

Wohngemeinschaft versus traditionelles Pflegeheim für Personen mit Demenz

Eine vergleichende Beobachtungsstudie

Univ.-Prof. Dr. Stefanie Auer, Mag. Ursula Kienberger, Mag. Patrick Pascher, Mag. Monika Geck, Mag. Bettina Hofmann, Mag. Carmen Viereckl, Mag. (FH) Edith Span

Ob kleine Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz tatsächlich mehr Lebensqualität bieten können als traditionelle Pflegeheime, das wird in der internationalen Literatur kontrovers diskutiert. In dieser einjährigen Beobachtungsstudie wurden Personen mit Demenz, die in einem sozial orientierten Wohngruppenkonzept leben, mit Personen, die in traditionellen Pflegeheimen wohnen, verglichen. Hauptzielparameter waren Lebensqualität für Personen mit Demenz und Arbeitszufriedenheit für Mitglieder des Pflorgeteams. Es wurden keine signifikanten Unterschiede in der Lebensqualität zwischen den Wohnformen gefunden. Auch bezüglich der Arbeitszufriedenheit der Pflorgeteams wurden keine klaren Vorteile gefunden.

Small-scale group living versus traditional nursing home for persons with dementia

An observational comparison study

If small-scale facilities may be a more appropriate living environment for persons with dementia is controversially discussed in the international literature. In this one-year observational study, a newly developed concept for small-scale group living for persons with Dementia in Austria was compared to traditional nursing homes. As main outcome measures 'Quality of life' for persons with dementia and 'work satisfaction' for the care team were chosen. No significant difference in quality of life in the three different environments could be found. Furthermore, no clear benefit with respect to work satisfaction of the care team was observed.

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. Stefanie Auer
MAS Alzheimerhilfe, Bad Ischl
Donau Universität Krems
stefanie.auer@mas.or.at

Mag. Ursula Kienberger
MAS Alzheimerhilfe, Bad Ischl
ursula.kienberger@mas.or.at

Mag. Patrick Pascher
MAS Alzheimerhilfe, Bad Ischl
patrick.pascher@mas.or.at

Eingereicht am 26.09.2016
Akzeptiert am 15.11.2016

DOI: 10.3936/1476

Mag. Monika Geck
Stadt Wels
Magistrat der Stadt Wels - Dst. Seniorenbetreuung

Mag. Bettina Hofmann
Stadt Wels
Magistrat der Stadt Wels - Dst. Seniorenbetreuung

Mag. Carmen Viereckl
MAS Alzheimerhilfe, Bad Ischl
Carmen.Viereckl@mas.or.at

Mag.(FH) Edith Span
Mas Alzheimerhilfe, Bad Ischl
edith.span@mas.or.at

EINLEITUNG

Weltweit sind derzeit über 46 Millionen Menschen an einer Demenz erkrankt (Alzheimer's Disease International, 2015). In Österreich leben 80% der Betroffenen zu Hause und 20% in Pflegeheimen (Juraszovich, Sax, Rappold, Pfabigan & Stewig, 2015). Mehrere Untersuchungen zeigen, dass mindestens 50% der Pflegeheimbewohner an einer Form von Demenz leiden (Hoffmann, Kaduszkiewicz, Glaeske, van den Bussche & Koller, 2014; Lithgow, Jackson & Browne, 2012). Neuere Studien berichten von einem wesentlich höheren Anteil an Menschen mit Demenz, die heute in Pflegeheimen wohnen (Björk u. a., 2016). Welche Umgebung gut für die Begleitung von Menschen mit Demenz geeignet ist, wird auf den verschiedenen Ebenen diskutiert. Um auf diese neue Entwicklung in Pflegeheimen adäquat reagieren zu können, werden alternative Pflegekonzepte gesucht, die den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz entsprechen und auch ökonomisch vertretbar sind.

HINTERGRUND UND MOTIVATION

Kleinere Wohneinheiten und Wohngemeinschaften werden auf der Basis kleiner Beobachtungsstudien, aufgrund klinischer Erfahrung und auf der Grundlage von „face validity“ als adäquates Milieu institutioneller Versorgung für Menschen mit Demenz empfohlen (U. Cohen & Wiseman, 1991; Wimo, Asplund, Mattsson, Adolfssohn & Lundgren, 1995). Auch die WHO hat 2012 vorgeschlagen, diese Wohnform für Menschen mit Demenz zu explorieren. (WHO, 2012). In den Definitionen der verschiedenen Wohngemeinschafts-Konzepten wird meist die familiäre Atmosphäre als zentrales Element gesehen, in der versucht wird, einen normalen Tagesablauf zu imitieren. In Bezug auf die Anzahl der Bewohner hat die WHO Wohngemeinschaften als Einrichtungen mit 6-10 Bewohnern, die rund um die Uhr von Pflegekräften betreut werden, definiert.¹ Die Betreuung in Wohngemeinschaften sollte in diesem Sinne zu einer Deinstitutionalisierung der Betreuung von Menschen mit Demenz beitragen. In der Praxis kann dieses Konzept entweder in größere Strukturen eingebettet (z.B. in traditionelle Pflegeheime) oder unabhängig von einer größeren Struktur organisiert sein. Auch in Österreich gibt es Interesse an derartigen Pflegekonzepten, die traditionellen Pflegeheimen gegenübergestellt werden. Ob Wohngemeinschaften Menschen mit Demenz tatsächlich eine höhere Lebensqualität bieten können, konnte in großen und qualitativ hochwertigen Untersuchungen noch nicht gezeigt werden. Eine Evidenzprüfung dieser Konzepte ist daher noch ausständig. Kane u. a. (2007) verglichen vier Wohngemeinschaften (sog. „Green houses“) mit traditionellen Pflegeheimen. Die Bewohner der kleineren Wohngemeinschaften erzielten in elf gemessenen Lebensqualitäts-Bereichen, die für diese Untersuchung definiert wurden, höhere Werte als jene Personen, die in traditionellen Pflegeheimen lebten. Verbeek u. a. (2010) hingegen konnten keine signifikanten Unterschiede in der QUALIDEM, einer Skala zur Messung der Lebensqualität, feststellen. Auch

der Vergleich der Arbeitszufriedenheit des Pflegeteams zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Angaben der Teammitglieder in den Wohngemeinschaften und jenen, die in traditionellen Pflegeheimen beschäftigt waren. In einer weiteren Studie von 2012, in der Wohngemeinschaften in Holland und Belgien mit traditionellen Pflegeheimen verglichen wurden, konzentrierten sich die Rooij u. a. explizit auf die Sub-Skalen Unterschiede in der QUALIDEM Skala (de Rooij u. a., 2012). Bewohner der kleineren Wohngemeinschaft in Holland erzielten signifikant höhere Ergebnisse bei den Sub-Skalen ‚soziale Beziehungen‘, ‚positiver Affekt‘ und ‚etwas zu tun zu haben‘. In den belgischen Einrichtungen hingegen erzielten die Bewohner der Wohngemeinschaften signifikant niedrigere Ergebnisse in der Sub-Skala ‚negativer Affekt‘. Allerdings gaben die Bewohner der traditionellen Einrichtung in Belgien an, dass sie sich mehr zu Hause fühlen würden. Die Autoren zogen aus den Ergebnissen den Schluss, dass Wohngemeinschaften und traditionelle Pflegeheime unterschiedliche Effekte auf unterschiedliche Dimensionen der Lebensqualität zu haben scheinen.

In der vorliegenden Untersuchung wurde eine neu entwickelte Wohngemeinschaft, die auf einem stark betonten sozialen Betreuungskonzept fußt, mit zwei traditionellen Pflegeheimen verglichen. Als primäre Ziel-Variable wurden die Lebensqualität der Bewohner und die Arbeitszufriedenheit des Pflegeteams gewählt. Trotz der nicht-eindeutigen Ergebnisse in der Literatur wurde erwartet, dass die Wohngemeinschaft gegenüber den traditionellen Pflegeheimen signifikant bessere Ergebnisse erzielen würde.

METHODE

Design

In dieser einjährigen Beobachtungsstudie wurden Daten zu drei verschiedenen Zeitpunkten erhoben: Am Beginn der Untersuchung (Juli 2012), in der Mitte der Untersuchung (nach 3 Monaten, Oktober 2012) und am Ende (nach 6 Monaten, Januar 2013). Nach weiteren 6 Monaten (follow-up) wurden noch einmal Informationen zu besonderen Ereignissen der Bewohner aufgezeichnet (z.B. Auszug aus der Institution, Tod und Krankenhausaufenthalte). Die Auswahl der Probanden begann im Sommer 2012, die Untersuchung wurde im Juli 2013 beendet. Die psychologische Evaluation wurde von vier klinischen und Gesundheitspsychologen und die Beobachtungen von vier weiteren Personen (Psycholog/innen und Soziolog/innen) durchgeführt. Alle Teilnehmer wurden über den Inhalt der Studie informiert und die Einverständniserklärung wurde entweder von Familienmitgliedern und/oder den Personen mit Demenz selbst unterschrieben. Die Studie wurde von der Oberösterreichischen Ethikkommission genehmigt (Votum der Ethikkommission des Landes Oberösterreich vom 18.4.2012).

Beschreibung der Studienumgebungen Experimental-Gruppe (EG)

Die untersuchte Wohngruppe wurde mit der Intention gegründet, einen Lebensraum für Menschen mit Demenz zur Verfügung zu stellen, der sich vor allem an einem

¹ „Small group homes accommodate groups of 6–10 residents who are supported by staff around the clock.“

normalen häuslichen Tagesablauf orientiert. Die Wohngruppe wurde für 10 Bewohner konzipiert und befindet sich in einem alten Kasernengebäude, indem auch Wohnungen für junge Familien und ein Kindergarten untergebracht sind (Tabelle 1). Der alte Kasernenhof ist in seiner ursprünglichen Form erhalten und der Innenplatz bildet ein offenes Atrium, das teilweise als Parkplatz dient und teilweise begrünt wurde. Die Bewohner der Wohngemeinschaft haben diesem Hof zugewandt eine Terrasse, die für verschiedene Aktivitäten genutzt werden kann. Jedes Zimmer der Wohngemeinschaft hat ein eigenes Bad und verfügt über eine eigene, am Haupttor angebrachte Türklingel. Auch die WHO hat 2012 vorgeschlagen, diese Wohnform für Menschen mit Demenz zu explorieren. Die Umgebung soll ein Gefühl von Schutz und Sicherheit vermitteln, gleichzeitig sollen die Bewohner in dieser Umgebung ihre Unabhängigkeit soweit als möglich bewahren können. In der Beschreibung des Konzeptes (Geck, 2011) stellen vor allem soziale Aktivitäten im Mittelpunkt. Pflegetätigkeiten werden durch mobile Pflegedienste (z.B. Baden, Haare waschen) ausgeführt. Jeder Bewohner wird als eigenständiger Mieter betrachtet. Alle Bewohner haben Zugang zu allen öffentlichen Bereichen. Geleitet wird die Wohngruppe von einer Diplomsozialbetreuerin für Altenarbeit. Zum Zeitpunkt der Untersuchung bestand das Team des Weiteren aus drei Fachsozialbetreuerinnen für Altenarbeit und drei Heimhelferinnen. Eine weitere weibliche Mitarbeiterin absolvierte ein freiwilliges sozi-

ales Jahr und ein weiterer männlicher Mitarbeiter leistete seinen Zivildienst ab. In der Wohngruppe sind keine Krankenpfleger angestellt. Die Mitarbeiter bereiten auch Mahlzeiten zu und nehmen diese zusammen mit den Bewohnern ein.

Kontroll-Gruppen (KG)

Vertreter des Landes Oberösterreich wählten zwei konzeptionell unterschiedliche Pflegeheime – jedoch mit traditionellem Pflegekonzept – als Kontrollgruppe aus. Kontrollgruppe 1 (KG1) bildete ein Alten- und Pflegeheim (74 Betten, 38 Pflegekräfte), das sich auf die medizinische Pflege spezialisiert hat. Das Gebäude zeichnet sich durch eine institutionelle Architektur mit weiten, offenen Bereichen aus. Im Erdgeschoss gibt es eine spezielle Demenzstation, in der 9 Fachsozialbetreuer/innen, zwei diplomierte Pflegebedienstete und eine Heimhelferin arbeiten. Im ersten Obergeschoss arbeiten 19 weitere Mitarbeiter, die sich aus 13 Fachsozialbetreuerinnen, fünf diplomierten Pflegebediensteten und einer Heimhelferin zusammensetzen. 17 weitere Mitarbeiter sind für das zweite Obergeschoss zuständig. Diese setzten sich zusammen aus 13 Fachsozialbetreuern und vier diplomierten Pflegebediensteten. Ein semi-traditionelles Pflegeheim (77 Betten, 50 Pflegekräfte), das sowohl medizinische als auch soziale Pflegekonzepte kombiniert, bildete die Kontrollgruppe 2 (KG2). Architektonisch handelt es sich um ein älteres Gebäude, das an ein ländliches Kurzentrum erinnert. An das Pflegeheim ist

	Architektur/Infrastruktur	Bewohner	Wohnmodalität/Aktivitäten	Pflegekonzept
<i>Wohngemeinschaft</i>	<ul style="list-style-type: none"> Ehemaliges Militärgebäude - nur Erdgeschoss Enthält Wohnungen für junge Familien und einen Kindergarten Wohngemeinschaft in der jeder Bewohner sein eigenes Zimmer mit eigener Klingel hat Spezialisiert auf Menschen mit Demenz Städtisches Umfeld 	<ul style="list-style-type: none"> 10 Bewohner mit Pflegestufe 3 oder höher und Demenzdiagnose 	<ul style="list-style-type: none"> Bewohner dürfen eigene Möbel mitbringen Familienartige Organisation des Tagesablaufes, Bewohner dürfen ihre Beschäftigung selbst wählen Aktivitäten wie Seniorengymnastik oder Brettspiele 	<ul style="list-style-type: none"> Nicht auf medizinische Pflege konzentriert Wohngemeinschaft wird von Diplomsozialbetreuerin für Altenarbeit geleitet Pflegekräfte werden als Teil des Haushaltes angesehen
<i>Traditionelles Pflegeheim (KG1)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Neu erbautes Gebäude mit institutioneller Architektur und weiten, offenen Bereichen Mehrstöckig, zwei separate Gebäude Pflegeheim mit eigener Demenzstation Kleinstädtisches Umfeld 	<ul style="list-style-type: none"> 224 Bewohner mit Pflegestufe 3 oder höher 	<ul style="list-style-type: none"> Zimmer sind möbliert (Krankenhausumfeld) Tagesablauf nach Zeitplan des Pflegeheims Gelegentliche Aktivitäten am Nachmittag wie Kartenspiele und Konversation 	<ul style="list-style-type: none"> Spezialisiert auf medizinische Pflege
<i>Semi-traditionelles Pflegeheim (KG2)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Altes Gebäude, welches an ein Kurzentrum erinnert Mehrstöckig Keine explizite Demenzstation Umgeben von einem öffentlichen Park Ländliches Umfeld 	<ul style="list-style-type: none"> 78 Bewohner mit Pflegestufe 3 oder höher 	<ul style="list-style-type: none"> Zimmer sind möbliert (Krankenhausumfeld) Tagesablauf nach Zeitplan des Pflegeheims 1 mal wöchentlich besteht die Möglichkeit an einem Sitz-Tanz und an einem kognitiven Training teilzunehmen Individuelle Termine mit Friseur und Fußpfleger sind verfügbar 	<ul style="list-style-type: none"> Spezialisiert auf medizinische Pflege, dennoch sollen sich die Bewohner explizit wohlfühlen Freiwillige werden in die Freizeitgestaltung mit integriert

Tabelle 1: Architektonische, soziale und organisatorische Merkmale der drei Vergleichsumgebungen

ein großer Park angeschlossen, der von vielen Bewohnern regelmäßig genutzt wird. In diesem Haus sind 25 Fachsozialbetreuer, elf diplomierte Sozialfachbetreuer sowie vier Heimhelfer beschäftigt. Alle Pflegekräfte haben zusätzlich einen Workshop für Demenzpflege absolviert.

Studienteilnehmer

Das österreichische Pflegesystem unterscheidet sieben Pflegestufen, wobei jede Stufe über die benötigten Pflegestunden pro Person und Monat definiert wird. Potentielle Pflegeheim-Bewohner müssen mindestens Pflegestufe 3 aufweisen, somit beträgt der Pflegeaufwand pro Person mindestens 120 Stunden/Monat. Ein Auszug aus einem Pflegeheim ist selten, die Personen leben meist bis zu ihrem Tod in derselben Einrichtung. Während bei den Kontrollgruppen (KG) das einzige Aufnahmekriterium Pflegestufe 3 darstellt, müssen potentielle Bewohner der experimentellen Gruppe (EG) eine medizinische Demenzdiagnose aufweisen. Um die Vergleichbarkeit der Stichproben zu gewährleisten, wurde ein „Matching“-Verfahren angewandt. Im ersten Schritt wurden die 10 Bewohner aus der KG nach folgenden Parametern charakterisiert: Alter, Geschlecht, Typ der Demenzdiagnose, GDS- und FAST-Stadium, MMSE und Anzahl der medizinischen Diagnosen (ausgenommen Demenz). Die Teilnehmer der Kontrollgruppen wurden nun anhand dieser Parameter ausgewählt. Die Merkmale der Personen der KG wurden den Pflegedienstleitern der beiden Kontrollheime mitgeteilt und für jeden Probanden aus EG wurde je ein passender Proband in KG1 und in der KG2 erwählt. Im letzten Schritt des „Matching“-Verfahrens wurden die Testergebnisse der drei Gruppen zur Baseline statistisch mit dem Kruskal-Wallis-Test verglichen. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen festgestellt werden, wodurch die Vergleichbarkeit der Studienteilnehmer gegeben war. Alle Probanden erklärten sich durch Unterzeichnen einer Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie bereit. Falls Bewohner nicht in der Lage waren eine Einverständniserklärung zu unterschreiben, wurde diese von einem Angehörigen oder Sachwalter übernommen. In den meisten Fällen wurde die Einverständniserklärung sowohl vom Bewohner als auch vom Angehörigen unterschrieben. Die Mitarbeiter des Pflegeteams nahmen freiwillig und anonym an der Befragung zur Arbeitszufriedenheit teil.

Instrumente

Folgende Untersuchungsvariablen wurden für Menschen mit Demenz und Mitglieder des Pflegeteams definiert: Eine Zusammenfassung aller erhobenen Variablen zu allen Messzeitpunkten bietet Tabelle 2.

Primäre Ziel-Variablen: Menschen mit Demenz

Um die Lebensqualität der Bewohner zu untersuchen, wurde die autorisierte deutsche Version des „Quality of Life – Alzheimer’s Disease Measure“ (QOL-AD) verwendet (Logsdon, Gibbons, McCurry & Terry, 1999). Um die Perspektive des Angehörigen erheben zu können, wurde die autorisierte deutsche Version des QOL-AD (Version für die Angehörigen) verwendet (Logsdon u.a., 1999). Beide Versionen bestehen aus 13 Items, die auf einer 4-stufigen Likert-Skala (1=schlecht, 2=einigermaßen, 3=gut, 4=sehr gut) bewertet

werden. Da eine Vielzahl der Bewohner bereits verwitwet war, wurde das Item ‚Ehe/Partnerschaft‘ aus dem Fragebogen eliminiert. Die Erhebung wurde von einem klinischen Gesundheitspsychologen durchgeführt.

Primäre Ziel-Variablen: Pflegeteam

Die Erhebung der Arbeitszufriedenheit der Pflegeteams erfolgte mit der Kurzversion der „Skala zur Messung von Arbeitszufriedenheit“ (kurz SAZ) (Fischer & Lück, 1972). Die acht Items werden anhand einer 5-stufigen-Likert-Skala bewertet. Der SAZ-Fragebogen wurde in allen 3 Umgebungen an die Pflegekräfte verteilt, und konnte freiwillig und anonym in eine bereitgestellte „Wahlurne“ eingeworfen werden.

Sekundäre Ziel-Variablen: Menschen mit Demenz

Um die kognitiven Fähigkeiten der Studienteilnehmer beurteilen zu können, wurde die „Mini-Mental-State-Examination“ (MMSE) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975) und die „Brief Cognitive Rating Scale“ (BCRS) (Reisberg & Ferris, 1988) verwendet. Die Alltagsaktivitäten (ADL) wurden mit dem „Functional Assessment Staging“ (FAST) (Reisberg, 1988) erhoben. Zur Feststellung des Schweregrades einer Demenz wurde die „Global Deterioration Scale“ (GDS) (Reisberg, Ferris, de Leon & Crook, 1982) verwendet. Verhaltensauffälligkeiten wurden mit der „Behavioural Pathology in Alzheimer’s Disease Frequency-Weighted Severity Scale“ (BEHAVE-AD-FW) (Monteiro u. a., 2001) und der „Empirical Behavioural Pathology in Alzheimer’s Disease Assessment Scale“ (E-BEHAVE-AD) (Auer, Monteiro & Reisberg, 1996) gemessen. Beide Instrumente erfassen sieben Kategorien von Verhaltensauffälligkeiten. Die Symptome werden auf einer 4-stufigen Likert-Skala (0-3) von Mitgliedern des Pflegeteams (bei BEHAVE-AD-FW) und von einem Psychologen (bei der E-BEHAVE-AD) bewertet. Um die Qualität und Quantität des Sozialkontaktes zu messen, wurde eine für diese Untersuchung entwickelte Skala verwendet. Zwei geschulte Beobachter führten jeweils zwei 30-minütige strukturierte Beobachtungen durch (je eine Beobachtungsphase morgens und nachmittags), um die Art und Intensität des Sozialkontaktes jedes einzelnen Studienteilnehmers zu quantifizieren. Die Beurteilung der Dimensionen erfolgte auf einer 4-stufigen-Likert-Skala (0=Person ist alleine im Privatzimmer; 1=Person ist alleine im Aufenthaltsraum und scheint inaktiv; 2=Person ist im Aufenthaltsraum mit etwas beschäftigt (z.B. TV, Zeitung lesen, Essen, beobachten), 3= Person ist im Aufenthaltsraum und interagiert mit anderen Menschen).

Um die Frequenz der Familienbesuche zu erheben, wurden Angehörige und Mitglieder des Pflegeteams befragt („Wie oft besuchen Sie ihren Angehörigen?“ und „Wie oft bekommt der Bewohner Besuch?“). Die Antworten wurden auf einer 6 stufigen Skala quantifiziert (0 = Kein Besuch, 1 = Weniger als 1 Mal pro Monat, 2 = 1 Mal pro Monat, 3 = Mehrmals pro Monat, 4 = 1 Mal die Woche, 5 = Mehrmals die Woche, 6 = Täglich). Mit der Frage „Wie schätzen Sie den derzeitigen Zustand der Bewohner/in insgesamt ein?“ wurde der „Clinical Global Impression of Change“ (CGI) (Guy, 1976) erhoben. Anhand einer 7-stufigen-Likert-Skala (1=extreme Verbesserung bis 7=extreme Verschlechterung) schätzte ein Mitglied des Pflegeteams und ein Angehöriger den klinischen Status des Bewohners zu allen drei Messzeitpunkten ein.

Zielvariablen	Operationalisierung	Zeitpunkt der Datenerhebung				
		Sc	t1	t2	t3	FO
Bewohner						
Name	Vor- und Nachname	x	x	x	x	x
Alter	In Jahren	x				
Geschlecht	Männlich/weiblich	x				
Leben/Tod	Aktiv oder verstorben	x	x	x	x	x
Ort	Ort des Pflegeheims	x	x	x	x	x
Diagnosen	Typ der Demenzdiagnose		x			
Primäre Ziel-Variablen						
Lebensqualität	QOL-AD (Logsdon et al., 1996)		x	x	x	
Sekundäre Ziel-Variablen						
Kognition	MMSE (Folstein et al., 1975) BCRS (Reisberg & Ferris, 1988) GDS (Reisberg et al., 1988)	x	x	x	x	
Funktion	FAST (Reisberg et al., 1982)	x	x	x	x	
Verhalten	BEHAVE-AD-FS (Monteiro et al., 2001) E-BEHAVE-AD (Auer et al., 1996)		x	x	x	
Soziale Dichte	Offene Beobachtung		x	x	x	
Angehörige						
Primäre Ziel-Variablen						
Lebensqualität	QOL-AD (Logsdon et al., 1996)		x	x	x	
Sekundäre Ziel-Variablen						
Frequenz der Angehörigen-Besuche	1 Item		x	x	x	
Gesundheitszustand	CGI (Guy, 1976)		x	x	x	
Pflegeteam						
Primäre Ziel-Variablen						
Arbeitszufriedenheit	SAZ (Fischer & Lück, 1978)		x	x	x	
Sekundäre Ziel-Variablen						
Frequenz der Angehörigen-Besuche	1 Item		x	x	x	
Gesundheitszustand	CGI (Guy, 1976)		x	x	x	
Stress	PSS (Cohen et al, 1983)		x	x	x	

Anmerkung: Sc = screening, t1 = erste Messung, t2 = Messung nach 3 Monaten, t3 = Endmessung nach 6 Monaten, FO = Beobachtungsperiode von 6 Monate

Tabelle 2: Variablen und Messzeitpunkte

Sekundäre Ziel-Variablen: Pflegeteam

Die subjektiv empfundene Stressbelastung des Pflege-teams wurde mit der 10-Item Version der „Perceived Stress Scale“ (PSS) (s. Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) mit einer 5-stufigen-Likert-Skala (0= Nie, 1= Fast nie, 2= Manchmal, 3= Relativ oft, 4= Sehr oft) erhoben.

Statische Analysemethoden

Zur Datenanalyse wurde das quellenoffene Statistik-paket „R“ (zusätzliche Pakete: rcdmr, stats) verwendet. Um Unterschiede hinsichtlich der Gruppen festzustellen, wurden nicht-parametrische Testverfahren (Kruskal-Wal-

lis und Wilcoxon rank sum test (Mann-Whitney-U) herangezogen, da die Daten nicht normalverteilt waren. Um signifikante zeitliche Veränderungen zu erkennen, wurden der Friedman Test und der Wilcoxon signed-rank Test (mit $\alpha=0.05$) verwendet. Bis zu einem Cut-off von 30% fehlender Antworten auf dem Fragebogen QOL-AD wurden die fehlenden Werte durch die jeweiligen Mittelwerte ersetzt.

ERGEBNISSE

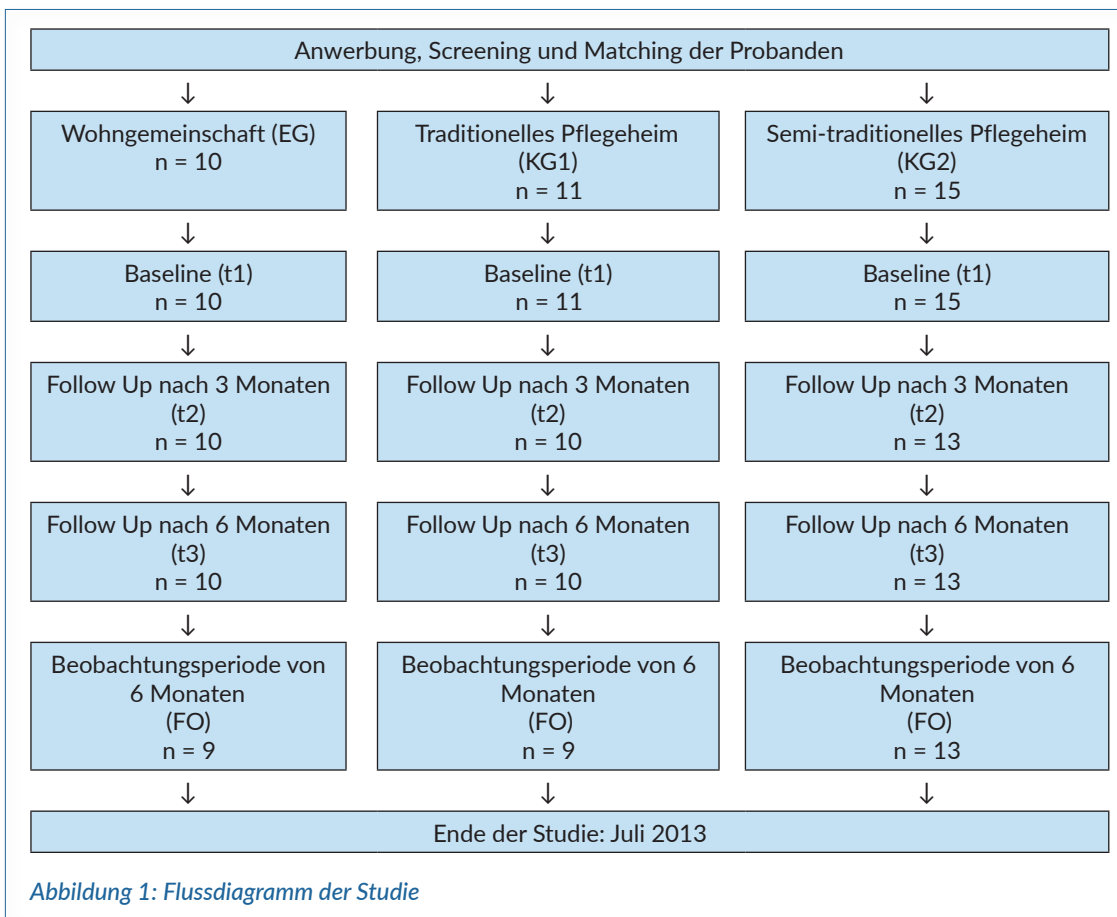
Populationsbeschreibung: Baseline

36 Personen (28 weiblich, 8 männlich) nahmen an der Untersuchung teil. Zehn Personen der Wohngruppe (Experimentalgruppe, EG), 11 Personen aus dem Alten- und Pflegeheim mit dem medizinischen Pflegekonzept (Kontrollgruppe 1, KG1) und 15 Personen aus dem semi-traditionellen Alten- und Pflegeheim (Kontrollgruppe 2, KG2). Zwischen den Gruppen konnten zur Baseline keine statistischen Unterschiede festgestellt werden (Alter: $p= .226$, MMSE: $p= .687$; FAST: $p= .445$; GDS: $p= .555$). Die Gruppen waren somit vergleichbar. Alle Studienteilnehmer hatten eine medizinische Demenz-Diagnose und waren zwischen 76 und 95 Jahre alt. Die Studienteilnehmer hatten durchschnittlich 6.23 (SD= 3.758) medizini-

nische Diagnosen (inklusive Demenz) und der Mittelwert ingenommener Medikamente betrug 7.33 (SD= 3.515). Im Studienzeitraum verstarben zwei Teilnehmer in der KG1, zwei in der KG2 und ein Teilnehmer in der EG - Abbildung 1 zeigt die Veränderungen der Population im Studienverlauf.

Ergebnisse: Primäre Ziel-Variablen

In Tabelle 3 sind die Ergebnisse der primären Zielparameter zusammengefasst. Es wurden keine signifikanten Unterschiede in den QOL-AD Werten der Personen in den verschiedenen Umgebungen nachgewiesen. Die



Die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte war in der EG zu t1 und t2 signifikant höher als in KG1 (t1: p = .021; t2: p = .016). Auch im Vergleich zu KG2 war die Arbeitszufriedenheit in EG zu t2 signifikant höher (p = .013). Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zum dritten Messzeitpunkt (t3). Der Friedman-Rang-Summen-Test zeigte keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der zeitlichen Veränderungen.

**Ergebnisse:
Sekundäre Ziel-Variablen**

Angehörigen bewerteten die Lebensqualität der Bewohner in KG2 zu t1 signifikant schlechter als die Bewohner selbst (p = .024). Zu t3 schätzten die Angehörigen die Lebensqualität in allen Gruppen signifikant niedriger ein als die Bewohner (EG: p = .031; CG1: p = .022; CG2: p = .001). Zum dritten Messzeitpunkt (t3) wurde die Lebensqualität der Bewohner in allen drei Gruppen von den Angehörigen als signifikant niedriger bewertet (EG: p = .023; CG1: p = .000; CG2: p = .002). Die Bewohner selbst bewerteten ihre Lebensqualität über alle 3 Messzeitpunkte gleichbleibend.

Bei den Bewohnern der EG konnte von t1 zu t3 eine signifikante Verschlechterung der MMSE Werte festgestellt werden (p = .036). In den Kontrollgruppen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede (siehe Tabelle 4). Der BCRS-Wert für das Kurzzeitgedächtnis nahm bei den EG-Bewohnern von t2 zu t3 signifikant ab (p = .014). Von t1 zu t2 stieg in der KG1 der BCRS-Wert für das Langzeitgedächtnis (p = .031) und für die Orientierung signifikant an (p = .031). Hinsichtlich des BCRS-Wertes für die Konzentration konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden.

	EG									KG1									KG2								
	t1			t2			t3			t1			t2			t3			t1			t2			t3		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
QOL-AD (13-52)	Bewohner																										
	10	32,52	7,376	9	30,67	3,391	6	33,11	4,298	7	33,23	8,030	5	34,04	10,616	7	31,12	7,830	10	35,24	4,579	13	31,13	5,798	10	34,34	4,724
	Je höher der Wert, desto besser die Lebensqualität																										
	Angehörige																										
QOL-AD Angehörigen Version (13-52)	10	26,80	4,984	10	27,30	4,572	10	23,00	4,000	11	28,18	5,269	9	28,44	5,681	10	22,20	4,962	14	28,28	4,661	13	28,54	4,465	13	24,31	2,720
	Je höher der Wert, desto besser die Lebensqualität																										
	Pflegeteam																										
SAZ Arbeitszufriedenheit (0-32)	6	29,50	2,492	6	30,00	3,521	6	27,67	5,164	14	23,21	5,352	8	22,75	6,112	12	22,08	5,299	20	25,90	4,994	19	26,32	3,698	18	25,44	5,294
	Je höher der Wert, desto besser die Arbeitszufriedenheit																										
	Fette, kursive Mittelwerte zeigen einen Unterschied zwischen den Angehörigen und dem Pflegeteam, p < .05																										
	Fette Mittelwerte zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen, p < .05																										

Tabelle 3: Resultate, Primäre Outcome-Variablen

Während der Studiendauer von 6 Monaten zeigten Probanden der EG und der KG1 keine signifikante Verschlechterung der Alltagsfunktionen. In KG2 wurde jedoch von t2 zu t3 eine signifikante ($p = .001$) Verschlechterung der Alltagsfunktionen, gemessen mit der FAST, festgestellt. Keine signifikanten Änderungen konnten in den GDS-Werten festgestellt werden.

In KG2 wurde auf der BEHAVE-AD-FW zwischen t1 und t2 eine signifikante (gesamt: $p = .012$, global $p = .008$) Reduktion der Verhaltenssymptome festgestellt.

Die Soziale Dichte war zu t2 vormittags in der EG signifikant höher ($p = .008$) als in der KG1, auch in KG2 war die Soziale Dichte signifikant höher ($p = .043$) als in KG1. Zu t3 vormittags war die Soziale Dichte wieder signifikant höher ($p = .004$) als in KG1. Am Nachmittag war die soziale Dichte in der EG zu allen Messzeitpunkten signifikant höher (t1: $p = .003$, t2: $p = .008$, t3: $p = .005$) als KG1. Es gab keine signifikanten Unterschiede in der sozialen Dichte zwischen der EG und der KG2.

Es wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in der Frequenz der Angehörigenbesuche gefunden, allerdings schätzten die Angehörigen die Frequenz der Besuche signifikant höher ein ($p = .048$) als die Mitglieder des Pfltegeteams.

Die Einschätzung über Veränderungen des Gesundheitszustandes des Bewohners durch die Angehörigen und Pflegekräfte waren in der EG und der KG1 zu allen Messzeitpunkten identisch. In der KG2 waren die Einschätzungen nur zu t3 identisch. Angehörige gaben zu t1 ($p = .042$), und t2 ($p = .003$) einen signifikant höheren CGI-Wert an als die Pflegekräfte. Es gab keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich zeitlicher Veränderungen und auch zwischen den Gruppen konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Das Ausmaß des subjektiv erlebten Stresses unterschied sich bei den Mitgliedern der drei verschiedenen Pfltegeteams zu keinem Messzeitpunkt.

Tabelle 4 bietet einen detaillierten Überblick über die Mittelwerte und Standardabweichungen der sekundären Ziel-Variablen.

DISKUSSION

In dieser Beobachtungsstudie konnten keine Unterschiede in der Lebensqualität der Bewohner zwischen einer Wohngruppe und zwei verschiedener Alten- und Pflegeheime festgestellt werden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigen die Ergebnisse größerer Studien (Verbeek u. a., 2010) mit vergleichbarer Methodik. Auch diese Studie fand keine

	EG						KG1						KG2					
	t1		t2		t3		t1		t2		t3		t1		t2		t3	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Bewohner																		
MMSE (0-30)	16.5	6.258	14.1	9.445	13.4	7.933	14.6	8.490	13.4	9.789	15.0	8.606	15.9	8.417	16.2	8.552	16.2	8.464
Je höher der Wert, desto bessere kognitive Fähigkeiten																		
BCRS																		
Konzentration (0-7)	4.6	1.075	5.1	1.370	4.8	1.317	5.09	1.300	3.3	2.058	4.9	1.101	3.8	1.821	4.15	1.463	4.23	1.481
Kurzzeitgedächtnis (0-7)	5.1	0.738	4.7	1.338	5.5	1.080	5.36	1.206	4.4	1.776	5.4	1.350	4.47	1.807	4.46	1.941	4.54	1.613
Langzeitgedächtnis (0-7)	4.7	1.494	4.4	1.838	4.7	1.059	5.0	1.549	3.7	1.829	4.4	1.776	4.13	1.727	3.46	1.561	3.77	1.878
Orientierung (0-7)	4.9	0.994	4.6	1.713	4.8	1.317	5.27	1.489	3.9	2.132	4.9	1.524	3.93	2.282	4.39	1.850	4.31	2.016
Je höher der Wert, desto niedriger die kognitiven Fähigkeiten																		
FAST (1-7)	5.64	0.853	5.88	1.136	5.98	1.101	5.95	1.187	6.1	1.097	6.1	1.317	5.53	1.530	5.46	1.593	6.19	1.572
1 (keine Einschränkungen) bis 7 (hohe Einschränkungen)																		
GDS (1-7)	5.1	0.738	4.9	0.876	4.9	0.994	5.36	1.027	4.78	0.972	5.3	1.059	5.0	1.414	4.38	1.660	4.54	1.613
1 (keine Einschränkungen) bis 7 (hohe Einschränkungen)																		
BEHAVE-AD-FW																		
Total (0-300)	18.1	13.404	10.4	16.880	18.1	25.757	10.8	14.811	7.4	14.041	6.1	6.887	14.9	13.362	7.39	6.752	9.85	7.614
Global (0-3)	0.9	1.197	0.1	0.316	0.3	0.675	0.73	1.272	0.1	0.316	0.2	0.422	1.53	1.302	0.39	0.506	0.62	0.87
Je höher der Wert, desto mehr Verhaltensauffälligkeiten																		
E-BEHAVE-AD																		
Total (0-36)	1.5	1.581	1.2	2.098	2.0	2.357	1.55	0.82	1.7	1.947	1.4	1.430	1.53	1.767	0.85	1.676	1.77	2.315
Global (0-3)	0.8	0.633	0.4	0.516	1.0	0.667	0.91	0.701	0.8	0.789	0.7	0.675	0.8	0.775	0.23	0.599	0.62	0.65
Je höher der Wert, desto mehr Verhaltensauffälligkeiten																		
SOCIAL DENSITY (0-3)																		
Vormittag	1.7	1.252	2.1	1.197	2.4	0.966	0.91	0.701	0.4	0.966	0.6	0.966	2.0	1.254	1.62	1.446	1.31	1.316
Nachmittag	2.9	0.316	2.6	0.516	2.1	0.876	1.27	1.348	1.3	1.160	0.6	0.966	2.2	1.146	1.92	1.115	2.38	0.87
Je höher der Wert, desto höher die Soziale Dichte																		
Angehörige																		
Angehörigen-Besuche (0-6)	4.9	0.568	4.8	0.789	4.9	0.568	4.82	0.603	4.78	0.441	4.7	0.949	4.27	1.033	4.31	1.109	4.38	0.87
Je höher der Wert, desto höher die Frequenz der Angehörigen-Besuche																		
CGI (1-7)	4.5	1.509	4.1	1.792	4.7	1.160	4.18	1.834	4.0	0.5	5.0	1.155	4.93	1.592	4.46	0.776	4.62	0.96
1 (extreme Verbesserung) bis 7 (extreme Verschlechterung)																		
Pfltegeteam																		
Angehörigen-Besuche (0-6)	4.6	1.713	4.4	1.897	4.6	0.966	4.55	0.82	4.4	0.843	4.1	0.994	4.07	1.163	4.15	0.987	3.85	1.068
Je höher der Wert, desto höher die Frequenz der Angehörigen-Besuche																		
CGI (1-7)	4.4	1.075	3.7	1.160	4.3	1.160	4.64	1.206	4.33	1.118	3.9	0.316	3.38	1.609	3.62	0.961	4.08	0.28
1 (extreme Verbesserung) bis 7 (extreme Verschlechterung)																		
PSS (0-40)	5.83	2.714	7.33	6.501	9.5	7.204	6.29	3.709	8.13	4.224	6.7	4.328	9.45	6.992	8.21	5.503	7.84	4.764
Je höher der Wert, desto höher der Stress																		
Fett, unterstrichene Mittelwerte zeigen einen signifikanten Unterschied innerhalb der Gruppe, $p < .05$																		
Fette Mittelwerte zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen, $p < .05$																		
Fette, kursive Mittelwerte zeigen einen Unterschied zwischen den Angehörigen und dem Pfltegeteam, $p < .05$																		

Tabelle 4: Resultate, Sekundäre Outcome-Variablen

signifikanten Vorteile in der Lebensqualität bei Bewohnern von Wohngemeinschaften gegenüber Bewohnern von traditionellen Alten- und Pflegeheimen. De Rooij u. a. (2012), die die Sub-Skalen der Lebensqualitätsdimensionen genauer betrachteten, zeigten differenziertere Ergebnisse, die beiden Konzepten, den Wohngemeinschaften und den traditionellen Konzepten, Vorteile zusprachen. In zukünftigen Untersuchungen sollte daher eine detaillierte Analyse der Lebensqualitätsdomänen einen besseren Einblick in diese komplexe Problematik erlauben.

Obwohl die Ergebnisse mit denen großer Studien im Einklang stehen, ist Vorsicht bei der Interpretation geboten. Verbeek u. a. (2010) verwendeten zur Erhebung der Lebensqualität die QUALIDEM-Skala, die ein anderes Bewertungssystem als die in unserer Untersuchung verwendete QOL-AD aufweist. Die QUALIDEM-Skala unterscheidet zwischen leichter, mittlerer und schwerer Demenz, wobei jede Gruppe unterschiedliche Sub-Skalen zur Bewertung erhält. Verbeek u.a. fanden, dass Wohngemeinschaften sich positiv auf die Sub-Skalen ‚negativer Affekt‘ (bei starker Demenz) und ‚etwas zu tun haben‘ (bei leichter bis mittlerer Demenz) auswirkten. Die QOL-AD trifft einerseits keine Unterscheidung hinsichtlich des Demenz-Schweregrades, noch gibt es Sub-Skalen. Eine Analyse der Einzelitems war vor allem auch bezüglich der kleinen Stichprobe in der vorliegenden Untersuchung wenig sinnvoll. Die Unterschiedlichkeit der verwendeten Skalenkonzepte könnte hier von Bedeutung sein. Sowohl QUALIDEM als auch QOL-AD geben vor, das komplexe Konzept von „Lebensqualität“ bei Vorliegen einer demenziellen Erkrankung zu erfassen. Ob diese beiden Skalen jedoch das gleiche messen, ist unklar. Der Begriff der Lebensqualität ist aufgrund seiner Unschärfe und Mehrdeutigkeit in der Literatur kontrovers diskutiert (z.B. Barcaccia u. a., 2013). So wurde der Begriff der Lebensqualität ursprünglich verwendet, um auf Werte und Ziele zu verweisen, die es achtlos des finanziellen und quantitativen Wertes zu erreichen gilt. Das bedeutet, dass das Ergebnis der Lebensqualität-Untersuchungen stark von der benutzten Skala (und damit dem zugrunde liegenden Lebensqualität-Konzept) abhängt. Wulff (1999) geht sogar so weit, dass für ihn ‚Lebensqualität‘ etwas so stark Subjektives ist, dass keine sinnvollen quantitativen Operationalisierungen möglich seien. Stattdessen muss ein qualitativer Ansatz gewählt werden, in dem Probanden nach ihrem Verständnis von Lebensqualität befragt werden. Obwohl diesem Ansatz viel abzugewinnen ist, wird es schwierig sein, diesen auch auf größere Stichproben anzuwenden. Des Weiteren ist dieser Ansatz aufgrund der schwer betroffenen kognitiven Fähigkeiten bei Menschen mit Demenz in späteren Stadien nicht mehr anwendbar.

Die Diskrepanz zwischen der beobachteten QOL-AD Bewertung der Angehörigen und der Bewohner selbst, die in dieser Untersuchung festgestellt werden konnte, wurde auch von anderen Autoren berichtet (Zhao u. a., 2012). Zhao u.a. erklärt diesen Unterschied damit, dass die Bewertung der Angehörigen durch Faktoren wie Depression, Belastung oder bisherige Beziehung zum Betroffenen negativ beeinflusst wird (siehe auch Logsdon u. a., 1999).

Die Arbeitszufriedenheit des Pflorgeteams war in der Wohngruppe zu den ersten beiden Messzeitpunkten sig-

nifikant höher als in den beiden Vergleichsgruppen. Dieser Unterschied war jedoch zu Messzeitpunkt 3 nicht mehr nachweisbar. Ein ähnliches Ergebnis erzielten auch Verbeek u.a. die ebenfalls keine signifikanten Unterschiede in der Arbeitszufriedenheit der Teams identifizieren konnten (Verbeek u. a., 2010). Das Forscherteam hatte insgesamt den Eindruck, dass das Pflgeteam der EG durch die Vorreiterrolle, die das Projekt hatte, zu Beginn hoch motiviert war, diese Begeisterung sich jedoch wieder legte, nachdem der normale Arbeitsalltag eingeleitet war. Eine regelmäßige fachlich-psychoziale Unterstützung des Teams könnte hier Abhilfe schaffen und die Motivation der Teams unterstützen.

Die kognitiven Funktionen, gemessen mit MMSE und BCRS (Kurzzeitgedächtnis), die als sekundäre Zielvariablen innerhalb des 6 monatigen Testintervalls ebenfalls 3 mal erhoben wurden, waren bei den Bewohnern der Wohngruppe (EG), signifikant reduziert. Neun von zehn Bewohnern zeigten im MMSE eine Verringerung der Punktezahl. Die meisten Bewohner der Wohngruppe waren kurz vor der Untersuchung von zu Hause in die Wohngruppe umgezogen. Die Abnahme der kognitiven Fähigkeiten könnte ein Resultat dieser Übersiedlung sein. Untersuchungen weisen auf die Wichtigkeit kognitiver Stimulation in Institutionen hin, die diesen Verlust verhindern helfen (Aguirre, Woods, Spector & Orrell, 2013; Logsdon, McCurry & Teri, 2007; Middelstädt, Folkerts, Blawath & Kalbe, 2016). Die Personen der Vergleichsgruppe lebten größtenteils schon längere Zeit in den Institutionen und konnten sich an die Umgebung adaptieren. Das Pflegekonzept der untersuchten Wohngemeinschaft nimmt bewusst Abstand von traditioneller medizinisch-fokussierter Pflege. Auch hier könnten die Gründe für einen schlechteren zeitlichen Verlauf der kognitiven Fähigkeiten zu suchen sein. Verhaltensauffälligkeiten waren in der Wohngruppe signifikant häufiger zu beobachten. Untersuchungen zeigen, dass Verhaltensauffälligkeiten ebenfalls mit einer schlechteren kognitiven Leistungsfähigkeit korrelieren (z.B. Ganguli, Snitz, Bilt & Chang, 2009). Zwar gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Besuchsfrequenz, jedoch konnten wir qualitative Unterschiede wahrnehmen. In der EG konnten die Angehörigen explizit bei alltäglichen Tätigkeiten mithelfen (z.B. die Haare des Bewohners waschen), durch diese Form der Interaktion wurde der Besuch mit Sinn erfüllt. In den traditionellen Pflegeheimen waren die Familienbesuche eher durch Pflichtgefühl motiviert als durch eine bestimmte Absicht. Dies schuf eine Situation, in denen die Angehörigen nicht genau wussten, was sie mit dem Betroffenen tun oder ihm/ihr sagen sollten. Das Thema des qualitativen Unterschieds der Familienbesuche könnte durch weitere Studien noch genauer untersucht werden.

Des Weiteren weist die Studie einige Mängel auf, die es zu erwähnen gilt, da sie die Verallgemeinerung der Ergebnisse verhindern.

1. Es handelt sich um eine Untersuchung, die von den Auftraggebern (Land Oberösterreich und Magistrat der Stadt Wels), die ein Interesse an den Ergebnissen hatten, zu gleichen Teilen finanziert wurde. Trotzdem versuch-

- ten die Forscher so unabhängig und unbeeinflusst wie möglich, an die Untersuchung heranzugehen.
2. Die Vergleichsheime wurden nicht zufällig, sondern gezielt von der Sozialabteilung des Landes Oberösterreich ausgewählt. Ob die ausgewählten Heime repräsentativ für alle Heime sind, ist unbekannt.
 3. Die Stichprobe der Untersuchung ist sehr klein, da es zu Studienbeginn nur eine Wohngruppe gab, die nach diesem Konzept arbeitete. Aus diesem Grund wurde die Matching-Methode angewandt, die eine möglichst homogene Vergleichsgruppe erzeugt hat. Die Personen waren bezüglich der ausgewählten Matching-Kriterien, die sich an der internationalen Literatur orientierten, vergleichbar.
 4. Das Originalkonzept der Wohngruppe (EG) sollte einen Lebensraum für Menschen mit Demenz, die in einem frühen Stadium der Krankheit sind und die über limitierte Familienressourcen verfügen, bereitstellen. Tatsächlich wurden aber auch Betroffene im fortgeschrittenen Krankheitsstadium für die Wohngruppe rekrutiert. Dies führte zu einer Inhomogenität der Stichprobe und allgemeine Aussagen waren daher schwer zu generieren.
 5. Durch die Inhomogenität der Bewohner der Wohngruppe konnte aus unserer Sicht das ursprüngliche Konzept der sozialen Förderung von Menschen mit Demenz in den frühen Stadien der Krankheit nicht optimal umgesetzt werden, da eine Gruppenförderung aufgrund der inhomogenen Bedürfnisse schwierig zu organisieren ist. Das Prinzip ‚die richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt‘ wurde damit nicht optimal realisiert (Bruce & Paterson, 2000). Durch den begrenzten Wohnraum sind Personen im frühen Stadium der Krankheit noch enger mit den Symptomen einer schweren Demenz konfrontiert als in großen Institutionen. Dies könnte sehr belastend sein und zu Konflikten und Depressionen führen. Hier besteht dringender Forschungsbedarf. Personen in einem frühen Stadium einer demenziellen Erkrankung können größere Räume durchaus bewältigen und brauchen diese auch zu ihrer Entfaltung der Förderung der Unabhängigkeit. In KG2 war dies gut zu beobachten. In diesem traditionellen Pflegeheim waren die Bewohner bezüglich ihres Aufenthaltsortes unter Tags nicht eingeschränkt und konnten so den Kontakt mit Personen mit schwerer Beeinträchtigung vermeiden und den sozialen Umgang in erster Linie nach dem Kriterium der Sympathie auswählen. Matching nach sozialen Kriterien und nicht nach Diagnose-Kriterien wird auch in dem neu entwickelten „Demenzdorf Konzept Hogeweyk“ praktiziert (<http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/>). Wie alle Menschen, so haben auch Menschen mit Demenz ganz unterschiedliche Interessen, die vor allem bei der Entwicklung von alternativen Pflegekonzepten berücksichtigt werden sollten.

gefunden. Zwar war die Arbeitszufriedenheit bei den ersten zwei Messzeitpunkten in der kleineren Wohngemeinschaft höher als in den traditionellen Pflegeheimen, dieser Effekt war bei der letzten Messung nicht mehr vorhanden. Trotz der kleinen Strichprobe sind die Ergebnisse in Einklang mit größeren Studien. Die Ergebnisse liefern einen Hinweis, dass die Lebensqualität nicht zwangsläufig mit der Größe der Einrichtung in Zusammenhang steht.

ZUSAMMENFASSUNG

In dieser Studie konnten keine Unterschiede zwischen der kleineren Wohngemeinschaft und den traditionellen Pflegeheimen hinsichtlich der Lebensqualität von Menschen mit Demenz festgestellt werden. Unklare Ergebnisse wurden in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit des Pflorgeteams

LITERATUR

- Aguirre, E., Woods, R. T., Spector, A., & Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing Research Reviews*, 12 (1), 253–262. <http://doi.org/10.1016/j.arr.2012.07.001>
- Alzheimer's Disease International. (2015). *World Alzheimer report 2015. The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends.*
- Auer, S. R., Monteiro, I. M., & Reisberg, B. (1996). The Empirical Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (E-BEHAVE-AD) Rating Scale. *International Psychogeriatrics / IPA*, 8 (2), 247–266.
- Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., Bertolaso, M., Elvira, M., & De Marinis, M. G. (2013). Defining Quality of Life: A Wild-Goose Chase? *Europe's Journal of Psychology*, 9 (1), 185–203. <http://doi.org/10.5964/ejop.v9i1.484>
- Björk, S., Juthberg, C., Lindkvist, M., Wimo, A., Sandman, P.-O., Winblad, B., & Edvardsson, D. (2016). Exploring the prevalence and variance of cognitive impairment, pain, neuropsychiatric symptoms and ADL dependency among persons living in nursing homes; a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 16 (1). <http://doi.org/10.1186/s12877-016-0328-9>
- Bruce, D. G., & Paterson, A. (2000). Barriers to community support for the dementia carer: a qualitative study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15 (5), 451–457.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (4), 385–396.
- Cohen, U., & Wiseman, G. D. (1991). *Holding on to Home Designing Environments for People with Dementia.* John Hopkins University Press.
- de Rooij, A. H. P. M., Luijckx, K. G., Schaafsma, J., Declercq, A. G., Emmerink, P. M. J., & Schols, J. M. G. A. (2012). Quality of life of residents with dementia in traditional versus small-scale long-term care settings: a quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (8), 931–940. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.02.007>
- Fischer, L., & Lück, H. E. (1972). Entwicklung einer Skala zur Messung von Arbeitszufriedenheit (SAZ). *Psychologie und Praxis*, 16, 64.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). „Mini-mental state“. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3), 189–198.
- Ganguli, M., Snitz, B., Bilt, J. V., & Chang, C.-C. H. (2009). How much do depressive symptoms affect cognition at the population level? The monongahela-youghiogheny healthy aging team (MYHAT) study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24 (11), 1277–1284. <http://doi.org/10.1002/gps.2257>
- Geck, Monika (2011): *Konzept Betreute Wohngemeinschaft für Menschen im Alter.* Fassung 6.6.2011.
- Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology.* MD: US Department of Health, Education, and Welfare Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration.
- Hoffmann, F., Kaduszkiewicz, H., Glaeske, G., van den Bussche, H., & Koller, D. (2014). Prevalence of dementia in nursing home and community-dwelling older adults in Germany. *Aging Clinical and Experimental Research*, 26 (5), 555–559. <http://doi.org/10.1007/s40520-014-0210-6>
- Juraszovich, B., Sax, G., Rappold, E., Pfabigan, D., & Stewig, F. (2015). *Demenzstrategie „Gut Leben mit Demenz“.* Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. Gesundheit Österreich GmbH.
- Kane, R. A., Lum, T. Y., Cutler, L. J., Degenholtz, H. B., & Yu, T.-C. (2007). Resident outcomes in small-house nursing homes: a longitudinal evaluation of the initial green house program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (6), 832–839. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01169.x>
- Lithgow, S., Jackson, G. A., & Browne, D. (2012). Estimating the prevalence of dementia: cognitive screening in Glasgow nursing homes: Estimating the prevalence of dementia in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27 (8), 785–791. <http://doi.org/10.1002/gps.2784>
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Terry, L. (1999). Quality of life in Alzheimer's disease: Patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health & Aging*, 5 (1), 21–32.
- Logsdon, R. G., McCurry, S. M., & Teri, L. (2007). Evidence-Based Interventions to Improve Quality of Life for Individuals with Dementia. *Alzheimer's care today*, 8 (4), 309–318.
- Middelstädt, J., Folkerts, A.-K., Blawath, S., & Kalbe, E. (2016). Cognitive Stimulation for People with Dementia in Long-Term Care Facilities: Baseline Cognitive Level Predicts Cognitive Gains, Moderated by Depression. *Journal of Alzheimer's Disease*, 54 (1), 253–268. <http://doi.org/10.3233/JAD-160181>
- Monteiro, I. M., Boksay, I., Auer, S. R., Torossian, C., Ferris, S. H., & Reisberg, B. (2001). Addition of a frequency-weighted score to the Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale: the BEHAVE-AD-FW: methodology and reliability. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 16 Suppl 1, 5s–24s.
- Reisberg, B. (1988). Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacology Bulletin*, 24 (4), 653–659.
- Reisberg, B., & Ferris, S. H. (1988). Brief Cognitive Rating Scale (BCRS). *Psychopharmacology Bulletin*, 24 (4), 629–636.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139 (9), 1136–1139.
- Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G., van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G. I. J. M., & Hamers, J. P. H. (2010). Dementia care re-designed: Effects of small-scale living facilities on residents, their family caregivers, and staff. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11 (9), 662–670. <http://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.08.001>
- WHO. (2012). *Dementia - a public health priority.*
- Wimo, A., Asplund, K., Mattsson, B., Adolfsson, R., & Lundgren, K. (1995). Patients with dementia in group living: experiences 4 years after admission. *International Psychogeriatrics / IPA*, 7 (1), 123–127.
- Wulff, H. (1999). The two cultures of medicine: objective facts versus subjectivity and values. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 92 (11), 549.
- Zhao, H., Novella, J.-L., Dramé, M., Mahmoudi, R., Barbe, C., di Pollina, L., ... Jolly, D. (2012). Factors associated with caregivers' underestimation of quality of life in patients with Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 33 (1), 11–17. <http://doi.org/10.1159/000333070>