

Die Macht der Erinnerung

Verbesserung der Handlungsfähigkeit bei Menschen mit Alzheimer-Demenz durch
Reminiszenz-Therapie und deren Anwendbarkeit in der Ergotherapie.

Caviezel Jana Delia

Matrikel-Nr. [REDACTED]

Hodel Julia Theresia

Matrikel-Nr. [REDACTED]

Departement Gesundheit

Institut für Ergotherapie

Studienjahrgang: ER20

Eingereicht am: 05.05.2023

Begleitende Lehrperson: Fuchsberger Ylena

**Bachelorarbeit
Ergotherapie**

Inhaltsverzeichnis

Abstract	4
1 Einleitung.....	5
1.1 Ausgangslage	5
1.2 Problemstellung	6
1.3 Zielsetzung und Fragestellung.....	7
2 Theoretischer Hintergrund	8
2.1 Alzheimer-Demenz.....	8
2.2 Reminiszenz-Therapie.....	9
2.3 Das Bieler Modell und die Handlungsfähigkeit.....	10
2.4 Kognition	12
2.5 Depression	12
2.6 Lebensqualität.....	13
2.7 Aktivitäten des täglichen Lebens	14
3 Methode.....	15
3.1 Keywords und Datenbanken.....	15
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien	16
3.3 Such- und Selektionsprozess	17
3.4 Instrumente zur Beurteilung der Studienqualität	18
4 Ergebnisse.....	19
4.1 Zusammenfassung Studie 1 (Li et al., 2020)	19
4.2 Zusammenfassung Studie 2 (Lök et al., 2019).....	22
4.3 Zusammenfassung Studie 3 (Amieva et al., 2016).....	24
4.4 Zusammenfassung Studie 4 (Duru Aşiret & Kapucu, 2016)	26
4.5 Übersicht der Hauptstudien	29
5 Diskussion	31
5.1 Verknüpfung Studienergebnisse und Handlungsfähigkeit	35

5.2	Beantwortung der Fragestellung.....	37
6	Theorie-Praxis-Transfer	38
7	Schlussfolgerungen	41
7.1	Fazit.....	41
7.2	Kritische Beurteilung dieser Arbeit.....	42
	Literaturverzeichnis.....	44
	Zusatzverzeichnisse	55
	Abbildungsverzeichnis.....	55
	Tabellenverzeichnis	55
	Abkürzungsverzeichnis	55
	Wortzahl	57
	Danksagung.....	58
	Eigenständigkeitserklärung	59
	Anhang	60
	Anhang A: Glossar	60
	Anhang B: Rechercheprotokoll	64
	Anhang C: Selektionsverfahren	69
	Anhang D: Tabellen zur kritischen Würdigung nach Law et al. (1998b)	78

Wenn immer möglich wird eine genderneutrale Sprache favorisiert. Ist dies nicht möglich, wird die inklusive Kurzform mit einem Genderstern (*) verwendet. Dabei orientiert sich die Schreibweise am Leitfaden für einen inklusiven Sprachgebrauch der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW, 2022).

Abkürzungen im Text werden bei Erstnennung ausgeschrieben und im Abkürzungsverzeichnis aufgeführt. Kursiv geschriebene Worte werden im Glossar (siehe Tabelle 3 im Anhang A) erläutert. Diese Worte werden nur bei der Erstnennung markiert.

Englische Begriffe werden belassen, wenn keine gleichwertige deutsche Übersetzung vorhanden ist oder die Bedeutung des Begriffs durch die Übersetzung verfälscht würde.

Die Studierenden, welche diese Bachelorarbeit verfasst haben, werden in der gesamten Arbeit als Autorinnen bezeichnet. Die Personen, welche die Hauptstudien geschrieben haben, werden in der gesamten Arbeit als Verfassende betitelt.

Abstract

Hintergrund Die Zahl an Alzheimer-Demenz (AD) erkrankter Menschen steigt stetig an. Im Verlauf der Erkrankung nimmt die Handlungsfähigkeit von Menschen mit AD ab und beeinträchtigt die Lebensqualität. Die Relevanz von nicht-medikamentösen Interventionen wie beispielsweise Reminiszenz-Therapie nimmt zu. Dennoch ist die Evidenzlage bisher unklar.

Ziel Diese Arbeit soll den aktuellen Forschungsstand zu Reminiszenz-Therapie für Menschen mit AD aufzeigen. Daraus ableitend wird geklärt, ob die Handlungsfähigkeit durch Reminiszenz-Therapie verbessert wird und wie sie in der Ergotherapie Anwendung finden kann.

Methode Mittels systematischer Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken wurden vier Hauptstudien ausgewählt und kritisch gewürdigt. Die zentralen Ergebnisse wurden in das Bieler Modell eingeordnet und in Bezug auf die Handlungsfähigkeit diskutiert.

Relevante Ergebnisse Die Vergleichbarkeit der Interventionsstudien ist eingeschränkt, dennoch zeigte sich insgesamt, dass Reminiszenz-Therapie Verbesserungen der Kognition, Kommunikation, Lebensqualität sowie der depressiven Symptome bewirken kann. Diese Ergebnisse sprechen Teilaspekte der Handlungsfähigkeit nach dem Bieler Modell an.

Schlussfolgerung Es bedarf weiterer Forschung zur eindeutigen Klärung der Wirksamkeit von Reminiszenz-Therapie. Zur Implementierung in die Ergotherapie wird die Kombination von Reminiszenz-Therapie mit Handlungen empfohlen. Dadurch könnte eine Verbesserung der Handlungsfähigkeit bei Menschen mit AD erreicht werden.

Keywords Alzheimer-Demenz, Ergotherapie, Handlungsfähigkeit, Reminiszenz-Therapie

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Weltweit sind mehr als 55 Millionen Menschen von Demenz betroffen und jährlich kommen fast 10 Millionen neu diagnostizierte Fälle hinzu (World Health Organization [WHO], 2021). Durch die *demographische Entwicklung* nimmt die absolute Zahl der Menschen mit Demenz stetig zu (Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien [BASS], 2021). Es wird geschätzt, dass bis 2030 weltweit 78 Millionen und bis 2050 139 Millionen Menschen an Demenz erkranken werden (WHO, 2021). Gemäss Alzheimer Schweiz (2022) kommen in der Schweiz jährlich 32'200 Neuerkrankungen von Demenz dazu. Es wird geschätzt, dass bis 2050 315'400 Menschen in der Schweiz an Demenz erkrankt sind (Alzheimer Schweiz, 2022). Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Demenz eine der Hauptursachen für *Behinderung* und Pflegebedürftigkeit von älteren Menschen (WHO, 2017). Es werden verschiedene Formen der Demenz unterschieden, wie beispielsweise die Alzheimer-Demenz (AD) (Definition siehe Kapitel 2.1), die frontotemporale Demenz oder die vaskuläre Demenz (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., o. J.). Mit 60-70 % der Fälle ist die AD die am häufigsten auftretende Form (WHO, 2021). Aufgrund der hohen *Prävalenz* der AD wird in dieser Bachelorarbeit der Fokus auf dieses Krankheitsbild gelegt. Das Krankheitsbild der AD zeigt sich durch die fortschreitende Beeinträchtigung von verschiedenen Hirnfunktionen (Definition siehe Kapitel 2.4) (WHO, o. J.-a). Besonders die Gedächtnisleistung nimmt im Verlauf der Erkrankung stetig ab. Zu Beginn der Erkrankung ist primär das *Kurzzeitgedächtnis* betroffen. Dadurch wird das Folgen von Gesprächen schwieriger, Termine werden vergessen und Wortfindungsstörungen treten auf (Alzheimer Schweiz, o. J.). Beim Fortschreiten der AD treten Symptome wie Desorientierung, Stimmungs- und Verhaltensänderungen und Verwirrung über Ereignisse, Zeit und Ort auf (Alzheimer's Association, o. J.) Diese fortschreitende Abnahme der Hirnfunktionen beeinträchtigt die Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) (Definition siehe Kapitel 2.7), was sich auf die Lebensqualität (Definition siehe Kapitel 2.6) der Betroffenen sowie deren Angehörigen auswirkt (Gauthier et al., 2021). Hier kann die Ergotherapie Unterstützung bieten. Im Berufsprofil des Ergotherapeut*innen-Verband Schweiz (EVS) wird beschrieben, dass:

«Die Ergotherapeutin unterstützt und befähigt Menschen beim Erwerb, der Wiederherstellung und/oder beim Erhalt von Lebensqualität, einer optimalen

Handlungsfähigkeit und grösstmöglicher Selbstständigkeit.» (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS] & Arbeitsgemeinschaft Schweizer Schulen für Ergotherapie [ASSET], 2005, S. 10)

Um Menschen mit AD zu unterstützen, stehen der Ergotherapie verschiedene Methoden zur Verfügung. Eine mögliche Interventionsmethode ist die Reminiszenz-Therapie (Definition siehe Kapitel 2.2). Diese Intervention beruht darauf, dass das *Langzeitgedächtnis* durch die Betrachtung von alten Fotografien oder durch das Erzählen von eigenen Geschichten aktiviert wird (Hedlund, 2021), da dieses bei Menschen mit AD am längsten erhalten bleibt (Yuill & Hollis, 2011). Die Aktivierung des Langzeitgedächtnisses ist wichtig, da im Langzeitgedächtnis die Erinnerungen an Lebensereignisse (Biografie) abgespeichert werden (Schaade, 2016). Die Erinnerungen und die Identität einer Person stehen in einer komplexen Beziehung (Alzheimer Forschung Initiative e.V. [AFI], 2015), wie es das Zitat von Cölle (2014) verdeutlicht:

«Was ein Mensch erlebt hat, prägt seine Gewohnheiten und Verhaltensweisen und bestimmt seine Identität.» (Cölle, 2014, S. 27)

Laut Jungert (2015) wird durch den fortschreitenden Gedächtnisverlust im Verlauf der AD die Erhaltung und Entwicklung der eigenen Identität mittels Erinnerungen stark erschwert. Jedoch sei das unbewusste Wiederabrufen der Erinnerungen durch Schlüsselreize wie Melodien, Gerüche oder Bilder in vielen Fällen noch möglich (AFI, 2015). Somit soll durch die Reminiszenz-Therapie die Erinnerung aktiviert, die Orientierungsfähigkeit erhalten und die *interpersonelle Kommunikation* verbessert werden (Hedlund, 2021). Weitere Ziele der Reminiszenz-Therapie sind eine allgemeine Aktivitätssteigerung, sowie das Vermitteln und Erfreuen an Erfolgserlebnissen und positiven Erinnerungen (Maercker & Forstmeier, 2013).

1.2 Problemstellung

Wie in der Ausgangslage beschrieben, steigt die Anzahl an Demenzerkrankungen stetig an. Durch den fortschreitenden Abbau der Hirnfunktionen treten verschiedene Symptome auf, welche die Ausführung von ADL erschweren und die Lebensqualität der Menschen mit Demenz verringern. Die Ergotherapie hat das Ziel, diese Menschen beim Erhalt ihrer Lebensqualität, einer optimalen Handlungsfähigkeit (Definition siehe Kapitel 2.3) und grösstmöglicher Selbstständigkeit zu unterstützen (EVS & ASSET, 2005) und wendet dafür verschiedene Methoden an. In der Leitlinie zu Demenz des National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2018) wird zur Förderung der

Selbstständigkeit, Wohlbefinden und Kognition die Reminiszenz-Therapie im Gruppensetting bei leichter bis mittelschwerer Demenz vorgeschlagen. Zuvor konnten Studien aus dem Jahr 2004 keine *signifikanten* Effekte von Reminiszenz-Therapie bei mittelschwerer bis schwerer Demenz nachweisen (Politis et al., 2004; Lai et al., 2004 zitiert nach Korczak et al., 2013). Die *Metaanalyse* von Pinquart & Forstmeier (2012) konnte geringe Effekte der Reminiszenz-Therapie auf Depression (Definition siehe Kapitel 2.5), kognitive Fähigkeiten und Aspekte der Lebensqualität bei Menschen mit AD feststellen. Eine aktuelle Bachelorarbeit von Kirsch & Limacher (2020) beschreibt, dass die Effektivität von *kognitiver Stimulation*, zu welcher die Reminiszenz-Therapie zählt, in der Literatur in Bezug auf die Handlungsfähigkeit unklar bleibt. Somit ist die Evidenzlage bezüglich der Effektivität von Reminiszenz-Therapie bei AD unklar und lässt einige Fragen offen: Kann die aktuelle Forschung signifikante Effekte der Reminiszenz-Therapie aufzeigen und wie können diese Resultate in die Praxis übertragen werden? Und in welchem Krankheitsstadium oder Setting (Gruppe- oder Einzelintervention, Domizil- oder Pflegeheimbehandlung) ist die Reminiszenz-Therapie effektiv?

1.3 Zielsetzung und Fragestellung

Aufgrund dieser Herleitungen ergibt sich folgende Zielsetzung und Fragestellung für die Bachelorarbeit:

Zielsetzung: Ziel dieser Arbeit ist es, den aktuellen Forschungsstand zur Reminiszenz-Therapie für Menschen mit AD aufzuzeigen und die Anwendbarkeit in die Ergotherapie zu diskutieren.

Fragestellung: Führt Reminiszenz-Therapie bei Menschen mit AD zu einer Verbesserung der Handlungsfähigkeit und wie kann sie in der Ergotherapie angewendet werden?

2 Theoretischer Hintergrund

Zum weiteren Verständnis erklären die folgenden Unterkapitel die zentralen Begriffe dieser Bachelorarbeit.

2.1 Alzheimer-Demenz

Mit 60-70 % ist die AD die häufigste Form der Demenzerkrankungen (WHO, 2021). Es handelt sich um eine nicht heilbare Krankheit, die zu fortschreitendem Zerfall des Nervensystems führt (Porsteinsson et al., 2021). Zu Beginn ist meist die Kommunikation zwischen den *Synapsen* der *Neuronen* betroffen (AFI, o. J.). Aufgrund des schleichenden Beginns der Symptome ist eine Früherkennung schwierig (Porsteinsson et al., 2021). Die Alzheimer Forschung Initiative e.V. (AFI, o. J.) legt dar, dass die Ursache für die AD noch nicht klar ist. Typisch für die AD sind die Eiweissablagerungen Beta-Amyloid-Plaques und Tau-Fibrillen (AFI, o. J.). Beta-Amyloid kommt natürlicherweise im Körper vor (AFI, o. J.). Gemäss der AFI (o. J.) können bei der AD die Beta-Amyloide nicht richtig gespalten und abgebaut werden. Dadurch entsteht das giftige Beta-Amyloid-Eiweiss, welches in unauflösliche Ablagerungen verklumpt (AFI, o. J.). Diese Ablagerungen werden Beta-Amyloid-Plaques oder Alzheimer-Plaques genannt (AFI, o. J.). Die anderen charakteristischen Eiweissablagerungen bei AD sind die Tau-Fibrillen (AFI, o. J.). Diese entstehen aus dem Tau-Protein, welches für die Nährstoffversorgung und die Stabilität innerhalb einer Zelle verantwortlich ist (AFI, o. J.). Bei der AD verändert sich das Tau-Protein chemisch und lagert sich faserartig in den Nervenzellen ab (AFI, o. J.). Durch diese Tau-Fibrillen zerfallen die Nervenzellen (AFI, o. J.). Die AFI (o. J.) beschreibt, dass die *Grosshirnrinde* und der *Hippocampus* besonders von den Eiweissablagerungen betroffen sind. Dies führt, wie in der Ausgangslage beschrieben, unter anderem zu Symptomen wie Desorientierung, Stimmungs- und Verhaltensänderungen und Verwirrung über Ereignisse, Zeit und Ort (Alzheimer's Association, o. J.). Auch das Folgen von Gesprächen wird schwieriger, Termine werden vergessen und Wortfindungsstörungen treten auf (Alzheimer Schweiz, o. J.). Je nach Ausprägung der kognitiven Beeinträchtigung werden drei Schweregrade der Demenz unterschieden (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN] & Deutsche Gesellschaft für Neurologie [DGN], 2016). Die Einteilung erfolgt anhand der erreichten Gesamtwerte in der Mini-Mental State Examination (MMSE):

- MMSE 20 bis 26 Punkte: leichte Demenz
- MMSE 10 bis 19 Punkte: mittelschwere Demenz
- MMSE weniger als 10 Punkte: schwere Demenz

Allerdings gilt zu beachten, dass die Grenzwerte nur als Orientierungshilfe dienen und die Zuordnung im Einzelfall geprüft werden muss (DGPPN & DGN, 2016).

2.2 Reminiszenz-Therapie

Reminiszenz (lat.: *reminiscere*: sich besinnen) wird im deutschen Sprachgebrauch mit Erinnerung oder Wiedererinnern übersetzt (Bergius, 2022). 1963 schrieb der Internist und Gerontologe Robert N. Butler einen Artikel zum Thema Lebensrückblick und Reminiszenz und startete damit die Bewegung der Reminiszenz-Therapie (Bluck & Levine, 1998). Die Reminiszenz-Therapie findet in der Psychotherapie sowie Pflege Anwendung, beispielsweise bei Depressionen, Traumafolgestörungen oder zur Bewältigung von kritischen Lebensereignissen (Maercker & Forstmeier, 2013). Bei Menschen mit Demenz wird die Reminiszenz-Therapie ebenso angewendet, wie die Leitlinie der American Psychological Association (APA) beschreibt (APA, 2007). Die Reminiszenz-Therapie wird je nach Literatur als Biographiearbeit, Lebensrückblick, Erinnerungsarbeit oder nur Reminiszenz bezeichnet (Maercker & Forstmeier, 2013). Die Begriffe werden nicht immer synonym verwendet und bezeichnen keine *standardisierte* Interventionsmethode. Eine wichtige Unterscheidung scheint die Trennung der geäußerten autobiografischen Erinnerungen des Menschen mit AD von den biografischen Angaben, welche durch Zweitpersonen erzählt werden, zu sein (Schaade, 2016). Ebenso ist der Ansatz der Life-History von der Reminiszenz zu unterscheiden. Der Ansatz der Life-History konzentriert sich meist darauf, ein Album der Lebensgeschichte einer Person im Einzelsetting zusammenzustellen (Moos & Björn, 2006). Bei der Reminiszenz-Therapie handelt es sich um ein Sammeln von positiven Erinnerungen zu einem bestimmten Thema aus der Vergangenheit wie beispielsweise Feste, Kindheit oder Feiertage (Maercker & Forstmeier, 2013). Zudem beinhalten Erinnerungen die subjektive Bewertung, welche ein Mensch dem Erlebten gibt und es ist dabei nicht wichtig, ob die erzählten Erinnerungen den wahren Begebenheiten oder der eigenen Wahrheit des Menschen entsprechen (Schaade, 2016). Das Ziel der Reminiszenz-Therapie bei Menschen mit Demenz ist dabei die Aktivitätssteigerung, das Wiedererleben der positiven Emotionen einer Erinnerung und das Erfahren eines Erfolgsmoments beim Erinnern-Können (Maercker & Forstmeier, 2013). Unterstützend

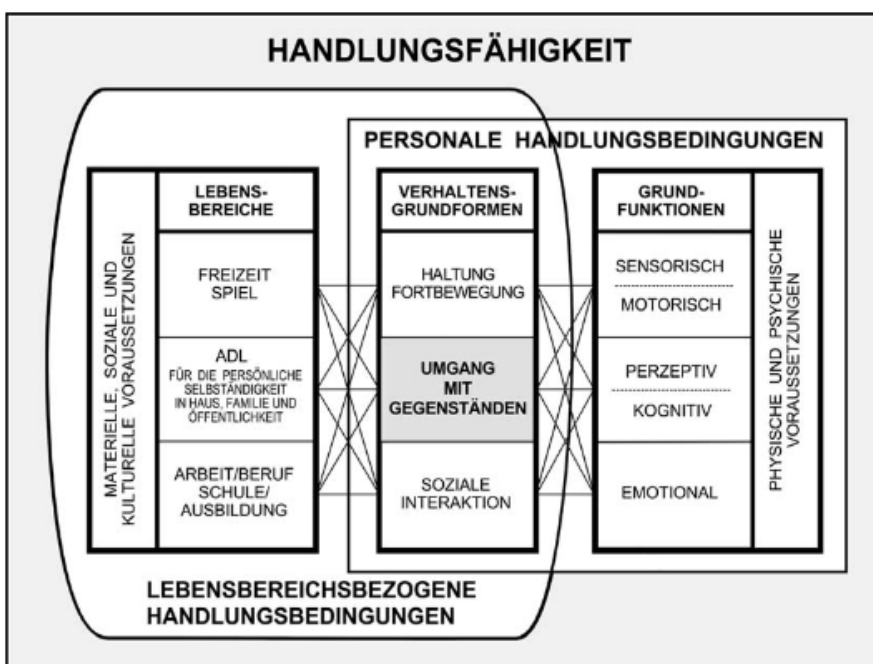
werden oft Gegenstände, Bilder, Musik oder Videos zur Anregung der Erinnerung verwendet (Woods et al., 2018).

2.3 Das Bieler Modell und die Handlungsfähigkeit

Das Bieler Modell wurde in der Schule für Ergotherapie in Biel entwickelt (Interessensgemeinschaft Bieler Modell, o. J.). Das Bieler Modell wird als Arbeitsinstrument gesehen (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Es kann zur Erfassung von Problemstellungen und Massnahmen in der Ergotherapie genutzt werden, um anschliessend Interventionen in die Praxis umzusetzen und zu evaluieren (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Die Abbildung 1 zeigt die Grafik des Bieler Modells nach Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi (2010). Darin werden die Einzelkomponenten der Handlungsfähigkeit und deren Wechselwirkung zueinander abgebildet. Die Handlungsfähigkeit stellt dabei das zentrale Konzept dar:

«Im Bieler Modell steht die Entwicklung, Erhaltung und/oder Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit von Menschen, die durch Krankheit und/oder Behinderung in ihrem Handeln eingeschränkt sind, im Zentrum der ergotherapeutischen Arbeit.»
(Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010, S. 12)

Abbildung 1
Darstellung des Bieler Modells



Anmerkung. Abbildung mit freundlicher Genehmigung der Kerngruppe Interessensgemeinschaft Bieler Modell (o. J., S. 1)

Handlungsfähigkeit

In ihrem Modell beschreiben Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi das Konzept der Handlungsfähigkeit als:

«Fähigkeit einer Person, zielgerichtete, sozial bedeutsame und persönlich sinnvolle Handlungen in den verschiedenen Lebensbereichen allein und/oder in Kooperation mit Mitmenschen planen, ausführen und kriterienorientiert bewerten zu können.»

(Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010, S. 12)

Die Handlungsfähigkeit wird durch eine Interaktion von personalen und lebensbereichsbezogenen Handlungsbedingungen bestimmt, welche im Bieler Modell (siehe Abbildung 1) durch zwei sich überschneidende Quadrate dargestellt werden (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Die Schnittmenge dieser Quadrate bilden die Verhaltensgrundformen (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Zu den Verhaltensgrundformen gehören die Komponenten «Haltung/Fortbewegung», «Umgang mit Gegenständen» und «soziale Interaktion», welche als Interaktion zwischen Person und Umwelt verstanden werden (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Diese Interaktion ist als Handlung beobachtbar und findet im Kontext einer der verschiedenen Lebensbereiche statt (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Die Lebensbereiche werden in Bieler Modell unterteilt in «Freizeit Spiel», «ADL (für die persönliche Selbständigkeit in Haus, Familie und Öffentlichkeit)» und «Arbeit/Beruf bzw. Schule/Ausbildung» und bieten situative Handlungsmöglichkeiten sowie Anforderungen (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Dabei werden die Lebensbereiche durch materielle, soziale und kulturelle Voraussetzungen stark geprägt (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Auf der anderen Seite ist die Handlung durch die Grundfunktionen geprägt, welche unterteilt werden in sensorische, motorische, perzeptive, kognitive und emotionale Funktionen (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Dabei handelt es sich um Konstrukte, die eine Zusammenstellung von Einzelfunktionen darstellen, welche in enger Wechselwirkung zueinanderstehen (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Die Grundfunktionen, wie auch die Verhaltensgrundformen werden durch physische und psychische Voraussetzungen, wie beispielsweise Alter oder Geschlecht, beeinflusst (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010).

Das Bieler Modell von Nieuwesteeg-Gutzwiller und Somazzi (2010) wurde im Rahmen dieser Bachelorarbeit gewählt, da es die Handlungsfähigkeit in den Einzelkomponenten darstellt und dabei die Wechselwirkung der verschiedenen Komponenten beschreibt.

Das Bieler Modell ist ein weitverbreitetes Modell in der Ergotherapie der Schweiz. Daher wird angenommen, dass die Anwendung und Verwendung des Bieler Modells für viele Schweizer Ergotherapeut*innen verständlich ist.

2.4 Kognition

Der Begriff Kognition kommt vom lateinischen Wort «cognitio» und bedeutet so viel wie Erkenntnis (Hänsel et al., 2016). Die Kognition ist ein Sammelbegriff für alle bewussten und unbewussten mentalen Prozesse, wie beispielsweise die Wahrnehmung oder das Denken (Gigerenzer, 2021; Hänsel et al., 2016). Diese Prozesse sind bei der Aufnahme, Verarbeitung oder Speicherung von Informationen relevant (Hänsel et al., 2016). Treten Schwierigkeiten in einem dieser Prozesse auf, hat dies Auswirkungen auf andere Prozesse innerhalb der Kognition (Schaade, 2016). In dieser Arbeit wird besonders auf die mentalen Funktionen eingegangen, welche in den Messungen der Hauptstudien von Bedeutung sind. Die Kognition beinhaltet noch andere mentale Funktionen, welche hier nicht näher beschrieben werden. Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) unterscheidet die mentalen Funktionen in Untergruppen, sogenannten Items (WHO, 2023). Eines davon ist die Funktion der Orientierung (WHO, 2023). Darin wird die zeitliche und örtliche Orientierung, sowie die Selbstwahrnehmung, das Ich-Bewusstsein und die realistische Wahrnehmung anderer Personen gefasst (WHO, 2023). Die Aufnahme, Speicherung und das Abrufen von Informationen werden den Gedächtnisfunktionen zugeordnet (WHO, 2023). Ebenso gehören die höheren kognitiven Funktionen, häufig exekutive Funktionen genannt, zu den mentalen Funktionen (WHO, 2023). Diese umfassen das zielgerichtete Verhalten, die Entscheidungsfindung, das abstrakte Denken, Planen und Durchführen, wie es die ICF (2023) festlegt. Das Rechnen betreffende Funktionen oder kognitiv-sprachliche Funktionen, wie das Erkennen und Verwenden von Symbolen, Zeichen und anderen sprachlichen Aspekten werden im ICF (2023) als einzelne Funktionen aufgeführt. Das Fokussieren auf eigene Reize oder Reize von aussen über eine bestimmte Zeitspanne ist im ICF (2023) als Funktion der Aufmerksamkeit beschrieben. Diese beschriebenen Funktionen werden beispielsweise im MMSE getestet.

2.5 Depression

Depressionen oder depressive Symptomatiken gehören zu den affektiven Störungen (Völkel, 2022). Darunter werden psychische Störungen mit Stimmungsveränderungen und verändertem Aktivitätsniveau verstanden (Völkel, 2022). Depressionen sind

gekennzeichnet durch gedrückte Stimmung, Verlust von Interessen und vermindertem Antrieb (Völkel, 2022). Weiter können Konzentrationsstörungen, ein reduziertes Selbstwertgefühl sowie reduziertes Selbstvertrauen auftreten (WHO, o. J.-a). Eine Depression kann von somatischen Symptomen wie beispielsweise Verlust der Freude, Morgentief, vermindertem Appetit und Gewichtsverlust begleitet sein (WHO, o. J.-a). Je nach Schwere der Symptome werden leichte, mittelgradige oder schwere Episoden unterschieden (WHO, o. J.-a). In der Schweiz ist die Depression laut Bundesamt für Statistik (BFS, o. J.) die häufigste psychische Erkrankung. Während gerade mal vier Prozent der Menschen über 65 Jahre eine Depression haben (BFS, o. J.), treten gemäss Alzheimer Schweiz (2020) bei 40 – 50 % der Menschen mit Demenz im Verlauf der Erkrankung depressive Symptome auf. Allerdings kann die Unterscheidung von Depressions- oder Demenzsymptomen schwierig sein, was eine eindeutige Diagnostik umso wichtiger macht (Alzheimer Schweiz, 2020). Zur Erfassung von depressiven Symptomen bei Menschen mit Demenz kann beispielsweise die Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) oder die Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) als Fremdbeurteilungsbogen verwendet werden (Hatzinger et al., 2018; Krupp, 2022). Hierbei gilt jedoch zu beachten, dass die demenzbedingten Kommunikationsschwierigkeiten für Menschen mit Demenz und deren Gegenüber zusätzliche Herausforderungen in der Erfassung der depressiven Symptomatik bergen (Alzheimer Schweiz, 2020).

2.6 Lebensqualität

Die Lebensqualität ist ein komplexes, theoretisches Konzept und deshalb nur schwer zu definieren (Oppikofer, 2008, 2013). Zudem ist sie von individuellen und äusseren Umständen geprägt, wie es die Definition der WHO beschreibt:

Die WHO definiert Lebensqualität als die Wahrnehmung der Lebenssituation des Individuums im Kontext der Kultur und der Wertesysteme, in denen die Person lebt, und in Bezug auf deren Ziele, Erwartungen, Normen und Anliegen. (WHO, o. J.-b)

Im Verlaufe des Lebens oder insbesondere einer Demenzerkrankung verändere sich die Gewichtung der einzelnen Aspekte und deren Einfluss auf die Lebensqualität (Oppikofer, 2008). In der Arbeit zu Lebensqualität bei Demenz hat Oppikofer (2008) die theoretischen Dimensionen der Lebensqualität herausgearbeitet (siehe Tabelle 1). Diese zeigen die Vielschichtigkeit der Lebensqualität bestehend aus individuellen, gesundheitlichen, emotionalen, Verhaltens- und Umweltaspekten.

Tabelle 1*Dimensionen der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz*

Umwelt	Gesundheit	Verhaltenskompetenz	Individualität	Subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit
Räumlich	Medizinisch-funktional	Selbständigkeit	Selbstwert	Affekt
Sozial	Kognition	Kommunikation	Lebenshaltung	Zugehörigkeitsgefühl
Funktional	Psychopathologie	Mobilität	Moralempfinden	Lebenszufriedenheit / Wohlbefinden
	Verhaltensauffälligkeiten	Fähigkeit zur Aktivität	Spiritualität	Beurteilung der finanziellen Situation
		Anpassungsfähigkeit	Persönlichkeit	
		Problemlösungs- und Urteilsfähigkeit	Ästhetischer Sinn	
		Orientierung		

Anmerkung. Eigene Darstellung nach Quelle Oppikofer (2008, S. 6)

2.7 Aktivitäten des täglichen Lebens

In der Ergotherapie werden alle Handlungen, welche Menschen in ihrem Alltag ausführen, den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) oder den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) zugeteilt (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2014). Unter den ADL werden Handlungen verstanden, bei denen man sich um den eigenen Körper kümmert (AOTA, 2014). Dazu zählen beispielsweise das Baden oder Duschen, der Toilettengang oder die Körperpflege (AOTA, 2014). Weiter sind das Ankleiden, Essen, die Fortbewegung sowie sexuelle Aktivitäten Bestandteile der ADL (AOTA, 2014). Die ADL sind nach Christiansen & Hammecker (2001, zitiert nach AOTA, 2014, S. 41) grundlegend für das Überleben und Wohlbefinden eines Menschen und ermöglichen das Leben in einer sozialen Umwelt.

Zu den IADL gehören Aktivitäten wie das Verwalten von Finanzen, Einkaufen oder die Kindererziehung, bei denen das tägliche Leben zu Hause oder in der Gemeinschaft im Vordergrund steht (AOTA, 2014). Die Aktivitäten der Ruhe und Schlaf, Bildung, Arbeit, Spiel, Freizeit und soziale Teilhabe werden durch die American Occupational Therapy Association (AOTA) als eigenständige Kategorien beschrieben (AOTA, 2014).

3 Methode

In diesem Kapitel wird das Vorgehen in der Literaturrecherche erläutert und der Selektionsprozess für die Wahl der relevanten Studien aufgezeigt.

3.1 Keywords und Datenbanken

Zur Bearbeitung der Fragestellung wurde ein systematischer Literaturreview durchgeführt. Die Literaturrecherche für *Primär-* und *Sekundärliteratur* fand im Februar 2023 in den Datenbanken CINAHL Complete, Cochrane Library, MEDLINE, OTseeker und PubMed statt. Diese Datenbanken enthalten Literatur aus den Gesundheitswissenschaften, unter anderem aus dem Bereich Ergotherapie und bieten Literaturhinweise sowie Volltexte. Für das Einlesen in die Thematik wurde zusätzlich Sekundär- und *Tertiärliteratur* aus der Swiscovery Datenbank verwendet. Für die Suche der Hauptstudien sind aus den Einzelelementen der Fragestellung Keywords abgeleitet worden (siehe Tabelle 2). Die Keywords wurden in die englische Sprache übersetzt, um der vorherrschenden Forschungssprache zu entsprechen. Die Keywords der einzelnen Elemente sind durch die Booleschen Operatoren „AND“ verbunden worden, um die Suche zu spezifizieren. Zur Erweiterung der Suche wurden ähnliche Keywords oder synonyme Begriffe mit „OR“ verknüpft. Zweiteilige Begriffe sind zwischen die Zeichen „“ gesetzt worden, damit der ganze Wortteil in der Suche enthalten ist. Mittels *Trunkierungen* der Keywords wurde erreicht, dass verschiedene Schreibweisen des gleichen Begriffs in der Suche berücksichtigt werden. Eine mögliche Keywordkombination war: ("Alzheimer's Disease") AND ((reminiscence therap*) OR reminiscence).

Tabelle 2*Liste der verwendeten Keywords*

Schlüsselbegriffe	Synonyme, verwandte Begriffe	Suchbegriffe Englisch
Menschen mit AD	Alzheimer-Demenz, Alzheimer-Krankheit, Alzheimer, Morbus Alzheimer	alzheimer's disease, alzheimer, alzheimer dementia
Reminiszenz-Therapie	Reminiszenz-Therapie, Reminiszenz, Erinnerungstherapie, Erinnerungsarbeit, Biographiearbeit, Autobiographie, kognitive Stimulation	remembrance therapy, RT, reminiscence, life histories, life story, life history review
Handlungsfähigkeit	ADL, Alltagsfunktionen Selbständigkeit, Betätigungsperformanz	activities of daily living, ADL
Ergotherapie	ergotherapeutische Interventionen	occupational therapy, OT

Anmerkung. Eigene Darstellung

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

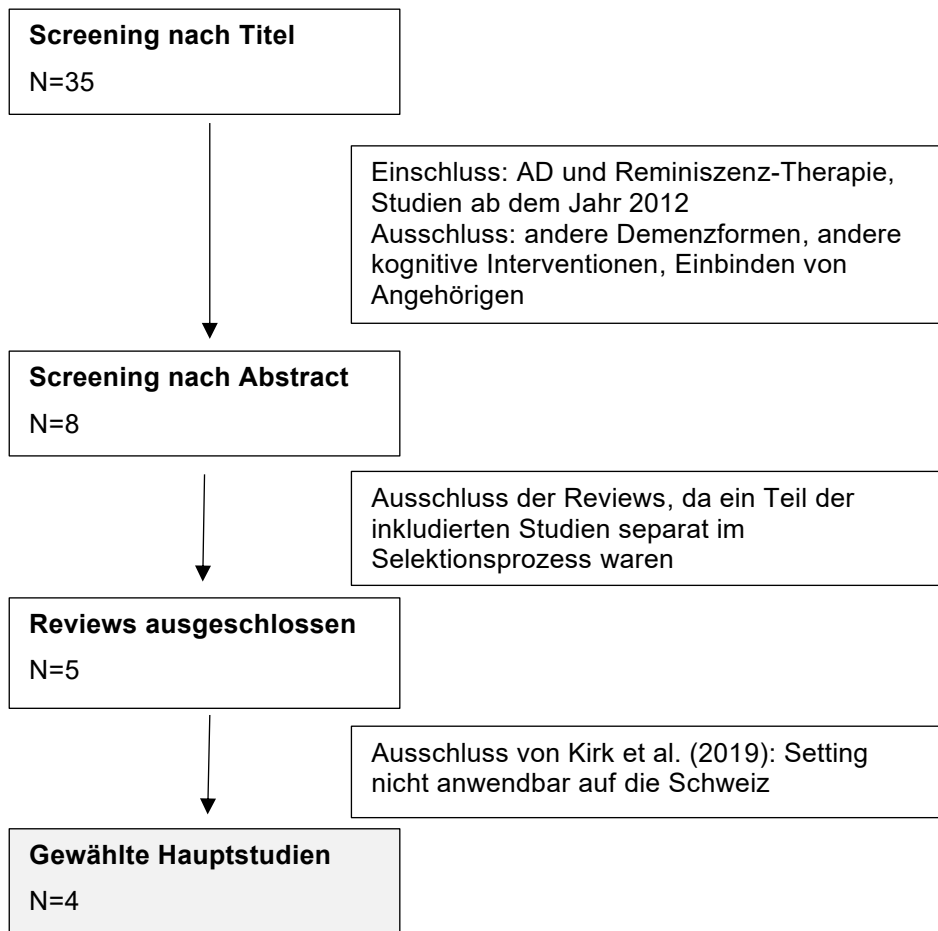
Bei der Literaturrecherche wurden ausschliesslich Studien berücksichtigt, die sich mit der AD befassen. Somit wurden alle Studien mit Teilnehmenden mit anderen Demenzerkrankungen ausgeschlossen. Diese Eingrenzung auf das Krankheitsbild der AD erfolgte aufgrund der hohen Prävalenz von AD mit 60-70 % aller Demenzerkrankungen (WHO, 2021). Dabei wurde nicht unterschieden, in welchem Krankheitsstadium (leicht, mittel- oder schwergradig) sich die Studienteilnehmenden befinden. Dadurch sollte eine Aussage zur Anwendbarkeit der Reminiszenz-Therapie in allen Stadien der AD erreicht werden. Hingegen wurden Studien ausgeschlossen, deren Interventionen sich an Angehörige von Menschen mit AD richten. Aufgrund dessen, dass sich die Fragestellung auf die Verbesserung der Handlungsfähigkeit der betroffenen Menschen mit AD bezieht und die Interventionen ohne Einbezug der Angehörigen angewendet werden sollte. Ein weiteres Einschlusskriterium war der Einbezug der Reminiszenz-Therapie. Wie in Tabelle 2 ersichtlich, wurden synonyme Begriffe der Reminiszenz-Therapie als Keywords inkludiert, da wie bereits in Kapitel 2.2 erwähnt, der Begriff der Reminiszenz-Therapie nicht einheitlich verwendet wird. So wurde gewährleistet, dass Studien mit synonymen Begriffen zu Reminiszenz-Therapie gefunden wurden. Weiter wurden nur Hauptstudien eingeschlossen, welche nach 2012 veröffentlicht wurden, da Piquart & Forstmeier (2012) die letzte durchgeführte Metaanalyse zu Reminiszenz-Therapie in diesem Jahr publizierten. Zusätzlich sollten die

Studien in deutscher oder englischer Sprache verfasst sein, damit die Autorinnen dieser Arbeit die Studien verstehen konnten.

3.3 Such- und Selektionsprozess

Die Keywords wurden in unterschiedlichen Kombinationen in den Datenbanken verwendet. Das Suchprotokoll zeigt die Übersicht der durchgeführten Literaturrecherche auf (siehe Tabelle 4 im Anhang B). Unter den erzielten Treffern wurden Studien mit relevanten Keywords im Titel gesucht. Insgesamt 35 Studien wurden für eine Weiterbearbeitung ausgewählt (siehe Tabelle 5 im Anhang C). Anschliessend wurden die Abstracts gelesen und anhand der vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Kapitel 3.2) gescreent. Dadurch wurden 27 der 35 Studien exkludiert. Aus den verbliebenen acht relevanten Studien wurden die drei Reviews von Cammisuli et al. (2022), Cuevas et al. (2020) und Woods et al. (2018) ausgeschlossen, da ein Teil ihrer inkludierten Studien sich separat im Selektionsprozess befanden. Die verbleibenden fünf Studien wurden eingehend gelesen. Dabei wurde eine weitere Studie von Kirk et al. (2019) exkludiert, weil das angewendete Interventionssetting im Museum nicht auf den Schweizer Kontext anwendbar ist und sich deutlich von den Interventionssettings der restlichen Studien unterschied. Eine Visualisierung des gesamten Selektionsprozess ist in Abbildung 2 ersichtlich. Die ausführliche Tabelle des Selektionsverfahrens ist in Anhang C (Tabelle 5) einsehbar.

Abbildung 2
Selektionsprozess



Anmerkung. Eigene Darstellung

Nach dem abgeschlossenen Such- und Selektionsprozess ergaben sich vier Hauptstudien zur Beantwortung der Fragestellung. Es handelt sich bei den Hauptstudien um drei *randomisiert kontrollierte Studien (RCT)* und eine *quasi-experimentelle Studie*. Randomisiert kontrollierte Studien werden häufig zur Testung der Wirksamkeit verwendet und gelten in der klinischen Forschung als Goldstandard (Braun et al., 2021; Law et al., 1998a). Quasi-experimentelle Studie weisen keine vollwertige *Randomisierung* auf und können daher grössere *Verzerrungsrisiken* vorweisen (Braun et al., 2021). Die Hauptstudien werden im Kapitel 4 zusammengefasst und kritisch gewürdigt.

3.4 Instrumente zur Beurteilung der Studienqualität

Zur kritischen Würdigung der ausgewählten *quantitativen* Studien wurde als Evaluationsinstrument die deutsche Version des Formulars von Law et al. (1998b)

verwendet. Dieses Instrument eignet sich, da es für die ergotherapeutische Forschung entwickelt wurde. Da alle Hauptstudien quantitative Studiendesigns aufwiesen, wurde für die kritische Würdigung ausschliesslich das Formular von Law et al. (1998b) verwendet.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die vier Hauptstudien zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Die vollständige kritische Würdigung der Hauptstudien nach Law et al. (1998b) ist im Anhang D einsehbar.

4.1 Zusammenfassung Studie 1 (Li et al., 2020)

Titel: Efficacy of group reminiscence therapy on cognition, depression, neuropsychiatric symptoms, and activities of daily living for patients with Alzheimer disease

Ziel: Es wurde geprüft, ob Reminiszenz-Therapie positive Veränderungen in den *Outcomes* der Kognition, Depressionen, *neuropsychiatrische Symptome* und ADL von Menschen mit AD bewirken kann.

Studiendesign: Es wurde eine randomisiert kontrollierte *Einfachblindstudie* im *Paralleldesign* mit zwei Gruppen durchgeführt. 90 Studienteilnehmende wurden nach dem Zufallsprinzip in die *Interventions-* oder *Kontrollgruppe* zugeteilt. Die Messungen wurden zu vier verschiedenen Zeitpunkten erfasst. Die Studienteilnehmenden, sowie das Studienpersonal waren in der Gruppenzuteilung *verblindet*.

Stichprobe: Studienteilnehmende wurden im Zentrum für kognitive Störungen des «Beijing Geriatric Hospital» in China rekrutiert. Nach Berechnung des Stichprobenumfangs wurden 90 Teilnehmende für die Studie gesucht, welche die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten. Eingeschlossen wurden Menschen ab 65 Jahren mit der Diagnose oder einer wahrscheinlichen AD in leichtem bis mittelschwerem Stadium. Gründe für einen Ausschluss von der Studie waren schwerer Hörverlust, deutliche Kommunikationsschwierigkeiten oder schwere physische Erkrankungen. Die Studienteilnehmenden waren im Durchschnitt 83.4 Jahre alt, mehrheitlich Männer und wiesen ein niedriges Bildungsniveau auf. Im Vergleich der *demographischen Charakteristika* der Teilnehmenden zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe. Die fünf *Dropouts* der Studie wurden begründet und von den Ergebnisdaten exkludiert.

Intervention: Beide Gruppen erhielten die konventionelle pharmakologische Therapie, Ernährungsberatung sowie alltägliche Pflege. Die Interventionsgruppe erhielt zusätzlich

gruppenbasierte Reminiszenz-Therapie. Die Kontrollgruppe erhielt keine weiteren Therapien. Die Reminiszenz-Therapie wurde zweimal wöchentlich über 12 Wochen durchgeführt und dauerte 30 bis 45 Minuten. Dazu wurde die Interventionsgruppe in Subgruppen von sechs bis acht Teilnehmende geteilt. Unter Anwendung eines strukturierten Reminiszenz-Therapie Handbuchs [Anmerkung der Autorinnen: nicht einsehbar in der Studie] leitete ein*e Psychotherapeut*in die Gruppenintervention. Zwölf verschiedene Themen wurden behandelt. Die Intervention wurde in vier Schritte gegliedert: Gedächtnistrigger, Erinnerung hervorrufen, Präsentation und Teilen der Erinnerung und Zusammenfassen der Intervention. Zur Anregung der Erinnerungen sind zusätzlich Gegenstände (z. B. persönliche Fotografien, Briefe, Musik) verwendet worden. Die Interventionen wurden von Montag bis Freitag zwischen 14.00 bis 15.00 Uhr immer im selben Raum abgehalten.

Messungen: Es wurde zu vier verschiedenen Zeitpunkten gemessen. Bei der *Baseline*, nach vier und zwölf Wochen, sowie ein *Follow-up* nach 24 Wochen.

Alle Messungen wurden mit *reliablen* und *validen* Instrumenten durchgeführt. Die Veränderungen der kognitiven Funktionen sind mit der ADAS-Cog Scale ermittelt worden. Zur Messung der depressiven Symptome wurden die CSDD verwendet. Mit dem Neuropsychiatric Inventory (NPI) beurteilten die Verfassenden die neuropsychiatrischen Symptome. Der Barthel Index (BI) diente zur Messung der ADL.

Ergebnisse: Die Messungen der Studie ergaben in beiden Gruppen tendenziell steigende Werte der ADAS-Cog-Werte nach der Intervention. Jedoch war der Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe zu keinem Messzeitpunkt signifikant. Somit konnte keine signifikante Verbesserung der kognitiven Funktion durch Reminiszenz-Therapie nachgewiesen werden. Der Mittelwert des CSDD verbesserte sich signifikant in der Interventionsgruppe von der Baseline zur Follow-up-Messung. Zwischen den beiden Gruppen zeigten sich signifikante Unterschiede zum Messzeitpunkt 12 und 24 Wochen. Der NPI zeigte signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in der Interaktion mit der Zeit. Sowohl die Interventions- wie auch die Kontrollgruppe zeigten einen Rückgang des NPI-Mittelwertes in der Follow-up Messung. Allerdings unterschieden sich die Gruppen nur in einem von zwölf Items des NPI signifikant. Einzig das Item "Depression/Dysphoria" verbesserte sich signifikant in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Zusätzlich verbesserten sich die Werte der Caregiver Distress Scale in der Interventionsgruppe. Die Messungen des BI wiesen keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen auf.

Schlussfolgerung: Die Verfassenen schlossen aus den Resultaten, dass Reminiszenz-Therapie bei Menschen mit leichter bis mittelschwerer AD eine positive Wirkung auf neuropsychiatrische Symptome und die depressive Gefühlslage zeigte. Zudem wurden positive Veränderungen auf der Skala “Belastung von Pflegepersonen” beschrieben.

Limitationen: Die Verfassenen nennen als Limitation, dass alle Teilnehmenden aus dem gleichen Spital rekrutiert wurden. Dies schränke die Generalisierbarkeit ein. Die Verfassenen kritisieren zudem, dass keine Menschen mit schwergradiger AD eingeschlossen wurden. Weiter erhielten einige Teilnehmende während der Studie *antipsychotische* oder antidepressive Medikation, was die Resultate beeinflusst haben könnte.

Kritische Würdigung: Die Autorinnen dieser Arbeit gehen davon aus, dass die Tageszeit der Intervention oder das Gruppensetting das Resultat beeinflusst haben könnte. Dies aufgrund von verschiedenen Tagesrhythmen der Teilnehmenden oder durch sich verändernde Gruppendynamik im Verlauf der Studie. Positiv bewertet wird das Vorgehen in der Randomisierung, welche in der kritischen Würdigung keine Verzerrungen feststellen liess. Ausserdem wurden die involvierten Forschenden verblindet, was zusammen mit dem Randomisierungsprozess die Objektivität der Studie unterstützt. Das Offenlegen der Dropouts und deren Ausschluss aus den Ergebnisdaten verhinderte eine Verzerrung durch fehlende Ergebnisdaten. Allerdings gab es keine fixe Subgruppen-Zuteilung, das heisst Teilnehmende konnten nach persönlichen Bedürfnissen die Subgruppen wechseln. Dies lässt den Schluss zu, dass das Verzerrungsrisiko der Ergebnisse durch den Gruppenwechsel begünstigt wird. Insgesamt wurde von einer Verzerrungsgefahr der *internen Validität* durch die beschriebenen Aspekte ausgegangen. Allerdings wird die ausführliche Beschreibung der Intervention mit Verwendung eines strukturierten Handbuchs als positiver Aspekt dieser Studie gesehen. Es ist anzumerken, dass die *externe Validität* durch das nicht aufgeführte Reminiszenz-Therapie Handbuch vermindert wurde. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation ist begrenzt. Zum einen aufgrund der Erhebung in einer einzelnen Institution. Zum anderen besteht die Stichprobe aus mehrheitlich Männern. Da laut Alzheimer Schweiz (2022) von allen Menschen mit Demenz 66 Prozent Frauen sind, spiegelt dies die Zusammensetzung der Gesamtpopulation nicht wider. Dieser Aspekt mindert ebenfalls die externe Validität der Studie.

4.2 Zusammenfassung Studie 2 (Lök et al., 2019)

Titel: The effect of reminiscence therapy on cognitive functions, depression, and quality of life in Alzheimer patients: Randomized controlled trial

Ziel: Das Ziel der Studie war, den Effekt von Reminiszenz-Therapie auf die kognitiven Funktionen, Depression und Lebensqualität bei Menschen mit AD aufzuzeigen.

Studiendesign: Das gewählte Studiendesign war eine einfach blindierte RCT mit einer Interventions- und einer Kontrollgruppe. 60 Studienteilnehmende wurden nach dem Zufallsprinzip in die Interventions- oder Kontrollgruppe zugeteilt. Die Messungen wurden zu zwei verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt.

Stichprobe: Die Studienteilnehmenden wurden in einem Pflegeheim rekrutiert. Dieses gehörte der Provinzialdirektion für Familien- und Sozialpolitik in Konya (Türkei) an. Nach Berechnung des Stichprobenumfangs wurden 60 Teilnehmende für die Studie inkludiert, welche die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten. Eingeschlossen wurden Menschen mit der Diagnose einer AD, welche ihre Medikation mit Antidementiva weiterführten und einen MMSE Wert zwischen 13 bis 24 von 30 Punkten aufwiesen. Weitere Voraussetzungen waren mindestens ein Grundschulabschluss und ein CSDD Wert von mindestens acht Punkten. Gründe für einen Ausschluss von der Studie waren die Teilnahme an anderen Therapieprogrammen, Analphabetismus oder die Teilnahme an weniger als zwei Einheiten der Reminiszenz-Therapie. Im Vergleich der demographischen Charakteristika der Teilnehmenden zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe.

Intervention: Die Interventionsgruppe erhielt einmal wöchentlich gruppenbasierte Reminiszenz-Therapie über acht Wochen. Die Reminiszenz-Therapie dauerte 60 Minuten und wurde in Subgruppen mit sechs Teilnehmenden durchgeführt. Die Intervention wurde durch eine Person geleitet, welche auch die Messungen durchführte. Jede Interventionseinheit hatte ein eigenes Überthema, zu welchem Erinnerungen geteilt wurden. Zur Anregung der Erinnerungen wurden zusätzlich Gegenstände (z. B. Fotografien, Haushaltsgegenstände, Lebensmittel und Musik) verwendet. Die Kontrollgruppe erhielt keine Interventionen.

Messungen: Es wurde zu zwei verschiedenen Zeitpunkten gemessen: Bei der Baseline, sowie nach Abschluss der Interventionen (Posttest). Zur Messung der kognitiven Funktionen wurde der MMSE durchgeführt. Der CSDD wurde zur Erfassung der depressiven Symptome verwendet. Das Outcome der Lebensqualität wurde mit dem Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD) ermittelt. Der MMSE und CSDD wurden

als reliabel und valide angegeben, zur Reliabilität und Validität der QOL-AD Skala wurden keine Angaben gemacht.

Ergebnisse: Die Studie untersuchte den Unterschied zwischen den Gesamtskalen-Werten der einzelnen Instrumente. Die Analyse zeigte signifikante Verbesserungen der Mittelwerte des MMSE, CSDD und QOL-AD in der Interventionsgruppe über die Zeit von der Baseline zum Posttest. Der Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe zeigte einen signifikanten Gruppenunterschied der Mittelwerte des MMSE, CSDD und QOL-AD im Posttest auf.

Schlussfolgerung: Die Verfassenden schlossen aus den Resultaten, dass die Reminiszenz-Therapie zur Verbesserung der kognitiven Funktionen, depressiven Symptomen und Lebensqualität von Menschen mit AD in die Routineversorgung einbezogen werden sollte.

Limitationen: Die Verfassenden nannten als Limitation die Zufallsstichprobe und dass alle Teilnehmenden aus dem gleichen Pflegeheim rekrutiert wurden. Zudem wird die Gedächtnisübungsmethode beim *Pre-* und *Posttest* als Limitation diskutiert, sowie die fehlende Follow-up Messung.

Kritische Würdigung: Die Autorinnen dieser Arbeit kritisieren, dass die Messungen und Interventionsdurchführung durch dieselbe Person ausgeführt wurden. Daraus lässt sich folgern, dass dies das Ergebnis verzerrte (*Detection Bias*). Die Randomisierung blieb unklar, da elf Teilnehmende nicht in die Randomisierung inkludiert wurden, jedoch die Einschlusskriterien erfüllten. Die Randomisierung fand durch eine aussenstehende Person mittels Briefumschläge statt, dabei liess sich die Verzerrungsgefahr nicht klar einschätzen. Das Setting (Zeitpunkt und Räumlichkeit) der Durchführung ist nicht angegeben. Weiter werden keine Angaben zur Medikation mit z. B. Antidementiva gemacht. Diese Faktoren könnten *Performance Bias* begünstigt haben. Bei den Ergebnissen wird nicht angegeben, in welchen Bereichen der Messungen eine Verbesserung stattgefunden hat. Auch werden die beiden Gruppen in sich und gegeneinander verglichen. Demzufolge wird eine Verzerrungsgefahr der internen Validität durch die beschriebenen Aspekte angenommen. In der Studie werden keine Angaben zum Alter der Teilnehmenden gemacht. Es ist nicht nachvollziehbar, ob es Unterschiede bezüglich des Alters zwischen den beiden Gruppen gab, was die Übertragbarkeit auf die Gesamtpopulation einschränkt. Durch den nicht transparenten Interventionsplan und die fehlende Generalisierbarkeit durch den Einschluss nur einer Institution, wird eine Minderung der externen Validität angenommen. Das keine

Teilnehmenden während der Studie ausgestiegen sind und dass die Studienteilnehmenden verblindet waren, kann als Stärke gesehen werden.

4.3 Zusammenfassung Studie 3 (Amieva et al., 2016)

Titel: Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial

Ziel: Die Studie untersuchte die Wirkung von kognitivem Training, Reminiszenz-Therapie und individualisiertem kognitiven Rehabilitationsprogramm im Vergleich zur üblichen Pflege bei AD. Anmerkung der Autorinnen: Die Fragestellung dieser Bachelorarbeit fokussiert sich auf die Reminiszenz-Therapie. Deshalb werden die Intervention und Ergebnisse nur in Bezug zur Reminiszenz-Therapie erläutert.

Studiendesign: Es wurde eine *multizentrische* RCT im Paralleldesign mit vier Gruppen durchgeführt. 653 Studienteilnehmende wurden durch Randomisierung in die vier Gruppen zugeteilt. Die Messungen wurden zu sechs verschiedenen Zeitpunkten von verblindeter Ärzteschaft und Psycholog*innen gemessen.

Stichprobe: Studienteilnehmende wurden aus 40 verschiedenen Kliniken in Frankreich rekrutiert. 653 Menschen erfüllten die Ein- und Ausschlusskriterien und wurden in die Studie aufgenommen. Eingeschlossen wurden Menschen ab 50 Jahren mit der Diagnose einer AD in leichtem bis mittelschwerem Stadium. Weitere Voraussetzungen waren das Vorhandensein einer familiären Betreuungsperson und dass die Studienteilnehmenden nicht in einer Einrichtung lebten. Die Studienteilnehmenden waren im Durchschnitt 78.7 Jahre alt, mehrheitlich Frauen und knapp die Hälfte hatte einen höheren Abschluss als die Grundschule. Eine Mehrheit der Studienteilnehmenden erhielt Antidementiva. Die Gruppe der kognitiven Trainingstherapie bestand aus 170 Teilnehmenden, die Reminiszenz-Therapie aus 172 Teilnehmenden, die individuelle kognitive Rehabilitationstherapie aus 154 Teilnehmenden und die Kontrollgruppe aus 154 Teilnehmenden. Bis zur Follow-up Messung nach 24 Monaten gab es 181 Dropouts oder *Missings*.

Intervention: Die Reminiszenz-Therapie wurde einmal wöchentlich über drei Monate und anschliessend alle sechs Wochen über 21 Monate durchgeführt. Die Interventionen dauerten 90 Minuten und wurden in Gruppen mit fünf bis acht Teilnehmenden durchgeführt. Das Therapieprogramm wurde für die Studie entwickelt und standardisiert. Zudem erhielten die durchführenden Psycholog*innen ein Training sowie ein Handbuch [Anmerkung der Autorinnen: nicht einsehbar in der Studie] zum Therapieprogramm. Jede

Interventionseinheit der Reminiszenz-Therapie fokussierte sich auf ein Thema, welches durch zusätzliches Material (z. B. persönliche Fotografien) unterstützt wurde. Ergänzend zur Reminiszenz-Therapie wurden Selbsthilfegruppen für Betreuungspersonen der Studienteilnehmenden angeboten. Die Kontrollgruppe erhielt die übliche medizinische Versorgung mit Ausnahme von nicht-medikamentösen Therapien.

Messungen: Es wurde zu sechs verschiedenen Zeitpunkten gemessen. Bei der Baseline, nach drei, sechs, zwölf und 18 Wochen, sowie ein Follow-up nach 24 Monaten. Die Validität und Reliabilität der Messungen wurden in der Studie nicht angegeben. Als primäres Ergebnis wurde die Überlebensrate ohne mittelschwere bis schwere Demenz nach zwei Jahren gesehen. Dies wurde mittels MMSE und der Global Deterioration Scale (GDS) ermittelt. Zu den sekundären Ergebnisse gehörten die Erfassung der Institutionalisierung und kognitiven Verschlechterung durch die ADAS-Cog Scale, die Verhaltenssymptome mittels NPI, die funktionelle Fähigkeit mit dem Disability Assessment for Dementia (DAD) und dem Raster Autonomie Gérontologique-Groupes Iso-Ressources (AGGIR), die Apathie mittels Apathy Inventory (AI), die depressiven Symptome mittels MADRS, die Lebensqualität mittels QOL-AD, die Belastung der Betreuungspersonen mit dem Zarit Burden Interview und die Ressourcennutzung mittels Resource Utilisation in Dementia Lite (RUD Lite).

Ergebnisse: Die Studie konnte keinen signifikanten Unterschied zwischen der Interventionsgruppe mit Reminiszenz-Therapie zur Kontrollgruppe in Bezug auf das primäre Outcome (Überleben ohne mittelschwere bis schwere Demenz) feststellen. Ebenso zeigten die Ergebnisse keinen signifikanten Unterschied zwischen der Interventionsgruppe mit Reminiszenz-Therapie zur Kontrollgruppe in Bezug auf die sekundären Outcomes. Die Ergebnisanalysen wurden nach dem *intention-to-treat Prinzip* durchgeführt und fehlende Daten wurden ersetzt.

Schlussfolgerung: Die Verfassenen schlossen aus den Ergebnissen, dass Reminiszenz-Therapie das Fortschreiten der AD hin zu einem schwergradigen Stadium nicht verzögern konnte. Auch konnte die Studie keinen Effekt der Reminiszenz-Therapie auf die Kognition, funktionelle Fähigkeiten in ADL, Verhaltensstörungen, Lebensqualität, Depression oder Belastung der Betreuungspersonen aufzeigen.

Limitationen: Die Verfassenen nannten als Limitation, dass die Stichprobe kleiner ausfiel als ursprünglich geplant, zum Zeitpunkt als der Stichprobenumfang berechnet wurde. Dies hatte zur Konsequenz, dass pro Bedingung die Stichprobengröße zu klein

für Untergruppenanalysen war. Zudem wurde nicht erfasst, an wie vielen Einheiten der Reminiszenz-Therapie sich die Teilnehmenden beteiligten.

Kritische Würdigung: Die Randomisierung wurde ohne ersichtliche Verzerrungen durchgeführt. Die Teilnehmenden und die Interventionsdurchführenden wussten, welcher Intervention sie zugeteilt waren. Durch die fehlende Verblindung wird angenommen, dass dies das Ergebnis beeinflusst haben könnte. Die Weiterführung der Medikation mit Antidementiva oder die grosse Anzahl verschiedener Interventionsleitenden könnte weitere Verzerrungen begünstigt haben. Die Verfassenden der Studie machten keine Angaben dazu, ob sich die demographischen Charakteristika der Gruppen unterschieden. Ebenso sind die Zeitpunkte und Settings der Interventionen nicht angegeben. Ein Performance Bias ergibt sich daraus, dass die Interventionen ambulant durchgeführt wurden. Der Einfluss der privaten Lebensumstände und allfällige *Ko-Interventionen* auf die Ergebnisse lässt sich nicht abschätzen. Die Messergebnisse von Monat sechs, zwölf und 18 wurden in der Studie nicht aufgeführt. Somit wurden die vollständigen Resultate nicht offengelegt. Zudem weist die Häufigkeit der Messungen auf das Risiko eines Lerneffekts hin. Es wurde ebenfalls nicht erfasst, ob und wie oft Betreuungspersonen an den Selbsthilfegruppen teilnahmen. Dies lässt keinen Schluss zu, inwiefern dies die Ergebnisse der Interventionsgruppe beeinflusste (Performance Bias). Wie in diesem Abschnitt beschrieben, deuten mehrere Aspekte daraufhin, dass die interne Validität ein Verzerrungsrisiko aufzeigt. Durch die geringe Beschreibung der Intervention und die fehlende Generalisierbarkeit der Ergebnisse durch das Setting in 40 verschiedenen Institutionen, wird eine Minderung der externen Validität angenommen. Als Stärken der Studie wird das Offenlegen der Aufgaben aller involvierten Forschenden und den klar ersichtlichen Umgang mit fehlenden Daten gesehen.

4.4 Zusammenfassung Studie 4 (Duru Aşiret & Kapucu, 2016)

Titel: The effect of reminiscence therapy on cognition, depression, and activities of daily living for patients with Alzheimer disease

Ziel: Das Ziel der Studie war es, den Effekt von Reminiszenz-Therapie auf die Outcomes Kognition, Depression und ADL von Menschen mit AD mit leichtem bis mittelgradigem Stadium zu untersuchen.

Studiendesign: Es wurde eine quasi-experimentelle Studie mit *Post Hoc-Verfahren* durchgeführt. 66 Studienteilnehmende wurden durch eine *Quasi-Randomisierung* in die

Interventions- und Kontrollgruppe zugeteilt. Die Messungen erfolgten zu zwei verschiedenen Zeitpunkten.

Stichprobe: Studienteilnehmende wurden aus vier Pflege- und Rehabilitationszentren des Ministeriums für Familie und Sozialpolitik in Ankara (Türkei) rekrutiert. Nach Berechnung des Stichprobenumfangs wurden 66 Teilnehmende für die Studie gesucht, welche die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten. Eingeschlossen wurden Menschen ab 65 Jahren mit der Diagnose einer AD und einem MMSE Wert zwischen 10 bis 24 von 30 Punkten. Weitere Voraussetzungen waren ein Aufenthalt von mindestens drei Monaten in der Institution, sowie keine Sprach- oder Kommunikationsschwierigkeiten. Die Studienteilnehmenden waren im Durchschnitt 82.1 Jahre alt, mehrheitlich Frauen und wiesen ein niedriges Bildungsniveau auf. Die demographischen Charakteristika der Teilnehmenden unterschieden sich nicht signifikant zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe. Bis zum Ende der Studie gab es vier begründete Dropouts, welche aus der Ergebnisanalyse exkludiert wurden.

Intervention: Die Interventionsgruppe erhielt gruppenbasierte Reminiszenz-Therapie einmal wöchentlich über 12 Wochen. Die Interventionen dauerten 30 bis 45 Minuten und wurden in Gruppen mit zwei bis fünf Teilnehmenden durchgeführt. Die Interventionen wurden in der Bibliothek oder einem Meetingraum zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt. In der Studie wurde nicht angegeben, welche Person die Intervention leitete. In den Interventionseinheiten wurden verschiedene Themen aus der Vergangenheit besprochen. Zur Anregung der Erinnerungen wurden zusätzlich Gegenstände (z. B. alte Gegenstände, persönliche Fotografien) verwendet. Die Kontrollgruppe erhielt einmal wöchentlich Gespräche von 20 bis 25 Minuten, ohne dass dabei Fragen zu Erinnerungen gestellt wurden. Das Setting (Zeitpunkt und Räumlichkeit) der Gespräche wurde nicht angegeben.

Messungen: Es wurde zu zwei verschiedenen Zeitpunkten gemessen: Bei der Baseline, sowie nach Abschluss der Interventionen (Posttest). Zur Erfassung der kognitiven Funktionen wurde der MMSE verwendet. Die depressiven Symptome wurden mittels Geriatric Depression Scale (GDS) erfasst und zur Bewertung der ADL wurde die «The Daily Living Activities Observation Form» verwendet. Die Reliabilität und Validität des GDS wurde angegeben, zur Reliabilität und Validität des MMSE und «The Daily Living Activities Observation Form» wurden in der Studie keine Angaben gemacht.

Ergebnisse: Die Interventionsgruppe weist einen signifikant höheren MMSE-Mittelwert nach der Reminiszenz-Therapie im Vergleich zur Kontrollgruppe auf. Innerhalb der

Interventionsgruppe unterschieden sich die Werte des leichten und mittelgradigen Demenzstadiums nicht signifikant. Weiter zeigte die Studie eine signifikante Minderung des GDS-Wertes der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nach der Reminiszenz-Therapie. In der «The Daily Living Activities Observation Form» wurden in beiden Gruppen keine Veränderungen in den Items Mobilität, individuelle Hygiene, Essen, Schlafen und Anziehen gemessen. Hingegen wurden in der Interventionsgruppe in den Items Kommunikation, Zusammenarbeit, Sozialisierung und Unruhe positive Veränderungen aufgezeigt, allerdings ohne Angabe der Signifikanz.

Schlussfolgerung: Die Verfassenden schlossen aus den Resultaten, dass Reminiszenz-Therapie beim Menschen mit leichter oder mittelgradiger AD positive Effekte auf die kognitiven Funktionen und Depression hat. Zudem wurden positive Veränderungen der Kommunikation durch die Reminiszenz-Therapie festgestellt.

Limitationen: Die Verfassenden benennen die geringe Stichprobengrösse und geringe Institutionsanzahl als limitierende Faktoren. Weiter wird die fehlende Follow up-Messung als Limitation genannt.

Kritische Würdigung: Bei der Zuweisung der Teilnehmenden zu den Gruppen wurde eine Quasi-Randomisierung durchgeführt. Dies könnte zu einer Vorhersagbarkeit der Gruppenzuteilung geführt haben und somit das Ergebnis verzerrt haben. Durch die Gesprächsinterventionen in der Kontrollgruppe lässt sich schliessen, dass eine *Kontamination* aufgetreten sein könnte. Dadurch könnten die Ergebnisse der Kontrollgruppe positiv beeinflusst worden sein. Weiter wurden die Interventionen zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt, wodurch die Tageszeit als Einflussfaktor auf die Ergebnisse beachtet werden muss. Die «The Daily Living Activities Observation Form» ist nicht standardisiert, daher ist deren Validität und Reliabilität nicht gewährleistet. Es gibt ebenfalls keine Angaben zu der Skalierung dieser Messung. Zudem fehlten Angaben zur Medikation der Teilnehmenden, sowie zur Person, welche die Interventionen leitete. Es ist nicht klar, ob eine Verblindung der Forschenden und Teilnehmenden stattgefunden hat. Durch die bereits beschriebenen Kritikpunkte kann von Verzerrungen der internen Validität ausgegangen werden. In der Studie wird das Vorgehen der Intervention detailliert beschrieben, was die externe Validität unterstützt. Zusammenfassend lässt sich schliessen, dass die externe Validität jedoch durch die fehlenden Angaben des Settings und der interventionsdurchführenden Person gemindert wurde.

4.5 Übersicht der Hauptstudien

Die Tabelle 3 zeigt eine Übersicht der besprochenen Hauptstudien auf.

Tabelle 3

Übersicht der Hauptstudien

Studie	Li et al. (2020)	Lök et al. (2019)	Amieva et al. (2016)	Duru Aşiret & Kapucu (2016)
Land	China	Türkei	Frankreich	Türkei
Stichprobe	90 TN ¹	60 TN	653 TN	62 TN
Dauer & Intervall der Intervention	2x/Woche à 30-45 Min. für 12 Wochen	1x/Woche à 60 Min. für 8 Wochen	1x/Woche à 90 Min. für 3 Monate weiter 1x/6 Wochen während 21 Monaten	1x/Woche à 30-45 Min. für 12 Wochen
Intervention durch	Psychotherapeut*in	Forscher*in (Profession nicht angegeben)	Psycholog*in	Keine Angaben
Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> - kognitive Funktionen - depressive Symptome - ADL - neuropsychiatrische Symptome 	<ul style="list-style-type: none"> - kognitive Funktionen - depressive Symptome - Lebensqualität 	<ul style="list-style-type: none"> - kognitive Funktionen - depressive Symptome - Lebensqualität - neuropsychiatrische Symptome - Apathie - funktionelle Fähigkeit - Belastung der Betreuungspersonen - Ressourcennutzung 	<ul style="list-style-type: none"> - kognitive Funktionen - depressive Symptome - ADL
Instrumente	ADAS-cog, CSDD, NPI, BI	MMSE, CSDD, QOL-AD	MMSE, GDS, ADAS-cog, NPI, DAD, AGGIR, AI, MADRS, QOL-AD, Zarit Burden Interview, RUD Lite	MMSE, GDS, «The Daily Living Activities Observation Form»
Ergebnisse Reminiszenz-Therapie	Signifikant positive Effekte auf neuropsychiatrische und depressive Symptome, keine signifikante Veränderung der kognitiven Funktionen und ADL	Signifikant positive Effekte auf die kognitiven Funktionen, Lebensqualität und depressiven Symptome	Keine signifikanten Veränderungen aller Outcome-Messungen durch die Reminiszenz-Therapie	Signifikant positive Effekte auf kognitive Funktionen, Kommunikation und depressive Symptome, keine Veränderung bei den ADL

Anmerkung. ¹TN = Teilnehmende , Eigene Darstellung

5 Diskussion

In diesem Kapitel wird die Fragestellung «Führt Reminiszenz-Therapie bei Menschen mit AD zu einer Verbesserung der Handlungsfähigkeit und wie kann sie in der Ergotherapie angewendet werden?» durch die vorausgehenden Hauptstudien diskutiert. Dabei ist es das Ziel, den aktuellen Forschungsstand zur Reminiszenz-Therapie für Menschen mit AD aufzuzeigen, in dem die von den Autorinnen als wichtig erachteten Ergebnisse der Hauptstudien einander gegenübergestellt und mit Einbezug von zusätzlicher Fachliteratur beleuchtet werden. In der Bearbeitung der vier Hauptstudien fällt auf, dass sich vier Outcomes mehrfach herauskristallisieren. Darunter sind die Outcomes Kognition, depressive Symptomatik, Lebensqualität und ADL.

Kognition

Die Wirkung der Reminiszenz-Therapie auf die Kognition wurde in allen vier Hauptstudien gemessen. Dabei wurden globale und spezifische kognitive Funktionen beschrieben. Die Studien von Li et al. (2020) und Amieva et al. (2016) konnten durch die Messungen mittels der ADAS-Cog Skala keine signifikante Wirkung der Reminiszenz-Therapie auf die Kognition feststellen. Hingegen wiesen die Studien von Lök et al. (2019) und Duru Aşiret & Kapucu (2016) eine Wirkung von Reminiszenz-Therapie auf die Kognition nach, wobei sie ihre Messungen mit dem MMSE durchführten. Sowohl die ADAS-Cog Skala wie auch der MMSE erfassen nur bestimmte globale und spezifische kognitive Funktionen (siehe Kapitel 2.4). Die unterschiedlichen Ergebnisse werfen die Frage auf, inwiefern die Wahl des Messinstruments das Ergebnis beeinflusst hat und welche Assessments geeignet sind, um Veränderungen der Kognition im Studiensetting *sensitiv* zu erfassen. Die Studie von Verma et al. (2015) weist auf die verminderte Sensitivität der ADAS-Cog Skala hin, das Fortschreiten von kognitiven Beeinträchtigungen in klinischen Studien zu messen. Zudem sei die Sensitivität des MMSE bei beginnender und schwergradiger Demenz vermindert (Krupp, 2022). Bei mittelschwerer Demenz ist die Sensitivität laut Krupp (2022) ausreichend, weshalb die Verwendung des MMSE weiterhin empfohlen werde. Demzufolge wird angenommen, dass die Verwendung der ADAS-Cog Skala möglicherweise der Grund für den fehlenden Nachweis von Verbesserungen der Reminiszenz-Therapie auf die Kognition ist. Woods et al. (2018) und Huang et al. (2015) legten zudem eine kurzzeitige Wirkung der Reminiszenz-Therapie bei Menschen mit Demenz auf die Kognition dar, welche im

Follow-up nicht anhielt. Es zeigten sich ausserdem leicht bessere Effekte bei Reminiszenz-Therapie im Einzelsetting (Woods et al., 2018). Da alle vier Hauptstudien jedoch die Interventionen im Gruppensetting durchführten, kann keine Aussage über den Einfluss des Settings (Gruppe oder Einzel) gemacht werden. Im Gegensatz zu den beiden anderen Hauptstudien führten Lök. et al. (2019) und Duru Aşiret & Kapucu (2016) keine Follow-up Messungen durch und zeigten eine signifikante Wirkung der Reminiszenz-Therapie auf die Kognition. Daraus lässt sich folgern, dass die von Woods et al. (2018) und Huang et al. (2015) beschriebene kurzzeitige, aber nicht langfristige Wirkung, die gemischten Resultate hervorruft. Es kann angenommen werden, dass das Gruppensetting einen Einfluss auf das Ergebnis hatte, wie von Woods et al. (2018) dargestellt.

Depressive Symptomatik

Alle vier Hauptstudien befassten sich mit der Wirkung von Reminiszenz-Therapie auf die depressive Symptomatik. Die Analysen von Li et al. (2020), Lök et al. (2019) und Duru Aşiret & Kapucu (2016) kamen zum Ergebnis, dass Reminiszenz-Therapie die depressive Symptomatik von Menschen mit AD verbessert. Wohingegen Amieva et al. (2016) keine signifikante Veränderung nach erfolgter Reminiszenz-Therapie feststellen konnten. Sowohl Li et al. (2020) als auch Duru Aşiret & Kapucu (2016) betonten, dass die Verbesserung der depressiven Symptomatik durch das Gruppensetting der Reminiszenz-Therapie zustande gekommen sein könnte. Der Austausch in der Gruppe mit anderen Menschen mit AD könne das Zugehörigkeitsgefühl unterstützt und die Kommunikation der einzelnen Person verbessert haben (Duru Aşiret & Kapucu, 2016; Li et al., 2020). Die von den Verfassenden diskutierten Studien beschreiben eine widersprüchliche Studienlage, bei näherem Betrachten fällt jedoch auf, dass die genannten Studien ohne Wirksamkeitsnachweis auf die depressiven Symptome in den 1990er oder frühen 2000er Jahren durchgeführt wurden (Duru Aşiret & Kapucu, 2016; Li et al., 2020; Lök et al., 2019). Hingegen zeigten sich in der neueren Fachliteratur mehrheitlich positive Effekte der Reminiszenz-Therapie auf die depressiven Symptome bei AD (Cammisuli et al., 2022; Cuevas et al., 2020) oder der Demenz im Allgemeinen (Huang et al., 2015; Park et al., 2019; Woods et al., 2018). Die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse bleibt aufgrund von unterschiedlichen Settings, Assessments und Methodik erschwert (Lök et al., 2019). Dies macht es gemäss Lök et al. (2019) ebenfalls schwierig die Reminiszenz-Therapie als wirksame Methode zu bestimmen. Auch die vier

beschriebenen Hauptstudien verwendeten unterschiedliche Assessments zur Erfassung. Amieva et al. (2016) verwendeten zur Analyse der depressiven Symptome den MADRS und konnten keine signifikante Veränderung nach erfolgter Reminiszenz-Therapie feststellen. Li et al. (2020) und Lök et al. (2019) verwendeten den CSDD und Duru Aşiret & Kapucu (2016) die GDS. Die GDS ist eine Selbstbeurteilungsskala, welche auf der subjektiven Bewertung des Menschen mit AD beruht. In der Leitlinie zu geriatrischen Assessments der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie wurde die Verwendung der GDS bei Menschen mit Demenz als nicht geeignet beurteilt (Krupp, 2022). Dagegen würden sich die Fremdbeurteilungsskalen CSDD und MADRS bei Menschen mit Demenz eignen (Hatzinger et al., 2018; Krupp, 2022).

Lebensqualität

Das Outcome der Lebensqualität haben die Studien von Lök et al. (2019) und Amieva et al. (2016) gemessen. Im Gegensatz zu Amieva et al. (2016) konnten Lök et al. (2019) eine Wirkung der Reminiszenz-Therapie auf die Lebensqualität darlegen. Die Verbesserung der Lebensqualität könnte durch verschiedene Aspekte wie beispielsweise durch das Zusammenkommen mit Gleichaltrigen, dem Zugehörigkeitsgefühl in der Gruppe, durch den Austausch von ähnlichen Erfahrungen oder mit dem Rückgang der depressiven Symptome zu erklären sein (Lök et al., 2019). Diese Beschreibung lässt sich mit den Erläuterungen von Jungert (2015) zur Identität in Verbindung stellen. Jungert beschrieb im Interview (2015), dass die Erhaltung und Entwicklung der eigenen Identität aufgrund des fortschreitenden Gedächtnisverlusts stark erschwert ist. Jedoch sei das unbewusste Wiederabrufen der Erinnerungen durch Schlüsselreize noch möglich (AFI, 2015). Die Wirkung der Reminiszenz-Therapie auf die Lebensqualität, welche Lök et al. (2019) aufzeigten, könnte sich mit einer Stärkung der eigenen Identität der Studienteilnehmenden erklären lassen. Die Frage weshalb Amieva et al. (2016) im Gegensatz dazu keine Wirkung von Reminiszenz-Therapie auf die Lebensqualität feststellen konnten, lässt sich durch die Komplexität des Konzepts der Lebensqualität (siehe Kapitel 2.6) erklären. Denn die Lebensqualität ist laut Oppikofer (2013) aufgrund ihrer Vielschichtigkeit schwer zu definieren und kann durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden. Es ist daher schwierig zu beurteilen, welche Aspekte der Reminiszenz-Therapie sich auf die Lebensqualität auswirken. Hierzu ist anzumerken, dass die Angaben zur Intervention in der Studie von Amieva et al. (2016) sehr knapp ausfielen und eine vertiefte Interpretation erschweren. Zudem wurde nicht erhoben, wie

oft die Studienteilnehmenden an der Intervention teilnahmen, was ebenfalls als unklarer Faktor einbezogen werden muss. Eine unregelmässige Teilnahme könnte ein Grund für den fehlenden Nachweis von Verbesserungen sein.

Aktivitäten des täglichen Lebens

Drei der vier Studien haben die Auswirkung der Reminiszenz-Therapie auf die ADL untersucht. Li et al. (2020) und Amieva et al. (2016) konnten keine signifikanten Veränderungen feststellen. Duru Aşiret & Kapucu (2016) nannten eine positive Veränderung des Aspekts der Kommunikation, ohne dabei eine Signifikanz anzugeben. Li et al. (2020) führten die Studie von Charlesworth et al. (2016) auf, welche positive Effekte von Reminiszenz-Therapie auf die Ausführung von ADL bei Menschen mit Demenz gezeigt hatte. Allerdings wurde diese Studie im ambulanten Setting durchgeführt, worin Li et al. (2020) nebst unterschiedlicher Methodik und Gesundheitsstatus der Studienteilnehmenden eine mögliche Ursache für die Unterschiede sahen. Dem ist zu entgegnen, dass die Studie von Amieva et al. (2016) ebenfalls im ambulanten Setting stattgefunden hat und keine Wirkung feststellen konnte. Eine mögliche Erklärung für die fehlenden Verbesserungen sehen die Autorinnen dieser Arbeit darin, dass die Studienteilnehmenden nebst der Reminiszenz-Therapie die übliche Pflege weiterhin erhielten. Die Weiterführung der üblichen Pflege und der Medikation könnte eine Verzerrung verursachen, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Medikation oder die pflegerischen Interventionen einen positiven oder negativen Einfluss auf die Studienergebnisse hatten.

Alle drei Studien verwendeten unterschiedliche Assessments zur Erfassung der ADL, was eine Vergleichbarkeit der Studien einschränkt. Amieva et al. (2016) verwendeten den DAD sowie AGGIR, welche nebst ADL auch IADL erfassen. Li et al. (2020) wählten den BI. Und Duru Aşiret & Kapucu (2016) verwendeten ein eigens entwickeltes Instrument «The Daily Living Activities Observation Form». Durch die unvollständigen Angaben zur Reliabilität und Validität der Instrumente sind die Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Ausserdem erfordert die Ausführung einer ADL eine Wechselwirkung von diversen Grundfunktionen. Somit ist innerhalb der Assessments nicht klar erfassbar, an welchen Aspekten der Handlung die Person scheiterte. Die getestete Person könnte beispielsweise die Handlung aufgrund fehlender Handlungsmotivation oder kognitiver Verarbeitung der Aufgabenstellung nicht ausführen, obschon sie die motorischen Voraussetzungen dafür besitzt. Diese Anteile der Handlung werden in den Assessments

jedoch nicht erfasst. Somit wird, aus Sicht der Autorinnen, nicht vertieft auf den Grund einer schlechten Einschätzung innerhalb der Assessments eingegangen.

5.1 Verknüpfung Studienergebnisse und Handlungsfähigkeit

Dieses Unterkapitel befasst sich mit der Einordnung der Studienergebnisse in das Bieler Modell und stellt den Bezug zur Handlungsfähigkeit her. Dadurch soll aufgezeigt werden, inwiefern die Studienergebnisse Rückschlüsse auf die Handlungsfähigkeit zulassen und ob eine Verbesserung der Handlungsfähigkeit durch Reminiszenz-Therapie möglich ist.

Wie im Kapitel 2.3 beschrieben, wird die Handlungsfähigkeit durch eine Wechselwirkung von personalen und lebensbereichsbezogenen Handlungsbedingungen bestimmt (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Oder anders gesagt, entsteht eine Handlung durch die Interaktion von Person und Umwelt (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Im Bereich der Person lassen sich die von Lök et al. (2019) und Duru Aşiret & Kapucu (2016) aufgezeigten Verbesserungen der kognitiven Funktionen durch die Reminiszenz-Therapie den perzeptiven und kognitiven Grundfunktionen zuordnen. Diese beinhalten Prozesse von Wahrnehmung, Auswahl und Verarbeitung von Informationen (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Nach der Wahrnehmung von Informationen über die Sinnesorgane (perzeptive Grundfunktionen) werden diese durch kognitive Prozesse gefiltert und verarbeitet (kognitive Grundfunktionen) (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Durch die Verarbeitung der Informationen wird eine Situation analysiert, was sich auf das weitere Verhalten auswirkt (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Die Verbesserungen der depressiven Symptome, welche Li et al. (2020), Lök et al. (2019) und Duru Aşiret & Kapucu (2016) nach erfolgter Reminiszenz-Therapie nachwiesen, sind den emotionalen Grundfunktionen zuzuordnen. Diese Funktionen beschreiben den Umgang mit dem Gefühlerleben und die entsprechenden Reaktionen (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Die Verbesserung der depressiven Symptome könnte sich beispielsweise positiv auf die Motivation auswirken. Die Motivation bzw. die Handlungsmotivation ist eine wichtige Voraussetzung für die Initiierung der Handlungsplanung und daher auch der Handlung an sich (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Somit könnte die Steigerung der Motivation durch eine Verbesserung der emotionalen Grundfunktion, auch eine Förderung der Handlungsfähigkeit begünstigen. Alle Grundfunktionen sind untereinander eng

verbunden und wirken sich auf die Verhaltensgrundformen eines Menschen aus. Allerdings lässt sich eine Veränderung der Grundfunktionen nicht einzeln erfassen, da es sich bei den Grundfunktionen um Konstrukte handelt (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Durch Beobachtung des Verhaltens (Verhaltensgrundformen) können Rückschlüsse auf die Grundfunktionen gezogen werden (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Was bedeutet, dass die Reminiszenz-Therapie sich auf die Grundfunktionen auswirkt, aber erst im Verhalten sichtbar wird.

Die von Duru Aşiret & Kapucu (2016) beschriebene Verbesserung der Kommunikation lässt sich der Verhaltensgrundform "soziale Interaktion" zuordnen, welche soziale Fähigkeiten wie beispielsweise die Kommunikationsfähigkeit umfasst (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Da es sich bei der sozialen Interaktion um eine Interaktion des Menschen mit der sozialen Umwelt handelt, lässt sich nicht differenzieren, ob die Verbesserung aufgrund von veränderten personalen oder lebensbereichsbezogenen Handlungsbedingungen stattfinden. Es wird angenommen, dass die beschriebene Verbesserung der perceptiven, kognitiven und emotionalen Grundfunktionen durch die Reminiszenz-Therapie im Zusammenhang mit der verbesserten Kommunikation steht. Ebenso bietet das Setting in der Gruppe eine Aufforderung zur sozialen Interaktion, welche die Kommunikationsfähigkeiten stärken kann. Dies lässt sich mit einem Auszug aus der Kommunikationstheorie von Watzlawick unterstreichen: «Soziale Interaktion ist immer auch Kommunikation.» (Watzlawick et al., 1969 zitiert nach Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010, S. 15).

Eine Einordnung der von Lök et al. (2019) beschriebenen Verbesserung der Lebensqualität in das Bieler Modell gestaltet sich schwierig. Wie in Kapitel 2.6 beschrieben, handelt es sich bei der Lebensqualität um ein komplexes Konzept. Die Autorinnen nehmen an, dass die Handlungsfähigkeit ein Bestandteil der Lebensqualität ist und sich diese wechselseitig beeinflussen. Dies unterstreicht die Aussage des länderübergreifenden «DACHS-Projekts» von Ergotherapie-Verbänden:

«Zur subjektiven Lebensqualität gehört die subjektive Bewertung der eigenen Lebenssituation und Handlungsfähigkeit. Menschen, die sich in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt fühlen, beurteilen ihre Lebensqualität in der Regel negativer.» (Claudiana, o. J., S. 11)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Studienergebnisse zur Wirkung von Reminiszenz-Therapie mehrheitlich im Bereich der Person (personalen Handlungsbedingungen) wiederfinden. Im Bereich der Umweltbedingungen

(lebensbereichsbezogenen Handlungsbedingungen), sprich die Anforderungen und Möglichkeiten der Umwelt, zeigen die Studienergebnisse zur Reminiszenz-Therapie nur geringe Effekte. Lediglich Duru Aşiret & Kapucu (2016) zeigten bei den ADL eine Wirkung auf die Kommunikation auf, welche durch Interaktion zwischen Person und Umwelt verstanden wird. Zudem wird das Gruppensetting, welches in allen vier Hauptstudien verwendet wurde, als Verstärker der sozialen Interaktion gesehen. Dies lässt sich aus Sicht der Autorinnen den Umweltbedingungen, konkret den Lebensbereichen, zuordnen. Eine Handlung findet allerdings immer im Kontext eines Lebensbereichs statt, welcher sich fördernd oder hemmend auf die Handlung auswirken kann. Zudem beeinflussen die materiellen, sozialen und kulturellen Voraussetzungen die Lebensbereiche und prägen dadurch die Handlungsfähigkeit eines Menschen (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Deshalb ist der Einfluss der Umweltbedingungen auf die Handlungsfähigkeit nicht zu vernachlässigen. Abschliessend bleibt offen, inwieweit die verbesserten Grund- und Verhaltensformen nach der Reminiszenz-Therapie die Handlungsfähigkeit verändern, wenn die Umweltbedingungen (Lebensbereiche und Voraussetzungen) nur gering angesprochen werden. Somit sind Aussagen zur Wirkung der Reminiszenz-Therapie auf das umfassende Konstrukt der Handlungsfähigkeit nur begrenzt möglich.

5.2 Beantwortung der Fragestellung

Durch die Verknüpfung der Studienergebnisse mit der Handlungsfähigkeit wird der erste Teil der Fragestellung «Führt Reminiszenz-Therapie bei Menschen mit AD zu einer Verbesserung der Handlungsfähigkeit [...]?» beantwortet. Der zweite Teil der Fragestellung «[...] wie kann sie in der Ergotherapie angewendet werden?» wird im Theorie-Praxis-Transfer (siehe Kapitel 6) näher beschrieben.

Die kurzzeitige Verbesserung der kognitiven Funktionen lässt nur begrenzt eine Aussage über die Verbesserung der Handlungsfähigkeit durch Reminiszenz-Therapie zu. Die Anwendung der Reminiszenz-Therapie bei Menschen mit schwerer AD wird in den Hauptstudien nicht thematisiert, da nur Menschen mit leichter und mittelgradiger AD inkludiert sind. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW, 2018) beschreibt jedoch auch, dass das Potenzial zur Förderung der Handlungsfähigkeit bei schwerer Demenz durch den reduzierten Zugang über die Sprache vermindert ist. Die Verbesserung der depressiven Symptome wirkt sich auf die emotionale Grundfunktion aus und damit auf verschiedene Aspekte der

Handlungsfähigkeit. Das Outcome Lebensqualität zeigt in den Hauptstudien eine inkonsistente Wirkung auf die Handlungsfähigkeit. Die Ergebnisse der ADL zeigen nur bei der Kommunikation eine positive Wirkung von Reminiszenz-Therapie auf die Handlungsfähigkeit auf. Gesamthaft zeigt sich die Wirkung von Reminiszenz-Therapie bei Menschen mit AD hauptsächlich im Bereich der personalen Faktoren (Grundfunktionen und Verhaltensgrundformen) der Handlungsfähigkeit. Der Bereich der Umwelt (Lebensbereiche) wird kaum adressiert, weshalb eine Aussage zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit durch Reminiszenz-Therapie nur begrenzt möglich ist. Zudem erschweren die unterschiedliche Methodik und Qualität der Hauptstudien eine vergleichende Interpretation. Die Autorinnen dieser Arbeit kommen zum Schluss, dass der erste Teil der Fragestellung daher nicht abschliessend beantwortet werden kann.

6 Theorie-Praxis-Transfer

Wie in Kapitel 5.1 beschrieben, sind Verbesserungen durch die Reminiszenz-Therapie aus Sicht der Autorinnen überwiegend im Bereich der persönlichen Grundfunktionen der Handlungsfähigkeit erkennbar. Der Bereich der Umwelt (Lebensbereiche) wird nur geringfügig angesprochen, ist aber dennoch ein wesentlicher Faktor der Handlungsfähigkeit. Um den Faktor Umwelt ebenfalls zu adressieren und womöglich die Wirkung der Reminiszenz-Therapie zu verstärken, wäre eine Verbindung der Reminiszenz mit Handlungen denkbar. Eine Studie von Nakamae et al. (2014) untersuchte den Effekt von produktiven Handlungen (Reisbällchen herstellen und essen) in Kombination mit Reminiszenz bei Menschen mit Demenz. Es wurden in der Interventionsgruppe Verbesserungen der depressiven Symptome, Kommunikation und Ausführung der Handlung aufgezeigt (Nakamae et al., 2014). Die Verbesserungen konnten unabhängig vom Schweregrad der Demenzerkrankung festgestellt werden, weshalb Nakamae et al. (2014) zum Schluss kommen, dass die Reminiszenz in Kombination mit einer bekannten alltäglichen Handlung auch für Menschen mit schwergradiger Demenz geeignet ist. Diese Form der Reminiszenz-Therapie könnte bei Menschen mit schwergradiger Demenz Anwendung finden, da die Schwierigkeit der abnehmenden Kommunikationsfähigkeiten umgangen wird (Nakamae et al., 2014). Zudem sehen die Autorinnen dieser Arbeit durch den Einbezug einer Handlung, die sensorischen und motorischen Grundfunktionen adressiert, was einen weiteren Aspekt der Handlungsfähigkeit stärken könnte. Nakamae et al. (2014) setzten vertraute

Handlungen aus der Vergangenheit (Reisbällchen herstellen) wiederholt während der Reminiszenz-Therapie ein. Dabei lag der Fokus darauf das *prozedurale*, sowie das autobiographische Gedächtnis zu aktivieren, was die Fähigkeit zur Ausführung der Handlungen gemäss Nakamae et al. (2014) verbessern soll. Nakamae et al. (2014) beobachteten, dass eine positive emotionale Veränderung mit einer verbesserten Aufgabenleistung einherging. Es zeigte sich also ein positiver Effekt, wenn Menschen mit Demenz eine Handlung aus der Vergangenheit wieder ausführen könnten (Nakamae et al., 2014). Dieser Zugang könnte auch bei Menschen mit schwerer Demenz, welche verminderter Kommunikationsfähigkeit aufweisen, gewählt werden, da während der Handlung wenig verbale Kommunikation notwendig ist. Eine weitere Studie von Kirk et al. (2019) führte die Reminiszenz-Therapie in Kombination mit Handlungen in einer 50er-Jahre Museumswohnung durch. Dabei wurde die physische Umwelt als Verstärker genutzt, um das Anregen von Erinnerungen über mehrere Sinneskanäle zu erreichen. Über die fünfwöchige Interventionsdauer verbesserte sich das autobiografische, sowie das *episodische* und *semantische Gedächtnis* in der Interventionsgruppe (Kirk et al., 2019). Kirk et al. (2019) äusserten, dass bei Menschen mit AD das Einsetzen von Objekten eine bessere Wirkung zeigte als das Einsetzen von verbalen Reizen. Somit beschrieben Nakamae et al. (2014) und Kirk et al. (2019), dass der Einbezug von Objekten und Handlungen die Wirkung der Reminiszenz-Therapie verstärkte. Auch die Hauptstudien verwendeten zur Unterstützung der Erinnerungen Gegenstände oder Musik während der Intervention. Durch die Resultate der Hauptstudien und die Ergebnisse der Studien von Nakamae et al. (2014) und Kirk et al. (2019) bilden die Autorinnen dieser Arbeit daher die weiterführende Hypothese, dass durch die Einbindung von Handlungen und Objekten im jeweiligen Lebensbereich stärkere Effekte der Reminiszenz-Therapie auf die Handlungsfähigkeit auftreten könnten. Begründet dadurch, dass die Kombination mit Handlungen und Objekten als Teil des Lebensbereichs den Anteil der Umweltbedingungen der Handlungsfähigkeit stärker miteinbezieht.

Weiter wird die Frage aus der Problemstellung (siehe Kapitel 1.2) «In welchem Krankheitsstadium oder Setting (Gruppe- oder Einzelintervention, Domizil- oder Pflegeheimbehandlung) ist die Reminiszenz-Therapie effektiv?» wieder aufgegriffen und beantwortet. In den Hauptstudien dauerten die Interventionen durchschnittlich circa 56 Minuten mit einer Teilnehmerzahl von circa 6 Personen. Bei allen aufgeführten Hauptstudien wurde das Gruppensetting verwendet. Die Durchführung in der Gruppe

kann Kosten einsparen, was angesichts der steigenden Prävalenz der Demenzerkrankungen (BASS, 2021) mitbedacht werden muss. Das Gruppensetting weist weitere Vorteile auf, beispielsweise die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit, das verstärkte Zugehörigkeitsgefühl oder die Verminderung der depressiven Symptome (Duru Aşiret & Kapucu, 2016; Li et al., 2020; Lök et al., 2019). In der Literaturrecherche wurden jedoch auch Studien mit der Durchführung der Reminiszenz-Therapie im Einzelsetting gefunden. Im Vergleich zeigte der Review von Woods et al. (2018) auf, dass im Einzelsetting stärkere Verbesserungen der Kognition erzielt wurden. Schlussfolgernd lässt sich weder das Gruppen- noch das Einzelsetting favorisieren. Es muss im Kontext des jeweiligen Gesundheitssystems und den strukturellen Rahmenbedingungen abgeschätzt werden, ob dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit oder der Wirksamkeit des Gruppen- oder Einzelsettings mehr Gewicht gegeben wird. Ebenso wurde in den Hauptstudien die Reminiszenz-Therapie im ambulanten, wie auch im stationären Setting durchgeführt. Welchen Einfluss dies auf die Ergebnisse hatte, wird in den Studien nicht reflektiert. Woods et al. (2018) und Huang et al. (2015) gehen zudem von einer kurzfristigen und nicht langfristigen Wirkung der Reminiszenz-Therapie aus. Dies bekräftigt die Überlegung, die Reminiszenz-Therapie im stationären und ambulanten Langzeitsetting anzuwenden und so den Effekt der Reminiszenz-Therapie über eine längere Zeitspanne zu erhalten. Die Frage nach der Wirksamkeit der Reminiszenz-Therapie in den verschiedenen Krankheitsstadien wurden in den Hauptstudien nicht umfassend betrachtet. Die Wirksamkeit der Reminiszenz-Therapie bei Menschen mit schwerer AD wurde nicht untersucht. Das zusammenfassende Ergebnis der Hauptstudien ist jedoch, dass Menschen mit leichter und mittelschwerer AD in gleichem Masse von der Reminiszenz-Therapie profitierten (Duru Aşiret & Kapucu, 2016). Durch diese Herleitung der Umsetzbarkeit der Reminiszenz-Therapie bei Menschen mit AD in der Ergotherapie, wird der zweite Teil der Fragestellung beantwortet.

7 Schlussfolgerungen

7.1 Fazit

Diese Bachelorarbeit hat gezeigt, dass Reminiszenz-Therapie eine Wirkung auf verschiedene Outcomes haben kann (Amieva et al., 2016; Duru Aşiret & Kapucu, 2016; Li et al., 2020; Lök et al., 2019). Dabei ist jedoch von einer kurzfristigen und nicht langfristigen Wirkung auszugehen (Huang et al., 2015; Woods et al., 2018). Während Amieva et al. (2016) das ambulante Setting wählten, befassten sich die drei anderen Hauptstudien mit einem stationären beziehungsweise Langzeitsetting. Durch die eher kurzfristige Wirkung der Reminiszenz-Therapie (Huang et al., 2015; Woods et al., 2018) empfehlen die Autorinnen, die Reminiszenz-Therapie im Langzeitsetting anzuwenden, um so die positiven Effekte der Reminiszenz-Therapie über einen längeren Zeitraum erhalten zu können.

Für die Anwendung der Reminiszenz-Therapie in der Ergotherapie sehen die Autorinnen mehrere positive Aspekte (siehe Kapitel 6). Die Reminiszenz-Therapie sollte dazu in weiterführenden Studien mit Handlungen verknüpft werden. In der Literaturrecherche wurde keine Studie mit ergotherapeutischer Beteiligung gefunden, welche sich mit der Wirkung von Reminiszenz-Therapie bei Menschen mit AD befasste und die Einschlusskriterien erfüllte. Dies weist auf eine Forschungslücke oder unpassende Keywords hin. Die Autorinnen empfehlen daraus folgend ergotherapeutische Ansätze in die Reminiszenz-Therapie zu inkludieren. Die Autorinnen bilden die weiterführende Hypothese, dass durch die Verknüpfung mit allen Bereichen der Handlungsfähigkeit, stärkere Effekte der Reminiszenz-Therapie auftreten könnten (Herleitung siehe Kapitel 6). Des Weiteren zeigten die Studien verschiedene unterstützende Faktoren für die Durchführung von Reminiszenz-Therapie Interventionen auf. Beispielsweise werden die Erinnerungen in allen Studien durch Gegenstände oder Musik auf unterschiedlichen Ebenen angeregt.

Zur Frage, welches Setting sich für die Reminiszenz-Therapie am besten eignet, gibt es keine abschliessende Antwort. Die Hauptstudien verwenden alle das Gruppensetting, Woods et al. (2018) beschrieben einen leicht besseren Effekt im Einzelsetting. Die Autorinnen können daher keine eigenen Rückschlüsse zur Wirkung des Settings ziehen. Ausserdem kann gesagt werden, dass die verschiedenen Studiensettings, Interventionen und Messinstrumente die Vergleichbarkeit der Studien erschweren. Ebenso muss angenommen werden, dass einzelne Messinstrumente die Outcomes nicht umfassend

erfasst haben, da sie nicht auf die Reliabilität und Validität geprüft wurden. Für zukünftige Studien empfehlen die Autorinnen daher reliable, valide Assessments und standardisierte Interventionshandbücher zu verwenden.

Die Wirksamkeit der Reminiszenz-Therapie bei Menschen mit schwerer AD wurde in den Hauptstudien dieser Arbeit nicht untersucht. Um eine Aussage über die Wirksamkeit der Reminiszenz-Therapie in allen Stadien der AD machen zu können, empfehlen die Autorinnen das Inkludieren von Menschen mit schwerer AD in weiterführenden Studien. Abschliessend sehen die Autorinnen ein Potenzial in der Verknüpfung von Reminiszenz-Therapie mit Handlungen zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit von Menschen mit AD. Durch diese Verknüpfung mit Handlung ist eine Anwendbarkeit in der Ergotherapie denkbar. Es bedarf allerdings weiterer Forschung, um die Wirksamkeit von Reminiszenz-Therapie mit Handlung in der Ergotherapie aufzuzeigen. Mit der jetzigen Evidenzlage können jedoch schon verschiedene positive Effekte der Einbindung von Reminiszenz-Therapie in der Therapie von Menschen mit AD gesehen werden.

7.2 Kritische Beurteilung dieser Arbeit

Die Autorinnen sind sich den folgenden Limitationen dieser Arbeit bewusst. Trotz eingehender Literaturrecherche kann nicht garantiert werden, dass alle relevanten Studien zum Thema AD und Reminiszenz-Therapie gefunden wurden. Auffallend war, dass besonders die Keywords zur Ergotherapie wenige oder keine Resultate hervorbrachten. Es stellt sich die Frage, ob dies aufgrund einer Forschungslücke oder einer unpassenden Keywordsuche aufgetreten ist. Die formulierten Ein- und Ausschlusskriterien können ebenfalls Studien exkludiert haben, die ein umfangreicheres Beantworten der Fragestellung möglich gemacht hätten. Das Einschliessen von mehr Hauptstudien hätte ebenso eine vertiefere Auseinandersetzung begünstigt. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit sehen die Autorinnen umfangreicheres Einschliessen von Studien in Anbetracht der Zeitkomponente als qualitätsmindernd. Es könnte sein, dass bei der kritischen Würdigung und Bearbeitung der Hauptstudien Aspekte nicht berücksichtigt wurden, da das Wissen der Autorinnen auf dem Niveau des Bachelorstudiengangs Ergotherapie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) begrenzt ist. Alle inkludierten Studien haben unterschiedliche Limitationen. Insgesamt kann gesagt werden, dass die Übertragbarkeit der Studien auf das Schweizer Gesundheitssystem erschwert ist, da die vier Hauptstudien aus drei verschiedenen kulturellen Kontexten kommen und verschiedene Qualitätsniveaus aufweisen.

Ausserdem wurden die Hauptstudien durch verschiedene Professionen durchgeführt. Es konnten keine ergotherapeutischen Studien zur Reminiszenz-Therapie inkludiert werden. Da jede Profession ihren eigenen Blickwinkel und Fachwissen mitbringt, kann sich somit das Verständnis zu Begrifflichkeiten oder Vorgehensweisen unterscheiden. Die verschiedenen Studiensetting, Interventionshandbücher und Messinstrumente erschweren die Vergleichbarkeit der Studien zusätzlich. Bei der Interpretation der Ergebnisse und Übertragung ins Bieler Modell sind die Autorinnen durch ihre Werte und Ansichten möglicherweise unbewusst beeinflusst worden, was Auswirkungen auf das Ergebnis dieser Arbeit haben kann.

Literaturverzeichnis

- Advidera. (o. J.). *Demografische Merkmale*. Abgerufen am 23. März 2023, von <https://www.advidera.com/glossar/demografische-merkmale/>
- Alzheimer Forschung Initiative e.V. [AFI]. (o. J.). *Veränderungen im Gehirn*. Abgerufen am 30. Dezember 2022, von <https://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer/wasistalzheimer/veraenderungen-im-gehirn/>
- Alzheimer Forschung Initiative e.V. [AFI]. (2015). *Alzheimer und Identität: „Ich habe mich sozusagen verloren“*. Abgerufen am 05. Januar 2023, von <https://www.alzheimer-forschung.de/aktuelles/meldung/alzheimer-und-identitaet-ich-habe-mich-sozusagen-verloren/>
- Alzheimer Schweiz. (o. J.). *Alzheimer: Ursachen und Symptome*. Abgerufen am 24. September 2022, von <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/ueber-demenz/beitrag/alzheimer-ursachen-und-symptome>
- Alzheimer Schweiz. (2020). *Depression und Demenz*. Heruntergeladen am 28. März 2023, von https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/163-36D_2020_Depression.pdf
- Alzheimer Schweiz. (2022). *Demenz in der Schweiz 2022—Zahlen und Fakten*. Heruntergeladen am 30. Dezember 2022, von <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/beitrag/demenz-in-der-schweiz>
- Alzheimer's Association. (o. J.). *What is Alzheimer's Disease?* Abgerufen am 5. Januar 2023, von <https://alz.org/alzheimers-dementia/what-is-alzheimers>
- Amboss. (o. J.). *Antipsychotika*. Abgerufen am 23. März 2023, von <https://www.amboss.com/de/wissen/Antipsychotika>
- Amieva, H., Robert, P. H., Grandoulier, A.-S., Meillon, C., De Rotrou, J., Andrieu, S., Berr, C., Desgranges, B., Dubois, B., Girtanner, C., Joël, M.-E., Lavallart, B.,

Nourhashemi, F., Pasquier, F., Rainfray, M., Touchon, J., Chêne, G., & Dartigues, J.-F. (2016). Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: The ETNA3 randomized trial. *International Psychogeriatrics*, *28*(5), 707–717.

<https://doi.org/10.1017/S1041610215001830>

American Occupational Therapy Association [AOTA]. (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). *The American Journal of Occupational Therapy*, *68*(Supplement_1), 1–48.

<https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>

American Psychological Association [APA]. (o. J.). *APA Dictionary of Psychology*.

Abgerufen am 18. April 2023, von <https://dictionary.apa.org/>

American Psychological Association [APA] (Hrsg.). (2007). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Alzheimer's Disease and Other Dementias*.

Heruntergeladen am 26. September 2022, von

https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/alzheimers.pdf

Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien [BASS]. (2021). *Prävalenzschätzungen zu Demenzerkrankungen in der Schweiz* (Bundesamt für Gesundheit [BAG], Hrsg.).

Heruntergeladen am 30. August 2022, von

https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie/hf-daten/8_1_versorgungsmonitoring/praevalenzschaetzung_demenz.pdf.download.pdf/Pr%C3%A4valenzsch%C3%A4tzungen_Demenz.pdf

Baumann, U. (2018a). *Quasi-Experiment*. Pschyrembel online. Abgerufen am 18. April

2023, von <https://www.pschyrembel.de/Quasi-Experiment/P01SS/doc/>

- Baumann, U. (2018b). *Standardisierung*. Psyhyrembel online. Abgerufen am 18. April 2023, von <https://www.psyhyrembel.de/Standardisierung/P023J/doc/>
- bdp.de. (o. J.). *Demografischer Wandel*. bpb.de. Abgerufen am 23. März 2023, von <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/lexikon-der-wirtschaft/240461/demografischer-wandel/>
- Bergius, R. J. W. (2022). *Reminiszenz*. Dorsch Lexikon der Psychologie. Abgerufen am 26. September 2022, von <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/reminiszenz>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM]. (o. J.). *Glossar*. dimdi.de. Abgerufen am 17. April 2023, von <https://www.dimdi.de/dynamic/de/glossar/>
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (o. J.). *Psychische Gesundheit*. Abgerufen am 3. April 2023, von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.html>
- Bluck, S., & Levine, L. J. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: A catalyst for reminiscence theory development. *Ageing & Society*, 18(2), 185–208. <https://doi.org/10.1017/S0144686X98006862>
- Braun, C., Schmucker, C., Nothacker, M., Nitschke, K., Schaefer, C., Bollig, C., Muech-Borowski, C., Kopp, I. B., & Meerpohl, J. (2021). *Manual zur Bewertung des Biasrisikos in Interventionsstudien* (Cochrane Deutschland, AWMF, & ÄZQ, Hrsg.). <https://freidok.uni-freiburg.de/data/194900>
- Behindertengleichstellungsgesetz [BehiG], (2004). Abgerufen am 23. März 2023, von <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2003/667/de>
- Cammisuli, D. M., Cipriani, G., Giusti, E. M., & Castelnuovo, G. (2022). Effects of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression and Quality of Life in Elderly People with Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Randomized Controlled

Trials. *Journal of Clinical Medicine*, 11(19), Article 5752.

<https://doi.org/10.3390/jcm11195752>

Chao, I. (2019). *Synapse*. Pschyrembel online. Abgerufen am 18. April 2023, von

<https://www.pschyrembel.de/Synapse/K0M1U/doc/>

Charlesworth, G., Burnell, K., Crellin, N., Hoare, Z., Hoe, J., Knapp, M., Russell, I.,

Wenborn, J., Woods, B., & Orrell, M. (2016). Peer support and reminiscence therapy for people with dementia and their family carers: A factorial pragmatic

randomised trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 87(11), 1218–

1228. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2016-313736>

Claudiana (Hrsg.). (o. J.). *Ergotherapie—Was bietet sie heute und in Zukunft?*

Heruntergeladen am 04. April 2023, von <https://dve.info/resources/pdf/downloads/az/3306-brosch%C3%BCre-dachs-de/file>

Cölle, D. (2014). Biografiearbeit in der Geriatrie – Ein Schlüssel zum Menschen.

ergopraxis, 7(6), 26–28. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1382272>

Cuevas, P. E. G., Davidson, P. M., Mejilla, J. L., & Rodney, T. W. (2020). Reminiscence

therapy for older adults with Alzheimer's disease: A literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 364–371.

<https://doi.org/10.1111/inm.12692>

dasgehirn.info. (o. J.). *Glossar*. Abgerufen am 11. April 2023, von

<https://www.dasgehirn.info/glossar>

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (o. J.). *Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.:*

Andere Demenzformen. Abgerufen am 30. Dezember 2022, von

<https://www.deutsche-alzheimer.de/demenz-wissen/andere-demenzformen>

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und

Nervenheilkunde [DGPPN], & Deutsche Gesellschaft für Neurologie [DGN] (Hrsg.).

(2016). *S3-Leitlinie „Demenzen“*. AWMF online. Heruntergeladen am 16. April 2023, von https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-013I_S3-Demenzen-2016-07.pdf

Duru Aşiret, G., & Kapucu, S. (2016). The Effect of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, and Activities of Daily Living for Patients With Alzheimer Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 29(1), 31–37.
<https://doi.org/10.1177/0891988715598233>

ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS], & Arbeitsgemeinschaft Schweizer Schulen für Ergotherapie [ASSET] (Hrsg.). (2005). *Berufsprofil Ergotherapie 2005*. Heruntergeladen am 16. September 2022, von <https://www.ergotherapie.ch/download.php?cat=6JLvL2DYoAPKasSNvUf3Dw%3D%3D&id=82>

Gauthier, S., Rosa-Neto, P., Morais, J. A., & Webster, C. (2021). *World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia*. Alzheimer's Disease International. Heruntergeladen am 16.09.2022, von <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2021.pdf>

Gigerenzer, G. (2021). *Kognition*. Dorsch Lexikon der Psychologie. Abgerufen am 30. März 2023, von <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/kognition>

Hänsel, F., Baumgärtner, S. D., Kornmann, J. M., & Ennigkeit, F. (2016). Kognition. In F. Hänsel, S. D. Baumgärtner, J. M. Kornmann, & F. Ennigkeit, *Sportpsychologie* (S. 23–52). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-50389-8_2

Hatzinger, M., Hemmeter, U., Hirsbrunner, T., Holsboer-Trachsler, E., Leyhe, T., Mall, J.-F., Mosimann, U., Rach, N., Trächsel, N., & Savaskan, E. (2018). Empfehlungen für Diagnostik und Therapie der Depression im Alter. *Praxis*, 107(3), 127–144.
<https://doi.org/10.1024/1661-8157/a002883>

Hedlund, S. (2021). *Erinnerungstherapie*. Pschyrembel online. Abgerufen am 26. September 2022, von <https://www.pschyrembel.de/Erinnerungstherapie/P042J>

Huang, H.-C., Chen, Y.-T., Chen, P.-Y., Huey-Lan Hu, S., Liu, F., Kuo, Y.-L., & Chiu, H.-Y. (2015). Reminiscence Therapy Improves Cognitive Functions and Reduces Depressive Symptoms in Elderly People With Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1087–1094. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.07.010>

ikud.de. (o. J.). *Interpersonale Kommunikation*. Abgerufen am 18. April 2023, von <https://www.ikud.de/glossar/interpersonale-kommunikation-definition.html>

Interessensgemeinschaft Bieler Modell. (o. J.). *Das Bieler Modell erklärt*. Abgerufen am 06. Januar 2023, von <https://bielermodell.ch/das-bieler-modell-erklart/>

Jaehde, U. (2016). *Tertiärliteratur*. Pschyrembel online. Abgerufen am 18. April 2023, von <https://www.pschyrembel.de/Terti%C3%A4rliteratur/H0FL4/doc/>

Jaehde, U. (2018). *Primärliteratur*. Pschyrembel online. Abgerufen am 18. April 2023, von <https://www.pschyrembel.de/Prim%C3%A4rliteratur/H0FKU/doc/>

Keim, V. (2016). *Quantitative Forschung*. Pschyrembel online. Abgerufen am 18. April 2023, von <https://www.pschyrembel.de/quantitative%20Forschung/T01NQ/doc/>

Kirk, M., Rasmussen, K. W., Overgaard, S. B., & Berntsen, D. (2019). Five weeks of immersive reminiscence therapy improves autobiographical memory in Alzheimer's disease. *Memory*, 27(4), 441–454. <https://doi.org/10.1080/09658211.2018.1515960>

Kirsch, T., & Limacher, C. (2020). *Kognitive Interventionen bei Menschen mit Demenz: Die Effektivität von drei kognitiven Interventionsansätzen bezogen auf die Handlungsfähigkeit und deren Anwendung in der Ergotherapie* [Bachelorarbeit, ZHAW]. Heruntergeladen am 26. September 2022, von

https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/20879/1/Kirsch_Limacher_ER17_DigitalCollection.pdf

Korczak, D., Habermann, C., & Braz, S. (2013). *Wirksamkeit von Ergotherapie bei mittlerer bis schwerer Demenz*. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI].

http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta343_bericht_de.pdf

Krupp, S. (2022). *S1-Leitlinie Geriatrisches Assessment der Stufe 2, Living Guideline* (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. [DGG], Hrsg.). AWMF online.

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/084-002LG>

Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998a).

Anleitungen zum Formular für eine kritische Besprechung quantitativer Studien.

Heruntergeladen am 02. September 2022, von

<https://www.canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/364/original/quantguideG.pdf>

Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998b).

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien. Heruntergeladen am 02.

September 2022, von

<https://www.canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/368/original/quantformG.pdf>

Li, M., Lyu, J., Zhang, Y., Gao, M., Li, R., Mao, P., Li, W., & Ma, X. (2020). Efficacy of

Group Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, Neuropsychiatric

Symptoms, and Activities of Daily Living for Patients With Alzheimer Disease.

Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 33(5), 272–281.

<https://doi.org/10.1177/0891988719882099>

- Lök, N., Bademli, K., & Selçuk-Tosun, A. (2019). The effect of reminiscence therapy on cognitive functions, depression, and quality of life in Alzheimer patients: Randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(1), 47–53. <https://www.doi.org/10.1002/gps.4980>
- Maercker, A., & Forstmeier, S. (Hrsg.). (2013). *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-28199-0>
- Majic, T., Pluta, J.-P., Mell, T., Aichberger, M. C., Treusch, Y., Gutzmann, H., Heinz, A., & Rapp, M. A. (2010). Pharmakotherapie von neuropsychiatrischen Symptomen bei Demenz. *Deutsches Ärzteblatt international*, 107(18), 320–327. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0320>
- Mansournia, M. A., Higgins, J. P. T., Sterne, J. A. C., & Hernán, M. A. (2017). Biases in randomized trials: A conversation between trialists and epidemiologists. *Epidemiology*, 28(1), 54–59. <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000564>
- Margraf, J. (2016). *Kognitive Stimulation*. Pschyrembel online. Abgerufen am 18. April 2022, von <https://www.pschyrembel.de/kognitive%20Stimulation/P05XM/doc/>
- Moos, I., & Björn, A. (2006). Use of the life story in the institutional care of people with dementia: A review of intervention studies. *Ageing & Society*, 26(3), 431–454. <https://doi.org/10.1017/S0144686X06004806>
- Nakamae, T., Yotsumoto, K., Tatsumi, E., & Hashimoto, T. (2014). Effects of Productive Activities with Reminiscence in Occupational Therapy for People with Dementia: A Pilot Randomized Controlled Study. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 24(1), 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2014.01.003>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (Hrsg.). (2018). *Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers*. Heruntergeladen am 26. September 2022, von

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/dementia-assessment-management-and-support-for-people-living-with-dementia-and-their-carers-pdf-1837760199109>

Nieuwesteeg-Gutzwiller, M.-T., & Somazzi, M. (2010). *Handlungsorientierte Ergotherapie—Das Bieler Modell als Grundlage für Ausbildung und Praxis* (1. Auflage). Huber.

Novartis. (o. J.). *Fachausdrücke in der klinischen Forschung*. Klinische Forschung Novartis. Abgerufen am 23. März 2023, von <https://klinischeforschung.novartis.de/patienten/erklaerung-von-fachausdruecken/>

Oppikofer, S. (2008). *Lebensqualität bei Demenz: Eine Bestandesaufnahme, Sichtung und Dokumentation bestehender Instrumente zur Messung von Lebensqualität bei Menschen mit schwerer Demenz*. Zurich Open Repository and Archive [ZORA]. Heruntergeladen am 03. April 2023, von <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/12699>

Oppikofer, S. (2013). *Lebensqualität von Menschen mit einer Demenzerkrankung* [Informationsblatt]. Bundesamt für Gesundheit [BAG]. Heruntergeladen am 04. April 2023, von <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie/grundlagen/infoblatt-lebensqualitaet-menschen-mit-demenz.pdf>

Park, K., Lee, S., Yang, J., Song, T., & Hong, G.-R. S. (2019). A systematic review and meta-analysis on the effect of reminiscence therapy for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 31(11), 1581–1597. <https://doi.org/10.1017/S1041610218002168>

Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541–558. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.651434>

- Pontes, U. (2011). *Der Cortex*. dasgehirn.info. Abgerufen am 11. April 2023, von <https://www.dasgehirn.info/grundlagen/anatomie/der-cortex>
- Porsteinsson, A. P., Isaacson, R. S., Knox, S., Sabbagh, M. N., & Rubino, I. (2021). Diagnosis of Early Alzheimer's Disease: Clinical Practice in 2021. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 3(8), 371–386. <https://doi.org/10.14283/jpad.2021.23>
- Schaade, G. (2016). *Ergotherapeutische Behandlungsansätze bei Demenz und dem Korsakow-Syndrom* (2. Auflage). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-48811-9>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW] (Hrsg.). (2018). *Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz*. Heruntergeladen am 12. April 2023, von <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>
- Statista. (o. J.). *Bias—Verzerrung*. Abgerufen am 11. April 2023, von <https://de.statista.com/statistik/lexikonListe/letter/A/>
- Talbot, S. (2016). *Missing Data*. Pschyrembel online. Abgerufen am 18. April 2023, von <https://www.pschyrembel.de/Missing%20Data/P021B/doc/>
- Talbot, S. (2020). *Sensitivität*. Pschyrembel online. Abgerufen am 18. April 2023, von <https://www.pschyrembel.de/Sensitivit%C3%A4t/K0KS3/doc/>
- Verma, N., Beretvas, S. N., Pascual, B., Masdeu, J. C., Markey, M. K., & The Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. (2015). New scoring methodology improves the sensitivity of the Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive subscale (ADAS-Cog) in clinical trials. *Alzheimer's Research & Therapy*, 7(1), Article 64. <https://doi.org/10.1186/s13195-015-0151-0>
- Völkel, B. (2022). *Depression*. Pschyrembel online. Abgerufen am 18. April 2023, von <https://www.pschyrembel.de/Depression/K05PP>

- Weiss, C. (2021). *Statistik-Lexikon*. Universität Heidelberg. Abgerufen am 11. April 2023, von <https://moodle.umm.uni-heidelberg.de/medien/biom/lexikon/>
- World Health Organization [WHO]. (o. J.-a). *ICD-10 Version: 2019*. Abgerufen am 03. April 2023, von <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
- World Health Organization [WHO]. (o. J.-b). *WHOQOL - Measuring Quality of Life*. Abgerufen am 03. April 2023, von <https://www.who.int/tools/whoqol>
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. World Health Organization. Abgerufen am 07. September 2022, von <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241513487>
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Dementia*. Abgerufen am 07. September 2022, von <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- World Health Organization [WHO]. (2023). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)—Mental Functions*. ICD-11. Abgerufen am 03. April 2023, von <https://icd.who.int/dev11/l-icf/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F1363559646>
- Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E. M., Spector, A. E., & Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1465–1858. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub3>
- Yuill, N., & Hollis, V. (2011). A Systematic Review of Cognitive Stimulation Therapy for Older Adults with Mild to Moderate Dementia: An Occupational Therapy Perspective. *Occupational Therapy International*, 18(4), 163–186. <https://doi.org/10.1002/oti.315>

Zusatzverzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Darstellung des Bieler Modells.....	10
Abbildung 2 Selektionsprozess.....	18

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Dimensionen der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz	14
Tabelle 2 Liste der verwendeten Keywords	16
Tabelle 3 Übersicht der Hauptstudien.....	30
Tabelle 4 Glossar	60
Tabelle 5 Suchprotokoll	64
Tabelle 6 Selektionsverfahren	69

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AD	Alzheimer-Demenz
ADAS-Cog Scale	The Alzheimer's Disease Assessment Scale–Cognitive Scale
ADL	Activities of Daily Living / Aktivitäten des täglichen Lebens
AFI	Alzheimer Forschung Initiative e.V.
AGGIR	Grille d'Autonomie Gérontologique-Groupes Iso-Ressources
AI	Apathy Inventory
AOTA	American Occupational Therapy Association
APA	American Psychological Association
ASSET	Arbeitsgemeinschaft Schweizer Schulen für Ergotherapie
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BASS	Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien
BFS	Bundesamt für Statistik
BI	Barthel Index
CINAHL Complete	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature.
CSDD	Cornell Scale for Depression in Dementia
DAD	Disability Assessment for Dementia
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie

DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
GDS	Geriatric Depression Scale
GDS	Global Deterioration Scale
IADL	Instrumental Activities of Daily Living / Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
MADRS	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MMSE	Mini-Mental Status Examination
NPI	Neuropsychiatric Inventory
OTseeker	Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence
PubMed	Public Medicine
QOL-AD Scale	Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale
RCT	randomisiert kontrollierte Studie
RUD Lite	Resource Utilisation in Dementia Lite
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation

Wortzahl

Abstract 185

Arbeit 10'573

(exkl. Abstract, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Danksagung,
Eigenständigkeitserklärung und Anhänge)

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei unserer Mentorin Frau Ylena Fuchsberger, welche uns im Prozess seit Tag eins begleitet und unterstützt hat. Sie beantwortete unsere Fragen und zeigte Verständnis für unsere Unsicherheiten. Mit konstruktivem Feedback und neuen Inputs brachte sie uns im Prozess voran.

Weiter danken wir herzlichst unserem persönlichen Umfeld. Freunde und Bekannte haben uns im Schreibprozess ermutigt und uns mit Korrekturlesen unterstützt.

Abschliessend danken wir uns gegenseitig für die gelungene Zusammenarbeit.

Gegenseitig haben wir uns motiviert, miteinander kritisch diskutiert und durchgehalten, um diese gemeinsame Arbeit zu erschaffen.

Eigenständigkeitserklärung

«Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»

Winterthur, 02. Mai 2023

Caviezel Jana

Hodel Julia

Anhang

Anhang A: Glossar

Tabelle 4
Glossar

Begriff	Definition / Erklärung
Antipsychotische Medikation	Medikamente, die zur Behandlung von z. B. Schizophrenien, Manien, Wahn- und Erregungszuständen eingesetzt werden (Amboss, o. J.).
Baseline	Ausgangszustand zu Beginn einer klinischen Studie (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], o. J.).
Behinderung	Gemäss Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG) ist ein Mensch mit Behinderung «eine Person, der es eine voraussichtlich dauernde körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung erschwert oder verunmöglicht, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen, sich aus- und weiterzubilden oder eine Erwerbstätigkeit auszuüben.» (Behindertengleichstellungsgesetz [BehiG], 2004, § 151.3, Abs. 1, Art. 2, S. 1)
Demographische Charakteristika	Beschreiben objektive Eigenschaften beziehungsweise allgemeine Fakten zu einer Person(engruppe) wie z. B. Geburtsdatum, Bildungsgrad, Beruf (Advidera, o. J.).
Demographische Entwicklung	Auch demografischer Wandel genannt. Bezeichnet die Bevölkerungsentwicklung und ihre Veränderung vor allem im Sinne der Überalterung der Gesellschaft (bdp.de, o. J.).
Detection Bias	Unterschiede zwischen den Gruppen in der Art und Weise, wie die Ergebnisse ermittelt werden. Das heisst das Wissen um die Gruppenzuteilung eines Studienteilnehmenden beeinflusst die Ergebnisbewertung (Mansournia et al., 2017).
Dropout	Person, welche für eine Studie rekrutiert wurde, diese aber noch vor Ende verlässt oder im Verlauf der Studie Ausschlusskriterien eintreten, wodurch die Person die Studie verlassen muss (BfArM, o. J.).
Einfachblindstudie	Die Studienteilnehmenden wissen nicht, zu welcher Gruppe (Interventions- oder Kontrollgruppe) sie gehören. Das Studienpersonal kennt jedoch die Zuteilung (Novartis, o. J.).
Episodisches Gedächtnis	Gehört zum Langzeitgedächtnis und beinhaltet die eigene Biografie mit der zeitlichen und örtlichen Zuordnung der Erinnerungen (dasgehirn.info, o. J.).
Follow-up	Testungen, welche nach dem Abschluss der Intervention durchgeführt werden (BfArM, o. J.).
Grosshirnrinde	In der Fachsprach Cortex cerebri oder graue Substanz genannt, ist der äusserste und grösste Teil des Gehirns. Sie verarbeitet Signale der Sinnesorgane und speichert Informationen. Somit ist sie unter anderem Grundlage für das Gedächtnis, den Verstand, zielgerichtete Handlung und das Gefühlleben (Pontes, 2011).
Hippocampus	Ist zur Speicherung neuer biographischer Informationen und der räumlichen Orientierung entscheidend. Bei Schädigung des Hippocampus können neue autobiographische Informationen nicht abgespeichert werden (dasgehirn.info, o. J.).
Intention-to-treat Prinzip	Bei der Auswertung der Ergebnisse werden die Studienteilnehmenden in der ursprünglichen Gruppe ausgewertet. Dabei spielt es keine Rolle, welche Behandlung sie im Verlauf

	erhalten haben, z. B. wenn sie aus der Studie ausgetreten sind (BfArM, o. J.).
Interpersonelle Kommunikation	Zur Fähigkeit von interpersoneller Kommunikation gehört es, verbale, paraverbale und nonverbale Kommunikation zu verstehen und diese im Kontext der Kultur der Person zu sehen (ikud.de, o. J.).
Interventionsgruppe	Sind Studienteilnehmende, welche innerhalb einer Studie an einer Intervention teilnehmen (BfArM, o. J.).
Kognitive Stimulation	Meist Gruppeninterventionen, welche die Verbesserung der kognitiven und sozialen Leistung fokussieren. Dazu gehört z. B. auch die Cognitive Stimulation Therapy, CTS (Margraf, 2016).
Ko-Intervention	Zu der untersuchten Behandlung erhalten die Teilnehmenden noch andere Formen von Behandlungen. Dies kann die Ergebnisse beeinflussen (Law et al., 1998a).
Kontamination	Findet statt, wenn Personen der Kontrollgruppe versehentlich mitbehandelt werden. Dies kann den Unterschied zwischen den Gruppen verringern und die Kontrollgruppe begünstigen (Law et al., 1998a).
Kontrollgruppe	Eine oder mehrere Gruppen innerhalb einer Studie, welche keine Behandlung, ein Placebo, eine Vergleichstherapie oder die Standardtherapie erhalten (BfArM, o. J.).
Kurzzeitgedächtnis	Ist ein Teil des Gedächtnisses, welches als eine Art Zwischenspeicher Informationen für einige Minuten abspeichert (dasgehirn.info, o. J.).
Langzeitgedächtnis	Teil des Gedächtnisses, welches nahezu unbegrenzt Ereignisse, die in der entfernten Vergangenheit liegen, abspeichert (dasgehirn.info, o. J.).
Metaanalyse	Zusammenfassung mehrerer Studien, welche zur Erfassung des Forschungsstandes aufbereitet wird. Dabei können Verzerrungen z. B. durch zu geringe Stichprobengrößen behoben werden, da verschiedene Stichproben zu einer grossen Anzahl zusammengebracht werden (Weiss, 2021).
Missings	Auch Missing Data genannt, sind fehlende Werte bei Untersuchungen. Sie können zufällig z. B. durch vergessene Messwerte oder nicht zufällig z. B. durch Dropout eines Teilnehmenden entstehen (Talbot, 2016).
multizentrisch	Multizentrische Studien werden in mindestens zwei oder mehr Prüfzentren durchgeführt (BfArM, o. J.).
Neuronen	Eine Nervenzelle, welche elektrische oder chemische Signale empfängt und weiterleitet (dasgehirn.info, o. J.).
Neuropsychiatrische Symptome	Im Zusammenhang mit Demenz werden z. B. Aggressivität, Unruhe, depressive Symptome und Apathie unter den neuropsychiatrischen Symptomen verstanden. Aggressivität und Unruhe werden meist unter dem Begriff Agitation zusammengefasst (Majic et al., 2010).
Outcome	Sind die Variablen, welche durch die Studie untersucht werden (Law et al., 1998b).
Paralleldesign	Die Studiengruppen werden zeitgleich durchgeführt (BfArM, o. J.).
Performance Bias	Unterschiede zwischen den verglichenen Gruppen, welchen nicht durch die Interventionen, sondern durch andere Faktoren zu erklären sind (Mansournia et al., 2017).
Post Hoc-Verfahren	Das Post Hoc-Verfahren ist eine Gruppe von Tests, welche die Unterschiede bei Mittelwerten identifizieren. Damit können Verzerrungen in der Auswertung der Studiendaten, z. B. in der Varianzanalyse, aufgedeckt und überwunden werden (Weiss, 2021).
Prävalenz	Die Wahrscheinlichkeit der Anzahl erkrankten Personen zu einem bestimmten Zeitpunkt (Weiss, 2021).

Pre- und Posttest	Ein Pretest ist eine anfängliche Bewertung, die dazu dient, vorhandene Merkmale (z. B. Wissen, Fähigkeiten) zu messen, bevor eine Intervention durchgeführt wird (APA, o. J.). Ein Posttest ist eine Bewertung, die nach der Anwendung einer Intervention durchgeführt wird, um die eingetretenen Veränderungen zu messen (APA, o. J.).
Primär-, Sekundär- und Tertiärliteratur	Primärliteratur sind Originalarbeiten aus Forschungsergebnissen (Jaehde, 2018). Bei Sekundärliteratur werden Texte übersetzt, interpretiert und aufgearbeitet (Jaehde, 2018). Tertiärliteratur sind Lehrbüchern, Nachschlage- oder Standardwerke, welche Ergebnisse aus Originalarbeiten aufarbeiten und darstellen (Jaehde, 2016).
Prozedurales Gedächtnis	Gehört zum Langzeitgedächtnis. Darin werden Handlungsabläufe wie das Spielen von Instrumenten, der Umgang mit Gegenständen gespeichert, z. B. Fahrradfahren, Zeichnen eines Vierrecks etc. (dasgehirn.info, o. J.).
quantitativ	Forschungsmethode bei der mess- oder zählbare Ausprägungen wie z. B. Häufigkeit, Zusammenhänge durch eine meist grosse Gruppen einer anonymen Stichprobe ausgewertet werden. Dadurch wird eine grosse Objektivität erreicht (Keim, 2016).
Quasi-experimentelle Studie	Auch Quasi-Experiment genannt, ist eine Studie, bei der die Teilnehmenden nicht zufällig zugeteilt werden. Das heisst es wird keine klassische Randomisierung durchgeführt (Baumann, 2018a).
Quasi-Randomisierung	Siehe Quasi-experimentelle Studie
Randomisiert kontrollierte Studie (RCT)	Das wesentliche Merkmal einer RCT ist, dass es eine Stichprobe gibt, welche zufällig in zwei oder mehr Gruppen unterteilt wird. Mindestens eine der Gruppen erhält die Behandlung und eine ist die Kontrollgruppe, welche keine Behandlung erhält oder nach üblichem Verfahren behandelt wird. RCT's werden häufig zum Testen der Wirksamkeit einer Behandlung gewählt (Law et al., 1998a).
Randomisierung bzw. randomisiert	Zufällige Zuordnung von Studienteilnehmenden in die verschiedenen Studiengruppen (Braun et al., 2021).
Reliabilität bzw. reliabel	Die Reliabilität (Zuverlässigkeit) ist ein wichtiges Kriterium zur Bestimmung der Genauigkeit einer Untersuchung. Damit ist gemeint, dass bei unterschiedlichen Voraussetzungen, das Selbe Resultat erreicht wird (Statista, o. J.).
Semantisches Gedächtnis	Gehört zum Langzeitgedächtnis. Darin wird z. B. Faktenwissen, Formeln, geographisches Wissen oder Kochrezepte gespeichert (dasgehirn.info, o. J.).
Sensitivität bzw. sensitiv	Ist die Fähigkeit eines Test, das zu testen, was er sollte, z. B. eine Erkrankung zu erkennen. Die Sensitivität ist der Quotient aus den positiven Testergebnissen unter den Erkrankten und der Gesamtzahl der Erkrankten (Talbot, 2020).
Signifikanz bzw. signifikant	Die Signifikanz zeigt auf, dass ein Zusammenhang zwischen zwei Variablen (z. B. Reminiszenz-Therapie und verbesserte Kognition) nicht zufällig ist, sondern verallgemeinert werden kann. Dabei wird in den meisten Studien eine Irrtumswahrscheinlichkeit (p-Wert) von 5% festgelegt ($p < 0.05$). Dies heisst, dass ein signifikanter Zusammenhang mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% für die Gesamtheit gilt (Statista, o. J.).
Standardisierung bzw. standardisiert	Festlegen von Untersuchungsbedingungen, um die Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Ergebnissen zu erreichen (Baumann, 2018b).
Synapsen	Kontaktstelle, an der Nervenzellen miteinander verbunden sind und die Impulse zu der nächsten Nervenzelle übertragen

	(Erregungsübertragung). Die Erregungsübertragung erfolgt über chemische Neurotransmitter (Chao, 2019).
Trunkierung	In der Datenbankrecherche sind Trunkierungen Platzhalter. Z. B. * ersetzt beliebig viele Zeichen (BfArM, o. J.).
Validität bzw. valide -interne -externe	Einschätzung, wie die Studienergebnisse durch die Methodik der Studie (Durchführung, Auswertung, Berichterstattung) beeinflusst werden (interne Validität). Ebenso wird die Generalisierbarkeit oder die Übertragbarkeit der Ergebnisse (externe Validität) angeschaut (Braun et al., 2021).
Verblindung bzw. verblindet	Geheimhalten der Zuteilung der Studienteilnehmenden in Interventions- oder Kontrollgruppe (BfArM, o. J.).
Verzerrung	Auch Bias genannt, sind Fehler in der Datenerhebung. Diese können zu fehlerhaften Ergebnissen führen (Statista, o. J.).

Anmerkung. Eigene Darstellung

Anhang B: Rechercheprotokoll

Tabelle 5
Suchprotokoll

Datum	Datenbank	Suchkombination / Eingrenzungen	Anzahl Treffer	Titelscreening	Abstract- screening	Gewählte Hauptstudien
09.02. 2023	CINAHL Complete	(MH "Alzheimer's Disease") AND ((reminiscence therap*) OR reminiscence) - Erscheinungsjahr 2012-2023	56	13 (Bozkurt & Yildirim, 2022) (Cuevas et al., 2020) (Li et al., 2020) (Lök et al., 2018) (Duru Aşiret & Kapucu, 2016) (Van Bogaert et al., 2013) (Lopis et al., 2021) (Amieva et al., 2016) (Li et al., 2014) (Duan et al., 2018) (El Haj & Antoine, 2016) (Pöllänen & Hirsimäki, 2014) (Baird et al., 2018)	4	(Li et al., 2020) (Lök et al., 2019) (Duru Aşiret & Kapucu, 2016) (Amieva et al., 2016)
		((alzheimer demenz) OR alzheimer OR (morbus alzheimer)) AND ((biographie*arbeit) OR autobiographie) - Erscheinungsjahr 2012-2023	10	1 (El Haj et al., 2019)	0	-

		((life histor* review) AND ((alzheimer* disease) OR alzheimer*))	16	4	(El Haj et al., 2012) (Bozkurt & Yildirim, 2022) (Melendez et al., 2017) (Li et al., 2014)	0	-
		- Erscheinungsjahr 2012-2023					
Medline		(Alzheimer Disease/) AND (reminiscence*therap*)	8	2	(Bejan et al., 2018) (Amieva & Dartigues, 2013)	0	-
		- Erscheinungsjahr 2012-2023					
Pubmed		("Alzheimer's Disease") AND ((reminiscence therap*) OR reminiscence)	80	3	(Cammisuli et al., 2022) (Pérez-Sàez et al., 2022) (Azcurra, 2012)	0	-
		- Erscheinungsjahr 2012-2023					
		(Alzheimer*) AND ((life stor*) OR ("life review"))	372	0		0	-
OTseeker		(Alzheimer*) AND ((reminiscence therap*) OR reminiscence*)	5	2	(Amieva et al, 2016) (Azcurra,2012)	1	(Amieva et al, 2016)
Cochrane Library		(alzheimer) AND (reminiscence) (reminiscence)	1 3	0 1		0 0	- -
09.02. 2023	CINAHL Complete	(MH "Alzheimer's Disease") AND ((reminiscence therap*) OR reminiscence) AND ((occupational therap*) OR ot)	1	1	(Goris et al., 2016)	0	-
		- Erscheinungsjahr 2012-2023					

	(MH "Life History Review") AND (occupational therap*) AND (alzheimer* OR (alzheimer* disease))	0	0		0	-
	- Erscheinungsjahr 2012-2023					
	(MH "Occupational Therapy") AND (reminiscence therapy)	14	4	(Nakamae et al., 2014) (Stoner et al., 2021) (Cai et al., 2020) (Scott et al., 2019)	0	-
	- Erscheinungsjahr 2012-2023					
Pubmed	("Alzheimer's Disease") AND ((reminiscence therap*) OR reminiscence) AND (("occupational therap*") OR OT)	3	0		0	-
	(Alzheimer*) AND ((reminiscence therap*) OR reminiscence) AND (("occupational therap*") OR OT)	10	0		0	-
	(("reminiscence therap*") OR reminiscence*) AND (("occupational therap*") OR OT)	26	3	(Hoang et al., 2022) (Park et al. 2019) (Travers et al. 2016)	0	-
	- Erscheinungsjahr 2012-2023					
09.02. 2023	CINAHL Complete (MH "Alzheimer's Disease") AND ((reminiscence therap*) OR reminiscence) AND (activit* of daily living)	8	3	(Li et al., 2020) (Duru Aşiret & Kapucu, 2016) (Cuevas et al., 2020)	2	(Li et al., 2020) (Duru Aşiret & Kapucu, 2016)

		- Erscheinungsjahr 2012-2023					
		(remembrance therap*) AND ((activit* of daily living) OR ADL)	18	4	(Jo & Song, 2015) (Asano et al., 2021) (Spagnolo et al., 2015) (Meyer & O'Keefe, 2020)	0	-
		- Erscheinungsjahr 2012-2023					
Pubmed			34	5	(Woods et al., 2018) (Cuevas et al., 2020) (Duru Aşiret & Kapucu, 2016) (Li et al., 2020) (Azcurra, 2012)	2	(Duru Aşiret & Kapucu, 2016) (Li et al., 2020)
21.02. 2023	CINAHL Complete	(remembrance*therap*) AND (alzheimer*) AND (cognitiv* OR cognition*)	0	0		0	-
	Pubmed		45	2	(Kirk et al., 2019) (Rathbone et al., 2019)	0	-
		- Erscheinungsjahr 2012-2023					
	CINAHL Complete	(remembrance therap*) AND (alzheimer*) AND (cognitiv* OR cognition*)	18	0		0	-
	Pubmed		59	15	(Duan et al., 2018) (Azcurra, 2012) (Cammisuli et al., 2022) (Cuevas et al., 2020) (Lopis et al., 2021) (Van Bogaert et al., 2013) (Melendez et al., 2017) (Rathbone et al., 2019) (Stoner et al., 2021)	4	(Lök et al., 2019) (Duru Aşiret & Kapucu, 2016) (Li et al., 2020) (Amieva et al., 2016)
		- Erscheinungsjahr 2012-2023					

			(Lök et al., 2019)		
			(Pérez-Sàez et al., 2022)		
			(Duru Aşiret & Kapucu, 2016)		
			(Li et al., 2020)		
			(Amieva et al., 2016)		
			(Kirk et al., 2019)		
Medline		45	2	(Melendez et al., 2017)	0 -
				(Glachet et al., 2018)	
CINAHL	(reminiscence therap*) AND	0	0		0 -
Complete	(alzheimer*) AND (cognitiv* OR				
Pubmed	cognition*) AND ((occupational therap*)	7	0		0 -
Medline	OR ot)	3	0		0 -

- Erscheinungsjahr 2012-2023

Anmerkung. Eigene Darstellung

Anhang C: Selektionsverfahren

Tabelle 6
Selektionsverfahren

Verfasser, Jahr	Titel	Studien-typ	Outcome	Outcome Measures	Intervention	Positive Aspekte	Negative Aspekte	Farbcode
Li et al., 2020	Efficacy of Group Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, Neuropsychiatric Symptoms, and Activities of Daily Living for Patients With Alzheimer Disease	RCT	Kognition, Depression, Neuropsychiatrische Symptome, ADL	ADAS-Cog scale, CSDD, NPI, BI	2x/Woche für 12 Wochen à 30-45 Min. Gruppe	-aktuelle Studie -Reminiszenz-Therapie und AD inkludiert -pre und post-Messung (12 Wochen) und Follow-up (24 Wochen) -Outcome Assessment reliabel und valide -ADL gemessen	-auch TN mit noch nicht diagnostizierter AD inkludiert	A
Lök et al., 2019	The effect of reminiscence therapy on cognitive functions, depression, and quality of life in Alzheimer patients: Randomized controlled trial	RCT	Kognition, Depression, Lebensqualität	MMSE, CSDD, QOL-AD	1x/Woche für 8 Wochen à 60 Min. Gruppe	-Menschen mit AD inkludiert -Titel der Interventions-einheiten genannt -Outcome Assessment reliabel und valide	-TN mit depressiven Symptomen bei AD -minimale Beschreibung der Intervention -Kontext der Intervention nicht klar -kein Follow up -Messung und Intervention durch gleiche Person	A
Duru Aşiret & Kapucu, 2016	The Effect of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, and Activities	quasi-experimentelle Studie	Kognition, Depression, ADL	MMSE, GDS, "The Daily Living Activities Observation Form"	1x/Woche für 12 Wochen à 30-45 Min. Gruppe	-Menschen mit AD inkludiert -ADL gemessen -Intervention und Setting beschrieben	-Kontrollgruppe mit Gesprächsrunde (ohne Erinnerungen abrufen) -4 Institutionen bei eher geringer Teilnehmerzahl -kein Follow up	A

of Daily Living for Patients With Alzheimer Disease							-keine Angabe wer die Interventionen durchführte	
Amieva et al., 2016	Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial	RCT	Kognition, Verhalten, Körperfunktionen, Lebensqualität, Depression, Angehörigenbelastung	MMSE, GDS, ADAS-cog, NPI, DAD, AGGIR, MADRS, QOL-AD, Zarit Burden Interview RUD Lite	1x/Woche für 3 Monate à 90 Min., weiter 1x/6Wochen für 12 Monate Gruppe	-40 Institutionen -Menschen mit AD inkludiert -Follow up nach 24 Monaten -grosse Stichprobe	-TN ab 50 Jahren -Kontext der Interventionen und Häufigkeit der Teilnahme nicht angegeben -Messzeitpunkte nicht ganz klar -Validität und Reliabilität der Outcome Assessment nicht angegeben -Interventionen nicht detailliert beschrieben	A
Pérez-Sáez et al., 2022	Multicenter randomized controlled trial of the effects of individual reminiscence therapy on cognition, depression and quality of life: Analysis of a sample of older adults with Alzheimer's disease and vascular dementia	RCT	Kognition, Depression, Lebensqualität, Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Stimmung	MMSE, MAT, FAB, GDS-15, QOL-AD	2x/Woche für 13 Wochen à 50 Min. Einzel	-Menschen mit AD inkludiert -Interventions- und Kontrollgruppe von je 74 TN -sehr genauer Beschrieb der Intervention -viele Sitzungen (26) -valide und reliable Outcome Assessments	-Menschen mit vaskulärer Demenz auch inkludiert (86 TN mit AD und 62 TN mit vaskulärer Demenz) -jede Institution gestaltet Intervention selbst -kein Follow up	B
Nakamae et al., 2014	Effects of Productive Activities with Reminiscence in Occupational Therapy for People with Dementia: A Pilot Randomized Controlled Study	Pilot RCT	Depression, Motivation to daily living, Kognition, task performance	MOSES Vitality Index, MMSE, CSDD	1x/Woche für 6 Wochen à 40 Min. Gruppe	-Ergotherapie-Studie -Reminiszenz-Therapie verknüpft mit "produktiven Aktivitäten" -während der Aktivität wurde die Reminiszenz-Therapie durchgeführt	-Menschen mit vaskulärer Demenz auch inkludiert (28 TN mit AD und 8 TN mit vaskulärer Demenz) - kleine Stichprobe - kurze Studiendauer - kein Follow up	B

Kirk et al., 2019	Five weeks of immersive reminiscence therapy improves autobiographical memory in Alzheimer's disease	RCT	Kognition, autobiografisches Gedächtnis	ACE MMSE FAB AMI Galton-Crovitz task	1x/Woche für 5 Wochen à 90 Min. Gruppe	-Menschen mit AD inkludiert -Intervention und Setting detailliert beschrieben	-kurze Dauer der Durchführung (5 Wochen) -TN nicht verblindet -Validität und Reliabilität der Outcome Assessment nicht angegeben -kein Follow up	B
Cuevas et al., 2020	Reminiscence therapy for older adults with Alzheimer's disease: A literature review	Literatur-review	Depression, Kognition, ADL, Lebensqualität	MMSE, GDS / CSDD, NPI, BI	8-12 Wochen à 45 Min. Gruppe	-Menschen mit AD inkludiert - Reminiszenz-Therapie mit direkten Interventionsempfehlungen -Verknüpfung zum Life Story (Storytelling) -aktueller Review	-sehr kurze Erläuterungen -viele inkludiert Studien auch bei unserer Liste aufgetreten (Lök et al., 2019) (Li et al. 2019) (Azcurra, 2012) (Duru Asiret & Kapucu, 2016) (Kirk et al., 2019) (Hashim et al., 2013) (Imtiaz et al., 2018) (Lancioni et al., 2014)	B
Cammisuli et al., 2022	Effects of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression and Quality of Life in Elderly People with Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials	Systematic Review of RCT's	Kognition, Depression, Lebensqualität	MMSE, GDS / CSDD, SRQoL / QOL-AD	Min. 1x/Woche für 12 Wochen à 30-35 Min. Gruppe oder Einzel	-Menschen mit AD inkludiert -keine sonstigen Demenzformen, psychiatrischen Diagnose oder kognitiven Beeinträchtigungen -Review der nur aus RCT besteht	-vier der fünf inkludierten Studien haben wir in der Literaturrecherche auch separat aufgeführt -eine inkludierte Studie des Reviews ist aus dem Jahr 2007 (Tadaka & Kanagawa, 2007) (Ausschlusskriterium <2012) - keine Beschreibung der Interventionen	B
Rathbone et al., 2019	Using memories to support the self in Alzheimer's disease		Identität von Menschen mit AD, Verknüpfung von Identität mit Erinnerung	The IAM task, Categories task, The cognitive battery and well-being scale	2 Einheiten à 90 – 120 Min.	-Menschen mit AD inkludiert	-16 TN mit AD und 29 gesunde ältere Menschen -keine direkte Intervention nur Assessmenttestung	B

Glachet et al., 2018	Effects of olfactory stimulation on autobiographical memory in Alzheimer's disease		Effekt von Duft auf autobiografische Erinnerung			-Menschen mit AD inkludiert	-Intervention nicht mit „klassischer“ Reminiszenz-Therapie kombiniert -Abfragen welche Erinnerungen durch Duft geweckt wird -kein freier Zugriff online auf die Studie -französische Sprache	B
Azcurra, 2012	A Reminiscence Program Intervention to Improve the Quality of Life of Long-term Care Residents with Alzheimer's Disease. A Randomized Controlled Trial	RCT	Lebensqualität	SES, SRQoL, ZBI, WIB, ADL	2x/Woche für 12 Wochen à 60 Min. Einzel	-Life story approach -kurze Beschreibung der Intervention -Menschen mit AD inkludiert -drei Gruppen (Intervention-, aktive Kontroll- und passive Kontrollgruppe) -3 Psycholog*innen führten Intervention durch, diese waren verblindet	-teilweise Einbinden der Angehörigen oder der Betreuungspersonen	C
Van Bogaert et al., 2013	Effects of SolCos Model-Based Individual Reminiscence on Older Adults with Mild to Moderate Dementia Due to Alzheimer Disease: A Pilot Study	Pilotstudie	Kognition, Depression	MMSE, FAB, NPI, GDS-30, CSDD,	2x/Woche für 4 Wochen à 45 Min. Einzel	-6 Institutionen -Intervention durch 1 Person -Interventionsprotokoll	-kurze Interventionszeit -Posttest durch Person, welche Interventionen durchgeführt hat --> Bias hoch siehe Duan et al., 2018	C
Melendez et al., 2017	Effectiveness of follow-up reminiscence therapy on autobiographical memory in pathological ageing		Autobiographic semantic memory, autobiographic episodic memory	Autobiographical Memory Interview test (AMI)	2x/Woche für 10 Wochen à 30 Min. Gruppe	-Menschen mit AD inkludiert -MCI und AD Gruppen separat geführt	-MCI und AD getestet (in separaten Gruppen)	C

Woods et al., 2018	Reminiscence therapy for dementia	Systematic Review (Cochrane)	Lebensqualität, Kognition, Kommunikation, Stimmung, Verhalten, "carer outcome" Insgesamt 34 Outcomes Handlungsfähigkeit kurz erwähnt		-Cochrane Reviews haben meist eine hohe Qualität -aktueller Review	-Einschluss von sehr vielen Studien mit 34 unterschiedlichen Outcomes -Allgemein Demenz -Insgesamt zu heterogene Outcomes -Einzelne Studien separat aufgeführt: Azcurra 2012 Charlesworth 2016 Amieva 2016	C
Asano et al., 2021	Effectiveness of high-frequency individual reminiscence interventions using life story books on persons with dementia		ADL MMSE individuelle Motivation gegenüber ADL (QoL)	2wöchige Life-Story-Book Produktion, dann 5x/Woche für 4 Wochen Interventionen, 3 semi-strukturierte Interview im Rahmen von 10 Wochen	-Ergotherapie-Studie -gute Interventionsbeschreibung	-allgemein Demenz, nicht nur AD -life story book anstatt Reminiszenz-Therapie	C
Travers et al., 2016	Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review	Systematic Review	Lebensqualität, Stimmung, Kognition, Schlaf, BPSD		-naher Bezug zur Ergotherapie	-allgemein Demenz, nicht nur AD -verschieden Interventionen werden angeschaut, Reminiszenz-Therapie eine davon -Studien zu Reminiszenz-Therapie älter als 2012	D
Duan et al., 2018	Psychosocial interventions for Alzheimer's disease cognitive symptoms: a	Meta-Analyse	Kognition			-Einzelne Studien separat aufgeführt: Van Bogaert, 2013 Duru Asiret, 2016	D

Bayesian network meta-analysis							
Jo & Song, 2015	The Effect of Reminiscence Therapy on Depression, Quality of Life, Ego-Integrity, Social Behavior Function, and Activities of Daily Living in Elderly Patients with Mild Dementia	Quasi-experimentelle Studie	Depression, Lebensqualität, ADL, Ich-Integrität, Funktion des Sozialverhaltens	8 Einheiten à 2.5 Stunden Gruppe	-Reminiszenz-Therapie als Fokus -gute Beschreibung der Intervention	-allgemein Demenz, nicht nur AD -kleine Stichprobe mit 19 TN -keine Kontrollgruppe	D
Goris et al., 2016	Quantitative systematic review of the effects of non-pharmacological interventions on reducing apathy in persons with dementia	Systematic Review	Apathie, ADL, Verhaltenssymptome (Agitation, Depression)			-allgemein Demenz, nicht nur AD - Verschiedene Interventionsarten, nur wenig zu Reminiszenz-Therapie	D
El Haj et al., 2019	Autobiographical recall as a tool to enhance the sense of self in Alzheimer's disease		Identität	Autobiographische Erinnerung anregen - "Who am I?" Statements schreiben	-Menschen mit AD inkludiert	-Kontrollgruppe sind TN ohne Demenz -Intervention erscheint eher unklar	D
Bejan et al., 2018	Using multimedia information and communication technology (ICT) to provide added value to reminiscence therapy for people with dementia	Review zu 3 Feldstudien		Technologiebasierte Reminiszenz-Therapie	-Ergotherapie involviert	-allgemein Demenz, nicht nur AD -kleine Stichprobe -Studienqualität scheint gering	D
Bozkurt & Yildirim, 2022	A Trip Down Memory Lane:	Review			-Menschen mit AD inkludiert	-kein klarer Outcome -Outcomes von Reminiszenz-Therapie werden aufgezählt	D

Reminiscence Therapy				-Anwendungsleitfaden und Erklärungen zu Reminiszenz-Therapie		
Hoang et al., 2022	Interventions Associated with Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults a Systematic Review and Meta-analysis	Systematic Review	Einsamkeit, Soziale Isolation		-allgemein Demenz, nicht nur AD -Reminiszenz-Therapie nicht als Intervention	D
Lopis et al., 2021	Sensory Cueing of Auto-biographical Memories in Normal Aging and Alzheimer's Disease: A Comparison Between Visual, Auditory, and Olfactory Information	Single session	Bezieht sich auf Effektivität von Sensorischen Inputs auf Reminiszenz-Therapie			D
Pöllänen & Hirsimäki, 2014	Crafts as Memory Triggers in Reminiscence: A Case Study of Older Women with Dementia	Case Study	Keine klaren Outcomes (Fragestellung eher «Welche Auswirkung hat Handwerk auf [...]»)	3 Reminiszenz-Ergotherapie-Studie interventionen mit Handwerk	-allgemein Demenz, nicht nur AD -nur Frauen -Case Study, nur 3 TN -nur drei Interventionen -"memory triggers" im Fokus	D
Meyer & O'Keefe, 2020	Non-pharmacological interventions for people with dementia: A review of reviews	Review of Reviews	ADL, Kognition, Stimmung	-Einbinden von 38 Studien/Reviews	-allgemein Demenz, nicht nur AD -Review of Reviews -nicht spezifisch auf Reminiszenz-Therapie -es werden nicht-pharmakologische Interventionen zur	D

						Behandlung von Demenz gesucht, keine klaren Outcomes	
Li et al., 2014	Effect of the recreational life review program on patients with dementia in an outpatient clinic: a preliminary study		Kognition, Affekt	1x/Woche für 8 Wochen à 60 Min.	-Interventionseinheiten klar beschrieben	-allgemein Demenz, nicht nur AD -keine Kontrollgruppe -kleine Stichprobe, 12 TN	D
Spagnolo et al., 2015	A pilot study on behavioral and cognitive effects of Cognitive Stimulation Training based on 3R Mental Stimulation. The Treviso Dementia (TREDEM) Study	Pilot Studie	Kognition, Selbstständigkeit, Verhaltensauffälligkeiten		-Reminiszenz-Therapie angewendet in Kombination mit Remotivation und Realitäts-Orientierungstraining (ROT)	-allgemein Demenz, nicht nur AD -kognitive Stimulations-training -Remotivation und Realitäts-Orientierungstraining (ROT) auch inkludiert	D
El Haj & Antoine, 2016	Death Preparation and Boredom Reduction as Functions of Reminiscence in Alzheimer's Disease		Funktion von Erinnerungen bei AD			-TN füllten lediglich einen Fragebogen aus, keine Interventionen -Kontrollgruppe ohne Demenz	D
Baird et al., 2018	Characterization of Music and Photograph Evoked Autobiographical Memories in People with Alzheimer's Disease		Vergleich von Foto vs. Musik als Auslöser von autobiografischen Erinnerungen		-Menschen mit AD inkludiert	-Kontrollgruppe ohne AD -kein freier Zugriff online auf die Studie	D
Scott et al., 2019	Effects of nonpharmacological interventions on functioning of people living with dementia at home:	Systematic Review	ADL, aktivitäts-spezifische Funktionen, funktions-spezifische			-allgemein Demenz, nicht nur AD -kognitionsorientierte Therapien und Reminiszenz-Therapie werden nicht getrennt	D

	A systematic review of randomised controlled trials		Zielerreichung			
Cai et al., 2020	The Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions on Apathy in Patients with Dementia: A Systematic Review of Systematic Reviews	Systematic Review of Systematic Reviews	Apathie		-allgemein Demenz, nicht nur AD -verschiedene nicht-pharmakologische Interventionen -Review von Reviews -sehr wenig Inhalt zu Reminiszenz-Therapie	D
Stoner et al., 2021	Psychosocial interventions for dementia in low- and middle-income countries (LMICs): a systematic review of effectiveness and implementation readiness				-verschiedene Interventionen, jedoch nur ein kleiner Abschnitt zur Reminiszenz-Therapie. Dieser Abschnitt bezieht sich nur auf die Studien von Azcurra (2012) und Asiret & Kapucu (2016), welche wir als separate Studien aufgeführt haben	D

Anmerkung. Eigene Darstellung. TN = Teilnehmer. Farbcode A= alle Einschlusskriterien erfüllt, B= beinahe alle Einschlusskriterien erfüllt, jedoch wichtiges Ausschlusskriterium, C= erfüllt Einschlusskriterien, wie auch Ausschlusskriterien, D= nicht als Hauptstudien tauglich, da mehrheitlich Ausschlusskriterien erfüllt.

Anhang D: Tabellen zur kritischen Würdigung nach Law et al. (1998b)

Hauptstudie 1: Li et al. (2020)

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998

McMaster-Universität

TITEL:

Efficacy of Group Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, Neuropsychiatric Symptoms, and Activities of Daily Living for Patients with Alzheimer Disease

Kommentare

<p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <p>-Die Studie untersuchte die Wirksamkeit von Gruppen-Reminiszenz-Therapie bei Menschen mit leichter und mittelschwerer AD in Krankenhäusern in China.</p> <p>-Das Ziel der Studie bestand darin, zu prüfen, ob die Reminiszenz-Therapie positive Veränderungen in der Kognition, Depressionen, neuropsychiatrischen Symptomen und Aktivitäten des täglichen Lebens haben kann.</p>
<p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrund Literatur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>-Die erhöhten Gesundheitskosten und die Herausforderung für die Betreuungsperson.</p> <p>-Es gibt keine medikamentöse Heilung des AD. Daher sollten nicht-pharmakologische Interventionen, welche ein geringeres Risiko für Nebenwirkungen haben, angewandt werden.</p> <p>-Reminiszenz-Therapie wurde dabei als eine viel genutzte Therapiemethode genannt.</p> <p>-Studien aus den vergangenen 30 Jahren sollen eine zu kleine Stichprobengröße haben, kein Gruppensetting gewählt und oftmals keine Kontrollgruppe angewandt haben.</p>
<p>DESIGN</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> Kohortenstudie</p>	<p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprechend dem Design der Studienfrage (z. B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (Outcomes), auf ethische Aspekte)?</p>

<ul style="list-style-type: none"> o Einzelfall Design o Vorher-Nachher Design o Fallkontroll Studie o Querschnittsstudie o Fallstudie 	<p>-Randomisiert kontrollierte Einfachblindstudie im Parallel-Design mit 2 Gruppen</p> <p>-Die Kontrollgruppe erhielt dabei keine Intervention</p> <p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, Bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>-Es wurden nur Personen aus einem Spital inkludiert</p> <p>-Die angegeben Tageszeit könnte das Resultat beeinflusst haben</p> <p>- Das Gruppensetting als Verzerrungsrisiko. Um auszuschliessen, dass das Gruppensetting und nicht die Reminiszenz-Therapie die Wirkung zeigte, musste zudem im Einzelsetting gearbeitet werden.</p> <p>- Es gab keine fixe Subgruppen-Zuteilung, d.h. Teilnehmende konnten nach persönlichen Bedürfnissen die Subgruppen wechseln. Dies birgt die Gefahr einer Verzerrung der Ergebnisse durch den Gruppenwechsel</p>
<p>STICHPROBE</p> <p>N = 90</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wurde die Stichprobengröße begründet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> entfällt</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>-Zu Beginn je N=45</p> <p>-Zum Schluss Interventionsgruppe N=43, Kontrollgruppe N= 42</p> <p>-Randomisierung der Gruppenzuteilung</p> <p>-Alle Teilnehmenden waren Patienten im geriatrischen Spital in Beijing.</p> <p>-Einschlusskriterien: Männer und Frauen im Alter von 65 Jahren oder älter; Diagnose einer (möglichen) AD auf der Grundlage der Skala des NINCDS-ADRDA; leichtes bis mittleres Demenzstadium auf der Grundlage einer Punktzahl von 1,0 oder 2,0 auf der Clinical Dementia Rating (CDR)-Skala; und Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie und Erteilung einer schriftlichen Einverständniserklärung</p> <p>-Ausschlusskriterien: starke Hörminderung, andere kognitive Einschränkungen als AD, offensichtliche Schwierigkeiten in der Kommunikation, schwere physische Erkrankungen</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik Verfahren.</p> <p>Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p>

	<p>Es wurde schriftlich die Zustimmung der Teilnehmenden eingeholt, nachdem sichergestellt wurde, dass sie vollumfänglich den Hintergrund der Studie verstanden haben. Wie dies geschehen ist, wird jedoch nicht beschrieben.</p>	
<p>Ergebnisse (Outcomes)</p> <p>Waren die Outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Waren die Outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p>	<p>Geben Sie an, wie oft Outcome Messungen durchgeführt wurden also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung (pre-, post- follow up)).</p> <p>-Pre-Messung, 4Wochen innerhalb der Interventionen, Post-Intervention nach 12 Wochen, Follow up nach 24 Wochen</p> <p>-Alle Outcome Messungen wurden mit reliablen und validen Instrumenten durchgeführt. Die Durchführenden erhielten vorher eine Schulung.</p>	
	<p>Outcome Bereiche (z. B. Selbstversorgung (self care), Freizeit, Produktivität)</p>	<p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p>
	<p>Körperfunktionen (Depression, Kognition, Neuropsychiatrische Symptome)</p>	<p>ADAS-Cog questionnaire CSDD NPI</p>
	<p>Selbstversorgung (ADL)</p>	<p>Barthel Index</p>
	<p>Face-to-face Interview</p>	<p>Demographische Daten</p>
<p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p><input type="checkbox"/> entfällt</p>	<p>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen).</p> <p>Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</p> <p>-Es wurden zweimal wöchentlich 30-45 Minuten Reminiszenz-Therapie für 12 Wochen durchgeführt.</p> <p>-Die Interventionsgruppe wurde in Subgruppen von 6-8 Personen geteilt.</p> <p>- Durchführung zwischen Montag-Freitag von 14.00-15.00 Uhr, immer im selben Raum.</p> <p>«The reminiscence hall was a room specifically designed for RT at the Center for Cognitive Disorders of Beijing Geriatric Hospital. The hall is designed to resemble an antique setting with a collection of old objects and vintage paintings on both sides of the corridor and is decorated with an old photo tree on the wall. »</p>	

<p>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input checked="" type="radio"/> nein,</p> <p>Medikamente/Pflege/Ernährungsberatung.</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p><input type="radio"/> entfällt</p>	<p>-Es wurde einem strukturierten RT-Manual gefolgt, dass aus vorherigen Studienergebnissen entstammte. Das Aufführen des Manuals wäre hilfreich gewesen, um die Interventionen zu verstehen. Das Prozedere wurde dabei in vier Schritten beschrieben.</p> <p>-Die Teilnehmenden erhielten alle während der Studiendurchführung weiter ihre Medikation (Antidepressiva etc.), die tägliche pflegerische Grundversorgung und Ernährungsberatung.</p> <p>-Die Kontrollgruppe erhielt keine Reminiszenz-Therapie und der Austausch über die Reminiszenz-Therapie mit der Interventionsgruppe wurde vermieden.</p>
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> entfällt</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>War(en) die Analysemethode(n) geeignet?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input checked="" type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <p>-Keine signifikanten Unterschiede bei den demografischen Daten.</p> <p>-ADAS-Cog-Scores waren zu verschiedenen Zeitpunkten nicht signifikant, auch nicht in Bezug auf die Zeit oder das Gruppensetting.</p> <p>-Der CSDD-Score wurde durch die Reminiszenz-Therapie verbessert und blieb im Follow-up signifikant besser im Vergleich zu pre-Intervention. Zwischen den beiden Gruppen gab es signifikante Unterschiede bei den Zeitpunkten 12- und 24- Wochen.</p> <p>-Die NPI-Scores zeigten signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in Zeit und dem Crossover Effekt (Kontamination?).</p> <p>-Nur 1 von 12 Items im NPI hatte einen signifikanten Effekt (Depression/Dysphoria)</p> <p>-Es wurde eine signifikante Abnahme des NPI von pre-Intervention zum Follow-up in beiden Gruppen festgestellt</p> <p>-Es gab keinen signifikanten Unterschied des NPI-Mittelwerts zwischen den beiden Gruppen</p> <p>-Der Caregivers Distress Effekt war signifikant, jedoch wird darauf nicht näher eingegangen</p> <p>-Keine signifikanten Unterschiede beim Barthel Index</p>

	<p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung? Wurde im Diskussionsteil aufgegriffen</p>
<p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>	<p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?) -Anfangs je n=45, Dropouts n=5 -2 aus der Interventions- und 3 aus der Kontrollgruppe. Die angegebenen Gründe waren Tod (2 Personen), 1 Person musste durch seine schwere Pneumonie medikamentös behandelt werden und 2 Personen, welche aus dem Spital austraten und daraufhin freiwillig aus der Studie austraten.</p>
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie? -Die Reminiszenz-Therapie hatte eine positive Wirkung auf neuropsychiatrische Symptome und die depressive Gefühlslage bei Menschen mit AD -Die Kognition und ADL's wurden durch die Reminiszenz-Therapie nicht signifikant verbessert.</p> <p>Limitationen -Alle Teilnehmenden wurden aus dem gleichen Spital rekrutiert. -Es wurden keine Menschen mit schwerer AD eingeschlossen. -Einige Teilnehmende erhielten während der Studie antipsychotische Medikation, was einen Einfluss auf das Ergebnis haben könnte. -Das Spitalsetting über mehrere Monate liesse sich in der Schweiz eher mit einem Langzeitsetting vergleichen.</p>

Hauptstudie 2: Lök et al. (2019)

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998

McMaster-Universität

TITEL:

The effect of reminiscence therapy on cognitive functions, depression, and quality of life in Alzheimer patients: Randomized controlled trial

Kommentare

<p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Ziel war es den Effekt von Reminiszenz-Therapie auf kognitiven Funktionen, Depression und Lebensqualität bei Menschen mit AD aufzuzeigen - Die Kognition, Depression und Lebensqualität wirken sich auf die Handlungsfähigkeit aus (Interpretation?) - Bezieht sich auf psychiatrische Pflege und der öffentlichen Gesundheitspflege
<p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrund Literatur gesichtet? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Die Studienlage zu Reminiszenz-Therapie und deren Effekt auf Depression sei unklar -Der Mangel an Pflegekräften in Pflegeheimen -> Reminiszenz-Therapie wurde dort nicht durchgeführt -Die positiven Effekte von Reminiszenz-Therapie in verschiedenen Bereichen wurden aufgezeigt -Die Notwendigkeit durch die auftretenden neuropsychiatrischen Verhaltensveränderungen und die Beeinträchtigung der ADL durch die AD -Die Anwendung von nicht-pharmakologischen Interventionen und Reminiszenz-Therapie wurde auf Grundlage von verschiedenen Studien begründet -Die Wirtschaftlichkeit der Reminiszenz-Therapie (effizient und kostengünstig) wurde als Argument zur weiteren Erforschung verwendet -Die Studienlage der Reminiszenz-Therapie auf AD sei noch unklar.
<p>DESIGN</p>	<p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfrage (z. B. im Hinblick auf den</p>

<p>X randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Kohortenstudie o Einzelfall Design o Vorher-Nachher Design o Fall-Kontroll Studie o Querschnittsstudie o Fallstudie 	<p>Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (Outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Randomisierung mittels Briefumschlägen -experimental pretest-posttest Verfahren -Die Randomisierung der Teilnehmenden bleibt unklar, da der Prozess beschrieben wird, jedoch die Rede von zu Beginn 71 Teilnehmenden ist, jedoch Gruppen von je 30 Personen gemacht wurden. Wo sind diese 11 Teilnehmenden geblieben? Es wurde angegeben, dass es keine Drop-outs gab. - Die Verfassenden äussern die Problematik, dass Studien zu Reminiszenz-Therapie und Depression methodologisch und nach Setting variieren → löst eine weitere Studie dieses Problem? Inwiefern unterscheiden sich andere zu dieser Studie (Methode/Setting)? - Kontrollgruppe erhielt danach keine Intervention <p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, Bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zufallsstichprobe - Assessment durch die gleiche Person, welche die Intervention durchgeführt
<p>STICHPROBE</p> <p>N = 71 (60)</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <ul style="list-style-type: none"> o ja X nein <p>Wurde die Stichprobengröße begründet?</p> <ul style="list-style-type: none"> X ja, durch Cohen begründet o nein o entfällt 	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewohnende eines Pflegeheims der Provinz Konya Türkei - Total 83 Pat. mit AD, davon 71 erfüllten die Ein- und Ausschlusskriterien, Kontroll- und Interventionsgruppe je 30 TN (11 Dropouts?) - Einschlusskriterien: mind. Grundschulabschluss, Diagnose AD (nach IWG-2 Diagnostikkriterien), MMSE score 13-24/30 P., Weiterführung der Medikation mit Antidementiva (Acetylcholinesterase-Hemmer), CSDD score mind. 8 P. - Ausschlusskriterien: Pat. die ähnlichen Programme bereits besuchen, Pat. die nicht mind. 2 RT-Einheiten teilgenommen haben, Analphabet*innen, andere Demenzformen, MMSE <13/30 P. oder >24/30 P. - Randomisierung mit Briefumschlägen, durchgeführt durch Person, welche nicht an der Studie beteiligt, waren

	<p>- sozio-demographische Charakteristika und Krankheitseigenschaften unterschieden sich nicht signifikant zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe (Geschlecht, Ausbildungsstand, Krankheitsstadium)</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik Verfahren.</p> <p>Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>- Ethikkomitee der medizinischen Fakultät der Selcuk Universität</p> <p>- alle TN wurden über Titel, Ziel, Dauer und Art der Studie informiert und gaben eine schriftliche Einwilligung der TN (Mündigkeit fraglich?)</p>	
<p>Ergebnisse (Outcomes)</p> <p>Waren die Outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Waren die Outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p>	<p>Geben Sie an, wie oft Outcome Messungen durchgeführt wurden also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung (pre-, post- follow up).</p> <p>- 2 Messzeitpunkte: Pre und Post</p> <p>- standardisierte Assessments</p> <p>- Validität und Reliabilität des QOL-AD wurde nicht angegeben</p>	
	<p>Outcome Bereiche (z. B. Selbstversorgung (self care), Freizeit, Produktivität)</p>	<p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p>
	<p>Körperfunktionen (kognitiv, Depression)</p> <p>Lebensqualität</p> <p>Sozio-demographische Daten & Krankheitsgeschichte</p>	<p>MMSE</p> <p>CSDD</p> <p>QOL-AD</p>
<p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen).</p> <p>Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</p> <p>- 1x/Woche Gruppenintervention à 60 Min. während 8 Wochen</p> <p>- Subgruppen mit je 6 Studienteilnehmenden</p> <p>- Inhalte der Interventionen: erstes Treffen, Kindheitserfahrungen, Feste, erinnerungswürdige Reiseziele, Lieblingsessen, wichtige historische Begriffe, Errungenschaften und Musik der Zeit</p>	

<p>X nicht angegeben (Nebeneffekte Gruppe) o entfällt</p> <p>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Ko-Intervention) vermieden? o ja X nein (Medikation) o nicht angegeben o entfällt</p>	<ul style="list-style-type: none"> - TN wurden aufgefordert sich an wichtige und pos. Erfahrungen zu erinnern und mit der Gruppe verbal zu teilen - Gruppenleiter unterstützte die Gruppe, um die Interaktion sicherzustellen und den TN das Gefühl von Stärke und Selbstbewusstsein zu geben - Fotos, Haushaltsgegenstände, Musik oder Lebensmittel wurden zur Anregung der Erinnerungen genutzt - Kontext unklar (Ort, Zeitpunkt) - Es wird nicht beschrieben, wer die Intervention durchführte (mehrere Personen, wechselnde Personen, Profession?) - Ko-Intervention: beide Gruppen führten ihre Therapie mit Acetylcholinestase-Hemmer weiter - Interventionsdauer 60 Min. evtl. zu lange für MmAD? - keine Angaben zum Setting der Intervention (Anwesende Personen, Vertrautheit des Raumes, kulturell geprägte Gegenstände) - Effekte aus der Gruppenintervention (Gespräch mit anderen, Zugehörigkeitsgefühl, Beschäftigung...)?
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben? X ja o nein o entfällt o nicht angegeben</p> <p>War(en) die Analysemethoden(n) geeignet? X ja o nein o nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben? x ja o nein o nicht angegeben</p>	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - MMSE, QOL-AD und CSDD wurde in der Interventionsgruppe signifikant gesteigert - keine Angaben in welchem Bereich der Outcome Messung Veränderungen auftraten, nur der Gesamtscore wurde in der Studie angegeben! - Der Ergebnisteil wurde sehr kurz verfasst - kein Follow up (Langzeiteffekt) <p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der kognitiven Funktionen war in anderen Studien aufgezeigt worden (ohne Angabe der Studie!) - Verbesserung der QOL und Depression als pos. Effekt für MmAD

<p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input checked="" type="radio"/> nein</p>	<p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 11 TN nach Randomisierung nicht mehr aufgeführt, dafür wurden keine Gründe genannt - während Interventionsphase keine Dropouts
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reminiszenz-Therapie hatte einen positiven Effekt auf kognitive Prozesse, benötige jedoch kontinuierliche Anwendung für Verbesserung der kognitiven Funktion bei MmAD - Reminiszenz-Therapie könnte eine effektive Therapie für depressive Symptome bei MmAD sein, allerdings Studienlage unklar (methodologische und Setting-Unterschiede in Studien) - Verbesserung der QOL durch Reminiszenz-Therapie wurde als Resultat von Erinnerung an die Vergangenheit, soz. Unterstützung durch Gruppenintervention mit Peers, teilen von Erlebnissen, Zugehörigkeitsgefühl und verminderte depressive Symptome interpretiert - Reminiszenz-Therapie sollte in Routinepflege / Grundversorgung für Verbesserung der kognitiven Funktionen, depressiven Symptomen und QOL bei MmAD angewendet werden. <p>Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die geringe Stichprobengröße - Es ist keine Generalisierbarkeit möglich - Zufallsstichprobe - Gedächtnisübungsmethode bei Prä-/Posttest - Es wurde keine Follow-up Messung durchgeführt

Hauptstudie 3: Amieva et al. (2016)

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998

McMaster-Universität

TITEL:

Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial

Kommentare

<p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <p>-Laut den Forschenden gibt zu wenige RCTs zur zuverlässigen Bewertung der Auswirkungen kognitiver Interventionen.</p> <p>- Studie zum Vergleich der Wirkung von kognitivem Training, Reminiszenz-Therapie und einem individualisierten kognitiven Rehabilitationsprogramm mit der üblichen Pflege bei AD</p>
<p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrund Literatur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja (Die Verfassenden gehen jedoch kaum auf das Krankheitsbild AD ein)</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>- wiederholte Misserfolge pharmakologischer klinischer Versuche zur Heilung oder zur Verlangsamung der AD.</p> <p>-Erhöhung des Interesses für alternative nicht-medikamentöse Interventionen, besonders kognitionsorientierter Massnahmen wie kognitives Training oder Reminiszenz-Therapie</p> <p>- Wirksamkeit kognitionsorientierter Maßnahmen wurde zwar häufig diskutiert, aber selten nachgewiesen</p> <p>- Bislang wurde noch keine groß angelegte Interventionsstudie durchgeführt, die einen umfassenden Ansatz für Patienten und Betreuer, eine Langzeitbehandlung und mehrere kognitiv orientierte Ansätze umfasst.</p>
<p>DESIGN</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> Kohortenstudie</p> <p><input type="checkbox"/> Einzelfall Design</p> <p><input type="checkbox"/> Vorher-Nachher Design</p> <p><input type="checkbox"/> Fallkontroll Studie</p> <p><input type="checkbox"/> Querschnittsstudie</p>	<p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprach das Design der Studienfrage (z. B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (Outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <p>- multizentrische (40 franz. Klinikstandorte), stratifizierte (nach klinischem Standort), parallele Gruppenstudie mit ausgewogener Randomisierung</p>

o Fallstudie	<ul style="list-style-type: none"> - Randomisierung: durch Statistiker wurde eine permutierte Block-Randomisierung durchgeführt, durch einen unabhängigen telefonischen Randomisierungsdienst - Vergleich zwischen standardisiertem Programm für kognitives Training (Gruppe), Reminiszenz-Therapie (Gruppe), individualisiertes kognitives Rehabilitationsprogramm (Einzel) und üblicher Pflege (Kontrollgruppe) - primärer Wirksamkeitsnachweis: Überlebensrate ohne mittelschwere bis schwere Demenz nach zwei Jahren - sekundäre Ergebnisse: kognitive Beeinträchtigung, funktionelle Behinderung, Verhaltensstörung, Apathie, Lebensqualität, Depression, Belastung der pflegenden Angehörigen und Ressourcennutzung <p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, Bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - TN und klinisches Personal wussten, welchem Studienarm sie zugeteilt waren (Beeinflussung des Outcomes?) - Ko-Intervention: Medikation mit Antidementiva - keine Erfassung an wie viele Einheiten die TN teilnahmen (Effektivität bei nicht regelmässiger Teilnahme vermutlich reduziert) - unterschiedliche Interventionssettings (Gruppe vs. Einzel) - TN aus verschiedensten Settings - Zeitpunkt und Setting der Interventionen wurde nicht angegeben - grosse Anzahl von ausführenden Psychologen für die Interventionen - nicht ersichtlich, ob 3 Messungen oder mehr stattgefunden hatten (Tabelle 0-3-24 Monate, Tabelle TN 0-3-6-12-18-24 Mt. --> bei häufigen Messungen Gefahr von Lerneffekt?) (vollständige Tabellen sind nicht auffindbar) - Reminiszenz-Therapie und kognitive Trainingstherapie Gruppe: Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige - individualisiertes kognitives Rehatraining: Telefongespräche mit pflegenden Angehörigen --> Weshalb gab es hier eine andere Vorgehensweise?
--------------	--

<p>STICHPROBE</p> <p>N = 653</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input checked="" type="radio"/> nein</p> <p>Wurde die Stichprobengröße begründet?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> entfällt</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>- Von 04/2008 – 12/2009 wurden 655 Pat. mit AD in 40 Kliniken in Frankreich eingeschlossen</p> <p>- 2 wurden ausgeschlossen (1 Fehldiagnose, 1 entzog das Einverständnis)</p> <p>- Einschlusskriterien: ≥50 Jahre, Diagnose AD nach NINCDS-ADRDA Kriterien, leichtes bis mittelschweres Stadium, nicht institutionalisiert und mit einer identifizierten familiären Betreuungsperson</p> <p>- Gruppen: kognitives Training Therapie (n=170), Reminiszenz-Therapie (n=172), individuelle kognitive Rehabilitationstherapie (n=154), Kontrollgruppe (n=154)</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik Verfahren.</p> <p>Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>- Studie entsprach der Erklärung von Helsinki über Untersuchungen am Menschen und wurde von der Ethikkommission des Krankenhauses von Bordeaux genehmigt.</p> <p>- Einverständnis eingeholt (mündl/schriftl? Aber nicht näher beschrieben)</p>							
<p>Ergebnisse (Outcomes)</p> <p>Waren die Outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input checked="" type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Waren die Outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input checked="" type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p>Geben Sie an, wie oft Outcome Messungen durchgeführt wurden also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung (pre-, post- follow up)).</p> <p>- Premessung, Postmessung nach 3 Monaten und Follow-up nach 24 Monaten</p> <p>- Es bleibt unklar, ob nach 6, 12 und 18 Monaten ebenfalls Daten erhoben wurden (Resultate werden nicht aufgeführt)</p> <p>- Assessment-Interviews wurden durch Ärzte und Psychologen durchgeführt, die verblindet waren</p> <table border="1" data-bbox="662 1653 1398 2060"> <tr> <td data-bbox="662 1653 1002 1832"> <p>Outcome Bereiche (z. B. Selbstversorgung (self care), Freizeit, Produktivität)</p> </td> <td data-bbox="1002 1653 1398 1832"> <p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="662 1832 1002 1966"> <p>Heimunterbringung, kognitive Verschlechterung</p> </td> <td data-bbox="1002 1832 1398 1966"> <p>MMSE und GDS (nur Baseline?) ADAS-cog</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="662 1966 1002 2060"> <p>Verhaltenssymptome</p> </td> <td data-bbox="1002 1966 1398 2060"> <p>Neuropsychiatric Inventory (NPI)</p> </td> </tr> </table>		<p>Outcome Bereiche (z. B. Selbstversorgung (self care), Freizeit, Produktivität)</p>	<p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p>	<p>Heimunterbringung, kognitive Verschlechterung</p>	<p>MMSE und GDS (nur Baseline?) ADAS-cog</p>	<p>Verhaltenssymptome</p>	<p>Neuropsychiatric Inventory (NPI)</p>
<p>Outcome Bereiche (z. B. Selbstversorgung (self care), Freizeit, Produktivität)</p>	<p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p>							
<p>Heimunterbringung, kognitive Verschlechterung</p>	<p>MMSE und GDS (nur Baseline?) ADAS-cog</p>							
<p>Verhaltenssymptome</p>	<p>Neuropsychiatric Inventory (NPI)</p>							

	<p>Funktionelle Fähigkeiten</p> <p>Apathie</p> <p>Depressive Symptome</p> <p>Lebensqualität</p> <p>Angehörigen Belastung</p> <p>Ressourcenauslastung</p>	<p>Disablement Assessment for Dementia (DAD), AGGIR</p> <p>Apathy Inventory (AI)</p> <p>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)</p> <p>Quality of Life – Alzheimer’s Disease Scale (QoL-AD)</p> <p>Zarit Burden Interview</p> <p>RUD Lite</p>
<p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input checked="" type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p><input type="radio"/> entfällt</p> <p>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input checked="" type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p><input type="radio"/> entfällt</p>	<p>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen).</p> <p>Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</p> <p>- Therapieprogramm wurde nach aktuellem Wissensstand entwickelt, standardisiert durch klinischen und wissenschaftlichen Experten auf dem Feld, validiert durch Arbeitsgruppe der ETNA3-Studie (Neurologen, Geriater, Psychiater, Psychologen, Biostatistiker und Forscher)</p> <p>- Intervention durch Psychologen (mind. 3 Jahre Erfahrung auf dem Feld der Demenz). Diese erhielten eine 3-tägige Trainingssession zum Therapieprogramm</p> <p>- Manual zu jeder Intervention und zur «Kontrolle» im Verlauf der Interventionen</p> <p>- 1x pro Woche à 90 Min. für 3 Monate, dann alle 6 Wochen für 21 Monate</p> <p>- Kognitives Training Therapie (5-8 TN/Gruppe): Standardaufgaben zu kognitiven Funktionen wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Sprache oder Exekutivfunktionen / zusätzlich edukative Informationen zu Krankheit, Symptome, Verlauf und Behandlung geliefert / Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige 1x/Wo für 3 Monate, dann alle 6 Wo)</p> <p>- Reminiszenz-Therapie (5-8 TN/Gruppe): Jede Einheit fokussierte auf ein anderes persönliches Thema (Schule, Geburtstage, Hochzeit, Arbeitsleben, Ferien etc.), unterstützt durch Material (z. B. Fotos) von zu Hause /</p>	

	<p>Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige 1x/Wo für 3 Monate, dann alle 6 Wo)</p> <ul style="list-style-type: none"> - à sehr minimale Angaben zur Intervention - Individualisierte kognitive Rehabilitationstherapie (Einzelsetting): 2 Einheiten zur Auswahl von bedeutungsvollen Handlungen, Training mit angepassten Anforderungen entsprechen den kognitiven Fähigkeiten / Angehörige erhielten 1x/Wo für 3 Monate einen Telefonanruf, danach alle 6 Wo) - Kontrollgruppe: übliche Pflege ohne nicht-medikamentöse Therapien / pflegende Angehörige erhielten Möglichkeit an Selbsthilfegruppen teilzunehmen - Setting: klinische Einrichtungen wie Memory Clinic oder geriatrische Tagesklinik / jede Klinik bot 2/3 Interventionen nebst der üblichen Pflege an - Ko-Interventionen: Medikation, keine Angaben ob noch andere Therapie angeboten wurden
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input checked="" type="radio"/> nein (nur teilweise)</p> <p><input type="radio"/> entfällt</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>War(en) die Analysemethode(n) geeignet?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input checked="" type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - kein signifikanter Unterschied zwischen den Interventionsgruppen und der Kontrollgruppe in Bezug auf primären Outcome (Überleben ohne mittelschwere bis schwere Demenz) - kein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe mit kognitivem Training oder Reminiszenz-Therapie zur Kontrollgruppe in Bezug auf sekundäre Outcomes - Gruppe mit individualisierter kognitiver Rehabilitationstherapie zeigte geringere funktionelle Abnahme nach 24 Monaten (DAD score, AGGIR score) und Trend zu Verbesserung im NPI score nach 24 Monaten - Zarit Burden Scale bei der individualisierten kognitiven Rehabilitationstherapie war nach 3 und 24 Monaten tiefer als bei Kontrollgruppe - nach 24 Monaten war die Rate der Heimunterbringungen in der Gruppe individualisierte kognitive Rehatherapie geringer

	<p>als in der Kontrollgruppe (keine Signifikanz angegeben! Der p-Wert der Reminiszenz-Therapie wäre auch signifikant?)</p> <p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse?</p> <p>Waren die Unterschiede zwischen den Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <ul style="list-style-type: none"> - nicht angegeben - sehr wenig Angaben zu Inter-Gruppen Vergleichen, fehlende Angaben zu Messzeitpunkt 6 / 12 / 18 Mt.
<p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dropouts und Missings wurden angegeben, allerdings sind es nicht nachvollziehbare Zahlen. «All Outcome analyses were done first according to intention-to-treat principle replacing missing data by the most pejorative value (hereinafter referred to as “Missing Equal Failure” [MEF] analysis) »
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis?</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine der drei nicht-medikamentösen Interventionen konnte in den 24 Monaten das Fortschreiten der AD zu einem schweren Stadium verzögern - Kognitives Training und Reminiszenz-Therapie hatten keinen Einfluss auf die sekundären Outcomes verglichen mit der Kontrollgruppe. Studienresultate konnten keine Effektivität dieser Interventionen in Bezug auf Kognition, funktionelle Fähigkeiten in ADL, Verhaltensveränderungen, Lebensqualität, Depression oder Angehörigenbelastung feststellen. - Individualisierte kognitive Rehabilitationstherapie zeigte reduzierten funktionellen Abbau nach 24 Monaten im Vergleich zur Kontrollgruppe, ebenso geringfügige positive Auswirkungen auf Verhaltensstörungen, die Belastung der pflegenden Angehörigen und die Inanspruchnahme von Ressourcen, sowie signifikanten Einfluss auf die Heimunterbringungs-Rate <p>Welches waren die hauptsächlichen Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stichprobe kleiner als zu Beginn geplant

	<ul style="list-style-type: none">- Die Stichprobengröße pro Bedingung war zu gering, um Untergruppenanalysen durchzuführen, um Responder zu identifizieren- keine Erfassung an wie viele Einheiten die TN teilnahmen- unterschiedliche Settings (Gruppe vs. Einzel): Einzeltherapie pos. Effekte hingegen Gruppe nicht, kann nicht festgelegt werden ob Effekte aufgrund des individuellen Settings oder der Intervention an sich entstanden
--	---

Hauptstudie 4: Duru Aşiret & Kapucu (2016)

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998

McMaster-Universität

TITEL:

The Effect of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, and Activities of Daily Living for Patients with Alzheimer Disease

Kommentare

<p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Ziel war eine positive Veränderung in den ADL von MmAD durch positive Effekte auf den kognitiven Status und Depressionslevel mit RT - Das Wissen von Pflegenden über die Anwendung der Reminiszenz-Therapie erhöhen - Untersuchte den Effekt von Reminiszenz-Therapie auf den kognitiven Status, Depression und ADL von MmAD im leichten bis mittlerem Stadium
<p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrund Literatur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Notwendigkeit wurde nicht angegeben, nur Hintergrundinfos zu Reminiszenz-Therapie und AD, und Resultate von bereits erhobenen Studien
<p>DESIGN</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> Kohortenstudie</p> <p><input type="checkbox"/> Einzelfall Design</p> <p><input type="checkbox"/> Vorher-Nachher Design</p> <p><input type="checkbox"/> Fallkontroll Studie</p> <p><input type="checkbox"/> Querschnittsstudie</p> <p><input type="checkbox"/> Fallstudie</p>	<p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfrage (z. B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (Outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <ul style="list-style-type: none"> - quasi-experimentelles Post hoc-Verfahren - 4 Institutionen in Ankara, Türkei - Ein- und Ausschlusskriterien: MMSE erhoben, TN sortiert nach MMSE-Score (18–23P. / 10-17P.) und Geschlecht, ungerade Zahl = Ko-Gruppe / gerade Zahl = Interventions-Gruppe (keine Angaben zur Zuteilung der Zahlen) - Studienstichprobe berechnet - Kontrollgruppe erhielt Einzelgespräche/Gruppengespräche ohne Reminiszenz (Kontaminierung?)

	<p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, Bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verzerrungen durch Gesprächsintervention in Ko-Gruppe - TN aus 4 Institutionen: vermindert Generalisierbarkeit - «The Daily Living Activities Observation Form» ist nicht standardisiert, keine Angaben zu der Skalierung - Es wurde nicht angegeben wer und ob immer die gleiche Person die Interventionen durchführte - keine Angaben zu der Medikation z. B. Antidementiva 		
<p>STICHPROBE N = 66 (62)</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wurde die Stichprobengröße begründet? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> entfällt</p> <p>Ergebnisse (Outcomes)</p> <p>Waren die Outcome Messungen zuverlässig (reliabel)? <input type="radio"/> ja (GDS) <input type="radio"/> nein</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 66 TN, 4 Dropouts = je 31 TN/Gruppe - 4 verschiedene Institutionen - Einschlusskriterien: mind. 65 Jahre alt, Diagnose AD, MMSE score 10-24 P., mind. für 3 Monate in der Institution, keine Sprach- oder Kommunikationsschwierigkeiten, freiwillige Teilnahme - Ausschlusskriterien: MMSE score <10 oder >24 P. - Randomisierung durch Sortierung der TN nach MMSE Score Range (18-23P. / 10-17P.) und Geschlecht, dann gerade Zahl = Interventions-Gruppe und ungerade Zahl = Kontroll-Gruppe (Zuteilung der Zahlen ist unklar!) - Gruppen mit ähnlichen soziodemografischen Charakteristika <p>Beschreiben Sie die Ethik Verfahren.</p> <p>Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zustimmung von Governorship of Ankara Provincial Directorate of Family and Social Policies und vom Hacettepe University Noninterventional Clinical Research Committee - schriftliche Einwilligung nach mündlicher und schriftlicher Erklärung der Studien Ziele und Vorgehen 		
	<p>Geben Sie an, wie oft Outcome Messungen durchgeführt wurden also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung (pre-, post- follow up)).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pre- und Postmessung <table border="1" data-bbox="663 1973 1399 2060"> <tr> <td data-bbox="663 1973 1062 2060">Outcome Bereiche</td> <td data-bbox="1062 1973 1399 2060">Listen Sie die verwendeten</td> </tr> </table>	Outcome Bereiche	Listen Sie die verwendeten
Outcome Bereiche	Listen Sie die verwendeten		

<p>X nicht angegeben (MMSE, "The Daily Living Activities Observation Form", The Descriptive Information Form)</p> <p>Waren die Outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p><input type="radio"/> ja (GDS)</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p>X nicht angegeben (MMSE, "The Daily Living Activities Observation Form", The Descriptive Information Form)</p>	<p>(z. B. Selbstversorgung (self care), Freizeit, Produktivität)</p> <p>Sozio-demografische Informationen, Krankheitsgeschichte, ADL, Aufenthalt in Institution</p> <p>Körperfunktionen</p> <p>Selbstversorgung</p>	<p>Messungen auf</p> <p>The Descriptive Information Form</p> <p>MMSE und GDS</p> <p>"The Daily Living Activities Observation Form"</p>
<p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input checked="" type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p><input type="radio"/> entfällt</p> <p>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input checked="" type="radio"/> nicht angegeben</p> <p><input type="radio"/> entfällt</p>	<p>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen).</p> <p>Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gruppenintervention 1x/Woche à 30-45 Min. für 12 Wochen, Gruppe à 2-5 TN vom gleichen Geschlecht - wurde eine Einheit verpasst, konnten die TN am Ende der 12 Wochen nochmals eine Einheit besuchen - Einstieg mit der Frage wie sie die letzte Woche verbracht hatten - TN wurden angeregt pos. Erinnerungen zu teilen, Thema der Einheiten: Einführung, Kindheit und Familienleben, Schultage, Arbeitsleben (Hausfrauen: ein Tag zu Hause), ein spassiger Tag draussen, Heirat, Pflanzen und Tiere, Kinder, Essen und Kochen, Ferien und Reisen, Feste - alte Objekte und Bilder wurden als Unterstützung eingesetzt (teilweise von TN mitgebracht) - geäußerte Erlebnisse wurden notiert, es wurde jedoch nicht erwähnt, wie/ob die Daten verwendet wurden - Setting: Meetingraum oder Bibliothek - keine Angaben zu der Person, welche Intervention durchführte - Kontrollgruppe erhielt individuelle Gespräche oder Gruppengespräche (?) 1x/Woche à 20-25 Min. (ohne Fragen zu Erinnerungen) <p>Kontaminierung: Ko-Gruppe erhielt Gesprächsintervention</p> <p>Ko-Interventionen: keine Angaben zu eingenommenen Medikamenten z. B. Antidementiva</p>	

<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben? <input checked="" type="checkbox"/> ja (ausser für «The Daily Living Activities Observation Form») <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>War(en) die Analysemethode(n) geeignet? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein («The Daily Living Activities Observation Form» nicht standartisiertes Assessment) <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p>	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - soziodemographische Charakteristika unterschieden sich nicht signifikant - MMSE Score Verbesserung signifikant, allerdings nicht-signifikanter Unterschied innerhalb der Interventionsgruppe zwischen leichter und mittelschwerer Form der AD - Verminderung des GDS-Score signifikant - keine Veränderung im «The Daily Living Activities Observation Form» in den Items Mobilität, individuelle Hygiene, Essen, Schlafen und Anziehen (bereits hohe Ausgangswerte bei Pre-Messung), in den Items Kommunikation, Zusammenarbeit, Sozialisierung und Unruhe pos. Veränderungen (OHNE ANGABE DER SIGNIFIKANZ) <p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <ul style="list-style-type: none"> - MMSE: Studie geht davon aus, dass wiederholtes Erinnern an die Vergangenheit pos. Effekte auf die kognitiven Prozesse hat - Reduktion des GDS-Scores: Widersprüchliche Studienlage, Reduktion der depressiven Symptome beeinflusst durch verbesserte Kommunikation, Zugehörigkeitsgefühl zur Gruppe, Zeitstrukturierung und verbessertes Vertrauen, das Erinnern an vergangenen Ereignissen
<p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 Dropouts (1 verstorben, 2 benötigten Intensivpflege, 1 entwickelte Sprachprobleme nach Schlaganfall)
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis?</p> <ul style="list-style-type: none"> - pos. Effekte auf den kognitiven Status und Depression bei leichter bis mittelschwerer AD

<p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pos. Effekte auf die Kommunikation - Die Verfassenden empfahlen den breiteren Einsatz der Reminiszenz-Therapie und Training von Gesundheitsfachpersonen speziell Pflegefachpersonen, um den Einsatz solcher Handlungen zu unterstützen - weitere Studien mit grösseren TN-Zahlen und mit anderen Krankheiten <p>Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Anzahl der Teilnehmenden fiel gering aus - Es wurden nur 4 Institutionen inkludiert - Fehlende Follow-up Messungen
---	---