

Ergebnisse zur Wirksamkeit des Qualitätsniveaus ,Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen‘

Martina Schäufele, Annette Bauer,
Andreas Hoell, Ingrid Hendlmeier

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit,
Mannheim

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Ziele der Wirksamkeitsstudie

Evaluation des Qualitätsniveaus im Hinblick auf

- ☞ Prävention von Mobilitätsseinschränkungen, Förderung von Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit Demenz

Zentrale bewohnerbezogene Fragestellungen

- ☞ Bleibt die Gehfähigkeit länger erhalten?
- ☞ Ist Bettlägerigkeit seltener?
- ☞ Erhöht sich die Transferfähigkeit?
- ☞ Nimmt die Lebensqualität zu?



Weitere Fragestellungen

- ☞ Vermindern sich Risikofaktoren und Folgen von Mobilitäts-einschränkungen (FEM, Unfälle, Dekubitus, Kontrakturen....)?
- ☞ Erhöht sich die Einbindung und Zufriedenheit von Angehörigen....?



Methoden der Wirksamkeitsstudie

1. Quasiexperimentell (Vorher-Nachher Vergleich mit Kontrollgruppe)

- ◆ Untersuchung der Zielgruppe (alle demenzkranken Bewohner/innen pro Heim) vor und nach Implementierung (IG)
- ◆ Zeitversetzte Untersuchung einer Vergleichsgruppe von Bewohner/innen in Einrichtungen ohne Implementierung (KG)

2. Vertiefungsstudie bei Zufallsauswahl von Bewohner/innen pro Heim

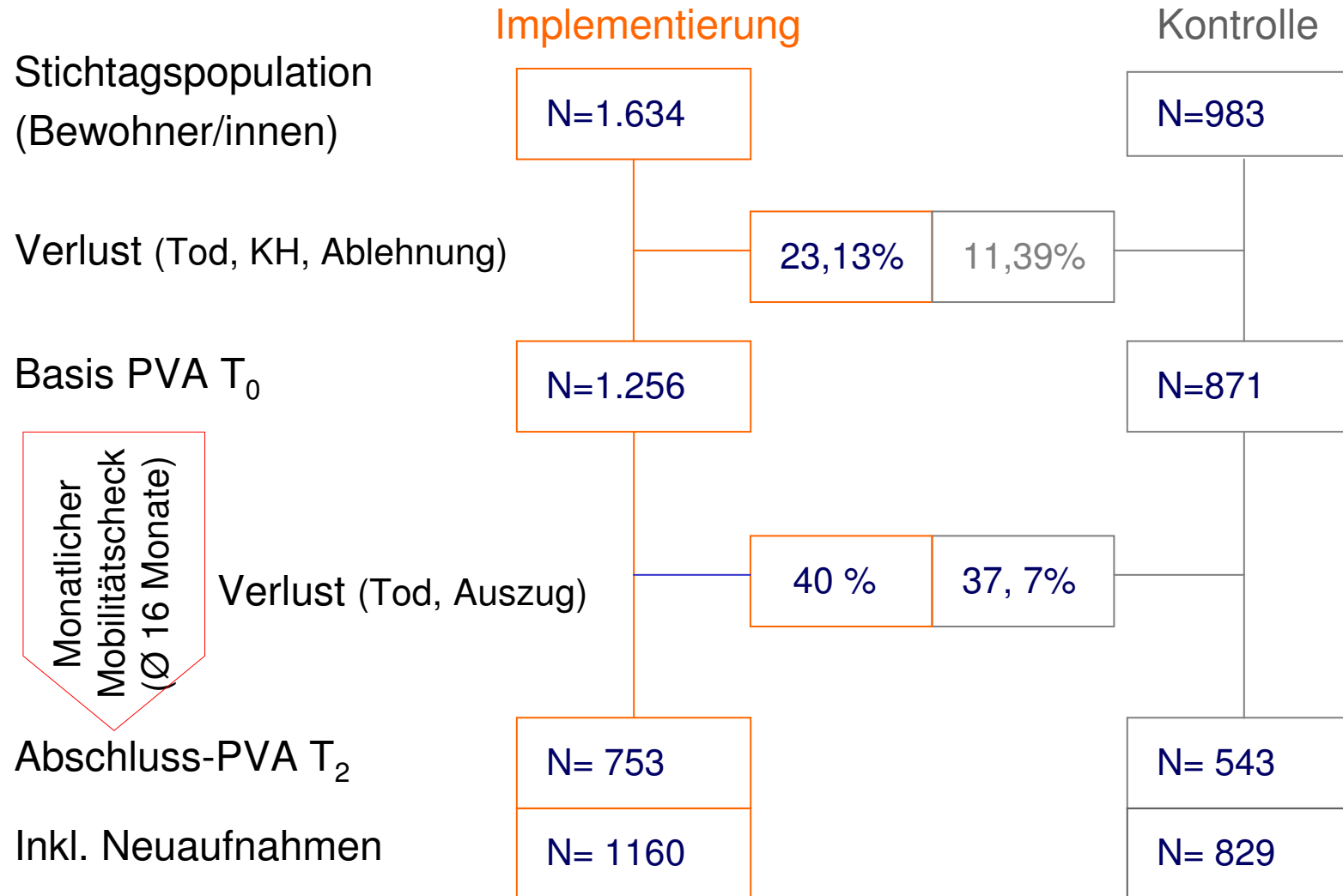
Einschränkungen im Hinblick auf:

Interne Validität: fehlende Randomisierung, keine Verblindung....

Externe Validität: fehlende repräsentative Zufallsauswahl der Einrichtungen (Abhilfe: KG von gleichen Trägern; spezielle statistische Analysen - Generalized Estimating Equations (GEE))



Überblick



Vergleich der Untersuchungsgruppen zu T₀ (Basismerkmale)

| Merkmale (PVA) T ₀ | Implementierung (N=1256) | Kontrolle (N=871) | p ¹ |
|---|-----------------------------|----------------------|----------------|
| Alter in Jahren, M (SD) | 84.1 (8.9) | 83 (9.4) | ** |
| Frauenanteil | 76.8 % | 75.2 % | ns |
| Aufenthaltsdauer in Jahren, M (SD) | 3.3 (3.4) | 3.4 (3.3) | ns |
| ADL-Einschränkungen (Barthel-Index) M (SD) | 37.2 (30.3) | 39.9 (31.7) | * |
| Demenz-Syndrom | 75.5 % | 70.4 % | * |

¹ ns=nicht signifikant, * p< 0.05, ** p<0.01, *** p< 0.001



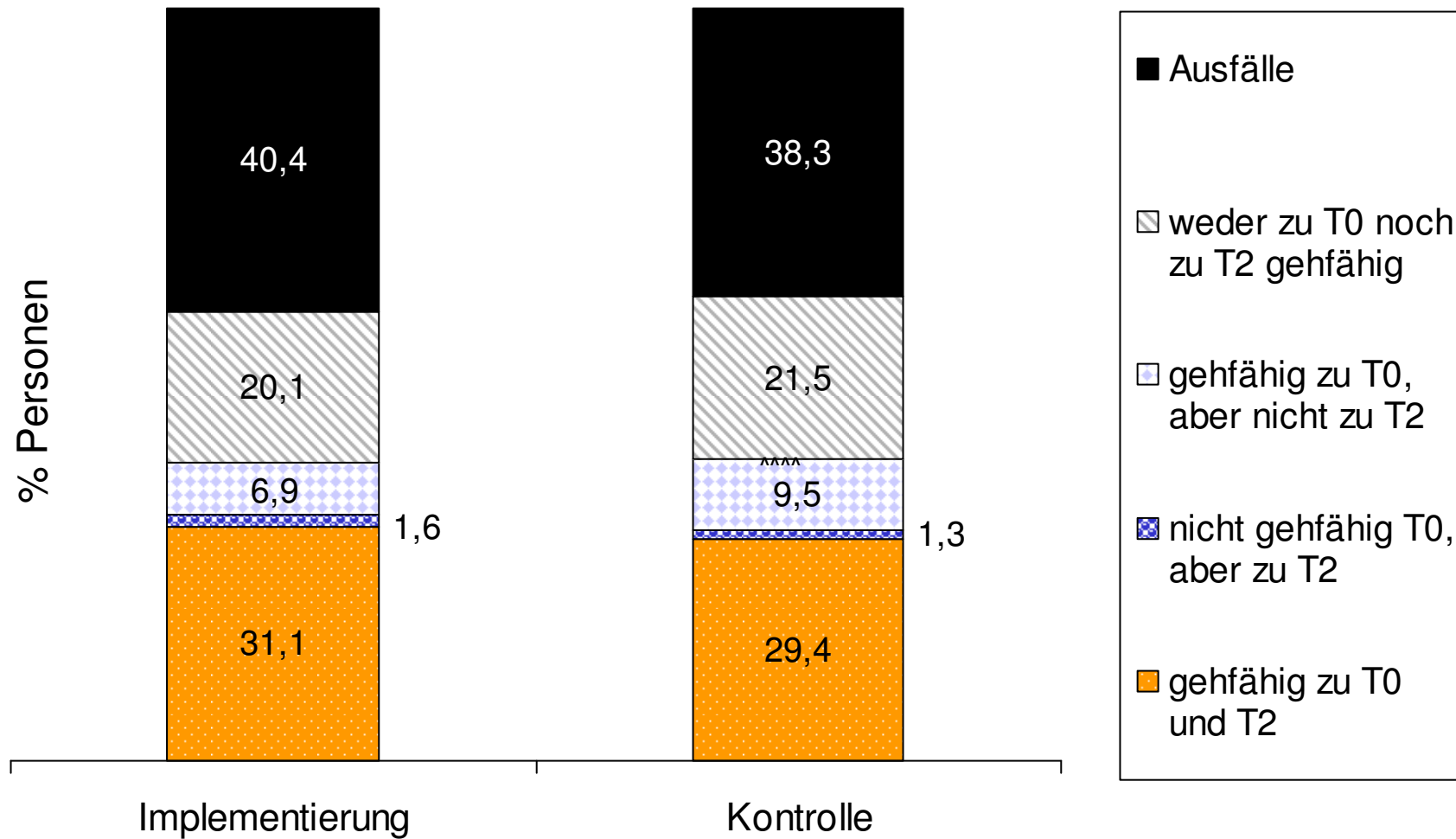
Vergleich der Untersuchungsgruppen zu T0 (Zielmerkmale)

| Merkmale (PVA) T ₀ | Implementierung (N=1256) | Kontrolle (N=871) | p ¹ |
|--|-----------------------------|----------------------|----------------|
| Gehfähigkeit erhalten (10m) | 59 % | 58.4 % | ns |
| Bettlägerigkeit (3h außerhalb des Bettes) | 28.2 % | 26.9 % | ns |
| Mobilität insgesamt (mod. RMI ²), M (SD) | 13.3 (9.7) | 13.8 (9.9) | ns |
| Weglaftendenz (~ mit negativen Folgen) | 4.4 % (12.3 %) | 7.3 % (22.6 %) | ** (ns) |
| Dekubitus | 3.4 % | 4.4 % | ns |
| Kontrakturen | 24.7 % | 24.1 % | ns |
| Stürze (letzte 6 Monate) | 35.1 % | 29.9 % | * |
| Körpernahe Fixierung durch Gurt, Stecktisch (Spannbreite) | 10 % (0-19.6%) | 9.3 % (0-34.1%) | ns |

¹ ns=nicht signifikant, * p< 0.05, ** p<0.01, *** p< 0.001; ²Rivermead Mobility Index



Verlauf der Gehfähigkeit



Verlauf der Gehfähigkeit: Einflussfaktoren

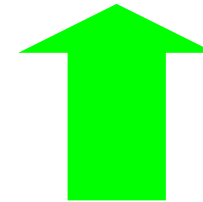
(einschl. verlorene Personen)

Signifikante Prädiktoren für die Dauer der Gehfähigkeit

(Generalized Estimating Equations (GEE))

Implementierung

(erhöht signifikant
die Dauer der
Gehfähigkeit)



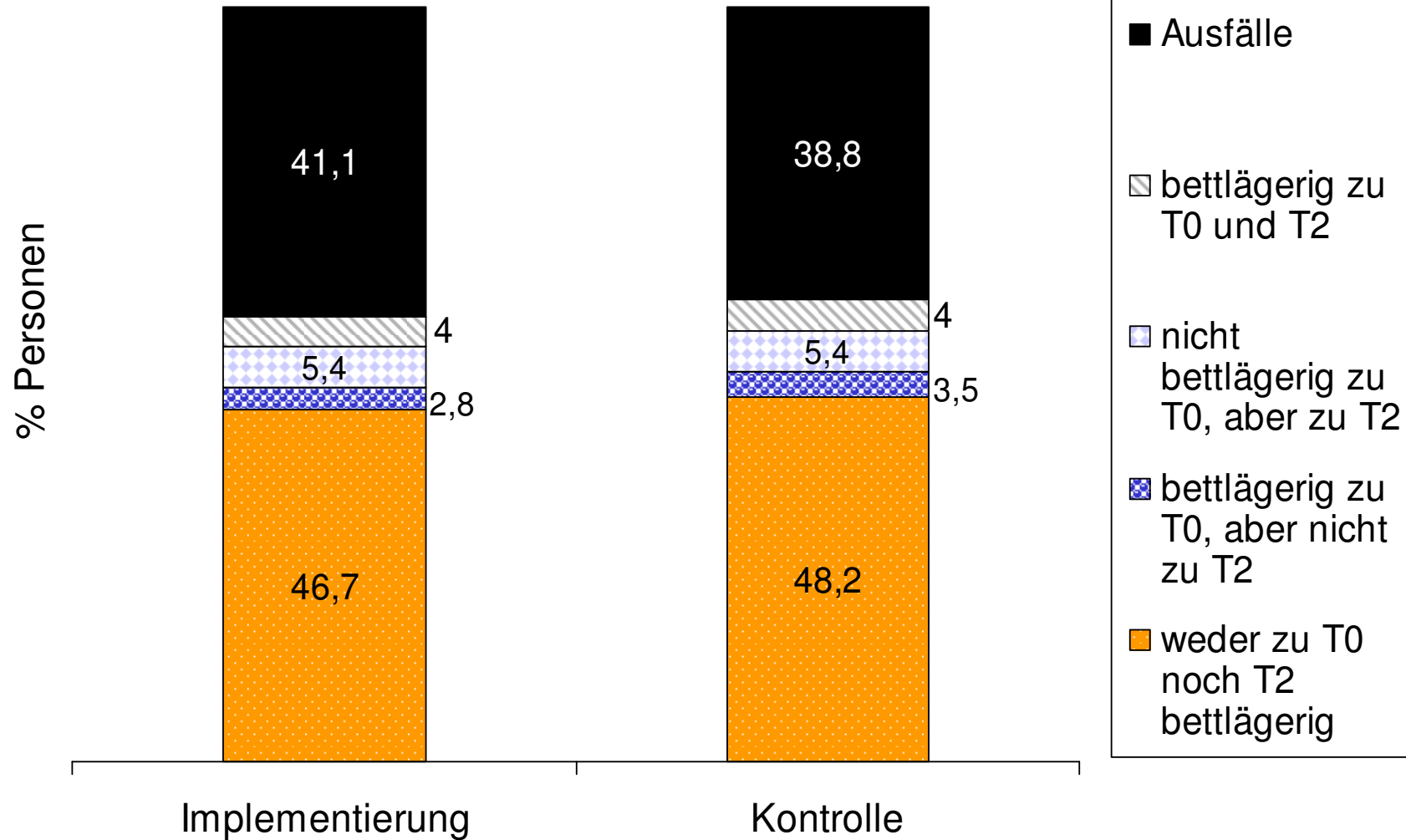
Bewohnermerkmale, die den Anteil der gehfähigen Zeit erhöhen

- bessere Ausgangsmobilität (Rivermead-Mobilitätsindex)
- Geringerer Hilfebedarf (Barthel-Index) zu Beginn



Verlauf der Bettlägerigkeit*

*weniger als 3h außerhalb des Bettes

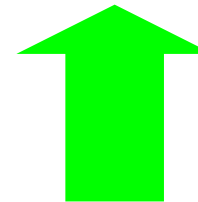


Verlauf der Gehfähigkeit: Einflussfaktoren – Demenzkranke (einschl. verlorene Personen)

Signifikante Prädiktoren für die Dauer der Gehfähigkeit (Generalized Estimating Equations (GEE))

Implementierung

(erhöht signifikant
die Dauer der
Gehfähigkeit)



Bewohnermerkmale, die den Anteil der gehfähigen Zeit vergrößern

- bessere Ausgangsmobilität (Rivermead-Mobilitätsindex)
- Geringerer Hilfebedarf (Barthel-Index) zu Beginn



Verlauf d. Bettlägerigkeit: Einflussfaktoren (einschl. verlorene Personen)

Signifikante Prädiktoren für Dauer von Bettlägerigkeit
(Generalized Estimating Equations (GEE))

~~Implementierung~~ nicht signifikant

Bewohnermerkmale, die den Anteil der bettlägerigen Zeit verringern

- männliches Geschlecht
- bessere Ausgangsmobilität (Rivermead-Mobilitätsindex)
- Geringerer Hilfebedarf (Barthel-Index) zu Beginn

Bewohnermerkmale, die den Anteil der bettlägerigen Zeit vergrößern

- Schwere Demenz



Verlauf der Bettlägerigkeit: Einflussfaktoren – Demenzkranke (einschl. verlorene Personen)

**Signifikante Prädiktoren für Dauer von Bettlägerigkeit
(Generalized Estimating Equations (GEE))**

~~Implementierung~~ **nicht signifikant**

Bewohnermerkmale, die den Anteil der bettlägerigen Zeit verringern

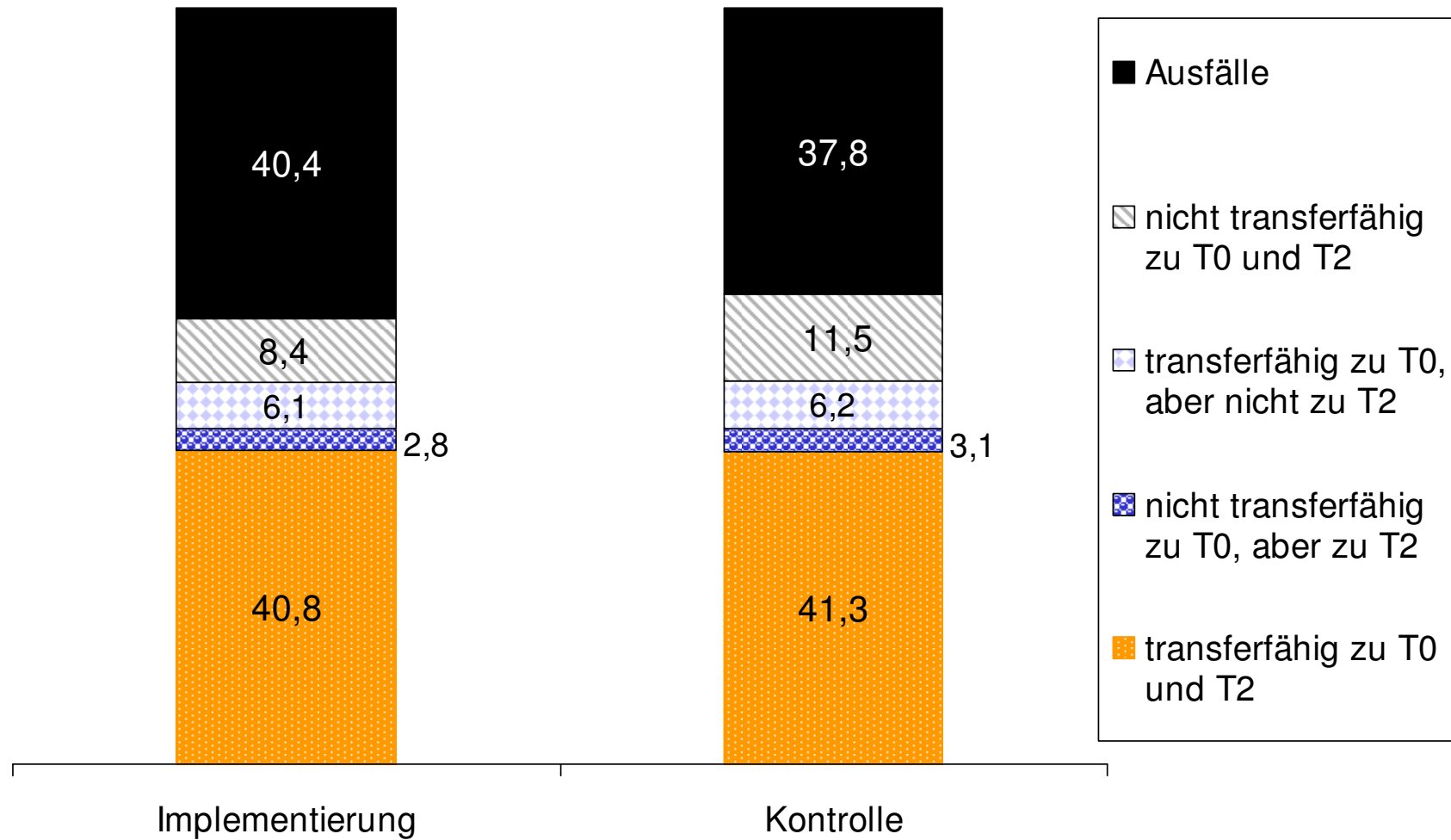
- bessere Ausgangsmobilität (Rivermead-Mobilitätsindex)
- Geringerer Hilfebedarf (Barthel-Index) zu Beginn

Bewohnermerkmale, die den Anteil der bettlägerigen Zeit vergrößern

- Schwere Demenz



Verlauf der Transferfähigkeit



Verlauf d.Transferfähigkeit: Einflussfaktoren (einschl. verlorene Pers.)

Signifikante Prädiktoren für Dauer von Transferfähigkeit

(Generalized Estimating Equations (GEE))

~~Implementierung~~ nicht signifikant

Bewohnermerkmale, die den Anteil der transferfähigen Zeit vergrößern

- männliches Geschlecht
- Hochaltrigkeit (über 80 Jahre)
- Stürze mit Folgen zu Beginn
- bessere Ausgangsmobilität (Rivermead-Mobilitätsindex)

Bewohnermerkmale, die den Anteil der transferfähigen Zeit verringern

- Schwere Demenz



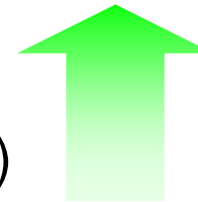
Verlauf der Transferfähigkeit: Einflussfaktoren – Demenzkranke (einschl. verlorene Personen)

Signifikante Prädiktoren für Dauer von Transferfähigkeit

(Generalized Estimating Equations (GEE))

Implementierung

(erhöht tendenziell die Dauer der Transferfähigkeit)



Bewohnermerkmale, die den Anteil der transferfähigen Zeit vergrößern

- männliches Geschlecht
- Höheres Alter ab 65+ und über 80 Jahre
- Stürze mit Folgen zu Beginn
- bessere Ausgangsmobilität (Rivermead-Mobilitätsindex)

Bewohnermerkmale, die den Anteil der transferfähigen Zeit verringern

- Schwere Demenz



Einflussfaktoren auf den Verlauf der Lebensqualität

Signifikante Prädiktoren für Lebensqualität

(Generalized Estimating Equations (GEE))

~~Implementierung~~ nicht signifikant

Bewohnermerkmale, die Lebensqualität erhöhen

- geringere Lebensqualität (Qualid-Score) zu Beginn
- Geringerer Hilfebedarf (Barthel-Index) zu Beginn

Bewohnermerkmale, die Lebensqualität verringern

- Nicht-kognitive Symptome = herausforderndes Verhalten (NPI-Score) zu Beginn



Einflussfaktoren auf den Verlauf der Lebensqualität - Demenzkranke

Signifikante Prädiktoren für Lebensqualität

(Generalized Estimating Equations (GEE))

~~Implementierung~~ nicht signifikant

Bewohnermerkmale, die Lebensqualität erhöhen

- geringere Lebensqualität (Qualid-Score) zu Beginn
- Verringerter Hilfebedarf (Barthel-Index) zu Beginn

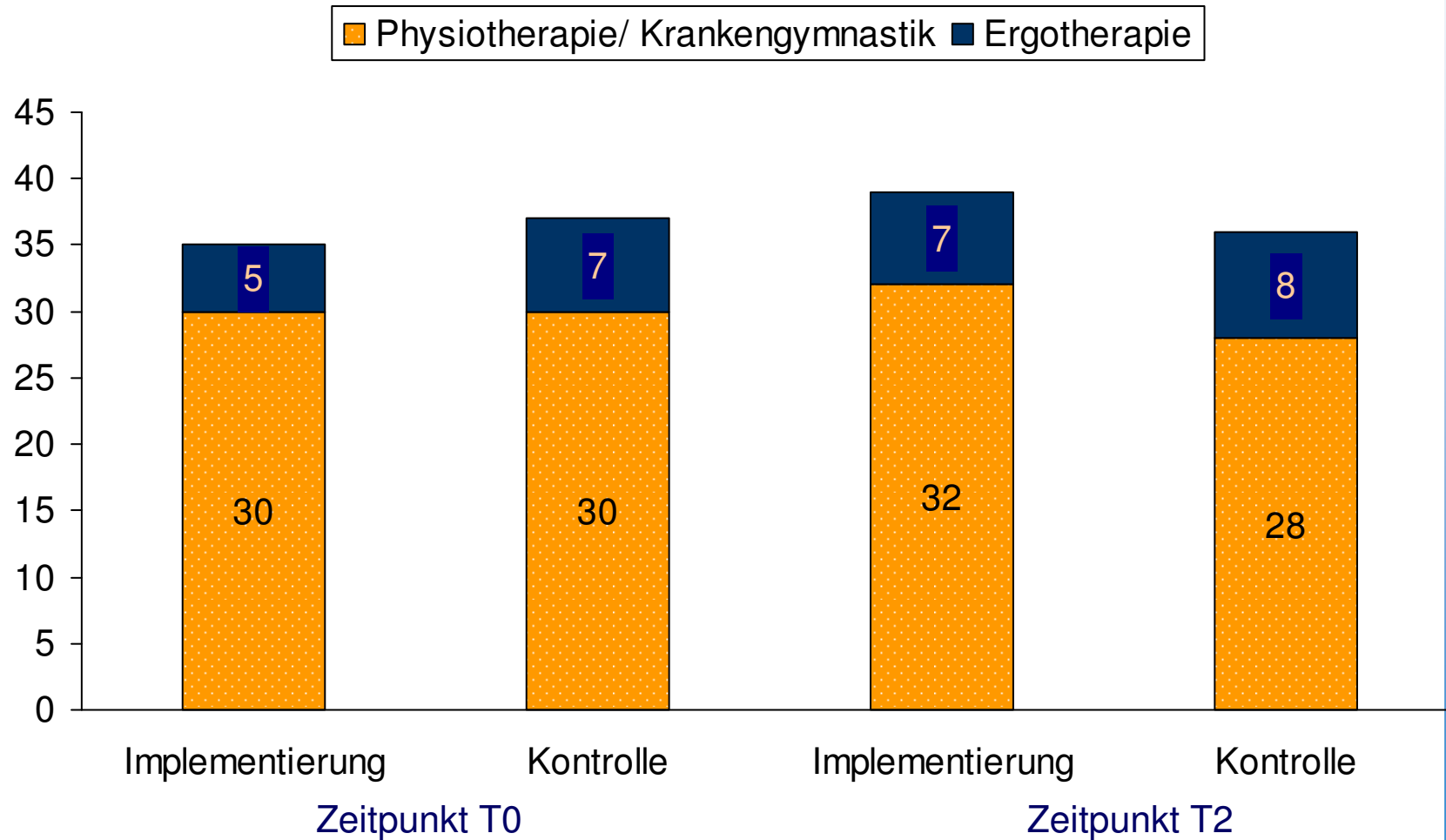
Bewohnermerkmale, die Lebensqualität verringern

- Nicht-kognitive Symptome = herausforderndes Verhalten zu Beginn (NPI-Score)

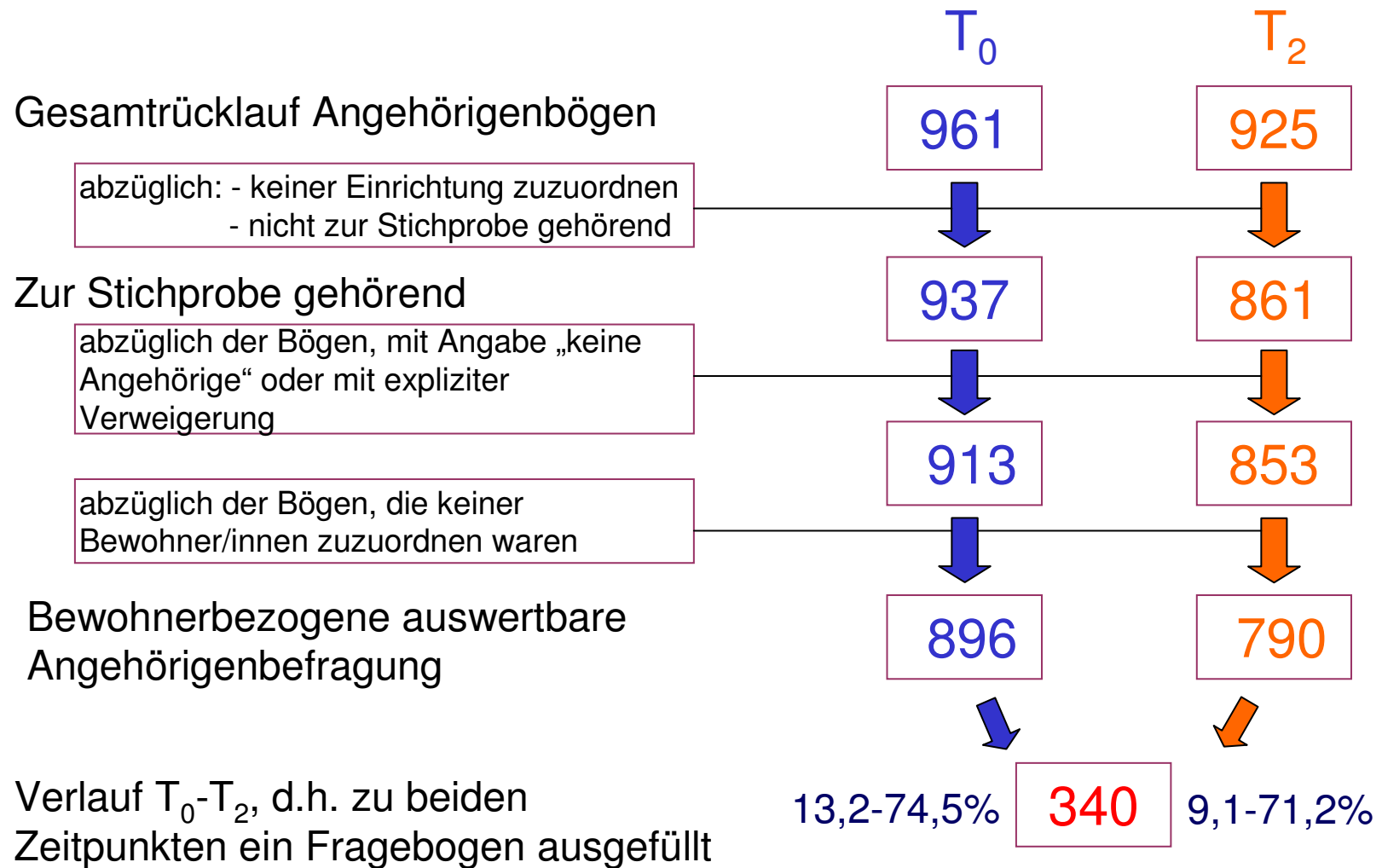


Erhalt von therapeutischen Maßnahmen im Verlauf *

*nur für Bewohner/innen, für die zu beiden Messzeitpunkten ein PVA vorhanden ist



Angehörigenbefragung zu T₀ und T₂ Rücklauf



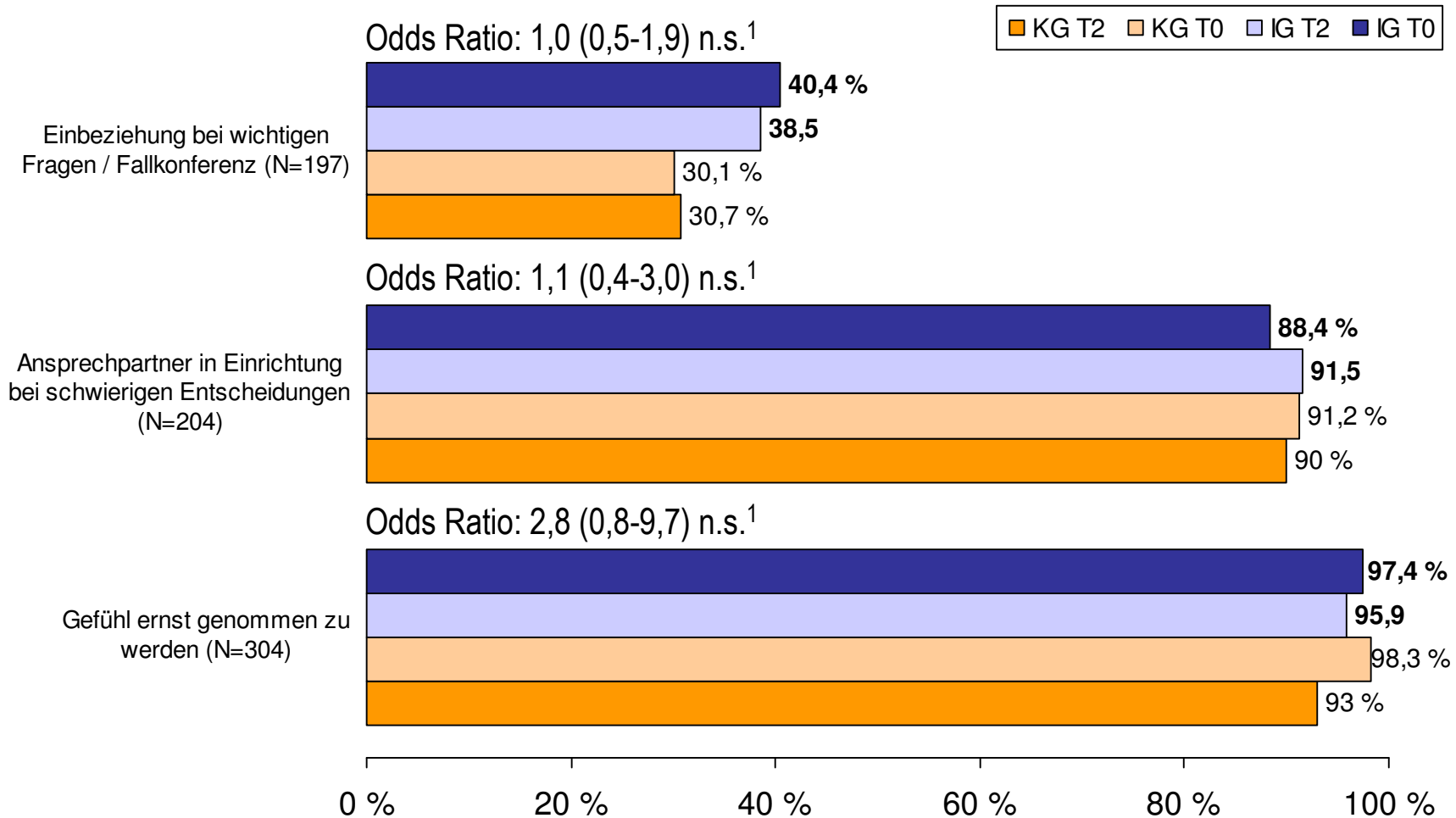
Angehörigenbefragung

| | T ₀ (N=913) | T ₂ (N= 853) |
|--|--|--|
| Alter | 48,8% zwischen 41 und 60 J. 34,5% zwischen 61 und 70 J. | 47,6% zwischen 41 und 60 J. 32,1% zwischen 61 und 70 J. |
| Wer | 62,1% Sohn/ Tochter 8,1% Berufsbetreuer/innen oder ehrenamtliche gesetzliche Betreuer/innen | 59,9% Sohn/ Tochter 10,2% Berufsbetreuer/in oder ehrenamtliche gesetzliche Betreuer/innen |
| | 92,4% gesetzl. Vertreter/innen | 92,3% gesetzl. Vertreter/innen |
| Besuche | 74,7% mind. 1x wöchentlich | 72,7% mind. 1x wöchentlich |
| <p>→Keine signifikanten Unterschiede</p> <ul style="list-style-type: none"> - zwischen T0 und T2 und - zwischen Implementierung und Kontrollen | | |



Einfluss der Implementierung auf Angehörigenebene Teil 1

(nur Angehörige, die sowohl zu T0 als auch zu T2 an Befragung teilgenommen haben)

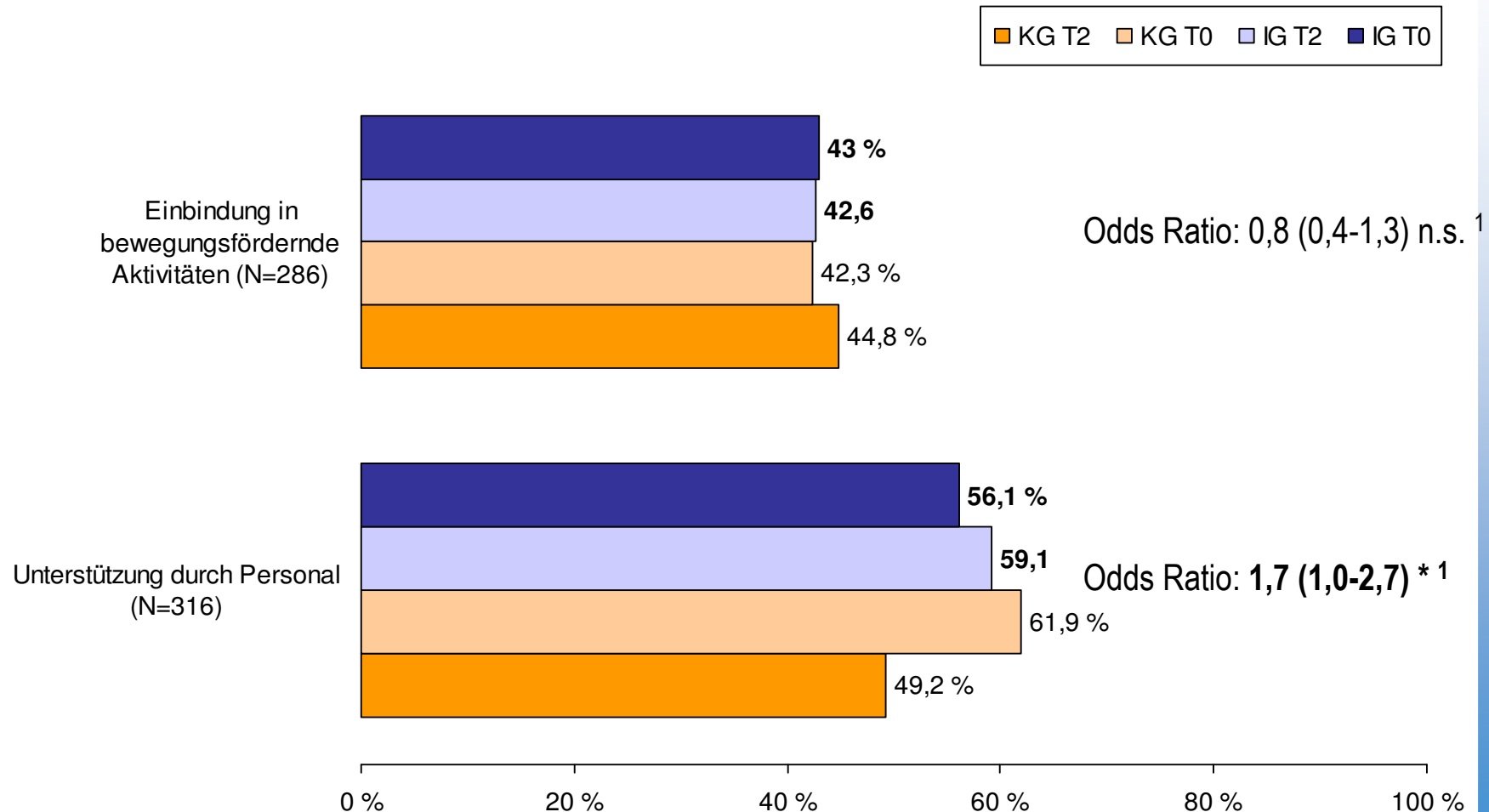


¹ Einfluss der Implementierung auf Wahrscheinlichkeit des Merkmals zu T2 (logistische Regression: Odds Ratio; 95% CI)



Einfluss der Implementierung auf Angehörigenebene Teil 2

(nur Angehörige, die sowohl zu T0 als auch zu T2 an Befragung teilgenommen haben)

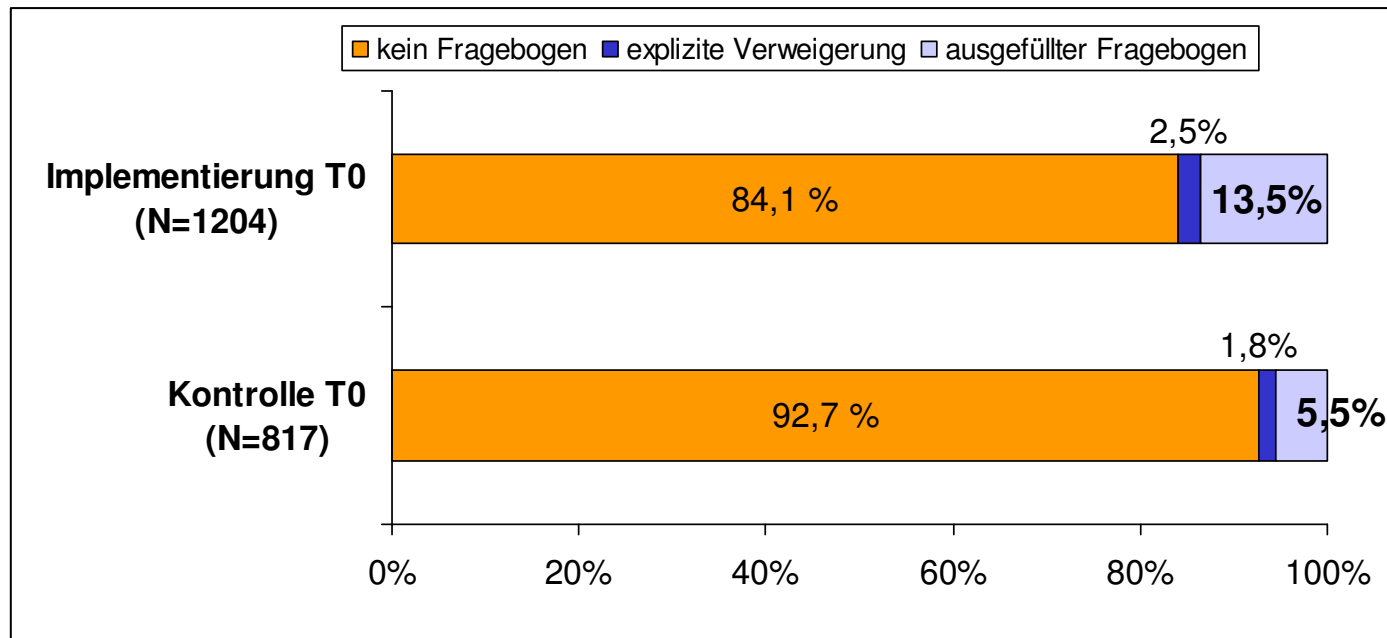


¹ Einfluss der Implementierung auf Wahrscheinlichkeit des Merkmals zu T2 (logistische Regression: Odds Ratio; 95% CI; *p<0.05)



Hausarztbefragung T0

Rücklauf: - 253 Fragebogen (davon 45 Bögen mit expliziter Verweigerung)
- 106 Hausärzte (davon 15 mit expliziter Verweigerung)



(Range der Einrichtungen bei Rücklaufquote: 1% - 58%)

Probleme bei der Durchführung der Hausarztbefragung:

- kein Verständnis der Ärzte
- manche Einrichtungen haben Arztbefragung nicht durchgeführt

ABER: 61% der Angehörigen erreichen die Ärzte bei wichtigen Fragen immer!



Vorläufige Zusammenfassung

- ◆ Untersuchungsgruppen in sehr hohem Alter, starker Ausprägung von Demenz und Pflegebedürftigkeit sowie hoher Sterblichkeit (Repräsentativuntersuchungen vergleichbar, einzigartiger Datensatz)
- ◆ Selbst bei hochaltrigen Menschen mit Multimorbidität sind deutliche Verbesserungen der Mobilität möglich (z.B. Wechsel von nicht gehfähig t0 zu gehfähig t2).

Implementierungseffekte

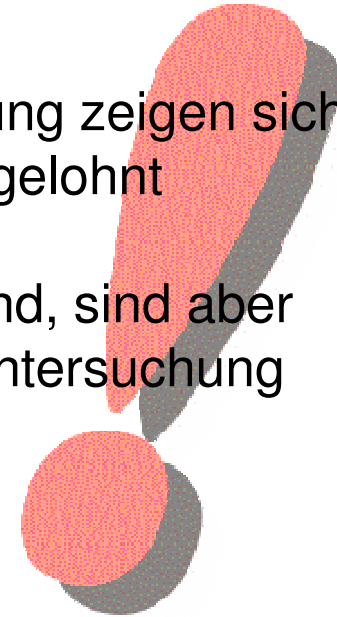
Verglichen mit der KG waren die Bewohner/innen (mit Demenz) der IG ...

- ◆ ... signifikant länger gehfähig
- ◆ ... tendenziell länger transferfähig
- ◆ ... konnten keine Implementierungseffekte bei Bettlägerigkeit, Lebensqualität allgemein entdeckt werden



Vorläufige Schlussfolgerungen

- 😊 Anstrengungen und Aufwand der Implementierung zeigen sich auch auf der Bewohnerebene, haben sich also gelohnt
- 😊 Effekte erscheinen zwar nicht als durchschlagend, sind aber aufgrund der Besonderheiten der Population/ Untersuchung sehr positiv zu bewerten



Vorläufige Schlussfolgerungen

Gründe für eher mäßige Effekte

- ◆ Im Durchschnitt hochaltrige, multimorbide Bewohner/innen (Potentiale zur Verbesserung eingeschränkt, hohe Sterblichkeit)
 - ◆ Bewohner/innen in ihrem Ausgangsniveau (z.B. Grad der Demenz, Pflegebedürftigkeit) sehr verschieden
 - ◆ Einrichtungen in ihrem Ausgangsniveau (und Möglichkeiten der Veränderung) sehr verschieden; z.T. war KG zu T0 besser als IG
 - ◆ Sehr gute/schlechte Ausgangsniveaus führen zu Decken- bzw. Bodeneffekten, d.h. Effekte werden nicht abgebildet
 - ◆ Geringe Standardisierung bei Implementierung (nicht alle Einrichtungen haben dasselbe bekommen) und Datenerhebung (unterschiedliche Zeitpunkte und Personen, die Assessments bearbeitet haben).
- ➔ Ausgeprägte Morbidität, Verschiedenheit, geringe Standardisierung und andere Fehlerquellen können Implementierungseffekte überdecken



Ausblick (nahe Zukunft)

Weitere Analysen

- ◆ Subgruppen von Bewohner/innen (z.B. unterschiedliche Demenzstadien, verschiedene Grade der Mobilität/Pflegebedürftigkeit)
 - ➔ Effekte vermutlich deutlicher (welche Gruppe profitiert am meisten?)
- ◆ Vergleich der Querschnittpopulationen zu T0 und T2
 - ➔ Einbezug der neu aufgenommenen Bewohner/innen, auf die viele Anstrengungen gerichtet wurden
- ◆ Weitere Qualitätsindikatoren (Häufigkeit von Fixierung, Aktivitäten, Dekubiti, Kontrakturen...)
- ◆ Vertiefungsstudie (objektive Mobilitätsmaße, standardisierte Untersuchungssituation)



Kontrolle Implementierung

- Heinrich-Albertz-Haus Bremen (**AWO Bremen**)
 - Senioren- und Sozialzentrum Herzogenrath Haus Merkstein (**AWO Mittelrhein**)
 - Seniorenzentrum Katharinengarten Ingolstadt (**AWO Oberbayern**)
 - Haus Blumenküche Mössingen (**BeneViT Holding**)
 - Stiftungsdorf Hollergrund Bremen (**Bremer Heimstiftung**)
 - Gustav-Werner-Stift Haus am Berg Friedrichshafen (**Bruderhaus Diakonie**)
 - Wohnhaus Zur Heiligen Familie Düsseldorf, Wohnhaus St. Lucia Wesseling, Wohnhaus Peter Landwehr Bergisch-Gladbach (**CBT - Caritas Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH Köln**)
 - Seniorenzentrum Zeven, Seniorenzentrum Emden - Haus Bethanien (**CURA Unternehmensgruppe**)
 - Seniorenzentrum am Klosterweg Karlsruhe (**Heimstiftung Karlsruhe**)
 - Albstift Aalen, Kurstift Bad Dür rheim (**KWA - Kuratorium Wohnen im Alter**)
 - Filderhof (**leben und wohnen Stuttgart**)
 - Mathilde-Vogt-Haus Heidelberg (**Paritätische Sozialdienste**)
 - Altenzentrum St. Lukas Wernau (**Paul Wilhelm von Keppler Stiftung**)
 - Theodor-Fliedner-Haus Mannheim (**Theodor-Fliedner-Stiftung Mannheim**)
 - Eduard-Mörke-Seniorenwohnanlage Stuttgart, Haus im Park Bisingen (**Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg**)
-
- Ella-Ehlers-Haus Bremen (**AWO Bremen**)
 - Seniorenzentrum Katharinengarten Ingolstadt (**AWO Oberbayern**)
 - Wohnhaus St. Monika St. Augustin, Wohnhaus St. Johannes Erkrath, Wohnhaus Peter Hofer Monheim (**CBT - Caritas Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH Köln**)
 - Seniorenzentrum Parkschlössle Karlsruhe (**Karlsruher Heimstiftung**)
 - Luise Kiesselbach-Haus München (**KWA - Kuratorium Wohnen im Alter**)
 - Generationenzentrum Kornhasen Willy Körner Haus (**leben und wohnen Stuttgart**)
 - Maternussenorenwohnanlage Köln Rodenkirchen (**Maternus Kliniken AG**)
 - Altenzentrum St. Hedwig Kirchheim/Teck (**Paul Wilhelm von Keppler Stiftung**)
 - Lußhardt heim Waghäusel-Kirrlach (**Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg**)

Vielen Dank!



MitarbeiterInnen

Annette Bauer, Dpol. Soz.Wiss.

Ingrid Hendlmeier, Dipl. Gerontol.

Andreas Hoell, Dipl. Gerontol.

Leonore Köhler, M.A.

Rebekka Maier, M.A.

Maren Boeh

Stephanie Daffner

Svenja Geier

Christine Hauk

Julia Limbeck

Statistische Beratung:

Dr. Christine Jennen-Steinmetz

