Uhr; unter anderem Musik, Handarbeit, Entspannung, Wortspiele, Essenszubereitung) 2. Anwendung von Richtlinien für die medikamentöse Behandlung und 3. Fortbildungsmaßnahmen für die Pflegenden (A. G. E)
Setting	Pflegeheim mit 250 Betten in Baltimore/Maryland/USA
Studienfrage	Evaluierung der klinischen Wirksamkeit des Pflegeprogramms in Pflegeheimen zur Reduktion von Verhaltensstörungen bei Demenzpatienten
Perspektive	Pflegeheim (implizit)
Gesundheitsökonomischer Studientyp	Kosten-Konsequenz-Analyse
Studienpopulation	Pflegeheimbewohner mit vorhandenen Verhaltensstörungen und Demenz nach DSM-III-R
Zeitraum	Intervention und Preise (implizit) zwischen 1989 und 1991 (Währungsumrechnungen auf Basis 1990 zu Euro 2006) ^{52, 54} , Studiendauer 6 Monate
Klinische Analyse	
Studiendesign	118 Personen identifiziert, 29 verweigern Teilnahme (dadurch kein Bias), 89 durch Computeralgorithmus randomisiert (vor Beginn 8 Drop-outs durch Tod, Teilnahmeverweigerung oder Verlegung, je 1 Todesfall während der Intervention in den Gruppen, dort Daten für 3 Monate benutzt), 81 beenden die Untersuchung (N = 42 für Intervention, N = 39 für Kontrolle). Die Gruppen unterscheiden sich im Geschlecht (86 % Intervention vs. 67 % Kontrolle; Chi-Quadrat = 4,08; df = 1; P < 0,043); keine signifikanten Unterschiede in den anderen Merkmalen (ethnische Zugehörigkeit, Alter, Verhaltensstörungen, MMSE; RUGS, Diagnose, Fixierung und Antipsychotikanutzung). In der Wiederholung wurden 14 von 20 Teilnehmern der Kontrollgruppe wieder randomisiert. Vergleich mit Standardpflege (z. B. Diskussionsgruppen, Kunst, Handwerk, sensorische Stimulation am Bett) Zwei Wiederholungen durchgeführt (erste N1 = 46, N2 nicht angegeben). Es werden 80 Fälle angestrebt. Fallzahlkalkulation: Annahme einer 25 prozentigen Reduktion von störendem Verhalten nach 6 Monaten, einseitiger Fehler 0,05, Power = 0,76.
Studientyp	RCT mit 6-monatiger Behandlung, kein Follow-up berichtet
Klinische Endpunkte	Primär: Generisches 2-stufiges Maß für Verhaltensstörungen; Sekundär: Nutzung von Antipsychotika und Fixierung (Baseline und nach 6 Monaten), Aktivitätsniveau, kognitiver (MMSE) und funktioneller (RUGS-II) Status.
Verblindung	Psychiater zur Bestimmung der ersten Stufe des primären Endpunktes
Statistische Analyse	Mit SPSS 4.0; unter anderem t-Test, Mann-Whitney-U-Test, Chi-Quadrat-Test und McNemar's-Test

Fortsetzung Tabelle 32: Tabellarische Zusammenfassung Rovner et al.

Ergebnisse	<p>Intention-to-Treat und Per-Protokoll-Treatment für primären Endpunkt sind nahezu identisch, daher werden nur letztere berichtet.</p> <p>Primärer Endpunkt: Nach 6 Monaten: Verhaltensstörungen bei 12 von 42 Patienten (20 von 39 Kontrollen; OR = 0,38; 95 % CI = [0,15; 0,95]; P = 0,037). Geringere Wahrscheinlichkeit für Verhaltensstörungen bei Intervention (OR = 0,38; 95 % CI = [0,15; 0,95]; P = 0,037) Zuschreibbare Differenz: 22,7 %; 95 % CI = [1,9; 43,5]</p> <p>Wahrscheinlichkeit der Kontrollen mehr als doppelt so hoch für: Antipsychotikannutzung (OR = 2,55; 95 % CI = [0,96; 6,76]; P < 0,056), Nutzung von Fixierung während Aktivitätszeit (OR = 2,98; 95 % CI = [1,1; 8,04]; P < 0,028), Nutzung von Fixierung in Pflegeabteilungen (OR = 2,14; 95 % CI = [0,9; 5,3]; P < 0,1). Vermehrte Teilnahme an Aktivitäten durch Interventionsgruppe (OR = 13,71; 95 % CI=[4,51; 41,73]; P = 0,001)</p> <p>Keine signifikanten Änderungen in MMSE und RUGS, keine Nebenwirkungen.</p>									
Gesundheitsökonomische Analyse										
Primärer gesundheitsökonomischer Endpunkt	Erstattungsleistungen, Kosten der Intervention									
Direkte Kosten	<p>Monatliche Erstattungsleistungen (Pflege) basierend auf Maryland-Fallmix-raten zusätzlich Medikationskosten, persönliche Pflegemittel, Mittel zur Ruhigstellung/Fixierung, Injektionen, künstliche Darmöffnungen, Sauerstoff, Pflege bei Beatmung, Positionierung bei Beginn und nach 6 Monaten. Basis sind Ist-Daten.</p> <p>Interventionskosten für sechs Monate umfassen Stundenlohn für Psychiater (geschätzt) und Bruttoentlohnung für Beschäftigungsdirektor, zwei Pflegehilfen, die Forschungsschwester und Materialkosten.</p>									
Indirekte Kosten	Nicht relevant									
Kostenadjustierung	Keine, aber studienprotokollbedingte Kosten (z. B. „Forschungsschwester“).									
Verbindung Kosten und Effektivität	Kosten wurden über die gleiche Population erhoben (implizit). Es erfolgt keine Verknüpfung.									
Diskontierung	Nicht relevant									
Statistische Analyse	Deskriptiv (Durchschnitt und SD für Monatsdaten, da Normalverteilung vorliegt, Interventionskosten mittels Vollerhebung.									
Sensitivitätsanalyse	Keine									
Ergebnisse	<p>Durchschnittliche Pflegekosten am Anfang und nach sechs Monaten für Interventions- und Kontrollgruppe in USD pro Monat pro Patient, Euro (2006) in Klammern.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Intervention</th> <th>Kontrolle</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anfang</td> <td>2.214,70 (SD = 414,10) (2.721,87; SD = 795,03)</td> <td>2.336,60 (SD = 497,00) (2.872,59; SD = 611,01)</td> </tr> <tr> <td>6 Monate</td> <td>2.203,00 (SD = 381,60) (2.708,35; SD = 469,14)</td> <td>2.290,60 (SD = 488,00) (2.816,04; SD = 599,94)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Unterschiede sind nicht signifikant. Interventionskosten: Für 20 Pflegefälle belaufen sich die kompletten 6-Monatskosten auf 41.300 USD (50.773,80 Euro)(Aktivitätsleiter 13.200 USD (16.227,95 Euro), Teilzeitkrankenschwester 7700 USD (9.466,30 Euro), 2 Pflegehilfen 18.200 USD (22.374,89 Euro), Materialien 2.200 USD (2704,66 Euro)). Als mögliche Kostenersparnis durch den Wegfall der Interventionsgruppe in der täglichen Betreuung wird der Wegfall einer vollen Pflegehilfe in Höhe von 9.100 USD (11.187,45 Euro) angenommen. Die täglichen Kosten pro Interventionspatient sind 8,94 USD (10,99 Euro).</p> <p>Für das Aktivitätsprogramm fallen in sechs Monaten Gesamtkosten in Höhe von 48.813 USD (60010,20 Euro) an (Aktivitätsleiter 14.560 USD (17.899,92 Euro), 2 Teilzeitaktivitätsassistenten 22.425 USD (27.569,07 Euro), zwei untrainierte Hilfen 8.000 USD (9.835,12 Euro), Materialien 3.888 USD (4.779,87 Euro)). Das Aktivitätsprogramm kostet 1,13 USD (1,39 Euro) pro Tag pro Pflegebedürftigem. Der Psychiater der Interventionsgruppe kostet 3.900 USD (4.794,62 Euro)(1 Stunde pro Woche für 26 Wochen für 150 USD (184,41 Euro) pro Stunde). Für die Kontrollgruppe wird in 13 Fällen ein Psychiater gebraucht. Gesamtkosten dafür sind 2.925 USD (3.595,97 Euro)(150 USD (184,41 Euro) pro Stunde für 1 Stunde Erstvisitation und 2-maliger 15-minütiger Nachkontrolle).</p> <p>Keine signifikanten Unterschiede in der Hospitalisierung.</p>		Intervention	Kontrolle	Anfang	2.214,70 (SD = 414,10) (2.721,87; SD = 795,03)	2.336,60 (SD = 497,00) (2.872,59; SD = 611,01)	6 Monate	2.203,00 (SD = 381,60) (2.708,35; SD = 469,14)	2.290,60 (SD = 488,00) (2.816,04; SD = 599,94)
	Intervention	Kontrolle								
Anfang	2.214,70 (SD = 414,10) (2.721,87; SD = 795,03)	2.336,60 (SD = 497,00) (2.872,59; SD = 611,01)								
6 Monate	2.203,00 (SD = 381,60) (2.708,35; SD = 469,14)	2.290,60 (SD = 488,00) (2.816,04; SD = 599,94)								

Fortsetzung Tabelle 32: Tabellarische Zusammenfassung Rovner et al.

Schlussfolgerungen der Autoren	Das Behandlungsprogramm verbessert den Status der Patienten bzgl. Verhaltensstörungen, Nutzung von Antipsychotika und Fixierungen. Es entstehen höhere Gesamtkosten durch die Intervention im Vergleich zur Standardpflege.
Interessenkonflikt	Teilfinanzierung durch National Institute of Mental Health

A. G. E. = Activities, guidelines for psychotropic medications and education. CI = Konfidenzintervall. DSM = Diagnostic statistical manual of mental disorders. MMSE = Mini-mental-state-examination. OR = Odds ratio. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. RUGS = Resource utilization group's. SD = Standardabweichung. US = Vereinigte Staaten. USD =US-Dollar.

Methodischer Kommentar

Die Nutzung von Standardpflege als Vergleich zur Interventionsgruppe wird nicht explizit begründet oder erörtert. Weiterhin bestätigen die Autoren in ihrer Diskussion, dass vermutlich auch die Vergleichsgruppe implizit von der Intervention profitiert hat, da die Pfleger durch die Intervention und die Aufmerksamkeit der Wissenschaftler enthusiastischer und aufmerksamer werden. Weiterhin verbessert sich in der Zeit der Intervention (täglich von 10 bis 15 Uhr) die Relation Pflegen-de/Pflegebedürftige. Daher sind auch Veränderungen bei den Pflegebedürftigen der Vergleichsgruppe zu erwarten. Die klinische Analyse basierte auf einem RCT-Design mit einer ausreichend großen, repräsentativen und vergleichbaren Studienpopulation. Die Effektivitätsergebnisse werden nicht mit den Kostendaten in Relation zueinander gesetzt.

Die Autoren nehmen bzgl. der Kosten implizit die Position des Pflegeheims ein. Leider werden, wie die Autoren bestätigen, die Kosten nur sehr grob und über einen kurzen Zeitraum erfasst. So sind z. B. Kosten für den Interventionsraum, der vorher für Pflegereporte genutzt wurde, nicht enthalten. Andererseits ist in den Interventionskosten die Bruttoentlohnung der Forschungsschwester eingeschlossen. In der Diskussion weisen die Autoren auch darauf hin, dass die vermiedenen Funktionsverschlechterungen vermutlich langfristig zu niedrigeren Ausgaben führen und die mögliche Kostenreduktion z. B. durch die Verringerung des Pflegepersonals vermutlich unterschätzt wird. Diese Einflüsse werden die Zusatzkosten der Intervention vermutlich verringern aber nicht eliminieren.

Als Kosten werden unter anderem Erstattungsgrößen herangezogen. Daher ist z. B. nicht ersichtlich, weshalb die durchschnittlichen Erstattungskosten trotz der positiven klinischen Effekte relativ konstant bleiben. Weiterhin werden die erhobenen Kosten nur teilweise in Mengen- und Preiskomponente aufgeteilt, was im Folgenden auch die mögliche Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Deutschland schmälert.

Die Autoren vergleichen ihre Ergebnisse mit anderen Studien und berichten weiterhin, dass nach Wegfall der Intervention Rückfälle auftreten. Die reduzierte Generalisierbarkeit z. B. durch das Wählen einer einzelnen Institution für beide Gruppen wird thematisiert. Weitere Schwierigkeiten, wie z. B. das neutrale Erfassen der Verhaltensstörungen, werden diskutiert.

Da eine Mischintervention vorliegt, ist es nicht möglich die Effekte isoliert nach den Teilinterventionen zu erfassen. Eine gegenseitige positive Beeinflussung ist wahrscheinlich. Daher ist keine eindeutige Aussage über die Effekte des Aktivitätsteils möglich. Die Intervention findet in einem US-amerikanischen Setting statt. Durch die stark unterschiedliche Struktur des Gesundheitssystems und dabei insbesondere der Erstattungsleistungen sind die ökonomischen Ergebnisse nicht auf Deutschland übertragbar.

Betreuung mobiler Demenzkranker: Dürrmann (2001)

Die folgende Tabelle 33 ist eine Zusammenfassung von Dürrmann²⁰, der den zusätzlichen Zeitaufwand für die Betreuung mobiler Demenzkranker bestimmt.

Tabelle 33: Tabellarische Zusammenfassung Dürrmann

Autoren	Dürrmann, P. ²⁰
Titel	Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker (LvVD)
Journal	Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (Herausgeber); 2001
Technologie	Pflegemaßnahmen nach Leistungskatalog mit 150 Einzelmaßnahmen. <ol style="list-style-type: none"> 1. Verrichtungen gem. § 14 SGB XI 2. Medizinischen Behandlungspflege 3. Einzelfallbezogene Betreuung bei Verhaltensstörungen 4. Beziehungsgestaltung: Integrative Validation (IVA) 5. Tagesstrukturierung 6. Milieuthérapie – direkte Leistungen (Einzel- und Gruppenangebote), indirekte Leistungen 7. Sterbebegleitung 8. Indirekte (Pflege-)Leistungen
Setting	13 auf Demenzkranke spezialisierte Pflegeeinrichtungen in Deutschland
Studienfrage	Zusätzlicher Zeitaufwand und Kosten für die Betreuung mobiler Demenzkranker mit ausgeprägten Verhaltensstörungen Implizit Vergleich mit immobilten Demenzkranken
Perspektive	Pflegeheim
Gesundheitsökonomischer Studientyp	Kosten-Konsequenz-Analyse
Studienpopulation	Mobile verhaltensauffällige Demenzpatienten (Demenzdiagnose durch Facharzt, Uhrentest, MMSE und CMAI)
Zeitraum	Frühjahr 1999 für die Zeitmessung, Basisjahr der Kosten nicht angegeben, (Währungsumrechnung auf 2006, Kostenjahr 1999 angenommen ^{54, 55})
Klinische Analyse	
Stichprobendesign	In den Heimen insgesamt 1.204 Pflegebedürftige, davon 575 mit Demenzdiagnose, davon 231 mobil (offensichtlich Ausschluss von immobilten Patienten) Kontrollgruppe nicht explizit beschrieben. Keine Powerkalkulationen, keine Ausschlüsse, keine Drop-outs berichtet, keine Verblindung, kein Vergleich der Gruppen
Studientyp	Pflegezeitstudie mit Vorher-Nachher-Vergleich
Ergebnisse	Als Effekte der Milieu- und Beziehungsgestaltung werden verbal positive Effekte in Form von ausgeglichenerem und ruhigerem Verhalten, besserer Stimmung und verbessertem Einschlafen beschrieben. Wichtig sei Liedersingen und Geschichtenerzählen. Weitere Effekte und Unterschiede zur Kontrollgruppe werden nicht berichtet.
Gesundheitsökonomische Analyse	
Primärer gesundheitsökonomischer Endpunkt	Zusätzlicher zeitlicher Betreuungsaufwand für mobile Demenzpatienten mit Verhaltensstörungen über Standardbehandlung nach § 14 Abs. 4 SGB XI hinaus. Erhoben durch „externe Fachkräfte“.
Direkte Kosten	Zusatzkosten der Betreuung für das Pflegeheim durch zusätzlichen Zeitaufwand für mobile Demente mit Verhaltensstörungen. Die Kosten werden Aufgeteilt in täglichen zusätzlichen Zeitaufwand pro Patient und durchschnittliche Jahreskosten pro Angestelltem aufgeteilt. Keine Quelle für die Kosten der Angestellten. Weiteren Kosten wie z. B. Ressourcenverbräuche nicht berichtet.
Indirekte Kosten	Nicht relevant
Diskontierung	Nicht relevant
Statistische Analyse	Weder deskriptive noch analytische Statistik
Sensitivitätsanalyse	Keine Sensitivitätsanalyse

Fortsetzung Tabelle 33: Tabellarische Zusammenfassung Dürrmann

Ergebnisse	Durchschnittlich zusätzlich 45 Minuten Pflegezeit pro Tag, 16 % davon für indirekte Leistungen (Biografie- und Angehörigenarbeit, regelmäßige, zusätzliche Arztvisiten, Beobachtung des Bewohners, Fallbesprechungen, besondere Aufnahmeverfahren, Zusatzbedarf an Fort- und Weiterbildung und kontinuierliche Konzeptentwicklung und Anpassung), 56 % für Einzelfallmaßnahmen zur Betreuung bei Verhaltensstörungen, 19 % für Beziehungsgestaltung, 9 % für Milieutherapie (Milieu- und Beziehungsgestaltung umfasst z. B. das häufig bemerkte Validieren im Vorübergehen, Einzelgespräche und Maßnahmen in Krisensituationen). Für ein fiktives Musterpflegeheim mit 20 Demenzpatienten wird ein finanzieller Mehraufwand durch den zusätzlichen Betreuungsaufwand für mobile Demente von 225.000 DM (127.878,94 Euro) pro Jahr für 20 Personen bzw. 30,82 DM (17,52 Euro) pro Tag pro Patient exemplarisch berechnet. Dies resultiert aus 3,5 zusätzlichen Mitarbeitern (2 Pflegefachkräfte zu je 75.000 DM (42.626,31 Euro) und 1,5 Pflegehelfer zu je 50.000 DM (28.417,54 Euro)).
Schlussfolgerungen der Autoren	Der Mehraufwand für mobile Demenzpatienten von durchschnittlich 45 Minuten ist dem Pflegeheim durch die Pflegeeinstufung oder eine abweichende Pflegeklasse zu honorieren.
Interessenkonflikt	Nicht auszuschließen, da der Autor stellvertretender Bundesvorsitzender des DVLAB ist.

CMAI = Cohen-Mansfield agitation inventory. DM = Deutsche Mark. DVLAB = Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen. LvVD = Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker. MMSE = Mini-mental-state-examination. SGB = Sozialgesetzbuch.

Methodischer Kommentar

Die Vergleichsgruppe ist nur implizit zu erschließen. Es liegt nahe, dass der Mehraufwand für mobile Demenzkranke erfasst wird. Für die klinischen Ergebnisse werden nur subjektive Eindrücke einer Verbesserung durch einen Teilbereich der Intervention berichtet. Dies ist kein direktes Ergebnis und geht auch in die weitere Analyse nicht ein. Aussagen zum Studiendesign fehlen. Die Studienpopulation rekrutiert sich aus auf Demenz spezialisierten Heimen, was die Ergebnisse nur bedingt auf andere Institutionen übertragbar macht. Relevante Kosten, wie z. B. Ressourcenverbräuche, werden nicht betrachtet. Damit werden die Zusatzkosten für mobile Demenzpatienten unterschätzt. Eine Begründung für die Preise/Gehälter in dem fiktiven Beispiel wird nicht angegeben. Ebenso fehlen Preisjahr und weitere Analysen der unterstellten Gehälter. Die Zusatzkosten pro Tag und Bewohner sind vergleichbar mit Durchschnittsgrößen aus einem Betriebsvergleich, der auch von den Autoren durchgeführt wurde. Einschränkungen der Studie werden nicht diskutiert.

Insgesamt ist die Studie aufgrund der methodischen Mängel nur sehr eingeschränkt dazu geeignet, die tatsächliche pflegerische Situation hinsichtlich der beschriebenen pflegerischen Interventionen aus ökonomischer Perspektive zu bewerten. Aus diesem Grund können die Ergebnisse lediglich als Hinweis darauf verstanden werden, dass bei der Umsetzung eines den medizinischen Anforderungen von mobilen Demenzpatienten angemessenen Pflegekonzeptes mit signifikanten Mehrkosten zu rechnen ist.

Beschäftigungstherapie: Schneider et al. (2007) und Mozley et al. (2007)

In dieser Zusammenfassung werden zwei Publikationen, die sich auf eine Studie beziehen, gemeinsam evaluiert. Schneider et al. (2007)⁶⁴ beziehen sich auf die ökonomischen Ergebnisse und verweisen bzgl. der klinischen Ergebnisse auf Mozley et al. (2007)⁴⁵ (Tabelle 34).

Tabelle 34: Tabellarische Zusammenfassung Schneider et al. und Mozley et al.

Autoren	Schneider, J.; Duggan, S.; Cordingley, L.; Mozley, CG.; Hart, C. ⁶⁴
Titel	Costs of occupational therapy in residential homes and its impact on service use
Journal	Aging and Mental Health
Autoren	Mozley, CG.; Scheider, J.; Cordingley, L.; Molineux, M.; Duggan, S.; Hart, C.; Stoker, B.; Williamson, R.; Lovegrove, R.; Cruickshank, A. ⁴⁵
Titel	The usual care Home Activity Project: Does introducing an occupational therapy programme reduce depression in care homes?

Fortsetzung Tabelle 34: Tabellarische Zusammenfassung Schneider et al. und Mozley et al.

Journal	Aging and Mental Health
Technologie	Anstellung eines Vollzeitbeschäftigungstherapeuten pro Heim für 12 Monate für Individual- und Gruppentherapie Vergleich zur Standardpflege
Setting	8 Pflegeheime in Nordengland/UK (4 Intervention, 4 Kontrolle)
Studienfrage	Effekt von Beschäftigungstherapie auf das Depressionsniveau und die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern Veränderte Nutzung und Kosten der Gesundheitsversorgung und weiterer Serviceleistungen bei Beschäftigungstherapie
Perspektive	Pflegeheim (implizit)
Gesundheitsökonomischer Studientyp	Kosten-Minimierungs-Studie
Studienpopulation	Pflegeheimbewohner
Zeitraum	August 2002 bis August 2003, Preisjahr 2002 bis 2003 (Währungsumrechnung auf 2006 mit Basis 2005 ^{53, 54})
Klinische Analyse	
Studiendesign	Wohnheimbewohner Durchschnittlicher MMSE-Wert von 17 Machbarkeitsstudie Wohnheime wurden auf Basis eines Fragebogens ausgewählt, aber die Aufteilung in Interventions- und Kontrollheime erfolgte zufällig. N = 259 mögliche Teilnehmer, davon sind 49 während der Studie dazugekommen, GMS-DS von N = 143 (65 Kontrolle, 78 Intervention) erhoben, Nichtteilnehmere-willige N = 13, während Studie verstorben N = 43, Heim verlassen N = 37; Erkrankt N = 23. Unterschiede der Wechsler zwischen Kontrolle und Intervention nicht signifikant. Auswertung nur für Teilnehmer mit Intervention für mehr als 6 Monate: N = 100 für Interventions- und N = 90 für Kontrollgruppe (Per-Protokoll). Power-Calculations: 29 Patienten je Gruppe um beim GMS-DS 1 Wechsel von schwer auf moderat bei 0,05 Signifikanz und 90 % Power zu erreichen, Berechnungen basieren aber auf anderer Zielgruppe. Interventions- und Kontrollheime sind bzgl. Bewohnerzahl und täglich verfügbarer Zeit pro Bewohner vergleichbar. Die Gruppen sind bzgl. Alter, Geschlecht, Zeit im Heim, GMS-DS, Barthel und MMSE vergleichbar. 40 % bzw. 30 % der Kontrollen können nicht selbstständig die Toilette nutzen (30 % bzw. 32 % der Interventionsgruppe).
Studientyp	RCT
Klinische Endpunkte	Depressionsniveau und Lebensqualität der Patienten gemessen mit: GMS-DS, Barthel activities of daily living index, MANQOL-R, Cantril's ladder. Bei Mitarbeitern: SCES
Verblindung	Bei Baselineerhebung durch verblindete Wissenschaftler, Nach 12 Monaten Verblindung nicht erfolgt, da Beschäftigungstherapeut im Heim verbleibt, um mögliche Effekte zu erhalten.
Statistische Analyse	Univariate Analyse, sequentielle multiple Regression
Sensitivitätsanalyse	Unbekannt
Ergebnisse	Am Anfang stark demotivierte Patienten, weshalb die Intervention modifiziert wird. Keine signifikanten Unterschiede in Depressionen oder anderen Outcomes zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Männer nehmen an weniger Aktivitäten teil. Neu hinzugekommene Heimbewohner nehmen eher an den Aktivitäten teil als etablierte. Beliebtesten Aktivitäten: Spiele und Rätsel für Frauen (84 % Teilnahme) Ausflüge und Sport für Männer (61 % bzw. 52 % Teilnahme). Durchschnittliche 64 Minuten pro Woche pro Patient in Gruppentherapie und 33 Minuten pro Woche pro Patient in Individualsitzungen. Aktivitätsniveaus bleiben ungefähr gleich in beiden Gruppen im Zeitverlauf (47 % vs. 47 % für Interventions- und 53 % vs. 50 % in Kontrollgruppe). Qualitative Interviews mit Teilnehmern, Mitarbeitern und Angehörigen ergeben (subjektiv) Verbesserung der Aktivität/Lebensqualität der Interventionsgruppe.

Fortsetzung Tabelle 34: Tabellarische Zusammenfassung Schneider et al. und Mozley et al.

Gesundheitsökonomische Analyse																																			
Primärer gesundheitsökonomischer Endpunkt	Kosten der Beschäftigungstherapie pro Patient. Gemessen unter anderem mit CSRI, erhoben 3 Monate vor Intervention und am Ende. Information von verschiedenen Heimmitarbeitern oder, wenn möglich, den Patienten.																																		
Direkte Kosten	Publizierte Kosten des Interventionsjahres 2002/2003 verwendet. Wenn nicht möglich, ältere Preise aufgewertet oder verwandte Berufe gewählt. Per-Protokoll-Kosten verwendet (Mindestteilnahme an der Intervention von 6 Monaten). Kosten des Beschäftigungstherapeuten Zusätzliche Reisekosten (gesamt 4.860 GBP (7.298,87 Euro), Basis: 405 Reisen, durchschnittlich jeweils 30 Meilen, 1 Meile = 0,40 GBP (0,60 Euro)) Zusätzliche Materialkosten (pro Therapeut 800 GBP (1.201,46 Euro), jährliche Abschreibung 200 GBP (300,37 Euro)) Kosten der Zeit für administrative Arbeiten, Weiterbildung, Krankheit usw. sind enthalten. Kosten der Gruppenintervention = 1/6 der Kosten individueller Interventionen, da durchschnittliche Gruppengröße von 6 Personen vorliegt. Drei Kostengruppen verwendet (Primärversorgung, Sozialservice, sekundäre Pflege)																																		
Indirekte Kosten	Subjektiv höhere Zufriedenheit der Patienten, Pflegenden und Mitarbeiter. Gehen nicht in die Bewertung ein.																																		
Kostenadjustierung	Aufwertung auf Preisjahr 2004/2005																																		
Verbindung Kosten und Effektivität	Kosten wurden über die gleiche Population erhoben.																																		
Verblindung	CSRI erhoben ohne Kenntnis des Status des Heims																																		
Diskontierung	Nicht relevant																																		
Statistische Analyse	Mann Whitney-Test, Wilcoxon-Test, Chi-Quadrat-Test																																		
Sensitivitätsanalyse	Keine																																		
Ergebnisse	<p>Kosten des Beschäftigungstherapeuten von 192,45 GBP (289,03 Euro) pro Tag; 1,27 GBP (1,91 Euro) pro Minute pro Individual-Kontakt, 12,75 GBP (19,15 Euro) pro Stunde pro Gruppenintervention (aufgewertet auf 2005/2006: 210,81 GBP (309,48 Euro), 1,39 GBP (2,04 Euro) bzw. 13,97 GBP (20,51 Euro)) Männer nehmen an weniger Aktivitäten teil. Stärkere Nutzung durch Interventionsgruppe von: Sozialarbeit zur Baseline und Fußpflege und Audiologie am Ende. Keine signifikanten Unterschiede in der Medikamentennutzung, mit Ausnahme von nicht-prophylaktischem Aspirin (stärker in Interventionsgruppe). Interventionsgruppe nutzt am Ende weniger Sekundärpflege (signifikant zur Kontrollgruppe und in der Zeit). Interventionsgruppe nutzt am Ende signifikant mehr Sozialservice im Vergleich zur Kontrollgruppe. Kontrollgruppe hat signifikanten Wechsel von Sozialservicekosten am Anfang zu keinen Sozialservicekosten am Ende.</p> <p>Wochendurchschnittskosten der Leistungen in 2004-2005-GBP (2006-Euro)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Baseline</th> <th colspan="2">Am Ende</th> </tr> <tr> <th>Intervention</th> <th>Kontrolle</th> <th>Intervention</th> <th>Kontrolle</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Primärversorgung</td> <td>16,58 (24,90)</td> <td>30,87 (46,36)</td> <td>22,96 (34,48)</td> <td>18,60 (27,93)</td> </tr> <tr> <td>Sekundärversorgung (inkl. Krankenhaus)</td> <td>46,19 (69,37)</td> <td>13,18 (19,79)</td> <td>5,09 (7,64)</td> <td>12,02 (18,05)</td> </tr> <tr> <td>Kosten des Sozialservices</td> <td>1,59 (2,39)</td> <td>1,14 (1,71)</td> <td>6,68 (10,03)</td> <td>1,95 (2,93)</td> </tr> <tr> <td>Gesamtkosten (Summe der o. g.)</td> <td>64,37 (96,67)</td> <td>45,19 (67,87)</td> <td>34,74 (52,17)</td> <td>32,58 (48,93)</td> </tr> <tr> <td>Kosten der Beschäftigungstherapie</td> <td>K. A.</td> <td>K. A.</td> <td>33,08 (49,68)</td> <td>K. A.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nettointerventionskosten 16 GBP (24,03 Euro) (in GBP der Jahre 2004-2005 (Euro 2006)) pro Woche pro Patient.</p>		Baseline		Am Ende		Intervention	Kontrolle	Intervention	Kontrolle	Primärversorgung	16,58 (24,90)	30,87 (46,36)	22,96 (34,48)	18,60 (27,93)	Sekundärversorgung (inkl. Krankenhaus)	46,19 (69,37)	13,18 (19,79)	5,09 (7,64)	12,02 (18,05)	Kosten des Sozialservices	1,59 (2,39)	1,14 (1,71)	6,68 (10,03)	1,95 (2,93)	Gesamtkosten (Summe der o. g.)	64,37 (96,67)	45,19 (67,87)	34,74 (52,17)	32,58 (48,93)	Kosten der Beschäftigungstherapie	K. A.	K. A.	33,08 (49,68)	K. A.
	Baseline		Am Ende																																
	Intervention	Kontrolle	Intervention	Kontrolle																															
Primärversorgung	16,58 (24,90)	30,87 (46,36)	22,96 (34,48)	18,60 (27,93)																															
Sekundärversorgung (inkl. Krankenhaus)	46,19 (69,37)	13,18 (19,79)	5,09 (7,64)	12,02 (18,05)																															
Kosten des Sozialservices	1,59 (2,39)	1,14 (1,71)	6,68 (10,03)	1,95 (2,93)																															
Gesamtkosten (Summe der o. g.)	64,37 (96,67)	45,19 (67,87)	34,74 (52,17)	32,58 (48,93)																															
Kosten der Beschäftigungstherapie	K. A.	K. A.	33,08 (49,68)	K. A.																															

Fortsetzung Tabelle 34: Tabellarische Zusammenfassung Schneider et al. und Mozley et al.

Schlussfolgerungen der Autoren	Gesundheitskosten sinken bzgl. sekundärer Pflegekosten für die Interventionsgruppe. Dieser Effekt könnte aber die Baselineunterschiede in der Krankenhausnutzung reflektieren (Regression-zum-Mittelwert-Effekt). Sozialpflegekosten steigen an. Dies könnte durch ein Bewusstwerden von Bedürfnissen dieser Services entstehen. Insgesamt relativ geringe wöchentliche Kosten pro Patient für die Intervention.
Interessenkonflikt	Studie finanziert durch The Health Foundation

CSRI = Client service receipt inventory. GBP = Britisches Pfund. GMS-DS = Geriatric mental state – depression scale. K. A. = Keine Angabe. MANQOL-R = Manchester quality of life profile – residential. MMSE = Mini-mental-state-examination. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. SCES = Sheltered usual care environment scale. UK = Vereinigtes Königreich.

Es liegt ein Vergleich mit der, nicht näher erläuterten, Standardbehandlung in Form von vier Nicht-Interventionsheimen vor. Die Heime werden vor der Randomisierung mit Hilfe eines Fragebogens ausgewählt. Studiendesign und Studienpopulation passen zur Fragestellung, wobei die Heime (durch die vorherige Auswahl) und die Heimbewohner vergleichbar sind. MMSE wird als möglicher Störfaktor mit erhoben, da durch unter anderem durch Demenz die Teilnahme an der Intervention eingeschränkt wird. Es werden nur die Kosten der Intervention betrachtet, auch weil sich bei den primären klinischen Endpunkten keine signifikanten Unterschiede ergeben. Es werden, für diese limitierte Perspektive, alle vordringlichen Kosten meistens auch mit den Quantitäten berichtet. Diese Quantitäten werden nicht statistisch ausgewertet. Die Kosten und die Umrechnungen der Jahre werden publizierten Daten entnommen, aber keiner statistischen Analyse unterzogen. Einleitend gehen die Autoren auf andere, thematisch verwandte Studien ein. Weiterhin bemerken sie, dass bei den Aktivitätswerten durchaus ein Geschlechtseinfluss vorhanden sein könnte, da die Beschäftigungstherapeuten alle weiblich sind. Daher ist eine, wie auch beobachtet, vermehrte Teilnahme von Frauen zu erwarten. Therapieunterschiede zwischen den Interventionsheimen werden thematisiert. Auch die Probleme der Per-Protokoll-Analyse werden angesprochen. So können die Effekte überschätzt sein, da nur Patienten die sechs Monate der Behandlung absolvieren, betrachtet werden. Die Autoren betonen, dass in den qualitativen Interviews positive Effekte von den Beteiligten berichtet werden. Explizit erwähnt wird, dass z. B. auch Demenz und Schlaganfall die Teilnahme und die Kosten des einzelnen Patienten beeinträchtigen können.

Insgesamt ist die Intervention nicht auf Demenzpatienten ausgerichtet, obwohl auch Demente an der Intervention teilnehmen. Diese Einschränkung reduziert den Wert der Ergebnisse für den vorliegenden HTA deutlich. Eine gesonderte Überprüfung der Intervention für Demenzpatienten ist wünschenswert. Eine Trennung erfolgt durch die Autoren aber nicht. Weiterhin ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse und insbesondere der Kostendaten aus dem staatlichen Gesundheitssystem Großbritanniens auf Deutschland problematisch.

6.5.2.7 Nicht-berücksichtigte Literatur – ökonomischer Teil

Von den 213 nach der Erstselektion verbliebenen ökonomischen Texten sind vier doppelt vorhanden, 168 Publikationen werden ausgeschlossen, weil keine ökonomische Studie vorliegt, 15 betrachten keine Demenz, insgesamt 15 behandeln keine der relevanten Interventionen bzw. berichten von medikamentösen Behandlungen und sechs Texte beziehen sich auf die Pflegenden. Letztlich erfüllen fünf Studien die vorab definierten Einschlusskriterien (ausgeschlossene Studien mit Ausschlussgrund, siehe Anhang 8.5).

6.5.2.8 Eingeschlossene ethische Publikationen

Im Hinblick auf ethische Aspekte wird insbesondere das Problem der Selbstbestimmung von Patienten mit Demenzerkrankungen diskutiert. Die Demenzerkrankung führt zu Einschränkungen der Kompetenz der Betroffenen selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können. Diese Einschränkungen sind zwar abhängig vom Schweregrad der Erkrankung, lassen sich aber nicht generalisieren und müssen individuell erfasst werden. Zudem ist Kompetenz kein eindimensionales Konstrukt. Kognitive Einschränkungen in bestimmten Lebensbereichen lassen sich nicht ohne weiteres auf andere Lebensbereiche übertragen^{23, 43}. Die Kompetenz oder den Willen von Patienten

mit Demenzerkrankung zu erkennen, ist allerdings problematisch und kaum zu objektivieren. Wunder⁸⁵ weist in diesem Kontext darauf hin, dass es von zentraler Bedeutung ist, Beobachtungen und subjektive Bewertungen zu trennen und jederzeit zu reflektieren. Auch die Relevanz von zu einem früheren Zeitpunkt geäußerten Präferenzen ist in diesem Kontext wichtig. Der Einsatz von Patientenverfügungen in einem frühem Stadium der Demenz ist eine Option, dem Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen gerecht zu werden⁷⁹. Diesbezüglich gibt es allerdings ein Spannungsfeld zwischen der Stabilität bzw. Variabilität von früheren Entscheidungen^{1, 85}.

Die US-amerikanische Alzheimer-Gesellschaft diskutiert ethische Aspekte im Kontext der Forschung mit oder an Demenzpatienten¹. Im Fokus stehen dabei mögliche Risiken sowie eventueller Nutzen durch die Teilnahme an Forschungsprojekten, die Fähigkeit der Patienten, autonom über eine mögliche Studienteilnahme entscheiden zu können und die Teilnahme an Studien aufgrund von Entscheidungen von Verwandten oder vor der Erkrankung geäußerten Präferenzen. Karlawish et al. betonen, dass eine vorliegende Alzheimer-Diagnose nicht zwingend bedeutet, dass die Betroffenen nicht autonom über eine Studienteilnahme entscheiden können³⁸. Die US-amerikanische Alzheimer-Gesellschaft weist diesbezüglich allerdings darauf hin, dass auch Patienten, die kognitiv nicht in der Lage sind über eine Studienteilnahme zu entscheiden, diese jederzeit verweigern können¹.

6.5.2.9 Juristische und soziale Publikationen

Zu juristischen und sozialen Aspekten können keine spezifischen Publikationen identifiziert werden. Gleichwohl drängen sich hier weiterführende juristische und soziale Fragen zum Selbstbestimmungsrecht der Patienten auf. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf (1) den Grad der freien Willensbildung im Kontext der rechtlichen Vertretung und/oder pflegerischen Betreuung von Demennten, (2) die rechtliche und auch soziale Akzeptanz von Patientenentscheidungen und (3) aus juristischer Sicht der Grad der Deliktfähigkeit der Demenzerkrankten.

Diese Fragen können mit der vorhandenen Literatur nicht beantwortet werden, so dass in Kapitel 6.6 lediglich eine weitere Diskussion angeregt werden kann.

6.6 Diskussion

6.6.1 Klinische Fragestellungen

Der vorliegende Bericht untersucht auf Basis einer systematischen Literaturrecherche die Wirksamkeit pflegerischer Versorgungskonzepte für Patienten mit Demenz hinsichtlich gebräuchlicher Endpunkte wie Lebensqualität, Funktionsfähigkeit, Sozialverhalten. Aus der Vielzahl solcher Konzepte sind für diesen HTA folgende ausgewählt worden: Validation/emotionsorientierte Pflege, Ergotherapie, (multi-)sensorische Stimulation, Reminiszenz, Realitätsorientierung und Entspannungsverfahren. Die derzeitige Studienlage kann eine Wirksamkeit dieser Konzepte nicht ausreichend belegen. In zehn von 20 Arbeiten zeigen sich keine Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe, die anderen Studien berichten überwiegend heterogene Ergebnisse mit nur teilweise signifikanten Unterschieden zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Weiterhin zeigen sich erhebliche methodische Probleme bei der Untersuchung der Pflegekonzepte. Dies betrifft insbesondere die beträchtliche Heterogenität hinsichtlich der Einschlusskriterien der einzelnen Studien, der untersuchten Konzepte, und der Endpunkte. Zudem ist keine der eingeschlossenen Studien in Deutschland durchgeführt worden, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die hiesige Pflegepraxis erschwert. Das Fehlen eines Wirksamkeitsnachweises bedeutet in diesem Fall jedoch nicht den Nachweis der Unwirksamkeit der Verfahren. Vielmehr sind weitere Studien notwendig, die die oben genannten und unten im Detail diskutierten Probleme umgehen.

Diese Ergebnisse beruhen auf einer umfassenden Literaturrecherche. Für die Literaturrecherche werden angesichts der inhaltlich oft nicht klar voneinander abgrenzbaren Pflegekonzepte sehr weit reichende Suchbegriffe benutzt. Es werden ausschließlich Studien mit dem höchsten Evidenzgrad, d. h. RCT, eingeschlossen. Alle Studien sind ferner von zwei Wissenschaftlern unabhängig voneinander geprüft worden. Dennoch gibt es Limitationen dieser Arbeit, die diskutiert werden sollen: Die Literaturrecherche ist beschränkt auf englisch- und deutschsprachige Studien. Es wäre möglich, dass relevante Studien durch diese sprachliche Einschränkung nicht gefunden werden. Allerdings sind alle

letztlich eingeschlossenen Studien englischsprachig. Die Auswahl der Pflegekonzepte für diese Studie beschränkt sich auf solche Ansätze, die für die deutsche Pflegepraxis relevant sind. Es kann aber keine in Deutschland durchgeführte Studie identifiziert werden, weswegen die Übertragbarkeit der jeweiligen Ansätze auf ein deutsches Setting unbeantwortet bleiben muss.

Eine wichtigere Limitation liegt in der Auswahl der pflegerischen Konzepte für Demenzkranke. Dieser Bericht berücksichtigt solche Konzepte, die von Pflegekräften in Deutschland tatsächlich angewendet werden, während Konzepte die eine Zusatzausbildung erfordern (z. B. Psycho-, Physio-, Musiktherapie) ausgeschlossen werden. Hierzu ist allerdings anzumerken, dass der Ausbildungsstand von Pflegekräften in Deutschland keineswegs einheitlich ist und sich entsprechend die Kompetenzen von Pflegenden durchaus unterscheiden kann. Von den berücksichtigten Konzepten ist insbesondere der ergotherapeutische Ansatz diesbezüglich ein Grenzfall. Ausschlaggebend für den Einschluss der Ergotherapie ist letztlich die Operationalisierung des Konzepts in den eingeschlossenen Studien mit der Fokussierung auf Bewältigung von gebräuchlichen und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens. Weiterhin sind die einzelnen Konzepte, wie bereits beschrieben, oft nicht klar voneinander abgrenzbar. Die sensorischen Interventionen etwa arbeiten mit verschiedenen Reizen, wozu auch Musik gehören kann. Diese Studien werden eingeschlossen, während explizit musiktherapeutische Arbeiten ausgeschlossen werden. Das therapeutische Berühren wird als eine Variante sensorischer Stimulation eingeschlossen.

Eine nahe liegende Möglichkeit, die Tragweite solcher Limitationen einzuschätzen, ist der Vergleich mit ähnlichen Arbeiten. Zu den pflegerischen Konzepten in der Pflege Demenzkranker gibt es andere systematische Übersichtsarbeiten, deren Ergebnisse nachfolgend kurz dargestellt und mit den Ergebnissen des vorliegenden Berichts verglichen werden.

Ein systematischer Review von Livingston et al.⁴² untersucht psychologische Ansätze bei Patienten mit Demenzsymptomen. Die Autoren schliessen unter anderem Studien ein zu den Konzepten Validation, Reminiszenz, Realitätsorientierung, sensorische Stimulation und umweltbezogene Maßnahmen. Sie wählen umfassendere Einschlusskriterien (keine Beschränkung auf RCT sowie hinsichtlich der Mindestfallzahl). Die Ergebnisse von Livingston et al. entsprechen den Ergebnissen dieses Berichts: es gibt keine Hinweise auf die Wirksamkeit von Validation, umweltbezogene Maßnahmen (Ergotherapie), sensorische Stimulation, Realitätsorientierung und Reminiszenz. Die Autoren weisen darauf hin, dass es nur wenige qualitativ hochwertige Studien aus diesem Bereich gibt und die gefundenen Ergebnisse daher nicht im Sinn einer Unwirksamkeit der besprochenen Konzepte interpretiert werden sollen.

Eine Reihe von Cochrane Reviews^{17, 57, 70, 73, 83} beschäftigen sich mit pflegerischen Konzepten für Demenzkranke: Ein Review von Neal & Briggs von 2003⁵⁷ zur Effektivität von Validation bei Demenzkranken kommt zu dem Schluss, dass nur wenige adäquate Studien zu diesem Thema durchgeführt wurden und daher keine Empfehlung für den Einsatz von validations-basierten Konzepten gegeben werden kann.

Chung et al.¹⁷ untersuchen die Effektivität von Snoezelen bei Demenzkranken und kommen zu dem Schluss, dass nur wenige adäquate Studien zu diesem Thema durchgeführt wurden und daher keine Empfehlung für den Einsatz von snoezelen-basierten Konzepten gegeben werden kann.

Der Cochrane Review von Thorgrimsen et al. von 2003⁷³ zur Effektivität von Aromatherapie bei Demenzkranken, kommt zu dem Schluss, dass Aromatherapie tendenziell positive Effekte hat. Allerdings konnte nur eine adäquate Studie eingeschlossen werden.

2005 publizieren Woods et al.⁸³ eine Arbeit zur Effektivität von Reminiszenz bei Demenzkranken und kommen zu dem Schluss, dass nur wenige adäquate Studien zu diesem Thema durchgeführt wurden und daher keine Empfehlung für den Einsatz von reminiszenz-basierten Konzepten gegeben werden kann.

Der Cochrane Review von Spector et al. von 2000⁷⁰ zur Effektivität von Realitätsorientierung bei Demenzkranken kommt zu dem Schluss, dass realitätsorientierte Konzepte tendenziell positive Effekte auf kognitive und verhaltensbezogene Variablen haben. Die beiden für diesen Bericht eingeschlossenen Studien von Spector et al. und Onder et al. sind nicht in den Cochrane Review eingegangen^{71, 58}. Sie zeigen ebenfalls tendenziell positive Ergebnisse, allerdings wird für die meisten berichteten Zielkriterien kein signifikanter Effekt gefunden und die Kontrollgruppe war in beiden

Studien eine Standardpflegegruppe, was eventuell zu einer Überschätzung der spezifischen Effekte führen kann.

Die bisherigen systematischen Reviews zur Effektivität von nicht-pharmakologischen Interventionen bei Personen mit Demenz kommen also zu sehr ähnlichen Ergebnissen wie der vorliegende Bericht. Kritisiert werden der Mangel an geeigneten Studien und die methodische Qualität der Studien. Insgesamt gibt es zu den einzelnen Konzepten nur wenige RCT. Die vorab definierten Einschlusskriterien haben 20 Studien erfüllt, die sich auf die sechs berücksichtigten Pflegekonzepte aufteilen. Der quantitative Schwerpunkt liegt auf der Ergotherapie mit fünf Studien, und den sensorischen Ansätzen mit sieben Studien. Bei den sensorischen Ansätzen wiederum überwiegt die multisensorische Stimulation mit vier Studien, während die Aromatherapie, Musik/Massage, und das therapeutische Berühren nur mit je einer Studie vertreten sind. Drei Studien befassen sich mit der Validation/emotionsorientierten Pflege, je zwei Studien mit Realitätsorientierung bzw. Reminiszenz, und eine Studie mit einem Entspannungsverfahren (Progressive Muskelentspannung). Die Studien haben überwiegend kleine Fallzahlen, was insbesondere für solche Konzepte problematisch ist, die nur durch eine Studie vertreten sind. So beruhen die Ergebnisse zur Progressiven Muskelentspannung auf 34 Patienten (von denen 18 % aus der Studie ausgeschieden sind) und zum therapeutischen Berühren auf 57 Patienten.

Ein weiteres Problem neben der insgesamt kleinen Zahl an Studien und der niedrigen Fallzahl ist die erhebliche Heterogenität zwischen den Studien. Dies betrifft die Einschlusskriterien, die Art der Intervention, die Auswahl der Kontrollgruppe und die Zielkriterien.

Einschlusskriterien

Alle ausgewählten Studien haben die Wirksamkeit pflegerischer Konzepte bei Patienten mit Demenz untersucht. Allerdings wird in einigen Studien die genaue Diagnose der Demenz nicht näher spezifiziert. Andere Studien geben das Diagnosekriterium der Demenz an, es werden aber verschiedene Messinstrumente (z. B. DSM-IV, MMSE, Clinical dementia rating scale, Brief cognitive rating scale) eingesetzt, deren Vergleichbarkeit unklar ist. Der Schweregrad der Demenz wird in den meisten Studien angegeben und erfolgt dreigeteilt in leichte, moderate sowie schwere Demenz. In der Regel werden Patienten aus mehr als einem Demenzschweregrad in die Studien eingeschlossen, allerdings gibt es diesbezüglich deutliche Unterschiede zwischen den Studien. So schließt die Studie von Graff et al. etwa Patienten mit leichter bis moderater Demenz ein (diagnostiziert mit brief cognitive rating scale), die Studie von Baker et al. 2001 Patienten mit moderater bis schwerer Demenz (diagnostiziert mit der MMSE) sowie die Studie von Remington et al. Patienten mit leichter, moderater und schwerer Demenz (diagnostiziert aufgrund der Krankenakte)^{4, 29, 60}. Diese Unterschiede erschweren zum einen die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den Studien. Zum anderen ist der Einschluss von Patienten mit verschiedenen Schweregraden der Demenz auch problematisch für die einzelnen Studien selbst. Es wäre möglich, dass die Effektivität von Interventionen vom Schweregrad der Demenz abhängig ist. Die Stratifizierung der Analysen nach Subgruppen ist bei den hier vorgestellten Analysen in der Regel nicht möglich aufgrund der kleinen Fallzahlen.

Intervention

Eine weitere wesentliche Quelle der Heterogenität der eingeschlossenen Studien ist die Intervention selbst. Dieser Bericht schließt Studien zu sensorischen, umweltbezogenen und kognitiven Interventionen ein. Diese Konzepte basieren auf unterschiedlichen theoretischen Ansätzen und fokussieren dementsprechend auf zumindest teilweise unterschiedliche Zielkriterien. Weiterhin sind Konzepte wie das therapeutische Berühren oder die Aromatherapie beschränkt auf zeitlich umgrenzte Sitzungen mit Demenzkranken, während komplexe Konzepte wie die emotionsorientierten oder die multisensorischen Ansätze auf eine prinzipielle Umgestaltung des Umgangs mit Demenzkranken zielen, d. h. die „Dosierung“ der Intervention unterscheidet sich beträchtlich.

Unterschiede gibt es nicht nur zwischen den einzelnen Konzepten sondern auch zwischen Studien zu gleichen Konzepten. Toseland et al. untersuchen ein emotionsorientiertes Konzept, das in wöchentlichen 30-minütigen Kleingruppensitzungen durchgeführt wird, während Schrijnemakers et al. und Finnema et al. emotionsorientierte Pflege als grundlegendes Pflegekonzept in Pflegeheimen einführen^{22, 65, 74}. Die sensorischen Interventionen werden teils in Pflegeheimen, teils in häuslicher Umgebung durchgeführt und sind an die individuellen Vorlieben der Patienten angepasst, was die Vergleichbarkeit der Verfahren ebenfalls einschränkt. Deutliche Unterschiede bestehen auch zwi-

schen den beiden Studien zu realitätsorientierten Konzepten. Während Onder et al. ein auf kognitive Stimulation fokussiertes Programm einsetzen, erweitern Spector et al. die kognitive Stimulation um sensorische Reize^{58, 71}. Aufgrund dieser Vielzahl an Unterschieden ist es nicht möglich Effekte spezifischen Elementen der Interventionen zuzuordnen.

Kontrollgruppe

Die Studien unterscheiden sich in der Wahl der Kontrollgruppe. Von den ausgewählten Studien haben elf eine Standardpflege-Kontrollgruppe, sechs Studien haben ein alternatives Programm (Aktivitätssitzungen, Gespräche) als Kontrollgruppe und drei Studien haben sowohl eine Standardpflege als auch ein Alternativprogramm als Kontrollgruppe. Die Details der Standardpflege werden in den Studien nicht näher erläutert, so dass diesbezüglich Unterschiede zwischen den Studien nicht auszuschließen sind.

Von den elf Studien mit Standardpflege-Kontrollgruppe haben nur drei keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe nachweisen können. Hingegen haben von den sechs Studien mit einem Alternativprogramm als Kontrollgruppe fünf keine signifikanten Interventionseffekte nachweisen können (hierzu wird die Studie von Suhr et al. gezählt, die nur auf einem von sechs Zielkriterien einen signifikanten Effekt zeigen kann). Eine mögliche Interpretation dieser Ergebnisse ist, dass die signifikanten Effekte vor allem nicht-spezifische Effekte sind (d. h. allgemeine Zuwendung, Aufmerksamkeit, Beschäftigung) und nicht auf besondere Aspekte der jeweiligen Intervention zurückzuführen sind. Dies wird durch die Ergebnisse der drei Studien mit zwei Kontrollgruppen (Standardpflege und Alternativprogramm) bestätigt. Die signifikanten Effekte treten in diesen Studien im Vergleich zur Standardpflege-Kontrollgruppe auf, aber nicht im Vergleich zum Alternativprogramm.

Zielkriterien

Die Studien berichten eine Vielzahl verschiedener Zielkriterien: kognitive Funktionen allgemein, sprachliche Fähigkeiten, Erinnerungsvermögen, Agitation, Sozialverhalten allgemein, Aggressivität, Angst, Apathie, Depressionen, grundlegende Funktionsfähigkeit hinsichtlich alltäglicher Aktivitäten, Lebensqualität. Diese Vielzahl an Zielgrößen wird mit einer noch größeren Zahl an Fragebögen gemessen, wobei selbst identische Konstrukte mit verschiedenen Fragebögen erfasst werden. Dies erschwert die Vergleichbarkeit der Ergebnisse beträchtlich.

Problematisch ist auch, dass die Zielkriterien von verschiedenen Personen erfasst werden (externe Beobachter, pflegende Angehörige, Pflegekräfte). So wird das verbal aggressive Verhalten in der Studie von Toseland et al. sowohl von Pflegekräften als auch von externen Beobachtern eingeschätzt⁷⁴. Die Pflegekräfte beurteilen das Zielkriterium signifikant positiver als die externen Beobachter.

Statistische Signifikanz bedeutet nicht klinische Relevanz. Klinische Relevanz ist aber der letztlich entscheidende Aspekt von klinischen Interventionen. Mit wenigen Ausnahmen (Ballard et al., Graff et al.) werden keine Angaben zur klinischen Relevanz der gefundenen Unterschiede gemacht.

Ein grundlegendes Problem pflegerischer Intervention für Patienten mit Demenz ist die Umsetzbarkeit im Arbeitsalltag. Insbesondere die komplexeren Konzepte wie Validation/emotionsorientierte Pflege oder die multisensorische Stimulation basieren oft nicht auf zeitlich abgegrenzten therapeutischen Sitzungen, sondern sollen in den Pflegealltag integriert werden (oder sogar als grundlegender Pflegeansatz eingesetzt werden). Dies bedeutet erhebliche Anforderungen an das Pflegepersonal hinsichtlich der Bereitschaft zur Fortbildung und Umstellung gewohnter Arbeitsabläufe. Spector et al. berichten signifikante Unterschiede in den Zielkriterien zwischen verschiedenen Studienzentren und führen diese auf spezifische Bedingungen in den einzelnen Zentren zurück⁷¹. Schrijnemakers et al. nennen deutliche Mängel in der Umsetzung eines komplexen emotionsorientierten Pflegekonzepts trotz umfassender Schulung des Pflegepersonals⁶⁵. Van Wert et al. berichten die Ergebnisse einer Befragung von Pflegenden zur Einführung eines multisensorischen Pflegekonzepts⁷⁶. Obwohl das Konzept selbst positiv beurteilt wird, wird eine Reihe von Barrieren bei der Umsetzung in die Praxis genannt. An erster Stelle stehen dabei Zeit- und Personalmangel.

6.6.2 Ökonomische Fragestellungen

Die für den ökonomischen Teilbereich identifizierten und einbezogenen Publikationen sind methodisch und thematisch allesamt nicht dazu geeignet, die aufgeworfenen Fragestellungen auch nur ansatzweise zu beantworten. Um die Gründe für diese sehr restriktive Schlussfolgerung deutlich zu machen, sollen die betrachteten Artikel und ihre hauptsächlichlichen methodischen Unzulänglichkeiten noch einmal kurz dargestellt werden.

Unter den eingeschlossenen ökonomischen Publikationen befindet sich nur eine Studie, die als vollständige gesundheitsökonomische Evaluation zur Kosten-Effektivität bezeichnet werden kann^{75, 86, 87}. Dies erfolgt aber unter anderem nur anhand einer einzigen direkten Kostenkomponente (Kosten für den Beschäftigungstherapeuten), so dass in der Studie viele weitere Einflussfaktoren nicht berücksichtigt werden, die für eine umfassende Bewertung im Sinn der Fragestellungen notwendig gewesen wären. Weiterhin ist das gewählte Kosteneffektivitätsmaß (inkrementelle Kosten pro gewonnenen MMSE-Punkt pro Monat) auf Grund mangelnder Vergleichbarkeit nicht aussagekräftig. Weiterhin befinden sich unter den eingeschlossenen ökonomischen Publikationen zwei Kosten-Konsequenz-Analysen. Eine evaluiert dabei den zeitlichen Mehraufwand für die Betreuung mobiler Demenzpatienten²⁰. Effektivitätsparameter werden dabei nicht betrachtet, obwohl nicht per se von einer gleichartigen und gleichwertigen Wirksamkeit der Interventionen ausgegangen werden darf. Ferner bleibt die Herkunft der in der Beispielrechnung verwendeten Kosten unklar. Die zweite Publikation erhebt getrennt die Kosten und die Effektivität für eine Mischintervention zwischen Aktivität, Richtlinien für die medikamentöse Behandlung und Weiterbildung der Pflegenden⁶². Die Effekte dieser Teilbereiche lassen sich nicht getrennt voneinander betrachten. Die vierte Untersuchung ist eine Kosten-Minimierungs-Studie⁶⁴. Die Tätigkeit eines Beschäftigungstherapeuten in den Interventionsheimen ergibt keine signifikanten Verbesserungen bei Depressionen und Lebensqualität der Patienten. Auch zielt die Intervention nicht auf Demenzpatienten ab, obwohl auch solche in den Heimen residierten. Sie werden aber nicht gesondert betrachtet, sondern die Messung des MMSE-Wertes dient lediglich der Bestimmung von kognitiven Störungen als möglicher Störfaktor in der Untersuchung.

Alle betrachteten Studien nehmen (teilweise implizit) die Perspektive einer Pflegeeinrichtung ein und schließen daher keine indirekten Kosten der Behandlung in die Betrachtung ein. Die indirekten Kosten stellen aber gerade in frühen Demenzstadien einen Großteil der Gesamtkosten dar.

Bezüglich der Settings liegen eine deutsche, eine italienische, eine britische und eine US-amerikanische Studie vor. Die deutsche Studie hat keinen Nachweis der Kostenhöhe in der Beispielrechnung angegeben und betrachtet lediglich die Zusatzkosten für mobile Demente. Eine Übertragbarkeit der anderen Ergebnisse auf den deutschen Raum ist jedoch grundsätzlich nicht ausgeschlossen, da die Demenzpatienten und auch ihre Versorgung sich zumindest in Europa ähneln werden. Die jeweiligen nationalen pflegerischen Zusammenhänge bedürfen aber vorher einer eingehenden ökonomischen und pflegerischen Prüfung.

6.6.3 Ethische, soziale und juristische Aspekte

Im Zentrum der ethischen Diskussion steht die Einschränkung der Entscheidungs- bzw. Einwilligungsfähigkeit von Patienten mit Demenz und die resultierenden möglichen Einschränkungen der Selbstbestimmung⁸⁵. Hier sind Pflegenden und Angehörige gefordert, die Willensbekundungen der Betroffenen möglichst unvoreingenommen zu registrieren und die Selbstbestimmung so lange und so weitgehend wie möglich zu erhalten. Dies gilt im Besonderen auch für die Teilnahme an Studien. Die Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes legt die ethischen Grundsätze für medizinische Forschung an Menschen fest⁵⁶. Danach müssen potentielle Teilnehmer im Vorfeld einer Studienteilnahme unter anderem über Ziele, Methoden und Risiken aufgeklärt werden. Die Teilnahme an Studien ist freiwillig und kann jederzeit beendet werden. Die Deklaration legt besonderes Augenmerk auf die Forschung an Personen, die aufgrund physischer oder mentaler Einschränkungen nicht in der Lage sind, selbständig über eine Studienteilnahme zu entscheiden. In diesen Fällen muss das Einverständnis von den gesetzlichen Vertretern eingeholt werden⁵⁶. In Fällen, in denen die Betroffenen tatsächlich nicht in der Lage sind, autonom über eine Studienteilnahme zu entscheiden, fordert

die US-amerikanische Alzheimer-Gesellschaft, dass berücksichtigt wird, ob vor der Erkrankung Aussagen zur möglichen späteren Teilnahme an klinischen Studien gemacht wurden¹.

Bezüglich der rechtlichen Aspekte plant die Regierung derzeit eine Umgestaltung der gesetzlichen Pflegeversicherung, wobei ein Schwerpunkt auf einer Verbesserung der Situation für Demenzkranke und ihrer Angehörigen liegen wird¹⁵. Dabei sind unter anderem eine Erhöhung der Pflegesätze und eine Pflegezeit für pflegende Angehörige vorgesehen. In Kapitel 6.2.4 werden die Änderungen des Pf-WG näher erläutert.

Im Umfeld einer Demenzerkrankung ergibt sich eine Vielzahl weiterer rechtlicher Fragestellungen, von denen die drängendsten meistens im Zusammenhang mit der Geschäftsfähigkeit und der rechtlichen Vertretung von an Demenz erkrankten Personen im Zusammenhang stehen.

Die Geschäftsfähigkeit einer Person ist die Fähigkeit, rechtlich bindende Willenserklärungen abzugeben und dadurch z. B. wirksame Verträge zu schließen. Unbeschränkt geschäftsfähig ist in Deutschland gem. §§ 104, 106 BGB⁴⁸ grundsätzlich jede Person, die Volljährig ist, die also das 18. Lebensjahr vollendet hat. Trotz ihrer Volljährigkeit ist eine Person jedoch gem. § 104 Nr. 2 BGB⁴⁸ geschäftsunfähig, wenn sie sich nicht nur vorübergehend in einem „die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet“. Dieser Zustand dürfte bei den meisten Demenzkranken ab einem gewissen Stadium der Erkrankung erreicht sein, was im Zweifelsfall durch ein fachärztliches Gutachten festzustellen ist. Geschäftsunfähige Demenzkranke können daher selber keine Rechtsgeschäfte mehr tätigen, also beispielsweise keine Verträge mehr abschließen oder kündigen. Selbst wenn sie entsprechende Wünsche äußern, hat dies keine rechtliche Wirkung, da gem. § 105 Nr. 1 BGB⁴⁸ die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen nichtig ist. Dennoch gibt es eine Vielzahl von rechtlichen Angelegenheiten, die im Leben eines Demenzkranken zu regeln sind, wie beispielsweise der Abschluss von Heim- und Pflegeverträgen oder Renten- und Bankangelegenheiten. Um weiterhin eine Teilnahme des Demenzkranken am Rechtsleben sicherzustellen, wurden vom Gesetzgeber zwei verschiedene Instrumentarien geschaffen:

Zum einen besteht die Möglichkeit der Vertretung durch eine vom Demenzkranken privatrechtlich bevollmächtigte Person, die als Bevollmächtigter des Demenzkranken auftritt und die gem. §§ 164 ff. BGB⁴⁸ berechtigt ist, sämtliche Rechtsgeschäfte für den Demenzkranken abzuschließen. Wichtig dabei ist, dass eine solche Vorsorgevollmacht, da sie selbst auch ein Rechtsgeschäft darstellt, zu einem Zeitpunkt ausgestellt wird, in dem der Demenzkranke noch die volle Geschäftsfähigkeit besitzt. Zudem kann es sinnvoll sein, die Vorsorgevollmachtserklärung von einem Notar beurkunden zu lassen, um der Vollmachtsurkunde gegenüber Dritten, insbesondere Behörden, eine größere Beweiskraft zu geben.

Hat ein geschäftsunfähiger Demenzkranker selber keinen Vertreter bevollmächtigt, gibt es dennoch eine weitere Möglichkeit, wie wirksame Rechtsgeschäfte für den Demenzkranken abgeschlossen werden können. Hier greift das staatliche Betreuungsrecht ein, denn gem. § 1896 Abs. 1 BGB⁴⁸ erhält eine volljährige Person durch das Vormundschaftsgericht einen Betreuer, wenn sie „auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen“ kann und kein Bevollmächtigter existiert. Ein solcher Betreuer (früher: Vormund) ist gem. § 1902 BGB⁴⁸ zur umfassenden rechtlichen Vertretung des Betroffenen berechtigt. Die Auswahl des Betreuers obliegt dabei dem Vormundschaftsgericht, wobei die Wünsche des Betreuten zu berücksichtigen sind und häufig nahe Angehörige ehrenamtlich ernannt werden. In besonderen Fällen können aber auch fachkundige fremde Personen, wie beispielsweise Rechtsanwälte, zu bezahlten Betreuern ernannt werden. Zwar kann ein Betreuer den Betreuten grundsätzlich in allen rechtlichen Angelegenheiten vertreten, dennoch bedarf ein Betreuer bei besonders wichtigen Angelegenheiten, wie z. B. bei freiheitsentziehenden Maßnahmen oder schweren medizinischen Eingriffen, die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. Eine solche richterliche Zustimmung für schwerwiegende Maßnahmen benötigt im Übrigen auch ein durch den Erkrankten privatrechtlich Bevollmächtigter.

Ein weiterer Aspekt neben der Vertretung des Demenzkranken ist seine Deliktfähigkeit, also die zivilrechtliche Haftung für Schäden, die durch ihn verursacht werden. Grundsätzlich ist gem. §§ 823 ff. BGB⁴⁸ jede Person für die durch sie verursachten Schäden verantwortlich und hat dafür Schadensersatz zu leisten. Allerdings gilt dies gem. § 827 BGB⁴⁸ nicht für eine Person, „die in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit einem

anderen Schaden zufügt.“ Demenzkranke sind daher ab einem gewissen Krankheitsstadium von der Haftung für durch sie angerichtete Schäden befreit. Um das Schadensopfer in einem solchen Fall nicht völlig ohne Ersatz zu belassen, kommt in bestimmten Fällen gem. § 832 BGB⁴⁸ eine zivilrechtliche Haftung des Aufsichtspflichtigen in Betracht. Eine solche Aufsichtspflicht kann kraft Gesetz, wie bei einem Betreuer oder kraft Vertrag, wie beispielsweise bei einem Pflegeheim, begründet werden. Allerdings ist die Aufsichtspflicht über eine erwachsene Person sehr viel schwächer als bei einem Kind, um die persönliche Entscheidungsfreiheit des Beaufsichtigten nicht unnötig einzuschränken. Eine Verletzung der Aufsichtspflicht ist daher nur selten nachzuweisen, so dass eine Dritthaftung des Aufsichtspflichtigen eher die Ausnahme bildet und ein Schadensopfer keinen Schadensersatz verlangen kann. Eine Ausnahme besteht nur in den Fällen, in denen der deliktsunfähige Schädiger, also der Demenzkranke, über ein größeres Vermögen verfügt. In einem solchen Fall kann der Geschädigte dennoch aus Gründen der Billigkeit gem. § 829 BGB⁴⁸ erfolgreich Schadensersatz verlangen, so dass der durch einen Demenzkranken verursachte Schaden nicht in allen Fällen dem Schadensopfer allein zur Last fällt.

Ein weiterer juristisch-ethischer Aspekt betrifft die möglichen Risiken der Studienteilnahme. Klinische Forschung muss immer abwägen zwischen möglichen Risiken und Nutzen. Insbesondere gilt dies für Forschung an Personen, die nicht autonom über Teilnahme bzw. Beendigung der Teilnahme an einer Studie zu entscheiden können. Allerdings gibt es keine klaren Leitlinien für solche Risiko-Nutzen-Abwägungen: „There is considerable disagreement in the ethics literature and in regulatory and statutory language about definitions of risk. In addition to the two polar definitions, ‘minimal risk’ and ‘greater than minimal risk,’ there are also various gradations (...)“¹. Obwohl Nebenwirkungen bei den in diesem Bericht behandelten pflegerischen Konzepten weniger relevant sind, als bei Medikamentenstudien, sollte dennoch eine Risiko-Nutzen Abwägung vorgenommen werden.

Bzgl. sozialer Aspekte werden keine Publikationen identifiziert, die sich speziell mit sozialen Fragestellungen verschiedener pflegerischer Interventionen bei Demenzkranken beschäftigen. Eine besondere hervorgehobene soziale Fragestellung ist bei der Bearbeitung auch nicht hervorgetreten. Allerdings spielen soziale Fragestellungen natürlich immer im Hintergrund bei anderen Kapiteln eine gewichtige Rolle. So ist z. B. die Epidemiologie nicht unabhängig von der Bevölkerungsentwicklung zu betrachten und auch ethisch/juristische Fragen bedingen immer einer Betrachtung vor dem Hintergrund der sozialen Wirklichkeit.

6.7 Schlussfolgerung/Empfehlung

Basierend auf der derzeitigen Studienlage liegt für keines der untersuchten Pflegekonzepte Validation/emotionsorientierte Pflege, Ergotherapie, (multi-)sensorische Stimulation, Entspannungsverfahren, Realitätsorientierung und Reminiszenz ausreichende Evidenz vor. Das Fehlen von Evidenz bedeutet allerdings nicht den Nachweis der Ineffektivität. Vielmehr ist die Studienlage mangelhaft. Es bedarf dringend weiterer, methodisch adäquater Studien mit angemessener Fallzahl und Studiedauer zu den oben genannten und gegebenenfalls auch weiteren Pflegekonzepten. Die positiven Tendenzen zu einigen der berücksichtigten Konzepte, insbesondere zur Realitätsorientierung und den ergotherapeutischen Ansätzen, rechtfertigen weitere Forschungsbemühungen.

Der Studientyp mit der höchsten Evidenz sind RCT. Wie die in diesem Bericht beschriebenen Studien zeigen, können solche RCT auch zu pflegerischen Konzepten für Patienten mit Demenzerkrankungen durchgeführt werden.

Die Einschlusskriterien insbesondere hinsichtlich des Schweregrades der Demenz sollten klar definiert sein. Hierfür stehen standardisierte Messinstrumente wie die MMSE oder die Brief cognitive rating scale zur Verfügung.

Wenn möglich sollten dreiarmlige Studiendesigns gewählt werden, d. h. neben der Interventionsgruppe eine Standardpflege-Kontrollgruppe und eine weitere Kontrollgruppe mit einer alternativen Intervention. Dies ermöglicht die Erfassung von spezifischen wie unspezifischen Interventionseffekten.

Die Interventionen sollten standardisiert sein. Diese Forderung ist insbesondere für die komplexen Konzepte (emotionsorientierte, multisensorische) problematisch. Allerdings lassen sich ohne Standardisierung die wirksamen Bestandteile von Interventionen nicht identifizieren.

Zur Erfassung der Zielkriterien in Studien mit Demenzpatienten existiert eine Vielzahl verschiedener Messinstrumente, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erheblich erschwert. Wünschenswert wäre diesbezüglich eine Fokussierung auf die gebräuchlichsten oder adäquatesten Instrumente (idealerweise auf Basis eines systematischen Reviews). Hierbei sollte unbedingt beachtet werden, ob für ein Messinstrument klinisch relevante Unterschiede definiert sind.

Erstrebenswert ist schließlich die Durchführung solcher Studien in Deutschland, weil nur so die Spezifika des deutschen Gesundheits- und Pflegesystems berücksichtigt werden können.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht sind auf Basis der identifizierten Studien keine zuverlässigen Aussagen über die Kosten-Effektivität oder die Interventionskosten für eine der betrachteten pflegerischen Maßnahmen bei Demenzpatienten möglich. Für verlässliche Ergebnisse insbesondere für die Pflegesituation in Deutschland sind dringend weitere Studien gerade auch für die deutsche Situation notwendig. Auf dem Gebiet der gesundheitsökonomischen Evaluation von pflegerischen Konzepten besteht erheblicher Forschungsbedarf.

Durch das Pfl-WG wird die finanzielle und persönliche Situation Demenzkranker und ihrer Angehöriger verbessert. Ein weiterer rechtlicher Aspekt betrifft die Bestimmung eines Vertreters durch den Demenzkranken: Für den Fall, dass die demente Person geschäftsunfähig wird, sollte Vorsorge getroffen werden und frühzeitig (falls dies gewünscht ist) eine Person privatrechtlich durch den Pflegebedürftigen bevollmächtigt werden. Es erscheint sinnvoll, diese Erklärung notariell bestätigen zu lassen. Weiterhin sind Demenzkranke ab einem gewissen Krankheitsstadium nicht mehr deliktfähig und daher in der Regel von der Haftung für durch sie angerichtete Schäden befreit. Für den seltenen Fall, dass eine Haftung z. B. des Aufsichtspflichtigen in Betracht kommt, sollte Vorsorge getroffen werden.

Aus ethischer Sicht besteht die Forderung, das Selbstbestimmungsrecht von Patienten mit Demenz so lange wie möglich zu erhalten. Dazu sollten Pflegende und Angehörige geschult werden, Willensbekundungen der Betroffenen möglichst genau zu beobachten und zu interpretieren. Diese Empfehlung lässt sich selbstverständlich auch auf gerichtlich bestimmte Betreuer und privatrechtlich bevollmächtigte Vertreter der Patienten übertragen.

7 Literaturverzeichnis

1. Alzheimer's Association: Ethical Issues in Dementia Research (with special emphasis on "informed consent").
www.alz.org/national/documents/statements_ethicalissues.pdf (31.01.2008).
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fourth edition). Washington, DC, 1994.
3. Ayalon L, Gum AM, Feliciano L, Areean PA: Effectiveness of Nonpharmacological Interventions for the Management of Neuropsychiatric Symptoms in Patients With Dementia: A Systematic Review. *Arch Intern Med* 2006; 166(20): 2182-2188.
4. Baker R, Bell S, Baker E, Gibson S, Holloway J, Pearce R, Dowling Z, Thomas P, Assey J, Wareing LA: A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *The British journal of clinical psychology/the British Psychological Society* 2001; 40(Pt 1): 81-96.
5. Baker R, Dowling Z, Wareing LA, Dawson J, Assey J: Snoezelen: its long-term and short-term effects on older people with dementia. *Br J Occup Ther* 1997; 60(5): 213-218.
6. Baker R, Holloway J, Holtkamp CC, Larsson A, Hartman LC, Pearce R, Scherman B, Johansson S, Thomas PW, Wareing LA, Owens M: Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of advanced nursing* 2003; 43(5): 465-477.
7. Ballard C, O'Brien J, Reichelt K, Perry E: A Randomized controlled trial of aromatherapy for dementia. *International Psychogeriatrics* 2003; 15(S2): 96-97.
8. Ballard CG, O'Brien JT, Reichelt K, Perry EK: Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a double-blind, placebo-controlled trial with Melissa. *The Journal of clinical psychiatry* 2002; 63(7): 553-558.
9. Berger G, Bernhardt T, Weimer E, Peters J, Kratzsch T, Frolich L: Longitudinal study on the relationship between symptomatology of dementia and levels of subjective burden and depression among family caregivers in memory clinic patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2005; 18(3): 119-128.
10. Bickel H: [Dementia syndrome and Alzheimer disease: an assessment of morbidity and annual incidence in Germany]. *Gesundheitswesen* 2000; 62(4): 211-218.
11. Bickel H: [Dementia in advanced age: estimating incidence and health care costs]. *Z Gerontol Geriatr* 2001; 34(2): 108-115.
12. Bickel H: Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch CW, Förstl H, and Bartels C (Eds). *Demenzen*, 2005, 1-15.
13. Bradford Dementia Group: *Dementia Care Mapping*. 2005.
14. Bundesministerium für Familie SFuJ: *Hilfe und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen* 2005. 2006.
15. Bundesministerium für Familie SFuJ: *Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*. 19.06.2007.
16. Bundesministerium für Gesundheit: *Infografiken zur Pflegeversicherung*. 01.02.2008.
17. Chung JC, Lai CK, Chung PM, French HP: Snoezelen for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (4): CD003152.
18. Cohen-Mansfield JP: Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia: A Review, Summary, and Critique. [Article]. *American Journal of Geriatric Psychiatry* Fall 2001;9(4):361-381 9(4): 361-381.
19. Dooley NR, Hinojosa J: Improving quality of life for persons with Alzheimer's disease and their family caregivers: brief occupational therapy intervention. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association* 2004; 58(5): 561-569.

20. Dürrmann P: Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker (LvVD). Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (Veranstalter) 2001; 89-105.
21. Erkinjuntti T, Ostbye T, Steenhuis R, Hachinski V: The effect of different diagnostic criteria on the prevalence of dementia. *N Engl J Med* 1997; 337(23): 1667-1674.
22. Finnema E, Dröes RM, Ettema T, Ooms M, Adèr H, Ribbe M, van TW: The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial. *International journal of geriatric psychiatry* 2005; 20(4): 330-343.
23. Fisk JD, Beattie BL, Donnelly M: Ethical considerations for decision making for treatment and research participation. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3: 411-417.
24. Fratiglioni L, Launer LJ, Andersen K, Breteler MM, Copeland JR, Dartigues JF, Lobo A, Martinez-Lage J, Soininen H, Hofman A: Incidence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology* 2000; 54(11 Suppl 5): S10-S15.
25. Gao S, Hendrie HC, Hall KS, Hui S: The relationships between age, sex, and the incidence of dementia and Alzheimer disease: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55(9): 809-815.
26. Gitlin LN, Corcoran M, Winter L, Boyce A, Hauck WW: A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. *The Gerontologist* 2001; 41(1): 4-14.
27. Gitlin LN, Hauck WW, Dennis MP, Winter L: Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences* 2005; 60(3): 368-374.
28. Gitlin LN, Winter L, Corcoran M, Dennis MP, Schinfeld S, Hauck WW: Effects of the home environmental skill-building program on the caregiver-care recipient dyad: 6-month outcomes from the Philadelphia REACH Initiative. *The Gerontologist* 2003; 43(4): 532-546.
29. Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WHL, Rikkert MGMO: Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: Randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal* 2006; No.
30. Grasel E, Wiltfang J, Kornhuber J: Non-drug therapies for dementia: an overview of the current situation with regard to proof of effectiveness. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2003; 15(3): 115-125.
31. Grassel E: [Home care of demented and non-demented patients. II: Health and burden of caregivers]. *Z Gerontol Geriatr* 1998; 31(1): 57-62.
32. Halek M, Bartholomeyczik S: Verstehen und handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Hannover, 2006.
33. Hallauer JF, Kurz A: Weißbuch Demenz: Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland; 24 Tabellen. 2002.
34. Hallauer JF, Schons M, Smala A, Berger K: Untersuchung von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland. *Gesundh ökon Qual manag* 2000 2000; Supplement 5: 73-79.
35. Hermans D, Htay UH, McShane R: Non-pharmacological interventions for wandering of people with dementia in the domestic setting. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (1): CD005994.
36. Hessel F, Kleinow R, Wasem J: Gesundheitsökonomische und epidemiologische Aspekte von Hirnleistungsstörungen im Alter.
opus.zbw-kiel.de/volltexte/2005/2683/pdf/136.pdf (26.09.2007).
37. Jorm AF, Jolley D: The incidence of dementia: a meta-analysis. *Neurology* 1998; 51(3): 728-733.

38. Karlawish JH, Casarett DJ, James BD: Alzheimer's disease patients' and caregivers' capacity, competency, and reasons to enroll in an early-phase Alzheimer's disease clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(12): 2019-2024.
39. Kern AO, Harms G, Beske F: Hirnleistungsstörungen im Alter: epidemiologische und volkswirtschaftliche Aspekte der Pflegebedürftigkeit durch Hirnleistungsstörungen im Alter. 1995.
40. Kurz A: Klinik. In: Beyreuther K, Einhäupl KM, Förstl H *et al.* (Eds). *Demenzen. Grundlagen und Klinik.* Stuttgart, New York, 2002, pp 187-210.
41. Lai CKY, Chi I, Kayser-Jones J: A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics* 2004; 16(1): 33-49.
42. Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG: Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005; 162(11): 1996-2021.
43. Marson DC: Loss of competency in Alzheimer's disease: conceptual and psychometric approaches. *Int J Law Psychiatry* 2001; 24(2-3): 267-283.
44. Moore MJ, Zhu CW, Clipp EC: Informal Costs of Dementia Care: Estimates From the National Longitudinal Caregiver Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001; 56(4): S219-S228.
45. Mozley CG, Scheider J, Cordingley L, Molineux M, Duggan S, Hart C, Stoker B, Williamson R, Lovegrove R, Cruickshank A: The usual care Home Activity Project: Does introducing an occupational therapy programme reduce depression in care homes? *Aging and Mental Health* 2007; 11([1]): 99-107.
46. N. N.: Fachserie 17 Reihe 10 Internationaler Vergleich der Verbraucherpreise, Feb. 07, Juli 06, Okt. 05, Mai 04 und 2002. Statistisches Bundesamt Deutschland.
47. N. N.: Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung. 1994.
48. N. N.: Bürgerliches Gesetzbuch. 2002.
49. N. N.: Pflege: Schwerpunktbericht zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2004.
50. N. N.: International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems (The) ICD-10, 2nd ed. Geneva, 2005.
51. N. N.: Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz - PfwG). 10-9-2007.
52. N. N.: Consumer Price Index, 1913-. 2008. Federal Reserve Bank of Minneapolis.
53. N. N.: Consumer Prices Indices (CPI): Tables CPI and CPI12. 2008. Office for National Statistics.
54. N. N.: FXHistory®: historical currency exchange rates. 2008. OANDA Corporation.
55. N. N.: Verbraucherpreisindex für Deutschland 2005=100. 2008. Statistisches Bundesamt Deutschland.
56. N. N.: World medical association of Helsinki.
www.wma.net/e/policy/b3.htm (31.01.2008).
57. Neal M, Briggs M: Validation therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (3): CD001394.
58. Onder G, Zanetti O, Giacobini E, Frisoni GB, Bartorelli L, Carbone G, Lambertucci P, Silveri MC, Bernabei R: Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 2005; 187: 450-455.
59. Politis AM, Vozzella S, Mayer LS, Onyike CU, Baker AS, Lyketsos CG: A randomized, controlled, clinical trial of activity therapy for apathy in patients with dementia residing in long-term care. *International journal of geriatric psychiatry* 2004; 19(11): 1087-1094.

60. Remington R: Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nursing Research* 2002; 51(5): 317-323.
61. Robinson L, Hutchings D, Dickinson HO, Corner L, Beyer F, Finch T, Hughes J, Vanoli A, Ballard C, Bond J: Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22(1): 9-22.
62. Rovner BW, Steele CD, Shmueli Y, Folstein MF: A randomized trial of dementia care in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society* 1996; 7-13.
63. Sauter D, Abderhalden C, Needham I: *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Bern, 2006.
64. Schneider J, Duggan S, Cordingley L, Mozley CG, Hart C: Costs of occupational therapy in residential homes and its impact on service use. *Aging & mental health* 2007; 11(N1): 108-114.
65. Schrijnemaekers V, van RE, Candel M, Frederiks C, Derix M, Sielhorst H, van den BP: Effects of emotion-oriented care on elderly people with cognitive impairment and behavioral problems. *International journal of geriatric psychiatry* 2002; 17(10): 926-937.
66. Schulenburg JM Graf v. d., Schulenburg I, Horn R, Möller HJ, Bernhardt T, Grass A, Mast O: Cost of Treatment and Care of Alzheimer's Disease in Germany. *Health Economics of Dementia*, 1998, S 217-230.
67. Schulz R, Martire LM: Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12(3): 240-249.
68. Sink KM, Covinsky KE, Barnes DE, Newcomer RJ, Yaffe K: Caregiver characteristics are associated with neuropsychiatric symptoms of dementia. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54(5): 796-803.
69. Smith SC, Lamping DL, Banerjee S, Harwood RH, Foley B, Smith P, Cook JC, Murray J, Prince M, Levin E, Mann A, Knapp M: Development of a new measure of health-related quality of life for people with dementia: DEMQOL. *Psychol Med* 2006; 1-10.
70. Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B: Reality orientation for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (4): CD001119.
71. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, Orrell M: Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 2003; 183: 248-254.
72. Suhr J, Anderson S, Tranel D: Progressive muscle relaxation in the management of behavioural disturbance in Alzheimer's disease. *Neuropsychological Rehabilitation* 1999; 31-44.
73. Thorgrimsen L, Spector A, Wiles A, Orrell M: Aroma therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (3): CD003150.
74. Toseland RW, Diehl M, Freeman K, Manzanares T, Naleppa M, McCallion P: The impact of validation group therapy on nursing home residents with dementia. *Journal of Applied Gerontology* 1997; 16(1): 31-50.
75. Trabucchi M: An economic perspective on Alzheimer's disease. *Journal of geriatric psychiatry and neurology* 1999; 12(1): 29-38.
76. van Weert JC, Kerkstra A, van Dulmen AM, Bensing JM, Peter JG, Ribbe MW: The implementation of snoezelen in psychogeriatric care: an evaluation through the eyes of caregivers. *International journal of nursing studies* 2004; 41(4): 397-409.
77. van Weert JC, van Dulmen AM, Spreeuwenberg PM, Ribbe MW, Bensing JM: Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005; 53(1): 24-33.
78. Vauth C, Friedrich M, Schulenburg JM: Gesundheitsökonomische Evaluationen am Beispiel der Demenz. *NeuroGeriatric* 2006.

79. Vollmann J: Advance directives in patients with Alzheimer's disease. Ethical and clinical considerations. *Med Health Care Philos* 2001; 4(2): 161-167.
80. Wallesch CW, Förstl H, Bartels CH: Demenzen. 2005.
81. Weert JCM van V, Dulmen AM van V, Spreeuwenberg PMM V, Ribbe MW V: Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-Hour dementia care. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005; 53(1): 24-33.
82. Weyerer S: Altersdemenz. 2005.
83. Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S: Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (2): CD001120.
84. Woods DL, Craven RF, Whitney J: The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. *Alternative therapies in health and medicine* 2005; 11(1): 66-74.
85. Wunder M: Demenz und Selbstbestimmung. *Ethik in der Medizin* 2008; 20(1): 17-25.
86. Zanetti O, Bianchetti A, Trabucchi M: Cost effectiveness of non pharmacological interventions in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society* 1998; 46(11): 1481.
87. Zanetti O, Frisoni GB, De Leo D, Dello Buono M, Bianchetti A, Trabucchi M: Reality Orientation Therapy in Alzheimer Disease: Useful or Not? A Controlled Study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 1995; 9(3): 132-138.

8 Anhang

8.1 Suchbegriffe

Auflistung der Suchbegriffe und Recherchestrategie

Vor dem Hintergrund der Fragestellung werden die nachfolgenden Suchbegriffe herangezogen und eine Recherchestrategie definiert.

A	B	C	D	E	F
Dementia Demented Demenz Dement Alzheimer's Pick Huntington Creutzfeldt JCD Binswanger Korsakoff Wernicke Lewy Jakob- creutzfeldt	Multi-sensory environment (Multisensory stimulation OR MSS) Sensory Stimulation (Multisensorische Stimulation OR MSS) (Basale Stimulation OR Sensorische Stimulation) Snoezelen Milieu therapy Milieu Therapie Wandering area Reduced-stimulation environment (Music therapy AND usual care) (Music AND usual care) (Musiktherapie AND Pflege) (Musik AND Pflege) White Noise Enhanced environment Restraint-free environment Barrierefreie Umgebung Reminiscence therapy Biographical work Reminiszenztherapie Erinnerungsarbeit Biographiearbeit Aromatherapy Aromatherapie Emotion-oriented Standardpflege Emotionsorientierte Pflege Telemedicine TeleStandardpflege Telemedizin Reality Orientation	HTA RCT CCT MTA Assess Health Technolog Medical Bewertung Review Übersicht Trial Studie Kontrolliert Controlled Klinisch Clinical academic Versuch Cohort Kohorte Cross-sectional Querschnitt Clinical Trial Controlled Trial Case Control Klinische Studie Kontrollierte Studie Übersichtsarbeit Metaanalyse Randomisiert Randomisierung Outcome assessment Outcomes research Clinical effectiveness Treatment outcome Risk assessment Behandlungsergebnis- beurteilung	Cost Cost Analysis Cost Control Costeffectiv Costeffic Cost-benefit Cost-Utility- Analysis Efficienc? efficiency Effectiveness Kosten Kosten-Nutzen Kosten?analyse Kostennutzwert Kosteneff? Wirksam utility Economic Evaluation Oekonom Ökonom Econom Gesundheitsöko- nomie Quality adjusted life years	Ethic Ethik Ethisch Ethical issues Medical ethics Ethical(ly)	Recht Jur Legal Law

Realitätsorientierung Self- Maintenance therapy Selbst-Erhaltungs-Therapie (Validation therapy) (Validation and Therapie) Massage Animal-assisted therapy Pet therapy pet visits Tiertherapie Therapeutic Touch Simulated presence therapy Simulierte Präsenztherapie Activity therapy Aktivitätstherapie Dance therapy Tanztherapie Differential reinforcement Cognitive control Stimulus control Light therapy Lichttherapie Sleep therapy Schlaftherapie Exit seeking interventions Contingency management Kontingenzmanagement Occupational therapy Beschäftigungstherapie Ergotherapie Social dancing Behaviour therapy Behaviour therapy Verhaltenstherapie	Randomised controlled trial Controlled study Multicenter study Major clinical study Single blind procedure Single-blind method Long-term outcome Cross-over studies Crossover procedure Randomisation Comparative study Comparative clinical study Prospective studies Retrospective studies Follow-up studies General review Systematic review			
--	---	--	--	--

Die Schlagworte innerhalb einer Spalte werden jeweils mit „OR“ verknüpft; die Spalten untereinander mit „AND“.

Vier Recherchen werden gem. der folgenden Verknüpfungen durchgeführt:

- i.) A und B und C
- ii.) A und B und D
- iii.) A und B und E
- iv.) A und B und F

8.2 Recherchestrategie

Auf der Grundlage der Suchbegriffe und der Recherchestrategie wurde vom DIMDI am 02.03.2007 folgende Suche durchgeführt:

	Nr	Hits	Suchformulierung
C=	1	47962806	INAHTA; DAHTA; NHSEED; CDAR94; CDSR93; ME90; EM90; CB85; BA00; MK77; CCTR93; GA03; SM78; CV72; II78; ED93; AZ72; AR96; EA08; IS00; CC00; IN00; KR03; KL97; SP97; SPPP; TV01; GE79; HN69; PI67; PY81
S=	2	180856	DEMENTIA?
	3	16316	DEMENTED
	4	38605	DEMENZ?
	5	556	DEMENT
	7	230345	ALZHEIMER?
	8	55495	PICK?
	9	26205	HUNTINGTON?
	10	17507	CREUTZFELDT?
	11	54	JCD
	12	1612	BINSWANGER?
	13	2965	KORSAKOFF?
	14	5764	WERNICKE?
	15	14819	LEWY ?
	16	71	JAKOB-CREUTZFELDT?
	19	437449	2 TO 16
	20	46	MULTI SENSORY ENVIRONMENT
	22	4693	MULTISENSORY STIMULATION OR MSS

Fortsetzung: Recherchestrategie

	23	8322	SENSORY STIMULATION
	24	4577	MULTISENSORISCHE STIMULATION OR MSS
	25	13	BASALE STIUMULATION OR SENSORISCHE STIMULATION
	26	318	SNOEZELEN
	27	1670	MILIEU THERAP?
	28	22	MILIEU THERAPIE?
	29	1	WANDERING AREA
	30	2	REDUCED STIMULATION ENVIRONMENT
	31	1505	MUSIC THERAP? AND USUAL CARE
	32	3008	MUSIC AND USUAL CARE
	33	104	MUSIKTHERAPIE? AND PFLEGE
	34	58	MUSIK AND PFLEGE
	35	10474	WHITE NOISE
	36	54	ENHANCED ENVIRONMENT
	37	22	RESTRAINT FREE ENVIRONMENT
	38	0	BARRIEREFREIE UMGEBUNG
	39	284	REMINISCENCE THERAP?
	40	84	BIOGRAPHICAL WORK
	41	11	REMINISZENZTHERAPIE?
	42	96	ERINNERUNGSARBEIT
	43	112	BIOGRAPHIEARBEIT
	44	2154	AROMATHERAP?
	45	421	AROMATHERAPIE?
	46	48	EMOTION ORIENTED USUAL CARE
	47	1	EMOTIONSORIENTIERTE PFLEGE
	48	838	TELESTANDARDPFLEGE
	49	16136	TELEMEDIZIN OR TELEMEDICINE
	50	732	REALITY ORIENTATION
	51	174	REALIT##TSORIENTIERUNG
	52	25	SELF MAINTENANCE THERAP?
	53	22	SELBST ERHALTUNGS THERAPIE?
	54	155	VALIDATION THERAP?
	55	36315	VALIDATION AND THERAP?
	56	16211	MASSAGE?
	57	0	ANIMAL#ASSISTED THERAP?
	58	267	PET THERAP?
	59	1	PET VISIT

Fortsetzung: Recherchestrategie

	60	9	TIERTHERAPIE?
	61	1169	THERAPEUTIC TOUCH
	62	32	SIMULATED PRESENCE THERAP?
	63	0	SIMULIERTE PR##SENZTHERAPIE?
	64	480	ACTIVITY THERAP?
	65	2	AKTIVIT##TSTHERAPIE?
	66	1034	DANCE THERAP?
	67	516	TANZTHERAPIE?
	68	2959	DIFFERENTIAL REINFORCEMENT
	69	3462	COGNITIVE CONTROL
	70	4775	STIMULUS CONTROL
	71	2907	LIGHT THERAP?
	72	337	LICHTTHERAPIE?
	73	270	SLEEP THERAP?
	74	20	SCHLAF THERAPIE?
	75	0	EXIT SEEKING INTERVENTION#
	77	2727	CONTINGENCY MANAGEMENT
	78	57	KONTINGENZMANAGEMENT
	79	28573	OCCUPATIONAL THERAP?
	80	4332	BESCH##FTIGUNGSTHERAPIE?
	81	5322	ERGOTHERAPIE?
	82	38	SOCIAL DANCING
	83	71046	BEHAVIO#R THERAP?
	84	17817	VERHALTENSTHERAPIE?
	85	218658	20 TO 84
	86	4819	19 AND 85
	87	4597	86 AND PY>=1990
	88	4349	87 AND LA=(GERM OR ENGL)
	89	2860	check duplicates: unique in s=88
	90	2860	S=89
	91	22	90 AND HEALTH TECHNOLOGY
	92	19	90 AND HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT
	93	27	90 AND ASSESSMENT, TECHNOLOGY
	94	8	90 AND ASSESSMENTS, TECHNOLOGY
	95	27	90 AND TECHNOLOGY ASSESSMENT
	96	8	90 AND TECHNOLOGY ASSESSMENTS
	97	7	90 AND TECHNOLOGY ASSESSMENT, BIOMEDICAL

Fortsetzung: Recherchestrategie

	98	0	90 AND TECHNOLOGY ASSESSMENTS, BIOMEDICAL
	99	17	90 AND HTA
	100	0	90 AND BIOMEDIZINISCHE TECHNOLOGIE
	101	5	90 AND TECHNOLOGIE, MEDIZINISCHE
	102	2	90 AND BEWERTUNG MEDIZINISCHER VERFAHREN
	103	6	90 AND BIOMEDICAL TECHNOLOGY ASSESSMENT
	104	0	90 AND BIOMEDICAL TECHNOLOGY ASSESSMENTS
	105	8	90 AND TECHNOLOGY, MEDICAL
	106	35	91 TO 105
	107	2860	90
	108	489	107 AND (REVIEW NOT JOURNAL ARTICLE/DT)
	109	4	107 AND (REVIEW LITERATURE OR REVIEW LITERATURES)
	110	4	107 AND (REVIEW, PEER OR REVIEWS, PEER)
	111	83	107 AND REVIEW, SYSTEMATIC
	112	0	107 AND (ÜBERSICHTSLITERATUR OR UEBERSICHTSLITERATUR)
	113	8	107 AND (ÜBERSICHTSARBEIT OR UEBERSICHTSARBEIT)
	114	506	108 TO 113
	115	87	107 AND (META ANALYSIS OR META-ANALYSES OR META-ANALYSIS OR METAANALYSIS)
	116	13	107 AND METAANALYSE
	117	88	115 TO 116
	118	529	114 OR 117
	119	2860	90
	120	245	119 AND (RANDOMISED CONTROLLED TRIAL# OR RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL#)
	121	29	119 AND RANDOMI%ED CLINICAL TRIAL#
	122	31	119 AND RANDOMISIERTE KONTROLLIERTE STUDIE#
	123	6	119 AND RANDOMISIERTE KLINISCHE STUDIE#
	124	42	119 AND RCT
	125	269	120 TO 124
	126	42	119 AND CONTROLLED CLINICAL TRIAL#
	127	8	119 AND CONTROLLED CLINICAL TRIAL#, RANDOMIZED
	128	1	119 AND CONTROLLED CLINICAL STUD###
	129	2	119 AND KONTROLLIERTE KLINISCHE STUDIE#
	130	2	119 AND KLINISCHE STUDIE#, KONTROLLIERTE
	131	0	119 AND KLINISCHE VERSUCHE, RANDOMISIERTE
	132	12	119 AND CCT
	133	54	126 TO 132
	134	301	125 OR 133

Fortsetzung: Recherchestrategie

	135	2860	90
	136	628	135 AND (TRIAL OR TRIALS)
	137	1348	135 AND (STUDY OR STUDIES)
	138	47	135 AND VALIDATION STUDIES
	139	208	135 AND REPORT
	140	383	135 AND CLINICAL TRIAL
	141	26	135 AND EVALUATION STUDIES
	142	0	135 AND (RESEARCH ARTICLE OR RESEARCH-ARTICLE)
	143	37	135 AND MULTICENTER STUDY
	144	5	135 AND TECHNICAL REPORT
	145	726	135 AND STUDIE?
	146	29	135 AND VERSUCH?
	147	464	135 AND REPORT?
	148	2	135 AND RESEARCH ARTICLE?
	149	6	135 AND TECHNICAL REPORT?
	150	1706	136 TO 149
	151	2860	90
	152	163	151 AND ECONOMIC?
	153	0	151 AND SOCIOECONOMICS
	154	1	151 AND MODELS, ECONOMIC
	155	2	151 AND ECONOMIC ASPECT
	156	8	151 AND HEALTH ECONOMICS
	157	220	151 AND COST?
	158	33	151 AND EFFICIENCY
	159	234	151 AND EFFECTIVENESS?
	160	304	151 AND EFFICACY?
	161	13	151 AND COST ANALYSIS
	162	15	151 AND ECONOMIC EVALUATION?
	163	4	151 AND HEALTH STANDARDPFLEGE FINANCING?
	164	28	151 AND PHARMACOECONOMICS
	165	29	151 AND (PHARMACOECONOMIC? OR PHARMAKOOEKONOMI?)
	166	27	151 AND (ÖKONOMIE OR OEKONOMIE)
	167	56	151 AND KOSTEN?
	168	12	151 AND EFFIZIENZ
	169	10	151 AND GESUNDHEITSOEKONOMIE
	170	0	151 AND PHARMAÖKONOMIE
	171	3	151 AND MARKOV MODEL
	172	1	151 AND (MARKOV PROCESS OR MARKOV PROCESSES)

Fortsetzung: Recherchestrategie

	173	0	151 AND COHORT SIMULATION
	174	0	151 AND DISCRETE#EVENT SIMULATION
	175	0	151 AND MODELLE, ÖKONOMISCHE
	176	33	151 AND (COST EFFECTIVENESS ANALYSIS OR COST EFFECTIVENESS ANALYSES)
	177	24	151 AND (COST BENEFIT ANALYSIS OR COST BENEFIT ANALYSES)
	178	10	151 AND KOSTEN-NUTZEN-ANALYSE
	179	665	152 TO 178
	180	665	179
	181	21	180 AND HEALTH TECHNOLOGY
	182	18	180 AND HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT
	183	22	180 AND ASSESSMENT, TECHNOLOGY
	184	8	180 AND ASSESSMENTS, TECHNOLOGY
	185	22	180 AND TECHNOLOGY ASSESSMENT
	186	8	180 AND TECHNOLOGY ASSESSMENTS
	187	5	180 AND TECHNOLOGY ASSESSMENT, BIOMEDICAL
	188	0	180 AND TECHNOLOGY ASSESSMENTS, BIOMEDICAL
	189	17	180 AND HTA
	190	0	180 AND BIOMEDIZINISCHE TECHNOLOGIE
	191	5	180 AND TECHNOLOGIE, MEDIZINISCHE
	192	2	180 AND BEWERTUNG MEDIZINISCHER VERFAHREN
	193	5	180 AND BIOMEDICAL TECHNOLOGY ASSESSMENT
	194	0	180 AND BIOMEDICAL TECHNOLOGY ASSESSMENTS
	195	5	180 AND TECHNOLOGY, MEDICAL
	196	27	181 TO 195
	197	665	179
	198	204	197 AND (REVIEW NOT JOURNAL ARTICLE/DT)
	199	3	197 AND (REVIEW LITERATURE OR REVIEW LITERATURES)
	200	3	197 AND (REVIEW, PEER OR REVIEWS, PEER)
	201	63	197 AND REVIEW, SYSTEMATIC
	202	0	197 AND (ÜBERSICHTSLITERATUR OR UEBERSICHTSLITERATUR)
	203	8	197 AND (ÜBERSICHTSARBEIT OR UEBERSICHTSARBEIT)
	204	218	198 TO 203
	205	57	197 AND (META ANALYSIS OR META-ANALYSES OR META-ANALYSIS OR METAANALYSIS)
	206	12	197 AND METAANALYSE
	207	58	205 TO 206
	208	226	204 OR 207
	209	665	179

Fortsetzung: Recherchestrategie

	210	135	209 AND (RANDOMISED CONTROLLED TRIAL# OR RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL#)
	211	24	209 AND RANDOMI%ED CLINICAL TRIAL#
	212	22	209 AND RANDOMISIERTE KONTROLLIERTE STUDIE#
	213	6	209 AND RANDOMISIERTE KLINISCHE STUDIE#
	214	25	209 AND RCT
	215	143	210 TO 214
	216	24	209 AND CONTROLLED CLINICAL TRIAL#
	217	4	209 AND CONTROLLED CLINICAL TRIAL#, RANDOMIZED
	218	1	209 AND CONTROLLED CLINICAL STUD###
	219	2	209 AND KONTROLLIERTE KLINISCHE STUDIE#
	220	2	209 AND KLINISCHE STUDIE#, KONTROLLIERTE
	221	0	209 AND KLINISCHE VERSUCHE, RANDOMISIERTE
	222	4	209 AND CCT
	223	28	216 TO 222
	224	154	215 OR 223
	225	665	179
	226	312	225 AND (TRIAL OR TRIALS)
	227	405	225 AND (STUDY OR STUDIES)
	228	9	225 AND VALIDATION STUDIES
	229	74	225 AND REPORT
	230	191	225 AND CLINICAL TRIAL
	231	11	225 AND EVALUATION STUDIES
	232	0	225 AND (RESEARCH ARTICLE OR RESEARCH-ARTICLE)
	233	17	225 AND MULTICENTER STUDY
	234	2	225 AND TECHNICAL REPORT
	235	266	225 AND STUDIE?
	236	20	225 AND VERSUCH?
	237	161	225 AND REPORT?
	238	1	225 AND RESEARCH ARTICLE?
	239	3	225 AND TECHNICAL REPORT?
	240	514	226 TO 239
	241	2860	S=90
	242	6	241 AND ETHICS MED?
	243	14	241 AND MEDICAL ETHICS
	244	1	241 AND ETHICS, CLINICAL
	245	1	241 AND ETHICAL ANALYS%S
	246	1	241 AND ETHICAL ASPECTS

Fortsetzung: Recherchestrategie

	247	7	241 AND ETHIK, MEDIZINISCHE
	248	0	241 AND KLINISCHE ETHIK
	249	0	241 AND ETHISCHE VERHALTENSREGELN
	250	1	241 AND ETHISCHE ANALYSE
	251	1	241 AND BIOETHIK
	252	0	241 AND BIOETHISCHE FRAGESTELLUNGEN
	253	21	242 TO 252
	254	3	241 AND HUMAN RIGHT%
	255	1	241 AND JUSTICE
	256	1	241 AND JUSTICE, SOCIAL
	257	1	241 AND SOCIAL JUSTICE
	258	0	241 AND MENSCHENRECHTE
	259	9	241 AND RECHTE
	260	0	241 AND RECHTSASPEKTE
	261	4	241 AND RECHTSPRECHUNG
	262	15	254 TO 261
	263	35	253 OR 262
	264	35	106
	265	529	118
	266	301	134
	267	1706	150
	268	27	196
	269	226	208
	270	154	224
	271	514	240
	272	35	263
	273	1892	106 OR 118 OR 134 OR 150
	274	550	196 OR 208 OR 224 OR 240
	275	1904	263 OR 273 OR 274

*** TAB Ende ***

?

8.3 Anschreiben



FGG, Königsworther Platz 1, D-30167 Hannover

FGG

Forschungsstelle für
Gesundheitsökonomie und
Gesundheitssystemforschung

Christoph Schwarzbach

Tel.: +49 511 762 5167
Fax: +49 511 762 5081
E-Mail: cms@ivbl.uni-hannover.de

Hannover, 03. Mai 2007

HTA-Bericht: „Pflegerische Versorgung von Personen mit Demenzen in den Settings häusliche, teilstationäre und vollstationäre Pflege unter Berücksichtigung des Schweregrades der Demenz“

Sehr geehrte Damen und Herren,

unser Institut erstellt derzeit zusammen mit Professor Willich, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie an der Charité in Berlin, einen HTA-Bericht (Health Technology Assessment) zum o.g. Thema. Der Bericht soll die Kosteneffektivität verschiedener pflegerischer Konzepte in den verschiedenen Settings (häuslich, teilstationär und vollstationär) miteinander vergleichen. Auftraggeber hierfür ist in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) das DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Information und Dokumentation).

HTA-Berichte liefern eine wissenschaftliche Grundlage zu medizinischen Aspekten, indem vorhandene medizinische, ökonomische, ethische, juristische sowie soziale Informationen systematisch aufbereitet werden. Ziel von HTA-Berichten ist es, eine systematische Bewertung der vorhandenen Evidenz für die klinische Wirksamkeit und die Kosteneffektivität vorzunehmen und auf diese Weise die politische Entscheidungsfindung zu unterstützen. Adressat von HTA-Berichten ist unter anderem der Gemeinsame Bundesausschuss.

Wir sind an einer umfassenden Information und einer guten Zusammenarbeit mit Forschungseinrichtungen auf diesem Gebiet interessiert und bitten Sie daher um Unterstützung. Wir wenden uns mit der Bitte an Sie, uns Informationen zu relevanten Forschungsergebnissen auf dem Gebiet der pflegerischen Versorgung von Demenzkranken zur Verfügung zu stellen. Wir haben bereits eine systematische Datenbankanalyse z.B. in PubMed durchgeführt, würden uns aber freuen, wenn Sie uns weitere relevante (gerne auch internationale) Literatur zumindest mit den bibliographischen Angaben übermitteln würden. Dies betrifft insbesondere auch auf bislang unveröffentlichte Literatur (z. B. kontrollierte klinische Studien, die zur Publikation angenommen, aber noch nicht gedruckt sind) sowie sog. „Graue Literatur“ (möglichst als Volltext).

Für Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung. Herrn Schwarzbach erreichen Sie telefonisch unter 0511 / 762-5167 bzw. per Mail unter cms@ivbl.uni-hannover.de.

Für Ihre Bemühungen herzlich dankend verbleiben wir
mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. J.-M. Graf v. d. Schulenburg

Christoph Schwarzbach

8.4 Checklisten der methodischen Qualität

Checkliste gesundheitsökonomische Studien

Checkliste methodische Qualität			
	1	= Kriterium erfüllt	1
	1/2	= Kriterium teilweise erfüllt	1/2
	0	= Kriterium nicht erfüllt	0
	nr	= nicht relevant	nr
Fragestellung			
1. Wurde die Fragestellung präzise formuliert?			
2. Wurde der medizinische und ökonomische Problemkontext ausreichend dargestellt?			
Evaluationsrahmen			
3. Wurden alle in die Studie einbezogenen Technologien hinreichend detailliert beschrieben?			
4. Wurden alle im Rahmen der Fragestellung relevanten Technologien verglichen?			
5. Wurde die Auswahl der Vergleichstechnologien schlüssig begründet?			
6. Wurde die Zielpopulation klar beschrieben?			
7. Wurde ein für die Fragestellung angemessener Zeithorizont für Kosten und Gesundheitseffekte gewählt und angegeben?			
8. Wurde der Typ der gesundheitsökonomischen Evaluation explizit genannt?			
9. Wurden sowohl Kosten als auch Gesundheitseffekte untersucht?			
10. Wurde die Perspektive der Untersuchung eindeutig gewählt und explizit genannt?			
Analysemethoden und Modellierung			
11. Wurden adäquate statistische Tests / Modelle zur Analyse der Daten gewählt und hinreichend gründlich beschrieben?			
12. Wurden in entscheidungsanalytischen Modellen die Modellstruktur und alle Parameter vollständig und nachvollziehbar dokumentiert (in der Publikation bzw. einem technischen Report)?			
13. Wurden die relevanten Annahmen explizit formuliert?			
14. Wurden in entscheidungsanalytischen Modellen adäquate Datenquellen für die Pfadwahrscheinlichkeiten gewählt und eindeutig genannt?			
Gesundheitseffekte			
15. Wurden alle für die gewählte Perspektive und den gewählten Zeithorizont relevanten Gesundheitszustände berücksichtigt und explizit aufgeführt?			
16. Wurden adäquate Quellen für die Gesundheitseffekt-daten gewählt und eindeutig genannt?			
17. Wurden das epidemiologische Studiendesign und die Auswertungsmethoden adäquat gewählt und beschrieben und wurden die Ergebnisse detailliert dargestellt? (falls auf einer einzelnen Studie basierend)			
18. Wurden angemessene Methoden zur Identifikation, Extraktion und Synthese der Effektparameter verwendet und wurden sie detailliert beschrieben? (falls auf einer Informationssynthese basierend)			
19. Wurden die verschiedenen Gesundheitszustände mit Präferenzen bewertet und dafür geeignete Methoden und Messinstrumente gewählt und angegeben?			
20. Wurden adäquate Quellen der Bewertungsdaten für die Gesundheitszustände gewählt und eindeutig genannt?			
21. Wurde die Evidenz der Gesundheitseffekte ausreichend belegt? (s. ggf. entsprechende Kontextdokumente)			

<p>Kosten</p> <p>22. Wurden die den Kosten zugrunde liegenden Mengengerüste hinreichend gründlich dargestellt?</p> <p>23. Wurden adäquate Quellen und Methoden zur Ermittlung der Mengengerüste gewählt und eindeutig genannt?</p> <p>24. Wurden die den Kosten zugrunde liegenden Preisgerüste hinreichend gründlich beschrieben?</p> <p>25. Wurden adäquate Quellen und Methoden zur Ermittlung der Preise gewählt und eindeutig genannt?</p> <p>26. Wurden die einbezogenen Kosten anhand der gewählten Perspektive und des gewählten Zeithorizontes schlüssig begründet und wurden alle relevanten Kosten berücksichtigt?</p> <p>27. Wurden Daten zu Produktivitätsausfallkosten (falls berücksichtigt) getrennt aufgeführt und methodisch korrekt in die Analyse einbezogen?</p> <p>28. Wurde die Währung genannt?</p> <p>29. Wurden Währungskonversionen adäquat durchgeführt?</p> <p>30. Wurden Preisanpassungen bei Inflation oder Deflation adäquat durchgeführt?</p>	
<p>Diskontierung</p> <p>31. Wurden zukünftige Gesundheitseffekte <u>und</u> Kosten adäquat diskontiert?</p> <p>32. Wurde das Referenzjahr für die Diskontierung angegeben bzw. bei fehlender Diskontierung das Referenzjahr für die Kosten?</p> <p>33. Wurden die Diskontraten angegeben?</p> <p>34. Wurde die Wahl der Diskontraten bzw. der Verzicht auf eine Diskontierung plausibel begründet?</p>	
<p>Ergebnispräsentation</p> <p>35. Wurden Maßnahmen zur Modellvalidierung ergriffen und beschrieben?</p> <p>36. Wurden absolute Gesundheitseffekte und absolute Kosten jeweils pro Kopf bestimmt und dargestellt?</p> <p>37. Wurden inkrementelle Gesundheitseffekte und inkrementelle Kosten jeweils pro Kopf bestimmt und dargestellt?</p> <p>38. Wurde eine für den Typ der gesundheitsökonomischen Evaluation sinnvolle Maßzahl für die Relation zwischen Kosten und Gesundheitseffekt angegeben?</p> <p>39. Wurden reine (nicht lebensqualitätsadjustierte) klinische Effekte berichtet?</p> <p>40. Wurden die relevanten Ergebnisse in disaggregierter Form dargestellt?</p> <p>41. Wurden populationsaggregierte Kosten und Gesundheitseffekte dargestellt?</p>	
<p>Behandlung von Unsicherheiten</p> <p>42. Wurden univariate Sensitivitätsanalysen für die relevanten Parameter durchgeführt?</p> <p>43. Wurden multivariate Sensitivitätsanalysen für die relevanten Parameter durchgeführt?</p> <p>44. Wurde Sensitivitätsanalysen für die relevanten strukturellen Elemente durchgeführt?</p> <p>45. Wurden in den Sensitivitätsanalysen realistische Werte oder Wertebereiche bzw. Strukturvarianten berücksichtigt und angegeben?</p> <p>46. Wurden die Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen hinreichend dokumentiert?</p> <p>47. Wurden adäquate statistische Inferenzmethoden (statistische Tests, Konfidenzintervalle) für stochastische Daten eingesetzt und die Ergebnisse berichtet?</p>	
<p>Diskussion</p> <p>48. Wurde die Datenqualität kritisch beurteilt?</p> <p>49. Wurden Richtung und Größe des Einflusses unsicherer oder verzerrter Parameterschätzung auf das Ergebnis konsistent diskutiert?</p> <p>50. Wurde Richtung und Größe des Einflusses struktureller Modellannahmen auf das Ergebnis konsistent diskutiert?</p> <p>51. Wurden die wesentlichen Einschränkungen und Schwächen der Studie diskutiert?</p> <p>52. Wurden plausible Angaben zur Generalisierbarkeit der Ergebnisse gemacht?</p> <p>53. Wurden wichtige ethische und Verteilungsfragen diskutiert?</p> <p>54. Wurde das Ergebnis sinnvoll im Kontext mit unabhängigen Gesundheitsprogrammen diskutiert?</p>	
<p>Schlussfolgerungen</p> <p>55. Wurden in konsistenter Weise Schlussfolgerungen aus den berichteten Daten / Ergebnissen abgeleitet?</p> <p>56. Wurde eine auf Wissensstand und Studienergebnissen basierende Antwort auf die Fragestellung gegeben?</p>	

8.5 Ausgeschlossene klinische Studien

Studie	Ausschlussgrund
Aromatherapy trial. Journal of Dementia usual care 2001;9(6):38.	Keine Primärstudie
Use of massage for symptom management in dementia. Journal of Clinical Excellence 2002;4(2):255-7.	Keine Primärstudie
Guidelines for psychological practice with older adults. American Psychologist 2004 May;59(N4):236-60.	Keine Primärstudie
Abrisqueta-Gomez J, Brucki S, Canali F, Oliveira E, Ponce C, Vieira V, et al. Neuropsychological rehabilitation program in cognitive impairment and dementia. Neurological rehabilitation, proceedings S 2002;399-407.	Fallzahl zu klein
Adam S, Van der LM, Juillerat A-C, Salmon E. The cognitive management of daily life activities in patients with mild to moderate Alzheimer's disease in a day usual care centre: A case report. Neuropsychological Rehabilitation 2000;10(5):485-509.	Fallzahl zu klein
Ancoli-Israel S, Martin JL, Gehrman P, Shochat T, Corey-Bloom J, Marler M, et al. Effect of light on agitation in institutionalized patients with severe Alzheimer disease. The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry 2003 Mar;11(2):194-203.	Anderes Konzept
Ashida S. The effect of reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia. Journal of music therapy 2000;37(3):170-82.	Fallzahl zu klein
Baillon S, Van Diepen E, Prettyman R, Redman J, Rooke N, Campbell R. A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia. International journal of geriatric psychiatry 2004; 19(11):1047-1052	Fallzahl zu klein
Baillon S, Van Diepen E, Prettyman R, Rooke N, Redman J, Campbell R. Variability in response to older people with dementia to both Snoezelen and reminiscence. British Journal of Occupational Therapy 2005;68(8):367-74.	Fallzahl zu klein
Baldelli MV, Boiardi R, Fabbo A, Pradelli JM, Neri M. Evaluation of temporal and spatial disorientation in elderly patients with cognitive impairment. Archives of Gerontology and Geriatrics 2002;35(SUPPL.):29-34.	Andere Fragestellung
Baldelli MV. The role of reality orientation therapy in restorative usual care of elderly patients with dementia plus stroke in the subacute nursing home setting. Archives of Gerontology and Geriatrics 2002;35(Suppl 8):15-22.	Andere Fragestellung
Baldelli MV, Pradelli JM, Zucchi P, Martini B, Orsi F, Fabbo A. Occupational therapy and dementia: The experience of an Alzheimer special usual care unit. Archives of Gerontology and Geriatrics 2007;44 Suppl:49-54.	Kein RCT
Barolin GS. Psychotherapie bei Altersdemenz?!	Keine Primärstudie
Beck CK, Vogelpohl TS, Rasin JH, Uriri JT, O'Sullivan P, Walls R, et al. Effects of behavioral interventions on disruptive behavior and affect in demented nursing home residents. Nursing Research 2002 Jul;51(4):219-28.	Anderes Konzept
Berger G, Bernhardt T, Schramm U, Müller R, Landsiedel-Anders S, Peters J, et al. No effects of a combination of usual care givers support group and memory training/music therapy in dementia patients from a memory clinic population. International journal of geriatric psychiatry 2004 Mar;19(3):223-31.	Anderes Konzept
Boccardi M, Frisoni GB. Cognitive rehabilitation for severe dementia: critical observations for better use of existing knowledge. Mechanisms of ageing and development 2006 Feb;127(2):166-72.	Keine Primärstudie
Bourgeois MS, Burgio LD, Schulz R, Beach S, Palmer B. Modifying repetitive verbalizations of community-dwelling patients with AD. The Gerontologist 1997 Feb;37(1):30-9.	Fallzahl zu klein
Bourgeois MS, Camp C, Rose M, White B, Malone M, Carr J, et al. A comparison of training strategies to enhance use of external aids by persons with dementia. J Commun Disord 2003 Sep;36(5):361-78.	Kein RCT
Brooker D, Duce L. Wellbeing and activity in dementia: A comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. Aging and Mental Health 2000;4(4):354-8.	Kein RCT
Brooker DJ, Snape M, Johnson E, Ward D, Payne M. Single case evaluation of the effects of aromatherapy and massage on disturbed behaviour in severe dementia. The British journal of clinical psychology/the British Psychological Society 1997 May;36 (Pt 2):287-96.	Fallzahl zu klein

Studie	Ausschlussgrund
Brown S, Götell E, Ekman SL. Singing as a therapeutic intervention in dementia usual care. <i>Journal of Dementia usual care</i> 2001;9(4):33-7.	Anderes Konzept
Buchanan D, Tourigny-Rivard MF, Cappeliez P, Frank C, Janikowski P, Spanjevic L, et al. National guidelines for seniors' mental health: The assessment and treatment of depression. <i>Canadian Journal of Geriatrics</i> 2006;9(SUPPL. 2): S52-S58.	Keine Primärstudie
Buettner LL, Fitzsimmons S. AD-venture program: therapeutic biking for the treatment of depression in long-term usual care residents with dementia. <i>American journal of Alzheimer's disease and other dementias</i> 2002 Mar;17(2):121-7.	Anderes Konzept
Buhr GT, White HK. Difficult behaviors in long-term usual care patients with dementia. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> 2006;7(3): 180-92.	Keine Primärstudie
Burns A. Psychosocial and behavioural interventions in dementia. <i>Current Opinion in Psychiatry</i> 2004;17(6):433-7.	Keine Primärstudie
Byrne J, Allen H, Burns A, Sutherland D, Butler S, Tomenson B. A randomized controlled trial of bright light therapy for dementia. <i>International Psychogeriatrics</i> 2003;15(S2):97.	Anderes Konzept
Caltagirone C, Bianchetti A, Di LM, Mecocci P, Padovani A, Pirfo E, et al. Guidelines for the treatment of Alzheimer's disease from the Italian Association of Psychogeriatrics. <i>Drugs & aging</i> 2005;22 Suppl 1:1-26.	Keine Primärstudie
Camp CJ, Cohen-Mansfield J, Capezuti EA. Use of nonpharmacologic interventions among nursing home residents with dementia. <i>Psychiatric Services</i> 2002 Nov 1;53(11):1397-401.	Keine Primärstudie
Carruth EK. The effects of singing and the spaced retrieval technique on improving face-name recognition in nursing home residents with memory loss. <i>Journal of music therapy</i> 1997;165-86.	Anderes Konzept
Chalmers JM. Behavior management and communication strategies for dental professionals when caring for patients with dementia. <i>Special usual care in dentistry: official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry</i> 2000 Jul;20(4):147-54.	Anderer Fragestellung
Cipriani G, Bianchetti A, Trabucchi M. Outcomes of a computer-based cognitive rehabilitation program on Alzheimer's disease patients compared with those on patients affected by mild cognitive impairment. <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> 2006 Nov;43(N3):327-35.	Anderes Konzept
Clair AA, Ebberts A. The effects of music therapy on interactions between family usual care givers and their usual care receivers with late stage dementia. <i>Journal of music therapy</i> 1997;148-64.	Kein RCT
Clair AA, O'Konski M. The effect of rhythmic auditory stimulation (RAS) on gait characteristics of cadence, velocity, and stride length in persons with late stage dementia. <i>Journal of music therapy</i> 2006;43(2):154-63.	Kein RCT
Clark ME, Lipe AW, Bilbrey M. Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. <i>Journal of gerontological nursing</i> 1998 Jul;24(7):10-7.	Fallzahl zu klein
Cohen-Mansfield J, Werner P. The effects of an enhanced environment on nursing home residents who pace. <i>The Gerontologist</i> 1998 Apr;38(2):199-208.	Kein RCT
Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic Interventions for Psychotic Symptoms in Dementia. <i>Journal of geriatric psychiatry and neurology</i> 2003;16(4):219-24.	Keine Primärstudie
Collister L, Unsworth C. Critically appraised papers A home-based occupational therapy environmental modification program for usual care givers had a modest effect on the performance of IADL in people with dementia, while for some usual care giver subgroups, there was improved efficacy and reduced upset. <i>Australian Occupational-Therapy-Journal</i> 2004;51(3):166-8.	Keine Primärstudie
Connell FEA, Tan G, Gupta I, Gompertz P, Bennett GCJ, Herzberg JL. Can aromatherapy promote sleep in elderly hospitalized patients? <i>Geriatrics Today: Journal of the Canadian Geriatrics Society</i> 2001;4(4):191-5.	Kein RCT
Cotelli M, Calabria M, Zanetti O. Cognitive rehabilitation in Alzheimer's Disease. <i>Aging clinical and experimental research</i> 2006 Apr;18(2):141-3.	Keine Primärstudie
Cox H, Burns I, Savage S. Multisensory environments for leisure: promoting well-being in nursing home residents with dementia. <i>Journal of gerontological nursing</i> 2004 Feb;30(2):37-45.	Kein RCT

Studie	Ausschlussgrund
Coyne ML, Hoskins L. Improving eating behaviors in dementia using behavioral strategies. <i>Clinical nursing research</i> 1997 Aug;6(3):275-90.	Fallzahl zu klein
Crispi EL, Heitner G. An activity-based intervention for usual care givers and residents with dementia in nursing homes. <i>Activities, Adaptation & Aging</i> 2002;61-72.	Kein RCT
Dalferth M. Snoezelen im Altenpflegeheim: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleituntersuchung im Altenpflegeheim des BRK in Regensburg. <i>Ergotherapie und Rehabilitation</i> 2004 43(7): 20-32.	Kein RCT
De Vreese LP, Neri M, Fioravanti M, Belloi L, Zanetti O. Memory rehabilitation in Alzheimer's disease: a review of progress. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 2001 Aug;16(N8):794-809.	Keine Primärstudie
Deponte A, Missan R. Effectiveness of validation therapy (VT) in group: preliminary results. <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> 2007 Mar;44(2):113-7.	Kein RCT
Dettbarn-Reggentin J. Studie zum Einfluss von Wohngruppenmilieus auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen. <i>Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie</i> 2005;38(2):95-100.	Kein RCT
DeYoung S, Just G, Harrison R. Decreasing aggressive, agitated, or disruptive behavior: participation in a behavior management unit. <i>Journal of gerontological nursing</i> 2002 Jun;28(6):22-31.	Kein RCT
Dolhi CD, Rogers JC. Dementia, nutrition, and self-feeding: A systematic review of the literature. <i>Occupational Therapy in Health usual care</i> 2001;15(3-4):59-87.	Keine Primärstudie
Doody RS, Stevens JC, Beck C. Review: Pharmacological and non-pharmacological interventions improve outcomes in patients with dementia and for their usual care givers. <i>Evidence-Based Medicine</i> 2001;6(6):183.	Keine Primärstudie
Douglas S, James I, Ballard C. Non-pharmacological interventions in dementia. <i>Advances in Psychiatric Treatment</i> 2004;10(3):171-9.	Keine Primärstudie
Douglass C. From reality orientation to dementia usual care mapping: An historical review of dementia usual care services. <i>Gerontologist</i> 2001 Oct;41(S11):147.	Keine Primärstudie
Dowling GA, Mastick J, Hubbard EM, Luxenberg JS, Burr RL. Effect of timed bright light treatment for rest-activity disruption in institutionalized patients with Alzheimer's disease. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 2005 Aug;20(8):738-43.	Anderes Konzept
Dowling GA, Hubbard EM, Mastick J, Luxenberg JS, Burr RL, Van Someren EJ. Effect of morning bright light treatment for rest-activity disruption in institutionalized patients with severe Alzheimer's disease. <i>International psychogeriatrics/IPA</i> 2005 Jun;17(2):221-36.	Anderes Konzept
Doyle C, Zapparoni T, O'Connor D, Runci S. Efficacy of psychosocial treatments for noisemaking in severe dementia. <i>International psychogeriatrics/IPA</i> 1997 Dec;9(4):405-22.	Kein RCT
Dürrmann P. Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker (LvVD). 2001;89-105.	Keine Primärstudie
Edwards J. Music therapy in the treatment and management of mental disorders. <i>Irish Journal of Psychological Medicine</i> 2006;23(1):33-5.	Keine Primärstudie
Ehrhardt T, Kötter U, Hampel H, Schaub A, Hegerl U, Möller HJ. Psychologische Therapieansätze bei Demenz	Keine Primärstudie
Elm D, Warren S, Madill H. The effects of auditory stimuli on functional performance among cognitively impaired elderly. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i> 1998 Feb;30-6.	Kein RCT
Engelman KK, Mathews RM, Altus DE. Restoring dressing independence in persons with Alzheimer's disease: a pilot study. <i>American journal of Alzheimer's disease and other dementias</i> 2002 Jan;17(1):37-43.	Kein RCT
Enns MW, Swenson JR, McIntyre RS, Swinson RP, Kennedy SH. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders VII. Comorbidity. <i>Canadian journal of psychiatry – revue canadienne des psychiatrie</i> 2001 Jun;46(S): 77S-90S.	Keine Primärstudie
Fanto F, Tisci C, Molaschi M, Ostacoli L, Furlan PM, Riondato A, et al. Long-term reality orientation therapy for subjects with dementia in an Italian suburban setting. <i>Proceedings of the 8th International Conference on Alzheimer's Disease and Related Disorders</i> ; 2002 July 20-25, Stockholm, Sweden 2002;AbstractNo1966.	Kein RCT

Studie	Ausschlussgrund
Farina E, Fioravanti R, Chiavari L, Imbornone E, Alberoni M, Pomati S, et al. Comparing two programs of cognitive training in Alzheimer's disease: a pilot study. <i>Acta neurologica scandinavica</i> 2002 May;105(N5):365-71.	Anderes Konzept
Farina E, Mantovani F, Fioravanti R, Rotella G, Villanelli F, Imbornone E, et al. Efficacy of recreational and occupational activities associated to psychologic support in mild to moderate Alzheimer disease: a multicenter controlled study. <i>Alzheimer disease and associated disorders</i> 2006 Oct;20(4):275-82.	Kein RCT
Farinamd E, Mantovani F, Fioravanti R, Pignatti R, Chiavari L, Imbornone E, et al. Evaluating two group programmes of cognitive training in mild-to-moderate AD: Is there any difference between a 'global' stimulation and a 'cognitive-specific' one? <i>Aging & mental health</i> 2006 May;10(N3):211-8.	Kein RCT
Fetveit A, Skjerve A, Bjorvatn B. Bright light treatment improves sleep in institutionalised elderly--an open trial. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 2003 Jun;18(6):520-6.	Anderes Konzept
Fetveit A, Bjorvatn B. The effects of bright-light therapy on actigraphical measured sleep last for several weeks post-treatment. A study in a nursing home population. <i>Journal of sleep research</i> 2004 Jun;13(2):153-8.	Anderes Konzept
Fetveit A, Bjorvatn B. Bright-light treatment reduces actigraphic-measured daytime sleep in nursing home patients with dementia: a pilot study. <i>The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry</i> 2005 May;13(5):420-3.	Anderes Konzept
Finnema E, Dröes RM, Ribbe M, van Tilburg W. A review of psychosocial models in psychogeriatrics: implications for usual care and research. <i>Alzheimer disease and associated disorders</i> 2000 Apr;14(2):68-80.	Keine Primärstudie
Finnema E, de LJ, Dröes RM, Ribbe M, van Tilburg W. The quality of nursing home usual care: do the opinions of family members change after implementation of emotion-oriented usual care? <i>Journal of advanced nursing</i> 2001 Sep;35(5):728-40.	Andere Fragestellung
Finnema EJ, Droes RM, Van der Kooij CH, De Lange J, Rigter H, Van Montfort APWP, et al. The design of a large-scale experimental study into the effect of emotion-oriented usual care on demented elderly and professional usual care in nursing homes. <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> 1998;27(SUPPL.): 193-200.	Keine Primärstudie
Fontana GP, Kräuchi K, Cajochen C, Someren E, Amrhein I, Pache M, et al. Dawn-dusk simulation light therapy of disturbed circadian rest-activity cycles in demented elderly. <i>Experimental gerontology</i> 2003 Jan;38(1-2):207-16.	Anderes Konzept
Fowler S, Newton L. Complementary and alternative therapies: the nurse's role. <i>The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses</i> 2006 Aug;38(4):261-4.	Keine Primärstudie
Frampton M. Experience assessment and management of pain in people with dementia. <i>Age and Ageing</i> 2003;32(3):248-51.	Andere Fragestellung
Füsgen I. Musik- und Kunsttherapie--ein Tabuthema in der Demenztherapie ?	Keine Primärstudie
Gardiner JC, Furois M, Tansley DP, Morgan B. Music therapy and reading as intervention strategies for disruptive behavior in dementia. <i>Clinical Gerontologist</i> 2000;31-46.	Kein RCT
Gatz M, Fiske A, Fox LS, Kaskie B, Kasl-Godley JE, McCallum TJ, et al. Empirically validated psychological treatments for older adults. <i>Journal of Mental Health and Aging</i> 1998;4(1):9-39.	Anderes Konzept
Gerdner LA. Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. <i>International psychogeriatrics/IPA</i> 2000 Mar;12(1):49-65.	Anderes Konzept
Glueckauf RL, Stine C, Bourgeois M, Pomidor A, Rom P, Massey A, et al. Alzheimer's rural usual care healthline: Linking rural usual care givers to cognitive-behavioral intervention for depression. <i>Rehabilitation Psychology</i> 2005;50(4):346-54.	Andere Fragestellung
Gonigal-Kenny ML, Schutte DL. Nonpharmacologic management of agitated behaviors in persons with Alzheimer disease and other chronic dementing conditions. <i>Journal of gerontological nursing</i> 2006 Feb;32(2):9-14.	Keine Primärstudie
Gonyea JG, O'Connor MK, Boyle PA. Project usual care: A randomized controlled trial of a behavioral intervention group for Alzheimer's disease usual care givers. <i>Gerontologist</i> 2006;46(6):827-32.	Andere Fragestellung

Studie	Ausschlussgrund
González-Salvador T, Lyketsos CG, Baker A, Hovanec L, Roques C, Brandt J, et al. Quality of life in dementia patients in long-term usual care. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 2000 Feb;15(2):181-9.	Andere Fragestellung
Gori G, Pientini S, Vespa A. The selection of meaningful activities as a treatment for day- usual care in dementia. <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> 2001;33(SUPPL.):207-12.	Keine Primärstudie
Gormley N, Lyons D, Howard R. Behavioural management of aggression in dementia: A randomized controlled trial. <i>Age and Ageing</i> 2001;30(2):141-5.	Anderes Konzept
Götell E, Brown S, Ekman SL. usual care giver-assisted music events in psychogeriatric usual care. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i> 2000 Apr;7(2):119-25.	Kein RCT
Götell E, Brown S, Ekman SL. Influence of usual care giver singing and background music on posture, movement, and sensory awareness in dementia usual care. <i>International psychogeriatrics/IPA</i> 2003 Dec;15(4):411-30.	Kein RCT
Graf A, Wallner C, Schubert V, Willeit M, Wlk W, Fischer P, et al. The effects of light therapy on mini-mental state examination scores in demented patients. <i>Biological psychiatry</i> 2001 Nov 1;50(9):725-7.	Anderes Konzept
Graff MJL, Vernooij-Dassen MJFJ, Hoefnagels WHL, Dekker J, de Witte LP. Occupational therapy at home for older individuals with mild to moderate cognitive impairments and their primary usual care givers: a pilot study. <i>OTJR-OCCUPATION PARTICIPATION AND HEALTH</i> 2003;155-64.	Fallzahl zu klein
Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Zajec J, Olde-Rikkert MGM, Hoefnagels WHL, Dekker J. How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his primary usual care giver? <i>Dementia: The International Journal of Social Research and Practice</i> 2006 Nov;503-32.	Kein RCT
Gray SG, Clair AA. Influence of aromatherapy on medication administration to residential- usual care residents with dementia and behavioral challenges. <i>American journal of Alzheimer's disease and other dementias</i> 2002 May;17(3):169-74.	Fallzahl zu klein
Gregory S, Verdouw J. Therapeutic touch: its application for residents in aged usual care. <i>Australian nursing journal</i> (July 1993) 2005 Feb;12(7):23-5.	Keine Primärstudie
Groene R. The effect of presentation and accompaniment styles on attentional and responsive behaviors of participants with dementia diagnoses. <i>Journal of music therapy</i> 2001;38(N1):36-50.	Fallzahl zu klein
Haffmans PM, Sival RC, Lucius SA, Cats Q, van GL. Bright light therapy and melatonin in motor restless behaviour in dementia: a placebo-controlled study. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 2001 Jan;16(1):106-10.	Anderes Konzept
Hamill L, Sullivan B. Stimulating the senses. <i>Journal of Dementia usual care</i> 2005;13(6):36-9.	Keine Primärstudie
Harvey R, Roques PK, Fox NC, Rossor MN. CANDID--Counselling and Diagnosis in Dementia: a national telemedicine service supporting the usual care of younger patients with dementia. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 1998 Jun;13(6):381-8.	Anderes Konzept
Hautzinger M. Verhaltenstherapie bei Affektiven und Neurologischen Störungen im Alter	Keine Primärstudie
Held C. Management von Verhaltensstörungen bei dementen Patienten. Bedeutung, Diagnostik, nichtmedikamentöse und medikamentöse Therapie	Keine Primärstudie
Heyn P. The effect of a multisensory exercise program on engagement, behavior, and selected physiological indexes in persons with dementia. <i>American journal of Alzheimer's disease and other dementias</i> 2003;18(4):247-51.	Kein RCT
Hicks-Moore SL. Relaxing music at mealtime in nursing homes: effects on agitated patients with dementia. <i>Journal of gerontological nursing</i> 2005 Dec;31(12):26-32.	Kein RCT
Hill A, Brettle A. The effectiveness of counselling with older people: Results of a systematic review. <i>Counselling & Psychotherapy Research</i> 2005 Dec;265-72.	Keine Primärstudie
Hill A, Brettle A. Counselling older people: What can we learn from research evidence? <i>Journal of social work practice</i> 2006 Nov;20(N3):281-97.	Keine Primärstudie
Hilliard RE. A post-hoc analysis of music therapy services for residents in nursing homes receiving hospice usual care. <i>Journal of music therapy</i> 2004;41(N4):266-81.	Kein RCT

Studie	Ausschlussgrund
Hirakawa Y, Masuda Y, Kimata T, Uemura K, Kuzuya M, Iguchi A. Effects of home massage rehabilitation therapy for the bed-ridden elderly: a pilot trial with a three-month follow-up. <i>Clinical Rehabilitation</i> 2005 Jan;19(1):20-7.	Kein RCT
Holmes C, Hopkins V, Hensford C, MacLaughlin V, Wilkinson D, Rosenvinge H. Lavender oil as a treatment for agitated behaviour in severe dementia: a placebo controlled study. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 2002 Apr;17(4):305-8.	Fallzahl zu klein
Holmes C, Ballard C. Aromatherapy in dementia. <i>Advances in Psychiatric Treatment</i> 2004;10(4):296-300.	Keine Primärstudie
Holmes C, Knights A, Dean C, Hodkinson S, Hopkins V. Keep music live: music and the alleviation of apathy in dementia subjects. <i>International psychogeriatrics/IPA</i> 2006 Dec;18(4):623-30.	Anderes Konzept
Holtkamp CC, Kragt K, van Dongen MC, van RE, Salentijn C. Effect of snoezelen on the behaviour of demented elderly. <i>Dutch. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie</i> 1997;28(3):124-8.	Fallzahl zu klein
Hope K. Music therapy in dementia usual care. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 2004 Aug;19(N8):808.	Keine Primärstudie
Hopman-Rock M, Staats PG, Tak EC, Dröes RM. The effects of a psychomotor activation programme for use in groups of cognitively impaired people in homes for the elderly. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 1999 Aug;14(8):633-42.	Anderes Konzept
Hoppes S, Davis LA, Thompson D. Environmental effects on the assessment of people with dementia: a pilot study. <i>The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association</i> 2003 Jul;57(4):396-402.	Andere Fragestellung
Howard R, Ballard C, O'Brien J, Burns A. Guidelines for the management of agitation in dementia. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 2001;16(7):714-7.	Keine Primärstudie
Hughes TL, Medina-Walpole AM. Implementation of an interdisciplinary Behavior Management Program. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2000 May;48(5):581-7.	Kein RCT
Ishizaki J, Meguro K, Ohe K, Kimura E, Tsuchiya E, Ishii H, et al. Therapeutic psychosocial intervention for elderly subjects with very mild Alzheimer disease in a community: The Tajiri project. <i>Alzheimer disease & associated disorders</i> 2002 Oct;16(N4):261-9.	Fallzahl zu klein
Ito T, Yamadera H, Ito R, Suzuki H, Asayama K, Endo S. Effects of vitamin B12 on bright light on cognitive and sleep-wake rhythm in Alzheimer-type dementia. <i>Psychiatry and clinical neurosciences</i> 2001 Jun;55(3):281-2.	Anderes Konzept
James IA, Wood-Mitchell AJ, Waterworth AM, Mackenzie LE, Cunningham J. Lying to people with dementia: Developing ethical guidelines for usual care settings. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 2006;21(8):800-1.	Andere Fragestellung
James IA, Mackenzie L, Mukaeowa-Ladinska E. Doll use in usual care homes for people with dementia. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 2006;21(11):1093-8.	Anderes Konzept
Jensen SM. Multiple pathways to self: A multisensory art experience. <i>Art Therapy</i> 1997;178-86.	Kein RCT
Jost E, Voigt-Radloff S, Hüll M, Dykieriek P, Schmidtke K. Fördergruppe für Demenzpatienten und Beratungsgruppe für Angehörige. <i>Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie</i> 2006; 19(3): 139-150.	Kein RCT
Kasl-Godley J, Gatz M. Psychosocial interventions for individuals with dementia: an integration of theory, therapy, and a clinical understanding of dementia. <i>Clinical psychology review</i> 2000 Aug;20(6):755-82.	Keine Primärstudie
Katz IR. Diagnosis and treatment of depression in patients with Alzheimer's disease and other dementias. <i>The Journal of clinical psychiatry</i> 1998;59 Suppl 9:38-44.	Keine Primärstudie
Kelleher AY. The beat of a different drummer: music therapy's role in dementia respite usual care. <i>Activ Adapt Aging</i> 2001;25(2):75-84.	Anderes Konzept
Keough J, Huebner RA. Treating dementia: the complementing team approach of occupational therapy and psychology. <i>The Journal of psychology</i> 2000 Jul;134(4):375-91.	Keine Primärstudie
Kilstoff K, Chenoweth L. New approaches to health and well-being for dementia day- usual care clients, family usual care and day- usual care staff. <i>International journal of nursing practice</i> 1998 Jun;4(2):70-83.	Keine Primärstudie

Studie	Ausschlussgrund
Kim EJ, Buschmann MT. The effect of expressive physical touch on patients with dementia. International journal of nursing studies 1999 Jun;36(3):235-43.	Kein RCT
Kipling T, Bailey M, Charlesworth G. The feasibility of a cognitive behavioural therapy group for men with mild/moderate cognitive impairment. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 1999;27(2):189-93.	Anderes Konzept
Knopman D, Kahn J, Miles S. Clinical research designs for emerging treatments for Alzheimer disease: Moving beyond placebo-controlled trials. Archives of neurology 1998;55(11):1425-9.	Anderer Fragestellung
Kunzmann B, Aldridge D, Gruber H, Wichelhaus B. Künstlerische Therapien: Zusammenstellungen von Studien zu Künstlerischen Therapien in der Onkologie und Geriatrie. Hintergrund - Umsetzung - Perspektiven - Aufforderung. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 2005;16(2):77-86.	Keine Primärstudie
Laun L. Benefits of pet therapy in dementia. Home health usual care nurse 2003 Jan;21(1):49-52.	Anderes Konzept
Leng TR, Woodward MJ, Stokes MJ, Swan AV, Wareing LA, Baker R. Effects of multisensory stimulation in people with Huntington's disease: a randomized controlled pilot study. Clinical Rehabilitation 2003 Feb;17(1):30-41.	Anderer Fragestellung
Lepp M, Ringsberg KC, Holm AK, Sellersjo G. Dementia - involving patients and their usual care givers in a drama programme: the usual care givers' experiences. Journal of clinical nursing 2003 Nov;12(N6):873-81.	Anderer Fragestellung
Libin A, Cohen-Mansfield J. Therapeutic robot for nursing home residents with dementia: preliminary inquiry. American journal of Alzheimer's disease and other dementias 2004 Mar;19(2):111-6.	Anderes Konzept
Lichtenberg PA, Kemp-Havican J, Macneill SE, Schafer JA. Pilot study of behavioral treatment in dementia usual care units. The Gerontologist 2005 Jun;45(3):406-10.	Fallzahl zu klein
Lin CC, Chiu MJ, Hsiao CC, Lee RG, Tsai YS. Wireless health usual care service system for elderly with dementia. IEEE transactions on information technology in biomedicine : a publication of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society 2006 Oct;10(4):696-704.	Anderes Konzept
Liu CJ, McDowd J, Lin KC. Visuospatial inattention and daily life performance in people with Alzheimer's disease. Am J Occup Ther 2004 Mar;58(2):202-10.	Anderer Fragestellung
Logsdon RG, McCurry SM, Teri L. A home health usual care approach to exercise for persons with Alzheimer's disease. usual care management journals : Journal of case management ; The journal of long term home health usual care 2005;6(2):90-7.	Anderes Konzept
Lott IT, Doran E, Walsh DM, Hill MA. Telemedicine, dementia and Down syndrome: Implications for Alzheimer disease. Alzheimer's and Dementia 2006;2(3):179-84.	Keine Primärstudie
Lyketsos CG, Lindell VL, Baker A, Steele C. A randomized, controlled trial of bright light therapy for agitated behaviors in dementia patients residing in long-term usual care. International journal of geriatric psychiatry 1999 Jul;14(7):520-5.	Anderes Konzept
Lyketsos CG, Olin J. Depression in Alzheimer's disease: Overview and treatment. Biological psychiatry 2002 Aug 1;52(3):243-52.	Keine Primärstudie
Madan S. Music intervention for disruptive behaviors in long-term usual care residents with dementia. Annals of Long-Term usual care 2005;13(12):30-6.	Keine Primärstudie
Maguire S, Gosling A-L. Social and sensory stimulation groups: Do the benefits last? Journal of Dementia usual care 2003;11(2):20-2.	Keine Primärstudie
Mahendra N. Exercise and behavioural management training improves physical health and reduces depression in people with Alzheimer's disease. Evidence-Based Health usual care 2004;8(2):77-9.	Anderes Konzept
Mansdorf IJ, Calapai P, Caselli L, Burstein Y, Dimant J. Reducing psychotropic medication usage in nursing home residents: The effects of behaviorally oriented psychotherapy. the Behavior Therapist 1999 Feb;21-3, 39.	Anderes Konzept
Marriott A, Donaldson C, Tarrier N, Burns A. Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of usual care in usual care of patients with Alzheimer's disease. British Journal of Psychiatry 2000;176(JUN.):557-62.	Anderes Konzept
Mathews RM, Clair AA, Kosloski K. Brief in-service training in music therapy for activity aides: increasing engagement of persons with dementia in rhythm activities. Activ Adapt Aging 2000;24(4):41-9.	Anderes Konzept

Studie	Ausschlussgrund
McCurry SM, Reynolds III CF, ncoli-Israel S, Teri L, Vitiello MV. Treatment of sleep disturbance in Alzheimer's disease. <i>Sleep medicine reviews</i> 2000;4(6): 603-28.	Keine Primärstudie
McCurry SM, Gibbons LE, Logsdon RG, Vitiello M, Teri L. Training usual care givers to change the sleep hygiene practices of patients with dementia: The NITE-AD project. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2003 Oct 1;51(10):1455-60.	Andere Fragestellung
McCurry SM, Logsdon RG, Vitiello MV, Teri L. Treatment of sleep and nighttime disturbances in Alzheimer's disease: a behavior management approach. <i>Sleep medicine</i> 2004 Jul;5(4):373-7.	Kein RCT
McCurry SM, Gibbons LE, Logsdon RG, Vitiello MV, Teri L. Nighttime Insomnia Treatment and Education for Alzheimer's Disease: A randomized, controlled trial. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2005;53(5):793-802.	Anderes Konzept
McDaniel JH, Hunt A, Hackes B, Pope JF. Impact of dining room environment on nutritional intake of Alzheimer's residents: a case study. <i>American journal of Alzheimer's disease and other dementias</i> 2001 Sep;16(5):297-302.	Kein RCT
McGilton KS, Rivera TM, Dawson P. Can we help persons with dementia find their way in a new environment? <i>Aging & mental health</i> 2003 Sep;7(5):363-71.	Keine Primärstudie
McMinn B, Draper B. Vocally disruptive behaviour in dementia: Development of an evidence based practice guideline. <i>Aging and Mental Health</i> 2005;9(1):16-24.	Keine Primärstudie
Metitieri T, Zanetti O, Geroldi C, Frisoni GB, De LD, Dello BM, et al. Reality orientation therapy to delay outcomes of progression in patients with dementia. A retrospective study. <i>Clinical Rehabilitation</i> 2001 Oct;15(5):471-8.	Kein RCT
Miller PA, Butin D. The role of occupational therapy in dementia-C.O.P.E. (usual care giver options for practical experiences). <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 2000 Jan;15(1):86-9.	Keine Primärstudie
Miller S, Vermeersch PE, Bohan K, Renbarger K, Kruep A, Sacre S. Audio presence intervention for decreasing agitation in people with dementia. <i>Geriatric nursing (New York, N Y)</i> 2001 Mar;22(2):66-70.	Kein RCT
Mishima K, Hishikawa Y, Okawa M. Randomized, dim light controlled, crossover test of morning bright light therapy for rest-activity rhythm disorders in patients with vascular dementia and dementia of Alzheimer's type. <i>Chronobiology international</i> 1998 Nov;15(6):647-54.	Anderes Konzept
Miyasaki JM, Shannon K, Voon V, Ravina B, Kleiner-Fisman G, Anderson K, et al. Practice parameter: Evaluation and treatment of depression, psychosis, and dementia in Parkinson disease (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. <i>Neurology</i> 2006;66(7):996-1002.	Andere Fragestellung
Moniz-Cook E. Cognitive stimulation and dementia. <i>Aging & mental health</i> 2006 May;10(N3):207-10.	Keine Primärstudie
Montgomery P, Dennis J. A systematic review of non-pharmacological therapies for sleep problems in later life. <i>Sleep medicine reviews</i> 2004 Feb;8(1):47-62.	Keine Primärstudie
Murray LL, Dickerson S, Lichtenberger B, Cox C. Effects of toy stimulation on the cognitive, communicative, and emotional functioning of adults in the middle stages of Alzheimer's disease. <i>Journal of communication disorders</i> 2003 Mar;36(2):101-27.	Anderes Konzept
Nakamura S. A guideline for the treatment of dementia in Japan. <i>Internal Medicine</i> 2004;43(1):18-29.	
Nemes IDA, Dragoi M, Vutan C, Munteanu AM, Teghio A. Physical therapy in Alzheimer disease - Improving memory and attention. <i>Proceedings of the 2nd word congress of the international society of physical and rehabilitation medicine - ISPRM</i> 2003;99-103.	Anderes Konzept
Neumeister A, Graf A, Willeit M, Fischer P, Kasper S. Effects of Light Therapy in dementia. <i>Biological psychiatry</i> 2000;47:S536.	Anderes Konzept
Niederehe G. Developing psychosocial interventions for depression in dementia: Beginnings and future directions. <i>Clinical Psychology: Science and Practice</i> 2005;12(3):317-20.	Keine Primärstudie
Nobili A, Riva E, Tettamanti M, Lucca U, Liscio M, Petrucci B, et al. The effect of a structured intervention on usual care givers of patients with dementia and problem behaviors: a randomized controlled pilot study. <i>Alzheimer disease and associated disorders</i> 2004 Apr;18(2):75-82.	Andere Fragestellung

Studie	Ausschlussgrund
Nomura T. Evaluative research on reminiscence groups for people with dementia. 2002;289-99.	Kein RCT
Norup PW. Sleeping disturbances and pharmacological/nonpharmacological interventions in old people. Annales Universitatis Mariae Curie-Sklodowska Sectio D: Medicina 2002;57(1):530-4.	Keine Primärstudie
Olazaran J, Muniz R, Reisberg B, Pena-Casanova J, del ST, Cruz-Jentoft AJ, et al. Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. Neurology 2004 Dec 28;63(N12):2348-53.	Anderes Konzept
Olsen RV, Hutchings BL, Ehrenkrantz E. 'Media Memory Lane' interventions in an Alzheimer's day usual care center. American Journal of Alzheimer's Disease 2000;15(3):163-75.	Anderes Konzept
Omelan C. Approach to managing behavioural disturbances in dementia. Canadian family physician Médecin de famille canadien 2006 Feb;52:191-9.	Keine Primärstudie
Opie J, Doyle C, O'Connor DW. Challenging behaviours in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial of multidisciplinary interventions. International journal of geriatric psychiatry 2002 Jan;17(1):6-13.	Anderes Konzept
Orrell M, Spector A, Thorgrimsen L, Woods B. A pilot study examining the effectiveness of maintenance Cognitive Stimulation Therapy (MCST) for people with dementia. International journal of geriatric psychiatry 2005 May;20(N5): 446-51.	Anderes Konzept
Orsulic-Jeras S, Schneider NM, Camp CJ. Special feature: Montessori-based activities for long-term usual care residents with dementia. Topics in Geriatric Rehabilitation 2000;16(1):78-91.	Anderes Konzept
Orsulic-Jeras S, Judge KS, Camp CJ. Montessori-based activities for long-term usual care residents with advanced dementia: effects on engagement and affect. The Gerontologist 2000 Feb;40(1):107-11.	Anderes Konzept
Ousset PJ, Viillard G, Puel M, Celsis P, Démonet JF, Cardebat D. Lexical Therapy and episodic word learning in dementia of the Alzheimer type. Brain and Language 2002;80(1):14-20.	Anderes Konzept
Overshott R, Byrne J, Burns A. Nonpharmacological and pharmacological interventions for symptoms in Alzheimer's disease. Expert review of neurotherapeutics 2004 Sep;4(5):809-21.	Keine Primärstudie
Palo-Bengtsson L, Ekman SL. Social dancing in the usual care of persons with dementia in a nursing home setting: a phenomenological study. Scholarly inquiry for nursing practice 1997;11(2):101-18.	Anderes Konzept
Palo-Bengtsson L, Winblad B, Ekman SL. Social dancing: a way to support intellectual, emotional and motor functions in persons with dementia. Journal of psychiatric and mental health nursing 1998 Dec;5(6):545-54.	Anderes Konzept
Patterson C, Gauthier S, Bergman H, Cohen C, Feightner JW, Feldman H, et al. The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. The Canadian journal of neurological sciences Le journal canadien des sciences neurologiques 2001 Feb;28 Suppl 1:S3-16.	Keine Primärstudie
Patterson CJ, Gauthier S, Bergman H, Cohen CA, Feightner JW, Feldman H, et al. The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne 1999 Jun 15;160(12 Suppl):S1-15.	Keine Primärstudie
Patton D. Reality orientation: its use and effectiveness within older person mental health usual care. Journal of clinical nursing 2006 Nov;15(11):1440-9.	Kein RCT
Peak JS, Cheston RI. Using simulated presence therapy with people with dementia. Aging & mental health 2002 Feb;6(1):77-81.	Kein RCT
Pittiglio L. Use of reminiscence therapy in patients with Alzheimer's disease. Lippincott's case management : managing the process of patient usual care 2000 Nov;5(6):216-20.	Keine Primärstudie
Poon P, Hui E, Dai D, Kwok T, Woo J. Cognitive intervention for community-dwelling older persons with memory problems: telemedicine versus face-to-face treatment. International journal of geriatric psychiatry 2005 Mar;20(3):285-6.	Anderes Konzept
Pratt RR. Art, dance, and music therapy. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America 2004;15(4):827-41.	Keine Primärstudie

Studie	Ausschlussgrund
Proctor R, Burns A, Powell HS, Tarrier N, Faragher B, Richardson G, et al. Behavioural management in nursing and residential homes: a randomised controlled trial. <i>Lancet</i> 1999 Jul 3;354(9172):26-9.	Fallzahl zu klein
Prolo P, Fanto F, Santoro M, Tisci C, Pignata M, Gorlato S, et al. Long-term reality orientation therapy (ROT) in subjects with dementia of the Alzheimer's type. <i>Neurobiology of aging</i> 2004 Jul;25(Suppl. 2):S190-S191.	Kein RCT
Pulsford D, Duxbury J. Aggressive behaviour by people with dementia in residential usual care settings: a review. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i> 2006 Oct;13(5):611-8.	Keine Primärstudie
Rabinowitz YG, Mausbach BT, Coon DW, Depp C, Thompson LW, Gallagher-Thompson D. The moderating effect of self-efficacy on intervention response in women family usual care givers of older adults with dementia. <i>American Journal of Geriatric Psychiatry</i> 2006;14(8):642-9.	Andere Fragestellung
Raggi A, Iannaccone S, Marcone A, Ginex V, Orтели P, Nonis A, et al. The effects of a comprehensive rehabilitation program of Alzheimer's Disease in a hospital setting. <i>Behavioural neurology</i> 2007;18(1):1-6.	Kein RCT
Rayner AV, O'Brien JG, Schoenbachler B, Shoenbachler B. Behavior disorders of dementia: recognition and treatment. <i>American family physician</i> 2006 Feb 15;73(4):647-52.	Keine Primärstudie
Richards KC, Beck C, O'Sullivan PS, Shue VM. Effect of individualized social activity on sleep in nursing home residents with dementia (Structured abstract). <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2005;53(9):1510-7.	Anderes Konzept
Richeson NE. Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adults with dementia. <i>American journal of Alzheimer's disease and other dementias</i> 2003 Nov;18(6):353-8.	Anderes Konzept
Robinson L, Hutchings D, Corner L, Beyer F, Dickinson H, Vanoli A, et al. A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use. <i>HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT</i> 2006 Aug;10(N26):1.	Keine Primärstudie
Rogers JC, Holm MB, Burgio LD, Granieri E, Hsu C, Hardin JM, et al. Improving morning usual care routines of nursing home residents with dementia. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 1999 Sep;47(9):1049-57.	Kein RCT
Rogers JC, Holm MB, Burgio LD, Hsu C, Hardin JM, McDowell BJ. Excess disability during morning usual care in nursing home residents with dementia. <i>International Psychogeriatrics</i> 2000 Jun;267-82.	Kein RCT
Romero B. Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET) bei der Alzheimer-Krankheit	Keine Primärstudie
Romero B, Wenz M. Self-maintenance therapy in Alzheimer's disease. <i>Neuropsychological Rehabilitation</i> 2001;11(3-4):333-55.	Keine Primärstudie
Romero B. Selbsterhaltungstherapie: Konzept, klinische Praxis und bisherige Ergebnisse	Keine Primärstudie
Rowe M, Alfred D. The effectiveness of slow-stroke massage in diffusing agitated behaviors in individuals with Alzheimer's disease. <i>Journal of gerontological nursing</i> 1999 Jun;25(6):22-34.	Kein RCT
Rösler A, Seifritz E, Kräuchi K, Spoerl D, Brokuslaus I, Proserpi SM, et al. Skill learning in patients with moderate Alzheimer's disease: a prospective pilot-study of waltz-lessons. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 2002 Dec;17(12):1155-6.	Anderes Konzept
Ruggiero U, Ovallesco V, Pizza V, Agresta A, Colucci DC. Clozapine and validation therapy in the treatment of dementia. <i>Functional Neurology</i> 1997;12(3-4):240-1.	Anderes Konzept
Salmon N. Cognitive stimulation therapy versus acetyl cholinesterase inhibitors for mild to moderate dementia: A latter-day David and Goliath? <i>British Journal of Occupational Therapy</i> 2006;69(11):528-30.	Keine Primärstudie
Sansom G. Comparing multisensory stimulation with (1) tactile stimulation and (2) themed reminiscence. <i>Journal of Dementia usual care</i> 2002;10(4):38.	Kein RCT
Sansone P, Schmitt L. Providing tender touch massage to elderly nursing home residents: a demonstration project. <i>Geriatric nursing (New York, N Y)</i> 2000 Nov;21(6):303-8.	Kein RCT

Studie	Ausschlussgrund
Savorani G, Chattat R, Capelli E, Vaienti F, Giannini R, Bacci M, et al. Immediate effectiveness of the "new identity" reality orientation therapy (ROT) for people with dementia in a geriatric day hospital. Archives of gerontology and geriatrics Supplement 2004;(9):359-64.	Kein RCT
Schaber PL. FIRO model: A framework for family-centered usual care. Physical and Occupational Therapy in Geriatrics 2002;20(3-4):1-18.	Keine Primärstudie
Schaub R. Psychotherapie und psychosoziale Interventionen bei Demenzerkrankungen	Keine Primärstudie
Scherder E, Bouma A, Steen L. Effects of peripheral tactile nerve stimulation on affective behavior of patients with probable Alzheimer's disease. American Journal of Alzheimer's Disease 1998;13(2):61-9.	Kein RCT
Schindler SD, Graf A, Fischer P, Tölk A, Kasper S. Paranoid delusions and hallucinations and bright light therapy in Alzheimer's disease. International journal of geriatric psychiatry 2002 Nov;17(11):1071-2.	Andere Fragestellung
Schneider J, Duggan S, Cordingley L, Mozley CG, Hart C. Costs of occupational therapy in residential homes and its impact on service use. Aging & mental health 2007 Jan;11(N1):108-14.	Andere Fragestellung
Scott J, Clare L. Do people with dementia benefit from psychological interventions offered on a group basis? Clinical Psychology and Psychotherapy 2003;10(3):186-96.	Keine Primärstudie
Series H, Dégano P. Hypersexuality in dementia. Advances in Psychiatric Treatment 2005;11(6):424-31.	Andere Fragestellung
Sherratt K, Thornton A, Hatton C. Emotional and behavioural responses to music in people with dementia: an observational study. Aging & mental health 2004 May;8(3):233-41.	Kein RCT
Shulman B, Conn DK, Elford R. Geriatric telepsychiatry and telemedicine: A literature review. Canadian Journal of Geriatrics 2006;9(4):139-46.	Anderes Konzept
Silvestri A, Rosano G, Zannino G, Ricca F, Marigliano V, Fini M. Behavioral disturbances in Alzheimer's disease: a non-pharmacological therapeutic approach. Archives of gerontology and geriatrics Supplement 2004;(9):379-86.	Anderes Konzept
Sitzer DI, Twamley EW, Jeste DV. Cognitive training in Alzheimer's disease: a meta-analysis of the literature. Acta psychiatrica scandinavia 2006 Aug;114(N2):75-90.	Keine Primärstudie
Sloane PD. High intensity light therapy in Alzheimer's disease. ClinicalTrialsgov 2003.	Anderes Konzept
Slone DG. A team effort for treating depression in dementia. Clinical Gerontologist 2002;25(3-4):173-96.	Keine Primärstudie
Small GW, Rabins PV, Barry PP, Buckholtz NS, DeKosky ST, Ferris SH, et al. Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders. Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society. JAMA : the journal of the American Medical Association 1997 Oct 22;278(16):1363-71.	Keine Primärstudie
Smallwood J, Brown R, Coulter F, Irvine E, Copland C. Aromatherapy and behaviour disturbances in dementia: a randomized controlled trial. International journal of geriatric psychiatry 2001 Oct;16(10):1010-3.	Fallzahl zu klein
Snow LA, Hovanec L, Brandt J. A controlled trial of aromatherapy for agitation in nursing home patients with dementia. Journal of alternative and complementary medicine (New York, N Y) 2004 Jun;10(3):431-7.	Kein RCT
Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B. Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. Neuropsychological Rehabilitation 2001;11(3-4):377-97.	Keine Primärstudie
Staal JA, Pinkney L, Roane DM. Assessment of stimulus preferences in multisensory environment therapy for older people with dementia. British Journal of Occupational Therapy 2003;66(12):542-50.	Keine Primärstudie
Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, Leemrijse CJ, van den Ende CH. Evidence of the efficacy of occupational therapy in different conditions: an overview of systematic reviews. Clinical Rehabilitation 2005 May;19(3):247-54.	Keine Primärstudie
Stewart EG. Art therapy and neuroscience blend: Working with patients who have dementia. Art Therapy 2004;148-55.	Keine Primärstudie

Studie	Ausschlussgrund
Sung H-C, Chang AM, Abbey J. The effects of preferred music on agitation of older people with dementia in Taiwan. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 2006;21(10):999-1000.	Anderes Konzept
Sung HC, Chang SM, Lee WL, Lee MS. The effects of group music with movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan. <i>Complementary therapies in medicine</i> 2006 Jun;14(2):113-9.	Anderes Konzept
Suzuki M, Kanamori M, Watanabe M, Nagasawa S, Kojima E, Ooshiro H, et al. Behavioral and endocrinological evaluation of music therapy for elderly patients with dementia. <i>Nursing and Health Sciences</i> 2004;6(1):11-8.	Anderes Konzept
Svansdottir HB, Snaedal J. Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: A case-control study. <i>International Psychogeriatrics</i> 2006;18(4):613-21.	Kein RCT
Tamura T, Yonemitsu S, Itoh A, Oikawa D, Kawakami A, Higashi Y, et al. Is an entertainment robot useful in the usual care of elderly people with severe dementia? <i>The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences</i> 2004 Jan;59(1):83-5.	Anderes Konzept
Teri L, Logsdon RG, Uomoto J, McCurry SM. Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial. <i>The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences</i> 1997 Jul;52(4):159-66.	Kein RCT
Teri L, Logsdon RG, Weiner MF, Trimmer C, Thal L, Whall AL, et al. Treatment for agitation in dementia patients: A behavior management approach. <i>Psychotherapy</i> 1998;35(4):436-43.	Keine Primärstudie
Teri L. Training families to provide usual care: effects on people with dementia. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 1999 Feb;14(2):110-6.	Keine Primärstudie
Teri L, Logsdon RG, Peskind E, Raskind M, Weiner MF, Tractenberg RE, et al. Treatment of agitation in AD: a randomized, placebo-controlled clinical trial. <i>Neurology</i> 2000 Nov 14;55(9):1271-8.	Anderes Konzept
Teri L, Logsdon RG, McCurry SM. Nonpharmacologic treatment of behavioral disturbance in dementia. <i>Medical Clinics of North America</i> 2002;86(3):641-56.	Keine Primärstudie
Teri L, Gibbons LE, McCurry SM, Logsdon RG, Buchner DM, Barlow WE, et al. Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. <i>JAMA : the journal of the American Medical Association</i> 2003 Oct 15;290(15):2015-22.	Anderes Konzept
Thomas DW, Heitman RJ, Alexander T. The effects of music on bathing cooperation for residents with dementia. <i>Journal of music therapy</i> 1997;246-59.	Kein RCT
Thorgrimsen L, Spector A, Orrell M. The use of aromatherapy in dementia usual care: A review. <i>Journal of Dementia usual care</i> 2006;14(2):33-6.	Keine Primärstudie
Thorpe L, Middleton J, Russell G, Stewart N. Bright light therapy for demented nursing home patients with behavioral disturbance. <i>American Journal of Alzheimer's Disease</i> 2000;15(1):18-26.	Anderes Konzept
Tondi L, Ribani L, Bottazzi M, Viscomi G, Vulcano V. Validation therapy (VT) in nursing home: A case-control study. <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> 2007;44 Suppl:407-11.	Kein RCT
Trabucchi M. An economic perspective on Alzheimer's disease. <i>Journal of geriatric psychiatry and neurology</i> 1999;12(1):29-38.	Anderer Fragestellung
Trzinski A, Higgins J. Therapeutic play activities: Building cohesion and socialization among nursing home residents. <i>Activities, Adaptation & Aging</i> 2001;121-35.	Keine Primärstudie
Tune P, Bowie P. The quality of residential and nursing-home usual care for people with dementia. <i>Age and Ageing</i> 2000 Jul;29(4):325-8.	Anderer Fragestellung
Van Someren EJ, Swaab DF, Colenda CC, Cohen W, McCall WV, Rosenquist PB. Bright light therapy: improved sensitivity to its effects on rest-activity rhythms in Alzheimer patients by application of nonparametric methods. <i>Chronobiology international</i> 1999 Jul;16(4):505-18.	Anderes Konzept
van Weert JC, Kerkstra A, van Dulmen AM, Bensing JM, Peter JG, Ribbe MW. The implementation of snoezelen in psychogeriatric usual care: an evaluation through the eyes of usual care givers. <i>International journal of nursing studies</i> 2004 May;41(4):397-409.	Anderer Fragestellung

Studie	Ausschlussgrund
van Weert JC, van Dulmen AM, Spreeuwenberg PM, Bensing JM, Ribbe MW. The effects of the implementation of snoezelen on the quality of working life in psychogeriatric usual care. <i>International psychogeriatrics/IPA</i> 2005 Sep;17(3):407-27.	Andere Fragestellung
van Weert JC, van Dulmen AM, Spreeuwenberg PM, Ribbe MW, Bensing JM. Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia usual care, on nurse-patient communication during morning usual care. <i>Patient education and counseling</i> 2005 Sep;58(3):312-26.	Andere Fragestellung
van Weert JC, Janssen BM, van Dulmen AM, Spreeuwenberg PM, Bensing JM, Ribbe MW. Nursing assistants' behaviour during morning usual care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia usual care. <i>Journal of advanced nursing</i> 2006 Mar;53(6):656-68.	Andere Fragestellung
Van DE, Baillon SF, Redman J, Rooke N, Spencer DA, Prettyman R. A pilot study of the physiological and behavioural effects of snoezelen in dementia. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> 2002;65(2):61-6.	Kein RCT
Vespa A, Gori G, Spazzafumo L. Evaluation of non-pharmacological intervention on antisocial behavior in patients suffering from Alzheimer's disease in a day usual care center. <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> 2002;34(1):1-8.	Kein RCT
Vitiello MV, Borson S. Sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease: Epidemiology, pathophysiology and treatment. <i>CNS drugs</i> 2001;15(10):777-96.	Andere Fragestellung
Waldemar G, Dubois B, Emre M, Georges J, McKeith IG, Rossor M, et al. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. <i>European Journal of Neurology</i> 2007;14(1):e1-e26.	Keine Primärstudie
Walker DA. Cognitive behavioural therapy for depression in a person with Alzheimer's dementia. <i>Behavioural and Cognitive Psychotherapy</i> 2004;32(4):495-500.	Anderes Konzept
Wang KL, Hermann C. Pilot study to test the effectiveness of Healing Touch on agitation in people with dementia. <i>Geriatric nursing (New York, N Y)</i> 2006 Jan;27(1):34-40.	Kein RCT
Weert JCM van V, Dulmen AM van V, Spreeuwenberg PMM V, Ribbe MW V. Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-Hour dementia usual care. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2005;53(1):24-33.	Kein RCT
Weiner MF, Tractenberg RE, Sano M, Logsdon R, Teri L, Galasko D, et al. No long-term effect of behavioral treatment on psychotropic drug use for agitation in Alzheimer's disease patients. <i>Journal of geriatric psychiatry and neurology</i> 2002;15(2):95-8.	Anderes Konzept
Wettstein A, Hanhart U. Milieutherapie für Demenzkranke. Angepasste, regelmässige Stimulation durch angenehm erlebte Aktivitäten	Keine Primärstudie
Wiles A, Brooker D. Complementary therapies in dementia usual care. <i>Journal of Dementia usual care</i> 2003;11(3):31-6.	Keine Primärstudie
Wilkinson N, Srikumar S, Shaw K, Orrell M. Drama and movement therapy in dementia: a pilot study. <i>Arts Psychother</i> 1998;25(3):195-201.	Anderes Konzept
Wood K. Spinning a yarn to weave the arts into usual care. <i>Journal of Dementia usual care</i> 2003; 11(3):19-21.	Keine Primärstudie
Woods DL, Dimond M. The effect of therapeutic touch on agitated behavior and cortisol in persons with Alzheimer's disease. <i>Biological research for nursing</i> 2002 Oct;4(2):104-14.	Kein RCT
Woods RT. Discovering the person with Alzheimer's disease: cognitive, emotional and behavioural aspects. <i>Aging & mental health</i> 2001 May;5(S1):S7-S16.	Keine Primärstudie
Yang J-J, Mann WC, Nochajski S, Tomita MR. Use of assistive devices among elders with cognitive impairment: A follow-up study. <i>Topics in Geriatric Rehabilitation</i> 1997;13(2):13-31.	Andere Fragestellung
Yaya KA. The beat of a different drummer: Music therapy's role in dementia respite usual care. <i>Activi Kein RCT ties, Adaptation & Aging</i> 2001;75-84.	Keine Primärstudie
Yuhas N, McGowan B, Fontaine T, Czech J, Gambrell-Jones J. Psychosocial interventions for disruptive symptoms of dementia. <i>Journal of psychosocial nursing and mental health services</i> 2006 Nov;44(11):34-42.	Keine Primärstudie
Zanetti O, Bianchetti A, Trabucchi M. Cost effectiveness of non pharmacological interventions in Alzheimer's disease. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 1998 Nov;46(11):1481.	Andere Fragestellung

Studie	Ausschlussgrund
Zanetti O, Oriani M, Geroldi C, Binetti G, Frisoni GB, DiGiovanni G, et al. Predictors of cognitive improvement after reality orientation in Alzheimer's disease. Age and Ageing 2002 May;31(3):193-6.	Andere Fragestellung
Zeisel J, Silverstein NM, Hyde J, Levkoff S, Lawton MP, Holmes W. Environmental correlates to behavioral health outcomes in Alzheimer's special usual care units. The Gerontologist 2003 Oct;43(5):697-711.	Kein RCT

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

8.6 Ausgeschlossene ökonomische Studien

Studie	Ausschlussgrund
Artaso, Irigoyen B., Martin, Carrasco M., and Cabases Hita, J. M. Cost-consequence analysis of a psychogeriatric day center (Structured abstract). Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia 2002; 37([6]): 291-297. Spanien.	Keine Intervention
Ashida, S. The effect of reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia. Journal of music therapy 2000; 37([3]): 170-182. USA.	Keine Ökonomie
Baillon, S., Van, Diepen E., and Prettyman, R. Multi-sensory therapy in psychiatric usual care. Advances in Psychiatric Treatment 2002; 8([6]): 444-450. UK.	Keine Ökonomie
Baillon, S., Van, Diepen E., Prettyman, R., Redman, J., Rooke, N., and Campbell, R. A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia. International journal of geriatric psychiatry 2004; 19([11]): 1047-1052. England.	Keine Ökonomie
Baker, R., Holloway, J., Holtkamp, C. C., Larsson, A., Hartman, L. C., Pearce, R., Scherman, B., Johansson, S., Thomas, P. W., Wareing, L. A., and Owens, M. Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. Journal of advanced nursing 2003; 43([5]): 465-477. England.	Keine Ökonomie
Bakker, T. J., Duivenvoorden, H. J., van der, Lee J., and Schudel, W. J. Life expectancy following psychogeriatric reactivation. Identification of prognostic characteristics of survival assessed on admission. Dementia and geriatric cognitive disorders 2004; 18([1]): 24-31. Schweiz.	Keine Ökonomie
Bartels, S. J., Dums, A. R., Oxman, T. E., Schneider, L. S., Areán, P. A., Alexopoulos, G. S., and Jeste, D. V. Evidence-based practices in geriatric mental health usual care: An overview of systematic reviews and meta-analyses. Psychiatric Clinics of North America 2003; 26([4]): 971-990. USA.	Keine Ökonomie
Bass, B. A. and Greger, L. M. Stimulus complexity in reminiscence therapy and scores on the Beck Depression Inventory of a small group of nursing-home residents. Perceptual and motor skills 1996; 82([3 Pt 1]): 973-974. USA.	Keine Ökonomie
Bates, J., Boote, J., and Beverley, C. Psychosocial interventions for people with a milder dementing illness: a systematic review. Journal of advanced nursing 2004; 45([6]): 644-658. England.	Keine Ökonomie
Beck, C. Interventions, outcomes, and efficacy in Alzheimer's disease behavioral research. International psychogeriatrics/IPA 1996; 8 Suppl 1: 63-66. USA.	Keine Ökonomie
Beck, C. K. and Shue, V. M. Interventions for treating disruptive behavior in demented elderly people. The Nursing clinics of North America 1994; 29([1]): 143-155. USA.	Keine Ökonomie
Benjamin, B. J. Validation therapy: An intervention for disoriented patients with Alzheimer's disease. Topics in Language Disorders 1995; 66-74. US, Lippincott Williams & Wilkins, USA.	Keine Ökonomie
Benson, S. Complementary therapies: Worth talking about. Journal of Dementia usual care 2002; 10([1]): 18-21. UK.	Keine Ökonomie
Berghaus, H. C., Bermond, H., and Knipschild, M. Pflegestandards - Und wo bleibt der Mensch Vorträge und Arbeitskreisberichte der 11. Fachtagung " Behinderung und Alter" 2002 an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln. 2003. Deutschland, Köln; Kuratorium Deutsche Altershilfe.	Keine Ökonomie
Bharani, N. and Snowden, M. Evidence-based interventions for nursing home residents with dementia-related behavioral symptoms. Psychiatric Clinics of North America 2005; 28([4]): 985-1005. USA.	Keine Ökonomie
Bilney, B., Morris, M. E., and Perry, A. Effectiveness of physiotherapy, occupational therapy, and speech pathology for people with Huntington's disease: a systematic review. Neurorehabilitation and neural repair 2003; 17([1]): 12-24. USA.	Keine Ökonomie

Studie	Ausschlussgrund
Boccardi, M. and Frisoni, G. B. Cognitive rehabilitation for severe dementia: critical observations for better use of existing knowledge. Mechanisms of ageing and development 2006; 127([2]): 166-172. Irland.	Keine Ökonomie
Bonder, B. R. Psychotherapy for individuals with Alzheimer disease. Alzheimer disease and associated disorders 1994; 8([SUPPL.]): 75-81. USA.	Keine Ökonomie
Bowles, E. J., Cheras, P., Stevens, J., and Myers, S. A survey of aromatherapy practices in aged usual care facilities in northern NSW, Australia. International Journal of Aromatherapy 2005; 15([1]): 42-50. UK.	Keine Ökonomie
Bromundt, V., Kloesch, G., and Dittami, J. A pet therapy program may improve sleep quality and reduce 'sundowning' in elderly women with dementia. Journal of sleep research 2006; 15([Suppl. 1]): 227.	Keine Ökonomie
Brown, S., Götell, E., and Ekman, S.-L. Singing as a therapeutic intervention in dementia usual care. Journal of Dementia usual care 2001; 9([4]): 33-37. UK.	Keine Intervention
Burns, A. and Rabins, P. usual care burden dementia. International journal of geriatric psychiatry 2000; 15 Suppl 1: S9-13. England.	Pflegende
Burns, T. and Buell, J. The effectiveness of work programming with an Alzheimer population. Occup Ther Pract 1990; 1([2]): 64-73.	Keine Ökonomie
Caine, E. D., Grossman, H. T., La, Rue A., Yang, J., Osato, S., Kemp, B. J., Mitchell, J. M., Newton, N. A., and Lazarus, L. W. Assessment, treatment, and prevention. 1992; 603-890. US, Academic Press, San Diego, California, USA. .	Keine Intervention
Caltagirone, C., Bianchetti, A., Luca, M. D., Mecocci, P., Padovani, A., Pirfo, E., Scapicchio, P., Senin, U., Trabucchi, M., and Musicco, M. Guidelines for the treatment of Alzheimer's disease from the Italian Association of Psychogeriatrics. Drugs & aging 2005; 22([Suppl. 1]): 1-26.	Keine Ökonomie
Centre for Reviews and Dissemination. Electronic communication with patients: evaluation of distance medicine technology (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 1998; ([2007 Issue 1]): DA978227.	Keine Ökonomie
Centre for Reviews and Dissemination. A meta-analysis of the effectiveness of occupational therapy for older persons (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 1998; ([2007 Issue 1]): DA965235.	Keine Ökonomie
Centre for Reviews and Dissemination. The efficacy of psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: a systematic literature review (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 2001; ([2007 Issue 1]): DA20000194.	Keine Ökonomie
Centre for Reviews and Dissemination. Clinical trials of interactive computerized patient education: implications for family practice (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 2001; ([2007 Issue 1]): DA978596.	Keine Ökonomie
Centre for Reviews and Dissemination. The primary usual care management of dementia (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 2001; ([2007 Issue 1]): DA20008188.	Keine Ökonomie
Centre for Reviews and Dissemination. Is music therapy an effective intervention for dementia: a meta-analytic review of literature (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 2002; ([2007 Issue 1]): DA20008394.	Keine Ökonomie
Centre for Reviews and Dissemination. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 2002; ([2007 Issue 1]): DA20012592.	Keine Ökonomie
Centre for Reviews and Dissemination. The effects of emotion-oriented approaches in the usual care for persons suffering from dementia: a review of the literature (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 2002; ([2007 Issue 1]): DA20000541.	Keine Ökonomie
Centre for Reviews and Dissemination. Clinical outcomes resulting from telemedicine interventions: a systematic review (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 2003; ([2007 Issue 1]): DA20018461.	Keine Ökonomie
Centre for Reviews and Dissemination. Guidelines for the prevention of falls in people over 65 (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 2003; ([2007 Issue 1]): DA20008621.	Keine Ökonomie
Centre for Reviews and Dissemination. Snoezelen: an overview of research with people with developmental disabilities and dementia (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 2003; ([2007 Issue 1]): DA20026162.	Keine Ökonomie

Studie	Ausschlussgrund
Centre for Reviews and Dissemination. Interventions for usual care givers of persons with dementia: a systematic review (Provisional record). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 2004; ([2007 Issue 1]): DA20046102.	Pflegende
Centre for Reviews and Dissemination. Telehealth interventions to improve clinical nursing of elders (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 2004; ([2007 Issue 1]): DA20024109.	Keine Ökonomie
Centre for Reviews and Dissemination. The use of music to decrease agitated behaviour of the demented elderly: the state of the science (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 2004; ([2007 Issue 1]): DA20016049.	Keine Ökonomie
Centre for Reviews and Dissemination. Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 2005; ([2007 Issue 1]): DA20035264.	Keine Ökonomie
Centre for Reviews and Dissemination. Effectiveness of physiotherapy, occupational therapy, and speech pathology for people with Huntington's disease: a systematic review (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 2005; ([2007 Issue 1]): DA20033525.	Keine Ökonomie
Centre for Reviews and Dissemination. Non-pharmacological interventions in cognitively impaired and demented patients: a comparison with cholinesterase inhibitors (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 2005; ([2007 Issue 1]): DA20036989.	Keine Ökonomie
Centre for Reviews and Dissemination. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 2006; ([2007 Issue 1]): DA20050073.	Keine Ökonomie
Chaussalet, T. J. and Thompson, W. A. Data requirements in a model of the natural history of Alzheimer's disease. Health usual care management science 2001; 4([1]): 13-19. Niederlande.	Keine Ökonomie,
Cheston, R. Psychotherapeutic work with people with dementia: A review of the literature. British Journal of Medical Psychology 1998; 71([3]): 211-231. UK.	Keine Ökonomie
Chung, J. C., Lai, C. K., Chung, P. M., and French, H. P. Snoezelen for dementia. Cochrane database of systematic reviews (Online) 2002; ([4]): CD003152. England.	Keine Ökonomie
Chung, J. C. C. and Lai, C. K. Y. Snoezelen for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002; ([2007 Issue 1]): CD003152.	Doppelt
Cipriani, G., Bianchetti, A., and Trabucchi, M. Outcomes of a computer-based cognitive rehabilitation program on Alzheimer's disease patients compared with those on patients affected by mild cognitive impairment. Archives of gerontology and geriatrics 2006; 43([N3]): 327-335. Elsevier Ireland Ltd., Elsevier House, Brookvale Plaza, East Park Shannon, CO, CLARE, 00000, Irland.	Keine Ökonomie
Cohen-Mansfield, J. New ways to approach manifestations of Alzheimer's disease and to reduce usual care giver burden. International psychogeriatrics/IPA 1996; 8 Suppl 1: 91-94. USA.	Keine Ökonomie
Cohen-Mansfield, J. and Werner, P. The effects of an enhanced environment on nursing home residents who pace. The Gerontologist 1998; 38([2]): 199-208. USA.	Keine Ökonomie
Cohen-Mansfield, J. and Mintzer, J. E. Time for change: The role of nonpharmacological interventions in treating behavior problems in nursing home residents with dementia. Alzheimer disease and associated disorders 2005; 19([1]): 37-40. USA.	Keine Ökonomie
Cohen, G. D. Two new intergenerational interventions for Alzheimer's disease patients and families. American Journal of Alzheimer's Disease 2000; 137-142. US, Prime National Publishing, USA. .	Keine Ökonomie
Collister, L. and Unsworth, C. Critically appraised papers A home-based occupational therapy environmental modification program for usual care givers had a modest effect on the performance of IADL in people with dementia, while for some usual care giver subgroups, there was improved efficacy and reduced upset. Australian-Occupational-Therapy-Journal 2004; 51([3]): 166-168.	Keine Ökonomie
Corcoran, M. A. Management decisions made by usual care giver spouses of persons with Alzheimer's disease. The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association 1994; 48([1]): 38-45. USA. .	Pflegende

Studie	Ausschlussgrund
Corcoran, M. A. and Gitlin, L. N. Family usual care giver acceptance and use of environmental strategies provided in an occupational therapy intervention. <i>Physical and Occupational Therapy in Geriatrics</i> 2001; 19([1]): 1-20. USA.	Pflegende
Cotelli, M., Calabria, M., and Zanetti, O. Cognitive rehabilitation in Alzheimer's Disease. <i>Aging clinical and experimental research</i> 2006; 18([2]): 141-143. Italien.	Keine Ökonomie
Craig, C. Transformations from awakenings. <i>Journal of Dementia usual care</i> 2001; 9([5]): 10-11. UK.	Keine Ökonomie
Craig, C. It all begins with a blank sheet of paper. <i>Journal of Dementia usual care</i> 2002; 10([1]): 14-15. UK.	Keine Ökonomie
Craig, E. and Pham, H. Consultation-liaison psychiatry services to nursing homes. <i>Australasian Psychiatry</i> 2006; 14([1]): 46-48. Australien.	Keine Ökonomie
Cummings, J. L. Neuropsychiatric assessment and intervention in Alzheimer's disease. <i>International psychogeriatrics/IPA</i> 1996; 8 Suppl 1: 25-30. USA.	Keine Ökonomie
De Vreese, LP, Neri, M, Fioravanti, M., Belloi, L., and Zanetti, O. Memory rehabilitation in Alzheimer's disease: a review of progress. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 2001; 16([N8]): 794-809. John Wiley & Sons Ltd, Baffins Lane Chichester, West Sussex PO19 1UD, England.	Keine Oekonomie
Desai, A. K. and Grossberg, G. T. Diagnosis and treatment of Alzheimer's disease. <i>Neurology</i> 28-6-2005; 64([12 SUPPL. 3]): S34-S39. USA.	Keine Ökonomie
Dilley, M. and Fleminger, S. Advances in neuropsychiatry: Clinical implications. <i>Advances in Psychiatric Treatment</i> 2006; 12([1]): 23-33. UK.	Keine Ökonomie
Doherty, D., Wright, S., Aveyard, B., and Sykes, M. Therapeutic touch and dementia usual care: an ongoing journey. <i>Nursing older people</i> 2006; 18([11]): 27-30. England.	Keine Ökonomie
Douglas, S., James, I., and Ballard, C. Non-pharmacological interventions in dementia. <i>Advances in Psychiatric Treatment</i> 2004; 10([3]): 171-179. UK.	Keine Ökonomie
Droste, S., Gerhardus, A., and Kollek, R. Methoden zur Erfassung ethischer Aspekte und gesellschaftlicher Wertvorstellungen in Kurz-HTA-Berichten - eine internationale Bestandsaufnahme. <i>Methods for the assessment of ethical aspects and moral concepts in society in short HTA reports an international survey</i> . 2003. Medicombooks.de.	Keine Ökonomie
Ermini-Fünfschilling, D. and Meier, D. Gedächtnistraining: Wichtiger Bestandteil der Milieuthherapie bei seniler Demenz. Memory training: an important constituent of milieu therapy in senile dementia. <i>Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie : Organ der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie</i> 1995; 28([3]): 190-194. Deutschland. .	Keine Ökonomie
Farina, E., Mantovani, F., Fioravanti, R., Rotella, G., Villanelli, F., Imbornone, E., Olivotto, F., Tincani, M., Alberoni, M., Petrone, E., Nemni, R., and Postiglione, A. Farina_2006.pdf Efficacy of recreational and occupational activities associated to psychologic support in mild to moderate Alzheimer disease: a multicenter controlled study. <i>Alzheimer disease and associated disorders</i> 2006; 20([4]): 275-282. USA.	Keine Ökonomie
Ferris, S. H. and Mittelman, M. S. Behavioral treatment of Alzheimer's disease. <i>International psychogeriatrics/IPA</i> 1996; 8 Suppl 1: 87-90. USA.	Pflegende
Finnema, E. J., Drees, R. M., Van der Kooij, C. H., De Lange, J., Rigter, H., Van Montfort, A. P. W. P., and van, Tilburg W. The design of a large-scale experimental study into the effect of emotion-oriented usual care on demented elderly and professional usual care in nursing homes. <i>Archives of gerontology and geriatrics</i> 1998; 27([SUPPL.]): 193-200. Irland.	Keine Ökonomie
Flacker, J. M. and Marcantonio, E. R. Delirium in the elderly. Optimal management. <i>Drugs & aging</i> 1998; 13([2]): 119-130. Neuseeland.	Keine Ökonomie
Flood, C., Mugford, M., Stewart, S., Harvey, I., Poland, F., and Lloyd-Smith, W. Occupational therapy compared with social work assessment for older people: an economic evaluation alongside the CAMELOT randomised controlled trial (Structured abstract). <i>Age and Ageing</i> 2005; 34([1]): 47-52. UK.	Keine Demenz
Forbes, D., Morgan, D. G., Bangma, J., Peacock, S., and Adamson, J. Light Therapy for Managing Sleep, Behaviour, and Mood Disturbances in Dementia. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2004; ([2007 Issue 1]): CD003946.	Keine Ökonomie
Fowler, S. and Newton, L. Complementary and alternative therapies: the nurse's role. <i>The Journal of neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses</i> 2006; 38([4]): 261-264. USA.	Keine Ökonomie
Ganapathy, K. Telemedicine and neurosciences. <i>Journal of Clinical Neuroscience</i> 2005; 12([8]): 851-862. UK.	Keine Ökonomie

Studie	Ausschlussgrund
Gerdner, L. A. Use of individualized music by trained staff and family: translating research into practice. Journal of gerontological nursing 2005; 31([6]): 22-30. USA.	Keine Ökonomie
Gitlin, L. N., Corcoran, M., Winter, L., Boyce, A., and Hauck, W. W. A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: effect on efficacy and upset in usual care givers and on daily function of persons with dementia. The Gerontologist 2001; 41([1]): 4-14. USA.	Keine Ökonomie
Gorman, M., MacKnight, C., and Rockwood, K. Feasibility of telemedicine for specialized geriatric usual care at a regional referral hospital. Geriatrics Today: Journal of the Canadian Geriatrics Society 2004; 7([3]): 93-97. Kanada.	Keine Intervention
Göpel, H. Demenz: Rheingauer Gespräche zur Versorgung und Therapie Interdisziplinäre Ansätze zur Behandlung Demenzkranker. Geriatrie Journal 2001; 3([5]): 45-48. Deutschland.	Keine Ökonomie
Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. L., and Rikkert, M. G. M. O. Community based occupational therapy for patients with dementia and their usual care givers: Randomised controlled trial. BMJ: British Medical Journal 2006; No. United Kingdom, BMJ Publishing Group, UK.	Keine Ökonomie
Grant, L. A. Commentary: Conceptualizing and measuring social and physical environments in special usual care units. Alzheimer disease and associated disorders 1994; 8([SUPPL.]): S321-S327. USA.	Keine Ökonomie
Gray, K. F. Managing agitation and difficult behavior in dementia. Clinics in Geriatric Medicine 2004; 20([1]): 69-82. USA.	Keine Ökonomie
Gräsel, E., Wiltfang, J., and Kornhuber, J. Non-drug therapies for dementia: an overview of the current situation with regard to proof of effectiveness. Dementia and geriatric cognitive disorders 2003; 15([3]): 115-125. Schweiz.	Keine Ökonomie
Hansen, N. V., Jorgensen, T., and Ortenblad, L. Massage and touch for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006; ([N4]). John Wiley & Sons Ltd., The Artrium, Southern Gate, Chichester PO19 8SQ, West Sussex, England.	Keine Ökonomie
Harris, R., Richardson, G., Griffiths, P., Hallett, N., and Wilson, Barnett J. Economic evaluation of a nursing-led inpatient unit: the impact of findings on management decisions of service utility and sustainability (Structured abstract). Journal of Nursing Management 2005; 13([5]): 428-438. UK.	Keine Demenz
Hay, J., LaBree, L., Luo, R., Clark, F., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., Jackson, J., and Azen, S. P. Cost-effectiveness of preventive occupational therapy for independent-living older adults (Structured abstract). Journal of the American Geriatrics Society 2002; 50([8]): 1381-1388. USA.	Keine Demenz
Holmes, C. and Ballard, C. Aromatherapy in dementia. Advances in Psychiatric Treatment 2004; 10([4]): 296-300. UK.	Keine Ökonomie
Holmes, D., Splaine, M., Teresi, J., Ory, M., Barrett, V., Monaco, C., and Ramirez, M. What makes special usual care special: Concept mapping as a definitional tool. Alzheimer disease and associated disorders 1994; 8([SUPPL.]): S41-S53. USA.	Keine Ökonomie
Howard, R., Ballard, C., O'Brien, J., and Burns, A. Guidelines for the management of agitation in dementia. International journal of geriatric psychiatry 2001; 16([7]): 714-717. UK.	Keine Ökonomie
Hudson, D. L. and Cohen, M. E. The role of information technology in disease management. ITAB 2003: 4 th international IEEE EMBS special topic conference on information technology applications in biomedicine, conference proceedings 2003; 62-65. I E E E, 345 E 47TH ST, New York, NY 10017 USA. .	Keine Ökonomie
Ishizaki, J., Meguro, K., Ishii, H., Yamaguchi, S., Shimada, M., Yamadori, A., Yambe, Y., and Yamazaki, H. The effects of group work therapy in patients with Alzheimer's disease. International journal of geriatric psychiatry 2000; 15([6]): 532-534.	Keine Ökonomie
Jeste, D. V., Meeks, T. W., Kim, D. S., and Zubenko, G. S. Research agenda for DSM-V: diagnostic categories and criteria for neuropsychiatric syndromes in dementia. Journal of geriatric psychiatry and neurology 2006; 19([3]): 160-171. USA.	Keine Ökonomie
Johnson, J. R. Effectiveness of memory notebooks upon problematic behavior of residents with Alzheimer's disease. Phys Occup Ther Geriatr 1998; 15([2]): 15-32.	Keine Ökonomie
Jones, B. N., III. Telepsychiatry and geriatric usual care. Current psychiatry reports 2001; 3([1]): 29-36. USA.	Keine Demenz
Jones, G. M. M. A review of Feil's validation method for communicating with and caring for dementia sufferers. Current Opinion in Psychiatry 1997; 10([4]): 326-332. UK.	Keine Ökonomie

Studie	Ausschlussgrund
Jones, R. W., McCrone, P., and Guilhaume, C. Cost effectiveness of memantine in Alzheimer's disease: an analysis based on a probabilistic Markov model from a UK perspective (Structured abstract). <i>Drugs and Aging</i> 2004; 21([9]): 607-620. UK.	Medikamentöse Behandlung
Jost, E., Voigt-Radloff, S., Hüll, M., Dykierrek, P., and Schmidtke, K. Fördergruppe für Demenzpatienten und Beratungsgruppe für Angehörige Supportive group treatment for dementia outpatients and their usual care givers. <i>Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie</i> 2006; 19([3]): 139-150. Schweiz.	Keine Ökonomie
Kelly, J. S. Efficacy of validation therapy is unproven. <i>Professional nurse (London, England)</i> 1995; 10([7]): 408. England.	Keine Ökonomie
Kennedy, E. and Chapman, C. <i>Massage Therapy and Older Adults</i> . 2006; 135-148. US, Springer Publishing Co, New York, NY, USA.	Keine Ökonomie
Kenowsky, S. Perspectives of a family usual care giver. <i>International psychogeriatrics / IPA</i> 1996; 8 Suppl 3: 449-453. USA.	Keine Ökonomie
Kern AO, Verfasser, Harms, G., and Beske, F. Hirnleistungsstörungen im Alter Epidemiologische und volkswirtschaftliche Aspekte der Pflegebedürftigkeit in Österreich. 1995. Deutschland, Würzburg; Triltsch.	Keine Intervention
Kern AO, Verfasser, Harms, G., and Beske, F. Hirnleistungsstörungen im Alter Epidemiologische und volkswirtschaftliche Aspekte der Pflegebedürftigkeit durch Hirnleistungsstörungen im Alter. 1995. Deutschland, Würzburg; Triltsch; Institut für Gesundheits-System-Forschung.	Keine Intervention
Kern, A. O. and Beske, F. Leichte kognitive Störungen Definition, Früherkennung und Frühbehandlung. 2000. Deutschland, Würzburg; Triltsch.	Keine Ökonomie
Kim, E. J. and Buschmann, M. T. The effect of expressive physical touch on patients with dementia. <i>International journal of nursing studies</i> 1999; 36([3]): 235-243. England.	Keine Ökonomie
Labelle, K. L. and Mihailidis, A. The use of automated prompting to facilitate hand-washing in persons with dementia. <i>The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association</i> 2006; 60([4]): 442-450. USA.	Keine Ökonomie
Lancioni, G. E., Cuvo, A. J., and O'Reilly, M. F. Snoezelen: an overview of research with people with developmental disabilities and dementia. <i>Disability and rehabilitation</i> 10-3-2002; 24([4]): 175-184. England.	Keine Ökonomie
Laun, L. Benefits of pet therapy in dementia. <i>Home health usual care nurse</i> 2003; 21([1]): 49-52. USA.	Keine Ökonomie
LeNavenec, C. L. and Gerdner, L. Indicators of the effectiveness of music therapy for persons with dementia in long-term usual care facilities. <i>Neurobiology of Aging</i> 2002; 23([N1, S1]): S543. Elsevier Science Inc., 360 Park Ave South, New York, NY 10010-1710 USA. .	Keine Ökonomie
Lewko, M., Safar, E., and Birrer, R. Advances in the treatment of dementia. <i>P and T</i> 2002; 27([10]): 514-520. USA.	Keine Ökonomie
Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., and Lyketsos, C. G. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. <i>The American journal of psychiatry</i> 2005; 162([11]): 1996-2021. USA.	Keine Ökonomie
Mackay, A. Health technology assessment and mental health. <i>Psychiatric Bulletin</i> 2002; 26([7]): 243-245. UK.	Keine Ökonomie
Maddux, R. E., Delrahim, K. K., and Rapaport, M. H. Quality of life in geriatric patients with mood and anxiety disorders. <i>CNS Spectrums</i> 2003; 8([N12, S3]): 35-47. M B L Communications Inc., 333 Hudson St, 77th Floor, New York, NY 10013 USA.	Keine Demenz
Mador, J., Clark, M., Crotty, M., and Hecker, J. Utility-weighted measures of quality of life in Alzheimer disease. <i>Alzheimer disease and associated disorders</i> 2002; 16([3]): 202. USA.	Keine Ökonomie
Magnusson, L., Hanson, E., and Borg, M. A literature review study of information and communication technology as a support for frail older people living at home and their family usual care. <i>Technology and Disability</i> 2004; 16([4]): 223-235. Niederlande. .	Keine Ökonomie
Mahendra, N. Direct interventions for improving the performance of individuals with Alzheimer's disease. <i>Seminars in speech and language</i> 2001; 22([4]): 291-303. USA.	Keine Ökonomie

Studie	Ausschlussgrund
Marin, D. B., Dugue, M., Schmeidler, J., Santoro, J., Neugroschl, J., Zaklad, G., Brickman, A., Schnur, E., Hoblyn, J., and Davis, K. L. The usual care giver Activity Survey (CAS): longitudinal validation of an instrument that measures time spent usual care giving for individuals with Alzheimer's disease. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 2000; 15([8]): 680-686. England.	Keine Intervention
Martin, M. and Kayser, N. Das modulare Gedächtnistraining für ältere Erwachsene: Konzeption und Erprobung. <i>Modular memory training for elderly adults: concept and evaluation. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie: Organ der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie</i> 1998; 31([2]): 97-103. Deutschland.	Keine Ökonomie
Maslow, K. Relationship between patient characteristics and the effectiveness of nonpharmacologic approaches to prevent or treat behavioral symptoms. <i>International psychogeriatrics/IPA</i> 1996; 8 Suppl 1: 73-76. USA.	Keine Ökonomie
McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Vitiello, M. V., and Teri, L. Treatment of sleep and nighttime disturbances in Alzheimer's disease: a behavior management approach. <i>Sleep medicine</i> 2004; 5([4]): 373-377. Niederlande.	Keine Ökonomie
McGlynn, S. M. Behavioral approaches to neuropsychological rehabilitation. <i>Psychological bulletin</i> 1990; 108([3]): 420-441. USA. .	Keine Ökonomie
McMinn, B. and Draper, B. Vocally disruptive behaviour in dementia: Development of an evidence based practice guideline. <i>Aging and Mental Health</i> 2005; 9([1]): 16-24. UK.	Keine Ökonomie
Michell, J.-P. and Gold, G. Behavioural symptoms in Alzheimer's disease: Validity of targets and present treatments. <i>Age and Ageing</i> 2001; 30([2]): 105-106. UK.	Keine Ökonomie
Mihailidis, A., Fernie, G. R., and Cleghorn, W. L. The development of a computerized cueing device to help people with dementia to be more independent. <i>Technology and Disability</i> 2001; 13([1]): 23-40. Niederlande.	Keine Ökonomie
Miles, A. Journal of evaluation in clinical practice: From the Editor-in-Chief. <i>Journal of Evaluation in Clinical Practice</i> 2002; ([8/4]): i. UK.	Keine Ökonomie
Mitchell, S. Dementia, Aromatherapy's Effectiveness in Disorders Associated with Dementia. <i>Int J Arom</i> 1993; 5([2]): 20-23.	Keine Ökonomie
Mitchell, S. Aromatherapy's Effectiveness in Disorders Associated With Dementia. <i>The International Journal of Aromatherapy</i> 1993; 5([2]): 20-23.	Doppelt
Monsch, A. U., Ermini-Funfschilling, D., Mulligan, R., Meier, D., Juillerat, A., Michel, J.-P., and Stahelin, H. B. Memory clinics in Switzerland. <i>Annales de Medecine Interne</i> 1998; 149([4]): 221-227. Frankreich.	Keine Ökonomie
Montgomery, P. and Dennis, J. Bright light therapy for sleep problems in adults aged 60+. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2002; ([2007 Issue 1]): CD003403.	Keine Ökonomie
Moos, I. and Bjorn, A. Use of the life story in the institutional usual care of people with dementia: a review of intervention studies. <i>AGEING & SOCIETY</i> 2006; 26([P3]): 431-454. Cambridge Univ Press, 40 West 20 th St, New York, NY 10011-4211 USA.	Keine Ökonomie
Mountain, G. Rehabilitation for people with dementia. <i>Journal of Dementia usual care</i> 2004; 12([3]): 33-37. UK.	Keine Ökonomie
N. N. Kompetent für Verwirrte Eine Herausforderung zukünftiger Altenhilfe. 12. Bundestagung. 1997. Deutschland, Freiburg; Verband katholischer Heime und Einrichtungen der Altenhilfe in Deutschland e. V.	Keine Ökonomie
N. N. Telemedicine for the Medi usual care e population. Pediatric, obstetric and clinician-indirect home interventions in telemedicine (Structured abstract). Agency for Health usual care Research and Quality (AHRQ) 2001. USA.	Keine Ökonomie
N. N. All in the same boat. <i>Journal of Dementia usual care</i> 2001; ([9/1]): 9. UK.	Keine Ökonomie
N. N. Use of massage for symptom management in dementia. <i>Journal of Clinical Excellence</i> 2002; 4([2]): 255-257. UK.	Keine Ökonomie
N. N. Melissa aromatherapy as safe and effective treatment. <i>Nurs Residential usual care</i> 2002; 5([2]): 80-82.	Keine Ökonomie
N. N. Are we missing the point in dementia research? <i>Lancet Neurology</i> 1-10-2004; 3([10]): 571. UK.	Keine Ökonomie
Neal, M. and Briggs, M. Validation therapy for dementia. <i>Cochrane database of systematic reviews (Online)</i> 2000; ([2]): CD001394. England.	Keine Ökonomie
Neal, M. and Barton, Wright P. Validation therapy for dementia. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2003; ([2007 Issue 1]): CD001394.	Keine Ökonomie

Studie	Ausschlussgrund
Neal, M. and Briggs, M. Validation therapy for dementia. Cochrane database of systematic reviews (Online) 2003; ([3]): CD001394. England.	Keine Ökonomie
Neri, M., Iacono, S., Renzetti, C., and De Vreese, L. P. Cognitive training in aging and disease (COTRAD): Does it work in Italy? Archives of gerontology and geriatrics 2001; 33([SUPPL.]): 285-293. Irland.	Keine Ökonomie
Nikolaus, T., Specht-Leible, N., Bach, M., Oster, P., and Schlierf, G. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the usual care of hospitalized patients (Structured abstract). Age and Ageing 1999; 28([6]): 543-550. Deutschland.	Keine Demenz
Nomura, T. Evaluative research on reminiscence groups for people with dementia. 2002; 289-299. US, Springer Publishing Co, New York, NY, USA.	Keine Ökonomie
O'Shannessy, L. Using the law to enhance provision of telemedicine. Journal of telemedicine and tele usual care 2000; 6 Suppl 1: S59-S62. England.	Keine Demenz
Olazaran, J., Muniz, R., Reisberg, B., Pena-Casanova, J., del Ser T., Cruz-Jentoft, A. J., Serrano, P., Navarro, E., de la Rocha, M. L. G., Frank, A., Galiano, M., Fernandez-Bullido, Y., Serra, J. A., Gonzalez-Salvador, M. T., and Sevilla, C. Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. Neurology 28-12-2004; 63([N12]): 2348-2353. Lippincott Williams & Wilkins, 530 Walnut St, Philadelphia, PA 19106-3621 USA.	Keine Ökonomie
Olesen, J., Baker, M. G., Freund, T., Di, Luca M., Mendlewicz, J., Ragan, I., and Westphal, M. Consensus document on European brain research. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 2006; 77([SUPPL. 1]): i1-i49. UK.	Keine Demenz
Opie, J., Rosewarne, R., and O'Connor, D. W. The efficacy of psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: a systematic literature review. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 1999; 33([6]): 789-799. Australien.	Keine Ökonomie
Orrell, M., Spector, A., Thorgrimsen, L., and Woods, B. A pilot study examining the effectiveness of maintenance Cognitive Stimulation Therapy (MCST) for people with dementia. International journal of geriatric psychiatry 2005; 20([N5]): 446-451. John Wiley & Sons Ltd., The Artrium, Southern Gate, Chichester PO19 8SQ, West Sussex, England.	Keine Ökonomie
Overshott, R., Byrne, J., and Burns, A. Nonpharmacological and pharmacological interventions for symptoms in Alzheimer's disease. Expert review of neurotherapeutics 2004; 4([5]): 809-821. England.	Keine Ökonomie
Parashos, S. A., Maraganore, D. M., O'Brien, P. C., and Rocca, W. A. Medical services utilization and prognosis in Parkinson disease: A population-based study. Mayo Clinic Proceedings 2002; 77([9]): 918-925. USA.	Keine Demenz
Patterson, C., Gauthier, S., Bergman, H., Cohen, C., Feightner, J. W., Feldman, H., Grek, A., and Hogan, D. B. The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. The Canadian journal of neurological sciences. Le journal canadien des sciences neurologiques 2001; 28 Suppl 1: S3-16. Kanada.	Keine Ökonomie
Patton, D. Reality orientation: its use and effectiveness within older person mental health usual care. Journal of clinical nursing 2006; 15([11]): 1440-1449. England.	Keine Ökonomie
Peacock, S. C. and Forbes, D. A. Interventions for usual care givers of persons with dementia: a systematic review. The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmières 2003 ; 35([4]) : 88-107. Kanada.	Pflegende
Peak, J. S. and Cheston, R. I. Using simulated presence therapy with people with dementia. Aging & mental health 2002; 6([1]): 77-81. England.	Keine Ökonomie
Pollard, N. The baby boom: Coming of age? British Journal of Occupational Therapy 2006; 69([6]): 247. UK.	Keine Ökonomie
Pryse-Phillips, W., Sternberg, S., Rochon, P., Naglie, G., Strong, H., and Feightner, J. The use of medications for cognitive enhancement. The Canadian journal of neurological sciences. Le journal canadien des sciences neurologiques 2001; 28 Suppl 1: S108-S114. Kanada.	Medikamentöse Behandlung
Pulsford, D. Therapeutic activities for people with dementia—what, why and why not? Journal of advanced nursing 1997; 26([4]): 704-709. England. .	Keine Ökonomie
Pulsford, D. and Duxbury, J. Aggressive behaviour by people with dementia in residential usual care settings: a review. Journal of psychiatric and mental health nursing 2006; 13([5]): 611-618. England.	Keine Ökonomie
Remington, R. Calming music and hand massage with agitated elderly. Nursing Research 2002; 51([5]): 317-323. USA.	Keine Ökonomie

Studie	Ausschlussgrund
Requena, C., López Ibor, M. I., Maestú, F., Campo, P., López Ibor, J. J., and Ortiz, T. Effects of cholinergic drugs and cognitive training on dementia. <i>Dementia and geriatric cognitive disorders</i> 2004; 18([1]): 50-54. Schweiz.	Medikamentöse Behandlung
Richards, K. C., Beck, C., O'Sullivan, P. S., and Shue, V. M. Effect of individualized social activity on sleep in nursing home residents with dementia (Structured abstract). <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2005; 53([9]): 1510-1517. USA.	Keine Ökonomie
Robinson, L., Hutchings, D., Corner, L., Beyer, F., Dickinson, H., Vanoli, A., Finch, T., Hughes, J., Ballard, C., May, C., and Bond, J. A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use (Structured abstract). <i>Health Technology Assessment</i> Vol.10: No.26 2006; 124. UK.	Doppelt
Robinson, L., Hutchings, D., Corner, L., Beyer, F., Dickinson, H., Vanoli, A., Finch, T., Hughes, J., Ballard, C., May, C., and Bond, J. A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use. <i>Health Technology Assessment</i> 2006; 10([N26]): 1. Gray Publishing Russell House, Grove Hill Rd, Tunbridge Wells, TN1 1RZ, England.	Doppelt
Robinson, L., Hutchings, D., Corner, L., Beyer, F., Dickinson, H., Vanoli, A., Finch, T., Hughes, J., Ballard, C., May, C., and Bond, J. A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use. <i>Health technology assessment (Winchester, England)</i> 2006; 10([26]): iii, ix-iii, 108. England.	Keine Ökonomie
Robinson, L., Hutchings, D., Dickinson, H. O., Corner, L., Beyer, F., Finch, T., Hughes, J., Vanoli, A., Ballard, C., and Bond, J. Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: A systematic review. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 2007; 22([1]): 9-22. UK.	Keine Ökonomie
Rogers, J. C., Holm, M. B., Burgio, L. D., Granieri, E., Hsu, C., Hardin, J. M., and McDowell, B. J. Improving morning usual care routines of nursing home residents with dementia. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 1999; 47([9]): 1049-1057. USA.	Keine Ökonomie
Rowland-Jones, C. and McDonald, L. Arts and younger people with dementia. <i>Journal of Dementia usual care</i> 2006; 14([4]): 16-17. UK.	Keine Ökonomie
Schaade, G. Stationäre Betreuung demenzkranker Menschen und ergotherapeutische Aufgaben. <i>Institutional usual care of dementia patients and occupational therapy treatment. Ergotherapie und Rehabilitation</i> 1-5-2003; 42([5]): 17-26. Deutschland.	Keine Ökonomie
Schnelle, J. F., Cruise, P. A., Rahman, A., and Ouslander, J. G. Developing rehabilitative behavioral interventions for long-term usual care: technology transfer, acceptance, and maintenance issues. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 1998; 46([6]): 771-777. USA.	Keine Intervention
Schreiber, M., Lutz, K., Schweizer, A., Kalveram, K. T., and Jancke, L. Development and evaluation of an interactive computer-based training as a rehabilitation tool for dementia. <i>AGING</i> 1998; 85-102. Pabst Science Publishers, Eichengrund 28, D-49525 Lengerich, Deutschland.	Keine Ökonomie
Schulz, R., Martire, L. M., and Klinger, J. N. Evidence-based usual care giver interventions in geriatric psychiatry. <i>Psychiatric Clinics of North America</i> 2005; 28([4]): 1007-1038. USA.	Keine Ökonomie
Scott, J. and Clare, L. Do people with dementia benefit from psychological interventions offered on a group basis? <i>Clinical Psychology and Psychotherapy</i> 2003; 10([3]): 186-196. UK.	Keine Ökonomie
Secker, D. L. and Brown, R. G. Cognitive behavioural therapy (CBT) for usual care of patients with Parkinson's disease: A preliminary randomised controlled trial. <i>Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry</i> 2005; 76([4]): 491-497. UK.	Keine Ökonomie
Shulman, B., Conn, D. K., and Elford, R. Geriatric telepsychiatry and telemedicine: A literature review. <i>Canadian Journal of Geriatrics</i> 2006; 9([4]): 139-146. Kanada.	Keine Intervention
Sicras, A., Rejas, J., Arco, S., Flores, E., Ortega, G., Esparcia, A., Suárez, A., and Gordillo, M. J. Prevalence, resource utilization and costs of vascular dementia compared to Alzheimer's dementia in a population setting. <i>Dementia and geriatric cognitive disorders</i> 2005; 19([5-6]): 305-315. Schweiz.	Keine Intervention
Siwicki, B. Telemedicine. Pick a line, any line. <i>Health data management</i> 1997; 5([2]): 142, 144, 146. USA. .	Keine Demenz

Studie	Ausschlussgrund
Skjerve, A., Bjarvatn, B., and Holsten, F. Light therapy for behavioural and psychological symptoms of dementia. International journal of geriatric psychiatry 2004; 19([6]): 516-522. England.	Keine Ökonomie
son-Duffy, R. L. Enhancing adaptive function in HIV-associated dementia. 1998; 294-310. US, Guilford Press, New York, NY, USA.	Keine Ökonomie
Spector, A., Orrell, M., Davies, S., and Woods, B. Reality orientation for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000; ([2007 Issue 1]): CD001119.	Keine Ökonomie
Spector, A., Orrell, M., Davies, S., and Woods, R. T. Reminiscence therapy for dementia. Cochrane database of systematic reviews (Online) 2000; ([4]): CD001120. England.	Keine Ökonomie
Spector, A., Davies, S., Woods, B., and Orrell, M. Reality orientation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. The Gerontologist 2000; 40([2]): 206-212. USA.	Keine Ökonomie
Spector, A., Orrell, M., Davies, S., and Woods, B. Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. Neuropsychological rehabilitation 2001; 11([3-4]): 377-397. UK.	Keine Ökonomie
Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., and Orrell, M. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. The British journal of psychiatry: the journal of mental science 2003; 183: 248-254. England.	Keine Ökonomie
Steultjens, E. M., Dekker, J., Bouter, L. M., Leemrijse, C. J., and van den Ende, C. H. Evidence of the efficacy of occupational therapy in different conditions: an overview of systematic reviews. Clinical rehabilitation 2005; 19([3]): 247-254. England.	Keine Ökonomie
Stewart, A. Making meaningful. British Journal of Occupational Therapy 2003; 66([12]): 575. UK.	Keine Ökonomie
Sung, H., Chang, A. M., and Abbey, J. The effects of preferred music on agitation of older people with dementia in Taiwan. International journal of geriatric psychiatry 2006; 99-1000. US, John Wiley & Sons, USA.	Keine Ökonomie
Sung, H. C. and Chang, A. M. Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: a review of the literature. Journal of clinical nursing 2005; 14([9]): 1133-1140. England.	Keine Ökonomie
Sutherland, D., Woodward, Y., Byrne, J., Allen, H., and Burns, A. The use of light therapy to lower agitation in people with dementia. Nursing times 9-11-2004; 100([45]): 32-34. England.	Keine Ökonomie
Tamura, T., Yonemitsu, S., Itoh, A., Oikawa, D., Kawakami, A., Higashi, Y., Fujimooto, T., and Nakajima, K. Is an entertainment robot useful in the usual care of elderly people with severe dementia? The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences 2004; 59([1]): 83-85. USA.	Keine Ökonomie
Thomas, R. Institutional usual care: Introduction. Topics in Geriatric Rehabilitation 1999; 15([2]): vi-vii. USA.	Keine Ökonomie
Thorgrimsen, L., Spector, A., Wiles, A., and Orrell, M. Aroma therapy for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003; ([2007 Issue 1]): CD003150.	Keine Ökonomie
Tullis, A. and Nicol, M. A systematic review of the evidence for the value of functional assessment of older people with dementia. British Journal of Occupational Therapy 1999; 62([12]): 554-563. UK.	Keine Ökonomie
Turner, S. Behavioural symptoms of dementia in residential settings: a selective review of non-pharmacological interventions. Aging & mental health 2005; 9([2]): 93-104. England.	Keine Ökonomie
van Weert, J. C., van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M., Ribbe, M. W., and Bensing, J. M. Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia usual care, on nurse-patient communication during morning usual care. Patient education and counseling 2005; 58([3]): 312-326. Irland.	Keine Ökonomie
Vance, D. Considering olfactory stimulation for adults with age-related dementia. Perceptual and motor skills 1999; 88([2]): 398-400. USA.	Keine Ökonomie
Verkaik, R., van Weert, J. C., and Francke, A. L. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. International journal of geriatric psychiatry 2005; 20([4]): 301-314. England.	Keine Ökonomie

Studie	Ausschlussgrund
Voigt-Radloff, S., Schochat, T., and Heiss, H. W. Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei Alteren. Teil II: Evidenz bei priorisierten Krankheiten und Behinderungen. Controlled trials on the efficacy of occupational therapy with elderly. Part II: Evidence for prioritized diseases and disabilities. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie : Organ der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie 2004; 37([6]): 450-458. Deutschland.	Keine Ökonomie
Wang, K. L. and Hermann, C. Pilot study to test the effectiveness of Healing Touch on agitation in people with dementia. Geriatric nursing (New York, N.Y.) 2006; 27([1]): 34-40. USA.	Keine Ökonomie
Waters, R. J. and Eder-Van, Hook J. Increasing role of telehome usual care in treating of neurological diseases. Caring: National Association for Home usual care magazine 2006; 25([5]): 52-53. USA.	Keine Intervention
Webster, J. R., Chew, R. B., Mailliard, L., and Moran, M. B. Improving clinical and cost outcomes in delirium: use of practice guidelines and a delirium usual care team (Structured abstract). Annals of Long Term usual care 1999; 7([4]): 128-134. USA.	Keine Demenz
Weert JCM van, Dulmen AM van, Spreeuwenberg PMM, and Ribbe MW. Behavioral and mood effects of snoezelen inegrated into 24-Hour dementia usual care. Journal of the American Geriatrics Society 2005; 53([1]): 24-33. USA.	Keine Ökonomie
Weiss LJ, and Lazarus LW. Psychological treatment of the geropsychiatric patient. International journal of geriatric psychiatry 1993; 8([1]): 95-100. UK.	Keine Demenz
Wettstein, A. and Hanhart, U. Milieuthherapie für Demenzkranke. Angepasste, regelmässige Stimulation durch angenehm erlebte Aktivitäten. Milieu therapy for patients with dementia. Appropriate, regular stimulation by pleasant experiences. Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis = Revue suisse de médecine Praxis 10-2-2000; 89([7]): 281-286. Schweiz.	Keine Ökonomie
Weyerer S (Verfasser), Schäufele, M., Hendlmeier, I., Kofahl, C., and u a. Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. 2006. Deutschland, Stuttgart; Kohlhammer.	Keine Ökonomie
Wykle, M. L. Interventions for family management of patients with Alzheimer's disease. International psychogeriatrics/IPA 1996; 8 Suppl 1: 109-111. USA.	Keine Ökonomie
Yasuda, K., Beckman, B., Yoneda, M., Yoneda, H., Iwamoto, A., and Nakamura, T. Successful guidance by automatic output of music and verbal messages for daily behavioural disturbances of three individuals with dementia. Neuropsychological rehabilitation 2006; 16([1]): 66-82. England.	Keine Ökonomie
Yuhas, N., McGowan, B., Fontaine, T., Czech, J., and Gambrell-Jones, J. Psychosocial interventions for disruptive symptoms of dementia. Journal of psychosocial nursing and mental health services 2006; 44([11]): 34-42. USA.	Keine Ökonomie
Zanetti, O., Bianchetti, A., and Trabucchi, M.: Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life": Comment. American Journal of Psychiatry 1998; 1461. US, American Psychiatric Assn, USA.	Keine Ökonomie
Zanetti, O., Oriani, M., Geroldi, C., Binetti, G., Frisoni, G. B., Di, Giovanni G., and De Vreese, L. P. Predictors of cognitive improvement after reality orientation in Alzheimer's disease. Age and Ageing 2002; 31([3]): 193-196. England.	Keine Ökonomie

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. UK = Vereinigtes Königreich. USA = Vereinigte Staaten von Amerika.

Die systematische Bewertung medizinischer Prozesse und Verfahren, *Health Technology Assessment* (HTA), ist mittlerweile integrierter Bestandteil der Gesundheitspolitik. HTA hat sich als wirksames Mittel zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen etabliert.

Seit Einrichtung der Deutschen Agentur für HTA des DIMDI (DAHTA@DIMDI) im Jahr 2000 gehören die Entwicklung und Bereitstellung von Informationssystemen, speziellen Datenbanken und HTA-Berichten zu den Aufgaben des DIMDI.

Im Rahmen der Forschungsförderung beauftragt das DIMDI qualifizierte Wissenschaftler mit der Erstellung von HTA-Berichten, die Aussagen machen zu Nutzen, Risiko, Kosten und Auswirkungen medizinischer Verfahren und Technologien mit Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Dabei fallen unter den Begriff Technologie sowohl Medikamente als auch Instrumente, Geräte, Prozeduren, Verfahren sowie Organisationsstrukturen. Vorrang haben dabei Themen, für die gesundheitspolitischer Entscheidungsbedarf besteht.