

Masterarbeit

**Die Veränderung der Pflegeabhängigkeit bei
PflegeheimbewohnerInnen mit und ohne Demenz**

eingereicht von

Nadya Stöckl

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

1. Betreuerin

Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿrer.cur. Christa Lohrmann

2. Betreuerin

Sandra Schüssler, Sen.Scientist, BSc. MSc.

Grundlsee, am 20.10.2014

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Grundlsee, am 20.10.2014

Nadya Stöckl, BSc. e.h.

Danksagung

Keine Schuld ist dringender, als die, Danke zu sagen.

Marcus Tullius Cicero
(106 - 43 v. Chr.), römischer Redner und Staatsmann

Daher möchte ich mich an dieser Stelle bei Frau Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿrer. cur. Christa Lohmann und Frau Sandra Schüssler, Sen.Scientist, BSc. MSc. ganz herzlich für die große Unterstützung bedanken.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
Glossar	VIII
Zusammenfassung	XI
Abstract	XIII
1 Einleitung	1
1.1 Definition der Demenz	3
1.1.1 Schweregrade der Demenz.....	4
1.1.2 Häufigkeit und Prävalenz der Demenz	6
1.2 Definition der Pflegeabhängigkeit	8
1.2.1 Prävalenz der Pflegeabhängigkeit	9
2 Literaturrecherche	11
2.1 Ergebnisse der Literaturrecherche	15
3 Methode	20
3.1 Studiendesign	20
3.2 Stichprobe	20
3.3 Datenerhebung	20
3.1 Ethisches Gutachten	21
3.2 Messinstrumente	21
3.2.1 Austrian Prevalence Measurement of Care Problems.....	21
3.2.2 Pflegeabhängigkeitsskala	23
3.2.3 Mini-Mental-Status-Examination.....	24
3.3 Datenanalyse	25
4 Ergebnisse	27

4.1	Charakteristika der Stichprobe	28
4.1.1	Basischarakteristika.....	28
4.1.1.1	Schulische Ausbildung der BewohnerInnen	29
4.1.1.2	Pflegestufen der BewohnerInnen	30
4.1.2	Die häufigsten Krankheitsbilder	31
4.1.3	Mini-Mental-Status Examination.....	32
4.2	Veränderung der Pflegeabhängigkeit	34
4.2.1	Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen ohne Demenz.....	34
4.2.2	Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen mit Demenz	34
4.2.3	Der Unterschied der Pflegeabhängigkeit zwischen BewohnerInnen mit und BewohnerInnen ohne Demenz.....	36
5	Diskussion	40
5.1	Limitationen.....	44
5.2	Implikationen für die Praxis	45
6	Literaturverzeichnis	XIV
	Anhang 1: Studienbewertungen	XXI
	Anhang 2:	XLVI
	Suchprotokoll der Literaturrecherche	XLVI

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Suchstrategie.....	11
Abbildung 2: Flowchart der Literaturrecherche.....	14
Abbildung 3: Gründe für eine Nichtteilnahme an der D-Care Studie	27
Abbildung 4: Schulische Bildung der BewohnerInnen mit Demenz	29
Abbildung 5: Schulische Bildung der BewohnerInnen ohne Demenz.....	29
Abbildung 6: Pflegestufen der BewohnerInnen mit Demenz	30
Abbildung 7: Pflegestufen der BewohnerInnen ohne Demenz	31
Abbildung 8: Die häufigsten Krankheitsbilder bei BewohnerInnen mit Demenz – erste Erhebung.....	31
Abbildung 9: Die häufigsten Krankheitsbilder bei BewohnerInnen ohne Demenz – erste Erhebung.....	32
Abbildung 10: Veränderung des MMSE-Summescores	33
Abbildung 11: Veränderung der Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen ohne Demenz.....	34
Abbildung 12: Veränderung der Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen mit Demenz.....	35
Abbildung 13: Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen mit Demenz in den verschiedenen Stadien – zweite Datenerhebung	35
Abbildung 14: Veränderung der Pflegeabhängigkeit von T0 ¹ - T1 ²	36
Abbildung 15: Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen mit und ohne Demenz - zweite Datenerhebung	37
Abbildung 16: Unterschied der Pflegeabhängigkeit von BewohnerInnen mit Demenz und BewohnerInnen ohne Demenz - zweite Datenerhebung.....	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ergebnisse der Literaturrecherche.....	18
Tabelle 2: Items der Pflegeabhängigkeit	23
Tabelle 3: Basischarakteristika der BewohnerInnen.....	28
Tabelle 4: Veränderung des kognitiven Zustandes	33
Tabelle 5: Mittelwertdifferenzen der Items der Pflegeabhängigkeitsskala	38
Tabelle 6: Suchprotokoll der Literaturrecherche.....	XLVII

Glossar

Bias: Ist eine Einflussnahme im Rahmen einer Studie, die die Ergebnisse verfälscht oder die Objektivität beeinträchtigt (Burns & Grove, 2005).

Boole'sche Operatoren: Sie verknüpfen bei der Datenbankrecherche verschiedene Suchbegriffe logisch miteinander (Mayer, Pflegeforschung anwenden, 2011).

Chi²-Test: Dieser Test wird für Analysen von Häufigkeitsunterschieden verwendet (Weiß, 2010).

Cramers-V: Ist ein statistisches Analyseverfahren für nominal skalierte Daten (Burns & Grove, 2005).

Epidemiologie: Sie untersucht die Verteilung von Gesundheitsproblemen und Risikofaktoren in der Bevölkerung (Razum, Breckenkamp & Brzoska, 2009).

Inzidenz: Ist die Neuerkrankungsrate. Die Wahrscheinlichkeit einer beliebigen Person während einer Beobachtungszeit zu erkranken (Weiß, 2010).

Item: Dabei handelt es sich um den kleinsten Bestandteil eines Untersuchungsinstruments z.B. eine Frage in einem Fragebogen (Mayer, Pflegeforschung anwenden, 2011).

Korrelationsanalyse: Es handelt sich um ein statistisches Verfahren, das dazu dient, die Richtung und das Ausmaß oder die Stärke einer Beziehung zwischen zwei Variablen zu bestimmen (Burns & Grove, 2005).

Literaturrecherche: Hierbei sollen bereits existierende Forschungsarbeiten zum gewählten Thema gefunden werden, um herauszufinden, welche Fragen rund um das Thema bereits beantwortet sind (Mayer, 2011).

Längsschnittstudie: Es handelt sich um ein bestimmtes Untersuchungsdesign, anhand dessen, zu mindestens zwei verschiedenen Zeitpunkten dieselben Methoden zur Datenerhebung eingesetzt werden (Mayer, 2011).

Mittelwert: Er ist die Summe der Merkmalswerte, geteilt durch die Zahl der Merkmalswerte (Mayer, 2011).

p-Wert: Ist der Wert, der die Wahrscheinlichkeit ausdrückt, dass die erfassten Daten nicht auf einem Zufall beruhen. Er bezeichnet die Signifikanz von Ergebnissen (Mayer, 2011).

Pilotstudie: Hier handelt es sich um eine weniger umfangreiche Version der geplanten Studie. Sie dient dazu die Methodik, welche in der Hauptstudie verwendet werden soll, zu entwickeln und zu verbessern (Burns & Grove, 2005).

Prävalenz: Ist der relative Krankenbestand zu einem bestimmten Zeitpunkt, d.h. die Wahrscheinlichkeit für eine Person aus der Population zu einem Zeitpunkt erkrankt zu sein. Es handelt sich um eine Momentaufnahme (Weiß, 2010).

Signifikante Ergebnisse: Sind Resultate die mit den zuvor von den Forschern identifizierten Ergebnissen übereinstimmen (Burns & Grove, 2005).

Signifikanzniveau: Es wird auch α -Niveau genannt. Dabei handelt es sich um eine Schnittstelle, anhand derer bestimmt wird, ob die untersuchten Gruppen zur selben oder zu verschiedenen Populationen gehören (Burns & Grove, 2005).

Standardabweichung: Sie ist ein Streuungsmaß. Sie zeigt an, wo die meisten Werte zu finden sind und wie weit sie vom Mittelwert abweichen (Mayer, 2011).

Abkürzungen

ADI	Alzheimer`s Disease International
CINAHL®	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
EMBASE®	ExcerptaMedica Database
EURODEM	European Community Concerted Action on the Epidemiology and Prevention of Dementia group
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Revision 10
LPZ	LandelijkePrevalentiemetingZorgprobleme (Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten)
MESH	Medical Subject Headings
MMSE	Mini-Mental-State Examination
PAS	Pflegeabhängigkeitsskala
SD	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHO	World Health Organisation

Zusammenfassung

Hintergrund: Unsere Gesellschaft unterliegt zurzeit enormen Umbrüchen. In praktisch allen Regionen der Welt wächst die ältere Bevölkerung schneller als die Gesamtbevölkerung. Eine Konsequenz die daraus resultiert, ist der Anstieg jener Erkrankungen, welche besonders im letzten Drittel des Lebens auftreten. Allen voran steht hier die Demenz. Diese Erkrankung ist eine der Hauptursachen für Pflegeabhängigkeit bei älteren Menschen. Das Wissen hinsichtlich Demenz und einer möglichen Veränderung der Pflegeabhängigkeit ist derzeit jedoch unzureichend. Daher ist das Ziel dieser Arbeit herauszufinden, wie sich die Pflegeabhängigkeit bei PflegeheimbewohnerInnen mit und bei PflegeheimbewohnerInnen ohne Demenz verändert.

Methode: Beim D-Care Projekt handelt es sich um eine Panelstudie. Die Datenerhebungen fanden im April/Mai 2012 und November 2012 statt. 255 BewohnerInnen mit Demenz und 153 BewohnerInnen ohne Demenz aus neun österreichischen Pflegeheimen wurden in die Studie eingeschlossen. Die Daten der Teilnehmer des D-Care Projekts wurden mit Hilfe des Fragebogens „Austrian Prevalence Measurement of Care Problems“ erhoben. Die PAS ist in diesem Fragebogen bereits eingegliedert. Um den Schweregrad der Demenz zu ermitteln wurde die MMSE verwendet.

Ergebnisse: Die Pflegeabhängigkeit steigt bei BewohnerInnen mit Demenz innerhalb von sechs Monaten signifikant an ($p < 0.001$). Die größten Veränderungen sind bei den Items Alltagsaktivitäten, Kontinenz und Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung zu erkennen. Auch bei den BewohnerInnen ohne Demenz kommt es zu einer Verlechterung hinsichtlich der Pflegeabhängigkeit. Signifikante Werte ergaben sich in dieser Gruppe bei der Kommunikation, dem Kontakt mit anderen, den Alltagsaktivitäten und den Akitvitäten zur sinnvollen Beschäftigung ($p < 0.05$). Beim Vergleich der beiden Gruppen war die Verschlechterung bei den BewohnerInnen mit Demenz signifikant höher als bei den BewohnerInnen ohne Demenz ($p < 0.001$).

Diskussion: Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Pflegeabhängigkeit sowohl bei BewohnerInnen mit Demenz als auch bei BewohnerInnen ohne Demenz in einem Zeitraum von sechs Monaten signifikant verschlechterte. Es sind weitere Längsschnittstudien erforderlich, um einen tieferen Einblick in die Entwicklung der Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen mit Demenz zu gewinnen und Unterschiede bezüglich der BewohnerInnen ohne Demenz zu verdeutlichen.

Abstract

Background: Our society is currently undergoing an enormous demographic restructuring. In almost all regions of the world, the elderly population segment is exhibiting a vast growth. One consequence is an increase in age-related diseases. In this context, dementia is particularly noteworthy. More than half of the world's population, who are dependent on care, suffer from dementia. This disorder is one of the main causes of the loss of self-care competencies and an increase in care-dependency. To date, research depicting the effects of dementia on care-dependency is insufficient, at best. The aim of this study is to find out how care-dependency in nursing home residents with and without dementia changes over time.

Methods: The data were collected in nine Austrian nursing homes at two different time points (April 2012 – May 2012 and November 2012). As part of the D-Care project, data was available from 255 residents with dementia and 153 residents without dementia using the questionnaire of the LPZ. The PAS is already incorporated in the questionnaire, and thus, could be used to detect care-dependency. The MMSE was used to indicate severity of dementia.

Results: The care dependency increased significantly in residents with dementia in the six-month study period ($p < 0.001$). The biggest changes were detected in three item areas: daily and recreational activities as well as continence. There was also a significant deterioration in residents without dementia. Significant values were observed in this group during communication, contact with others, daily activities and recreational activities ($p < 0.05$). The deterioration in residents with dementia was significantly higher than in residents without dementia, when comparing the two groups ($p < 0.001$).

Discussion: After a six-month period, residents with dementia were more likely to depend on nursing care than residents without dementia. Other longitudinal studies are required to gain a deeper insight into the development of care-dependency in residents with dementia and to clarify differences referring to residents without dementia.

1 Einleitung

Unsere Gesellschaft unterliegt zurzeit enormen Umbrüchen und der demografische Wandel zeigt verstärkt seine Wirkung. In den vergangenen 100 Jahren kam es zunehmend zu Veränderungen des Bevölkerungsprofils mit der Konsequenz, dass der Anteil der älteren Menschen weltweit beträchtlich anstieg und auch weiterhin steigt (Kitwood, 2013). In praktisch allen Regionen der Welt wächst die ältere Bevölkerung schneller als die Gesamtbevölkerung (Department of Economic and Social Affairs, 2009).

Zwischen den Industrie- und Entwicklungsregionen lassen sich deutliche Unterschiede, sowohl was die Anzahl als auch den Anteil älterer Menschen betrifft, erkennen. Für stärker entwickelte Länder ist charakteristisch, dass die Bevölkerung über Jahrzehnte hin gealtert ist, während die Alterung der Bevölkerung in den weniger stark entwickelten Ländern mehr oder weniger jung ist, da ihre Geburten- und Sterberate abgenommen haben. In den stärker entwickelten Regionen gehört mehr als ein Fünftel der Bevölkerung der Altersgruppe der über 60-jährigen an. Laut Prognosen wird bis zum Jahr 2050 fast ein Drittel der Bevölkerung in den Industriestaaten dieser Altersgruppe angehören (Department of Economic and Social Affairs, 2009; Prince, Prina, & Guerchet, 2013). In den weniger entwickelten Regionen sind es zurzeit acht Prozent, die der Altersgruppe der über 60-jährigen angehören. Laut Berechnungen der WHO ist davon auszugehen, dass bis zum Jahr 2050 die Bevölkerungsgruppe der über 60-jährigen weltweit auf 2 Milliarden Menschen anwachsen wird (World Health Organisation, 2012). Dies würde bedeuten, dass die Entwicklungsländer bis zur Mitte des Jahrhunderts die Etappe des Alterungswachstums erreichen, in der sich die Industriestaaten jetzt bereits befinden (Department of Economic and Social Affairs, 2009; Prince, Prina, & Guerchet, 2013). Zudem ist festzustellen, dass die Gruppe der älteren Menschen an sich immer älter wird. Im Jahr 2013 betrug der Anteil der über 80-jährigen 14 %. Für das Jahr 2050 wird dieser Wert auf 19 % geschätzt. Sollte dieser Fall eintreten, gibt es 2050 392 Millionen Menschen im

Alter von über 80 Jahren oder älter, dies wäre 3 Mal so viel wie heute (Gleichweit & Rossa, 2009).

Konnte man im Jahr 1869 noch von einer Alterspyramide sprechen, so wird sich diese, im Hinblick auf die jüngsten Entwicklungen, bis zum Jahr 2030 annähernd umkehren (Steidl & Nigg, 2014). Betrachtet man die österreichische Gesamtbevölkerung, so nimmt der Anteil junger und erwerbstätiger Personen zunehmend ab, wohingegen der Anteil der über 60-jährigen immer weiter zunimmt. Im Jahr 2008 zählten etwa 22.5 % zur Bevölkerungsgruppe der über 60-jährigen, dies sind rund zwei Millionen Personen der Gesamtbevölkerung Österreichs. Laut Vorhersagen erhöht sich diese Zahl bis zum Jahr 2020 auf 26 % (ca. 2.3 Millionen) und bis zum Jahr 2030 auf 31 % also etwa 2.8 Millionen Menschen (Gleichweit & Rossa, 2009). Global gesehen haben Frauen mit 70,2 Jahren eine höhere Lebenserwartung als Männer mit 66 Jahren. Aus diesem Grund bilden Frauen auch die Mehrheit der älteren Personen (Department of Economic and Social Affairs, 2009).

Diese Gegebenheiten und Prognosen für die Zukunft machen deutlich, dass sich auch in Österreich ein klarer Trend zu Überalterung abzeichnet. Durch den vorausgesagten Anstieg des Durchschnittsalters der Gesamtbevölkerung, wird auch der Anteil der alten Personen an der Gesamtbevölkerung immer größer.

Es kann daher durchaus von einer prognostizierten Alterung der Bevölkerung gesprochen werden. Eine Konsequenz, die sich daraus ziehen lässt, ist der Anstieg jener Erkrankungen, welche besonders im letzten Drittel des Lebens auftreten. Allen voran steht hier die Demenz. In diesem Zusammenhang gewinnen auch Themen wie etwa der Verlust von kognitiven und physischen Funktionen bzw. die Pflegeabhängigkeit an Priorität. Diese Entwicklungen bedeuten natürlich auch neue Herausforderungen für die aktuelle Versorgungssituation im Bereich der Gesundheitssysteme weltweit, aber auch in Österreich. Der Anstieg von Erkrankungen hat erhebliche Auswirkungen für die Erkrankten und somit erlangt die Betreuung und Pflege von älteren Menschen zunehmend an Bedeutung. Daher liegt es vor allem am Gesundheitswesen sich mit den Folgen der Alterung auseinander zu setzen (Gleichweit & Rossa, 2009; Prince, Prina, & Guerchet, 2013).

1.1 Definition der Demenz

Das Wort Demenz stammt vom Lateinischen *mens, mentis* und bedeutet Verstand oder auch Geist (Steidl & Nigg, 2014). Laut dem ICD-10-Code (F00-F003) ist Demenz...

„ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.“ (Dilling & World Health Organisation, 2005)

Demenz ist ein Sammelbegriff für eine Fülle an Erkrankungen. Es sind zurzeit nahezu 50 Krankheiten bekannt, welche zu einer Demenz führen können. Dies sind unter anderem Epilepsie, Morbus Parkinson oder Multiple Sklerose. Auf Grund dessen gibt es verschiedene Formen der Demenz, wie etwa die Alzheimer-Demenz, die vaskuläre Demenz oder die Lewy-Körper Demenz, die sich in ihren Häufigkeiten wesentlich voneinander unterscheiden (Gleichweit & Rossa, 2009; Förstl & Kleinschmidt, 2010; Shadlen & Larson, 2014).

Die Alzheimer-Demenz stellt aus klinischer und epidemiologischer Sicht die häufigste Form der Demenz dar. Zum ersten Mal wurde dieses Krankheitsbild 1907 von Alois Alzheimer, einem deutschen Psychiater, erläutert (Förstl, 2009).

Diese Form der Demenz ist durch einen schleichenden Beginn und eine langsame Verschlechterung gekennzeichnet. Bis auf die seltenen erblichen Formen ist die Ursache der Krankheit ungeklärt. Bei dieser Form der Demenz kommt es zu einem langsamen Fortschreiten der Symptome und langfristig zum Tod der PatientInnen (Steidl & Nigg, 2014). Sofern das Erkrankungsalter höchstens bei 65 Jahren liegt, spricht man von präseniler Alzheimer-Demenz, darüber von seniler

Alzheimer-Demenz (Gleichweit & Rossa, 2009; Förstl, 2009; Förstl & Kleinschmidt, 2010).

Ein Drittel aller DemenzpatientInnen weist schon bis zu drei Jahre vor der Diagnosestellung kognitive Defizite auf. So haben die Betroffenen etwa Schwierigkeiten neue Informationen abzuspeichern oder ihr Handeln sinnvoll zu planen. Die Differenzierung zwischen einer beginnenden Demenz und einer reversiblen Störung ist in der präklinischen Phase jedoch schwierig (Förstl & Kleinschmidt, 2010; Förstl, 2009; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2008).

1.1.1 Schweregrade der Demenz

Für gewöhnlich ist die Demenz in drei Schweregrade bzw. Stadien gegliedert, die fließend ineinander übergehen (Förstl, 2009). Die Bedürfnisse der Betroffenen aber auch die Anforderungen an die Betreuung und Pflege sind sehr unterschiedlich. Daher ist die Funktionalität in den einzelnen Stadien für die Beurteilung der Krankheit und der Bewertung des Pflegebedarfs von erheblicher Bedeutung (Steidl & Nigg, 2014).

a. Leichte Demenz

Das frühe Stadium wird oft übersehen. Verwandte, Freunde und oft auch professionelles Personal sehen es als einen normalen Teil des Alterungsprozesses:

- Störungen des Kurzzeitgedächtnisses;
- PatientInnen haben Schwierigkeiten sich auszudrücken, Wortfindungsstörungen;
- PatientInnen haben Schwierigkeiten bei der Durchführung komplexer Aufgaben im Haushalt;
- PatientInnen leiden häufig unter Stimmungsschwankungen;
- PatientInnen haben Probleme die Uhrzeit, die Tageszeit, das Monat oder das Jahr zu bestimmen;
- PatientInnen haben Schwierigkeiten Entscheidungen zu treffen

(World Health Organisation, 2012; Förstl & Kleinschmidt, 2010; Förstl, 2009)

b. Mittelschwere Demenz

Durch das Fortschreiten der Krankheit werden die Einschränkungen immer deutlicher:

- Störung des Langzeitgedächtnisses;
- PatientInnen sind bei alltäglichen Handlungen auf Hilfe angewiesen (z.B. bei der Kleiderwahl oder der Körperpflege);
- PatientInnen haben Schwierigkeiten Ereignisse zu begreifen und leiden unter zunehmenden Orientierungsstörungen;
- es fällt den PatientInnen immer schwerer sich adäquat auszudrücken und fortlaufende Unterhaltungen zu führen;
- das Verhalten der PatientInnen verändert sich – sie wandern herum, wiederholen vermehrt ihre Fragen, schreien aus keinem ersichtlichen Grund oder sie leiden unter einem gestörten Schlafverhalten;

(World Health Organisation, 2012; Förstl & Kleinschmidt, 2010; Förstl, 2009)

c. Schwere Demenz

In der letzten Phase kommt es zur totalen (Pflege)Abhängigkeit, die physische Seite der Krankheit wird immer deutlicher und die Gedächtnisstörungen sind beträchtlich:

- für die PatientInnen ist es schwierig zu verstehen, was rund um sie geschieht;
- PatientInnen können ihre Verwandten, Freunde und auch bekannte Objekte nicht mehr erkennen;
- PatientInnen sind unfähig sich alleine zu waschen oder zu kleiden und brauchen Unterstützung beim Essen;
- PatientInnen leiden unter Harn- und Stuhlinkontinenz;
- es kommt zu einer Veränderung der Mobilität, PatientInnen sind nicht mehr in der Lage zu gehen und sind an einen Rollstuhl oder ans Bett gefesselt;
- die Verhaltensänderungen können eskalieren und in Aggressionen münden (treten, schlagen, schreien, stöhnen, etc.)

(World Health Organisation, 2012; Förstl & Kleinschmidt, 2010; Förstl, 2009)

1.1.2 Häufigkeit und Prävalenz der Demenz

Im Jahr 2005 beauftragte die „Alzheimer`s Disease International“ (ADI) ein Gremium von Experten um alle verfügbaren epidemiologischen Daten zu überprüfen und zu einem Konsens bezüglich der Schätzung von Prävalenzen in allen 14 Weltregionen zu gelangen. Laut den Schätzungen dieses Gremiums litten im Jahr 2001 bis zu 24,3 Millionen und im Jahr 2010 36,5 Millionen Menschen an Demenz (World Health Organisation, 2012).

Forscher gehen davon aus, dass weltweit jedes Jahr etwa 7,7 Millionen neue Fälle von Demenz auftreten. Das bedeutet einen neuen Fall alle 4 Sekunden (World Health Organisation, 2012). Dies führt alle 20 Jahre zu einer Verdoppelung und somit würden 2050 115,4 Millionen Menschen betroffen sein (World Health Organisation, 2012).

Ferri et al. (2005) bildeten bei der Analyse zur Entwicklung von Demenz folgende drei Gruppen:

- in den Industriestaaten werden hohe Prävalenzzahlen beobachtet, sie steigen jedoch nur moderat an;
- Lateinamerika und Afrika haben sehr niedrige Fallzahlen, es kommt aber zu einem raschen Anstieg;
- Indien, China, Südasien und die westlichen Pazifikregionen fangen mit hohen Zahlen an und sind zudem einem starken Wachstum ausgesetzt.

In weniger entwickelten Gegenden der Erde wird der Zuwachs von Menschen mit Demenz drei bis viermal höher ausfallen (Demenz Support Stuttgart, 2008).

Die größte und umfangreichste europäische Erhebung der Prävalenz für Demenz wurde von der European Community Concerted Action on the Epidemiology and Prevention of Dementiagroup (EURODEM) durchgeführt. Bei dieser Erfassung betrug die geschätzte Prävalenzrate in Westeuropa bei Personen über 60 Jahren 5,4 % (Gleichweit & Rossa, 2009).

In Österreich gibt es keine explizite Erhebung zur Prävalenz der Störung Demenz. In diesem Bereich kann daher nur auf Hochrechnungen und Schätzungen zurückgegriffen werden (Gleichweit & Rossa, 2009).

Die Initiative Alzheimer-Europe publizierte in ihrem Jahrbuch 2006 Prävalenzdaten für alle EU-Mitgliedsstaaten. Grundlage dafür war die EURODEM-Studie und die Arbeit von Ferri et al. 2005. Für Österreich ergab sich eine Gesamtprävalenz von 1,15 % bei Ferri et al. bzw. 1,27% in der EURODEM Studie. Diese Zahlen entsprechen dem EU-Durchschnitt (Gleichweit & Rossa, 2009).

Bei Menschen über 65 Jahren ist die Demenz mit 43,2 % der häufigste Grund für eine Aufnahme in ein österreichisches Pflegeheim (Gleichweit & Rossa, 2009). Auch eine Pflegequalitätserhebung im Jahr 2013 kam zu dem Schluss, dass Demenz mit 52,5 % zu den häufigsten Krankheitsbildern in österreichischen Pflegeheimen gehört (Lohrmann, Schönherr, & Mandl, 2013).

Die Demenz ist nicht nur eine der häufigsten Erkrankungen im Alter, sondern stellt gleichzeitig eine der bedeutendsten Entstehungsursachen für die Pflegeabhängigkeit dar. Eine Hauptkomponente der Demenz ist der allmähliche Rückgang von kognitiven und funktionalen Fähigkeiten. Dieser meist mehrjährige Verlauf führt zu einem geistigen Verfall und schließlich zur völligen Abhängigkeit von der Pflege. (Baltes, 1996; Waldemar, et al., 2007; Pick, Brüggemann, Grote, Grünhagen, & Lampert, 2004). Das Bedürfnis unabhängig zu sein, steht immer im Zusammenhang mit der Autonomie einer Person. Kommt es zu einem Verlust der Autonomie, der Eigenständigkeit oder der Selbstständigkeit, ist dies für die betroffenen Personen oft sehr quälend (Flanagan & Holmes, 1999). Das Leben in einem Pflegeheim und die Abhängigkeit von anderen ist somit eine große Angst älterer Menschen (Baltes, 1996; Lohrmann, Balzer, Dassen, & Dijkstra, 2003).

1.2 Definition der Pflegeabhängigkeit

Die Definition von Abhängigkeit basiert auf der Arbeit von Virginia Henderson. Sie legte schon Anfang der 1930er Jahre die Grundlage zur Theorieentwicklung in den United States of Amerika (USA). Ihr Anliegen war es, den Blick von medizinischen Therapien wegzulenken und auf den spezifischen Gegenstand der Pflege zu richten. Henderson versuchte die Aufgaben und die Pflege, die Menschen benötigen, zu beschreiben. Sie konzentrierte sich auf die Pflege von Personen, die in der eigenständigen Ausübung der Lebensaktivitäten gefährdet sind oder ihren Bedürfnissen nicht mehr in geeigneter Form nachgehen können. In der Definition der Pflege von Virginia Henderson wird sowohl auf kurative als auch auf kompensatorische Funktionen der Pflege verwiesen und es werden dabei 14 Aktivitäten und Bedürfnisse berücksichtigt (wie z.B. normale Atmung, angemessenes Essen und Trinken, Ausscheidung von körperlichen Abbauprodukten), die sich von physiologischen Funktionen über Gefühle bis hin zur Teilnahme am sozialen Leben erstrecken (Marriner-Tomey, 1992; Henderson, 1978; Henderson, 1969).

„Die einzige Funktion der Pflege besteht darin, dem Menschen, ob krank oder gesund, zu helfen, bei Handlungen, die zur Gesundheit oder dem Wiedererlangen beitragen (oder zu einem friedlichen Tod), die er ohne Hilfe ausführen würde, wenn er die notwendige Kraft, den Willen oder das Wissen hätte. Und das ist so zu machen, dass er so schnell wie möglich wieder unabhängig wird.“ (Marriner-Tomey, 1992; Henderson, 1978; Henderson, 1969)

Es ist die Aufgabe der Pflege, die PatientInnen von einer Situation der Abhängigkeit zu einer Unabhängigkeit zu führen (Bartholomeyczik & Halek, 2004; Dijkstra, Buist, & Dassen, 1998). Um dies zu ermöglichen muss zuerst eingeschätzt werden wie viel Hilfe die PatientInnen benötigen und wozu sie selbst in der Lage sind. Es ist nicht ausreichend nur Aspekte der Körperpflege oder der Ernährung zu erfassen. Sowohl psychische als auch soziale Aspekte sollten aus einer pflegerischen Sicht berücksichtigt werden. Um den PatientInnen eine angemessene Pflege zukommen zu lassen, müssen Kenntnisse über diese

Aspekte eingeholt werden. Denn trotz guter Absichten ist es nicht selten der Fall, dass die Unabhängigkeit bzw. Selbstständigkeit falsch eingeschätzt wird. (Bartholomeyczik & Halek, 2004; Lohrmann, Balzer, Dassen, & Dijkstra, 2003). Somit lässt sich Pflegeabhängigkeit wie folgt definieren:

„ein Prozess, in dem professionelle Pflegende einem Patienten, dessen Selbstpflegefähigkeiten eingeschränkt sind und dessen Pflegebedarf ihn/sie zu einem bestimmten Grad abhängig macht, Unterstützung anbieten, mit dem Ziel, dass die Unabhängigkeit in der Durchführung der Selbstpflege wieder hergestellt wird“. (Mertens, Tannen, Lohrmann, & Dassen, 2002)

1.2.1 Prävalenz der Pflegeabhängigkeit

Im Jahr 2010 lag die Prävalenz bzgl. (Pflege)Abhängigkeit der Weltbevölkerung bei 5.1 %. Die Prävalenz soll bis zum Jahr 2050 Jahr auf 6.6 % steigen (Prince, Prina, & Guerchet, 2013). Diese Steigerung kann teilweise auf das Bevölkerungswachstum zurückgeführt werden, ist aber insbesondere durch die Alterung der Bevölkerung gekennzeichnet, denn die Prävalenz der Abhängigkeit steigt mit dem Alter deutlich an. So waren 2010 in der Gruppe der über 60-jährigen 13.2% von der Pflege abhängig (Prince, Prina, & Guerchet, 2013).

Es ist nicht genau bekannt wie viele Menschen zurzeit in Österreich pflegeabhängig sind. Statistik Austria führte 2006/2007 eine Gesundheitsbefragung in Österreich durch. Laut dieser hatten 471.000 Personen Probleme bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (Statistik Austria, 2009, S. 50).

Eine österreichische Pflegequalitätserhebung 2013 zeigte, dass BewohnerInnen in Pflegeheimen zum Großteil (47 %) völlig oder überwiegend pflegeabhängig waren. Es ist auch ersichtlich, dass die durchschnittliche Pflegeabhängigkeit mit dem Alter steigt. In der Altersgruppe der über 60-Jährigen waren es mehr als 45 % der BewohnerInnen, die von Pflege abhängig waren (Lohrmann, Schönherr, & Mandl, 2013).

Mehr als die Hälfte aller Personen weltweit, die pflegeabhängig sind, leiden an einer Demenz (Prince, Prina, & Guerchet, 2013). Diese Störung ist eine der Hauptursachen für Pflegeabhängigkeit bei älteren Menschen (World Health Organisation, 2012; Andersen, Wittrup-Jensen, Lolk, Andersen, & Kragh-Sorensen, 2004; Pick, Brüggemann, Grote, Grünhagen, & Lampert, 2004). Im Verlauf der Demenz kommt es meist zu beachtlichen Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit, sowie zu einer Abnahme körperlicher Funktionsfähigkeit und dem Verlust der eigenständigen Lebensführung (Beekmann, van den Bussche, Gleaske, & Hoffmann, 2012). Das Wissen bezüglich Demenz und der Veränderung der Pflegeabhängigkeit ist derzeit jedoch unzureichend (World Health Organisation, 2012; Prince, Prina, & Guerchet, 2013). Eine Literaturarbeit bezüglich der Prävalenz der Pflegeabhängigkeit und den Pflegeproblemen bei BewohnerInnen von Pflegeheimen mit und ohne Demenz von Schüssler, Dassen, & Lohrmann (2014) zeigte, dass sich nur sehr wenige Studien mit dem Vergleich von Personen mit und ohne Demenz befassen. Die Autoren weisen darauf hin, dass Längsschnittstudien notwendig sind um die Veränderung der Pflegeabhängigkeit bei PflegeheimbewohnerInnen mit und ohne Demenz besser verstehen und gezielt darauf reagieren zu können (Schüssler, Dassen, & Lohrmann, 2014).

2 Literaturrecherche

Um einen Überblick über den derzeitigen Stand der Wissenschaft bezüglich der Veränderung der Pflegeabhängigkeit bei PflegeheimbewohnerInnen mit und ohne Demenz zu erhalten, wurde im Zeitraum von Oktober 2013 bis Jänner 2014 in den Datenbanken CINAHL[®], EMBASE[®] via OvidSP, PubMed[®] und The Cochrane Library[®] via OvidSP eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Vorab wurden Keywords festgelegt und mit den Boole'schen Operatoren AND bzw. OR, wie in der folgenden Abbildung ersichtlich, verknüpft.

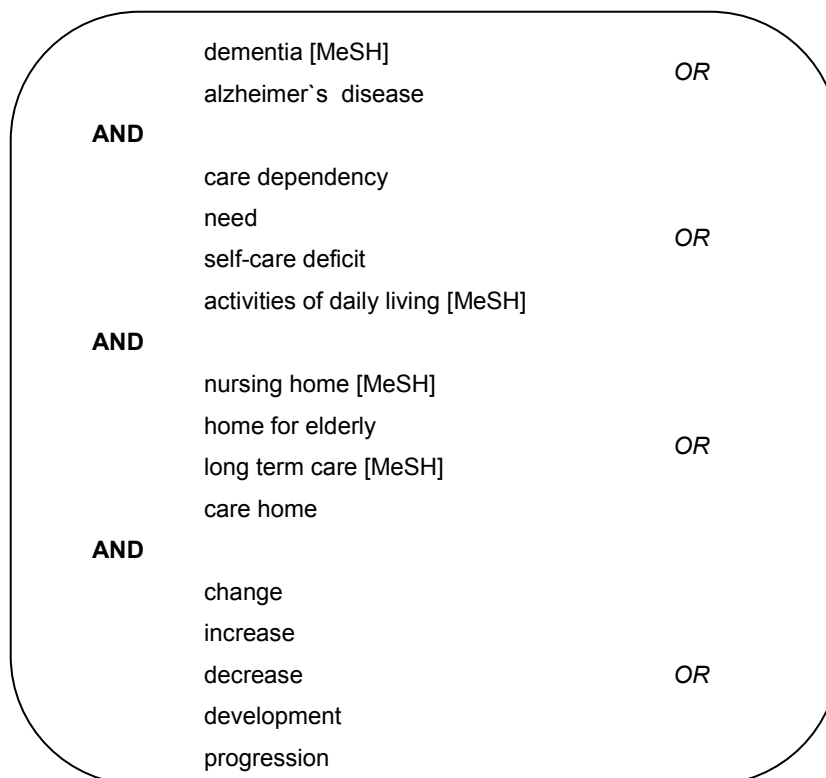


Abbildung 1: Suchstrategie

Mit den definierten Keywords und der festgelegten Suchstrategie wurde zusätzlich eine Internetsuche in Google Scholar[®] durchgeführt.

Vorab wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt.

Einschlusskriterien:

- Demenz;
- Längsschnittstudien;
- Studien in Gesundheitseinrichtungen;
- Veränderungen der Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen mit Demenz.

Ausschlusskriterien:

- Studien bzgl. pharmazeutischen Indikationen;
- Studien bzgl. der Kosten für das Gesundheitswesen, die mit einer Demenzerkrankung oder Pflegeabhängigkeit in Verbindung stehen;
- Studien, die sich auf die Wünsche, Bedürfnisse oder Erfahrung der pflegenden Angehörigen oder der Pflegepersonen beziehen.

Das Setzen von Limits diente zur weiteren Eingrenzung der Suche:

- ein Zeitraum von zehn Jahren (Jänner 2003 – Dezember 2013);
- nur Artikel in englischer oder deutscher Sprache;
- das Alter wurde auf über 65 Jahre eingeschränkt, da die Störung Demenz ab diesem Alter vermehrt auftritt (Gleichweit & Rossa, 2009; World Health Organisation, 2012).

Weiters wurde mittels der Feldsuche Titel/Abstract nur nach Artikeln gesucht, bei welchen die Keywords im Titel oder im Abstract enthalten waren.

Die Ergebnisse der einzelnen Datenbanken konnten als erstes nach dem Titel der Artikel in relevant und irrelevant, bezogen auf die Ein- und Ausschlusskriterien, differenziert werden. Im Anschluss wurden die zugehörigen Abstracts gelesen und nach den Kriterien von Polit und Beck (2011) bewertet. Zu allen relevanten Abstracts wurden die Volltexte gesucht, gelesen und nach den Bewertungskriterien von Polit und Beck (2011) geprüft.

Bei der Bewertung der Studien wurden folgende Domänen berücksichtigt:

- *Titel*
- *Abstract*
- *Einleitung*: Forschungsproblem, Hypothesen oder Forschungsfragen, Literaturübersicht, konzeptueller/theoretischer Bezugsrahmen;
- *Methode*: Ethische Aspekte, Forschungsdesign, Population und Stichprobe, Datensammlung und Datenmessung, Durchführung;
- *Ergebnisse*: Datenanalyse, Resultate;

- *Diskussion*: Interpretierung der Resultate, Implikationen/Empfehlungen;
- *Allgemein*: Präsentation, Glaubwürdigkeit der ForscherInnen, Zusammenfassung (Polit & Beck 2011).

Zur Beantwortung der Fragen wurden von der Autorin nachstehende Möglichkeiten formuliert:

- *Ja*: Die angeführten Punkte der Fragestellung sind im Artikel angeführt.
- *Nein*: Die angeführten Punkte der Fragestellung sind im Artikel nicht angeführt.
- *Teilweise*: Die angeführten Punkte der Fragestellung sind im Artikel nicht eindeutig oder nicht zur Gänze angeführt.

Aus der kritischen Bewertung konnte abgeleitet werden, welche der bewerteten Studien ein- bzw. ausgeschlossen wurden. Um eine Studie einzuschließen mussten über 40 % der Fragen mit ja beantwortet sein.

Bei der systematischen Literaturrecherche wurden 801 potentielle Artikel gefunden. Dabei entfielen 787 auf die vier Datenbanken und 14 auf die weitere Suche in Google Scholar[®]. Nach der Bewertung der Titel und Abstracts blieben noch 15 Volltexte übrig. 12 von diesen Artikeln mussten nach der Relevanzprüfung der Volltexte ausgeschlossen werden. Bei den übrig gebliebenen Studien wurde eine Handsuche in den Referenzlisten durchgeführt. Bei dieser Suche konnte noch eine relevante Studie gefunden werden. Somit konnten drei Artikel in die Arbeit eingeschlossen werden.

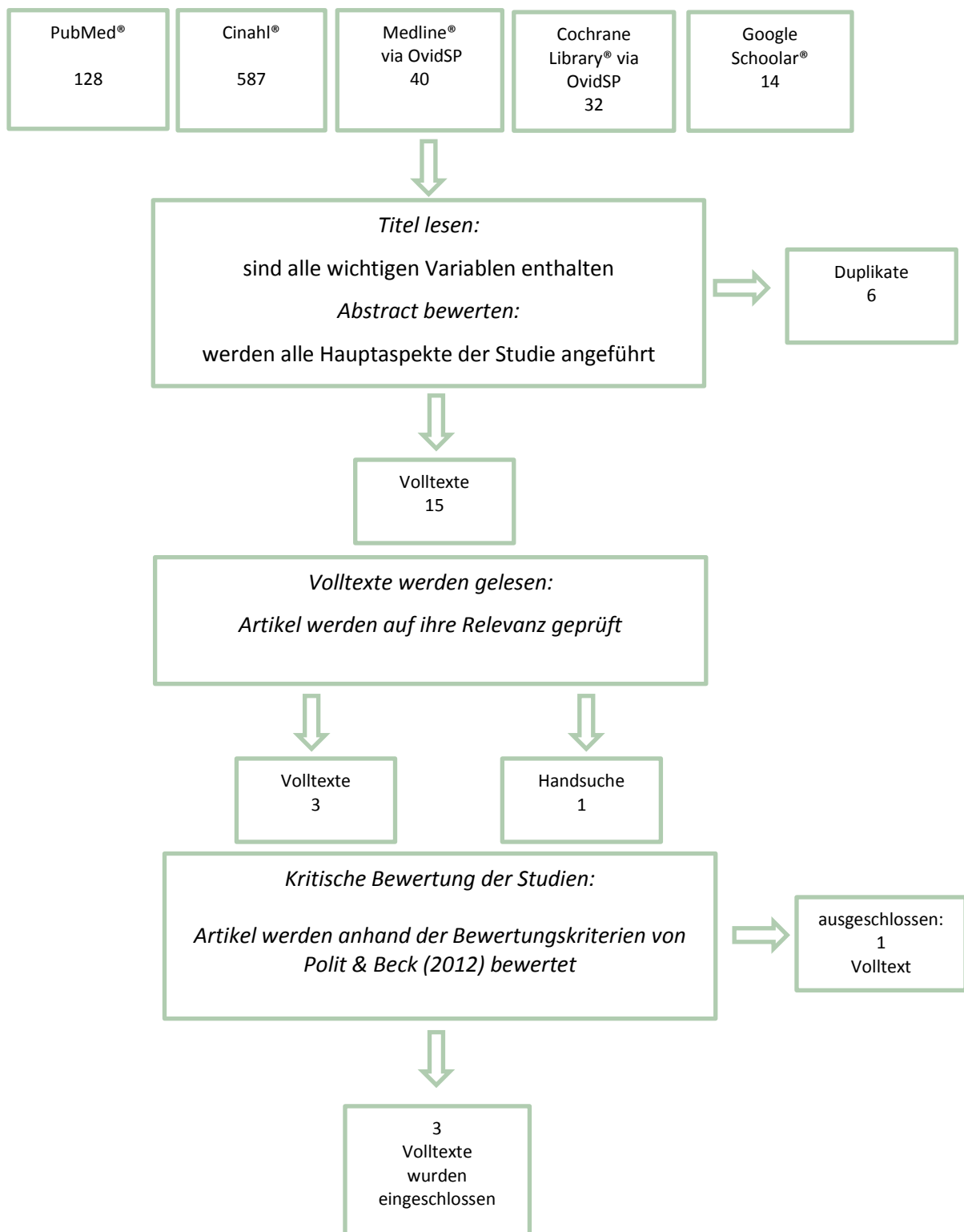


Abbildung 2: Flowchart der Literaturrecherche

2.1 Ergebnisse der Literaturrecherche

Die Demenz ist durch eine fortschreitende Abnahme der kognitiven Funktionen gekennzeichnet und beeinträchtigt physische Funktionen. Dieser Rückgang verursacht eine erhebliche Belastung für die PatientInnen, ihre BetreuerInnen und die Gesellschaft an sich, da die PatientInnen immer abhängiger von Pflegepersonen und bezahlter professioneller Unterstützung werden (Carpenter, Hastie, Morris, Fries, & Ankri, 2006; Suh, Ju, Yeon, & Shah, 2004).

Die Demenz ist vor allem bei BewohnerInnen in Pflegeheimen weit verbreitet, jedoch gibt es nur wenige Studien die untersucht haben, wie und ob sich physische Funktionen und kognitive Beeinträchtigungen im Lauf der Zeit verändern (Carpenter, Hastie, Morris, Fries, & Ankri, 2006; Monaci & Morris, 2012; Schüssler, Dassen, & Lohrmann, 2014).

Eine Arbeit die die Veränderung der Pflegeabhängigkeit beschreibt, ist die Studie von Suh, Ju, Yeon, & Shah (2004). Es handelt sich hierbei um eine Längsschnittstudie zur Erfassung des Rückgangs der kognitiven und körperlichen Funktionsfähigkeiten. Der Beobachtungszeitraum beläuft sich bei dieser Studie auf sechs bzw. zwölf Monate. Die Daten von 107 PatientInnen des Registers für DemenzpatientInnen wurden mittels der „Mini-Mental-State Examination“ (MMSE), der „Alzheimer’s Disease Assessment Scale“ (ADAS-cog) und der „Disability Assessment for Dementia Scale“ (DAD) erhoben (Suh, Ju, Yeon, & Shah, 2004). Suh, Ju, Yeon, & Shah (2004) berechneten die Mittelwerte der MMSE zu Beginn der Erhebung, nach sechs und nach zwölf Monaten. Dabei konnten sie beobachten, dass die Mittelwerte konstant kleiner wurden – zu Beginn 11.2; nach sechs Monaten 10.5 und nach zwölf Monaten 10.2. Anhand des p-Wertes lässt sich zusätzlich erkennen, dass es sich um eine statistisch signifikante Verschlechterung ($p < 0,001$) des Zustandes der Patienten handelt. Wobei kein Zusammenhang zwischen dem Rückgang der kognitiven Leistungsfähigkeit und Variablen wie etwa dem Schweregrad der Demenz, dem Geschlecht, der Bildung oder der Dauer der Alzheimer Erkrankung zu erkennen war. Nur das Alter wies einen signifikanten Zusammenhang mit dem Rückgang der MMSE-Werte auf (Suh, Ju, Yeon, & Shah, 2004). Suh, Ju, Yeon, & Shah (2004) stellten bei ihrer Erhebung jedoch fest, dass sich die Ergebnisse der DAD hinsichtlich der

Aktivitäten des täglichen Lebens und somit der funktionellen Tätigkeiten, sowohl nach sechs als auch nach zwölf Monaten signifikant verschlechtert hatten ($p < 0.04$). Wobei ersichtlich war, dass es bei PatientInnen mit einer mittelschweren Demenz zu einem schnelleren Verlust der funktionellen Fähigkeiten kam, als bei PatientInnen mit leichten kognitiven Einschränkungen oder einer schweren Demenz. Darüber hinaus zeigten die Ergebnisse der Erhebungen, dass es bei PatientInnen mit leichten kognitiven Einschränkungen oder mit einer mittelschwerer Demenz vor allem zu einem Verlust der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens gekommen ist ($p < 0.001$) (Suh, Ju, Yeon, & Shah, 2004).

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Monaci & Morris (2012). Sie untersuchten den Zusammenhang bzw. die Veränderung von neuropsychologischen Funktionsfähigkeiten, Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL). 34 BewohnerInnen einer Memory-Klinik mit leichten kognitiven Einschränkungen bzw. mittelschwerer Demenz wurden zu Studienbeginn und anschließend 18 bis 24 Monate danach beurteilt. Zur Erfassung der neuropsychologischen Funktionen konnte eine überarbeitete Version der „Cambridge Cognitive Examination“ verwendet werden. Diese enthält die „Mini-Mental State Examination“ und die „Executive-Funktionen-Skala“. ADL und IADL wurden mit dem „Neuropsychiatric Inventory“ gemessen (Monaci & Morris, 2012). Die statistische Analyse hinsichtlich der neuropsychologischen Funktionen der BewohnerInnen ergab, dass diese von der ersten Befragung bis zur Follow-up Beurteilung stark rückläufig waren. Der Vergleich der Werte der MMSE ergab einen statistisch signifikanten Wert von $p < 0,05$ (Monaci & Morris, 2012). Die funktionellen Fähigkeiten und neuropsychiatrischen Symptome blieben hingegen über den Zeitraum der ersten bis zur zweiten Befragung stabil. Weder der ADL-Score ($p = 0.978$), noch der IADL-Score ($p = 0.109$) oder die neuropsychiatrischen Symptome ($p = 0.955$) veränderten sich (Monaci & Morris, 2012).

Carpenter et. al (2006) versuchten mittels einer Längsschnittanalyse zu erfassen, wie sich körperliche und kognitive Funktionsfähigkeiten bei BewohnerInnen von Pflegeheimen mit mittelschwerer ($n = 7001$) bis schwerer ($n = 4616$) Demenz,

ohne komorbider Erkrankungen innerhalb von drei und sechs Monaten veränderten. Die kognitive Beeinträchtigung wurde mittels der „MDS Cognitive Performance Scale“ gemessen. Hier werden alle BewohnerInnen in sieben Stufen der kognitiven Leistungsfähigkeit eingeteilt – 0 bedeutet „intakt“, 6 bedeutet „sehr starke Beeinträchtigung“. Veränderungen der Aktivitäten des täglichen Lebens konnten anhand der MDS-ADL Skala beurteilt werden. (Carpenter, Hastie, Morris, Fries, & Ankri, 2006) Anhand der Datenerhebung nach sechs Monaten konnte festgestellt werden, dass sich die allgemeine körperliche Funktion der BewohnerInnen mit moderaten kognitiven Beeinträchtigungen um 1,78 Punkte (95% CI, 1.67-1.91) und um 1,70 Punkte (95% CI, 1.59-1.83) bei BewohnerInnen mit schweren Beeinträchtigungen verschlechtert hatte. BewohnerInnen beider Gruppen zeigten einen signifikanten Rückgang bei allen sieben Aktivitäten des täglichen Lebens die gemessen wurden. Rund 26% der BewohnerInnen mit moderaten kognitiven Beeinträchtigungen und 21% der BewohnerInnen mit schweren Beeinträchtigungen erlebten nach sechs Monaten einen Rückgang der persönlichen Hygiene, der Fähigkeit zum selbstständigen An- und Auskleiden und der Kontinenz. Beim Verlust der Funktion „Essen“ ließ sich ein umgekehrtes Verhältnis beobachten. 38% mit schweren und 29% mit moderaten kognitiven Beeinträchtigungen brauchten Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme (Carpenter, Hastie, Morris, Fries, & Ankri, 2006).

Tabelle 1: Ergebnisse der Literaturrecherche

Autor	Population	Design/Setting	Instrumente	Ergebnisse
Carpenter G. I., Hastie, Morris, Fries, & Ankri (2006)	7001 BewohnerInnen mit mittlerer Demenz 4616 BewohnerInnen mit schwerer Demenz	Längsschnittstudie Pflegeheim	CPS – Cognitive Performance Scale. Sie klassifiziert nach der kognitiven Leistungsfähigkeit der BewohnerInnen. Die MDS-ADL Scale misst die Veränderung der Aktivitäten des täglichen Lebens anhand von sieben Items.	allgemeine körperliche Funktion der BewohnerInnen mit moderaten kognitiven Beeinträchtigungen verschlechtern sich innerhalb von sechs Monaten um 1,78Punkte und um 1,70Punkte bei BewohnerInnen mit schweren Beeinträchtigungen.
Suh, Ju, Yeon, & Shah (2004)	107 PatientInnen mit Alzheimer-Demenz	Längsschnittstudie Demenz- Patienten Register des Department of Psychiatry, Hallym University College of Medicine und dem Asan Community mental Health Center	ADAS-cog. - eine Skala zur Verlaufsbeurteilung der Symptome einer Demenz MMSE – dient zur Erfassung kognitiver Einschränkungen bei Patienten mit Demenz. DAD – ist eine Messinstrument zur Erhebung der funktionalen Fähigkeiten bei Patienten mit Demenz	Mittelwert der MMSE zu Beginn der Erhebung 11,2; nach sechs Monaten 10,5 und nach zwölf Monaten 10,2 – $p=0,001$. Signifikante Verschlechterung der funktionellen Fähigkeiten während der 12 Monate $p=0,04$.
Monaci & Morris (2012)	34 BewohnerInnen mit diagnostizierter Alzheimer-Demenz	Längsschnittstudie Betreutes Wohnen im Zuge einer Memory Klinik	MMSE ADL-Scale – Instrument zur Messung der Alltagskompetenzen (functional und kognitiv) IADL-Scale – basiert auf der ADL Skala und ist speziell für den Bereich der Geriatrie	Der Vergleich der Werte der MMSE ergab einen statistisch signifikanten Wert von $p = <0,05$. Die funktionellen Fähigkeiten (IADL-Score $p = 0.109$) und neuropsychiatrischen Symptome blieben hingegen stabil.

Die Ergebnisdarstellung der Literaturrecherche lässt erkennen, dass es sehr wenig und dazu auch widersprüchliche Aussagen in Bezug auf die Veränderung der Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen von Pflegeheimen mit Demenz gibt. Dem Vergleich von BewohnerInnen mit und ohne Demenz wird in der bestehenden Literatur nur sehr wenig Beachtung geschenkt, obwohl es im Verlauf der Erkrankung zu zunehmenden Einschränkungen der körperlichen und geistigen Fähigkeiten kommt und BewohnerInnen verstärkt auf Hilfe der Pflegepersonen angewiesen sind (Bartholomeyczik & Halek, 2004). Im Zuge dieser Arbeit soll somit dargestellt werden, wie sich die Pflegeabhängigkeit bei PflegeheimbewohnerInnen innerhalb eines halben Jahres verändert und ob diese Veränderung auf eine vorherrschende Demenz zurückzuführen ist. Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Wie verändert sich die Pflegeabhängigkeit bei PflegeheimbewohnerInnen mit und bei PflegeheimbewohnerInnen ohne Demenz über 65 Jahren innerhalb von sechs Monaten?

3 Methode

Den empirischen Teil dieser Arbeit stellt das D-Care Projekt dar. Diese Studie wird vom Institut für Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz durchgeführt.

3.1 Studiendesign

Beim D-Care Projekt handelt es sich um eine Längsschnittstudie. Dieses Studiendesign ermöglicht es unterschiedliche Variablen und deren Änderungen über einen bestimmten Zeitraum zu beobachten. Als eine Längsschnittstudie können alle Studien bezeichnet werden, bei denen die Datenerhebung wenigstens zu zwei divergenten Zeitpunkten, jedoch mit denselben Methoden durchgeführt wird. Im Falle des D-Care Projekts kann daher von einer Panelstudie gesprochen werden, da es sich um zwei Erhebungszeitpunkte mit den selben Teilnehmerinnen handelt (Groove, Burns, & Gray, 2013, S. 219; Mayer, 2011).

3.2 Stichprobe

Das Institut für Pflegewissenschaft informierte alle Pflegeheime ab 50 Betten und mehr in Wien und der Steiermark über die geplante Studie. Für Wien waren dies 77 und für die Steiermark 98 Pflegeheime. Die Information erfolgte schriftlich per Post und zusätzlich per E-Mail. Für alle Einrichtungen war die Teilnahme freiwillig. Bei Interesse wurden diese aufgesucht, um ihnen detaillierte Informationen hinsichtlich des Projektes zu erläutern.

3.3 Datenerhebung

Die Studie hatte eine Laufzeit von zwei Jahren, wobei sich die Datenauswertung in dieser Arbeit, nur auf die ersten beiden Erhebungstermine beschränkt. Ende April 2012 bis Ende Mai 2012 fand die erste Datenerhebung in allen eingeschlossenen Pflegeheimen statt. Dies waren sechs in Wien und drei in der Steiermark. Die zweite Erhebung konnte ein halbes Jahr später, also im November 2012,

durchgeführt werden. Jede Station, jedes Hauses hatte eine Woche in den Erhebungsmonaten Zeit die Daten zu sammeln. Diese Woche war für alle Stationen frei wählbar.

Vor der ersten Datenerhebung erhielten alle Pflegepersonen der teilnehmenden Pflegeheime eine zweistündige Schulung für die Handhabung der Instrumente zur Datenerhebung. Zur objektiven Erfassung der Daten wurden Erhebungsteams, bestehend aus zwei Personen, festgelegt. Das Team bestand jeweils aus einer Pflegeperson, die nicht in die tägliche Pflege involviert war, sowie einer Pflegeperson die direkt auf der Station beschäftigt war.

Um etwaigen Problemen vorzubeugen und eine korrekte Anwendung der Messinstrumente gewährleisten zu können war eine Mitarbeiterin vom Institut für Pflegewissenschaft bei der ersten Datenerhebung in jedem Pflegeheime bzw. auf jeder Station anwesend. Nach der Erhebung wurden die Fragebögen von den Pflegeheimen zur Analyse an des Institut für Pflegewissenschaft gesendet.

3.1 Ethisches Gutachten

Zur Durchführung der Studie lag ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz vor. Daten wurden nur dann erhoben, wenn die BewohnerInnen oder deren gesetzliche Vertreter eine schriftliche Einverständniserklärung unterzeichnet hatten.

3.2 Messinstrumente

3.2.1 Austrian Prevalence Measurement of Care Problems

Die Daten der Teilnehmer des D-Care Projekts wurden mit Hilfe des Fragebogens „Austrian Prevalence Measurement of Care Problems“ erhoben. Hierbei handelt es sich um die österreichische Version der „Landelijke Prevalentiemeting Zorgprobleme“ (kurz LPZ).

Die LPZ ist eine jährliche, unabhängige Prävalenz Messung, die seit 1998 in der niederländischen Gesundheitsversorgung durchgeführt wird (van Nie-Visser, Schols, Meesterberends, Lohrmann, Meijers, & Halfens, 2013).

Für die LPZ-International wurde der original niederländische Fragebogen auf Deutsch, Englisch, Französisch und Italienisch übersetzt und rückübersetzt. Weiters wurde das Material auf die Nomenklaturen und die kulturellen Unterschiede von den Projektgruppen und nationalen Experten der jeweiligen Länder geprüft (van Nie-Visser, Schols, Meesterberends, Lohrmann, Meijers, & Halfens, 2013).

Bei der Entwicklung des Messinstrumentes kam es zur Berücksichtigung und Eingliederung von bereits bestehenden Messinstrumenten, wie etwa der Pflegeabhängigkeitsskala.

Anhand des Fragebogens kann die Erhebung auf drei Ebenen durchgeführt werden:

- Ebene 1* auf dieser Ebene kommt es zu Fragen bzgl. der Art der Einrichtung (Pflegeheim, Ambulante Pflege,);
- Ebene 2* hier werden Fragen zum Profil der Station oder des Wohnbereiches gestellt (Pflegeheim: Psychogeriatric, Somatische Reaktivierung, Betreutes Wohnen,);
- Ebene 3* es kommt zur Erhebung patientenbezogener Daten (Geburtsdatum, Geschlecht, Pflegeabhängigkeit, ...); anschließend werden anhand der Module Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Sturz und freiheitsentziehende Maßnahmen, Pflegeprobleme der BewohnerInnen erhoben.

(Lohrmann, Schönherr, & Mandl, Pflegequalitätserhebung, 2012)

Um den Fragebogen in Österreich verwenden zu können, wurde die deutschsprachige Version vorab mittels einer Pilotstudie getestet.

Für das D-Care Projekt kam die erste Ebene nicht zur Verwendung. Mittels der zweiten Ebene wurde lediglich die Art der Station erhoben. In der dritten Ebene kam es zu einigen Ergänzungen, um alle Fragestellungen abzudecken.

Bei der Frage nach dem Grund für eine Nichtteilnahme an der Erhebung wurde die Antwortmöglichkeit „Kurzzeitpflege“ hinzugefügt. Weiters enthält die Version des D-Care Projekts Fragen bezüglich des höchsten Schulabschlusses und der Höhe der Pflegestufe. Die Frage nach den Krankheitsbildern wurde um die Antwortmöglichkeit „Depression“ erweitert. Das Modul Intertrigo fand im D-Care Projekt keine Berücksichtigung.

3.2.2 Pflegeabhängigkeitsskala

Die Pflegeabhängigkeitsskala wurde in den Niederlanden für BewohnerInnen von Langzeitpflegeeinrichtungen mit Demenz und geistig behinderte Menschen entwickelt (Dijkstra, Buist, & Dassen, 1996).

Um das niederländische Instrument auch in deutschsprachigen Ländern nutzen zu können, wurde die Pflegeabhängigkeitsskala von verschiedenen Personen unabhängig voneinander übersetzt. Es kam zu einem Vergleich der Übersetzungen und anschließend zu einer Rückübersetzung (Lohrmann C., Balzer, Dijkstra, & Dassen, 2003). Die PAS, in der Originalform, basierte auf den 14 Grundbedürfnissen von Virginia Henderson. Um die Inhaltsvalidität zu prüfen wurde eine Delphi-Studie durchgeführt. Dies hatte zur Folge, dass das Instrument um das Item Kommunikation erweitert wurde (Dijkstra, Buist, & Dassen, 1996; Lohrmann, Balzer, Dassen, & Dijkstra, 2003; Dassen, Balzer, Bansemir, Kühne, Saborowski, & Dijkstra, 2001).

Lohrmann, Balzer, Dassen, & Dijkstra (2003) testeten die Gütekriterien der PAS im Setting Pflegeheim. Dabei ergab sich ein Cronbachs Alpha-Wert von 0,94. Bei der Beobachterübereinstimmung, aber auch bei der Übereinstimmung eines Beobachters zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten zeigten die Kappa-Werte eine moderate bis beträchtliche Übereinstimmung.

Die Pflegeabhängigkeit wird anhand von 15 Items gemessen:

Tabelle 2: Items der Pflegeabhängigkeit

Essen und Trinken	Körpertemperatur	Sinn für Regeln und Werte
Kontinenz	Körperpflege	Alltagsaktivitäten
Körperhaltung	An- und Auskleiden	Lernfähigkeit
Mobilität	Vermeidung von Gefahren	Kommunikation
Tag-/Nachtrhythmus	Kontakt mit anderen	Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung

(Lohrmann, Balzer, Dassen & Dijkstra, 2003)

Für jedes Item gibt es fünf Antwortmöglichkeiten:

1. völlig abhängig
2. überwiegend abhängig
3. teilweise abhängig
4. überwiegend unabhängig
5. völlig unabhängig

(Dijkstra A. , Buist, Dassen, & van den Heuvel, 2012; Lohrmann C. , Balzer, Dijkstra, & Dassen, 2003)

Mittels der Skala können Werte zwischen 15 und 75 erzielt werden. Dabei gilt umso niedriger der Wert ist, desto höher ist die Pflegeabhängigkeit (Lohrmann, Balzer, Dijkstra & Dassen, 2003).

3.2.3 Mini-Mental-Status-Examination

Die originale Version der MMSE wurde von Folstein, Folstein und McHugh (1975) entwickelt. Das Instrument dient zur Erfassung kognitiver Einschränkungen bei Personen über 18 Jahre und ist besonders bei der Hilfestellung zur Diagnose von Demenz weit verbreitet (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Dorner, Rieder, & Stein, 2011). Das Messinstrument fokussiert sich auf Domänen wie Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Konstruktion und Orientierung und teilt sich in zwei Abschnitte. Im ersten Abschnitt müssen die BewohnerInnen auf Fragen antworten. Im zweiten Abschnitt werden sie angewiesen Aufgaben zu lösen. Maximal können 30 Punkte erreicht werden (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975).

2001 überarbeiteten Folstein, Folstein, White, & Messer (2010) die MMSE. Die Auswertung und die Struktur wurden beibehalten (Folstein, Folstein, White, & Messer, 2010). Professionelle Dolmetscher übersetzten und rückübersetzten die zweite Version, MMSE-2, 2010 ins Deutsche.

Auf Basis der DEGAM- Leitlinie Nr. 12 der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2008) wurden folgende Stadien zur Einteilung der Demenz definiert:

- 0 – 9 Punkte „schwere Demenz“
- 10 – 19 Punkte „mittelschwere Demenz“
- 20 – 24 Punkte „leichte Demenz“
- 25 – 30 Punkte „frühes Stadium der Demenz mit keinen sichtbaren kognitiven Einschränkungen im MMSE-2“

3.3 Datenanalyse

Die erhobenen Daten wurden mittels des Statistikprogramms IBM® SPSS® Statistical Version 20.0 (2011) Deutsch analysiert. Um die Stichprobe zu beschreiben wurden deskriptive Analysen durchgeführt. Um den Unterschied zwischen BewohnerInnen mit und BewohnerInnen ohne Demenz festzustellen wurden statistische Test berechnet. In die Datenanalyse wurden nur Variablen aufgenommen, die laut der Literaturrecherche, stark mit einer Demenz und der Pflegeabhängigkeit in Verbindung stehen. Das Signifikanzniveau Alpha wurde für alle statistischen Test auf $\alpha = 0,05$ festgelegt. Dieses Niveau wird bei pflegewissenschaftlichen Studien häufig verwendet (Burns & Grove, 2005).

Die kategoriellen Variablen (Gründe für die Nichtteilnahme, Geschlecht, Krankheitsbilder) der BewohnerInnen konnten mittels Kreuztabellen analysiert werden und Vergleiche zwischen BewohnerInnen mit und ohne Demenz wurden anhand des McNemar-Tests für zwei abhängige Stichproben durchgeführt. Der McNemar-Test prüft bei einer verbundenen Stichprobe (nominale Variablen) ob es innerhalb eines gewissen Zeitraums zu Veränderungen gekommen ist (Rubin, 2010). Für die metrischen Variablen Alter und MMSE konnten Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet und anhand von Tabellen und Grafiken dargestellt werden.

Um Unterschiede von Personen mit und ohne Demenz zu erkennen, wurden verschiedene statistische Tests durchgeführt. T-Tests, mit deren Hilfe geprüft werden konnte, ob die Mittelwerte zweier Stichproben mit der Grundgesamtheit verschieden sind. Da es beim Vergleich mehrerer Gruppen mit vielen einzelnen t-Tests oft zu fehlerhaften Aussagen kommt, wurde weiters eine Varianzanalyse zur

Auswertung der Daten herangezogen. Die Varianzanalyse überwindet die Nachteile des t-Tests – sie vergleicht mehrere Mittelwerte gleichzeitig miteinander und sie bezieht die Werte aller Versuchspersonen zu einem Zeitpunkt mit ein. Eine Zweifaktorelle ANOVA mit Messwiederholungen wurde durchgeführt um einen Unterschied hinsichtlich der beiden Gruppen, im Laufe der sechs Monate feststellen zu können. Die Varianzanalyse wurde auch bei nicht varianzhomogenen Variablen eingesetzt, da diese Analyse auch bei Abweichungen in den meisten Fällen zuverlässige Ergebnisse ermittelt (Rasch, Friese, Hofmann, & Naumann, 2010). Mittels Chi-Quadrat-Tests konnte ermittelt werden, ob die Wahrscheinlichkeit des Zusammenhangs mehr als nur zufällig ist (Rasch, Friese, Hofmann, & Naumann, 2010).

4 Ergebnisse

Von den 262 Pflegeheimen mit mehr als 50 Betten in Wien und der Steiermark nahmen neun Pflegeheime am D-Care Projekt teil. 815 potentielle BewohnerInnen lebten zur Zeit der Datenerhebungen in den Pflegeheimen. Von diesen BewohnerInnen nahmen 527 (64.7 %) an der ersten Datenerhebung teil. In die Auswertung wurden jedoch nur BewohnerInnen eingeschlossen, welche auch bei der zweiten Datenerhebung teilgenommen haben und über 65 Jahre alt waren. Somit konnten die Daten von 408 (50.1 %) BewohnerInnen ausgewertet werden.

Der häufigste Grund für eine Nichtteilnahme an der Studie war das Ableben der BewohnerInnen in den Pflegeheimen (11.2 %), gefolgt von einer Verweigerung an der Teilnahme (4,5 %). Weitere Gründe waren unter anderem ein zu schlechter gesundheitlicher Zustand der BewohnerInnen, die Abwesenheit der BewohnerInnen während der Datenerhebung oder, dass sich die BewohnerInnen in einem Prozess der Sterbephase befanden. Zur besseren Veranschaulichung werden die Hintergründe für eine Nichtteilnahme in der nachfolgenden Abbildung grafisch dargestellt.

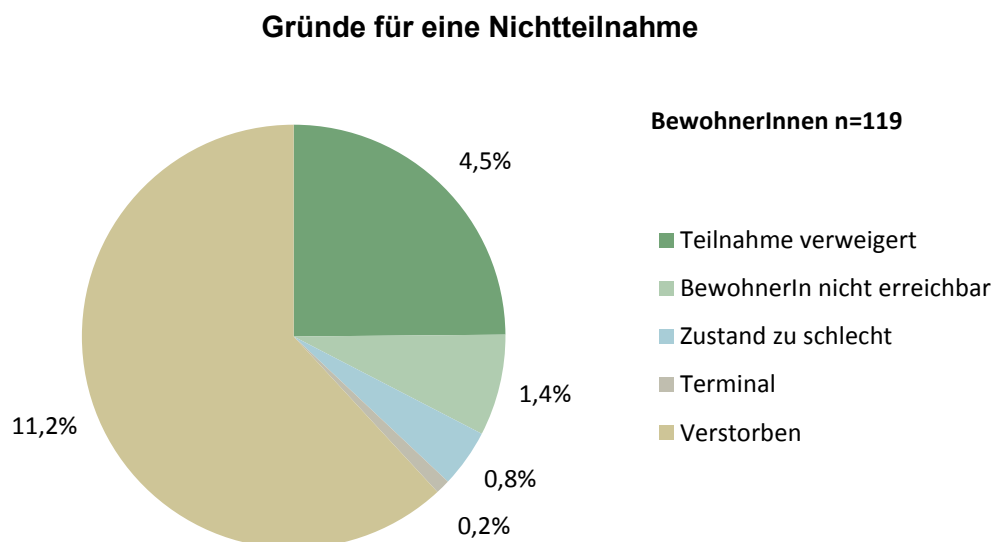


Abbildung 3: Gründe für eine Nichtteilnahme an der D-Care Studie

4.1 Charakteristika der Stichprobe

4.1.1 Basischarakteristika

Tabelle 3 zeigt die Basischarakteristika der BewohnerInnen sowohl mit als auch ohne Demenz. Es ist ersichtlich, dass die BewohnerInnen ohne Demenz im Durchschnitt jünger waren als die BewohnerInnen mit Demenz. Es handelt sich dabei aber um keinen signifikanten Unterschied ($p = 0.12$).

Von insgesamt 408 BewohnerInnen in den Pflegeheimen waren 82.4 % Frauen und 17.6 % Männer. In der Gruppe der BewohnerInnen mit Demenz sind es 82 % Frauen, in der Gruppe ohne Demenz liegt der Frauenanteil bei 83 %. Bei Betrachtung der Anteile von Frauen und Männern in den Gruppen kommt es daher zu einem signifikanten Unterschied ($p = < 0.001$).

Tabelle 3: Basischarakteristika der BewohnerInnen

Basischarakteristika	Demenz+ (n=255)	Demenz- (n=153)	Gesamt (n=408)
Alter in Jahren * (Mittelwert \pm Standardabweichung)	85.6 \pm 6.2	84.5 \pm 8.2	85.2 \pm 7.0
Anteil der Frauen, %	82.0	83.0	82.4
Aufenthaltsdauer in Jahren	2.9	3.9	3.3
Schulische Ausbildung, %			
Pflichtschule ohne Lehre	38.4	41.8	39.7
Lehre	34.9	30.1	33.1
Berufsbildende mittlere Schule	13.7	16.3	14.7
Matura	7.5	8.5	7.8
Akademische Ausbildung	5.1	3.3	4.4
Pflegestufen, %			
keine Pflegestufe	0.0	6.0	2.2
Stufe 1	0.4	2.6	1.2
Stufe 2	3.1	11.3	6.2
Stufe 3	11.0	20.5	14.5
Stufe 4	26.3	31.8	28.3
Stufe 5	37.3	24.5	32.5
Stufe 6	18.8	2.6	12.8
Stufe 7	3.1	0.7	2.2

* Signifikanz ($p = < 0.001$)

4.1.1.1 Schulische Ausbildung der BewohnerInnen

Der Großteil der 408 befragten BewohnerInnen (39.7 %) hatte eine Pflichtschule absolviert. 4.4 % konnten einen akademischen Abschluss vorweisen. Bei BewohnerInnen mit Demenz gaben 38.4 % an eine Pflichtschule absolviert zu haben, 34.9 % machten eine Lehre und 5.1 % hatten eine akademische Ausbildung. In der Gruppe der BewohnerInnen ohne Demenz kam es zu ähnlichen Ergebnissen. Auch hier hatte der überwiegende Teil der BewohnerInnen einen Pflichtschulabschluss (41.8 %) und 3.3 % einen akademischen Titel. Werden die beiden Gruppen miteinander verglichen, ergibt sich kein signifikanter Unterschied ($p = 0.824$) hinsichtlich der Verteilung der Schulbildung zwischen den Gruppen.

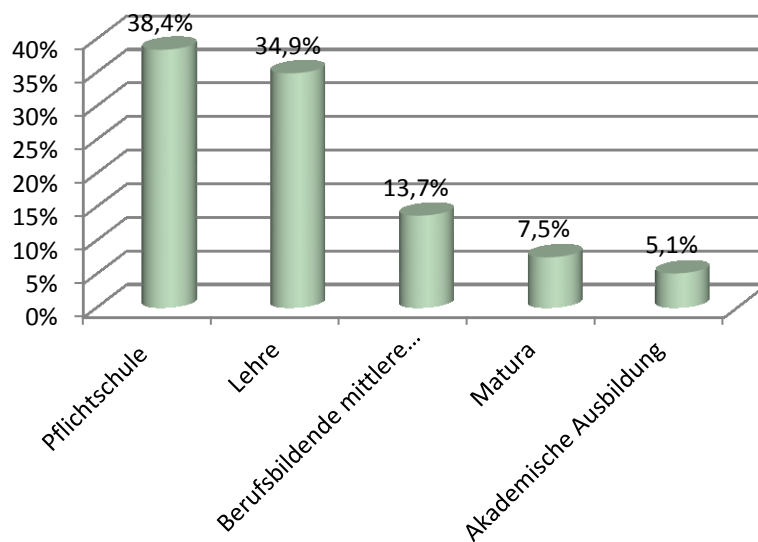


Abbildung 4: Schulische Bildung der BewohnerInnen mit Demenz

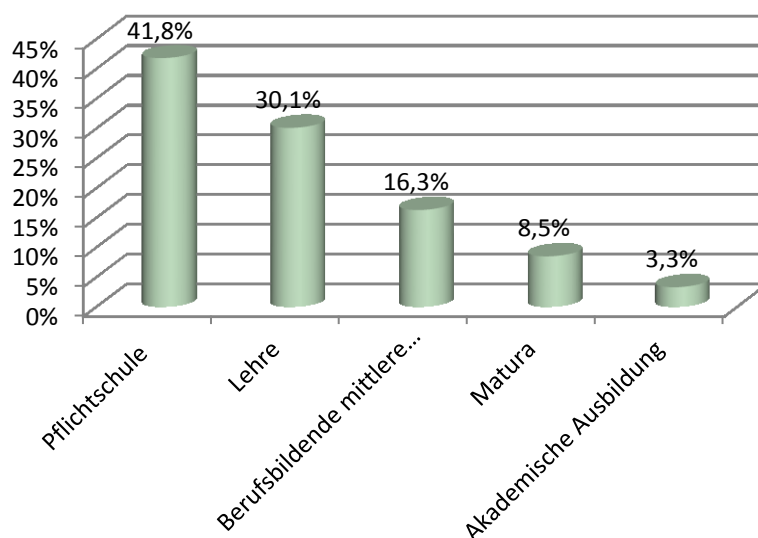


Abbildung 5: Schulische Bildung der BewohnerInnen ohne Demenz

4.1.1.2 Pflegestufen der BewohnerInnen

Bezüglich der Pflegestufen konnten während der Datenerhebung bei zwei BewohnerInnen keine Angaben eingeholt werden. Daher wurden nur Daten von 406 BewohnerInnen in die Analyse aufgenommen. Von diesen 406 BewohnerInnen befanden sich 32.5 % in der Pflegestufe 5. Sie stellten den größten Anteil. Gefolgt von 28.3 % in der Stufe 4. 1.2 %, die wenigsten BewohnerInnen, befanden sich in der Pflegestufe 1. Werden die Gruppen der BewohnerInnen getrennt voneinander betrachtet lässt sich erkennen, dass der Großteil der BewohnerInnen mit Demenz (37.3 %) der Pflegestufe 5 zugeordnet war. Bei den BewohnerInnen ohne Demenz wurde die Mehrzahl (31.8 %) in die Pflegestufe 4 eingeteilt. Weiters gab es in dieser Gruppe neun BewohnerInnen (6 % von 151) die keiner Pflegestufe zugeteilt waren. Bei einem Vergleich der beiden Gruppen, hinsichtlich der Höhe der Pflegestufe in die die BewohnerInnen eingestuft waren, lässt sich ein signifikanter Unterschied erkennen. BewohnerInnen mit Demenz waren einer höheren Stufe zugeteilt als BewohnerInnen ohne Demenz ($p < 0.001$).

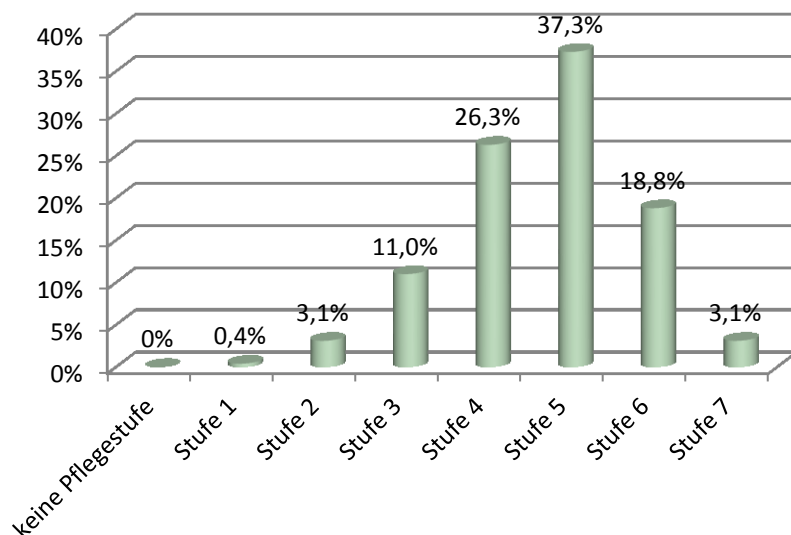


Abbildung 6: Pflegestufen der BewohnerInnen mit Demenz

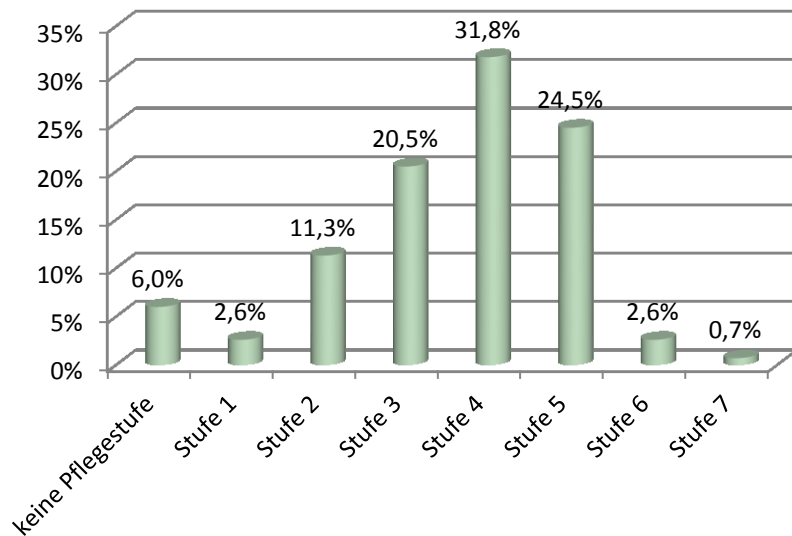


Abbildung 7: Pflegestufen der BewohnerInnen ohne Demenz

4.1.2 Die häufigsten Krankheitsbilder

In den Abbildungen 8 und 9 sind die häufigsten Krankheitsbilder bei BewohnerInnen mit und bei BewohnerInnen ohne Demenz grafisch dargestellt. In beiden Gruppen war Diabetes die häufigste Erkrankung (25.6 % vs. 23.5 %). Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen waren mit 15.4 % vs. 11.8% die zweithäufigsten Krankheiten.

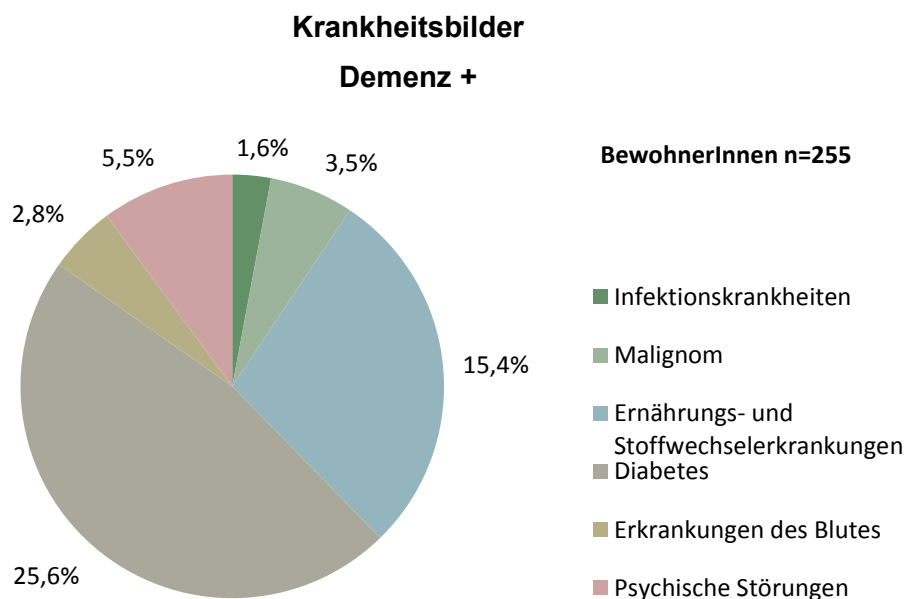


Abbildung 8: Die häufigsten Krankheitsbilder bei BewohnerInnen mit Demenz – erste Erhebung

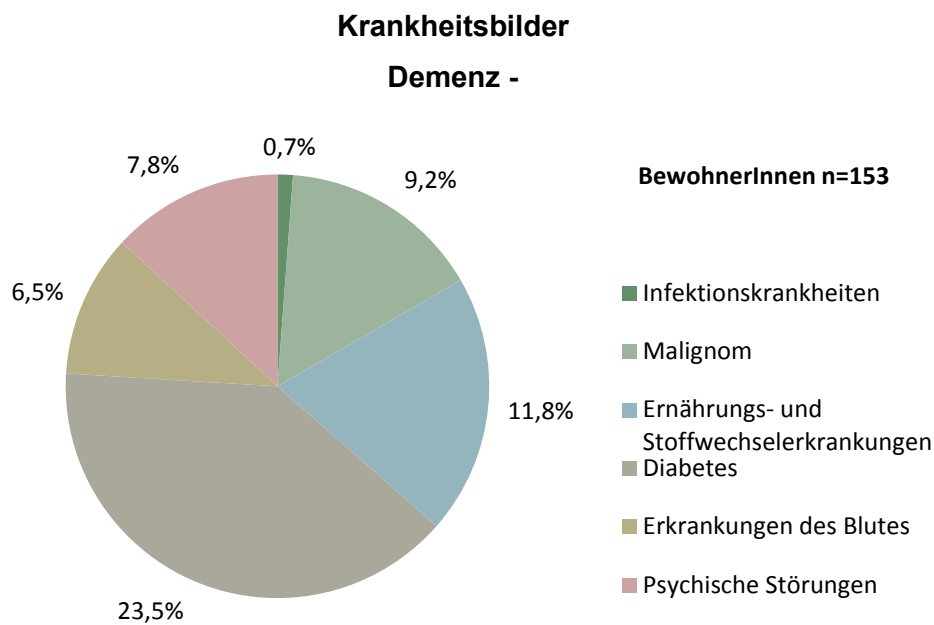


Abbildung 9: Die häufigsten Krankheitsbilder bei BewohnerInnen ohne Demenz – erste Erhebung

Betrachtet man die Veränderung der Krankheiten, zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten in den beiden BewohnerInnengruppen, lassen sich zwischen der ersten und der zweiten Datenerhebung außer bei dem Krankheitsbild „Malignom“ ($p < 0.05$) keine signifikanten Ergebnisse darstellen.

4.1.3 Mini-Mental-Status Examination

Anhand des MMSE wurden die Schweregrade der Demenz bei den BewohnerInnen der Pflegeheime ermittelt. In die Analyse konnten Daten von 371 BewohnerInnen eingeschlossen werden, da diese bei der ersten als auch bei der zweiten Erhebung vollständige Angaben machten.

In Abbildung 10 und Tabelle 4 wird die Veränderung der Mittelwerte des MMSE-Summescores zu beiden Erhebungszeitpunkten dargestellt. Wobei ein niedriger Score für eine erhöhte Schwere der kognitiven Einschränkungen steht. Die Darstellung zeigt in beiden Gruppen, bei den BewohnerInnen mit Demenz und bei

BewohnerInnen ohne Demenz, eine Verschlechterung innerhalb von sechs Monaten ($p < 0.01$).

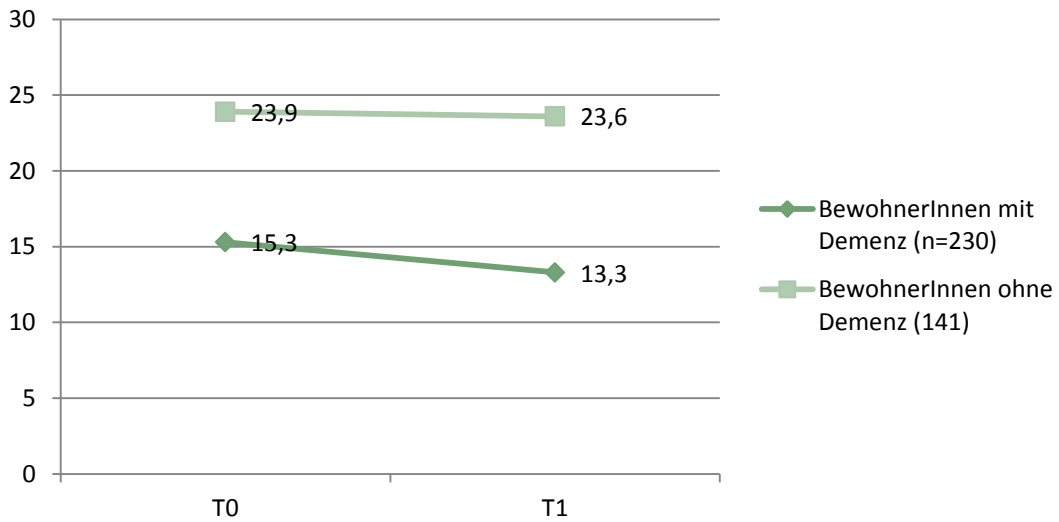


Abbildung 10: Veränderung des MMSE-Summescores

Tabelle 4: Veränderung des kognitiven Zustandes

Veränderung des kognitiven Zustandes (MMSE) der BewohnerInnen mit und ohne Demenz nach 6 Monaten

	T0 ¹ Mittelwert ± SD	T1 ² Mittelwert ± SD	T0 – T1 Mittelwert ± SD
Demenz+	15.3 ± 8.6	13.3 ± 8.9	2.0 ± 5.6
Demenz-	23.9 ± 5.9	23.6 ± 6.2	0.3 ± 4.1

¹T0 = erste Datenerhebung April bis Mai 2012

²T1 = zweite Datenerhebung November 2012

4.2 Veränderung der Pflegeabhängigkeit

4.2.1 Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen ohne Demenz

In der folgenden Abbildung 11 wird die Entwicklung der Pflegeabhängigkeit innerhalb eines halben Jahres bei BewohnerInnen ohne Demenz dargestellt. Signifikante Werte ergaben sich in dieser Gruppe bei der Kommunikation, dem Kontakt mit anderen, den Alltagsaktivitäten und den Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung ($p < 0.05$).

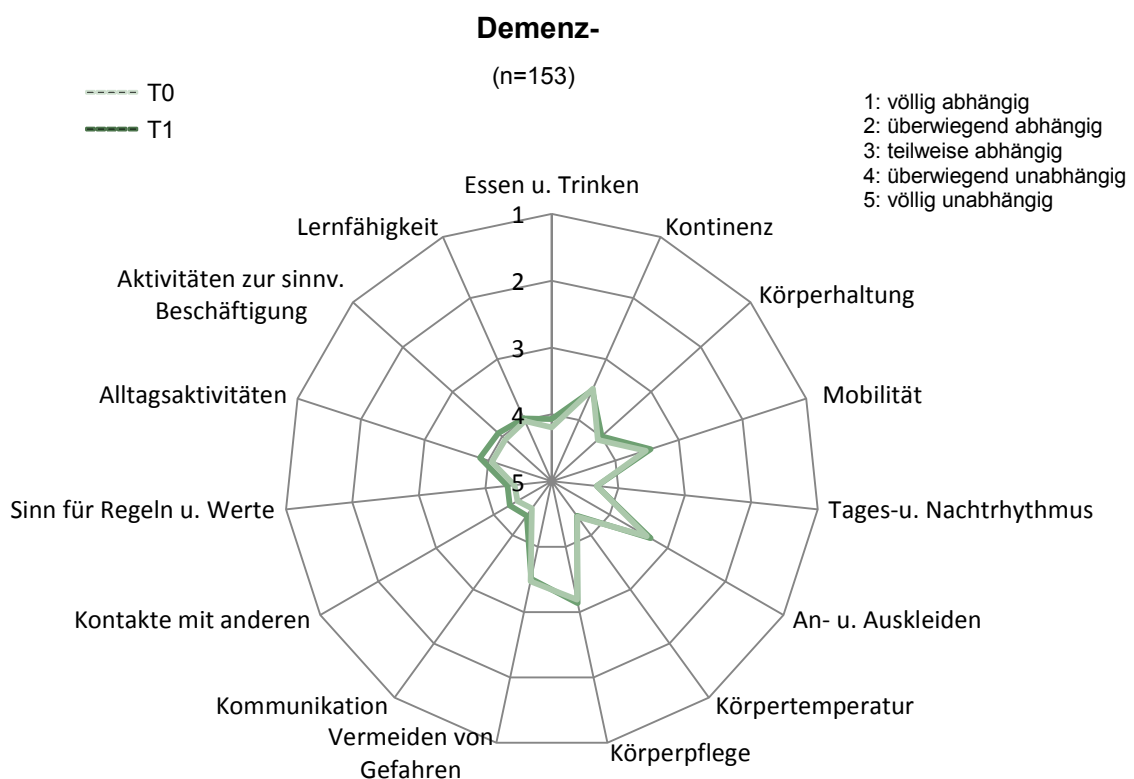


Abbildung 11: Veränderung der Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen ohne Demenz

4.2.2 Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen mit Demenz

Abbildung 12 zeigt die Veränderung der Pflegeabhängigkeit während eines Zeitraums von sechs Monaten bei BewohnerInnen mit Demenz. Bei der Analyse der Daten ergaben sich für alle 15 Items der Pflegeabhängigkeitsskala signifikante Werte. Für jedes Item wurde ein Wert von $p < 0.001$ berechnet.

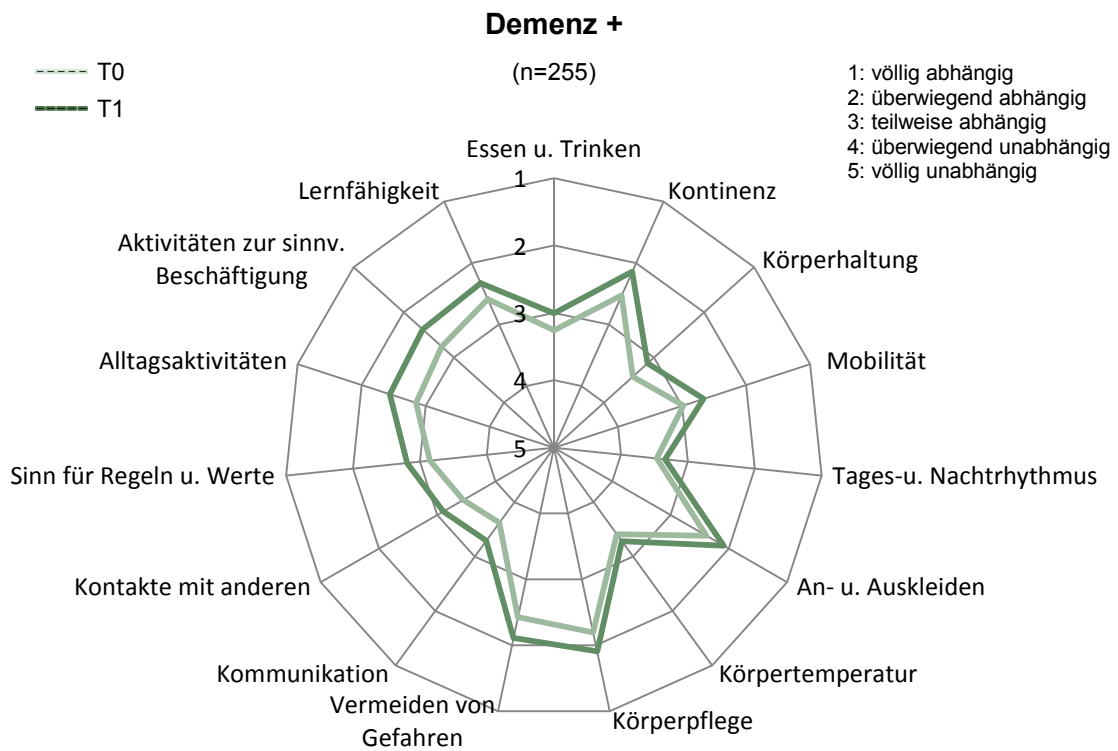


Abbildung 12: Veränderung der Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen mit Demenz

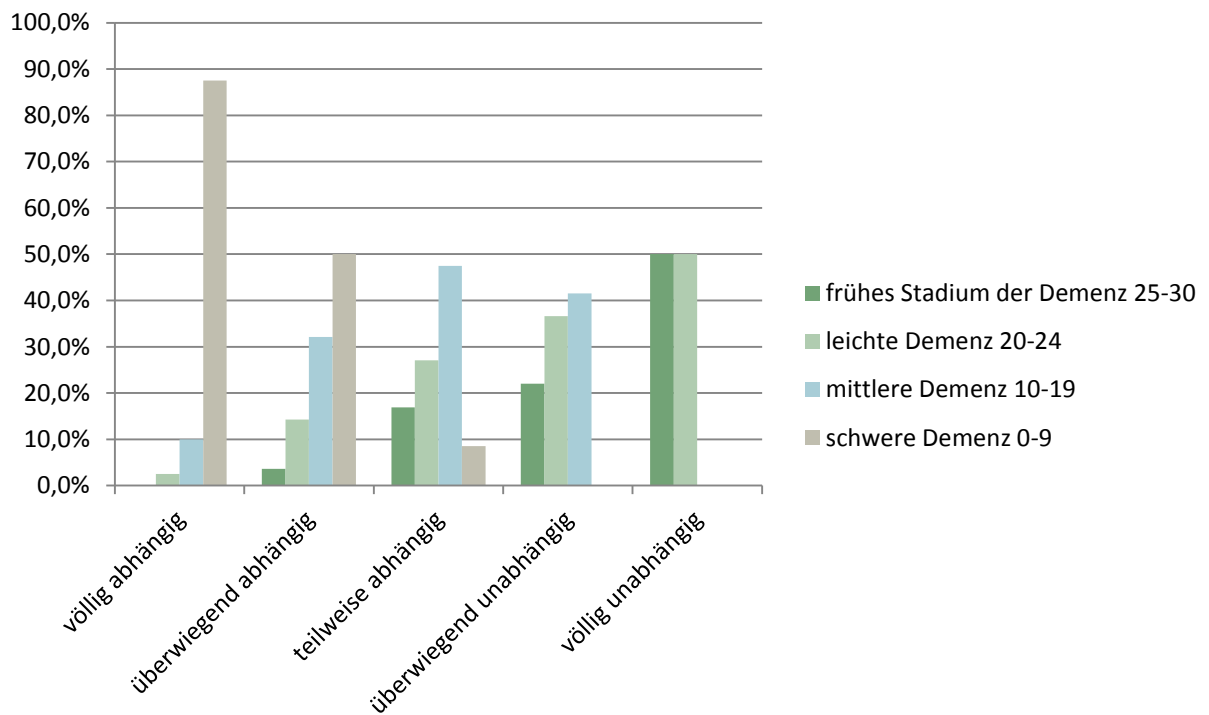


Abbildung 13: Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen mit Demenz in den verschiedenen Stadien – zweite Datenerhebung

Die Analyse im Bezug auf die Schweregrade der Demenz zeigt, dass die BewohnerInnen mit einer diagnostizierten schweren Demenz auch die größte Pflegeabhängigkeit aufwiesen. 87.5 % waren dieser Gruppe zugeordnet. 10 % der BewohnerInnen mit mittelschwerer Demenz wiesen eine völlige Abhängigkeit auf. Der Großteil der BewohnerInnen in dieser Gruppe (47.5 %) wies eine teilweise Abhängigkeit der Pflege auf.

4.2.3 Der Unterschied der Pflegeabhängigkeit zwischen BewohnerInnen mit und BewohnerInnen ohne Demenz

In Abbildung 14 ist deutlich ersichtlich, dass sich die Mittelwerte des Summenscores der Pflegeabhängigkeitskala sowohl bei BewohnerInnen mit Demenz als auch bei BewohnerInnen ohne Demenz verändert haben. Beim Vergleich der beiden Gruppen war die Verschlechterung bei den BewohnerInnen mit Demenz signifikant höher als bei den BewohnerInnen ohne Demenz ($p < 0.001$).

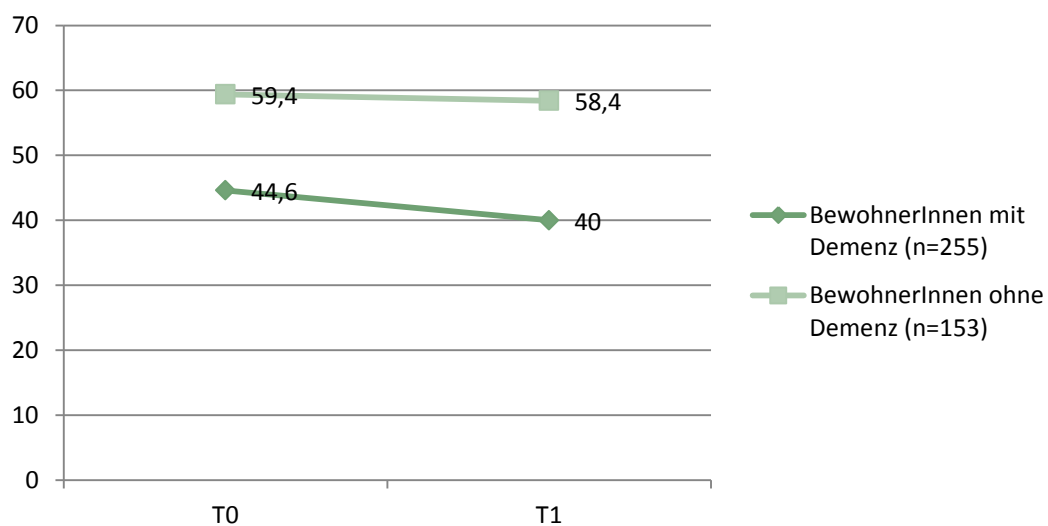


Abbildung 14: Veränderung der Pflegeabhängigkeit von T0¹ - T1²

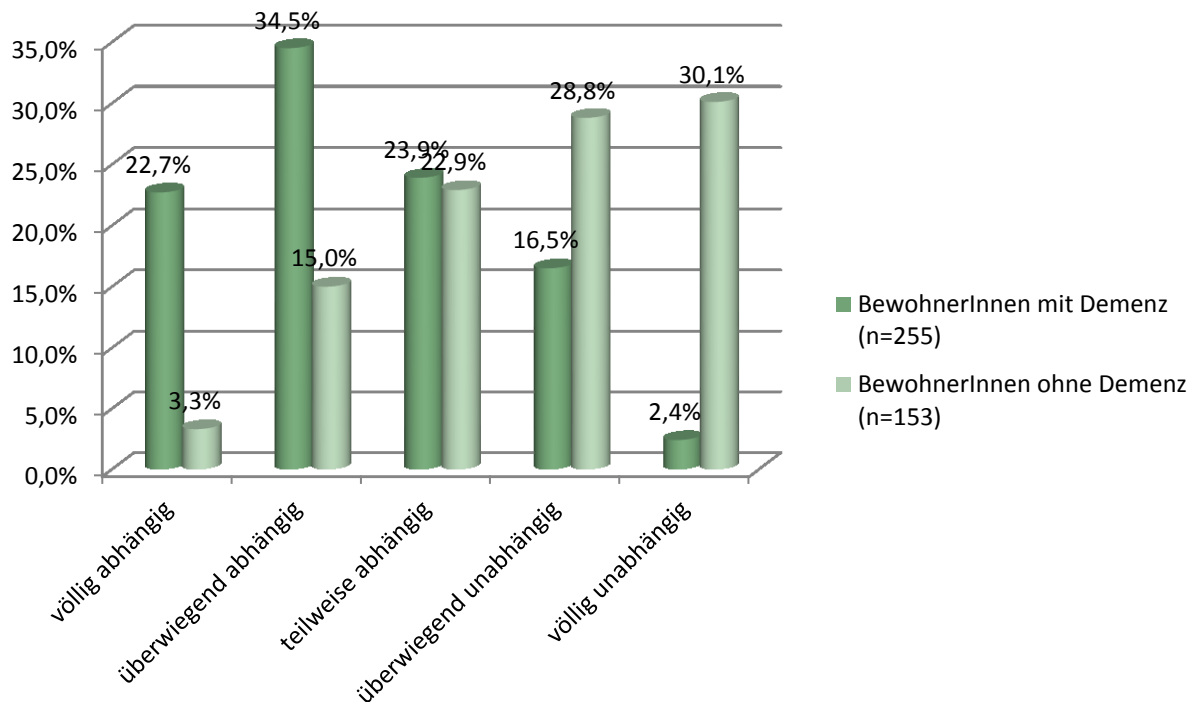


Abbildung 15: Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen mit und ohne Demenz - zweite Datenerhebung

Die Unterschiede hinsichtlich der Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen mit und ohne Demenz lassen sich auch in Abbildung 15 sehr gut erkennen. Die Grafik veranschaulicht, dass 3,3 % der BewohnerInnen ohne Demenz völlig pflegeabhängig waren, wohingegen sich der Prozentsatz bei den BewohnerInnen mit Demenz auf 22,7 % belief. Wird die Signifikanz bezüglich der Unterschiede in den Gruppen betrachtet, ergab sich ein p-Wert von < 0.001 . Dies bedeutet, dass BewohnerInnen mit Demenz signifikant pflegeabhängiger waren als BewohnerInnen ohne Demenz.

Der Vergleich Mittelwertdifferenzen der 15 Items der Pflegeabhängigkeitsskala bei BewohnerInnen mit und BewohnerInnen ohne Demenz zeigte, dass es während der sechs Monate zwischen den Datenerhebungen bei den BewohnerInnen mit Demenz aber auch bei BewohnerInnen ohne Demenz zu einem Anstieg der Pflegeabhängigkeit kam. Bei acht Items der Pflegeabhängigkeitsskala kam es zu einer signifikanteren Verschlechterung in der Gruppe der BewohnerInnen mit Demenz als bei den BewohnerInnen ohne Demenz. Diese sind die Kontinenz, die Mobilität, das An- und Auskleiden, die Körperpflege, das Vermeiden von Gefahren, der Sinn für Regeln und Werte, die Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung und die Lernfähigkeit.

Tabelle 5: Mittelwertdifferenzen der Items der Pflegeabhängigkeitsskala

Items der PAS	T0-T1	T0-T1	p-Wert
	Demenz+ (n=255)	Demenz- (n=153)	
Essen und Trinken Die Fähigkeit zu essen und zu trinken	-0.25 ± 1.02	-0.12 ± 0.86	0.197
Kontinenz Die Fähigkeit den Abgang von Urin/Stuhlgang zu steuern und geeignete Maßnahmen zu treffen	-0.38 ± 1.06	-0.03 ± 0.93	<0.001
Körperhaltung Die Fähigkeit geeignete Positionen für bestimmte Aktivitäten einzunehmen	-0.30 ± 1.24	-0.08 ± 0.02	0.070
Mobilität Die Fähigkeit sich frei und ohne Hilfe zu bewegen	-0.32 ± 1.06	-0.08 ± 0.93	0.021
Kommunikation Die Fähigkeit mit anderen verbal und nonverbal zu kommunizieren	-0.33 ± 1.01	-0.14 ± 0.87	0.086
Tag- und Nachtrythmus Die Fähigkeit einen Tag-/Nachtzyklus einzuhalten	-0.13 ± 1.38	-0.0 ± 0.92	0.267
An- und Auskleiden Die Fähigkeit sich ohne Hilfe zu kleiden	-0.30 ± 0.97	-0.07 ± 0.82	0.013
Körpertemperatur Die Fähigkeit die Körpertemperatur zu halten und gegen äußerliche Einflüsse zu schützen	-0.13 ± 1.62	-0.01 ± 1.08	0.349
Körperpflege Die Fähigkeit auf die persönliche Hygiene zu achten	-0.29 ± 0.86	-0.05 ± 0.77	<0.005
Vermeiden von Gefahren Die Fähigkeit Gefahren zu erkennen und für Sicherheit zu sorgen	-0.32 ± 1.03	-0.04 ± 1.08	<0.005
Kontakt mit anderen Die Fähigkeit soziale Kontakte zu knüpfen und zu erhalten	-0.34 ± 1.34	-0.13 ± 0.88	0.084
Sinn für Regeln und Werte Die Fähigkeit Regeln und Normen einzuhalten	-0.33 ± 1.12	-0.10 ± 0.81	0.020
Alltagsaktivitäten Die Fähigkeit Alltagsaktivitäten zu managen und durchzuführen	-0.41 ± 1.23	-0.20 ± 1.06	0.056
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung Die Fähigkeit die Freizeit sinnvoll zu gestalten	-0.38 ± 1.17	-0.14 ± 1.05	0.033
Lernfähigkeit Die Fähigkeit Wissen zu erwerben und sich das Gelernte zu behalten	-0.06 ± 1.13	-0.04 ± 1.06	0.041

In Abbildung 16 zeigt sich der Unterschied zwischen den BewohnerInnen mit und den BewohnerInnen ohne Demenz bei der zweiten Datenerhebung. Die BewohnerInnen mit Demenz hatten bei allen Items der Pflegeabhängigkeitsskala niedrigere Mittelwerte als BewohnerInnen ohne Demenz. Bei der Körperpflege hatten beide Gruppen die niedrigsten Werte 1.91 vs. 3.14.

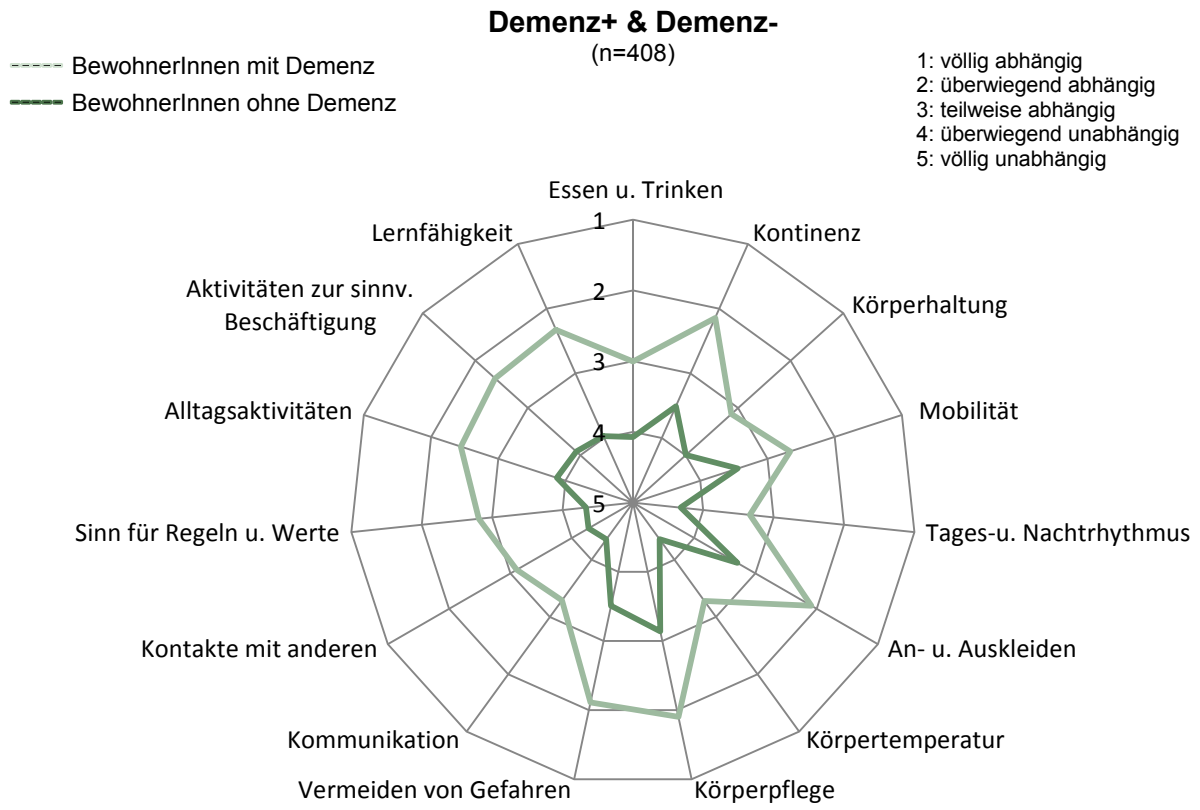


Abbildung 16: Unterschied der Pflegeabhängigkeit von BewohnerInnen mit Demenz und BewohnerInnen ohne Demenz - zweite Datenerhebung

5 Diskussion

Das D-Care Projekt war eine zweijährige Panelstudie (2012 – 2014), welche in österreichischen Pflegeheimen durchgeführt wurde. Die BewohnerInnen wurden in einem sechsmonatigen Abstand von geschulten Pflegepersonen mittels des „Austrian Prevalence Measurement of Care Problems“ (LPZ) eingeschätzt. Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Pflegeabhängigkeit bei PflegeheimbewohnerInnen mit Demenz und PflegeheimbewohnerInnen ohne Demenz, sowie den Verlauf der Pflegeabhängigkeit während eines Zeitraums von sechs Monaten zu analysieren und mögliche Unterschiede hinsichtlich der beiden BewohnerInnengruppe zu identifizieren.

408 BewohnerInnen konnten in die Datenanalyse miteinbezogen werden. Bei 255 Personen wurde Demenz diagnostiziert, wobei Frauen häufiger an einer Demenz litten (82.4 %). Auch die Arbeiten von Beekmann, van den Bussche, Gleaske, & Hoffmann (2012), Monaci & Morris (2012) und Carpenter, Hastie, Morris, Fries, & Ankri (2006) verweisen auf einen höheren Frauenanteil sowohl in den Pflegeheimen an sich als auch hinsichtlich der Diagnose Demenz.

Der überwiegende Anteil der Frauen in den Pflegeheimen ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Frauen die Mehrheit der älteren Generation darstellen. Im Jahr 2009 waren knapp zwei Drittel der österreichischen Bevölkerung 75 Jahre und älter. In dieser Altersgruppe gibt es nur halb so viele Männer (234 000) wie Frauen (431 000) (Bundesministerium für Frauen und öffentlichen Dienst, 2010; Gleichweit & Rossa, 2009). Frauen leben tendenziell länger als Männer, sind im Alter jedoch häufiger von Erkrankungen und Funktionseinbußen betroffen. Ob dies nur an der längeren Lebenszeit oder an den sozialen Einflüssen, wie etwa dem Familienstand liegt, ist jedoch noch eine Frage die es zu beantworten gilt (Pick, Brüggemann, Grote, Grünhagen & Lampert, 2004).

Anhand der Analyse ließ sich feststellen, dass 38.4 % der BewohnerInnen mit Demenz die Pflichtschule ohne Lehre absolvierten. Diese Gruppe stellt die Mehrheit dar. Die wenigsten BewohnerInnen mit Demenz sind in der Gruppe der Akademiker, mit 5.1 %, zu finden. BewohnerInnen ohne Demenz weisen durchschnittlich eine schlechtere Schulbildung auf. Von dieser

BewohnerInnengruppe waren nur 3.3 % akademisch ausgebildet, 41.8 % besuchten die Pflichtschule machten jedoch keine Lehre. Diese Ergebnisse sind vor allem darauf zurückzuführen, dass sich das Bildungsniveau der österreichischen Bevölkerung in den Jahren seit 1971 in einem Veränderungsprozess befindet. So war 1971 noch für 57.8 % der ÖsterreicherInnen zwischen 25 und 64 Jahren die Pflichtschule der höchste Bildungsabschluss. Im Jahr 2011 betrug dieser Anteil nur noch 19.2 %. Auch bei allen weiterführenden Ausbildungen und besonders bei den Hochschulabschlüssen ist dieser Zuwachs deutlich zu erkennen (STATISTIK AUSTRIA, 2013). Luttenberger, Schmiedeberg, & Gräßel (2012) und Dijkstra, Sipsma, & Dassen (1999a) kamen in ihren Arbeiten bei der Erhebung der demografischen Daten zu ähnlichen Ergebnissen.

Bei der Auswertung der häufigsten Erkrankungen an denen PflegeheimbewohnerInnen mit Demenz, aber auch BewohnerInnen ohne Demenz litten, war Diabetes die häufigste Erkrankung in beiden Gruppen (25.6 % vs. 23.5 %). Epidemiologische Langzeituntersuchungen zeigten, dass Diabetes Mellitus ein Risikofaktor für die Entwicklung kognitiver Leistungseinschränkungen bzw. für eine rasche Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit ist. Je länger eine Diabeteserkrankung besteht und je länger diese nicht ausreichend behandelt wird, desto höher ist das Demenzrisiko (Fatke & Förstl, 2013). Laut Brainin und Matz (2007) steht das Risiko für Demenz bei Personen über 65-Jahren mit dem Auftreten einer Diabetes im mittleren Lebensalter in Zusammenhang. Die Ergebnisse der Analyse bezüglich der Krankheiten zeigte auch, dass es außer bei den Malignomen zu keiner signifikanten Veränderung der Krankheitsbilder kam. Beide BewohnerInnengruppen wiesen nach sechs Monaten mehr KrebspatientInnen auf, als noch bei der ersten Datenerhebung. Bisher wird eine Krebserkrankung vorwiegend im Zuge der Palliativpflege mit Demenz in Verbindung gebracht, nicht aber als eigenständiges Krankheitsbild welches mit Demenz in Zusammenhang stehen könnte oder umgekehrt.

Die Schweregrade der Demenz der PflegeheimbewohnerInnen wurden mittels der Mini-Mental-Status Examination erhoben. Bei beiden Bewohnergruppen kam es bei der zweiten Datenerhebung nach sechs Monaten zu einem Rückgang der

Mittelwerte der Summenscores. Dies bedeutet, dass es in beiden Gruppen zu einer Verschlechterung des kognitiven Zustandes gekommen ist. Bei BewohnerInnen mit Demenz kam es zu einer signifikanten Verschlechterung um zwei Punkte. Wohingegen der Wert bei den BewohnerInnen ohne Demenz bei der zweiten Erhebung nur um 0.3 Punkte niedriger war. Suh, Ju, Yeon, & Shah (2004) berechneten in ihrer Arbeit ebenfalls die Mittelwerte der MMSE zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten und beobachteten einen konstanten Rückgang der Werte. Auch in der Studie von Monaci & Morris (2012) lässt sich eine signifikante Verringerung der MMSE-Mittelwerte erkennen.

Die Ergebnisse zeigen, dass es bei PflegeheimbewohnerInnen ohne Demenz vor allem in den Bereichen Kommunikation, Kontakt mit anderen, Alltagsaktivitäten und Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung zu einer signifikanten Verschlechterung der Pflegeabhängigkeit kam ($p < 0.05$). Auch bei BewohnerInnen der Pflegeheime mit Demenz wurden signifikante Verschlechterungen festgestellt. Diese waren jedoch ausgeprägter, als die der BewohnerInnen ohne Demenz. Es kam bei allen Items der Pflegeabhängigkeitsskala zu signifikanten Werten ($p < 0.001$) und somit zu einem erheblichen Rückgang der Eigenständigkeit und einer erhöhten Abhängigkeit der BewohnerInnen. Bei acht Items der Pflegeabhängigkeitsskala kam es beim Vergleich der beiden Gruppen zu einer erheblicheren Verschlechterungen bei den BewohnerInnen mit Demenz ($p < 0.05$) als bei den BewohnerInnen ohne Demenz. Diese sind die Kontinenz, die Mobilität, das An- und Auskleiden, die Körperpflege, das Vermeiden von Gefahren, der Sinn für Regeln und Werte, die Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung und die Lernfähigkeit. Vor allem die kontinuierliche Verschlechterung der Demenz und die Tatsache, dass die BewohnerInnen mit Demenz schon zu Beginn der Datenerhebung an der Erkrankung litten, führt unweigerlich zu einem Anstieg der Pflegeabhängigkeit. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen von Carpenter, Hastie, Morris, Fries, & Ankri (2006), Monaci & Morris (2012) und Suh, Ju, Yeon, & Shah (2004). Die Autoren versuchten in ihren Arbeiten anhand der Aktivitäten des täglichen Lebens herauszufinden, ob PatientInnen bzw. BewohnerInnen mit Demenz nach drei Monaten bis hin zu 2 Jahren mehr Pflege benötigten oder pflegeabhängiger waren als zu Beginn. Carpenter, Hastie, Morris, Fries, & Ankri (2006) kamen zu dem

Ergebnis, dass es sowohl bei BewohnerInnen mit mittel-schwerer Demenz als auch bei BewohnerInnen mit schwerer Demenz innerhalb von sechs Monaten zu einem Rückgang aller Aktivitäten des täglichen Lebens kommt. Auch bei der Arbeit von Suh, Ju, Yeon, & Shah (2004) wurde eine Verschlechterung der Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt.

Bei einem Vergleich des PAS-Summescores kam es sowohl bei BewohnerInnen mit Demenz als auch bei BewohnerInnen ohne Demenz nach sechs Monaten zu einer Minimierung der Mittelwerte. Bei den BewohnerInnen mit Demenz kam es zu einem Rückgang um 4.6 Punkte, bei den BewohnerInnen ohne Demenz belief sich der Wert auf einen Punkt. Die BewohnerInnen mit Demenz verschlechterten sich signifikant gegenüber der zweiten BewohnerInnengruppe ($p < 0.001$).

Diese Ergebnisse hatten Auswirkung auf die Schweregrade der Demenz. Die Analyse im Bezug auf die Schweregrade der Demenz bei der zweiten Datenerhebung im November 2012 zeigte, dass die BewohnerInnen mit einer diagnostizierten schweren Demenz auch die größte Pflegeabhängigkeit aufwiesen. 87.5 % waren dieser Gruppe zugeordnet. Der hohe Grad der Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen mit Demenz lässt sich damit erklären, dass demenzielle Erkrankungen die häufigste Ursache für eine Abhängigkeit von der Pflege darstellen. Bei über 35 % der Fälle, in der Altersgruppe der über 80-jährigen, ist die Pflegeabhängigkeit durch Demenz begründet (Alzheimer's Disease International, 2013; Pick, Brüggemann, Grote, Grünhagen & Lampert, 2004). Dass die BewohnerInnen mit Demenz einen hohen Grad an Pflegeabhängigkeit aufweisen, kann auch daraus resultieren, dass der Großteil dieser Bewohnergruppe an einer schweren Form der Demenz leidet. Diese Form ist durch eine Verringerung der Gedächtnisleistung und Beeinträchtigungen der physischen Gesundheit gekennzeichnet (World Health Organisation, 2012; Förstl & Kleinschmidt, 2010; Förstl, 2009).

Die Ergebnisse stellen dar, dass sich die Pflegeabhängigkeit bei PflegeheimbewohnerInnen mit und PflegeheimbewohnerInnen ohne Demenz innerhalb von sechs Monaten signifikant verschlechterte. Die kognitiven und auch die funktionalen Fähigkeiten nehmen kontinuierlich ab. BewohnerInnen mit Demenz sind in allen Bereichen, welche die Pflegeabhängigkeitsskal abbildet, auf

Hilfe angewiesen. Bei BewohnerInnen ohne Demenz ist es vor allem die Kommunikation, auch mit Anderen, die gefördert werden muss.

5.1 Limitationen

Die Teilnahme am D-Care Projekt basierte auf Freiwilligkeit, was zur Folge haben könnte, dass nur Pflegeheime teilgenommen haben, welche generell ein großes Interesse an der Pflegeforschung und der Verbesserung der Praxis haben. Diese Tatsache stellte einen möglichen Bias in der Datenerhebung dar.

262 Pflegeheime, in den neun österreichischen Bundesländern, wurden hinsichtlich des Projektes informiert. Von diesen beteiligten sich nur sechs Pflegeheime in Wien und den drei in der Steiermark am D-Care Projekt. Die Teilnehmerzahl bezüglich der Einrichtungen kann daher als gering bezeichnet werden. In den eingeschlossenen Pflegeheimen war die Teilnahme der BewohnerInnen sehr hoch.

Ein Punkt, der sich jedoch auf die TeilnehmerInnenzahl ausgewirkt haben könnte, ist die Notwendigkeit einer informierten Zustimmung. Bei BewohnerInnen, die nicht in der Lage waren ihre schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Erhebung zu unterzeichnen, wurde dies vom gesetzlichen Vertreter übernommen. Dies bedeutet einerseits einen höheren zeitlichen und bürokratischen Aufwand, den viele vielleicht nicht in Kauf nehmen wollten. Zum anderen könnte es aber auch sein, dass BewohnerInnen mit einer sehr hohen Pflegeabhängigkeit oder einer schweren Form der Demenz von vorne herein nicht in die Erhebung eingeschlossen wurden.

Weiters wurden die Daten des D-Care Projekts mittels einer Gelegenheitsstichprobe erhoben. Für die Pflegeforschung an sich ist dies eine sehr gebräuchliche Art um Stichproben zu gewinnen. Sie hat jedoch den Nachteil, dass die Wahrscheinlichkeit von Verzerrungen größer ist und das Ausmaß der Repräsentativität geringer ist (Mayer, 2011).

5.2 Implikationen für die Praxis

Durch die, im Zuge dieser Arbeit, durchgeführte Literaturrecherche wurde ersichtlich, dass es international noch sehr wenig Literatur hinsichtlich der Veränderung der Pflegeabhängigkeit bei BewohnerInnen eines Pflegeheims mit Demenz gibt. Auch der Vergleich bezüglich der Pflegeabhängigkeit von BewohnerInnen mit und ohne Demenz wird in der aktuellen Literatur nur wenig diskutiert. Dies obwohl der Anteil der älteren Bevölkerung steigt und Demenz mittlerweile der häufigste Grund für die Aufnahme in ein Pflegeheim ist.

Durch die Erkenntnisse der Arbeit können Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden, welche die Qualität der Pflege erhöhen und die Arbeit mit BewohnerInnen mit Demenz erleichtern. Die Pflegepersonen in den Pflegeheimen sollten sich vor allem darauf konzentrieren die Körperhaltung, Körperpflege, Kommunikation, den Kontakt mit anderen HeimbewohnerInnen, die Alltagsaktivitäten und die Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung bei den BewohnerInnen mit Demenz zu fördern und eine gewisse Autonomie zu ermöglichen.

Weitere Erhebungen hinsichtlich der Pflegeabhängigkeit bei DemenzpatientInnen sind notwendig, um auch längerfristig zu sehen wie sich die Pflegeabhängigkeit der BewohnerInnen mit Demenz in Pflegeheimen verändert. Dadurch kann die Praxis angemessen auf die Pflegebedürfnisse der BewohnerInnen reagieren und gezielte Maßnahmen setzen, welche auch nachhaltig die Langzeitpflege verbessern.

6 Literaturverzeichnis

- Alzheimer's Disease International. (2013). *Journey of caring: an analysis of long-term care for dementia*. London: Alzheimer's Disease International.
- Andersen, C. K., Wittrup-Jensen, K. U., Lolk, A., Andersen, K., & Kragh-Sorensen, P. (21. September 2004). Ability to perform activities of daily living is the main factor affecting quality of life in patients with dementia. *Health and Quality of Life Outcomes*, S. 2:52.
- Baltes, M. M. (1996). *The Many Faces of Dependency in Old Age*. New York: Cambridge University Press.
- Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2004). *Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG.
- Beekmann, M., van den Bussche, H., Gleaske, G., & Hoffmann, F. (2012). Geriatrische Morbiditätsmuster und Pflegebedürftigkeit der Patienten mit Demenz. *Psychiatrische Praxis*, S. 222-227.
- Brainin, M., & Matz, K. (2007). Diabetes und Demenz. *Diabetologe*(3), S. 51-60.
- Bundesministerium für Frauen und öffentlichen Dienst. (2010). *Frauenbericht 2010*. Wien: Bundesministerin für Frauen und Öffentlichen Dienst im Bundeskanzleramt Österreich.
- Burns, N., & Grove, S. (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. München: Elsevier GmbH.
- Carpenter, G. I., Hastie, C., Morris, J. N., Fries, B. E., & Ankri, J. (3. April 2006). Measuring change in activities of daily living in nursing home residents with moderate to severe cognitive impairment. *BMC Geriatrics*(6:7).

Corp. Released. (2011). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. New York: IBM Corp.

da Silva Talmelli, L. F., Carvalho Vale, F. A., Matins Gratao, A. C., Kusumota, L., & Partezani Rodrigueus, R. A. (2013). Alzheimer's disease: funtional decline and stage of dementia. *Acta Paul Enferm*(26), S. 219-25.

Dassen, T., Balzer, K., Bansemir, G., Kühne, P., Saborowski, R., & Dijkstra, A. (2001). Die Pflegeabhängigkeitsskala, eine methodologische Studie. *Pflege*(14), S. 123-127.

Demenz Support Stuttgart. (2008). *Demenz weltweit - Eine Krankheit im Spiegel von Kultur(en)*. Stuttgart: Demenz Support Stuttgart - Zentrum für Informationstransfer.

Department of Economic and Social Affairs. (2009). *World Popultaion Ageing 2009*. New York: United Nations .

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. (2008). *DEGAM-Leitlinie Nr.12*. Düsseldorf: omikron publishing.

Dijkstra, A., Brown, L., Havens, B., Romeren, T. I., Zanotti, R., Dassen, T. W., et al. (2000). An international psychometric testing of the Care Dependency Scale. *Journal of Advanced Nursing*(31), S. 944-952.

Dijkstra, A., Buist, G. A., Dassen, T. W., & van den Heuvel, W. J. (Juni 2012). *Care Dependency Scale (CDS)*. Den Haag: Research Institute SHARE.

Dijkstra, A., Buist, G., & Dassen, T. (1996). Nursing-Care Dependency: Development of an assessment scale for demented and mentally handicapped patients. *Scandinavian Journal of Caring Science*(10), S. 137-143.

- Dijkstra, A., Buist, G., & Dassen, T. (1998). Operationalization of the concept of "nursing care dependency" for use in long-term care facilities. *Australien and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, S. 142-151.
- Dijkstra, A., Buist, G., Moorer, P., & Dassen, T. W. (1999). Construct validity of the Nursing Care Dependency Scale. *Journal of Clinical Nursing*(8), S. 380-388.
- Dijkstra, A., Sipsma, D., & Dassen, T. W. (1999a). Predictors of care dependency in Alzheimer's disease after a two-year period. *International Journal of Nursing Studies*(36), S. 487-495.
- Dijkstra, A., Tiesinga, L. J., Goossen, W. T., & Dassen, T. W. (2002). Further psychometric testing of the Dutch care Dependency Scale on two different patient groups. *International Journal of Nursing Practice*(8), S. 305-314.
- Dilling, H., & World Health Organisation. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Hans Huber.
- Dorner, T., Rieder, A., & Stein, V. (2011). *Medizinische Leitlinie für die integrierte Versorgung Demenzerkrankter*. Wien: Competence Center Integrierte Versorgung .
- Fatke, B., & Förstl, H. (May 2013). Diabetes mellitus und Demenz. *Der Diabetologe*(9), S. 217-225.
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., et al. (17. Dezember 2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, S. 2112-7.
- Flanagan, J., & Holmes, S. (1999). Facing the issues of dependence: some implications from the literature for the hospice and hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), S. 592-599.

- 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. *J. psychiat. Res.*(12), S. 189-198.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., White, T., & Messer, M. A. (2010). *Mini-Mental Status Examination 2nd Edition*. Florida: MiniMental GmbH.
- Förstl , H., & Kleinschmidt, C. (2010). *Demenz. Diagnose und Therapie: MCI, Alzheimer, Lewy-Körperchen, Frontotemporal, Vaskulär u.a.* Stuttgart: Schattauer.
- Förstl, H. (2009). *Demenzen in Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Gleichweit, S., & Rossa, M. (2009). *Erster Österreichischer Demenzbericht*. Wien: Wiener Gebietskrankenkasse.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The Practice of Nursing Research* (7. Ausg.). St. Luis: Elsevier Saunders.
- Henderson, V. (1969). *The Nature of Nursing* (3. Ausg.). New York: The Macmillan Company.
- Henderson, V. (1978). The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*(3), S. 113-130.
- Kitwood, T. (2013). *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen* (Bd. 6). (C. Müller-Hergl, Hrsg., & M. Herrmann, Übers.) Bern: Verlag Hans Huber.
- Lohrmann, C., Balzer, K., Dassen, T., & Dijkstra, A. (2003). Pflegeabhängigkeit im Pflegeheim - eine psychometrische Studie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36(4), S. 255-259.

- Lohrmann, C., Schönherr, S., & Mandl, M. (2012). *Pflegequalitätserhebung*. Graz: Institut für Pflegewissenschaft Medizinische Universität Graz.
- Lohrmann, C., Schönherr, S., & Mandl, M. (2013). *Pflegequalitätserhebung*. Graz: Institut für Pflegewissenschaft Medizinische Universität Graz.
- Luttenberger, K., Schmiedeberg, A., & Gräßel, E. (2012). Activities of daily living in dementia: revalidation of the E-ADL test and suggestion for further development. *MioMed Central Psychiatry*(12), S. 208-216.
- Marriner-Tomey, A. (1992). *Pflege-theoretikerinnen und ihre Werke*. Basel: Recom-Verlag.
- Mayer, H. (2011). *Pflegeforschung anwenden* (3. Ausg.). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Mertens, E., Tannen, A., Lohrmann, C., & Dassen, T. (2002). Pflegeabhängigkeit im Krankenhaus. *Pflege*(15), S. 195-197.
- Monaci, L., & Morris, R. G. (2012). Neuropsychological screening performance and the association with activities of daily living and instrumental activities of daily living in dementia: baseline and 18- to 24-month follow up. *International Journal of Geriatric Psychiatry*(27), S. 197-204.
- Pick, P., Brüggemann, J., Grote, C., Grünhagen, E., & Lampert, T. (2004). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Schwerpunkt Pflege*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9. Ausg.). Philadelphia: Lippincott Raven.
- Prince, M., Prina, M., & Guerchet, M. (2013). *World Alzheimer Report*. Alzheimer's Disease International.

- Rasch, B., Frieze, M., Hofmann, W., & Naumann, E. (2010). *Quantitative Methoden 2* (3. Ausg.). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Razum, O., Breckenkamp, J., & Brzoska, P. (2009). *Epidemiologie für Dummies*. Weinheim: WILEY-VCH Verlag GmbH.
- Rubin, A. (2010). *Statistics for Evidence-Based Practice and Evaluation*. Belmont: Brooks/Cole.
- Schüssler, S., Dassen, T., & Lohrmann, C. (2014). *Prevalence of Care Dependency and Nursing Care Problems in Nursing Home Residents with Dementia: A Literature Review*. International Journal of Caring Sciences.
- Shadlen, M.-F., & Larson, E. B. (2014). *UpToDate*. Abgerufen am 2. April 2014 von Evaluation of cognitive impairment and dementia:
<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-cognitive-impairment-and-dementia?source=machineLearning&search=dementia&selectedTitle=1~150§ionRank=1&anchor=H6#H6>
- Statistik Austria. (2009). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik*. Wien: Statistik Austria.
- STATISTIK AUSTRIA. (4. November 2013). *Statistik Austria*. Abgerufen am 9. Februar 2014 von
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/bildungsstand_der_bevoelkerung/
- Steidl, S., & Nigg, B. (2014). *Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie* (4. Ausg.). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Suh, G.-H., Ju, Y.-S., Yeon, B. K., & Shah, A. (2004). A longitudinal study of Alzheimer's disease: rates of cognitive and functional decline. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY*(19), S. 817-24.

van Nie-Visser, N. C., Schols, J. M., Meesterberends, E., Lohrmann, C., Meijers, J. M., & Halfens, R. J. (18. Mai 2013). An International prevalence measurement of care problems: study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, S. e18-e29.

Waldemar, G., Dubois, B., Emre, M., Georges, J., McKeith, I., Rossor, M., et al. (2007). Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *European Journal of Neurology*, 14(16).

Weiß, C. (2010). *Basiswissen Medizinische Statistik* (5. Ausg.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

World Health Organisation. (2012). *Dementia: A PUBLIC HEALTH PRIORITY*. United Kingdom: World Health Organisation.

Anhang 1: Studienbewertungen

Bewertungsbogen

Carpenter, Hastie, Morris, Fries, & Ankri (2006)

Measuring change in activities of daily living in nursing home residents with moderate to severe cognitive impairment.

1. TITLE

1.1 Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?

Ja – Nein – Teilweise

2. ABSTRACT

2.1 Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusion)?

Ja – Nein – Teilweise

3. INTRODUCTION

3.1 Statement of the problem

3.1.1 Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify?

Ja – Nein – Teilweise

3.1.2 Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study?

‘Problem Statement‘ im Artikel ersichtlich: **Ja – Nein – Teilweise**

‘Statement of purpose‘ im Artikel ersichtlich: **Ja – Nein – Teilweise**

3.1.3 Does the problem have significance for nursing?

Ja – Nein – Teilweise

3.1.4 Is there a good match between the research problem and the paradigm and the method used? Is a quantitative approach appropriate?

Ja- Nein – Teilweise

3.2 Hypotheses or research questions

3.2.1 Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified?

Forschungsfrage(n) im Artikel ersichtlich: **Ja** – Nein – Teilweise

Hypothese(n) im Artikel ersichtlich: Ja– **Nein** – Teilweise

3.2.2 Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population?

Ja – Nein – Teilweise

3.2.3 Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?

Ja – Nein – **Teilweise**

3.3 Literature review

3.3.1 Is the literature review up to date and based mainly on primary sources?

Ja – Nein – Teilweise

3.3.2 Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem?

Ja– Nein – **Teilweise**

3.3.3 Does the literature review provide a sound basis for the new study?

Ja – Nein – **Teilweise**

3.4 Conceptual/theoretical framework

3.4.1 Are key concepts adequately defined conceptually?

Ja – **Nein** – Teilweise

3.4.2 Is there a conceptual/theoretical framework, rationale and map, and is it appropriate? If not, is the absence of one justified?

Ja – **Nein**– Teilweise

4. METHOD

4.1 Protection of human rights

4.1.1 Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board?

Studie wurde durch Ethikkommission/IRB bewilligt: Ja – **Nein** – Teilweise

Anmerkung: Die Autoren erhielten die Daten von einer akkreditierten, anonymisierten Datenbank. Auf Grund dessen war ein Votum der Ethikkommission nicht erforderlich.

Teilnehmende erhielten „informed consent“: Ja – **Nein** – Teilweise

Anmerkung: hierzu sind keine Angaben zu finden.

Vulnerable Gruppen nahmen an Studie teil: **Ja** – Nein – Teilweise

4.1.2 Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?

Ja – Nein – Teilweise

4.2 Research design

4.2.1 Was the most rigorous possible design used, given the study purpose?

Ja – Nein – Teilweise

4.2.2 Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings?

Ja – Nein – Teilweise

4.2.3 Was the number of data collection points appropriate?

Ja – Nein – Teilweise

4.2.4 Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?

Ja – Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Es wurden zum Teil keine Definitionsangabe gemacht.

4.3 Population and sample

4.3.1 Is the population described? Is the sample described in sufficient detail?

Ja– Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Es wird erwähnt, dass alle PflegeheimbewohnerInnen die zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung länger als 90 Tage in einem amerikanischen Pflegeheim verbrachten eingeschlossen wurden. Es wird jedoch nicht angeführt auf welchen Staat sich die Stichprobenauswahl konzentriert.

4.3.2 Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized?

Ja – Nein – **Teilweise**

4.3.3 Was the sample adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?

Die Stichprobengröße ist ausreichend: Ja – Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Da keine Poweranalyse durchgeführt wurde, kann nicht eindeutig klargestellt werden, ob eine ausreichende TeilnehmerInnenzahl erreicht wurde.

Eine Poweranalyse wurde durchgeführt: Ja – **Nein** – **Teilweise**

4.4 Data collection and measurement

4.4.1 Are the operational and conceptual definitions congruent?

Ja – Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Wie bereits angeführt, fehlen zum Teil wichtige Definitionen.

4.4.2 Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification?

Ja – Nein – **Teilweise**

4.4.3 Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population?

Ja – Nein – **Teilweise**

4.4.4 Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid?

Ja– Nein – Teilweise

5. RESULTS

5.1 Data analysis

5.1.1 Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis?

Ja – Nein – Teilweise

5.1.2 Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests?

Ja– Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Es gibt keine detaillierten Angaben hinsichtlich der Verwendung von statistischen Programmen bzw. statistischen Verfahren zur Auswertung der Daten.

5.1.3 Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)?

Ja– Nein – **Teilweise**

5.1.4 Were Type I and Type II errors avoided or minimized?

Ja – **Nein** – Teilweise

Anmerkung: Es wird weder ein Signifikanzniveau angegeben, noch ist ersichtlich ob es eine Power-Anlyse gab.

5.1.5 In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed?

Ja – **Nein** – Teilweise

5.1.6 Were problems of missing values evaluated and adequately addressed?

Ja– **Nein** – Teilweise

5.2 Findings

5.2.1 Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented?

Ja– **Nein** – **Teilweise**

Anmerkung: Keine Angaben zum Signifikanzniveau.

5.2.2 Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures?

Ja – **Nein** – Teilweise

5.2.3 Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP?

Ja – **Nein** – **Teilweise**

Anmerkung: Da es keine Angaben hinsichtlich der Power-Analyse gibt, kann nicht geklärt werden, ob die Stichprobenzahl ausreichend ist. Weiters sind keine ausreichenden Definitionen in der Studie vorhanden, daher bieten die Ergebnisse nur eingeschränkt einen Beitrag für die Praxis.

6. DISCUSSION

6.1 Interpretation of the findings

6.1.1 Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework?

Ja – **Nein** – Teilweise

6.2.1 Are causal inferences, if any, justified?

Ja – **Nein** - Teilweise

6.1.3 Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations?

Ja – Nein – Teilweise

6.1.4 Does the report address the issue of the generalizability of the findings?

Ja – Nein – Teilweise

6.2 Implications & recommendations

6.2.1 Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete?

Ja – Nein – Teilweise

7. GLOBAL ISSUES

7.1 Presentation

7.1.1 Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis?

Ja – Nein – Teilweise

7.1.2 In intervention studies, is a CONSORT flow chart provided to show the flow of participants in the study?

Ja – **Nein** – Teilweise

7.1.3 Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses?

Ja– Nein – **Teilweise**

7.2 Researcher credibility

7.2.1 Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation?

Ja – Nein – Teilweise

7.3 Summary assessment

7.3.1 Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the truth value of the results?

Ja – Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Um die Vertrauenswürdigkeit in die Studie zu stärken, wären Definitionsangaben und Angaben zur Poweranalyse wünschenswert.

7.3.2 Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline?

Ja – Nein – **Teilweise**

Erreichter Prozentsatz: 48.9 %

Bewertungsbogen

Monaci & Morris (2012)

Neuropsychological screening performance and the association with activities of daily living and instrumental activities of daily living in dementia: baseline and 18- to 24-month follow up.

1. TITLE

1.1 Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?

Ja– Nein – **Teilweise** (S. 197)

2. ABSTRACT

2.1 Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusion)?

Ja – Nein – **Teilweise** (S. 197)

Anmerkung: Nicht alle ausschlaggebende Punkte sind im Abstract angegeben (z.B. ausführliche Ergebnisse, Schlussfolgerung)

3. INTRODUCTION

3.1 Statement of the problem

3.1.1 Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify?

Ja – Nein – **Teilweise** (S. 197f)

3.1.2 Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study?

‘Problem Statement’ im Artikel ersichtlich: **Ja** – Nein – **Teilweise** (S. 198)

‘Statement of purpose’ im Artikel ersichtlich: **Ja** – Nein – **Teilweise** (S. 198)

3.1.3 Does the problem have significance for nursing?

Ja – Nein – **Teilweise**

3.1.4 Is there a good match between the research problem and the paradigma and the method used? Is a quantitative approach appropriate?

Ja- Nein – **Teilweise** (S.198)

3.2 Hypotheses or research questions

3.2.1 Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified?

Forschungsfrage(n) im Artikel ersichtlich: Ja– Nein – **Teilweise** (S. 198)

Anmerkung: Es wurde versucht das Ziel der Studie zu formulieren, jedoch ist dies nicht eindeutig dargestellt.

Hypothese(n) im Artikel ersichtlich: Ja– **Nein** – Teilweise

3.2.2 Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population?

Ja– Nein – **Teilweise** (S. 198)

Anmerkung: Siehe Frage 3.2.1

3.2.3 Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?

Ja – Nein – Teilweise(S. 197f)

3.3 Literature review

3.3.1 Is the literature review up to date and based mainly on primary sources?

Ja– Nein – **Teilweise** (S. 197f)

Anmerkung:Die Autoren diskutieren Literaturergebnisse, es ist jedoch festzuhalten, dass der Großteil der Literatur älter als 10 Jahre ist.

3.3.2 Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem?

Ja – Nein – Teilweise (197f)

3.3.3 Does the literature review provide a sound basis for the new study?

Ja – Nein – Teilweise (197f)

3.4 Conceptual/theoretical framework

3.4.1 Are key concepts adequately defined conceptually?

Ja – **Nein** – Teilweise

3.4.2 Is there a conceptual/theoretical framework, rationale and map, and is it appropriate? If not, is the absence of one justified?

Ja – **Nein** – Teilweise

4. METHOD

4.1 Protection of human rights

4.1.1 Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board?

Studie wurde durch Ethikkommission/IRB bewilligt: Ja – **Nein** – Teilweise

Anmerkung: Es gibt keinen Hinweis darauf, ob eine informierte Zustimmung der BewohnerInnen oder der gesetzlichen Vertreter eingeholt wurde. Weiters fehlt ein Votum der Ethikkommission.

Teilnehmende erhielten „informed consent“: Ja – **Nein** – Teilweise

Vulnerable Gruppen nahmen an Studie teil: **Ja** – Nein – Teilweise (S. 55)

4.1.2 Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?

Ja – Nein – Teilweise

4.2 Research design

4.2.1 Was the most rigorous possible design used, given the study purpose?

Ja – Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Das Studiendesign wurde nicht explizit genannt oder beschrieben.

4.2.2 Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings?

Ja – Nein – Teilweise (S. 200f)

4.2.3 Was the number of data collection points appropriate?

Ja – Nein – Teilweise (S. 197ff)

4.2.4 Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?

Ja – Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Es wurden zum Teil keine Definitionsangabe gemacht.

4.3 Population and sample

4.3.1 Is the population described? Is the sample described in sufficient detail?

Ja– **Nein** – Teilweise

Anmerkung: Die Basis-Charakteristika der Studienpopulation werden nicht aufgezeigt.

4.3.2 Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized?

Ja– **Nein** – Teilweise

Anmerkung: Die Art der Stichprobenziehung wird nicht ausreichend beschrieben.

4.3.3 Was the sample adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?

Die Stichprobengröße ist ausreichend: Ja – Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Da keine Poweranalyse durchgeführt wurde, kann nicht eindeutig klgestellt werden, ob eine ausreichende TeilnehmerInnenzahl erreicht wurde.

Eine Poweranalyse wurde durchgeführt: Ja – **Nein** – Teilweise

4.4 Data collection and measurement

4.4.1 Are the operational and conceptual definitions congruent?

Ja – Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Wie bereits angeführt, fehlen zum Teil wichtige Definitionen.

4.4.2 Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification?

Ja – Nein – Teilweise (S. 199)

4.4.3 Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population?

Ja – Nein – Teilweise (S. 199)

4.4.4 Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid?

Ja– Nein – **Teilweise** (S.199)

Anmerkung: Es fehlen Angaben hinsichtlich der Gütkriterien.

5. RESULTS

5.1 Data analysis

5.1.1 Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis?

Ja – Nein – Teilweise (S. 200f)

5.1.2 Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests?

Ja – Nein – Teilweise (S. 199)

5.1.3 Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)?

Ja – Nein – Teilweise (S. 199)

5.1.4 Were Type I and Type II errors avoided or minimized?

Ja – Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Um den Typ I Fehler zu minimieren, wurde ein Signifikanzniveau von $p = 0.05$ angegeben (S.199). Es fehlen jedoch Angaben zu einer Poweranalyse.

5.1.5 In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed?

Ja – **Nein** – Teilweise

5.1.6 Were problems of missing values evaluated and adequately addressed?

Ja – Nein – Teilweise (S. 200)

5.2 Findings

5.2.1 Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented?

Ja – Nein – Teilweise (S. 200f)

5.2.2 Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures?

Ja– **Nein** – Teilweise (S. 200f)

Anmerkung: Die Ergebnisse der Datenanalyse sind jedoch nicht nachvollziehbar. Die Erläuterungen im Text und die angeführten Tabellen sind nicht kongruent bzw. bilden etwas anderes ab.

5.2.3 Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP?

Ja – Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Da es keine Angaben hinsichtlich der Power-Analyse gibt, kann nicht geklärt werden, ob die Stichprobenzahl ausreichend ist. Weiters sind keine ausreichenden Definitionen in der Studie vorhanden, daher bieten die Ergebnisse nur eingeschränkt einen Beitrag für die Praxis.

6. DISCUSSION

6.1 Interpretation of the findings

6.1.1 Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework?

Ja – Nein – Teilweise (S. 201f)

6.2.1 Are causal inferences, if any, justified?

Ja – Nein - Teilweise

6.1.3 Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations?

Ja – Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Aus dem Artikel gehen die Studienlimitationen nicht klar hervor.

6.1.4 Does the report address the issue of the generalizability of the findings?

Ja – Nein – **Teilweise**

6.2 Implications & recommendations

6.2.1 Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete?

Ja – Nein – **Teilweise** (S. 203)

7. GLOBAL ISSUES

7.1 Presentation

7.1.1 Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis?

Ja– Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Die StudienteilnehmerInnen wurden nicht ausreichend beschrieben, eine Poweranalyse fehlt, die Ergebnisse (Tabellen und Text) sind nicht klar formuliert.

7.1.2 In intervention studies, is a CONSORT flow chart provided to show the flow of participants in the study?

Ja – **Nein** – **Teilweise**

7.1.3 Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses?

Ja– **Nein** – **Teilweise**

7.2 Researcher credibility

7.2.1 Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation?

Ja – Nein – Teilweise (S. 197)

7.3 Summary assessment

7.3.1 Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the truth value of the results?

Ja – Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Um die Vertrauenswürdigkeit in die Studie zu stärken, wären Definitionsangaben und Angaben zur Poweranalyse wünschenswert.

7.3.2 Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline?

Ja – Nein – **Teilweise**

Erreichter Prozentsatz: 40.8 %

Bewertungsbogen

Suh, Ju, Yeon, & Shah (2004)

A longitudinal study of Alzheimer's disease: rates of cognitive and functional decline.

1. TITLE

1.1 Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?

Ja – Nein – Teilweise (S. 817)

2. ABSTRACT

2.1 Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusion)?

Ja – Nein – Teilweise (S. 817)

3. INTRODUCTION

3.1 Statement of the problem

3.1.1 Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify?

Ja– Nein – Teilweise (S. 817f)

3.1.2 Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study?

'Problem Statement' im Artikel ersichtlich: **Ja– Nein – Teilweise** (S. 817f)

'Statement of purpose' im Artikel ersichtlich: **Ja– Nein – Teilweise** (S. 817f)

3.1.3 Does the problem have significance for nursing?

Ja – Nein – Teilweise

3.1.4 Is there a good match between the research problem and the paradigm and the method used? Is a quantitative approach appropriate?

Ja- Nein – Teilweise

3.2 Hypotheses or research questions

3.2.1 Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified?

Forschungsfrage(n) im Artikel ersichtlich: Ja– **Nein** – Teilweise (S. 818)

Hypothese(n) im Artikel ersichtlich: Ja– **Nein** – Teilweise

3.2.2 Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population?

Ja– Nein – **Teilweise** (S. 818)

3.2.3 Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?

Ja – Nein – **Teilweise** (S. 817ff)

3.3 Literature review

3.3.1 Is the literature review up to date and based mainly on primary sources?

Ja– **Nein** – Teilweise (S. 817f)

Anmerkung: Eine Diskussion der bereits bestehenden Literatur ist nicht vorhanden.

3.3.2 Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem?

Ja– **Nein** – Teilweise (S. 817f)

3.3.3 Does the literature review provide a sound basis for the new study?

Ja – Nein – **Teilweise**

4. METHOD

4.1 Protection of human rights

4.1.1 Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board?

Studie wurde durch Ethikkommission/IRB bewilligt: Ja – **Nein** – Teilweise

Anmerkung: Angaben zu einem Votum der Ethikkommission fehlen.

Teilnehmende erhielten „informed consent“: **Ja** – Nein – Teilweise (S. 818)

Vulnerable Gruppen nahmen an Studie teil: **Ja** – Nein – Teilweise (S. 818)

4.1.2 Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?

Ja – Nein – Teilweise (S. 818)

4.2 Research design

4.2.1 Was the most rigorous possible design used, given the study purpose?

Ja – Nein – Teilweise (S. 818)

4.2.2 Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings?

Ja – Nein – Teilweise (S. 820f)

4.2.3 Was the number of data collection points appropriate?

Ja – Nein – Teilweise (S. 818)

4.2.4 Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?

Ja – Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Es wurden zum Teil keine Definitionsangabe gemacht.

4.3 Population and sample

4.3.1 Is the population described? Is the sample described in sufficient detail?

Ja– Nein – **Teilweise** (S. 818)

4.3.2 Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized?

Ja – Nein – **Teilweise** (S. 55) 77

4.3.3 Was the sample adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?

Die Stichprobengröße ist ausreichend: Ja – Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Da keine Poweranalyse durchgeführt wurde, kann nicht eindeutig klargestellt werden, ob eine ausreichende TeilnehmerInnenzahl erreicht wurde.

Eine Poweranalyse wurde durchgeführt: Ja – **Nein** – **Teilweise**

4.4 Data collection and measurement

4.4.1 Are the operational and conceptual definitions congruent?

Ja – Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Wie bereits angeführt, fehlen zum Teil wichtige Definitionen.

4.4.2 Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification?

Ja – Nein – **Teilweise** (S. 818f)

4.4.3 Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population?

Ja – Nein – **Teilweise** (S. 818f)

4.4.4 Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid?

Ja – Nein – **Teilweise** (S. 819)

5. RESULTS

5.1 Data analysis

5.1.1 Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis?

Ja – Nein – Teilweise (S. 820f)

5.1.2 Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests?

Ja – Nein – Teilweise (S. 820)

5.1.3 Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)?

Ja – Nein – Teilweise (S. 820)

5.1.4 Were Type I and Type II errors avoided or minimized?

Ja – Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Um den Typ I Fehler zu minimieren, wurde ein Signifikanzniveau von $p = 0.05$ angegeben (S.820). Es fehlen jedoch Angaben zu einer Poweranalyse.

5.1.5 In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed?

Ja – **Nein** – Teilweise

5.1.6 Were problems of missing values evaluated and adequately addressed?

Ja– **Nein** – Teilweise

5.2 Findings

5.2.1 Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented?

Ja – Nein – Teilweise (S. 820f)

5.2.2 Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures?

Ja – Nein – Teilweise (S. 820f)

5.2.3 Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP?

Ja – Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Da es keine Angaben hinsichtlich der Power-Analyse gibt, kann nicht geklärt werden, ob die Stichprobenzahl ausreichend ist. Weiters sind keine ausreichenden Definitionen in der Studie vorhanden, daher bieten die Ergebnisse nur eingeschränkt einen Beitrag für die Praxis.

6. DISCUSSION

6.1 Interpretation of the findings

6.1.1 Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework?

Ja – Nein – Teilweise (S. 822)

6.2.1 Are causal inferences, if any, justified?

Ja – Nein - Teilweise

6.1.3 Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations?

Ja – Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Etwaige Studienlimitationen werden nicht eindeutig aufgezeigt.

6.1.4 Does the report address the issue of the generalizability of the findings?

Ja – Nein – **Teilweise**

6.2 Implications & recommendations

6.2.1 Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete?

Ja– **Nein** – Teilweise

7. GLOBAL ISSUES

7.1 Presentation

7.1.1 Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis?

Ja– Nein – **Teilweise**

7.1.2 In intervention studies, is a CONSORT flow chart provided to show the flow of participants in the study?

Ja – **Nein** – Teilweise

7.1.3 Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses?

Ja– Nein – **Teilweise**

7.2 Researcher credibility

7.2.1 Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation?

Ja – Nein – Teilweise (S. 53)

7.3 Summary assessment

7.3.1 Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the truth value of the results?

Ja – Nein – **Teilweise**

Anmerkung: Um die Vertrauenswürdigkeit in die Studie zu stärken, wären Definitionsangaben und Angaben zur Poweranalyse wünschenswert.

7.3.2 Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline?

Ja – Nein – **Teilweise**

Erreichter Prozentsatz: 50 %

Anhang 2:
Suchprotokoll der Literaturrecherche

Tabelle 6: Suchprotokoll der Literaturrecherche

Suche	Datenbank	Datum	Schlüsselwörter	Limits	Treffer	Auswahl
1	PubMed® (Advanced Search)	21.10.2013	dementia [Mesh] OR alzheimer`s disease		140 348	
2	PubMed® (Advanced Search)	21.10.2013	care dependency OR need OR self care deficit OR activities of daily living [MeSH]		578 360	
3	PubMed® (Advanced Search)	21.10.2013	nursing home [MeSH] OR home for elderly OR long term care [MeSH] OR care home		50 019	
4	PubMed® (Advanced Search)	21.10.2013	change OR increase OR decrease OR development OR progression		3802127	
5	PubMed® (Advanced Search)	21.10.2013	1 AND 2 AND 3 AND 4	10 Jahre Abstract Available Englisch & Deutsch > 65 Jahre	128	17
6	Cinahl® (Advanced Search)	16.11.2013	dementia [Mesh] OR alzheimer`s disease		25 659	
7	Cinahl®	16.11.2013	care dependency OR need OR		734 173	

	(Advanced Search)		self care deficit OR activities of daily living [MeSH]			
8	Cinahl® (Advanced Search)	16.11.2013	nursing home [MeSH] OR home for elderly OR long term care [MeSH] OR care home		33 068	
9	Cinahl® (Advanced Search)	16.11.2013	change OR increase OR decrease OR development OR progression		1 209 720	
10	Cinahl® (Advanced Search)	16.11.2013	6 AND 7 AND 8 AND 9	10 Jahre Abstract Available Englisch & Deutsch	587	23 6Treffer gleich wie bei Suche 5
11	Embase® via OvidSP (Advanced Search)	17.11.2013	dementia [Mesh] OR alzheimer`s disease		104771	
12	Medline® via OvidSP (Multi field search)	17.11.2013	care dependency OR need OR self care deficit OR activities of daily living [MeSH]		528889	
13	Medline® via OvidSP (Multi field search)	17.11.2013	nursing home [MeSH] OR home for elderly OR long term care [MeSH] OR care home		23018	

14	Medline [®] via OvidSP (Multi field search)	17.11.2013	change OR increase OR decrease OR development OR progression		4089775	
15	Medline [®] via OvidSP (Multi field search)	17.11.2013	11 AND 12 AND 13 AND 14	10 Jahre Abstract Available Englisch & Deutsch	40	5
16	Cochrane Library [®] via OvidSP (Multi field search)	08.01.2014	dementia [Mesh] OR alzheimer`s disease		4889	
17	Cochrane Library [®] via OvidSP (Multi field search)	08.01.2014	care dependency OR need OR self care deficit OR activities of daily living [MeSH]		33441	
18	Cochrane Library [®] via OvidSP (Multi field search)	08.01.2014	nursing home [MeSH] OR home for elderly OR long term care [MeSH] OR care home		1473	
19	Cochrane Library [®] via OvidSP (Multi field search)	08.01.2014	change OR increase OR decrease OR development OR progression		202020	

20	Cochrane Library® via OvidSP (Multi field search)	08.01.2014	16 AND 17 AND 18 AND 19	10 Jahre Abstract Available Englisch & Deutsch	32	2
----	------------------------------------------------------------	------------	-------------------------	------------------------------------------------------	----	---