

Z Gerontol Geriat 2010 · 43:183–189
 DOI 10.1007/s00391-010-0109-6
 Eingegangen: 10. November 2008
 Angenommen: 30. März 2009
 Online publiziert: 8. Mai 2010
 © Springer-Verlag 2010

M. Nocon¹ · S. Roll¹ · C. Schwarzbach² · C. Vauth² · W. Greiner³ · S.N. Willich¹

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

² Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Leibniz Universität Hannover

³ Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement, Universität Bielefeld

Pflegerische Betreuungskonzepte bei Patienten mit Demenz

Ein systematischer Review

In Deutschland leiden derzeit rund eine Million Menschen an einer Demenzerkrankung. Das Alter ist der Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer Demenz [1, 2]. Die Patienten sind im Durchschnitt 80 Jahre oder älter [3]. Aufgrund der weiterhin steigenden Lebenserwartung wird erwartet, dass im Jahr 2050 über 2 Millionen Menschen an Demenz erkrankt sein werden [1]. Neben den medikamentösen Therapieansätzen gibt es eine Reihe von nichtpharmakologischen, verhaltensbezogenen Maßnahmen. Ziel dieser Maßnahmen ist eine Verlangsamung des Fortschreitens der Erkrankung hinsichtlich der kognitiven Leistungsfähigkeit, die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit und der Lebensqualität der Patienten. Neben einer Reihe von psycho- und ergotherapeutischen Ansätzen gibt es verschiedene Verfahren, die v. a. in der pflegerischen Betreuung von Demenzkranken zum Einsatz kommen. Zu den wichtigsten zählen die multisensorische Stimulation, die Realitätsorientierungs- und die Reminiszenztherapie sowie die Validation.

Die multisensorische Stimulation (MSS), früher auch *Snoezelen* genannt, setzt sanfte sensorische Reize (visuell, auditiv,

taktil, olfaktorisch) in Kombination mit Entspannung ein. In einer harmonisch gestalteten Umgebung soll damit eine sensorische Deprivation vermieden, Stressreduktion gefördert und aggressive Verhaltensweisen abgebaut werden. Umgesetzt wird die MSS in der Regel in Form von 20- bis 30-minütigen Sitzungen [6].

Die Realitätsorientierungstherapie (ROT) wurde bereits in den 1950er Jahren entwickelt. Hierbei geht man davon aus, dass ein Mindestmaß an Orientierung notwendig ist, um die Funktionsfähigkeit der Betroffenen zu erhalten. Entsprechend werden die Patienten etwa mit Hilfe von großen Uhren, Schildern oder verbalen Hinweisen bei der räumlichen, zeitlichen und sozialen Orientierung unterstützt. ROT kann in Form von etwa 30- bis 60-minütigen Gruppensitzungen durchgeführt oder in die Routinepflege, bei der die Betreuer zu einer realitätsorientierenden Kommunikation mit den Betroffenen angehalten sind, integriert werden [4].

Die Reminiszenztherapie ist teilweise aus dem Konzept der ROT hervorgegangen, fokussiert aber weniger auf Verbesserungen in Verhalten oder kognitiven Leistungen als auf die Lebensqualität der Patienten. In Einzel- oder Gruppensitzungen wird dabei die Biographie des Patienten, teils unter Zuhilfenahme von Filmen, Bil-

dern, Musik oder ähnlichem, thematisiert. Dadurch soll ein Gefühl von Identität und Selbstachtung unterstützt werden [5].

Auch die Validation (oder *emotionsorientierte Pflege*) zielt in erster Linie auf psychische Faktoren und die Lebensqualität der Patienten. Gefühle und Wahrnehmungen von Demenzpatienten werden nicht korrigiert, sondern sollen respektiert und bestätigt werden. Validation kann in Form von Einzel- oder Gruppensitzungen durchgeführt, oder als grundlegendes Konzept in die Routinebetreuung integriert werden [6].

Ziel der vorliegenden Arbeit ist eine Einschätzung der Effektivität von multisensorischer Stimulation, Realitätsorientierung, Reminiszenztherapie und Validation in der Betreuung Patienten mit Demenz.

Methoden

Es wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Berücksichtigte Datenbanken waren u. a. Medline, Cochrane library, EMBASE, Psyc-

Die Studie wurde unterstützt durch das Health Technology Assessment-Programm des Bundesministeriums für Gesundheit, ausgeführt durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DAHTA@DIMDI).

Tab. 1 Charakteristika der eingeschlossenen Studien

Autor	Jahr	Land	Verfahren	Indikation	Indikation erfasst durch	Fallzahl	Dauer (Wochen)	Endpunkt
Baker et al. [7]	1997	Großbritannien	Multi-sensorische Stimulation	Demenz (Schweregrad nicht definiert)	nicht angegeben	31	8	4 Wochen nach Intervention
Baker et al. [8]	2001	Großbritannien	Multi-sensorische Stimulation	Moderate bis schwere Demenz	Mini-Mental State Examination 0–17	50	8	4 Wochen nach Intervention
Baker et al. [9]	2003	Großbritannien, Niederlande, Schweden	Multi-sensorische Stimulation	Moderate bis schwere Demenz	Mini-Mental State Examination 0–17	136	4	4 Wochen nach Intervention
Van Weert et al. [10]	2005	Niederlande	Multi-sensorische Stimulation	Moderate bis schwere Demenz	DSM-IV	129	72	Direkt nach Intervention
Spector et al. [11]	2003	Großbritannien	Realitätsorientierung	Milde bis moderate Demenz	Mini-Mental State Examination 10–24	201	7	Direkt nach Intervention
Onder et al. [12]	2005	Italien	Realitätsorientierung	Milde bis moderate Demenz	Mini-Mental State Examination 13–28	156	25	Direkt nach Intervention
Politis et al. [13]	2004	USA	Reminiszenz	Milde bis moderate Demenz	Global Deterioration Scale	37	4	2 Wochen nach Intervention
Lai et al. [14]	2004	China	Reminiszenz	Moderate bis schwere Demenz	DSM-IV	101	36	6 Wochen nach Intervention
Ito et al. [15]	2007	Japan	Reminiszenz	Milde bis moderate Demenz	Mini-Mental State Examination 10–24	60	12	Direkt nach Intervention
Wang [16]	2007	Taiwan	Reminiszenz	Milde bis schwere Demenz	Clinical Dementia Rating Scale 1–3	102	8	Direkt nach Intervention
Wang et al. [17]	2008	Taiwan	Reminiszenz	Milde bis moderate Demenz	Clinical Dementia Rating Scale 1–2	77	8	Direkt nach Intervention
Toseland et al. [18]	1997	USA	Validation	Moderate bis schwere Demenz	Short Portable Mental Status Questionnaire	88	52	Direkt nach Intervention
Schrijnemaekers et al. [19]	2002	Niederlande	Validation	Moderate bis schwere Demenz	Mini-Mental State Examination <21	151	52	Direkt nach Intervention
Finnema et al. [20]	2005	Niederlande	Validation	Moderate bis schwere Demenz ^a	Global Deterioration Scale	194	28	Direkt nach Intervention

^a5% der Patienten hatten leichte Demenz.

INFO, PSYINDEX, Social SciSearch, SOMED, Karger Verlagsdatenbank, Kluwer Verlagsdatenbank, Springer Verlagsdatenbank, Thieme-Verlagsdatenbank, Gerolit. Eingeschlossen wurde ab 1997 publizierte deutsch- oder englischsprachige Literatur. Es wurden nur randomisierte Studien berücksichtigt, die die Effektivität von Validation, MSS, ROT oder Reminiszenz bei Patienten mit Demenz untersuchten. Es gab keine Einschränkungen hinsichtlich der untersuchten Endpunkte. Ausgeschlossen wurden Studien mit weniger als 30 Patienten. Die Auswahl der Studien erfolgte unabhängig durch 2 Wissenschaftler.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 1658 Publikationen identifiziert. Davon erfüllten 14 Veröffentlichungen mit 1513 Patienten die Ein-

schlusskriterien. Es konnten 5 Studien zur Reminiszenztherapie, 4 zur MSS, 3 zur Validation, und 2 Studien zur ROT berücksichtigt werden. Sieben Studien fokussierten auf Patienten mit moderater bis schwerer Demenz, die verbleibenden Studien berücksichtigten auch milde Formen. Zur Diagnose wurden verschiedene Messinstrumente eingesetzt: Mini-Mental State Examination (MMSE), Diagnostic and Statistical Manual Version IV (DSM-IV), Global Deterioration Scale, Clinical Dementia Rating Scale und Short Portable Mental Status Questionnaire (■ **Tab. 1**).

In 7 Studien wurde die Intervention mit Standardpflege verglichen, in 4 Studien mit einer unspezifischen alternativen Intervention (Gespräche, Aktivitäten) und 3 Studien benutzten ein dreiarmliges Studiendesign mit 2 Kontrollgruppen (Standardpflege und unspezifische Intervention). Die Studien erfassten eine Vielzahl

verschiedener Zielkriterien aus den Bereichen kognitive Fähigkeiten, Verhalten (Funktionsfähigkeit im Alltag, Sozialverhalten, Agitation), psychische Belastungen und Lebensqualität. Die Laufzeit der Studien lag zwischen 1 und 12 Monaten.

Zur Reminiszenztherapie liegen 8 Auswertungen zu verhaltensbezogenen Endpunkten vor. Davon ist die Intervention in einer Auswertung der Kontrollgruppe signifikant überlegen, in den anderen 7 Vergleichen gibt es keinen Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Von den 5 Auswertungen zu psychischen Symptomen bzw. Lebensqualität findet sich in einer ein signifikanter Interventionseffekt. Zu kognitiven Endpunkten liegen 3 Auswertungen vor, wovon in einer ein signifikanter Effekt zugunsten der Intervention berichtet wird.

Zur MMS liegen 18 Auswertungen zu verhaltensbezogenen Endpunkten vor.

M. Nocon · S. Roll · C. Schwarzbach · C. Vauth · W. Greiner · S.N. Willich
**Pflegerische Betreuungskonzepte bei Patienten mit Demenz.
Ein systematischer Review**

Zusammenfassung

Einleitung. In Deutschland leiden derzeit etwa eine Million Menschen an einer Demenzerkrankung. Da diese in der Regel nicht heilbar sind, kommt der Pflege der Betroffenen eine besonders wichtige Rolle zu. Ziel der Betreuung ist eine möglichst lange Aufrechterhaltung kognitiver Fähigkeiten, Selbstständigkeit und Lebensqualität. Wichtige Ansätze hierzu sind die multisensorische Stimulation, Validation, Realitätsorientierung und Reminiszenz. Die Effektivität dieser Verfahren ist allerdings unklar.

Methoden. Es wurde ein systematischer Review durchgeführt. Eingeschlossen wurden randomisiert-kontrollierte Studien mit mindestens 30 Teilnehmern zur Effektivität von multisensorischer Stimulation, Validation, Realitätsorientierung oder Reminiszenz bei Patienten mit Demenz. Es gab keine Einschränkungen hinsichtlich der untersuchten Endpunkte der Studien.

Ergebnisse. Vierzehn Studien mit insgesamt 1513 Patienten erfüllen die Einschlusskriterien. Davon untersuchen 5 Studien die Remi-

niszenztherapie, 4 die multisensorische Stimulation, 3 die Validation und 2 die Realitätsorientierung. Die Studien erfassen Zielkriterien aus den Bereichen kognitive Fähigkeiten, Verhalten, psychische Belastung und Lebensqualität. Teilweise positive Ergebnisse werden hinsichtlich kognitiver Leistungen für Reminiszenz und Realitätsorientierung berichtet, hinsichtlich der anderen Zielkriterien sind die Ergebnisse überwiegend negativ.

Schlussfolgerung. Basierend auf der aktuellen Studienlage ist die Evidenz für die Effektivität der berücksichtigten Verfahren in der Betreuung von Patienten mit Demenz unzureichend. Es konnten allerdings nur wenige methodisch adäquate Studien identifiziert werden. Es sind daher weitere Interventionsstudien notwendig.

Schlüsselwörter

Demenz · Multisensorische Stimulation · Validation · Reminiszenztherapie · Literaturrecherche

Davon ist die Intervention in 6 Auswertungen der jeweiligen Kontrolle signifikant überlegen, in 12 Auswertungen gibt es keinen Unterschied. Eine von 2 Auswertungen zu psychischen Symptomen bzw. Lebensqualität zeigt eine signifikante Überlegenheit, bei den kognitiven Endpunkten gibt es in 4 Auswertungen keine Hinweise auf eine Überlegenheit der Intervention.

Von den 13 verhaltensbezogenen Ergebnissen zur Validation sind 2 signifikant positiv, eines zeigt einen positiven Effekt der Kontrollgruppe im Vergleich zur Intervention und 10 zeigen keine signifikanten Unterschiede. Hinsichtlich psychischer Symptome/Lebensqualität zeigt eine von 5 Messungen einen positiven Interventionseffekt. Ergebnisse zu kognitiven Endpunkten werden nicht berichtet.

Zu ROT liegen 4 Auswertungen zu verhaltensbezogenen Endpunkten vor, wovon keine einen signifikanten Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zeigt. Bei psychischen Symptomen bzw. Lebensqualität wird in einer von 4 Auswertungen ein positiver Effekt der Intervention berichtet. Alle 4 Ergebnisse zu kognitiven Endpunkten sind positiv (■ Tab. 2).

Diskussion

Die identifizierten Studien zur Effektivität von multisensorischer Stimulation, Realitätsorientierung, Reminiszenz und Validation in der Betreuung von Patienten mit Demenz konnten überwiegend keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppen zeigen. Positive Ergebnisse zur kognitiven Funktionsfähigkeit werden hingegen von beiden Studien zu ROT berichtet. Allerdings wurden in diese Studien Patienten mit mildereren Formen von Demenz eingeschlossen, und als Kontrollgruppe wurde die Standardpflege gewählt [11, 12]. Es ist somit unklar, inwieweit diese Ergebnisse auf andere Populationen und auf den Vergleich mit unspezifischen Betreuungsverfahren übertragbar sind. Die positiven kognitiven Effekte hatten in beiden Studien zudem keinen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit (Aktivitäten des täglichen Lebens) und die Lebensqualität der Patienten.

Nursing concepts for patients with dementia. A Systematic review

Abstract

Background. Today there are approximately one million people with dementia in Germany. Because most forms of dementia cannot be cured the focus of treatment is to provide adequate care, aiming at the maintenance of cognitive functioning, the ability to perform everyday tasks and quality of life. Important approaches for dementia care are multisensory stimulation, validation, reality orientation and reminiscence therapy. However, the efficacy of these approaches is unclear.

Methods. A systematic review of the literature was performed. We included randomised controlled trials with at least 30 participants on the efficacy of multi-sensory stimulation, validation, reality orientation and reminiscence therapy for dementia. No restrictions were defined with regard to the endpoints under investigation.

Results. A total of 14 studies with 1,513 patients could be included of which 5 stud-

ies assessed reminiscence therapy, 4 multisensory stimulation, 3 validation and 2 reality orientation. The studies analysed cognitive functioning, behavioural outcomes, psychological symptoms and quality of life. Most studies did not find significant differences between the intervention and the control group.

Conclusion. The studies conducted to date provide only little evidence for the efficacy of the approaches for dementia care considered in this review. However, only few methodologically robust studies could be identified for this review which highlights the need for more interventional studies.

Keywords

Dementia · Multi-sensory stimulation · Validation · Reminiscence therapy · Reference research

Tab. 2 Ergebnisse der eingeschlossenen Studien

Autor	Intervention	Kontrollgruppe	Ergebnisse		
			Verhalten, Funktionsfähigkeit	Psyche, Lebensqualität	Kognition
Baker et al. [7]	MMS 2 Sitzungen pro Woche über 4 Wochen.	Aktivitätssitzungen im gleichen Umfang wie Intervention	<i>Rehab Rating Form, abweichendes Verhalten:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen <i>Rehab Rating Form, Kommunikation:</i> Interventionsgruppe besser als Kontrollgruppe (p<0,05) <i>Clifton Assessment Procedure for the Elderly – Behavior Rating:</i> Interventionsgruppe besser als Kontrollgruppe (p<0,05)		<i>Mini-Mental State Examination:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen
Baker et al. [8]	MMS 2 Sitzungen à 30 min pro Woche über 4 Wochen.	Aktivitätssitzungen im gleichen Umfang wie Intervention	<i>Behaviour and Mood Disturbance Scale:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen <i>Clifton Assessment Procedure for the Elderly – Behavior Rating:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen	<i>Behaviour and Mood Disturbance Scale:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen	<i>Mini-Mental State Examination:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen <i>Clifton Assessment Procedure for the Elderly – Cognitive Assessment:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen
Baker et al. [9]	MMS 2 Sitzungen à 30 min pro Woche über 4 Wochen	Aktivitätssitzungen im gleichen Umfang wie Intervention	<i>Clifton Assessment Procedure for the Elderly – Behavior Rating:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen <i>Behaviour and Mood Disturbance Scale:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen <i>Rehab Rating Form:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen		<i>Mini-Mental State Examination:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen
Van Weert et al. [10]	MSS in die Standardpflege integriert	Standardpflege	<i>Dutch Behaviour Observation Scale for Psychogeriatric Inpatients:</i> Interventionsgruppe besser als Kontrollgruppe auf 3 von 7 Subskalen (Apathie, Anstand, Rebellion; p<0,05); keine Unterschiede auf den anderen Skalen <i>Cohen-Mansfield Agitation Inventory:</i> Interventionsgruppe besser als Kontrollgruppe auf 1 von 3 Subskalen (Aggression; p<0,05); keine Unterschiede auf den anderen Skalen	<i>Cornell Scale Depression in Dementia:</i> Interventionsgruppe besser als Kontrollgruppe (p<0,05)	
Spector et al. [11]	ROT 2 Sitzungen à 45 min pro Woche über 7 Wochen	Standardpflege	<i>Clifton Assessment Procedure for the Elderly – Behavior Rating:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen <i>Holden Communication Scale:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen	<i>Alzheimer's Disease Scale – QoL:</i> Interventionsgruppe besser als Kontrollgruppe (p=0,028) <i>Cornell Sale Depression in Dementia:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen <i>Rating Anxiety in Dementia:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen	<i>Mini-Mental State Examination:</i> Interventionsgruppe besser als Kontrollgruppe (p=0,044) <i>Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognition:</i> Interventionsgruppe besser als Kontrollgruppe (p=0,014)
Onder et al. [12]	ROT 5 Sitzungen à 30 min pro Woche über 25 Wochen	Standardpflege	<i>Barthel Activities of Daily Living Index:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen <i>Number of impaired instrumental activities of daily living:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen	<i>Neuropsychiatric Inventory:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen	<i>Mini-Mental State Examination:</i> Interventionsgruppe besser als die Kontrollgruppe (p=0,02) <i>Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognition:</i> Interventionsgruppe besser als Kontrollgruppe (p=0,01)

Tab. 2 Ergebnisse der eingeschlossenen Studien (Fortsetzung)

Politis et al. [13]	Reminiszenz 3 Sitzungen à 30 min pro Woche über 4 Wochen	Gesprächs- /Aktivitäts- programm im gleichen Umfang wie Intervention	<i>Cooper Ridge Activity Index:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen	<i>Neuropsychiatric Inventory</i> – <i>Apathy:</i> keine signifikanten Unter- schiede zwischen den Gruppen <i>Alzheimer's Disease Scale – QoL:</i> keine signifikanten Unter- schiede zwischen den Gruppen
Lai et al. [14]	Reminiszenz Fünf 6-wö- chige Zyklen über 6 Monate	Gruppe 1: Gespräche im gleichen Umfang wie Intervention Gruppe 2: Standard- pflege	<i>Social Engagement Scale:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und beiden Kontrollgruppen	<i>Well-being/ Ill-being Scale:</i> keine signifikanten Unter- schiede zwischen Interven- tions- und beiden Kontroll- gruppen
Ito et al. [15]	Reminiszenz 1 Sitzung pro Woche à 60 min über 3 Monate	Gruppe 1: Gesprächs- /Aktivitäts- programm im gleichen Umfang wie Intervention Gruppe 2: Standard- pflege	<i>Multidimensional Observation Scale for Elderly Patients:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und beiden Kontrollgruppen	<i>Mini-Mental State Examination:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und beiden Kontrollgruppen <i>Cognitive Abilities Screening Instrument:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und beiden Kontrollgruppen
Wang [16]	Reminiszenz 1 Sitzung pro Woche à 60 min über 2 Monate	Standard- pflege		<i>Cornell Sale Depression in Dementia:</i> Interventionsgruppe besser als Kontrollgruppe (p=0,026) <i>Geriatric Depression Scale:</i> keine signifikanten Unter- schiede zwischen den Gruppen
Wang et al. [17]	Reminiszenz 1 Sitzung pro Woche à 60 min über 2 Monate	Standard- pflege	<i>Clifton Assessment Procedure for the Elderly – Behavior Rating:</i> Interventionsgruppe besser als Kontroll- gruppe auf 1 von 4 Subskalen (Sozialver- halten; p<0,05); keine Unterschiede auf den anderen Skalen <i>Barthel Activities of Daily Living Index:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen	<i>Mini-Mental State Examination:</i> Interventionsgruppe besser als Kontrollgruppe (p=0,015)
Toseland et al. [18]	Validation 4 Sitzungen à 30 min pro Woche über 52 Wochen	Gruppe 1: Nicht standar- disierte Aktivi- tätssitzungen im gleichen Umfang wie Intervention Gruppe 2: Standard- pflege	<i>Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe <i>Geriatric Indices of Positive Behaviour:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und beiden Kontrollgruppe <i>Cohen-Mansfield Agitation Inventory:</i> Interventions- und Kontrollgruppe 1 signi- fikant besser als Standardpflege auf 2 von 3 Subskalen (Aggressionen, p<0,01; verbale Aggressionen, p<0,05) Beide Kontrollgruppen signifikant besser als Interventionsgruppe auf 1 von 3 Subskalen (Problemverhalten, p<0,01) <i>Minimum Data Set – Resident Assessment Protocol:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe	<i>Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects:</i> keine signifikanten Unter- schiede zwischen Interven- tions- und Kontrollgruppe

Tab. 2 Ergebnisse der eingeschlossenen Studien (Fortsetzung)

Schrijnemaekers et al. [19]	Validation in Standardpflege integriert	Standardpflege	<i>Dutch Behaviour Rating Scale for Psychogeriatric Inpatients:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe <i>Cohen-Mansfield Agitation Inventory:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe <i>Activities of Daily Living Scale:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe <i>Global Assessment of Functioning:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe	<i>Geriatric Residents Goal Scale:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe
Finnema et al. [20]	Validation in Standardpflege integriert	Standardpflege	<i>Dutch Behaviour Rating Scale for Psychogeriatric Inpatients:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe <i>Cohen Mansfield Agitation Inventory:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe	<i>Philadelphia Geriatric Center Morale Scale – Dissatisfaction:</i> Interventionsgruppe besser als Kontrollgruppe (p=0,04) <i>Geriatric Resident Goal Scale:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe <i>Cornell Scale Depression in Dementia:</i> keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

Diese Ergebnisse beruhen allerdings auf nur wenigen Studien mit überwiegend kleiner Fallzahl, kurzen Laufzeiten und erheblicher methodischer Heterogenität. Diese Heterogenität betrifft alle Aspekte des Studiendesigns, von den berücksichtigten Populationen über die gewählten Interventionen und Kontrollgruppen bis zu den Zielkriterien und deren Erfassung. Die meisten Studien haben Patienten mit moderater bis schwerer Demenz eingeschlossen. Die Diagnose des Schweregrades erfolgte jedoch mit verschiedenen Instrumenten was die Vergleichbarkeit erschwert. Zudem bleibt unklar, ob die Wirksamkeit der untersuchten Verfahren vom Schweregrad der Erkrankung abhängig ist. Die Fallzahl der Studien ist zu klein für aussagekräftige Subgruppenanalysen.

Die Interventionsdauer der Studien variiert von einem bis zu 12 Monaten. MMS oder Validation werden teils in Form von wöchentlichen Sitzungen durchgeführt, teils in die Routinepflege integriert und die Zielkriterien werden mit einer Reihe verschiedener Messinstrumente erfasst. Diese Unterschiede im Studiendesign erschweren ebenfalls die Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Einige Autoren weisen zudem darauf hin, dass es teilwei-

se Defizite in der konkreten Umsetzung der Interventionen gegeben hat, etwa aufgrund mangelnder Erfahrung oder Zeit- und Personalmangels, und fordern entsprechend umfassendere Schulungen [10, 11, 19].

Sofern positive Ergebnisse für die Interventionen gefunden wurden, scheinen diese vor allem auf unspezifischen Effekten zu beruhen: signifikante Unterschiede beruhen überwiegend auf dem Vergleich mit einer Standardbetreuung. Dahingegen werden signifikante Unterschiede zwischen Intervention und einer alternativen, unspezifischen Betreuung lediglich von Baker et al. 1997 berichtet [7]. Die nachfolgenden Studien von Baker et al. mit ähnlichem Studiendesign konnten diese spezifischen Interventionseffekte jedoch nicht bestätigen [8, 9]. In 2 Studien wurden trotz fehlender Interventionseffekte, signifikante Unterschiede für den Vorher-Nachher-Vergleich sowohl für die Interventions- als auch für die Kontrollgruppe berichtet, was ebenfalls auf unspezifische Effekte hinweist [8, 13].

Wichtige Limitationen des vorliegenden Reviews sind die Beschränkung auf Studien mit mindestens 30 Patienten sowie der Ausschluss von Studien, die vor 1997 publiziert wurden. Es wäre möglich,

dass kleinere oder ältere Studien zu anderen Ergebnissen kommen, als die für diese Arbeit berücksichtigten Untersuchungen. Allerdings kommen frühere Cochrane-Übersichtsarbeiten zu vergleichbar zurückhaltenden Beurteilungen: Positive Tendenzen hinsichtlich kognitiver Zielparameter liegen für Realitätsorientierung und Reminiszenz vor, wohingegen die Datenlage zur Effektivität von Validation und MSS zurückhaltender beurteilt wird. Alle Arbeiten weisen auf den Mangel an methodisch hochwertigen Studien hin [21, 22, 23, 24]. Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommt ein systematischer Review von Livingston et al., der Studien ohne Einschränkungen hinsichtlich Mindestfallzahl und Studientyp berücksichtigt [25].

Fazit für die Praxis

Basierend auf der derzeitigen Studienlage gibt es keine hinreichende Evidenz für die Effektivität von multisensorischer Stimulation, Realitätsorientierung, Reminiszenz und Validation in der Betreuung von Patienten mit Demenz. Die teilweise positiven Ergebnisse der Studien – insbesondere zu Effektivität der kognitiven Stimulation – rechtferti-

gen aber weitere Untersuchungen. Neben grundlegenden Schwierigkeiten die Fallzahl und Laufzeit betreffend, sollten v. a. die Hinweise auf unspezifische Effekte der Interventionen im Studiendesign berücksichtigt werden.

Korrespondenzadresse

Dr. M. Nocon

Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie,
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Luisenstr. 57, 10098 Berlin
marc.nocon@charite.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Bickel H (2001) Dementia in advanced age: estimating incidence and health care costs. *Z Gerontol Geriatr* 34(2):108–115
2. Bickel H (2000) Dementia syndrome and Alzheimer disease: an assessment of morbidity and annual incidence in Germany. *Gesundheitswesen* 62(4):211–218
3. Wallesch CW, Förstl H, Bartels CH (2005) Demenzen. Thieme
4. Woodrow P (1998) Interventions for confusion and dementia. 2: Reality orientation. *Br J Nurs* 7(17):1018–1020
5. Woodrow P (1998) Interventions for confusion and dementia. 3: Reminiscence. *Br J Nurs* 7(19):1145–1149
6. Woodrow P (1998) Interventions for confusion and dementia. 4: Alternative approaches. *Br J Nurs* 7(20):1247–1250
7. Baker R, Dowling Z, Wareing LA et al (1997) Snoezelen: its long-term and short-term effects on older people with dementia. *Br J Occup Ther* 60(5):213–218
8. Baker R, Bell S, Baker E et al (2001) A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *Br J Clin Psychol* 40(Pt 1):81–96
9. Baker R, Holloway J, Holtkamp CC et al (2003) Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *J Adv Nurs* 43(5):465–477
10. Weert JC van, Dulmen AM van, Spreeuwenberg PM et al (2005) Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care. *J Am Geriatr Soc* 53(1):24–33
11. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B et al (2003) Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry. J Ment Sci* 183:248–254
12. Onder G, Zanetti O, Giacobini E et al (2005) Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 187:450–455
13. Politis AM, Vozzella S, Mayer LS et al (2004) A randomized, controlled, clinical trial of activity therapy for apathy in patients with dementia residing in long-term care. *Int J Geriatr Psychiatry* 19(11):1087–1094
14. Lai CKY, Chi I, Kayser-Jones J (2004) A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *Int Psychogeriatr* 16(1):33–49
15. Ito T, Meguro K, Akanuma K et al (2007) A randomized controlled trial of the group reminiscence approach in patients with vascular dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 24(1):48–54
16. Wang JJ (2007) Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry* 22(12):1235–1240
17. Wang JJ, Yen M, Ouyang WC (2008) Group reminiscence intervention in Taiwanese elders with dementia. *Arch Gerontol Geriatr*
18. Toseland RW, Diehl M, Freeman K et al (1997) The impact of validation group therapy on nursing home residents with dementia. *J Appl Gerontol* 16(1):31–50
19. Schrijnemaekers V, van Rossum E, Candel M et al (2002) Effects of emotion-oriented care on elderly people with cognitive impairment and behavioral problems. *Int J Geriatr Psychiatry* 17(10):926–937
20. Finnema E, Dröes RM, Ettema T et al (2005) 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. *Int J Geriatr Psychiatry* 20(4):330–343
21. Spector A, Davies S, Woods B, Orrell M (2000) Reality orientation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *Gerontologist* 40(2):206–212
22. Chung JCC, Lai CKY (2002) Snoezelen for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* (2007 Issue 1): CD003152
23. Neal M, Barton WP (2003) Validation therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* (2007 Issue 1):CD001394
24. Woods B, Spector A, Jones C et al (2005) Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* (2):CD001120
25. Livingston G, Johnston K, Katona C et al (2005) Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 162(11):1996–2021

Hier steht eine Anzeige.

 Springer