

Lebens- und Betreuungsqualität demenzkranker Menschen in der besonderen stationären Betreuung in Hamburg:

Segregative und teilsegregative Versorgung im Vergleich

Siegfried Weyerer, Martina Schäufele, Ingrid Hendlmeier

■ Etwa zwei Drittel aller Bewohner und Bewohnerinnen in deutschen Pflegeheimen leiden an einer Demenz, wobei ihre Versorgung überwiegend integrativ erfolgt, d.h. zusammen mit nicht Demenzkranken im gleichen Wohnbereich. In Deutschland wurden im Rahmen der besonderen Dementenbetreuung vor allem in der Stadt Hamburg neue Versorgungskonzepte entwickelt. 750 Pflegeheimplätze wurden segregativ oder teilsegregativ so umgestaltet, dass sie den besonderen Bedürfnissen von Menschen Rechnung tragen, die an einer fortgeschrittenen Demenz und Verhaltensauffälligkeiten leiden. In dieser Arbeit wird am Beispiel von Hamburg die Frage untersucht inwieweit sich die Lebens- und Betreuungsqualität demenziell Erkrankter (N=594) unterscheidet, je nachdem, ob sie segregativ (Domusprinzip; N=366) oder teilsegregativ (Integrationsprinzip; N=228) betreut werden. Um ein möglichst vollständiges Bild – auch über kognitiv stark beeinträchtigte Personen – zu gewinnen, basierte die Informationsgewinnung hauptsächlich auf Einschätzungen des qualifizierten Pflegepersonals. Es fanden sich jeweils unterschiedliche Vor- und Nachteile zwischen segregativer Betreuung (Domusprinzip) und teilsegregativer Betreuung (Integrationsprinzip): Im Integrationsprinzip war die Aktivitätenrate der Demenzkranken, die Besuchshäufigkeit von Angehörigen und ihre Einbindung bei der Pflege und Betreuung wesentlich höher als im Domusbereich. Bei den Bewohnern und Bewohnerinnen im Domusbereich wurden dagegen signifikant häufiger Informationen zur Biographie erhoben. Der Anteil der gerontopsychiatrisch behandelten Demenzkranken war bei der Versorgung nach dem Domusprinzip höher. Außerdem erhielten Demenzkranke im Domusbereich mehr psychotrope Medikamente, wobei signifikant häufiger Antidepressiva und Antidepressiva und weniger Neuroleptika verordnet wurden.

■ Quality of life and care of dementia patients in nursing homes in the city of Hamburg: a comparison of segregative and partially segregative care:

About two thirds of the residents in German nursing homes suffer from some type of moderate to severe dementia. In general, they live together with non-demented residents. Within the framework of special care programs for dementia patients in Germany, the city of Hamburg plays a prominent role. To fulfill the special needs of dementia patients with behavior problems a segregative and partially segregative program was established for 750 residents. Based on a sample of 594 dementia patients in these facilities we examine whether quality of life and care for dementia patients differs according to the type of care given, i.e. segregative (domus philosophy; N=366), or partially segregative (integration philosophy; N=228). In order to gain the most complete picture possible – also for persons with severe cognitive impairments – information was collected primarily on the basis of the assessments made by qualified nursing staff. In the city of Hamburg there were advantages and disadvantages, respectively, between segregative care (domus philosophy) and partially segregative care (integration philosophy): the activity rates of dementia patients, the number of visits from relatives and their involvement in the nursing and social care were much higher for the integrative, as opposed to the domus setting. Among the residents of domus-care homes, however, significantly more biographical information was collected, and the proportion of dementia patients receiving gerontopsychiatric care also was higher. Dementia patients in these homes also received more psychotropic medication, with antidementia drugs and antidepressants being prescribed significantly more frequently and antipsychotic drugs less frequently.

Hintergrund

Neueren repräsentativen Studien (Schäufele et al. 2004) zufolge leiden etwa zwei Drittel (d.h. nahezu 400.000 Menschen) von den insgesamt 604.000 Pflegebedürftigen in den deutschen Heimen (Statistisches Bundesamt 2003) an einer mittelschweren oder schweren Demenz. Überwiegend werden diese integrativ, d.h. zusammen mit nicht Demenzkranken im gleichen Wohnbereich versorgt. Neben den kognitiven Einbußen

und Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten führen nicht-kognitive Symptome und Verhaltensprobleme wie Unruhezustände, aggressives Verhalten oder psychotische Symptome häufig zu einer Überlastung pflegender Angehöriger und erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Heimaufnahme. Um die damit verbundenen Versorgungsprobleme besser bewältigen zu können, wurden in den letzten Jahren auch in Deutschland zunehmend neue Betreuungsansätze entwickelt. Dabei spielt die besondere stationäre Dementen-

betreuung in Hamburg eine herausragende Rolle.

Die besondere Dementenbetreuung in Hamburg

In Hamburg wurden in den letzten Jahren 750 Pflegeheimplätze konzeptionell so umgestaltet, dass sie den besonderen Bedürfnissen von Menschen Rechnung tragen, die an einer fortgeschrittenen Demenz und Verhaltensauffälligkeiten leiden. Nach Kel-

lerhof (2002) wurde bei der Größenordnung von 750 Plätzen davon ausgegangen, dass von den geschätzten 5.600 demenzkranken Heimbewohnern und -bewohnerinnen 10 bis 20% zur Gruppe der Menschen gehören, die wegen ausgeprägter Verhaltensauffälligkeiten besonders betreuungsbedürftig sind. Dies entspricht knapp 5% der vorhandenen Pflegeheimplätze. Durch ein auf diese Zielgruppe ausgerichtetes Betreuungskonzept der Einrichtungen soll gleichzeitig die Situation des Pflegepersonals wie auch der anderen Heimbewohner und -bewohnerinnen verbessert werden.

In den Hamburger Modelleinrichtungen müssen bestimmte, milieutherapeutische Grundsätze der Betreuung umgesetzt werden:

- Anpassung von Lebensraum und Tagesgestaltung an die Bedürfnisse Demenzkranker;
- Orientierung der Pflege an Biographie, Vorlieben, Abneigungen und verbliebenen Fähigkeiten;
- konstantes und vorhersehbares Verhalten der Pflege- und Hauswirtschaftskräfte;
- aktivierende Betreuungsangebote;
- Beratung und Fallbesprechungen durch einen gerontopsychiatrisch erfahrenen Arzt;
- Erfüllung bestimmter baulicher Anforderungen: Gruppenraum für Aktivitäten und Mahlzeiten, Rückzugsmöglichkeiten, Platz zum »Wandern«, geräumige und gut ausgeleuchtete Sanitäranlagen, helle Tages- und Gemeinschaftsräume, möglichst wohnliche Ausstattung;
- Erfüllung personeller Anforderungen: fachliche Leitung durch Pflegefachkraft mit gerontopsychiatrischer Zusatzqualifikation, verpflichtende Fortbildung für alle Teammitglieder einschließlich der hauswirtschaftlichen Kräfte, Personal außerhalb der Nachtwachzeit: eine anwesende Pflegekraft je acht Bewohner. Die verbindlich vorgeschriebene Relation zwischen (anwesenden) Pflegekräften und Bewohnerinnen und Bewohnern führt unter Berücksichtigung der erforderlichen zusätzlichen Zeiten für Fortbildung, Fallbesprechungen etc. zu einem Mehraufwand (gegenüber der Normalpflege in Hamburg) von etwas über 40 Minuten je Tag und Bewohner/Bewohnerin und zu einem kalkulatorischen Pflegepersonalschlüssel von etwa 1:1,7 im Domus-Prinzip. Die vereinbarten Pflegesätze bedeuten einen Mehraufwand von bis zu 500 Euro monatlich gegenüber einem norma-

len Pflegeheim. Die Erhöhung bezahlen in der Praxis die Betroffenen und/oder die Sozialhilfe (Kellerhof 2002).

Für eine Aufnahme in die besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Diagnose einer irreversiblen Demenzerkrankung: mit einer Ausprägung von weniger als 18 Punkten im Mini-Mental-Status-Test (MMST; Folstein et al. 1975);
- Grundsätzlich mindestens Pflegestufe 2: durch Bescheid der Pflegekasse festgestellt;
- Schwerwiegende Verhaltensauffälligkeiten: mindestens eine schwere oder drei leichte Auffälligkeiten nach dem modifizierten Cohen-Mansfield-Agitation-Inventary (modCMAI; Cohen-Mansfield 1996; Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg, Amt für Soziales und Rehabilitation 1999);
- Mobilität: soll soweit erhalten sein, dass eine Teilnahme an Gruppenaktivitäten und dem Gemeinschaftsleben möglich ist.

Die besondere stationäre Dementenbetreuung kann sowohl nach dem Domusprinzip (segregativ) als auch nach dem Integrationsprinzip (teilsegregativ) gestaltet werden:

- Das Domus-Prinzip besteht in einer spezialisierten, segregativen »Rund-um-die-Uhr«-Betreuung (d.h. notwendige pflegerische Versorgung, Tagesstrukturierung und ergänzende aktivierende therapeutische Angebote) der Demenzkranken. Sie leben zusammen in einem demenzgerecht gestalteten Wohnbereich. Die betreuenden Personen unterstützen sie im Rahmen einer möglichst normalen Lebensführung bei allen krankheitsbedingten Einschränkungen.
- Unter dem Integrationsprinzip versteht man eine Begleitung und Betreuung (d.h. notwendige pflegerische Versorgung, Tagesstrukturierung und ergänzende therapeutische Angebote) der Demenzkranken in einer teilsegregativen Versorgung, die in die stationäre »Rund-um-die-Uhr«-Betreuung eingebettet ist. Die Demenzkranken leben mit nicht Demenzkranken im gleichen Wohnbereich, erhalten aber tagsüber ein spezielles Betreuungsangebot in einem dafür vorgesehenen besonderen Bereich.

Bislang gibt es keine quantitativen Evaluationsstudien im deutschsprachigen Raum, in denen in der besonderen stationären Dementenbetreuung nach segregativer (Do-

musprinzip) und teilsegregativer Versorgung (Integrationsprinzip) differenziert wurde. Die vorliegende Arbeit ist Teil einer umfassenden Evaluationsstudie mit der die Arbeitsgruppe Psychogeriatric am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit beauftragt wurde. Eine ausführliche Darstellung aller Ergebnisse erfolgt in dem Buch »Demenzkranken Menschen in Pflegeeinrichtungen: Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich«, das noch in diesem Jahr im Kohlhammer-Verlag erscheinen wird (Weyerer et al. 2005).

Ziele und methodisches Vorgehen

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll die Frage untersucht werden:

Wie unterscheiden sich hinsichtlich der Lebens- und Betreuungsqualität Demenzkranken in Hamburg, die segregativ (Domusprinzip) betreut werden von Demenzkranken die teilsegregativ (Integrationsprinzip) versorgt werden?

Zur Beantwortung dieser Frage beziehen wir uns in dieser Arbeit ausschließlich auf Demenzkranken, die an einem bestimmten Stichtag in den Einrichtungen lebten.

Nach sorgfältiger Abwägung der Vor- und Nachteile verschiedener Vorgehensweisen (Selbstbeurteilung durch die Demenzkranken; systematische Verhaltensbeobachtungen; Beurteilung durch nahe Angehörige oder Pflegepersonal) entschieden wir uns bei der Erhebung bewohnerbezogener Daten für die Fremdbeurteilung durch qualifizierte Pflegepersonen: Sie sind die wichtigsten Interaktionspartner für die Heimbewohner und -bewohnerinnen und können – wie Voruntersuchungen ergeben haben – auch Indikatoren der Lebens- und Betreuungsqualität zuverlässig einschätzen. Ein solches Vorgehen mit Hilfe eines standardisierten und zeitökonomischen Untersuchungsinstruments liefert quantifizierbare Daten für alle, auch für körperlich, kognitiv und sensorisch schwerst beeinträchtigte Heimbewohner und -bewohnerinnen.

Für die Charakterisierung der Situation Demenzkranker in der besonderen Dementenbetreuung konnte im Kern auf ein umfangreiches quantitatives Erhebungsinstrumentarium zurückgegriffen werden, dessen Reliabilität und Praktikabilität in früheren Studien der Arbeitsgruppe Psychogeriatric untersucht wurden. Das

multidimensionale Pflege- und Verhaltensassessment »Mannheimer Arbeitsheft zur Beurteilung von Bewohnern und Bewohnerinnen in stationären Pflegeeinrichtungen durch Pflegekräfte« – kurz PVA – bildet folgende Bereiche ab:

- Soziodemographische Charakteristika;
- Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten (Barthel-Index) und weitere funktionelle Beeinträchtigungen (sensorische Beeinträchtigungen, Dekubitus, Stürze);
- Demenzsymptome (PVA-Kurzskala »Demenz«); die PVA-Kurzskala »Demenz« ist ein von der Arbeitsgruppe Psychogeriatric entwickeltes Screeningverfahren zur Identifikation und Schweregradbestimmung fortgeschrittener demenzieller Prozesse in der stationären Pflege. Es kann von Pflegekräften zeitökonomisch bearbeitet werden und weist günstige Gütekriterien auf: Es handelt sich um eine Skala mit acht Items, in der kognitive Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen beurteilt werden (z.B. Probleme beim Erinnern von Ereignissen der letzten Tage, beim Erkennen von Angehörigen/Personal). Der PVA-Demenzscore reicht von 0 (keine Beeinträchtigung) bis 16 (maximale Beeinträchtigung) Punkte. Eigene Untersuchungen ergaben, dass die Güte der Einschätzungen des Pflegepersonals im Vergleich mit dem Expertenurteil – basierend auf dem Clinical Dementia Rating (Hughes et al. 1982) – sehr hoch war: Mittelschwere und schwere Demenzsyndrome konnten mit einer Sensitivität von 93%, einer Spezifität von 85% und einem Kappa-Wert von 0.77 identifiziert werden. Damit wurde die Qualität von anerkannten Screening-Instrumenten erreicht (Weyerer et al. 2000).

- Nicht-kognitive Symptome, wie z.B. Wahn, Halluzinationen, Depression/Dysphorie, Schlafstörungen, wurden erhoben anhand des Neuropsychiatrischen-Inventars-Kurzversion (NPI-Q-mod.; Kaufer et al. 2000), Agitiertheit und Verhaltensauffälligkeiten im engeren Sinne anhand der im Rahmen des Hamburger Modells modifizierten Fassung des Cohen-Mansfield-Agitation-Inventary (CMAI-mod.; Cohen-Mansfield 1996);

- Soziale Kontakte und Aktivitäten (innerhalb und außerhalb der Einrichtung);

- Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen;

- Ausdruck von positiven und negativen Gefühlen anhand einer modifizierten Fassung der Modified Apparent Emotion Scale (Albert et al. 2001);

- Freiheitseinschränkende Maßnahmen;
- Medizinische, vor allem psychiatrische Versorgung und medikamentöse Behandlung, Bestimmung der nicht sachgerechten Medikation (nach Beers et al. 1991, Beers 1997)

Ergebnisse

Zu Beginn der Stichtagserhebung (März 2002) gab es in Hamburg 31 Modelleinrichtungen für Demenzkranke mit insgesamt 744 Plätzen, von denen 62% auf das Domusprinzip und 38% auf das Integrationsprinzip entfielen. An der Studie beteiligten sich 28 Einrichtungen mit insgesamt 594 Bewohnern und Bewohnerinnen, d. h. die Ausschöpfung lag bei über 80%.

Von den 594 Bewohnern und Bewohnerinnen der Stichtagspopulation lebten 366 Personen (61,6%) in Einrichtungen mit Domusprinzip und 228 Personen (38,4%) in Einrichtungen des Integrationsmodells (Tabelle 1). Die Bewohner und Bewohnerinnen im Integrationsmodell waren mit durchschnittlich 85,0 Jahren ein wenig älter als die Personen im Domusprinzip (M=83,9 Jahre). Im Domusmodell befanden sich etwas mehr männliche Bewohner (17,5%) als im Integrationsmodell (13,6%). Hinsichtlich der Aufenthaltsdauer in der Einrichtung und der Aufenthaltsdauer in den aktuellen Wohnbereichen unterschieden

den sich die Bewohner und Bewohnerinnen der unterschiedlichen Betreuungsprinzipien nicht. Im Mittel lebten die Bewohner und Bewohnerinnen 2,8 bzw. 2,7 Jahre in der Einrichtung und 2,1 bzw. 2,0 Jahre auf dem Wohnbereich. Ein Drittel der Bewohner und Bewohnerinnen der Domusbereiche und auch der Integrationsmodelle waren seit dem Heimeinzug in einen anderen Wohnbereich umgezogen. Laut Pflegedokumentation war bei etwa 90% aller Bewohner und Bewohnerinnen eine Demenzdiagnose registriert. 99,7% aller Bewohner und Bewohnerinnen wiesen auf der PVA-Kurzskala »Demenz« drei und mehr Punkte auf und hatten somit eine mittelschwere oder schwere Demenz.

In der Einstufung nach dem SGB XI zeigten sich keine Unterschiede zwischen den beiden Versorgungsformen: 92,5% der Personen in den Domuseinheiten hatte Pflegestufe II und III, bei den Integrationsplätzen befanden sich 89,2% der Bewohner und Bewohnerinnen in Pflegestufe II und III (Tabelle 2). Auch hinsichtlich des Anteils der bettlägerigen Personen zeigte sich kein signifikanter Unterschied, jedoch waren die Bewohner und Bewohnerinnen der Domuseinheiten signifikant mobiler: 65,7% dieser Bewohner und Bewohnerinnen konnten 50 m selbstständig gehen, in den Integrationsmodellen waren es nur 57,1%. Der Anteil der Bewohner und Bewohnerinnen mit mindestens einem Sturz

Tabelle 1 Vergleich zwischen Domus- und Integrationsmodell in Hamburg (Stichtagspopulation): Soziodemographische Daten und Diagnosen

		Domus (N=366)	Integration (N=228)	p
Geschlecht	weiblich	82,5%	86,4%	<i>n.s.</i> ¹
Alter	M (SD)	83,9 (7,5)	85,0 (8,0)	<i>.09</i> ²
	bis 85 Jahre	52,5%	43,0%	* ¹
	85 Jahre und älter	47,5%	57,0%	
Aufenthaltsdauer im Heim (Jahre)	M (SD) (Range)	2,8 (2,7) (0,1-17,6)	2,7 (2,4) (0,1-18,1)	<i>n.s.</i> ²
Aufenthaltsdauer im Wohnbereich (Jahre)	M (SD) (Range)	2,1 (2,0) (0,1-17,6)	2,0 (1,8) (0,1-8,9)	<i>n.s.</i> ²
Umzug innerhalb der Einrichtung		33,3%	36,7%	<i>n.s.</i> ¹
Diagnosen (laut Pflegedokumentation)	M (SD)	5,0 (2,5)	4,6 (2,7)	<i>.08</i> ²
	Demenzdiagnosen	87,4%	81,1%	* ¹
	Demenzdiagnosen (inklusive nicht näher klassifizierte psychoorganische Störungen)	94,3%	88,6%	

¹= χ^2 -Test, ²=t-Test; ***=<0.001, **=<0.01, *=<0.05, n.s.=nicht signifikant

Tabelle 2 Vergleich zwischen Domus- und Integrationsmodell in Hamburg (Stichtagspopulation):
Alltagskompetenz und funktionelle Beeinträchtigungen

		Domus (N=366)	Integration (N=228)	p
Alltagskompetenz (Barthel-Index)	M (SD) (Range)	34,8 (26,1) (0-100)	30,6 (25,0) (0-95)	.07 ²
Pflegestufen (SGB XI)	Pflegestufe I	6,1%	9,9%	n.s. ¹
	Pflegestufe II	64,3%	59,6%	
	Pflegestufe III	28,1%	29,6%	
	beantragt	1,1%	0,9%	
	kein Antrag	0,3%	0,0%	
Bettlägerigkeit		10,3%	6,6%	n.s. ¹
Dekubitus		7,1%	3,1%	* ¹
Gehfähigkeit	mind. 50 m selbstständig oder mit Hilfsperson	65,7%	57,1%	* ¹
Sturzvorkommen	in den letzten vier Wochen	19,7%	18,9%	n.s. ¹

¹= χ^2 -Test, ²=t-Test; ***=<0.001, **=<0.01, *=<0.05, n.s.=nicht signifikant

(bezogen auf einen Zeitraum von vier Wochen) lag in beiden Bereichen bei knapp 20%. Der Anteil der Personen mit Dekubitus war im Domusbereich mit 7,1% signifikant höher als bei den Bewohnern und Bewohnerinnen im Integrationsprinzip (3,1%).

Die Bewohner und Bewohnerinnen der Domuseinrichtungen hatten einen höheren PVA-Demenzscore als die der Integrationshäuser (Tabelle 3). Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der integrativen Einrichtungen gaben signifikant schwerere

und belastendere neuropsychiatrische Symptome (nach NPI-Q) an, als die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Domus-Einrichtungen. Keine wesentlichen Unterschiede fanden sich dagegen bei den CMAI (mod.)-Scores, jedoch war das Auftreten von verbalagitierten Verhaltensweisen bei den Bewohnern und Bewohnerinnen der Integrationsmodelle in der Tendenz häufiger als in den Domuseinheiten.

Aus Tabelle 4 wird ersichtlich, welche neuropsychiatrischen Symptome für die

Tabelle 3 Vergleich zwischen Domus- und Integrationsmodell in Hamburg (Stichtagspopulation):
Demenschwere und nicht-kognitive Symptome

		Domus (N=366)	Integration (N=228)	p
PVA-Demenzscore	M (SD) (Range)	11,0 (2,9) (3-16)	10,1 (2,9) (0-16)	*** ¹
NPI-Q	wenigstens ein Symptom vorhanden	93,6%	92,5%	n.s. ²
NPI-Q-Gesamtschwerescore	M (SD) (Range)	7,0 (5,2) (0-27)	8,9 (6,2) (0-29)	*** ¹
NPI-Q-Gesamtbelastungsscore	M (SD) (Range)	7,8 (6,7) (0-32)	10,6 (8,5) (0-41)	*** ¹
CMAI (mod.)	mindestens eine Verhaltensauffälligkeit vorhanden	91,3%	91,6%	n.s. ²
CMAI (mod.)-Gesamtscore	M (SD) (Range)	15,7 (14,6) (0-94)	17,5 (14,9) (0-64)	n.s. ¹
verbal-agitiertes Verhalten	M (SD) (Range)	3,0 (3,9) (0-38)	3,6 (4,3) (0-34)	.06 ¹

¹=t-Test; ²= χ^2 -Test; ***=<0.001, **=<0.01, *=<0.05, n.s.=nicht signifikant

Bewohner und Bewohnerinnen der unterschiedlichen Versorgungsmodelle vom Personal angegeben wurde. Signifikante Unterschiede zeigten sich bei enthemmtem Verhalten, Depression, halluzinatorischen Symptomen, abweichendem motorischen Verhalten und Reizbarkeit, wo die Bewohner und Bewohnerinnen der Integrationsmodelle bei diesen neuropsychiatrischen Symptomen schwerere Beeinträchtigungen aufwiesen. Bei Appetit-/Essstörungen waren hingegen die Bewohner und Bewohnerinnen der Domuseinheiten signifikant schwerer beeinträchtigt.

Hinsichtlich der Hamburger Kriterien fanden sich keine Unterschiede zwischen den Betreuungsformen: Die Anteile der Bewohner und Bewohnerinnen, die den Hamburger Kriterien (Verhaltensauffälligkeiten inklusive Antriebsstörungen) entsprachen, lagen bei 61,2% bzw. 64,7% (Tabelle 5). Geht man davon aus, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Modellprogramm alle Bewohner und Bewohnerinnen die Hamburger Kriterien erfüllten, so nahmen die Verhaltensauffälligkeiten um etwa 40% ab, bestanden aber bei 60% weiter.

Die Bewohner und Bewohnerinnen der integrativen Einrichtungen erhielten signifikant mehr Besuch aus ihrem Familien- und Bekanntenkreis (56,1%) als die Bewohner und Bewohnerinnen der Domuseinheiten (33,7%), darüber hinaus waren Angehörige stärker in die Pflege eingebunden. Bei der Kontaktaufnahme zum Personal oder zu den Mitbewohnern und -bewohnerinnen zeigten sich keine Unterschiede (Tabelle 6). Bei der zur Einschätzung der Lebensqualität wichtigen Gefühlsausdruck zeigten mehr Bewohner und Bewohnerinnen der Integrationsmodelle Gefühle der Freude (44,5% versus 31,4%), aber auch Gefühle der Angst (19,6% versus 11,6%).

Ebenso auffallend waren die Unterschiede bei den Aktivitäten. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Teilnahme an Angeboten wie Gruppenangebote, körperlicher Aktivierung und individueller Betreuung. Die Bewohner und Bewohnerinnen der Integrationsmodelle nahmen häufiger an Heimveranstaltungen teil, waren häufiger in Angebote wie körperliche Aktivierung, Gedächtnisübungen und (biographieorientierten) Gruppenangeboten eingebunden und wurden häufiger individuell betreut. Der PVA-Aktivitätenscore unterschied sich demnach im

Tabelle 4 Vergleich zwischen Domus- und Integrationsmodell (N=366 bzw. 228) in Hamburg (Stichtagspopulation): Neuropsychiatrischen Symptome (NPI-Q)

	NPI-Q-Symptom vorhanden (Angaben in %)			NPI-Q-Schwere; (Mittelwert)		
	Domus	Integration	p^1	Domus	Integration	p^2
Agitiertheit/ Aggression	57,2	56,0	n.s.	1,03	1,11	n.s.
Reizbarkeit/ Labilität	46,2	50,0	*	0,82	1,02	.06
Depression/ Dysphorie	42,9	50,9	**	0,75	1,04	**
Abweich. motor. Verhalten	38,5	51,3	*	0,79	1,08	**
Apathie/ Gleichgültigkeit	39,0	47,1	.09	0,74	0,97	*
Angst	36,9	41,7	n.s.	0,72	0,89	.07
Appetit-/ Essstörung	32,5	20,8	**	0,59	0,45	.08
Schlafstörung	28,7	26,0	n.s.	0,56	0,51	n.s.
Wahnvorstellungen	22,3	27,1	n.s.	0,43	0,58	.06
Enthemmung	15,6	31,1	***	0,28	0,63	***
Halluzinationen	14,5	21,3	*	0,28	0,46	*
Hochstimmung/ Euphorie	6,5	8,3	n.s.	0,13	0,17	n.s.

¹= χ^2 -Test; ²=t-Test; ***=<0.001, **=<0.01, *=<0.05, n.s.=nicht signifikant

Tabelle 5 Vergleich zwischen Domus- und Integrationsmodell in Hamburg (Stichtagspopulation): Verhaltensauffälligkeiten, Mobilität, Pflegestufe (Hamburger Kriterien)

	Domus (N=366) %	Integration (N=228) %	p
CMAI-Kriterien (ohne Antriebsstörung)	47,8	52,9	n.s.
CMAI-Kriterien (inkl. Antriebsstörung)	61,2	64,7	n.s.
CMAI-Kriterien plus Mobilität	54,4	59,6	n.s.
CMAI-Kriterien plus Mobilität plus Pflegestufe	51,1	52,3	n.s.

p = χ^2 -Test; ***=<0.001, **=<0.01, *=<0.05, n.s.=nicht signifikant

Mittel (M=8,9 versus M=13,2) hochsignifikant.

In der Verwendung von Bettgittern und Fixiergurten waren keine Unterschiede zwischen den beiden Versorgungsformen erkennbar. Auch hinsichtlich des Auftretens von Problemen in der Kooperation mit dem Personal zeigten sich keine Unterschiede (Tabelle 7).

Die Biographie wurde hingegen bei signifikant mehr Bewohnern und Bewohnerinnen der Domuseinrichtungen erhoben (83,4% versus 69,6%), während die Ausgestaltung der Zimmer mit eigenen Möbeln und persönlichen Gegenständen offensichtlich eher bei den Bewohnern und Bewohnerinnen der Integrationsmodelle stattfand.

Arztkontakte und psychiatrische Behandlung waren bei den Bewohnern und Bewohnerinnen der Domusmodelle im Vergleich zu den integrativen Einrichtungen signifikant häufiger (Tabelle 8). Diese

erhielten mit durchschnittlich 4,5 Medikamenten auch signifikant mehr Medikamente als die Bewohner und Bewohnerinnen der Integrationseinrichtungen mit durchschnittlich 3,7 Medikamenten und auch deutlich häufiger psychotrope Substanzen (80,6% versus 69,3%). Dabei zeigte sich, dass die Bewohner und Bewohnerinnen der Domuseinrichtungen signifikant mehr Antidementiva und Antidepressiva einnahmen und signifikant weniger Neuroleptika. Hinsichtlich der sachgerechten Medikation nach den Beers-Kriterien zeigten sich jedoch keine Unterschiede. Nur 15,3% bzw. 13,6% erhielten Medikamente, die wegen ihrer Wirkstoffe bzw. der Einnahmedauer nicht sachgerecht waren.

Diskussion

Am Beispiel der Stadt Hamburg konnte gezeigt werden, dass sowohl die teilsegrega-

tive Betreuung (Integrationsprinzip) als auch die vollständig segregierte Betreuung (Domusprinzip) bestimmte Vorteile haben. In Hamburg wurde eine signifikant höhere Rate von positiven und kompetenzfördernden Aktivitäten bei den teilsegregativ betreuten Demenzkranken festgestellt, ein Ergebnis, das auch in einer neueren Studie in Baden-Württemberg bestätigt wurde (Schäufele et al. 2004). Bei den Bewohnern und Bewohnerinnen in den segregierten Bereichen wurden demgegenüber signifikant häufiger Informationen zur Biographie erhoben als in den teilsegregativen Bereichen. Der Anteil der (geronto-) psychiatrisch behandelten Demenzkranken war im Domusbereich höher, was mit einer höheren Einnahmerate von psychotroper Medikation verbunden war, insbesondere von Antidementiva und Antidepressiva. Inwieweit nicht Demenzkranke aufgrund der Verlegung von verhaltensauffälligen Mitbewohnern und -bewohnerinnen in voll segregierte Bereiche profitieren, ließ sich im Rahmen der vorliegenden Beobachtungsstudie nicht untersuchen. Ergebnisse von Interventionsstudien zeigten jedoch, dass die Einrichtung homogener Demenzwohngruppen die nicht demenzkranken Bewohner und Bewohnerinnen, deren Angehörige sowie das Pflegeheim insgesamt entlasten können (Grant und Ory 2000).

Das Konzept der besonderen stationären Dementenbetreuung in Hamburg spielt inzwischen auch eine wichtige Rolle in anderen Regionen Deutschlands, etwa in Baden-Württemberg in der Rahmenvereinbarung für die besondere Versorgung verhaltensauffälliger und mobiler Demenzkranker in Demenzwohngruppen (Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs.1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg 2002). Die Zugangsvoraussetzungen in Baden-Württemberg unterscheiden sich jedoch in einigen wichtigen Punkten von denen der Hamburger Rahmenvereinbarung. Während in Hamburg auch mittelschwer demenzkranke Personen (MMSE <18) aufgenommen werden können, sind es in Baden-Württemberg nur schwer bis schwerst Demenzkranke (MMSE <13). Ein weiterer gravierender Unterschied zu Hamburg besteht darin, dass das Kriterium »Antriebsstörung ausgeprägt« vollständig entfällt, d.h. weder als leichte, noch als schwere Verhaltensauffälligkeit gewertet wird. Damit können demenzkranke Bewohner und Bewohnerinnen mit ausgeprägter Apathie und Rück-

Tabelle 6 Vergleich zwischen Domus- und Integrationsmodell in Hamburg (Stichtagspopulation):

Soziale Kontakte, Gefühlsausdruck und Aktivitäten

		Domus (N=366)	Integration (N=228)	p
Besuch	häufig	33,7%	56,1%	*** ¹
Einbindung in Pflege und Betreu- ung	Angehörige	62,8%	74,0%	** ¹
	Ehrenamtliche /Freiwillige (N=175 bzw. 141)	29,7%	36,2%	n.s. ¹
Sozialkontakt zu ...	Personal (nimmt Kontakt auf)	51,1%	47,6%	n.s. ¹
	Mitbewohner/-innen (nimmt Kontakt auf)	39,7%	42,1%	n.s. ¹
Gefühlsausdruck	Interesse (häufig, d.h. mehrmals täglich)	46,6%	53,7%	.09 ¹
	Freude (häufig, d.h. mehrmals täglich)	31,4%	44,5%	** ¹
	Wut (häufig, d.h. mehrmals täglich)	13,8%	18,1%	n.s. ¹
	Angst (häufig, d.h. mehrmals täglich)	11,6%	19,6%	** ¹
Fehlen positiver Gefühle (Freu- de/Interesse)		11,6%	7,9%	n.s. ¹
Teilnahme an Akti- vitäten ...	Heimveranstaltungen (in den vergangenen vier Wochen)	53,5%	71,4%	*** ¹
	außerhalb der Einrichtung (in vergangenen vier Wochen)	64,1%	76,4%	** ¹
	Körperliche Aktivierung (mind. 1xpro Woche)	72,9%	93,0%	*** ¹
	Gedächtnistraining (mind. 1xpro Woche)	55,3%	84,2%	*** ¹
	(biographieorientierte) Grup- penangebote (mind. 1xpro Woche)	72,9%	91,7%	*** ¹
	Einzelangebote/individuelle Angebote (mind. 1xpro Woche)	60,3%	75,0%	*** ¹
PVA-Aktivitäten- score	M (SD) (Range)	8,9 (4,8) (0-18)	13,2 (3,3) 14 (0-18)	*** ²

¹= χ^2 -Test; ²=t-Test; ***=<0.001, **=<0.01, *=<0.05, n.s.=nicht signifikant**Tabelle 7** Vergleich zwischen Domus- und Integrationsmodell in Hamburg (Stichtagspopulation):

Weitere Indikatoren der Lebensqualität

	Domus (N=366) %	Integration (N=228) %	p
Fixierung (Stecktisch, Gurt)	6,3	8,8	n.s.
Bettgitter	21,2	23,3	n.s.
Probleme in Kooperation (für Per- sonal)	54,0	48,4	n.s.
Biographie erhoben	83,4	69,6	***
Eigene Möbel	47,3	60,4	**
Persönliche Gegenstände (zahl- reich)	79,9	92,0	***

 $p=\chi^2$ -Test; ***=<0.001, **=<0.01, *=<0.05, n.s.=nicht signifikant

Tabelle 8 Vergleich zwischen Domus- und Integrationsmodell in Hamburg (Stichtagspopulation):

Medizinische Versorgung

		Domus (N=366)	Integration (N=228)	<i>p</i>
Arztkontakte	wöchentlich	58,1%	31,0%	*** ¹
	14-tägig	19,6%	28,8%	
	seltener	22,4%	40,3%	
psychiatrische Behandlung		67,0%	52,0%	*** ¹
Medikamente	Anzahl (M; SD)	4,5 (2,5)	3,7 (2,4)	*** ²
	Psychotrope Substanzen	80,6%	69,3%	** ¹
	Neuroleptika	37,2%	47,8%	* ¹
	Antidepressiva	28,7%	15,4%	*** ¹
	Antidementiva	17,5%	11,4%	* ¹
	nicht-sachgerechte Medikation (Beers-Kriterien)	15,3%	13,6%	n.s. ¹

¹= χ^2 -Test; ²=t-Test; ***=<0.001, **=<0.01, *=<0.05, n.s.=nicht signifikant

zugstendenzen, die gleichzeitig keine weiteren Verhaltensauffälligkeiten zeigen, nicht in eine Demenzwohngruppe aufgenommen werden.

Neuere empirische Befunde weisen darauf hin, dass etwa 10 bis 20% der Demenzkranken in Einrichtungen der stationären Altenhilfe die sog. Hamburger Kriterien erfüllen (Weyerer et al. 2005). Aufgrund der restriktiveren Kriterien in Baden-Württemberg ist nach einer Schätzung von Schäufele et al. (2004) der Anteil Demenzkranker, die die Zugangsvoraussetzungen für die Aufnahme in eine Demenzwohngruppe erfüllen, noch wesentlich niedriger. Bei der Planung einer adäquaten Heimversorgung sollte die zahlenmäßig um ein Vielfaches größere Gruppe Demenzkranker, die für eine besondere Dementenbetreuung nicht in Frage kommt, angemessen berücksichtigt werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Siegfried Weyerer

Dr. Martina Schäufele

Dipl.-Geront. Ingrid Hendlmeier

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

E-Mail: weyerer@zi-mannheim.de

Literatur

- Albert SM, Jacobs DM, Sano M, Marder K, Bell K, Devanand D, Brandt J, Albert M, Stern Y (2001). Longitudinal study of quality of life in people with advanced Alzheimer's disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 9, 160–168
- Beers MH, Ouslander JG, Rollingher I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC (1991) Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing homes residents. *Archives of Internal Medicine* 151:1825–1832
- Beers MH (1997) Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. *Archives of Internal Medicine* 157:1531–1536
- Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg, Amt für Soziales und Rehabilitation (1999) Stationäre Dementenbetreuung in Hamburg. Gemeinsame Vereinbarung über die Besondere Stationäre Dementenbetreuung in Hamburg. Eigene Publikationen Band 5. Hamburg
- Cohen-Mansfield J (1996) Behavioral and mood evaluations: assessment of agitation. *International Psychogeriatrics* 8:233–245
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975) »Mini Mental State«. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12:189–198
- Grant LA, Ory M (2000) Alzheimer Special Care Units in the United States. In: Holmes D, Teresi JA, Ory M (eds) Special Care Units. Serdi/Springer, Paris/New York, pp 19–43
- Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry* 140, 566–572.

- Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T, Lopez OL, DeKosky ST (2000). Validation of the NPI-Q, a Brief Clinical Form of the Neuropsychiatric Inventory. *Journal Neuropsychiatry Clinical Neuroscience* 12:2, 233–238.
- Kellerhof M (2002) Spezielle SGB XI-Vereinbarungen für die Pflege und Betreuung Demenzkranker? Das Hamburger Modell. Manuskript
- Rahmenvereinbarung zum Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg (2002). Sozialministerium Baden-Württemberg. Stuttgart.
- Schäufele M, Teufel S, Weyerer S (2004) Stationäre Versorgung Demenzkranker in Baden-Württemberg: Neue und traditionelle Konzepte im Vergleich (VEDESTA) Schlussbericht an das Sozialministerium Baden-Württemberg, unveröffentlicht
- Statistisches Bundesamt (2003) Bericht: Pflegestatistik 2001-Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung-Deutschlandergebnisse. Bonn
- Weyerer S, Hönig T, Schäufele M, Zimmer A (2000). Demenzkranke in Einrichtungen der voll- und teilstationären Altenhilfe. Empirische Forschungsergebnisse. In: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.). Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenz-erkrankte in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen. Stuttgart, 1–58.
- Weyerer S, Schäufele M, Hendlmeier I, Kofahl C, Sattel H (2005) Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen: Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. Kohlhammer, Stuttgart (im Druck)