Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften – Evangelische Fachhochschule Nürnberg

Pflege Dual

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science

Individualisierte Beschäftigungsangebote als nicht-medikamentöse Intervention zur Verbesserung herausfordernden Verhaltens bei Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege

Individualized activities as a non-pharmacological intervention for improving challenging behaviour in people with dementia in long-term care

Vera Achtzehn

Gutachter: Prof. Dr. Jürgen Härlein

Abgabetermin: 07.02.2023

Genderhinweis

Um eine gute Lesbarkeit dieser Arbeit zu gewährleisten, findet der Genderaspekt innerhalb des Sprachgebrauchs keine Anwendung. Folglich wurde nur das generische Maskulinum verwendet. Dieses schließt sowohl die Weibliche als auch andere Geschlechteridentitäten ausdrücklich mit ein.

Zusammenfassung

Hintergrund: Ein hohes Risiko für eine Heimeinweisung Demenzbetroffener sind herausfordernde Verhaltensweisen. Bei min. 50% von 70% demenziell veränderten Bewohnern deutscher Altenpflegeeinrichtungen, treten herausfordernde Verhaltensweisen auf (Güther et al. 2021). Mittlerweile unterstützen jedoch mehrere Forschungsstudien die Vorstellung, dass diese Verhaltensweisen bei Demenz mit unerfüllten Bedürfnissen zusammenhängen, die durch nicht-pharmakologischen Interventionen angegangen werden können (Cohen-Mansfield 2013).

Fragestellung: Inspiriert durch das Interventionsreview von Möhler et al. (2018), wird in der folgenden Arbeit der Frage nachgegangen, welche Effekte sich in wissenschaftlichen Studien zeigen, die die Wirkung individualisierter Beschäftigungsangebote zur Verbesserung herausfordernden Verhaltens bei Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege untersuchen.

Methode: Die systematische Literatursuche wurde im Zeitraum Oktober 2022 bis Dezember 2022 in den folgenden Datenbanken bearbeitet: CINAHL, PubMed, Cochrane Library und PsycInfo. Ergänzend wurde eine nicht orientierende Suche im Internet auf den Seiten Google Scholar und SpringerLink durchgeführt.

Ergebnisse: Fünf quantitative Studien konnten daraus inkludiert werden. Die Studien fanden in den USA (3), in Südfrankreich (1) und in Australien (1) statt. In den meisten Fällen sprachen die Forschungsassistenten mit den Angehörigen über die früheren Vorlieben, Interessen und Hobbies des Bewohners. Die Lebensqualität der Bewohner war nach der Intervention signifikant höher. Zudem konnte eine Zunahme der positiven Emotionen festgestellt werden. Auch die Abnahme an Agitation, Wandern und Schreien wurden bei den Bewohnern beobachtet.

Schlussfolgerung: Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die reinen Eins-zu-Eins Kontaktinterventionen schon die positiven Effekte ausgelöst haben. Dies bezüglich besteht weiterer Forschungsbedarf. Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass es sich lohnt, sich auf den Bewohner einzulassen und ihn als Person mit Bedürfnissen und Interessen wahrzunehmen. Die Verringerung der herausfordernden Verhaltensweisen entlastet die Bewohner, aber auch das Pflegefachpersonal, was mit einer langfristig gesteigerten Berufszufriedenheit einhergeht.

Schlüsselwörter: Demenz, herausfordernde Verhaltensweisen, stationäre Langzeitpflege, individualisierte Beschäftigungsangebote, nicht-medikamentöse Therapie.

Abstract

Background: A high risk for people with dementia to be admitted to a care home is challenging behaviour. Around 70% of residents in German care homes for elderly people have dementia and at least 50% of them show such challenging behaviour (Güther et al. 2021). However, many studies now support the assumption, that challenging behaviour of people with dementia is due to unfulfilled needs, that could be improved with non-pharmaceutical interventions (Cohen-Mansfield 2013).

Objective: Inspired by the intervention review of Möhler et al. (2018), the following paper is about the effects of an individualized choice of activities for the improvement of challenging behaviour of people with dementia in long-term care homes and how different studies prove these effects.

Method: The systematic literature search has been conducted in the time of October 2022 to December 2022 in the following databases: CINAHL, PubMed, Cochrane Library and PsycInfo. In addition to that there was a non-oriented search online on Google Scholar and SpringerLink.

Results: Five quantitative studies could be included. The studies took place in the USA (3), Southern France (1) and Australia (1). In most cases, the research assistants spoke to the family members about the resident's past preferences, interests, and hobbies. The quality of life of the residents was significantly higher after the intervention. In addition, an increase in positive emotions was observed. Reductions in agitation, wandering, and screaming were also observed in the residents.

Conclusion: It can not be ruled out that the personal one-on-one intervention alone caused these positive effects, which means that this area needs further research. Nevertheless, the results show that it is worth to invest time into each resident and to see him or her as a person with needs and interests. Reducing challenging behaviour is a relief for residents as well as for nursing staff, which on a long term, leads to staff being more content in their profession.

Keywords: dementia, challenging behaviour, long-term care facilities, individually tailored activities, non-pharmacological therapy.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung I

Abstract II

Abbildungsverzeichnis IV

Tabellenverzeichnis V

Abkürzungsverzeichnis VI

1. Einleitung 1

1.1 Relevanz 1

1.2 Demenz und Symptome 3

1.3 Therapie 8

1.4 Pflegerische Interventionsmöglichkeiten 11

2. Methodisches Vorgehen 13

2.1 Literaturrecherche 14

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien 15

2.3 Studienauswahl 16

2.4 Beurteilung der Studien 18

3. Ergebnisse 20

3.1 Individualisierungsprozess 23

3.2 Arten der durchgeführten individuellen Beschäftigungen 23

3.3 Wirkung auf Lebensqualität und Emotionen 25

3.4 Wirkung auf herausfordernde Verhaltensweisen 26

4. Schlussfolgerung 28

4.1 Fazit 28

4.2 Diskussion 29

4.3 Empfehlungen für Forschung und Praxis 30

4.4 Limitationen 31

Literaturverzeichnis VI

Anhang I: Listen der Studien IX

Anhang II: Suchprotokolle XII

Erklärung XXII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: NDP-Modell (vgl. Güther et al. 2021: 62) 7
Abbildung 2: psychische Bedürfnisse (vgl. Kitwood 2019: 145) 13
Abbildung 3: Flussdiagramm (vgl. Moher et al. 2009) 17
Abbildung 4: Beurteilung der Studien (vgl. Panfil 2018: 265-266) 18
Abbildung 5: Risikobewertung der Bias nach "Cochrane Risk of Bias Tool" 19

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schweregrade der Demenz (vgl. Schmidt/Döbele 2019: 7) 5
Tabelle 2: Suchwörter (eigene Darstellung) 14
Tabelle 3: Studienübersicht 21

Abkürzungsverzeichnis

ABMI: Agitation Behaviour Mapping Instrument

AC: Attention control

AD: Alzheimer Demenz

ADL: Aktivitäten des täglichen Lebens

BPSD: Behavioural and psychological symptoms of dementia

CDR: Clinical Dementia Rating

CMAI: Cohen Mansfield Agitation Inventory

CNA: Certified nursing assistant

DCM: Dementia Care Mapping

DQoL: Dementia Quality of Life instrument

DNQP: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

HV: Herausforderndes Verhalten

I: Interventionsgruppe

ISAI: Individualized social activities intervention

IPA: International Psychogeriatric Association

IPPI: Individualisierte positive psychosoziale Intervention

K: Kontrollgruppe

LMBS: Lawton's Modified Behaviour Stream

LTCH: Long-term care home

MD: Menschen mit Demenz

MDS: Minimum Data Set

MMSE: Mini-Mental State Examination

MMST: Mini-Mental-Status-Test

MOSES: Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects

MPES: Menorah Park Engagement Scale

MR: Mittlerer Rang

NOS:	Newcastle Ottawa Skala
NPI:	Neuropsychiatric inventory
NPT:	Non-pharmacological therapies
NRS-R:	Neurobehavioural Rating Scale – Revised
PELI-NH:	Preferences for Everyday Living Inventory-Nursing Home
PGCARS:	Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale
QOL:	Quality of Life
RA:	Research assistant
RCT:	Randomized clinical trial
SET:	Selbst-Erhaltungs-Therapie
SLUMS:	Saint Louis University Mental Status Examination
SMST:	Snoezelen Multisensorische Stimulationstherapie
TAU:	Treatment-as-usual
TREA:	Treatment Routes for Exploring Agitation
UC:	Usual care
VES:	Vulnerable Elders Survey
WHO:	World Health Organization

1. Einleitung

Nachfolgend soll ein besseres Verständnis für das Themengebiet dieser Bachelorarbeit hergestellt werden. Dafür werden relevante Begrifflichkeiten definiert und ihre theoretischen Hintergründe genauer dargestellt.

1.1 Relevanz

Hauptursache für eine progrediente Abnahme der Selbstständigkeit und physischen sowie kognitiven Einschränkungen bei Menschen über 65 Jahren, ist die Demenzerkrankung.
Neben diesen negativen Folgen auf die betroffene Person, hat die Demenz auch starke Auswirkungen auf das soziale Umfeld (Angehörige, Pflegefachpersonal) und die Gesellschaft (WHO 2022). Laut der deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. lebten bis Ende des Jahres 2021 rund 1,8 Millionen an Demenz erkrankte Menschen in Deutschland (Blotenberg/Thyrian 2022: 1). Prognosen zur Folge, werden die Zahlen bei den über 65-Jährigen im Jahr 2050 auf knapp 3 Millionen Menschen steigen (Bickel 2021). Signifikante Unterschiede lassen sich in Bezug auf das Geschlecht erkennen. Über die Hälfte der Betroffenen sind weiblich und nur 1/3 männlich. Bei den über 65-jährigen Männern erkranken rund 30% an einer Demenz, bei den Frauen sind es zwischen 50 und 73%. Hauptsächlich lässt sich dies auf die höhere Lebenserwartung der Frauen zurückführen (Boggatz et al. 2022: 118). Den größten Risikofaktor stellt dabei das Alter dar. Die Inzidenz demenzieller Erkrankungen steigt mit wachsendem Lebensalter steil an (Kastner/Schraut/Löbach 2022: 5). Eine höhere Lebenserwartung und eine abnehmende Geburtenrate führen zu einer immer älter werdenden Gesellschaft (Statistisches Bundesamt 2022). Bei 52% der pflegebedürftigen Personen erfolgt die Pflege ausschließlich durch Angehörige, d.h. ohne ambulante Dienste oder sonstige professionelle Unterstützung (Statistisches Bundesamt 2022). Bei fortschreitender Demenz kommt es dann meistens doch zu einer Institutionalisierung, d.h. zum Einzug in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung (Luppa et al. 2012). Ein hohes Risiko für eine Heimeinweisung Demenzbetroffener sind herausfordernde Verhaltensweisen. Bei mindestens 50% von 70% demenziell veränderten Bewohnern deutscher Altenpflegeeinrichtungen, treten herausfordernde Verhaltensweisen auf (Güther et al. 2021).

Zur Heilung bzw. Verminderung der Progression von degenerativen Demenzerkrankungen existiert aktuell noch keine Therapie. Primäre Demenzen charakterisieren sich durch eine zunehmende Pflegebedürftigkeit und einer damit einhergehenden reduzierten Lebenserwartung (Jessen/Spottke/Deuschl et al. 2017: 33). Daher kommt den nicht-medikamentösen Therapieformen, neben den medikamentösen Behandlungen, eine große Bedeutung zu. Diese bieten Möglichkeiten zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit.

Zudem fördern sie die Alltagsfähigkeit und schwächen Verhaltensauffälligkeiten ab, dies wirkt sich wiederum positiv auf das seelische Wohlbefinden aus (Bickel 2016). Die pflegende Person benötigt für solch eine individuelle Betreuung, zur Aktivierung und sinnvollen Beschäftigung, neben den theoretischen Grundkenntnissen über das medizinische Bild, vor allem empathische Fähigkeiten (Schmidt/Döbele 2019: 115). An Demenz erkrankte Menschen sind Persönlichkeiten mit unterschiedlicher Historie, Kompetenzen und individuellen Lebensumständen, daher variieren die Anforderungen an Therapie und Pflege stark (Kurz 2019: 32-37). Oft herrscht Stigmatisierung der Demenzerkrankung. Um jedoch Menschen mit Demenz verstehen zu können und eine fachgerechte Betreuung zu ermöglichen, benötigt man ausreichendes Wissen über das Krankheitsbild (WHO 2022).

Aufkommende Stresssituationen können aufgrund der gesenkten Anpassungsfähigkeit schnell eine Verschlechterung des Verhaltens verursachen (Moik 2020: 5). Demenzsymptome wie wiederholtes Verbalisieren, unruhiges Umherlaufen oder Schlafstörungen stellen eine große Herausforderung für das Pflegefachpersonal dar. In der stationären Langzeitpflege sind die häufigsten Reaktionen auf Verhaltensstörungen pharmakologischer Natur, in Form von Antipsychotika oder durch Ignorieren des Verhaltens. Mittlerweile unterstützen jedoch mehrere Forschungsstudien die Vorstellung, dass diese Verhaltensstörungen bei Demenz mit unerfüllten Bedürfnissen zusammenhängen, die durch nicht-pharmakologische Interventionen angegangen werden können (Cohen-Mansfield 2013). So wurde beispielsweise im Jahr 2012 eine klinische Studie aus Maryland, USA, veröffentlicht, in der die Wirksamkeit nicht-pharmakologischer individualisierter Interventionen bei der Verringerung von Agitation bestimmt wurde. Von Unruhe betroffene Pflegeheimbewohner mit fortgeschrittener Demenz wurden dabei randomisiert einer Interventionsgruppe (n=89) und einer Placebo-Kontrollgruppe (n=36) zugeteilt. Es wurde ein ungedeckter Bedarf angenommen, eine entsprechende Behandlungskategorie identifiziert und die Besonderheit der Behandlung wurde so gewählt, dass sie den Bedürfnissen der früheren Identität, den Vorlieben und Fähigkeiten der Person entsprach. Die Interventionen wurden zwei Wochen lang durchgeführt. Es zeigten sich im Vergleich zur Kontrollgruppe unter anderem deutliche Rückgänge der verbalen Agitation und eine Zunahme von Vergnügen und Interesse (Cohen-Mansfield et al. 2012).

Ziel dieser Arbeit ist es, die Effekte individualisierter Beschäftigungsangebote zur Verbesserung des herausfordernden Verhaltens bei Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege zu untersuchen und übersichtlich darzustellen. Zudem soll die Wirksamkeit nicht-medikamentöser Interventionen auf die Person als Individuum abgestimmt herausgearbeitet werden. Aus den Ergebnissen sollen Empfehlungen zur Umsetzung in der

stationären Langzeitpflege und gegebenenfalls die Notwendigkeit weiterer Forschung für die Pflegepraxis abgeleitet werden. Inspiriert durch das Interventionsreview von Möhler et al. 2018, wird in der folgenden Arbeit der Frage nachgegangen, welche Effekte sich in wissenschaftlichen Studien zeigen, die die Wirkung individualisierter Beschäftigungsangebote zur Verbesserung herausfordernden Verhaltens bei Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege untersuchen.

1.2 Demenz und Symptome

Der lateinische Begriff „Demenz“ bedeutet wörtlich übersetzt „abnehmender Verstand“ (Grond 2014: 1) Dabei handelt es sich um ein klinisches Syndrom, bei dem alltägliche Kompetenzen und kognitive Fähigkeiten während eines progredienten Verlaufs immer weiter abnehmen, bis die Betroffenen vollständig auf Hilfe angewiesen sind. Die Manifestation weiterer Erkrankungen und eine verkürzte Lebenserwartung charakterisieren die Schwere der Demenzerkrankung (Jessen/Spottke/Deuschl et al. 2017: 14)
Grundsätzlich lassen sich die Demenzen in zwei Hauptkategorien einteilen. Zum einen die primären Demenzen, die sich durch einen fortschreitenden Untergang des Gehirngewebes (degenerativ) oder gefäßbedingt (vaskulär) kennzeichnen lassen, zum anderen die sekundären Demenzen, bei denen die Ursachen auf andere Erkrankungen zurückzuführen sind (Schmidt/Döbele 2019: 2). Im Folgenden sollen die Demenzformen anhand der beiden zu Beginn genannten Kategorien grob dargestellt werden.

Primäre Demenzen

Die primären Demenzen unterteilt man in degenerative Demenzerkrankungen (Alzheimer-Krankheit und vaskuläre Demenzformen) und die nicht-degenerativen Demenzformen (Kastner/Schraut/Löbach 2022: 9). Die Alzheimerdemenz ist mit ca. 65% die bekannteste und häufigste Form der Demenz. Hierbei kommt es zu einem Untergang von Nervenzellen und damit zu einer Abnahme des Botenstoffes „Acetylcholin“. Meistens tritt die Krankheit erst nach dem 65. Lebensjahr auf (Falk 2015: 66). Warum die Erkrankung entsteht, ist noch nicht bekannt. Ursachen könnten genetische Dispositionen oder bestimmte Umwelteinflüsse sein. Die Erkrankung ist charakterisiert durch einen langsamen progredienten Verlauf (Gatterer/Croy 2020: 23).
Die **Lewy-Körperchen-Demenz** ist gekennzeichnet durch episodische Halluzinationen im Bereich der Optik und eine stark schwankende kognitive Leistungsfähigkeit und eine verminderte Aufmerksamkeit. Aufgrund ihrer Ähnlichkeit zur Alzheimer-Krankheit ist sie nur durch auftretende Verwirrtheitszustände von ihr zu unterscheiden. (Falk 2015: 62). Im Verlauf

dieser Demenzform kommt es zu Ablagerungen von kleinen Eiweißteilchen (Lewy-Körper). Dadurch werden Gehirnteile geschädigt (Gatterer/Croy 2020: 29). Betroffene sind aufgrund immer wiederkehrenden Rigor und Tremor (Parkinson ähnliche Symptomatik) stark sturzgefährdet (Falk 2015: 62). Neben den bereits genannten Demenzformen gibt es viele weitere Ursachen einer Schädigung der Hirnstruktur.

Eine davon ist die **Frontotemporale Demenz**, auch unter Morbus Pick bekannt, eine seltenere Form der neurodegenerativen Demenzen. Sie beginnt zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr. Hier treten in der Regel Persönlichkeitsveränderungen und Verhaltensstörungen früher auf als die Gedächtnisstörungen. Den Betroffenen ist die Fähigkeit der Empathie abhandengekommen und so nehmen sie nicht die Auswirkungen ihrer Erkrankung wahr (Falk 2015: 62).

In ihrer Häufigkeit als Demenzursache folgen die **vaskulären Erkrankungen** gleich nach der Alzheimer-Erkrankung. Risikofaktoren stellen dabei Bluthochdruck, Rauchen und Diabetes mellitus dar. Die Ursache der vaskulären Demenz ist die Arteriosklerose, welche zur Störung der Durchblutung führt bzw. Gehirninfarkte herbeiführt. Ein plötzlicher Beginn und stufenweises Fortschreiten sind charakteristisch (Gatterer/Croy 2020: 27-28). Häufig wird die graue Hirnsubstanz geschädigt. Im Falle der Erkrankung von Morbus Binswanger jedoch hauptsächlich die weiße Hirnsubstanz. Das klinische Bild ist dem der Alzheimer-Krankheit sehr ähnlich (Kitwood 2019: 54). Mischformen machen ca. 15 % der Demenzen aus. Solche Arten ergeben sich meist aus einer Alzheimer-Krankheit in Kombination mit vaskulären Erkrankungen (Gatterer/Croy 2020:28). Bereits seit den sechziger Jahren zeigten grundlegende neuropathische Untersuchungen der Gehirne einzelner an Demenz Verstorbener, sowohl Zeichen der AD als auch pathologische Befunde der Gefäße (Kitwood 2019: 54-55).

Sekundäre Demenzen

Bei sekundären Demenzen liegen andere Grunderkrankungen vor, die eine Demenz zur Folge haben (Falk 2015: 70-71), zum Beispiel das Gehirn betreffende Infektions- und Tumorerkrankungen (Gatterer/Croy 2020: 30). Kurz et al. 2019 nennt darüber hinaus zahlreiche andere, insgesamt jedoch seltene Ursachen:

- einige neurologische Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen
- Schädelhirnverletzungen
- Blutungen
- Vitamin- und Hormonmangelzustände
- sowie Abflussbehinderungen des Nervenwassers im Gehirn (Kurz et al. 2019: 9).

Aber auch Intoxikationen aufgrund Vergiftungen durch Metalle wie Blei, Cadmium und Quecksilber oder Kohlenmonoxid können Auslöser sein. Die sekundären Demenzen haben aufgrund der meist behandelbaren Vorerkrankungen Chancen auf Besserung und teilweise sogar auf Heilung (Falk 2015: 70-71).

Schweregrade

Einige Autoren beschreiben verschiedene Stadien der Demenz. Nachfolgend werden die Schweregrade der Demenz tabellarisch nach Schmidt und Döbele (2019) dargestellt. Kognitive Störungen lassen sich mittels des Mini-Mental-Status-Test (MMST) einschätzen. Die resultierenden Einschätzungen dienen im individuellen Fall nur zur groben Orientierung und können je nach Situation und Betroffenen abweichen (Jessen/Spottke/Deuschl et al. 2017: 61).

Tabelle 1: Schweregrade der Demenz (vgl. Schmidt/Döbele 2019: 7)

Schweregrad	Kognition	Lebensführung	Störungen von Antrieb und Affekt	MMST-Score (max. 30 Punkte)
Leicht „Vergessens-Stadium“	Komplizierte tägliche Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen können nicht (mehr) ausgeführt werden	Die selbstständige Lebensführung ist zwar eingeschränkt, ein unabhängiges Leben ist noch möglich	Fehlende Spontanität, Depression, Antriebsmangel, Reizbarkeit, Stimmungslabilität	Unter 23 – 24
Mittel „Verwirrtheits-Stadium“	Nur einfache Tätigkeiten werden beibehalten; andere nicht mehr vollständig oder unangemessen ausgeführt	Ein unabhängiges Leben ist nicht mehr möglich; Patienten sind auf fremde Hilfe angewiesen, eine selbstständige Lebensführung ist z.T. noch möglich	Unruhe, Wutausbrüche, aggressive Verhaltensweisen	Unter 20
Schwer „Hilflosigkeits-Stadium“	Gedankengänge können nicht mehr nachvollziehbar kommuniziert werden	Die selbstständige Lebensführung ist gänzlich aufgehoben	Unruhe, Nesteln, Schreien, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus	Unter 10

Symptomübersicht

Der Symptomkomplex demenzieller Erkrankungen lässt sich grob in kognitiven Störungen, psychischen und körperlichen Auswirkungen sowie in Verhaltensänderungen unterteilen. Nachfolgend werden die kognitiven Defizite anhand der 7 A's, wie in Grond (2014: 23) grob dargestellt.

Amnesie: Charakteristisch hierfür sind Verwirrtheit, Vergesslichkeit und wiederholtes Erzählen. Es liegen Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und Merkstörungen vor.
Altgedächtnis- oder Erinnerungsstörungen: Kennzeichnend ist der Verlust von Raum und Zeit. Der Betroffene zieht sich in seine eigene Welt zurück (Realitätsverlust).
Agnosie: Eine Störung des Wiedererkennens, welche im späteren Verlauf einer Demenz auftreten kann. Diese kann sich auf Personen (Prosopagnosie), auf das eigene Krankheitsbild (Anosognosie) oder die Umgebung beziehen (Kastner/Schraut/Löbach 2022: 12).
Aphasie: Sprachstörungen treten bereits in den früheren Stadien einer Demenz auf und können sich im Laufe der Krankheit verschlimmern. Zum Beispiel erkennt der Betroffene Dinge, kann diese aber nicht benennen oder seine Gefühlslagen zum Ausdruck bringen.
Abstraktionsstörungen: Damit ist der Verlust der Fähigkeit zu rechnen oder abstrakt denken zu können beschrieben.
Assessmentstörung: Einschränkungen von Urteilsvermögen und Problemlösungen.
Apraxie: Auch als Werkzeugstörung bekannt, führt bereits im Frühstadium dazu, dass der Betroffene Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Besteck benutzen, nicht mehr planen und ausführen kann (Grond 2014: 23).

Einen weiteren Bereich bilden die psychischen Symptome, hierzu zählen unter anderem Angst, Misstrauen, Depressivität und Halluzinationen. Sie können, unabhängig vom Stadium oder Form der Demenz, mal mehr oder weniger intensiv vorkommen (Kastner/Schraut/Löbach 2022: 14-15). Ein verändertes Gangbild, Harninkontinenz, Schmerzen und Schluck- und Essstörungen gehören zu dem Bereich der körperlichen Symptome. Diese manifestieren sich je nach Demenzform bereits im Frühstadium oder erst im fortgeschrittenen Stadium (Kastner/Schraut/Löbach 2022: 19-24). Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen, Schreien, Unruhe und das Sammeln von Gegenständen, sind Beispiele für Verhaltensänderungen. Meist treten diese Veränderungen ab den mittelschweren Demenzstadien auf. In Einzelfällen können sie jedoch auch in abgeschwächter Form Teil des Frühstadiums sein (Kastner/Schraut/Löbach 2022: 16-19). Den Verhaltensstörungen kommt eine herausragende Bedeutung für die Pflege zu. Sobald das durch den fortschreitenden Krankheitsverlauf veränderte Verhalten als störend und problematisch empfunden wird, spricht man in der Pflegewissenschaft von

„herausforderndem Verhalten“. In der Neuropsychologie ist der Begriff „BPSD“ – Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia etabliert (Kastner/Schraut/Löbach 2022: 13). Alois Alzheimer erwähnte in seiner klassischen Fallbeschreibung der Krankheit aus dem frühen 20. Jahrhundert Verhaltenssymptome als hervorstechende Manifestationen (IPA 2012).

Diese Verhaltensweisen gehen oft mit einer Selbst- oder Fremdgefährdung einher und können aufgrund der demenziellen Krankheit auftreten oder durch andere Faktoren wie unbefriedigte Bedürfnisse oder ein sich Unwohl-Fühlen entstehen. Eine weitere mögliche Ursache können auch Schmerzen sein, welche nicht anders zum Ausdruck gebracht werden können. Pflegende sollten daher davon ausgehen, dass das vom Betroffenen gezeigte HV ein verbleibender Versuch ist sich mitzuteilen (Moik 2020: 4-6). Es gilt die grundsätzliche Auffassung, dass gezeigte Verhaltensweisen immer einen Sinn haben, weil sie sinnhafte Ausdrücke der menschlichen Psyche sind (Bartholomeyczik et al. 2006: 14). Ein Modell, das diesen Anpassungsversuch zu begründen versucht, ist das NDB-Modell (need driven dementia compromised behaviour model). Dieses bedürfnisorientierte Verhaltensmodell wurde 1990 durch eine Gruppe nordamerikanischer Pflegewissenschaftlerinnen entwickelt und unterscheidet zwei Faktoren. Die Hintergrundfaktoren zeigen mögliche Risiken auf, können jedoch nicht beeinflusst werden. Die akuten Faktoren sind maßgebliche Auslöser für das veränderte Verhalten und können demnach beeinflusst werden. Dadurch werden die vielen Variablen, die im Kontext zueinanderstehen und das veränderte Verhalten auslösen, deutlich (Bartholomeyczik et al. 2006: 16-17). Schlussfolgern lässt sich daraus eine ganzheitliche Sichtweise, das bedeutet den Betroffenen als Individuum mit all seinen Bedürfnissen wahrzunehmen und die Ursachen zu identifizieren (Moik 2020: 5).

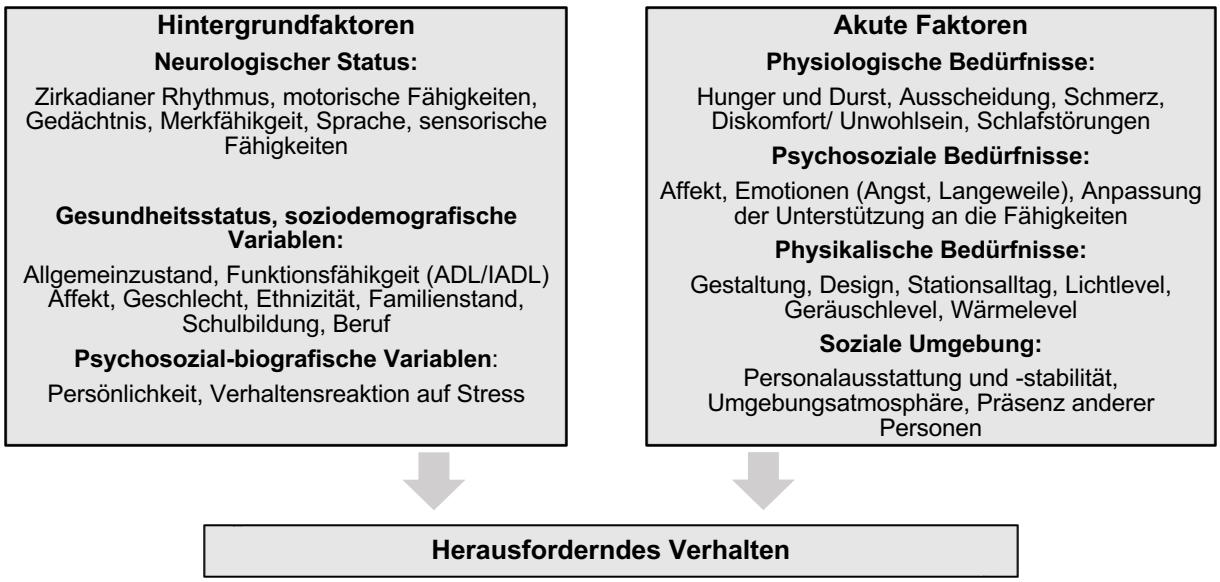

Abbildung 1: NDP-Modell (vgl. Güther et al. 2021: 62)

1.3 Therapie

In der S3-Leitlinie Demenzen wird ein individualisiertes Gesamtkonzept zur Therapie von Demenzerkrankungen beschrieben, welches sowohl pharmakologische Behandlungen als auch psychosoziale Interventionen einschließt (Jessen/Spottke/Deuschl et al. 2017: 61).

Medikamentöse Therapien

Zu den Medikamenten, die hier ihren Einsatz finden, zählen zum Beispiel Antidepressiva, Antipsychotika und Benzodiazepine. Hiermit können Verhaltensänderungen und anderen psychischen Störungen entgegengewirkt werden. Psychopharmaka sollten nur dann angewendet werden, wenn die nicht-medikamentösen Therapien keinen Erfolg zeigen. Die medikamentöse Basistherapie bei Alzheimer-Demenzen sind die Antidementiva. Dazu gehören zum Beispiel Acetylcholinesterase-Hemmer und Glutamat Antagonisten. Sie verzögern die Progression und sind vor allem im Früh- und Mittelstadium der Demenz wirksam (Kastner/Schraut/Löbach 2022: 74-78).

Nicht-medikamentöse Therapien

Psychotherapie, Validation, Biografiearbeit, Musiktherapie und Kunsttherapie sind nur ein paar der vielen Therapieformen, welche zum Bereich der nicht-medikamentösen Behandlung bei MD zählen (Kastner/Schraut/Löbach 2022: 77-86). Diese Aktivitäten werden meist bei den leichten bis mittleren Demenzen eingesetzt. Demenzbetroffene können aufgrund ihrer Erkrankungen, wie bei den Symptomen beschrieben, ab einem gewissen Stadium keine rationalen Entscheidungen mehr treffen. Viel mehr entscheiden sie „aus dem Bauch“ heraus, was sich für sie gut und sicher anfühlt. Begründet ist dieses Phänomen darin, dass im Laufe des kognitiven und körperlichen Abbaus der Anteil der Emotionen und Intuitionen wächst (Schmidt/Döbele 2019: 9).

Der Fokus der individuellen Psychotherapie liegt hauptsächlich in einem unterstützenden wertschätzenden Kontakt, welcher bestehende Ressourcen zu fördern versucht und dabei auf die individuellen Bedürfnisse der Menschen mit Demenz eingeht. Die Betroffenen sollen dadurch eine Besserung ihrer Begleitsymptome und ein gesteigertes Wohlbefinden erreichen. Übergeordnet steht dabei die Vermeidung von einer kognitiven Überforderung der MD. Deshalb sollten parallel zur Einzeltherapie auch Beratungs- bzw. Therapieangebote der Angehörigen erfolgen (Kastner/Schraut/Löbach 2022: 77-78). Die Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET) dagegen ist ein neuropsychologisches Konzept, welches in der Betreuung und Versorgung zum Einsatz kommt. Ziel ist es, das „Selbst“ der von Demenz Betroffenen zu erhalten und dadurch Veränderungen zu vermeiden, positive Grundeinstellungen der Bezugspersonen zu fördern und schlussendlich Wohlbefinden und seelische Gesundheit zu

stärken. Angehörige und das soziale Umfeld der Demenzbetroffenen werden mit einbezogen. Erlebnisarmut zu vermeiden und die Angehörigen dennoch zu entlasten sind weitere Ziele. In der SET wird Wissen über das eigene Selbst innerhalb von Erinnerungsgruppen vermittelt und Übungen für den Alltag zur eigenen Biografie und zur Reaktivierung des selbstnahen Wissens mittels persönlicher Bilder oder bedeutsamen Materialien durchgeführt. Die Ergebnisse werden dokumentiert und in einer Erinnerungsmappe festgehalten. Charakteristisch für das SET-Konzept ist der Einsatz individueller Beschäftigungsangebote, ein vertrautes Milieu (Milieutherapie) und Teilhabemöglichkeiten. (Kastner/Schraut/Löbach 2022: 78).

Im Zusammenhang der psychosozialen Hilfen sind die Validation und die Biografiearbeit ergänzend zu nennen. Aufgabe der Pflegefachkräfte ist es, den Ursprung bzw. den Grund für entstehende Verhaltensweisen herauszufinden und daraufhin das eigene Handeln empathisch anzupassen (Validation nach Naomi Feil). Verdrängte negative Bindungserfahrungen oder Traumata, deren Ursprung oftmals in der Kindheit liegen, können im Rahmen der Demenzerkrankungen in Form von veränderten Verhaltensweisen wie z.B. Rückzug, Depression, Suchen und Sammeln zum Vorschein treten (Kastner/Schraut/Löbach 2022: 79). Die Mäeutik von Cora van der Kooij spricht von vier Stadien des Erlebens eines MD. Demnach existieren das bedrohte, verirrte, verborgene und das versunkene Ich. Diese erlebnisorientierende Pflege bezieht sich auf die intuitive Kompetenz der Pflegefachkräfte, auf die Bedürfnisse der an Demenz Erkrankten einfühlsam einzugehen und die Notwendigkeit der Erfüllung derer zu erkennen (Grond 2014: 150). Ein weiteres Mittel zum besseren Verständnis ist die Biographiearbeit. Voraussetzungen für die Umsetzung, ist das Vertrauen und die ausreichende Zeit, um zuzuhören und verstehen zu können. (Kastner/Schraut/Löbach 2022: 80-81). Biografiearbeit ist stets individuell, vielfältig und geschlechtsspezifisch. So schreibt Erich Grond (2014): „Menschen mit Demenz wollen ihre Identität erhalten, ihr Leben positiv bilanzieren, ihre Einzigartigkeit betonen, sich als lebenserfahren erleben und sich nützlich machen“ (Grond 2014: 152).

Des Weiteren gibt es zahlreiche kreative therapeutische Interventionen. Die Kunsttherapie ermöglicht durch Malen oder Modellieren Gefühle und Erleben auszudrücken (Grond 2014: 71). Die Teilnehmer können Stress abbauen, ihre Konzentrationsfähigkeit verbessern und Selbstsicherheit gewinnen (Kastner/Schraut/Löbach 2022: 84). Mithilfe von Musik können Erinnerungen erwachen und Freude empfunden werden. Das Hören und Mitsingen fördert die kognitiven Fähigkeiten und schenkt Vertrautheit (Grond 2014: 72). In der aktuellen Literatur tauchen eine Reihe von neuen therapeutischen Strategien auf, welche darauf abzielen, psychosoziale Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz, die als herausfordernd empfunden werden, zu verbessern. Lai et al. untersuchten 2019 in ihrem systematischen Review die Wirksamkeit der tiergestützten (Hunde/Pferde) Interventionen für Menschen mit

Demenz. Die Arbeit ergab eine leichte Reduktion der depressiven Symptome bei einer Evidenz von niedriger Vertrauenswürdigkeit (Lai et al. 2019).

Eine andere Studie zeigte positive Einflüsse der tiergestützten Therapie auf die Bewohner, indem sie den Grad der Erregung verringerte und die Menge und Qualität der sozialen Kontakte verbesserte (Abraha et al. 2017: 21). Beim Einsatz einer Roboterkatze konnte ein gesteigertes Vergnügen und Interesse beobachtet werden. Die Aufregung blieb jedoch gleich. Während dieser Studie wurde nicht nur die Wirkung der Roboterkatze untersucht, sondern auch die Wirkung einer Plüschkatze. Diese konnte das aufgeregte Verhalten bei neun Bewohnerinnen mit mäßiger Demenz reduzieren (Abraha et al. 2017: 21). Martín-García et al. (2022) haben den Effekt der Puppentherapie zur Reduzierung von BPSD bei mittelschwerer bis schwerer Demenz in ihrem Review erforscht. Daraus ließen sich Verbesserungen des emotionalen Zustandes und der Kommunikation ableiten. Auch das herausfordernde Verhalten verringerte sich im Laufe der Intervention (Martín-García et al. 2022).

Die sensorische Stimulation in Form von Shiatsu (sanfte Manipulationen, Dehnungen und Druck mit den Fingern etc.) und Akupressur nach traditioneller Chinesischer Medizin, zeigten einen Rückgang von Unruhe und Aggression (Abraha et al. 2017: 9). Mehrere Reize umfasst die Snoezelen Multisensorische Stimulationstherapie (SMST). Sie zielt darauf ab, die Sinne (Sehen, Hören, Tasten, Schmecken und Riechen) zu stimulieren. Die SMST erfolgt in speziell gestalteten Räumen, die vielfältige Sinnesreize über zum Beispiel Effekte, Materialien, Musik oder Aromen darbieten. Eine randomisierte Studie, mit dem Ziel, die unmittelbare Wirkung von SMST auf das Verhalten älterer Menschen mit Demenz zu untersuchen, ergab jedoch keine signifikanten Wirkungen auf Verhaltenssymptome (Abraha et al. 2017: 13-14). Die SMST gehört wie die Kinästhetik und Entspannungsverfahren zu den körperorientierten (somatischen) Verfahren. Durch funktionale anatomische Bewegungen und Berührungen im Alltag, ermöglichen die Pflegefachpersonen den Demenzbetroffenen in Kontakt mit ihrer Umwelt zu treten. Dies stellt vor allem mit zunehmenden Sprachverlust ein mögliches Kommunikationsinstrument dar (Kastner/Schraut/Löbach 2022: 85).

Damit die nicht-medikamentösen Therapien erfolgreich sein können, gilt als Voraussetzung jeder Therapie die ganzheitliche Beziehungspflege (Grond 2014: 67). Multimorbidität und die Zunahme schwerer Erkrankungen fordern medizinische-therapeutische Kompetenzen von professionell Pflegenden. Dazu kommen psychosoziale Probleme und Traumen, welche die Bewohner der Langzeitpflege belasten und auf die mittels psychoanalytischer Kompetenzen seitens der Pflege reagiert werden muss (Moik 2020: 5). Die zwischenmenschliche Beziehung spielt dabei eine große Rolle.

2018 wurde deshalb der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ vom deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege entwickelt und herausgegeben.

„Um sie ein Stück weit in ihre Welt begleiten zu können, müssen wir auch ihre Sprache erlernen. Dann zeigen uns die Demenzkranken selbst, wie wir ihnen helfen können, sich in ihrem Leben wohler zu fühlen." – Kojer, Schmidl, Heimerl 2022: 4

1.4 Pflegerische Interventionsmöglichkeiten

Expertenstandard Beziehungsgestaltung

Der Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz gibt Empfehlungen und Anleitungen an Pflegefachkräfte, um die Beziehungsgestaltung mit Demenzpatienten zu erleichtern. Daneben fordert er eine person-zentrierte Pflege, die den Menschen als Individuum und nicht die Demenzerkrankung in den Mittelpunkt stellt (DNQP 2018: 29). Die Pflegefachkräfte sollen den Betroffenen mit Respekt, Akzeptanz und Vertrauen entgegentreten und dadurch das Gefühl des „Personseins" waren. Sich als Mitglieder einer gemeinsamen Gesellschaft auf Augenhöhe zu begegnen, lässt Unterschiede verschwinden und schafft Raum für Anerkennung (DNQP 2018: 29). So schreibt Langner (2020): „Beziehung erfordert immer ein „Du". Wenn dieses „Du" nicht mehr direkt angesprochen und erreicht werden kann, nimmt das Wohlbefinden ab" (vgl. Lagner 2020: 2). Die Persönlichkeit und der einzigartige Charakter des Betroffenen muss aufrechterhalten werden, denn dadurch fühlt sich der Mensch mit Demenz verstanden, gehört und angenommen. Er bekommt das Gefühl, Teil eines sozialen Gefüges und damit mit anderen Personen verbunden zu sein (DNQP 2018: 29). Dabei ist es wichtig, den MD nicht zu einem „normalen" Verhalten zu drängen, sondern seine subjektiven Bedürfnisse und Wünsche wahrzunehmen. Voraussetzungen für die Erreichung des Ziels sind Kontinuität in der Pflege und Betreuung und damit, das Vorhandensein eines stabilen interdisziplinären Teams. Pflegefachkräfte müssen an notwendigen Fortbildungen teilnehmen können (Lagner 2020: 30) und diese Kompetenzen der Wahrnehmung und Anerkennung an andere beteiligte Personen wie zum Beispiel Angehörige oder Assistenzpersonal weitergeben (DNQP 2018: 29).

Zu diesen wichtigen Kompetenzen gehört, Menschen mit Demenz identifizieren zu können und den individuellen Unterstützungs- und Beziehungsbedarf einzuschätzen. Die Planung, Umsetzung, Information und Anleitung von Angehörigen oder der Betroffenen selbst, hinsichtlich beziehungsfördernden und -gestaltenden Angeboten, stellen ebenso die erforderlichen Fähigkeiten einer fortgebildeten Pflegefachkraft dar (Lagner 2020: 30).

Die Implementierung erfolgt am besten mittels eines multiprofessionellen Projektteams und einem Projektplan, welcher einen ausreichenden Zeitrahmen beinhaltet (Langner 2020: 31). Nach Abschluß solcher Angebote sollte immer eine Evaluation erfolgen, inwieweit die Kriterien umgesetzt wurden (Lagner 2020: 30). Um den Expertenstandard anwenden zu können, braucht es neben den zuvor genannten Kompetenzen, keine weitere spezielle gerontologische

Weiterbildung. Die Basis ist eine zugewandte und verstehende Haltung der Pflegenden. Eine solche Herangehensweise gelingt unter konsequenter Anwendung der person-zentrierten Pflege (DNQP 2018: 29-30).

Person-zentrierte Pflege nach Kitwood

Im Kern der Theorie, die von Psychogerontologen Tom Kitwood entwickelt wurde, steht das Person-Sein. Kitwood kritisierte das allgemeine Verständnis darüber, dass das Person-Sein durch Autonomie und Rationalität bestimmt sei. Demnach würde den Demenzbetroffenen Person-Sein abgesprochen werden, da sie aufgrund des Abbauprozesses diese Fähigkeiten nicht mehr besitzen. Person-Sein bedeutet für Kitwood jedoch, in Beziehung mit anderen zu treten und ist charakterisiert durch Gefühle und Emotionen (Boggatz/Brandenburg/Schnabel 2022: 83). Die Erfüllung von vier Gefühlszuständen sind nach Kitwood elementar, um sich als Person zu erfahren: „[…] etwas wert und für andere wichtig zu sein,[…] etwas tun und bewirken zu können, Kontrolle zu haben, […] mit anderen Menschen in Kontakt treten zu können […] und (das) Vertraue(n) in das Leben und dem Sicherheitsgefühl eines Menschen“ (Kastner/Schraut/Löbach 2022: 126-127).

Zur Differenzierung des Beziehungsbegriffes, wendet Kitwood die Unterteilung in nicht-authentische Ich-Es-Beziehungen und authentische Ich-Du-Beziehungen des Philosophen Martin Buber an. Automatisierte und erlernte Handlungen im Alltag, die über die Jahre zur Routine geworden sind und unbewusst ablaufen, stellen Ich-Es-Beziehungen dar. Das Ich ist dabei autonom und im Zentrum, während der Andere als berechenbarer Gegenstand der Erfahrung gilt, auf den nicht näher eingegangen werden muss. Authentische Beziehungen fördern dagegen das Person-Sein durch Aufgeschlossenheit und gegenseitiges Wahrnehmen der individuellen Persönlichkeit und wirken sich positiv auf die Gehirnstruktur sowie der Lebensqualität des Menschen mit Demenz aus (Boggatz/Brandenburg/Schnabel 2022: 84-85). Durch diese wertschätzende Haltung können die wichtigsten Bedürfnisse (Abb. 2) eines MD wie Bindung, Trost, Identität, Beschäftigung und Einbeziehung, welche das Zentrum Liebe umfassen, erfüllt werden (Kastner/Schraut/Löbach 2022: 126).

Das empathische Hineinversetzen in die Welt des Betroffenen hilft dabei, diesen grundlegenden Bedürfnissen gerecht zu werden. Das Grundprinzip der person-zentrierten Pflege ist die Erschaffung eines positiven sozialen Umfelds, in dem sich die Demenzbetroffenen als Individuen wohlfühlen und wertgeschätzt werden. (Boggatz/Brandenburg/Schnabel 2022: 85).

Stigmatisierung, Ignoranz und Einschüchterung sind Beispiele für maligne Sozialpsychologie, die Kitwood für die zunehmende Verschlechterung des Zustandes Betroffener verantwortlich macht (Boggatz/Brandenburg/Schnabel 2022: 85).

Diese entpersonalisierenden Verhaltensweisen geschehen jedoch nicht bewusst, sondern sind die Folge einer starren Pflegekultur (Kastner/Schraut/Löbach 2022: 127).
Entspannung, Anerkennung, Spielen und Feiern sind Merkmale positiver Arbeit und Aktivierung der Demenzkranken. Damit die Wirkung der positiven Arbeit ihre Kraft entfalten kann, erfordert es von den Pflegefachkräften eine „hochentwickelte Persönlichkeit […], die offen, flexibel, kreativ und empathisch (ist) und sich innerlich wohlfühl(t)“ (Boggatz/Brandenburg/Schnabel 2022: 87). Erst wenn sie, durch Arbeit an sich selbst, verinnerlichte Lebenskonzepte beseitigen, können die Pflegekräfte authentisch auftreten und den MD erreichen (Boggatz/Brandenburg/Schnabel 2022: 87).
Dieser wertschätzende Umgang sollte dabei nicht nur den zu Pflegenden zukommen, sondern in Form von zum Beispiel gerechter Bezahlung und genügend Personal auch den Pflegenden (Boggatz/Brandenburg/Schnabel 2022: 85).
Kitwood entwickelte zur Evaluation seines person-zentrierten Pflegekonzepts das Dementia-Care-Mapping, kurz DCM. Dieses Verfahren ermöglicht eine Einschätzung der Auswirkungen pflegerischen Handelns auf das gezeigte Verhalten der Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege. Ausgeführt wird dieses Assessmentinstrument durch eine geschulte Person. Diese kategorisiert und bewertet das beobachtete Verhalten mittels eines speziellen Beobachtungsbogens, damit die Pflegefachkräfte anschließend Anhaltspunkte haben, ihr Verhalten zu überdenken und gegebenenfalls anzupassen (Boggatz/Brandenburg/Schnabel 2022: 87-88). Im pflegerischen Alltag werden immer wieder Beschäftigungsangebote durchgeführt. Ziel ist, diese auf das Individuum anzupassen und damit das HV zu reduzieren.

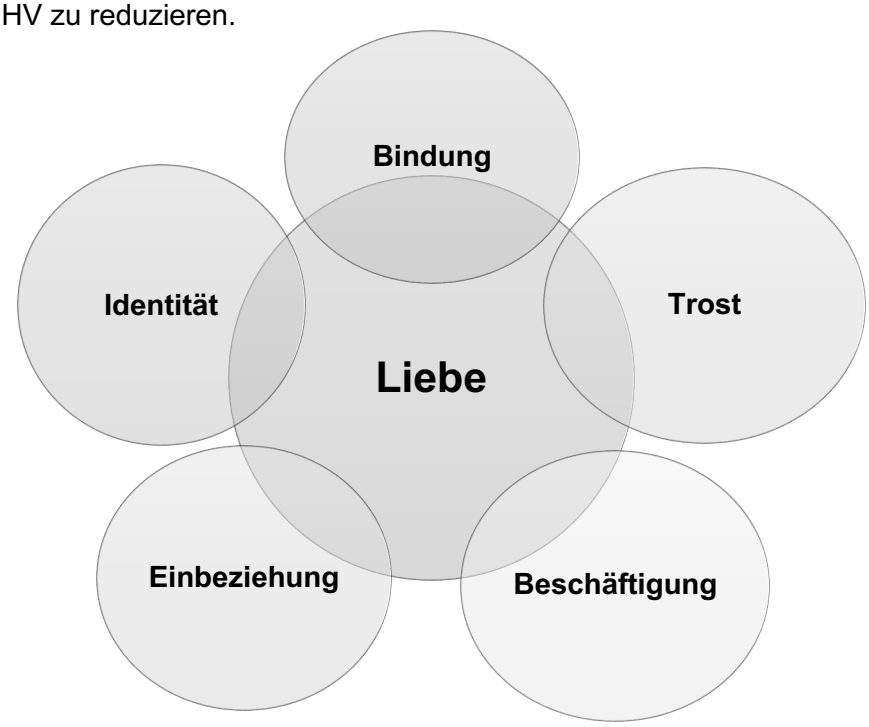

Abbildung 2: psychische Bedürfnisse (vgl. Kitwood 2019: 145)

2. Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen der systematischen Literaturrecherche theoretisch beschrieben, Ein- und Ausschlusskriterien sowie die Studienauswahl erläutert und die Suchstrategie graphisch dargestellt.

2.1 Literaturrecherche

Die Fragestellung wurde anhand einer systematischen Literatursuche im Zeitraum Oktober 2022 bis Dezember 2022 in den folgenden Datenbanken bearbeitet: CINAHL, PubMed, Cochrane Library und PsycInfo. Diese Online-Ressourcen wurden ausgewählt, da sie wissenschaftliche Literatur des internationalen Gesundheitswesens enthalten. Die Grundlage für das Schreiben des systematischen Reviews bilden Nordhausen und Hirt (2020). Ergänzend wurde eine nicht orientierende Suche im Internet auf den Seiten Google Scholar und SpringerLink durchgeführt. Außerdem wurde mittels Schneeballsystems in den Referenzlisten nach weiteren relevanten Studien gesucht.

Im ersten Schritt wurde in den Datenbanken anhand von Suchkomponenten die Recherche betrieben (Tabelle 2). Dabei bildete die Population der Menschen mit Demenz den ersten Baustein. Als zweite Suchkomponente wurden die individualisierten Beschäftigungsangebote gewählt. Die herausfordernden Verhaltensweisen stellten das dritte Element in der Suche dar. Als vierte und letzte Thematik wurde nach dem Setting der stationären Langzeitpflege gesucht.

Tabelle 2: Suchwörter (eigene Darstellung)

Kriterium	**Suchkomponente**
P = Person	People with dementia
I = Intervention	Individually-tailored activity
(C = Control)	(wurde in der Recherche nicht definiert)
O = Outcome	Challenging behaviour
S = Setting	Long-term care

Angelehnt an das systematische Review von Möhler et al. (2018) konnten im zweiten Schritt alle relevanten Synonyme der einzelnen Suchkomponenten für eine sensitive Recherche herausgearbeitet und als englische Suchwörter tabellarisch festgehalten werden (siehe Anhang II).

Zu Beginn wurden die Suchwörter jeder Komponente einzeln eingegeben und mit dem Boolschen Operator OR zu einem Suchstring verknüpft. Anschließend wurden diese Kombinationen mit AND in einer weiteren Syntax umgewandelt. Falls vorhanden, wurden die Suchwörter als MesH-Begriff (Medical Subject Headings) eingegeben und Wildcards wie z.B. die *Trunkierung eingesetzt, damit auch Variationen des Suchbegriffs berücksichtigt werden konnten. Des Weiteren wurde die Suche mittels der Suchfelder: Volltext, Abstrakt und Zeitraum „nicht älter als 10 Jahre“ eingegrenzt. Bei den daraus gefundenen Arbeiten wurde der Titel und falls nötig das Abstrakt durchgelesen und nach den Ein- und Ausschlusskriterien bewertet. Trafen die Einschlusskriterien anhand des Titels bzw. Abstraktes zu, wurde die Arbeit in dem Dokumenten Ortner „relevante Titel“ aufgenommen und zu einem späteren Zeitpunkt detailliert durchgelesen.

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die detailliert durchgelesenen Arbeiten wurden in Anlehnung an Möhler et al. (2018) nach den folgenden Kriterien ein- oder ausgeschlossen.

Einschlusskriterien

Eingeschlossen wurden Texte, in denen die psychosoziale Wirkung von persönlich zugeschnittenen Aktivitäten bei Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten in der stationären Langzeitpflege untersucht wurden. Es war nicht zwingend relevant, ob die Intervention eine bestimmte Fähigkeit verbesserte. Beinhalten sollten die Artikel Einschätzungen der gegenwärtigen und früheren Präferenzen der Teilnehmer für bestimmte Aktivitäten oder Interessen. Möglich waren auch Aktivitätspläne bzw. Interventionen, die auf die gegenwärtigen oder früheren Vorlieben des einzelnen Teilnehmers zugeschnitten sind. Die Interventionen konnten in Gruppen oder als Einzelaktivität durchgeführt werden. In dieser Arbeit werden quantitative Studien eingeschlossen.

Ausschlusskriterien

Ausgeschlossen wurden Arbeiten, die sich zwar mit herausfordernden Verhalten bei Menschen mit Demenz, aber nicht im Setting stationärer Langzeitpflege, sondern z.B. in Verbindung mit informeller Pflege beschäftigten. Studien, in denen Ergotherapeuten, Mediziner, Physiotherapeuten oder Psychologen die Intervention durchführten, wurden nicht miteingeschlossen. Ebenso wurden Texte ausgeschlossen, die sich nur auf nicht-medikamentöse Interventionen bezogen und bei denen nicht explizit ersichtlich war, ob sie individualisiert wurden. Artikel, in denen der Fokus auf einer bestimmten Aktivität lag (z.B.

Musik oder Reminiszenz) oder auf spezifischen Pflegeansätzen (z.B. person-zentrierte Pflege), die die Durchführung von Aktivitäten beinhalten, wurden ebenfalls ausgeschlossen. Interventionen, die ausschließlich darauf abzielen, die kognitive Funktion oder andere besondere Fähigkeiten zu verbessern (z.B. Kommunikation), fanden auch keine Berücksichtigung. Ergebnisse in einer anderen Sprache als Deutsch oder Englisch wurden ebenfalls nicht beachtet.

2.3 Studienauswahl

Nach der Literatursuche in den Datenbanken und Internetseiten fand eine detaillierte Auswahl statt. Zwei Volltexte waren nicht in den Datenbanken zugänglich. Diese wurden daraufhin bei subito e.V. (Dokumente aus Bibliotheken e.V.) bestellt. Nach Entfernung der Duplikate wurden 93 Studien in der Vorauswahl aufgenommen. Davon wurden 72 nach vertiefter Durchsicht ausgeschlossen.

Nach der Volltextanalyse mussten noch 16 Studien ausgeschlossen werden. Es wurde eine qualitative Studie aus Norwegen identifiziert (Haugland/Giske 2021), die jedoch wieder aus methodischen Gründen extrahiert wurde. Ein weiteres systematisches Review von Lu et al. (2021) und das integrative Review von Holle et al. (2017) wurden ebenfalls wieder ausgeschlossen, da in einigen dort eingeschlossenen Studien die Einschlusskriterien nicht übereinstimmten. Bertoncello et al. (2021) bezog sich hauptsächlich auf ein individualisiertes Bewegungsprogramm mit Fokus auf der Verbesserung des körperlichen Zustands. Ähnlich war der Grund für den Ausschluss der Studie von Bharwani et al. (2012). Bei der Überprüfung der anderen 11 Studien ergab sich, während der detaillierten Volltextanalyse, keine Übereinstimmung mit den Einschlusskriterien. Meistens lag der Fokus auf der Verbesserung einer bestimmten Fähigkeit oder Kompetenz.
Eine Liste der eingeschlossenen und nach Volltextanalyse ausgeschlossenen Studien befindet sich im Anhang I. Das systematische Review von Möhler et al. (2018) wurde während der Recherche nicht berücksichtigt, da dieses als Grundlage der Bachelorthesis gilt.

Anhand des Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) von Moher et al. (2009) wird die beschriebene Studienauswahl in Abbildung 3 aufgezeigt.

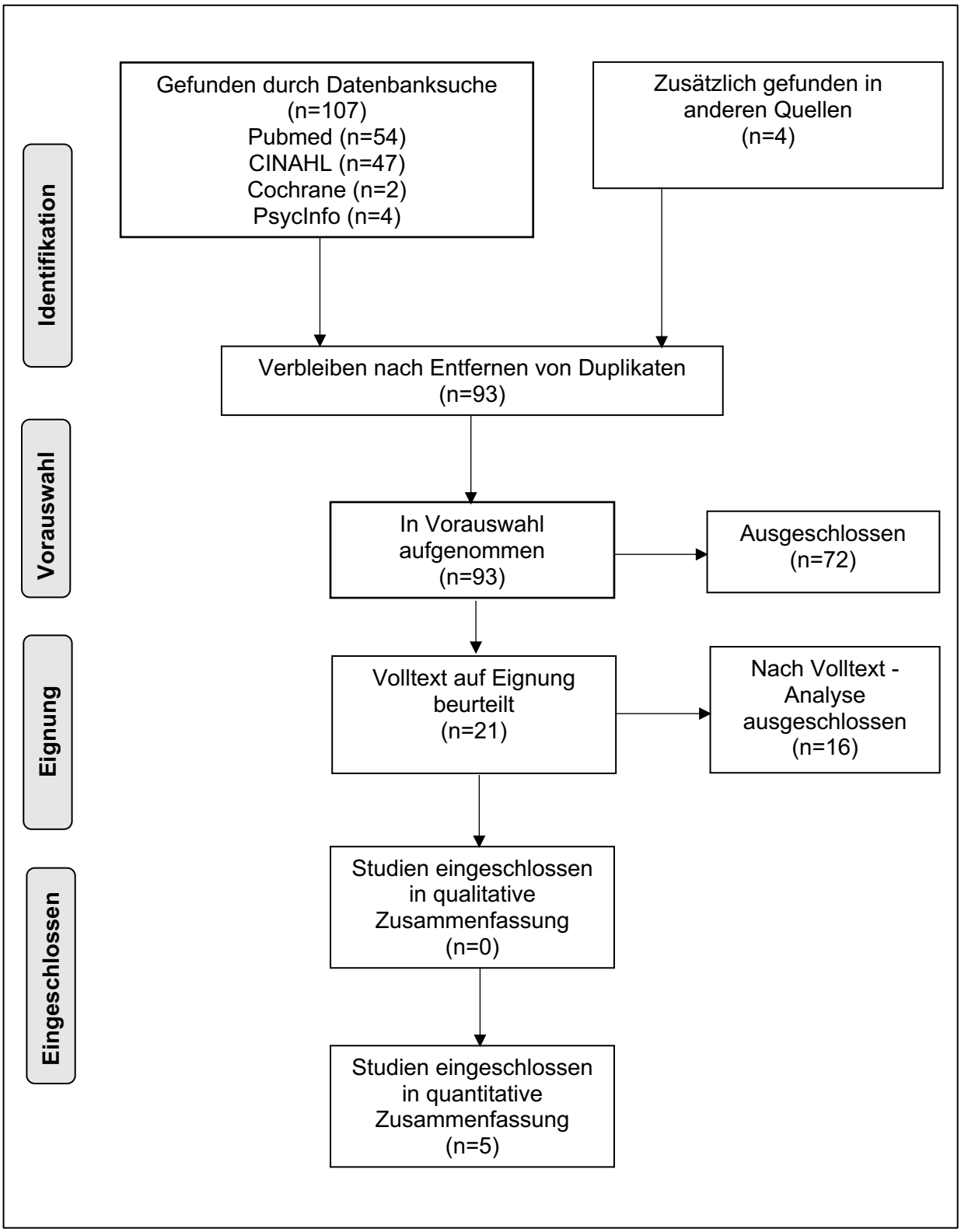

Abbildung 3: Flussdiagramm (vgl. Moher et al. 2009)

2.4 Beurteilung der Studien

Die ausgewählten Studien wurden zunächst mit Hilfe der allgemeinen Kriterien zur Bewertung von Forschungsstudien nach Panfil (2018:265-266) beurteilt. Alle inkludierten Studien wurden von der Autorin analysiert und von der Kommilitonin Maren Hunecke überprüft. Die Beurteilungskriterien von Panfil (2018) waren Frau Hunecke bekannt und die Originaltexte lagen während der Diskussion vor. Jede der fünf Studien erfüllte alle Kriterien.

	Forschungsfrage	*Design*	*Literaturanalyse*	*Stichprobe*	*Methoden zur Datenerhebung*	*Ethik*	*Analyse*	*Ergebnisse*	*Diskussion*	*Übertragbarkeit*
Bautrant et al. (2022)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Di Napoli et al. (2016)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Van Haitsma et al. (2015)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Van der Ploeg et al. (2013)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Cohen-Mansfield et al. (2012)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

+ = erfüllt, - = nicht erfüllt, ?= keine Information

Abbildung 4: Beurteilung der Studien (vgl. Panfil 2018: 265-266)

Das Risiko für systematische Verzerrungen der vier randomisierten Studien wurde anhand des „Cochrane Risk of Bias Tool“ ermittelt. In Abbildung 5 lassen sich die sieben Domänen Generierung der Randomisierungssequenz, verdeckte Gruppenzuteilung, Verblindung von Teilnehmern und Studienpersonal, Verblindung und selektives Berichten von Endpunkten sowie weitere Ursachen für Bias, entnehmen. Bei jeder Studie wurde ein hohes, unklares oder geringes Risiko für die einzelnen Domänen vergeben (Schmucker/Nothacker/Rücker et al. 2016: 16-32). In allen inkludierten Studien fanden eine Randomisierung und eine zufällige Verteilung in Interventions- und Kontrollgruppen statt. In drei von vier Studien war eine Verblindung der Teilnehmer und Studienpersonal möglich. Cohen-Mansfield et al. konnten die wissenschaftlichen Mitarbeiter nicht für die Gruppenzuordnung verblinden. Um sicherzustellen, dass die Nicht-Blindheit die Beobachtungen nicht beeinflusst, haben sie unabhängige verblindete Beobachter eingesetzt. Die Aufenthaltsdauer bei Di Napoli et al. war in der Kontrollbedingung aufgrund eines Ausreißers länger als in der Interventionsgruppe, dieser Unterschied war nicht signifikant. Von den 34 (N = 52) Teilnehmern, die die Studie

abgeschlossen haben, hatten zwei Teilnehmer die Beurteilung zur Mitte der Behandlung nur teilweise abgeschlossen. Des Weiteren könnte bei Di Napoli eine Ergebnisverzerrung vorliegen, da während jeder individualisierten Beschäftigung zeitgleich eine Eins-zu-Eins Interaktion durchgeführt wurde. Aufgrund dessen kann nicht definitiv davon ausgegangen werden, dass die Interventionsverbesserung ein direktes Ergebnis der Teilnahme an den individualisierten Beschäftigungsangeboten ist.

- Hohes Risiko
+ Geringes Risiko
? Unklares Risiko

	Generierung der Randomisierungssequenz (Selection-Bias)	*Verdeckte Gruppenzuteilung (Selection-Bias)*	*Verblindung von Teilnehmern und Studienpersonal (Performance-Bias)*	*Verblindung der Endpunkteerhebung (Detection-Bias)*	*Unvollständige Daten zu Endpunkten (Attrition Bias)*	*Selektives Berichten zu Endpunkten (Reporting-Bias)*	*Andere Ursachen für Bias*
Di Napoli et al. (2016)	+	+	+	+	?	+	-
Van Haitsma et al. (2015)	+	+	+	+	+	+	+
Van der Ploeg et al. (2013)	+	+	+	+	+	+	+
Cohen-Mansfield et al. (2012)	+	+	-	+	+	+	+

Abbildung 5: Risikobewertung der Bias nach "Cochrane Risk of Bias Tool"

Die retrospektive Kohorten Studie von Bautrant et al. (2022) enthielt keine Kontrollgruppe. Zudem besteht die Möglichkeit einer Beobachterverzerrung, da die gleichen Pflegeassistenten die NPT verordneten, anwendeten und deren Wirksamkeit einschätzten. Stärken der Studie waren der multizentrische Charakter und die Tatsache, dass alle Bewohner am Tag ihrer stationären Aufnahme in die Studie aufgenommen wurden. Infolgedessen wurden potentielle Effektmodifikatoren vermieden.

3. Ergebnisse

Die Recherche ergab fünf Studien, welche den Einschlusskriterien entsprachen. Drei Studien fanden in den USA, eine Studie in Südfrankreich und eine weitere in Australien statt.

Um die Aktualität der Forschung zu gewährleisten, bezogen sich die eingeschlossenen Studien auf einen Zeitraum zwischen 2012 und 2022.

Die Charakteristika der inkludierten Studien werden zunächst als Übersicht in Tabelle 2 anhand der Kategorien *Autor/Jahr/Land, Design, Stichprobe, Setting/Follow Up, Interventions-/Kontrollgruppe, Outcome, Messinstrumente* sowie *wesentliche Ergebnisse* dargestellt.

Die im Anschluss als Fließtext folgende thematische Synthese umfasst vier inhaltliche Schwerpunkte der Ergebnisse. Diese bilden sich zum einen aus der Darstellung des Individualisierungsprozesses sowie den durchgeführten individuellen Beschäftigungsangeboten als nicht-medikamentöse Therapien zum anderen aus den Outcomes der eingeschlossenen Studien. Demnach gliedert sich die Ergebnisdarstellung in: *Individualisierungsprozess, Arten der durchgeführten individuellen Beschäftigungen, Wirkung auf die Lebensqualität* und *Wirkung auf herausfordernde Verhaltensweisen*.

Tabelle 3: Studienübersicht

Autor/ Jahr/ Land	Design	Stich-probe	Setting/ Follow Up	Intervention (I) Kontrollgruppe (K)	Outcome	Mess-instrumente	Wesentliche Ergebnisse
Bautrant et al./ 2022/ Süd-Frankreich	Retro-spektive Kohorten-studie	n = 84 Alter: Ø 83,6 J.	7 LTCH Dauer: 3 bis 12 Wo.	I = auf Grundlage des Wissens über den Bewohner und Art der BPSD ausgewählt, entweder Montessori-basiert, multisensorische Stimulation, kognitive Stimulation oder Reminiszenz	nächtliches Wandern, Schreien, Agitation/ Aggression	1-6 Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources, MMSE, Neuro-psychiatric Inventory	Verbesserung nächtlichen Schreiens, Herumirrens oder Agitation/Aggression.
Di Napoli et al./ 2016/ USA	RCT	n = 52 Alter: Ø 70,6 J.	Staatlich unterstützte Einrichtung Dauer: 7 bis 15 Wo.	I = ISAI für 30-60 Minuten an bis zu 15 aufeinander-folgenden Tagen K = UC	QOL-Wert NRS-R-Wert	Assessment Tool for Individualizing Activities, VES, SLUMS, DQoL, NRS-R	Die I (M=3,64, SD=0,72) hatte signifikante höhere allgemeine DQoL-Werte nach der Behandlung als die K (M=3,35, SD=0,76). NRS-R bei Nachbehandlung zwischen I und K nicht signifikant unterschiedlich.
Van Haitsma et al./ 2015/ USA	RCT	n = 180 Alter: Ø 88,7 J.	Großes gemein-nütziges Pflegeheim Dauer: 3 Wo.	I = IPPI + UC K1 = Eins-zu-Eins Interaktion + UC K2 = UC	Emotionen, Verbale/ Non-Verbale Verhaltens-weisen	MMSE, ADL-Skala, PELI-NH, MOSES	IPPI erhöhte positive Emotionen und positives verbales/non-verbales Verhalten im Vergleich zur UC. Geringe Auswirkungen auf negative Emotionen.

Legende: ADL = Aktivitäten des täglichen Lebens; DQoL = Dementia Quality of Life instrument; ISAI = Individualized social activities intervention; LTCH = Long-term care home; MMSE = Mini-Mental State Examination; MOSES = Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects; NRS-R = Neurobehavioural Rating Scale – Revised; PELI-NH = Preferences for Everyday Living Inventory-Nursing Home; QOL = Quality of Life; RCT = Randomized clinical trial; SLUMS = Saint Louis University Mental Status Examination; UC = usual care; VES = Vulnerable Elders Survey; ø = Durchschnitt

Autor/ Jahr/ Land	Design	Stich-probe	Setting/ Follow Up	Intervention (I) Kontrollgruppe (K)	Outcome	Mess-instrumente	Wesentliche Ergebnisse
Van der Ploeg et al./ 2013/ Australien	Randomized, placebo-controlled clinical trial	n = 44 Alter: Ø = 78,1 J.	LTCH Dauer: 4 Wo.	I = Montessori, auf früheren Interessen und Hobbies der Bewohner, bis zu zehn Beschäftigungsangebote K = Eins-zu-Eins Interaktion	Agitation, Emotionen, Interaktion	PGCARS, MPES, MMSE, CDR, CMAI	Montessori führte zu 50%, KG zu 42% weniger Agitation. Montessori-Beschäftigung ergab mehr positive Emotionen und konstruktive Interaktion.
Cohen-Mansfield et al./ 2012/ USA	Randomized cross-over trial	n = 125 Alter: Ø 85,7 J.	11 LTCH Dauer: 2 Wo.	I = Unerfüllter Bedarf angenommen, entsprechende Behandlungskategorie identifiziert, Einzelheiten ausgewählt um Identität zu entsprechen. K = UC	Agitation, Emotionen	MDS, MMSE, ABMI, LMBS, TREA	Die I zeigte einen signifikanten Rückgang der gesamten, körperlichen, nichtaggressiven und verbalen Unruhe während der Behandlung und eine Steigerung der Freude und des Interesses.

Legende: ABMI = Agitation Behaviour Mapping Instrument; CDR = Clinical Dementia Rating; CMAI = Cohen Mansfield Agitation Inventory; IPPI = Individualisierte positive psychosocial Intervention; LMBS = Lawton's Modified Behaviour Stream; MDS = Minimum Data Set; MPES = Menorah Park Engagement Scale; PGCARS = Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale; TREA = Treatment Routes for Exploring Agitation

3.1 Individualisierungsprozess

In den meisten Fällen sprachen die Forschungsassistenten mit den Angehörigen über die früheren Vorlieben, Interessen und Hobbies des Bewohners. Cohen-Mansfield et al. (2012) gaben den Familienangehörigen dafür einen Fragebogen mit Punkten zur Krankengeschichte, Selbstidentität und sozialen Funktion des jeweiligen Bewohners zum Ausfüllen. In zwei Studien versuchte das Forschungsteam zunächst die Teilnehmer selbst zu befragen. Di Napoli et al (2016) bewerteten die persönlichen Interessen und den funktionalen Status mittels dem Assessment Tool for Individualizing Activities. Dieses bestand aus einer Checkliste mit 110 Fragen und vier Lückentexten. Darüber hinaus sammelten sie Informationen über die Familie, den Beruf, die Religion, die Hobbies, Musik und andere persönliche Interessen der Teilnehmer. Zusätzlich wurde, der für die Behandlung eines bestimmten Teilnehmers verantwortliche Arzt, in der Arbeit von Cohen-Mansfield et al. (2012) gebeten, ein kurzes Formular auszufüllen, das die Demenzdiagnose des Teilnehmers bestätigt und das Vorhandensein von Akathisie, Delirium, Schmerzen und/oder Depression identifiziert.

Um mögliche Gründe für unruhiges Verhalten aufzudecken, wurde von Cohen-Mansfield et al. (2012) das TREA-System ausgewählt. Anhand dieses Instruments konnte auf Daten von Ärzten, Pflegeheimpersonal, Verwandte, direkte Beobachtungen und psychosozialen Bewertungen zurückgegriffen werden. Unter Verwendung von TREA wurde ein unerfüllter Bedarf angenommen, eine entsprechende Behandlungskategorie identifiziert und die Einzelheiten der Behandlung ausgewählt, um der Identität, den Vorlieben und Fähigkeiten der Person in der Vergangenheit zu entsprechen. In der Studie von Van Haitsma et al. (2015) nutzten die Forscher das PELI-NH, um Informationen über die Freizeitinteressen der Teilnehmer für die individuelle Beschäftigung zu sammeln. Dieses Assessment enthält 53 Punkte. Die Skala bewertet Präferenzen in fünf Kategorien: Interaktion mit Betreuer und Pflege, Freizeitbeschäftigungen, Beschäftigungen, die das kognitive und physische Wachstum fördern, Selbstbeherrschung und soziale Kontakte.
Bautrant et al. (2022) gaben Pflegeassistenten vor, den Zeitpunkt des Auftretens und die Art jeder BPSD-Episode aufzuzeichnen, um eine bestimmte NPT auf der Grundlage ihres Wissens über den Bewohner und die Art der BPSD auszuwählen.

3.2 Arten der durchgeführten individuellen Beschäftigungen

Die am häufigsten durchgeführten Beschäftigungsangebote in den Studien umfassten Erinnerungen/Lebensrückblicke (Reminiszenz Therapie), lockere Gespräche, Familienfotos betrachten oder sortieren sowie Briefe schreiben. Gefolgt von Puzzles erstellen, Karten- und Brettspiele spielen (welche für das Funktionsniveau der Teilnehmer geeignet waren),

Zeitschriften in Großdruck lesen und Gruppenaktivitäten mit Personen mit ähnlichen MMSE-Ergebnissen.

Andere typische Auswahlmöglichkeiten, welche in den meisten inkludierten Studien Anwendung fanden, waren das Erledigen von Arbeitsbeschäftigungen wie Umschläge oder Trockennudeln sortieren, Handtücher falten, das Zusammenschrauben von Muttern und Schrauben, das Pflanzen von Samen und das Arrangieren von Blumen. Musik hören oder Singen, künstlerische Beschäftigungsangebote (z.B. Malen), sowie Entspannungsvideos in der Muttersprache der Teilnehmer oder einen Film schauen (z.B. Tierfilme oder Babyvideos), waren ebenfalls Beschäftigungen, die die häufigsten Präferenzen widerspiegelten.

Zu den körperlichen Betätigungen gehörten die Optionen einen Spaziergang im Freien zu machen, mit Lehm zu arbeiten (Van Haitsma et al. 2015), Übungsvideos mit Bewegungen im Sitzen oder Ballwerfen (Cohen-Mansfield et al. 2012). Genannte Arten der Stimulation waren Massagen mit Lotion (Hand oder Fuß), Maniküre, der Duft frischer Blumen oder multisensorische, kognitive Stimulation (Bautrant et al 2022). Cohen-Mansfield et al. (2012) führten als einzige Studie Interventionen auf, wie die simulierte tiergestützte Therapie (Robotertier) und den Einsatz einer lebensechten Babypuppe, um Einsamkeit oder Depressionen zu lindern. Bautrant et al. (2022) untersuchten noch die Wirkung der Montessori-basierten Therapie. Diese Therapie nutzte die Kräfte und Fähigkeiten, die den Bewohnern noch zur Verfügung standen. Dabei wurden sinnvolle Aktivitäten auf Grundlage verbleibender Fähigkeiten bereitgestellt und alltägliche oder vertraute Materialien zur Beschäftigung verwendet. Zudem wurde demonstriert wie die Aktivität gegebenenfalls abgeschlossen werden könnte.

Cohen-Mansfield et al. (2012) beschrieben weitere auf die Person zugeschnittenen Interventionen. Bei medizinischen Problemen (z.B. Schmerzen, Verstopfungen, Hautausschlägen, Arzneimittelwechselwirkungen) traten die wissenschaftlichen Mitarbeiter an den Arzt heran und besprachen mögliche Abhilfemaßnahmen. Bei Hör- und Sehstörungen nahmen die Forschungsassistenten entsprechende Anpassungen vor, z.B. die Verwendung eines Verstärkers oder die Suche nach der Brille der Person. Wenn freiheitseinschränkende Maßnahmen verwendet wurden, sprachen die Forschungsassistenten mit dem Pflegedienstleiter und dem Therapieleiter, um die Entfernung zu empfehlen. Wenn Hunger und Durst Beschwerden verursachten, wurde nach Möglichkeit für Essen und Trinken gesorgt. Als sich herausstellte, dass ein Teilnehmer nicht oft genug auf die Toilette gebracht wurde, baten Forschungsassistenten die zertifizierte Pflegeassistenten, den Bewohner zu bringen, wenn der Bewohner dies wünschte oder aufgeregt war. Wenn Rollstühle oder

Gehwagen/Rollatoren Beschwerden verursachten, informierten wissenschaftliche Mitarbeiter den Therapieleiter per E-Mail über eine mögliche Sitzverstellung. Wenn sich ein Teilnehmer übermäßig heiß oder kalt fühlte, wurden entsprechende Anpassungen vorgenommen (Cohen-Mansfield et al. 2012).

3.3 Wirkung auf Lebensqualität und Emotionen

Lebensqualität

Die Interventionsgruppe von Di Napoli et al. (2016) zeigte signifikante höhere allgemeine DQoL-Werte nach der Behandlung als die Kontrollgruppe. Darüber hinaus ergaben t-Tests bei gepaarten Stichproben, dass die allgemeinen DQoL-Werte nach der individuellen Beschäftigung deutlich höher waren, als die Werte vor der Beschäftigung, t (24) 0 -3,44, P = 0,002. Ungefähr 16% der Interventionsteilnehmer im Vergleich zu 7% der Kontrollteilnehmer erlebten eine klinisch signifikante positive Veränderung der QOL. Die Veränderung der Intervention unterschied sich jedoch wenig von der Kontrollgruppe, P = 0,39. Zusätzliche Analysen zeigten, dass Teilnehmer mit einer deutlich positiven Veränderung der QOL eine kürzere Aufenthaltsdauer vor Beginn der Intervention hatten, als diejenigen, die keine signifikante positive Veränderung aufwiesen. Anschließend wurde eine zusätzliche Analyse durchgeführt, um zu testen ob unterschiedliche Grade der kognitiven Beeinträchtigung die Behandlungsergebnisse beeinflussten. Die Resultate ergaben, dass für die leicht beeinträchtigten Teilnehmer die DQoL-Werte (P = 0,35) nicht signifikant waren. Bei den mäßig beeinträchtigten Teilnehmern dagegen, waren die allgemeinen DQoL-Werte (P = 0,029) signifikant. Die Mehrheit der Interventionsteilnehmer empfand die Behandlung als hilfreich bis sehr hilfreich (82,6%) und gut bis sehr gut geeignet (91,3%) für Bewohner in geriatrisch psychiatrischen Einrichtungen.

Emotionen

In zwei der fünf relevanten Studien wurde die Wirkung der individualisierten Beschäftigungen anhand der erlebten Emotionen der Bewohner gemessen. Die randomisiert kontrollierte Studie von Van Haitsma et al. (2015) zeichnete sowohl positive als auch negative erlebte Emotionen (Freude, Aufmerksamkeit, Wut, Angst und Traurigkeit) gleichzeitig auf. Der Behandlungseffekt war signifikant hoch: W = 0,44 (2), F = 16,60 (10,328), P = 0,0000. Van Haitsma et al. (2015) stellten eine Zunahme der positiven Emotionen fest. Zusammengefasst erlebte die Kontrollgruppe mit der Eins-zu-Eins Interaktion und die Gruppe der individuellen Beschäftigungen im Vergleich zur üblichen Pflege größere Freude und Wachsamkeit. Auch in der Studie von Van der Ploeg et al. (2013) zeigte sich in der Interventionsgruppe eine

signifikante Steigerung der Freude und des Interesses. Hier bestand die Intervention aus individualisierten Beschäftigungsangeboten basierend auf dem Montessori Ansatz. Die Montessori-Aktivitäten waren erfolgreicher, als die Kontrollbedingung, wenn es darum ging, positive Emotionen zu erzeugen und als logische Folge, neutrale Emotionen zu reduzieren. In Bezug auf negative Emotionen drückte die einfache Eins-zu-Eins Kontrollgruppe von Van Haitsma et al. (2015) signifikant mehr Ärger aus, als die Teilnehmer, welche die übliche Pflege und die individuellen Beschäftigungsangebote erhielten. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen für Angst und Traurigkeit. Ebenso war das Auftreten der negativen Emotionen bei Van der Ploeg et al. (2013) statistisch nicht signifikant (P = 0,092).

3.4 Wirkung auf herausfordernde Verhaltensweisen

Verbale und nonverbale Verhaltenssymptome

Bautrant et al (2022) nannten nächtliches Wandern als die häufigste BPSD (n = 1374 [55,7%], gefolgt von Agitation/Aggression (n = 833 [33,7%]) und Schreien (n = 263 [10,6%]). Alle BPSD waren im ersten Zeitraum häufiger. Van Haitsma et al. (2015) hielten sieben nonverbale Verhaltensbeobachtungen fest: psychosoziale Aufgaben, allgemeine Agitation, keine Reaktionen, geschlossene Augen, mangelnde Kooperationsbereitschaft, Aggression und positive Berührungen. Sowohl für die Interventionsgruppe als auch für die Kontrollgruppe bei Di Napoli et al. (2016) zeigten t-Tests mit gepaarten Stichproben, dass die NRS-R-Werte nach der Behandlung signifikant niedriger waren, als die NRS-R-Werte vor der Behandlung (IG: t (25) = 3,72, P = 0,001; KG: t (23) = 2,37, P = 0,03). Die Analyse zur Überprüfung, ob unterschiedliche Grade der kognitiven Beeinträchtigung die Ergebnisse beeinflussten, ergaben anschließend sowohl bei den leicht beeinträchtigten Teilnehmern (P = 0,78), als auch bei den mäßig beeinträchtigten Teilnehmern (P = 0,49) keine signifikanten NRS-R- Werte.

Die NPT-Prävalenz in Bautrant et al. (2022) zeigte, dass die am häufigsten verwendete Therapie bei allen BPSD die kognitive Stimulation war (Wandern: n = 825 [41,9%], Agitation/Aggression: n = 525 [51,5%], Schreien: n = 167 [43,0%]), gefolgt von der multisensorischen Stimulation (Wandern: n = 482 [24,5%], Agitation/Aggression: n = 197 [19,3%], Schreien: n = 145 [37,4%]), Reminiszenz Therapie (Wandern: n = 434 [22,1%], Agitation/Aggression: n = 185 [18,3%], Schreien: n = 62 [16,0%]) und Montessori-basierten Intervention (Wandern: n = 227 [11,5%], Agitation/Aggression: n = 113 [11,1%], Schreien: n = 14 [3,6%]). Die verschiedenen NPT zeigten im Vergleich untereinander signifikante Unterschiede in ihrer Wirksamkeit (P < 0,0001). Die Ergebnisse zeigten, dass sich in Bezug

auf das Wandern die multisensorische Stimulation als die wirksamste NPT (MR = 1169) erwies. Sie unterschied sich signifikant von der Montessori-basierten (MR = 1041, P = 0,001). Die kognitive Stimulation hingegen unterschied sich nicht statistisch von der Reminiszenz Therapie (P = 0,05).
Bei der Betrachtung des Schreiens wurde festgestellt, dass die Montessori-basierte Therapie die stärkste Wirksamkeit (MR = 285) hatte. Die Resultate der Studie konnten eine Verbesserung nächtlichen Schreiens, Herumirrens oder Agitation/Aggression durch maßgeschneiderte NPT wie Montessori-basiert oder multisensorische Stimulation aufweisen.

In Van Haitsma et al. (2015) hatten die Gruppen der Eins-zu-Eins Interaktion und individuellen Beschäftigung eine signifikant größere Teilnahme an psychosozialen Aufgaben als die Gruppe der üblichen Pflege. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen der einfachen Eins-zu-Eins Interaktion und den individuellen Beschäftigungen gefunden werden. Die Gruppe mit der üblichen Pflege zeigte mehr allgemeine Agitation und geschlossene Augen als die Eins-zu-Eins und die individuelle Intervention. Die Eins-zu-Eins Beschäftigung zeigte mehr mangelnde Kooperationsbereitschaft als die anderen beiden Gruppen und hatte mehr Fälle von Aggression als die übliche Beschäftigung. Sowohl die Eins-zu-Eins, als auch die Individuelle Beschäftigung hatte mehr Beobachtungen von positiven Berührungen als die übliche Pflege. Sehr negatives Verhalten wurde von der einfachen Eins-zu-Eins Interaktion im Vergleich zu den Gruppen der üblichen und individuellen Beschäftigung geäußert. Teilnehmer der Eins-zu-Eins Interaktion zeigten mehr positives Verhalten als Teilnehmer der individuellen Beschäftigung. Die einfache Eins-zu-Eins und die präferenzbasierte Beschäftigung zeigten im Vergleich zur üblichen Pflege positiveres Verhalten. Die Gruppe der individuellen Beschäftigung zeigte signifikant mehr sehr positive Verhaltensweisen als die beiden Vergleichsgruppen. Die nonverbalen Verhaltensweisen waren in der üblichen Pflege signifikant höher als in den Interventionsgruppen. Van Haitsma et al. postulieren, dass diese Studie nach ihrem Wissen die erste ist, die zertifizierte Pflegeassistenten einsetzt, um präferenzbasierte Eins-zu-Eins Beschäftigungen zu leiten.

Agitation

In der Studie von Bautrant et al. (2022) war die wirksamste NPT während der Agitation die Montessori-basierte NPT (MR = 745). Diese unterschied sich signifikant von der multisensorischen Stimulation (MR = 537, P < 0,0001), Reminiszenz (MR = 497, P < 0,0001) und der kognitiven Stimulation (MR = 545, P < 0,0001) In den Zeiträumen vor der präferenzbasierten Montessori- und Kontrollsitzungen von Van der Ploeg et al. (2013) waren die mittleren Agitationswerte mit etwa 17 von 30 Minuten hoch. Die Montessori- und die

Kontrollbedingungen führten zu 50% und 42% weniger agitierten Verhaltensweisen im Vergleich zum Ausgangswert. Die Autoren betonen hierbei die Wichtigkeit des Ergebnisses, da es zeigt, dass selbst eine einfache soziale Kontaktintervention, wie jemanden Gesellschaft zu leisten, dazu beitragen kann, agitierte Bewohner zu beruhigen.
Darüber hinaus erwies sich die Montessori-Intervention bei den Teilnehmern, die ihre Englischkenntnisse verloren hatten, als wirksamer bei der Verringerung der Agitation. Hierzu postulieren van der Ploeg et al. (2013), dass individualisierte Beschäftigungsangebote, die nur wenige Sprachkenntnisse erfordern, eine wichtige Rolle bei der Erfüllung der Bedürfnisse nach Stimulation und sozialer Interaktion spielen können. Die Interventionsgruppe von Cohen-Mansfield et al. (2012) zeigte einen signifikanten Rückgang der gesamten körperlichen, nicht-aggressiven und verbalen Unruhe während der Beschäftigung. Dieser Unterschied führte zu einem signifikanten Wechselwirkungsterm $P<0,01$.

4. Schlussfolgerung

In diesem Kapitel wird das Fazit dieser Bachelorarbeit erläutert und die Ergebnisse diskutiert. Es folgen daraufhin Empfehlungen für die Forschung und die Praxis. Zum Schluss werden die Limitationen dieser Arbeit aufgezeigt.

4.1 Fazit

Das Ziel dieser Bachelorarbeit war es, durch die Verwendung quantitativer Studien, die Wirkung individualisierter Beschäftigungsangebote zur Verbesserung herausfordernden Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege herauszuarbeiten. Die Studie von Di Napoli et al. (2016) konnte eine signifikante Steigerung der Lebensqualität nach der Teilnahme an den individuellen Beschäftigungen nachweisen. Zudem zeigten die Studien von Van Haitsma et al. (2015) und Van der Ploeg et al. (2013) eine Zunahme an positiven Emotionen, wie Freude und Interesse. Bautrant et al. (2022) berichteten darüber hinaus, dass sich in Bezug auf das nächtliche Wandern die multisensorische Stimulation und im Bereich des Schreiens und der Agitation die Montessori-basierten Interventionen, als die wirksamsten NPT erwiesen. Vor allem für Bewohner mit Verlust der englischen Sprache, zeigte sich die individuelle Montessori-basierte Beschäftigung in der Studie von Van der Ploeg et al. (2013) positiv zur Reduktion von Agitation. Cohen-Mansfield et al. (2012) konnten ebenfalls einen Rückgang der verbalen Unruhe verzeichnen. Die Teilnehmer in der Gruppe der individuellen Beschäftigungsangebote von Van Haitsma et al. (2015) zeigten signifikant mehr sehr positive Verhaltensweisen. Die zu Beginn gestellte Forschungsfrage lässt sich somit beantworten, da durch die oben genannten Studien, Effekte individualisierter Beschäftigungsangebote zur Verringerung herausfordernder

Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen aufgezeigt werden konnten und zusätzlich Effekte, welche die Lebensqualität und die Emotionen der Bewohner verbesserten, identifiziert wurden.

4.2 Diskussion

Alle fünf Studien erfüllten die allgemeinen Kriterien nach Panfil (2018). Nur zwei von vier Studien wiesen Bias nach dem Cochrane Risk of Bias Tool auf. Die Kohortenstudie nach Bautrant et al. (2022) enthielt keine Kontrollgruppe, jedoch wurden alle Bewohner am Tag ihrer Aufnahme in die Studie aufgenommen. Da die gleichen Pflegeassistenten bei Bautrant et al. (2022) die NPT auswählten, durchführten und ihre Wirkung beurteilten, besteht eine Beobachterverzerrung. Bei den anderen vier Studien haben die Autoren ein randomisiertes Design gewählt. Zwei RCTs (Di Napoli et al. 2016; Van Haitsma et al. 2015), eine randomisierte, Cross-over Studie (Van der Ploeg et al. 2013) und eine randomisierte, Placebo-kontrollierte klinische Studie von Cohen-Mansfield et al. (2012). Die Interventionsdauer der Studien umfasste einen Zeitraum zwischen 2 bis 15 Wochen. Alle inkludierten Studien wurden in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen durchgeführt.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass die positiven Auswirkungen nicht ausschließlich auf die individuellen Beschäftigungsangebote zurückzuführen sind. Van der Ploeg et al (2013) zeigten mit ihrer Kontrollintervention der reinen Eins-zu-Eins Interaktion, dass selbst diese zu 42% weniger Agitationen führten. Auch ließ sich bei Di Napoli et al. (2016) nicht eindeutig sagen, ob die gesteigerte Lebensqualität ein direktes Resultat der individuellen Beschäftigung war. Hier stellt sich die Frage, ob die einfachen sozialen Kontaktinterventionen ausreichend wären, um eine Reduktion der herausfordernden Verhaltensweisen herbeizuführen. Van Haitsma et al. (2015) untersuchten diesen Einfluss und konnten differenziertere Wirkungsweisen darstellen. Dabei konnte auch hier die einfache Eins-zu-Eins Interaktion positive Verhaltensweisen bewirken. Diese Phänomene lassen sich mit der Theorie der interpersonalen Beziehung in der Pflege von der amerikanischen Pflegetheoretikerin Hildegard Peplau (1952) begründen. Nach Peplau sind pflegerische Handlungen therapeutisch wirksam, wenn zwischen einem Bewohner und einer Pflegenden Kontakt hergestellt wird und eine Verbundenheit zwischen beiden Personen besteht (Höwler 2007: 17-18). Bautrant et al. (2022) konnten ebenfalls nicht ausschließen, dass die positiven Wirkungen der Intervention nicht eher aus der Eins-zu-Eins Interaktion resultieren. Wie bereits in den theoretischen Grundlagen dieser Bachelorarbeit beschrieben, bildet die Beziehungsgestaltung im Sinne des Expertenstandards die Grundlage pflegerischer Interventionen. In zwei der Studien (Bautrant et al. 2022; Van der Ploeg et al. 2013) wurde der Montessori Ansatz als

Mittel zur Umsetzung individueller Beschäftigungen untersucht. Die Ergebnisse daraus machen deutlich, welche Auswirkungen eine auf die individuellen Fähigkeiten und Vorlieben abgestimmte Beschäftigung oder Interaktion auf die von Demenz Betroffenen haben kann.

4.3 Empfehlungen für Forschung und Praxis

Es konnte eine Vielzahl von Literatur bezüglich nicht-medikamentöser Therapien im Umgang mit Menschen mit Demenz identifiziert werden. Jedoch nur eine geringe Anzahl Studien zur Wirkung individueller Beschäftigungsangebote zur Verringerung herausfordernder Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege. Daher zeigt die Literaturrecherche auf, dass noch ein Forschungsbedarf in diesem Themenbereich besteht. Es braucht weitere randomisiert kontrollierte Studien, zum Beispiel in Form der Arbeit von Van Haitsma et al. (2015), die durch zwei Kontrollgruppen (übliche Pflege, einfache Eins-zu-Eins-Interaktion) die Verzerrung gegenüber der Intervention der individuellen Beschäftigungsangebote minimieren konnten. Ebenso wäre die Rekrutierung eines großen Samples von Vorteil, um aussagekräftige Ergebnisse trotz möglicher Drop-Outs zu erhalten. Darüber hinaus sollten in zukünftigen Forschungen validierte und möglichst einheitliche Messinstrumente verwendet werden, um die bewohnerbezogenen Outcomes untersuchen zu können.

Wie diese Arbeit aufzeigt, bewirken individuelle Beschäftigungen eine Verbesserung der herausfordernden Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz. Es ist wichtig, in allen pflegerischen Langzeitinstitutionen, ein Bewusstsein dafür zu schaffen. Obwohl auch die einfachen Eins-zu-Eins Interkationen für die positiven Effekte verantwortlich sein könnten, zeigt es dennoch, dass es sich lohnt, sich auf den Bewohner einzulassen und ihn als Person mit Bedürfnissen und Interessen wahrzunehmen. Die Empfehlung an die Praxis legt daher nahe, die person-zentrierte Theorie nach Tom Kitwood (2008) als Grundhaltung im stationären Langzeitsetting langfristig zu implementieren. Anhand des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege bei Menschen mit Demenz eine Bindung zu den Bewohnern aufzubauen, um dadurch ihre Individualität wahrzunehmen und sie Person gerecht zu beschäftigen. Diese Empfehlungen richten sich in erster Linie an Pflegefachpersonen der stationären Langzeitpflege. Da die theoretischen Grundhaltungen jedoch einen interdisziplinären Ansatz verfolgen, empfiehlt es sich, Schulungen oder Fortbildungen auch für das gesamte Personal der Institution oder falls vorhanden, für das Personal der speziellen Demenzstation, durchzuführen. Empfehlenswert ist zudem, Demenzbetreuer oder Angehörige für regelmäßige Beschäftigungen zu integrieren. Eine Möglichkeit wäre, dass die Demenzbetreuer zwei bis drei Mal in der Woche für zwei Stunden individuelle

Beschäftigungsangebote mit den Bewohnern durchführen. Durch die Umsetzung der regelmäßigen und individuellen Beschäftigung, werden nicht nur die Menschen mit Demenz durch Verringerung ihrer herausfordernden Verhaltensweisen entlastet, sondern auch das Pflegefachpersonal. Dies kann langfristig zu einer gesteigerten Berufszufriedenheit führen.

4.4 Limitationen

Die vorliegende Arbeit unterlag mehreren Limitationen, da sie im formalen Rahmen einer Bachelorarbeit erstellt wurde und das erste systematische Review der Autorin darstellt. Die Literaturrecherche erfolgte konzentriert und systematisch, dennoch besteht die Möglichkeit, dass nicht alle Studien zur Beantwortung der Fragestellung gefunden wurden. Die Tatsache, dass die Studienrecherche nur auf englisch- und deutschsprachige Publikationen begrenzt war, könnte dazu geführt haben, dass weitere passende Studien nicht identifiziert werden konnten. Auch sind, aufgrund der englischsprachigen Literatur, Verständnis- oder Übersetzungsfehler sowie einfache Interpretationen nicht ausgeschlossen. Diese systematische Übersichtsarbeit erhebt aus den oben genannten Gründen keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Literaturverzeichnis

Abraha I., Rimland J.M., Trotta F.M., Dell'Aquilla G., Cruz-Jentoft A., Petrovic M., Gudmundsson A., Soiza R., O'Mahony D., Guaita A., Cherubini A. (2017): Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. In: BMJ-Open 7 (DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012759).

Bartholomeyczik S., Halek M., Sowinski C., Besselmann K., Dürrmann P., Haupt M., Kuhn C., Müller-Hergl C., Perrar K. M., Riesner C., Rüsing D., Schwerdt R., van der Kooij C., Zegelin A. (2006):
Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausfordernden Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf, 10.11.2022, 18.32 Uhr

Bickel H. (2021): Die nicht-medikamentöse Behandlung von Demenzerkrankungen. In: Informationsblatt 6. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Online zu finden: https://www.deutschealzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt6_nichtmedikamentoese_behandlung.pdf, 07.11.2022, 19.23 Uhr

Blotenberg I., Thyrian J. R. (2022): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. In: Informationsblatt 1. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Online zu finden: https://www.deutschealzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_ddalz.pdf, 23.10.2022, 14.00 Uhr

Boggatz T., Brandenburg H., Schnabel M. (2022): Demenz. Ein kritischer Blick auf Deutungen, Pflegekonzepte und Settings, 1. Aufl., Kohlhammer: Stuttgart

Cohens-Mansfield, J. (2013): Nonpharmacologic Treatment of Behavioral Disorders in Dementia. In: Current Treatment Options in Neurology 15: 765-785 (DOI: 10.1007/s11940-013-0257-2).

Cohen-Mansfield J., Thein K., Marx M. S., Dakheel-Ali M., Freedman L. (2012): Efficacy of nonpharmacological interventions for agitation in advanced dementia: a randomized, placebo – controlled trial. In: The Journal of Clinical Psychiatry 73 (9): 1255-1261 (DOI: 10.4088/JCP.12m07918).

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2018): Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz". Osnabrück

Falk E. (2015): Basiswissen Demenz. Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität. 3. Aufl., Beltz Juventa: Weinheim, Basel

Gatterer G., Croy A. (2020): Leben mit Demenz. Praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung. 2. Aufl., Springer: Berlin

Grond E. (2014): Pflege Demenzkranker. Impulse für eine wertschätzende Pflege. 5. Aufl., Brigitte Kunz: Hannover

Güther H., Baranzke H., Höhmann, U. (2021): Herausforderndes Verhalten bei Personen mit Demenz. In: MMW-Fortschritte der Medizin 163: 59-76 (DOI: 10.1007/s15006-021-0285-x).

Höwler E. (2007): Interaktion zwischen Pflegenden und Personen mit Demenz. Ein pflegedidaktisches Konzept für Ausbildung und Praxis. 1 Aufl., W. Kohlhammer: Stuttgart

International Psychogeriatric Association (IPA) (Hrsg.) (2012): Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). Online verfügbar unter: https://www.ipa-online.org/publications/guides-to-bpsd, 07.11.2022, 15.14 Uhr

Jessen F., Spottke A., Deuschl G., Jansen S., Maier W. (2017): S3-Leitlinie Demenzen. Springer: Berlin

Kastner U., Schraut V., Löbach R. (2022): Handbuch Demenz. Fachwissen für Pflege und Betreuung. 5. Aufl., Elsevier: München

Kitwood T. (2019): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 8. Aufl., Hogrefe: Bern

Kojer M., Schmidl M., Heimerl K. (Hrsg.) (2022): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. 3. Aufl., Springer: Berlin

Kurz A., Freter H.-J., Saxl S., Nickel, E. (2019): Demenz. Das Wichtigste – ein kompakter Ratgeber. In: Ratgeber für Angehörige und Profis. Online verfügbar unter: https://shop.deutsche-alzheimer.de/broschueren/33/demenz-das-wichtigste, 10.11.2022, 19.53 Uhr

Lai N.M., Chang S.M.W., Ng S.S., Tan S.L., Chaiyakunapruk N., Stanaway F. (2019): Animal-asissted therapy for dementia. In: Cochrane Database of Systematic Reviews, 11 (DOI: 10.1002/14651858.CD013243.pub2).

Langner B. (2020): Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Praxisleitfaden zum Expertenstandard. Springer: Berlin

Luppa M., Riedel-Heller S.G., Luck T., Wiese B., van den Bussche H., Haller F., Sauder M., Mösch E., Pentzek M., Wollny A., Eisele M., Zimmermann T., König H.-H., Maier W, Bickel H., Werle J., Weyerer S. (**2012):** Age-related predictors of institutionalization: results of the German study on ageing, cognition and dementia in

primary care patients (AgeCoDe). In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 47: 263-270 (DOI: 10.1007/s00127-010-0333-9).

Martín-García A., Corregidor-Sánchez A.-I., Fernández-Moreno V., Alcántara-Porcuna V., Criado-Álvarez J.-J. (2022): Effect of Doll Therapy in Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review.In: Healthcare, 10: 421 (DOI: 10.3390/healthcare10030421).

Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D. G. (2009): Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. In: PLoS Medicine 6 (7) (DOI: 10.1371/journal.pmed.1000097).

Moik C. (2020): Nichtmedikamentöse Therapie von herausforderndem Verhalten bei Demenz. MIBUK für Pflegekräfte und Pflegemanger. Springer: Berlin

Möhler R., Renom A., Renom H., Meyer G. (2018): Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in long-term care (Review). In: Cochrane Database of Systematic Reviews (2) (DOI: 10.1002/14651858.CD009812.pub2).

Nordhausen T., Hirt J. (2020): Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken. RefHunter. Version 5.0.

Schmidt S., **Döbele M. (2019):** Demenzbegleiter. Leitfaden für zusätzliche Betreuungskräfte in der Pflege. 4. Aufl., Springer: Berlin

Schmucker C., Nothacker M., Rücker G., Muche-Borowski C., Kopp I., Meerpohl J.-J. (2016): Cochrane Deutschland, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement. In: Bewertung des Biasrisikos (Risiko systematischer Fehler) in klinischen Studien: ein Manual für die Leitlinienerstellung“. 1. Aufl. Online verfügbar unter: https://www.cochrane.de/de/rob-manual, 11.01.2023, 11.26 Uhr

Statistisches Bundesamt (ohne Datum): Demografischer Wandel. Online zu finden unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html, 23.10.2022, 14.03 Uhr

World Health Organization (2022): Dementia – Fact Sheet Online verfügbar unter: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia, 07.11.2022, 15.55 Uhr

Anhang I: Listen der Studien

Liste der eingeschlossenen Studien

Bautrant T., Franqui C., Clément H., Rabault M., Masseboeuf F., Pastore M., Pardo M., Brandi Y., Droulin N., Brice A.-D., Grino M. (2022): A pragmatic trial testing a tailored non-pharmacologic therapy on nocturnal behavioral and psychological symptoms associated with dementia. In. Geriatric Nursing, 43, 85-90 (DOI: 10.1016/j.gerinurse.2021.11.002).

Cohen-Mansfield J., Thein K., Marx M. S., Dakheel-Ali M., Freedman L. (2012): Efficacy of Nonpharmacologic Interventions for Agitation in Advanced Dementia: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. In: J Clin Psychiatry, 73 (9), 1255-1261 (DOI: 10.4088/JCP.12m07918).

Di Napoli E. A., Scogin F., Bryant A. N., Sebastian S., Mund M.J. (2016): Effect of individualized social activities on quality of life among older adults with mild to moderate cognitive impairment in a geriatric psychiatry facility. In: Aging & Mental Health, 20 (3), 262-270 (DOI: 10.1080/13607863.2015.1008990).

Van der Ploeg E. S., Eppingstall B., Camp C. J., Runci S. J., Taffe J., O'Connor D. W. (2013): A randomized crossover trial to study the effect of personalized, one-to-one interaction using Montessori-based activities on agitation, affect, and engagement in nursing home residents with Dementia. In: International Psychogeriatrics, 25 (4), 565-575 (DOI: 10.1017/S1041610212002128).

Van Haitsma K. S., Curyto K., Abbott K. M., Towsley G. L., Spector A., Kleban M. (2015): A Randomized Controlled Trial for an Individualized Positive Psychosocial Intervention for the Affective and Behavioral Symptoms of Dementia in Nursing Home Residents. In: Journals of Gerontology, Series B: Psychological Science and Social Sciences, 70 (1), 35-45 (DOI: 10.1093/geronb/gbt102).

Liste der ausgeschlossenen Studien nach Volltext-Analyse

Bertoncello C., Sperotto M., Bellio S., Pistellato I., Fonzo M., Bigolaro C., Ramon R., Imoscopi A., Baldo V. (2021): Effectiveness of individually tailored exercise on functional capacity and mobility in nursing home residents. In: British Journal of Community Nursing, 26 (3), 144-149 (DOI: 10.12968/bjcn.2021.26.3.144).

Bharwani G., Parikh P. J., Lawhorne L. W., VanVlymen E., Bharwani M. (2012): Individualized behavior management program for Alzheimer's/dementia residents using behavior-based ergonomic therapies. In: American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 27 (3), 188-195 (DOI: 10.1177/1533317512443869).

Chen H.-M., Tsai L.-J., Chao S.-Y. Clark M. J. (2016): Study on the Effects of Individualized Learning Therapy on Cognitive Function and Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in the Institutionalized Older Adults. In: The Journal of Nursing Research, 24 (4), 300-310 (DOI: 10.1097/JNR. 0000000000000118).

De Vocht H. M., Hoogeboom A. M. G. M., van Niekerk B., den Ouden M. E. M. (2015): The Impact of Individualized Interaction on the Quality of Life of Elderly Dependent on Care as a Result of Dementia: A Study with a Pre-Post Design. In: Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 39, 272-280 (DOI: 10.1159/000371874).

Gebhard D., Mess F. (2022): Feasibility and Effectiveness of a Biography-Based Physical Activity Intervention in Institutionalized People with Dementia: Quantitative and Qualitative Results from a Randomized Controlled Trial. In: Journal of Aging and Physical Activity, 30 (2), 237-251 (DOI: 10.1123/japa.2020-0343).

Gitlin L. N., Mann W. C., Vogel W. B. Arthur P. B. (2013): A non-pharmacologic approach to address challenging behaviors of Veterans with dementia: description of the tailored activity program-VA randomized trial. In: BMC Geriatrics, 13, 96 (DOI: 10.1186/1471-2318-13-96).

Goodall G., Taraldsen K., Serrano J. A. (2021): The use of technology in creating individualized, meaningful activities for people living with dementia: A systematic review. In: Dementia (London, England), 20 (4), 1442-1469 (DOI: 10.1177/1471301220928168).

Haugland B. Ø., Giske T. (2021): Nursing Students Explore Meaningful Activities for Nursing Home Residents: Enlivening the Residents by Cultivating Their Spark of Life. In: Nursing Reports (Pavia, Italy), 11 (2), 217-228 (DOI: 10.3390/nursrep11020022).

Holle D., Halek M., Holle B., Pinkert C. (2017): Individualized formulation-led interventions for analyzing and managing challenging behavior of people with dementia – an integrative review. In: Aging and Mental Health, 21 (12), 1229-1247 (DOI: 10.1080/13607863.2016.1247429).

Kim J.-H., Park S., Lim H. (2021): Developing a virtual reality for people with dementia in nursing homes based on their psychological needs: a feasibility study. In: BMC Geriatrics, 21 (1), 167 (DOI: 10.1186/s12877-021.02125-w).

Lu S., Zhang A. Y., Liu T., Choy J. C. P., Ma M. S. L., Wong G., Lum T. (2021): Degree of personalisation in tailored activities and its effect on behavioural and psychological symptoms and quality of life among people with dementia: a systematic review and meta-analysis. In: BMJ Open, 11 (11) (DOI: 10.1136/bmjopen-2021-048917).

Marx K. A., Scott J. B., Piersol C. V., Gitlin L. N. (2019): Tailored Activities to Reduce Neuropsychiatric Behaviors in Persons with Dementia: Case Report. In: The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association, 73 (2) (DOI: 10.5014/ajot.2019.029546).

O'Connor C. M., Clemson L., Brodaty H., Jeon Y.H., Mioshi E., Gitlin L. N. (2014): Use of the Tailored Activities Program to reduce neuropsychiatric behaviors in dementia: an Australian protocol for a randomized trial to evaluate its effectiveness. In: International Psychogeriatrics, 26 (5), 857-869 (DOI: 10.1017/S1041610214000040).

Pozzi C., Lanzoni A., Lucchi E., Salimbeni I., DeVreese L. P., Bellelli G., Fabbo A., Morandi A. (2020): Activity-based occupational therapy intervention for delirium superimposed on dementia in nursing home setting: a feasibility study. In: Aging Clinical and Experimental Research 32, 827-833 (DOI: 10.1007/s40520-019-01422-0).

Testad I., Corbett A., Aarsland D., Lexow K. O., Fossey J., Woods B., Ballard C. (2014): The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review. In: International Psychogeriatrics, 26 (7), 1083-1098 (DOI: 10.1017/S1041610214000131)

Wenborn J., Challis D., Head J. Miranda-Castillo C., Popham C., Thakur R., Illes J., Orrell M. (2013): Providing activity for people with dementia in care homes: a cluster randomised controlled trial. In: International Journal of Geriatric Psychiatry, 28 (12), 1296-1304 (DOI: 10.1002/gps.3960).

Anhang II: Suchprotokolle

A. Suchkomponenten

Suchkomponente	Bezeichnung
Suchkomponente 1	Dementia
Suchkomponente 2	Challenging behaviour
Suchkomponente 3	Individually-tailored activity
Suchkomponente 4	Long-term care

B. Synonyme Suchbegriffe

Suchkomponente	Suchbegriffe
Suchkomponente 1: dementia	Dementia, Delirium, Amnestic, Cognitive Disorders, Wernicke's Encephalopathy, Dement, Alzheimer, Lewy Body, Chronic cerebrovascular, Organic brain disease, Organic brain syndrome, Normal pressure hydrocephalus and shunt, Benign senescent forgetfulness, Cerebral degeneration, Cerebral insufficient, Pick disease, Creutzfeldt, Huntington, Binswanger, Korsakov
Suchkomponente 2: challenging behaviour	Behaviour disturbance, Disruptive behaviour, Challenging behaviour, Behavioural and psychological symptom, BPSD, Hallucination, Delusion, Anxiety, Emotional lability, Restlessness, Agitation, Wandering, Apathy, Disruptive vocalization, Screaming, Sleep disorder
Suchkomponente 3: individually-tailored activity	Activity, Activities, Psychosocial, Non-pharmacological, Individually-tailor, Personally-tailor, Individual, Individuals, Individually-cent, Meaningful, Involvement, Engagement, Engaging, Occupational, Personhood, Person-centred, Identity
Suchkomponente 4: long-term care	Long-term care, Care home, Residential care, Nursing home, Residential facility, Old people home, Institutional, Institutionalised

C. Suchstrategie

Datum - CINAHL	#	Suchbegriffe	Limits	N =	Relevante Titel von Artikeln/Studien
20.11.2022	S1	(MH "Dementia+")	-	83.597	
	S2	(MH "Delirium") OR (MH "Delirium, Dementia, Amnestic, Cognitive Disorders")		8.144	
	S3	(MH "Wernicke's Encephalopathy")		475	
	S4	TX dement*		112.554	
	S5	TX alzheimer*		78.721	

	S6	TX lewy* N2 bod*		3.915	
	S7	TX deliri*		19.175	
	S8	TX chronic N2 cerebrovascular		483	
	S9	TX “organic brain disease” or “organic brain syndrome”		296	
	S10	TX “normal pressure hydrocephalus” and “shunt*”		255	
	S11	TX “benign senescent forgetfulness”		26	
	S12	TX cerebr* N2 deteriorat*		124	
	S13	TX cerebral* N2 insufficient*		46	
	S14	TX pick* N2 disease		923	
	S15	TX Creutzfeldt or jcd or cjd		2.538	
	S16	TX huntington*		28.983	
	S17	TX binswanger*		526	
	S18	TX korsako*		630	
	S19	**S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18**		**198.742**	
	S20	AB activity		373.141	
	S21	AB activities		373.141	
	S22	TX psychosocial		657.083	
	S23	TX non-pharmacological		9.053	
	S24	TX individually-tailor*		3.675	
	S25	TX personally-tailor*		192	
	S26	AB individual OR individuals OR individually-cent*		454.022	
	S27	AB meaningful		31.651	
	S28	AB involvement		82.093	
	S29	TX engagement or engaging		126.015	
	S30	TX occupational*		303.459	
	S31	TX personhood		3.489	
	S32	TX person-centred		11.915	
	S33	TX identity		98.213	
	S34	**S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR**		**1.721.205**	

		S30 OR S31 OR S32 OR S33			
	S35	TX “long-term care”		71.643	
	S36	TX “care home*”		15.992	
	S37	TX “residential care”		21.343	
	S38	TX “nursing home*”		77.897	
	S39	TX “residential facility*”		7.600	
	S40	(MH “Residential Facilities”)		5.263	
	S41	(MH “Nursing Homes”)		25.796	
	S42	TX “old people* home*”)		224	
	S43	TX institutional		152.091	
	S44	TX institutionalized OR institutionalized		7.390	
	S45	**S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44**		**291.214**	
	S46	TX behaviour disturbance		24.501	
	S47	TX disruptive behaviour		14.888	
	S48	TX disruptive behav*		15.551	
	S49	TX challenging behaviour		46.951	
	S50	TX (“behavioural and psychological symptom* of dementia”) OR bpsd		2.479	
	S51	TX hallucination*		10.693	
	S52	TX delusion*		8.777	
	S53	TX anxiet*		222.719	
	S54	TX emotional lability		1.315	
	S55	TX restlessness		5.387	
	S56	TX agitation		16.829	
	S57	TX wandering		4.334	
	S58	TX apathy		6.146	
	S59	TX disruptive vocalization		356	
	S60	TX screaming		3.364	
	S61	TX sleep disorder*		62.950	
	S62	**S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 S51 OR S52 OR S53 OR S54**		**335.640**	

		OR S55 OR S56 OR S57 OR S58 OR S59 OR S60 OR S61			
	S63	**S19 AND S34 AND S45 AND S62**	Volltext; Abstract verfügbar; Erscheinungsdatum: 2012-2022 Englisch	**4.379**	**47**

Datum - Pubmed	**#**	**Suchbegriffe**	**Limits**	**N =**	**Relevante Titel von Artikeln/Studien**
24.10. – 01.12.2022	1	Dementia/	Abstract, Full text, in the last 10 years	115.920	
	2	Delirium/	Abstract, Full text, in the last 10 years	10.548	
	3	Wernicke Encephalopathy/	Abstract, Full text, in the last 10 years	592	
	4	Delirium, Dementia, Amnestic, Cognitive Disorders/	Abstract, Full text, in the last 10 years	123.058	
	5	Dement* .mp.	Abstract, Full text, in the last 10 years	247	
	6	Alzheimer* .mp.	Abstract, Full text, in the last 10 years	329	
	7	lewy body	Abstract, Full text, in the last 10 years	6.006	
	8	Deliri* .mp.	Abstract, Full text, in the last 10 years	22	
	9	(chronic cerebrovascular) .mp.	Abstract, Full text, in the last 10 years	23	
	10	(“organic brain disease” or “organic brain syndrome”)	Abstract, Full text, in the last 10 years	58	
	11	(“normal pressure hydrocephalus” and “shunt*”)	Abstract, Full text, in the last 10 years	745	
	12	“benign senescent forgetfulness”	Abstract, Full text, in the last 10 years	1	
	13	(cerebral degeneration)	Abstract, Full text, in the last 10 years	17.197	
	14	(pick* disease)	Abstract, Full text, in the last 10 years	7.077	
	15	(Creutzfeldt or jcd or cjd) .mp.	Abstract, Full text, in the last 10 years	38	
	16	Huntington* .mp.	Abstract, Full text, in the last 10 years	65	
	17	Binswanger* .mp.	Abstract, Full text, in the last 10 years	157	
	18	Korsako* .mp.	Abstract, Full text, in the last 10 years	3	
	19	**#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18**	**Abstract, Full text, in the last 10 years**	**152.850**	
	20	activity	Abstract, Full text, in the last 10 years	2.378.651	

	21	Activities	Abstract, Full text, in the last 10 years	2.379.600	
	22	Psychosocial	Abstract, Full text, in the last 10 years	68.903	
	23	Non-pharmacological	Abstract, Full text, in the last 10 years	7.914	
	24	Individually-tailor*	Abstract, Full text, in the last 10 years	1.946	
	25	Personally-tailor*	Abstract, Full text, in the last 10 years	82	
	26	(Individual OR individuals OR individually-cent*)	Abstract, Full text, in the last 10 years	3.630.321	
	27	Meaning*	Abstract, Full text, in the last 10 years	92.758	
	28	involvement	Abstract, Full text, in the last 10 years	1.167.928	
	29	(engagement or engaging)	Abstract, Full text, in the last 10 years	186.232	
	30	Occupational*	Abstract, Full text, in the last 10 years	130.634	
	31	personhood	Abstract, Full text, in the last 10 years	1.364	
	32	Person-centred	Abstract, Full text, in the last 10 years	3.856	
	33	Identity	Abstract, Full text, in the last 10 years	81.687	
	34	**#20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33**	**Abstract, Full text, in the last 10 years**	**6.064.438**	
	35	**#19 AND #34**	**Abstract, Full text, in the last 10 years**	**117.732**	
	36	Long-term care	Abstract, Full text, in the last 10 years	87.834	
	37	“care home*”	Abstract, Full text, in the last 10 years	3.061	
	38	“nursing home*”	Abstract, Full text, in the last 10 years	15.680	
	39	“residential care”	Abstract, Full text, in the last 10 years	2.324	
	40	“residential facilit*”	Abstract, Full text, in the last 10 years	1.525	
	41	Residential Facilities/	Abstract, Full text, in the last 10 years	14.738	
	42	Nursing Homes/	Abstract, Full text, in the last 10 years	15.356	
	43	Old people* home*	Abstract, Full text, in the last 10 years	1.942	
	44	**#36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43**	**Abstract, Full text, in the last 10 years**	**108.033**	
	45	**#35 AND #44**	**Abstract, Full text, in the last 10 years**	**6.233**	
	46	Behaviour disturbance	Abstract, Full text, in the last 10 years	27.650	
	47	Disruptive behaviour	Abstract, Full text, in the last 10 years	23.868	
	48	Disruptive behave*	Abstract, Full text, in the last 10 years	26.380	
	49	Challenging behaviour	Abstract, Full text, in the last 10 years	125.094	

	50	("behavioral and psychological symptom* of dementia") OR bpsd	Abstract, Full text, in the last 10 years	2.534	
	51	Hallucination*	Abstract, Full text, in the last 10 years	6.388	
	52	Delusion*	Abstract, Full text, in the last 10 years	4.297	
	53	Anxiet*	Abstract, Full text, in the last 10 years	154.219	
	54	Emotional lability	Abstract, Full text, in the last 10 years	724	
	55	Restlessness	Abstract, Full text, in the last 10 years	6.229	
	56	Agitation	Abstract, Full text, in the last 10 years	10.937	
	57	Wandering	Abstract, Full text, in the last 10 years	3.318	
	58	Apathy	Abstract, Full text, in the last 10 years	3.453	
	59	Disruptive vocalization	Abstract, Full text, in the last 10 years	408	
	60	Screaming	Abstract, Full text, in the last 10 years	418	
	61	Sleep disorder*	Abstract, Full text, in the last 10 years	51.591	
	62	**#46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61**	**Abstract, Full text, in the last 10 years**	**398.973**	
	63	**#45 AND #62**	**Abstract, Full text, in the last 10 years**	**1.554**	**54**

Datum - Cochrane Library	**#**	**Suchbegriffe**	**Limits**	**N =**	**Relevante Titel von Artikeln/Studien**
19.10. – 02.12.2022	1	MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees		6872	
	2	MeSH descriptor: [Delirium] this therm only		914	
	3	MeSH descriptor: [Wernicke Encephalopathy] this term only		5	
	4	MeSH descriptor: [Neurocognitve Disorders]		212	
	5	Dement*		28933	
	6	Alzheimer*		14425	
	7	"lewy bod*"		55	
	8	Deliri*		5177	
	9	"chronic cerebrovascular"		147	
	10	"organic brain disease" OR "organic brain syndrome"		250	

	11	“normal pressure hydrocephalus” and “shunt*”		154	
	12	“benign senescent forgetfulness”		81	
	13	“cerebral* insufficient*”		30	
	14	“pick* disease”		165	
	15	Creutzfeldt OR jcd OR cjd		327	
	16	Huntington*		1270	
	17	Binswanger*		116	
	18	Korsako*		805	
	19	“cerebr* deteriorat*"		35	
	20	**(#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19)**		**38316**	
	21	activity		174672	
	22	Activities		50585	
	23	Psychosocial		21092	
	24	Non-pharmacological		4795	
	25	Individually-tailor*		1505	
	26	Personally-tailor*		102	
	27	Individual OR individuals OR individually-cent*		147517	
	28	Meaning*		25215	
	29	Involvement		19397	
	30	Engagement OR engaging		16337	
	31	Occupational*		15951	
	32	Personhood		46	
	33	Person-centred		1162	
	34	Identity		3053	
	35	**(#21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34)**		**381385**	
	36	“long-term care” OR “longterm care”		8008	
	37	“care home*”		1138	
	38	“residential care”		898	
	39	“nursing home*”		4381	
	40	“residential facilit*”		9	
	41	MeSH descriptor: [Residential Facilities] explode all trees		2000	
	42	MeSH descriptor: [Nursing Homes] explode all trees		1566	
	43	“old people* home*“		18	

	44	Institutionalised OR institutionalized		1399	
	45	**(#36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44)**		**14865**	
	46	Behaviour disturbance		1235	
	47	Disruptive behaviour		1347	
	48	Disruptive behave*		15	
	49	Challenging behaviour OR challenging behavior		1775	
	50	("behavioral and psychological symptoms of dementia") OR bpsd		478	
	51	Hallucination*		2828	
	52	delusion*		1717	
	53	anxiet*		67885	
	54	Emotional lability		232	
	55	Restlessness		1924	
	56	Agitation		6063	
	57	Wandering		270	
	58	Apathy		1199	
	59	Disruptive vocalization		9	
	60	Screaming		57	
	61	Sleep disorder*		20839	
	62	**(#46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR # 51 OR #52 OR #53 OR # 54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61)**		**95241**	
	63	**(#20 AND #35 AND #45 AND #62)**	**Publication date from Jan 2012 to Dec 2022, in Cochrane Reviews**	**125**	**2**

Datum - PsycInfo	**#**	**Suchbegriffe**	**Limits**	**N =**	**Relevante Titel von Artikeln/Studien**
27.11.–02.12. 2022	S1	Dementia		89.731	
	S2	Delirium		8.139	
	S3	Huntington Disease		5.449	
	S4	Kluver Bucy Syndrome		144	
	S5	Wernicke's Encephalopathy		522	
	S6	Cognitive Impairment		92.273	
	S7	Dement*		91.773	
	S8	Alzheimer*		79.974	
	S9	Lewy* body		4.762	
	S10	Deliri*		8.811	
	S11	Chronic cerebrovascular		4.024	

	S12	(„organic brain disease“ OR “organic brain syndrome”)		2.030	
	S13	(“normal pressure hydrocephalus” AND “shunt*”)		257	
	S14	“benign senescent forgetfulness”		27	
	S15	(cerebr* deteriorat*)		2.2002	
	S16	(cerebral* insufficient*)		547	
	S17	(pick* disease)		2.060	
	S18	(Creutzfeldt OR cjd OR jcd)		1.330	
	S19	Huntington*		6.521	
	S20	Binswanger*		631	
	S21	Korsako*		3.019	
	S22	(“parkinson* disease dementia” OR PDD OR “Parkinson* dementia”)		2.721	
	S23	**S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22**		**214.158**	
	S24	Activity		543.463	
	S25	Activities		543.463	
	S26	Psychosocial		3.155	
	S27	Non-pharmacological		3.155	
	S28	Individually-tailor*		1.284	
	S29	Personally-tailor*		57	
	S30	(individual OR individuals OR individually-cent*)		802.931	
	S31	Meaning*		190.269	
	S32	Involvement		131.071	
	S33	(engagement OR engaging)		137.909	
	S34	Occupational*		150.978	
	S35	Personhood		6.310	
	S36	Person-centred		2.986	
	S37	Identity		172.388	
	S38	**S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37**		**1.899.619**	
	S39	**S23 AND S38**		**82.205**	
	S40	Long-term care		36.374	
	S41	“care home*”		2.354	
	S42	“residential care”		20.532	
	S43	“nursing home*”		21.947	
	S44	“residential facilit*”		3.201	

	S45	Exp Nursing Homes/ OR exp Residential Care Institutions/		60	
	S46	“old people* home*”		81	
	S47	Institutionalized OR institutionalised		12.134	
	S48	**S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47**		**73.689**	
	S49	**S39 AND S48**		**5.692**	
	S50	Behaviour disturbance		28.127	
	S51	Disruptive behaviour		14.456	
	S52	Disruptive behave*		84	
	S53	Challenging behaviour OR challenging behavior		17.718	
	S54	(“behavioral and psychological symptoms of dementia”) OR bpsd		1.244	
	S55	Hallucination*		17.299	
	S56	Delusion*		17.402	
	S57	Anxiet*		307.678	
	S58	Emotional lability		1.308	
	S59	Restlessness		3.608	
	S60	Agitation		8.545	
	S61	Wandering		2.708	
	S62	Apathy		5.723	
	S63	Disruptive vocalization		110	
	S64	Sreaming		477	
	S65	Sleep disorder*		54.381	
	S66	**S50 OR S51 OR S52 OR S53 OR S54 OR S55 OR S56 OR S57 OR S58 OR S59 OR S60 OR S61 OR S62 OR S63 OR S64 OR S65**		**437.885**	
	S67	**S49 AND S66**	**Verknüpfter Volltext; Erscheinungsdatum: 01.01.2012 - 31.12.2022**	**330**	4

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.

2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.

3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer Autoren dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angaben der Quellen kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.

4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet, dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.

5. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.

6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den 07.02.2023

Vera Achtzehn