

Berlin  
Dezember 2021

# Literaturstudie zu innovativen Versorgungsansätzen für Menschen mit Demenz

Z36-04814-04/009

– Endbericht –

Studie im Auftrag des  
Bundesministeriums für Gesundheit

Impressum

IEGUS – Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH

Katharina Kirstein

Jonas Seidel

Esther Stehle

Detlef Friedrich

Benjamin Herten

Dr. Nils Müller

Nora Schulte-Coerne

Berlin, den 10. Dezember 2021

## Abstract

**Hintergrund:** Aufgrund der demografischen Entwicklungen in Deutschland und anderen Ländern wird die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen in den kommenden Jahren zunehmen. Für Deutschland wird eine Erhöhung von gegenwärtig 1,6 Mio. auf 2,4 bis 2,8 Mio. Menschen mit Demenz (MmD) im Jahr 2050 geschätzt. Da Demenzerkrankungen mit verschiedenen Symptomen in unterschiedlicher Ausprägung einhergehen, benötigen Betroffene und ihre Pflegenden Versorgungsansätze, die ihre individuellen Bedürfnisse berücksichtigen. Aktuell gibt es nach vorliegendem Kenntnisstand keine vergleichenden Übersichtsarbeiten zu den Auswirkungen innovativer Versorgungsansätze in unterschiedlichen Settings auf MmD und ihre Symptomlast, die (Belastungs-)Situation der informell und professionell Pflegenden sowie die Kosten. Das vorliegende Rapid Review geht deshalb der Frage nach, welche innovativen Versorgungsansätze national und international in den letzten zehn Jahren wissenschaftlich untersucht worden sind und welche Auswirkungen diese auf MmD sowie die informell und professionell Pflegenden in den entsprechenden Versorgungssettings entfalten. Schließlich soll untersucht werden, wie die einzelnen Versorgungsansätze aus gesundheitsökonomischer Perspektive bewertet werden.

**Zielsetzung:** Untersuchung der Wirkungen innovativer segregativer und integrativer Versorgungsansätze auf MmD sowie informell und professionell Pflegenden im Hinblick auf Lebensqualität und Teilhabe, Versorgungsqualität, Akzeptanz und Machbarkeit/Umsetzbarkeit sowie die Kosten im Vergleich zur traditionellen Versorgung/keiner koordinierten Versorgung. Außerdem sollen die strukturellen Voraussetzungen und konzeptionellen Faktoren für eine effektive Implementierung analysiert werden.

**Methodik:** Bei der vorliegenden Übersichtsarbeit handelt es sich um das Format eines Rapid Reviews. Es erfolgte eine systematische Literaturrecherche in den wissenschaftlichen Fachdatenbanken PubMed und CINAHL. Im Rahmen einer ergänzenden Suchstrategie wurde mit dem Fokus auf den Versorgungsansatz der „Demenzdörfer“ weiterführende graue Literatur recherchiert. Im Zuge der Ergebnissynthese wurde, neben der deskriptiven Beschreibung des Studienkollektivs, die Wirkungsrichtung (positiv/neutral bzw. heterogen/negativ) mittels Vote Counting ermittelt und durch Harvest Plots visualisiert. Zudem erfolgten narrative Auswertungen jener Versorgungsansätze, die bislang nicht ausreichend quantitativ evaluiert worden sind.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden 25 wissenschaftliche Studien sowie 39 Titel im Bereich grauer Literatur im Zuge des systematischen Rechercheprozesses ausgewertet. Ein Großteil der eingeschlossenen Literatur untersucht „homelike“ Umgebungen in stationären Pflegeeinrichtungen und Dementia Care Management (DCM). Für die anderen in diesem Review untersuchten Versorgungsansätze konnten dagegen wenig belastbare Studien identifiziert werden. Insgesamt zeigt die Auswertung positive Tendenzen der untersuchten Versorgungsansätze im Vergleich zur traditionellen Versorgung für MmD. Für professionell Pflegenden werden dagegen kaum Unterschiede in Bezug auf die gemessenen Outcomes berichtet. In Verbindung mit informell Pflegenden und der Kosteneffektivität werden hauptsächlich für den DCM-Versorgungsansatz positive Effekte berichtet. Diese müssen jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da insgesamt nur wenige Studien recherchiert werden konnten, die Outcomes in Bezug auf informell Pflegenden und die Kosteneffektivität untersuchen. Auch Outcomes für professionell Pflegenden wurden bislang kaum analysiert. Zum „Demenzdorf“-Versorgungsansatz konnten keine wissenschaftlichen Studien eingeschlossen werden. In der gesellschaftlichen und politischen Diskussion um „Demenzdörfer“ zeigt sich, dass der Begriff „Demenzdorf“ von konkreten Anbietern selbst nicht ge-

nutzt wird. Darüber hinaus ist im öffentlichen Diskurs zu diesem Versorgungsansatz ein breitgefächertes Meinungsbild erkennbar: Während aus fachlicher und verbandlicher Perspektive der Aufbau einer segregierten Parallelwelt und damit die Stigmatisierung von Verhaltensweisen bedingt durch eine Demenz kritisiert wird, stehen Angehörige dem Versorgungsansatz positiver gegenüber und sehen in dorfähnlichen Versorgungseinrichtungen einen Freiheitsgewinn für MmD.

Zur Einordnung dieser Ergebnisse des Reviews muss generell darauf hingewiesen werden, dass der Evidenzgrad der Aussagen sowohl durch die uneinheitliche Definition und Umsetzung der Versorgungsansätze als auch durch die insgesamt unzureichende Datenlänge eingeschränkt ist.

**Schlussfolgerung:** Die untersuchten segregativen und integrativen innovativen Versorgungsansätze gehen zumeist mit positiven Effekten für MmD im Vergleich zur traditionellen Versorgung einher. Es zeigt sich, dass Studien zu innovativen stationären Settings vor allem Menschen mit schwerer Demenz einschließen, da diese Personengruppe meistens vollstationär betreut wird. Dagegen sind MmD in milderen Stadien häufig in Untersuchungen integrativer Versorgungsansätze mit dem Ziel des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit und der Stärkung informeller Pflege und Betreuung einbezogen. Auf konzeptioneller Ebene ist herauszustellen, dass die Ermöglichung eines weitestgehend normalen Lebensalltags zielgebend für die verschiedenen Versorgungsansätze ist. Die Vergleichbarkeit und die Generalisierbarkeit der einzelnen Versorgungsansätze sind durch bislang fehlende einheitliche Definitionen stark eingeschränkt. Zukünftiger Forschungsbedarf offenbart sich neben konzeptionellen Themen auch im Bereich methodisch belastbarer quantitativer Studien zu den einzelnen Versorgungsansätzen, vor allem jedoch für die Versorgungsansätze demenzfreundliche Umgebungen, AAL-Technologien als unterstützende Anwendungen und „Demenzdörfer“. Weiterhin erscheint es zwingend notwendig, den wissenschaftlichen und öffentlichen Diskurs zu den Versorgungsansätzen und hierbei insbesondere zu ethisch umstrittenen Aspekten – wie etwa dem Charakter von „Demenzdörfern“ als segregierte Parallelwelt für MmD – zukünftig zu fördern und alle relevanten Stakeholder in diesen Diskurs einzubeziehen.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1 Thematischer Hintergrund.....</b>	<b>8</b>
1.1 Versorgungsansätze .....	10
1.2 Segregative Versorgungsansätze .....	11
1.3 Integrative Versorgungsansätze .....	12
<b>2 Zielsetzung und Operationalisierung der Forschungsfragen .....</b>	<b>14</b>
<b>3 Methodisches Vorgehen .....</b>	<b>15</b>
3.1 Festlegung von Ein-/Ausschlusskriterien .....	16
3.2 Definition von Schlagworten, Synonymen und englischsprachigen Übersetzungen .....	21
3.3 Festlegung der zu durchsuchenden wissenschaftlichen Fachdatenbanken und ergänzenden Suchstrategie .....	22
3.4 Suche und Auswahl der Studien .....	23
3.5 Qualitätsbewertung .....	23
3.6 Literaturlauswertung .....	24
3.7 Ergebnisdarstellung .....	25
<b>4 Ergebnisse .....</b>	<b>26</b>
4.1 Studien innerhalb der quantitativen Datensynthese.....	27
4.2 Versorgungsansätze .....	30
4.2.1 (Segregative) Versorgungsansätze im institutionellen/stationären Setting.....	30
4.2.2 (Integrative) Versorgungsansätze im kommunalen Setting zum Verbleib in der eigenen Häuslichkeit .....	32
4.3 Eigenschaften der Studien .....	34
4.3.1 Studiendesigns .....	37
4.3.2 Studienqualität.....	40
4.3.3 Effektivität der Versorgungsansätze .....	41
4.4 Narrative Datensynthese .....	46
4.4.1 Demenzfreundliche Umgebungen .....	46
4.4.2 Ambient Assisted Living (AAL).....	50
4.4.3 „Demenzdörfer“ .....	52
<b>5 Diskussion .....</b>	<b>60</b>
5.1 „Homelike“ SCUs.....	60
5.2 DCM .....	61
5.3 Demenzfreundliche Umgebungen .....	62
5.4 AAL .....	63
5.5 „Demenzdörfer“ .....	64
5.6 Einordnung der Versorgungsansätze im Hinblick auf Vor- und Nachteile.....	64
5.7 Eigenschaften (Konzeption, Struktur etc.) effektiver Versorgungsansätze .....	65
<b>6 Limitationen.....</b>	<b>72</b>

<b>7 Implikationen für Forschung und Praxis</b> .....	<b>73</b>
<b>8 Schlussfolgerung</b> .....	<b>74</b>
<b>9 Literaturverzeichnis</b> .....	<b>76</b>
<b>10 Anhang</b> .....	<b>86</b>
10.1 Anhang 1: Datenbankspezifische Suchstrings.....	86
10.1.1 PubMed.....	86
10.1.2 CINAHL .....	87
10.2 Anhang 2: Risk of Bias Bewertung .....	89
10.2.1 Risk of Bias (RoB) Bewertung Interventionsstudien & Beobachtungsstudien.....	89
10.2.2 Risk of Bias (RoB) Bewertung systematische Reviews von (non-)randomisierten Studien .....	94
10.2.3 Eingeschlossene deskriptive Literatur mit niedrigerem Evidenzgrad (z. B. Literaturreviews, Survey Erhebungen).....	95
10.3 Anhang 3: Ergebnisse eingeschlossene Studien: quantitative Auswertung .....	96

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: PRISMA Flussdiagramm .....	27
Abbildung 2: Zahl der MmD in den eingeschlossenen Studien.....	35
Abbildung 3: Durchschnittsalter MmD eingeschlossene Studien .....	35
Abbildung 4: Verteilung der Studiendesigns .....	40
Abbildung 5: Harvest Plots zur Effektivität der untersuchten Versorgungsansätze .....	45
Abbildung 6: Charakteristika „homelike“ SCUs in Pflegeeinrichtungen für MmD .....	66
Abbildung 7: Charakteristika Green Care Farms .....	67
Abbildung 8: Charakteristika "Demenzdörfer".....	68
Abbildung 9: Charakteristika Wohngemeinschaften für MmD.....	69
Abbildung 10: Charakteristika Dementia Care Management .....	70
Abbildung 11: Charakteristika Demenz Netzwerk .....	70
Abbildung 12: Charakteristika Demenzfreundliche Umgebungen.....	71
Abbildung 13: Charakteristika AAL.....	71

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien des Rapid Reviews.....	18
Tabelle 2: Übersicht eingeschlossene Studien quantitative Analyse .....	28
Tabelle 3: Zahl der untersuchten Studien in den eingeschlossenen Reviews.....	36
Tabelle 4: Zahl der Pflegenden (Professionell Pflegende/Informell Pflegende/Demenzkoordinatorinnen und Demenzkoordinatoren).....	37

## **Abkürzungsverzeichnis**

AAL	Ambient Assisted Living
AMSTAR	A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen & Jugend
BPSD	Behavioral & Psychological Symptoms of Dementia
CAU	Care as usual
DCM	Dementia Care Management
GCF	Green Care Farm
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
MmD	Mensch(en) mit Demenz
MMSE	Mini Mental State Examination
NNT	Numbers Needed to Treat
PICOT	Population, Intervention, Comparison, Outcomes, Type of Studies
PIM	Potentiell inadäquate Medikation
PKV	Private Krankenversicherung
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews & Meta Analyses
QALY	Quality Adjusted Life Years
RoB	Risk of Bias
SCU	Special Care Unit
TREA	Treatment Routes for Exploring Agitation
WG	Wohngemeinschaften
WHO	World Health Organization

## 1 Thematischer Hintergrund

Aufgrund der demografischen Entwicklungen in Deutschland und anderen Ländern wird die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen in den kommenden Jahren zunehmen. Schätzungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (2020, S. 1) gehen davon aus, dass sich die Zahl von derzeit rund 1,6 Mio. Menschen bis 2050 auf 2,4 bis 2,8 Mio. Menschen mit Demenz (MmD) erhöhen könnte. Um den Herausforderungen dieser Entwicklung zu begegnen, haben das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) auf nationaler Ebene die Nationale Demenzstrategie initiiert und eine Vielzahl von Projekten angestoßen (BMFSFJ und BMG 2020). Global betrachtet hat die World Health Organization (WHO) Demenz zur „public health priority“ (World Health Organization 2017) erklärt.

Mit der Erkrankung einhergehende Einschränkungen, wie ein Verlust des Erinnerungsvermögens oder veränderte Verhaltensweisen können dazu führen, dass eine selbstständige Lebensführung nicht mehr möglich ist. Blickt man auf die pflegerische Versorgung von Menschen in Deutschland, zeigen die Zahlen der Pflegestatistik 2019, dass etwa 80 Prozent der Pflegebedürftigen (mit oder ohne Demenz) in der eigenen Häuslichkeit betreut werden (Statistisches Bundesamt 2020). Dass auch für die Pflege von MmD von einem hohen Anteil an in der eigenen Häuslichkeit versorgten Patientinnen und Patienten auszugehen ist, die entweder professionell ambulant gepflegt oder durch informell Pflegenden versorgt werden, findet ebenfalls in verschiedenen aktuellen Publikationen Erwähnung (vgl. Köhler et al. 2021; Hofmann 2019; Michalowsky et al. 2018). Insbesondere informell Pflegenden, wie bspw. Angehörige, sind dementsprechend bei der Pflege und Betreuung gefordert und leisten einen großen Teil der Versorgung von MmD (Wetzstein et al. 2015, S. 1). Wenn der Verbleib in der Häuslichkeit auch mit professioneller Unterstützung und der Einbindung in ein Hilfe-Netzwerk nicht mehr möglich ist, stehen Versorgungsangebote in stationären Einrichtungen zur Verfügung. Für einen großen Anteil der MmD wird dies im Krankheitsverlauf notwendig. Deshalb leben angesichts der einleitend beschriebenen Entwicklungen zur Zahl demenziell Erkrankter zunehmend mehr MmD in stationären Pflegeeinrichtungen (Brüggemann et al. 2009, S. 148). Für Betroffene selbst, informell Pflegenden und auch die in die Versorgung eingebundenen professionell Pflegenden nehmen Belastungssituationen zu (Grande und Sonntag 2015, S. 2).

Die gesundheitsökonomischen Auswirkungen einer stetig steigenden Zahl zu versorgender MmD sind groß: Aus Kostenträgerperspektive<sup>1</sup> ist vor allem das Leben in stationären Einrichtungen mit höheren Kosten pro Jahr und pro Kopf verbunden (43.670 Euro bei Pflege in stationärer Einrichtung vs. 13.719 Euro Kosten bei Verbleib in der eigenen Häuslichkeit). Aus gesamtgesellschaftlicher<sup>2</sup> Sicht fallen die Kosten bei einem Verbleib in der Häuslichkeit und die damit in Verbindung stehende Inanspruchnahme von informeller Pflege etwas höher aus (45.911 Euro bei Pflege in stationärer Einrichtung vs. 46.733 Euro bei Verbleib in der eigenen Häuslichkeit) (Michalowsky et al. 2019a). Von den Gesamtkosten in Höhe von 165 Mrd. Euro, die den Kostenträgern für die Gruppe der über 65-Jährigen – in der eine Demenzerkrankung am wahrscheinlichsten auftritt – entstehen, wurden im Jahr 2016 34 Mrd. Euro für die Versorgung von MmD verausgabt. Für das Jahr 2060 wird eine Verdopplung der Gesamtkosten der

---

<sup>1</sup> Perspektive der Kostenträger: sämtliche direkte medizinische und nichtmedizinische Leistungen und deren Kosten, welche durch GKV und PKV getragen werden (Michalowsky et al. 2019a)

<sup>2</sup> Gesamtgesellschaftliche Perspektive: Kosten der Kostenträger + geleistete informelle Pflege und die Produktivitätsverluste informell Pflegenden (Michalowsky et al. 2019a)



Kostenträger für die Bevölkerung ab 65 Jahren und eine Verdreifachung der Kosten für MmD prognostiziert. Auf gesamtgesellschaftlicher Ebene ist 2060 (403 Mrd. Euro) ebenfalls mit einer Verdopplung der jährlichen Kosten für Menschen ab 65 Jahren im Vergleich zu 2016 (201 Mrd. Euro) zu rechnen. 2016 betrug der Anteil der Kosten für MmD noch 36 Prozent während im Jahr 2060 knapp die Hälfte (48 Prozent) für MmD anfallen könnten (ebd.).

Da Demenzerkrankungen mit verschiedenen Symptomen in unterschiedlicher Ausprägung möglich sind, erscheinen für Betroffene und ihre Pflegenden Versorgungsansätze wünschenswert, die auf individuelle Bedürfnisse eingehen. Deshalb sind vor allem sog. personenzentrierte Ansätze (Kitwood und Bredin 1992) in der Versorgung von MmD verbreitet und positive Wirkungen sowohl für die professionelle Versorgung von MmD als auch auf professionell Pflegenden konnten in Übersichtsarbeiten belegt werden (Kim und Park 2017; Brownie und Nancarrow 2013). Aufgrund der Komplexität von Maßnahmen der personenzentrierten Pflege sind empirisch eindeutige Wirkungszusammenhänge jedoch nur schwierig zu messen (Brownie und Nancarrow 2013, S. 9).

Unter dem Begriff der personenzentrierten Pflege werden soziopsychologische Ansätze zusammengefasst, die den Blick auf die individuellen Bedürfnisse von MmD richten (Kim und Park 2017, S. 382). Dabei werden nicht befriedigte Bedürfnisse als mögliche Ursache für Verhaltenssymptome angesehen. Eine individuelle Fokussierung auf die MmD im Rahmen der Versorgung ermöglicht es, die Bedürfnisse der MmD zu verstehen und die Pflege, Versorgung und Unterstützung darauf auszurichten (ebd.). Vor allem in der stationären Versorgung ist dieses Konzept verbreitet und beinhaltet die Einbeziehung der persönlichen Kenntnisse über den MmD, die Durchführung von als sinnstiftend erlebten Aktivitäten, die Betonung des Wohlbefindens und die Verbesserung der Qualität der Beziehungen zwischen den Gesundheits- oder Pflegedienstleistenden und dem MmD (ebd.). Auch nicht unmittelbar auf die Pflege bezogene Elemente wie eine Umgebungsanpassung, Möglichkeiten der sozialen Stimulation und Interaktion, Veränderungen in der Führung und im Management, Personalmodelle mit Schwerpunkt auf der Befähigung des Personals sowie die Zuweisung von Bewohnerinnen und Bewohnern an dasselbe Pflegepersonal und nicht zuletzt eine individualisierte Pflegephilosophie gelten als Charakteristika personenzentrierter Pflegemodelle (Brownie und Nancarrow 2013, S. 5). Als Instrumente, um die Bedürfnisse der MmD zu ermitteln und ihnen zu entsprechen, werden unter anderem das Dementia Care Mapping und die Treatment Routes for Exploring Agitation (TREA) angewendet. Dementia Care Mapping beinhaltet eine systematische Beobachtung der MmD in Bezug auf ihr Verhalten. Darauf aufbauend wird die Pflege geplant. Auch kontinuierliche Schulungen für das Personal sind in diesem Instrument vorgesehen. Bei TREA werden systematische Algorithmen (Datenerfassung und Beobachtung) genutzt, um dadurch individuell passende Interventionen für MmD umzusetzen (Kim und Park 2017, S. 382).

Dass innovative Versorgungsansätze in den letzten Jahren verstärkt diskutiert werden, ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen: Unter anderem eine praktische Notwendigkeit (mehr MmD insgesamt und in stationären Pflegeeinrichtungen), steigende Kosten der Versorgung sowie neue Fördermöglichkeiten (bspw. neue Wohnformen oder Vernetzung von Akteuren). In der Praxis wurden deshalb sowohl bestehende Versorgungsansätze weiterentwickelt als auch neue Versorgungsansätze erarbeitet. Diese unterstützen informell Pflegenden und lokale Netzwerke, damit ein längerer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit möglich ist. Zu den integrativen, meist quartiersnah ausgerichteten Versorgungsansätzen gehören das Dementia Care Management (bspw. Eichler et al. 2014) und demenzfreundliche Umgebungen (bspw. Buckner et al. 2019), wobei letztere in diesem Review lediglich als Versorgungsansatz im weiteren Sinne begriffen werden (für eine Begründung siehe Kap. 1.1). Darüber hinaus entstanden

für MmD, die nicht mehr in der eigenen Häuslichkeit leben können/wollen, spezifische (segregative) Versorgungsansätze in stationären Einrichtungen wie z. B. abgegrenzte Demenz-Stationen in Pflegeeinrichtungen (Kok et al. 2013), „Demenzdörfer“ (Jenkins und Smythe 2013) oder ambulant betreute Wohngemeinschaften (Stiefler et al. 2020), die an eine häusliche Umgebung (sog. „Homelike Environments“) erinnern sollen. Dies entspricht dem aktuellen Fokus auf personenzentrierte Ansätze bei der Versorgung von MmD (Buist et al. 2018, S. 1057–1058; Ausserhofer et al. 2016, S. 2). Vor allem international haben sich in den vergangenen Jahren in vielen Ländern in diesem Zusammenhang neue beschützende, räumlich abgegrenzte Versorgungsansätze entwickelt, in denen MmD in Gruppen in einem häuslichen Umfeld zusammenleben (bspw. „Green Care Farms“ (Buist et al. 2018, S. 1057)).

Aktuell gibt es nach vorliegendem Kenntnisstand keine vergleichenden Übersichtsarbeiten zu den Auswirkungen dieser innovativen Versorgungsansätze in den unterschiedlichen Sektoren (stationär und ambulant) auf MmD und ihre Symptomlast, die (Belastungs-)Situation der informell oder professionell Pflegenden sowie die Kosten. Das vorliegende Review geht deshalb der Frage nach, welche innovativen Versorgungsansätze national und international in den letzten zehn Jahren wissenschaftlich untersucht wurden und welche Auswirkungen diese auf MmD, die informell Pflegenden sowie professionell Pflegenden in den entsprechenden Versorgungseinrichtungen zeigen. Schließlich soll untersucht werden, wie die einzelnen Versorgungsansätze aus gesundheitsökonomischer Perspektive zu bewerten sind.

### **1.1 Versorgungsansätze**

Wie zuvor dargelegt, gibt es sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor eine Vielzahl unterschiedlicher Versorgungsansätze für MmD. In der gegenwärtig verfügbaren Literatur werden diese weder einheitlich definiert noch konsequent voneinander abgegrenzt oder in einen Gesamtzusammenhang eingeordnet. Um unterschiedliche Herangehensweisen bei der Versorgung von MmD, sowie die damit verbundenen Wohnformen auf ihre Inhalte und grundlegenden Konzepte einzuordnen und miteinander vergleichen zu können, werden diese im Folgenden genauer spezifiziert. Grundsätzlich erscheint es aus Sicht der Studienautorinnen und Studienautoren sinnvoll, zunächst zwischen den Sektoren ambulant/stationär und dem bereits einleitend verwendeten Begriff des Versorgungsansatzes zu differenzieren. Während die Definition der Sektoren allgemeingültig ist, verstehen die Studienautorinnen und Studienautoren unter Versorgungsansätzen konkrete Ideen, Vorhaben, Interventionen, Strukturen etc. zur Pflege und Betreuung von MmD. Innerhalb des Begriffs des Versorgungsansatzes kann bzw. sollte – insofern hier eine Abgrenzung möglich ist – weiter präzisiert werden, ob es sich beim jeweiligen Versorgungsansatz um eine Wohnform, ein Pflegemodell, ein Betreuungsmodell oder eine Mischform handelt.

In der Literatur sind vor allem Hinweise zu finden, wie verschiedene Wohnformen den beiden Sektoren ambulant und stationär zuzuordnen sind. So versteht Teti (2015) unter ambulanten Wohnformen die eigene Häuslichkeit (ggf. mit barrierereduzierten/barrierefreien Wohnungen), betreutes Wohnen (als Sammelbegriff für unterschiedlich organisierte Kombinationen von Wohnen, Betreuung und Pflege) sowie Wohngruppen und spezielle Wohngruppen für MmD als Wohnform zwischen der ambulanten Pflege in der eigenen Häuslichkeit und der Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung. Darüber hinaus werden sog. Siedlungsgemeinschaften als innovative ambulante Wohnform beschrieben. Unter dieser Überschrift lassen sich Gemeinschafts- und Hilfsangebote für Bewohnerinnen und Bewohner einer bestehenden Siedlung zusammenfassen. Grundlegend ist hier der Aufbau eines sozialen Netzwerks über das ausschließliche Wohnen hinaus (ebd.). Diesem Verständnis zu Siedlungsgemeinschaft-

ten folgend, wird der Ansatz der demenzfreundlichen Umgebungen in diesem Review als Versorgungsansatz im weiteren Sinne begriffen. Dieser greift zum einen Elemente von Wohnformen sowie Pflege- und Betreuungsmodellen auf und geht zum anderen hierüber hinaus, indem die Versorgung, Betreuung und Unterstützung von MmD auch durch nachbarschaftliche, lokale bis hin zu gesellschaftlichen Netzwerken und Initiativen getragen wird. Dabei können sich die einzelnen konkreten demenzfreundlichen Umgebungen in der Praxis bezüglich der umgesetzten Elemente unterscheiden.

Diesen ambulanten Wohnformen gegenüber stehen stationäre Pflegeeinrichtungen für Menschen, die nicht mehr eigenständig in der eigenen Häuslichkeit leben können und dementsprechend stationär wohnen und vollumfänglich versorgt werden (Teti 2015, S. 18–19).

## 1.2 Segregative Versorgungsansätze

Bezogen auf die Wohnsituation von MmD haben zuletzt segregative Versorgungsansätze in der stationären Pflege einen Bedeutungszuwachs erhalten (Brüggemann et al. 2009, S. 151). Diese richten sich ausschließlich an MmD und bieten ihnen einen räumlich abgegrenzten und abgeschlossenen, geschützten Lebensraum, der auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet ist (entsprechend der personenzentrierten Pflege) (Weyerer et al. 2004; Brüggemann et al. 2009, 151f). Mit Blick auf die konkrete Gestaltung dieser räumlich abgegrenzten Lebensbereiche zeichnet sich auf Basis der gegenwärtig verfügbaren Literatur jedoch eine ausgeprägte Heterogenität ab (vgl. Kok et al. 2013, S. 361; Adlbrecht et al. 2021a, S. 968). Grundsätzlich gibt es eigens eingerichtete geschützte Wohnbereiche in Pflegeeinrichtungen bereits seit den 1980er Jahren (vgl. Lai et al. 2009); diese werden demnach nicht als innovative Versorgungsansätze und somit Forschungsgegenstand dieses Reviews angesehen. Zuletzt sind jedoch eine Reihe von segregativen Versorgungsansätzen entstanden, die seitens der Studienautorinnen und Studienautoren als innovativ eingeschätzt werden: Vor allem die Etablierung kleinerer Bereiche, die an eine häusliche Umgebung erinnern („Homelike Environments“), konnte in den letzten Jahren mit einer höheren Lebensqualität für die MmD und positiven Effekten für die professionell und informell Pflegenden in Verbindung gebracht werden (Kok et al. 2018, S. 1–2). Neben der häuslichen Umgebung wird hier außerdem die geringere Anzahl an Pflegebedürftigen pro Bereich („small-scale care“) mit positiven Effekten auf die Versorgungsqualität verbunden (vgl. Ausserhofer et al. 2016, S. 8). In diesen „special care units“ (SCUs) in stationären Pflegeeinrichtungen leben MmD als Gruppe in einem Umfeld zusammen, das auch architektonisch bzw. in Bezug auf die Einrichtung ihren Bedürfnissen entgegenkommt. Ziel ist dabei, Symptome der Erkrankung wie herausforderndes Verhalten oder Umherwandern durch nicht-medikamentöse Interventionen zu reduzieren (Kok et al. 2013, S. 361). Studien zeigen, dass MmD von diesem Versorgungsansatz hinsichtlich ihrer Lebensqualität zwar profitieren, Unruhe, Depressionen und herausforderndes Verhalten dagegen auch zunehmen können (ebd., S. 360).

Ein weiterer innovativer segregativer Versorgungsansatz mit einer „homelike“ Umgebung und personenzentrierter Pflege sind sog. „Demenzdörfer“<sup>3</sup>. Diese sind stationäre Pflegeeinrichtungen speziell für MmD. „Demenzdörfer“ sind architektonisch von der Umwelt abgegrenzte Wohnkomplexe, die das Ziel verfolgen, MmD ein möglichst selbstständiges Leben zu ermöglichen. Während Charakteristika eines institutionellen Prozessablaufs und pflegerische Tätigkeiten in den Hintergrund rücken, werden statt-

---

<sup>3</sup> „Demenzdorf“ wird in diesem Review in Anführungszeichen geschrieben, da dies zwar die medial verwendete Bezeichnung ist, die Pflegeeinrichtungen selbst diesen Begriff allerdings selten als Namen bzw. Beschreibung ihrer Wohnform verwenden.

dessen die Ausübung eines alltäglichen Tagesablaufs inklusive der Förderung des Soziallebens fokussiert. „Demenzdörfer“ bieten die Möglichkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens wie einen Einkauf, einen Besuch beim Friseur oder im Café innerhalb des geschützten Lebensbereiches wahrzunehmen, in dem hierfür eigene Betriebe geschaffen werden (Jenkins und Smythe 2013, S. 16). Außerdem soll den Bedürfnissen der MmD durch die Gestaltung der Wohnbereiche nach den jeweiligen Vorlieben entsprochen werden. Eine 24-Stunden-Versorgung wird sichergestellt, aber auch Ehrenamtliche und informell Pflegende können einbezogen werden (vgl. Olson et al. 2021, S. 435).

Mit „De Hogeweyk“ wurde das erste „Demenzdorf“ 2009 in den Niederlanden eröffnet (Tinker et al. 2013). In Deutschland wurden nach dem niederländischen Vorbild ebenfalls bereits „Demenzdörfer“ eröffnet. Im ersten deutschen „Demenzdorf“ in Hameln können seit 2014 MmD leben (Töneböen Stiftung 2021). Ein weiteres deutsches „Demenzdorf“ entstand 2016 in Stolberg (AWO Seniorenzentrum Süssendell 2021). Kritisch gesehen wird, dass MmD in „Demenzdörfern“ nicht tatsächlich am gesellschaftlichen Leben teilhaben können, sondern ihnen dies nur glaubhaft vermittelt wird (Peoples et al. 2020, S. 2315f). Die Effekte von „Demenzdörfern“ auf MmD, informell Pflegende sowie das dort beschäftigte Personal wurden bislang wenig empirisch untersucht, sodass kaum evidenzbasierte und verallgemeinernde Aussagen getroffen werden können.

Ein ähnlicher innovativer Versorgungsansatz, um ein alltägliches Leben in einem geschützten Rahmen zu ermöglichen, sind sog. „Green Care Farms“ (GCF). Diese bieten ebenfalls eine Versorgung in kleinen Gruppen in an der Häuslichkeit angelehnten Umgebungen. Der Fokus liegt hier auf der Ausübung landwirtschaftlicher Aktivitäten in Kombination mit Pflege- und Betreuungsleistungen. MmD werden ermutigt an diversen Aktivitäten (z. B. Eier sammeln, Vorbereitung der Mahlzeiten, Gärtnern, Versorgung der Tiere) teilzunehmen und werden damit in die tägliche Routine des landwirtschaftlichen Betriebs integriert. Die Versorgung in GCFs wird entweder im Rahmen von Tagespflege oder als vollstationäre Langzeitpflege angeboten (Buist et al. 2018, S. 1059).

Auch Demenz-Wohngemeinschaften werden in diesem Review als segregative Wohnform verstanden. Grundlegend ist hierfür, dass diese Wohngemeinschaften ebenfalls ausschließlich für MmD und deren Bedürfnisse konzipiert sind und außerhalb der eigenen Häuslichkeit umgesetzt werden. Die in Deutschland entstandenen Demenz-Wohngemeinschaften („shared-housing arrangements“) werden international „group living“-Konzepten zugeordnet und haben einen weniger institutionellen Charakter, der die Integration in das gesellschaftliche Leben fördern soll. Weitere internationale Varianten dieses Versorgungsansatzes sind bspw. Green Houses aus den USA oder Group Homes aus Japan (Domhoff et al. 2019, S. 1). Hier stehen ebenfalls eine individuelle sowie möglichst kleinräumige Pflege und Betreuung im Vordergrund (Stiefler et al. 2020, S. 513). Für diese Versorgungsansätze konnte eine positive Wirkung auf die Lebensqualität beobachtet werden (Nakanishi et al. 2012, S. 3).

### **1.3 Integrative Versorgungsansätze**

Neben diesen segregativen Versorgungsansätzen sind in den letzten Jahren ebenso innovative Ansätze für die Versorgung von MmD innerhalb der eigenen Häuslichkeit mit integrativem Charakter entstanden. Vor allem die Umsetzung von Demenz-Netzwerken kann in diesem Kontext dazu beitragen, dem Versorgungsbedarf vor Ort durch spezifische Angebote der vernetzten Akteure zu begegnen und die Teilhabe und Inklusion von MmD in das gesellschaftliche Leben unterstützen (vgl. BMFSFJ und BMG 2020, S. 36f).

Ein konkreter Ansatz in diesem Zusammenhang ist das Dementia Care Management (DCM). DCM beinhaltet eine frühzeitige und strukturierte Beratung und Begleitung durch speziell qualifiziertes Pflegepersonal – sog. Dementia Care Managerinnen und Dementia Care Manager – in der häuslichen Versorgung. Ähnlich den bereits etablierten Disease-Management-Programmen für chronisch Erkrankte ermöglicht DCM einen frühen Zugang zu regionalen Angeboten des Gesundheits- und Versorgungssystems und begleitet Betroffene und ihre informell Pflegenden im Krankheitsverlauf (Eichler et al. 2014, S. 248).

Ein weiteres Konzept zur Versorgung und Unterstützung von MmD sind sog. demenzfreundliche Umgebungen im öffentlichen Nahraum („dementia-friendly communities“). Der grundlegende Ansatz demenzfreundlicher Umgebungen ist die Sensibilisierung der Bürgerinnen und Bürger für MmD. Ferner stehen Möglichkeiten zur Teilhabe im Alltagsleben und die Schaffung eines integrierenden Lebensraums im Fokus. MmD sollen sich verstanden, wertgeschätzt und unterstützt fühlen (Shannon et al. 2019, S. 2044; Hung et al. 2021, S. 2) und das Gefühl haben, selbstbewusst ihren Beitrag zur Gemeinschaft leisten zu können (Hung et al. 2021, S. 2). Somit vereinen demenzfreundliche Umgebungen verschiedene Elemente aus den bislang vorgestellten innovativen Versorgungsansätzen und gehen gleichzeitig über diese hinaus, indem sie auch die gesamtgesellschaftliche Ebene fokussieren. Wie in Kap. 1.1 begründet werden im Rahmen dieses Reviews demenzfreundliche Umgebungen demzufolge als innovativer Versorgungsansatz im weiteren Sinne aufgefasst, der aus Sicht der Studienautorinnen und Studienautoren vor allem geeignet scheint, MmD mit eher milden Symptomen zu unterstützen und ihre Unterbringung in institutionalisierten Settings hinauszuzögern.

Trotz ihrer zunehmenden Popularität als Versorgungsansätze gibt es zurzeit kein allgemeingültiges Verständnis, wodurch demenzfreundliche Umgebungen charakterisiert sind. So verwendet die WHO demenzfreundliche Umgebungen als Ansatz zur Normalisierung von Demenz in der Gesellschaft. Eine erweiterte Begriffsnutzung wird bspw. im Vereinigten Königreich verfolgt, welches demenzfreundliche Umgebungen mit einer politischen Initiative einschließlich eines Programms zur Umsetzung und einer öffentlichen Auszeichnung von engagierten Kommunen verknüpft (Lin 2017, S. 2). Innerhalb anderer Definitionen wird „community“ eher mit „Gemeinschaft“ übersetzt und somit das Verständnis demenzfreundlicher Orte (wie Regionen, Städte, Dörfer, Quartiere, Straßen) um Organisationen, Gruppen und virtuelle Gemeinschaften erweitert (Lin 2017, S. 11; Shannon et al. 2019, S. 2). Eine allgemeingültige Definition des Ansatzes wird nicht zuletzt dadurch erschwert, dass in der internationalen Forschungsliteratur sowohl der Begriff „dementia-friendly“ als auch „community“ nicht einheitlich verwendet wird (Lin 2017, S. 2). In diesem Review wird der Begriff „demenzfreundliche Umgebungen“ genutzt und dabei die Elemente der Definition der WHO und des Vereinigten Königreichs verknüpft: Gemeint sind demnach sowohl die demenzfreundliche Gestaltung des Zusammenlebens in der direkten Wohnumgebung als auch zielgerichtete politische und gesellschaftliche Aktivitäten zur Normalisierung des Lebens mit Demenz in Kommunen, Quartieren etc.

Das BMFSFJ fördert seit 2012 im Rahmen des Bundesprogramms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ den flächendeckenden Ausbau lokaler Netzwerke. Eine Wirkungsanalyse zeigt eine bessere Vernetzung der Akteure, mehr Angebote für MmD und deren informell Pflegenden sowie eine langfristige Wirkung, sofern sich Kommunen aktiv einbringen (BMFSFJ 2019). Auch international sind „dementia-friendly communities“ bereits vielfach konzeptionell beschrieben und in der Praxis umgesetzt (Buckner et al. 2019; Hebert und Scales 2017; Shannon et al. 2019). Jedoch sind belastbare quantitative

Evaluationsstudien zu den Wirkungen von demenzfreundlichen Umgebungen kaum vorhanden, vielmehr liegen gegenwärtig vor allem explorative Studien mit qualitativer Forschungslogik vor (Lin 2017, S. 1).

Während die beschriebenen Versorgungsansätze den Sektoren ambulant und stationär zugeordnet werden können, bestehen für AAL-Technologien verschiedene unterstützende Einsatzmöglichkeiten in beiden Settings. Im ambulanten Bereich kann AAL vor allem dahingehend unterstützend wirken, dass MmD trotz ihrer Erkrankung weiterhin sicher und unabhängig in ihrer eigenen Häuslichkeit wohnen können (Gathercole et al. 2021). Auch im stationären Bereich können AAL Technologien zur Sicherheit und Eigenständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner genutzt werden. Durch verschiedene Technologien, Geräte und Sensoren kann der Alltag unterstützt und bspw. die Einnahme von Medikamenten oder das Kochen erleichtert werden. Zudem ermöglichen sensorgestützte Technologien das Monitoring von Gesundheitsdaten aus der Ferne, wodurch die in die Pflege involvierten Personen entlastet werden können (ebd.; Hwang et al. 2015). Insofern werden AAL-Technologien im Rahmen dieses Reviews zwar nicht als eigenständiger innovativer Versorgungsansatz aufgegriffen, jedoch aufgrund ihres Potenzials als unterstützende Anwendungen innerhalb der hier diskutierten Versorgungsansätze ebenfalls in die vergleichende Analyse aufgenommen.

## **2 Zielsetzung und Operationalisierung der Forschungsfragen**

Das grundlegende Forschungsziel besteht darin, den Erkenntnistand zu innovativen Versorgungsansätzen für MmD weiterzuentwickeln. Angestrebt wird eine vergleichende Analyse unterschiedlicher Versorgungsansätze, die innerhalb der letzten zehn Jahre wissenschaftlich und gesellschaftlich evaluiert bzw. diskutiert wurden.

Hieraus ergeben sich die zwei grundlegenden Forschungsfragen dieses Reviews:

- a) Welche Bedeutung haben innovative segregative Versorgungsansätze (z. B. „homelike“ Umgebungen) und integrative quartiersnahe Versorgungsansätze für MmD, ihre informell und professionell Pflegenden im Hinblick auf Lebensqualität und Teilhabe, Versorgungsqualität, Akzeptanz und Machbarkeit/Umsetzbarkeit und die Kosten im Vergleich zur traditionellen Versorgung/keiner koordinierten Versorgung?
- b) Welche strukturellen Voraussetzungen und konzeptionellen Faktoren sind für eine effektive Implementierung zu beachten?

Auf Basis des theoretischen Hintergrunds sowie der Feststellung, dass die Entwicklung, Erprobung und Umsetzung von innovativen Versorgungsansätzen in der Demenzversorgung nur teilweise wissenschaftlich begleitet wird, werden die folgenden Themenfelder und Leitfragen als inhaltliche Orientierung und zur Konkretisierung der zwei grundlegenden Forschungsfragen herangezogen:

### **Qualitätskriterien/fachliche Standards**

- Welche Kriterien sollten zur Bewertung von innovativen Versorgungsansätzen für MmD herangezogen werden (z. B. pflegerische Standards, personelle Konzepte)?
- Wie werden die identifizierten Versorgungsansätze hinsichtlich dieser festgelegten Kriterien fachlich bewertet?

### **Wirkungen der innovativen Versorgungsansätze**

- Wie wirken sich die Versorgungsansätze auf MmD, die professionell Pflegenden und auf die informell Pflegenden aus?
- Gibt es Versorgungsansätze, von denen bestimmte Gruppen von MmD besonders profitieren (z. B. Menschen mit schwerer Demenz, Menschen mit frontotemporaler Demenz, junge Menschen mit Demenz)?
- Wie sind die Kosten der verschiedenen Versorgungsansätze zu bewerten?

### **Abschließende Bewertung der Vor- und Nachteile**

- Welche Vor- und Nachteile der identifizierten Versorgungsansätze werden in der Fachöffentlichkeit diskutiert? Wie sind diese zu bewerten?

In Kapitel 1.1 wurde erläutert, dass in der gegenwärtigen Forschungsliteratur eine Reihe von segregativen und integrativen innovativen Versorgungsansätzen schwerpunktmäßig diskutiert werden. Um den Forschungsgegenstand dieses Reviews sinnvoll einzugrenzen, wird an diesen aktuellen wissenschaftlichen Diskurs angeknüpft und somit folgende Versorgungsansätze vertiefend betrachtet und analysiert:

#### **Segregativ:**

- Kleinräumige, „homelike“ Bereiche für MmD in stationären Pflegeeinrichtungen (SCUs)
- Demenz-Wohngemeinschaften
- „Demenzdorf“

#### **Integrativ:**

- Dementia Care Management (DCM)
- Demenzfreundliche Umgebungen (*als Versorgungsansatz im weiteren Sinne*)

Ergänzend werden AAL-Technologien als unterstützende Anwendungen bei der Pflege und Betreuung von MmD sowohl in segregativen als auch in integrativen Settings im Hinblick auf ihre Wirksamkeit betrachtet und analysiert. Grundlegend für den Einbezug von AAL als unterstützende Technologien ist die zunehmende Relevanz von technologischen Anwendungen in der aktuellen Forschung (vgl. z.B. Palmdorf et al. 2021) und dem weltweiten technologischen Fortschritt in allen Lebens- und Arbeitsbereichen (Bundeszentrale für politische Bildung 2020).

Im Anschluss an die Konkretisierung des Forschungsgegenstands in diesem Kapitel wird im Folgenden das methodische Vorgehen des Reviews transparent gemacht und im Detail vorgestellt.

### **3 Methodisches Vorgehen**

Die vorliegende Literaturstudie wurde als sog. Rapid Review umgesetzt. Hierbei handelt es sich um „eine Form der systematischen Wissenssynthese, bei der die Schritte eines systematischen Reviews abgekürzt und/oder beschleunigt (z. B. Screening mit Hilfe von Textmining) werden, um Evidenz in einem kürzeren Zeitraum bereitstellen zu können“ (Heise et al. 2020, S. 40). In der Durchführung des Rapid Reviews wurde sich an den gängigen wissenschaftlichen Vorgaben orientiert (Garritty et al. 2021) und somit zu klar formulierten Fragestellungen systematisch recherchiert, ausgewählt und kritisch bewertet. Im Anschluss wurden die Ergebnisse extrahiert und narrativ beschrieben sowie bei gegebener Datenlage quantitativ aggregiert.

### 3.1 Festlegung von Ein-/Ausschlusskriterien

Auf Basis der Definition und Abgrenzung der Forschungsfragen und der im vorigen Abschnitt dargelegten Operationalisierung der Forschungsfragen zur Selektion der relevanten Literatur wurden Ein- und Ausschlusskriterien für die Datenbankrecherche definiert. Das PICOT-Schema (Population, Intervention, Comparison, Outcomes, Type of Studies) ist in systematischen Literaturanalysen eine etablierte Methode zur Strukturierung der Ein- und Ausschlusskriterien (Bettany-Saltikov 2012).

*Population:* Dem PICOT-Schema in Bezug auf die zu untersuchende „Population“ folgend, wurden Studien eingeschlossen, die sich mit der Versorgung von MmD beschäftigen und gesundheitsbezogene Outcomes analysieren. Unerheblich war bei Einschluss der Studien die Genese oder der Schweregrad der demenziellen Erkrankung. Einzig das Vorliegen einer Art der Demenz war entscheidend. Außerdem wurden Studien mit der Erhebung von Outcomes in Bezug auf informell Pflegende von MmD sowie auf professionell Pflegende berücksichtigt.

*Intervention:* Im Rahmen der Vorrecherchen zum Review wurde eine konzentrierte Auswahl an innovativen Versorgungsansätzen bzw. unterstützenden Anwendungen im Bereich Demenzversorgung identifiziert und festgelegt. Dies entspricht der Methodik eines Rapid Reviews sowie dem Ziel, die Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche und -auswertung in kürzerer Zeit zu erarbeiten. Konkret wurden demnach Versorgungsansätze in Verbindung mit einer wohnlichen „homelike“ Umgebung in Pflegeeinrichtungen (spezielle Einheiten für MmD) oder in separaten stationären Einrichtungen (Wohngemeinschaften, „Demenzdörfer“, Green Care Farms) berücksichtigt. Darüber hinaus wurden die Versorgungsansätze des DCMs und demenzfreundlicher Umgebungen betrachtet. Ebenfalls miteinbezogen wurden wissenschaftliche Publikationen, die Outcomes in Bezug auf AAL-Technologien als Medium für beispielsweise Telemedizin oder zur Unterstützung bei alltäglichen Situationen innerhalb der benannten segregativen und integrativen Versorgungsansätze untersuchen. Ausgeschlossen wurden Studien ohne eindeutigen Bezug zu Demenz sowie Studien, deren Übertragbarkeit auf Deutschland durch größere kulturelle Unterschiede oder durch eine hohe Spezifität des beschriebenen Kontextes seitens der Studienautorinnen und Studienautoren als eingeschränkt bewertet wird bzw. von den Autorinnen und Autoren der jeweiligen Studien selbst als nicht gegeben ausgewiesen wird. Beispielsweise können Aspekte von Versorgungsansätzen in ostasiatischen Kulturen oder Schwellenländern nicht ohne weiteres auf westliche Industrienationen übertragen werden. Hier müsste eine fundierte Prüfung der Übertragbarkeit stattfinden, die im Rahmen dieses Reviews nicht zu leisten war.

*Comparison:* Als Vergleichsintervention bei der quantitativen Auswertung wurde der Fokus auf die traditionelle Versorgung/keine koordinierte Versorgung in dem betreffenden Setting gelegt (siehe Kap. 4).

*Outcome:* Um eine Gegenüberstellung der Wirksamkeit sowie strukturellen und konzeptionellen Faktoren der unterschiedlichen Versorgungsansätze zu erreichen und Potenziale im Hinblick auf die Versorgung von MmD zu erkennen, wurden sowohl subjektive als auch objektive Outcomes berücksichtigt. Diese schließen Endpunkte ein, die Rückschlüsse auf die funktionale und kognitive Gesundheit der erkrankten Personen zulassen. Außerdem Berücksichtigung fanden Faktoren, wie die Lebensqualität und soziale Aspekte durch z. B. Outcomes in Verbindung mit Teilhabe. Neben der Anspruchsgruppe der Erkrankten wurden darüber hinaus informell Pflegende (vor allem An- und Zugehörige) und professionell Pflegende hinsichtlich gesundheitlicher und sozialer Outcomes bei der Analyse miteinbezogen. Nicht zuletzt wurde auch gesundheitsökonomische Outcomes, wie z. B. Kosten oder Lebensjahre in Verbindung mit der Lebensqualität (QALYs: Quality Adjusted Life Years) berücksichtigt.



*Type of Studies:* Um die Versorgungsansätze umfassend beschreiben und vergleichen zu können, wurden Studien sowohl qualitativer als auch quantitativer Art einbezogen. Gemäß der Methodik eines Rapid Reviews wurden auch systematische Literaturreviews eingeschlossen. Studien, die zwar mittels der eigenen systematischen Recherche identifiziert wurden, aber bereits in ebenfalls in der Recherche gefundenen systematischen Literaturreviews analysiert worden sind, wurden aus der Ergebnissynthese ausgeschlossen und nur für Hintergrundinformationen zum betrachteten Versorgungsansatz herangezogen. Ausgeschlossen wurden ebenfalls Studien, die lediglich therapeutische Einzelinterventionen evaluieren, ohne dass diese in ein Gesamtkonzept bzw. einen Versorgungsansatz eingebettet sind.

Weitere Ein- und Ausschlusskriterien waren die sprachliche Eingrenzung auf Deutsch und Englisch. Davon ausgehend, dass innovative Versorgungsansätze vor allem in den letzten zehn Jahren verstärkt in der Forschungsliteratur aufgegriffen wurden, wurde zudem nur Literatur eingeschlossen, die nicht älter als zehn Jahre ist.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick der entlang des PICOT-Schemas definierten Ein- und Ausschlusskriterien.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien des Rapid Reviews

PICOT-Kriterien	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Popula- tion	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. An Demenz erkrankte Menschen, vor allem               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Frontotemporale Demenz</li> <li>b. Alzheimer Demenz</li> <li>c. Junge Menschen mit Demenz</li> <li>d. Menschen mit schwerer Demenz</li> </ol> </li> <li>2. Professionell Pflegende in den betrachteten Versorgungsansätzen</li> <li>3. Informell Pflegende (vor allem An- &amp; Zugehörige)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menschen ohne direkten Bezug zu einer Demenzerkrankung/einem MmD</li> </ol>

Intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segregative Versorgungsansätze <ul style="list-style-type: none"> <li>- „Homelike“ Umgebungen in stationären Pflegeeinrichtungen (kleinere speziell für MmD implementierte Einheiten in Pflegeeinrichtungen/als separate Gebäude (Special Care Units, SCUs)</li> <li>- Demenz-Wohngemeinschaften</li> <li>- „Demenzdorf“-Ansatz (NL, Deutschland, u. a.)</li> </ul> </li> <li>• Integrative quartiersnahe Versorgungsansätze (international &amp; national) <ul style="list-style-type: none"> <li>- DCM</li> <li>- Demenzfreundliche Umgebungen als Versorgungsansatz im weiteren Sinne</li> </ul> </li> <li>• AAL als unterstützende Anwendungen innerhalb segregativer und integrativer Versorgungsansätze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versorgungsansätze, die nicht direkt für den Umgang mit demenziell Erkrankten entwickelt wurden und/oder keinen Bezug zu Demenz aufweisen</li> <li>• Studien mit fraglicher Übertragbarkeit z. B. durch kulturelle Unterschiede sowie strukturelle Unterschiede im jeweiligen Gesundheits- und Pflegesystem</li> </ul>
Comparison	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traditionelle Versorgung in den betreffenden Settings bzw. keine koordinierte Versorgung (bspw. DCM vs. Nicht-DCM)</li> </ul>	

Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effektivität z. B. in Bezug auf <ul style="list-style-type: none"> <li>- funktionale und kognitive Gesundheit von MmD</li> <li>- Lebensqualität und Teilhabe von MmD</li> <li>- gesundheitliche und soziale Outcomes informell Pflegender und professionell Pflegender</li> <li>- Kosten, QALYs</li> </ul> </li> <li>• Strukturelle Voraussetzungen</li> <li>• Konzeptionelle Faktoren <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fachliche Standards</li> <li>- Personelle Planungen</li> </ul> </li> </ul>	
Type of Studies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wissenschaftliche Literatur <ul style="list-style-type: none"> <li>- RCTs und andere quasi-experimentelle Interventionsstudien</li> <li>- Studien mit qualitativem Design (z. B. Interviewstudien, teilnehmende Beobachtungen)</li> <li>- Studien mit quantitativem Design (z. B. Fragebogenerhebungen)</li> <li>- Literaturreviews (Scoping Reviews, systematische Reviews etc.)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studien, die in gefundenen Literaturreviews bereits analysiert wurden</li> <li>• Studien, die lediglich therapeutische Einzelinterventionen evaluieren, ohne Verbindung zum Gesamtkonzept bzw. Versorgungsansatz</li> </ul>
Innovativität der Ansätze und Angebote	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um die Innovativität der Versorgungsansätze zu gewährleisten, wird lediglich Literatur eingeschlossen, die nicht älter als 10 Jahre ist</li> </ul>	

Veröffent- lichungs- sprache	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wird lediglich Literatur einge- schlossen, die in deutscher oder englischer Sprache verfügbar ist.</li> </ul>	
------------------------------------	---	--

Quelle: Eigene Darstellung

### 3.2 Definition von Schlagworten, Synonymen und englischsprachigen Übersetzungen

Nach Festlegung der Ein- und Ausschlusskriterien bestand der nächste Schritt darin, die aus den Forschungsfragen relevanten Schlagworte, Synonyme und englischsprachigen Übersetzungen abzuleiten, aus denen anschließend Suchstrings für die Datenbankrecherche gebildet wurden. Durch Vorrecherchen und vor dem Hintergrund des Anspruchs eines Rapid Reviews, die Datenextraktion so kompakt und dennoch so umfassend wie möglich zu gestalten, konnten drei schwerpunktmäßige Themenbereiche als Basis für die Ableitung der Schlagworte identifiziert werden:

1. Versorgungsansatz (z. B. Demenzdorf, Dementia Care Management etc.)
2. Effektivität (z. B. Outcome, Versorgungsqualität, Evaluation, Wirksamkeit etc.)
3. Anspruchsgruppe (z. B. Demenz, Alzheimer, informell Pflegende, Pflegepersonal etc.)

Über diese drei Themenbereiche hinweg wurden die folgenden Schlagworte, Synonyme und englischsprachige Übersetzungen abgeleitet.

#### Versorgungsansatz

Deutsch	Englisch
<b>Segregative Ansätze/Angebote</b>	
Demenzdörfer	Dementia village
Demenz-Stationen in Pflegeeinrichtungen	Special care units, homelike environments
Demenz Wohngemeinschaften	Green homes, green houses, shared housing arrangements
Langzeitpflege Einrichtungen für MmD	Green care farms, nursing home care environments
De Hogeweyk (1. Demenzdorf (NL))	De Hogeweyk
<b>Integrative Ansätze/Angebote</b>	
Demenzfreundliche Umgebungen, Demenz Netzwerke	Dementia friendly communities/community
Dementia Care Management	Dementia care manager, Dementia care management
Betreutes Wohnen im Quartier	Residential community, assisted living, service living, green house, group home, shared living, shared housing, group living, Small-scale living, woodside place, ambient assisted living
<b>Unterstützende AAL-Technologien</b>	
Ambient Assisted Living (AAL)	AAL, Ambient Assisted Living

#### Outcomes (z. B. Effektivität, Versorgungsqualität, Evaluation, Wirksamkeit etc.)

Deutsch	Englisch
---------	----------

Outcome	Outcome
Versorgungsqualität	Quality
Wirksamkeit, Effektivität	Effects, effectiveness
Evaluation	Evaluation, assessment, review
Einfluss	Impact

### Anspruchsgruppe

Deutsch	Englisch
Demenzpatientinnen und Demenzpatienten/Menschen mit Demenz	Dementia, Alzheimer's disease
Informell Pflegende (Zu- & Angehörige)	Informal care, Informal caregivers, family caregivers, informal carers, family carers, friends, family, spouse, partner, husband, wife, wives, relatives
Pflegepersonal	Professional care, professional caregivers, nurses, nursing staff, nurse

Im Anschluss wurden die einzelnen Schlagworte bzw. Synonyme und englischsprachige Übersetzungen der Forschungsfragen mithilfe von sogenannten Booleschen Operatoren, die bestimmte logische Verknüpfungen zwischen einzelnen Suchbegriffen ermöglichen, zu Suchstrings verknüpft. Verwendet wurden dabei die gängigen Operatoren AND (alle Suchbegriffe müssen vorhanden sein) und OR (einer der Suchbegriffe muss vorhanden sein). Die abgeleiteten Suchstrings wurden anschließend in den festgelegten wissenschaftlichen Datenbanken recherchiert. Dabei wurden die Suchstrings an die Spezifika der jeweiligen Datenbank angepasst und zum Teil leicht modifiziert. Im folgenden Kapitel wird die Auswahl der durchsuchten wissenschaftlichen Fachdatenbanken und ergänzenden Suchstrategie begründet.

### 3.3 Festlegung der zu durchsuchenden wissenschaftlichen Fachdatenbanken und ergänzenden Suchstrategie

Die Anforderungen an den Umfang einer Suchstrategie von systematischen Literaturreviews richten sich vor allem nach dem Review-Format. Für Rapid Reviews gilt die Recherche in einer wissenschaftlichen Fachdatenbank sowie einer weiteren ergänzenden Suchstrategie als zielführend (Heise et al. 2020, S. 22). Nach Einschätzung der Studienautorinnen und Studienautoren ist die zielführendste Datenbank zur Beantwortung der Forschungsfragen die Fachdatenbank PubMed. Da jedoch zur Beantwortung der Forschungsfragen sowohl gesundheitswissenschaftliche als auch pflegewissenschaftliche Forschungsliteratur relevant ist, wurde neben der schwerpunktmäßig gesundheitswissenschaftlich und medizinisch geprägten Fachdatenbank PubMed auch die pflegewissenschaftliche Fachdatenbank CINAHL in die Datenbankrecherche zu integrieren, um beide Perspektiven auf den Forschungsgegenstand abzudecken. Da bereits in den Vorrecherchen zum Review ersichtlich wurde, dass zum Versorgungsansatz der „Demenzdörfer“ kaum wissenschaftliche Literatur verfügbar ist, dieser jedoch vermehrt gesellschaftlich und politisch in Form von grauer Literatur, Stellungnahmen, Positionspapieren etc. diskutiert wird, wurde festgelegt, den Fokus der ergänzenden Suchstrategie auf diesen Versorgungsansatz zu legen und für den Versorgungsansatz der „Demenzdörfer“ auch bewusst graue Literatur miteinzuschließen. Um die Charakteristika von konkreten „Demenzdörfern“ herausarbeiten zu können, wurden ebenfalls Informationen aus Internetauftritten von konkreten „Demenzdörfern“ (bspw.

„Demenzdorf“ De Hogeweyk) einbezogen. Schließlich wurden im Rahmen der ergänzenden Suchstrategie die Referenzlisten der eingeschlossenen Literatur im Hinblick auf weitere relevante Literatur zu diesem Thema durchsucht (sog. Schneeball-Methode).

### **3.4 Suche und Auswahl der Studien**

Der Such- und Auswahlprozess orientierte sich an der wissenschaftlich anerkannten PRISMA Methode. Diese Methode enthält eine Checkliste mit 27 Punkten und ein erweitertes Flussdiagramm (Ziegler et al. 2009, S. 23), das die Auswahl der Studien transparent darstellt.

Das vierstufige Flussdiagramm bildet den Ablauf der Studienauswahl ab, beginnend mit der systematischen Suche bis hin zum Einschluss der Studien und beinhaltet somit folgende Elemente:

- Trefferzahl der Suche aus den festgelegten Datenbanken bzw. ergänzenden Suchstrategien
- Trefferzahl nach Entfernung von Duplikaten
- Trefferzahl und Zahl ausgeschlossener Literatur nach dem Titel- und Abstract-Screening auf Basis der Ein- und Ausschlusskriterien
- Trefferzahl nach dem Volltext-Screening, ergänzende Aufschlüsselung nach Ausschlussgründen
- Zahl der eingeschlossenen Evidenzquellen in das Rapid Review.  
(Heise et al. 2020, S. 23)

Bei der Datenbankrecherche und Selektion der Literatur wurden in einem ersten Schritt datenbankinterne Duplikate identifiziert und ausgeschlossen. Es wurde je eine Datenbank von einem Mitglied des Bearbeitungsteams des Reviews systematisch durchsucht und die gefundene Literatur nach Titel und Abstract im Hinblick auf ihre Relevanz für den Forschungsgegenstand eingeschätzt. Wenn seitens der Autorinnen und Autoren keine klare Einschätzung über den Ausschluss bzw. Einschluss einer Publikation getroffen werden konnte, wurde diese im Bearbeitungsteam diskutiert und ein Konsens gefunden. Im Anschluss an die Recherche der einzelnen Datenbanken wurden die Ergebnisse zusammengeführt und auf datenbankübergreifende Duplikate überprüft, bevor die finale Entscheidung über den Einschluss durch die Sichtung der Volltexte getroffen wurde. Auch während der Sichtung der Volltexte wurden bei konträren Einschätzungen die betreffenden Studien ebenfalls nach dem Vier-Augen-Prinzip gesichtet und in einer Diskussion ein Konsens gefunden.

### **3.5 Qualitätsbewertung**

Da der Fokus des Reviews auf innovativen Versorgungsansätzen liegt und Ansätze im Bereich Public Health oft von hoher Komplexität geprägt sind (Robert-Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2012), war davon auszugehen, dass die zu identifizierenden Studien sehr heterogene methodische Herangehensweisen und Qualitätsniveaus aufweisen. Aufgrund dieser Ausgangslage und der methodischen Anforderungen an ein Rapid Review wurde auf eine umfassende Bewertung der methodischen Qualität der einzelnen (quantitativen) Studien mittels standardisierter Verfahren verzichtet. Dennoch galt es, die eingeschlossene Literatur bzgl. ihrer wissenschaftlichen und methodischen Qualität zu bewerten, um die Aussagekraft von Ergebnissen beurteilen zu können. Eine bei Rapid Reviews gängige Form ist die Bewertung des Verzerrungsrisikos der eingeschlossenen Titel (Heise et al. 2020, S. 40).

In der Bewertung der grauen Literatur und insbesondere der nicht-wissenschaftlichen Literatur im Rahmen der ergänzenden Suchstrategie musste insbesondere die jeweilige Autorenschaft kritisch hinterfragt und eingeordnet werden. Zusätzlich galt es zu gewährleisten, dass möglichst ein breites und heterogenes Spektrum an Perspektiven und Meinungen abgebildet wird. Beiträge, die von privatwirtschaftlichen Akteurinnen und Akteuren mit wirtschaftlichen Interessen stammen, sollten einzig zur Generierung von zusätzlichen Informationen zur praktischen Umsetzung des Versorgungsansatzes mit vorheriger kritischer Betrachtung genutzt werden.

Bei empirischer wissenschaftlicher Literatur erfolgte die Qualitätsbewertung angelehnt an den Inhalten gängiger Literaturbewertungstools. Für kontrollierte randomisierte Studien (RCTs) und nicht randomisierte Studien wurden Elemente der betreffenden Cochrane Risk of Bias Tools (RoB 2, ROBINS) (Sterne JAC, Savović J, Page MJ 2019; Sterne et al. 2016) in gekürzter und angepasster Form für die Literatureinordnung genutzt (vgl. Anhang 10.2.1). Dazu wurde das Verzerrungsrisiko in Bezug auf folgende Domänen eingeschätzt: Confounding, Selektion der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Selektionsbias), Abgrenzung der Interventionen, Abweichung von der intendierten Intervention, fehlende Daten und Selektion der berichteten Ergebnisse. Es wurde festgelegt, dass ein niedriges Verzerrungsrisiko durch den Ausschluss einer Verzerrung einer Studie auf mindestens 80 Prozent der beschriebenen Domänen charakterisiert ist. Ein moderates Verzerrungsrisiko wurde als 51 bis 79 Prozent, ein schwerwiegendes als 21 bis 50 Prozent und ein kritisches Verzerrungsrisiko als unter 20 Prozent Erfüllung der Kriterien definiert.

Für die Bewertung systematischer Übersichtsarbeiten wurden vier Signalfragen aus der AMSTAR-Checklist (Shea et al. 2017) ausgewählt, die aus Sicht der Studienautorinnen und Studienautoren geeignet sind, angesichts des kurzen Bearbeitungszeitraums des Rapid Reviews einen angemessenen Überblick über das Risiko systematischer Verzerrungen in den betreffenden Studien zu liefern. Die ausgewählten Fragen und die Bewertung der Studien können im Anhang nachvollzogen werden (vgl. Anhang 10.2.2). Das Verzerrungsrisiko wurde ebenfalls anhand der beschriebenen Kategorisierung eingeordnet.

Beschreibende Studien mit einem niedrigem Evidenzgrad, also Literaturreviews ohne systematische Vorgehensweise, deskriptive Studien oder Survey-Erhebungen ohne Kontrollgruppe wurden zur Vereinfachung direkt mit einem schwerwiegenden bis kritischen Risiko der Verzerrung eingeschätzt, um der geringeren Belastbarkeit gegenüber Studien mit einem höheren Evidenzgrad Rechnung zu tragen (vgl. Anhang 10.2.3).

Die Bewertungs-Matrizen können im Anhang (vgl. Anhang 10.2) eingesehen werden.

### **3.6 Literatúrauswertung**

Aufgrund der heterogenen Datenstruktur war eine statistische Meta-Analyse nicht zu realisieren. Vor allem bedingt durch die inkonsistente Anwendung statistischer Messmethoden und Testungen war es nicht sinnvoll, die untersuchten Versorgungsansätze hinsichtlich Effektstärke und Signifikanz zu vergleichen. Nach dem Cochrane Handbuch für systematische Reviews ist die Auszählung relevanter Ergebnisse (Vote Counting) unter diesen Umständen eine akzeptable Methode zur Analyse (McKenzie und Brennan 2020). Das bedeutet, dass die in den eingeschlossenen Studien berichteten Ergebnisse in Bezug auf die Wirkungsrichtung (positiv/neutral bzw. heterogen/negativ) auf die jeweils untersuchten Parameter gegenübergestellt wurden. Aussagen darüber, wie stark die jeweiligen Effekte zu bewerten



sind (Effektstärken) und, ob diese auf größere Kontexte übertragbar sind (Signifikanz), waren dementsprechend im statistischen Sinne nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich. Dennoch konnten Tendenzen zur Wirkungsrichtung der einzelnen Versorgungsansätze extrahiert und Einschätzungen über den Forschungsbedarf in dem Feld getroffen werden.

Flankierend erfolgten narrative Analysen der Literatur. Fokussiert wurden hier vor allem Versorgungsansätze, die beispielsweise aufgrund ihrer Komplexität oder ihres hohen Grades an Innovativität noch nicht ausreichend quantitativ untersucht worden sind. Auch graue Literatur wurde narrativ ausgewertet und vor dem Hintergrund der Forschungsfragen diskutiert.

Die Merkmale der einzelnen quantitativen Studien und Publikationen werden im Ergebnisteil angelehnt an die Checkliste des PRISMA Statements (Moher et al. 2009) deskriptiv beschrieben. Dargestellt werden in summierter Form Eigenschaften der identifizierten Studien, wie bspw. der Forschungsgegenstand und das Forschungsdesign, das Studienkollektiv und die jeweiligen Outcomes. Um außerdem die Effektivität in Bezug auf die unterschiedlichen Anspruchsgruppen (MmD, informell Pflegende, professionell Pflegende) zu beschreiben und damit Aussagen über förderliche Eigenschaften zu treffen, war es sinnvoll, Eckpunkte wie die konzeptionellen Faktoren, fachlichen Standards und personellen Planungen herauszuarbeiten. Grundlegend war die Orientierung an den PICOT-Kriterien bei der deskriptiven Datensynthese.

### **3.7 Ergebnisdarstellung**

Eine Methode zur übersichtlichen Darstellung und Synthese der Ergebnisse im Rahmen des Vote Countings stellen sog. Harvest Plots dar (McKenzie und Brennan 2020). Demnach wurden mittels Harvest Plots die jeweiligen Effekte der gefundenen Studien zu den fokussierten innovativen Versorgungsansätzen (z. B. „Homelike“-Ansätze in Pflegeeinrichtungen, DCM) durch Balken beschrieben. Sowohl die Position der Balken als auch die visuelle Darstellung durch Breite, Farbe oder Höhe können die Charakteristika der Studien und ihrer Ergebnisse repräsentieren (Ogilvie et al. 2008). Vergleichsparameter waren patientenbezogene Outcomes und Outcomes in Verbindung mit professionell und informell Pflegenden. Eingeordnet wurden die Ergebnisse der unterschiedlichen Studien anschließend nach ihren jeweiligen berichteten Effekten: positive Wirkung des Versorgungsansatzes auf den jeweiligen Outcomeparameter, negative Wirkung, neutrale Wirkung bzw. heterogene Wirkungen. Weiterhin sollten auch die jeweiligen Kosten der unterschiedlichen Versorgungsansätze in Relation gesetzt werden und im Rahmen der Harvest Plots eingeordnet werden. Auf der Y-Achse der Harvest Plots finden sich dementsprechend die jeweiligen Outcome Parameter, während auf der X-Achse die Kategorien zur Einordnung des Effekts abgebildet werden.

Um die berichteten Outcomes auch in Bezug auf ihre Belastbarkeit einordnen zu können, wurden für unterschiedliche Studiendesigns und Evidenzgrade unterschiedliche Färbungen der Balken gewählt. Bei Interventionsstudien oder systematischen Übersichtsarbeiten (z. B. (R)CTs, systematische Literaturreviews), die dem sog. Goldstandard in der quantitativen klinischen Forschung in ihren Grundzügen entsprechen, wurde ein blauer Balken verwendet. Bei Beobachtungsstudien, wie bspw. Scoping Reviews oder Querschnittsstudien wurde ein weißer Balken mit blauer Umrandung genutzt. Dagegen wurden Studien, die eine geringere Belastbarkeit aufweisen, wie Literaturübersichten ohne systematisches Vorgehen oder deskriptive Studien, durch Balken mit einem blau-weiß gestreiften Muster dargestellt.

## 4 Ergebnisse

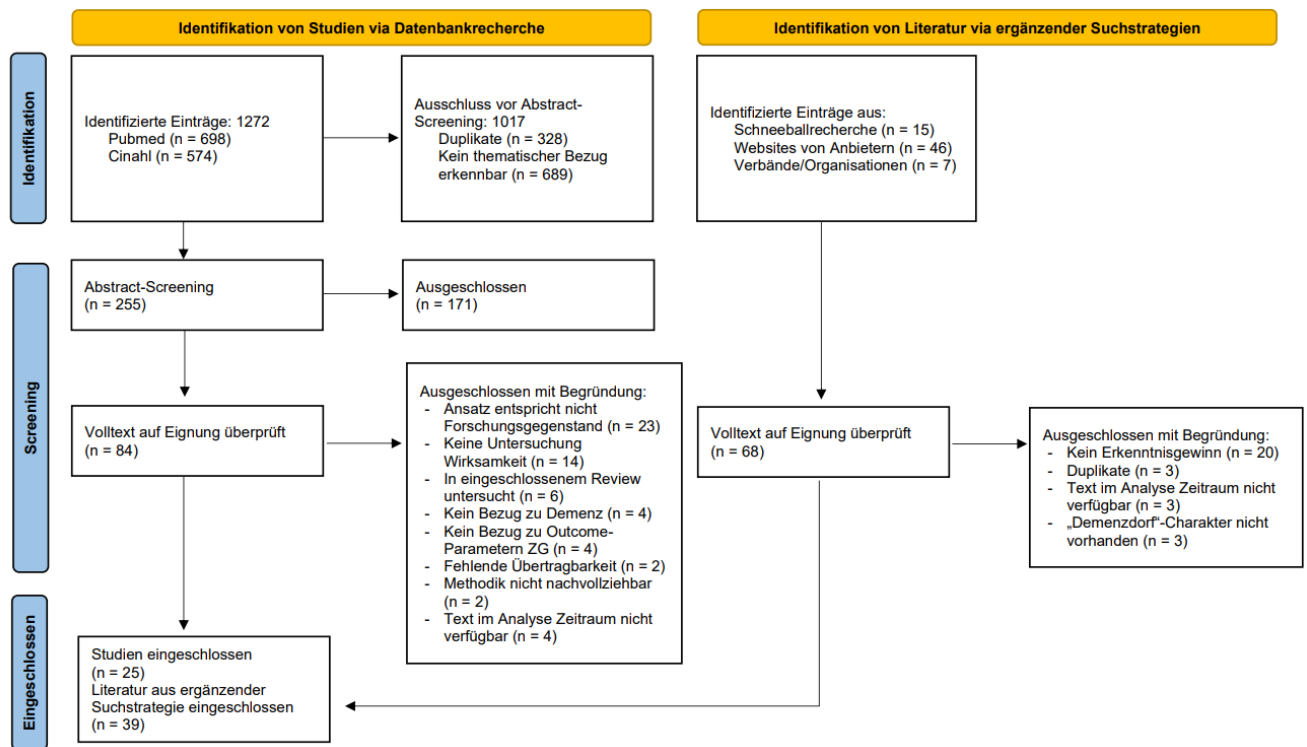
Aus der in Kapitel 3 vorgestellten systematischen Literaturrecherche ergaben sich datenbankübergreifend 1.272 Titel (Recherchezeitpunkt: 22.09.2021). Nach dem Screening der Titel auf Basis der Ein- und Ausschlusskriterien und im Hinblick auf Duplikate wurden 1.017 Titel ausgeschlossen. Somit wurden 255 Titel in die Vorauswahl aufgenommen und tabellarisch aufgelistet. Bevor die Volltexte aller Titel gelesen wurden, erfolgte zunächst eine überblickshafte Durchsicht der Abstracts, wodurch 171 weitere Titel aufgrund fehlenden Bezugs zu den beschriebenen Einschlusskriterien ausgeschlossen wurden. Nach dem anschließenden Volltext-Screening wurden 59 Titel ausgeschlossen. Die Ausschlussgründe waren an der Stelle folgende:

- Der in den Studien untersuchte Versorgungsansatz entsprach nicht dem Forschungsgegenstand.
- Es wurde keine Untersuchung der Wirksamkeit des Versorgungsansatzes unternommen.
- Die Studien wurden bereits in einem eingeschlossenen Review untersucht.
- Der Bezug zur Demenz(-versorgung) wurde nicht deutlich.
- Die untersuchten Outcome-Parameter wichen von den festgelegten ab.
- Die Übertragbarkeit auf den deutschen Kontext war nur schwer möglich.
- Die Methodik war nicht nachvollziehbar dargestellt.
- Der Volltext war im Analyse-Zeitraum nicht verfügbar.

Schlussendlich wurden insgesamt 25 Titel aus der Datenbankrecherche in die Ergebnissynthese eingeschlossen.

Im Rahmen der ergänzenden Suchstrategie wurden 68 weitere Titel über eine Schneeballrecherche sowie die Suche auf Webseiten von Anbietern, Verbänden und Organisationen ermittelt. Von diesen konnten 39 in die Auswertung eingeschlossen werden.

Im Folgenden ist anhand des PRISMA-Flussdiagramms nach Page et al. (2021) der Ablauf der Studienauswahl dargestellt:



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Abbildung 1: PRISMA Flussdiagramm

Von den 25 im Rahmen der Datenbankrecherche gefundenen Studien, konnten aufgrund ihres Studiendesigns Ergebnisse von 22 Publikationen quantitativ zusammengefasst werden. Die übrige Literatur wurde narrativ ausgewertet. Eine Publikation konnte nur in Teilen in die quantitative Analyse eingeschlossen werden, weshalb diese ergänzend außerdem noch narrativ berücksichtigt wurde. Ebenfalls narrativ analysiert wurden die 39 durch die ergänzende Suchstrategie gefundenen Titel.

Im Folgenden werden zunächst die Eigenschaften der Studien im Rahmen der quantitativen Synthese vorgestellt (siehe Kap. 4.1 bis 4.3). Anschließend erfolgt die narrative Datensynthese der für eine quantitative Aggregation nicht in Frage kommenden Literatur (siehe Kap.4.4.1 und 4.4.2) sowie die Auswertung der im Rahmen der ergänzenden Suchstrategie recherchierten Titel (siehe Kap. 4.4.3).

#### 4.1 Studien innerhalb der quantitativen Datensynthese

Von den 22 für eine quantitative Auswertung in Frage kommenden Studien, beschreiben zwölf Studien Versorgungsansätze, die in einem institutionellen Setting umgesetzt wurden und damit bei segregativen Wohnformen eingeordnet werden können (Meyer et al. 2015; Bortnick 2017; de Boer et al. 2017; Kok et al. 2020; Kok et al. 2016; Kok et al. 2013; Adlbrecht et al. 2021b; Adlbrecht et al. 2021a; Anderiesen et al. 2014; Ausserhofer et al. 2016; Lauriks et al. 2020; Stiefner et al. 2020). Zur Vereinfachung werden Studien zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften – als Wohnform zwischen einem institutionellen Setting und dem Leben in der eigenen Häuslichkeit – ebenfalls dem Bereich segregativen Wohnformen zugeordnet. Begründet ist das vor allem darin, da die MmD ihre eigene Häuslichkeit verlassen und in einem kontrollierten Setting leben. Eine komplett trennscharfe Einordnung ist an dieser Stelle allerdings nur schwer zu realisieren. Weitere zehn Publikationen von den eingeschlossenen 22

Studien fokussieren sich dagegen auf einen Versorgungsansatz, der den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit unterstützt (Michalowsky et al. 2019b; Thyrian et al. 2017; Zwingmann et al. 2018; Jennings et al. 2019; Köhler et al. 2014; Torkamani et al. 2014; Gettel et al. 2021; Darlington et al. 2020; Nowaskie et al. 2020; Possin et al. 2019). Im Rahmen dieses Reviews weisen diese Versorgungsansätze einen in die Kommune bzw. in das Quartier integrierenden Charakter auf und sind dementsprechend von einer umfassenden institutionellen Betreuung und/oder Pflege losgelöst zu betrachten.

Aus dem Gesamtkollektiv der 22 Studien konnten die Ergebnisse aus zwölf Interventionsstudien, die in einer (nicht-)randomisierten kontrollierten Methodik oder einem systematischen Literaturreview ermittelt wurden, berücksichtigt werden (Kok et al. 2020; Kok et al. 2016; Michalowsky et al. 2019b; Thyrian et al. 2017; Zwingmann et al. 2018; Köhler et al. 2014; Torkamani et al. 2014; Stiefler et al. 2020; Adlbrecht et al. 2021a; Anderiesen et al. 2014; Possin et al. 2019; Lauriks et al. 2020). Außerdem wurden die Ergebnisse von fünf Beobachtungsstudien (de Boer et al. 2017; Ausserhofer et al. 2016; Adlbrecht et al. 2021b; Meyer et al. 2015; Gettel et al. 2021) und fünf beschreibenden Studien mit einer geringeren Belastbarkeit, wie nicht-systematische Literaturreviews oder Survey-Erhebungen im Rahmen der Analyse eingeordnet (Bortnick 2017; Jennings et al. 2019; Kok et al. 2013; Darlington et al. 2020; Nowaskie et al. 2020). Eine übersichtliche Darstellung aller 22 Studien inklusive der Studiendesigns ist Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2: Übersicht eingeschlossene Studien quantitative Analyse

Nr.	Autor	Jahr	Titel	Land	Betrachteter Versorgungsansatz	Art der Studie
1	Bortnick, K	2017	An Ecological Framework to Support Small-Scale Shared Housing for Persons with Neurocognitive Disorders of the Alzheimer's and Related Types: A Literature Review	int.	Wohngemeinschaften für MmD	Review
2	de Boer, B et al.	2017	Quality of care and quality of life of people with dementia living at green care farms: a cross-sectional study	NLD	Green Care Farms (24h-Betreuung), kleine SCUs	Querschnitterhebung
3	Kok, J et al.	2016	Small scale homelike special care units and traditional special care units: effects on cognition in dementia; a longitudinal controlled intervention study	NLD	kleine „homelike“ SCUs	quasi-experimentelles n-RCT
4	Kok, J et al.	2020	Psychotropic drug use in residents with dementia living in small-scaled special care facilities; a longitudinal study	NLD	kleine „homelike“ SCUs	quasi-experimentelles n-RCT
5	Michalowsky, B et al.	2019	Cost-effectiveness of a collaborative dementia care management-Results of a cluster-randomized controlled trial	DEU	DCM	Cluster-RCT
6	Thyrian, J et al.	2017	Effectiveness and Safety of Dementia Care Management in Primary Care: A Randomized Clinical Trial	DEU	DCM	Cluster-RCT

7	Zwingmann, I et al.	2018	Supporting family dementia caregivers: testing the efficacy of dementia care management on multifaceted caregivers' burden	DEU	DCM	Sekundärdatenanalyse auf Basis Cluster-RCT
8	Jennings, LA et al.	2019	The Effect of a Comprehensive Dementia Care Management Program on End-of-Life Care	USA	DCM	retrospektive, deskriptive Kohortenstudie
9	Köhler, L et al.	2014	Does an interdisciplinary network improve dementia care? Results from the IDemUck-study	DEU	DCM (Demenz-Netzwerk)	prospektives RCT
10	Torkamani, M et al.	2014	A randomized controlled pilot study to evaluate a technology platform for the assisted living of people with dementia and their carers	GBR, ESP, GRC	AAL (Telemedizinische Plattform)	RCT
11	Ausserhofer, D et al.	2016	"There's No Place Like Home": A Scoping Review on the Impact of Homelike Residential Care Models on Resident-, Family-, and Staff-Related Outcomes	int.	„homelike“ Pflegeeinrichtungen	Scoping Review
12	Stiefler, S et al.	2020	Health-related outcomes in shared-housing arrangements-results of a rapid review	int.	ambulante Wohngemeinschaften	Rapid Review
13	Kok JS, Berg JJ, Scherder EJ.	2013	Special care units and traditional care in dementia: relationship with behavior, cognition, functional status and quality of life - a review	int.	kleine „homelike“ SCUs	Literaturreview
14	Adlbrecht, L et al.	2021a	Social interactions of persons with dementia living in special care units in long-term care: A mixed-methods systematic review	int.	„homelike“ SCUs	systematisches Review
15	Adlbrecht, L et al.	2021b	Engagement in purposeful activities and social interactions amongst persons with dementia in special care units compared to traditional nursing homes: An observational study	AUT	kleine „homelike“ SCUs	Beobachtungsstudie: Vergleichende Querschnittsstudie
16	Meyer, S et al.	2015	Nutritional status of care-dependent people with dementia in shared-housing arrangements - a one-year follow-up	DEU	Wohngemeinschaften für MmD	Beobachtungsstudie
17	Possin, K. et al.	2019	Effect of Collaborative Dementia Care via Telephone and Internet on Quality of Life, Caregiver Well-being, and Health Care Use: The Care Ecosystem Randomized Clinical Trial	USA	DCM (Care Assistentinnen und Assistenten)	RCT
18	Anderiesen, H et al.	2014	A systematic review--physical activity in dementia: the influence of the nursing home environment	int.	„homelike“ Pflegeeinrichtungen	systematisches Review

19	Gettel, CJ et al.	2021	Dementia Care, Fall Detection, and Ambient-Assisted Living Technologies Help Older Adults Age in Place: A Scoping Review	int.	AAL & sonst. Technologien	Scoping Review
20	Darlington, N et al.	2021	A survey of the experience of living with dementia in a dementia-friendly community	GBR	demenzfreundliche Umgebungen	Survey Erhebung
21	Lauriks, S et al.	2020	Effects of Assistive Home Technology on quality of life and falls of people with dementia and job satisfaction of caregivers: Results from a pilot randomized controlled trial	NLD	AAL (zur Unterstützung in stat. Wohngruppen)	RCT
22	Nowaskie, D et al.	2020	Care coordinator assistants: Job satisfaction and the importance of teamwork in delivering person-centered dementia care	AUT	DCM (Care Assistentinnen und Assistenten)	Survey Erhebung & qualitative Analyse von Fallberichten

Quelle: Eigene Darstellung

## 4.2 Versorgungsansätze

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Sektoren (stationär oder ambulant bzw. Institution oder eigene Häuslichkeit) werden die im Rahmen der eingeschlossenen Studien untersuchten Versorgungsansätze im Folgenden differenziert dargestellt. Dazu werden zum einen Versorgungsansätze herausgestellt, die im Rahmen einer zumeist 24-Stunden-Betreuung in einem institutionellen Kontext außerhalb der eigenen Häuslichkeit die Versorgung von MmD unterstützen. Zum anderen werden die Versorgungsansätze zur Pflege und Betreuung von MmD betrachtet, die den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit unterstützen und ggf. einen Bezug zum Quartier/zur Kommune aufweisen.

### 4.2.1 (Segregative) Versorgungsansätze im institutionellen/stationären Setting

Aus den zwölf Studien, die einen Versorgungsansatz für MmD in einer segregativen Wohnform betrachten, analysieren acht Forschungsteams verschiedene Outcomes mit Fokus auf kleinere häusliche („homelike“) und speziell nur für MmD eingerichtete Einheiten in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. separate Gebäude im Rahmen eines institutionellen Settings (de Boer et al. 2017; Kok et al. 2020; Kok et al. 2016; Kok et al. 2013; Ausserhofer et al. 2016; Adlbrecht et al. 2021a; Adlbrecht et al. 2021b; Anderiesen et al. 2014). In drei weiteren Studien werden diverse Outcomes in Verbindung mit ambulanten Demenz-Wohngemeinschaften beschrieben (Meyer et al. 2015; Stiefler et al. 2020; Bortnick 2017). Eine Studie befasst sich mit der Nutzung von AAL-Technologien in Wohneinheiten für MmD (Lauriks et al. 2020). Für eine detaillierte Übersicht siehe Tabelle 2.

Die unterschiedlichen Versorgungsansätze in den segregativen Settings werden in den Studien wie folgt beschrieben:

#### 4.2.1.1 Spezielle Wohneinheiten für MmD in Pflegeeinrichtungen mit einer wohnlichen („homelike“) Gestaltung

Grundsätzlich werden innerhalb der Studien spezielle Wohneinheiten für MmD in stationären Pflegeeinrichtungen, den sog. „Special Care Units“ (SCUs), als separate Wohngruppen von ca. sechs bis zwölf Bewohnerinnen und Bewohnern mit einer wohnungsähnlichen Einrichtung dargestellt. So sind für die

Bewohnerinnen und Bewohner private Zimmer vorgesehen, die persönlich dekoriert werden können. Auch private Badezimmer sind zumeist angeschlossen. Darüber hinaus werden Gemeinschaftsräume eingerichtet. Anders als in traditionellen Wohneinheiten einer stationären Einrichtung, werden die Bewohnerinnen und Bewohner in Alltagstätigkeiten eingebunden. Das bedeutet, dass bspw. gemeinsam gekocht wird oder andere Haushaltstätigkeiten mit Unterstützung der professionell Pflegenden durchgeführt werden. Außerdem wird berichtet, dass vor allem personalisierte nicht-pharmakologische Interventionen den ganzen Tag über für die MmD angeboten werden, einschließlich entspannender oder aktivierender Interventionen auf Gruppen- oder individueller Ebene (wie Stricken, Kochen, Gartenarbeit und Lesen) (Kok et al. 2013; Adlbrecht et al. 2021a). Auch der Zugang zu einem Gartenbereich kann ein Element der kleinen „homelike“ Wohneinheiten sein (Anderiesen et al. 2014; Adlbrecht et al. 2021a). Darüber hinaus wird beschrieben, dass durch Schließsysteme und Wegweiser die Sicherheit der Bewohnerinnen und Bewohner realisiert werden soll (Kok et al. 2013).

Für den Personaleinsatz bedeutet dies, dass ein festes Team zur Aktivierung und Unterstützung bei alltäglichen Aktivitäten eingeplant wird. Außerdem ist es wichtig, regelmäßige pädagogische Interventionen (Schulungen, Coachings und Supervisionen) für alle Mitarbeitenden umzusetzen (Adlbrecht et al. 2021a). Auch Schulungen speziell für den Umgang mit verhaltensbezogenen und psychologischen Symptomen der Demenz (BPSD) werden häufig als notwendig beschrieben, da die Einheiten oftmals für Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen eingerichtet werden. Als Basis wird die Durchführung der personenzentrierten Pflege verfolgt.

Neben der Möglichkeit, innerhalb einer stationären Pflegeeinrichtung spezielle Wohneinheiten einzurichten, wird in einigen Studien auch die Eröffnung einzelner Gebäude ausschließlich für MmD beschrieben. Diese verfolgen ebenfalls das Prinzip der personenzentrierten Pflege und der wohnlichen Einrichtung. Dennoch gibt es auch innovative Versorgungsansätze, die variierende Konzepte nutzen. Im Rahmen der Analyse können sog. „Green Care Farms“ (GCFs) und die „Demenzdörfer“ (vgl. Kap. 4.4.3) hervorgehoben werden. GCFs sind eigenständige Gebäude, die das alltägliche Geschehen eines landwirtschaftlichen Betriebes abbilden. Hier gibt es bspw. Tiere, Ställe, Gemüsegärten und andere Merkmale einer landwirtschaftlichen Umgebung. Zielgebend ist in diesem Fall im Rahmen der „homelike“ Atmosphäre, die alltäglichen Aufgaben eines landwirtschaftlichen Betriebes in den normalen Tagesablauf der MmD zu integrieren. Sofern möglich, sollen diese täglich anfallenden Aufgaben mit Unterstützung des Personals von den MmD eigenständig durchgeführt werden. Das Personal bildet an der Stelle mit den Bewohnerinnen und Bewohnern einen Haushalt. Ähnlich, wie in den SCUs gibt es ein festes Team von professionell Pflegenden, deren Aufgaben über die medizinische Pflege und Betreuung hinausreichen. In einer Erhebung konnten de Boer et al. (2017) in diesem Zusammenhang herausarbeiten, dass in den untersuchten GCFs in den Niederlanden im Vergleich zu kleinen „homelike“ SCUs in stationären Pflegeeinrichtungen mehr Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten mit weniger als zwei Jahren Ausbildung und ebenso mehr beruflich ausgebildete Pflegekräfte mit mindestens vier Jahren Ausbildung eingesetzt wurden.

#### **4.2.1.2 Wohngemeinschaften/Wohngruppen**

Auch Wohngruppen oder Wohngemeinschaften für MmD können als segregative Wohnform verstanden werden, bei der die beschriebenen Charakteristika der kleinen SCUs in einem ambulanten Setting losgelöst von einer Institution umgesetzt werden. Wohngemeinschaften stellen demnach eine Wohnform zwischen einer stationären Pflegeeinrichtung und der eigenen Häuslichkeit dar. Die Versorgung

der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgt ambulant ebenfalls nach dem Prinzip der personenzentrierten Pflege und einer „homelike“ Einrichtung. Die Organisation kann durch Betroffene bzw. ihre informell Pflegenden (Freiburger Modell) oder durch professionelle Träger initiiert und umgesetzt werden (Stiefler et al. 2020). Charakteristisch für diese Wohnform sind die Schaffung familienähnlicher Strukturen und die Einbeziehung von informell Pflegenden. Dabei soll das Gefühl des „Zuhause-Seins“ durch private Zimmer und Badezimmer, ein gemeinsames Wohnzimmer, Außenbereiche, gemeinsame Mahlzeiten und teilweise auch durch die Integration von Haustieren sichergestellt werden. Ferner wird Wert auf die Selbstbestimmung und Autonomie der Bewohnerinnen und Bewohner gelegt, indem alltägliche Entscheidungen von den Bewohnerinnen und Bewohnern selbst oder gemeinsam mit dem Personal getroffen werden. Tendenziell wird in den recherchierten Studien darauf verwiesen, dass vor allem MmD mit mildereren Stadien ihrer Erkrankung in Wohngemeinschaften leben.

#### **4.2.1.3 Ambient Assisted Living (AAL) in Wohngruppen/stationären Wohneinheiten für MmD**

Als innovative Unterstützung bei der Pflege von MmD in segregativen Wohnformen untersuchten Lauriks et al. (2020) in ihrer Erhebung die Anwendung von AAL-Technologien in Wohngruppen für MmD. Dazu wurden dort sogenannte „Lifecircles“ eingerichtet, welche verschiedene Bereiche darstellen, in denen sich die Bewohnerinnen und Bewohner in der Wohngruppe/einem großen Teil der Pflegeeinrichtung während der Studiendurchführung frei bewegen konnten. Hier wurden verschiedene smarte assistive Technologien installiert. Teil davon war eine Wegbeleuchtung mit automatischer Einschaltung des Lichts zwischen dem Schlafzimmer und dem nächstgelegenen Badezimmer, sobald die Zimmertür geöffnet wurde. Auch eine automatische Ein- und Ausschaltung des Lichts beim Verlassen des Bettes, beim Betreten des Bades oder bei nicht ausreichend Tageslicht wurde eingerichtet. Zudem wurden bei Hilferufen, beim Verlassen des Schlafzimmers in der Nacht bzw. nicht Zurückkehren in das Schlafzimmer automatische Alarmer an das Pflegepersonal gesendet. Ebenfalls eingesetzt wurden automatisierte Jalousien, die je nach Sonneneinstrahlung automatisch herunter- oder hochfahren.

#### **4.2.2 (Integrative) Versorgungsansätze im kommunalen Setting zum Verbleib in der eigenen Häuslichkeit**

Von den insgesamt zehn Studien, die sich auf Versorgungsansätze in der eigenen Häuslichkeit beziehen, wurden sechs Studien identifiziert, in denen der Versorgungsansatz des DCM untersucht wird (Michalowsky et al. 2019b; Thyrian et al. 2017; Zwingmann et al. 2018; Jennings et al. 2019; Possin et al. 2019; Nowaskie et al. 2020). Erwähnenswert ist dabei, dass drei der Studien in demselben größeren Forschungsprojekt Delphi-MV (Demenz: lebensweltorientierte und personenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern) realisiert wurden (Michalowsky et al. 2019b; Thyrian et al. 2017; Zwingmann et al. 2018). In zwei weiteren Erhebungen beschäftigen sich die Forschenden mit der Betreuung und Pflege von MmD durch die Unterstützung von AAL-Technologien (Gettel et al. 2021; Torkamani et al. 2014). Je eine Studie wurde zu dem Versorgungsansatz der demenzfreundlichen Umgebungen (Darlington et al. 2020) und zum Demenz-Netzwerk (Köhler et al. 2014) einbezogen. Aufgrund der inhaltlichen Nähe wurde das Demenz-Netzwerk den DCM-Ansätzen zugeordnet. Auch für diese Studien können detaillierte Informationen der Tabelle 2 entnommen werden.

##### **4.2.2.1 Dementia Care Management (DCM)**

DCM wird als ein Versorgungsansatz zur Koordination und zum Management der Pflege bzw. Betreuung von in der eigenen Häuslichkeit lebenden MmD beschrieben. In den eingeschlossenen Studien, die



das Thema DCM umfassen, konnten voneinander leicht abweichende konzeptionelle Vorgehensweisen ermittelt werden. Auf der einen Seite wurden zur Durchführung des DCMs speziell ausgebildete Pflegekräfte eingesetzt (Zwingmann et al. 2018; Thyrian et al. 2017; Michalowsky et al. 2019b; Jennings et al. 2019), während andere Varianten geschulte Koordinatorinnen und Koordinatoren unter der Aufsicht eines klinischen Teams mit Expertise aus der Medizin, der Pflege, der Sozialarbeit und weiteren Disziplinen als zentrales Personal im DCM ansehen. Diese Koordinatorinnen und Koordinatoren müssen nicht unbedingt vertieftes Wissen in der Pflege haben (Beispiele für die zuletzt genannten Koordinatorinnen und Koordinatoren sind „Care Team Navigators“ (Possin et al. 2019) bzw. „Care Coordinator Assistants“ (Nowaskie et al. 2020)).

Inhaltlich sind die Aufgaben jedoch ähnlich gestaltet: So gehören die strukturierte Bedarfsermittlung bei Patientinnen und Patienten und ihren informell Pflegenden, das Behandlungs- und Pflegemanagement, das Medikamentenmanagement sowie die Unterstützung und Schulung der informell Pflegenden, z. B. in Selbstmanagement, zu den beschriebenen Aufgaben. Außerdem wird ein individueller Interventionsplan ausgearbeitet. Eine enge Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten sowie weiteren Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialwesen und bei Bedarf eine Überweisung zu verschiedenen die Versorgung ergänzenden Akteuren (Therapeutinnen und Therapeuten, Fachärztinnen und Fachärzte etc.) sind darüber hinaus Teil der untersuchten DCM-Ansätze. Ebenfalls als Aufgabenbereich des DCM beschrieben wird die Erstellung von Pflegeprotokollen. Der Ansatz der personenzentrierten Pflege bildet auch beim DCM die Basis für die Versorgung der MmD. In den eingeschlossenen Studien werden durchschnittlich ca. 50 bis 80 MmD und ihre informell Pflegenden von einer Pflegekraft bzw. einer Koordinatorin/einem Koordinator betreut. Die Betreuung findet als Hausbesuch (bzw. an einem anderen relevanten Ort, z. B. einer Klinik) per Telefon oder per Mail statt. Als hauptsächliche Anspruchsgruppen werden MmD in milden bis moderaten Stadien ihrer demenziellen Erkrankung untersucht. Lediglich Jennings et al. (2019) analysieren ein DCM-Programm, dass die Versorgung am Lebensende beachtet.

Ein weiterer Versorgungsansatz mit inhaltlichen Überschneidungspunkten zum DCM besteht darin, die Versorgung über ein Demenz-Netzwerk umzusetzen (Köhler et al. 2014). Dieses stellt eine integrative und in einigen Varianten hausarztzentrierte Organisation der Demenzversorgung dar. Im Gegensatz zu dem zuvor beschriebenen DCM-Ansatz erfüllen in der Studie von Köhler et al. (2014) Hausärztinnen und Hausärzte die Gatekeeper-Rolle in einem Netzwerk aus medizinischen Akteuren in der ambulanten medizinischen Versorgung und über die sektoralen Grenzen des Gesundheitssystems hinaus. Beteiligt sind vor allem Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, Fachärztinnen und Fachärzte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Krankenhäuser sowie andere ambulante und stationäre Einrichtungen. Zielsetzung ist auf der einen Seite, die Frühdiagnose und Differentialdiagnose zu bestätigen und auf der anderen Seite eine personenzentrierte und umfassende Therapie anzubieten.

#### **4.2.2.2 Ambient Assisted Living (AAL)**

AAL-Technologien zur Unterstützung der Betreuung und Pflege von MmD in der eigenen Häuslichkeit werden in zwei der recherchierten Studien untersucht. Da es sich bei der Studie von Gettel et al. (2021) um ein Scoping Review handelt, in dem verstärkt die Sammlung verschiedener Technologien verfolgt wird, ohne dass diese näher beschrieben werden, werden die in der Studie genannten Inhalte an dieser Stelle nur aufgezählt. Die weiteren Studieninhalte werden in der narrativen Analyse aufgegriffen. Gettel et al. (2021) definieren AAL Technologien zur Unterstützung von MmD als Informations- und Kommunikationstechnologien im täglichen Lebens- und Arbeitsumfeld, um länger aktiv zu bleiben, soziale

Kontakte zu pflegen und unabhängig zu leben. Das kann durch technologische Unterstützung bei alltäglichen Aufgaben, bei der Überwachung von Gesundheitsdaten und der Wohnung durch intelligente Geräte, drahtlose Netzwerke sowie medizinische Sensoren realisiert werden. Konkret können das Heimüberwachungssysteme, tragbare Geräte, Exergames<sup>4</sup>/Geharwendungen, Pflegeroboter oder digitale Kalender sein (Gettel et al. 2021).

Torkamani et al. (2014) evaluieren eine komplexe Technologieplattform zur Versorgung von MmD und Entlastung ihrer informell Pflegenden. Die Plattform ist in unterschiedliche Bereiche aufgeteilt. So gibt es bspw. ein Tool für die Fernüberwachung der informell Pflegenden und der MmD (Informationen können z. B. an Hausärztinnen und Hausärzte gesendet werden). Außerdem erhalten die informell Pflegenden einschlägige Informationen über Demenz und Pflege sowie einen Zugang zu Entspannungs- und Bewegungsroutinen. Für Unterstützungsmöglichkeiten wird ebenfalls ein Tool zur Verfügung gestellt, in dem die Nutzerinnen und Nutzer das Entwicklungsteam kontaktieren können oder einem sozialen Netzwerk aus weiteren informell Pflegenden beiwohnen können. Weitere AAL-Technologien werden in der narrativen Synthese beschrieben.

#### **4.2.2.3 Demenzfreundliche Umgebungen**

Zu den demenzfreundlichen Umgebungen konnte eine Studie in die quantitative Synthese miteinbezogen werden (Darlington et al. 2020), in welcher die Wirkung dieses Versorgungsansatzes untersucht wird. Eine demenzfreundliche Umgebung ist durch einen physischen Ort definiert (bspw. Stadt, Gemeinde, Dorf). Charakteristisch ist das Zusammenbringen lokaler Organisationen und Dienste, um der Stigmatisierung einer Demenzerkrankung entgegenzuwirken und das Leben mit Demenz zu normalisieren, das Bewusstsein zu erhöhen und MmD in die Gemeinschaft miteinzubinden. Dementsprechend wird ein Bündel aus Maßnahmen angewendet, die die lokale Infrastruktur dahingehend verändern und MmD eine Partizipation ohne Stigmatisierung am Lebensort ermöglichen.

### **4.3 Eigenschaften der Studien**

Von den 22 quantitativ analysierten Studien legen 13 Studien konkrete Angaben zu den jeweils untersuchten Teilnehmenden-Kollektiven dar. Soweit berichtet, wurden demnach insgesamt 7.367 MmD in Bezug auf unterschiedliche Versorgungsansätze untersucht. Etwa 72 Prozent dieser Personen sind weiblich und im Durchschnitt ca. 80 Jahre alt (vgl. Abbildung 2 und Abbildung 3). Zwei eingeschlossene Studien untersuchten unterschiedliche Outcomes in demselben Kollektiv (Thyrian et al. 2017; Michalowsky et al. 2019b). Dementsprechend wird dieses auch nur einmal in die Zählung mitaufgenommen. Zu berücksichtigen ist, dass in die Übersicht des Teilnehmenden-Kollektivs neben den Daten aus Einzelstudien auch die Daten aus einer systematischen Übersicht miteingeflossen sind (Bortnick 2017). Dementsprechend ist an dieser Stelle eine systematische Verzerrung (Bias) nicht ausgeschlossen. Zu den weiteren eingeschlossenen Reviews konnten nicht ausreichend Angaben zur Größe und zu Eigenschaften des Studienkollektivs extrahiert werden, weshalb an anderer Stelle die Anzahl der jeweils analysierten Studien berücksichtigt wird (vgl. Tabelle 3). Die Studienkollektive der Einzelstudien sind im Median 130 Teilnehmende groß. Die größte Anzahl an Teilnehmenden der Einzelstudien weist in dem Zusammenhang die Erhebung von Possin et al. (2019) mit insgesamt 780 untersuchten MmD auf. Die niedrigste Teilnehmenden Anzahl berichten Meyer et al. (2015) mit 45 untersuchten MmD.

---

<sup>4</sup> Technologiebasierte Spiele, bspw. zur Förderung körperlicher Aktivität.

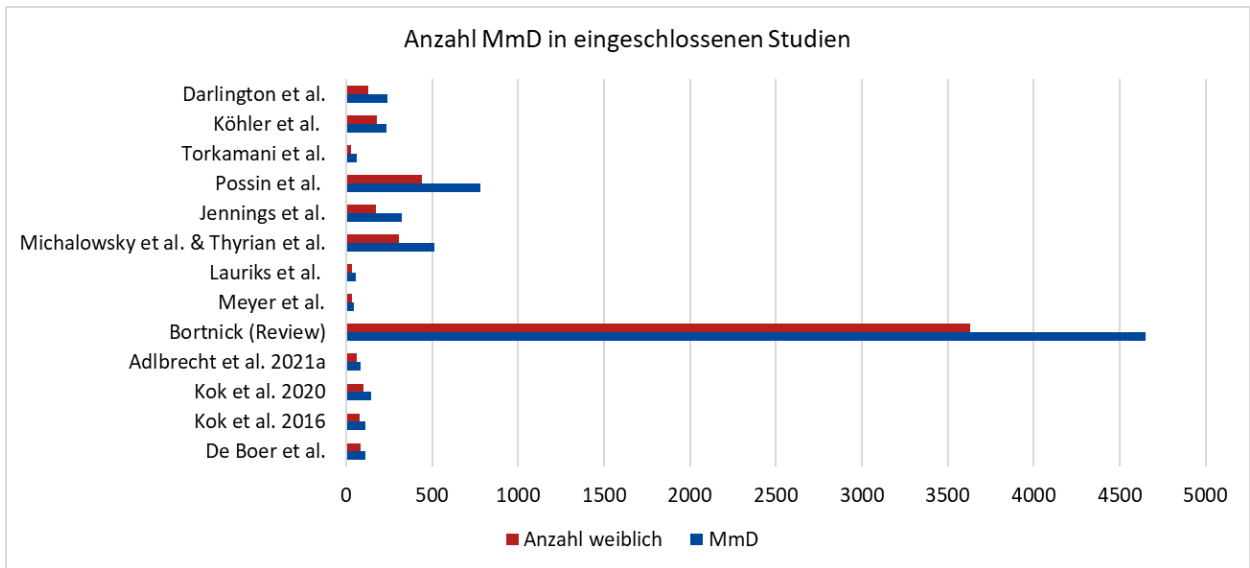


Abbildung 2: Zahl der MmD in den eingeschlossenen Studien

Quelle: Eigene Darstellung

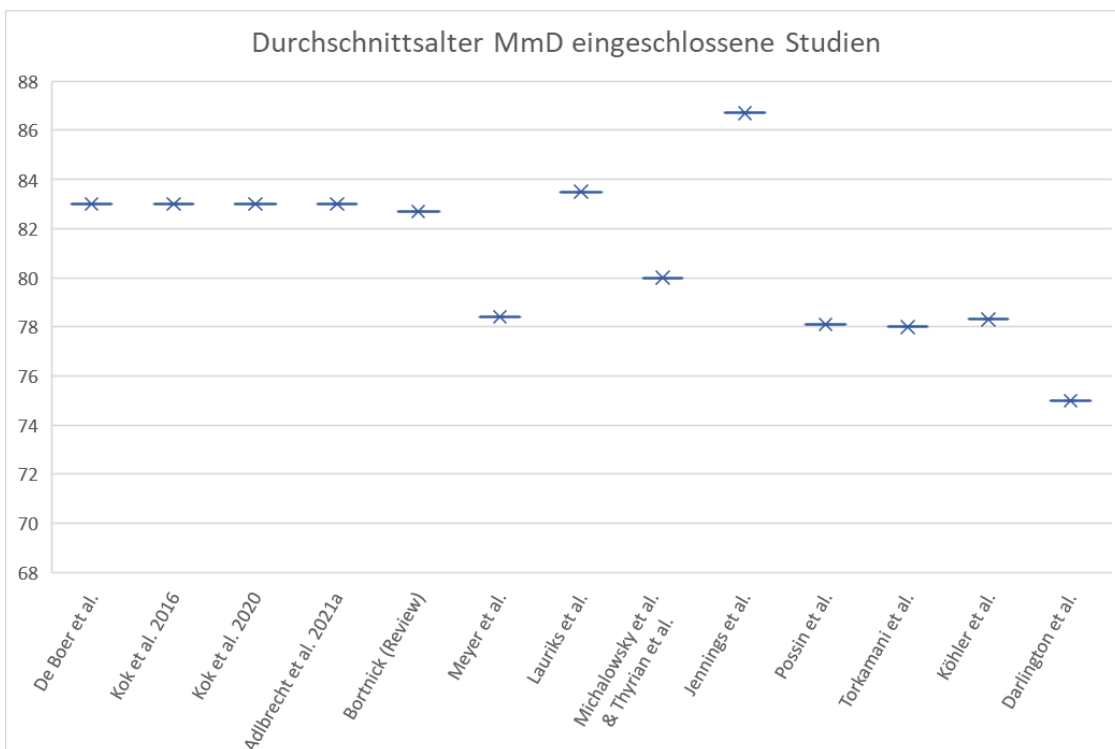


Abbildung 3: Durchschnittsalter MmD eingeschlossene Studien

Quelle: Eigene Darstellung

In den eingeschlossenen Reviews wurden insgesamt 110 Studien untersucht und deren Aussagen berichtet. Angemerkt werden muss an dieser Stelle, dass lediglich eine Übersichtsarbeit miteingeschlossen werden konnte, die Studien außerhalb eines institutionellen Settings betrachtet (Gettel et al. 2021) (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Zahl der untersuchten Studien in den eingeschlossenen Reviews

Titel und Veröffentlichungsjahr	Relevante untersuchte Studien	davon
Bortnick 2017	16	16x Demenz-Wohngemeinschaften
Ausserhofer et al. 2016	7	7x „Homelike“ Design
Kok et al. 2013	7	3x n-SCU vs. kleine „homelike“ SCU & 4x SCU vs. „Homelike“ SCU
Adlbrecht et al. 2021b	14	3x „Homelike“ Design, 3x kl. SCU, 2x GCF, 6x nicht näher beschrieben
Anderiesen et al. 2014	7	7x „Homelike“ Design
Stiefler et al. 2020	21	21x Demenz-Wohngemeinschaften
Gettel et al. 2021	54	54x AAL-Technologien

Quelle: Eigene Darstellung

Unterschiede zwischen den jeweiligen Studienpopulationen der eingeschlossenen Einzelstudien können vor allem in Bezug auf die verschiedenen Wohnformen im Hinblick auf eine stationäre Unterbringung vs. Wohnen in der eigenen Häuslichkeit festgestellt werden. So befinden sich MmD in Studien, die eher stationäre Wohnformen evaluieren, im Durchschnitt in schwereren Stadien der Demenz (gemessen durch unterschiedliche Tests, meist MMSE<sup>5</sup>), als MmD in Studien, die Versorgungsansätze fokussierten, die einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit unterstützen sollen. Auch sind MmD in Studien aus stationären Settings mit einem Durchschnittsalter von 82 Jahren älter als die MmD in Studien, die die Versorgung im häuslichen Setting untersuchten (78 Jahre). Im Gegensatz zu Studien im stationären Umfeld konnten naturgemäß bei nicht-institutionellen Versorgungsansätzen Studien eingeschlossen werden, die auch Effekte auf informell Pflegende miteinbeziehen (Zwingmann et al. 2018; Possin et al. 2019; Torkamani et al. 2014). Aussagen über informell Pflegende basieren demnach auf insgesamt 1.157 Personen, die etwa 62 Jahre alt und zu 71 Prozent weiblich sind. In zwei Übersichtsarbeiten wurden darüber hinaus ebenfalls Effekte in Bezug auf informell Pflegende berücksichtigt (Gettel et al. 2021; Ausserhofer et al. 2016). Eine Studie untersuchte außerdem die Auswirkung eines DCM-Programms auf 16 Koordinatorinnen und Koordinatoren (Nowaskie et al. 2020). Professionell Pflegende werden ausschließlich von einer gefundenen Studie explizit berücksichtigt (Lauriks et al. 2020). Das Forschungsteam schloss 25 professionell Pflegende (96 Prozent weiblich) in ihre Analyse ein. Außerdem werden in zwei Übersichtsarbeiten (Ausserhofer et al. 2016; Stiefler et al. 2020) Outcomes zu professionell Pflegenden berichtet (vgl. Tabelle 4).

<sup>5</sup> Mini-Mental State Examination zur Erfassung kognitiver Störungen

Tabelle 4: Zahl der Pflegenden (Professionell Pflegende/Informell Pflegende/Demenzkoordinatorinnen und Demenzkoordinatoren)

	<b>professionell Pflegende</b>	<b>Anteil weiblich</b>	<b>Durchschnittsalter</b>
Lauriks et al.	25	96,50 %	41
	<b>informell Pflegende</b>	<b>Anteil weiblich</b>	<b>Durchschnittsalter</b>
Zwingmann et al.	317	72 %	64
Possin et al.	780	70,90 %	64,7
Torkamani et al.	60	k.a.	61
	<b>Demenzkoordinatorinnen und Demenzkoordinatoren</b>	<b>Anteil weiblich</b>	<b>Durchschnittsalter</b>
Nowaskie et al.	16	81,30 %	43,1

Quelle: Eigene Darstellung

#### 4.3.1 Studiendesigns

Um Aussagen über die Belastbarkeit und Effektivität des gesamten hier vorgestellten Untersuchungskollektivs zu treffen, ist es zudem notwendig die genutzten Studiendesigns und die Studienqualität in der Analyse zu berücksichtigen.

##### *Interventionsstudien/systematische Übersichtsarbeiten*

Die Studiendesigns der eingeschlossenen Publikationen sind insgesamt sehr heterogen. Von den eingeschlossenen Interventionsstudien bzw. systematischen Übersichtsarbeiten über Interventionsstudien (vgl. 4.1) werden in vier Studien Versorgungsansätze im Hinblick auf „homelike“ Umgebungen in stationären Pflegeeinrichtungen (Kok et al. 2020; Kok et al. 2016; Adlbrecht et al. 2021a; Anderiesen et al. 2014) untersucht. Die beiden Forschungsteams um Kok (2016; 2020) verglichen in demselben Projekt jeweils im Rahmen einer nicht-randomisierten, aber kontrollierten Studie unterschiedliche Outcomes von MmD in regulären SCUs und kleinen, „homelike“ SCUs im zeitlichen Verlauf (Baseline, Post-Umzug, Follow-Up nach 6 Monaten). Kok et al. (2016) untersuchten bestimmte kognitive Funktionen der MmD vor dem Umzug in eine kleinere, „homelike“ SCU, direkt nach dem Umzug und nach sechs Monaten. Kok et al. (2020) verglichen die Veränderung der Nutzung von Psychopharmaka im gleichen Zeitraum mit Probanden, die nicht in die kleineren „homelike“ SCU gewechselt waren. In dem systematischen Literaturreview von Adlbrecht et al. (2021a) lag der Fokus auf der Untersuchung sozialer Interaktionen von MmD in SCUs verglichen mit Versorgungsansätzen ohne Spezialisierung auf MmD und untereinander. Für den vorliegenden Forschungsgegenstand waren in dem Zusammenhang analysierte Studien zu kleineren, „homelike“ Modellen sowie GCFs relevant. Auch Anderiesen et al. (2014) evaluierten SCUs in verschiedenen Formen im Rahmen eines systematischen Literaturreviews. Zielgebend ist hier die Untersuchung von Auswirkungen von Umweltreizen auf die körperliche Aktivität von MmD in Pflegeheimen (z. B. Licht, „homelike Environment“, kleinere SCUs).

In Verbindung mit dem DCM konnten fünf Interventionsstudien berücksichtigt werden (Michalowsky et al. 2019b; Thyrian et al. 2017; Zwingmann et al. 2018; Possin et al. 2019; Köhler et al. 2014). Die Studien von Michalowsky et al. (2019b), Thyrian et al. (2017) und Zwingmann et al. (2018) sind im Kontext der groß angelegten DelpHi Studie zu verorten und jeweils im Rahmen einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie umgesetzt. Michalowsky et al. (2019b) stellten Forschungen zur Kosten-Effektivität des DCM-Ansatzes im Vergleich zur traditionellen Versorgung an und berücksichtigten außerdem die Unterschiede der Kosten-Effektivität des DCM-Ansatzes zwischen alleinlebenden MmD und nicht-alleinlebenden MmD. Innerhalb desselben Kollektivs untersuchten Thyrian et al. (2017) die

Effektivität von DCM auf patienten- und pflegepersonalorientierte Outcomes im Vergleich zur traditionellen Versorgung. Zwingmann et al. (2018) legten den Fokus auf die Wirkung von DCM auf die Belastung der informell Pflegenden und die Unterscheidung zwischen objektiver und subjektiver Belastung. Ein anderes DCM-Programm (Care Ecosystem, telefon- und internetbasiertes Demenzpflegesystem) untersuchten Possin et al. (2019) auf die Wirksamkeit für MmD, informell Pflegende und Kostenträger im Vergleich zur traditionellen Versorgung. Hier wurden im Rahmen einer pragmatischen randomisierten kontrollierten Studie Outcomes, wie z. B. die Lebensqualität von MmD und ihren informell Pflegenden oder Einweisungen in Notaufnahmen von MmD gemessen.

Köhler et al. (2014) evaluierten den Ansatz des Demenz-Netzwerks im Rahmen einer kontrollierten Interventionsstudie im Hinblick auf Diagnosestellung, Behandlungsbedarf, Medikation, Lebensqualität und die Belastung von informell Pflegenden. Vergleichsgruppe sind MmD und ihre Pflegepersonen im Rahmen der traditionellen Behandlung.

Zwei randomisierte kontrollierte Pilotstudien evaluierten AAL-Technologien zum einen in der eigenen Häuslichkeit (Torkamani et al. 2014) und zum anderen in einem institutionellen Wohnsetting (Lauriks et al. 2020). Torkamani et al. (2014) untersuchten die Anwendung einer telemedizinischen Informations- und Unterstützungs-Plattform für MmD und ihre Pflegepersonen zur Reduzierung der Belastung und des Stresses der Pflegepersonen und zur Steigerung der Lebensqualität im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Zugriff auf die Plattform (Care-as-Usual). Im stationären Setting wurden von Lauriks et al. (2020) die Wirkung von assistiven Technologien auf die Lebensqualität, das Sturzrisiko und die Pflegebedürftigkeit von MmD, sowie die Arbeitszufriedenheit, -belastung und den Workload von Pflegekräften getestet. Die assistiven Technologien wurden in einer SCU innerhalb einer Pflegeeinrichtung installiert. Vergleichsgruppe sind Bewohnerinnen und Bewohner und Pflegekräfte einer SCU ohne diese Technologien.

### *Beobachtungsstudien*

Wissenschaftliche Studien, die selbst keinem experimentellen Design folgen oder solche Studien nicht im Rahmen eines systematischen Literaturreviews evaluiert haben, wurden unter dem Titel Beobachtungsstudien eingeordnet. Auch Scoping Reviews, die über den aktuellen Stand der Forschung berichten, wurden dazugezählt, sofern sie über die Wirksamkeit der untersuchten Versorgungsansätze berichten. Scoping Reviews, die über bisher noch nicht umfassend bewertete Versorgungsansätze berichten, wurden dagegen narrativ ausgewertet. Von den fünf berücksichtigten Beobachtungsstudien erfassten zwei Forschungsteams die Unterschiede zwischen „homelike“ SCUs und traditionellen Pflegeeinrichtungen (Adlbrecht et al. 2021b; Ausserhofer et al. 2016). Adlbrecht et al. (2021b) verglichen das Ausüben von zielgerichteten Aktivitäten und die soziale Interaktion von MmD in SCUs mit einem spezifischen Versorgungskonzept (u. a. „homelike“) mit MmD in einer Pflegeeinrichtung ohne spezielles Versorgungskonzept für MmD. Dazu stellte das Forschungsteam eine vergleichende Querschnitterhebung in je zwei SCUs und Pflegeeinrichtungen an, die von qualitativen Beobachtungen der Forschenden in den Einrichtungen flankiert wurde. Demgegenüber verfolgten Ausserhofer et al. (2016) das Ziel, im Rahmen eines Scoping Reviews „homelike“ Pflegemodelle für Menschen mit und ohne Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen zu identifizieren und die Evidenz über die Wirkung der Pflegemodelle im Hinblick auf bewohnenden-, familien- und personalbezogene Ergebnisse zu berichten.

Jeweils eine Beobachtungsstudie konnte zu den Ansätzen GCFs (de Boer et al. 2017), Demenz-Wohngemeinschaften (Meyer et al. 2015) und AAL (Gettel et al. 2021) eingeschlossen werden. Zur Untersuchung der Effektivität von 24h-GCFs im Vergleich zur traditionellen Versorgung in Pflegeeinrichtungen (reguläre kleine „homelike“ SCUs<sup>6</sup> und traditionelle stationäre Pflegeeinrichtungen) wurde ein Querschnittsdesign angewendet. Berücksichtigt wurden Outcomes im Hinblick auf die Qualität der Pflege und Faktoren in Verbindung mit der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Datenerhebung fand dem Forschungsgegenstand entsprechend in drei Untersuchungsgruppen (GCF, kleine SCUs, traditionelle Pflegeeinrichtungen) statt (de Boer et al. 2017). Im Kontext der Demenz-Wohngemeinschaften erhob ein Forschungsteam Daten bezüglich des Ernährungszustandes von in den Wohngemeinschaften lebenden MmD im Verlauf eines Jahres (Meyer et al. 2015). Gettel et al. (2021) verfassten ein Scoping Review zur Untersuchung der Gebiete Demenzversorgung in der eigenen Häuslichkeit, Sturzerkennung und AAL in Bezug auf Fortschritte, Usability und Wissenslücken. Dazu wurden Interventions-, Beobachtungs- und Pilot-Studien ab 2015 qualitativ untersucht.

### *Beschreibende Studien*

Eingeschlossen wurden ebenfalls Studien, in denen einfache Survey-Erhebungen ohne direkte Vergleichsgruppe durchgeführt wurden oder Literaturreviews, die keiner systematischen Methodik folgen. Das betrifft zwei Studien aus dem Themenbereich DCM (Jennings et al. 2019; Nowaskie et al. 2020). Jennings et al. (2019) untersuchten ein DCM-Programm für MmD am Lebensende durch eine retrospektive Betrachtung einer bereits verstorbenen Kohorte. Outcome-Domänen sind vor allem Krankenhausaufenthalte, Einhaltung der Präferenzen der MmD während des Managementprozesses und medizinische Eingriffe. Nowaskie et al. (2020) führten eine quantitative Befragung und Analyse von Fallberichten zur Untersuchung der Arbeitszufriedenheit von Demenz-Pflegekoordinatorinnen bzw. -koordinatoren durch. Drei weitere eingeschlossene Studien befassten sich mit kleinen „homelike“ SCUs (Kok et al. 2013), Demenz-Wohngemeinschaften (Bortnick 2017) und demenzfreundlichen Umgebungen (Darlington et al. 2020). Zielgebend in dem Literaturreview von Kok et al. (2013) war die Beschreibung der Evidenz zu SCUs (reguläre und kleine „homelike“) und nicht-SCUs in Bezug auf Verhalten, Kognition, funktionalen Status und Lebensqualität von MmD. Ebenfalls mittels eines Literaturreviews sammelte Bortnick (2017) Informationen über den Einfluss des Lebens in einer Demenz-Wohngemeinschaft, z. B. kognitive Funktionen und emotionale Outcomes. Darlington et al. (2020) untersuchten im Rahmen einer Survey-Erhebung die Erfahrungen und Ansichten von MmD, die in einer demenzfreundlichen kommunalen Umgebung leben. Dazu wurden sechs anerkannte Standorte in Großbritannien ausgewählt.

Die Verteilung der Studiendesigns über die verschiedenen Versorgungsansätze kann in folgender Abbildung nachvollzogen werden:

---

<sup>6</sup> Outcomes dieser Studie in Verbindung mit „homelike“ SCUs im Vergleich zur traditionellen Versorgung in Pflegeeinrichtungen wurden ebenfalls in die Bewertung mitaufgenommen.

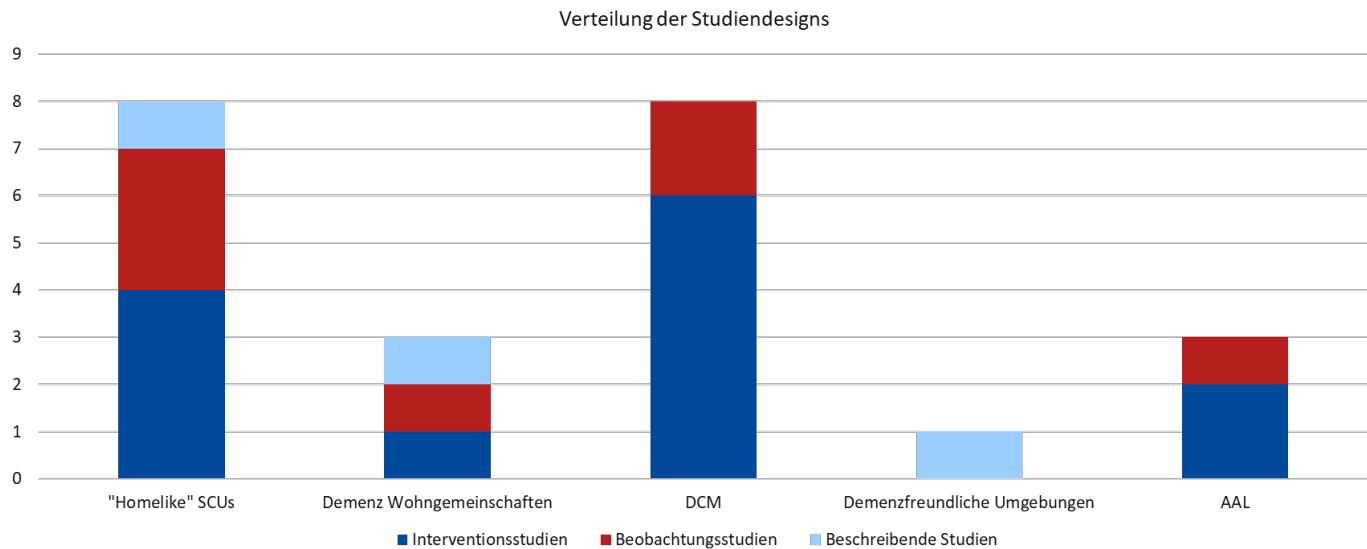


Abbildung 4: Verteilung der Studiendesigns

Quelle: Eigene Darstellung

Genauere Informationen zu den Studiendesigns der einzelnen Studien sind im Anhang zu finden (vgl. Anhang 10.3).

#### 4.3.2 Studienqualität

Nach Durchführung der verkürzten Qualitätsbewertung bedingt durch das Format des Rapid Reviews wird bei der Hälfte der Interventions- und Beobachtungsstudien ein hohes Risiko der Verzerrung ausgeschlossen (de Boer et al. 2017; Michalowsky et al. 2019b; Thyrian et al. 2017; Zwingmann et al. 2018; Adlbrecht et al. 2021b; Possin et al. 2019). Bei den anderen sechs Studien wird ein moderates Risiko der Verzerrung eingeschätzt. Begründet ist dies durch nicht ausschließbare Risiken in Bezug auf z. B. Confounding (Köhler et al. 2014; Lauriks et al. 2020), fehlende Outcome-Daten (Kok et al. 2016; Kok et al. 2020; Torkamani et al. 2014) oder Selektionsbias (Meyer et al. 2015; Kok et al. 2020; Kok et al. 2016). Des Weiteren kann bei einem Großteil aller Interventions- und Beobachtungsstudien eine Verzerrung durch das Wissen über die Intervention und den Forschungsgegenstand nicht ausgeschlossen werden.

Bei der Bewertung der systematischen Übersichtsarbeiten weisen drei Studien ein moderates Risiko der Verzerrung auf. Ursächlich ist der Umstand, dass in diesen Literaturreviews bedingt durch das Forschungsdesign keine Untersuchung des Verzerrungsrisikos der gefundenen Studien unternommen wurde (Ausserhofer et al. 2016; Stiefler et al. 2020; Gettel et al. 2021). Bei den anderen beiden Studien wird das Verzerrungsrisiko als niedrig eingeschätzt (Adlbrecht et al. 2021a; Anderiesen et al. 2014).

Beschreibende Studien werden dem in Kapitel 3.5 vorgestellten methodischen Vorgehen zufolge mit einem schwerwiegenden bis kritischen Risiko der Verzerrung versehen (Bortnick 2017; Jennings et al. 2019; Kok et al. 2013; Darlington et al. 2020; Nowaskie et al. 2020).



### 4.3.3 Effektivität der Versorgungsansätze

Im Hinblick auf die Effektivität der Versorgungsansätze ist anzumerken, dass aufgrund der unterschiedlichen Studiendesigns der einbezogenen Studien (Interventions-/Beobachtungs-/Beschreibende Studien) kein Vergleich von Effektstärken vorgenommen wurde. Dementsprechend können keine Aussagen zur Stärke von Zusammenhängen (Effekten) getroffen werden. Berichtet werden an der Stelle einzig die Richtungen der Effekte (positiv/neutral bzw. heterogen/negativ) aus den untersuchten Studien. Eine grafische Übersicht der ausgewerteten Ergebnisse ist in Abbildung 5 zu finden.

#### ***Spezielle Wohneinheiten für MmD in Pflegeeinrichtungen (SCUs) mit einer wohnlichen („homelike“) Gestaltung***

Outcomes in Bezug auf MmD: Insgesamt berichten fünf Studien von positiven Effekten für MmD bedingt durch das Leben in kleineren „homelike“ SCUs. Ausserhofer et al. (2016) analysierten, dass MmD in demenzspezifischen „homelike“ Einrichtungen in Bezug auf physische Funktionen profitieren. Ähnliche Ergebnisse fanden auch Adlbrecht et al. (2021b), die im Vergleich zur Kontrollgruppe eine höhere Chance für Aktivitäten und soziale Interaktionen am Nachmittag ermitteln konnten. Eindeutige Tendenzen in Richtung einer positiven Wirkung in Verbindung mit den Outcomes Lebensqualität (de Boer et al. 2017), kognitive Funktionen (Kok et al. 2016) und dem Aktivitätslevel (Anderiesen et al. 2014) wurden ebenfalls festgestellt.

Keine Unterschiede oder heterogene Ergebnisse werden insgesamt von zwei Interventionsstudien und einer beschreibenden Studie dargestellt: Bei Psychopharmaka-Dosierungen (Kok et al. 2020) und sozialen Interaktionen (Adlbrecht et al. 2021a) werden im Vergleich zur Kontrollgruppe keine Unterschiede in Bezug auf die untersuchten Outcome-Parameter und damit als neutral einzuordnende Ergebnisse berichtet. Kok et al. (2013) haben zwar in ihrem Literaturreview Hinweise auf positive Effekte einer kleinen SCU ermittelt, kommen aber zu dem Schluss, dass die Studienlage nicht ausreichend ist, um in diese Richtung eine Tendenz zu formulieren. Dementsprechend verweisen die Autorinnen und Autoren darauf, dass sie zum Zeitpunkt ihrer Recherche keine Unterschiede zwischen kleineren SCUs und regulären SCUs feststellen konnten. Aus diesem Grund werden diese Erkenntnisse als heterogen eingestuft.

Outcomes in Bezug auf informell Pflegende/professionell Pflegende: Lediglich eine Beobachtungsstudie untersuchte Tendenzen bzgl. informell Pflegenden von MmD (Ausserhofer et al. 2016). Die Autorinnen und Autoren berichten von heterogenen Ergebnissen in den von ihnen untersuchten Studien. Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Pflege seitens der informell Pflegenden oder der Belastung bzw. des Stresslevels der professionell Pflegenden im Vergleich zur Versorgung in traditionellen stationären Einrichtungen werden nicht herausgestellt.

#### ***Wohngemeinschaften für MmD***

Outcomes in Bezug auf MmD: Jeweils in einer Interventions-, Beobachtungs- und beschreibenden Studie werden positive Tendenzen für MmD bedingt durch das Leben in Wohngemeinschaften beschrieben. Betreffende Outcomes sind kognitive Funktionen, soziales Verhalten, die Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens umzusetzen, die sinnvolle Nutzung von Zeitressourcen, eine Balance zwischen positiven Emotionen und negativen emotionalen Outcomes sowie die Lebensqualität (Bortnick 2017; Stiefler et al. 2020). Außerdem wurde die Prävalenz für Mangelernährung bei in Wohngemeinschaften lebenden MmD untersucht (Meyer et al. 2015).

Outcomes in Bezug auf professionell Pflegende: Die Auswirkungen auf professionell Pflegende werden lediglich von Stiefler et al. (2020) aufgegriffen. Auch muss erwähnt werden, dass diese Tendenzen sekundäre Outcomes der Studie darstellen. Dennoch berichten die Autorinnen von Hinweisen auf positive Effekte für professionell Pflegende (geringeres Belastungserleben, höhere Arbeitszufriedenheit etc.) (Stiefler et al. 2020).

### ***Dementia Care Management***

Outcomes in Bezug auf MmD: Drei Interventionsstudien und eine beschreibende Studie stellen positive Ergebnisse für MmD bedingt durch ein DCM-Programm dar. Die Interventionsstudien berichten von positiven Effekten auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Inanspruchnahme von Ressourcen des Gesundheitswesens (z. B. Krankenhausaufenthalte) (Michalowsky et al. 2019b; Possin et al. 2019) sowie auf verhaltensbezogene und psychologische Demenzsymptome und Lebensqualität, sofern MmD nicht allein wohnen (Thyrian et al. 2017). In der beschreibenden Studie zeigen Jennings et al. (2019) ebenfalls positive Tendenzen in Verbindung mit einem DCM-Programm auf, das die Betreuung und Pflege am Lebensende fokussiert. Diese begründen sich durch die zu einem Großteil erfüllten Präferenzen seitens der MmD nach einer weniger aggressiven Behandlung bedingt durch weniger medizinische Eingriffe und akutstationäre Aufenthalte. Konträr zur traditionellen Versorgung verstarb die Mehrheit der DCM-Patientinnen und DCM-Patienten außerdem in der eigenen Häuslichkeit und nicht im Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung. Dieser Umstand ist als positiv im Hinblick auf die Präferenz zu bewerten, stationäre Aufenthalte möglichst zu vermeiden (Jennings et al. 2019).

Thyrian et al. (2017) ermittelten keine Unterschiede zur Kontrollgruppe in Bezug auf die Outcomes Lebensqualität und Einnahme von potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM). Auch in der Analyse des Demenz-Netzwerks von Köhler et al. (2014) werden keine relevanten Unterschiede bei Wirkungen in Bezug auf die Autonomie und die gesundheitsbezogene Lebensqualität festgestellt.

Outcomes in Bezug auf professionell Pflegende: Eine eingeschlossene Studie berücksichtigt explizit die Effekte auf die professionell Pflegenden im untersuchten DCM-Programm (Nowaskie et al. 2020). Die Ergebnisse sind als heterogen zu betrachten, da die teilnehmenden Probanden zwar von einer hohen Arbeitszufriedenheit berichten, demgegenüber die Vergütung<sup>7</sup> aber als schlecht einschätzen. Auch die Teamarbeit wird nicht eindeutig positiv oder negativ bewertet.

Outcomes in Bezug auf informell Pflegende: Drei Interventionsstudien haben positive Effekte des DCM-Programms auf die Belastung (objektiv/subjektiv) von informell Pflegenden ermittelt (Thyrian et al. 2017; Zwingmann et al. 2018; Possin et al. 2019). Possin et al. (2019) berechneten außerdem die Zahl der notwendigen Behandlungen (Numbers Needed to Treat: NNT) bzw. Teilnahmen am DCM-Programm, um eine mittelschwere bis schwere Depression bei Pflegenden zu lindern. Statistisch gesehen wird demnach bei zwölf informell Pflegenden in der traditionellen Versorgung eine milde bis schwere Depression im Untersuchungszeitraum diagnostiziert. Bei den informell Pflegenden mit Unterstützung durch das DCM kommt das demgegenüber nur einmal vor. Ferner liegt die Empfehlungsrate der informell Pflegenden für das DCM-Programm bei 97 Prozent.

---

<sup>7</sup> Die Vergütung bezieht sich auf die Tätigkeit als Pflegekoordinatorin/-koordinator in diesem Programm. Die Befragten waren eigens zu diesem Zweck angestellt.

Dagegen berichten Köhler et al. (2014) im Hinblick auf die Belastung von informell Pflegenden keine Unterschiede im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Kosteneffektivität: Im Vergleich zur traditionellen Versorgung von MmD erreichen die untersuchten DCM-Programme von Michalowsky et al. (2019b) und Possin et al. (2019) positive Ergebnisse. Das von Michalowsky et al. (2019b) untersuchte DCM ist nach 24 Monaten mit einer höheren Anzahl an QALYs und geringeren Kosten (24.046 Euro (Versorgung mit DCM) vs. 24.615 Euro (Versorgung ohne DCM)) verbunden. Zwar werden höhere Kosten für Medikamente bei DCM-Teilnehmerinnen und DCM-Teilnehmer ermittelt, demgegenüber stehen jedoch geringere Kosten in allen anderen Bereichen (vor allem bei Krankenhauseinweisungen und ambulanten Pflegeleistungen). Die Institutionalisierung der MmD aus der Interventionsgruppe erfolgte sieben Monate später als von den Vergleichsprobanden (Michalowsky et al. 2019b). Auch Possin et al. (2019) nehmen eine Reduktion der Kosten pro MmD durch die Verhinderung der häufigen Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gesundheitswesens durch das DCM an (Possin et al. 2019).

### ***Demenzfreundliche Umgebungen***

Outcomes in Bezug auf MmD: In Verbindung mit dem Leben in einer demenzfreundlichen Umgebung zeigen sich in einer beschreibenden Studie ebenfalls positive Effekte (Darlington et al. 2020). So nehmen die seitens der Autorinnen und Autoren befragten MmD vermehrt an lokalen Aktivitäten teil und fühlen sich verstanden und wertgeschätzt.

### ***Ambient Assisted Living-Technologien***

Outcomes in Bezug auf MmD: Eine Interventionsstudie ermittelte positive Effekte in Verbindung mit assistiven Technologien für MmD (Lauriks et al. 2020). Dies betrifft eine höhere Lebensqualität von MmD in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe, weniger soziale Isolation und die MmD hatten „mehr Dinge zu tun“ bzw. unternahmen für sie sinnvollere oder bedeutungsvollere Aktivitäten. Begründet ist dies dadurch, dass die Pflegeeinrichtung den MmD einen größeren Bereich zur freien Bewegung ermöglichte und die Bewohnerinnen und Bewohner im Gegensatz zur Kontrollgruppe ohne assistive Technologien auch andere Einheiten der Pflegeeinrichtung besuchen konnten (Lauriks et al., S. 247). Außerdem wurde eine Wirkung auf die Reduktion von Sturzvorfällen während nächtlicher Toilettengänge festgestellt (ebd.). Die Beobachtungsstudie von Gettel et al. (2021) berichtet in diesem Kontext ebenfalls positive Tendenzen in Verbindung mit verbesserten kognitiven und psychosozialen Funktionen für MmD (Gettel et al. 2021).

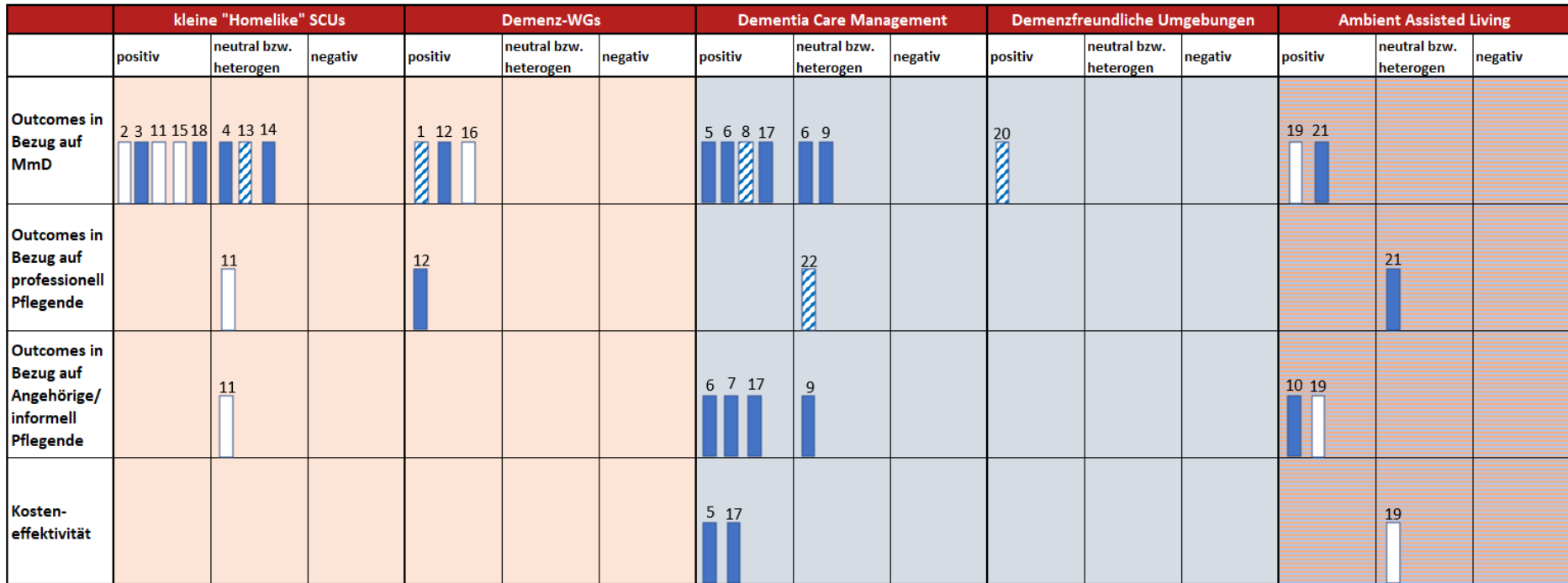
Outcomes in Bezug auf professionell Pflegende: Auf Seiten der professionell Pflegenden können durch assistive Technologien im Rahmen der Studie von Lauriks et al. (2020) keine Unterschiede bei der Arbeitszufriedenheit, Arbeitsbelastung und dem allgemeinen Gesundheitszustand der professionell Pflegenden im Vergleich zur traditionellen Versorgung gemessen und beschrieben werden.

Outcomes in Bezug auf informell Pflegende: Die Einordnung der Effektivität von AAL-Technologien für informell Pflegende erfolgte anhand einer Interventionsstudie (Torkamani et al. 2014) und einer Beobachtungsstudie (Gettel et al. 2021). Beide Studien berichten positive Effekte für informell Pflegende. Der positive Einfluss betrifft die Lebensqualität, Belastungen und Distress (Torkamani et al. 2014) sowie ein Gefühl der Sicherheit aus Sicht der informell Pflegenden (Gettel et al. 2021).

Kosteneffektivität: Die Kosteneffektivität von AAL-Technologien wird in einer Beobachtungsstudie eingeschätzt. Auf der einen Seite können die Autorinnen und Autoren Belege dafür darlegen, dass die Nutzung von AAL-Technologien den Bedarf an anderen medizinischen Leistungen ausgleicht, d.h. dass an anderen Stellen Kosten eingespart werden können. Auf der anderen Seite wird jedoch auch von hohen Anschaffungskosten und einem hohen Bedarf an Einarbeitung für die MmD berichtet (Gettel et al. 2021, S. 4 – 5). Dementsprechend ist an dieser Stelle keine eindeutige positive oder negative Tendenz festzumachen und die Ergebnisse sind als heterogen einzustufen.

Nachfolgend können die beschriebenen Ergebnisse grafisch in Form von Harvest Plots nachvollzogen werden (Abbildung 5). Wie in Kapitel 3.7 beschrieben, werden die unterschiedlichen Studien im Hinblick auf die Richtung der berichteten Wirkung (positiv/neutral bzw. heterogen/negativ) auf die Outcomes für MmD, informell und professionell Pflegende sowie die Kosten dargestellt. Mittels unterschiedlicher Farbgebung werden außerdem die unterschiedlichen Studiendesigns berücksichtigt: Für Interventionsstudien oder systematische Literaturreviews (z. B. (R)CTs, syst. Reviews) wird ein blauer Balken verwendet. Bei Beobachtungsstudien, wie bspw. Scoping Reviews oder Querschnittsstudien wird ein weißer Balken mit blauer Umrandung genutzt. Studien, die eine geringere Belastbarkeit aufweisen, wie Literaturreviews ohne systematisches Vorgehen oder deskriptive Studien werden durch Balken mit einem blau-weiß gestreiften Muster dargestellt. Die unterschiedlichen Versorgungssettings sind durch die Hinterlegung der Tabellenspalten in Hellrot (= segregatives Setting) und in Hellblau (= integratives Setting) gekennzeichnet. Die Einordnung basiert auf der zu Beginn getroffenen Kategorisierung. AAL-Technologien sind an dieser Stelle auf Grund ihrer Kategorisierung als unterstützende Anwendungen sowohl in segregativen als auch integrativen Settings zweifarbig hinterlegt.

Visualisierung der quantitativen Auswertung mittels Harvest Plots



Nr.	Autor	Nr.	Autor	Nr.	Autor	Nr.	Autor	Nr.	Autor
1	Bortnick, K	6	Thyrian, J et al.	11	Ausserhofer, D et al.	16	Meyer, S et al..	21	Lauriks, S et al.
2	de Boer, B et al.	7	Zwingmann, I et al.	12	Stiefler, S et al.	17	Possin, K et al.	22	Nowaskie, D et al.
3	Kok, J et al. (2016)	8	Jennings, L.A. et al.	13	Kok, J et al. (2013)	18	Anderiesen H et al.		
4	Kok, J et al. (2020)	9	Köhler, L et al.	14	Adlbrecht, L et al. (2021a)	19	Gettel CJ et al.		
5	Michalowsky, B et al.	10	Torkamani, M et al.	15	Adlbrecht, L et al. (2021b)	20	Darlington, N et al.		

Interventionsstudie/systematische Übersicht (z.B. (R)CT, syst. Reviews) (Goldstandard)	Beobachtungsstudien (z.B. Querschnittsstudien, Scoping Reviews)	Beschreibende Studien (Literaturübersichten, ohne systematische Methodik, Erhebungen ohne Vergleich)
--	---	--

Abbildung 5: Harvest Plots zur Effektivität der untersuchten Versorgungsansätze

Quelle: Eigene Darstellung

## 4.4 Narrative Datensynthese

### 4.4.1 Demenzfreundliche Umgebungen

Im Rahmen der Datenbankrecherche wurden zwei Titel identifiziert, die demenzfreundliche Umgebungen thematisieren. Dabei handelt es sich um zum einen um ein Literaturreview in Form eines integrativen Reviews (Shannon et al. 2019) und zum anderen um eine Theoriearbeit, die keiner systematischen Methodik folgt, sondern vielmehr verschiedene Literatur zum Thema zusammenträgt und einordnet (Lin 2017).

Wie im einleitenden Abschnitt zu demenzfreundlichen Umgebungen bereits erläutert, liegt gegenwärtig keine einheitliche und allgemeingültige Definition zu diesem Versorgungsansatz im weiteren Sinne vor. Dennoch werden in der Literatur eine Reihe von Charakteristika des Versorgungsansatzes beschrieben. Zentral ist dabei, dass MmD selbstbestimmt und bei Bedarf mit Unterstützung von Mitgliedern der lokalen Gemeinschaft am alltäglichen Leben in ihrer Umgebung teilhaben und sich dabei wertgeschätzt und sicher fühlen können. Dabei erstreckt sich die Unterstützung auch auf die informell Pflegenden von MmD (Shannon et al. 2019, S. 2040). Die (pflegerische) Versorgung von MmD erfolgt – so lange wie möglich und ggf. mit Unterstützung der lokalen Gemeinschaft – in der eigenen Häuslichkeit.

Dabei wird die Zugänglichkeit zu ihrer Umgebung für MmD und die Unterstützung dieser Menschen als Notwendigkeit angesehen und in politischen Entscheidungsprozessen berücksichtigt. Grundlage für die Unterstützung von MmD ist das Wissen um und ein Verständnis für die besonderen Bedürfnisse von MmD. Hierdurch soll ebenso die Stigmatisierung von MmD verringert und zur Normalisierung von Demenz beigetragen werden. Konkret kann die Aufklärung über Demenz sowohl über analoge Medien, wie Artikel in der lokalen Presse, als auch durch digitale Medien, wie eine Internetseite, umgesetzt werden (Shannon et al. 2019, S. 2041). Durch das alltägliche Zusammenleben von MmD und Menschen ohne demenzielle Erkrankung soll bei Letzteren das Verständnis gestärkt werden, dass ein „gutes“ Leben auch mit einer Demenzdiagnose möglich ist (Shannon et al. 2019, S. 2038).

Ein konkretes Merkmal von demenzfreundlichen Umgebungen besteht darin, dass (Außen-)Bereiche des öffentlichen Raums so gestaltet werden, dass MmD einen einfachen Zugang haben und sich an diesen Orten mühelos zurechtfinden können. Weiterhin sollen alle Personen in der demenzfreundlichen Umgebung, die aufgrund ihrer Position Kontakt zu Menschen haben (bspw. Kundenkontakt), im Umgang mit MmD geschult werden (Shannon et al. 2019, S. 2038). Diese Sensibilisierung im Umgang mit MmD gilt dabei umso mehr für Versorgungseinrichtungen, die im Hinblick auf die Gestaltung der Arbeitsabläufe nicht auf die Betreuung von MmD ausgerichtet sind (wie z.B. Akutkrankenhäuser) (Lin 2017, S. 5). Grundsätzlich profitieren nicht nur MmD von diesen Charakteristika demenzfreundlicher Umgebungen, sondern alle (älteren) Menschen mit Kommunikations- und Verständnisschwierigkeiten (Shannon et al. 2019, S. 2038).

Bezüglich der gesundheitlichen Versorgung von MmD in demenzfreundlichen Umgebungen wird in der aktuellen Forschungsliteratur diskutiert, ob die Versorgung vor allem von standardisierten Verfahren profitiert oder ob die individuellen Bedürfnisse des einzelnen MmD maßgeblich sein sollten. Als sinnvoll zu standardisierende Aspekte bzw. Prozesse werden dabei unter anderem Diagnoseverfahren, der Zugang zu Informationen und die Einweisung/Rückführung ins Krankenhaus oder Pflegeeinrichtungen angesehen. Neben einer Gesundheitsversorgung, die gleichermaßen auf einheitlichen Standards beruht und individuelle Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten beachten sollte, sind nicht zuletzt

auch psychosoziale Aspekte – bspw. in der Interaktion zwischen MmD und professionell Pflegenden – zu berücksichtigen (Lin 2017, S. 5).

Die Literatur zeigt eine Reihe von Hinweisen auf, mithilfe welcher konkreten Schritte demenzfreundliche Umgebungen aufgebaut werden können. Zudem sind einige Modelle entstanden, welche die Eckpunkte zum Aufbau demenzfreundlicher Umgebungen definieren. Als zentrale Voraussetzung zur Entwicklung demenzfreundlicher Umgebungen gilt die Partizipation von MmD. So können deren Prioritäten von Beginn an berücksichtigt werden sowie im Zuge des Partizipationsprozesses die Akzeptanz von MmD in der Gemeinschaft erhöht und soziale Netzwerke zwischen MmD und Menschen ohne demenzielle Erkrankung aufgebaut werden (Shannon et al. 2019, S. 2041). Grundlegend für den erfolgreichen Aufbau demenzfreundlicher Umgebungen ist weiterhin die Sicherstellung der Finanzierung und der Erhalt von Sachspenden; hier stellt die Kommunalverwaltung eine wichtige Quelle dar (Shannon et al. 2019, S. 2041). Basierend auf diesen beiden Grundvoraussetzungen empfiehlt es sich, eine übergeordneten Steuerungsgruppe aus Mitgliedern der Gemeinschaft und Personen, die in Einrichtungen und bei Dienstleistern der täglichen Versorgung tätig sind, zu initiieren. Darüber hinaus können lokale Steuerungsgruppen sinnvoll sein, die untereinander vernetzt sind. Idealerweise wird begleitend eine Koordinatorin oder ein Koordinator eingestellt, die oder der die Steuerungsgruppen zusammenbringt und Einrichtungen und Dienstleister auf dem Weg zur Demenzfreundlichkeit begleitet (Shannon et al. 2019, S. 2041). Eine Vernetzung ist nicht zuletzt auch zwischen MmD untereinander sowie mit Freundinnen und Freunden und informell Pflegenden sinnvoll; hier liefert die Literatur Hinweise auf das Potenzial von sozialen Medien und Netzwerken. Im alltäglichen Leben können technische Möglichkeiten wie bargeldloses Zahlen oder elektronische Check-Outs in Bibliotheken für MmD jedoch auch verwirrend sein (Shannon et al. 2019, S. 2040).

In der gegenwärtigen Forschungsliteratur finden sich Faktoren, die förderlich beim Aufbau von demenzfreundlichen Umgebungen wirken. So kann die eindeutige Definition von sog. Aktionsbereichen und die Verschriftlichung eines Aktionsplans, insbesondere in der Anfangsphase der Entwicklung einer demenzfreundlichen Umgebung, den Aufbau voranbringen und eine fortlaufende Orientierung bieten. Im Zuge dessen ist es empfehlenswert, lokale Einrichtungen und Dienstleister zu identifizieren, die besonders häufig von MmD aufgesucht werden, um gezielt Schulungen anbieten zu können. Auch eine erfolgreiche Vernetzung zwischen den lokalen Einrichtungen und Dienstleistern auf der einen Seite sowie den Einrichtungen und Dienstleistern mit der Kommunalverwaltung auf der anderen Seite kann einen förderlichen Faktor darstellen. Dasselbe gilt für die Vernetzung mit der Wissenschaft, da so neueste wissenschaftliche Erkenntnisse in die Entwicklung der demenzfreundlichen Umgebung einfließen können (Shannon et al. 2019, S. 2041). Da das Funktionieren einer demenzfreundlichen Umgebung maßgeblich davon abhängig ist, inwieweit es gelingt, dass MmD am gesellschaftlichen Leben partizipieren, stellen realistische Teilhabechancen für MmD an beruflicher und ehrenamtlicher Tätigkeit einen weiteren förderlichen Faktor dar. Dies gilt jedoch nur, wenn MmD am Arbeitsplatz oder beim Ehrenamt von ihren Kolleginnen und Kollegen Verständnis und Unterstützung erfahren (Shannon et al. 2019, S. 2040). Als potenziell förderlich, aber auch hinderlich wird diskutiert, wenn es sich um kleine, dörfliche Umgebungen handelt. Zwar bestehen hier oft intensivere soziale Netzwerke und ein stärkeres Gefühl der Zusammengehörigkeit. Dadurch bedingt, dass die meisten Mitglieder der Gemeinschaft sich untereinander kennen, werden jedoch – insbesondere beim sensiblen Thema Demenz – Bedenken im Hinblick auf Privatsphäre auch als hinderlicher Faktor diskutiert (Shannon et al. 2019, S. 2040). Weitere potenziell hinderliche Faktoren ergeben sich aus der physischen Umwelt, deren Gestaltung für die

Orientierung eine zentrale Rolle spielt. So sorgen bspw. komplizierte Verkehrsführungen oder uneindeutige Beschilderungen im Straßenverkehr dafür, dass MmD sich nur erschwert orientieren können (Shannon et al. 2019, S. 2041). Auch öffentliche und private Transportmöglichkeiten stellen einen wichtigen Faktor dar, der – je nach Umsetzung – förderlich oder hinderlich hinsichtlich der Integration von MmD in ihre Umgebung und somit dem Gelingen der demenzfreundlichen Umgebung wirkt. Wünschenswert ist hierbei, dass genug öffentlicher Nahverkehr vorhanden ist, Fahrpläne auch in leicht verständlicher Form vorliegen und das entsprechende Personal im Umgang mit MmD geschult ist. Probleme zeigen sich, wenn trotz fehlender öffentlicher Transportmittel keine privaten Alternativen zur Verfügung stehen oder diese kostenpflichtig sind und Mobilität demnach von finanziellen Mitteln abhängig ist. Dass die Möglichkeit von MmD, sich in ihrer Gemeinschaft zu engagieren, auch außerhalb des Bereichs Mobilität grundsätzlich von den jeweiligen finanziellen Mitteln der Betroffenen abhängig ist, deuten Ergebnisse aus der Forschung an (Shannon et al. 2019, S. 2041).

In ihrer Literaturarbeit identifizieren Shannon et al. (2019, S. 42) unter anderem eine Reihe von typischen Herausforderungen, die es auf dem Weg hin zu einer demenzfreundlichen Umgebung zu bewältigen gilt: So besteht die grundlegende Herausforderung im Aufbau demenzfreundlicher Umgebungen in der fortlaufenden Sicherstellung ausreichender finanzieller Mittel. Eine weitere Herausforderung bezieht sich auf die Einrichtungen und Dienstleister in der demenzfreundlichen Umgebung: Als zumeist privatwirtschaftliche Unternehmen müssen diese überzeugt werden, in die Förderung ihrer Demenzfreundlichkeit zu investieren und hierfür finanzielle und zeitliche Ressourcen bereitzustellen. Eine andere Herausforderung ergibt sich aus dem Anspruch, dass die zuvor beschriebenen Steuerungsgruppen während des Aufbaus der demenzfreundlichen Umgebung möglichst alle Mitglieder der Gemeinschaft repräsentieren sollten. Die Partizipation in solchen Gremien kann für MmD eine Hürde darstellen und oft nur durch Unterstützung von informell Pflegenden ermöglicht werden. Die Begleitung durch informell Pflegende geht jedoch wiederum mitunter mit der Schwierigkeit einher, dass MmD infolgedessen nicht völlig selbstbestimmt agieren, sondern ihre Begleiterinnen oder Begleiter für sie sprechen.

Neben den zuvor erläuterten Hinweisen zum Aufbau demenzfreundlicher Umgebungen, förderlichen bzw. hinderlichen Faktoren sowie zu bewältigenden Herausforderungen wurden in den letzten Jahren eine Reihe von Modellen erarbeitet, um zentrale Rahmenbedingungen und Schritte beim Aufbau demenzfreundlicher Umgebungen konzeptionell zu beschreiben. Ein solches Modell ist das „Vier-Eckpunkte-Modell“ (four cornerstones model) von Crampton et al., welches vier „Eckpunkte“ beschreibt, die beim Aufbau demenzfreundlicher Umgebungen zu beachten sind:

1. Ort (place): Hier gilt es die Frage zu klären, wie die lokale Umgebung, die Wohnsituation, die Nachbarschaft und der Verkehr MmD unterstützen können.
2. Menschen (people): Hierbei steht im Vordergrund, wie die Mitglieder der Gemeinschaft auf MmD reagieren und diese unterstützen können (sowohl Fachkräfte aus dem Gesundheits-, Sozial- und Pflegebereich und dabei insbesondere Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner als auch informelle nachbarschaftliche und familiäre Kontaktpersonen).
3. Ressourcen (resources): Zum einen gilt aus der Perspektive von Einrichtungen und Dienstleistern zu klären, ob diese für MmD geeignet sind und genug Kapazitäten vorliegen, MmD zu unterstützen. Zum anderen muss aus der Perspektive der MmD beantwortet werden, wie vorhandene Ressourcen genutzt werden können.



4. Netzwerke (networks): Dieser Eckpunkt verweist darauf, dass für eine optimale Versorgung und die Befähigung der MmD, ihre eigenen Ressourcen bestmöglich zu nutzen, alle Mitglieder der Gemeinschaft gemeinsam planen, kommunizieren und zusammenarbeiten sollten.

(Lin 2017, S. 3)

Leichte Abwandlungen dieses Modells betonen weniger den Aspekt der Unterstützung bzw. des Reagierens auf die Bedürfnisse von MmD, sondern verfolgen einen „proaktiven“ Ansatz zur aktiven Einbindung von MmD in alle Phasen des Aufbaus einer demenzfreundlichen Umgebung. Ein weiteres, in den USA im Bundesstaat Minnesota in 48 Gemeinden umgesetztes Konzept ist das „Dementia-Friendly Communities Toolkit“, welches entlang von vier Aktionsphasen (Zusammenkommen, Bewerten, Analysieren, gemeinsames Handeln) einen konkreten Handlungsleitfaden zum Aufbau demenzfreundlicher Umgebungen bietet (Lin 2017, S. 3).

Auch zur Frage, wie die Demenzfreundlichkeit von Umgebungen objektiv gemessen werden kann, wurden in den letzten Jahren konzeptionelle Überlegungen angestellt. Ein Beispiel sind die in England entwickelten sog. Umweltbewertungsinstrumente („environmental assessment tools“). Die Tools adressieren Pflegeheime, betreute Wohnanlagen sowie Krankenhäuser und Gesundheitszentren und haben sich als geeignet erwiesen, zur Verbreitung von demenzfreundlichen Gestaltungsprinzipien in den jeweiligen Settings beizutragen. Zudem legt die Forschungsliteratur für die Nutzung der Tools positive Auswirkungen auf MmD und die Arbeitsmoral der Mitarbeitenden in den jeweiligen Einrichtungen nahe (Lin 2017, S. 5). Ein weiteres Beispiel ist das aus Australien stammende „Dementia-Friendly Communities Environmental Assessment Tool“, in dessen Entwicklung explizit auch MmD und ihre informell Pflegenden einbezogen wurden (Shannon et al. 2019, S. 2041).

Neben der Messung von Demenzfreundlichkeit betreffen zwei weitere wichtige konzeptionelle Fragen die Übertragbarkeit und die Nachhaltigkeit von demenzfreundlichen Umgebungen. Erstere beruht darauf, dass die bislang skizzierten Konzepte und Modelle aus den Erfahrungen von konkreten demenzfreundlichen Umgebungen entstanden sind, sodass die Frage berechtigt ist, inwiefern konzeptionelle Elemente auf andere Länder und Orte übertragbar sind. So können laut Shannon et al. (2019, S. 2043) demenzfreundliche Umgebungen als innovativer Versorgungsansatz im weiteren Sinne lediglich dann für sich Internationalität beanspruchen, wenn diese in den verschiedensten Settings weltweit zur Anwendung gelangen können – und nicht etwa nur in entwickelten Industrienationen. Für eine Reihe von konkreten demenzfreundlichen Umgebungen deuten Forschungsergebnisse jedoch eine ausgeprägte Übertragbarkeit an: So wurde das aus England stammende „Dementia Friends programme“ in über 10 Ländern und das aus den Niederlanden stammende Modell der Alzheimer Cafés in über 15 Ländern umgesetzt (Lin 2017, S. 4).

Auch die Frage der Nachhaltigkeit von demenzfreundlichen Umgebungen wird in der Forschungsliteratur aufgegriffen. Das nachhaltige Bestehen einer demenzfreundlichen Umgebung wird häufig in den Kontext einer klar abgegrenzten Projektlaufzeit gebracht, in deren Rahmen finanzielle Mittel bereitstehen. Vor diesem Hintergrund gilt die Unsicherheit darüber, wie die Finanzierung einer demenzfreundlichen Umgebung nach Ablauf einer solchen Projektlaufzeit – in der bspw. Fördermittel zur Verfügung stehen – langfristig gesichert werden kann, als großes Hemmnis für Nachhaltigkeit (Shannon et al. 2019, S. 2042). Kontrovers wird dagegen die Bedeutung des Einbezugs von Stakeholdern diskutiert: Während zum einen Forschungsergebnisse darauf hindeuten, dass dies förderlich für die Nachhaltigkeit ist und deshalb konkrete Formen der Stakeholder-Einbindung in Aktionsplänen festgehalten wer-

den sollten (Shannon et al. 2019, S. 2041), wird von anderen Autorinnen und Autoren darauf hingewiesen, dass das Vertrauen in die Stakeholder-Einbindung zu Problemen mit Blick auf die langfristige Nachhaltigkeit führen kann (Lin 2017, S. 4).

#### **4.4.2 Ambient Assisted Living (AAL)**

Im Zuge der Datenbankrecherche wurden auch Titel im Bereich AAL identifiziert, deren Methodik keine quantitative Analyse erlaubt, sondern eine narrative Beschreibung der zentralen Inhalte erfordert. Dabei handelt es sich zum einen um ein Literaturreview in Form eines Scoping Reviews (Gettel et al. 2021) und zum anderen um eine Beobachtungsstudie (Fallstudie) (Cavallo et al. 2015).

Ähnlich wie beim Versorgungsansatz der demenzfreundlichen Umgebungen gibt es keine allgemeingültige Definition von AAL. Basierend auf der in dieses Review eingeschlossenen Literatur zu AAL im Kontext der Versorgung von MmD können diese unterstützenden Technologien innerhalb von Versorgungsansätzen verstanden werden als die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) mit dem Ziel, es MmD zu ermöglichen, möglichst unabhängig (in der eigenen Häuslichkeit) zu leben und dabei (kognitiv) aktiv zu bleiben sowie soziale Kontakte zu pflegen. Insbesondere in der häuslichen Umgebung soll die Sicherheit von MmD erhöht werden, indem das Bewegungsverhalten und gesundheitsbezogene Daten überwacht und alltägliche Tätigkeiten unterstützt werden (Gettel et al. 2021, S. 2). Weitere Ziele sind die Verbesserung der Pflege sowie die Steigerung der Lebensqualität und Unabhängigkeit von MmD und Pflegenden. Nicht zuletzt wird darauf abgezielt, durch die kognitive Aktivierung von MmD das Auftreten von Symptomen zu verlangsamen (Cavallo et al. 2015, S. 70). Konkrete Anwendungsfelder von AAL reichen von medizinischen Sensoren, über drahtlose Netzwerke bis hin zu intelligenten Haushaltsgeräten (Gettel et al. 2021, S. 2).

In den letzten Jahren wurden eine Reihe von Projekten und Studien umgesetzt, welche die Erreichung dieser Ziele und generell die Wirksamkeit der Unterstützung von MmD durch AAL im häuslichen Umfeld untersuchen (Cavallo et al. 2015, S. 70). Bisher liefert die Literatur Hinweise, dass der Einsatz von AAL kognitive und psychosoziale Funktionen von MmD verbessert, die körperliche Aktivität und wahrgenommene Lebensqualität steigert, ein Gefühl von Sicherheit vermittelt bzw. durch die Überwachung von Gesundheitsdaten auch tatsächlich gewährleistet sowie Aktivitäten des täglichen Lebens fördert (Gettel et al. 2021, S. 4–5). Grundsätzlich werden die meisten AAL-Technologien, die in den letzten Jahren im Rahmen von Studien untersucht worden sind, akzeptiert und als brauchbar eingeschätzt (Gettel et al. 2021, S. 4).

In diese Studien reiht sich die Beobachtungsstudie von Cavallo et al. (2015) ein, deren Autorinnen und Autoren im Rahmen einer Fallstudie einen AAL-Ansatz zur Unterstützung der Versorgung von MmD in der Häuslichkeit entwickelt, validiert und evaluiert haben. Dabei wird der untersuchte AAL-Ansatz durch folgende Aspekte charakterisiert:

- Die AAL-Technologien werden in Kombination mit den Pflege- und Betreuungsdiensten konzipiert.
- In der Konzeption der AAL-Technologien werden technische, ethische, rechtliche, klinische, wirtschaftliche und organisatorische Auswirkungen und Herausforderungen gleichermaßen berücksichtigt.
- Das Design der AAL-Technologien folgt einem nutzerzentrierten Ansatz. Ein multidisziplinäres Team, bestehend aus Endnutzerinnen und Endnutzern, professionell und informell Pflegenden sowie sozialmedizinischen Fachkräften begleitet den gesamten Prozess von der

Konzeption, über die Erprobung bis hin zur Bewertung mit Fokus auf Akzeptanz und Benutzendenfreundlichkeit.

- Oberste Priorität hat die Passung zu den Bedürfnissen der Endnutzerinnen und Endnutzer. Die AAL-Technologien sollen sich in die Umgebung und das Verhalten der Endnutzerinnen und Endnutzer einbetten und leicht zu tragen sein.

(Cavallo et al. 2015, S. 70)

Es nahmen 14 MmD an der Studie teil (zehn Frauen, vier Männer); davon lebten fünf allein. Die zu untersuchenden AAL-Technologien umfassen die folgenden Funktionen:

- Überwachung und Analyse von Position und Bewegung der MmD
- Überwachung der Anwesenheit in der häuslichen Umgebung; Lokalisation außerhalb des Hauses
- Kognitive Stimulation durch multimediale Anwendungen
- Erinnerung an die korrekte Einnahme von Medikamenten
- Erleichterung der Kommunikation mit Personen außerhalb der häuslichen Umgebung
- Verbesserung der Zugänglichkeit und Sicherheit der häuslichen Umgebung
- Alarmierung der professionell Pflegenden über potenziell gefährliche Ereignisse

(Cavallo et al. 2015, S. 74)

Die Evaluation bzw. Bewertung lief in zwei Schritten ab: Zunächst erfolgte nach der Entwicklung der ersten Prototypen der AAL-Technologien eine sog. vorläufige Validierung, auf die eine Weitere nach der Erprobung der AAL-Technologien in der häuslichen Umgebung folgte. In diesen Evaluationsschritt wurden vor allem die sozialmedizinischen Fachkräfte einbezogen (Cavallo et al. 2015, S. 72). Betrachtet wurden die Parameter Akzeptanz, Nutzen, Aufdringlichkeit, Orientierung an den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten, Benutzendenfreundlichkeit und Wirksamkeit (Cavallo et al. 2015, S. 73). Konkret wurden sozialmedizinische Fachkräfte mittels zwei Interviews befragt – eines vor und eines nach der Erprobungsphase. Ergänzende Fragen wurden per Fragebogen zu denselben beiden Erhebungszeitpunkten erhoben.

Nach Auswertung der Evaluationsdaten zeigt sich zunächst, dass bei den befragten sozialmedizinischen Fachkräften das Bewusstsein über die technischen Möglichkeiten von AAL eher gering ist. Dieses Ergebnis interpretieren die Autorinnen und Autoren dahingehend, dass die Potenziale von AAL zur Unterstützung des beruflichen Alltags in der Versorgung von MmD bislang nicht bekannt sind. Dies deckt sich mit der negativen Einschätzung der sozialmedizinischen Fachkräfte bezüglich Akzeptanz und Nutzen der AAL-Technologien vor Beginn der Erprobungsphase. Auch andere Studien liefern Hinweise auf solche Vorbehalte gegenüber dem Einsatz von AAL (Gettel et al. 2021, S. 5). Um diese sichtbaren Vorbehalte gegenüber AAL-Technologien abzubauen, empfehlen Cavallo et al. (2015, S. 75) regelmäßige Schulungen zum aktuellen Stand der Technik sowie den Potenzialen von AAL-Technologien.

Die negativ geprägte Einstellung gegenüber den AAL-Technologien änderte sich in der Studie von Cavallo et al. (2015) jedoch, nachdem diese aktiv genutzt wurden. Anschließend wurden sie nicht länger negativ im Hinblick auf ihre Handhabbarkeit und die Größe der Geräte bewertet. Vielmehr ist nach Abschluss der Erprobungsphase zu beobachten, dass die Werte zur Akzeptanz und zum Nutzen um bis zu 50 Prozent gestiegen sind. Auch bezüglich der Benutzendenfreundlichkeit und Wirksamkeit zeigten sich nach der Erprobungsphase positive Werte, sodass die Autorinnen und Autoren zu dem Schluss kommen, dass die AAL-Technologien sich positiv auf die von den Endnutzerinnen und Endnutzern wahrgenommene Pflegequalität auswirken. Ferner äußern sich die befragten sozialmedizinischen

Fachkräfte dahingehend, dass sie die AAL-Technologien als geeignet und zuverlässig zur Überwachung von MmD einschätzen und sie nicht zu komplex seien. Dabei wird insbesondere das Tool zur sensorgestützten Lokalisierung der MmD im Innen- und Außenbereich als positiv bewertet (Cavallo et al. 2015, S. 76). Auch andere Studien weisen darauf hin, dass insbesondere Überwachungssysteme vom in die Pflege von MmD involvierten Personal positiv bewertet werden (Gettel et al. 2021, S. 4). Der Aspekt der Überwachung von Gesundheitsdaten wird jedoch auch kontrovers diskutiert: Den positiven Einschätzungen seitens der Pflegenden stehen Aussagen aus zwei Studien gegenüber, dass MmD die Überwachung ablehnen und sich Sorgen um ihre Privatsphäre machen (Gettel et al. 2021, S. 4–5).

Auf Basis ihrer Evaluationsergebnisse schlussfolgern Cavallo et al. (2015), dass die aktive Einbindung der in die Versorgung involvierten Fachkräfte im gesamten Prozess der Entwicklung und Implementierung von AAL von zentraler Bedeutung ist, um die positiven Effekte auf die Qualität und Effizienz der Pflege sowie die Lebensqualität der MmD zu generieren. Dasselbe gilt für den Einbezug der Endnutzerinnen und Endnutzer und informell Pflegenden. Da die Studie jedoch auch gezeigt hat, dass vor der aktiven Nutzung von AAL-Anwendungen Vorbehalte gegenüber den Technologien vorhanden sind, sollten alle Beteiligten zum neusten Stand und Potenzialen der Technik geschult werden. Als wesentlicher Faktor für die Akzeptanz der Anwendungen zeigt sich die Anforderung an AAL-Technologien, dass diese möglichst klein und handhabbar sind und somit unauffällig in die häusliche Umgebung integriert werden können (Cavallo et al. 2015, S. 76). Auch andere Studien weisen die Nutzendenfreundlichkeit des Designs von AAL-Technologien als wichtigen Faktor für eine erfolgreiche Implementierung aus (Gettel et al. 2021, S. 5).

Ferner wird die gesundheitsökonomische Perspektive auf AAL als unterstützende Technologien zur Versorgung von MmD in Studien aufgegriffen: Während Endnutzerinnen und Endnutzer sich zwar zum Teil besorgt über die Kosten von AAL-Anwendungen äußern, deuten Kostenanalysen vielmehr darauf hin, dass vor allem die Überwachung von Gesundheitsdaten aus der Ferne kosteneffektiv ist, da weniger medizinische Leistungen vor Ort erbracht werden müssen und generell die Aufnahme in stationären Versorgungseinrichtungen hinausgezögert werden kann (Gettel et al. 2021, S. 5).

#### **4.4.3 „Demenzdörfer“**

Wie im methodischen Vorgehen beschrieben, wurde eine ergänzende Suchstrategie durchgeführt. Diese fokussiert sich auf die Versorgung von MmD in „Demenzdörfern“, da dieser Versorgungsansatz bisher kaum wissenschaftlich betrachtet wird. Die hier dargestellten Ergebnisse stammen deshalb mehrheitlich aus grauer Literatur, Informationen von Betreiberinnen und Betreibern oder Artikeln in Zeitschriften oder Zeitungen. Die ergänzende Suchstrategie umfasste folgende Suchfelder:

1. Sichten der Referenzlisten der eingeschlossenen Literatur per Schneeball-Methode
2. Informationsgewinn über die Betreiber von „Demenzdörfern“
3. Informationsgewinn über einschlägige Verbände, die sich mit MmD und deren Versorgung beschäftigen

Die Anbieterinnen und Anbieter von „Demenzdörfern“ konnten hauptsächlich über Artikel ermittelt werden, die über Besuche und Beobachtungen dort berichten. Für die Suche nach Stellungnahmen oder Einschätzungen einschlägiger Verbände wurde die Übersicht über die Akteure der Nationalen Demenzstrategie genutzt sowie weitere internationale Verbände einbezogen (bspw. Alzheimer Europe). Die einzelnen Internetauftritte wurden mit folgenden Begriffen durchsucht: Demenzdorf, Dementia Village, Dementiaville, Alzheimer’s Village, village de la démence, aldea de la demencia, De

Hogeweyk. Ziel der ergänzenden Suchstrategie war es, förderliche und hinderliche Faktoren für die Versorgung von MmD in „Demenzdörfern“ zu ermitteln, die gegenwärtige öffentliche und politische Diskussion abzubilden sowie ggf. wissenschaftliche Studien zu Teilaspekten zu identifizieren.

Eine eindeutige begriffliche Zuordnung von „Demenzdorf“ kann auf Basis der gegenwärtig verfügbaren Literatur nicht getroffen werden, weder für den deutschsprachigen Raum noch international. Vielmehr nutzen Anbieterinnen und Anbieter von Einrichtungen für MmD, die von Medienvertreterinnen und Medienvertretern oder Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als „Demenzdorf“ betitelt werden, in den meisten Fällen selbst andere Bezeichnungen (bspw. Haeusermann 2018b; Keller 2013; Fernandes 2012; Kock 2014). Vertreterinnen und Vertreter des ersten und bekanntesten „Demenzdorfes“ De Hogeweyk in Weesp in den Niederlanden verneinen explizit, ein „Demenzdorf“ gebaut zu haben (Plemper 2018) und lehnen die Bezeichnung ab, da sie den Schwerpunkt auf die Krankheit statt auf den Menschen lege (be advice, Vivium Care Group o. J.). Vielmehr biete man ein neues Zuhause (Vivium zorggroep o. J.) und schaffe ein Umfeld, in dem sich Menschen mit schwerer Demenzerkrankung wohl und sicher fühlen können (Plemper 2018). Anbieterinnen und Anbieter im deutschsprachigen Raum verwenden als Bezeichnungen für ihre Pflegeeinrichtung (Stiftung Tönebön am See o. J.) oder ihr Seniorenzentrum (AWO Seniorenzentrum Süssendell 2021) Umschreibungen wie bspw. Lebensraum für MmD (Stiftung Tönebön am See o. J.), Quartier (Graf Recke Wohnen & Pflege o. J.) oder Dorfgemeinschaft für MmD (AWO Seniorenzentrum Süssendell 2021). Im internationalen Kontext wird neben „Dementia Village“ (bspw. Høj 2019) auch „Dementiaville“ (bspw. Fernandes 2012) oder „Care Village“ (Haeusermann 2018a) verwendet.

So unterschiedlich die Bezeichnungen und Beschreibungen sind, so verschieden sind auch die Konzepte sowie die gesetzlichen und baulichen Voraussetzungen, die den Einrichtungen zu Grunde liegen. Eine direkte Vergleichbarkeit der bestehenden „Demenzdörfer“ ist deshalb nur in Bezug auf Teilbereiche möglich. Gemeinsam ist allen „Demenzdörfern“, dass sie eine Umgebung für MmD schaffen wollen, in der diese möglichst selbstständig und in Gemeinschaft leben können. Aktivität und Autonomie der Bewohnerinnen und Bewohner stehen an erster Stelle, während Charakteristika einer institutionalisierten Organisation und pflegerische Tätigkeiten in den Hintergrund rücken. Zumeist leben die Bewohnerinnen und Bewohner in Hausgemeinschaften mit zwischen sechs und zwölf MmD zusammen und gestalten gemeinsam ihren Tag. Ein häufiger Bestandteil der Alltagsgestaltung ist die Erinnerungstherapie. Die „Demenzdörfer“ bieten verschiedene Möglichkeiten, Aktivitäten des täglichen Lebens und einem regen Sozialleben nachzugehen (bspw. durch Geschäfte, Begegnungsstätten und Veranstaltungen). Die Außenanlagen von „Demenzdörfern“ sind meist ebenfalls demenzfreundlich gestaltet und können von den Bewohnerinnen und Bewohnern jederzeit genutzt werden. Pflegefachkräfte werden durch Hilfskräfte und Alltagsbegleiterinnen und Alltagsbegleiter unterstützt, Ehrenamtliche und Angehörige in den Tagesablauf eingebunden. Zudem ist die Nutzung der Angebote der „Demenzdörfer“ durch andere Außenstehende erwünscht.

In den folgenden Abschnitten werden zunächst Charakteristika einzelner „Demenzdörfer“ beschrieben: Ausgehend vom ersten „Demenzdorf“ De Hogeweyk in den Niederlanden folgen Kurzbeschreibungen von „Demenzdörfern“ in Deutschland. Im Anschluss werden relevante Themen der aktuellen Diskussion aufgegriffen, unterschiedliche Positionen und wenn vorhanden, wissenschaftliche Untersuchungen vorgestellt sowie ein Ausblick auf aktuelle Forschungsprojekte gegeben, die zukünftig spezifischeres Wissen zu „Demenzdörfern“ bieten können.

*Erstes „Demenzdorf“ De Hogeweyk in den Niederlanden*

Die Gründerinnen und Gründer des ersten „Demenzdorfes“ De Hogeweyk in den Niederlanden, das nach seiner Eröffnung 2009 erhebliche Medienaufmerksamkeit erreichte, verbreiten das The Hogeweyk® Care Concept inzwischen gezielt an Interessierte – bspw. durch öffentliche Auftritte, die Ermöglichung von Studienbesuchen und konkrete Beratung für die Konzeptentwicklung (be advice, Vivium Care Group o. J.). Schwerpunkt des Konzepts ist eine De-Institutionalisierung der Versorgung – im Gegensatz zum Konzept einer stationären Pflegeeinrichtung. De Hogeweyk verspricht eine inklusive Gemeinschaft zu sein, personenzentriert zu arbeiten und MmD eine Umgebung zu bieten, „that is safe for them and open to everyone“ (ebd.). Freiheit und Autonomie bleiben erhalten und MmD könnten in De Hogeweyk ein aktives Sozialleben und einen Lebensstil führen, der ihren Präferenzen entspreche (ebd.). Um dies zu erreichen, ist De Hogeweyk architektonisch als in sich geschlossene Umgebung gebaut. Vor dem Einzug wird für jede Bewohnerin/jeden Bewohner der passende Lebensstil ermittelt (städtisch, handwerklich, indisch, häuslich, gehoben, kulturell, christlich)<sup>8</sup>, der sich in der Einrichtung der Hausgemeinschaft, dem Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Freizeitgestaltung wiederfindet (Zurmühlen 2012). Die 23 Hausgemeinschaften werden als eigenständige Haushalte geführt und von jeweils sechs bis sieben MmD bewohnt, die von einem festen Betreuungsteam begleitet werden. Insgesamt gibt es Kapazitäten für 152 Bewohnerinnen und Bewohner. Aktuell findet außerdem eine Erweiterung um 18 weitere Betreuungsplätze statt. Teilweise konnten diese schon bezogen werden (Vivium zorggroep o. J.). Damit die Bewohnerinnen und Bewohner ein möglichst normales Leben in einer für sie vertrauten Umgebung führen können, gibt es neben Straßen und Plätzen bspw. auch ein Restaurant, einen Supermarkt, einen Friseursalon oder ein Theater zur uneingeschränkten Nutzung (ebd.). De Hogeweyk und seine Einrichtungen sind für Außenstehende offen. Ebenfalls gibt es einige Angebote für die Bewohnerinnen und Bewohner, die außerhalb des „Demenzdorfes“ stattfinden (bspw. Schwimmen und Busreisen) (ebd.). Möglich wird die Umsetzung dieses Konzeptes durch einen Personalstamm von insgesamt ca. 240 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in 170 Vollzeitstellen (Zurmühlen 2012), der von 160-180 Ehrenamtlichen unterstützt wird (ebd.; Godwin 2015). Neben Pflegefachkräften werden auch Pflegehilfskräfte, Hauswirtschaftskräfte, Reinigungskräfte und Verwaltungskräfte beschäftigt. Zum Personalstamm gehören außerdem Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Psychologinnen und Psychologen. Die selbstorganisierten Betreuungsteams in den einzelnen Haushalten setzen sich aus einer Pflegefachkraft mit Weiterbildung für Koordination und Erstellung von Pflege-/Lebensplänen, einer weiteren Pflegekraft sowie Hauswirtschaftskräften bzw. Wohnbetreuerinnen und Wohnbetreuern zusammen. Zusätzlich teilen sich jeweils vier Hausgemeinschaften weitere pflegerische Hilfskräfte. Außerdem kann bei Bedarf die Unterstützung von weiteren Pflegefachkräften, Ärztinnen und Ärzten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Psychologinnen und Psychologen angefordert werden. Nachts sind für die MmD in De Hogeweyk eine Pflegefachkraft, zwei weitere Pflegekräfte sowie zwei Helferinnen und Helfer da (Vivium zorggroep o. J.). Die Hausgemeinschaften sind mit AAL-Technologien im Bereich der Sensortechnik ausgestattet, damit Bewegungen vom Nachtteam registriert werden können (ebd.). Die Kosten für Unter-

---

<sup>8</sup> Das Beratungs- und Forschungsunternehmen Motivaction analysierte in den 1990er Jahren Lebensstil und Werte der niederländischen Bevölkerung (Motivaction 2018). Ausgehend von diesen Ergebnissen wurden in De Hogeweyk die sieben häufigsten Lebensstile (engl.: urban, artisan, Indonesian, homey, Goois, cultural and Christian) als Grundlage für die Einrichtung und Führung der Haushalte genutzt. Der „indische“ Lebensstil entstammt der kolonialen Vergangenheit der Niederlande, die das heutige Indonesien unter dem Namen „Niederländisch-Indien“ besetzten und wird der Tatsache gerecht, dass Teilen der (älteren) Bevölkerung ihre ethnische Herkunft nach wie vor sehr wichtig ist (Haeusermann 2018b).

bringung, Pflege und Verpflegung in De Hogeweyk werden weitestgehend über die gesetzliche Krankenversicherung in den Niederlanden finanziert (Zurmühlen 2012). Besondere Freizeitangebote werden jedoch als Eigenleistungen in Rechnung gestellt (Plemper 2018). Weitere Einnahmen werden über die Vermietung von Räumlichkeiten an Privatpersonen sowie über eine Stiftung generiert (Zurmühlen 2012).

### *„Demenzdörfer“ in Deutschland*

In Deutschland gibt es inzwischen einige Einrichtungen, die De Hogeweyk als Vorbild sehen und konzeptionell ähnliche Ansätze verfolgen. Bekanntestes Beispiel ist das heimrechtlich als stationäre Pflegeeinrichtung eingestufte Tönebön am See bei Hameln in Niedersachsen, das 2014 eröffnet wurde (Stiftung Tönebön am See o. J.). Das Gelände von Tönebön am See wird im Gegensatz zu De Hogeweyk, das architektonisch als abgeschlossene Umgebung gebaut wurde, von einem Zaun umgeben (Kock 2014). 12-13 Bewohnerinnen und Bewohner bilden eine Hausgemeinschaft, die sich eine Villa teilt (in De Hogeweyk: sechs bis sieben Bewohnerinnen und Bewohner je Hausgemeinschaft). Die Villen bilden nicht wie in De Hogeweyk einen bestimmten Lebensstil ab, sondern folgen jeweils einem eigenen Farbkonzept. Mit dem Farbkonzept geht zwar eine jeweils spezifische, demenzfreundliche Gestaltung der Gemeinschaftsräume einher (bspw. burgunderrot/braun/orange in der klassisch-zeitlosen Villa, blau/sand in der maritimen Villa), darüber hinaus hat die Gestaltung der Lebenswelt jedoch keinen Einfluss auf die Tagesgestaltung. Wie in De Hogeweyk gibt es Geschäfte für die Dinge des täglichen Bedarfs und Begegnungsstätten (bspw. Cafés).

In Nordrhein-Westfalen ist das AWO Seniorenzentrum Süssendell als neue Wohnform für MmD (AWO Seniorenzentrum Süssendell 2021) ebenfalls als „Demenzdorf“ bekannt. Die stationäre Pflegeeinrichtung ermöglicht es MmD in einer dorfähnlichen Umgebung in Gemeinschaft mit anderen und möglichst selbstbestimmt zu wohnen und zu leben (ebd.). Im Gegensatz zu anderen „Demenzdörfern“ ist das Seniorenzentrum Süssendell keine abgeschlossene Einrichtung (Entenmann 2017). MmD, die einen starken Bewegungsdrang haben, werden deshalb mit GPS-Trackern ausgestattet (ebd.). Außerdem wird, entgegen den Bestrebungen in De Hogeweyk oder Tönebön am See, bewusst keine Scheinwelt aufgebaut. Stattdessen soll versucht werden, jeden MmD mit seinem Verhalten zu akzeptieren, auch wenn das manchmal zu „chaotischen“ Zuständen führen kann (bspw., weil einige MmD gerne Dinge sammeln oder verlegen) (ebd.). Im Gegensatz zu De Hogeweyk oder Tönebön am See wird bei auffälligem Verhalten nicht durch das Hinzuziehen von Personal zur Entschärfung der Situation reagiert, sondern das Verhalten – sofern von ihm keine Gefährdung ausgeht – ausgehalten, akzeptiert und begleitet.

Im Dorotheenviertel Hilden bestehen bereits drei stationäre Pflegeeinrichtungen, die von der Graf Recke Stiftung betrieben werden. Auf dem weitläufigen Gelände ist auch das Ahorn-Karree entstanden, eine geschützte, geschlossene Einrichtung, konzipiert als Quartier, die ab Mitte 2022 von Menschen mit schwerer Demenz bezogen wird (Graf Recke Stiftung). Im Dorotheenviertel sollen geschützte und offene Bereiche verbunden werden, damit MmD auch über ihren geschützten Lebensbereich hinaus am Gesellschaftsleben teilhaben können (Graf Recke Wohnen & Pflege o. J.). Da eine geschlossene Unterbringung auf Grund der Rechtslage in Deutschland nur für Menschen möglich ist, die aufgrund psychischer Erkrankungen, bspw. auch einer Demenzerkrankung, sich selbst oder andere gefährden (Entenmann 2017), werden nur MmD mit entsprechender richterlicher Anordnung aufgenommen (Graf Recke Wohnen & Pflege o. J.). Wie in Tönebön oder De Hogeweyk sind auch im Ahorn-Karree Geschäfte und Begegnungsstätten Bestandteil der Einrichtung (ebd.).

Ein in Alzey, Rheinland-Pfalz, geplantes „Stadtquartier“ für 120 MmD scheiterte 2014 an verschiedenen Punkten: Die heimrechtliche Einordnung ließ nur eine auf fünf Jahre befristete Genehmigung (§ 17 Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe) zu. Dies hätte erforderliche Investoren abgeschreckt, da unter Umständen nach Ablauf der Zeit eine Umnutzung notwendig geworden wäre (Keller 2013). Zudem gab es Bedenken gegenüber dem Konzept sowie in Bezug auf die langfristige Finanzierung von Seiten des Sozialhilfeträgers bzw. Landkreises, wenn durch die ambulante Versorgung zusätzliche Kosten durch Zuzug von MmD aus anderen Landkreisen entstünden (Keller 2014c). Stattdessen unterstützte der Landkreis den Aufbau von zwei Demenz-Wohngemeinschaften für 24 MmD (ebd.).

Die Idee des „Demenzdorfes“ verbreitete sich ausgehend von den Niederlanden in Europa und inzwischen auch darüber hinaus. Einige werden konzeptionell von den Gründerinnen und Gründern aus De Hogeweyk unterstützt, so bspw. Le Village Landais Alzheimer in Frankreich (Le Village Landais Alzheimer o. J.), Projekte in Norwegen (Strømmehaven, Kristiansand Kommune o. J. und Carpe Diem demenslandsby, Bærum Kommune o. J.) oder Italien (Villaggio Emmanuele F. M. Emanuele, Fondazione Roma o. J.). Außerhalb Europas wurden bspw. Projekte in Australien (microtown™ community, NewDirection Care o. J.) oder in Neuseeland (The CARE Village o. J.) unterstützt. Weitere „Demenzdörfer“ sind bspw. in Dänemark (bspw. Tornhøjhaven, Plejehjemoversigten o. J.), Kanada (The Village Langley o. J.) oder der Schweiz (Jura-Dorf Wiedlisbach, ImmobilienGenossenschaft Oberaargau 2021) entstanden oder in Planung.

#### *Aktuelle gesellschaftliche und fachliche Diskussion*

Die Bewertung der Wirksamkeit der Versorgung von MmD in „Demenzdörfern“ für MmD, ihre informell Pflegenden, An- und Zugehörigen und dort tätigen professionell Pflegenden erfolgt bisher weitestgehend subjektiv und beruht häufig auf Beobachtungen oder Erfahrungen in oder mit einem einzelnen „Demenzdorf“. Im Folgenden werden deshalb einige Aspekte zu „Demenzdörfern“ aufgegriffen, die literaturübergreifend genannt werden. Für einige spezifische Teilaspekte, die in Einzeluntersuchungen betrachtet wurden, werden Ergebnisse dargestellt.

Ein wiederkehrendes Thema, das Besucherinnen und Besucher, Medienvertreterinnen und Medienvertreter aber auch Fachleute in Bezug auf „Demenzdörfer“ beschäftigt, ist das Schaffen eines sicheren Umfeldes durch eine abgeschlossene Umgebung, die sich nur an MmD richtet. Diese segregative Wohnform wird von Kritikern wie Reimer Gronemeyer, Mitglied im Stiftungsrat der Deutschen Hospiz- und Palliativstiftung, als vermeintliche Freiheit bewertet, die allerdings durch einen Zaun oder andere Begrenzungen beschränkt wird (Kock 2014). Die Journalistin Edna Fernandes kritisierte nach ihrem Besuch in De Hogeweyk, dass MmD, wie das Thema Demenz selbst, hinter den Mauern versteckt würden (Fernandes 2012). Dr. Bart Sheehan, Alterspsychiater, geht noch weiter, indem er von der Gefahr der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen spricht, die von „Demenzdörfern“ ausgehen könne (Carpenter 2012). Der damalige Vorsitzende des Kuratoriums Deutsche Altershilfe Jürgen Gohde bezweifelte ebenfalls, dass diese „Sonderwelten“ (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2015) das soziale Zusammenleben auf kommunaler Ebene stärken. Vielmehr sollten MmD weiterhin mithilfe der Unterstützung aller ein Teil der Gesellschaft sein, fordert der Soziologe und Journalist Burkhard Plemper (2018). Alzheimer Europe, die europäische Dachorganisation von 37 nationalen Alzheimer-Verbänden, stellt in einem Report (2012) fest, dass De Hogeweyk keine demenzfreundliche Gesellschaft abbildet, sondern eher als eine demenzfreundliche Einrichtung zu verstehen sei und bewertet den Anspruch zur Öffnung in die Allgemeinheit damit ebenfalls kritisch. Insbesondere Angehörige sehen in der räumlichen Begrenzung der „Demenzdörfer“ dagegen häufig einen Freiheitsgewinn, da MmD sich innerhalb der Grenzen der Einrichtung frei und sicher bewegen können (Kock 2014). Markus Vöggtlin, Initiator des in



Wiedlisbach, Schweiz, geplanten Jura-Dorfes, stellte in Bezug auf De Hogeweyk fest, dass Bewohnerinnen und Bewohner dort entspannt und zufrieden waren (Carpenter 2012). Das damalige Vorstandsmitglied des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) Veronika Zurmühlen (2012), beschrieb De Hogeweyk rein äußerlich zwar als ghetto-ähnlich, im Inneren blieb dieser Eindruck für sie aber nicht bestehen: Die Öffnung der Einrichtung nach außen gelingt aus ihrer Sicht gut, weil viele Menschen aus der Umgebung die Angebote vor Ort gemeinsam mit den dort lebenden Bewohnerinnen und Bewohnern annehmen (ebd.). Das Spannungsfeld zwischen einem segregativen Ansatz der „Demenzdörfer“ einerseits und integrativen Ansprüchen andererseits wird in dieser Diskussion deutlich: Einerseits sind „Demenzdörfer“ mehrheitlich in sich abgeschlossene Umgebungen, in denen ausschließlich MmD leben. Andererseits verfolgen sie den Anspruch, eine offene Gemeinschaft zu sein, die sich als Teil der Gesellschaft um sie herum versteht. Letzteres scheint jedoch nicht möglich zu sein, ohne an einer Stelle Abstriche zu machen.

Ein weiteres häufig diskutiertes Thema ist die in De Hogeweyk sehr konkret und allumfassend umgesetzte Reminiszenz-Therapie (Carpenter 2012). Die Erinnerungstherapie für MmD zielt darauf ab, durch Gespräche oder Sinnesreize Erinnerungen hervorzurufen, die die geistige Aktivität anregen und das Wohlbefinden verbessern (Woods et al. 2018). Ebenfalls mögliche Teile von Erinnerungstherapie sind das Schaffen einer vertrauten Umgebung durch die entsprechende Gestaltung von Räumlichkeiten und dem Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie weitere Aktivitäten, wie sie konkret in De Hogeweyk durch das Lebensstil-Konzept umgesetzt werden. Ein aktualisiertes Cochrane-Review mit 22 eingeschlossenen, randomisiert-kontrollierten Studien zeigt, dass Reminiszenz-Therapie zwar grundsätzlich hilfreich bei Depression oder Demenz ist oder sein kann, die Forschungsliteratur dazu aber zukünftig insbesondere die unterschiedlichen Arten und Ergebnisse von Erinnerungsarbeit gezielter untersuchen sollte (Woods et al. 2018). In der Berichterstattung über „Demenzdörfer“ wird dieser Ansatz unterschiedlich bewertet: (Fach-)Besucherinnen und (Fach-)Besucher von De Hogeweyk sehen darin eine Möglichkeit, die Unabhängigkeit und Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner bestmöglich zu erhalten (Godwin 2015) und ihnen ein möglichst normales Leben zu ermöglichen (Vinick 2019). Es wird der Eindruck gewonnen, dass MmD durch die Erinnerungstherapie weniger Medikamente benötigen (ebd.; Hurley 2012) und weniger Frustration erfahren (Hurley 2012). Vertreterinnen und Vertreter des „Demenzdorfes“ Töneböen am See bei Hameln möchten MmD durch das Wecken von Erinnerungen „in der Realität abholen, in der sie sich befinden“ (Kock 2014). Die Sprecherin der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Susanne Saxl konstatiert dagegen, dass MmD auch bei schwerer Erkrankung klare Momente haben können, in denen sie merken, dass in der aufgebauten Scheinwelt etwas nicht stimmt und so möglicherweise Vertrauen verlieren (Luttmer 2020). Tatsächlich wechselten MmD sogar permanent zwischen klaren Momenten und Phasen, in denen Gedächtnisstörungen das Erinnerungsvermögen einschränken, so Dr. Bart Sheehan (Carpenter 2012). Deshalb sollten die Einrichtungen nach Einschätzung von Susanne Saxl keine „reine Parallelwelt“ aufbauen, sondern nach außen offen und für Besucherinnen und Besucher zugänglich bleiben (Luttmer 2020). Ein weiterer Kritiker von „Demenzdörfern“ und dieser Form der Erinnerungstherapie ist Michael Schmieder, ehemaliger Leiter und heutiger Verwaltungsrat der für innovative Demenzbetreuung bekannten Einrichtung Sonnweid in der Schweiz: Nach seiner Einschätzung wird in „Demenzdörfern“ eine Normalität vorgespielt, die MmD nicht haben (Carpenter 2012). Schlimmer noch, die pflegerische Beziehung sei laut Michael Schmieder „auf einer Lüge aufgebaut“ (Keller 2014a) und statt die Betroffenen in den Fokus zu nehmen, rückten Probleme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Vordergrund (ebd.; Peoples et al. 2020, S. 2327). Karen Harrison Dening, Leitung der auf Demenz spezialisierten Pflegefachkräfte in Haringey, London sieht in der Form der Reminiszenz-Therapie, wie sie in De Hogeweyk

umgesetzt wird, einen Widerspruch zum Ansatz, MmD in ihrer Individualität wahrzunehmen: Es wird dort angenommen, dass es in Ordnung sei, eine Gruppe von MmD in dieselbe Zeit zurückzusetzen und diese Zeit aufrecht zu erhalten (Carpenter 2012). Die Frage, wie weit Erinnerungsarbeit in „Demenzdörfern“ gehen kann und darf, wird zukünftig weiterbearbeitet werden müssen – in der öffentlichen und politischen Diskussion und von Seiten der Forschung.

Peoples et al. (2020) untersuchten anhand des dänischen „Demenzdorfes“ Bryghuset Svendborg, wie An- und Zugehörige von MmD und die dort tätigen professionell Pflegenden den Alltag erleben. Eine Feststellung der Autorinnen war, dass eine große Gruppe Bewohnerinnen und Bewohner dort trotz des entsprechenden Umfeldes keinen selbstständigen und sinnerfüllten Alltag hatte. Die eigenständige Nutzung der Angebote des „Demenzdorfes“ war für sie nicht möglich, weshalb die Frage aufgeworfen wird, ob das Demenzdorf tatsächlich eine Verbesserung ihrer Situation darstellt (ebd., S. 2326). Dennoch war für An- und Zugehörige und professionell Pflegende die Frage zentral, wie das Alltagsleben für die Bewohnerinnen und Bewohner sinnerfüllt gestaltet werden kann (ebd.). Die Vorstellungen dazu differierten zwischen den Gruppen: Während es An- und Zugehörigen besonders wichtig war, MmD auch außerhalb des Demenzdorfes in Aktivitäten und die Gesellschaft einzubinden, sahen professionell Pflegende darin eher die Gefahr, dass die mögliche Verwirrung und Unruhe der Rückkehrerinnen und Rückkehrer sich auch auf die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner übertrug (ebd.; S. 2323). Sie wählten deshalb – ebenfalls auf früheren Interessen der MmD basierend – eher Aktivitäten aus, die dem aktuellen Zustand der Bewohnerinnen und Bewohner, ihren Möglichkeiten und auch eventuellen Folgen entsprachen. Grundsätzlich stellten Peoples et al. (2020) fest, dass eine große Zahl an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Ehrenamtlichen notwendig sei, damit auch Menschen mit fortgeschrittener Demenz die Angebote des „Demenzdorfes“ nutzen können.

In Bezug auf die professionell Pflegenden stellte Haeusermann (2018a) im Rahmen einer ethnografischen Forschung im ersten deutschen „Demenzdorf“ Töneböen am See Folgendes fest: Die professionell Pflegenden waren innerhalb weniger Monate im „Demenzdorf“ geneigt, von personenzentrierter Pflege mit flachen Hierarchien wieder zu ihrem zuvor jahrelang ausgeübten, hierarchisch geprägten Pflegeverständnis zurückzukehren. Die Ursache sah er in fehlenden Gesundheitszielen und damit messbaren Erfolgserlebnissen. Zudem war aus seiner Sicht für die professionell Pflegenden eine Abgrenzung gegenüber Hilfskräften und Ehrenamtlichen wichtig, die von dreijährig ausgebildeten Pflegefachkräften als weniger kompetent im Umgang mit MmD bewertet wurden. Um das angestrebte Konzept von maximaler Autonomie und Unabhängigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner im „Demenzdorf“ langfristig umzusetzen, brauche es deshalb aus Sicht von Haeusermann (2018a) Kontrollmechanismen, die eine Rückkehr des Personals zu alten Mustern verhindern. In Bezug auf die Belastung des Personals in „Demenzdörfern“ konnte im ersten Demenzdorf Italiens innerhalb der ersten sechs Monate beobachtet werden, dass das Stressempfinden der Pflegefachkräfte deutlich rückläufig war (Maddama et al. 2019, S. 136).

Des Weiteren werden die Themen Architektur und Design für MmD in der recherchierten Literatur häufig aufgegriffen. Da „Demenzdörfer“ in den meisten Fällen als Neubau geplant und gebaut werden, können die spezifischen Bedürfnisse von MmD hier besonders berücksichtigt werden. In einer Fallstudie von 2019 vergleicht Høj (2019) die Architektur in den „Demenzdörfern“ De Hogeweyk und Tornhøjhaven (Dänemark) in Bezug auf die Ziele Deinstitutionalisierung und Individualisierung. Die Architektur werde so eingesetzt, dass sie vorgibt etwas zu sein, was sie nicht ist – bspw. ein Dorf, obwohl die Umgebung gleichzeitig als Pflegeeinrichtung funktioniert (Høj 2019). In De Hogeweyk gelinge dies gut, in Tornhøjhaven sei der Deinstitutionalisierungsprozess noch weniger weit fortgeschritten.

Gründe dafür könnten bereits in der Auftragsvergabe, in gesetzlichen Anforderungen oder in der fehlenden Einbeziehung relevanter Akteure wie den professionell Pflegenden liegen (ebd.). Aus der Sicht von Høj (2019) könnten „Demenzdörfer“ zukünftig noch stärker das Lebensstil-Konzept aus De Hogeweyk verfolgen, indem die einzelnen Hausgemeinschaften in Bezug auf Grundrisse, Größe, Deckenhöhe oder Aufteilung individualisiert würden. Da nicht alle „Demenzdörfer“ Erinnerungstherapie in ähnlich ausgeprägter Form wie De Hogeweyk verfolgen, unterscheiden sich auch die Ziele bei der Planung. Demenzfreundliche Architektur und demenzfreundliches Design sind für das spezifische Setting „Demenzdorf“ darüber hinaus nicht weiter untersucht.

Bezüglich der finanziellen Aspekte der Errichtung und des Betriebs von „Demenzdörfern“ ist gegenwärtig keine vergleichende Literatur verfügbar (Harris et al. 2019). Aus Berichten ist herauszulesen, dass die Errichtungsphase mit einem hohen finanziellen Aufwand einhergeht. Dieser kann nur durch Investorinnen und Investoren, Sponsorinnen und Sponsoren, Spenderinnen und Spender, Fördermittel oder andere Finanzierungsquellen gedeckt werden (bspw. Graf Recke Wohnen & Pflege o. J.; Zurmühlen 2012). Die Unterbringung in einem „Demenzdorf“ scheint für Betroffene etwas teurer als in einer traditionellen stationären Pflegeeinrichtung zu sein (Kock 2014; Keller 2014b; Zurmühlen 2012). Keller (2014b) sieht dies kritisch, da sich eine Unterbringung dort dann „nur wenige leisten können“ (ebd.).

#### *Aktuelle Forschungsprojekte*

Die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen zur Wirksamkeit von „Demenzdörfern“ wird gesehen (bspw. Hurley 2012; Godwin 2015). Einige wenige Einrichtungen haben sich bereits entschieden, in ihrem Demenzdorf wissenschaftliche Untersuchungen zu ermöglichen oder bewusst zu fördern.

Le Village Landais Alzheimer, Dax in Frankreich, ist mit konzeptioneller Unterstützung der De Hogeweyk-Gründerinnen und Gründer geplant und 2020 eröffnet worden. Teil des „Demenzdorfes“ ist ein Forschungszentrum, das sich zum Ziel gesetzt hat, die Wirksamkeit von Demenzpflege für MmD, ihre Familien und das weitere Umfeld in diesem Setting wissenschaftlich zu evaluieren (Le Village Landais Alzheimer o. J.). Hierfür werden Qualitätsaspekte in verschiedenen Bereichen untersucht: Arbeit der professionell Pflegenden, Leben der Bewohnerinnen und Bewohner, der professionell Pflegenden und der Freiwilligen. Außerdem soll die Wahrnehmung von Demenz als Krankheit in der Gesellschaft oder bei Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern untersucht werden. Ebenfalls geplant ist eine sozioökonomische Analyse des „Demenzdorfes“ (ebd.).

Das erste „Demenzdorf“ Italiens Il Paese Ritrovato eröffnete 2018 in Monza. Es legt besonderen Fokus auf AAL-Technologien, bspw. durch die Nutzung tragbarer Sensoren, mit denen der Standort von Bewohnerinnen und Bewohnern jederzeit ermittelt werden kann (La Meridiana o. J.). Um verschiedene Qualitätsaspekte zu evaluieren und eine langfristig hohe Qualität sicherzustellen, wurde ein Monitoring-System eingerichtet, das aus verschiedenen Teilbereichen besteht: Die Universität Mailand Bicocca untersucht und bewertet die Auswirkungen des Projekts auf die Krankheitsentwicklung bei MmD; die Polytechnische Universität Mailand befasst sich mit dem Einfluss der AAL-Technologien auf das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner; der Nationale Forschungsrat (it.: Consiglio Nazionale delle Ricerche) führt ein Projekt zur Bewertung der Auswirkungen körperlicher Aktivitäten auf die Krankheitsentwicklung durch und die Universität LUIC erforscht, inwiefern das Modell „Demenzdorf“, wie es in Monza umgesetzt wird, nachhaltig und übertragbar ist (Madama et al. 2019, S. 136). Erste Ergebnisse nach einem halben Jahr zeigen, dass die aktive Zeit der Bewohnerinnen und Bewohner leicht angestiegen ist und sich Depressionen und Verhaltensauffälligkeiten sowie Stress bei den professionell Pflegenden verringert haben (ebd.).

## 5 Diskussion

In diesem Review wurde die Bedeutung innovativer Versorgungsansätze für MmD und informell bzw. professionell Pflegende im Hinblick auf verschiedene personenbezogene Outcome-Parameter sowie die Kosten im Vergleich zur traditionellen Versorgung/keiner koordinierten Versorgung quantitativ und narrativ untersucht. Insgesamt wurden eine Reihe von positiven Tendenzen zugunsten der innovativen Versorgungsansätze, zumindest aber Unterschiede in den Outcomes für MmD durch die untersuchten innovativen Versorgungsansätze im Vergleich zur traditionellen Versorgung in dem jeweiligen Setting gefunden. Für professionell Pflegende werden in der gegenwärtig verfügbaren Literatur dagegen kaum Unterschiede in Bezug auf die gemessenen Outcomes berichtet. In Verbindung mit informell Pflegenden und der Kosteneffektivität werden hauptsächlich für den DCM-Versorgungsansatz positive Effekte berichtet. Knapp je ein Drittel der eingeschlossenen Studien lässt sich auf Untersuchungen zu „homelike“ Umgebungen in stationären Pflegeeinrichtungen und DCM zurückführen. Das zeigt auf der einen Seite die Relevanz der beiden Versorgungsansätze in der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion, deutet auf der anderen Seite aber auch auf weiteren Forschungsbedarf zur Versorgung von MmD in Demenz-Wohngemeinschaften, demenzfreundlichen Umgebungen und mittels Unterstützung durch AAL hin.

Wissenschaftliche Studien zum „Demenzdorf“-Versorgungsansatz konnten, wie sich in Vorrecherchen zum Review andeutete, nicht eingeschlossen werden. Die untersuchten Veröffentlichungen von Anbietern, Verbänden oder in Form von journalistischen Artikeln zeigen auf der einen Seite eine nicht einheitliche Verwendung des Begriffes „Demenzdorf“ und auf der anderen Seite ein breitgefächertes Meinungsbild zur Umsetzung eines sog. „Demenzdorf“-Versorgungsansatzes. Konzeptionell können „Demenzdörfer“ in Versorgungsansätze in Verbindung mit „homelike“ Umgebungen eingeordnet werden. Fachlich diskutiert wird die Implementierung von Versorgungseinrichtungen im Sinne eines „Demenzdorfes“ vor allem vor dem Hintergrund ethischer Prinzipien: Während aus fachlicher und verbandlicher Perspektive der Aufbau einer segregierten Parallelwelt und damit die Stigmatisierung von Verhaltensweisen bedingt durch eine Demenz kritisiert wird, stehen informell Pflegende dem Konzept positiver gegenüber und sehen in „Demenzdorf“-ähnlichen Versorgungseinrichtungen einen Freiheitsgewinn für MmD. Darüber hinaus wird auch reflektiert, dass dieser Versorgungsansatz vor allem die professionell Pflegenden bei der teilweise herausfordernden Pflege von MmD unterstützt, aber nicht unbedingt dem Grundsatz der personenzentrierten Pflege für MmD entspricht. An dieser Stelle muss jedoch limitierend festgehalten werden, dass diese Erkenntnisse zum „Demenzdorf“-Versorgungsansatz nur auf subjektiven Annahmen und Berichten basieren. Um belastbare Aussagen über Charakteristika sowie förderliche und hinderliche Faktoren beim Aufbau von „Demenzdörfern“ zu treffen, sind wissenschaftliche Untersuchungen notwendig.

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse zu den einzelnen Versorgungsansätzen zusammengefasst und in den gegenwärtigen wissenschaftlichen Diskurs eingeordnet und die jeweiligen Vor- und Nachteile herausgearbeitet. Schließlich werden die Charakteristika der einzelnen Versorgungsansätze in einer übersichtlichen Tabellenform dargestellt.

### 5.1 „Homelike“ SCUs

Vermeehrt positive Tendenzen für MmD konnten in Verbindung mit „homelike“ Umgebungen als Wohnform im institutionellen Kontext ermittelt werden. Die positive Wirkung der physischen Umgebung auf die Lebensqualität und die Qualität der Pflege ordnet sich in die Erkenntnisse anderer Über-

sichtsarbeiten ein (Chaudhury et al. 2018). Gleichwohl muss auf eine gewisse Heterogenität der Studiendesigns und gemessenen Outcomes verwiesen werden. Zudem sind die untersuchten „homelike“ Wohnformen bezüglich ihrer physischen und therapeutischen Gestaltung sowie organisationalen bzw. personellen Planungen häufig nicht eindeutig definiert und abgegrenzt. Dies geht einher mit den bereits beschriebenen Schwierigkeiten betreffend einer trennscharfen Definition von kleinen „homelike“ SCUs (vgl. Kap. 1.2) im institutionellen Kontext. Offen bleibt dementsprechend, welche Faktoren der architektonischen Gestaltung der Umwelt sowie der organisationalen Voraussetzungen zur positiven Wirkung dieser Wohnform beitragen. So berichten Kok et al. (2013, S. 371) beispielsweise in ihrer Untersuchung von „homelike“ Einrichtungen, dass der Einsatz spezifischer Interventionen, wie Aromatherapie oder der Einsatz von Musik geringere bis moderate Effektstärken fördern konnte. Auch zur Reduzierung des Stresses von Pflegekräften wurden erste Untersuchungen mit positiven Ergebnissen durch die Einbindung von Musik durchgeführt (Ibenthal et al. 2021). Dieses Feld wurde allerdings bisher noch wenig betrachtet und bedarf dementsprechend weiterer Prüfung (vgl. ebd.). Weitere Einzelinterventionen in „homelike“ SCUs sind bspw. das Tragen von privater Kleidung seitens der Pflegekräfte (Bailly et al. 2020), spezielle Pflegeoasen für MmD in den Endstadien der Krankheit (Brandenburg 2013; Brandenburg et al. 2014) oder Dementia Care Mapping, um die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner im Hinblick auf die personenzentrierte Pflege zu ermitteln (Schaap et al. 2019a; Schaap et al. 2019b). Chaudhury et al. (2018, e33) schlussfolgern darüber hinaus, dass es nicht nur einer Anpassung des physischen Umfelds bedarf, um eine hohe Lebens- und Pflegequalität sicherzustellen, sondern vor allem auch betrieblicher Entscheidungen, die ein übergreifendes Konzept unterstützen.

Hervorzuheben sind besonders GCFs als Versorgungsansatz mit einem hohen Innovationsfaktor, da diese Art der Versorgung bisher nur in Norwegen und den Niederlanden etabliert ist (de Bruin et al. 2020, S. 11–13) und das Potenzial hat, die entstehenden Bedürfnisse nach bedeutungsvollen Aktivitäten, einer generellen Aktivierung sowie konkret Aufenthalt in der Natur zu unterstützen (ebd.; de Boer et al. 2017). Eine Anpassung des Versorgungsansatzes auf andere kulturelle Kontexte erfolgt bspw. in Japan durch die Erprobung von sogenannten Rice Care Farms (Ura et al. 2021).

Auch für den Versorgungsansatz der Demenz-Wohngemeinschaften konnten positive Tendenzen festgestellt werden. Obwohl diese Ergebnisse sich nur auf drei Studien – mit unterschiedlicher Qualität – stützen, kann eine positive Wirkung zumindest angenommen werden, da zwei der drei Studien Übersichtsarbeiten darstellen und demnach die Ergebnisse einer größeren Zahl an Literatur beinhalten (vgl. Stiefler et al. 2020; Bortnick 2017). Dennoch wird auch hier von einer teilweise unzureichenden Zahl an Publikationen mit hohem Evidenzlevel berichtet (Stiefler et al. 2020, S. 519). Ebenfalls positive Tendenzen zeigen sich zu den Outcomes bzgl. der professionell Pflegenden.

Insgesamt wurden jedoch kaum Studien zu segregativen Wohnformen eingeschlossen, die Outcomes in Bezug auf professionell und informell Pflegenden berichten. Die Kosteneffektivität im Vergleich zur traditionellen stationären oder ambulanten Versorgung wurde in keiner eingeschlossenen Studie untersucht. Dass hier offener Forschungsbedarf mit Blick auf die Langzeitpflege besteht, erwähnen ebenfalls andere Übersichtsarbeiten in diesem Kontext (z. B. Ausserhofer et al. 2016, S. 691).

## **5.2 DCM**

Vor allem die Auswertung der Literatur zum DCM deutet auf einen positiven Einfluss auf den untersuchten Outcome-Ebenen durch die Anwendung dieses Versorgungsansatzes hin. Lediglich Outcomes in Verbindung mit professionell Pflegenden wurden kaum untersucht. Dies dürfte jedoch vor allem

darin begründet liegen, dass MmD, die in einem DCM-System versorgt werden bzw. in der eigenen Häuslichkeit leben, hauptsächlich informell durch An- und Zugehörige gepflegt werden (vgl. Zwingmann et al. 2017, S. 889). Um die konkrete personelle Umsetzung des DCM zu planen und den Bedürfnissen der professionell Pflegenden bzw. der Dementia Care Managerinnen und Dementia Care Manager gerecht zu werden, macht es aber dennoch Sinn, diese in zukünftige Erhebungen miteinzubeziehen und Outcomes zu erheben.

Die im Rahmen dieses Reviews identifizierte positive Wirkung von DCM auf die MmD, ihre informell Pflegenden und die Kosten reiht sich in die bisherige Evidenz ein (Reilly et al. 2015). Gleichwohl muss darauf hingewiesen werden, dass in diesem Review ein Großteil der Ergebnisse durch die DelpHi Studie in Mecklenburg-Vorpommern belegt wird, wodurch die Generalisierbarkeit der Ergebnisse trotz einer hohen Studienqualität eingeschränkt wird. Auch wurden studienübergreifend vor allem MmD in den frühen und milderen Phasen ihrer Erkrankung untersucht. Das zeigt zum einen, dass DCM besonders in diesem Stadium als Versorgungsansatz relevant sein kann. Zum anderen deutet dies auf weiteren Forschungsbedarf für ein DCM in späteren und schwereren Stadien hin, um auch hier den Bedürfnissen der MmD und ihrer informell Pflegenden gerecht zu werden. Dass an dieser Stelle möglicherweise Potenzial besteht, implizieren die positiven Tendenzen durch die retrospektive Untersuchung eines DCM-Programms am Lebensende von Jennings et al. (2019). Des Weiteren wurde gezeigt, dass positive Outcomes für MmD und informell Pflegende sowohl in DCM-Ansätzen zu beobachten sind, die professionelle Pflegekräfte als Managerinnen und Manager einsetzen als auch in DCM-Ansätzen, bei denen Dementia Care Managerinnen und Dementia Care Manager ohne pflegerischen Berufshintergrund die Aufgaben in Absprache mit einem Team von Expertinnen und Experten übernehmen.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht kann es an der Stelle sinnvoll sein, die personellen Konzepte im Hinblick auf den damit verbundenen Ressourceneinsatz gegenüberzustellen. Auch einen übergreifenden Einsatz von Hausärztinnen und Hausärzten als Gatekeeper gilt es zukünftig zu erforschen. Ferner wurde in diesem Review nicht untersucht, inwiefern vulnerable Gruppen das DCM in Anspruch nehmen bzw. wie ein DCM für spezifische Anspruchsgruppen (z. B. Menschen mit Migrationshintergrund) gestaltet sein sollte. So wird bspw. in der aktuellen Forschung auch das Thema Sprachkenntnisse von Dementia Care Managerinnen und Managern bei Anspruchsgruppen mit Migrationshintergrund berücksichtigt (Bernstein et al. 2020). Neben der Berücksichtigung der Besonderheiten vulnerabler Gruppen in der DCM-Versorgung sollten zukünftig auch geografische Unterschiede (städtischer vs. ländlicher Raum) und daraus möglicherweise resultierende Unterschiede in der sozioökonomischen Zusammensetzung der Klientinnen und Klienten erforscht werden. Insgesamt ist es somit empfehlenswert, die Passung des DCMs im Hinblick auf Ansprache und Durchführung bei individuellen Anspruchsgruppen zu untersuchen.

### **5.3 Demenzfreundliche Umgebungen**

In Verbindung mit demenzfreundlichen Umgebungen wurden positive Tendenzen hinsichtlich eines Gefühls der Wertschätzung und einer erhöhten Teilnahme an lokalen Aktivitäten festgestellt. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass der konzeptionelle Anspruch von demenzfreundlichen Umgebungen im Hinblick auf die Entstigmatisierung von MmD und Unterstützung von gesellschaftlicher Teilhabe, potenziell den Bedürfnissen von MmD entspricht. Insgesamt bleibt aber festzuhalten, dass die wissenschaftliche Forschung zu demenzfreundlichen Umgebungen zurzeit noch am Anfang steht. Obwohl die definitorische und konzeptionelle Heterogenität dieses innovativen Versorgungsansatzes im

weiteren Sinne auch insofern positiv gewertet werden kann, als dass er die Vielfalt und Weiterentwicklung in der Versorgung und Teilhabe von MmD widerspiegelt, ist diese Heterogenität mit Blick auf die Erforschung des Versorgungsansatzes dagegen mit Herausforderungen verbunden: Ohne einheitliche Definition ist eine Evaluation und bspw. ein Vergleich zwischen demenzfreundlichen Umgebungen (bspw. Kommunen und spezifische Settings) kaum möglich (Lin 2017, S. 3). Ist eine einheitliche und trennscharfe Definition des Ansatzes zukünftig erarbeitet worden, bedarf es vor allem quantitativer Evaluationsstudien, welche die Effekte von demenzfreundlichen Umgebungen auf die Gesundheit und Lebensqualität von MmD und Pflegenden sowie die gesundheitsökonomischen Auswirkungen des Versorgungsansatzes erforschen (Lin 2017, S. 5). Aufgrund der bislang kaum verfügbaren Forschungsliteratur, der Komplexität des Versorgungsansatzes und der mehrdimensionalen gesundheitsbezogenen Outcomes erscheint es nicht zuletzt ebenso sinnvoll, zukünftig verstärkt qualitative Studien mit explorativer Forschungslogik durchzuführen.

#### **5.4 AAL**

Bei AAL-Technologien handelt es sich um ein Forschungsfeld, das in den letzten Jahren von vielen Disziplinen im Bereich der Gesundheits-, Sozial- und Pflegewissenschaft verstärkt aufgegriffen wurde. In diesem Review konnten eine Reihe von Studien mit Schwerpunkt auf die Versorgung von MmD identifiziert und zum Teil positive Effekte des unterstützenden Einsatzes von AAL-Technologien ermittelt werden. Diese zeigen sich in Form einer höheren Lebensqualität und verbesserten kognitiven und psychosozialen Funktionen von MmD (Lauriks et al. 2020; Gettel et al. 2021). Aus Sicht von informell Pflegenden werden positive Effekte im Hinblick auf die Lebensqualität, Belastungen, Distress und das subjektiv empfundene Sicherheitsgefühl berichtet (Torkamani et al. 2014; Gettel et al. 2021).

Barrieren und Hemmnisse für die Anwendung von AAL zur Versorgung von MmD liegen derzeit zum einen in Bedenken im Hinblick auf Privatsphäre, die sich aus der Überwachung von Gesundheits- und anderen persönlichen Daten ergeben. Somit gilt es in der zukünftigen Implementierung von AAL-Technologien diese Bedenken zu respektieren und in der Entwicklung großen Wert auf die Wahrung der Privatsphäre zu legen. Zum anderen sind auch die finanziellen Bedingungen des Einsatzes von AAL-Technologien trotz der in den recherchierten Studien erläuterten Einsparpotenziale mitunter als Barriere zu diskutieren. Entscheidend ist hierbei, inwieweit der Einsatz von AAL-Technologien durch Leistungen der Sozialversicherungssysteme abgedeckt ist, da eine private Anschaffung und Nutzung insbesondere durch hohe Anschaffungskosten erschwert wird. Eine weitere Hürde liegt schließlich darin, dass zurzeit vor allem viele Einzelanwendungen existieren, die zum Teil sehr spezifische Gesundheitsprobleme adressieren. Somit müssen Endnutzerinnen und Endnutzer häufig eine Reihe von einzelnen Geräten nutzen, was die Komplexität und ggf. die Kosten erhöht (Gettel et al. 2021, S. 5).

Ähnlich wie bei den demenzfreundlichen Umgebungen offenbart sich auch für den unterstützenden Einsatz von AAL eindeutiger Forschungsbedarf. So ist die Studienlandschaft zurzeit geprägt von Pilot- und Beobachtungsstudien mit qualitativem Charakter sowie der Analyse von kurzfristigen Outcomes. Wünschenswerte Schwerpunkte für zukünftige Forschungsvorhaben sind demnach quantitative RCT-Studien, die auch langfristige Outcomes untersuchen. Des Weiteren sollte die gesundheitsökonomische Perspektive auf den Einsatz von AAL zur Versorgung von MmD vertieft werden, um Kosten und Nutzen belastbar einschätzen zu können. Nicht zuletzt sollten neben den bereits häufiger in Studien aufgegriffenen Outcomes „kognitive Funktion“ und „psychosoziale Funktion“ auch weitere Outcomes wie bspw. „Förderung zwischenmenschlicher Beziehungen“ als mögliche Auswirkungen des Einsatzes von AAL-Technologien untersucht werden (Gettel et al. 2021, S. 6).

## 5.5 „Demenzdörfer“

Da „Demenzdörfer“ bisher kaum wissenschaftlich untersucht wurden, ist eine spezifische Einschätzung ihrer Effektivität in Bezug auf die in diesem Review festgelegten Outcome-Parameter nicht möglich. Dennoch finden Wohnformen, die einem „Demenzdorf“ entsprechen, in der wissenschaftlichen Literatur als innovative Herangehensweise Erwähnung (vgl. Olson und Albensi 2021, S. 435–438; Ausserhofer et al. 2016, S. 691). Grundsätzlich gibt es inhaltliche Parallelen zu den untersuchten „homelike“ Umgebungen in stationären Pflegeeinrichtungen, wie bspw. die architektonischen Gegebenheiten, die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner pro Einheit und die Einbeziehung in alltägliche Aktivitäten. Überschneidungen gibt es vor allem auch mit GCFs, die ebenfalls wie Pflegeeinrichtungen nach dem „Demenzdorf“-Versorgungsansatz im Rahmen von separaten Gebäudekomplexen umgesetzt werden. An der Stelle kann eine gewisse Übertragbarkeit der Ergebnisse aus Studien über „homelike“ SCUs angenommen werden. Der zentrale Unterschied zwischen den beiden Versorgungsansätzen ist demgegenüber das charakteristische Merkmal von „Demenzdorf“-Versorgungsansätzen des Simulierens einer auf MmD angepassten Realität. Inwieweit dieses charakteristische Merkmal einen Einfluss auf die Effektivität hat und, ob es aus ethischer Sicht vertretbar ist, gilt es in zukünftigen Forschungsvorhaben aufzugreifen.

## 5.6 Einordnung der Versorgungsansätze im Hinblick auf Vor- und Nachteile

Die untersuchten Versorgungsansätze werden im Folgenden im Hinblick auf die Sektoren ambulant und stationär kritisch eingeordnet. Die in diesem Review vorgenommene Differenzierung in segregative und integrative Wohnformen bzw. Pflege- und Versorgungsmodelle für MmD impliziert darüber hinaus eine Diskussion zwischen Exklusion und Inklusion. So werden MmD in den schwereren Stadien und/oder mit psychologisch auffälligem Verhalten mit dem Ziel, ihre Sicherheit zu gewährleisten, vornehmlich exklusiv in stationären Einrichtungen versorgt. Demgegenüber stehen bspw. demenzfreundliche Umgebungen, welche eine Inklusion und eine gesellschaftliche Akzeptanz von herausfordernden Verhaltensweisen durch die Entstigmatisierung von MmD und die Anpassung des öffentlichen Raums hinsichtlich ihrer Bedürfnisse fokussieren. Auch hiermit soll neben der Teilhabe und Wertschätzung die Sicherheit von MmD gewährleistet werden. Beispielsweise AAL-Technologien oder das DCM können an dieser Stelle als Pflege- bzw. Betreuungsmodelle unterstützend wirken, um einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit mit Unterstützung informeller und/oder professioneller Pflege zu ermöglichen.

Im stationären Setting, wird demgegenüber die Selbstbestimmung und Autonomie, sowie das Gefühl des Zuhause-Seins für MmD durch die Architektur sowie den pflegerischen Grundgedanken der personenzentrierten Pflege unterstützt. Stationäre Einrichtungen können als schützender und vor allem begrenzter Rahmen gesehen werden, während der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit die Möglichkeit bietet, außerhalb eines institutionellen Kontextes am gesamtgesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Eine stationäre Unterbringung schließt eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben jedoch nicht aus, insofern sich stationäre Einrichtungen verstärkt in Richtung des Quartiers öffnen und dabei Konzepte wie bspw. intergenerationelle Begegnungsstätten durch das Zusammenwirken mit Kindertagesstätten und ähnlichen Einrichtungen umsetzen. Festzuhalten ist in diesem Kontext, dass ein inklusives Vorgehen vor allem auch einen gesellschaftlichen Wandel sowie infrastrukturelle Anpassungen benötigt. Ob herausforderndes Verhalten oder das Sicherheitsgefühl der MmD und ihrer informell Pflegenden allein durch gesellschaftliche Unterstützungssysteme aufgefangen werden können, ist zukünftig zu prüfen. Ferner ist davon auszugehen, dass durch eine Kombination aus informeller und professioneller Pflege



außerhalb eines institutionellen Settings die Inanspruchnahme von Ressourcen des Gesundheitssystems verringert werden kann und somit auch die Kosten sinken. An dieser Stelle ist auch der Versorgungsansatz der Wohngemeinschaften für MmD als Wohnform zwischen stationärer Einrichtung und selbstständigem Leben in der eigenen Häuslichkeit zu nennen. Einerseits kann die betreute Wohngemeinschaft als ein schützender Rahmen angesehen werden und andererseits ist die Integration in das gesellschaftliche Leben durch das Fehlen institutioneller Strukturen und den Einbezug informell Pflegenden gegeben.

Des Weiteren sind die Bedürfnisse von informell sowie professionell Pflegenden zu fokussieren, um mögliche Folgekosten durch die hohen körperlichen und psychischen Belastungen, die zum Teil mit der Pflege und Betreuung von MmD einhergehen können, zu reduzieren.

Insgesamt erscheint vor allem auch eine individuelle ethische Betrachtung vor dem Hintergrund biomedizinischer Grundprinzipien z. B. nach Beauchamp und Childress (2001) (Förderung der Autonomie, Fürsorge, Schadensvermeidung, Gerechtigkeit) im Hinblick auf die unterschiedlichen Anspruchsgruppen sinnvoll, um eine personenzentrierte Versorgung umzusetzen.

### **5.7 Eigenschaften (Konzeption, Struktur etc.) effektiver Versorgungsansätze**

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse lässt sich resümieren, dass eine personenzentrierte Pflege und die individuelle Gestaltung der Versorgung von MmD als zentrale pflegerische Standards genannt und umgesetzt werden. Das geht einher mit Ergebnissen in Bezug auf die positive Wirkung und Verbreitung von personenzentrierter Pflege für MmD im stationären Bereich (Kim und Park 2017, S. 391) oder als ambulanter Versorgungsansatz (Reuben et al. 2013, S. 1; Austrom et al. 2016, S. 2–3). Grundsätzlich sind die Bemühungen in den eingeschlossenen Studien vor allem darauf ausgerichtet, entweder das häusliche Gefühl und die alltäglichen Aktivitäten in Pflegeeinrichtungen bzw. ambulanten Wohngemeinschaften nachzuempfinden oder das Leben in der eigenen Häuslichkeit zu unterstützen, um eine stationäre Unterbringung hinauszuzögern bzw. zu vermeiden. Übergreifend zeigt sich, dass in allen untersuchten Versorgungsansätzen, die Autonomie der MmD gefördert werden soll. MmD in späteren und schwereren Stadien der Demenz, die ggf. auch ein höheres Alter haben und Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, leben eher in stationären Einrichtungen und werden professionell gepflegt und betreut. MmD in mildereren Stadien sind dagegen häufig Teil der Untersuchungen integrativer Versorgungsansätze mit dem Ziel des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit und der Stärkung informeller Pflege und Betreuung.

Im Folgenden sind die bereits in den vorherigen Kapiteln (v.a. in Kapiteln 4.2 und 4.4) beschriebenen Charakteristika (Konzept, Personaleinsatz etc.) der untersuchten Versorgungsansätze tabellarisch zusammengefasst. Diese sind als inhaltliche Orientierung zu verstehen, können aber durch unterschiedliche Definitionen und die Komplexität nicht als vollständig angesehen werden.

<b>„Homelike“ Umgebungen</b>	
<b>Stationäres („segregatives“) Setting</b>	
<b>Spezielle Wohneinheiten für MmD in Pflegeeinrichtungen (SCUs)</b>	
<b>Anzahl MmD/Einheit</b>	6-12 MmD/Einheit
<b>Charakteristika</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spezielle Station in einer stat. Pflegeeinrichtung für MmD</li> <li>• Wohnliche („homelike“) Einrichtung</li> <li>• Private Zimmer (persönliche Dekoration) &amp; Badezimmer</li> <li>• Gemeinschaftsräume</li> <li>• Einbindung in Alltagstätigkeiten: gemeinsames Kochen, Haushaltstätigkeiten</li> <li>• personalisierte nicht-pharmakologische Interventionen, die MmD den ganzen Tag über angeboten werden, einschließlich entspannender oder aktivierender Interventionen auf Gruppen- oder individueller Ebene (wie Stricken, Kochen, Gartenarbeit und Lesen),</li> <li>• Zugang zum Garten</li> <li>• Sicherheit durch Schließsysteme, Wegweiser und gemeinschaftliche Wohnbereiche</li> </ul>
<b>Pflegepersonal</b>	<p>Personenzentrierte Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• festes Team an Personal zur Aktivierung &amp; Unterstützung bei alltäglichen Aktivitäten</li> <li>• regelmäßige pädagogische Interventionen (Schulungen, Coaching und Supervisionen) für alle Mitarbeiter*innen</li> <li>• Personal speziell für Umgang mit verhaltensbezogenen und psychologischen Symptomen der Demenz (BPSD) geschult</li> </ul>
<b>Anspruchsgruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelschwere – schwere Formen von Demenzen</li> <li>• herausfordernde (schwierige oder gestörte) Verhaltensweisen</li> </ul>
<b>Mögl. Unterstützende Interventionen</b>	<p>Straßenkleidung für Pflegekräfte</p> <p>Spezielle Pflegeoasen für MmD in Endstadien der Krankheit</p> <p>Dementia Care Mapping</p> <p>Nicht Pharmakologische Interventionen (Musik Therapie)</p> <p>Musik-Einbindung/Systeme zur Reduzierung des Stresses von Pflegekräften</p>

Abbildung 6: Charakteristika „homelike“ SCUs in Pflegeeinrichtungen für MmD

Quelle: Eigene Darstellung

## „Homelike“ Umgebungen

### Stationäres („segregatives“) Setting

#### Green Care Farms (GCFs)

<b>Anzahl MmD/Einrichtung</b>	6-8 MmD/Wohneinrichtung
<b>Charakteristika</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• eigenständiges Gebäude/landwirtschaftlicher Betrieb</li></ul> In Abgrenzung zu normalen SCUs (sonst ähnlicher Aufbau): <ul style="list-style-type: none"><li>• Tiere, Ställe, Gemüsegärten &amp; andere Merkmale einer bäuerlichen Umgebung</li><li>• Integration von Aktivitäten im Innen- und Außenbereich in den normalen Tagesablauf</li></ul>
<b>Pflegepersonal</b>	Personenzentrierte Pflege Ähnliche Ausgestaltung wie reg. SCUs <ul style="list-style-type: none"><li>• Personal bildet mit den Bewohnenden einen Haushalt.</li><li>• festes Team von Pflegenden, die integrierte Aufgaben haben</li><li>• mehr Pflegeassistenten/Pflegehelfer Assistenten (weniger als 2 Jahre Ausbildung) &amp; beruflich ausgebildete Pflegekräfte (mind. 4 Jahre Ausbildung) in GCFs im Vgl. zu reg. SCUs</li></ul>
<b>Anspruchsgruppe</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Keine differenzierten Informationen innerhalb der eingeschlossenen Studien</li></ul>
<b>Mögl. Unterstützende Interventionen/ Alternativen</b>	Auf individuelle Kontexte abgestimmt, in Japan z.B. Rice Care Farms Vglb. Interventionen SCUs in Pflegeheimen

Abbildung 7: Charakteristika Green Care Farms

Quelle: Eigene Darstellung

„Homelike“ Umgebungen	
Stationäres („segregatives“) Setting	
<b>Demenzdörfer</b>	
<b>Anzahl MmD/Einrichtung</b>	6-12 MmD/Hausgemeinschaft
<b>Charakteristika</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (teilw.) abgeschlossene Einrichtungen z.B. von Zaun umgeben, durch architektonischen Aufbau abgegrenzt oder Ausstattung der MmD mit GPS-Trackern zur Überwachung bei starkem Bewegungsdrang</li> <li>• Selbstständiges Leben in Gemeinschaft</li> <li>• Förderung von Autonomie &amp; Aktivität</li> <li>• Prozessabläufe &amp; pflegerische Tätigkeiten sollen in den Hintergrund rücken</li> <li>• bieten verschiedene Möglichkeiten, Aktivitäten des täglichen Lebens &amp; regen Soziallebens nachzugehen               <ul style="list-style-type: none"> <li>• bspw. durch die Integration von Geschäften, Begegnungsstätten, Restaurants, Veranstaltungen</li> </ul> </li> <li>• Ehrenamtliche und An- &amp; Zugehörige werden in den Tagesablauf eingebunden,</li> <li>• Öffnung Angebote der Demenzdörfer für die Öffentlichkeit (z.B. Essen in den Restaurants des Demenzdorfes)</li> </ul>
<b>Pflegepersonal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• häufig eigenverantwortliche Teams</li> <li>• personenzentrierte Pflege, aber: Pflege steht nicht im Vordergrund, sondern Erhalt von Autonomie und Aktivierung im Alltag (Sozialleben)</li> <li>• wird unterstützt durch Hilfs-/Hauswirtschaftskräfte – Skill-Mix</li> <li>• Ehrenamtliche und An- und Zugehörige als wichtige Unterstützer*innen in Demenzdörfern (Beschäftigung und Begleitung der MmD)</li> </ul>
<b>Anspruchsgruppe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• meist Menschen mit schwerer Demenz</li> <li>• Geschlossene Unterbringung in Deutschland nur bei Selbst- oder Fremdgefährdung zulässig</li> <li>• Nutzung der Angebote der Demenzdörfer durch Außenstehende erwünscht, um Einbindung in Gesellschaft zu ermöglichen</li> </ul>
<b>Mögl. Unterstützende Interventionen/ Alternativen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reminiszenz-Therapie</li> </ul>

Abbildung 8: Charakteristika "Demenzdörfer"

Quelle: Eigene Darstellung

„Homelike“ Umgebungen	
Ambulantes Setting	
Wohngemeinschaften (WG) für MmD außerhalb institutionellen Settings	
<b>Anzahl MmD/WG</b>	6-10 MmD/WG
<b>Charakteristika</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulant betreute Wohngruppen oder Wohngemeinschaften als mögliches Wohnsetting zwischen Heim und Häuslichkeit</li> <li>• Wohnangebote, in denen mehrere Pflegebedürftige in einer Wohnung oder in einem Haus zusammenleben und von professionellen Kräften unterstützt werden.</li> <li>• Organisation von Betroffenen &amp; ihren Angehörigen bzw. Ehrenamtlichen (Freiburger Modell) oder Initiierung &amp; Umsetzung von professionellem Träger</li> <li>• Schaffung eines familienähnlichen Umfelds/Strukturen,</li> <li>• Einbeziehung von Angehörigen, -</li> <li>• Orientierung an der Gemeinschaft,</li> <li>• Sicherstellung Kernprinzipien des Wohlbefindens, Selbstbestimmung &amp; Autonomie</li> <li>• Gefühl des „Zuhause-Seins“ durch private Zimmer &amp; Badezimmer, ein ""großer Raum""/ ein großes Wohnzimmer, Zugang zum Außenbereich/Natur, möglw. Integration von Haustieren, Gemeinschaftsmahlzeiten mit Personal,</li> <li>• alltägliche Entscheidungen werden von Bewohnenden selbst oder in Zusammenarbeit mit dem Personal getroffen</li> <li>• Tagesablauf ist durch alltägliche Routinen strukturiert, nicht durch Prozessablauf wie in stat. Pflegeeinrichtungen</li> </ul>
<b>Pflegepersonal</b>	<p>Personenzentrierte Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• höhere Steuerungsverantwortung der Pflegeteams</li> <li>• persönlichere Bindung zu den Pflegebedürftigen möglich,</li> <li>• Aufgaben: Essenszubereitung, Wäsche, Körperpflege, Habilitation &amp; allgemeine Förderung der Beschäftigung</li> </ul>
<b>Anspruchsgruppe</b>	<p>Keine allgemeinen Aussagen verfügbar</p> <p>- Tendenz leichtere bis moderatere Demenzformen, um alltägliche Aufgaben umsetzen zu können</p>
<b>Mögl. Unterstützende Interventionen</b>	Vglb. Mit SCUs in Pflegeheimen

Abbildung 9: Charakteristika Wohngemeinschaften für MmD

Quelle: Eigene Darstellung

Dementia Care Management	
Kommunales Setting	
<b>Charakteristika</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordination &amp; Management der Pflege/Versorgung von in der eigenen Häuslichkeit lebenden MmD durch speziell ausgebildete</li> <li>• oder von geschulten Koordinator*innen unter der Aufsicht eines klinischen Expert*innen Teams aus Mediziner*innen, Pflegefachkräften, Sozialarbeiter*innen o.ä. („Care Team Navigators“ bzw. „Care Coordinator Assistants“)</li> <li>• Inhalte               <ul style="list-style-type: none"> <li>• strukturierte Bedarfsermittlung bei Patient*innen &amp; ihren informell pflegenden Angehörigen</li> <li>• Behandlungs- und Pflegemanagement,</li> <li>• Medikamentenmanagement</li> <li>• Unterstützung &amp; Schulung der pflegenden Angehörigen z.B. in Selbstmanagement</li> <li>• Unterstützung durch IT-gestütztes Interventionsmanagementsystem</li> <li>• Entwicklung eines individuellen Interventionsplan</li> <li>• Zusammenarbeit mit Hausarzt/Hausärztin &amp; weiteren Akteuren aus Gesundheits- &amp; Sozialwesen und im Bedarfsfall Überweisung zu versch. Akteuren (Therapeut*innen, Facharzt*innen, etc.)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Organisation</b>	<p>Personenzentrierter Ansatz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung von ca. 50- 80 MmD &amp; ihren pflegenden Angehörigen pro Pflegekraft/Koordinator*in</li> <li>• Hausbesuche (oder andere rel. Orte, z.B. Klinik) und telefonischen Beratungen bzw. Kontakt per Mail (ca. 1x im Monat)</li> <li>• Erstellung von Pflegeprotokollen</li> </ul>
<b>Anspruchsgruppe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hauptsächlich MmD in milden bis moderaten Stadien, aber auch Möglichkeit für Umsetzung am Lebensende</li> <li>• Zur Entlastung pflegender Angehörige</li> </ul>
<b>Mögl. Unterstützende Interventionen</b>	<p>Sprachkenntnisse von DC-Manager*innen bei Anspruchsgruppen mit Migrationshintergrund</p>

Abbildung 10: Charakteristika Dementia Care Management

Quelle: Eigene Darstellung

Demenz Netzwerk	
Kommunales Setting	
<b>Charakteristika</b>	<p>Integrative Organisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hausarzt/die Hausärztin = Gatekeeper in einem Netzwerk aus medizinische Akteuren in der ambulanten medizinischen Versorgung über die sektoralen Grenzen des Gesundheitssystems</li> <li>- Beteiligt sind vor allem Allgemeinmediziner und Facharzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Krankenhäuser und andere ambulante und stationäre Einrichtungen.</li> <li>- Zielsetzung: (A) Frühdiagnose und Differentialdiagnose zu bestätigen und (B) im Anschluss eine personenzentrierte und umfassende Therapie anzubieten.</li> </ul>
<b>Anspruchsgruppe</b>	<p>Primär frühe Stadien der Demenz (Früh- &amp; Differentialdiagnostik)</p>

Abbildung 11: Charakteristika Demenz Netzwerk

Quelle: Eigene Darstellung

Demenzfreundliche Umgebungen	
Kommunales Setting	
<b>Charakteristika</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstständiges Leben von MmD innerhalb der Gemeinschaft</li> <li>• Je nach Bedarf werden MmD von Mitgliedern der Gemeinschaft unterstützt</li> <li>• Der Ansatz wirkt auf die Normalisierung von Demenz hin, Stigmatisierungen sollen verringert werden</li> <li>• Aufklärung über Demenz mithilfe analoger und digitaler Medien</li> </ul>
<b>Organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, solange dies möglich ist</li> <li>• (Außen-)Bereiche des öffentlichen Raums werden so gestaltet, dass MmD einen einfachen Zugang haben und sich an diesen Orten mühelos zurechtfinden können</li> <li>• Schulungen zum demenzsensiblen Umgang in Versorgungseinrichtungen und Dienstleistern</li> <li>• Etablierung einer übergeordneten Steuerungsgruppe sowie mehreren lokalen Steuerungsgruppen. Bestenfalls Begleitung durch eine*n hierfür eingestellte*n Koordinator*in</li> </ul>
<b>Anspruchsgruppe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MmD und ihre informell Pflegenden</li> <li>• Alle (älteren) Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen</li> </ul>
<b>Mögl. Unterstützende Interventionen/Förderliche Faktoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellung einer langfristigen Finanzierung</li> <li>• Aktive Partizipation von MmD beim Aufbau der demenzfreundlichen Umgebung</li> <li>• Definition von Aktionsbereichen in einem schriftlichen Aktionsplan</li> <li>• Etablierung einer übergeordneten Steuerungsgruppe</li> <li>• Vernetzung zwischen Einrichtungen, Dienstleistern, der Kommunalverwaltung und der Wissenschaft</li> <li>• Vernetzung zwischen MmD und informell Pflegenden über soziale Medien und Netzwerke</li> </ul>

Abbildung 12: Charakteristika Demenzfreundliche Umgebungen

Quelle: Eigene Darstellung

Ambient Assisted Living (AAL)	
Unterstützend im ambulanten, stationären und kommunalen Setting	
<b>Charakteristika</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) mit dem Ziel, es MmD zu ermöglichen, möglichst unabhängig in der eigenen Häuslichkeit zu leben. Konkrete Geräte sind bspw. medizinische Sensoren sowie intelligente und miteinander vernetzte Sensoren</li> <li>• Konkrete Anwendungsfelder der AAL-Technologien: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitive Aktivierung von MmD</li> <li>• Überwachung von Gesundheitsdaten aus der Ferne</li> <li>• Pflegen von sozialen Kontakten und Networking</li> </ul> </li> </ul>
<b>Organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AAL-Technologien werden unterstützend innerhalb der verschiedenen Versorgungsansätze umgesetzt</li> <li>• Häufiger Fokus: Eigene Häuslichkeit von MmD</li> <li>• Einsatz von AAL als Zusammenspiel zwischen den MmD, den technischen Geräten und professionell/informell Pflegenden</li> </ul>
<b>Anspruchsgruppe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundsätzlich: Ältere Menschen, die Unterstützung im Alltag benötigen</li> <li>• Bei MmD in der eigenen Häuslichkeit: Milde Stadien der Demenz zur Unterstützung der Alltagsbewältigung</li> <li>• Bei MmD in stat. Einrichtungen: schwerere Stadien der Demenz, vglb. mit Anspruchsgruppen segregativen Ansätzen</li> </ul>
<b>Mögl. Unterstützende Interventionen/Förderliche Faktoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellung der Passung zwischen den Eigenschaften der Geräte und den Präferenzen der Endnutzer*innen</li> <li>• Einbezug der Endnutzer*innen bei der Entwicklung und Erprobung von AAL-Technologien</li> <li>• Design der AAL-Technologien: Möglichst unauffällig, platzsparend und einfach zu handhaben</li> <li>• Abbau von Vorbehalten gegenüber AAL durch Schulungen zum aktuellen Stand der Technik und den Potenzialen von AAL</li> <li>• Gewährleistung eines Höchstmaßes an Datenschutz</li> </ul>

Abbildung 13: Charakteristika AAL

Quelle: Eigene Darstellung



## 6 Limitationen

Bedingt durch das Format des Rapid Reviews ergeben sich folgende methodische Limitationen:

Durch den begrenzten Zeitraum der Literaturrecherche und -auswertung erfolgte eine Auswahl von aus Sicht der Studienautorinnen und Studienautoren innovativen Versorgungsansätzen. Hierfür wurden die Ergebnisse von Vorrecherchen herangezogen. Folglich liefert dieses Review keinen umfassenden Überblick zu innovativen Versorgungsansätzen, sondern die Ergebnisse bilden einen Ausschnitt von derzeit in der Forschungsliteratur schwerpunktmäßig diskutierten Versorgungsansätzen ab. Methodisch zeigt sich diese Eingrenzung vor allem in der Beschränkung auf zwei wissenschaftliche Fachdatenbanken und einem auf die zentralen Schlagworte und Synonyme reduzierten Suchstring. Dennoch ist davon auszugehen, dass mit den untersuchten Versorgungsansätzen aktuelle Tendenzen hinsichtlich der Versorgungsqualität für MmD und der Bedürfnisse ihrer informell Pflegenden sowie der professionell Pflegenden in den jeweiligen Versorgungseinrichtungen identifiziert und extrahiert werden konnten. Eine vertiefende Forschung in diesem Bereich wäre jedoch wünschenswert. Des Weiteren wurden einige Schritte des systematischen Recherche- und Auswertungsprozesses abgekürzt. Dies betrifft zunächst die Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Literatur (z. B. durch eine vereinfachte Anwendung validierter Tools). Weiterhin wurden – zur Eingrenzung der Literatur – Studien, die in gefundenen Übersichtsarbeiten bereits analysiert wurden, nicht im Einzelnen in die Ergebnissynthese mitaufgenommen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass dadurch eine belastbare Einordnung der Literatur im Hinblick auf Objektivität und Reliabilität mit Einschränkungen verbunden ist.

Auf der Ebene der untersuchten Literatur wird dieses Review dadurch limitiert, dass durch den innovativen Charakter der Versorgungsansätze zum Teil nur ein geringer empirischer Forschungsstand vorliegt. So wurden zwar Interventions- und Beobachtungsstudien fokussiert, dennoch war es notwendig auch deskriptive Studien miteinzubeziehen, um die Versorgungsansätze umfassender einordnen zu können. Da zu demenzfreundlichen Umgebungen und AAL kaum Studien für eine quantitative Analyse eingeschlossen werden konnten, lag hier der Fokus auf einer narrativen Analyse qualitativer Literatur. Dies erschwert eine objektive Vergleichbarkeit insgesamt und schränkt die Einordnung der Effektivität ein. Ebenso konnte die Bewertung von „Demenzdörfern“ nur auf Basis der ergänzenden Suchstrategie zu nicht-wissenschaftlichen, journalistischen Veröffentlichungen, Positionspapieren von Verbänden, sowie Informationen der Websites von „Demenzdörfern“ erfolgen. Dementsprechend wurde auf eine Einordnung hinsichtlich Effektivität verzichtet und ausschließlich der gesellschaftliche Diskurs wiedergegeben.

Weiterhin muss darauf hingewiesen werden, dass die Studiendesigns der für die quantitative Analyse eingeschlossenen Studien als heterogen einzustufen sind. So wurden unterschiedliche Outcome-Parameter und Messskalen gewählt. Aus diesem Grund konnten nur allgemeine Aussagen zur Wirksamkeit einzelner Versorgungsansätze getroffen werden, ohne spezifische Outcome Parameter, wie z. B. Lebensqualität, hervorzuheben. Darüber hinaus wurde in den eingeschlossenen Untersuchungen kaum zwischen den verschiedenen Demenz-Formen (z. B. Alzheimer, vaskuläre Demenz) unterschieden, so dass nicht geklärt werden konnte, ob es Unterschiede in der Wirksamkeit der Versorgungsansätze in Bezug auf Demenzen unterschiedlicher Genese gibt. Zusätzlich sollte erwähnt werden, dass kaum Langzeit-Studien in dieses Review eingeschlossen werden konnten. In den meisten Fällen betrug der Untersuchungszeitraum ein bis zwei Jahre. Somit sind Einschätzungen zur Nachhaltigkeit der Versorgungsansätze nur vor diesem Hintergrund zu betrachten. Die Umsetzung von Langzeitstudien erscheint vor allem mit Blick auf das Fortschreiten der Krankheit und die sich verändernden Bedürfnisse der



MmD wichtig. Außerdem bestand das Untersuchungskollektiv zu einem Großteil aus weiblichen Teilnehmenden auf Seiten der MmD. Dementsprechend ist es möglich, dass genderspezifische Bedürfnisse anderer Geschlechter nicht hinreichend aufgegriffen werden konnten.

Mögliche Limitationen ergeben sich außerdem durch die heterogenen Definitionen der unterschiedlichen Versorgungsansätze über die einzelnen Studien hinweg. Beispielhaft sind hier die fehlende einheitliche Definition von „homelike“ Umgebungen in stationären Pflegekontexten oder demenzfreundlichen Umgebungen in der Kommune zu nennen. Auch bei DCM-Ansätzen kam es durch unterschiedliche personelle Umsetzungen in den untersuchten Programmen zu Abweichungen, die möglicherweise die Effektivität beeinflusst haben.

Nicht zuletzt ist zu beachten, dass grundsätzlich positive Ergebnisse tendenziell eher den Weg in wissenschaftliche Veröffentlichungen finden (Publikationsbias).

## **7 Implikationen für Forschung und Praxis**

Für die Forschung und Praxis ergeben sich im Feld der innovativen Versorgung für MmD basierend auf den Ergebnissen dieses Reviews weitere Forschungsbedarfe und Empfehlungen für die Konzeptionierung und Implementierung.

### *Forschung:*

Offene Forschungsbedarfe sind auf der Ebene der innovativen Versorgungsansätze vor allem im Bereich GCF, demenzfreundliche Umgebungen, „Demenzdörfer“ und AAL festzuhalten. Hier ist auf der einen Seite die Implementierung in Deutschland zu prüfen (z. B. mittels explorativer Studien mit qualitativer Forschungslogik). Auf der anderen Seite benötigt es quantitative Evaluationen der Wirksamkeit dieser Versorgungsansätze.

Im Forschungskontext macht es zudem Sinn, innovative Versorgungsansätze hinsichtlich ihrer gesundheitsökonomischen Einordnung einander gegenüberzustellen. Dazu ist es notwendig vertiefende Studien zu Kosten und QALYs der einzelnen Versorgungsansätze durchzuführen.

Um die Versorgungsansätze besser miteinander vergleichen zu können, erfordert es zudem konzeptionelle Forschungsarbeiten, die auf eine weitere Schärfung der Begriffsdefinitionen und -abgrenzungen abzielen. Das vorliegende Review kann hierfür einen Ausgangspunkt bieten. In diesem Kontext bietet es sich ebenfalls an zu untersuchen, ob spezifische Einzelinterventionen die Effektivität des Gesamtansatzes steigern können (z. B. private Kleidung für Pflegepersonal in „homelike“ Versorgungsansätzen).

Des Weiteren konnten in diesem Review nur wenige Studien identifiziert werden, die Outcomes im Hinblick auf professionell Pflegende untersuchen. Mit Blick auf den bereits bestehenden Fachkräftemangel in den Pflegeberufen erscheint es daher sinnvoll, innovative Versorgungsansätze auf ihre Potenziale zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von professionell Pflegenden zu untersuchen. Vor allem der Personaleinsatz (Qualifikation, Tätigkeit, Arbeitsorganisation, Belastungserleben etc.) sind hier relevante zu untersuchende Outcomes. Die jeweils nötige Personalausstattung ist zudem ein wichtiger Einflussfaktor mit Blick auf die oben genannte gesundheitsökonomische Einordnung.

Da die untersuchten Versorgungsansätze sich hauptsächlich auf die personenzentrierte Pflege berufen, ist es empfehlenswert, dass unterschiedliche Anspruchsgruppen (z. B. Menschen mit Migrationshintergrund) spezifisch betrachtet werden und evaluiert wird, welche Anpassungen zur Ergänzung ggf. notwendig sind. Vor allem auch die Charakteristika der verschiedenen demenziellen Erkrankungen

oder das Krankheitsstadium der einbezogenen MmD sind in zukünftigen Erhebungen verstärkt zu berücksichtigen. Sinnvollerweise könnte bspw. der Fokus bei der Evaluierung von DCM-Versorgungsansätzen auf MmD in späteren Stadien der Erkrankung gelegt werden, um auch hier die Wirksamkeit zu untersuchen.

Nicht zuletzt sollten zukünftige Forschungsvorhaben auch die informell Pflegenden in den Fokus rücken: Hier erscheint vor allem die Forschungsfrage relevant, von welchen innovativen Versorgungsansätzen informell Pflegende am meisten profitieren, bspw. hinsichtlich reduzierter Belastungen oder einer verbesserten Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Dabei sollte ebenfalls aufgegriffen werden, welche personenbezogenen Merkmale von informell Pflegenden im Kontext der Versorgung von MmD in innovativen Versorgungsansätzen bedeutsam sind (z. B. Bildungsniveau, Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischer Status, Berufstätigkeit etc.).

#### *Praxis:*

Für die praktische Umsetzung kann festgehalten werden, dass vor allem Versorgungsansätze für eine weitere Anwendung in der Praxis in Frage kommen, die auf die individuellen Bedürfnisse der MmD ausgerichtet sind. Priorisiert werden sollten jene Versorgungsansätze, die einen normalen Tagesablauf für MmD mit Unterstützung von informell bzw. professionell Pflegenden ermöglichen. Im Hinblick auf institutionelle Wohnformen oder ambulante Pflege- und Betreuungsmodelle außerhalb der eigenen Häuslichkeit bedeutet dies, dass diese architektonisch und organisational an für die MmD als „normal“ empfundene häusliche Umgebungen und Tätigkeiten angepasst werden. Beim Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ist es sinnvoll, durch ein koordiniertes Vorgehen bspw. mittels DCM informell Pflegende zu entlasten und die Autonomie von MmD zu fördern. Auch technische Lösungen wie AAL-Technologien sind denkbar, um den MmD mehr Selbstständigkeit zu ermöglichen. Für eine gesellschaftliche Teilhabe von MmD außerhalb einer Pflegeeinrichtung bzw. der eigenen Häuslichkeit ist der Aufbau demenzfreundlicher Umgebungen in Kommunen/Gemeinden/Quartieren etc. vorstellbar. Sinnvoll für die Umsetzung sind an der Stelle die Förderung der Entstigmatisierung von Demenz in der Gesellschaft, der Aufbau von informellen und professionellen Unterstützungsnetzwerken und infrastrukturelle Anpassungen in den Sozialräumen. In diesem Zusammenhang sollte auch der wissenschaftliche und öffentliche Diskurs zu „Demenzdörfern“ bzgl. ihres Exklusionscharakters zukünftig politisch gefördert werden.

## **8 Schlussfolgerung**

Zusammenfassend kann resümiert werden, dass die untersuchten segregativen und integrativen innovativen Versorgungsansätze zumeist mit positiven Effekten im Vergleich zur traditionellen Versorgung einhergehen. Dagegen kaum untersucht sind bislang Outcomes für professionell Pflegende und die jeweiligen Kosten der Versorgungsansätze. Auf konzeptioneller Ebene ist herauszustellen, dass die Ermöglichung eines weitestgehend normalen Lebensalltags zielgebend für die verschiedenen Versorgungsansätze ist. Vor allem die individuelle Anpassung der Versorgung an die Bedürfnisse der MmD im Rahmen einer personenzentrierten Pflege ist von entscheidender Bedeutung. Dennoch ist die Vergleichbarkeit und die Generalisierbarkeit der einzelnen Versorgungsansätze durch bisher fehlende einheitliche Definitionen begrenzt. Trennscharfe konzeptionelle Abgrenzungen stellen jedoch eine wichtige Voraussetzung zur Evaluation der Versorgungsansätze dar. Dies gilt umso mehr für komplexe Versorgungsansätze, wie die demenzfreundlichen Umgebungen. Neben konzeptionellen Forschungsarbeiten offenbart sich weiterer Forschungsbedarf im Bereich methodisch belastbarer quantitativer Studien

zu den einzelnen Versorgungsansätzen, vor allem jedoch für die Bereiche demenzfreundliche Umgebungen, AAL-Technologien und „Demenzdörfer“. Weiterhin erscheint es zwingend notwendig, den wissenschaftlichen und öffentlichen Diskurs zu den verschiedenen Versorgungsansätzen und hierbei insbesondere zu ethisch umstrittenen Aspekten – wie etwa dem Charakter von „Demenzdörfern“ als exklusive Parallelwelt für MmD – zukünftig zu fördern und alle relevanten Stakeholder in diesen Diskurs miteinzubeziehen.

## 9 Literaturverzeichnis

- Adlbrecht, Laura; Bartholomeyczik, Sabine; Hildebrandt, Christiane; Mayer, Hanna (2021a): Social interactions of persons with dementia living in special care units in long-term care: A mixed-methods systematic review. In: *Dementia (London, England)* 20 (3), S. 967–984. DOI: 10.1177/1471301220919937.
- Adlbrecht, Laura; Nemeth, Tamara; Frommlet, Florian; Bartholomeyczik, Sabine; Mayer, Hanna (2021b): Engagement in purposeful activities and social interactions amongst persons with dementia in special care units compared to traditional nursing homes: An observational study. In: *Scandinavian journal of caring sciences*. DOI: 10.1111/scs.13017.
- Alzheimer Europe (2012): Alzheimer Europe Report: Ethical issues linked to restrictions of freedom of people with dementia (Ethics reports). Online verfügbar unter [https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer\\_europe\\_ethics\\_report\\_2012.pdf](https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_ethics_report_2012.pdf), zuletzt geprüft am 10.12.2021.
- Anderiesen, Hester; Scherder, Erik J. A.; Goossens, Richard H. M.; Sonneveld, Marieke H. (2014): A systematic review—physical activity in dementia: the influence of the nursing home environment. In: *Applied ergonomics* 45 (6), S. 1678–1686. DOI: 10.1016/j.apergo.2014.05.011.
- Ausserhofer, Dietmar; Deschodt, Mieke; Geest, Sabina de; van Achterberg, Theo; Meyer, Gabriele; Verbeek, Hilde et al. (2016): “There’s No Place Like Home”: A Scoping Review on the Impact of Home-like Residential Care Models on Resident-, Family-, and Staff-Related Outcomes. In: *Journal of the American Medical Directors Association* 17 (8), S. 685–693. DOI: 10.1016/j.jamda.2016.03.009.
- Austrom, Mary Guerriero; Carvell, Carly A.; Alder, Catherine A.; Gao, Sujuan; Boustani, Malaz; LaMan-tia, Michael (2016): Workforce development to provide person-centered care. In: *Aging & mental health* 20 (8), S. 781–792. DOI: 10.1080/13607863.2015.1119802.
- AWO Seniorenzentrum Süssendell (2021): Unsere Einrichtung. Online verfügbar unter <https://www.awo-sz-suessendell.de/bei-uns-leben/unsere-einrichtung>, zuletzt geprüft am 20.09.2021.
- Bærum Kommune (o. J.): Carpe Diem demenslandsby. Online verfügbar unter <https://www.baerum.kommune.no/tjenester/helse-og-omsorg/sykehjem-og-omsorgsboliger/sykehjem-bo-og-behandlingscenter/demenslandsby/?fbclid=IwAR126SwV1y-KOBVCkxbqxh1cgH1fCq01vYl2HQ-HjaLw3UXtCmB37vbmWyz8>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.
- Bailly, Nathalie; Sanchez, Stéphane; Ferrand, Claude; Souesme, Guillaume; Giraudeau, Caroline; Agli, Océane (2020): The impact of street clothes among caregivers on residents with dementia in special care units: The STRECLO study. In: *J Clin Nurs* 29 (9-10), S. 1723–1732. DOI: 10.1111/jocn.15210.
- be advice, Vivium Care Group (o. J.): The Hogeweyk®. Online verfügbar unter <https://www.bethe-careconcept.com/en/dementia-village-hogeweyk-netherlands/>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.
- Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. (2001): Principles of biomedical ethics: Oxford University Press, USA.
- Bernstein, Alissa; Merrilees, Jennifer; Dulaney, Sarah; Harrison, Krista L.; Chiong, Winston; Ong, Paulina et al. (2020): Using care navigation to address caregiver burden in dementia: A qualitative case study analysis. In: *Alzheimer’s & dementia (New York, N. Y.)* 6 (1), e12010. DOI: 10.1002/trc2.12010.

Bettany-Saltikov, J. (2012): How to do a systematic literature review in nursing : a step-by-step guide. Specifying your objectives and inclusion and exclusion criteria: Maidenhead: Open University Press., S. 50-65.

BMFSFJ (2019): Wirkungen der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz – Ergebnisse aus Fallstudien und einer Online Befragung. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/154874/95ac595e3ec65a61aa8355aca879673b/wirkungen-der-lokalen-allianzen-fuer-menschen-mit-demenz-data.pdf>, zuletzt geprüft am 03.01.2021.

BMFSFJ und BMG (2020): Nationale Demenzstrategie. Online verfügbar unter [https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01\\_Nationale\\_Demenzstrategie.pdf](https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01_Nationale_Demenzstrategie.pdf), zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Bortnick, Kevin N. (2017): An Ecological Framework to Support Small-Scale Shared Housing for Persons with Neurocognitive Disorders of the Alzheimer's and Related Types: A Literature Review. In: *Hong Kong journal of occupational therapy : HKJOT* 29 (1), S. 26–38. DOI: 10.1016/j.hkjot.2017.03.001.

Brandenburg, Hermann (2013): Lebensqualität von Menschen mit schwerer Demenz in Pflegeeasen: Empirische Ergebnisse und methodische Implikationen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46 (5), S. 417–424. DOI: 10.1007/s00391-012-0396-1.

Brandenburg, Hermann; Adam-Paffrath, Renate; Güther, Helen (2014): Lebensqualität von Bewohnerinnen einer Pflegeeaso aus der Sicht von Pflegenden und Angehörigen - qualitative Befunde einer Evaluationsstudie. In: *Pflege* 27 (2), S. 69–80. DOI: 10.1024/1012-5302/a000347.

Brownie, Sonya; Nancarrow, Susan (2013): Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. In: *Clinical interventions in aging* 8, S. 1–10. DOI: 10.2147/CIA.S38589.

Brüggemann, Jürgen; Brucker, Uwe; Eben, Ernst Dr.; Fleer, Bernhard; Gerber, Hans Dr.; Kurzmann, Karin et al. (2009): Grundsatzstellungnahme Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Online verfügbar unter <https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/Grundsatzstellungennahmen/Grundsatzst-Demenz.pdf>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Brüggemann, Jürgen; Brucker, Uwe; Eben, Ernst Dr.; Fleer, Bernhard; Gerber, Hans Dr.; Kurzmann, Karin et al. (2009): Grundsatzstellungnahme Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Online verfügbar unter <https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/Grundsatzstellungennahmen/Grundsatzst-Demenz.pdf>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Buckner, Stefanie; Darlington, Nicole; Woodward, Michael; Buswell, Marina; Mathie, Elspeth; Arthur, Antony et al. (2019): Dementia Friendly Communities in England: A scoping study. In: *Int J Geriatr Psychiatry* 34 (8), S. 1235–1243. DOI: 10.1002/gps.5123.

Buist, Yvette; Verbeek, Hilde; de Boer, Bram; de Bruin, Simone R. (2018): Innovating dementia care; implementing characteristics of green care farms in other long-term care settings. In: *International Psychogeriatrics* 30 (7), S. 1057–1068. DOI: 10.1017/S1041610217002848.

Bundeszentrale für politische Bildung (2020): Technischer Fortschritt und Industrie 4.0. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/315869/technischer-fortschritt-und-industrie-4-0>, zuletzt geprüft am 11.01.2022.

Carpenter, Julie (2012): Inside Dementiaville. In: *Express* 2012, 01.02.2012.

Cavallo, Filippo; Aquilano, Michela; Arvati, Marco (2015): An ambient assisted living approach in designing domiciliary services combined with innovative technologies for patients with Alzheimer's disease: a case study. In: *American journal of Alzheimer's disease and other dementias* 30 (1), S. 69–77. DOI: 10.1177/1533317514539724.

Chaudhury, Habib; Cooke, Heather A.; Cowie, Heather; Razaghi, Leila (2018): The Influence of the Physical Environment on Residents With Dementia in Long-Term Care Settings: A Review of the Empirical Literature. In: *The Gerontologist* 58 (5), e325-e337. DOI: 10.1093/geront/gnw259.

Darlington, Nicole; Arthur, Antony; Woodward, Michael; Buckner, Stefanie; Killett, Anne; Lafortune, Louise et al. (2020): A survey of the experience of living with dementia in a dementia-friendly community. In: *Dementia (London, England)* 20 (5), S. 1711–1722. DOI: 10.1177/1471301220965552.

de Boer, Bram; Hamers, Jan P. H.; Zwakhalen, Sandra M. G.; Tan, Frans E. S.; Verbeek, Hilde (2017): Quality of care and quality of life of people with dementia living at green care farms: a cross-sectional study. In: *BMC geriatrics* 17 (1), S. 155. DOI: 10.1186/s12877-017-0550-0.

de Bruin, Simone R.; Pedersen, Ingeborg; Eriksen, Siren; Hassink, Jan; Vaandrager, Lenneke; Patil, Grete Grindal (2020): Care Farming for People with Dementia; What Can Healthcare Leaders Learn from This Innovative Care Concept? In: *Journal of healthcare leadership* 12, S. 11–18. DOI: 10.2147/JHL.S202988.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2020): Infoblatt 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Online verfügbar unter [https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1\\_haeufigkeit\\_demenzerkrankungen\\_dalzg.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf), zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Domhoff, Dominik; Seibert, Kathrin; Stiefler, Susanne; Wolf-Ostermann, Karin; Peschke, Dirk (2019): Differences in nursing home admission between functionally defined populations in Germany and the association with quality of health care. In: *BMC Health Services Research* 21 (1), S. 190. DOI: 10.1186/s12913-021-06196-8.

Eichler, Tilly; Thyrian, Jochen René; Dreier, Adina; Wucherer, Diana; Köhler, Leonore; Fiß, Thomas et al. (2014): Dementia care management: going new ways in ambulant dementia care within a GP-based randomized controlled intervention trial. In: *International Psychogeriatrics* 26 (2), S. 247–256. DOI: 10.1017/S1041610213001786.

Entenmann, Uschi (2017): Demenzdorf - Wohlbehütet im Grünen. Online verfügbar unter <https://alzheimer.ch/de/alltag/lebensraum/magazin-detail/249/wohlbehuetet-im-gruenen/>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Fernandes, E. (2012): Dementiaville: How an Experimental New Town is Taking the Elderly Back to their Happier and Healthier Pasts with Astonishing Results. In: *Dailymail*, 04.03.2012. Online verfügbar unter <https://www.dailymail.co.uk/news/article-2109801/Dementiaville-How-experimental-new-town-taking-elderly-happier-healthier-pasts-astonishing-results.html>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Fondazione Roma (o. J.): Villaggio Emmanuele F.M. Emanuele. Online verfügbar unter <https://www.villaggioemmanuelefmemanuele.it/>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Garritty, Chantelle; Gartlehner, Gerald; Nussbaumer-Streit, Barbara; King, Valerie J.; Hamel, Candyce; Kamel, Chris et al. (2021): Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. In: *Journal of Clinical Epidemiology* 130, S. 13–22. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2020.10.007.

Gathercole, Rebecca; Bradley, Rosie; Harper, Emma; Davies, Lucy; Pank, Lynn; Lam, Natalie et al. (2021): Assistive technology and telecare to maintain independent living at home for people with dementia: the ATTILA RCT. In: *Health technology assessment (Winchester, England)* 25 (19), S. 1–156. DOI: 10.3310/hta25190.

Gettel, Cameron J.; Chen, Kevin; Goldberg, Elizabeth M. (2021): Dementia Care, Fall Detection, and Ambient-Assisted Living Technologies Help Older Adults Age in Place: A Scoping Review. In: *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*. DOI: 10.1177/07334648211005868.

Godwin, Beatrice (2015): Hogewey: a 'home from home' in the Netherlands. In: *The Journal of Dementia Care* (Vol 23 No 3), S. 28–31. Online verfügbar unter <https://www.bethecareconcept.com/wp-content/uploads/2015/05/BeatriceGodwin-Hogewey-JDC.pdf>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Graf Recke Stiftung (21.09.21): Leuchtturm-Projekt Ahorn-Karree: Neuer Einzugstermin am 1. Juli 2022. Roelf Bleeker. Online verfügbar unter <https://www.graf-recke-stiftung.de/presse/mitteilungen/artikelansicht/leuchtturm-projekt-ahorn-karree-neuer-einzugstermin-am-1-juli-2022>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Graf Recke Wohnen & Pflege (o. J.): Ahorn-Karree im Dorotheenviertel Hilden. Online verfügbar unter <https://www.ahorn-karree.de/>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Grande, Gesine Prof. Dr. habil.; Sonntag, Astrid Prof. Dr. (2015): A3\_17\_Abschlussbericht\_PAuSE. P.A.u.S.E - Pflegende Angehörige Demenzerkrankter und ehrenamtliche Betreuungspersonen gemeinsam schulen zur Steigerung der Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten. Online verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Zukunftswerkstatt\\_Demenz/A3\\_17\\_Abschlussbericht\\_PAuSE.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Zukunftswerkstatt_Demenz/A3_17_Abschlussbericht_PAuSE.pdf), zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Haeusermann, Tobias (2018a): Professionalised intimacy: how dementia care workers navigate between domestic intimacy and institutional detachment. In: *Sociology of health & illness* 40 (5), S. 907–923. DOI: 10.1111/1467-9566.12730.

Haeusermann, Tobias (2018b): The Dementia Village: Between Community and Society. In: Franziska Krause und Joachim Boldt (Hg.): *Care in Healthcare: Reflections on Theory and Practice*. Cham: Springer International Publishing, S. 135–167. DOI: 10.1007/978-3-319-61291-1\_8.

Harris, Jonathan; Topfer, Leigh-Ann; Ford, Caitlyn (2019): Dementia Villages: Innovative Residential Care for People With Dementia. In: *CADTH Issues In Emerging Health Technologies (Ottawa, ON)* 178. Online verfügbar unter <https://www.cadth.ca/sites/default/files/hs-eh/eh0071-dementia-villages.pdf>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Hebert, Catherine A.; Scales, Kezia (2017): Dementia friendly initiatives: A state of the science review. In: *Dementia (London, England)* 18 (5), S. 1858–1895. DOI: 10.1177/1471301217731433.

Heise, T.; Seidler, A.; Girbig, M.; Freiberg, A.; Zeeb, H. (2020): CAT HPPR Manual des Qualitätswertungsinstrumentes zur Bewertung von Reviews bzgl. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (Version 1.4).

Hofmann, W. "Menschen mit Demenz in der Wohnbevölkerung – gezielt erkennen und passend unterstützen." *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 52 (2019): 639 - 640

- Høj, Louise Dedenroth (2019): Exploring the potentials of dementia village architecture. Hg. v. International Mind Conference 2019. The Royal Danish Academy of Fine Arts School of Architecture.
- Hung, Lillian; Hudson, Allison; Gregorio, Mario; Jackson, Lynn; Mann, Jim; Horne, Neil et al. (2021): Creating Dementia-Friendly Communities for Social Inclusion: A Scoping Review. In: *Gerontology & geriatric medicine* 7, 23337214211013596. DOI: 10.1177/23337214211013596.
- Hurley, D. (2012): "Village of the Demented" Draws Praise as New Care Model. In: *Neurology Today* 12(10), S. 12–13. DOI: 10.1097/01.NT.0000415043.24031.9c.
- Hwang, Amy S.; Truong, Khai N.; Cameron, Jill I.; Lindqvist, Eva; Nygård, Louise; Mihailidis, Alex (2015): Co-Designing Ambient Assisted Living (AAL) Environments: Unravelling the Situated Context of Informal Dementia Care. In: *BioMed research international* 2015, S. 720483. DOI: 10.1155/2015/720483.
- Ibenthal, Elisabeth; Kehmann, Maximilian; Backhaus, Claus (2021): Feasibility of a Music System Intervention to Affect Mental Stress and Strain of Employees in Inpatient Dementia Care. In: *Annals of work exposures and health* 65 (5), S. 591–604. DOI: 10.1093/annweh/wxaa120.
- ImmobilienGenossenschaft Oberaargau (2021): Aktuelles über das Jura-Dorf Wiedlisbach Dorf für Menschen mit Demenz. Online verfügbar unter <https://igoberaargau.ch/demenzdorf/>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.
- Jenkins, Catharine; Smythe, Analisa (2013): Reflections on a visit to a dementia care village. In: *Nursing older people* 25 (6), S. 14–19. DOI: 10.7748/nop2013.07.25.6.14.e478.
- Jennings, Lee A.; Turner, Maurice; Keebler, Chandra; Burton, Carl H.; Romero, Tahmineh; Wenger, Neil S.; Reuben, David B. (2019): The Effect of a Comprehensive Dementia Care Management Program on End-of-Life Care. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 67 (3), S. 443–448. DOI: 10.1111/jgs.15769.
- Keller, Alexander (2013): Demenzdorf Alzey in der Prüfung: Ist das Modell ein Pflegeheim? In: *Wohnen im Alter*, 30.07.2013.
- Keller, Alexander (2014a): Kritik am Demenzdorf: Unsere Bewohner sind nicht bescheuert. In: *Wohnen im Alter*, 20.03.2014. Online verfügbar unter <https://news.wohnen-im-alter.de/2014/03/kritik-demenzdorf-unsere-bewohner-sind-nicht-bescheuert/>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.
- Keller, Alexander (2014b): Töneböen am See: Erstes „Demenzdorf“ Deutschlands in Hameln eröffnet. In: *Wohnen im Alter*, 04.04.2014. Online verfügbar unter <https://news.wohnen-im-alter.de/2014/04/erstes-demenzdorf-deutschlands-hamel-eroeffnet/>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.
- Keller, Alexander (2014c): Demenzdorf in Alzey wird nicht gebaut. In: *Wohnen im Alter*, 09.12.2014.
- Kim, Sun Kyung; Park, Myonghwa (2017): Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. In: *Clinical interventions in aging* 12, S. 381–397. DOI: 10.2147/CIA.S117637.
- Kitwood, Tom; Bredin, Kathleen (1992): Towards a theory of dementia care: personhood and well-being. In: *Ageing and Society* 12, S. 269–287. DOI: 10.1017/s0144686x0000502x.
- Kock, Felicitas (2014): Deutschlands erstes Demenzdorf - Eingezäunte Freiheit. In: *Süddeutsche Zeitung*, 05.09.2014. Online verfügbar unter <https://www.sueddeutsche.de/leben/deutschlands-erstes-demenzdorf-eingezaeunte-freiheit-1.2116704>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.



Köhler, Leonore; Meinke-Franze, Claudia; Hein, Jürgen; Fendrich, Konstanze; Heymann, Romy; Thyrian, Jochen René; Hoffmann, Wolfgang (2014): Does an interdisciplinary network improve dementia care? Results from the IDeMUck-study. In: *Current Alzheimer research* 11 (6), S. 538–548. DOI: 10.2174/1567205011666140618100727.

Köhler, Kerstin; Dreyer, Jan; Hochgraeber, Iris; von Kutzleben, Milena; Pinkert, Christiane; Roes, Martina; Holle, Bernhard (2021): Towards a middle-range theory of 'Stability of home-based care arrangements for people living with dementia' (SoCA-Dem): findings from a meta-study on mixed research. In: *BMJ open* 11 (4), e042515. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-042515.

Kok, Jeroen S.; Berg, Ina J.; Scherder, Erik J. A. (2013): Special care units and traditional care in dementia: relationship with behavior, cognition, functional status and quality of life - a review. In: *Dementia and geriatric cognitive disorders extra* 3 (1), S. 360–375. DOI: 10.1159/000353441.

Kok, Jeroen S.; Nielen, Marjan M. A.; Scherder, Erik J. A. (2018): Quality of life in small-scaled home-like nursing homes: an 8-month controlled trial. In: *Health and quality of life outcomes* 16 (1), S. 38. DOI: 10.1186/s12955-018-0853-7.

Kok, Jeroen S.; Oude Voshaar, Richard C.; Scherder, Erik J. A. (2020): Psychotropic drug use in residents with dementia living in small-scaled special care facilities; a longitudinal study. In: *Aging & mental health* 24 (4), S. 689–696. DOI: 10.1080/13607863.2019.1584784.

Kok, Jeroen S.; van Heuvelen, Marieke J. G.; Berg, Ina J.; Scherder, Erik J. A. (2016): Small scale home-like special care units and traditional special care units: effects on cognition in dementia; a longitudinal controlled intervention study. In: *BMC geriatrics* 16, S. 47. DOI: 10.1186/s12877-016-0222-5.

Kristiansand Kommune (o. J.): Strømmehaven. Online verfügbar unter <https://www.kristiansand.kommune.no/tema/strommehaven/>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Kuratorium Deutsche Altershilfe KDA (2015): Alternative Wohnformen. Online verfügbar unter <https://idw-online.de/de/news634317>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

La Meridiana (o. J.): IL PAESE RITROVATO. Online verfügbar unter [https://cooplameridiana.it/centri\\_e\\_servizi/paese-ritrovato/](https://cooplameridiana.it/centri_e_servizi/paese-ritrovato/), zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Lai, Claudia Ky; Yeung, Jonas Hm; Mok, Vincent; Chi, Iris (2009): Special care units for dementia individuals with behavioural problems. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (4), CD006470. DOI: 10.1002/14651858.CD006470.pub2.

Lauriks, Steve; Meiland, Franka; Osté, Johan P.; Hertogh, Cees; Dröes, Rose-Marie (2020): Effects of Assistive Home Technology on quality of life and falls of people with dementia and job satisfaction of caregivers: Results from a pilot randomized controlled trial. In: *Assistive technology: the official journal of RESNA* 32 (5), S. 243–250. DOI: 10.1080/10400435.2018.1531952.

Le Village Landais Alzheimer (o. J.): The research. Online verfügbar unter <https://villagealzheimer.landes.fr/en/the-research>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Lin, Shih-Yin (2017): 'Dementia-friendly communities' and being dementia friendly in healthcare settings. In: *Current opinion in psychiatry* 30 (2), S. 1–11. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000304.

Luttmer, Nina (2020): Ein Dorf für Demente. In: *Frankfurter Rundschau*, 06.06.2020. Online verfügbar unter <https://www.fr.de/wirtschaft/gesundheitswesen-dorf-demente-13789050.html>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Madama, Ilaria; Maino, Franca; Razetti, Federico (2019): Innovating long-term care policy in Italy from the bottom: confronting the challenge of inclusive local care environments in Lombardy and Piedmont. In: *Investigaciones Regionales – Journal of Regional Research* (44), S. 125–141. Online verfügbar unter <https://www.researchgate.net/publication/337547856> Innovating long-term care policy in Italy from the bottom confronting the challenge of inclusive local care environments in Lombardy and Piedmont, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Meyer, Saskia; Gräske, Johannes; Worch, Andreas; Wolf-Ostermann, Karin (2015): Nutritional status of care-dependent people with dementia in shared-housing arrangements—a one-year follow-up. In: *Scandinavian journal of caring sciences* 29 (4), S. 785–792. DOI: 10.1111/scs.12210.

Michalowsky, Bernhard; Flessa, Steffen; Eichler, Tilly; Hertel, Johannes; Dreier, Adina; Zwingmann, Ina et al. (2018): Healthcare utilization and costs in primary care patients with dementia: baseline results of the DelpHi-trial. In: *The European Journal of Health Economics* 19 (1), S. 87–102. DOI: 10.1007/s10198-017-0869-7

Michalowsky, Bernhard; Kaczynski, Anika; Hoffmann, Wolfgang (2019a): The economic and social burden of dementia diseases in Germany-A meta-analysis. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 62 (8), S. 981–992. DOI: 10.1007/s00103-019-02985-z.

Michalowsky, Bernhard; Xie, Feng; Eichler, Tilly; Hertel, Johannes; Kaczynski, Anika; Kilimann, Ingo et al. (2019b): Cost-effectiveness of a collaborative dementia care management—Results of a cluster-randomized controlled trial. In: *Alzheimer's & Dementia* 15 (10), S. 1296–1308. DOI: 10.1016/j.jalz.2019.05.008.

Moniz-Cook, E.; Vernooij-Dassen, M.; Woods, R.; Verhey, F.; Chattat, R.; Vugt, M. de et al. (2008): A European consensus on outcome measures for psychosocial intervention research in dementia care. In: *Aging & mental health* 12 (1), S. 14–29. DOI: 10.1080/13607860801919850.

Motivaction (2018): Groundbreaking Dutch idea changes the lives of seniors with severe dementia. Online verfügbar unter <https://www.motivaction.nl/en/news/press-release/groundbreaking-dutch-idea-changes-the-lives-of-seniors-with-severe-dementia>, zuletzt geprüft am 05.01.2022.

Nakanishi, Miharuru; Nakashima, Taeko; SAWAMURA, Kanae (2012): Quality of life of residents with dementia in a group-living situation An approach to creating small, homelike environments in traditional nursing homes in Japan. In: *Nihon Koshu Eisei Zasshi (JAPANESE JOURNAL OF PUBLIC HEALTH)* 59 (1), S. 3–10. DOI: 10.11236/jph.59.1\_3.

NewDirection Care (o. J.): Welcome to the world's first residential aged care microtown™ community. Online verfügbar unter <https://newdirectioncare.com.au/>, zuletzt geprüft am 10.12.2021

Nowaskie, Dustin; Carvell, Carly A.; Alder, Catherine A.; LaMantia, Michael A.; Gao, Sujuan; Brown, Steve et al. (2020): Care coordinator assistants: Job satisfaction and the importance of teamwork in delivering person-centered dementia care. In: *Dementia (London, England)* 19 (5), S. 1560–1572. DOI: 10.1177/1471301218802739.

Olson, Nancy L.; Albeni, Benedict C. (2021): Dementia-Friendly “Design”: Impact on COVID-19 Death Rates in Long-Term Care Facilities Around the World. In: *JAD* 81 (2), S. 427–450. DOI: 10.3233/JAD-210017.

Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. (2021): The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. In: *BMJ* 2021; 372: n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

Palmdorf, Sarah; Stark, Anna Lea; Nadolny, Stephan; Eliaß, Gerrit; Karlheim, Christoph; Kreisel, Stefan H. et al. (2021): Technology-Assisted Home Care for People With Dementia and Their Relatives: Scoping Review. In: *JMIR aging* 4 (1), e25307. DOI: 10.2196/25307.

Peoples, Hanne; Pedersen, Line Friis; Moestrup, Lene (2020): Creating a meaningful everyday life: Perceptions of relatives of people with dementia and healthcare professionals in the context of a Danish dementia village. In: *Dementia (London, England)* 19 (7), S. 2314–2331. DOI: 10.1177/1471301218820480.

Plejhjemsoversigten (o. J.): Tornhøjhaven, demens- og gerontopsykiatrisk plejhjem. Aalborg Kommune. Online verfügbar unter <https://plejhjemsoversigten.dk/da/Nordjylland/Aalborg-Kommune/Tornhojhaven>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Plempner, Burkhard (2018): Im Demenzdorf: ein Leben in der Illusion. Caritas.

Possin, Katherine L.; Merrilees, Jennifer J.; Dulaney, Sarah; Bonasera, Stephen J.; Chiong, Winston; Lee, Kirby et al. (2019): Effect of Collaborative Dementia Care via Telephone and Internet on Quality of Life, Caregiver Well-being, and Health Care Use: The Care Ecosystem Randomized Clinical Trial. In: *JAMA internal medicine* 179 (12), S. 1658–1667. DOI: 10.1001/jamainternmed.2019.4101.

Reilly, Siobhan; Miranda-Castillo, Claudia; Malouf, Reem; Hoe, Juanita; Toot, Sandeep; Challis, David; Orrell, Martin (2015): Case management approaches to home support for people with dementia. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 1 (1), CD008345. DOI: 10.1002/14651858.CD008345.pub2.

Reuben, David B.; Evertson, Leslie C.; Wenger, Neil S.; Serrano, Katherine; Chodosh, Joshua; Ercoli, Linda; Tan, Zaldy S. (2013): The University of California at Los Angeles Alzheimer's and Dementia Care program for comprehensive, coordinated, patient-centered care: preliminary data. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 61 (12), S. 2214–2218. DOI: 10.1111/jgs.12562.

Robert-Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) (2012): Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Unter Mitarbeit von J. Kuhn, Ziese, T und T. Lampert. RKI. Berlin.

Schaap, Feija D.; Dijkstra, Geke J.; Stewart, Roy E.; Finnema, Evelyn J.; Reijneveld, Sijmen A. (2019a): Effects of Dementia Care Mapping on well-being and quality of life of older people with intellectual disability: A quasi-experimental study. In: *Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID* 32 (4), S. 849–860. DOI: 10.1111/jar.12576.

Schaap, Feija D.; Finnema, Evelyn J.; Stewart, Roy E.; Dijkstra, Geke J.; Reijneveld, Sijmen A. (2019b): Effects of Dementia Care Mapping on job satisfaction and caring skills of staff caring for older people with intellectual disabilities: A quasi-experimental study. In: *Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID* 32 (5), S. 1228–1240. DOI: 10.1111/jar.12615.

Shannon, Kay; Bail, Kasia; Neville, Stephen (2019): Dementia-friendly community initiatives: An integrative review. In: *J Clin Nurs* 28 (11-12), S. 2035–2045. DOI: 10.1111/jocn.14746.

Shea, Beverley J.; Reeves, Barnaby C.; Wells, George; Thuku, Micere; Hamel, Candyce; Moran, Julian et al. (2017): AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. In: *BMJ* 358, j4008. DOI: 10.1136/bmj.j4008.

Statistisches Bundesamt (2020): Pflegestatistik 2019. im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Online verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf;jsessionid=1899D5B21AB08644452E911BBE95FF87.live711? blob=publication-File](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf;jsessionid=1899D5B21AB08644452E911BBE95FF87.live711?blob=publication-File), zuletzt geprüft am 17.09.2021.

Sterne, Jonathan A. C.; Hernán, Miguel A.; Reeves, Barnaby C.; Savović, Jelena; Berkman, Nancy D.; Viswanathan, Meera et al. (2016): ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. In: *BMJ* 355. DOI: 10.1136/bmj.i4919.

Sterne JAC, Savović J, Page MJ (2019): RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. In: *BMJ* (366), I4898. Online verfügbar unter <https://sites.google.com/site/riskofbiastool/welcome/rob-2-0-tool?authuser=0>, zuletzt geprüft am 10.12.2021

Stiefler, Susanne; Seibert, Kathrin; Wolf-Ostermann, Karin (2020): Gesundheitsbezogene Versorgungsergebnisse in ambulant betreuten Wohngemeinschaften – Ergebnisse eines Rapid Reviews. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 53 (6), S. 513–521. DOI: 10.1007/s00391-020-01705-6.

Stiftung Töneböen am See (o. J.): Töneböen am See - Lebensraum für Menschen mit Demenz. Online verfügbar unter <https://www.toeneboen-stiftung.de/leistungen/vollstationaere-pflege/toeneboen-am-see/index.html>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Teti, Andrea (2015): Wohnen im Alter: Versorgungsformen in der Pflege. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß und Antje Schwinger (Hg.): *Pflege-Report 2015. „Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“*. Stuttgart: Schattauer, S. 15–26. Online verfügbar unter [https://smt-pauth.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen\\_Produkte/Buchreihen/Pflegereport/2015/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido\\_pr2015\\_kap02.pdf](https://smt-pauth.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Pflegereport/2015/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_pr2015_kap02.pdf).

The CARE Village (o. J.): The CARE Village. Online verfügbar unter <https://thecarevillage.co.nz/>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

The Village Langley (o. J.): The Village Langley. Online verfügbar unter <https://www.thevillagelangley.com/>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Thyrian, Jochen René; Hertel, Johannes; Wucherer, Diana; Eichler, Tilly; Michalowsky, Bernhard; Dreier-Wolfgramm, Adina et al. (2017): Effectiveness and Safety of Dementia Care Management in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. In: *JAMA Psychiatry* 74 (10), S. 996–1004. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2124.

Tinker, A., Ginn, J., Ribe, E. (2013): Assisted living platform - the long term care revolution: A study of innovative models to support older people with disabilities in the Netherlands. In: *Housing Learning and Improvement Network*. Online verfügbar unter <https://ifa.ngo/wp-content/uploads/2013/11/HLIN-Case-Study76-Netherlands.pdf>, zuletzt geprüft am 20.09.2021.

Töneböen Stiftung (2021): Töneböen am See. Lebensraum für Menschen mit Demenz. Online verfügbar unter <https://www.toeneboen-stiftung.de/leistungen/vollstationaere-pflege/toeneboen-am-see/index.htm>, zuletzt geprüft am 20.09.2021.

Torkamani, Mariam; McDonald, Louise; Saez Aguayo, Ignasi; Kanios, Christos; Katsanou, Maria-Nefeli; Madeley, Laura et al. (2014): A randomized controlled pilot study to evaluate a technology platform for the assisted living of people with dementia and their carers. In: *Journal of Alzheimer's disease: JAD* 41 (2), S. 515–523. DOI: 10.3233/JAD-132156.

Ura, Chiaki; Okamura, Tsuyoshi; Yamazaki, Sachiko; Shimmei, Masaya; Torishima, Keisuke; Eboshida, Akira; Kawamuro, Yu (2021): Rice farming care as a novel method of green care farm in East Asian context: an implementation research. In: *BMC geriatrics* 21 (1), S. 237. DOI: 10.1186/s12877-021-02181-2.

Vinick, Devora (2019): Dementia-friendly design: Hogeweyk and beyond. In: *British Journal of General Practice*, S. 300.

Vivium zorggroep (o. J.): De Hogeweyk in Weesp. Online verfügbar unter <https://www.vivium.nl/verpleeghuis-dementie-hogeweyk-de-hogeweyk-weesp>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Wetzstein, M.; Rommel, A.; Lange, C. (2015): Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. In: *GBE Kompakt* 6 (3). Online verfügbar unter <https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/3137/3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, zuletzt geprüft am 01.10.2018.

Weyerer, Siegfried Prof. Dr.; Schäufele, Martina Dr.; Hendlmeier, Ingrid; Kofahl, Christopher; Sattel, Heribert; Jantzen, Bettina; Schumacher, Petra (2004): Evaluation der Besonderen Stationären Dementenbetreuung in Hamburg. Projektförderung BMFSFJ, BSF.

Woods, Bob; O'Philbin, Laura; Farrell, Emma M.; Spector, Aimee E.; Orrell, Martin (2018): Reminiscence therapy for dementia. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 3, CD001120. DOI: 10.1002/14651858.CD001120.pub3.

World Health Organization (2017): Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025.

Ziegler, Andreas; Antes, Gerd; König, Inke R. (2009): Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA Statement.

Zurmühlen, Veronika (2012): Das Demenzdorf "De Hogeweyk". Hg. v. BPA - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Online verfügbar unter [https://www.bpa.de/fileadmin/user\\_upload/MAIN-dateien/NW/Veronika\\_Zurmuehlen\\_De\\_Hogeweyk\\_Das\\_Demenzdorf\\_.pdf](https://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/NW/Veronika_Zurmuehlen_De_Hogeweyk_Das_Demenzdorf_.pdf), zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Zwingmann, I.; Hoffmann, W.; Michalowsky, B.; Dreier-Wolfgramm, A.; Hertel, J.; Wucherer, D. et al. (2018): Supporting family dementia caregivers: testing the efficacy of dementia care management on multifaceted caregivers' burdens. In: *Aging & mental health* 22 (7), S. 889–896. DOI: 10.1080/13607863.2017.1399341.

## 10 Anhang

### 10.1 Anhang 1: Datenbankspezifische Suchstrings

#### 10.1.1 PubMed

Suchstring	Trefferzahl (Stichtag: 22.09.2021)
<b>Suchstrings für segregative Versorgungsansätze</b>	
("Dementia"[Title/Abstract] OR "alzheimers disease"[Title/Abstract] OR "alzheimer's disease"[Title/Abstract] OR "Informal caregiver"[Title/Abstract] OR "Informal care"[Title/Abstract] OR "informal carers"[Title/Abstract] OR "family carers"[Title/Abstract] OR "family caregivers"[Title/Abstract] OR "friends"[Title/Abstract] OR "family"[Title/Abstract] OR "spouse"[Title/Abstract] OR "partner"[Title/Abstract] OR "husband"[Title/Abstract] OR "wife"[Title/Abstract] OR "wives"[Title/Abstract] OR "relatives"[Title/Abstract] OR "professional caregiver"[Title/Abstract] OR "professional care"[Title/Abstract] OR "nurses"[Title/Abstract] OR "nursing staff"[All Fields] OR "nurse"[All Fields]) AND ("outcome"[Title/Abstract] OR effect* [Title/Abstract] OR "effectiveness"[Title/Abstract] OR "evaluation"[Title/Abstract] OR "assessment"[Title/Abstract] OR "review"[Title/Abstract] OR "quality"[Title/Abstract] OR "impact"[Title/Abstract]) AND ("dementia village"[Title/Abstract] OR "nursing home care environments"[Title/Abstract] OR "special care units"[Title/Abstract] OR "home like environment"[Title/Abstract] OR "green home"[Title/Abstract] OR "green house"[Title/Abstract] OR "shared housing arrangements"[Title/Abstract] OR "green care farm"[Title/Abstract] OR "hogeweyk"[Title/Abstract])) AND (2011:2021[pdat]) AND (english[Filter] OR german[Filter])	116
<b>Suchstrings für integrative Versorgungsansätze</b>	
("dementia friendly community"[Title/Abstract] OR "dementia friendly communities"[Title/Abstract] OR "dementia friendly environment"[Title/Abstract] OR "dementia care manager"[Title/Abstract] OR "dementia care management"[Title/Abstract] OR "Residential community"[Title/Abstract] OR "Assisted living"[Title/Abstract] OR "Service living"[Title/Abstract] OR "Green house" [Title/Abstract] OR "green home"[Title/Abstract] OR "Shared living arrangements"[Title/Abstract] OR "Shared housing"[Title/Abstract] OR "Group living"[Title/Abstract] OR "Woodside place"[Title/Abstract] OR "ambient assisted living"[Title/Abstract]) AND ("Dementia"[Title/Abstract] OR "alzheimers disease"[Title/Abstract] OR "alzheimer's disease"[Title/Abstract] OR "Informal caregiver"[Title/Abstract] OR "Informal care"[Title/Abstract] OR "informal carers"[Title/Abstract] OR "family carers"[Title/Abstract] OR "family caregivers"[Title/Abstract] OR	582

<p>"friends"[Title/Abstract] OR "family"[Title/Abstract] OR "spouse"[Title/Abstract] OR "partner"[Title/Abstract] OR "husband"[Title/Abstract] OR "wife"[Title/Abstract] OR "wives"[Title/Abstract] OR "relatives"[Title/Abstract] OR "professional caregiver"[Title/Abstract] OR "professional care"[Title/Abstract] OR "nurses"[Title/Abstract] OR "nursing staff"[All Fields] OR "nurse"[All Fields]) AND ("outcome"[Title/Abstract] OR effect*[Title/Abstract] OR "effectiveness"[Title/Abstract] OR "evaluation"[Title/Abstract] OR "assessment"[Title/Abstract] OR "quality"[Title/Abstract] OR "review"[Title/Abstract] OR "impact"[Title/Abstract])) AND (y_10[Filter]) AND (english[Filter] OR german[Filter])</p>	
---	--

### 10.1.2 CINAHL

Suchstring	Trefferzahl (Stichtag: 22.09.2021)
<b>Suchstring für segregative Versorgungsansätze</b>	
<p>(AB "dementia village" OR AB "nursing home care environments" OR AB "special care units" OR AB "home like environments" OR AB "green homes" OR AB "green houses" OR AB "shared housing arrangements" OR AB "flat sharing" OR AB "shared living arrangements" OR AB "green care farms" OR AB hogewey)</p> <p>AND</p> <p>(AB outcomes OR AB effects OR AB effectiveness OR AB evaluation OR AB assessment OR AB review OR AB impact OR AB quality OR AB costs)</p> <p>AND</p> <p>(AB dementia OR AB alzheimer's disease OR AB "informal care" OR AB (informal caregivers or family caregivers or informal carers or family carers) OR AB friends OR AB family OR AB (spouse or partner or wife or wives or husband) OR AB (relatives or family) OR AB "professional care" OR AB professional caregivers OR AB (nurses or nursing staff or nurse)</p> <p>AND</p> <p>Limiters - Published Date: 20110101-20211231</p>	84
<b>Suchstring für integrative Versorgungsansätze</b>	
<p>AB "dementia friendly communit*" OR AB "woodside place" OR AB "dementia friendly environments" OR AB "dementia care manager" OR AB "dementia care management" OR AB "local care networks" OR AB "dementia network" OR AB "Care Navigator" OR AB "Care Coordinator" OR AB "Residential communit*" OR AB "assisted living" OR AB "service living" OR AB ("green house" or "green homes" ) OR AB "ambient assisted living" OR AB "group homes" OR AB "shared living arrangements" )</p>	490

AND

(AB outcomes OR AB effects OR AB effectiveness OR AB evaluation OR AB assessment OR AB review OR AB impact OR AB quality OR AB costs )

AND

(AB dementia OR AB alzheimer's disease OR AB "informal care" OR AB (informal caregivers or family caregivers or informal carers or family carers ) OR AB friends OR AB family OR AB ( spouse or partner or wife or wives or husband ) OR AB ( relatives or family ) OR AB "professional care" OR AB professional caregivers OR AB ( nurses or nursing staff or nurse)

AND

Limiters - Published Date: 20110101-20211231



## 10.2 Anhang 2: Risk of Bias Bewertung

### 10.2.1 Risk of Bias (RoB) Bewertung Interventionsstudien & Beobachtungsstudien

Signalfragen:

- *Confounding*: Gibt es Hinweise auf Confounding des Effekts der Intervention? Ja/Nein/unklar
- *Selektion der TN (Selektionsbias)*: Wurde das Studienkollektiv auf Basis von Charakteristika, die nach Start der Intervention beobachtet wurden, ausgewählt? Ja/Nein/unklar
- *Klassifizierung der Interventionen*: Wurden Interventionen & Interventionsgruppen klar definiert? Ja/Nein/unklar
- *Abweichung von intendierter Intervention*: Gab es Abweichungen von der Intendierten Intervention über das zu erwartenden Maß hinaus? Ja/Nein/unklar
- *fehlende Daten*: Waren Outcome-Daten für alle/fast alle TN verfügbar? Ja/Nein/unklar
- *Messung der Outcomes*: Kann die Outcome-Messung durch Wissen über die Intervention beeinflusst worden sein? Ja/Nein/unklar
- *Selektion der berichteten Ergebnisse*: Stimmen die berichteten Ergebnisse mit den geplanten/intendierten Outcomes überein? Ja/Nein/unklar

Risk of Bias (RoB) Bewertung Interventionsstudien & Beobachtungsstudien (RoB & ROBINS-I Tool Cochrane)

			RoB Domänen							
			Confounding Ja/Nein/un- klar	Selektion der TN (Selektions- bias) Ja/Nein/unklar	Klassifizierung der Interven- tionen Ja/Nein/unklar	Abweichung von intendier- ter Interven- tion Ja/Nein/un- klar	fehlende Da- ten Ja/Nein/un- klar	Messung der Outcomes Ja/Nein/un- klar	Selektion der berichteten Ergebnisse Ja/Nein/un- klar r	Risk of Bias (RoB) insgesamt (niedrig, mode- rat, schwerwie- gend, kritisch)
Nr.	Autor	Titel								
1	de Boer et al. (2017)	Quality of care and quality of life of people with dementia living at green care farms: a cross-sectional study.	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Niedriges RoB
2	Kok et al. (2016)	Small scale home-like special care units and traditional special care units: effects on cognition in dementia; a longitudinal controlled intervention study.	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	unklar	Ja	moderates RoB
3	Michalowsky B,et al.. (2019)	Cost-effectiveness of a collaborative dementia care management-Results of a cluster-randomized controlled trial	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Niedriges RoB

4	Köhler L et al. (2014).	Does an interdisciplinary network improve dementia care? Results from the IDemUck-study	Ja	Nein	Ja	unklar	Nein	Ja	Ja	moderates RoB
5	Torkamani M et al. (2014)	A randomized controlled pilot study to evaluate a technology platform for the assisted living of people with dementia and their carers	Nein	Nein	Ja	Nein	unklar	Ja	Ja	moderates RoB
6	Thyrian, J et al. (2017)	Effectiveness and Safety of Dementia Care Management in Primary Care: A Randomized Clinical Trial.	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Niedriges RoB
7	Kok et al. (2020)	Psychotropic drug use in residents with dementia living in small-scaled special care facilities; a longitudinal study.	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	unklar	Ja	moderates RoB

8	Zwingmann, I. (2018)	Supporting family dementia caregivers: testing the efficacy of dementia care management on multifaceted caregivers' burdens.	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Niedriges RoB
9	Aldbrecht L et al. (2021b)	Engagement in purposeful activities and social interactions amongst persons with dementia in special care units compared to traditional nursing homes: An observational study	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Niedriges RoB
10	Meyer, S et al. (2015)	Nutritional status of care-dependent people with dementia in shared-housing arrangements - a one-year follow-up.	Nein	unklar	unklar bzw. keine KG	Nein	Ja	unklar	Ja	moderates RoB
11	Possin, K et al. (2019)	Effect of Collaborative Dementia Care via Telephone and Internet on Quality of Life, Caregiver Well-being, and	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Niedriges RoB

		Health Care Use: The Care Ecosystem Randomized Clinical Trial.								
12	Lauriks, S et al. (2020)	Effects of Assistive Home Technology on quality of life and falls of people with dementia and job satisfaction of caregivers: Results from a pilot randomized controlled trial.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	moderates RoB

## 10.2.2 Risk of Bias (RoB) Bewertung systematische Reviews von (non-)randomisierten Studien

### Risk of Bias (RoB) Bewertung systematische Reviews von (non-)randomisierten Studien (Auswahl aus AMSTAR-Checklist)

Nr.	Autor	Titel	Wird die syst. Recherche inkl. Einschluss-/Ausschlusskriterien nachvollziehbar dargestellt? Ja/Nein	Wurde das RoB in den eingeschlossenen Studien untersucht? Ja/Nein	Wurde dem RoB in der Interpretation & Diskussion Sorge getragen? Ja/Nein	Werden Erklärungen für heterogene Ergebnisse innerhalb des Studiensamples diskutiert? Ja/Nein	RoB insgesamt
1	Ausserhofer D et al. (2016)	There's No Place Like Home: A Scoping Review on the Impact of Homelike Residential Care Models on Resident-, Family-, and Staff-Related Outcomes	Ja	Nicht mit einem validierten Tool --> Nein	Nein	Ja	moderates RoB
2	Stiefler S (2020)	[Health-related outcomes in shared-housing arrangements-results of a rapid review]	Ja	Nicht mit einem validierten Tool --> Nein	Ja	Ja	moderates RoB
3	Adlbrecht L (2021a)	Social interactions of persons with dementia living in special care units in long-term care: A mixed-methods systematic review.	Ja	Ja	Ja	Ja	niedriges RoB
4	Anderiesen H et al. (2014)	A systematic review--physical activity in dementia: the influence of the nursing home environment	Ja	Ja	Ja	Ja	niedriges RoB
5	Gettel CJ et al. (2021)	Dementia Care, Fall Detection, and Ambient-Assisted Living Technologies Help Older Adults Age in Place: A Scoping Review	Ja	Nein	Nein	Ja	moderates RoB

### 10.2.3 Eingeschlossene deskriptive Literatur mit niedrigerem Evidenzgrad (z. B. Literaturreviews, Survey Erhebungen)

Eingeschlossene deskriptive Literatur mit niedrigerem Evidenzgrad (z. B. Literaturreviews, Survey Erhebungen)				
Nr.	Autor	Titel	Methodik	RoB insgesamt
1	Bortnick (2017)	An Ecological Framework to Support Small-Scale Shared Housing for Persons with Neurocognitive Disorders of the Alzheimer's and Related Types: A Literature Review.	Literaturreview	schwerwiegendes bis krit. RoB möglich
2	Jennings L, et al. (2019)	The Effect of a Comprehensive Dementia Care Management Program on End-of-Life Care	deskriptive Studie	schwerwiegendes bis krit. RoB möglich
3	Kok et al (2013)	Special care units and traditional care in dementia: relationship with behavior, cognition, functional status and quality of life - a review	Literaturreview	schwerwiegendes RoB möglich
4	Darlington, N et al. (2021)	A survey of the experience of living with dementia in a dementia-friendly community.	Survey Erhebung	schwerwiegendes bis krit. RoB möglich
5	Nowaskie, D et al. (2020)	Care coordinator assistants: Job satisfaction and the importance of teamwork in delivering person-centered dementia care.	Survey Erhebung & qualitative Analyse von Fallberichten	schwerwiegendes bis krit. RoB möglich

### 10.3 Anhang 3: Ergebnisse eingeschlossene Studien: quantitative Auswertung

Nr.	Autor	Forschungsgegenstand	Outcome Parameter	Ergebnisse
1	Bortnick, K (2017)	Review: Untersuchung der Effektivität von Demenz-Wohngemeinschaften ggü. traditionellen Pflegeeinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kognitive Funktionen,</li> <li>- die Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens umzusetzen,</li> <li>- sinnvolle Nutzung von Zeit &amp; sozialem Verhalten,</li> <li>- Balance zwischen positiven Emotionen &amp; negativen emotionalen Outcomes,</li> <li>- Lebensqualität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- -im Vergleich zu TN aus traditionellen Langzeitpflegeeinrichtungen, bei Bewohnerinnen und Bewohnern von WGs inkrementelle Verbesserung bei vielen Leistungsindikatoren</li> <li>- Aber: kein eindeutiger Nachweis, dass WGs besser als trad. Pflegeeinrichtungen sind --&gt; in den meisten Studien Tendenz in Richtung einer besseren Leistung (objektiv bewertet und subjektiv beobachtet)</li> <li>- Tendenz: WGs sind besonders in frühen Stadien sinnvoll für Ausübung von alltäglichen Aufgaben</li> <li>- Charakteristika, wie „Homelike (Einrichtung, gemeinsam Kochen, Pflegepersonal unterstützt bei Haushalt, Tagesstruktur (z. B. aufstehen, wann man möchte) &amp; Aktivierung</li> </ul>



2	de Boer, B et al. (2017)	<p>Beobachtungsstudie (Querschnittsdesign): Untersuchung der Effektivität von 24h-Green Care Farms (GCFs) im Vergleich zur traditionellen Versorgung in Pflegeeinrichtungen (reguläre kleine SCUs, trad. Pflegeheime)</p> <p>3 Untersuchungsgruppen:  Interventionsgruppe (IG) = GCF  Kontrollgruppe 1 (KG1) = kleine SCU  Kontrollgruppe 2 (KG2) = trad. Pflegeeinrichtung</p>	<p>Qualität der Pflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Outcome Indikatoren</i>: Stürze, Druckgeschwüre, Unterernährung, Verwendung von Psychopharmaka, Anwendung von Zwangsmaßnahmen</li> <li>- <i>Struktur Indikatoren</i>: Arbeitsstunden pro Bewohner*in pro Tag (HPRD); Ausbildungslevel des Pflegepersonals</li> <li>- <i>Prozess Indikatoren</i>: Vorhandensein, Zugänglichkeit &amp; Inhalt von Protokollen über Pflegeleistungen.</li> </ul> <p>Lebensqualität &amp; damit zusammenhängende Outcomes: Lebensqualität, Soziales Verhalten, Verhaltensauffälligkeiten, <i>Unruhe/Agitation, Depressionen</i> (unterschiedliche, validierte Mess-Instrumente)</p>	<p>Qualität der Pflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Outcome Indikatoren</i>: keine signifikanten Unterschiede</li> <li>- <i>Struktur Indikatoren</i>: mehr Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten/Pflegehelferinnen-Assistentinnen und Pflegehelfer-Assistenten (weniger als 2 Jahre Ausbildung) &amp; beruflich ausgebildete Pflegekräfte (mind. 4 Jahre Ausbildung) in GCFs &amp; traditionellen Pflegeheimen als in reg. kleinen Wohneinrichtungen (mehr zertifizierte Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (2-3 Jahre Ausbildung))</li> <li>- <i>-Prozess Indikatoren</i>: alle Arten von Pflegeheimen verfügten über vergleichbare Protokolle, Zugänglichkeit &amp; Inhalt unterschieden sich nur geringfügig.</li> </ul> <p>Quality of Life:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>QoL-AD</i>: kein signifikanter Unterschied zwischen GCFs &amp; den anderen Arten von Pflegeheimen, aber bedeutender Unterschied (3 oder mehr Punkte) zwischen Bewohnenden von GCF &amp; Bewohnenden von trad. Pflegeheimen</li> <li>- <i>Qualidem</i>: in 3 Qualidem-Bereichen GCF-Bewohnende erzielten höhere Werte als die Bewohnenden trad. Pflegeheime: positiver Affekt, soziale Beziehungen &amp; „etwas zu tun haben“ (<math>p &lt; 0,05</math>, <math>ES &gt; 0,7</math>).</li> <li>- Bewohnende GCF &amp; reg. kleinen SCUs hatten insgesamt ähnliche Werte bei Lebensqualität &amp; den damit verbundenen Outcomes</li> </ul>
---	--------------------------	---	---	--

3	Kok, J et al. (2016)	<p>Interventionsstudie (quasi experimentelle nicht-randomisierte kontrollierte Studie): Vergleich bestimmter kognitiver Funktionen von MmD (moderat bis schwere Formen) in IG: kleinen, "homelike" SCUs &amp; KG: regulären SCUs</p> <p>T1: Baseline, T2: Post-Umzug, T3: Follow-Up nach 6 Monaten)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stimmung,</li> <li>- kognitive Funktionen (z. B. verbales &amp; visuelles Gedächtnis, Sprache (z. B. Wortfindung), ideomotorische &amp; ideationale Praxis (Gebrauch von Gegenständen &amp; Imitierung von Gesten etc.)),</li> <li>- exekutive Funktionen: exekutive Kontrolle, Fähigkeit und Geschwindigkeit der Suche im semantischen Gedächtnis</li> <li>- visuelle Wahrnehmung</li> <li>- Beobachtung kognitiver Funktionen mittels Fragebogentools durch professionell &amp; Informell Pflegende</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effekte deuten auf einen positiven Einfluss von kleineren "homelike" SCUs auf kognitive Funktionen, vor allem in Bezug auf das visuelle Gedächtnis und das Wiedererkennen von Bildern hin</li> <li>- Beobachtungen der gesetzlichen Vertreterinnen und gesetzlichen Vertreter/Angehörigen zeigten ähnliche Tendenzen</li> <li>- MmD aus IG: Verbesserung der Leistungen in geringem Maße, während MmD aus KG auf demselben Niveau verblieben bzw. in geringem Maße eine Verschlechterung erfuhren (erwartbar bei Patientinnen und Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Demenz)</li> </ul>
4	Kok, J et al. (2020)	<p>nicht-randomisierte kontrollierte Studie: Vergleich Veränderung Psychopharmaka-Gebrauch von MmD (moderat bis schwere Formen) in IG: kleinen, "homelike" SCUs &amp; KG: regulären SCUs</p> <p>T1: Baseline, T2: Post-Umzug, T3: Follow-Up nach 6 Monaten:</p>	Gebrauch von Psychopharmaka (aus der Patientenakte entnommen)	kein relevanter Unterschied der Dosierungen aller Kategorien von Medikamenten für das zentrale Nervensystem, leichter Anstieg des Psychopharmaka Konsums in IG

5	Michalowsky, B et al. (2019)	<p>Interventionsstudie: Cluster-RCT:          Untersuchung der Kosten-Effektivität eines DCM-Ansatzes im Vergleich zu normaler Versorgung; Untersuchung der Unterschiede der Kosten-Effektivität des DCM-Ansatz zwischen alleinlebenden MmD und nicht-alleinlebenden MmD (DelpHi-Studie in Mecklenburg-Vorpommern)          IG: MmD in DCM Programm          KG: MmD in regulärer Versorgung          T1 = Baseline          T2 = nach 12 Monaten          T3 = nach 24 Monaten</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht, Lebenssituation)</li> <li>- Klinische Daten: kognitive Beeinträchtigung, Komorbidität, Depression, Defizite im alltäglichen Leben</li> <li>- gesundheitsbezogene Lebensqualität</li> <li>- retrospektive Überprüfung Inanspruchnahme Gesundheitsressourcen &amp; Kosten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Vergleich zur üblichen Versorgung war das DCM nach 24 Monaten mit höheren QALYs &amp; geringeren Kosten (24.046 Euro vs. 24.615 Euro) verbunden</li> <li>- Höhere Kosten für Medikamente bei DCM, aber in allen anderen Bereichen (vor allem Krankenhauseinweisungen &amp; amb. Pflegeleistungen) geringere Kosten bei DCM</li> <li>- 7 Monate spätere Institutionalisierung der MmD aus IG</li> <li>- DCM vor allem in den Anfangsstadien der Demenz untersucht, Einfluss bei späteren Stadien noch unklar</li> </ul>
6	Thyrian, J et al. (2017)	<p>Interventionsstudie (cluster- RCT):          Untersuchung der Effektivität von DCM auf patienten- &amp; pflegendenorientierte Outcomes im Vergleich zur normalen Versorgung: (DelpHi-Studie in MV)          IG: MmD &amp; informell Pflegenden in DCM Programm          KG: MmD &amp; informell Pflegenden in regulärer Versorgung          T1 = Baseline          T2 = nach 12 Monaten          T3 = nach 24 Monaten</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lebensqualität (LQ) MmD</li> <li>- Belastung der Pflegeperson</li> <li>- behaviorale &amp; psychologische Symptome MmD</li> <li>- Pharmakotherapie mit Antidementiva Einsatz von potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM)</li> <li>- sekundäre Outcomes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o kognitiver Status</li> <li>o Aktivitäten des tägl. Lebens</li> <li>o Inanspruchnahme von Ressourcen des Gesundheitswesens (vor allem Institutionalisierung)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückgang verhaltensbezogener und psychologischer Demenzsymptome &amp; Belastung der Pflegepersonen in IG im Vergleich zu KG</li> <li>- MmD in IG bekamen eher Antidementiva als MmD in KG kein Effekt auf LQ &amp; PIM</li> <li>- sekundäre Outcomes: höhere LQ in IG, wenn MmD nicht alleine lebten, restliche Outcomes: keine Unterschiede</li> </ul>

7	Zwingmann, I et al. (2018)	<p>Sekundäranalyse auf Basis cluster-randomisierter Interventionsstudie: Untersuchung der Wirkung von DCM auf die Belastung der informell Pflegenden, Unterscheidung zwischen objektiver und subjektiver Belastung (DelpHi-Studie in MV)</p> <p>IG: informell Pflegende in DCM Programm</p> <p>KG: informell Pflegende in regulärer Versorgung</p>	<p>Pflegeperson: Alter, Geschlecht, Beziehung zu MmD, Bildungslevel, Beschäftigungsstatus, Belastung Pflegende (objektiv/subjektiv)</p> <p>MmD: Alter, Geschlecht, Lebenssituation (allein/nicht allein), Partnerschaft, kognitiver Status</p>	<p>statistisch signifikante Effekte von DCM auf mehrere Dimensionen der Belastung der Pflegenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gleichbleibende oder geringere <ul style="list-style-type: none"> <li>o objektive Belastung der Pflegenden durch die Pflege (d. h. emotionale Unterstützung),</li> <li>o subjektiven Belastung der Pflegenden durch Verhaltensänderungen (d. h. Kognition, Aggression und Widerstand, Depression, späte Symptome) &amp; wahrgenommenen Konflikten zwischen Bedürfnissen</li> <li>o Verantwortlichkeiten bei der Pflege (d. h. finanzielle Verluste) im Vergleich zu den Pflegenden in der Kontrollgruppe</li> </ul> </li> </ul> <p>KG: nach 12 Monaten eine signifikante Zunahme dieser Dimensionen der Belastung der Pflegenden</p>
8	Jennings, L.A. et al. (2019)	<p>retrospektive deskriptive Kohorten-Studie: Untersuchung eines Dementia Care Co-Management Modells für die Versorgung am Lebensende</p> <p>Untersuchungsgruppe (UG): 322 Verstorbene, die über einen Zeitraum von vier Jahren (1. Juli 2012 bis 30. Juni 2016) in einem DCM-Programm waren</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokumentation von Gesprächen über Pflegeziele; Dokumentation eines identifizierten stellvertretenden Entscheidungsträgers;</li> <li>- Vorab-Präferenzen in Bezug auf Herz-Lungen Wiederbelebung (HLW),</li> <li>- medizinische Eingriffe und künstliche Ernährung, einschließlich der Verwendung von Ernährungssonden; Verwendung des POLST (Portable Medical Orders);</li> <li>- Hospizgespräche, -konsultationen und -einschreibung; Ort des Todes.</li> <li>- Krankenhausaufenthalte, der Dauer des Krankenhausaufenthalts, der Aufenthalte auf der Intensivstation &amp; der Besuche in der Notaufnahme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TN in hohem Maße an der Pflegeplanung beteiligt, hohe Nutzung Hospize, wenig Akutpflege, weniger aggressive Pflege, einschließlich keiner HLW (88 %), begrenzter medizinischer Eingriffe oder Komfortpflege (83 %) und begrenzter oder keiner künstlichen Ernährung (89 %). Die Versorgung in den letzten 6 Lebensmonaten stimmte weitgehend mit den weniger aggressiven Präferenzen überein, einschließlich weniger Personen mit Intensiv-aufenthalten (5 %) oder wiederholten Krankenhausaufenthalten (18 %), einer hohen Rate an Hospizaufenthalten (69 %) und der Mehrheit (66 %) der Patienten, die zu Hause starben.</li> <li>- Vergleich zu care-as-usual: höhere Hospitalisierungs-raten, Mehrheit stirbt im Krankenhaus/Pflegeheim, Patientinnen und Patienten erhalten belastende Behandlungen</li> </ul>

9	Köhler, L et al. (2014)	<p>prospektive kontrollierte Interventionsstudie: quantitative Evaluation eines bereits bestehenden Demenz-Netzwerks in der Uckermark im Hinblick auf Diagnosestellung, Behandlungsbedarf, Medikation, Lebensqualität, Belastung von Pflegepersonen.</p> <p>IG: kollaborative Pflege im Netzwerk          KG: med. Pflege "care as usual"</p> <p>T1 = Baseline-Assessment: Befragung MmD bzw. informelle Pflegepersonen          T2 = 6 (KG)-12 (IG) Monate nach T1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soziodemografische Merkmale,</li> <li>- gesundheitsbezogene Lebensqualität</li> <li>- Aktivitäten des täglichen Lebens</li> <li>- Belastung der Pflegeperson</li> <li>- Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigung</li> <li>- Inanspruchnahme von medizinischer Behandlung &amp; Pharmakotherapie (von Pflegepersonen bzw. MmD erhoben)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- messbare Vorteile in Bezug auf die Überweisung an einen Spezialisten/eine Spezialistin &amp; die Bereitstellung von demenzspezifischen Medikamenten</li> <li>- keine stat. Signifikanz bei Wirkungen in Bezug auf Autonomie, die gesundheitsbezogene Lebensqualität &amp; Belastung der Pflegepersonen</li> </ul>
10	Tor-kamani, M et al. (2014)	<p>Interventionsstudie (Pilot-RCT): Evaluation einer telemedizinischen Informations- &amp; Unterstützungs-Plattform (ALADDIN) für MmD &amp; ihre Pflegeperson zur Reduzierung der Belastung und des Stresses der Pflegepersonen, zur Steigerung der Lebensqualität</p> <p>IG (ALADDIN): MmD &amp; ihre informell Pflegenden          KG (Care-as-usual): MmD &amp; ihre informell Pflegenden</p> <p>1:1 Randomisierung          T1: Baseline Assessment Belastung der Pflegepersonen          T2: 3 Monate          T3: 6 Monate</p>	<p>Pflegepersonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- von Pflegenden empfundene Belastung durch Pflege</li> <li>- Auftreten von psychiatrischen und Verhaltensproblemen der MmD</li> <li>- somatische, kognitive, affektive &amp; behaviorale Aspekte Depression</li> <li>- Lebensqualität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keine signifikanten Ergebnisse, aber im Vergleich Verbesserung LQ von pflegenden Angehörigen, die ALADDIN nutzten, im Durchschnitt, ebenso Belastungen &amp; Distress</li> <li>- positive Rückmeldungen zur Plattform im Hinblick auf die Eignung</li> <li>- signifikant mehr Personen mit schwerer Demenz in IG</li> </ul>

11	Ausserhofer, D et al. (2016)	Scoping Review: Auswirkungen von drei verschiedenen Arten von "homelike" Pflegeeinrichtungen (d. h. Eden Alternative, nicht demenzspezifische und demenzspezifische kleinere Wohneinrichtungen) auf die bewohnenden-, familien- und personalbezogenen Ergebnisse im Vergleich zu traditionellen Pflegeheimen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>physische Outcomes</i> (z. B. physische &amp; kognitive Funktionen, Stürze, Ernährungsstatus)</li> <li>- <i>psychosoziale Outcomes</i> (z. B. Stimmung, Lebensqualität, Bewohnenden-Zufriedenheit, Verhalten, Einnahme von psychotropen Medikamenten)</li> <li>- <i>Familienbezogene Outcomes</i> (z. B. Zufriedenheit, Belastung, Einschätzung der Kompetenz des Pflegepersonals, Kommunikation mit Pflegepersonal)</li> <li>- <i>personalbezogene Outcomes</i> (z. B. Qualität des Arbeitslebens, Job-Zufriedenheit, Motivation, Burnout/arbeitsbezogene Probleme in Verbindung mit mentaler Gesundheit)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergebnisse in Studien insgesamt heterogen</li> <li>- Evidenz, dass MmD in demenzspezifischen "homelike" Einrichtungen in Bezug auf physische Funktionen profitieren. Keine weiteren signifikanten Erkenntnisse für MmD</li> <li>- Keine Belege für höhere Zufriedenheit mit der Pflege (Angehörige) oder eine geringere Belastung bzw. einen geringeren Stress der Pflegekräfte im Vergleich zu den traditionellen stationären Einrichtungen.</li> </ul>
12	Stiefler, S et al. (2020)	Rapid Review: Untersuchung der Effektivität kleinräumiger Wohnformen/ambulanter Wohngemeinschaften im Vergleich zu traditioneller Versorgung in Pflegeeinrichtungen	<p>Gesundheitsbezogene Outcomes, bspw.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- funktionale und kognitive Aspekte der Bewohnerinnen und Bewohner</li> <li>- Lebensqualität</li> <li>- soziale Aspekte, wie Teilhabe</li> <li>- Orientierung der gefundenen Outcomes am europäischen Konsens zu Outcome-Messungen psychosozialer Interventionsforschung in der Demenzversorgung, da viele Studien MmD fokussieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine Hinweise auf vorteilhafte oder begünstigende Effekte finden sich in den Ergebnissen von drei Studien und einer systematischen Übersichtsarbeit</li> <li>- gemischte sowie positive Resultate finden sich in je acht Studien &amp; je einer (systematischen) Übersichtsarbeit</li> <li>- Lebensqualität/Zufriedenheit als Outcome: häufig betrachtet &amp; oftmals positive Effekte</li> <li>- Auch funktionale und kognitive Fähigkeiten, Entstehung von Druckgeschwüren als Endpunkt betrachtet, --&gt; breites Abbild neben vielen heterogenen Ergebnissen oftmals positive Effekte</li> <li>- ergänzend auch Hinweise auf positive Effekte für formell und informell Pflegenden (geringeres Belastungserleben, höhere Arbeitszufriedenheit etc.), (nicht primärer Fokus).</li> </ul>

13	Kok JS, Berg IJ, Scherder EJ (2013)	Review: Beschreibung der Effektivität von SCUs und nicht-SCUs in Bezug auf Verhalten, Kognition, funktionalen Status und Lebensqualität von MmD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verhaltens- und psychologische Symptome der Demenz (Behavioral &amp; psychological Symptoms of Dementia (BPSD): <ul style="list-style-type: none"> <li>o globales Verhalten</li> <li>o Unruhe und Aggression</li> <li>o soziales Funktionieren</li> <li>o Depressionen, Angstzustände &amp; andere Verhaltensaspekte</li> </ul> </li> <li>- Kognition</li> <li>- funktionaler Status</li> <li>- Lebensqualität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mehr herausforderndes und abweichendes Verhalten, mehr Unruhe/Aggression, mehr Depressionen und möglicherweise mehr Angstzustände bei SCU-Bewohnenden</li> <li>- bessere psychosoziale Funktion SCU-Bewohnende in n-SCUs.</li> <li>- kaum Hinweise auf ein anderes psychosoziales Verhalten in kleinen, "homelike" SCUs im Vergleich zur n-SCU.</li> <li>- zu Beginn schwerere globale kognitive Beeinträchtigung &amp; bessere Kommunikation in SCUs im Vergleich zu n-SCUs</li> <li>- Hinweise auf bessere kognitive Leistungen in kleinen SCUs.</li> <li>- funktioneller Status und &amp; Aktivitäten des tägl. Lebens in SCUs &amp; kleinen, "homelike" SCUs tendenziell besser als in n-SCUs</li> <li>- Lebensqualität bei SCUs kaum untersucht</li> <li>- in SCU-Gruppe bessere Aspekte der Lebensqualität festgestellt als in der n-SCU-Gruppe.</li> <li>- <u>Fazit:</u> Die Überlegenheit von kleinen, "homelike" SCUs im Vergleich zu regulären SCUs ist nicht überzeugend</li> </ul>
14	Aldbrecht, L et al. (2021a)	systematisches Review: Untersuchung sozialer Interaktionen von MmDs in SCUs im Vergleich zu MmD in nicht demenzspezifischen Einheiten/Institutionen (nicht-SCUs)	soziale Interaktionen von MmD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MmD in SCUs haben geringfügig mehr soziale Interaktion als Menschen, die nicht in speziellen Pflegeeinrichtungen leben.</li> <li>- Soziale Interaktion findet hauptsächlich in kleinen Gruppen statt und wird durch das organisatorische Umfeld, die Pflegephilosophie und die bauliche Umgebung beeinflusst, die die Möglichkeiten für Interaktionen prägen.</li> </ul> <p>--&gt; Dennoch sind die Ergebnisse nicht schlüssig, was den Einfluss der Größe der Einheit und der wohnlichen Merkmale auf die sozialen Interaktionen angeht.</p>

15	Adlbrecht, L; et al. (2021b)	<p>Beobachtungsstudie: Vergleich SCU mit spez. Versorgungskonzept (u. a. "Homelike") und nicht-SCUs in Bezug auf Engagement für Aktivitäten &amp; soziale Interaktion von MmD</p> <p>IG: MmD in SCU, KG: MmD trad. Pflegeeinrichtungen</p> <p>Beobachtung über 30 Tage (Oktober 2018 - März 2019) in allen Einheiten der SCUs &amp; trad. Pflegeeinrichtungen morgens (07:00– 11.59), (nach)mittags (12:00– 16:59) &amp; abends (17:00– 20:00)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Engagement in (I) zielgerichteten Aktivitäten (II) sozialen Interaktionen</li> <li>- Engagement = „sich mit einem externen Stimulus beschäftigen oder involviert sein“</li> <li>- zielgerichtete Tätigkeit = wenn sie auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtet ist, absichtlich ausgeführt wird und sich von Tätigkeiten unterscheidet, die für den Beobachter keinen erkennbaren Zweck zu haben scheinen.</li> </ul>	<p>Die Auswertung des Betreuungskonzepts in der SCU zeigt eine signifikant höhere Chance für Aktivitäten und soziale Interaktionen am Nachmittag als in der traditionellen Versorgung, keine sign. Unterschiede morgens &amp; abends</p>
16	Meyer, S et al. (2015)	<p>Beobachtungsstudie (Longitudinal Survey): Untersuchung des Ernährungszustands von MmD in Wohngemeinschaften.</p> <p>UG: MmD in Wohngemeinschaften</p> <p>T1 = Baseline T2 = 1-Jahr Follow Up</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ernährungsstatus</li> <li>- kognitiver Status (MMSE)</li> <li>- Aktivitäten des alltäglichen Lebens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prävalenz Mangelernährung niedriger in WGs als in trad. Pflegeeinrichtungen,</li> <li>- erste Hinweise darauf, dass WGs zur Vermeidung von Mangelernährung erfolgversprechender sind als Konzepte der institutionellen Pflege.</li> <li>- Langzeitergebnisse: Pflegepersonal muss Ernährungszustand der Bewohner sorgfältig und regelmäßig überprüfen</li> </ul>



17	Possin, K. et al. (2019)	<p>RCT: Untersuchung Wirksamkeit Care Ecosystem (telefon- und internetbasierten Demenzpflegesystem) für MmD, informell Pflegende &amp; Kostenträger im Vergleich zu care-as usual</p> <p>IG: MmD &amp; ihre Pflegeperson (Dyade) im DCM Programm</p> <p>KG: MmD &amp; ihre Pflegeperson (Dyade) in reg. Versorgung</p> <p>Single-Blind paralleles, pragmatisches RCT mit unausgewogener Randomisierung (Verhältnis 2:1 zwischen Care Ecosystem und üblicher Versorgung)</p> <p>T1 = Baseline T2 = 6 Monate T3= 12 Monate</p>	<p>Primäres Outcome: Lebensqualität MmD (aus Telefon. Befragung der Pflegenden)</p> <p>sekundäre Outcomes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MmD: Häufigkeit der Inanspruchnahme von Notaufnahmen, Krankenhäusern und Krankenwagen</li> <li>- Pflegende: Depression, Belastung, Selbstwirksamkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- signifikante Verbesserung Lebensqualität MmD,</li> <li>- Reduktion Häufigkeit von Notaufnahmen-Besuchen, keinen signifikanten Einfluss auf die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten oder die Inanspruchnahme von Krankenwagen. --&gt; Reduktion der Kosten um 600\$/MmD werden angenommen durch Verhinderung Inanspruchnahme Services</li> <li>- Pflegende: nach 6 Monaten --&gt; Verbesserung der Pflegebelastung, der Depression und der Selbstwirksamkeit, konnte bei Belastung und Depression nach 12 Monaten erhalten bleiben.</li> <li>- NNT Besuch Notaufnahme zu verhindern: 5</li> <li>- NNT zur Verhinderung mittelschwere bis schwere Depression bei Pflegendem: 12</li> <li>- 97 % Empfehlungsrate bei Pflegenden in Bezug auf das Programm</li> </ul>
18	Anderiesen, H et al. (2014)	<p>systematisches Review: Untersuchung Auswirkungen von Umweltreizen auf körperliche Aktivität von MmD in Pflegeheimen (z. B. Licht, "homelike Environment", kleinere SCUs).</p>	Physische Aktivität	kleine "homelike" SCUs: positiver Einfluss auf das Aktivitätslevel der Bewohnenden

19	Gettel CJ et al. (2021)	Scoping Review zur Untersuchung der Gebiete Demenzversorgung in der eigenen Häuslichkeit, Sturzerkennung und AAL in Bezug auf Fortschritte, Usability & Wissenslücken Einschluss von Interventions-, Beobachtungs- & Pilot-Studien ab 2015, qualitative Synthese	deskriptive Darstellung von unterschiedlichen Technologischen Ansätzen - berichtete Wirksamkeit in Bezug auf verschiedene Outcomes (z. B. kognitive Funktionen, psychosoziale Outcomes, physische Outcomes) für MmD, informell Pflegende - Usability	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verbesserte kognitive &amp; psychosoziale Funktionen für MmD</li> <li>- größeres Gefühl der Sicherheit für die informell Pflegende</li> <li>- wenn AAL von Rezipienten angenommen wird, kann es den Bedarf an Langzeitpflegeeinrichtungen verringern &amp; teure häusliche Pflege ausgleichen --&gt; Längerer Verbleib in Häuslichkeit &amp; Selbstständigkeit</li> <li>- Bedenken bzgl. Privatsphäre &amp; Kosten werden berichtet</li> <li>- viele Einzelinterventionen mit spezifischem Ziel: Kombination macht im Hinblick auf Usability mehr Sinn --&gt; Forschungsbedarf</li> </ul>
20	Darlington, N et al. (2020)	Beobachtungsstudie (Survey): Untersuchung der Erfahrungen & Ansichten von MmD, die in einer Demenzfreundlichen Kommune leben - 6 Standorte (anerkannt von Alzheimer's Society als DFCs) - seit 2 Jahren aktiv - 2/6 DFCs ethnisch diverse Bevölkerung - 3 Städte - 1 Großstadt - 1 DFC besteht aus einem städtischen "Hub" mit kleineren "satellite DFCs" - 1 in einer Kleinstadt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewusstsein über DFC</li> <li>- Teilnahme an Aktivitäten</li> <li>- förderliche Faktoren zur Verbesserung des Lebens mit Demenz</li> </ul>	<p>MmD, die von ihrer lokalen DFC wissen erwarten eher eine positive Einstellung der Öffentlichkeit &amp; nehmen an einer Reihe von lokalen Aktivitäten teil --&gt; MmD fühlten verstanden (<math>p = 0,008</math>) und wertgeschätzt (<math>p = 0,002</math>).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bedarf nach besser zugänglicheren &amp; verlässlicheren Transportmitteln</li> <li>- weniger Bekanntheit von DFC in ethnischen Minoritäten</li> <li>- keine Hinweise darauf, dass die Kenntnis der DFC bei MmD mit einem Gefühl der Sicherheit in der Gemeinschaft verbunden ist</li> <li>- nicht alle MmD befassen sich mit DFC, eine kleine Anzahl hat es sogar aktiv vermieden. Gründe: physische Umgebung &amp; Wunsch, in der Öffentlichkeit nicht als Demenzkranker erkannt zu werden.</li> </ul>

21	Lauriks, S et al. (2020)	<p>Pilot-RCT: Untersuchung der Wirkung von assistiven Technologien auf die Lebensqualität, das Sturzrisiko &amp; die Pflegebedürftigkeit von MmD &amp; die Arbeitszufriedenheit, -belastung &amp; Workload von Pflegekräften</p> <p>IG: MmD &amp; Pflegekräfte in SCUs mit Einsatz assistiver Technologien (n = 5 SCUs)</p> <p>KG: MmD &amp; Pflegekräfte in SCUs ohne assistive Technologien (n = 4 SCUs)</p> <p>T1 = Baseline (2 Monate nach Einzug in Wohngruppen)</p> <p>T2 = Post Test (4 Monate nach Baseline)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lebensqualität MmD (gemessen durch Beobachtungen von Pflegekräften &amp; eigenen Aussagen)</li> <li>- Unterstützungs- und Pflegebedarf MmD</li> <li>- Zahl &amp; Ort von Stürzen</li> </ul> <p>Pflegekräfte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeitszufriedenheit</li> <li>- Arbeitsbelastung</li> <li>- allgemeiner Gesundheitszustand</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- signifikant positiver Effekt auf Lebensqualität von MmD in IG im Vergleich zur KG: weniger soziale Isolation, „mehr Dinge zu tun“, berichteten höhere Wertschätzung für die ästhetischen Aspekte ihrer Umgebung, bewerteten allgemeine Lebensqualität höher als KG</li> <li>- signifikanter Effekt: Reduktion von Sturzvorfällen während des nächtlichen Toilettengangs bei MmD in IG im Vergleich zur KG</li> <li>- keine Unterschiede bei der Arbeitszufriedenheit, Arbeitsbelastung und dem allgemeinen Gesundheitszustand des Pflegepersonals</li> </ul>
22	Nowaskie, D et al. (2021)	<p>quantitative Befragung &amp; Analyse von Fallberichten: Untersuchung der Arbeitszufriedenheit &amp; Qualität von Demenz-Pflegekoordinatorin-Assistentinnen und Demenz-Pflegekoordinator-Assistenten (Care Coordinator Assistant (CCA))</p> <p>UG: Pflegekoordinatorin-Assistentinnen und Pflegekoordinator-Assistenten</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeitszufriedenheit</li> <li>- Vergütung</li> <li>- Teamarbeit (als Aspekt der Zufriedenheit)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeitszufriedenheit der CCAs mit normativen Daten vergleichbar</li> <li>- Im Vergleich zu den normativen Daten: CCA signifikant höhere Wahrnehmung der Arbeitszufriedenheit, signifikant schlechtere Einschätzung der Bezahlung</li> <li>- In Fallberichten: CCAs berichten häufig über Arbeitszufriedenheit (über 50 % Erwähnungen)</li> <li>- keine sign. Ergebnisse bei Teamarbeit (etwas bessere Werte bei Teamarbeit, etwas schlechtere Werte bei Zusammenarbeit mit Leitung)</li> <li>- in Fallberichten: CCAs berichten in 60 % der Fallberichte über Teamarbeit (Tendenz ähnlich quantitative Befragung)</li> </ul>



**IEGUS**

Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH

Reinhardtstraße 31  
10117 Berlin

[www.iegus.eu](http://www.iegus.eu)

**Dezember 2021**