

# Jahresbericht 2013

**Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen  
e.V. (DZNE)**

**Standort Witten**

**Postfach 62 50**

**Stockumer Straße 12**

**58453 Witten**

**tel +49 23 02 - 926 237**

**fax +49 23 02 - 926 239**

**web: <http://www.dzne.de>**



## Vorwort

*Drei Aktionen* prägten das Jahr 2013:

*Erstens-* während ich im Oktober 2012 bereits in Teilzeit die Arbeitsgruppe ‚Implementierungs- und Disseminationsforschung‘ übernehmen konnte, kam im Januar 2013 die Übernahme der Sprecherinnenfunktion hinzu. Letzteres übernahm ich von Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik, die den Standort zusammen mit Kollegen/Kolleginnen der Fakultät für Gesundheit, insbesondere des Departments für Pflegewissenschaft, der Universität Witten/Herdecke (UW/H) aufgebaut hatte. Im Oktober 2013 wurde mir zudem offiziell die Berufungsurkunde als ‚Professor for Nursing Science and Health Care Research‘ an der UW/H – Fakultät für Gesundheit – Department für Pflegewissenschaft übergeben. Auch in 2013 erfreute sich die 4. Jahrestagung (Oktober 2013) mit dem Schwerpunktthema ‚Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz - Selbstbestimmung und Lebensqualität‘ positiver Resonanz und interessanter Diskussionen über Grenzbereiche in der Betreuung von Menschen mit Demenz.

*Zweitens-* die Beteiligung an einer von der Helmholtz Gemeinschaft geforderten externen wissenschaftlichen Evaluation im März 2013, realisiert durch ein international hochrangig besetztes Expertenteam. Diese – innerhalb von einem Jahr durchgeführte zweite Evaluation - bestätigte, dass die Forschungsthemen unseres Standorts sehr wichtig und von großer Bedeutung für die Versorgung von Menschen mit Demenz sind. Hervorgehoben wurde der Forschungsansatz des Standorts, dass gesamte Versorgungsspektrum in den Blick zu nehmen, Themen zur Entwicklung und Testung von Interventionen zu bearbeiten sowie sich mit den Strukturen und Bedingungen der Versorgung zu befassen. Darüber hinaus wurde die Intention der systematischen Analyse der Implementierung von Interventionen mit der Aufforderung bekräftigt, einen Diskurs zu ‚Translation Research‘ mit den anderen DZNE Standorten aktiv mitzugestalten. Die Einbindung ausgewiesener pflegewissenschaftlicher Expertise in das Begutachtungsgremium wirkte sich insofern positiv für den Standort aus, als im Anschluss daran mit den Reviewerinnen aus den USA (PennState University), UK (University of Bradford) und NL (Radboud University) Kooperationsgespräche mit dem Ziel aufgenommen werden konnten, auch international - sowohl innerhalb als auch außerhalb Europas - sichtbar zu werden.

*Drittens-* ein Diskurs zur Fortführung und Konkretisierung der am Standort Witten initiierten Strategie. Die Ergebnisse dieses fortgeführten Diskurses sind in diesem Jahresbericht der Darstellung der verschiedenen Projekte vorangestellt.

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die tolle und unterstützende Aufnahme in das Team und für ihre Bereitwilligkeit bedanken, mir umfangreiche Einblicke in ihre laufenden Projekte zu gewähren, inkl. der Ausrichtung eines Betriebsausflugs. Somit lernte ich

erstmals die ‚grüne Seite‘ des Ruhrgebiets kennen. Diverse Fragen ergaben sich auch hinsichtlich der Administration am Standort, angefangen von der Organisation der Kaffeekasse, bis hin zur online-Urlaubsbestätigung und Outlook-Planungssystem – mein besonderer Dank gilt deshalb Cornelia Dünhölter (Standortkoordinatorin) und Sabine Möller (Sekretariat) sowie Bernd Albers (Assistent der Standortsprecherin). Ausdrücklich danke ich vor allem Dr. Margareta Halek und Dr. Bernhard Holle für ihre unermüdliche Bereitschaft und ihr Engagement, sich auf viele und konstruktive Gespräche mit mir einzulassen.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Roes', written in a cursive style.

Prof. Dr. Martina Roes



## Inhaltsverzeichnis

1. Standortkonzept und Strategische Entwicklung .....	1
1.1    Einleitung .....	1
1.2    Wissenschaftsstrategie und deren Konkretisierung in vier Forschungsschwerpunkten .....	1
1.3.    Die vier Forschungsschwerpunkte .....	3
1.4    Weitere für den Standort relevante Zielbereiche.....	6
1.5    Personal .....	7
1.6    Wissenschaftliche Arbeit.....	8
1.7    Kooperationen .....	9
2. Projekte.....	10
2.1    Psychosoziale Interventionen bei verschiedenen Stadien und Formen der Demenz .....	10
2.2    Qualität der Versorgung .....	31
2.3    Methoden und Instrumente .....	46
2.4    Potentiale von und in Versorgungsarrangements .....	55
2.5    Abgeschlossene Projekte .....	75
3. Arbeitsergebnisse (Projektspezifische Ergebnisse werden bei den Projekten genannt) .....	78
4. Funktionen in Gremien und Beiräten und Mitgliedschaften .....	84
5. Mitarbeit bei wissenschaftlichen Zeitschriften und Verlagen .....	89
6. Tagungsorganisation .....	90
7. Das Team (Stand April 2014).....	91
8. Anhang: Projektübersicht .....	94

# 1. Standortkonzept und Strategische Entwicklung

## 1.1 Einleitung

Am Standort Witten wurde mit Einrichtung des DZNE (Juni 2009) ein erster strategischer Diskurs unter Leitung von Prof. Dr. S. Bartholomeyczik (Bartholomeyczik et al. 2010<sup>1</sup>) innerhalb des Leitungsteams sowie zwischen dem Leitungsteam und den wissenschaftlichen Mitarbeitern/ Mitarbeiterinnen geführt. Anlass des zweiten strategischen Diskurses war einerseits der Wechsel der Sprecherin (seit Jan. 2013 Prof. Dr. Martina Roes), verbunden mit dem Ziel einer strategischen Schärfung und Weiterentwicklung der Forschungsstrategie des Standortes Witten, sowie der Benennung prioritärer Arbeitsschwerpunkte. Dieser im Leitungsteam initiierte und mit allen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen am Standort diskursiv gestalteter Strategieprozess konnte im Jan. 2014 abgeschlossen werden (Publikation ist in Vorbereitung).

Flankierend flossen Erkenntnisse aus der standortübergreifenden Helmholtz Begutachtung aller Forschungsschwerpunkte des DZNE (POF, März 2013) mit ein. Als ein weiteres Ergebnis dieser externen Begutachtung kann die Definition von fünf Forschungssträngen betrachtet werden, die für die ‚Versorgungsforschung am DZNE‘ (Standorte Rostock/Greifswald und Witten) stehen:

1. Interventionen in der Versorgungsforschung,
2. klinische Diagnosen und Interventionen,
3. Methodologie in der (demenzbezogenen) Versorgungsforschung,
4. Implementations- und Disseminationsforschung, sowie
5. querliegende Themen wie Ethik und Gesundheitsökonomie.

## 1.2 Wissenschaftsstrategie und deren Konkretisierung in vier Forschungsschwerpunkten

Die Ergebnisse der forschungsstrategischen Diskussion sind in Abb. 1. zu sehen. Diese Forschungsstrategie beinhaltet sieben Strategiebereiche. Ausgehend von einer grundsätzlichen Person-Zentrierung stehen dabei drei Hauptforschungsthemen im Mittelpunkt des Standortes: Lebensqualität, soziale Teilhabe und (bio)Verhalten (um die Translation zwischen naturwissenschaftlicher Grundlagenforschung und Versorgungsforschung zu verdeutlichen). Diese bilden

---

<sup>1</sup> Bartholomeyczik, S.; Holle, B.; Riesner, C.; Halek, M. & Vollmar, H. C. (2010). Versorgungsnahe Demenzforschung ermöglichen – Fragestellungen im Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen an der Universität Witten/Herdecke. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), 104, 10.



Abb. 1 Wissenschaftstrategische Verortung des Standorts Witten

auch gleichzeitig den Beitrag des Standortes zum (inter)nationalen Wissenschaftskanon.

Auf der zweiten und dritten Ebene zeigt sich die institutionelle Einbettung dieser Forschungsziele in die Forschergruppen Versorgungsintervention und Versorgungsstrukturen. Auf der vierten Ebene befindet sich der methodische und methodologische Rahmen der Forschung und ihrer Umsetzung in die Praxis. Dies beinhaltet zum einen die generellen Anforderungen, die an „Health Care Interventions“ gestellt werden, wie sie z.B. vom Institute of Medicine (2011)<sup>2</sup> gefordert werden. Zum anderen aber auch den Sachstand, dass alle Forschung am Standort mit Blick auf ihren Einfluss auf das Gesundheitssystem gedacht wird, wie es u.a. im „Person-centred outcome research framework“ (HHS/PCORI 2013<sup>3</sup>) beschrieben wird. Auf der fünften Ebene wird ein weiterer wichtiger Bereich der Versorgungsforschung genannt – die Implementierung und Disseminierung sowie deren Beforschung, d.h. sowohl der Weg der Forschungsergebnisse in die Versorgungspraxis, in die Öffentlichkeit und zurück als auch die Bewertung verschiedener Implementierungsmodelle oder die Analyse förderlicher und hinderlicher Faktoren. Dieser wichtige (aber national und international unterrepräsentierte) Bereich wird am Standort Witten durch eine eigene Forschergruppe vertreten und ist damit sicher einmalig im DZNE. Auf der sechsten Ebene findet sich die wissenschaftliche Verortung des Standortes und seiner Projekte im Bereich der Versorgungsforschung (health care und service research). Auf der letzten Stufe befindet sich der gesellschaftliche Rahmen, der die Forschung am Standort durch die Gesundheits- und Forschungspolitik und Demenzstrategien mit beeinflusst.

<sup>2</sup> Institute for Medicine (IOM). (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C.: National Academy Press.

<sup>3</sup> PCORI Committee (2013). The PCORI Methodology Report. Retrieved from [pcori.org/research-we-support/research-methodology-standards](http://pcori.org/research-we-support/research-methodology-standards)



### 1.3. Die vier Forschungsschwerpunkte

Da die eben skizzierte forschungsstrategische Ausrichtung des Standortes eine abstrakte Ebene beschreibt, wurde direkt im Anschluss mit einer Operationalisierung der Strategiebereiche (Person-Zentrierung, Lebensqualität, soziale Teilhabe und Verhalten) von vier Forschungsschwerpunkten begonnen (siehe Abb. 2). Diese repräsentieren einerseits sehr konkret die oben genannten Strategiebereiche (Person-Zentrierung, Lebensqualität, soziale Teilhabe und Verhalten) und dienen andererseits der Planung, Entwicklung und Umsetzung von Forschungsprojekten. Diese Forschungsschwerpunkte werden AG-übergreifend von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen bearbeitet (die AGs sind: AG Methoden in der Versorgungsforschung, AG Versorgungsinterventionen, AG Versorgungsstrukturen und AG Implementierungs- und Disseminationsforschung). Der organisatorische Rahmen der AGs wird beibehalten, da so die für die Projekte notwendige Expertise entwickelt und bereitgestellt werden kann.



Abb. 2 Operationalisierung der Forschungsstrategie

1) In dem Bereich Psychosoziale Interventionen bei verschiedenen Stadien und Formen der Demenz werden Themen bearbeitet, die sich der Testung und Entwicklung von Versorgungsinterventionen wie z.B. der verstehenden Diagnostik im Projekt Fallbesprechungen im Altenheim (FallDem) (siehe S.13ff.) widmen. In der Projektgruppe HerVer befasst man sich mit der Klärung des Begriffs herausforderndes Verhalten (S.18ff.). In der Konzeptionsphase befinden sich derzeit zwei Projekte, die die Verstehende Diagnostik für den häuslichen Bereich und für das Krankenhaussetting bearbeiten. Ein weiterer Schwerpunkt ist, Interventionen für unterschiedliche De-

menzformen zu entwickeln. Vor allem Personen mit frontotemporaler Demenz (FTD) unterscheiden sich deutlich von Personen mit anderen Demenzformen (wie z.B. der Alzheimer Demenz). Psychosoziale Interventionen für diese Personengruppe wären anzupassen, bzw. zu entwickeln. Ein aktuelles Projekt am Standort Witten widmet sich daher der Analyse der Bedürfnisse dieser Personengruppe und ihrer Angehörigen (siehe hierzu Projekt AspektFTD S. 10ff.).

Ein weiterer wichtiger Bereich für den Standort wird sein, Interventionen zu testen und zu entwickeln, die die soziale Teilhabe von Menschen mit Demenz in den Fokus nehmen. Das Projekt GesKom nimmt hier einen Bereich der nonverbalen, gestischen Kommunikation mit Menschen mit schwerer Demenz in den Mittelpunkt (S. 16f.). Weiter ist eine systematische Übersichtsarbeit zum Thema der Person-Zentrierung geplant.

Im Bereich der Versorgungsforschung werden zunehmend die technischen und computerassistierten Unterstützungssysteme an Bedeutung gewinnen. Diesem Thema nähern wir uns in Zusammenarbeit mit der FH Düsseldorf im Projekt Nutzerwelten in 2014.

2) Für den Bereich der Qualität der Versorgung werden momentan zwei Bereiche in den Blick genommen. Dies ist zum einen die deskriptive Analyse und Evaluation der Qualität der demenzspezifischen Versorgung. In diesem Bereich wird derzeit in zwei Projekten gearbeitet: Das sind der DemenzMonitor (S. 31ff.) und das Projekt DemNet-D (S. 36ff.). Für die Zukunft geplant ist die Beschäftigung mit demenzspezifischen Minimal Nursing Datasets. Die ersten Schritte werden hierzu in 2014 eingeleitet. Zum anderen ist es für den Standort wichtig, sich an nationalen Initiativen zur Entwicklung von demenzspezifischen Indikatoren und Leitlinien zu beteiligen. Im Bereich der Leitlinien ist der Standort an einer S3 Schmerzleitlinie beteiligt (Siehe Projekt S3LLSchmerzAss S 44f.). Des Weiteren wird im Projekt QiSavA an der Identifikation von für die Demenz relevanten Qualitätsindikatoren für die Schmerzerfassung (S. 41ff.) gearbeitet. Ein Fernziel dieser Aktivitäten ist die Beschreibung eines demenzspezifischen Qualitätsindikatorensets für die Versorgung von Menschen mit Demenz.

3) Sowohl die demenzbezogene Versorgungsforschung als auch die Versorgungspraxis bedürfen einer Vielzahl demenzsensibler und praktikabler Methoden und Instrumente. Einige Aspekte stehen dabei für den Standort Witten im Vordergrund. Es ist besonders wichtig, wissenschaftlich fundierte angemessene und adäquate Implementierungs- und Disseminationsstrategien zu testen und zu entwickeln. Darüber hinaus wird zu prüfen sein, inwiefern Implementie-

rungsaspekte auch bei den routinemäßig durchgeführten Prozessevaluationen berücksichtigt werden können. Eine ganze Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit diesem Thema.

Weiter zeigt sich immer wieder, dass trotz einer Vielzahl international existierender Forschungsinstrumente, eine Verwendung im demenzspezifischen Forschungskontext des Standortes a) selten unverändert, b) teils erst nach Anpassung und c) z.T. gar nicht möglich ist. Zu nennen sind hier u.a. Instrumente für die Bereiche Person-Zentrierung, Lebensqualität, herausforderndes Verhalten, Schmerz, Umgebungsfaktoren, Versorgungsqualität und Demenzdiagnostik. Zum Bereich der Demenzdiagnostik wird in 2014 an für die Versorgungsforschung und Versorgungspraxis relevanten Instrumenten intensiv gearbeitet werden. In 2013 wurde die Challenging Behavior Scale (CBS) nach wissenschaftlichen Kriterien in die deutsche Sprache übersetzt (S. 46ff.). Eine Testung im deutschen Versorgungskontext ist geplant. Ein Kernbereich für den Standort ist die Definition und Erfassung von Lebensqualität, deren Bestimmung gerade bei Menschen mit einer schweren Demenz besonders schwierig ist (Projekt QoIDem S.51ff.).

Methodologisch besonders herausfordernd ist die Kombination von Forschungsmethoden unterschiedlicher wissenschaftstheoretischer Herkunft. Einige der Projekte am Standort benutzen diese Herangehensweise in Form von Mixed Methods und Multilevel Designs. Diese Kombination wissenschaftlich angemessen zu gestalten, wird auch weiterhin eine Herausforderung sein. Da die Projekte des Standortes zumeist Daten produzieren, die nicht nur für die Beantwortung der eigentlichen Forschungsfrage von Interesse sind, ist eine Weiterbearbeitung hinsichtlich anderer, ergänzender Fragestellungen besonders interessant. Diese sog. Sekundärdatenanalyse ist aber keineswegs trivial und bedarf einer Vielzahl von ethischen, rechtlichen, aber auch methodologischen Überlegungen, die am Standort im kommenden Jahr bearbeitet werden.

4) Im Schwerpunkt die Potentiale von und in Versorgungsarrangements stehen dabei u.a. soziale Umstände im Vordergrund, die für eine gelungene Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen wichtig sind. Untersucht wird dies u.a. im Projekt Lebe (S.62ff.). Neben der Analyse werden auch in diesem Bereich Interventionen entwickelt und getestet, die zur Stabilität dieser Versorgungsarrangements beitragen können. Für den Bereich der Häuslichkeit und Aspekte niedrigschwelliger Betreuungsangebote und bürgerschaftliches Engagement wurden hier in den Projekten VerAH-Dem (S.71ff.) und NisA-Dem (S. 65ff.) erste Erkenntnisse generiert. Weitergeführt wird diese Arbeit in zwei in Vorbereitung befindlichen Projekten Stiv Community Care und Stiv Case Management. Ein weiteres Projekt aus diesem Bereich ist das Projekt Tapa-K (S.68ff.).

#### 1.4 Weitere für den Standort relevante Zielbereiche

Neben der strategischen Planung und Realisierung der Forschungsaktivitäten, wurden darüber hinaus weitere Aufgaben identifiziert, die wichtig sind, den Auftrag des Standortes im oben genannten Wissenschaftskanon zu gewährleisten. Diese werden im Folgenden kurz genannt:

1. Wissenschaft: Monitoring und Weiterentwicklung der Forschungsstrategie.
2. Kooperation: Sowohl die Kooperationen innerhalb des DZNE als auch außerhalb werden ausgebaut. Dies gilt sowohl für den wissenschaftlichen als auch für den versorgungspraktischen Bereich.
3. Internationalisierung: Ein besonderer Stellenwert kommt dem Ausbau der internationalen Kooperationen zu. Im letzten Jahr konnten intensive Gespräche mit allen drei POF Reviewern aus dem Bereich Pflege- und Versorgungsforschung geführt werden (Murna Downs, Bradford University; Anne Kolanowski, Penn State University; Myrra Vernoij Dassen, Radboud University Nijmegen). Memoranda of Understanding sind für Mitte 2014 geplant. Darüber hinaus ist ein Besuch der ForscherInnengruppen der Penn State University und Bradford University am Standort Witten für Mitte 2014 in Vorbereitung.
4. Verortung in der Versorgungsforschung: Das DZNE Witten wird sich zunehmend in (inter)nationalen Versorgungsforschungsnetzwerken engagieren. Dazu gehört auch die gemeinsame Arbeit in Drittmittelprojekten innerhalb von Netzwerken. Auch soll die Zusammenarbeit mit der Politik auf Landes-, aber auch auf Bundesebene ausgebaut werden.
5. Personalentwicklung: Dies beinhaltet sowohl die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses als auch der Kompetenzerweiterung des gesamten Personals
6. Praxis Forschungs-Dialog: Es ist die feste Überzeugung des Standortes, dass die Versorgungspraxis Inhalt und Grundlage des Forschungsinteresses des Standortes ist. Eine Etablierung eines regelmäßigen ständigen Praxis Forschungsdialogs ist daher von außerordentlicher Wichtigkeit und wird vom Standort 2014 prioritär bearbeitet.
7. Öffentlichkeitsarbeit: Die Präsentation der Arbeit des Standortes über die Grenzen der wissenschaftlichen Community hinaus wurde als ein weiteres Thema innerhalb des Strategiediskurses erkannt. Zum einen werden daher etablierte Strukturen wie die Jahrestagung und der Jahresbericht weiter ausgebaut. Zum anderen werden weitere Formen der Öffentlichkeitsarbeit erprobt.
8. Berichtswesen und Monitoring: Der Bericht und der Nachweis der eigenen Arbeit gegenüber der DZNE Zentrale in Bonn, dem DZNE Senat (international besetztes Wissenschaftsgremium) und der Mitgliederversammlung (Vertretern/Vertreterinnen von Bund und Ländern) ist Bestandteil der Arbeit am Standort und ist daher zu pflegen. Auch bedürfen die

internen Prozesse einer systematischen Überwachung, um Anpassungen an aktuelle Bedarfe vorzunehmen zu können. Hierfür wird im Laufe des Jahres ein Monitoringsystem entwickelt und etabliert.

9. Administration: Eine Vielzahl von Themen steht im Bereich der direkten Administration im Mittelpunkt. Zu nennen sind hier vor allem die Optimierung der IT- und Bibliotheksumgebung, aber auch die Drittmitteladministration und Strukturierung der Vertragsgestaltung und Antragsstellung.

Im Weiteren erfolgt nun eine detaillierte Beschreibung der Aktivitäten am Standort Witten. Die einzelnen Forschungsprojekte werden dabei den oben beschriebenen vier Forschungsschwerpunkten zugeordnet.

### 1.5 Personal

Ab dem 01.01.2013 übernahm Frau Prof. Dr. Martina Roes die Sprecherinnenfunktion am DZNE Standort Witten und löste damit Frau Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik ab, die feierlich am 18.01.2013 in (Un)Ruhestand entlassen wurde. Mit dem Ausscheiden von Prof. Bartholomeyczik wurde gleichzeitig die Position einer AG Leitung für die AG Methoden frei, die seitdem auch von Prof. Roes kommissarisch bekleidet wird.

<b>Gruppe</b>	<b>Personen</b>	<b>Vollzeit- äquivalente</b>
Administration	3	3.00
AG Methoden in der Versorgungsforschung	8	5.38
AG Versorgungsinterventionen	9	6.55
AG Versorgungsstrukturen	8	6.45
AG Implementierungs- und Disseminationsforschung	6	4.05
Studentische Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen	6	2.21
<b>Gesamt</b>	<b>34</b>	<b>28.64</b>

Tabelle 1: Anzahl beschäftigter Personen und Vollzeitäquivalente (Stand zur Berichtslegung)

Die Qualifikationen der einzelnen wissenschaftlichen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen inklusive der Leitungsebene umspannen nach wie vor ein weites Feld und umfassen die Fächer: Pflegewissenschaft, Soziologie, Gerontologie, Gesundheitswissenschaften, Ökonomie, Erziehungswissenschaften, Physiotherapie, Ergotherapie, Kommunikationswissenschaften, Psychologie und Biometrie. Des Weiteren waren mit unterschiedlichen Stellenanteilen im Jahr 2013 studentische

und wissenschaftliche Hilfskräfte sowie Praktikantinnen und Praktikanten am Standort Witten beschäftigt.

## **1.6 Wissenschaftliche Arbeit**

### **1.6.1 Publikationen**

Auch im Jahr 2013 war der Standort Witten auf diversen nationalen und internationalen Kongressen rund um das Themenfeld der Demenzversorgung vertreten. Insgesamt wurden 37 Beiträge geleistet, davon 31 in Form von Vorträgen. Die Anzahl der Veröffentlichungen in diversen Journals betrug 29 (davon 15 in sog. Peer Reviewten Journals). Aufgrund unseres Auftrags erachten wir es weiterhin als wichtig, unsere Arbeitsergebnisse möglichst weit in die Praxis hineinzutragen. In diesem Zusammenhang ist auch die hohe Präsenz des Standorts auf pflegepraktischen Kongressen und Veranstaltungen zu sehen (44).

### **1.6.2 Gremien und beratende Tätigkeiten**

Auch im Jahr 2013 wurde durch Mitarbeitende des Standorts eine Vielzahl von beratenden Tätigkeiten bestritten. Frau Prof. Dr. Roes ist z.B. für den deutschen Pflegerat in diversen Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung (u.a. Qualitätsmanagement, Indikatoren, §63.3c SGB V) aktiv. Frau Dr. Margareta Halek ist seit 2013 Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des BMG Projektes „Bedürfnisse bei schwerer Demenz“.

Darüber hinaus bekleiden die Standortsprecherin und ihre Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen unterschiedliche Ämter in wissenschaftlichen Beiräten, Vorständen, Mitgliedschaften und Lenkungsausschüssen.

### **1.6.3 Die Jahrestagung**

Am 09. Oktober 2013 begrüßte der DZNE Standort Witten ca. 150 Interessierte zu seiner vierten Jahrestagung mit dem Titel „VERSORGUNGSSTRATEGIEN FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ – Selbstbestimmung und Lebensqualität“. Der Einstieg in die Thematik erfolgte über Vorträge, in denen die Thematik theoretisch beleuchtet wurde. Im Anschluss wurde dann in zehn sog. Zukunftcafés intensiv über Belange der Versorgungspraxis diskutiert. Abgerundet wurde der Tag durch eine Podiumsdiskussion in der Vertreter/Vertreterinnen aus Wissenschaft, Politik, Versorgungspraxis und der Betroffenen selber beteiligt waren. Zu seiner fünften Jahrestagung mit dem Titel „VERSORGUNGSSTRATEGIEN FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ - Nachhaltigkeit in Praxis und Forschung-“ lädt der Standort am 8. Oktober 2014 nach Witten ein.

## 1.7 Kooperationen

Im Anschluss an die Helmholtz POF Begutachtung des DZNE kam es am Standort Witten zu intensiven Bemühungen, belastbare Kooperationen zu den für den Bereich Versorgungsforschung zuständigen internationalen Reviewerinnen aufzubauen. Bis zum Ende des Jahres 2013 konnten erste Entwürfe für „Memoranda of Understanding“ mit der Universität Bradford (Prof. Dr. Murna Downs), der Penn State University (Prof. Dr. Ann Kolanowski) und der Radboud Universität Nijmegen (Prof. Dr. Myrra Vernooij Dassen) formuliert werden. In einem nächsten Schritt werden diese derzeit einer juristischen Prüfung unterzogen. Die Unterzeichnung einer verbindlichen Version ist für Mitte 2014 geplant.

International bestehen informelle Kooperationen zumeist mit Vertretern ausländischer Universitäten und Hochschulen wie z. B. der Universität Wien (Prof. Dr. Hanna Meyer), der Fachhochschule St. Gallen (Prof. Dr. Susi Saxer), der Bournemouth University (Prof. Dr. Anthea Innes) oder zum Institute of Veteran Affairs USA (Laura Damschroder). Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen des DZNE Witten sind zudem Mitglied in internationalen Kooperationsgruppen, wie z. B. in der „North Sea Dementia Research Group“, der „DCM International Implementation Group“ oder dem europäischen Forschungsnetzwerk „InterDem“.

Darüber hinaus steht der DZNE Standort Witten in enger Zusammenarbeit mit der Universität Witten/Herdecke als der kooperierenden Universität. Hier sind vor allem die Fakultät für Gesundheit zu nennen, im Besonderen das Department für Pflegewissenschaft, das Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin sowie der Lehrstuhl für Geriatrie.

Innerhalb des DZNE ist es vor allem der Standort Rostock/Greifswald mit den Schwerpunktarbeiten zur Versorgungsforschung in Greifswald, mit dem eine vielfältige Zusammenarbeit stattfindet. Andere Kooperationen erstrecken sich über das ganze Bundesgebiet z.B. der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), dem Koordinierungszentrum für klinische Studien des Universitätsklinikums Düsseldorf oder den Johanniter Seniorenhäuser GmbH.



## 2. Projekte

### 2.1 Psychosoziale Interventionen bei verschiedenen Stadien und Formen der Demenz

<b>Projekttitel</b>	<b>Alltag aus der Perspektive von Menschen mit einer Frontotemporalen Demenz (AspektFTD)</b>	<b>AspektFTD</b>
<b>Laufzeit</b>	2010-2014	
<b>Finanzierung</b>	DZNE	
<b>Vertrags-/Kooperationspartner</b>		
<b>Leitung/ Koordination</b>	Margareta Halek	
<b>Mitarbeiter/in</b>	Claudia Dinand, Sabine Ursula Nover, Daniela Holle (Systematisches Review)	

#### Einleitung:

Die Frontotemporale Demenz (FTD) gehört zu einer Gruppe neurodegenerativer Veränderungen, die unter der Bezeichnung der frontotemporalen Lobärdegenerationen (FTLD) zusammengefasst werden. Aufgrund der heterogenen Krankheitssymptomatik, die sowohl Veränderungen der Sprache und des Verhaltens betreffen können, scheint eine eindeutige und differenzierte Diagnosestellung besonders zu Beginn der Erkrankung schwierig. Angaben zur Prävalenz zeigen eine starke Variation von 2 - 31/100 000 Personen in der Altersgruppe der 45 bis 64-Jährigen. Die Krankheit beginnt frühestens im dritten, mit Ausdehnung in das neunte Lebensjahrzehnt, und verläuft oftmals progressiv. Die Lebenserwartung nach der Diagnosestellung schwankt zwischen 1,3 und 6,5 Jahren. Die verhaltensbezogene Variante der FTD gilt als die zweithäufigste frühbeginnende Demenzerkrankung.

Die Krankheitsausprägung differiert stark individuell und ist gekennzeichnet durch eine Veränderung der Persönlichkeit mit Auswirkung auf das Urteils- und Einfühlungsvermögen, eine häufig fehlende krankheitsbezogene Reflexivität und expressive Verhaltensweisen. Diese Veränderungen haben besondere Auswirkungen auf das nahe Umfeld, häufig einhergehend mit starker finanzieller Belastung und einer hohen emotionalen Anforderung an die Angehörigen.

Eine medikamentöse Behandlung gilt zurzeit noch als wenig erfolgversprechend. Über die Wirksamkeit psychosozialer Verfahren ist kaum etwas bekannt. Bestehende Versorgungsangebote





sind überwiegend für Menschen mit einer Alzheimer-Demenz konzipiert worden und scheinen für die besondere Problemlage von Menschen mit einer FTD nur eingeschränkt geeignet zu sein. Nur wenige Untersuchungen fokussieren auf die Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit einer FTD. Die Perspektive der Betroffenen fehlt.

**Ziel:**

Mithilfe dieser Untersuchung werden in einem ersten Schritt spezifische alltagsbezogene Bedürfnisse und Bedarfe aus der Perspektive von Menschen mit FTD und ihrer Angehörigen erfasst. Langfristiges Ziel ist es, daraus Interventionen abzuleiten und auf ihre Effektivität zu überprüfen.

**Fragestellungen:**

1. Wie erleben Menschen mit FTD ihren Alltag?
2. Welche Erfahrungen machen Angehörige von Menschen mit FTD im (gemeinsamen) Alltag?
3. Bieten die bestehenden Interventionen passgenaue Hilfen und angemessenen Beistand für Menschen mit FTD und ihre Angehörigen?

**Methoden:**

**1. Systematisches Review:**

Durchgeführt wurde eine systematische Literaturrecherche deutsch- und englischsprachiger Publikationen der Jahrgänge zwischen Januar 2000 und März 2012 zu Bedürfnissen/Bedarfen aus der Perspektive von Menschen mit FTD.

**2. Empirische Untersuchung:**

Im Zentrum der empirischen Untersuchung stehen Bedürfnisse und Bedarfe aus der Perspektive von Menschen mit FTD in ihrem häuslichen Umfeld.

Mithilfe eines fallbezogenen Vorgehens und einem ethnographischen Designs wurden in Abhängigkeit der Krankheitsausprägung problemzentrierte Interviews mit dem Menschen mit FTD und ihren Angehörigen (6 Fälle) geführt und durch ethnographische Gespräche und/oder videogestützte Beobachtungen im häuslichen Umfeld ergänzt.

Die Auswertung des Textmaterials erfolgt durch eine Narrations- und Inhaltsanalyse, die Videodaten werden mittels Videographie analysiert



## **Aktueller Stand:**

### **1. Systematisches Review:**

Es wurde keine Studie gefunden, in der Bedürfnisse und Bedarfe aus Sicht der MmFTD beschrieben werden. Gründe für diese Forschungslücke sind in der Besonderheit der Erkrankung als auch einer methodischen Herausforderung zu sehen. Das Manuskript ist zur Publikation eingereicht.

### **2. Empirische Untersuchung:**

Das empirische Projekt ist als erster Schritt zu verstehen, die obengenannte Forschungslücke zu schließen. Das Projekt befindet sich in der Phase der Datenanalyse. Ergebnisse sind Mitte des Jahres zu erwarten.

## **Ergebnisse:**

Die Ergebnisse sollen Hinweise auf geeignete Interventionen liefern, die in weitergehenden Studien entwickelt und evaluiert werden sollen

## **Dissemination der Projektergebnisse:**

### **Tagungen/Kongresse:**

Nover, S. U. (15.05.2013). Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit FTD – Stand der Forschung. 9. Bremer Pflegekongress.

Nover, S. U. (20.09.2013). Selbstäußerungen von Menschen mit Demenz verstehen – methodische Probleme, methodologische Konzepte, praktische Lösungsperspektiven. DGGG-Kongress, Ulm.

### **Veröffentlichungen (inkl. Berichte):**

In Vorbereitung



<b>Projekttitel</b>	<b>Fallbesprechung bei Demenz</b>	<b>FallDem</b>
<b>Laufzeit</b>	2010-2015	
<b>Finanzierung</b>	DZNE / Stiftung Wohlfahrtspflege	
<b>Vertrags-/ Kooperations- partner</b>	Kaiserswerther Diakonie Bereich Bildung und Erziehung Kaiserswerther Seminare	
<b>Leitung/ Koordination</b>	Margareta Halek (Projektleitung) Daniela Holle (Projektkoordination)	
<b>Mitarbeiter/in</b>	Sven Reuther, Ines Buscher, René Müller, Tina Quasdorf und Martina Roes (Implementierung und Prozessevaluation, seit 2014)	

### **Einleitung:**

Studien belegen, dass 11 bis 65 Prozent der Bewohner/Bewohnerinnen der Einrichtungen der stationären Altenhilfe herausfordernde Verhaltensweisen wie beispielsweise Aggressivität, Schreien, Apathie oder zielloses Herumirren im Verlauf ihrer Demenzerkrankung zeigen. Das Verhalten kann für die Betroffenen selbst und für die Umwelt sowie Pflegenden sehr belastend sein. Die Anwendung von Fallbesprechungen wird in Deutschland für den professionellen Umgang bei Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten für Pflegende von Seiten der gesetzlichen Prüfinstanzen für Altenpflegeheime empfohlen. Klare Konzepte für die Durchführung von Fallbesprechungen und für deren Implementierung in den Pflegealltag fehlen jedoch. Auch ein eindeutiger Effektivitätsnachweis hinsichtlich der Wirksamkeit von Fallbesprechungen fehlt bislang. Das Projekt Fallbesprechung bei Demenz (FallDem) hat deshalb zum Ziel, praxisnahe Fallbesprechungsmodelle für Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten zu entwickeln und auf dessen Wirksamkeit hin zu überprüfen.

### **Fragestellungen:**

1. Welchen Einfluss hat eine assessmentgestützte Fallbesprechung im Vergleich zur Kontrollgruppe und zu einer narrativen Fallbesprechung auf das herausfordernde Verhalten und die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und auf das Belastungserleben der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen und der Pflegenden?
2. Welche Faktoren fördern und hemmen die Implementierung einer assessmentgestützten Fallbesprechung im Vergleich zu einer narrativen Fallbesprechung?



3. Welche Lernprozesse finden innerhalb einer assessmentgestützten Fallbesprechung im Vergleich zu einer narrativen Fallbesprechung statt?

### **Methoden:**

Das Projekt ist in zwei Phasen aufgeteilt. In einer ersten Phase - der Interventionsentwicklung - erfolgt die Entwicklung der beiden Fallbesprechungsmodelle auf Grundlage einer systematischen Literaturstudie und einer sich anschließenden Expertenbefragung und Expertendiskussion. In einer zweiten Phase – der Interventionsstudie - werden nun die beiden Fallbesprechungsmodelle in 12 Einrichtungen der stationären Altenpflege implementiert und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit auf Bewohner/Bewohnerinnen und der sie betreuenden Pflegenden evaluiert. Hierbei wird auf das Stepped-Wedge Design zurückgegriffen. Das Stepped-Wedge Design ist eine besondere Form des Cross Over Designs und stellt eine methodische Alternative gegenüber herkömmlichen Cluster Randomisierten Studien dar. Es wird eine Vollerhebung der teilnehmenden Wohnbereiche angestrebt.

### **Stichprobenkalkulation:**

Basierend auf den Ergebnissen einer Vorstudie wurde eine Stichprobengröße mittels Powerkalkulation von insgesamt 360 (300+60 Dropout) Bewohnern/Bewohnerinnen für die Studie berechnet.

### **Das primäre Outcome:**

1. herausfordernde Verhalten der Menschen mit Demenz (Neuropsychiatric Inventory-Version Altenheim - NPI-NH).

### **Sekundäre Outcomes:**

2. Lebensqualität der Menschen mit Demenz (Qualidem).
3. Kompetenzentwicklung der Pflegenden (Kompetenz – Reflektions – Inventar: KRI).
4. Belastungserleben der Pflegenden allgemein und in der konkreten Versorgung mit Menschen mit Demenz durch den Copenhagen Burnout Inventory (CBI) und Belastung bei Demenz (BelaDem)

Die Interventionsstudie wird durch eine Prozessevaluation begleitet, um die Lernprozesse und Einflussfaktoren auf die Implementierung der beiden Fallbesprechungskonzepte zu analysieren (standardisierten Erhebungsinstrumentes, leitfadengestützten Kurzinterviews und Fallbesprechungsprotokolle). Für die Dokumentation des Lernprozesses Audioaufzeichnung von Fallbesprechungen und Feedbackinterviews aus einer Subgruppe genutzt.



### **Aktueller Stand:**

1. Entwicklung und Pilotierung von zwei Fallbesprechungsmodellen. Gemeinsam ist beiden Fallbesprechungsmodellen, dass sie sich jeweils an einer festgelegten Ablauf- und Rollenstruktur orientieren. Unterschiede ergeben sich im Grad der Standardisierung nach den Ursachen des herausfordernden Verhaltens. Innerhalb des Narrativen Modells erfolgt die Ursachensuche mittels freier Assoziation durch die Teammitglieder. In der assessmentgestützten Fallbesprechung erfolgt das Verstehen des herausfordernden Verhaltens innerhalb des Teams mit Hilfe des Innovativen Demenzorientierten Assessment – Instrumentes (IdA).
2. Abschluss der Baselineerhebung (T0): Insgesamt konnten von 362 Bewohnern/Bewohnerinnen und von 243 Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen aus den 12 Einrichtungen Daten erfasst werden.
3. Beginn der Interventionsphase.
4. Beginn der Datenerhebung T1.
5. Durchführung von qualitativen Interviews in den Einrichtungen im Rahmen der Prozessevaluation.

### **Ergebnisse:**

Entwicklung eines neuen Analyseverfahrens mit Hilfe der Bayesian – Statistik innerhalb des Stepped-Wedge Designs.

### **Dissemination der Projektergebnisse:**

#### **Tagungen/ Kongresse:**

Abstract für einen Vortrag auf der ADI Konferenz im Mai 2014 eingereicht



<b>Projekttitlel</b>	<b>Gestisch-kommunikatives Handeln als Bindeglied zwischen Sprache und Handeln bei Menschen mit Demenz</b>	<b>GesKom</b>
<b>Laufzeit</b>	2011-2014	
<b>Finanzierung</b>	DZNE	
<b>Vertrags-/ Kooperationspartner</b>	Sabine Bartholomeyczik am Department für Pflegewissenschaft Fakultät für Gesundheit, Universität Witten-Herdecke	
<b>Leitung/Koordination</b>	Martina Roes	
<b>Mitarbeiter/in</b>	Beatrix Döttlinger	

### **Einleitung:**

Ziel dieser Studie ist, die inkorporierte Handlungsroutine von Pflegeexperten/Pflegeexpertinnen für wahrnehmungsbeeinträchtigte Menschen zu gestisch-kommunikativen Handlungen zu erkunden. Herausgearbeitet werden soll die handlungspraktische Sicht, d. h. „**wie**“ sich die verbale und nonverbale Interaktionsbeziehung gestaltet. Die Untersuchung soll die theoretischen und handlungspraktischen Kenntnisse zur nonverbalen Kommunikation bei Menschen mit schwerer Demenz erweitern, um deren Selbstbestimmung zu fördern und ihre Abhängigkeit zu verringern. Aktuell liegen keine empirischen Studien hierzu vor.

### **Fragestellung:**

Wie gestaltet sich die verbale und nonverbale Interaktion zwischen Pflegenden und Menschen mit fortgeschrittener Demenz, wenn die Pflegenden durch symbolische Spiegelung einer Geste eine Handlung sinnbildlich darstellen, mit dem Ziel, die zu pflegende Person dahin zu führen, die damit verbundene Handlung eigenaktiv umsetzen zu können?

### **Methoden:**

Rekonstruktiv-praxeologischer Forschungsansatz. Die videografisch angelegte Untersuchung folgt den Prinzipien der dokumentarischen Interpretation nach Bohnsack; Elemente aus der Grounded Theory werden einbezogen.

Stichprobe/Setting: Pflegerische Handlungssituationen und –interaktionen bei gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens mit an schwerer Demenz erkrankten Menschen und Pflegefachkräften für wahrnehmungsveränderte Menschen, die Erfahrungen mit gestisch-kommunikativen Handeln bei Menschen mit schwerer Demenz besitzen.



### **Aktueller Stand:**

Eine Pilotphase wurde durchgeführt. Eine Videoauswertungsmaske mit dem Videotranskriptionssystem EIAN wurde modifiziert und erstellt. Die Datenerhebung von sechs Fällen wurde durchgeführt.

Der Zentrale Fall wurde in vier Arbeitsschritten mikroanalytisch analysiert. Merkmale des zentralen Falles sind in der Ergebnisdarstellung.

### **Ergebnisse:**

Die *kommunikative Verantwortung* bei gestisch-kommunikativem Handeln liegt bei der Pflegenden. Diese zeichnet sich durch folgende Merkmale aus: Visuelle schwebende Wachsamkeit/Aufmerksamkeit; unmittelbare Reaktionsbereitschaft; Synchronisieren „affect attunement“; vorausschauend Simulieren.

Der *Sprecherwechsel* zeichnet sich durch folgende Merkmale aus: Visuelle schwebende Wachsamkeit/Aufmerksamkeit; körperlich inne halten; wartende Haltung, Zeit geben; körperlich Ruhe ausstrahlen; Geste-Lächeln.

Die Ergebnisdarstellung ist noch nicht abgeschlossen, es wurden noch zwei weitere Orientierungsrahmen durch die empirische Analyse identifiziert. Diese lauten: *Gestische/verbale Handlungsaufforderung und –kommunikation; Begleitung der Handlungsumsetzung – Reformulierung.*

### **Erwartete Ergebnisse:**

Erkunden, ob aus diesen empirisch analysierten Merkmalen dieser Art der nonverbalen Kommunikation ein Lernkonzept entwickelt werden kann, damit diese Art der Pflege gezielter an Pflegenden vermittelt werden kann.

### **Nächste Schritte:**

Bezogen auf die nächsten Meilensteine:

Ein Vergleichsfall wurde identifiziert und zur Analyse vorbereitet.

### **Dissemination der Projektergebnisse:**

#### **Tagungen/ Kongresse:**

Döttlinger, B. (20.09.2013). Selbstäußerungen von MmD verstehen – methodische Probleme, methodische Konzepte, praktische Lösungsperspektiven. DGGG-Kongress, Ulm.

Döttlinger, B. (13.11.2013). Was tun, wenn Worte ihre Bedeutung verlieren und der Alltag trotzdem bewältigt werden muss? KDA, Motivation durch gestische Kommunikation Köln.



<b>Projekttitel</b>	<b>Begriffsanalyse des herausfordernden Verhaltens von Menschen mit Demenz</b>	<b>HerVer</b>
<b>Laufzeit</b>	2012-2015	
<b>Finanzierung</b>	DZNE	
<b>Vertrags-/Kooperationspartner</b>		
<b>Leitung/Koordination</b>	Margareta Halek	
<b>Mitarbeiter/in</b>	Daniela Holle, Martin N. Dichter, Sabine Nover, Claudia Dinand, Erika Sirsch, Marjan Laekeman, Sven Reuther, Rabea Graf, Ines Buscher (bis 2013), Lena Köller (bis 2013)	

### **Einleitung:**

Das herausfordernde Verhalten hat eine wesentliche Bedeutung in der Versorgung von Menschen mit Demenz. Dieses Verhalten ist auch ein zentrales Outcome der psycho-sozialen Interventionen. Die Benennung, Beschreibung und die Definition von herausforderndem Verhalten ist sowohl in der Praxis als auch in der Forschung uneinheitlich und das Verhältnis zu anderen ähnlichen Konzepten unklar. Hauptmerkmale des Konzeptes sind vage, da unklar ist, aus welcher Perspektive das Phänomen betrachtet und bewertet wird. Ziel dieser Konzeptanalyse ist die Klärung des Begriffes „herausforderndes Verhalten“.

### **Fragestellungen:**

1. Wie entwickelt sich die Definition des Begriffes „herausforderndes Verhalten“ im zeitlichen Verlauf?
2. Wie wird herausforderndes Verhalten zurzeit definiert?
3. Welchen Einfluss haben die unterschiedlichen Disziplinen auf die Definition des Begriffes?
4. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede haben das „herausfordernde Verhalten“ und ähnliche Konzepte/Synonyme?

### **Methoden:**

Die Bedeutung des Begriffes „herausforderndes Verhalten“ verändert sich im Verlauf der Zeit, weil sich die Betrachtungsweise auf das Phänomen verändert und stark von dem aktuellen Paradigma der Versorgung von Menschen mit Demenz abhängt. Die evolutionäre Konzeptanalyse nach Rogers (2000) folgt dieser zeitlichen Instabilität von Phänomenen und geht davon aus, dass





Konzepte/Begriffe sich ständig weiterentwickeln und verändern. Diese Methode erlaubt die Bestimmung des Begriffes im Hinblick auf seine Bedeutung, Verwendung und Anwendung im Verlauf der Zeit.

Die Konzeptanalyse beinhaltet folgende Schritte:

1. Konzept identifizieren.
2. Surrogate und ähnliche Begriffe identifizieren.
3. Datengrundlage identifizieren und angemessene Stichprobe bestimmen. Systematisch mindestens 20 % der relevanten Literatur einer Disziplin innerhalb eines breiten Zeitraumes auswählen.
4. Eigenschaften des Konzepts identifizieren.
5. Referenzen, Vorbedingungen und Konsequenzen, wenn möglich, identifizieren.
6. Modellfall identifizieren.

Die Suchbegriffe wurden dreigliedrig kombiniert, indem herausforderndes Verhalten, Demenz sowie deren verwandten Begrifflichkeiten und die interessierenden Publikationsarten wie Reviews, Konzeptanalysen, Diskussionsartikel oder theoretische Abhandlungen verknüpft wurden. Um die Suchstrategie auf ihre Praktikabilität zu prüfen und anzupassen wurde zunächst eine erste PubMed-Recherche durchgeführt. Die zunächst über n=19.014 Suchergebnisse konnten nach der Überarbeitung der Suchstrategie reduziert werden. Somit konnten durch eine Literatursuche in Cinahl (n=890), PubMed (n=3.475), Psycinfo (n=1.263), Cochrane Library (n=178) abzüglich der Duplikate (n=5.257) Artikel identifiziert werden. Die Recherche umfasste einen Zeitraum bis einschließlich Oktober 2012. Nach erfolgter Suche wurde die Trefferanzahl um Journals derjenigen Disziplinen reduziert, die keine oder kaum eine Rolle bei der parallel durchgeführten Disziplinen Recherche gespielt haben. Diese Recherche identifizierte die prominentesten Disziplinen in der herausfordernde Verhaltensweisen eine wichtige Rolle spielen. Nach dieser Eingrenzung (n=3.380) erfolgte ein Titel-Abstract-Screening. Auch bei der Artikelauswahl wurde sich an Rogers (2000) „evolutionary concept analysis“ orientiert, weshalb nach der Maxime verfahren wurde, je Disziplin mindestens 20% der Gesamtartikelbasis oder 30 Artikel einzu beziehen. Die im Titel-Abstract-Screening als relevant bewerteten Publikationen (n=231) wurden in einer ersten 20%-Selektions-Runde mit n=48 Artikeln tiefergehend analysiert. Nach dieser ersten Verfahrenstestung, wurde in den daran anschließenden Selektionsrunden versucht mindestens 30 als „relevant“ bewertete Artikel je Hauptdisziplinen Medizin, Pflege, Psychiatrie zu



extrahieren. Diese wurden in die Volltextanalyse mittels MAXQDA einbezogen und werden derzeit durch die Projektmitarbeiter/Projektmitarbeiterinnen analysiert.

**Aktueller Stand:**

Zurzeit findet die Analyse der Volltexte statt, die bis zum Sommer beendet werden soll.

**Ergebnisse:**

Als Ergebnis des Projektes steht eine interdisziplinäre Konzeptklärung und Beschreibung für das Konzept „herausforderndes Verhalten“ zur Verfügung. Dies kann ein Ausgangspunkt für Modifikation bzw. Entwicklung von Assessmentinstrumenten sein und Ansätze für weitere psycho-soziale Interventionen liefern.



<b>Projekttitel</b>	<b>Englische Übersetzung des Innovativen demenzorientierten Assessmentsystems (IdA)</b>	<b>IdA-E</b>
<b>Laufzeit</b>	2012-2013	
<b>Finanzierung</b>	DZNE	
<b>Vertrags-/ Kooperationspartner</b>		
<b>Leitung/ Koordination</b>	Margareta Halek (Projektleitung) Daniela Holle (Projektkoordination)	
<b>Mitarbeiter/in</b>	Matthias Zischka (bis Ende Oktober 2012) Externe Übersetzerinnen: Gabriele Kreutzner, Katharina Lex, MScN	

### **Einleitung:**

Das innovative demenzorientierte Assessment System (IdA) leitet Pflegende systematisch durch den Prozess der Ursachensuche nach potentiellen Triggern und Auslösern von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz. IdA wurde auf Grundlage des „Bedürfnisbedingten Verhaltensmodells (NDB-Modell)“ entwickelt und in Bezug auf seine Praktikabilität, Inhalts- und Konstruktvalidität in verschiedenen stationären Altenhilfeeinrichtungen in Deutschland getestet. IdA wird als Leitfaden für Teamgespräche und demenzspezifischen Fallbesprechungen empfohlen.

Bislang war die Anwendung von IdA jedoch auf den deutschsprachigen Kontext begrenzt, da das Instrument lediglich in deutscher Sprache vorlag.

Ziel des Projektes IdA-E war die Übersetzung von IdA ins Englische als einen ersten Schritt, um IdA auch für die Anwendung in englischsprachigen Ländern zur Verfügung zu stellen.

### **Methoden:**

Die Übersetzung von IdA wurde in Anlehnung an den Übersetzungsprozess von ISPOR (International Society of Pharmacoeconomics and Outcome Research) durchgeführt:

1. *Vorbereitung:* Die Einverständnis zur Verwendung und Übersetzung von IdA wurde eingeholt und die Entwicklerin von IdA in den Übersetzungsprozess eingebunden. Informationen zur Konzeption der Items in IdA wurden zusammengetragen, mit der Entwicklerin diskutiert und anschließend in einem Manual für die Übersetzerinnen zusammengefasst.



Zwei Übersetzerinnen mit Expertise in den Bereichen Pflege und Demenz konnten für die Übersetzung gewonnen werden.

2. *Vorwärtsübersetzung:* IdA wurde unabhängig von zwei Übersetzerinnen vom Deutschen (Quellsprache) ins Englische (Zielsprache) übersetzt.
3. *Harmonisierung:* Die Vorwärtsübersetzungen wurden zu einer gemeinsamen Vorwärtsübersetzung zusammengeführt. Unstimmigkeiten zwischen den zwei Übersetzungen oder der Originalversion von IdA und den Übersetzungen wurden mit der Entwicklerin von IdA und den beiden Übersetzerinnen diskutiert.
4. *Rückübersetzung:* Die Rückübersetzungen der konsentierten englischen Version von IdA erfolgten durch dieselben Übersetzerinnen, die zuvor die Vorwärtsübersetzung vorgenommen hatten.
5. *Harmonisierung:* Rückübersetzungen wurden mit der Originalversion von IdA abgeglichen, um die konzeptuelle Äquivalenz der Items in IdA zu gewährleisten. Unstimmigkeiten zwischen den Rückübersetzungen oder zwischen den Rückübersetzungen und der Originalversion von IdA wurden mit der Entwicklerin von IdA und den Übersetzerinnen diskutiert.
6. *Kognitive Debriefing:* Das kognitive Debriefing der finalen englischen Übersetzung von IdA erfolgte mit zwei Pflegefachkräften aus Großbritannien, die repräsentativ für die Zielpopulation von IdA waren. Das Kognitive Debriefing wurde durchgeführt, um die Verständlichkeit der englischen Version von IdA zu bewerten und zugleich Items zu identifizieren, die auf konzeptioneller Ebene nicht identisch waren mit den Originalitems in IdA.

Ein ergänzendes IdA-Manual wurde ausschließlich im Vorwärtsübersetzungsprozess mit anschließender Harmonisierung ins Englische übersetzt.

#### **Aktueller Stand:**

abgeschlossen.

#### **Ergebnisse:**

Eine englische Version von IdA steht jetzt zur Anwendung in der Pflegewissenschaft und der Pflegepraxis zur Verfügung. Es hat sich als wichtig herausgestellt, dass beide Übersetzerinnen vor Beginn der Übersetzungsprozess über die zugrunde liegenden Konzepte von IdA informiert waren und jedes Item in IdA in Detail in einem Manual zuvor beschrieben wurden. Als weiteren Vorteil hat sich die Expertise der beiden Übersetzerinnen in den Bereichen Pflege und Demenz



erwiesen. Die Harmonisierungsprozesse waren sehr zeitaufwendig und dauerten länger als erwartet.

Die Übersetzung von IdA ist als erster Schritt der Adaption von Ida für den Gebrauch in einem englisch sprachigen Land zu bewerten. Es bedarf weiterer Pilotstudien zu IdA innerhalb des Landes, indem IdA zur Anwendung kommen soll, um seine sprachliche Angemessenheit als auch seine Face- und Inhaltsvalidität zu überprüfen. Zusätzlich bedarf es psychometrischer Testungen, die die wissenschaftliche Güte von IdA in dem jeweiligen Zielland überprüft.

### **Dissemination der Projektergebnisse:**

#### **Tagungen/ Kongresse:**

Holle D.; Zischka, M. & Halek, M. (12.10.2013). English translation of an assessment for identifying triggers and causes of dementia related challenging behaviour IdA. 23rd Alzheimer Europe Conference - Living well in a dementia-friendly society, Malta.



<b>Projekttitlel</b>	<b>Leben-QD – Lebensqualität von Menschen mit Demenz stärken</b>	<b>Leben-QD</b>
<b>Laufzeit</b>	2010-2013	
<b>Finanzierung</b>	DZNE/Johanniter Seniorenhäuser GmbH	
<b>Vertrags-/Kooperationspartner</b>	Johanniter Seniorenhäuser GmbH	
<b>Leitung/Koordination</b>	Margareta Halek	
<b>Mitarbeiter/in</b>	Christine Riesner, Martin Dichter, Tina Quasdorf, Olga Dortmann (Statistik)	

### **Einleitung:**

Die Förderung und der Erhalt der Lebensqualität und des Wohlbefindens ist ein zentrales Ziel der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz. Mit Dementia Care Mapping (DCM) wird das Ziel verfolgt, das relative Wohlbefinden von Menschen mit Demenz durch die Implementierung personenzentrierter Pflege zu erfassen und zu steigern. Über die Effektivität und über die fördernden und hemmenden Faktoren der Implementierung von DCM in der deutschen Altenhilfe ist wenig bekannt.

### **Ziel:**

Ziel des Projektes LebenQD-II ist es, Aussagen zu Effektivität und Bedingungen der Implementierung personenzentrierter Pflege unter Anwendung von Dementia Care Mapping (DCM) in Wohnbereichen der stationären Altenpflege zu treffen.

### **Fragestellungen:**

1. Zeigt die DCM-Implementierung positive Effekte bezüglich der Lebensqualität und des herausfordernden Verhaltens von Bewohnern/Bewohnerinnen mit Demenz?
2. Zeigt die DCM Implementierung positive Effekte bezüglich der Einstellungen und Haltung von Pflegenden sowie deren Arbeitszufriedenheit und Burnout?
3. Inwieweit konnte die Intervention DCM in den teilnehmenden Einrichtungen implementiert werden?
4. Welche fördernden und hemmenden Einflussfaktoren des Implementierungsprozesses lassen sich identifizieren?
5. Welche Kosten entstehen im Rahmen der DCM Implementierung und wie hoch sind diese im Vergleich zu den beiden Vergleichsgruppen?



## **Methoden:**

### **Design:**

In der Studie wird die DCM-Implementierung in den Wohnbereichen der stationären Altenhilfe anhand eines quasi-experimentellen Designs evaluiert.

### **Stichprobe/ Setting:**

Neun Einrichtungen der Johanniter Seniorenhäuser GmbH nehmen mit jeweils einem Wohnbereich an der Studie teil, die in drei Untersuchungsgruppen je 3 Wohnbereiche aufgeteilt wurden:

#### Interventionsgruppe:

DCM wird erstmalig eingeführt und angewendet.

#### Vergleichsgruppe A:

Einführung eines kurzen Fremdeinschätzungsinstrumentes zur Lebensqualität QUALIDEM.

#### Vergleichsgruppe B:

Fortführung von DCM, welches bereits seit einigen Jahren implementiert ist.

Die Datenerhebung erfolgte zu 3 verschiedenen Zeitpunkten:

T0 – vor Beginn, T1 – 6 Monate und T2 – 18 Monate nach der Intervention.

Anteilig erfolgte die Erhebung der Daten zur 3. und 4. Forschungsfrage während der Interventionsphasen.

Die Untersuchung der Effektivität erfolgt im Studienverlauf getrennt von der Untersuchung der Implementierung. Durch die Verblindung der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen gegenüber dem jeweils anderen Untersuchungsteil wird die Einflussnahme ungewollter Vorannahmen auf die Ergebnisse vermieden.

### **Zielvariablen:**

Für die erste Forschungsfrage ist die Lebensqualität des Bewohners/der Bewohnerin (QoL-AD) das Primäre Outcome. Sekundäre Outcomes sind herausforderndes Verhalten (NPI-NH) und Lebensqualität (QUALIDEM). Mitarbeiterbezogenes primäres Outcome der zweiten Forschungsfrage ist Haltung und Einstellung zur Demenz (ADQ). Sekundäre Outcomes sind Arbeitszufriedenheit (COPSOQ) und Burnout (CBI).

Die dritte Forschungsfrage zu Merkmalen einer gelungenen Implementierung wird theoriegeleitet mit einem Set verschiedener Daten erfasst: Prozessdokumente zur Abbildung der in der DCM-Methode enthaltenen Prozessschritte, Interviewdaten, schriftliche Mitarbeiterbefra-



gung/Mitarbeiterinnenbefragung, Veränderungen in der Pflegedokumentation, demenzgerechtes Milieu (DMA), DCM Daten.

Die vierte Forschungsfrage zu fördernden und hemmenden Einflussfaktoren der Implementierung wird ebenfalls theoriegeleitet (CFIR) unter Nutzung unterschiedlicher Daten erfasst (Haltung und Einstellung zur Demenz (ADQ) vor der Implementierung, Interaktion im Team (SYMLOG), Interviewdaten, schriftliche Mitarbeiterbefragung/Mitarbeiterinnenbefragung, Organisationsfaktoren (DIQ)).

Die fünfte Forschungsfrage wird durch die Analyse der im Implementierungsprozess (DCM/QUALIDEM) entstandenen Kosten beantwortet.

#### **Skizzierung der Auswertung:**

Die Datenanalysen wurden zuerst separat für die Forschungsteile der Effektmessung und der Implementierungsforschung durchgeführt und anschließend zusammengeführt.

#### **Aktueller Stand:**

Die Basiserhebung der Hauptstudie fand im Herbst 2011 statt, T1 erfolgte im Februar/ März 2012. Die Abschlusserhebung fand zwischen Januar 2013 und März 2013 statt. In die Studie konnten insgesamt n=234 Bewohner/Bewohnerinnen und n=201 Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen eingeschlossen werden. Von 81 Bewohnern/Bewohnerinnen und 25 Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen liegen dreifache Beobachtungen vor. Für die Evaluation des Implementierungsprozesses (Forschungsfrage 3 und 4) wurden im Projektverlauf n=27 Interviews mit Mitarbeitenden geführt, n=18 Wohnbereichsbegehungen (DMA) durchgeführt, n=81 Bewohnerdokumentationen analysiert, n=24 Beobachtungen der Feedbackgespräche/Fallbesprechungen (SYMLOG) durchgeführt. Es konnten außerdem n=111 Mitarbeiterfragebögen/ Mitarbeiterinnenfragebögen aus T2 sowie n=63 Organisationsfragebögen (DIQ) für die Prozessevaluation genutzt werden.

#### **Ergebnisse:**

Die Erkenntnisse aus dieser Pilotstudie liefern Hinweise für die potentiellen Effekte von DCM und QualiDem. Diese können z.B. für die Planung einer randomisiert kontrollierten Studie genutzt werden.

Ergebnisse zur erfolgreichen Implementierung von DCM und Qualidem und zu Einflussfaktoren werden in weitere Implementierungsvorhaben der Praxis und der Forschung einfließen





### **Nächste Schritte:**

Die Leben-QD Studie befindet sich in der Phase der Fertigstellung des Abschlussberichtes und mehrerer Artikel.

### **Dissemination der Projektergebnisse:**

#### **Tagungen/ Kongresse:**

Quasdorf, T. (22.02.2013). (Pflege-)Teams und ihre Eigenschaften: Wie nehmen sie Einfluss auf den Disseminations und Implementierungsprozess? 2. Fachtagung der DGP, Mainz.

Quasdorf, T. (16.05.2013). Die Bedeutung des Teams im Implementierungsprozess – ein multimethodischer Ansatz. 9. Deutscher Pflegekongress & Deutscher Wundkongress, Bremen.

#### **Veröffentlichungen (inkl. Berichte):**

Halek, M.; Dichter, M.; Quasdorf, T.; Riesner, C. & Bartholomeyczik, S. (2013). The effects of dementia care mapping on nursing home residents' quality of life and staff attitudes: design of the quasi-experimental study Leben-QD II. *BMC Geriatrics*, 13(1), 53.

Quasdorf, T.; Hoben, M.; Riesner, C.; Dichter, M. N. & Halek, M. (2013). Einflussfaktoren in Disseminations- und Implementierungsprozessen [Influencing factors in dissemination and implementation processes]. *Pflege & Gesellschaft*, 18(3), 235-252.

Quasdorf, T.; Riesner, C.; Dichter, M. & Halek, M. (2013). Die Bedeutung des Teams im Implementierungsprozess - ein multimethodischer Ansatz. In Sabine Bartholomeyczik & Bernd Albers (Eds.), *Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz - von der Fragmentierung zur Vernetzung!?* - Tagungsband der 3. DZNE Jahrestagung vom 10.10.2012 in Witten: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) Standort Witten.



<b>Projekttitel</b>	<b>Entscheidungsfindung zur Selbst- oder Fremdeinschätzung von Schmerz bei Menschen mit mittelschwerer Demenz im Akutkrankenhaus</b>	<b>SmeDeK</b>
<b>Laufzeit</b>	2009-2013	
<b>Finanzierung</b>	DZNE	
<b>Vertrags-/Kooperationspartner</b>	Sabine Bartholomeyczik am Department für Pflegewissenschaft Fakultät für Gesundheit, Universität Witten-Herdecke	
<b>Leitung/Koordination</b>	Margareta Halek	
<b>Mitarbeiter/in</b>	Erika Sirsch	

### **Einleitung:**

Pflegende betreuen zunehmend ältere Patienten/Patientinnen, die auch in einem zunehmenden Maße an Demenz leiden. Diese Personen benötigen bei fortschreitender Erkrankung zu einem angemessenen Schmerzassessment ergänzende Verfahren. Der Einsatz von systematischer Fremdeinschätzung wird seit Jahren empfohlen, allerdings fehlen konkrete Empfehlungen, ab wann diese zum Einsatz kommen sollen. Ziel der Arbeit war die Entwicklung eines Leitfadens, der die Entscheidung zum Einsatz einer Selbst- und Fremdeinschätzung bei dieser Gruppe unterstützt.

### **Methoden:**

Es handelt sich um die Entwicklung einer komplexen Intervention nach Grypdonck, methodisch orientiert an der ethnografischen Lebensweltanalyse. In der *Phase I.* erfolgte mittels eines Integrativen Reviews die Definition und Analyse des Problems und der Bedürfnisseinschätzung. Daran schloss sich in der *Phase II.* zur Überprüfung der Praxis mittels Methodentriangulation an. Dazu erfolgten teilnehmende Beobachtungen auf jeweils einer chirurgischen, internistischen und Spezialstation zur Betreuung von Patient/Patientinnen mit Demenz. Es konnten 70 Beobachtungseinheiten untersucht werden. Ergänzt durch sieben Gruppendiskussionen in fünf Kliniken, in denen ein unterschiedlich definiertes und entwickeltes Schmerzmanagement implementiert war. In der *Phase III.* wurde auf dieser Basis ein Konzept zur pflegerischen Entscheidungsfindung von Selbst- und Fremdeinschätzung in Form eines Ablaufmodells und eines Leitfadens entwickelt.



### **Aktueller Stand:**

Die Literaturanalyse in der Phase I. zeigte gestufte Modelle zum Ablauf des Assessment ohne empirische Überprüfung sowie zu berücksichtigende Schlüsselphänomene wie Kognition, Co-Morbiditäten oder der Status der Mobilität. Ergebnisse der Phase II. zeigten als den zentralen Prozess der Schmerzkommunikation: die „Aussendung“ von Schmerzausdruck durch die Patientinnen und die „Entgegennahme und die Interpretation“ dieses Ausdrucks durch die Pflegenden. War dieser Kernprozess im Abgleich des Schmerzausdrucks mit der Beobachtung und Interpretation dieses Schmerzausdrucks durch Pflegende gestört, unterblieb eine Einschätzung des Schmerzes. Störungen wurden u. a. verursacht durch Wissensdefizite und unklare Rollensreibungen der Pflegenden. Einen besonderen Einfluss hatten hemmende Rahmenbedingungen, wie nicht aktuelle Regelungen oder die Orientierung an anderen Zielgruppen. In der Phase III. wurde ein Screening Tool [Screening Tool for Decisions-Making on Pain Assessment for People with Dementia in Hospital (See-Pain)] zur Entscheidungsfindung entwickelt. Die Entscheidungsfindung folgt keinem Algorithmus, sondern basiert auf pflegerischer Diagnostik, die durch die Instrumentarien zur Entscheidungsfindung unterstützt wird.

Abschlussbericht in Form einer Dissertationsarbeit in der Finalisierung. Publikationen dazu in Vorbereitung.

Weitere Schritte das Screening Tool [Screening Tool for Decisions-Making on Pain Assessment for People with Dementia in Hospital (See-Pain)] in einer Validierungsstudie (Phase IV) zu überprüfen sind in Vorbereitung.

### **Dissemination der Projektergebnisse:**

#### **Tagungen/ Kongresse:**

Sirsch, E. (11.05.2013). Selbst- & Fremdeinschätzung im Krankenhaus – wie entscheiden wir das?  
Effektives Schmerzmanagement im Krankenhaus - 10 Jahre Erfahrungen aus Deutschland und Österreich, Berlin

Sirsch, E. (15.06.2013). Geriatrische Patienten – was gibt es zu bedenken Schmerzassessment bei Senioren und dementen Patienten. Schmerz und Funktion Kongress zu 50-jährigen Bestehen der Klinik für Manuelle Therapie Hamm, Hamm.

Sirsch, E. (23.-27.06.2013). Pain assessment in people with cognitive impairment- a challenging task in hospitals 20 IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, Seoul, Korea



- Sirsch, E. (20.09.2013). Kommunikation in der Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus Gemeinsamen Jahrestagung der Sektion III: Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie und der Sektion IV: Soziale Gerontologie und Altenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) „Alter(n)lernen“, Ulm
- Sirsch, E. (25.10.2013). Schmerzmanagement bei alten Menschen - Do's and Don'ts im Krankenhaus. Deutscher Schmerzkongress 2013, Hamburg
- Sirsch, E. (26.10.2013). Selbst- oder Fremdeinschätzung in der Schmerzerfassung - Erfahrungen aus dem Akutkrankenhaus. Deutscher Schmerzkongress 2013, Hamburg
- Sirsch, E. (16.11.2013). Wie erkennen wir Schmerz bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus? Entscheidungshilfe bei der Fremdeinschätzung Bremer Pflegekongress, Bremen
- Sirsch, E. (27.11.2013). Schmerzmanagement im Krankenhaus mit Demenz-Patienten. Überregionale Fachtagung: Schmerz, Weingarten
- Sirsch, E.; Halek, M. & Bartholomeyczik, S. (22.-23.02.2014). How Proxy Pain Assessment is used for demented patients in hospitals: results of one observational study PAIC 5th International Congress on Pain and Impaired Cognition Pain Management in persons with cognitive impairment - an interprofessional challenge , Dresden
- Sirsch, E. & Gnass, I. (09.10.2013). Die Bedeutung der Schmerzauskunft in der Schmerzerfassung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen im Krankenhaus? 4. Jahrestagung DZNE, Witten

**Veröffentlichungen (inkl. Berichte):**

- Sirsch, E. (2013). Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz. Praxis Ergotherapie, 26(3), 171 - 175.



## 2.2 Qualität der Versorgung

<b>Projekttitel</b>	<b>DemenzMonitor: Longitudinale Erfassung demenzspezifischer Versorgungs- und Bewohnermerkmale in der stationären Altenhilfe</b>	<b>DemenzMonitor</b>
<b>Laufzeit</b>	2010-2014	
<b>Finanzierung</b>	DZNE	
<b>Vertrags-/ Kooperationspartner</b>		
<b>Leitung/ Koordination</b>	Bernhard Holle (Projektleitung) Rebecca Palm (Projektleitung)	
<b>Mitarbeiter/in</b>	Kerstin Köhler, Christian Schwab, Mirjam Hoyer	

### Einleitung:

Einrichtungen der stationären Altenhilfe richten ihr Angebot und Pflegeleitbild zunehmend auf die Bedürfnisse der wachsenden Gruppe von Menschen mit Demenz aus. Spezielle Wohnbereichskonzepte und individuell ausgerichtete psychosoziale Interventionen werden vom Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz empfohlen. Als Ziel einer demenzorientierten Pflege und Betreuung werden ein verständnisvoller und bedürfnisorientierter Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen sowie der Erhalt und die Förderung der Lebensqualität der Bewohner/Bewohnerinnen angestrebt.

Es kann davon ausgegangen werden, dass in einem Großteil der Einrichtungen entsprechende Konzepte und Interventionen in unterschiedlicher Art und Weise Anwendung finden. Bisher ist wenig über die Anwendung der empfohlenen Maßnahmen in der täglichen Praxis bekannt, welche Faktoren die Anwendung beeinflussen und ob sie mit den erwünschten Ergebnissen in einem Zusammenhang stehen. Des Weiteren besteht Forschungsbedarf, was das Verhalten und die Lebensqualität der Bewohner/Bewohnerinnen beeinflusst und bei der Untersuchung der Versorgungsqualität in den Einrichtungen mit berücksichtigt werden muss.

Ziel der Studie DemenzMonitor ist die Untersuchung bewohnerbezogener und institutioneller Faktoren und Kovariaten, die mit dem Verhalten der Bewohner/Bewohnerinnen und ihrer Lebensqualität in einem Zusammenhang stehen.

Im Einzelnen werden folgende Forschungsfragen beantwortet:



1. Wie erfolgt die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Deutschland? Welche Wohnkonzepte werden umgesetzt? Welche empfohlenen Maßnahmen werden angewendet? Wer erhält welche Interventionen?
2. Gibt es Unterschiede zwischen den Bewohnern/Bewohnerinnen verschiedener Wohnbereiche in Bezug auf Verhalten, Kognition und Pflegeabhängigkeit? Gibt es Unterschiede zwischen Wohnbereichen in Bezug auf die Häufigkeit angewendeter Interventionen?
3. Welche der untersuchten Bewohner-/Bewohnerinnen- und institutionsbezogenen Variablen stehen in einem Zusammenhang mit dem Verhalten der Bewohner/Bewohnerinnen und seiner/ihrer Lebensqualität? Gibt es Unterschiede in Bezug auf das Verhalten und die Lebensqualität zwischen Bewohnern/Bewohnerinnen verschiedener Wohnbereiche?
4. Sind die Bewohneroutcomes Verhalten und Lebensqualität stabil über einen längeren Zeitverlauf oder verändern sie sich? Wenn sie sich verändern, welche Faktoren und Kovariaten stehen in einem Zusammenhang mit verschiedenen Zeitpunkten? Muss Zeit als ein beeinflussender Faktor von Verhalten und Lebensqualität betrachtet werden? Welche Faktoren stehen in einem Zusammenhang mit der Veränderung der Outcomes?

### **Methoden:**

Die Studie „DemenzMonitor“ ist eine deskriptive longitudinale Beobachtungsstudie. Die Datenerhebung erfolgt einmal jährlich in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (Gelegenheitsstichprobe). Es werden Daten zur Einrichtung, den teilnehmenden Wohnbereichen und deren Bewohnern/Bewohnerinnen erhoben. Die Datenerhebung wird von geschulten Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen der Einrichtungen mittels standardisierter Fragebögen durchgeführt. Die Zielgrößen *Verhalten* und *Lebensqualität* werden durch Bezugspflegerkräfte anhand der Instrumente *Neuropsychiatrisches Inventar (NPI-Q)* sowie *QUALIDEM* eingeschätzt.

Die Auswertung erfolgt primär explorativ unter Verwendung verschiedener Data Mining Techniken (Visualisierung und Klassifizierung von Daten) sowie Assoziations- und Regressionsanalysen. In Regressionsmodellen, die Daten von verschiedenen Ebenen oder verschiedener Zeitpunkte miteinander in Verbindung stellen, werden entsprechende Mehrebenenanalysen durchgeführt.

### **Aktueller Stand:**

Im Jahr 2012 und 2013 nahmen jeweils ca. 50 Einrichtungen, 100 Wohnbereiche und 1700 Bewohner/Bewohnerinnen an den Datenerhebungen teil. Von ca. 800 Bewohnern/Bewohnerinnen liegen Daten zu beiden Erhebungszeitpunkten vor.



Die ersten drei Forschungsfragenkomplexe werden anhand der vorliegenden Daten beantwortet; es wird angestrebt, die Datenauswertung bis Ende 2014 abzuschließen.

Für die Beantwortung des vierten Fragekomplexes werden erste longitudinalen Analysen der Daten aus zwei Datenerhebungszeitpunkten durchgeführt. In 2014 wird angestrebt, Daten möglichst vieler Bewohner/Bewohnerinnen zu erheben, die bereits 2012 an der Datenerhebung teilgenommen haben, um einen Längsschnitt von drei Jahren abbilden zu können. Die Datenauswertung des vierten Fragenkomplexes erfolgt bis Ende 2015.

### **Ergebnisse:**

Im Jahr 2011 wurde das Instrumentarium zur Datenerhebung entwickelt und getestet. Das Instrument zur Datenerhebung umfasst drei verschiedene Fragebögen, die Daten auf der Ebene der Einrichtung, des Wohnbereichs und der Bewohner/Bewohnerinnen erfasst. Auf Einrichtung- und Wohnbereichsebene werden neben allgemeinen Strukturmerkmalen Merkmale des Wohnkonzepts, des Wohn- und Lebensumfelds sowie des Betreuungskonzepts erfasst. Auf Bewohnererebene umfasst das Instrument zur Datenerhebung verschiedene standardisierte Assessmentinstrumente zur Erfassung der Pflegeabhängigkeit (PSMS), des Verhaltens (NPI-Q), der Kognition (DSS, FAST) und der Lebensqualität (QUALIDEM) sowie ein Fragebogen zur Erhebung der demenzspezifischen Versorgung und Betreuung (DemCare-Q). Dieser Fragebogen wurde im Rahmen des Projekts neu entwickelt und getestet.

Für die Datenerhebung wurde ein online-gestütztes Erhebungsverfahren entwickelt, das eine schnelle, sichere und qualitativ hochwertige Datenerhebung ermöglicht.

Die Einrichtungen erhalten nach Abschluss der Datenerhebung einen individuellen Ergebnisbericht, der automatisiert für jeden Bewohner/Bewohnerinnen erstellt wird. Auch dieses Verfahren wurde im Rahmen der Studie entwickelt.

Derzeit liegen erste Ergebnisse zum ersten Forschungsfragenkomplex vor, die hier zusammenfassend dargestellt werden.

Die Ergebnisse spiegeln die Vielfalt der existierenden Versorgungsangebote in der stationären Altenhilfe wider. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen haben spezielle Wohnbereiche für Menschen mit Demenz implementiert, für die die Auswahl der Bewohner/Bewohnerinnen größtenteils nach festgelegten Kriterien erfolgt. Drei Viertel der Einrichtungen verfügen über ein theoretisch fundiertes schriftliches Betreuungskonzept für Menschen mit Demenz, welches die Umsetzung empfohlener Maßnahmen vorsieht.



Die teilnehmenden Wohnbereiche unterscheiden sich anhand ihres Wohnkonzepts (integrative vs. segregative Wohnbereiche) und ihrer Größe ( $\leq$ / $>$  15 Plätze). Große segregative Wohnbereiche unterscheiden sich ebenfalls in Bezug auf ihre Finanzierung, so werden einige anhand einer gesonderten Leistungsvereinbarung refinanziert.

Die Umsetzung empfohlener Maßnahmen beim Bewohner/bei den Bewohnerinnen ist von verschiedenen Faktoren abhängig. So scheint der Demenzschweregrad eine Rolle zu spielen. Einige der erfassten Interventionen wurden häufiger bei Bewohnern/Bewohnerinnen mit Demenz durchgeführt: Maßnahmen der multisensorischen Stimulation sowie Validation werden deutlich häufiger bei Bewohnern/Bewohnerinnen mit Demenz, insbesondere mit schwerer Demenz angewendet. Fallbesprechungen wurden häufiger bei Bewohnern/Bewohnerinnen mit schwerer Demenz durchgeführt als bei Bewohnern/Bewohnerinnen ohne Demenz; ebenfalls häufiger wurden Assessments von Schmerzen, Verhalten und Lebensqualität bei Bewohnern/ Bewohnerinnen mit Demenz durchgeführt. Bei weniger als der Hälfte der Bewohner/ Bewohnerinnen mit Demenz erfolgte eine Einschätzung der Demenzschwere. Eine Einschätzung, ob Anzeichen einer Depression vorliegen, wurde in nahezu keiner der teilnehmenden Einrichtungen durchgeführt. Ein Biographieassessment erfolgte gleichermaßen bei nahezu allen Bewohnern/Bewohnerinnen. Kein Unterschied in Bezug auf die Demenzschwere fand sich bei der Teilnahme an Aktivitäten zur Bewegungsförderung.

Ob eine Maßnahme angewendet wurde oder nicht, war jedoch ebenfalls zu einem großen Maß vom Wohnbereich abhängig, auf dem der Bewohner/die Bewohnerin lebt. So fanden sich große Unterschiede in der relativen Häufigkeit der Anwendung der untersuchten Interventionen bei den Bewohnern/Bewohnerinnen der Wohnbereiche.

Die Studienergebnisse bilden eine Grundlage für die zukünftig geplante Entwicklung von Qualitätsinstrumenten, nationalen Empfehlungen und Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe.

### **Dissemination der Projektergebnisse:**

#### **Tagungen/ Kongresse:**

Köhler, K. & Holle, B. (15.-16.05.2013). Fallbesprechungen und herausforderndes Verhalten in der Praxis – Ergebnisse aus dem Projekt DemenzMonitor. Bremer Pflegekongress, Bremen.





Köhler, K.; Palm, R.; Schwab, C. G. G.; Bartholomeyczik, S. & Holle, B. (23-27.6.2013). Promoting physical activity of nursing home residents: comparison of intervention supply and participation in dementia care and traditional care units. 20th IAGG Congress of Gerontology and Geriatrics, Seoul, Korea.

Köhler, K.; Palm, R.; Schwab, C. G. G. & Holle, B. (5.-7.06.2013). Psychosoziale Interventionen für Menschen mit Demenz in stationären Pflegeheimen: Implementierung und Umsetzung empfohlener Konzepte. XI. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP), Essen.

Palm, R.; Köhler, K.; Dortmann, O.; Holle, B.; Schwab, C. G. G. & Bartholomeyczik, S. (26.06.2013). Dementia-specific care units in Germany: do residents have a better quality of life than those living on traditional living-units? 20th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, Seoul, Korea.

Palm, R.; Köhler, K.; Schwab, C. G. G. & Holle, B. (2013). Quality of life of residents with dementia living on dementia-specific care units compared to traditional care settings in nursing homes. POF Bonn.

Schwab, C. G. G.; Holle, B.; Köhler, K. & Palm, R. (17.09.2013). Lebensqualität von Menschen mit Demenz im Zeitverlauf – Ergebnisse des Projektes DemenzMonitor. 3-Länderkonferenz Pflege & Pflegewissenschaft 2013 - Symposium: Lebensqualität von Menschen mit Demenz als pflegesensitives Ergebnis, Konstanz.

#### **Veröffentlichungen (inkl. Berichte):**

Palm, R.; Köhler, K.; Dichter, M. N.; Bartholomeyczik, S. & Holle, B. (2013). Entwicklung, Umsetzung und Evaluation pflegerischer Interventionen für Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe in Deutschland - eine Literaturstudie. *Pflege*, 26(5), 337-355.

Palm, R.; Köhler, K.; Schwab, C. G. G.; Bartholomeyczik, S. & Holle, B. (2013). Longitudinal evaluation of dementia care in German nursing homes: the "DemenzMonitor" study protocol. *BMC Geriatr*, 13(1), 123.

Palm, R. & Reuther, S. (2013). Fallbesprechung als Chance für Vernetzung. Ergebnisse aus Theorie und Praxis. In Sabine Bartholomeyczik & Bernd Albers (Eds.), *Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz – von der Fragmentierung zur Vernetzung?! Tagungsband der 3. DZNE Jahrestagung vom 10.10.2012 in Witten* (pp. 50-61). Witten: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) Standort Witten..



<b>Projekttitlel</b>	<b>DemNet-D - Multizentrische, interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland</b>	<b>DemNet-D</b>
<b>Laufzeit</b>	01.04.2012-31.03.2015	
<b>Finanzierung</b>	Bundesministerium für Gesundheit - BMG –Förderprogramm ‚Zukunftswerkstatt Demenz‘ Projektträger im Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt	
<b>Vertrags-/Kooperationspartner</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DZNE Rostock / Greifswald und Universität Greifswald (Lehrstuhl für Gesundheitswissenschaften an der Universität Greifswald), Prof. Dr. W. Hoffmann (Projektleitung DemNetD)</li> <li>• Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) Stuttgart, Prof. Dr. S. Schäfer-Walkmann</li> <li>• Alice Salomon Hochschule Berlin, Prof. Dr. K. Wolf-Ostermann</li> </ul> <p>Folgende Demenznetzwerke gehören dem Evaluationsverbund an:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demenznetzwerk Uckermark,</li> <li>2. Demenznetzwerk Memo Clinic (Stralsund),</li> <li>3. Qualitätsverbund Netzwerk im Alter e.V. (Berlin),</li> <li>4. Gerontopsychiatrisch-Geriatischer Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf e.V., Ansprechpartner (Berlin);,</li> <li>5. Initiative „Demenzfreundlich Treptow-Köpenick“ (Berlin),</li> <li>6. Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg (Berlin),</li> <li>7. Demenznetzwerk des Landkreises Teltow-Fläming,</li> <li>8. Arnsberger Lernwerkstatt Demenz,</li> <li>9. Klinik für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie, Alexianer Krefeld GmbH,</li> <li>10. DemenzNetz Kreis Minden-Lübbecke,</li> <li>11. Ahlener System – Zukunftswerkstatt Demenz in Ahlen, Stadt Ahlen: Leitstelle „Älter werden in Ahlen“,</li> <li>12. Demenznetz Aachen,</li> <li>13. Demenznetz Düsseldorf.</li> </ol>	
<b>Leitung/Koordination</b>	Am DZNE Witten: Bernhard Holle (Projektleitung), Franziska Laporte Uribe (Projektkoordination)	
<b>Mitarbeiter/in</b>	Steffen Heinrich	



## **Einleitung:**

Die „Multizentrische interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland (DemNet-D)“ hat zum Ziel, die Versorgungsergebnisse, die Versorgungssituation sowie die Kooperations- und Netzwerkstrukturen von regionalen Netzwerken für Menschen mit Demenz (MmD) zu charakterisieren. Ausgangspunkt der DemNet-D-Studie ist eine vergleichende Analyse 13 etablierter Demenznetzwerke in Deutschland zur Bestimmung von Erfolgsdeterminanten für eine dauerhafte Netzwerkarbeit. Die im Rahmen des Forschungsprojektes durchzuführenden Analysen und Arbeiten beziehen sich auf:

1. Analysen bezüglich der Charakteristika auf Seiten der Netzwerknutzer, also sowohl MmD als auch deren Angehörigen.
2. Analysen in Bezug auf die Strukturen und Prozesse innerhalb und außerhalb der Demenznetzwerke (z.B. Leistungserbringer, Schlüsselpersonen, Kooperationspartner); Untersuchung des Wissensmanagements, d.h. ein Überblick über Maßnahmen zur Dissemination und Implementierung von Wissen zur Demenz in den Netzwerken.
3. Gesundheitsökonomische Analysen mit dem Ziel, Aussagen zu Tragfähigkeit der Finanzstrukturen eines Netzwerks zu machen bzw. Rahmenbedingungen und Erfordernissen für die finanzielle und betriebswirtschaftliche Überlebensfähigkeit einer Netzwerkstruktur zu beschreiben.
4. Die Zusammenstellung von Empfehlungen und Materialien in Form eines Werkzeugkastens, der zur direkten Nutzung für Interessenten/Praktiker, die ein Demenznetzwerk etablieren möchten, geeignet ist.

## **Methoden:**

Die DemNet-D Studie wird von einem Verbund von vier kooperierenden Forschungszentren durchgeführt. Jeder der vier Forschungspartner ist für mehrere Demenznetzwerke ( $N = 13$ ) als Kooperationspartner verantwortlich. Das DZNE Witten arbeitet dabei eng mit vier nordrhein-westfälischen Demenznetzwerken zusammen (Ahlen, Arnsberg, Krefeld und Minden-Lübbecke).

Das Design der Studie beschreibt eine multizentrische, multiprofessionelle und multivariate Längsschnittstudie, die sich eines Methodenmix im Sinne einer Triangulation sowohl quantitativer als auch qualitativer Erhebungsmethoden bedient. Mit Hilfe von Primärdaten (quantitative und qualitative Daten über Netzwerkstrukturen, -prozesse, -steuerung und Wissenstransfer,



quantitative und qualitative Parameter auf Seiten der MmD und ihrer Angehörigen [Face-to-face-Interviews, Fragebögen]) sollen Ergebnisse generiert werden, die (a) dem Neuaufbau wirksamer Netzwerke, (b) der Qualitätssteigerung vorhandener Netzwerke und (c) dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn dienen.

Die Fragestellungen des Projektes sind als thematische Schwerpunkte unter den Forschungspartnern aufgeteilt. Das DZNE Witten ist dabei hauptverantwortlich für die angehörigenbezogenen Ergebnisse (Belastung und Versorgungsarrangements), Fragen zum Wissensmanagement sowie die Implementierung und Dissemination der Ergebnisse in Form von Empfehlungen und Anleitungen im Sinne eines ‚Werkzeugkastens Demenz‘. Die angehörigenbezogenen quantitativen Daten werden mithilfe standardisierter Fragebögen (BIZA-D, D-IVA) erhoben. Im Bereich ‚Wissensmanagement‘ werden v.a. qualitative Daten in Interviews mit Schlüsselpersonen der Netzwerke erhoben. Das DZNE Greifswald ist für die Gesamtkoordination verantwortlich und ist inhaltlich für die gesundheitsökonomischen Fragestellungen Ansprechpartner. Die ASH Berlin ist für die Fragestellungen in Bezug auf die Menschen mit Demenz verantwortlich und wird hierfür quantitative Daten analysieren. Die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen des IFaS Stuttgart sammeln und analysieren qualitative und quantitative Daten zu den Themen Strukturprozesse, Outcomes sowie Governance/Steuerung. Die Analyse der Ergebnisse und Erarbeitung des ‚Werkzeugkastens Demenz‘ erfolgt in enger Abstimmung und Kooperation aller Forschungspartner.

Für die quantitative Datenerhebung wird eine längsschnittliche Datenerhebung mit 2 Messzeitpunkten innerhalb von 12 Monaten durchgeführt. In jedem Netzwerk sollten 55 Paare in die Studie eingeschlossen werden, davon sollten mindestens 25 Paare neue Nutzer sein. Weitere mindestens 25 Paare sollten alte Nutzer des Netzwerkes sein.

### **Aktueller Stand:**

Zwischen Januar und August 2013 wurden 574 MmD und ihre Hauptversorgungsperson interviewt (quantitativer Datenstrang). Die leitfadengestützten Interviews mit den Demenznetzwerkkoordinatoren wurden im ersten Quartal des Jahres ausgewertet. Die darauffolgenden leitfadengestützten Interviews mit Schlüsselpersonen aus den 13 Netzwerken wurden zwischen April und Mai 2013 geführt (Wissensmanagement: qualitativer Datenstrang). Die Audioaufzeichnungen dieser geführten Interviews wurden anschließend transkribiert und werden momentan in Anlehnung an die strukturierende Inhaltsanalyse (Mayring, 1990) ausgewertet.



Ein Konzept für den ‚Werkzeugkasten Demenz‘ wurde am DZNE Witten entwickelt und mit dem Forschungsverbund und DLR und BMG abgestimmt.

### **Ergebnisse:**

Aufgrund der quantitativen und qualitativen Primärdatenerhebungen sind zahlreiche Erkenntnisse zu erwarten, die über eine singuläre Beschreibung des einzelnen Netzwerkes hinausgehen. Mithilfe von methodischer Triangulation wird die Anschlussfähigkeit der Einzelergebnisse gewährleistet und das Ziel verfolgt, ein umfassendes Bild des Untersuchungsgegenstandes herzustellen. Die Evaluation führt zu einer Abbildung konvergierender, divergierender und komplementärer Ergebnisse über Erfolgsfaktoren von Demenznetzwerken und somit zu einer erwartbar größeren Generalisierbarkeit.

Dabei sind vier Disseminationsstrategien leitend: 1) Expertenworkshop mit Entscheidungsträgern sowie Leistungserbringern und Netzwerkakteuren; 2) Handbuch, welches im Sinne eines „Werkzeugkasten Demenz“ modular aufgebaut ist und evidenz-basierte, passgenaue, die regionalen Begebenheiten beachtende praktische Hilfestellung zum Aufbau, Betreiben und Verbessern von Demenznetzwerken liefert; 3) Ergebnisse an kooperierende Demenznetzwerke (Factsheets); 4) Öffentlichkeitsarbeit im wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Bereich.

Mit Hilfe dieser Erkenntnisse sollen konkrete Empfehlungen und Anleitungen im Sinne eines ‚Werkzeugkastens Demenz‘ entwickelt werden. Dieser Werkzeugkasten wird all denjenigen, die Demenznetzwerke aufbauen, betreiben und fördern, als Anleitung dienen, wie vernetzte Versorgungsstrukturen in der regionalen Demenzversorgung implementiert, gesteuert und mittel- bis langfristig gesichert werden können.

### **Nächste Schritte:**

Die quantitativen Follow-Up Interviews werden zwischen Januar und August 2014 in den Netzwerken geführt. Gleichzeitig werden die quantitativen Daten (DZNE Witten: BIZA-D und D-IVA) aus T0 analysiert und entsprechende Publikationen erstellt. Die Analyse der Einzel- und Gruppeninterviews zum Wissensmanagement wird abgeschlossen und die Ergebnisse publiziert. Die Follow-Up Erhebung zu den Wissensmanagementdaten wird im ersten Quartal 2014 abgeschlossen sein und voraussichtlich im 2. Quartal umgesetzt werden. Parallel dazu wird die Konzeption des ‚Werkzeugkastens Demenz‘ weiter konkretisiert.



## **Dissemination der Projektergebnisse:**

### **Tagungen/ Kongresse:**

Gräske, J.; Laporte Uribe, F.; Heinrich, S.; Schmidt, A.; Meyer, S. & Wolf-Ostermann, K. (2013).

Why do people with dementia rate their own quality of life differently than their relatives do? Paper presented at the 66th Annual Scientific Meeting “Optimal Aging Through Research”. The Gerontologist, 53(S1), S243.

Laporte-Urbe, F.; Heinrich, S.; Riesner, C.; Birnbach, R. & Holle, B. (05.06.2013). Was bedeutet

Wissenstransfer für Demenznetzwerke in Deutschland? Alterspsychiatrie 2013: Grenzen überwinden - XI. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V., Essen.

Schäfer-Walkmann, S.; Peitz, A.; Traub, F.; Hoffmann, W.; Holle, B.; Thyrian, J. R.; et al.

(01.11.2013). Local dementia care networks in Germany - Types and governance structures. 66th Annual Scientific Meeting “Optimal Aging Through Research”, New Orleans.

Wolf-Ostermann, K.; Fleßa, S.; Gräske, J.; Heinrich, S.; Hoffmann, W.; Holle, B.; et al.

(16.09.2013). Symposium: Ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz durch regionale Demenznetzwerke – das Projekt DemNet-D. . 3-Länderkonferenz Pflege & Pflegewissenschaft 2013 Konstanz.

Wolf-Ostermann, K.; Gräske, J.; Meyer, S.; Hoffmann, W.; Holle, B.; Schäfer-Walkmann, S.; et al.

(01.11.2013). Who are users of local dementia care networks? – First results from the German DemNet-D study. 66th Annual Scientific Meeting “Optimal Aging Through Research”, New Orleans

### **Veröffentlichungen (inkl. Berichte)**

Berichte an den Förderer:

- 30. April 2013: Erster Zwischenbericht des Forschungsverbundes
- 31. Oktober 2013: Zwischenanalyse
  - Präsentation der Zwischenanalyse auf einem Treffen mit dem BMG, des DLR und von Vertretern des Forschungsverbundes am 08. November 2013 in Berlin
  - Präsentation der Zwischenanalyse auf einem Treffen mit dem BMG, des DLR und von Vertretern der teilnehmenden Demenznetzwerke und des Forschungsverbundes am 14. November 2013 in Berlin



<b>Projekttitel</b>	<b>Entwicklung und Pilotierung eines Qualitätsindikatorensets im Zusammenhang mit der S3-Leitlinie: „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“</b>	<b>QiSavA</b>
<b>Laufzeit</b>	2012-2015	
<b>Finanzierung</b>	DZNE	
<b>Vertrags-/Kooperationspartner</b>	Deutsche Schmerzgesellschaft (vormals Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, DGSS) und Sabine Bartholomeyczik, Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft	
<b>Leitung/Koordination</b>	Martina Roes	
<b>Mitarbeiter/in</b>	Marjan Laekeman	

### **Einleitung:**

Ein wichtiger Schritt zur Verbesserung des Schmerzassessments bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe ist die Entwicklung einer S3-Leitlinie (s. Projekt S3 LL SchmerzAss). Um die Umsetzung und Anwendung der Leitlinie zu evaluieren, werden klinische Messgrößen in Form von Qualitätsindikatoren benötigt. Ziel des QiSavA-Projektes ist es, ein solches Qualitätsindikatorenset zu entwickeln und zu pilotieren.

### **Fragestellungen:**

Welche für die Leitlinie geeigneten Indikatoren lassen sich aus bereits bestehenden nationalen und internationalen Leitlinien und Indikatorensets ableiten, um die Qualität des Einsatzes eines Schmerzassessments zu evaluieren?

Die Hauptforschungsfrage untergliedert sich in drei Teilfragen:

1. Lassen sich aus den bereits bestehenden nationalen und internationalen Leitlinien und Indikatorensets geeignete Indikatoren ableiten, um die Qualität des Einsatzes eines Schmerzassessments bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe zu evaluieren und wenn ja, welche?
2. Welche Qualitätsindikatoren (QI) aus dem neu entwickelten Qualitätsindikatorenset werden in der Versorgungspraxis bereits eingesetzt?







wurden für die Erstellung der Leitliniensynopse methodisch bewertet und inhaltlich analysiert und vorhandene Qualitätsindikatoren in den 12 eingeschlossenen Leitlinien wurden ebenfalls analysiert.

### **Ergebnisse:**

Zum Abschluss des Projektes liegt ein Qualitätsindikatorenset vor, welches für die Evaluierung der Umsetzung der S3-Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ geeignet ist.

### **Dissemination der Projektergebnisse:**

#### **Tagungen/ Kongresse:**

Laekeman, M. (2013). Brücken bauen auch zu ältere Menschen mit Schmerzen: Ein Kongressbericht

Laekeman, M. (15.05.2013). Erleben Menschen mit Demenz ihren Schmerz anders? Anforderungen an das Assessment. 9. Bremer Pflegekongress, Bremen.

Laekeman, M.; Sirsch, E. & Bartholomeyczik, S. (2013). Scarcity in Quality Indicators for Pain Assessment in Older Persons. EFIC® – 8th “Pain in Europe VIII” Congress, 20 Years of Building Bridges, Flore, Florence, Italy.



<b>Projekttitlel</b>	<b>Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe</b>	<b>S3 LL SchmerzAss</b>
<b>Laufzeit</b>	2011-2014	
<b>Finanzierung</b>	DZNE	
<b>Vertrags-/ Kooperationspartner</b>	Deutsche Schmerzgesellschaft	
<b>Leitung/ Koordination</b>	Margareta Halek (Projektleitung) Erika Sirsch (Projektkoordination)	
<b>Mitarbeiter/in</b>	Marjan Laekeman	

### **Einleitung:**

In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe wird durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die Durchführung eines Schmerzassessments gefordert. Die aktuell in Deutschland zur Verfügung stehenden Standards und Leitlinien beinhalten überwiegend die Selbsteinschätzung von akutem Schmerz. Die Forschung der letzten Jahre erfordert allerdings eine Neubewertung des Schmerzassessments bei alten Menschen. Mitglieder des interdisziplinären Arbeitskreis „Schmerz und Alter“ der Deutschen Schmerzgesellschaft entwickeln in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Witten, eine S-3 Leitlinie zum „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“.

### **Methoden:**

Ausgerichtet durch die AWMF und der ÄZQ beschriebenen Prozedere und dem DELBI-Instrument der AWMF <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/145-001.html>.

### **Aktueller Stand:**

Bericht zur Synopse der Quelleitlinien liegt vor. Delphi Survey (2 von geplanten 4) zu prioritären Schlüsselfragen abgeschlossen. Primärliteratursuche zu den priorisierten Fragen im Prozess. Delphi Survey zu den Ergebnissen der Primärliteratursuche in Vorbereitung.

### **Ergebnisse:**

Nach Abschluss des Projektes liegt eine S3 Leitlinie zum Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe vor und kann implementiert werden.



## **Dissemination der Projektergebnisse:**

### **Tagungen/ Kongresse:**

Sirsch, E. (28.11.2013). Schmerzeinschätzung bei Menschen mit Demenz. Dementia Care 2013 Hanau.

Sirsch, E. (29.11.2013). Leitlinie zum Schmerzassessment bei älteren Menschen in der stationären Altenhilfe. VIII. Akutschmerzkongress Köln

### **Veröffentlichungen (inkl. Berichte):**

Sirsch, E.; Laekeman, M. & Gnass, I. (2013). Ein breites Spektrum an Expertise und Perspektiven. Interdisziplinarität in der Leitlinienentwicklung am Beispiel der S3-Leitlinie "Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe". Pflegezeitschrift 66(03), 138-140.



## 2.3 Methoden und Instrumente

<b>Projekttitel</b>	<b>Übersetzung und Validierung der Challenging Behaviour Scale (CBS)</b>	<b>CBS-D</b>
<b>Laufzeit</b>	2012-2013	
<b>Finanzierung</b>	DZNE	
<b>Vertrags-/Kooperationspartner</b>	Professor PhD Esme Moniz-Cook, Center of Dementia Research and Practice, East Yorkshire, UK Stationäre Altenpflegeeinrichtungen in Witten	
<b>Leitung/Koordination</b>	Margareta Halek	
<b>Mitarbeiter/in</b>	Lena Köller, Daniela Holle	

### Einleitung:

Das DZNE ist bestrebt, die Outcomes von Versorgungsmaßnahmen und deren Erfassung stetig zu optimieren und an die Bedarfe der Forschung und Praxis anzupassen. Für die Erfassung von herausforderndem Verhalten gibt es wenige sinnvolle Erfassungsinstrumente, die in der deutschen Sprache zur Verfügung stehen und an den pflegerischen Versorgungskontext angepasst sind. Eine Alternative zu den genutzten Instrumenten wie NPI und CMAI, ist die Challenging Behavior Scale (CBS). Die in Großbritannien entwickelte Skala wurde auf der Grundlage der Beschreibungen von Pflegekräften aus Altenhilfeeinrichtungen entwickelt. Damit fokussiert sie auf die pflegerisch relevanten Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz und nutzt pflegerischen Fachjargon. Das Instrument erfasst einerseits die Inzidenz und Häufigkeit eines breiten Spektrums herausfordernder Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz wie z.B. Aggression, Schlafstörungen oder Ruhelosigkeit. Andererseits werden auch die durch die Pflegekräfte wahrgenommenen Schwierigkeiten, die ein Verhalten hervorruft sowie die damit verbundene Herausforderung für die Pflegenden, erfasst. Darüber hinaus verfügt sie über angemessene psychometrische Eigenschaften. Ziel dieses Projektes ist die CBS ins Deutsche zu übersetzen und eine erste Bewertung der übersetzten Version in Bezug auf ihre Verständlichkeit, Eindeutigkeit und Geläufigkeit der Formulierungen vorzunehmen.

### Methoden:

Das Übersetzungsvorgehen orientiert sich an dem *Two-panel-approach*. Ein Übersetzungsteam, bestehend aus sechs Personen mit unterschiedlichen übersetzungsrelevanten Qualifikationen,



wurde über die Inhalte und zugrundeliegenden Konzepte der CBS sowie über die Übersetzungsmethodik informiert und erstellte innerhalb einer geleiteten Gruppendiskussion eine erste deutschsprachige Version der CBS, die CBS-German. Im zweiten Schritt wurde diese Version von einer angeleiteten Fokusgruppe, bestehend aus sechs Pflegefach- und Hilfskräften verschiedener Altenpflegeeinrichtungen, in Bezug auf Angemessenheit und Verständlichkeit der Sprache geprüft. Diese Gruppe wurde ebenfalls im Vorfeld über die CBS und die Übersetzungsmethodik informiert, hatte jedoch keine Kenntnis der englischsprachigen Originalversion. Von den Pflegekräften als späterer Zielgruppe der CBS vorgebrachte Kritikpunkte, Veränderungs- und Kürzungsvorschläge wurden besprochen und in die erste Übersetzungsversion eingearbeitet. Zur Überprüfung der Verständlichkeit, Eindeutigkeit und Geläufigkeit der gewählten Formulierungen in der deutschen CBS wurden abschließend 23 weitere Pflegekräfte mittels halbstandardisierten Fragebogens interviewt.

#### **Aktueller Stand:**

Abgeschlossen.

#### **Ergebnisse:**

Eine deutsche Übersetzung der englischen CBS liegt jetzt zur Verwendung in der Pflegewissenschaft und Pflegepraxis vor. Die Übersetzung der CBS mit Hilfe des *Two-panel approach* wurde von den beteiligten Übersetzerinnen als sehr vorteilhaft und effektiv im Vergleich zu der gängigen Methode der Vorwärts-Rückwärts-Übersetzung wahrgenommen.

Die abschließende Bewertungsstudie ergab, dass die Mehrheit der Items in der CBS-German Items gut verständlich, eindeutig und geläufig in ihren Formulierungen waren. Als weniger gut verständlich wurde die Anleitung zur Auswertung der CBS und die Interpretation der Ergebnisse aus der CBS bewertet.

Ein weiterer Schritt ist die Untersuchung der Praktikabilität und der Gütekriterien für die Anwendung der CBS-D in der Forschung und Praxis.

#### **Dissemination der Projektergebnisse:**

##### **Tagungen/ Kongresse:**

In Vorbereitung



<b>Projekttitel</b>	<b>Dementia Care Mapping Anwender – Befragung</b>	
<b>Laufzeit</b>	2011-2013	
<b>Finanzierung</b>	DZNE	
<b>Vertrags-/ Kooperations- partner</b>	Prof. Dr. Martina Roes am Department für Pflegewissenschaft, Fakultät Gesundheit, Universität Witten/Herdecke	
<b>Leitung/ Koordination</b>	Martina Roes	
<b>Mitarbei- ter/in</b>	Christine Riesner	

### **Einleitung:**

#### **Problemskizze/ Ausgangspunkt:**

Dementia Care Mapping (DCM) (Bradford Dementia Group, 1997, 2008) ist ein Beobachtungsinstrument zur prozesshaften Evaluation personenzentrierter Pflege bei Demenz.

Das Instrument wird in Deutschland seit 1998 für Menschen mit Demenz in teil/stationären Settings wie Pflegeheimen, Einrichtungen der Tagesbetreuung und Krankenhäusern eingesetzt. DCM wird sowohl als Instrument zur Entwicklung einer personenzentrierten Pflegepraxis als auch als Forschungsinstrument benutzt. Das Ziel besteht in der Steigerung des relativen Wohlbefindens von Menschen mit Demenz. Bei der Implementierung von DCM handelt es sich um eine komplexe Intervention. Das Gelingen der Implementierung hängt daher von zahlreichen Faktoren ab.

#### **Ziel:**

Angelehnt an eine länderübergreifende Befragung von DCM-Anwendern im United Kingdom und in den USA von Douglass et al. (2010) ist das Ziel dieses Projektes, eine vergleichbare Befragung von DCM-Anwendern in Deutschland durchzuführen. Diese Befragung wird durch Fragen zum Nutzerverhalten bei der Mediennutzung zur Wissensgenerierung ergänzt.

#### **Fragestellungen:**

1. In welchem Umfang wenden geschulte Anwender DCM in der Praxis an?
2. Auf welche Herausforderungen treffen Anwender in jeder der vier DCM Phasen: Einführung, Durchführung, Daten-Analyse und Feedback?
3. Welche Zugangswege nutzen Anwender für die Generierung von Wissen?



## **Methoden:**

### **Design:**

Es erfolgt eine schriftliche Befragung. Der DCM-Anwender Fragebogen enthält neben demografischen Angaben vier inhaltliche Teile mit insgesamt 119 Items, deren Antwortmöglichkeiten hauptsächlich likert-skaliert sind. Es sind zu jedem Bereich auch offene Fragen vorhanden.

### **Stichprobe/ Setting:**

Die Versendung der Fragebögen erfolgt in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke, welche die Adressdaten deutscher DCM-Anwender zur Verfügung gestellt hat. Die Versendung erfolgt mit frankiertem Rückumschlag.

### **Zielvariablen:**

Es erfolgt eine deskriptive Auswertung mittels SPSS, Version 21. Die qualitativen Daten werden durch thematisches Kodieren ausgewertet.

## **Aktueller Stand:**

Das ethische Clearing erfolgte durch das DZNE (Mai 2012) und durch die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (August 2012). Die Befragung erfolgte bis Februar 2012. In die darauffolgende Analyse konnten 208 DCM-Anwender Fragebögen einbezogen werden, die ein repräsentatives Sample für die Anwendung in allen deutschen Bundesländern darstellen. Anwender sind zu 76% weiblich, das Alter liegt im Mittel bei 48,4 Jahren (SD 9,1).

Die Datenanalyse ist abgeschlossen.

## **Ergebnisse:**

Durch die DCM-Anwender Befragung im deutschsprachigen Raum werden erstmalig Erkenntnisse zur tatsächlichen Anwendung von DCM in der Praxis generiert werden können. Diese Erkenntnisse sollen dazu dienen, Maßnahmen zu entwickeln, um die praktische DCM Anwendung zu verbessern. Ebenso sollen die Erkenntnisse dazu dienen, DCM Implementierungsprozesse und ihre hemmenden und fördernden Faktoren weiter wissenschaftlich zu untersuchen.



## **Dissemination der Projektergebnisse:**

### **Tagungen/ Kongresse**

Riesner, C. (15.05.2013). Die Anwendung von Dementia care Mapping bei herausforderndem Verhalten. Bremer Pflegekongress, Bremen.

Riesner, C. (10.09.2013). Dementia Care Mapping User Survey 2012. DCM International Implementation Group, Oslo.

Riesner, C. (12.09.2013). Dementia Care Mapping – Evaluation und Application in Germany. DCM International Implementation Group, Oslo.

Riesner, C.; Buscher, I. & Holle, B. (06.03.2013 - 17.03.2013). Die Implementierung eines erprobten Bedarfsassessments für Familien mit Demenz in die gemeindenahere Versorgung. 18. Kongress Armut und Gesundheit, Berlin.

### **Veröffentlichungen (inkl. Berichte)**

Die Veröffentlichung der Ergebnisse wird gegenwärtig vorbereitet.





<b>Projekttitel</b>	<b>Die Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in stationären Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland</b>	<b>Qol-Dem</b>
<b>Laufzeit</b>	2010-2014	
<b>Finanzierung</b>	DZNE	
<b>Vertrags-/Kooperationspartner</b>	stationären Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland (Analog wie oben?)	
<b>Leitung/Koordination</b>	Margareta Halek	
<b>Mitarbeiter/in</b>	Martin N. Dichter	

### **Einleitung:**

Die Lebensqualität (LQ) stellt ein entscheidendes Ergebniskriterium in der Interventionsforschung bei Menschen mit Demenz dar. Die zur Verfügung stehenden Messinstrumente unterscheiden sich stark hinsichtlich ihrer inhaltlichen Operationalisierung, ihrer Praktikabilität, der testtheoretischen Güte sowie den Phasen der Demenzerkrankung, in denen sie genutzt werden können von LQ. Das Instrument *QUALIDEM* wird zur Ergebnismessung in Längsschnittuntersuchungen in der stationären Altenpflege empfohlen. Hierzu stehen zwei aufeinander aufbauende Instrumentenversionen für leichte bis schwere Demenz (9 Subskalen, 37 Items) und sehr schwere Demenz (6 Subskalen, 18 Items) zur Verfügung.

### **Ziel:**

(1) Untersuchung der Reliabilität und Validität des deutschsprachigen *QUALIDEM*, (2) Synthese relevanter Dimensionen der Lebensqualität aus der Perspektive von Menschen mit Demenz und (3) hiervon ausgehend Entwicklung eines Ansatzes zur Untersuchung der Konstruktvalidität von demenzspezifischen Lebensqualitätsinstrumenten.

### **Fragestellungen:**

1. Welche relevanten Dimensionen der Lebensqualität werden aus der Perspektive von Menschen mit Demenz beschrieben?
2. Sind die bestehenden *QUALIDEM* Subskalen auch in der deutschsprachigen Version des Instrumentes skalierbar?
3. Wie ist die Interne Konsistenz des deutschsprachigen *QUALIDEM*?
4. Wie ist die Intra-rater-Reliabilität des deutschsprachigen *QUALIDEM*?
5. Wie ist die Inter-rater-Reliabilität des deutschsprachigen *QUALIDEM*?



6. Wie valide (Konstrukt- und Kriteriumsvalidität) ist das deutschsprachige *QUALIDEM*?

### Methoden:

Methodisch ist das QoL-Dem Projekt in drei Phasen unterteilt: (1) In der theoretischen Phase wird ausgehend von einer Metasynthese qualitativer Studien ein Modell der demenzspezifischen Lebensqualität mit den relevanten Dimensionen aus der Perspektive von Menschen mit Demenz entwickelt. Hierauf basierend erfolgt eine Auswahl von Methoden zur Evaluation der Konstruktvalidität des *QUALIDEM*. (2) In der empirischen Phase erfolgt eine Mokkenskalisierung zur Analyse der Skalierbarkeit anhand einer Sekundärdatenanalyse von *QUALIDEM* Daten von 634 Menschen mit Demenz. Zusätzlich erfolgt eine Analyse der Inter-rater Reliabilität (n=161) und der Intra-rater Reliabilität (n=159). Ausgehend von den Ergebnissen der theoretischen Phase erfolgt im Rahmen einer Querschnittsuntersuchung die Evaluation der Konstrukt- und Kriteriumsvalidität des *QUALIDEM*. (3) In der abschließenden Phase erfolgt ausgehend von den Studienergebnissen eine Anpassung des deutschsprachigen *QUALIDEM*.

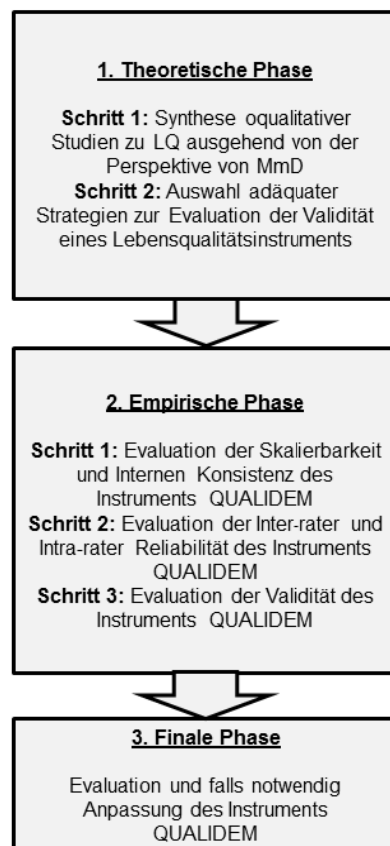


Abb. 3 Ablauf QoL-Dem



### **Aktueller Stand:**

Die Untersuchung der Skalierbarkeit und Reliabilität des QUALIDEM sind zum Berichtszeitpunkt abgeschlossen. Die Metasynthese qualitativer Studien steht kurz vor dem Abschluss.

### **Nächste Schritte:**

In 2014 erfolgt die Entwicklung eines Itemmanuals und einer standardisierten Schulung zur Steigerung der Inter-rater Reliabilität. Daran anschließend erfolgt in 2014 die Datenerhebung zur Validitätsuntersuchung.

### **Ergebnisse:**

Die Dimensionsanalyse (Mokkenskalisierung) bestätigt die Skalierbarkeit und interne Konsistenz der meisten *QUALIDEM* Subskalen. Die Subskalen *Etwas zu tun haben* (leichte bis schwere Demenz) und *Negativer Affekt* sowie *Soziale Beziehungen* (beide sehr schwere Demenz) und *Soziale Isolation* (beide Instrumentenvarianten) zeigten eine unzureichende Skalierbarkeit.

Die Untersuchung der Reliabilität zeigte unzureichende Ergebnisse für die Inter-rater Reliabilität des *QUALIDEM* (Intraklassen Korrelationskoeffizient  $\leq 0,70$ ), gleichzeitig aber eine gute Intra-rater Reliabilität aller *QUALIDEM* Subskalen (Intraklassen Korrelationskoeffizient  $\geq 0,70$ ).

### **Dissemination der Projektergebnisse:**

#### **Tagungen/ Kongresse:**

Dichter, M. N.; Schwab, C. G. G.; Dortmann, O.; Meyer, G.; Bartholomeyczik, S. & Halek, M. (17.09.2013). Interrater und Test-Retest Reliabilität des Lebensqualitätsinstruments *QUALIDEM* in Einrichtungen der stationären Altenpflege – Ergebnisse des QoL-Dem Projektes. 3-Länderkonferenz Pflege & Pflegewissenschaft 2013 - Symposium: Lebensqualität von Menschen mit Demenz als pflegesensitives Ergebnis, Konstanz.

#### **Veröffentlichungen (inkl. Berichte):**

Dichter, M. N.; Dortman, O.; Halek, M.; Meyer, G.; Holle, D.; Nordheim, J.; et al. (2013). Scalability and internal consistency of the dementia specific quality of life measurement *QUALIDEM* - a secondary data analysis. *Health & Quality of Life Outcomes*, 11(91), doi:10.1186/1477-7525-1111-1191.



Dichter, M. N.; Halek, M.; Dortman, O.; Meyer, G. & Bartholomeyczik, S. (2013). Measuring the quality of life of people with dementia in nursing homes in Germany - the Study Protocol for the QoI-Dem Project [Die Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in stationären Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland - Studienprotokoll des QoI-Dem Projektes]. *GMS Psychosoc Med*, 10:Doc07. (DOI: 10.3205/psm000097).



## 2.4 Potentiale von und in Versorgungsarrangements

<b>Projekttitlel</b>	<b>Qualitätssicherung settingübergreifender Kommunikation bei Personen mit Demenz</b>	<b>CareSafeD</b>
<b>Laufzeit</b>	2011-2013	
<b>Finanzierung</b>	DZNE	
<b>Vertrags-/Kooperationspartner</b>	Sabine Bartholomeyczik UW/H Affiliation ergänzen	
<b>Leitung/Koordination</b>	Sabine Bartholomeyczik (Projektleitung), Martina Roes (Projektbegleitung)	
<b>Mitarbeiter/in</b>	Silke Kuske	

### **Einleitung:**

Die Qualitätssicherung der Versorgung von Menschen mit Demenz (MmD) im Rahmen der Kurzzeitpflege ist ein wesentlicher Bestandteil in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen.

Voraussetzung für eine gute Versorgungsqualität ist ein ausreichender und gezielter Austausch von versorgungsrelevanten Informationen. Dies gilt sowohl für die Aufnahme als auch für die Entlassung. Befindet sich der Angehörige in dem Zeitraum des Kurzzeitpflegeaufenthaltes beispielsweise im Urlaub oder ist er selbst erkrankt, können fehlende Informationen nicht immer unmittelbar eingeholt werden. Ebenfalls kann sich das eingeschränkte Vermögen von MmD Informationen zu vermitteln, in der Kurzzeitpflege als erschwerend auswirken. Darüber hinaus wird angenommen, dass MmD ein erhöhtes Risiko für unerwünschte Ereignisse (UE) aufweisen, welches mit dem Grad der kognitiven und physischen Beeinträchtigungen zunehmen kann.

### **Ziele:**

Primäres Ziel dieser Studie ist die Beschreibung und Analyse von Kommunikationsstrukturen und -prozessen bei der Überleitung von MmD zwischen Häuslichkeit und Kurzzeitpflege. Schließlich soll das Projekt in konkreten Empfehlungen für Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation zwischen den Settings münden, die in einer Folgestudie implementiert und evaluiert werden könnten.

### **Methoden:**

Das grundlegende Design der Studie ist deskriptiv. Das Setting bezieht sich auf Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflege und auf solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen.



Folgende Schritte wurden geplant bzw. realisiert:

- Systematischer Review zur Identifizierung sicherheitsrelevanter settingübergreifender Kommunikationsstrukturen und -prozesse;
- Experteninterviews und Analyse der Überleitungsdokumentation zur Beschreibung sicherheitsrelevanter settingübergreifender Kommunikationsstrukturen und –prozesse in der Kurzzeitpflege;
- Abgleich der Evidenz, der Interviews und der Überleitungsdokumentation zur Beschreibung von Qualitätskriterien, Handlungsfeldern sowie fördernder und hemmender Faktoren;
- Delphi-Befragung zur Bewertung und Auswahl relevanter Qualitätskriterien;
- Online-Befragung zur Beschreibung und Analyse ausgewählter definierter Kommunikationsstrukturen und -prozesse in der Kurzzeitpflege;
- Deskriptive Auswertung und Entwicklung von Empfehlungen.

#### **Aktueller Stand:**

Folgende Schritte sind in 2013 erfolgt: Der Ethikantrag wurde genehmigt. Experteninterviews, Abgleich der Evidenz, der Interviews und der Überleitungsdokumentation sowie Delphi-Befragung.

#### **Nächste Schritte:**

Geplant ist die Durchführung der Online-Befragung in 2014.

#### **Ergebnisse:**

Skizzierung des Handlungsbedarfs in der Kurzzeitpflege bezogen auf die Übergabequalität bei Aufnahme und Entlassung von Menschen mit Demenz sowie Empfehlungen.

#### **Dissemination der Projektergebnisse:**

##### **Tagungen/ Kongresse:**

Kuske, S. (15.-16.05.2013). Aufnahme- und Entlassungsprozesse von Menschen mit Demenz in der Kurzzeitpflege. Bremer Pflegekongress.

Kuske, S. (19.06.2013). Sektorenübergreifende Prozessabbildung. Von der Fehlervermeidung zur systematischen und prozessorientierten Maßnahmenumsetzung. Vortrag auf dem 6. Workshop Prozessmanagement in der perioperativen Medizin: „Innovative Technik, moderne Managementverfahren & das Patientenrechtegesetz“, Mannheim.



Kuske, S.; Graf, R.; Hartig, M. & Bartholomeyczik, S. (18-22.03 2013). Safety-relevant communication between health care settings. International Conference on Communication Medical Error (COME), Monte Verità – Ascona, Switzerland.

**Veröffentlichungen (inkl. Berichte):**

Kuske, S.; Vollmar, H. C. & Bartholomeyczik, S. (2013). Menschen mit Demenz zwischen Häuslichkeit und Kurzzeitpflege: Qualitätssicherung settingübergreifender Kommunikation, ein systematischer Review. Das Gesundheitswesen, efirst.



<b>Projekttitel</b>	<b>Demenzspezifische Konzepte zur Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus – empirische Analyse der derzeitigen Versorgungssituation und Empfehlungen zur Weiterentwicklung</b>	<b>DemKH</b>
<b>Laufzeit</b>	2010-2013	
<b>Finanzierung</b>	DZNE	
<b>Vertrags-/Kooperationspartner</b>	Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik, Department für Pflegewissenschaft, Fakultät Gesundheit an der Universität Witten/Herdecke (ab Jan 2013)	
<b>Leitung/Koordination</b>	Bernhard Holle (seit Januar 2013)	
<b>Mitarbeiter/in</b>	Christiane Pinkert	

### **Einleitung:**

#### **Problemskizze:**

Schätzungen gehen davon aus, dass derzeit mehr als 10 % der im Krankenhaus behandelten Patienten/Patientinnen an einer Demenz leiden. Die Versorgungsabläufe im Krankenhaus sind hauptsächlich auf die Behandlung von Menschen mit akuten somatischen Erkrankungen ausgerichtet. Für Menschen mit Demenz (MmD) kann der Krankenhausaufenthalt zu Desorientierung und motorischer Unruhe, zu mangelnder Adhärenz, zu Abwehrverhalten, zu Selbstgefährdung und Aggressivität führen. Zudem wurden für Menschen mit Demenz im Krankenhaus weitere Risiken identifiziert, z.B. nosokomiale Infektionen, Entwicklung eines Delirs, Verlängerung der Krankenhausverweildauer, höhere Rehospitalisierungsraten und erhöhte Mortalitätsraten. Um diesen Risiken zu begegnen, entwickeln derzeit Krankenhäuser in Deutschland Versorgungskonzepte speziell für Menschen mit kognitiven Einschränkungen.

#### **Ziel:**

1. Analyse unterschiedlicher Praxisprojekte im Hinblick auf grundlegende Prinzipien und Unterschiede auf der Grundlage von empirischen Daten;
2. Identifizierung von Schwierigkeiten und Entwicklungs- und Forschungsbedarf;
3. Ableitung von Vorschlägen für die Entwicklung von Versorgungskonzepten zur Verbesserung der Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus.





### **Fragestellungen:**

1. Wie gehen Krankenhäuser derzeit mit der Herausforderung um, Menschen mit Demenz zu behandeln?
2. Welche konkreten Maßnahmen werden zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz eingeführt?
3. Welche grundlegenden Charakteristika kennzeichnen Modell-Konzepte?
4. Welche Handlungsempfehlungen resultieren aus den bisherigen Erkenntnissen für die Einführung von demenzspezifischen Versorgungskonzepten in Krankenhäusern?

### **Methoden:**

#### **Design:**

Qualitative Querschnittstudie.

#### **Stichprobe/Setting:**

Es wurden für die Datenerhebung Mitarbeitende aus Kliniken ausgewählt, die bereits ein demenzspezifisches Konzept entwickelt und seit längerem erprobt hatten. Ausgeschlossen wurden Kliniken, die durch eine wissenschaftliche Begleitforschung oder sonstige Publikationen bezüglich ihres Konzeptes als bekannt gelten konnten. Die Gelegenheitsstichprobe bestand aus 15 Experten/Expertinnen (Projektleiter/Projektleiterinnen oder –koordinatoren/-koordinatorinnen; Mediziner/Medizinerinnen und Pflegenden in leitenden Positionen) und 23 Pflegenden aus insgesamt sieben Kliniken in Deutschland.

#### **Erfassungsart/Datenerhebung:**

Die Experten/Expertinnen wurden mittels Experteninterviews interviewt, die Pflegenden haben an insgesamt fünf Gruppendiskussionen teilgenommen. In den Kliniken sind zusätzlich Strukturdaten (Fragen zu: Trägerschaft, Einzugsgebiet, Versorgungsstufe, Bettenzahl, Fachabteilungen, Kooperationen des KHs) mittels Fragebogen erhoben worden.

#### **Datenanalyse:**

Die Analyse der Interviews und Gruppendiskussionen erfolgte durch eine inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Dabei wurden aus dem Textmaterial thematische Kategorien gebildet.

### **Aktueller Stand:**

Das Projekt wurde in 2013 abgeschlossen.



## Ergebnisse:

In der Studie wurden zunächst Problemfelder identifiziert, die aus der Sicht der Professionellen die Versorgung von MmD im Krankenhaus erschweren. Dazu zählen einerseits die demenzspezifischen Einschränkungen und Verhaltensweisen der Patienten/Patientinnen wie zum Beispiel Desorientierung, hoher Bewegungsdrang und herausforderndes Verhalten als auch andererseits Unsicherheit, Zeitmangel und fehlendes demenzspezifisches Wissen auf Seiten der Professionellen. Aber auch settingspezifische Besonderheiten wie begrenzte Ressourcen, schlechte Informationsweitergabe an Schnittstellen oder verwirrende bauliche Gegebenheiten führen häufig zu eskalierenden Situationen, die sowohl die Professionellen als auch die betroffenen Patienten/Patientinnen belasten.

Die Rahmenbedingungen für die Entwicklung von demenzspezifischen Versorgungskonzepten weisen zum Teil ungünstige Merkmale wie eine monoprofessionelle (pflegerische) Ausrichtung, fehlende Personal- und Sachressourcen sowie Kompetenz- und Akzeptanzprobleme auf. Die Konzeptentwicklung orientierte sich nicht immer vorrangig an fachlich gebotenen Zielsetzungen, sondern an den beschränkenden Möglichkeiten. Dennoch sind eine Reihe von Verbesserungsansätzen entwickelt und erprobt worden. Diese umfassen sowohl strukturelle Veränderungen (z.B. die Einrichtung von Schwerpunktstationen) als auch Maßnahmen der Qualifizierung von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen, der Verbesserung der Ernährungssituation der Patienten/Patientinnen, der Anpassung des baulichen und sozialen Milieus, der Förderung von Ressourcen der Patienten/Patientinnen sowie der Einbeziehung von Angehörigen. Auch der Einsatz technischer Hilfsmittel (z.B. GPS) und die Vernetzung mit anderen Versorgungssettings (z.B. stationäre Langzeitversorgung) bildeten Elemente der demenzspezifischen Konzepte.

Für die Entwicklung und Implementierung der Versorgungskonzepte sind unterschiedliche Strategien angewandt worden. Da in den Kliniken in Bezug auf demenzspezifische Ansätze kaum Wissen und Erfahrung vorhanden waren und sich Konzepte, die in anderen Versorgungssettings entwickelt und eingesetzt werden (z.B. Biografiearbeit), nicht problemlos in die Akutversorgung integrieren oder übertragen ließen, erfolgten Entwicklung und Umsetzung häufig durch einen ständigen Prozess des Ausprobierens und Anpassens. Nur gelegentlich basierte die Konzeptentwicklung auf einer vorangegangenen Problemanalyse. Häufig wurde der Entwicklungs- und Implementierungsprozess durch externe Beratung und Coaching begleitet. Vielfältige Faktoren haben die Umsetzung von Veränderungen erschwert. Dazu zählen eine nur geringe Veränderungsbereitschaft in Bezug auf Versorgungsabläufe und Aufgaben, geringe Priorität des Konzep-



tes innerhalb der Berufsgruppen, Mangel an Gestaltungsspielraum und Wertschätzung für die beteiligten Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen und eine geringe Sichtbarkeit von Effekten. Dennoch sind aus der Sicht der Beteiligten positive Veränderungen sowohl für die betroffenen Patienten/Patientinnen als auch für die Professionellen und die Institution bewirkt worden. Unter anderem werden diese in einem gesteigerten Wohlbefinden und einer schnelleren Genesung der Patienten/Patientinnen, einer gesteigerten Arbeitszufriedenheit der Pflegenden und einer positiven Außendarstellung der Klinik gesehen.

Aus den Ergebnissen der Studie sind für die Praxis u.a. folgende Empfehlungen abgeleitet worden: Entwickeln von Versorgungsstrategien für alle Krankenhäuser mit definierten Mindeststandards; Qualifizierung und Beteiligung sämtlicher Berufsgruppen, die in die Behandlung und Pflege von MmD involviert sind; Bereitstellung und Finanzierung notwendiger Ressourcen. Für zukünftige Forschungen auf diesem Gebiet wird die Überprüfung der Wirksamkeit von demenzspezifischen Versorgungskonzepten angeregt.

#### **Dissemination der Projektergebnisse:**

##### **Tagungen/ Kongresse:**

Pinkert, C. & Holle, B. (16.05.2013). Wie kann die Krankenhausbehandlung von Menschen mit Demenz verbessert werden? Bremer Pflegekongress, Bremen.

##### **Veröffentlichungen (inkl. Berichte):**

Pinkert, C. (2013). Herausforderungen der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. In Sabine Bartholomeyczik & Bernd Albers (Eds.), Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz- Von der Fragmentierung zur Vernetzung!? Tagungsband der 3. Jahrestagung vom 10.10.2012 in Witten (pp. 62-71). Witten: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Witten.

Pinkert, C. & Holle, B. (2013). Neue Wege gehen. Demenz im Krankenhaus. Die Schwester Der Pfleger, 52(9), 845-849.

Pinkert, C. & Holle, B. (2013). Wenn die Klinik vom Heim lernt. Altenheim(9), 42-45.



Projekttitlel	Lebensablauf und Bewältigungsstrategien	LEBE
Laufzeit	2013-2016	
Finanzierung	DZNE	
Vertrags-/ Kooperationspartner		
Leitung/Koordination	Birgit Panke-Kochinke	
Mitarbeiter/in	Birgit Panke-Kochinke	

### **Einleitung:**

#### **Problemskizze/ Ausgangspunkt**

Spezifische Verlaufskurvenmodelle für Menschen mit Demenz im frühen und mittleren Stadium der Erkrankung im Vergleich zu Menschen mit Multipler Sklerose und Parkinson, die deren Bedarfe und Bedürfnisse in der Form einer Langzeitstudie aus der Sicht der Betroffenen rekonstruieren, liegen bisher nur in Ansätzen vor. Diese werden aber als notwendig erachtet, um angemessene Unterstützungsangebote zu entwickeln, die die individuelle Varianz der Krankheitsverläufe berücksichtigen.

#### **Ziel:**

Die Studie LEBE zielt auf die Konzeptentwicklung für die Entwicklung einer passgenauen und biographiespezifischen Intervention für Menschen mit Demenz, Menschen mit Multipler Sklerose und Parkinson im individuellen Krankheitsverlauf. Dazu werden sie vor dem Hintergrund der im Rahmen der Studie SEIN (Selbstbestimmung und Intervention) herausgearbeiteten justierungsvariablen Graduierungsmodi entwickelt.

#### **Fragestellung:**

Welche Graduierungsmodi beeinflussen die Bewältigung von Demenz, Multipler Sklerose und Parkinson im Lebensablauf?

### **Methoden:**

#### **Design:**

Die Studie LEBE ist als eine qualitative empirische Langzeitstudie über einen Zeitraum von mindestens drei Jahren angelegt. Sie gründet sich auf die Analyse von narrativen biographischen und episodischen Interviews. Sie unterzieht das bereits in der SEIN-Studie erfasste Datenmaterial



einer Sekundäranalyse und erweitert den Fokus auf eine dritte Untersuchungsgruppe (Menschen mit Parkinson).

#### **Stichprobe/ Setting:**

In die Studie einbezogen werden jeweils mindestens vier und maximal acht Personen mit einer Demenzerkrankung, einer Multiplen Sklerose oder einer Parkinsonerkrankung. Diese werden in einem Zeitraum von drei Jahren in mindestens vier Erhebungsphasen auf ihren Umgang mit der Erkrankung hin interviewt. Die Grundgesamtheit der interviewten Personen beträgt mindestens zwölf Personen. Die Anzahl der in die Auswertung neu einbezogenen Interviews beträgt mindestens 48. Aus der Studie SEIN werden sechzehn weitere Interviews einer Sekundäranalyse unterzogen.

#### **Zielvariablen:**

Rekonstruiert werden die jeweiligen Copingstrategien im Umgang mit der Erkrankung vor dem Hintergrund von Selbstäußerungen von Menschen mit Demenz, Multipler Sklerose und Parkinson. Es wird herausgearbeitet, welche Faktoren für ein „gutes Leben“ als Variable für Wohlbefinden aus der Innensicht der Betroffenen im Lebensverlauf angegeben werden.

#### **Skizzierung der Auswertung:**

Methodisch wurden unterschiedliche Verfahren der Auswertung in der Analyse der Interviews je nach Materiallage miteinander kombiniert.

- a. Die rekonstruktive hermeneutische Textanalyse in den Perspektiven Inhaltsangabe, Strukturgitter und Verlaufsmuster;
- b. Die kategoriale Auswertung entlang der Justierungsvariablen zur Erfassung von Graduierungsmodi.

Die Auswertung der Interviews im Hinblick auf Verlaufsmuster erfolgt in jedem Schritt in der entsprechenden Kohorte zunächst für jede Person und jedes Krankheitsbild getrennt voneinander. Diese Ergebnisse werden in einem zweiten Schritt zunächst innerhalb der Kohorten miteinander verglichen. In einem dritten Schritt werden die Ergebnisse der drei Kohorten miteinander verglichen. Unterschiede und Gemeinsamkeiten werden erfasst.

#### **AktuellerStand:**

Die erste Erhebungsphase der Untersuchung ist abgeschlossen. Die Daten wurden ausgewertet. Eine Buchvorlage wurde erstellt.



### **Ergebnisse:**

Die Justierungsvariablen der Studie SEIN wurden um Graduierungsmodi ergänzt. Diese bilden die konzeptionelle Basis, um den Fokus für passgenaue biographiespezifische Unterstützungsangebote für Menschen mit Demenz, Multipler Sklerose und Parkinson zu entwickeln.

Die gewonnenen Ergebnisse bilden die Grundlage, um für Unterstützungsangebote eine Auswahl bereits bestehende Instrumente begründen und ergänzende Instrumente entwickeln zu können.

### **Nächste Schritte:**

Im Jahre 2014 wird die zweite Erhebungsphase durchgeführt und ausgewertet werden. Entsprechendes gilt für die beiden anschließenden Erhebungsphasen in 2015 und 2016. Ein Abschlussbericht wird erstellt.



<b>Projekttitel</b>	<b>Niedrigschwellige Betreuung für Familien mit Demenz</b>	<b>NisA-Dem</b>
<b>Laufzeit</b>	2010-2013	
<b>Finanzierung</b>	DZNE	
<b>Vertrags-/Kooperationspartner</b>	Kreis Heinsberg, Ennepe-Ruhrkreis	
<b>Leitung/Koordination</b>	Bernhard Holle	
<b>Mitarbeiter/in</b>	Iris Hochgraeber	

### **Einleitung:**

Die zukünftige häusliche Versorgung der zunehmenden Anzahl von Menschen mit Demenz stellt eine große Herausforderung dar, da sowohl familiäre als auch professionelle Pflegepotenziale voraussichtlich abnehmen werden. Niedrigschwellige Betreuungsangebote bieten die Möglichkeit der Entlastung der pflegenden Angehörigen und der Aktivierung der Menschen mit Demenz unter Einsatz von ehrenamtlichen Helfern/Helferinnen. Die Betreuung findet in Gruppen außerhalb der Häuslichkeit oder einzeln in der Häuslichkeit der Betroffenen statt. Die Hürde der Inanspruchnahme soll bei dieser Art Angeboten möglichst gering sein. Die wissenschaftliche Literatur zu dieser Thematik ist sehr begrenzt.

Das Ziel dieser Studie ist es, niedrigschwellige Betreuungsangebote aus den Perspektiven aller beteiligter Personengruppe (Menschen mit Demenz, pflegende Angehörige, Träger, ehrenamtliche Helfer/Helferinnen, Koordinatoren/Koordinatorinnen) umfangreich zu beleuchten und Empfehlungen zur Gestaltung dieser Angebote zu geben. Die leitende Forschungsfrage lautet: Was ist für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Umsetzung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten notwendig?

### **Methoden:**

Um einen umfangreichen Einblick in das Forschungsfeld zu bekommen, wurden quantitative und qualitative Methoden kombiniert. Den quantitativen Teil der Studie stellte eine Fragebogenerhebung dar. Hierzu wurden vier Fragebögen entwickelt, die aus drei Teilen bestehen. Im ersten Teil werden die persönlichen Charakteristika, im zweiten Teil der Gesundheitszustand und die Angebotssituation/-struktur und im dritten Teil eine Einschätzung der Wichtigkeit bestimmter



Aspekte, die in der Literatur identifiziert wurden, auf einer 4Punkt-Skala erhoben. Die Auswertung erfolgte deskriptiv.

Gruppendiskussionen und Einzelinterviews mit den unterschiedlichen Personengruppen stellten den qualitativen Teil der Studie dar. Diese wurden mit einem Leitfaden geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die gesamte Erhebung fand in zwei Projektregionen Nordrhein-Westfalens statt. Der Zugang erfolgte über die Träger der Angebote.

### **Stand:**

Die quantitativen und qualitativen Erhebungen und Analysen sind abgeschlossen und die Ergebnisse werden zur Publikation vorbereitet. Weiterhin wird ein spezifischer Projektbericht angefertigt.

### **Ergebnisse:**

Von 747 verteilten Fragebögen wurden 164 zurückgesendet. Allerdings wurden nur die Fragebögen der pflegenden Angehörigen (53) und der ehrenamtlichen Helfer/Helferinnen (92) ausgewertet, da die Anzahl der Träger- (4) und Koordinatorenbögen (15) zu gering war. Als ein Ergebnis ist festzuhalten, dass die in der Literatur beschriebenen Aspekte von Niedrigschwelligkeit (Erreichbarkeit, Flexibilität, Kostengünstigkeit, Zugang) aus Sicht der Angehörigen und ehrenamtlichen Helfer/Helferinnen eine eher untergeordnete Rolle spielen. Für beide Personengruppe ist mit unterschiedlichen Schwerpunkten v.a. die inhaltliche Gestaltung der Angebote und somit der Betreuung der Menschen mit Demenz und deren Wohlbefinden wichtig. Die ehrenamtlichen Helfer/Helferinnen zeigen weiterhin eine hohe Engagementbereitschaft und Motivation. Für sie scheint die ehrenamtliche Tätigkeit einen wichtigen Stellenwert im Leben einzunehmen. Interessant ist ebenso, dass etwa die Hälfte der Helfer/Helferinnen sich nicht rein ehrenamtlich engagieren, sondern vom Träger des Angebotes angestellt werden und somit vertraglich gebunden sind und eine regelmäßige Entlohnung erhalten.

In den qualitativen Ergebnissen (7 Gruppendiskussionen, 5 Interviews) wurde dieser Aspekt weiter thematisiert. Die Helfer/Helferinnen sprechen von ihrem „Job“, während jedoch die Koordinatoren/Koordinatorinnen und Träger der Angebote in zwei Richtungen tendieren. Die eine Richtung ist die des klassischen Ehrenamtes: Hier wird versucht, den Preis für das Angebot möglichst gering zu halten, um jedem den Zugang zu ermöglichen und ehrenamtliche Helfer/Helferinnen führen gegen eine geringe Aufwandentschädigung auf freiwilliger Basis die Betreuung durch. Die Angebote der anderen Richtung zeigen eine zunehmende Professionalisie-





zungstendenz, indem die Helfer/Helferinnen angestellt und richtig entlohnt werden. Weiterhin bekommen diese eine umfangreiche Schulung und der Preis für die Betreuung ist deutlich höher. Dies wird mit dem Bedarf einer qualitativ hochwertigen Betreuung und v.a. der damit möglichen Kontinuität begründet. Die pflegenden Angehörigen bestätigen diese beiden Richtungen, indem einmal ein eher outcome-orientierter Ansatz mit therapeutischen Inhalten bevorzugt wird, während auf der anderen Seite v.a. die Beschäftigung der Menschen mit Demenz in Gesellschaft anderer und ihr Wohlbefinden dabei im Vordergrund steht. Die Gruppendiskussion mit den Menschen mit Demenz selbst konnte nur teilweise verwendet werden. Hier betonen sie die Gemeinschaft unter Gleichaltrigen in einer Betreuungsgruppe.

### **Dissemination der Projektergebnisse:**

#### **Tagungen/ Kongresse:**

Hochgraeber, I.; Bartholomeyczik, S. & Holle, B. (10.-12.10.2013). Low-threshold support services for community dwelling people with dementia in Germany - Volunteers turning into professionals. 23rd Alzheimer Europe Conference, Malta.

#### **Veröffentlichungen (inkl. Berichte):**

Hochgraeber, I. (2013). Verhalten und Wohlbefinden von Menschen mit Demenz in einer Betreuungsgruppe. Eine Beobachtungsstudie mittels Dementia Care Mapping. Pflegezeitschrift, 66(7), 408-413.



<b>Projekttitle</b>	<b>Tagesstätte für pflegebedürftige Angehörige von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Krankenhaus</b>	<b>TAPA-K</b>
<b>Laufzeit</b>	April 2013-Mai 2015 (26 Monate)	
<b>Finanzierung</b>	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen innerhalb des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung NRW Ziel 2 Programm 2007 – 2013 EFRE IuK & Gender Med.NRW Projektträger Forschungszentrum Jülich (ETN)	
<b>Vertrags-/Kooperationspartner</b>	Prof. Dr. Wilfried Schnepf, Department Pflegewissenschaft, Fakultät Gesundheit an der Universität Witten/Herdecke Evangelisches Krankenhaus Witten	
<b>Leitung/Koordination</b>	Bernhard Holle (DZNE Witten)/Projektteil DZNE Wilfried Schnepf (Universität Witten/ Herdecke)/Gesamtprojekt	
<b>Mitarbeiter/in</b>	Medlin Mogar	

### **Einleitung:**

Viele Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen stehen zunehmend vor der Herausforderung, ihren Beruf und die Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen miteinander zu vereinbaren. Dies ist zum Teil mit großen Anstrengungen und Einschränkungen verbunden. Erwerbstätig Pflegende sind zumeist Frauen. Die Pflegeverantwortung ist somit ungleich auf die Geschlechter verteilt.

Das Ziel dieses Projektes ist es, ein niedrighschwelliges Unterstützungsangebot (Tagesstätte am Arbeitsplatz) für pflegebedürftige Angehörige von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen des Krankenhauses (Evangelisches Krankenhaus Witten) zu entwickeln und zu etablieren. Dabei soll dieses neue Unterstützungsangebot Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen in ihrer Doppelrolle entlasten. Zudem sollen die Erkenntnisse des Projektes langfristig die Arbeitsfähigkeit und den Verbleib in der Erwerbstätigkeit sichern und die Chancengleichheit von Männern und Frauen fördern.



### **Forschungsfrage:**

Welchen Beitrag kann ein an der Arbeitsstelle angesiedeltes Betreuungsangebot für pflegebedürftige Angehörige zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege leisten?

### **Methoden:**

- Literaturstudien zu Belastungsmustern und Entlastungsstrategien von pflegenden Angehörigen sowie zu bereits umgesetzten Best-Practice Modellen;
- Quantitative Fragebogenerhebung aller Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen des Krankenhauses zum spezifischen Bedarf hinsichtlich eines Betreuungsangebots (Tagesstätte angesiedelt am Arbeitsplatz);
- Qualitative Einzelinterviews mit Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen, die ihren Beruf und die Pflege eines Angehörigen miteinander verbinden;
- Auf Grundlage der theoretischen und empirischen Erkenntnisse die Erarbeitung eines Konzepts des neuen Unterstützungsangebots (Tagesstätte) am Arbeitsplatz;
- Qualitative Interviews mit Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen der Verwaltung und Organisation sowie mit Nutzern/Nutzerinnen des Angebots und ihren Angehörigen im Sinne einer Prozessevaluation.

### **Stand:**

Die beiden Literaturstudien zu den Bedürfnissen, den Anforderungen und den Belastungen von pflegenden Angehörigen sowie zu Best-Practice Beispielen zur Entlastung erwerbstätig Pflegenden wurden durchgeführt. Basierend auf den Ergebnissen der Literaturstudien wurde ein Fragebogen entwickelt, um die Bedürfnisse der betroffenen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen im kooperierenden Krankenhaus (EVK Witten) zu identifizieren und zu bewerten. Die Daten wurden erhoben (n=126) und entsprechende deskriptiv-statistische Analysen durchgeführt. Die Ergebnisse wurden dem Krankenhaus zum Teil bereits vorgestellt.

Des Weiteren wurde ein Interviewleitfaden für die vertiefenden Interviews mit erwerbstätig Pflegenden des EVK entwickelt. Bislang wurden drei der insgesamt 12 geplanten Interviews durchgeführt.

Auf Grundlage der theoretischen (Literaturstudie) und empirischen (Mitarbeiterbefragung/Mitarbeiterinnenbefragung) Erkenntnisse wird derzeit das Konzept des Betreuungsangebots (der Tagesstätte) zusammen mit den beteiligten Projektpartnern entwickelt. Entsprechende Räume für das neue Unterstützungsangebot wurden bereits ausgewählt.



Die **nächsten Schritte** sind die Entwicklung und Verschriftlichung des abschließenden Konzepts des Betreuungsangebots und deren konkrete Umsetzung (geplant für März 2014). Zudem sind weitere Interviews mit erwerbstätig Pflegenden geplant. Erste Kontakte zu möglichen Experten/Expertinnen bzw. Akteuren/Akteurinnen vergleichbarer Projekte wurden hergestellt und die Entwicklung eines Interviewleitfadens ist in Planung.



<b>Projekttitel</b>	<b>Verläufe häuslicher Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz</b>	<b>VerAH-Dem</b>
<b>Laufzeit</b>	2010-2013	
<b>Finanzierung</b>	DZNE	
<b>Vertrags-/ Kooperationspartner</b>		
<b>Leitung/Koordination</b>	Bernhard Holle	
<b>Mitarbeiter/in</b>	Milena von Kutzleben	

### **Einleitung:**

Die Mehrheit der Menschen mit Demenz (MmD) lebt in der Häuslichkeit und wird dort überwiegend von Familienangehörigen (informellen Pflegepersonen) versorgt. Diese nehmen sowohl innerhalb der täglichen Betreuung und Pflege als auch bei der Organisation des Versorgungsarrangements eine zentrale Rolle ein. Die Studie VerAH-Dem fokussiert auf das Versorgungshandeln informeller Pflegepersonen im Verlauf der Erkrankung. Es wurde untersucht, wie diese Personen häusliche Versorgungsarrangements angesichts der gegebenen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Pflegerversicherung gestalten, zu welchen Zeitpunkten und ausgelöst durch welche Ereignisse sie entscheiden, Hilfen und Versorgungsleistungen in Anspruch zu nehmen und wie der "Versorgungsmix" aus informellen und formellen Versorgungsleistungen zusammengesetzt ist.

Ziele der Untersuchung sind:

- Erfassung und Beschreibung der Strukturen und relevanter Helfer/Helferinnen und Hilfen in häuslichen Versorgungsarrangements für MmD (Selbstorganisation informeller Hilfen und Inanspruchnahme formeller Hilfen).
- Rekonstruktion des Versorgungshandelns informeller Pflegepersonen bei der Gestaltung der häuslichen Versorgung von MmD im Krankheitsverlauf (typische Verläufe und Konstellationen)

### **Methoden:**

Mixed-Methods Design.

In einem kleinstädtisch-ländlichen Kreis wurden informelle Pflegepersonen in einer Fragebogenerhebung (Querschnittstudie) zur Organisation, Ausgestaltung und Inanspruchnahme informeller



und formeller Hilfen in der häuslichen Versorgung einer Person mit Demenz befragt (n=102). Itementwicklung, Pretestung und Pilotierung des Fragebogens waren Bestandteil der Studie. Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte deskriptiv und mittels Assoziationsanalysen. Um vertiefende Einblicke in das Versorgungshandeln informeller Pflegepersonen zu erhalten, wurden narrative Leitfadeninterviews mit Hauptpflegepersonen geführt (n=9). Ein Subsample kontrastierender Fälle (n=4) wurde nach 14 Monaten erneut interviewt. Die Datenanalyse erfolgt in Fallrekonstruktionen unter Rückgriff auf die Methodik der objektiven Hermeneutik.

### **Stand:**

Das Projekt wurde Ende 2013 abgeschlossen. Vertiefende Fallrekonstruktionen (n=4) werden im Rahmen einer Dissertation weiter bearbeitet.

### **Ergebnisse:**

Im Rahmen der Studie wurde ein Instrument zur Erfassung häuslicher Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz (D-IVA) entwickelt und pilotiert. Das Instrument hat sich als geeignet für die Anwendung im Setting Häuslichkeit erwiesen und wird derzeit in einer Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland (siehe DemNet-D) in modifizierter Form angewendet. Aus den qualitativen Daten konnte ein Modell zum Versorgungshandeln informell Pflegenden von zu Hause lebenden MmD im Verlauf der Erkrankung entwickelt werden.

Zusammenschau zentraler Ergebnisse: Die mit der Fragebogenerhebung erfassten 102 Versorgungsarrangements unterscheiden sich bezüglich der soziodemographischen Charakteristika der eingeschlossenen MmD und ihrer informellen Pflegepersonen nicht wesentlich von den Ergebnissen anderer Studien: Die versorgten Personen sind im Durchschnitt älter als 80 Jahre und werden meist von Kindern oder (Ehe-) Partnern/Partnerinnen versorgt, wobei der überwiegende Anteil der informellen Pflegepersonen weiblich ist. Die am häufigsten vorgefundene Wohnform (43,1%) war die Person mit Demenz im eigenen Haushalt gemeinsam mit einem (Ehe-) Partner/Partnerin. Nach Angaben der Befragten bestanden die Versorgungsarrangements im Durchschnitt seit 3-4 Jahren und die MmD waren meist in einem hohen Maß auf die Hilfe und Unterstützung anderer im Alltag angewiesen. Das untersuchte Sample repräsentiert eine Gruppe von MmD, die zum Großteil bereits Kontakt mit dem gesundheitlichen Versorgungssystem gehabt haben. Die Mehrheit hatte eine Demenzdiagnose (89,2%), eine Pflegestufe (89,6%) und einen/eine gesetzlichen/gesetzlichen Betreuer/Betreuerin (60,9%) und in den meisten Fällen be-



reits zahlreiche professionelle Hilfen in Anspruch genommen. Nur ein kleiner Teil (14,7%) erhielt keinerlei professionelle Hilfe und Unterstützung.

Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass bereits im ersten Jahr nach Auftreten der Symptome Kontakt zum professionellen Hilfesystem gesucht wird, die in Anspruch genommenen Hilfen jedoch im Krankheitsverlauf u.U. wechseln. Ambulante Pflegedienste sind dabei die prominenteste Form der Hilfe (Inanspruchnahme in 52% der Arrangements).

In der analysierten Stichprobe war die überwiegende Zahl der Befragten optimistisch, die Versorgung auch bei Fortschreiten der Demenz gut (40,7%) bzw. unter Zuhilfenahme zusätzlicher Hilfen (49,5%) zu Hause gewährleisten zu können. In den Assoziationsanalysen konnte gezeigt werden, dass innerhalb des untersuchten Samples ein statistischer Zusammenhang zwischen einer optimistischen Einschätzung hinsichtlich der zukünftigen Gestaltung der Versorgungssituation und dem Vorliegen einer hohen Pflegestufe (2 oder 3) bestand.

Es wurde deutlich, dass der geleistete Anteil an informeller Pflege- und Versorgungszeit hoch ist und verschiedene Menschen aus dem sozialen Umfeld an der Versorgung beteiligt sind. In 71 Versorgungsarrangements wurde täglich informelle Versorgung und Pflege erbracht. Die informelle Pflegezeit wurde in diesen Arrangements mit durchschnittlich 12,2 Stunden pro Tag angegeben. Evtl. ist dieses Engagement einer der Gründe, warum die Versorgung von dem meisten Befragten als funktionsfähig empfunden wird. Gleichzeitig wird an dieser Stelle aber auch deutlich, wie sehr die Stabilität häuslicher Versorgungsarrangements von der Unterstützung der Familien abhängig ist. Bei der Auswertung der offenen Antwortkategorien, was die Inanspruchnahme formeller Hilfen ausgelöst hatte, waren Überlastung der primären Pflegeperson bzw. die Notwendigkeit für Erholungszeiten dann auch die am häufigsten genannten Gründe.

Die Analyse der qualitativen Daten zeigt einen phasenförmigen Verlauf im Versorgungshandeln informeller Pflegepersonen, der insbesondere zu Beginn der Erkrankung durch "stürmische Zeiten" gekennzeichnet ist, die entweder in stabile Versorgungsroutinen übergehen oder die Institutionalisierung der Person mit Demenz nach sich ziehen. In Übereinstimmung mit den quantitativen Ergebnissen beschrieben die Interviewpartner/Interviewpartnerinnen, dass es die frühen und mittleren Phase der Erkrankung sind, die von den betroffenen Familien als besonders herausfordernd empfunden werden. Die Fallrekonstruktionen werden vier typische Ausprägungen des Versorgungshandelns informeller Pflegepersonen einer zu Hause lebenden Person mit Demenz repräsentieren.



Schlussfolgerungen: Das entwickelte Instrument D-IVA wurde in VerAH-Dem pilotiert und wird derzeit in DemNet-D in modifizierter Form in mehreren Erhebungswellen mit einem größeren Stichprobenumfang angewendet (n= 455 bei T0). So können die Ergebnisse aus beiden Studien zu einem späteren Zeitpunkt abgeglichen und ggfs. für weitere Analysen gepoolt werden. Der gewählte Mixed-Methods Ansatz erwies sich als sinnvoll. Die untersuchten Versorgungsarrangements können in ihrer Struktur beschrieben werden und es zeigen sich typische Konstellationen. Darüber hinaus wurden Phänomene wie *Stabilität* und *Normalität* in Familien mit Demenz identifiziert, die Impulse für weitere Forschung liefern.

### **Dissemination der Projektergebnisse:**

#### **Tagungen/ Kongresse:**

von Kutzleben, M. (24.09.2014). Care services to support persons with dementia who live at home: Results from the VerAH-Dem study and indications for technical assistance and support. 2nd DZNE Industry Day, Berlin.

von Kutzleben, M. (10.-12.10.2013). How do family carers of community-dwelling people with dementia perceive the onset of the disease? Results from the qualitative strand of a mixed-methods study (VerAH-Dem) using a hermeneutic approach. Alzheimer Europe 23rd Annual Conference "Living well in a dementia-friendly society", St. Julian's Malta.

#### **Veröffentlichungen (inkl. Berichte):**

von Kutzleben, M. (2013). Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz– Navigation durch ein fragmentiertes Versorgungssystem. In Sabine Bartholomeyczik & Bernd Albers (Eds.), Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz - Von der Fragmentierung zur Vernetzung?! - Tagungsband der 3. DZNE Jahrestagung vom 10.10.2012 in Witten (pp. 37-49). Witten: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) Standort Witten.



## 2.5 Abgeschlossene Projekte

Projekttitel: <b>PEG-Studie</b>	<b>Ablauf von Entscheidungsprozessen vor Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) / Entwicklung einer Entscheidungshilfe (EH)</b>
Laufzeit	2008–2011
Finanzierung	AOK -Bundesverband
Leitung/Koordination	Sabine Bartholomeyczik
Durchführung	Claudia Dinand
Quelle	Jahresbericht 2011
Projekttitel:	<b>Deutsche Studie zur europäischen Pflegequalitätserhebung zu Mangelernährung und Dekubitus in deutschen Altenpflegeheimen</b>
Laufzeit	2008–2010
Finanzierung	teilfinanziert durch Pfrimmer Nutricia GmbH
Leitung/Koordination	Sabine Bartholomeyczik
Durchführung	Sven Reuther
Quelle	Jahresbericht 2010
Projekttitel: <b>G+ Evaluation</b>	<b>Evaluation des Internationalen Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz der Robert Bosch Stiftung</b>
Laufzeit	2011 3 Monate (abgeschlossen)
Finanzierung	Robert Bosch Stiftung
Leitung/Koordination	Horst Christian Vollmar
Durchführung	Tina Quasdorf
Quelle	Jahresbericht 2012
Projekttitel: <b>InDemA</b>	<b>Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen</b>
Laufzeit	2008–2010
Finanzierung	Bundesministerium für Gesundheit, DZNE
Leitung/Koordination	Sabine Bartholomeyczik, Stefan Wilm
Durchführung	Margareta Halek, Daniela Hardenacke,
Quelle	Jahresbericht 2010

Projekttitel:	<b>Musiktherapie in der häuslichen Versorgung von Menschen in frühen Stadien einer Demenz</b>
Laufzeit	2010
Finanzierung	DZNE
Leitung/Koordination	Margareta Halek, Sabine Bartholomeyczik
Durchführung	Wolfgang Schmid
Quelle	Jahresbericht 2010
Projekttitel :	<b>Selbstwahrnehmung und Intervention (SEIN).</b> Die Analyse der Funktion und Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen für Menschen im Frühstadium der Demenz und Menschen mit Multipler Sklerose auf der Grundlage von Selbstäußerungen.
<b>SEIN</b>	
Laufzeit	2011-2013
Finanzierung	DZNE
Leitung/Koordination	Birgit Panke-Kochinke, Sabine Bartholomeyczik
Durchführung	Birgit Panke-Kochinke
Quelle	Jahresbericht 2012
Projekttitel:	<b>Szenarien zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Jahre 2030 (Sze-Dem)</b>
<b>Sze-Dem</b>	
Laufzeit	2010-2011
Finanzierung	DZNE
Leitung/Koordination	Horst Christian Vollmar, Sabine Bartholomeyczik
Durchführung	Ines Buscher, Horst Christian Vollmar
Quelle	Jahresbericht 2012
Projekttitel:	<b>Verbesserung der Erkennung und Versorgung von Demenzen in der Hausarztpraxis – die evidenz-basierte Entwicklung einer komplexen Intervention (CADIF)</b>
<b>CADIF</b>	
Laufzeit	DZNE-Laufzeit: 2011-2012
Finanzierung	BMBF im Rahmen des Kompetenznetzwerks Degenerative Demenz (KNDD), Co-Finanzierung durch DZNE und die beteiligten Institute
Leitung/Koordination	Horst Christian Vollmar (am DZNE bis 15.05.2012) in Kooperation mit Michael Pentzek, Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Institut für für Allgemeinmedizin.

Durchführung	Horst Christian Vollmar (bis 15.05.2012), Silke Kuske (bis 30.09.2012), Franziska Gallrach (bis 30.09.2012)
Quelle	Jahresbericht 2012

### **3 Arbeitsergebnisse** (Projektspezifische Ergebnisse werden bei den Projekten genannt)

#### **3.1 Buchkapitel**

Halek, M. (2013). Die pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz. In Rebecca Palm & Martin Dichter (Eds.), *Pflegewissenschaft in Deutschland - Errungenschaften und Herausforderungen* (pp. 267-280). Bern: Huber Verlag.

Purwins, D. & Roes, M. (2013). Legitimation eines pflegespezifischen Managements in Krankenhäusern. In Frommelt, M.; Roes, M. & Schmidt, R. (Eds.), *Management Handbuch Pflege*. Heidelberg: Medhochzwei Verlag. (In Druck)

Roes, M. (2013). Systematic Review - Eine international Recherche hinsichtlich Gewinnung, Entwicklung, Verbleib und Wechselbereitschaft von Pflegenden nicht-europäischen Ausland. In T. Klie (Ed.), *Abschlussbericht Herausforderung Pflege - Modelle und Strategien zur Stärkung des Berufsfeldes Altenpflege*. Förderkennzeichen (BMG): IIA5-2511ZPK004.

#### **3.2 Bücher**

Bartholomeyczik, S. & Albers, B. (Eds.). (2013). *Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz-von der Fragmentierung zur Vernetzung!?*-Tagungsband der 3. DZNE Jahrestagung vom 10.10.2012 in Witten. Witten: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) Standort Witten

Bartholomeyczik, S.; Holle, D. & Halek, M. (2013). *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz verstehen - Die Verbesserung der Versorgung Demenzkranker durch Qualitätsinstrumente* (Vol. 1). Weinheim und Basel: Beltz-Juventa Verlag.

Palm, R. & Dichter, M. (Eds.). (2013). *Pflegewissenschaft in Deutschland- Errungenschaften und Herausforderungen*. Festschrift für Sabine Bartholomeyczik Bern: Hans Huber.

#### **3.3 Artikel (Peer-Reviewed)**

Laekeman, M. & Sirsch, E. (2013). Schmerz Wahrnehmung bei Menschen mit Demenz. Perception de la douleur chez les personnes atteintes de démence. *physioactive* 2, 29-33.

- Panke-Kochinke, B. (2013). Eine Analyse der individuellen Wahrnehmungs- und Bewältigungsstrategien von Menschen mit Demenz im Frühstadium ihrer Erkrankung unter Beachtung der Funktion und Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen auf der Grundlage von Selbstaussagen. *Pflege*, 26(6), 387-400.
- Panke-Kochinke, B. (2013). Empathisch Wissenschaft praktizieren – die Berührung mit Gewalt und chronischer Krankheit. *Der Mensch*, 46(1), 33-38.
- Roes, M.; Buscher, I. & Riesner, C. (2013). Implementierungs- und Disseminationswissenschaft - Konzeptionelle Analyse von Gaps zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis. *Implementation and Dissemination Science - Analysis of Gaps between knowledge, politics and practice. Pflege & Gesellschaft*, 18(3), 213.
- Roes, M.; de Jong, A. & Wulff, I. (2013). Implementierungs- und Disseminationsforschung - ein notwendiger Diskurs. *Implementation and Dissemination Research - a necessary discourse. Pflege & Gesellschaft*, 18(3), 197.
- Roes, M. & Stemmer, R. (2013). Schwerpunkt: Dissemination und Implementierung. Einführung. *Pflege & Gesellschaft*, 18(3), 195.
- Schmidt, S. G.; Dichter, M. N.; Bartholomeyczik, S. & Hasselhorn, H. M. (2013). The satisfaction with the quality of dementia care and the health, burnout and work ability of nurses: a longitudinal analysis of 50 German nursing homes. *Geriatric Nursing*, 10.1016/j.gerinurse.2013.1009.1006
- Simon, M.; Schmidt, S. G.; Schwab, C. G. G.; Hasselhorn, H. M. & Bartholomeyczik, S. (2013). Messung der Pflegequalität in der Langzeitpflege. Eine vergleichende Analyse von Pflge­transparenzkriterien, bewohnerbezogenen Indikatoren und Beurteilungen der Mitarbeiter. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56(8), 1088-1097.

### **3.4 Artikel (ohne Peer-Review)**

- Dichter, M. N. & Palm, R. (2013). Gezielt und clever recherchieren. *Literaturrecherche und Literaturarbeit für Pflegenden Teil 1: Relevanz und Vorgehen zur Identifizierung externer Evidenz. Pflege Z.*, 66(6), 376-379.
- Hoben, M. & Riesner, C. (2013). Evaluation der 2.Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. *Pflege & Gesellschaft*, 18(4), 4.
- Matysek, P. & Roes, M. (2013). "Advanced Nurse Practitioners" als Experten für Beratung : Perspektiven für das Masterstudium. *Padua : die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik*, 8(3), 144.

- Palm, R. & Dichter, M. N. (2013). Literaturrecherche und Literaturarbeit für Pflegende, Teil 2: Beschaffen, sichten, beurteilen. . Pflegezeitschrift, 66(9), 564-567.
- Roes, M. (2013). Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten. Das Leistungsspektrum erweitert sich. Heilberufe / Das Pflegemagazin 65(1), 16-18
- Scherer, C.; Steinmann, N. & Roes, M. (2013). Physiotherapeuten in Deutschland : Der lange Weg in die Autonomie. Padua : die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, 8(3), 149.
- Simon, M., Schmidt, S. G., Schwab, C. G. G., Hasselhorn, H. M., & Bartholomeyczik, S. (2013). [Determining the quality of long-term care. A comparative analysis of transparency criteria,
- Yang, H.-S. & Roes, M. (2013). Die Autonomie der Hebamme : Eigenständige und unabhängige Betreuung professionalisieren. Padua : die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, 8(3), 153.

### 3.5 Vorträge (eingeladen)

#### Dichter M

Dichter, M.N., & Palm, R. (09.10.2013). Lebensqualität von Menschen mit Demenz: Definitionen und Dimensionen. Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), 4. Jahrestagung: Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz. Selbstbestimmung und Lebensqualität, Witten.

#### Halek M.

Halek, M. (28.02.2013). Herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz. Lennestädter Demenzwochen, Lennestadt.

Halek, M. (15.03.2013). Prävention von medikamentöser Ruhigstellung durch Fallbesprechungen. Gewaltprävention in der Praxis Mülheim an der Ruhr

Halek, M. (15.03.2013). Fallbesprechungen im Praxiseinsatz. Gewaltprävention in der Praxis Mülheim an der Ruhr

Halek, M. (15.05.2013). Verstehende Diagnostik des herausfordernden Verhaltens. 9. Berner Pflegekongress.

Halek, M. (19.09.2013). Empfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten von Bewohnern mit Demenz, Rahmenempfehlungen und verstehende Diagnostik. Demenz - unbekannter Alltag. Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Demenzerkrankten, Hannover.

Halek, M. (06.11.2013). Verstehen von herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz. Fachtagung „Quo vadis Altenpflege“; 06. November 2013, Dernbach.

Halek, M. (27.11.2013). Herausforderndes Verhalten - Einschätzen und Verstehen. 1. St. Galler Demenz-Kongress, St. Gallen, Schweiz.

**Holle B**

Holle, B. (07.06.2013). Teil des Versorgungsnetzes - stationäre Altenpflege für Menschen mit Demenz. Deutscher Pflegekongress 2013, ICC Berlin.

Holle, B. (19.06.2013). „Gemeinsam im Team haben wir es besser verstanden!“- Herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe- 9. Fachtag im Main-Taunus Kreis: Verstehen und Handeln. Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Demenz., Landratsamt Hofheim.

**Holle D**

Holle, D. (15.10.2013). Implementierung der Verstehenden Diagnostik - strukturierte Fallbesprechungen - Erfahrungen aus der Praxis. Demenz - unbekannter Alltag. Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Demenzerkrankten, Leipzig.

**Kuske S.**

Kuske, S. (19.06.2013). Sektorenübergreifende Prozesse: Lösungsansätze zur Sicherung der Versorgungsqualität. Risikomanagement Aktueller Stand 2013, Hannover.

**Laekeman M.**

Laekeman, M (14. - 15.06.2013). Kognitionen und Überzeugungen von Ärzten und Therapeuten - Auswirkung auf die Aktivitäten des Patienten? . ANOA Kongress, Kongress zum 50-jährigen Bestehen der Klinik für Manuelle Therapie Hamm Erster Kongress der Arbeitsgemeinschaft für Nichtoperative Orthopädische Akutkrankenhäuser (ANOA).

**Panke-Kochinke B.**

Panke-Kochinke, B. (09.10.2013). Selbstbestimmung für Menschen mit Demenz. Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), 4. Jahrestagung: Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz. Selbstbestimmung und Lebensqualität, Witten.

**Riesner C.**

Riesner, C. (16.01.2013). Schnittstellen gestalten. Praxiswerkstatt demenzsensibles Krankenhaus, Telgte.

Riesner, C. (16.01.2013). Wissenschaftliche Erkenntnisse zum Thema Demenz. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus, Hamm.

- Riesner, C. (13.02.2013). Lebens- und Betreuungskultur für pflegebedürftige Menschen, Begleitung statt Funktionspflege. 16. Holler Runde, Hildesheim.
- Riesner, C. (12.03.2013). Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen. Veranstaltung des Hospiz Pulheim.
- Riesner, C. (20.03.2013). Lebens- und Betreuungskultur für Menschen mit Demenz, Begleitung statt Funktionspflege. Das Ende der Altenpflege?, Kassel.
- Riesner, C., & Mazzola, R. (22.02.2013). Wissenschaft - Praxis - Lücke. Pflegewissenschaftliche Auseinandersetzung mit Implementierungsprozessen: Gegenstandsbereich, Relevanz und Perspektiven für Deutschland, Mainz.

### **Roes M.**

- Roes, M. (26.01.2013). Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten nach § 63 Abs. 3c SGB V (WS 12). Kongress Pflege, Berlin.
- Roes, M. (26.02.2013). Grundlagen pflegewissenschaftlicher Auseinandersetzungen mit Dissemination und Implementierung. 2.Fachtagung der DGP, FH Mainz.
- Roes, M. (16.05.2013). Die zwei großen I's - Interventions- und Implementierungsforschung. 9. Bremer Pflegekongress.
- Roes, M. (23.05.2013). Initiative on the Future of Nursing“ in den USA - Ein Beitrag zur Qualitätssteigerung in der Pflege. Forum 4 - Grenzen öffnen sich: Pflege und ihr Image im internationalen Vergleich. Bundeskongress Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V., Chemnitz.
- Roes, M. (26.09.2013). Zwischen allen Stühlen. Die unterschätzte Bedeutung von Führung in der Pflege. 2. Fachtagung Pflege Klinikum Osnabrück: Traumjob Stationsleitung?! Anforderungen - Kompetenzen - Wer erwartet zukünftig was?, Osnabrück.
- Roes, M. (06.11.2013). Zwischen allen Stühlen. Die unterschätzte Bedeutung von Führung in der Pflege. 1. Fachtagung Pflege Katholischer Kliniken im Ruhrgebiet: Traumjob Stationsleitung?! Anforderungen - Kompetenzen - Wer erwartet zukünftig was?, Herne.
- Roes, M. (12.11.2013). Fit für die Zukunft - die Notwendigkeit sich in zukünftige Ereignisse einzumischen. 6. Schulleitertagung der DRK Pflegeschulen, Berlin.



### **Sirsch E.**

Sirsch, E. (26.04.2013). Mundgesundheit in der Pflege – eine Herausforderung. Alterszahnmedizin und Altenpflege, Hannover.

Sirsch, E. (07.06.2013). Das Leid mit der Pflegedokumentation. Deutscher Pflegekongress im Rahmen des Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit Berlin

### **3.6 Vorträge (Peer-Reviewed)**

Halek, M.; Dichter, M. N.; Dortmann, O.; Riesner, C. & Quasdorf, T. (10.-12.10.2013). Dementia Care Mapping intervention: the challenge of improving daily practice in nursing homes. 23rd Alzheimer Europe Conference “Living well in a dementia-friendly society”, St. Julian’s, Malta

Laekeman, M. (24.-26.10.2013). Kognitionen von Ärzten und Therapeuten – welchen Einfluss haben therapeutische Einstellungen auf das Schmerzerleben eines Patienten. Deutscher Schmerzkongress, Hamburg.

Niemier, K.; Seidel, W.; Egan Moog, M.; Schöps, P. & Laekeman, M. (Oktober 2013 ). Funktionsverbesserung oder Schmerztherapie. Deutscher Schmerzkongress, Hamburg

Roes, M. (28.02.2013). Understanding Knowledge Transformation as a decentralized Process to improve the Quality in Nursing Homes. 39th Annual Meeting and Education Leadership Conference, St. Petersburg, FL.

Roes, M. (25.06.2013). Learning from each other - using Case Reviews to solve problems in Nursing Homes. 20th IAAG World Congress of Gerontology and Geriatrics, Seoul, South Korea.

Roes, M. (27.06.2013). Impact of Private Social Networks on Home Care Settings. 20th IAAG World Congress of Gerontology and Geriatrics, Seoul, South Korea.

Roes, M. (09.07.2013). Using Real Cases for Knowledge Transformation - Implementing A multi-professional Guideline ("Mobility and Safety for Residents with Dementia") in 20 Nursing Homes (two years). Improvement Science Summit, San Antonio, TX.

Roes, M. (20.11.2013). National Dementia Strategy for Germany. AL-SIG and ResQCare pre-conference: Assuring that Innovative Research Impacts Policy in Residential Long-term Care Setting. 66th GSA Annual Scientific Meeting, New Orleans, LO.

Roes, M. (13.11.2013). How national dementia strategies affect people with dementia and their family caregiver. Pre-Conference for (starting) Health Service Researchers. 6th European Public Health Conference in Brussels, Belgium.

## 4 Funktionen in Gremien und Beiräten und Mitgliedschaften

### Buscher I.

- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), **Sektion Dissemination und Implementierung (SDI), Vorsitzende**
- European Academy of Nursing Science (EANS)

### Dichter M.

- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest (DBFK), **Geschäftsführender Vorstand**
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), Sektion Forschungsmethoden
- Deutsches Netzwerk für evidenzbasierte Medizin
- European Academy of Nursing Science (EANS)

### Dinand C.

- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE)
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)
- Europäische Gesellschaft für klinische Ernährung und Metabolismus (ESPEN)

### Döttlinger B.:

- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)
- Internationalen Förderverein Basale Stimulation e. V.

### Halek M.

- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)
- Early detection and timely INTERvention in DEMentia (INTERDEM)
- Projekt "Bedürfnisse bei schwerer Demenz" des BMG, **wiss. Beirat**

### Hochgraeber I.

- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)

#### **Holle B.**

- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)
- Modellprojekt „Budgets in der sozialen Pflegeversicherung“ des GKV Spitzenverband, **Beirat**
- Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing

#### **Holle D.**

- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG)
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)
- Early detection and timely INTERvention in DEMentia (INTERDEM)
- European Academy of Nursing Science (EANS)
- International Psychogeriatric Association (IPA)

#### **Köhler K.**

- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)

#### **Kuske S.**

- Aktionsbündnis Patientensicherheit
- Netzwerk für Versorgungsforschung

#### **Laekeman M.**

- Deutschen Schmerzgesellschaft:
  - **Arbeitskreis „Schmerz und Alter“**
  - **Stellv. Sprecherin des Arbeitskreises „Schmerz & Bewegung“**
- International Association for the Study of Pain (IASP): Special Interest Groups „Pain and Movement“, „Pain in Older Persons“ and “Pain Education”
- Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG e.V.)
- Deutscher Verband für Physiotherapie Zentralverband der Physiotherapeuten / Krankengymnasten (ZVK) e.V.; Landesverband NRW

#### **Laporte Uribe F.**

- Global Young Faculty, einer Initiative der Stiftung Mercator in Zusammenarbeit mit der Universitätsallianz Metropole Ruhr, **Mitglied**

#### **Nover S.**

- Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS)

#### **Quasdorf T.**

- Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), Sektion Dissemination und Implementierung (SDI), **Mitarbeit**

#### **Palm R.**

- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)

#### **Pinkert Ch.**

- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)

#### **Riesner C.**

- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), Sektion Dissemination und Implementierung (SDI), **Mitarbeit**
- Dementia Care Mapping (DCM), **Strategic Lead Germany**, in der DCM International Implementation Group (IIG), Bradford Dementia Group, UK, **Mitglied**
- North Sea Dementia Research Group, <http://www.northseadementiagroup.eu/>, **Mitglied**

#### **Roes M.**

- AcademyHealth - Advancing Research, Policy and Practice
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)
- Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), Sektion Dissemination und Implementierung (SDI) in der, **Stellvertretende Vorsitzende**
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) (bis 12/2013)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), **Lenkungsausschuss**
- Deutscher Pflegerat (DPR), Expertengruppe zum § 63.3 b/c SGB V, **Mitglied**
- Early detection and timely INTERvention in DEMentia (INTERDEM)
- "Fellowship für Innovationen in der Lehre" des Stifterverbands der deutschen Wissenschaft  
**Jury Mitglied (2011-2013)**

- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), **Mitglied in drei Arbeitsgruppen**
  - **Identifikation relevanter Indikatoren für die sektorenübergreifende QS (§ 137 SGB V)**
  - **Richtlinie Qualitätsmanagement in der Primären Versorgung (§ 9 SGB V)**
  - **Richtlinie für sektorenübergreifende QS (§ 299 SGB V)**
- Gerontological Society of America (GSA)
- Harkness Fellow, Alumni Commonwealth Foundation
- Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International (XI Chapter)
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), **Kuratorium**
- Improvement Science Research Network (ISRN)
- 'Lehren - Das Bündnis für die Hochschullehre', Gemeinschaftsinitiative des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft, der Joachim Herz Stiftung, der Nordmetall Stiftung und der Alfred Toepfer Stiftung F.V.S. (2012-2013), **Beirat**
- „Praktische Anwendung des Strukturmodells - Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ **Mitglied im Lenkungsgremium** des BMG
- Robert Bosch Fellow, Alumni
- Wissenschaftlicher Beirat des Bremer Pflegekongresses, **Sprecherin**

#### **Schwab Ch.**

- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest (DBFK)
  - **Vorstandsdelegierter**
  - **Revisor**
  - **AG Pflegekammer**
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e. V. (DBfK NW):
  - **Vorstandsmitglied**
  - **Stellvertretendes Mitglied im Pflegerat NRW**
  - **AG Wissensmanagement**
  - **Prüfer in der Weiterbildung zum Pflegeexperten für Menschen mit Demenz**
  - **AG des MGEPA zum Landesförderungsplan NRW**
  - **AG des MGEPA zur Entwicklung des Prüfkatalogs zum Wohn- und Teilhabe-gesetz NRW**
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)

- Honor Society of Nursing – Sigma Theta Tau International (STTI)
- International Council of Nurses (ICN)

**Sirsch E.**

- Cost Action TD1005 Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia, Workgroup II Nursing
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), Vorstandsmitglied
- Deutsche Schmerzgesellschaft
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG)
- European Academy of Nursing Science (EANS)
- Mitglied der Expertenarbeitsgruppe zur Entwicklung des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ des Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

## 5 Mitarbeit bei wissenschaftlichen Zeitschriften und Verlagen

### Dichter M.

- Health and Quality of Life Outcomes: Peer Reviewer
- International Psychogeriatrics: Peer Reviewer
- Pflege (Huber): Peer Reviewer
- Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen: Peer Reviewer

### Halek M.

- Pflege (Huber):Peer Reviewerin
- Pflege und Gesellschaft: Peer Reviewerin
- Zeitschrift International Journal of Nursing Studies (IJNS): Peer Reviewerin

### Holle B.

- Pflege & Gesellschaft (Juventa): Peer Reviewer
- Pflege (Huber): Peer Reviewer

### Holle D.

- International Journal of Nursing Studies (IJNS): Peer Reviewerin
- Pflege (Huber):Peer Reviewerin

### Köhler K.

- Zeitschrift ARBEIT (Lucius): Peer Reviewerin

### Kuske S.

- Journal of Public Health: Peer Reviewerin

### Laekeman M.

- Clinical Rehabilitation: Peer Reviewerin

### Riesner C.

- pflegenetz.magazin, Wien, Mitglied im Editorial Board,

**Roes M.**

- Gerontology Society of America: review abstracts
- Healthcare Policy: Peer Reviewerin
- Managementhandbuch Pflege, medhochzwei Verlag: Mitherausgeberin
- PADUA ,Huber Verlag: Mitherausgeberin
- Pflege und Gesellschaft, Juventa: Peer Reviewerin
- Pflegewissenschaft, hps media: editorial, Peer Reviewerin
- Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie: Peer Reviewerin

**6 Tagungsorganisation**

- 08.10.2013: Externer Methoden Workshop, Witten
- 09.10.2013: 4. Jahrestagung des DZNE Standort Witten, Witten



## 7 Das Team (Stand April 2014)

E-Mail Adresse: Vorname.Nachname@dzne.de

Name	Funktion	Titel-/Abschlüsse	Telefon 02302/ 926
<b>Administration</b>			
Dönhölter, Cornelia	Standortkoordinatorin	Dipl. oec. MScCM	236
Karwatzki, Sigrid	Büroassistenz		235
Möller, Sabine	Büroassistenz		237

<b>AG Methoden der Versorgungsforschung</b>			
Albers, Bernd	Wissenschaftlicher Assistent der Sprecherin	MScN	251
Döttlinger, Beatrix	Wissenschaftliche Hilfskraft	MScN	237
Jünger, Saskia (ab Februar 2014)	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	Dr. rer. medic., Master of Health Sci- ences	238
Müller, René	Data Management	Medizinischer Doku- mentationsassistent	209
Dortmann, Olga	Wissenschaftliche Mitarbeiterin Biometrie, Quantitative Methoden	Dipl.-Stat.	249
Panke-Kochinke, Birgit	Wissenschaftliche Mitarbeiterin Qualitative Methoden	Venia legendi Soziolo- gie, Dr. phil., Staatexamen Sek.2	227
Schwab, Christian	Wissenschaftlicher Mitarbeiter	MScN	258
Segschneider-Rosier, Ute	Verwaltungsangestellte		231

Name	Funktion	Titel-/Abschlüsse	Telefon 02302/ 926
<b>Arbeitsgruppe Versorgungsinterventionen</b>			
Halek, Margareta	AG-Leiterin Versorgungsinterventionen Vertreterin der Sprecherin	Dr. rer. medic., MScN	108
Dichter, Martin	Wissenschaftlicher Mitarbeiter	MScN	253
Dinand, Claudia	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	MScN	225
Graf, Rabea (ab 01.04.2014)	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	B.A.	267/266
Holle, Daniela	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	Dr. rer. medic., MScN	347
Laekeman, Marjan	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	MscPhys	257
Nover, Sabine	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	Dr. rer. pol., Dipl.-Ök.	248
Reuther, Sven	Wissenschaftlicher Mitarbeiter	MScN	231
Sirsch, Erika	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	MScN	232

Name	Funktion	Titel-/Abschlüsse	Telefon 02302/ 926
<b>Arbeitsgruppe Versorgungsstrukturen</b>			
Holle, Bernhard	AG-Leiter Versorgungsstrukturen	Dr. rer. medic., MScN	241
Heinrich, Steffen	Wissenschaftlicher Mitarbeiter	MScGPw	262
Hochgraeber, Iris	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	MScN	252
Köhler, Kerstin	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	Dipl. Gerontologin	223
Mogar, Medlin	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	MScPH	265
Palm, Rebecca	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	MScN	224
Pinkert, Christiane	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	MScN	228
von Kutzleben, Milena	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	MScEMPH	264

Name	Funktion	Titel-/Abschlüsse	Telefon 02302/ 926
<b>Arbeitsgruppe Implementierungs- und Disseminationsforschung</b>			
Roes, Martina	AG-Leiterin Wissenszirkulation und Implementierungsforschung ab dem 01.01.2013 Standortsprecherin	Prof. Dr. phil. Dipl. Soziologin	147
Buscher, Ines	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	Dipl.-Pfl egewissen- schaftlerin (FH)	255
Kuske, Silke	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	M.A.	242
Laport Uribe, Franziska	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	Ph.D. HlthSc M.A. Sprache & Kommu- nikation	226
Quasdorf, Tina	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	MScN	245
Riesner, Christine (03.2014 ausgeschieden)	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	Dr. rer. medic, MScN	

Name	Funktion	Titel-/Abschlüsse	Telefon 02302/ 926
<b>Studentischen Mitarbeiter/innen</b>			
Hoyer, Mirjam Rebecca	Studentische Hilfskraft		267/266
Kißler, Christian	Studentische Hilfskraft		267/266
Kuhn, Xenia	Studentische Hilfskraft		267/266
Nebowsky, Anna	Studentische Hilfskraft		267/266
Pehle, Sebastian	Studentische Hilfskraft		267/266
Rein, Anastasia	Studentische Hilfskraft		267/266

## 8 Anhang: Projektübersicht

Kürzel	Titel
<b>AspektFTD</b>	Alltag aus der Perspektive von Menschen mit einer Frontotemporalen Demenz (AspektFTD)
<b>CareSafeD</b>	Qualitätssicherung settingübergreifender Kommunikation bei Personen mit Demenz (CareSafeD)
<b>CBS-D</b>	Übersetzung und Validierung der Challenging Behaviour Scale (CBS)
<b>DemKH</b>	Demenzspezifische Konzepte zur Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus – empirische Analyse der derzeitigen Versorgungssituation und Empfehlungen zur Weiterentwicklung
<b>DemNet-D</b>	Multizentrische, interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland (DemNet-D)
<b>DCM Befragung</b>	Dementia Care Mapping (DCM) Nutzer-Befragung
<b>DemenzMonitor</b>	DemenzMonitor: Erfassung, Beschreibung und Analyse demenzspezifischer Organisations- und Konzeptionsmerkmale von Einrichtungen und Wohnbereichen sowie wichtiger Merkmale der Bewohner
<b>FallDem</b>	Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz (FallDem)
<b>GesKom</b>	Gestisch-kommunikatives Handeln als Bindeglied zwischen Sprache und Handeln bei Menschen mit Demenz
<b>HerVer</b>	Begriffsanalyse des herausfordernden Verhaltens von Menschen mit Demenz
<b>IdA-E</b>	Englische Übersetzung des Innovativen Demenzorientierten Assessmentsystems (IdA)
<b>LEBE</b>	Lebensablauf und Bewältigungsstrategien
<b>LebenQD</b>	Leben-QD – Lebensqualität von Menschen mit Demenz stärken
<b>NisA-Dem</b>	Niedrigschwellige Betreuung von Menschen mit Demenz und ihren Familien
<b>QiSavA</b>	Entwicklung und Pilotierung eines Qualitätsindikatorensets im Zusammenhang mit der S3-Leitlinie: „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“
<b>QoI-Dem</b>	Die Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in stationären Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland

<b>S3 LL SchmerzAss</b>	Entwicklung einer S3-Leitlinie zum Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe
<b>SmeDeK</b>	Entscheidungsfindung zur Selbst- oder Fremdeinschätzung von Schmerz bei Menschen mit mittelschwerer Demenz im Akutkrankenhaus
<b>VerAH-Dem</b>	Verläufe häuslicher Versorgungsarrangements von Menschen mit Demenz: Nutzungsverhalten und Inanspruchnahme formeller und informeller Versorgungsstrukturen