

# Ergotherapie

Teil IV Ergotherapie bei Demenz

Teil V Ergotherapie bei Depression

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Technology Assessment

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 60  
ISSN: 1992-0488  
ISSN-online: 1992-0496



# Ergotherapie

Teil IV Ergotherapie bei Demenz

Teil V Ergotherapie bei Depression

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Technology Assessment

Wien, September 2012

### Projektteam

Projektleitung: Dr.<sup>in</sup> med. Brigitte Piso, MPH  
Projektbearbeitung: Mag. rer. soc. oec. Nikolaus Patera  
Dr.<sup>in</sup> med. Brigitte Piso, MPH

### Projektbeteiligung

Systematische Literatursuche: Tarquin Mittermayr, BA (Hons.)

Interne Begutachtung: Priv. Doz.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> phil. Claudia Wild

Externe Begutachtung: Irene Ebhardt, MSc  
Department Klinische Neurowissenschaften und  
Präventionsmedizin  
Donau Universität Krems  
Priv. Doz.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Tanja Stamm, PhD, MSc, MBA  
Universitätsklinik für Innere Medizin III  
Medizinische Universität Wien

**Korrespondenz:** Nikolaus Patera: [nikolaus.patera@hta.lbg.ac.at](mailto:nikolaus.patera@hta.lbg.ac.at)

### Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden:

Patera, N und Piso, B. Ergotherapie. Teil IV: Ergotherapie bei Demenz und Teil V: Ergotherapie bei Depression. HTA- Projektbericht. 2012; 60. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

### Interessenskonflikt

Alle beteiligten AutorInnen erklären, dass keine Interessenskonflikte im Sinne der Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) bestehen

### Auftraggeber

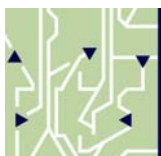
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien

### IMPRESSUM

#### Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH  
Nußdorferstr. 64, 6. Stock, A-1090 Wien  
<http://www.lbg.ac.at/de/lbg/impressum>

### Für den Inhalt verantwortlich:



Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)  
Garnisongasse 7/20, A-1090 Wien  
<http://hta.lbg.ac.at/>

Die LBI-HTA-Projektberichte erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment.

Die Berichte erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über das Internetportal „<http://eprints.hta.lbg.ac.at/>“ der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt:

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 60  
ISSN: 1992-0488  
ISSN-online: 1992-0496

© 2012 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

# Zur Einordnung des vorliegenden Berichts

Der vorliegende Projektbericht reiht sich in die Publikationen des vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger initiierten Ergotherapie-Projekts ein. In Teil I des Ergotherapie-Projekts wird der Status quo der Ergotherapie in Österreich dargestellt.<sup>1</sup> Teil II analysiert die Evidenz zur Wirksamkeit von ergotherapeutischen Interventionen bei PatientInnen mit rheumatoider Arthritis.<sup>2</sup> Teil III beschäftigt sich mit Ergotherapie bei PatientInnen nach Schlaganfall.<sup>3</sup> Der vorliegende vierte Projektbericht gliedert sich in zwei in sich geschlossene Teile und legt die Evidenz zur Wirksamkeit verschiedener ergotherapeutischer Maßnahmen bei PatientInnen mit Demenz (Teil IV) bzw. bei PatientInnen mit Depression (Teil V) dar.

Der Berichtsteil zu Ergotherapie bei Demenz stellt zuerst die aktuelle Evidenz zur Wirksamkeit von Ergotherapie aus einem rezenten und umfassenden systematischen Review der *American Occupational Therapy Association* AOTA vor. Im Anschluss werden die Ergebnisse aus zwei der seltenen randomisiert kontrollierten Studien aus dem niedergelassenen ergotherapeutischen Bereich präsentiert: Eine niederländische Intervention und die Erfahrungen mit der Übertragung derselben in ein anderes Setting, nämlich das der deutschen Versorgungspraxis.

Der Berichtsteil zu Ergotherapie bei Depression stellt die verfügbare Evidenz auf Basis einer systematischen Literatursuche zusammen.

**Ergotherapie ...**

**Teil I Status quo in Ö**

**Teil II bei rheumatoider Arthritis**

**Teil III nach Schlaganfall**

**Teil IV bei Demenz**

**Teil V bei Depression**

**Bericht Ergotherapie und Demenz fußt auf aktuellem Review der AOTA**

**Bericht Ergotherapie und Depression auf Basis eigener systematischer Literatursuche**

---

<sup>1</sup> LBI-HTA Projektbericht Nr. 56, verfügbar unter: <http://eprints.hta.lbg.ac.at>

<sup>2</sup> Ebenfalls LBI-HTA Projektbericht Nr. 56, verfügbar unter: <http://eprints.hta.lbg.ac.at>

<sup>3</sup> LBI-HTA Projektbericht Nr. 59, verfügbar unter: <http://eprints.hta.lbg.ac.at>



## Teil IV: Ergotherapie bei Demenz

# Inhalt

Inhalt .....	6
Summary Occupational Therapy for People with Dementia .....	9
Zusammenfassung Ergotherapie bei Demenz.....	11
1 Einleitung.....	13
1.1 Demenz.....	13
1.2 Ergotherapie bei Demenz.....	14
2 Ziel und Forschungsfrage .....	19
3 Methode.....	21
3.1 Literatursuche und Literaturauswahl.....	21
3.2 Interner und externer Review .....	21
3.3 Gliederung des Berichts.....	22
4 Ergebnisse der systematischen Reviews der <i>American Occupational Therapy Association</i> .....	23
4.1 Review zu „Areas of Occupation“.....	24
4.1.1 Aktivitäten des täglichen Lebens.....	25
4.1.2 Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens .....	25
4.1.3 Freizeit.....	26
4.1.4 Soziale Teilhabe .....	26
4.1.5 Umsetzungsvorschläge für die Praxis (AOTA).....	27
4.2 Review zu „Wahrnehmung/ Perception“.....	31
4.2.1 Kompensatorische Interventionen .....	31
4.2.2 Wahrnehmungsverbessernde Interventionen.....	34
4.2.3 Umsetzungsvorschläge für die Praxis (AOTA).....	36
4.3 Review zu „Umgebung/Environment“ .....	40
4.4 Review zu Anforderungen an Aktivitäten/ „Activity demands“ .....	56
4.5 Review zu Strategien für Pflegende von DemenzpatientInnen/ „Caregiver strategies“ .....	63
5 Ergebnisse aus RCTs aus dem niedergelassenen Bereich.....	67
6 Diskussion der Ergebnisse .....	71
7 Literatur .....	75
8 Appendix .....	79
8.1 Qualitätsbeurteilung der systematischen Reviews der AOTA (Kapitel 4).....	79
8.2 Qualitätsbeurteilung der RCTs aus dem niedergelassenen Bereich (Kapitel 5).....	80



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.3-1: Evidenzlevel wissenschaftlicher Studien .....	22
Tabelle 4.1-1: Review “Areas of Occupation”: RCTs for Use of Occupations in Interventions With People With Alzheimer’s Disease and Related Dementias .....	28
Tabelle 4.2-1: Review “Perception”: RCT-Evidence for Interventions That Use Remaining Perceptual Abilities of People with Alzheimer’s Disease and Related Dementias .....	33
Tabelle 4.2-2: Review “Perception”: SR-Evidence for Interventions That Aim to Change Perceptual Abilities of People With Alzheimer’s Disease and Related Dementias .....	37
Tabelle 4.2-3: Review “Perception”: RCT-Evidence for Interventions That Aim to Change Perceptual Abilities of People With Alzheimer’s Disease and Related Dementias .....	37
Tabelle 4.3-1: Review “Environment”: SR-Evidence for Environment-Based Interventions for People With Alzheimer’s Disease and Related Dementias .....	44
Tabelle 4.3-2: Review “Environment”: RCT-Evidence for Environment-Based Interventions for People With Alzheimer’s Disease and Related Dementias .....	51
Tabelle 4.4-1: Review “Activity Demands”: SR-Evidence for Interventions Designed to Modify the Activity Demands of the Occupations of Self-Care and Leisure for People With Alzheimer’s Disease and Related Dementias .....	59
Tabelle 4.4-2: Review “Activity Demands”: RCT-Evidence for Interventions Designed to Modify the Activity Demands of the Occupations of Self-Care and Leisure for People With Alzheimer’s Disease and Related Dementias .....	60
Tabelle 4.5-1: Review “Caregiver Strategies”: MA-Evidence for Education and Supportive Strategies for Caregivers of People With Dementia (Major Category: Occupational Therapy).....	65
Tabelle 4.5-2: Review “Caregiver Strategies”: RCT-Evidence for Education and Supportive Strategies for Caregivers of People With Dementia (Major Category: Occupational Therapy).....	66
Tabelle 5-1: Evidenz aus randomisiert kontrollierten Studien im ausschließlich niedergelassenen Bereich zu für vorliegenden Bericht relevanten Ergebnisparametern .....	69
Tabelle 8.1-1: Qualitätsbeurteilung des systematischen Reviews der AOTA anhand der Kriterien des internen Manuals des LBI-HTA.....	79
Tabelle 8.2-1: Qualitätsbeurteilung der RCTs aus Kapitel 5 anhand der Kriterien des internen Manuals des LBI-HTA .....	80



# Summary Occupational Therapy for People with Dementia

## Background and study question

Dementia impairs memory, causes behavioral problems and leads to loss of initiative and independence. The ability to master the demands of daily living is negatively affected, as is participation in social activities. Dementia is a chronic degenerative disease. Dementia progresses in stages and is generally not curable. Dementia has far reaching consequences for patients and their caregivers, who are often relatives. Occupational therapy aims to enable patients with dementia to master activities of importance to them and to support caregivers. The project aims to analyze evidence for the effectiveness of occupational therapy for patients suffering from dementia.

## Methods

During initial research of the issue it turned out that a (single) recent and comprehensive review of the evidence for occupational therapy's effectiveness for patients with Alzheimer and related dementias was available. These results are presented with a focus on evidence from controlled trials. In addition two RCTs on an outpatient program of occupational therapy in the Netherlands and its implementation in a German context are presented.

## Results

In the context of patient and (family) caregiver occupational therapy constitutes a complex social intervention. These are generally difficult to transfer between settings and countries. If systematic reviews and meta-analyses summarize evidence of different interventions from different settings it is very challenging to draw conclusions on the effectiveness of a particular intervention in a particular setting. Most of the available evidence on occupational therapy is from the inpatient sector and shows that certain occupational therapy interventions may tend to have certain positive effects on patients and their (family) caregivers. It is unclear which occupational therapy interventions are the most effective and how often they have to be performed in order to achieve a given effect.

## Conclusion

Research into the effectiveness of occupational therapy for elderly people suffering from dementia is warranted. A better understanding of intervention details and of how to calibrate interventions to individual patient needs is necessary. This research would need to harmonize its methodology in order to adequately evaluate the complex construct of activities of daily living.

dementia with far reaching consequences for patients and (family) caregivers

question of effectiveness of occupational therapy

recent and comprehensive review found ...

... and presented with results of 2 outpatient RCTs

some evidence for positive effect of occupational therapy on dementia ...

... details of optimal intervention, intensity and setting remain unclear

further research needed to understand impact of occupational therapy on activities of daily living of people with dementia



# Zusammenfassung Ergotherapie bei Demenz

## Hintergrund und Fragestellung

Demenzielle Erkrankungen führen zu Beeinträchtigung des Gedächtnisses und der Kognition, zu Verhaltensproblemen und zu Verlust von Eigeninitiative. Demenzielle Erkrankungen verlaufen in Stadien chronisch degenerativ. Symptome und Verlauf variieren stark. Dementielle Erkrankungen haben weit reichende Konsequenzen für die Betroffenen und für ihre (betreuenden) Angehörigen. Derzeit gibt es für sie keine effektive Behandlungsmöglichkeit. Das Ziel ergotherapeutischer Maßnahmen bei Demenz ist es, die Teilhabe an verschiedenen der jeweiligen Personen wichtigen Lebensbereichen zu ermöglichen. Ziel von Ergotherapie bei Demenz ist überdies die Unterstützung von (häufig informellen und angehörigen) Betreuungspersonen. Der vorliegende Bericht soll die Evidenz zur Wirksamkeit ergotherapeutischer Maßnahmen bei dementen PatientInnen analysieren.

## Methode

Beim Einstieg in das Thema über eine Handsuche stellte sich heraus, dass zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei Menschen mit Alzheimer und verwandten Demenzerkrankungen eine (einzige) rezente und umfassende systematische Aufbereitung der Evidenz vorliegt. Diese Evidenz wird hier mit besonderem Fokus auf Evidenz aus randomisiert kontrollierten Studien und auf Evidenz mit Bezug zum niedergelassenen Bereich dargestellt. Weiters fließen Erkenntnisse aus einem konkreten ergotherapeutischen Programm für DemenzpatientInnen im niedergelassenen Bereich aus den Niederlanden, sowie die kürzlich veröffentlichten Ergebnisse der Übertragung desselben auf die deutsche Versorgungslandschaft ein.

## Ergebnisse

Ergotherapeutische Interventionen in das Bezugssystem DemenzpatientIn/Betreuungsperson stellen komplexe soziale Interventionen dar, die grundsätzlich in puncto Übertragbarkeit zwischen Settings und Ländern heikel sind. Wird die Evidenz aus Studien zu verschiedenen ergotherapeutischen Interventionen in unterschiedlichen Settings in systematischen Reviews und Metaanalysen zusammen gefasst, ist es besonders schwierig, Rückschlüsse auf die Wirksamkeit einer spezifischen ergotherapeutischen Intervention in einem spezifischen Setting zu ziehen. Der Großteil der vorliegenden Evidenz zu Ergotherapie bei Demenz liegt für den stationären Bereich vor. Die Evidenz zeigt, dass bestimmte ergotherapeutische Interventionen gewisse tendenziell positive Effekte auf PatientInnen mit Demenz und deren Betreuungspersonen haben können. Es ist nicht geklärt, welche ergotherapeutischen Interventionen am effektivsten sind. Es ist unklar, wie oft ergotherapeutische Interventionen eingesetzt werden müssen, um diese zu erzielen.

## Schlussfolgerung

Forschung zur Effektivität von Ergotherapie für die spezielle Zielgruppe älterer von Demenz betroffener Menschen wird ebenso empfohlen, wie Forschung zu konkreten Aspekten ergotherapeutischer Interventionen, wie etwa die Ausrichtung auf die individuellen PatientInnenbedürfnisse. Schließlich wird eine forschungsmethodische Harmonisierung empfohlen, um in zukünftigen Studien das komplexe Konstrukt der Alltagsaktivitäten adäquat evaluieren zu können.

**Demenz hat weitreichende Konsequenzen für Betroffene und Angehörige**

**Frage nach Wirksamkeit von Ergotherapie bei Demenz**

**rezente systematische Übersichtsarbeit (Serie von systematischen Reviews) liegt vor ...**

**... wird hier aufbereitet dargestellt**

**+ Ergebnissen RCTs aus niedergelassenem Bereich**

**Übertragbarkeit von Erfahrungen auf andere Settings und Kontexte problematisch**

**Evidenz für positive Effekte von Ergotherapie bei Demenz vorhanden ...**

**... Unklarheit über Details zu optimaler Intervention, Intensität, Setting etc.**

**Forschungsbedarf**



# 1 Einleitung

## 1.1 Demenz

Demenzielle Erkrankungen führen zu Beeinträchtigung des Gedächtnisses und der Kognition, zu Verhaltensproblemen und zu Verlust von Eigeninitiative. Die Fähigkeit zum unabhängigen Erledigen der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie die Fähigkeit zur Teilhabe an sozialen Aktivitäten werden durch Demenz negativ beeinflusst.<sup>4</sup> Demenzielle Erkrankungen verlaufen in Stadien chronisch degenerativ. Symptome und Verlauf variieren stark.<sup>5</sup> Das häufigste erste Symptom ist Vergesslichkeit in einem solchen Ausmaß, dass privates und/ oder berufliches Funktionieren der Person beeinträchtigt werden. Mit Fortschreiten der Erkrankung wird die Bewältigung des Alltags immer schwieriger, es treten Probleme mit Sprache und mit räumlicher und (tages)zeitlicher Orientierung auf. Weitere häufige Symptome sind herabgesetzte Urteilsfähigkeit, Schwierigkeiten beim abstrakten Denken oder das Verlegen von Dingen. Es kann zum Verlust von Eigeninitiative und zu Persönlichkeitsveränderungen kommen. Schlussendlich werden die einfachsten Verrichtungen des täglichen Lebens verunmöglicht.<sup>6</sup>

Nach der Genese werden (neuro-) degenerative – am häufigsten Morbus Alzheimer – und vaskuläre Demenzformen sowie Mischformen unterschieden.<sup>7</sup>

Demenz betrifft hauptsächlich ältere Menschen, obwohl es aktuell gesteigerte Aufmerksamkeit für Fälle, die vor dem 65. Lebensjahr beginnen, gibt.<sup>8</sup> Weltweit leben derzeit schätzungsweise 36 Millionen Menschen mit Demenz, deren Zahl sich schätzungsweise alle 20 Jahre verdoppeln wird.<sup>9</sup> In Westeuropa liegt die altersstandardisierte Jahresprävalenz von Demenz für Menschen über 60 Jahren bei etwa 7%.<sup>10</sup> Derzeit dürften in Österreich etwa 100.000 Menschen mit Demenz leben. Für das Jahr 2050 werden in Österreich zwischen 235.000 und 290.000 DemenzpatientInnen prognostiziert.<sup>11</sup>

Demenzielle Erkrankungen sind in der Regel nicht heilbar.<sup>12</sup> Derzeit gibt es für sie auch keine effektive Behandlungsmöglichkeit.<sup>13</sup> Trotz großer Forschungsanstrengungen in der Medikamentenentwicklung ist die optimale Anwendung von Demenzmedikamenten nach wie vor umstritten.<sup>14</sup> Kernelemente beim Hinauszögern der Institutionalisierung von DemenzpatientInnen sind nach wie vor nichtmedikamentöse Therapien und Betreuung in

**Demenz als chronisch  
degenerative  
Erkrankung ...**

**... mit wachsenden  
Schwierigkeiten bei der  
Alltagsbewältigung**

**deutliche Zunahme der  
Demenz erwartet ...**

**... auch in Österreich**

**derzeit existiert keine  
effektive Behandlungs-  
möglichkeit gegen  
Demenz**

---

<sup>4</sup> Graff (2008)

<sup>5</sup> Sarazin (2007) zitiert in Padilla (2011c)

<sup>6</sup> Padilla (2011c)

<sup>7</sup> Dt. Gesellschaft für Neurologie

<sup>8</sup> WHO (2012)

<sup>9</sup> ADI World Alzheimer Report (2009)

<sup>10</sup> WHO (2012), Tabelle 2.1

<sup>11</sup> WGKK (2009)

<sup>12</sup> Rieckmann (2008)

<sup>13</sup> Alzheimer's Association (2009a) zitiert in Padilla (2011c)

<sup>14</sup> Cummings (2008) zitiert in Padilla (2011c)

<p><b>Demenzerkrankung ist mit massiven Auswirkungen auf Angehörige verbunden</b></p>	<p>der Familie.<sup>15</sup> Die Wirksamkeit nicht-medikamentöser Interventionen bei Demenz, zu denen auch Ergotherapie zählt, lässt sich auf Basis der aktuellen Evidenzlage nicht zuverlässig beurteilen.<sup>16</sup></p>
<p><b>Versorgung und Pflege Demenzkranker oft durch Angehörige</b></p>	<p>Dementielle Erkrankungen haben weit reichende Konsequenzen für die Betroffenen und für ihre betreuenden Angehörigen.<sup>17</sup> Die Betreuung Demenzkranker ist sowohl für informell Pflegende – viele DemenzpatientInnen werden von einer informellen Betreuungsperson aus dem meist familiären Umfeld (mit)versorgt<sup>18</sup> – als auch für das formale System der Gesundheitsversorgung sehr ressourcenintensiv.<sup>19</sup></p>
<p><b>Versorgung und Pflege Demenzkranker oft durch Angehörige</b></p>	<p>Informelle Betreuungspersonen unterstützen die DemenzpatientInnen oftmals über viele Jahre hinweg bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben und übernehmen bei Fortschreiten der Erkrankung immer mehr Verantwortung in Bereichen, die DemenzpatientInnen nicht mehr für sich selbst abdecken können. Insofern sind die Auswirkungen von Demenz auf (angehörige) Betreuungspersonen von besonderer Relevanz.<sup>20</sup></p>

## 1.2 Ergotherapie bei Demenz

<p><b>Ziel der Ergotherapie: Teilhabe an für PatientIn wichtigen Lebensbereichen ermöglichen</b></p>	<p>Das Ziel ergotherapeutischer Maßnahmen (<i>occupational therapy</i> OT) ist es, Menschen die Teilhabe an verschiedenen der jeweiligen Personen wichtigen Lebensbereichen zu ermöglichen. Eine Definition der amerikanischen ergotherapeutischen Fachgesellschaft für das Fachgebiet lautet daher beispielsweise:<sup>21</sup></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>In its simplest terms, occupational therapists and occupational therapy assistants help people across the lifespan participate in the things they want and need to do through the therapeutic use of everyday activities (occupations).</i></p>
<p><b>vielfältige Betätigungsfelder für Ergotherapie ...</b></p>	<p>Als Beispiele für das breite Feld ergotherapeutischer Aufgaben im Lebensverlauf werden die Unterstützung von Kindern mit besonderen Bedürfnissen bei der Teilhabe an Schule und Sozialleben ebenso genannt, wie Hilfe beim Wiedererlangen bestimmter Fähigkeiten nach einem Unfall, oder die Begleitung älterer Menschen, die mit physischen oder kognitiven Einschränkungen (wie etwa Demenz) konfrontiert sind.<sup>22</sup></p>
<p><b>... mit einer Vielfalt von Interventionen ...</b></p>	<p>Typische ergotherapeutische Interventionen sind beispielsweise die umfassende Analyse und Evaluation der häuslichen oder beruflichen Umgebung einer Patientin/ eines Patienten, Empfehlungen für Adaptierungen und</p>

<sup>15</sup> Padilla (2011c), zu Details zu medikamentösen und nichtmedikamentösen Interventionen bei Demenz vgl. Voigt-Radloff (2011c)

<sup>16</sup> Voigt-Radloff (2011c)

<sup>17</sup> Graff (2006)

<sup>18</sup> In den USA werden etwa 70% der AlzheimerpatientInnen zu Hause von Familienangehörigen oder FreundInnen betreut, vgl. National Academy on an Aging Society (2000) zitiert in Padilla (2011c)

<sup>19</sup> Padilla (2011c)

<sup>20</sup> Letts (2011b)

<sup>21</sup> *American Occupational Therapy Association* AOTA, s. <http://aota.org/Consumers.aspx> (accessed 6.6.2012)

<sup>22</sup> <http://aota.org/Consumers.aspx> (accessed 6.6.2012)



Training im Umgang damit, sowie Anleitung und Schulung für Familienangehörige und Pflegende der Patientin/ des Patienten.<sup>23</sup>

Ergotherapeutische Interventionen werden in vielen unterschiedlichen Settings erbracht. Diese reichen vom Krankenhaus und der spezialisierten Langzeitpflegeeinrichtung, über tagesklinische Angebote und kommunale Gesundheitsversorgung, bis hin zur aufsuchenden Unterstützung zu Hause.<sup>24</sup> Ergotherapie ist durch einen KlientInnen zentrierten und problemlösungsorientierten Zugang charakterisiert.<sup>25</sup> Konzeptuell lassen sich ergotherapeutische Interventionen in folgende an unterschiedliche Lebensbereiche angelehnte Kategorien einteilen:<sup>26</sup>

- ✿ Aktivitäten des täglichen Lebens (*Activities of Daily Living* ADL)  
z.B. essen; persönliche Hygiene wie baden, Körperpflege; sich anziehen
- ✿ Ruhe und Schlaf (*rest and sleep*)<sup>27</sup>
- ✿ instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (*Instrumental Activities of Daily Living* IADL)  
z.B. Zubereitung von Nahrung, Verrichtungen im Haushalt, Autofahren, Erledigen von Bankgeschäften
- ✿ Freizeit (*leisure*)  
z.B. Aktivitäten, denen in der Freizeit zum Vergnügen nachgegangen wird
- ✿ soziale und gesellschaftliche Teilhabe (*social participation*)  
z.B. in der Familie, im FreundInnenkreis oder im Rahmen lokaler oder politischer Initiativen

In dieser Konzeption sind auch subjektive Aspekte der eigenen und gesellschaftlichen Erwartungen eingebunden. Damit werden zum Beispiel auch Fragen der Stigmatisierung berücksichtigt.<sup>28</sup>

Ergotherapeutische Interventionen bei älteren, chronisch kranken Personen – wie etwa Demenz – bestehen oft aus funktionalem Training von adaptiven Aktivitäten und aus schulenden Komponenten.<sup>29</sup>

Ziel von Ergotherapie bei Demenz ist auch die Unterstützung von (häufig informellen und angehörigen) Betreuungspersonen. Die Aufnahme von auf Betreuungspersonen abzielenden Ergebnisparametern in die ergotherapeutische Betrachtung erscheint vor allem ob der intensiven Interaktion zwi-

... in vielfältigen Settings

Ergotherapie an KlientInnen und Problemlösungen orientiert

konzeptuelle Einteilung ergotherapeutischer Interventionen anhand von Lebensbereichen ...

Ergotherapie bei chron. kranken und älteren Menschen mit funktional-adaptiver und schulender Komponente

Unterstützung der Betreuungsperson ebenfalls im Fokus

---

<sup>23</sup> <http://aota.org/Consumers.aspx> (accessed 6.6.2012)

<sup>24</sup> Padilla (2011c)

<sup>25</sup> Steultjens (2004), zu weiteren grundsätzlichen Betrachtungen zur Ergotherapie vgl. etwa LBI-HTA Projektbericht Nr. 56, verfügbar unter: <http://eprints.hta.lbg.ac.at>

<sup>26</sup> American Occupational Therapy Association (2008) zitiert in Letts (2011b)

Die Bereiche Bildung (*education*), Arbeit (*work*) und Spiel (*play*) sind für von Demenz betroffene Menschen, die meist älter und beruflich nicht mehr aktiv sind, von untergeordneter Bedeutung und werden im Review der AOTA nicht adressiert, vgl. Letts (2011b).

<sup>27</sup> Der Bereich Ruhe und Schlaf (*rest and sleep*) wird im Review der AOTA unter Aktivitäten des täglichen Lebens subsumiert, vgl. Letts (2011b).

<sup>28</sup> Voigt-Radloff (2011c)

<sup>29</sup> Larson (1996) zitiert in Wilkins (2003)

**Abgrenzen der Ergotherapie von verwandten Disziplinen schwierig ...**

**... es finden sich breitere und engere Definitionen in der Literatur**

schen Betreuungsperson und DemenzpatientIn sinnvoll. Die Lebenssituation und Lebenszufriedenheit der pflegenden Angehörigen/ des pflegenden Angehörigen etwa hat wiederum Auswirkungen auf die Situation und Zufriedenheit der Demenzpatientin/ des Demenzpatienten selbst.<sup>30</sup>

Das Gebiet der Ergotherapie ist nicht immer trennscharf von verwandten Disziplinen abzugrenzen, etwa von physiotherapeutischen Interventionen mit Musik, Konzentrationsübungen dem eigenen Körper gegenüber oder Mobilitäts- und Funktionstraining.<sup>31</sup> Dieser Umstand wird in der Literatur etwa auch im Zusammenhang mit der Wirkung von Musik auf DemenzpatientInnen reflektiert: Zwar fielen die Planung von Livemusik und ähnlicher Unterhaltung in Pflegeheimen in der Regel nicht in das *Pouvoir* von ErgotherapeutInnen, jedoch könne dies Teil einer Empfehlung im Rahmen der ergotherapeutischen Beratung einer Demenzstation sein.<sup>32</sup> Im Unterschied zu den unten näher vorgestellten systematischen Reviews der *American Occupational Therapy Association* AOTA, in welchen der Begriff „Ergotherapie“ sehr breit gefasst war und daher auch Interventionen eingeschlossen wurden, die von anderen Professionen (z.B. PhysiotherapeutInnen) oder multiprofessionell (in Teams) durchgeführt wurden, waren die Einschlusskriterien der (Cochrane) Reviews, auf deren Basis die vorangehenden Berichtsteile II und III erstellt wurden, auf Interventionen beschränkt, welche ausschließlich von ErgotherapeutInnen durchgeführt wurden. Dies sei anhand eines Beispiels verdeutlicht: Ein Cochrane Review zu nichtpharmakologischen Interventionen gegen Umherwandern von dementen Menschen in häuslicher Umgebung<sup>33</sup> zählt etwa multisensorische Therapie/ Snoezelen und Lichttherapie nicht zur Domäne der Ergotherapie, die AOTA hingegen schon.

### Ergotherapieforschung

**Effektivitätsforschung wird bedeutender ...**

ErgotherapeutInnen sehen sich, wie andere GesundheitsdienstleisterInnen auch, zunehmend mit Fragen nach der Effektivität und der Effizienz des eigenen Tuns konfrontiert. Diese kommen sowohl von PatientInnen als auch von Krankenversicherungen und von Aufsichtsbehörden.<sup>34</sup>

**... Studien hoher Evidenzlevel nach wie vor sehr selten ...**

Randomisiert, kontrollierte klinische Studien zu ergotherapeutischen Fragestellungen sind selten.<sup>35</sup> Weiters gibt es für die Ergotherapie nicht den einen primären Ergebnisparameter, der die vielfältigen Zielaspekte widerspiegeln könnte. Auch besteht kein Konsens über ein allgemein anerkanntes Bündel von Ergebnisparametern.<sup>36</sup> Dies wohl nicht zuletzt ob der Komplexität des Konstrukts „Aktivitäten des täglichen *Lebens*“ (*activities of daily living* ADL).<sup>37</sup> Laut einer Umfrage unter Angehörigen von DemenzpatientInnen liegt der Fokus von Studienkonzeptionen zu stark auf den kognitiven Einschränkungen der PatientInnen, obwohl die vorwiegenden Probleme in

**... anerkannte Bündel von Ergebnisparametern fehlen ...**

<sup>30</sup> Letts (2011a)

<sup>31</sup> Letts (2011a)

<sup>32</sup> Letts (2011a)

<sup>33</sup> Hermans (2007), „*wandering*“

<sup>34</sup> Arbesman (2011)

<sup>35</sup> Steultjens (2004)

<sup>36</sup> Steultjens (2004)

<sup>37</sup> Voigt-Radloff (2011c)

der Durchführung von Alltagsaktivitäten (*activities of daily living* ADL) lägen.<sup>38</sup>

In Studien zur Ergotherapie fällt die Beschreibung der spezifischen ergotherapeutischen Interventionen oft vage aus, wodurch es schwierig ist, die Programme zu replizieren.<sup>39</sup> Ebenso fällt es oftmals schwer aus interdisziplinären Programmen (etwa Ergotherapie und Physiotherapie) Rückschlüsse auf den Ergebnisbeitrag der Einzeldisziplin zu ziehen.<sup>40</sup>

**... Beschreibung  
ergotherapeutischer  
Intervention in Studien  
oft vage**

---

<sup>38</sup> Georges (2008) zitiert in Voigt-Radloff (2011c)

<sup>39</sup> Wilkins (2003)

<sup>40</sup> Wilkins (2003)



## 2 Ziel und Forschungsfrage

Der vorliegende Bericht soll die Evidenz zur Wirksamkeit ergotherapeutischer Maßnahmen bei dementen PatientInnen analysieren. Konkrete Inhalte der ergotherapeutischen Maßnahmen (Beschreibung der Intervention) sollen ebenso dargestellt werden, wie Intensität (Dauer einer Interventions-einheit, Häufigkeit der Interventionen) und Ort der Leistungserbringung (stationär, tagesklinisch, niedergelassen). Dadurch soll ein Überblick über das ergotherapeutische Geschehen im Zusammenhang mit Demenz gegeben werden. Besonderes herausgehoben sollen dabei Interventionen werden, die extramural (im niedergelassenen Bereich) erfolgen.

**Forschungsfrage nach Evidenz zur Wirksamkeit ergotherapeutischer Interventionen bei Demenz**

Die Forschungsfrage lautet in diesem Sinn:

- ❖ Sind ergotherapeutische Maßnahmen bei dementen PatientInnen und/ oder deren Betreuungspersonen im Vergleich zu keiner Intervention oder im Vergleich zu Routinebehandlung<sup>41</sup> hinsichtlich der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens<sup>42</sup>, der Freizeit, der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe (durch die Patientin/ den Patienten), Gesundheit<sup>43</sup> und Wohlbefinden (von Patientin/ Patient und Betreuungsperson), der Lebensqualität (von Patientin/ Patient und Betreuungsperson) und der Zufriedenheit (von Patientin/ Patient und Betreuungsperson) wirksamer?

---

<sup>41</sup> *treatment as usual* TAU

<sup>42</sup> *activities of daily living* ADL, *instrumental activities of daily living* iADL, inklusive Ruhe und Schlaf

<sup>43</sup> Hier wird ein möglicher Einfluss der ergotherapeutischen Intervention auf den Verlauf der Demenz einbezogen.



## 3 Methode

### 3.1 Literatursuche und Literaturauswahl

Beim Einstieg in das Thema über eine Handsuche via Google, Medline und den Datenbanken des *Centre for Reviews and Dissemination*<sup>44</sup> fand sich ein (einziger) rezenter, umfassender Review zu Fragestellung des vorliegenden Berichts: Die *American Occupational Therapy Association* AOTA hatte im Rahmen eines Projekts zur evidenzbasierten ergotherapeutischen Praxis zu einer sehr ähnlichen Fragestellung kürzlich eine systematische Aufbereitung der Evidenz zur Wirksamkeit von Ergotherapie für Menschen mit Alzheimer und verwandten Demenzerkrankungen durchgeführt.<sup>45</sup>

In diesem Licht wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber beschlossen, auf eine eigene erneute systematische Literatursuche zu verzichten und die von der AOTA zu Tage geförderte Evidenz mit besonderem Fokus auf Evidenz aus randomisiert kontrollierten Studien und auf Evidenz mit Bezug zum niedergelassenen Bereich darzustellen.

Zusätzlich fließen in den vorliegenden Bericht weitere aus der Handsuche gewonnene Informationen ein, insbesondere auch die Erfahrungen mit einem konkreten ergotherapeutischen Programm für DemenzpatientInnen im niedergelassenen Bereich aus den Niederlanden<sup>46</sup>, sowie die kürzlich veröffentlichten Ergebnisse der Übertragung desselben auf die deutsche Versorgungslandschaft<sup>47</sup>.

**Handsuche fördert aktuelle systematische Reviewserie der AOTA zu Tage ...**

**... daher Verzicht auf neuerliche systematische Literatursuche**

### 3.2 Interner und externer Review

Beide Berichtsteile (Demenz und Depression) wurde von einer internen Reviewerin und zwei externen ReviewerInnen begutachtet, wobei letztere u.a. um die Beurteilung folgender Qualitätskriterien ersucht wurden:

- ✿ „fachliche Korrektheit“ (Stimmen die Informationen?)
- ✿ „Adäquatheit und Transparenz der Methode“ (Wird die Methode richtig eingesetzt?)
- ✿ „logischer Aufbau der Arbeit und Konsistenz in der Struktur“ (Sind die Ergebnisse nachvollziehbar?)
- ✿ „Relevanz für die nationale und internationale Fachöffentlichkeit“ (Haben die Ergebnisse Relevanz für AnwenderInnen?)
- ✿ „formale Korrektheit“
- ✿ „Berücksichtigung des aktuellen Stands der Forschung“

**interner und externer Review mit anleitenden Fragen**

---

<sup>44</sup> der Universität York, vgl. <http://www.crd.york.ac.uk>

<sup>45</sup> Die Ergebnisse zu verschiedenen Detailfragen wurden Ende 2011 publiziert: *American Journal of Occupational Therapy*, Sept./ Oct. 2011, Vol. 65, No. 5: *Special Issue—Effectiveness of Occupational Therapy Services for People With Alzheimer’s Disease and Related Dementias*

<sup>46</sup> Graff (2006)

<sup>47</sup> Voigt-Radloff (2011a)

Das LBI-HTA versteht die externe Begutachtung durch wissenschaftliche FachexpertInnen aus unterschiedlichen Disziplinen als Methode der Qualitätssicherung der wissenschaftlichen Arbeit. Die Verantwortung für den Inhalt des Berichts liegt beim LBI-HTA.

### 3.3 Gliederung des Berichts

... zuerst Evidenz aus breiter gefasster Ergotherapie-Sicht der AOTA ...  
 ... dann enger definiert, RCTs aus niedergelassenem Bereich

Bevor die wenige vorliegende Evidenz zu ergotherapeutischen Interventionen bei Demenz aus bestverfügbarer Evidenz (randomisiert kontrollierte Studien), die ausschließlich StudienteilnehmerInnen aus dem niedergelassenen Bereich einschließen und die ergotherapeutische Interventionen „eng“ definieren, in Kapitel 5 zusammengefasst wird, werden die Ergebnisse der umfassenden systematischen Reviews der *American Occupational Therapy Association AOTA* mit ihrer breiten Definition von Ergotherapie und den breiten methodischen Einschlusskriterien der Evidenz mit Fokus auf die Evidenz des Levels I im folgenden Kapitel 4 dargestellt. In nachstehender Tabelle findet sich eine Klassifizierung von Studiendesigns und die korrespondierenden Evidenzstufen, die als Grundlage der AOTA-Reviews dienen.

Tabelle 3.3-1: Evidenzlevel wissenschaftlicher Studien

Evidenz-level	Definition
I	Systematischer Review SR, Meta-Analyse MA, Randomisiert kontrollierte Studien RCT
II	Zwei-Gruppen, nicht randomisierte Studie (z.B. Kohortenstudie, Fall-Kontroll-Studie)
III	Eine Gruppe, nicht randomisierte Studie (z.B. Vorher-Nachher, Pretest-Posttest)
IV	Deskriptive Studie mit Analyse von Ergebnisparameter(n) (z.B. Einzelfallstudie, Fallserie)
V	Fallstudien und ExpertInnenmeinungen, die narrative Zusammenfassung der Literatur beinhalten, Konsensus-Stellungnahmen

Quelle: Arbesman (2011) Tabelle 1, nach Sackett (1996)

Zum Schluss des Berichts folgen im Kapitel 6 nach den Limitationen, die Diskussion der Ergebnisse, in die auch Empfehlungen eingeschlossen sind.



## 4 Ergebnisse der systematischen Reviews der *American Occupational Therapy Association*

In diesem Kapitel wird Evidenz aus sämtlichen Studiendesigns vorgestellt, es werden auch Interventionen betrachtet, die im auch stationären Bereich gesetzt wurden und schließlich wird der „breite“ Begriff von Ergotherapie der *American Occupational Therapy Association AOTA* zu Grunde gelegt.

Die Leitlinien für Ergotherapie bei PatientInnen mit Alzheimer und verwandten Demenzformen der amerikanischen Gesellschaft für Ergotherapie *AOTA* aus dem Jahr 1999<sup>48</sup> standen zur Aktualisierung an. Daher führte die *AOTA* im Rahmen ihres *Evidence Based Practice Project* systematische Literaturrecherchen zu bestimmten Evidenzgebieten durch. Die *AOTA* ist Interessensvertretung und war gleichzeitig Auftraggeberin der systematischen Reviews. Eine gewisse – wie auch immer zu bewertender – Grundintention ist Rechtfertigung für die *AOTA*-Reviews:

*„The research will also be useful to help justify the need for occupational therapy practitioners on teams working with people with dementia because contributions specific to the discipline and justification for the service will be grounded in existing research evidence.“<sup>49</sup>*

Die methodische Qualität der Reviewserie der *AOTA* wurde als ausreichend eingestuft. Die Reviews basierten auf einer klar definierten Frage, die Auswahlkriterien waren klar definiert und es wurde eine systematische Literatursuche in mehreren Datenbanken durchgeführt. Gleichzeitig wurde die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien nur teilweise und unsystematisch beurteilt, was auch für die Berücksichtigung der methodologischen Qualität der Studien bei der Evidenzsynthese galt.<sup>50</sup>

Die für den vorliegenden Bericht relevanten Bereiche der *AOTA*-Reviews<sup>51</sup>, deren zugrundeliegende Literaturquellen (Studien) sich teilweise überschneiden, sind:<sup>52</sup>

1. Betätigungsfelder/*Areas of occupation*<sup>53</sup>
2. Wahrnehmung/*perception*<sup>54</sup>
3. (Lebens)Umgebung/*environment*<sup>55</sup>

Evidenz sämtlicher Studiendesigns ...

... Interventionen auch im stationären Bereich

... im Sinn eines breiten Ergotherapiebegriffs der *AOTA*

*AOTA*-Reviews von ausreichender Qualität ...

... zu 5 Bereichen

<sup>48</sup> Vgl. Corcoran (1999) zitiert in Arbesman (2011)

<sup>49</sup> Letts (2011a), S. 511

<sup>50</sup> Vgl. Anhang 8.1: Qualitätsbeurteilung des systematischen Reviews der *AOTA*

<sup>51</sup> Ein weiterer, sechster *AOTA*-Review – Jensen (2011) – zu Interventionen gegen Stürze wird hier nicht berücksichtigt. Bei den dort untersuchten Interventionen handelt es sich um nicht-ergotherapeutische, die das Pflegepersonal adressieren.

<sup>52</sup> Näher wird die für die systematischen Reviews gewählte Methode in Arbesman (2011) erläutert. Die systematische Suche zielte auf Veröffentlichungen in Journalen mit Peer-Review in englischer Sprache, die seit 1987 publiziert wurden.

<sup>53</sup> Betätigungsfelder wie Aktivitäten des täglichen Lebens, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, Freizeit und soziale Teilhabe, Letts (2011b)

<sup>54</sup> Letts (2011a)

<sup>55</sup> Padilla (2011a)

4. Anforderung für die Durchführung von Aktivitäten/ *activity demands*<sup>56</sup>
5. Strategien für Pflegende von DemenzpatientInnen/ *caregiver strategies*<sup>57</sup>
- Schema der Evidenzpräsentation in diesem Kapitel:**
- ... Level I Evidenz zuerst
- ... danach deskriptiver Überblick über Studien aller Evidenzlevels ...
- ... zuletzt ev. Eingehen auf niedergelassenen Bereich
- Für alle fünf „Unterreviews“ der AOTA wird im Folgenden diese Präsentationsreihenfolge gewählt:
1. Zuerst wird die höchstgradige Evidenz (Level I) detailliert tabellarisch dargestellt: Zunächst – so vorhanden – die Evidenz aus systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen, dann in einer weiteren Tabelle die Evidenz aus randomisiert kontrollierten Studien (RCTs). Bei den RCTs wird, so eruiert, auch explizit darauf hingewiesen, ob die PatientInnen aus der eigenen häuslichen Wohnumgebung bzw. aus Tageskliniken („outpatient“) rekrutiert wurden, oder ob die Studie mit BewohnerInnen von Pflegeheimen („inpatient“) durchgeführt wurde. Weiters wird erwähnt, ob die untersuchte Intervention mit einer anderen Intervention verglichen wurde, oder ob die Kontrollgruppe keiner Intervention ausgesetzt wurde. Mit dieser Information lässt sich der Nachweis oder Nichtnachweis eines Gruppenunterschiedes besser einordnen.
  2. Danach wird für jeden der fünf Evidenzbereiche der AOTA-Reviews ein deskriptiver Überblick über die in Studien aller gefundenen Evidenzlevels untersuchten Interventionen gegeben. In der Folge werden schließlich – so vorhanden – die Schlüsse der ReviewautorInnen der AOTA für die ergotherapeutische Praxis wieder gegeben.<sup>58</sup>
  3. Zuletzt wird, so möglich, speziell auf den niedergelassenen Bereich eingegangen.

Die Ergebnisse der hier vorgestellten fünf systematischen Reviews<sup>59</sup> wurden im von der AOTA heraus gegebenen *American Journal of Occupational Therapy* in der Sept./ Okt.- Ausgabe 2011 veröffentlicht.<sup>60</sup>

## 4.1 Review zu “Areas of Occupation”

Die Forschungsfrage des systematischen Reviews zu Betätigungsfeldern/ *areas of occupation* lautete wie folgt:

Betätigungsfelder/ *areas of occupation* ...

Was ist die Evidenz für den Effekt von Interventionen mit dem Ziel, Aktivitäten des täglichen Lebens<sup>61</sup>, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens<sup>62</sup>, Freizeit und soziale Teilhabe zu etablieren,

<sup>56</sup> Padilla (2011b)

<sup>57</sup> Thinnes (2011)

<sup>58</sup> zu den Evidenzlevels vgl. Arbesman (2011), Tabelle 1

<sup>59</sup> Eine Qualitätsbeurteilung der systematischen Reviews der AOTA findet sich im Appendix.

<sup>60</sup> Thematisch liegt der Fokus dieser Fachzeitschrift mit Peer-Review auf Fragen zu Forschung, Praxis und Versorgung im Bereich der Ergotherapie.

<sup>61</sup> *activities of daily living*

<sup>62</sup> *instrumental activities of daily living*

anzupassen und zu erhalten, auf die Lebensqualität der PatientInnen, auf den Gesundheitszustand und die Zufriedenheit der PatientInnen und die Zufriedenheit der (angehörigen) Pflegepersonen?<sup>63</sup>

#### 4.1.1 Aktivitäten des täglichen Lebens

Zu Interventionen, die auf Aktivitäten des täglichen Lebens (*activities of daily living* ADL) abstellen, lagen nur fünf Studien des Evidenzlevels III vor.

ADL-Interventionen werden am häufigsten bei der Unterstützung beim Essen (*feeding*) gesetzt. Evidenz dazu liegt vor allem für PatientInnen in mittleren und späteren Stadien ihrer Demenzerkrankung vor. Obwohl ergotherapeutische Hilfsmittel (*assistive devices*) in der Praxis wohl häufig zum Einsatz kommen, konnte nur eine Studie dazu identifiziert werden. Insgesamt ist die Evidenz tendenziell positiv aber schwach (keine Level I Evidenz).

... activities of daily living

... keine Level I Evidenz

... Evidenz positiv aber schwach

#### 4.1.2 Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens

Zu Interventionen mit Fokus auf instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (*instrumental activities of daily living* IADL) lagen drei Studien des Evidenzlevels I (siehe Tabelle 4.1-1) und zwei Studien des Evidenzlevels II vor.

... instrumental activities of daily living

##### Level I Evidenz

Zwei der 3 RCTs mit 40 bzw. 135 PatientInnen untersuchten Interventionen im niedergelassenen Bereich (im häuslichen Umfeld), ein kleiner RCT mit nur 12 PatientInnen in einer spezifischen stationären Betreuungseinheit (Pflegeheim). Die beiden Interventionen im niedergelassenen Bereich (eine nicht näher spezifizierte ergotherapeutische Beratung zu Hause bzw. eine fünfwöchige „community occupational therapy“) wurden gegen keine Intervention verglichen, während PatientInnen der Kontrollgruppe in der stationären Einrichtung im Studienverlauf ebenfalls an der Intervention (einer zweiwöchigen Kochgruppe) teilnahmen.

... Level I Evidenz aus niedergelassenem und stationären Bereich

##### Gesamtevidenz (AOTA)

Insgesamt ist die Evidenz zu ergotherapeutischen Interventionen in der eigenen Wohnung für DemenzpatientInnen und deren Betreuungspersonen hinsichtlich der instrumentellen ADL vielversprechend. Es zeigten sich positive Effekte auf die Zufriedenheit beider Zielgruppen, sowohl bei einer Intervention mit 10 Besuchen innerhalb von 5 Wochen (Graff 2006) als auch bei einer anderen Intervention, die nur aus zwei Besuchen bestand (Dooley 2004). Es wären weitere Studien notwendig, um das notwendige Mindestmaß zum Erzielen längerfristiger positiver Effekte zu bestimmen. Andere IADL-Interventionen mit positivem Trend sind therapeutische Kochgruppen in einem Pflegeheim und für die Bedürfnisse Dementer modifizierte Telefone.

... Evidenz für niedergelassenen Bereich vielversprechend ... weitere Studien für Bestimmung der Interventionsintensität notwendig

<sup>63</sup> Vgl. dazu Letts (2011b), Literatur eingeschlossen von 1994 – 2010, Details zur Suchstrategie: Arbesman (2011), Tabelle 2

### 4.1.3 Freizeit

... leisure

Zwei Studien der Evidenzklasse I und vier Studien der Evidenzklasse III legten den Fokus auf Interventionen im Freizeitbereich (*leisure*).

#### Level I Evidenz

... vorliegende kleiner  
RCTs zeigen keine  
Gruppenunterschiede  
hinsichtlich  
Lebensqualität

Eines der RCTs wurde in einer speziellen Betreuungseinrichtung mit 37 PatientInnen durchgeführt, im zweiten RCT (n=60) wurde die Intervention (8 Besuche in 4 Monaten) in der eigenen Wohnung der DemenzpatientInnen durchgeführt (alle anderen Studien untersuchten ergotherapeutische Interventionen in Pflegeheimen). Beide RCTs zeigten keinerlei Gruppenunterschiede hinsichtlich der Lebensqualität auf. Die Studie in der häuslichen Umgebung war jedoch möglicherweise zu klein, um diese aufzeigen zu können (Pilotstudie). Die Intervention im Pflegeheim wurde gegen einen unspezifischen Kontakt mit ErgotherapeutInnen im gleichen zeitlichen Umfang verglichen, wodurch die Lebensqualität in beiden Gruppen gesteigert wurde.

#### Gesamtevidenz (AOTA)

... Einschließen von  
sozialer Interaktion  
erscheint  
vielversprechend

Die meisten der untersuchten Interventionen wurden entwickelt, um Pflegeheimbesuche bei demenzkranken Angehörigen oder FreundInnen zu strukturieren. Die Ergebnisse legen nahe, dass besonders im Pflegeheim Freizeitinterventionen, die soziale Interaktion einschließen, am ehesten vielversprechend sind. Obwohl es in vielen Studien keinen Beleg für eine Verbesserung der Lebensqualität gab, gab es positive Resultate in Bereichen wie Aktivierung (*activity engagement*) und Zufriedenheit der Betreuungsperson. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit dem Trend, Aktivitäten nach Montessori auch bei PatientInnen mit Demenz einzusetzen.<sup>64</sup> Auf Montessori basierende Programme sollen dabei unterstützen, Aktivitäten und Beschäftigungen auf die der Demenzpatientin/ dem Demenzpatienten verbliebenen Fähigkeiten abzustimmen.

### 4.1.4 Soziale Teilhabe

... social participation

Zwei Studien der Evidenzklasse I, eine Studie der Evidenzklasse II und zwei Studien der Evidenzklasse IV beschäftigten sich mit sozialer Teilhabe (*social participation*) von DemenzpatientInnen. Beispiele für solche Interventionen sind Angebote von Freiwilligen, ein lebensgeschichtlicher Zugang zum Erinnern (*life-story approach to reminiscence*) und Theater. Die meisten StudienteilnehmerInnen befanden sich in frühen bis mittleren Phasen ihrer Demenz, wo noch verbale Fähigkeiten vorhanden sind.

#### Level I Evidenz

... RCT im stationären  
Bereich zeigt keine  
Gruppenunterschiede

Das RCT in einer speziellen Betreuungseinheit (n=101) verglich eine spezifische Reminiszenz-Therapie mit einerseits unspezifischen Gesprächen bzw. andererseits keiner Intervention. Obwohl die Interventionsgruppe direkt im Anschluss an die Intervention eine signifikante Verbesserung in der sozialen Teilhabe und im Wohlbefinden aufwies, waren insgesamt keine Gruppenunterschiede feststellbar.

<sup>64</sup> Jarrott (2008) zitiert in Letts (2011b)

Das RCT im niedergelassenen Bereich (n=24) untersuchte die Auswirkung eines von freiwilligen Helfern durchgeführten, sechswöchigen Besuchsprogramms (inkl. Spaziergängen) auf die Betreuungspersonen. Die Belastung der Betreuungspersonen wurde durch die Intervention signifikant vermindert, die Zufriedenheit mit der Intervention wurde nur in der Interventionsgruppe erhoben, weswegen keine Angaben zu Gruppenunterschieden gemacht werden können.

**... kleiner RCT im niedergelassenen Bereich zeigt Zufriedenheit der Betreuungsperson mit freiwilligem Besuchsprogramm**

### **Gesamtevidenz (AOTA)**

Insgesamt legen die Ergebnisse der Studien zur sozialen Teilhabe nahe, dass potenziell viele Arten von sozialen Interventionen positive Wirkung auf das Wohlbefinden und die Zufriedenheit haben können. Es sticht keine spezielle Intervention als besonders effektiv heraus. Forschungsbedarf besteht für PatientInnen mit fortgeschrittener Demenz, deren verbale Ausdrucksmöglichkeiten zunehmend eingeschränkt sind.

**... viele soziale Interventionen mit potenziell positiver Wirkung**

### **4.1.5 Umsetzungsvorschläge für die Praxis (AOTA)**

Am Ende des Reviews zu „Areas of Occupation“<sup>65</sup> werden exemplarisch folgende Umsetzungsvorschläge für die Praxis gemacht:

- ❖ Physische oder kognitive Hilfsmittel können DemenzpatientInnen in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens unterstützen. Eine Beobachtung ihres Einsatzes scheint in dem Maß angeraten, als die Demenz fortschreitet.
- ❖ Im eigenen häuslichen Bereich scheinen sich aufsuchende ergotherapeutische Interventionen, die zuerst die individuellen Fähigkeiten beim Erfüllen instrumenteller Aktivitäten des täglichen Lebens erheben, und dann damit im Einklang Adaptionen vorschlagen und bei der Umsetzung begleiten, potenziell positiv auf die Lebensqualität von DemenzpatientInnen und von deren informellen Betreuungspersonen auszuwirken.
- ❖ Zur Unterstützung der sozialen Teilhabe können Interventionen, die Unterhaltungen mit DemenzpatientInnen strukturieren, hilfreich sein.

**ergotherapeutische Hilfsmittel können unterstützen ...**

**individuell abgestimmte aufsuchende ergotherapeutische Interventionen im niedergelassenen Bereich**

**strukturierte Unterhaltung mit DemenzpatientInnen**

---

<sup>65</sup> Letts (2011b)

Tabelle 4.1-1: Review "Areas of Occupation": RCTs for Use of Occupations in Interventions With People With Alzheimer's Disease and Related Dementias

Author/Year <i>Inpatient/ or Outpatient</i>	Study Objectives	Level/Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
<b>IADL Interventions</b>					
Dooley & Hinojosa (2004) <i>OUTPATIENT</i>	To determine the extent to which adherence to occupational therapy recommendations increases quality of life of people with dementia and decrease caregiver burden.	RCT N=40 outpatients in their own homes with AD	<i>Intervention</i> Home occupational therapy assessment and recommendations, in person discussion of recommendations for the intervention group <i>Control</i> No intervention (home occupational therapy assessment and recommendations sent via mail only after follow-up) <i>Outcome Measures</i> Caregiver burden, quality of life, ADLs	Significant group effects were found for caregiver burden, positive affect, activity frequency and self-care status.	Telephone follow-up procedures varied from those planned, which may have affected outcomes. Intervention and recommendations cannot be replicated because of inadequate description.
Fitzsimmons & Buettner (2003) <i>INPATIENT</i>	To examine the effect of a therapeutic cooking program for older adults with dementia.	RCT N=12 women residing in assisted living centre on a locked special care unit (small sub-sample of larger study of recreational therapy interventions)	<i>Intervention</i> Therapeutic cooking group 5 days/wk for 2 wk <i>Control</i> TAU (normal facility activities followed by 2 wk in therapeutic cooking group) <i>Outcome Measures</i> Agitation, passivity, blood pressure variability, heart rate	Agitation and passivity decreased significantly in the intervention group compared with the control group. Blood pressure increased as engagement increased and decreased as agitation decreased.	The small sample size was not justified; only women were included. Intervention time was limited. Analyses are not well described.
Graff et al. (2006)* <i>OUTPATIENT</i>	To evaluate the effectiveness of a community occupational therapy intervention.	RCT N=135 people with mild to moderate dementia and their caregivers living in the community	<i>Intervention</i> Client-centred community occupational therapy in 10 one-hr sessions over 5 wk <i>Control</i> No intervention (occupational therapy only after completion of study) <i>Outcome Measures</i> Quality of life, general health questionnaire	Significant differences were found in favour of the intervention group (both people with dementia and their caregivers) for quality of life and health status.	A possible attention bias exists because the control group received no intervention. Some assessors were unblinded.

Author/Year <i>Inpatient/ or Outpatient</i>	Study Objectives	Level/Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
<b>Leisure Interventions</b>					
Gitlin et al. (2008) <i>OUTPATIENT</i>	To evaluate the effectiveness of the Tailored Activity Program (TAP) for people with dementia.	Pilot RCT N=60 community-dwelling people with moderate dementia and their resident caregivers	<i>Intervention</i> TAP, including initial assessment and activity prescription of 3 activities per participant with 8 contacts over 4 mo <i>Control</i> No intervention (control group wait listed for 4 mo) <i>Outcome Measures</i> Quality of Life-AD scores; acceptability of TAP	No significant differences were found between groups in quality of life. The intervention was accepted by almost all patients and their caregivers.	Attention bias may be present. Sample size may not have had adequate power to detect difference in quality of life. The number and training of interventionists are not described.
Politis et al. (2004) <i>INPATIENT</i>	To compare the effectiveness of a kit-based activity intervention with a time and attention control intervention.	RCT N=37 residents with dementia in a model care facility (with a substantial amount of stimulating, background activity) specializing in the long term care of patients with dementia	<i>Intervention</i> A single activity therapist spent 30 min, 3x/wk for 4 wk with participant choosing an activity from 5 standardized structured activities (geography, fun foods, farm animals, vegetables, musical instruments). <i>Control</i> Alternative OT-intervention (for time and attention control, the same single activity therapist spent same time one-on-one either conversing or participating in unstructured, relaxed activities like puzzles, artwork, reading or mixture of these.) <i>Outcome Measures</i> Apathy, neuropsychiatric inventory, quality of life, activity success	No significant between-group differences were found on any of the measures. Both interventions resulted in improved quality of life and reduced apathy.	A possible rater bias exists, as raters knew participants were receiving some intervention. Limited information is provided on measurement properties of outcome measures.

Author/Year <i>Inpatient/ or Outpatient</i>	Study Objectives	Level/Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
<b>Social participation interventions</b>					
Lai, Chi & Kayser-Jones (2004) <i>INPATIENT</i>	To examine the effectiveness of reminiscence therapy (RT) using a life-story approach for people with dementia in nursing homes.	RCT N=101 nursing home residents in 3 groups	<i>Intervention</i> Weekly 30-min sessions over 6 wk of RT with a life-story approach using highly focused triggers to stimulate recall during conversation <i>Control</i> (Group I: comparison group – friendly discussion to control for changes in outcome as a result of social contacts and attention Group II: no intervention) <i>Outcome Measures</i> Social engagement, well-being or ill-being	No significant differences were found between groups immediately after intervention or at follow-up. The reminiscence group had significant changes in both outcomes immediately after the intervention; changes in other groups were not significant.	The sample was not large enough for repeated-measures multivariate analysis. Dosage may not have been sufficient. Measures may not have been sensitive enough.
Wishart et al. (2000) <i>OUTPATIENT</i>	To evaluate the effectiveness of a volunteer visiting-walking program (coordinated by community nurses).	RCT N=24 people with cognitive impairment who lived with a caregiver and were able to go on outings	<i>Intervention</i> Weekly visits by trained volunteers that included crafts, walking, and conversation for 6 wk <i>Control</i> No intervention (wait listed, no activity) <i>Outcome Measures</i> Caregiver satisfaction and burden	Caregiver burden significantly decreased in the intervention group. All caregivers rated their satisfaction as good or excellent for 6 of 8 items on the client satisfaction measure.	Satisfaction ratings were reported only for intervention group caregivers. The sample size was small; caregiver and client health was not evaluated.

*AD = Alzheimer's disease; ADLs = activities of daily living; IADLs = instrumental activities of daily living; OT = occupational therapy; RCT = randomized controlled trial; TAU = treatment as usual; \*identisch mit Graff (2006)*

*Source: taken with adaptations from Suppl. Table 1, Letts (2011b)*



## 4.2 Review zu „Wahrnehmung/ Perception“

Die Forschungsfrage des systematischen Reviews Letts 2011a zu „Wahrnehmung/ perzeptiven Fähigkeiten“ lautete wie folgt:

Was ist die Evidenz für den Effekt von Interventionen mit dem Ziel, perzeptive Fähigkeiten zu modifizieren oder zu erhalten, auf die Handlungs- und Leistungsfähigkeit (*occupational performance*) von PatientInnen mit Alzheimer oder verwandter Demenzerkrankungen?<sup>66</sup>

Die Literatur dazu gliederte sich in zwei Bereiche. In solche zu kompensatorischen Interventionen, die auf noch vorhandenen Wahrnehmungsfähigkeiten setzen einerseits (s. Kapitel 4.2.1 unten). Beispiele wären Interventionen zur Beleuchtungsintensität, der Einsatz von optischen Barrieren, die physische Gestaltung der Wohnumgebung und Programme, die das Finden eines Weges zum Ziel haben. Die andere Kategorie von Interventionen sind solche, die Wahrnehmungsfähigkeiten per se verändern wollen (s. Kapitel 4.2.2 unten), wie die Stimulation von Seh-, Hör-, Berührungs-, Geschmacks- und Geruchssinn (*multisensory intervention, sensory integration, exposure to sensory stimuli*).

### 4.2.1 Kompensatorische Interventionen

Die kompensatorischen Interventionen im Bereich der Wahrnehmung lassen sich ihrerseits in vier Untergruppen unterteilen:

- ❖ Lichtintensität, optische Interventionen (*light intensity, optical interventions*)
- ❖ Einsatz von visuellen Barrieren (*visual barriers*)
- ❖ Physische Gestaltung der Umwelt (*environmental design*)
- ❖ Programme zur Erleichterung der Orientierung (*way-finding programs*)

#### Studien zu optischen Interventionen

Eine Studie beschäftigte sich mit hellerer Beleuchtung und stärkeren visuellen Reizen während der Mahlzeiten. Eine andere untersuchte optische Interventionen (Farbtönung, Prismenapplikation an Brillen und teleskopische Instrumente) bei PatientInnen, die sowohl an Demenz als auch an optischen Halluzinationen leiden.

#### Studien zum Einsatz visueller Barrieren

Eine Studie untersuchte visuelle Barrieren gegen Weglauftendenzen von DemenzpatientInnen in Form von tragbaren Raumteilern. Eine andere befasste sich mit versteckten Türschnallen, bemalten Türschnallen und dem Einsatz einer Stoffbarriere vor einer Eingangstüre. Wieder eine andere reflektierte Unterschiede im Umgang mit versperrten und unversperrten Türen.

**Wahrnehmung-  
perzeptive Fähigkeiten**

...

**... kompensatorische  
Interventionen**

**... wahrnehmungs-  
verändernde  
Interventionen**

**Licht, visuelle Barrieren,  
bauliche Gestaltung,  
Fördern der  
Orientierung**

**... optische  
Interventionen**

**... Verwenden visueller  
Barrieren**

<sup>66</sup> Vgl. dazu Letts (2011a), Literatur eingeschlossen von 1994 – 2010, Details zur Suchstrategie: Arbesman (2011), Tabelle 2

## Studien zur physischen Gestaltung der Umwelt

### ... bauliche Gestaltung

Eine Studie verglich stationäre Demenzstationen, die in Form eines „L“ angelegt sind mit Stationen, die entlang eines geraden Gangs liegen, in den Auswirkungen auf Desorientierung. Auch wurde untersucht, wie sich die Gestaltung von Gängen (Wandgemälde, Poster, Aufstellen von Bänken) auf Weglauftendenzen auswirkte.

## Studien zu Programmen zur besseren Orientierung

### ... Orientierung

Hier wurden auf das Finden von Wegen fokussierte Programme (*backward chaining, communication, use of location maps*) ebenso untersucht, wie Interventionen wie das Halten an der Hand, das mit Gesten den Weg deuten und verbale Hinweise oder das Aufstellen von Schildern.

## Evidenz zu kompensatorischen Interventionen im Bereich der Wahrnehmung

### Level I Evidenz

### ... kleiner RCT zeigt keine nachhaltige Verbesserung der Orientierungsfähigkeit

Der einzige RCT (n=32) in dieser Kategorie ergotherapeutischer Interventionen wurde in einer speziellen Betreuungseinrichtung durchgeführt. PatientInnen der Interventionsgruppe erhielten ein spezifisches Programm zur Orientierung, die Kontrollgruppe keine Intervention. Die Interventionsgruppe zeigte eine nicht nachhaltige Verbesserung der Orientierungsfähigkeit (dem Auffinden des Speisesaals).

### Gesamtevidenz (AOTA)

### ... wenig hochwertige Evidenz vorhanden

Insgesamt waren die Studien im Bereich der kompensatorischen Interventionen meist klein und vom Design her von niedrigem Evidenzgrad, sodass keine zuverlässigen Aussagen zur Wirksamkeit ergotherapeutischer Interventionen in diesem Bereich getroffen werden können. Ergebnisparameter waren Verhalten, Grad der Erregbarkeit (*agitation*) oder Kognition. Weitere Forschungen sind jedoch notwendig um einen Zusammenhang dieser Ergebnisparameter mit gesteigerter Handlungs- und Leistungsfähigkeit (*improvement in occupational engagement*) von DemenzpatientInnen zu untersuchen.

*Tabelle 4.2-1: Review "Perception": RCT-Evidence for Interventions That Use Remaining Perceptual Abilities of People with Alzheimer's Disease and Related Dementias*

Author/Year <i>Inpatient/ or Outpatient</i>	Study Objectives	Level/Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
McGilton, Rivera & Dawson (2003) <i>INPATIENT</i>	To determine the effects of a way-finding intervention on residents' ability to find their way in a new environment.	RCT N=32	<i>Intervention</i> Backward chaining rehearsal of way-finding and use of an individualized location map <i>Control</i> no intervention <i>Outcome Measures</i> Agitation, spatial orientation, ability to find way to dining room and bedroom	More residents in the intervention group were able to find their way to the dining room compared with the control group, but this was not sustained at follow-up. No differences were found between groups in finding their way to their bedrooms. Both groups had decreased agitation. Spatial orientation scores were low for both groups.	A possible attention bias may have favoured the intervention group. Despite sample size calculation, a larger sample would have been helpful for further analyses.

*RCT = randomized controlled trial.*

*Source: taken from Suppl. Table 1, Letts (2011a)*

## 4.2.2 Wahrnehmungsverbessernde Interventionen

### Wahrnehmungs- verbesserung durch vier Gruppen von Maßnahmen

Interventionen mit dem Ziel, die Wahrnehmung von DemenzpatientInnen per se zu verbessern (*interventions that aim to change perceptual abilities*) lassen sich aus der verfügbaren Literatur wiederum in vier Untergruppen unterteilen:

- ✿ Multisensorische Interventionen oder Snoezelen (*multisensory or Snoezelen interventions*)
- ✿ Sensorische Integration (*sensory integration*)
- ✿ Gruppentherapie (*group therapy*)
- ✿ Sensorische Stimulanz (*sensory stimuli*)

### Studien zu multisensorischen Interventionen/ Snoezelen

#### eigens installierter Snoezelen Raum zur Stimulation multipler Sinne

Die multisensorische oder Snoezelen-Intervention soll die Sinne (Sehsinn, Hörsinn, Tastsinn, Geschmackssinn, Geruchssinn) mit möglichst geringen intellektuellen Anforderungen stimulieren.<sup>67</sup> Die Ausstattung eines speziell eingerichteten Snoezelen-Raumes umfasst üblicherweise farbige Lichtquellen, Geräusche, Videoprojektion, Berührungsstimulation durch Matten und unterschiedliche Oberflächen, sowie Geruchsstimulation<sup>68</sup> und etwa Musikinstrumente, geschmacksintensive Speisen, Papierfetzen, Seife sowie Ventilatorwind.<sup>69</sup> Die individuelle Patientin/ der individuelle Patient erkundet den Snoezelen-Raum frei und reagiert auf die Sinneseindrücke ohne ein deklariertes Ziel. Die Sinneseindrücke können auf Basis der Bedürfnisse und Wünsche der Patientin/ des Patienten individuell kalibriert werden.<sup>70</sup>

### Studien zu sensorischer Integration

#### ... Anregung durch vorgegebene Tätigkeiten und Materialien

Ein spezielles Programm für regressive psychiatrische und geriatrische PatientInnen bietet zur sensorischen Integration Stimulierung durch strukturierte Aktivitäten und Materialien (z.B. Bälle, Sandsäcke, Seile, Musik, Speisen, Karten, Kalender) in einem Gruppensetting an.<sup>71</sup>

### Studien zur Gruppentherapie

#### ... Gruppentherapien mit vielfältigen ergotherapeutischen Interventionen

Gruppeninterventionen mit dem Ziel, die Wahrnehmungsfähigkeit von PatientInnen zu verbessern und die Handlungs- und Leistungsfähigkeit (*occupational performance*) zu steigern, umfassen Gruppen zur Fokussierung der Aufmerksamkeit, Gruppenaktivitäten mit Musik, Konzentrationsübungen für den eigenen Körper und Mobilitäts- und Funktionstraining oder Gruppenaktivitäten mit Meditation, Entspannung, angeleiteten Übungen zu Vorstellungsbildern und Körperbewusstsein.

### Studien zur sensorischen Stimulanz

#### ... etwa durch Musik oder Naturkontakt

Die Studien dieser Gruppe beschäftigen sich mit gezielter Stimulanz eines Sinnes (*single sensory stimuli*). Musik (als Hintergrund oder als Gesang durch die Betreuungsperson) ist ebenso Gegenstand, wie die Konfrontation

<sup>67</sup> Chai (2002) zitiert in Letts (2011a)

<sup>68</sup> Letts (2011a)

<sup>69</sup> Padilla (2011a)

<sup>70</sup> Botts (2008) zitiert in Padilla (2011a)

<sup>71</sup> Ross (1981) zitiert in Robichaud (1994)

mit der Natur (Pflanzen in Innenräumen und in der freien Natur, Pflanzen durch ein Fenster betrachtet, Gärten).

## Evidenz zu wahrnehmungsverändernden Interventionen

### Level I Evidenz

Im Bereich der wahrnehmungsverändernden Interventionen liegen ein systematischer Review auf Basis von zwei RCTs mit gesamt 261 PatientInnen sowie 7 weitere, kleinere RCTs (nicht im systematischen Review inkludiert) als Klasse I Evidenz vor.

Sowohl der systematische Review, als auch 4 der 7 RCTs untersuchten die Effekte von multisensorischen oder Snoezelen-Interventionen. Der systematische Review konnte bei den meisten untersuchten Ergebnisparametern keine Gruppenunterschiede zeigen. Auch die Ergebnisse der kleineren RCTs (je 15-50 PatientInnen), welche meist ambulant durchgeführte Interventionen untersuchten, konnten keine, oder keine nachhaltigen Gruppenunterschiede aufzeigen. Alle Snoezelen-Interventionen wurden jedoch mit einer alternativen ergotherapeutischen Intervention (z.B. Reminiszenz-Therapie) verglichen, weshalb keine Aussagen getroffen werden können, welchen Effekt die Intervention im Vergleich zu keiner Intervention aufweist.

Ein RCT mit 40 PatientInnen einer speziellen Betreuungseinrichtung konnte im Vergleich eines spezifischen „sensory integration programme“ zu einer alternativen ergotherapeutischen Intervention (Freizeitaktivitäten der gleichen Dauer) keine Gruppenunterschiede feststellen.

Im Bereich der Gruppentherapien untersuchte ein RCT mit 30 BewohnerInnen von Pflegeheimen den Effekt eines „attention-focusing group“-Programms mit einer alternativen Intervention. Während sich die Wahrnehmung und die sozialen Interaktionen in der Interventionsgruppe verbesserten, zeigten diese Verbesserungen jedoch keine Auswirkungen auf die funktionellen Aktivitäten.

Ein weiterer RCT bei stationären LangzeitpatientInnen einer psychiatrischen Einheit zeigte eine Mobilitätsverbesserung von PatientInnen, die eine physiotherapeutische Intervention (Bewegung und Beweglichkeit, Körperwahrnehmung, Musik) erhielten, gegenüber PatientInnen ohne Intervention.

### Gesamtevidenz (AOTA)

Für Gruppentherapien (z. B. *attention-focusing group, mobility training*) liegt insgesamt (auf Basis aller Evidenzlevel) vorläufige Evidenz für positive Ergebnisse durch Ergotherapie (*occupational outcomes*) vor, wobei weitere Studien für eine Etablierung des Zusammenhangs mit einer Verbesserung der Handlungs- und Leistungsfähigkeit (*occupational performance*) notwendig sind.

Zur Effektivität von Interventionen zur sensorischen Stimulanz können keine Aussagen getroffen werden (es liegt keine Level I Evidenz vor).

**RCT Schwerpunkt auf Snoezelen ...**

**... findet meist keine Gruppenunterschiede**

**kleine RCTs auch zu anderen Interventionen ...**

**liefern wenig Belege für positive Wirkung**

**gewisse Evidenz für positive Wirkungen der Gruppentherapien**

### 4.2.3 Umsetzungsvorschläge für die Praxis (AOTA)

Am Ende des Reviews zu Interventionen mit Bezug zur Wahrnehmungsfähigkeit von DemenzpatientInnen werden folgende exemplarische Umsetzungsvorschläge für die Praxis genannt:<sup>72</sup>

**physisches  
Lebensumfeld als Quelle  
von Barrieren und Stress  
... Einbeziehen der  
Betreuungsperson**

- ✧ ErgotherapeutInnen sollten das Umfeld der Demenzpatientin/ des Demenzpatienten auf mögliche Barrieren und auf Auslöser von Stress hin untersuchen.
- ✧ Einsichten aus der Literatur über die Gestaltung der Umwelt, visuelle Barrieren und Strategien, Weglauftendenzen von DemenzpatientInnen zu mildern, sollten mit den betreuenden Personen besprochen werden.
- ✧ Die potenziellen positiven Effekte von Musik während der Arbeit mit DemenzpatientInnen an morgendlichen Aktivitäten des täglichen Lebens sollten kommuniziert werden.

---

<sup>72</sup> Letts (2011a)

Tabelle 4.2-2: Review "Perception": SR-Evidence for Interventions That Aim to Change Perceptual Abilities of People With Alzheimer's Disease and Related Dementias

Author/Year	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Chung & Lai (2002) <sup>73</sup>	To review the clinical efficiency of Snoezelen for older people with dementia.	SR N=2 RCTs: 261 2 RCTs Baker (2003): N=136 van Weert (2005): N=125	<i>Intervention</i> Snoezelen interventions <i>Outcome Measures</i> Behaviours, mood	No differences between groups were found on most outcomes.	Limited evidence was available; meta-analyses could not be conducted.

AD= Alzheimer's Disease; ADLs = activities of daily living; RCT = randomized controlled trial, SR = systematic review

Source: taken with adaptations from Suppl. Table 2, Letts (2011a)

Tabelle 4.2-3: Review "Perception": RCT-Evidence for Interventions That Aim to Change Perceptual Abilities of People With Alzheimer's Disease and Related Dementias

Author/Year <i>Inpatient/ or Outpatient</i>	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Baillon et al. (2004) also reported in Baillon et al. (2005)  <i>BOTH IN- and OUTPATIENT</i>	To assess the effects of Snoezelen on agitated behaviour of people with AD.	RCT N=25 recruited from three purpose built units providing inpatient and day care facilities for the care of older people with mental health problems	<i>Intervention</i> Snoezelen intervention by trained staff in 3 sessions, each lasting 40 min, over 2 wk <i>Control</i> Alternative OT-intervention (reminiscence intervention by trained staff in 3 sessions, each lasting 40 min, over 2 wk) <i>Outcome Measures</i> Agitation, heart rate, mood	No statistically significant difference was found between Snoezelen and reminiscence interventions in agitation from pretreatment to immediately or 15 min post-treatment. No significant differences were found in mood ratings (positive or negative).	A small sample was used; sample selection bias is possible. Only immediate effects were evaluated.

<sup>73</sup> Cochrane Review: New search for studies and content updated (no change to conclusions), published in Issue 1, 2009, review content assessed as up-to-date: 21 April 2008.

Author/Year <i>Inpatient/ or Outpatient</i>	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Baker et al. (2001) <i>OUTPATIENT</i>	To evaluate the immediate and carryover effects of Snoezelen/multisensory stimulation (MSS).	RCT N=50 living at home with a primary carer	<i>Intervention</i> ≥ MSS sessions per week for 4 wk <i>Control</i> Alternative OT-intervention (activity group for same time, intervention – like MSS –delivered by key worker) <i>Outcome Measures</i> Mood, behaviors, speech	Immediate findings indicated that the MSS group had greater increase in attentiveness to their environment. Patients interacted appropriately with objects more often in the activity sessions. Carryover effect was limited.	It is unclear who completed the outcome measures; limited information about outcomes was provided. Sample size was not justified.
Baker, Dowling, Wareing, Dawson & Assey (1997) <i>OUTPATIENT</i>	To investigate the long- and short-term effects of the Snoezelen environment and to understand the processes occurring in Snoezelen intervention.	RCT N=36 participants living at home with a main carer and attend day clinic twice a week or more	<i>Intervention</i> Snoezelen 2x/wk over 4 wk <i>Control</i> Alternative OT-intervention (directed activity sessions of same duration delivered by teams of equally skilled and trained staff) <i>Outcome Measures</i> Behaviour, mood, cognition, speech	Snoezelen participants' behaviour did not change; activity participants' behaviour worsened. No between-group differences on other outcomes were identified.	Baseline differences between groups and multiple analyses may have resulted in errors. Sample size was not justified.
van Diepen et al. (2002) <i>mostly OUTPATIENT</i>	To evaluate the measurement and outcomes of Snoezelen for people with dementia.	Pilot RCT N=15 from a day hospital for psychiatry for elderly people, 1 patient from acute organic assessment ward)	<i>Intervention</i> 8 individual Snoezelen sessions <i>Control</i> Alternative OT-intervention (comparison group – 8 individual reminiscence therapy sessions) <i>Outcome Measures</i> Agitation, behaviour response to intervention	Both groups had reduced agitation and positive outcomes on behaviours. The Snoezelen group had better behaviour immediately after intervention, but this result was not sustained.	Sample size was small, and groups were nonhomogeneous.



Author/Year <i>Inpatient/ or Outpatient</i>	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Robichaud, Hebert & Desrosiers (1994) <i>INPATIENT</i>	To verify whether a sensory integration program improves the behaviour and functioning of institutionalized patients with dementia.	RCT N=40	<i>Intervention</i> Sensory integration, 3 sessions/wk for 10 wk <i>Control</i> Alternative OT-intervention (leisure activities of same duration) <i>Outcome Measures</i> Memory and behaviour problems, ADLs	No statistically significant between-group differences were identified; both groups improved in behaviours and ADLs.	Sample provides questionable power for analyses; it is uncertain whether measures were sensitive enough for analyses.
Pomeroy (1997) <i>INPATIENT</i>	To assess a physiotherapy music and movement intervention.	RCT N=24 residents in a hospital long-stay facility (psychiatric)	<i>Intervention</i> Physiotherapy including music, movement, body awareness, mobility <i>Control</i> No intervention <i>Outcome Measures</i> Mobility	Mobility improved during treatment.	Long-term effects were not addressed; rate of noncompliance was high.
Rosswurm (1990) <i>INPATIENT</i>	To investigate the effectiveness of an attention-focusing group program in stimulating the perceptual and cognitive processing, functional performance, and social interactions of people with dementia.	RCT N=30 selected from three skilled nursing homes	<i>Intervention</i> Welcome and relaxation, perceptual matching exercises, refreshments 30 min, 3x/wk over 4 wk <i>Control</i> Alternative intervention (social interaction, refreshments) <i>Outcome Measures</i> Behaviour, cognition, visual matching	Perceptual processing and social interactions improved, but improvements did not transfer to functional activities.	Sample size was justified; outcome measures have questionable sensitivity.

*AD= Alzheimer's disease; ADLs = activities of daily living; OT = occupational therapy; RCT = randomized controlled trial, SR = systematic review*

*Source: taken with adaptations from Suppl. Table 2, Letts (2011a)*

### 4.3 Review zu „Umgebung/Environment“

Die Forschungsfrage des systematischen Review zu „Environment“ lautete wie folgt:

... physische und soziale  
Umwelt adressiert

Was ist die Evidenz für den Effekt von auf die Lebensumgebung von DemenzpatientInnen abzielende (*environment based*) Interventionen, auf Leistungsfähigkeit, Affekt und Verhalten sowohl zu Hause als auch im institutionellen Setting?<sup>74</sup>

Mit „auf die Lebensumgebung abzielenden Interventionen“ sind Strategien gemeint, die die PatientInnen umgebende äußere physische und soziale Umwelt nutzen, in der ihr tägliches Leben stattfindet.<sup>75</sup>

#### Studien zu Umgebungs-/Umweltinterventionen

Beispiele für Umgebungs-/Umweltinterventionen sind das Anbringen von visuellen Hinweisen und von Schildern mit Notruftelefonnummern, das Beschriften von Schubladen und Kastentüren oder das Anbringen von Glocken an Türen.

Musiktherapie,  
Lichttherapie,  
Multisensorik

Sensorische Interventionen werden für den Hörsinn (Musiktherapie, Hintergrundmusik, Nutzen einer natürlichen Geräuschkulisse wie das Plätschern von Wasser oder Vogelstimmen), für den Geruchssinn (Aromatherapie), für den optischen Sinn (Lichttherapie – *bright light therapy*) und multisensorisch (Snoezelen<sup>76</sup>, Montessori) gesetzt. Therapeutische Interventionen nach Montessori setzen Lernspiele ein und verwenden ausgesuchte den PatientInnen vertraute Materialien wie Haushaltsgegenstände oder Küchenutensilien, die mit deren individuell verbliebenen Fähigkeiten korrespondieren.<sup>77</sup>

#### Evidenz zu Umgebungs-/Umweltinterventionen

##### Level I Evidenz

Im Bereich der Umgebungs-/Umweltinterventionen wurden 17 systematische Reviews und 50 RCTs als Level I Evidenz inkludiert.

- Nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Verminderung des Umherwanderns und „Wayfinding“

keine robuste Evidenz  
zu Interventionen gegen  
Umherwandern

3 Übersichtsarbeiten (Price 2001, Hermans 2007, Robinson 2007) beschäftigten sich mit Interventionen, die das Umherwandern von dementen PatientInnen vermindern sollten. Zwei dieser Arbeiten konnten keine Primärstudien zur Beantwortung der Fragestellung identifizieren. Ein systematischer Review (Robinson 2007) inkludierte 11 Studien (davon 8 RCTs mit gesamt

<sup>74</sup> Vgl. Padilla (2011a), Literatursuche abgeschlossen 2007, aktualisiert 2010, Details zur Suchstrategie: Arbesman (2011), Tabelle 3

<sup>75</sup> AOTA (2008) zitiert in Padilla (2011a)

<sup>76</sup> zur Beschreibung von multisensorischer oder Snoezelen-Intervention vgl. Kap. 4.2.2 zu wahrnehmungsverbessernden Intervention oben

<sup>77</sup> Lillard (2008) zitiert in Padilla (2011a)

399 PatientInnen) und kam zu dem Schluss, dass die Evidenzlage für keine der untersuchten Interventionen robust genug war, um sie empfehlen zu können.

In einem zusätzlich aufgefundenen RCT (McGilton 2003; siehe auch Review zu kompensatorischen Interventionen im Bereich der Wahrnehmung Kapitel 4.2.1) zeigte die Interventionsgruppe durch ein spezifisches Programm zur Orientierung eine nicht nachhaltige Verbesserung der Orientierungsfähigkeit (dem Auffinden des Speisesaals) gegenüber einer Kontrollgruppe. Weiters wurden in diese Übersichtsarbeit der AOTA zwei RCTs (Dooley 2004, Graff 2006) inkludiert, welche auch in der Übersichtsarbeit zu „Areas of Occupation“, unter instrumentelle ADL, Kapitel 4.1.2, berücksichtigt wurden. Mittels Hausbesuchen erbrachte ergotherapeutische Interventionen/ Empfehlungen führten zu einer Verbesserung der ADL (siehe auch Kapitel 5 zum niedergelassenen Bereich).

- Musiktherapie

Ein systematischer Review auf Basis von 21 Arbeiten, deren Studiendesign nicht näher beschrieben ist (möglicherweise keine randomisierten oder überhaupt kontrollierten Studien), verweist auf zahlreiche positive Effekte von Musik auf Gefühle und Verhalten dementer PatientInnen. Aufgrund des geringen Evidenzlevels der eingeschlossenen Arbeiten, können jedoch keine sicheren Aussagen zum Effekt der Musiktherapie, v.a. im Vergleich zu keiner oder anderen Interventionen getroffen werden.

Im Bereich der Musiktherapie wurden keine zusätzlichen RCTs in die Übersichtsarbeit der AOTA inkludiert.

- Aromatherapie:

3 Reviews (Holt 2003, Thorgrimsen 2003, Nguyen 2008) untersuchten die Auswirkungen von Aromatherapie auf demente PatientInnen. Die beiden Reviews aus dem Jahr 2003 schlossen in ihre Analyse nur die Ergebnisse eines/ des gleichen RCTs (Ballard 2002) mit 72 PatientInnen ein, welches einen signifikanten Effekt zu Gunsten der Intervention in einigen Outcomeparametern (bei gleichzeitiger, mäßiger Erhöhung der Nebenwirkungen durch Allergien) zeigte. Der Review aus dem Jahr 2008 schloss neben dem o.g. RCT 10 weitere RCTs in die Analyse ein (nur zwei dieser 10 RCTs wurden nach 2003 publiziert, waren dennoch in den früheren Übersichtsarbeiten nicht inkludiert worden). 7 der 10 neu inkludierten RCTs hatten weniger als 25 PatientInnen eingeschlossen, 3 sogar weniger als 10. Der Review kam zum Schluss, dass neben einer großen Heterogenität der Interventionen (v.a. hinsichtlich der Applikationsform) die Aromatherapie sowohl positive als auch negative Effekte zeigte.

Im Bereich der Aromatherapie wurden keine zusätzlichen RCTs in die Übersichtsarbeit der AOTA inkludiert.

- Lichttherapie

2 systematische Reviews aus dem Jahr 2004 (Forbes 2004, Skjerve 2004) analysierten den Effekt von Lichttherapien auf demente PatientInnen. Während in Forbes 2004 ausschließlich RCTs eingeschlossen wurden (3 RCTs mit insgesamt 128 PatientInnen), inkludierte der zweite Review neben zwei der drei in Forbes 2004 enthaltenen RCTs drei weitere RCTs, aber auch 16 weitere Arbeiten mit anderem Studiendesign. Der ausschließlich auf RCTs beruhende Review fand in keinem der untersuchten Outcomes (z.B.: Schlaf-, Verhaltens-, Stimmungs- oder kognitive Beeinträchtigungen) Hinweise auf

... Hinweise auf  
Wirksamkeit  
ergotherapeutischer  
Programme im  
niedergelassenen  
Bereich

Evidenzlevel der Studien  
zu Musiktherapie dürfte  
gering sein

Ein mittelgroßer RCT  
zeigt positive Effekte  
von Aromatherapie ...

allgemein unsichere  
Evidenzlage wegen  
geringer Studiengrößen  
und heterogener  
Interventionen

aus einer Vielzahl an  
Studien zur  
Lichttherapie ...

<p><b>...keine Hinweise auf Effektivität der Lichttherapie im klinisch relevanten Ausmaß</b></p>	<p>eine Effektivität der Lichttherapie. Auch im zweiten Review wurden inkonsistente Ergebnisse berichtet, mit Ausnahme einer positiven Beeinflussung des Schlaf- bzw. Aktivitätsrhythmus durch Lichtboxen.</p>
<p><b>... aus größeren RCTs keine Effekte durch Snoezelen belegbar</b></p>	<p>3 zusätzliche, nach den Reviews von 2004 publizierte Arbeiten einer Autorengruppe (Dowling 2005, 2007, 2008) wurden in die Übersichtsarbeit der AOTA inkludiert, wobei 2 der 3 Publikationen die gleichen 70 PatientInnen einschlossen (Dowling 2005 und 2007). PatientInnen mit Lichttherapie zeigten mehr positive Veränderungen in den Ergebnisparametern Agitation, Aggression, Depression, Essverhalten etc., wobei diese Veränderungen klein, und möglicherweise klinisch nicht relevant waren. Hinsichtlich des Schlaf-/Wachrhythmus zeigten sich keine Gruppenunterschiede, einzig die „rest-activity rhythm acrophase“ war in der Interventionsgruppe stabiler. In einer weiterführenden Arbeit mit 50 PatientInnen wurde die zusätzliche Verabreichung von Melatonin zur Lichttherapie untersucht, welche sich auf längere Wachphasen und höhere Aktivitätsniveaus auswirkte, sich aber aufgrund des geringen Stichprobenumfangs und die unterschiedlichen verwendeten Lichtintensitäten nicht eindeutig auf die Melatoningabe zurückführen lässt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Snoezelen Interventionen, Multisensorische Verhaltenstherapie, Montessori-basierte Aktivitäten</li> </ul>
<p><b>gewisse Hinweise auf beruhigende Wirkung von kombinierter Montessori-Intervention</b></p>	<p>2 Übersichtsarbeiten (Chung 2002, Lancioni 2002) untersuchten die Auswirkungen von Snoezelen Interventionen auf demente PatientInnen (Chung 2002 wurde bereits in Kapitel 4.2 „perception“ genannt). Während der systematische Review von Lancioni, der neben einem kleinen RCT offenbar nur Beobachtungsstudien einschloss, positive Effekte der Intervention (zumindest kurzfristig) beschrieb, zeigte der Review von Chung, welcher zwei große RCTs mit gesamt 261 PatientInnen einschloss, keine Therapieeffekte.</p> <p>Ein zusätzliches kleines RCT (Baillon 2004) mit 20 PatientInnen untersuchte die Auswirkungen auf Agitation, Herzfrequenz und Stimmung der unterschiedlichen Reihenfolge einer Snoezelen-Intervention und einer Reminiszenz Therapie, wobei keine Gruppenunterschiede festgestellt wurden. Ein weiteres kleines RCT mit 24 PatientInnen stellte deutliche Gruppenunterschiede hinsichtlich Agitation, Apathie und ADL Funktionen zu Gunsten einer multisensorischen Verhaltenstherapie fest, wobei das Bias Risiko aufgrund des kleinen Stichprobenumfangs und von Gruppenunterschieden (vor Interventionsbeginn) hoch ist. Zwei RCTs untersuchten Montessori-basierte Interventionen, wobei sich in einem kleinen RCT mit 14 PatientInnen positive Auswirkungen der Intervention auf die PflegeheimbewohnerInnen zeigten. Da die Intervention mit/ im Beisein von Kindern des einrichtungseigenen Kindergartens durchgeführt wurde, bleibt jedoch unklar, ob die Präsenz der Kinder per se zu dem positiven Effekt führte. Ein großes RCT mit 131 BewohnerInnen eines Pflegeheims untersuchte die Auswirkung von Akupressur+ Montessori im Vergleich zu einer Routine- ergotherapeutischen Intervention, welche zu geringerer körperlicher Unruhe führte.</p>

- Andere nichtmedikamentöse Therapien

Die restlichen sechs systematischen Reviews (Ayalon 2006, Kong 2009, Kverno 2009, Livingston 2005, Opie 1999, Verkaik 2005) untersuchten den Einfluss verschiedener nichtmedikamentöser Therapien auf neuropsychiatrische Symptome, das Verhalten bzw. die allgemeine körperliche Unruhe („agitation“) bei dementen PatientInnen. Die Einschlusskriterien der Übersichtsarbeiten unterschieden sich deutlich voneinander. Während einer der beiden rezentesten Reviews (Kong 2009) ausschließlich RCTs einschloss (14 RCTs mit 585 PatientInnen), wurden in einer anderen Arbeit (Livingston 2005) 161 Studien (davon nur 1 RCT) berücksichtigt. Über die unterschiedlichen Therapiebereiche und Ergebnisparameter hinweg, war die Schlussfolgerung der Reviews ähnlich: Die untersuchten Interventionen wurden meist als vielversprechend („promising“)/ brauchbar („useful“), deren Effektivität wurde als möglicherweise wirksam („may be efficacious“, „provided limited, effectiveness“, „some evidence was provided“) bezeichnet. Gleichzeitig wurde bei allen Arbeiten vermerkt, dass die Stichprobenumfänge der inkludierten Studien allgemein gering waren und sich eine große Heterogenität (in Studiendesigns, Ergebnisparametern, Kontrollinterventionen etc.) zeigte.

**große Heterogenität in Studien mit kleinen Stichproben erschwert Konkretisieren positiver Tendenzaussagen zur Wirkung diverser nichtmedikamentöser Interventionen**

### Gesamtevidenz (AOTA)

Die Evidenz zum Effekt von Umweltinterventionen auf Affekt, Verhalten und Handlungs- und Leistungsfähigkeit (*performance*) ist gemischt.

Die vorliegende Evidenz legt nahe, dass Hintergrundmusik, Aromatherapie und multisensorische Snoezelen-Intervention<sup>78</sup> moderate Effektivität hinsichtlich der Reduktion von gesteigerter Erregung/ Erregbarkeit (*agitation*) zeigt. Konsistente Langzeiteffekte sind nicht belegt. Visuell komplexe Umgebungen, die BewohnerInnen die Illusion von Barrieren vermitteln, halten diese von gefährlichen Orten fern, reduzieren aber nicht das Umherschweifbedürfnis von DemenzpatientInnen. Zur Therapie mit hellen Lichtquellen (*bright light therapy*) gibt es hinsichtlich eines positiven Einflusses auf das Befinden (*mood*) und auf den Tagesrhythmus (*sleep-wake cycle*) nur vorläufige Evidenz. Auf Montessori basierende Programme können dabei unterstützen, Aktivitäten und Beschäftigungen gezielt auf die der Demenzpatientin/ dem Demenzpatienten verbliebenen Fähigkeiten abzustimmen.

Zu sämtlichen dieser Interventionen<sup>79</sup> ist weitere Forschung zu Langzeiteffekten, Kontraindikationen und Dosierung notwendig.

**... beim derzeitigen Stand der Forschung sind klare Aussagen über Effektivität verfrüht ...**

### Generische Umsetzungsvorschläge für die Praxis (AOTA)

Am Ende des Reviews zu Interventionen mit Bezug zur physischen oder sozialen Umwelt von DemenzpatientInnen werden diese generischen Umsetzungsempfehlungen für die Praxis gegeben:

- ✿ Die Toleranz des Patienten/ der Patientin für eine bestimmte Intervention sollte im Vorfeld individuell getestet werden.
- ✿ Behandlungsstrategien sollten individuell auf die speziellen Bedürfnisse der Patientin/ des Patienten zugeschnitten sein.

**Aufruf zur Individualisierung ergotherapeutischer Interventionen**

<sup>78</sup> zur Beschreibung von multisensorischer Snoezelen-Intervention vgl. Kap. 4.2.2 zu wahrnehmungsverbessernden Intervention oben

<sup>79</sup> außer zu Snoezelen, vgl. Evidenzzusammenfassung Kap. 4.2.2 zu wahrnehmungsverbessernden Intervention oben

Tabelle 4.3-1: Review "Environment": SR-Evidence for Environment-Based Interventions for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias

Author/Year	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
"Environmental modifications" or nonpharmacological interventions to reduce wandering					
Price, Hermans & Grimley Evans (2001)	To assess the effect of subjective exit modifications on the wandering behaviour of cognitively impaired people.	SR N = 0 (no studies found)	<i>Intervention</i> Reviewers sought RCTs or interrupted time series studies on exit modifications that aim to function as subjective barriers to prevent the wandering of cognitively impaired people.	No suitable studies were found.	No studies were available.
Hermans, Htay & McShane (2007)	To evaluate the effectiveness and safety of nonpharmacological interventions in reducing wandering in the domestic setting by people with dementia.	SR N = 0 (no RCTs found)	<i>Intervention</i> Reviewers sought RCTs comparing intervention with no intervention or usual treatment ("standard care") or another intervention.	No suitable RCTs were found, so no results could be reported.	No studies were available.
Robinson et al. (2007)	To determine the clinical and cost-effectiveness and acceptability of nonpharmacological interventions to reduce wandering in people with dementia.	SR N = 11 studies, 8 RCTs: N=399 <i>Multi-sensory environment</i> Baker (1998): N=50 Baker (2003): N=136 McNamara (2001): N=12 <i>Therapeutic touch</i> Woods (2005): N=57 <i>Music therapy</i> Groene (1993): N=30 <i>Exercise</i> Landi (2004): N=30 <i>Aromatherapy</i> Ballard (2002): N=72 Mitchell (1993): N=12	<i>Interventions</i> Multisensory environments, therapeutic touch, ambient music, exercise, special units, aromatherapy, individual behaviour management system <i>Outcome Measures</i> Wandering, restlessness, pacing	No robust evidence was found to recommend any intervention; some weak evidence exists for exercise. No studies were found on cost-effectiveness. Exercise and music therapy were found to be acceptable; physical restraints were unacceptable.	Diverse definitions of wandering were used. Outcome measures were not reported. Participants' perspective on acceptability was not addressed.

Author/Year	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Music					
Sherratt, Thornton & Hatton (2004)	To qualitatively review the effects of music on emotional and behavioural responses in people with dementia.	SR N = 21 articles (no description of design of included studies available, apparently few RCTs)	<i>Intervention</i> Group and individual music therapy, listening to tapes and ambient music <i>Outcome Measures</i> Agitation, disruptive vocalizations, participation, wandering, memory, mood, social interaction, aggression	Music was effective in decreasing aggression, agitation, wandering, repetitive vocalizations and irritability. Music also increased reality orientation, memory, engagement and participation.	Most studies had small and non-representative samples and did not report reliability or validity.
Aromatherapy					
Holt et al. (2003) Zitation Pubmed: Thorgrimsen et al. (2003)	To assess the effectiveness of aromatherapy for people with dementia.	SR N = 4 RCTs, only one had useable data: Ballard (2002): N=72	<i>Intervention</i> Fragrance from plants (10% lemon balm or lavender in lotion) applied topically, lavender applied topically, or lavender diffused <i>Outcome Measures</i> Cognitive function, functional performance, quality of life, relaxation, wandering, sleep, mood, disruptive behaviour	A significant effect was found in favour of the intervention on measures of agitation and neuropsychiatric symptoms. Evidence of a small effect of harm due to allergies was found.	Sample size of included studies was small. Several different essential oils were used, and relative effectiveness is unclear.
Thorgrimsen, Spector, Wiles & Orrell (2003)	To assess the efficacy of aromatherapy as an intervention for people with dementia.	SR N = 2 RCTs; only one had useable data: Ballard (2002): N=72	<i>Intervention</i> Trials using fragrance from plants used in aromatherapy <i>Outcome Measures</i> Cognitive function, quality of life, relaxation	A significant treatment effect was shown in favour of aromatherapy after 4 wk of treatment on several outcome measures.	Studies, participants and other factors were heterogeneous. Participants were taking psychiatric medications.

Author/Year	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Nguyen & Paton (2008)	To review the evidence supporting the use of aromatherapy in reducing behavioural and psychological symptoms in dementia.	SR N = 11 RCTs (N=298) Ballard (2002): N=72 Lin (2007): N=70 Bowles (2002): N=56 Smallwood (2001): N=21 Kilistoff (1998): N=16 Holmes (2002): N=15 Gray (2002): N=13 Mitchell (1993): N=12 Henry (1994): N=9 Snow (2004): N=7 Burleigh (1997): N=7	<i>Intervention</i> Lavender oil administered through touch, massage or aroma diffuser <i>Outcome Measures</i> Agitated behaviours, resistance to nursing care procedures, duration of sleep	Both positive and negative side effects were reported. Although overall behaviours decreased, results were mixed within samples.	Most studies had small sample sizes. Side effects were not assessed. Inconsistent procedures were used for application of intervention.
Light					
Forbes, Morgan, Bangma, Peacock & Adamson (2004)	To assess evidence of the efficacy of bright light therapy (BLT) in managing sleep, behaviour, mood and cognitive disturbances associated with dementia.	SR N = 3 RCTs: N=128 3 RCTs Ancoli-Israel (2003): N=92 Gasio (2003): N=13 Graf (2001): N=23	<i>Intervention</i> BLT, at any intensity and duration, for people with dementia of any degree of severity compared with control group <i>Outcome Measures</i> Sleep, behavioural, mood or cognitive disturbances; changes in institutionalization rates or cost of care	No adequate evidence was found of the effectiveness of BLT in reaching target outcomes.	Studies were heterogeneous and had small sample sizes.



Author/Year	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Skjerve, Bjorvatn & Holdsten (2004)	To review the efficacy, clinical practicability and safety of light treatment for behavioural and psychological symptoms of dementia.	SR N = 21 studies; 5 RCTs in 6 publications: N=160 Mishima (1998): N=22 Lyketsos (1999): N=8 Ancoli-Israel (2002): N=46 Gasio (2003): N=13 Ancoli-Israel (2003): N=71	<i>Interventions</i> Conventional light boxes, light visors, ambient light and dawn-dusk simulation; all but one study carried out in institutional settings <i>Outcome Measures</i> Psychotic and depressive symptoms, sleep-activity rhythm disturbances, agitation	Results regarding sleep and activity rhythm were not consistent. A favourable effect of light boxes was reported on some aspects of sleep and activity rhythmicity. No clear evidence of efficacy was found for agitation and depression.	Adverse effects were not considered. Sample sizes were small.
Snoezelen					
Chung & Lai (2002) <sup>80</sup>	To examine the efficacy of Snoezelen for older people with dementia and their caregivers.	SR N=2 RCTs: 261 2 RCTs Baker (2003): N=136 van Weert (2005): N=125	<i>Interventions</i> Snoezelen or multisensory programs <i>Outcome Measures</i> Behaviour, community skills, mood, orientation, depression	No evidence shows the efficacy of Snoezelen for treatment of dementia.	Meta-analyses could not be performed because of the limited number and different study methods of the available trials.
Lancioni, Cuvo & O'Reilly (2002)	To review the evidence on use of Snoezelen with people with developmental disabilities and dementia.	SR N = 7 studies of people with dementia, 5 in English, 2 in Dutch Of the 5 English: 1 RCT: Baker (1997) – N=36	<i>Intervention</i> Snoezelen in varying environments, durations and frequencies <i>Outcome Measures</i> Engagement, language expression, memory, social and emotional behaviours	6 of the 7 studies with people with dementia reported positive within-session effects on communication, engagement and self-injury measures. All studies reported inconclusive long-term effects.	Sample sizes were small. Outcome measures were heterogeneous and most were observational.

<sup>80</sup> Cochrane Review: New search for studies and content updated (no change to conclusions), published in Issue 1, 2009, review content assessed as up-to-date: 21 April 2008.

Author/Year	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Mixed "nonpharmacological interventions"					
Ayalon, Mc Gum, Feliciano & Areal (2006)	To evaluate the usefulness of nonpharmacological interventions in the management of neuropsychiatric symptoms (NPS) of dementia.	SR N = 9 studies (3 RCTs – N=314 - and 6 single case) 3 RCTs: Mc Callion (1999): N=66 Teri (2005): N=95 Teri (2003): N=153	<i>Interventions</i> Interventions addressing unmet needs, learning, behaviour, caregiving, environmental vulnerability, reduced stress threshold <i>Outcome Measures</i> Reduction in problem behaviours and NPS	Interventions that address behavioural issues and unmet needs and that include caregivers or BLT may be efficacious.	Small sample sizes limit generalizability of results. Studies were heterogeneous in design and interventions tested.
Kong, Evans & Guevara (2009)	To review evidence on the effectiveness of nonpharmacological interventions for agitation in older adults with dementia.	SR N = 14 RCTs: N= 585	<i>Interventions</i> Sensory interventions, social contacts, activities, environmental modification, caregiver training, combination therapy, behavioural therapy <i>Outcome Measures</i> Agitation, functional deterioration, orientation, aggression	Sensory interventions produced significant reductions in agitation, but the other interventions did not.	Sample sizes were small. Participants in most studies were female residents of nursing homes.
Kverno, Black, Nolan & Rabins (2009)	To evaluate the published literature on nonpharmacological treatment for neuropsychiatric symptoms in advanced dementia.	SR N = 21 studies, 12 RCTs: N=789 <i>Emotion-oriented treatments:</i> Finnema (2005): N=146 Magai (2002): N=91 <i>Simulated presence:</i> Camberg (1999): N=54 Garland (2007): N=30 <i>Sensory-oriented treatments:</i> Ballard (2002): N=72 Lin (2007): N=70 <i>Bright light therapy:</i> Mishima (1998): N=22 <i>Movement therapy:</i>	<i>Interventions</i> Emotion-oriented, behavioural, environmental, sensory, BLT, movement, music, multisensory, touch and balance interventions <i>Outcome Measures</i> Daily function, orientation, affect, mood, agitation, withdrawal, disruptive and nondisruptive behaviour	Some, but limited, effectiveness was shown for physical environments that minimize social and spatial crowding, staff who are sensitive and validate the nonverbal expression of emotion, and individualized schedules or activities to correct identified arousal imbalances.	Sample sizes were small. Most studies had non-equivalent controls and did not control for intervening variables, making the key elements of the interventions unclear.

Author/Year	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
		Holliman (2001): N=12 <i>Music therapy:</i> Garland (2007): N=30 Holmes (2006): N=32 Svansdottir (2006): N= 46 <i>Multi-sensory stimulation or Snoezelen:</i> Baker (2003): N=136, includes Baker (2001) <i>Balancing arousal:</i> Kovach (2004): N=78			
Livingston, Johnston, Katona, Paton & Lyketsos (2005)	To review the literature on psychological approaches to treating the neuropsychiatric symptoms of dementia.	SR N = 162 studies (47 related to environmental and/ or multisensory interventions) – only 1 RCT: Baker (2001) zu Snoezelen: N=50	<i>Interventions</i> Music, Snoezelen or multisensory stimulation; simulated presence; decreased sensory stimulation; visually complex environments <i>Outcome Measures</i> Agitation, behaviour, social interaction, anxiety, institutionalization	Music, Snoezelen and multisensory stimulation were useful during treatment sessions but had no long-term effects. Interventions that changed the visual environment looked promising, but more research is needed.	Sample sizes were small. Outcome measurement instruments were not reported.
Opie, Rosewarne & O'Connor (1999)	To review evidence on non-pharmacological strategies to alleviate behavioural disturbances in elderly people with dementia.	SR N = 43 studies, 4 RCTs: N=215 <i>Activity program</i> Robichaud (1994): N=40 Rovner (1996): N=81 <i>Multidisciplinary team</i> Hinchcliffe (1995): N=40 <i>Carer education</i> Burgener (1998): N=54 Rovner (1996): N=81	<i>Interventions</i> Changes to the physical environment; activity programs; exposure to music, voice and language; massage and aromatherapy; light therapy; multidisciplinary teams; carer education <i>Outcome measures</i> Agitation, aggression, verbal disruption	Evidence was found to support the efficacy of activity programs, music, behaviour therapy, light therapy, carer education, and changes to the physical environment.	Most studies had low rigor. Sample sizes were small and data collection methods were imprecise. Attrition rates were high.

Author/Year	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Verkaik, vanWeert & Francke (2005)	To review the evidence for the effectiveness of 13 psychosocial methods for reducing depressed, aggressive or apathetic behaviours in people with dementia.	SR N = 19 studies; 10 RCTs: N=650 <i>Validation</i> Finnema (1998, 2000) & Dröes (1999): N=146 Toseland (1997): N=88 <i>Reality orientation</i> Spector (2001): N=35 Hanley (1981): N=57 <i>Multi sensory stimulation/ Snoezelen</i> Baker (2001): N=50 Robichaud (1993): N=40 <i>Reminiscence</i> Goldwasser (1987): N=27 <i>Psychomotor therapy</i> Hopman-Rock (1999): N=92 Dröes (1991): N=43 <i>Behavior therapy</i> Teri (1997): N=72	<i>Interventions</i> Behaviour therapy, psychotherapy, emotion-oriented care, Snoezelen, simulated presence, reminiscence, reality orientation, activity therapy <i>Outcome Measures</i> Depressed, aggressive or apathetic behaviours	Some evidence was provided that Snoezelen reduces apathy in people in the latter phases of dementia.	Sample sizes were small. Snoezelen studies were not suitable for meta-analysis.

*AD = Alzheimer's disease; ADLs = activities of daily living; BLT = bright light therapy; IADLs = instrumental activities of daily living; RCT = randomized controlled trial; SR = systematic review*

*Source: taken with adaptations from Suppl. Table 1, Padilla (2011a)*

Tabelle 4.3-2: Review "Environment": RCT-Evidence for Environment-Based Interventions for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias

Author/Year Inpatient/ or Outpatient	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Wayfinding/ environmental modifications					
McGilton, Rivera & Dawson (2003) <i>INPATIENT</i>	To determine the effects of a wayfinding intervention on residents' ability to find their way in a new environment.	RCT N=32	<i>Intervention</i> Backward chaining rehearsal of way-finding and use of an individualized location map <i>Control</i> no intervention <i>Outcome Measures</i> Agitation, spatial orientation, ability to find way to dining room and bedroom	More residents in the intervention group were able to find their way to the dining room compared with the control group, but this was not sustained at follow-up. No differences were found between groups in finding their way to their bedrooms. Both groups had decreased agitation. Spatial orientation scores were low for both groups.	A possible attention bias may have favoured the intervention group. Despite sample size calculation, a larger sample would have been helpful for further analyses.
Dooley & Hinojosa (2004) <i>OUTPATIENT</i>	To examine the extent to which occupational therapy recommendations increase the quality of life of people with AD and decrease the burden felt by caregivers in the community.	RCT N = 40 people with possible or probable AD (16 men, 24 women; mean age = 77) N = 40 caregivers (8 men, 32 women), outpatients in their own homes	<i>Intervention</i> Home occupational therapy assessment and recommendations, in person discussion of recommendations for the intervention group <i>Control</i> No intervention (home occupational therapy assessment and recommendations sent via mail only after follow-up) <i>Outcome Measures</i> Caregiver burden, quality of life, ADLs	Caregivers in the treatment group followed 65% of recommended strategies. Comparison of baseline to follow-up indicated significant differences in quality of life, increased positive affect, and increased independence in self-care of clients.	Inconsistency in caregivers' completion of assessments and follow-through with recommendations may have influenced accuracy of the results. Effect from environmental modifications was not reported separately.

Author/Year <i>Inpatient/ or Outpatient</i>	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Graff et al. (2006) <i>OUTPATIENT</i>	To determine the effectiveness of community-based occupational therapy on daily functioning of patients with dementia and the sense of competence of their caregivers.	RCT N = 135 (>= age 65) living in the community and their primary caregivers	<i>Intervention</i> 10 in-home occupational therapy sessions over 5 wk, 4 sessions identifying activities on which to focus improvement and 6 sessions educating clients and compensatory and environmental (home modification) strategies to improve ADL performance <i>Control</i> No intervention (occupational therapy only after completion of study) <i>Outcome Measures</i> Daily functioning, caregiver burden	The intervention group showed a significant improvement in functioning in daily activities compared with the control group. At 12-wk follow-up, the intervention group still demonstrated better daily functioning.	Clients, caregivers and therapists were not blinded. Participants were selected from outpatient clinics instead of a variety of settings, which would have given a more representative sample.
Light therapy					
Dowling et al. (2008) <i>INPATIENT</i>	To test whether the addition of melatonin to BLT enhances efficacy in treating rest-activity (circadian) disruption in institutionalized patients with AD.	RCT N = 50 (7 men, 43 women; mean age = 86)	<i>Intervention</i> 1 hr morning light exposure (>= 2,500 lux in gaze direction) 5 days/wk for 10 wk and 5 mg melatonin or placebo in the evening <i>Control</i> TAU (usual indoor light) <i>Outcome Measures</i> Nighttime sleep, daytime sleep, daytime wake, day activity, day-night sleep ration, rest-activity rhythm (measured with actigraphy)	BLT alone did not improve night-time sleep, daytime wake, or rest-activity rhythm. BLT plus melatonin increased daytime wake time and activity levels and strengthened rest-activity rhythm. BLT alone was more effective than ambient light in improving day activity and daytime sleep but not in other measures.	Sample size was small. Ambient light was supplemented inconsistently with light boxes. Results that were due to melatonin or bright lights alone were not sufficiently differentiated.

Author/Year <i>Inpatient/ or Outpatient</i>	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Dowling, Graf, Hubbard & Luxenberg (2007) <i>INPATIENT</i>	To test the effect of timed morning or afternoon BLT compared with usual indoor light levels on neuropsychiatric behaviours in nursing home residents with AD.	RCT N = 70 (13 men, 57 women; mean age = 84)	<i>Intervention</i> BLT box (>= 2,500 lux) in gaze direction (Group 1 in morning, Group 2 in afternoons) 5 days/wk for 10 wk <i>Control</i> TAU (10 wk usual indoor light, 150 – 200 lux) <i>Outcome Measures</i> Agitation/ aggression, depression/ dysphoria, aberrant motor behaviour, appetite/ eating disorders	Significant differences between groups were found on outcome measures. BLT groups had more positive changes, but the magnitude of change was small and may not represent clinically significant findings.	Participants were not blinded, sample size was small, participants did not consistently complete each session, and duration of exposure to light changed from session to session.
Dowling, Mastik, Hubbard, Luxenberg & Burr (2005) <sup>81</sup> <i>INPATIENT</i>	To test the effectiveness of timed BLT in reducing rest-activity (circadian) disruption in institutionalized patients with AD.	RCT N = 70 (mean age 84)	<i>Intervention</i> 1 hr BLT box (2,500 lux in gaze direction) in either morning or afternoon 5 days/wk for 10 wk <i>Control</i> TAU (10 wk usual indoor light, 150 – 200 lux) <i>Outcome Measures</i> Nighttime sleep, daytime wake, rest-activity parameters (measured with actigraphy)	No significant differences were found in nighttime sleep or daytime wake between groups. Both experimental light conditions resulted in more stable rest-activity rhythm acrophase over the treatment period compared with the control condition.	Participants were not blinded, sample size was small, participants did not consistently complete each session, and duration of exposure to light changed from session to session.

<sup>81</sup> Dowling (2005) und Dowling (2007) im Feld darüber sind Doppelpublikationen eines RCT.

Author/Year <i>Inpatient/ or Outpatient</i>	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Snoezelen/ multisensory behaviour therapy/ Montessori-based activities					
Baillon et al. (2004) <i>IN- and OUTPATIENT</i>	To assess the effects of Snoezelen on agitated behaviour in dementia.	RCT N=20 (8 men, 12 women; median age = 73.5) recruited from purpose built units providing inpatient and day care facilities	<i>Intervention</i> Snoezelen over 2 wk, 1 wk no intervention, then reminiscence therapy over 2 wk <i>Control</i> Alternative OT-intervention (same interventions in reverse order) <i>Outcome Measures</i> Behaviour, agitation, heart rate, mood	No significant difference was found in agitated behaviour and heart rate between the two groups. Snoezelen appeared to have greater benefit than reminiscence in measures related to mood.	Sample was small and heterogeneous, Heart rate could indicate both agitation and positive stimulation. Effect beyond the session was not reviewed.
Staal et al. (2007) <i>INPATIENT</i>	To assess whether combined standard psychiatric inpatient care and multisensory behaviour therapy/Snoezelen reduce agitation and apathy and improve ADLs in people with dementia.	RCT N = 24 (8 men, 16 women; mean age = 76.35)	<i>Intervention</i> Pharmacological therapy, occupational therapy, structured hospital environment plus 6 sessions of multisensory behaviour therapy/ Snoezelen <i>Control</i> Alternative OT-intervention (Pharmacological therapy, occupational therapy, structured hospital environment plus 6 sessions of structured activity) <i>Outcomes Measures</i> ADL function, agitation, apathy, disruptive behaviour	The multisensory behaviour therapy group improved significantly in levels of agitation, apathy and ADL function compared with the control group.	Sample size was small. Experimental and control groups were non-equivalent. Observational measures may have led to observation bias.



Author/Year <i>Inpatient/ or Outpatient</i>	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Lee, Camp & Malone (2007) <i>INPATIENT</i>	To examine the effect of Montessori-based programming on positive forms of engagement of people with dementia.	RCT N = 14 (14 dementia special-care unit residents in a nursing home, in dyads with 15 pre-school children from facility's on-site child care centre)	<i>Intervention</i> Intergenerational (older adult – child dyads) Montessori-based sessions (control group - regular unit activity program); after 6 mo, groups switched for 6 mo <i>Control</i> TAU (regular unit program) <i>Outcome Measures</i> Type and frequency of engagement	Intergenerational programming elicited higher levels of positive or constructive engagement and lower levels of negative (passive or non-active) engagement in residents with dementia than regular unit programming.	Sample size was small. Effect from interaction with children cannot be fully excluded from that of Montessori program itself.
Lin et al. (2009) <i>INPATIENT</i>	To explore the effectiveness of acupressure and Montessori-based activities in decreasing agitated behaviour in residents with dementia.	RCT N = 133 institutionalized residents (98 men, 35 women)	<i>Intervention</i> Acupressure, presence and Montessori in varying orders, to 3 groups for 4 wk <i>Control</i> Alternative OT-intervention <i>Outcome Measures</i> Agitated behaviour and verbalization, affect, ease of care with ADLs	Significantly fewer agitated behaviours and greater ease of care were found with acupressure and Montessori than with presence. None of the interventions decreased verbally agitated behaviours. Montessori showed the largest significant increase in positive affect.	Measurement scales are not sensitive to measure affect of older people. Men and women are unequally represented in sample.

*AD = Alzheimer's disease; ADLs = activities of daily living; BLT = bright light therapy; IADLs = instrumental activities of daily living; OT = occupational therapy; RCT = randomized controlled trial; SR = systematic review; TAU = treatment as usual*

*Source: taken with adaptations from Suppl. Table 1, Padilla (2011a)*

## 4.4 Review zu Anforderungen an Aktivitäten/ „Activity demands“

Die Forschungsfrage des systematischen Reviews zu „Activity demands“ lautete wie folgt:

**ergotherapeutische Interventionen zielen auf Erleichterung von für PatientIn wichtigen Verrichtungen ...**

Was ist die Evidenz für den Effekt von Interventionen mit dem Ziel, die Anforderungen für die Durchführung von Aktivitäten (*activity demands*) in den Bereichen Selbstversorgung (*self care*), Arbeit, Freizeit und sozialer Teilhabe von AlzheimerpatientInnen anzupassen und zu modifizieren?<sup>82</sup>

Anforderungen für die Durchführung von Aktivitäten (*activity demands*) sind als die spezifischen Eigenschaften einer Aktivität zu verstehen, die Art und Maß an Anstrengung für deren Durchführung beeinflussen. Modifikationen dieser Anforderungen könnten etwa aus der Reorganisation der Handlungsschritte, aus einer Veränderung der Position der ausführenden Person oder aus beidem kombiniert bestehen.<sup>83</sup>

**... auch durch den Einsatz von Hilfsmitteln**

Hilfsmittel zur Erleichterung von Verrichtungen (*adaptive equipment, assistive technology*) sind beispielsweise Gehstöcke, Rollatoren oder Sitzgelegenheiten für Dusche oder Badewanne.<sup>84</sup> Beispiele für bauliche Veränderungen sind Rampen, das Absenken von Kästen und Schränken, das Anbringen von Geländern oder die Adaption von Nassräumen. Auch die Entfernung von physischen Barrieren wie Teppichen fällt darunter.<sup>85</sup>

**Unterteilung von Interventionen zu activity demands**

Interventionen mit dem Ziel, Anforderungen an Aktivitäten zu vereinfachen lassen sich aus der verfügbaren Literatur in drei – nicht trennscharfe – Untergruppen unterteilen:

- ✧ in Einklang bringen mit Fähigkeiten und Interessen (*matching client skills and interests*)
- ✧ Einsatz von Hinweisen (*use of cues*)
- ✧ kompensatorische und Umweltstrategien (*compensatory and environmental strategies*)

### Studien zum Akkordieren mit Fähigkeiten und Interessen

**Eingehen auf Fähigkeiten und Interessen ...**

Ein Beispiel für das in Einklang bringen von Aufgaben mit den verbliebenen Fähigkeiten und althergebrachten Interessen der Patientin/ des Patienten ist das Gestalten individuell zugeschnittener Aktivitätsprogramme nach ausführlicher ergotherapeutischer Anamnese. Betreuungspersonen wurden angeleitet, das Setting für Aktivitäten für die Demenzpatientin/ den Demenzpatienten zu vereinfachen, indem sie unnötige Objekte entfernen oder benötigtes Material in Sichtweite der Patientin/ des Patienten legen. Vereinfachungen der Aktivitäten selbst erfolgten durch das Anbieten eines Aktivitätsschritts nach dem anderen und durch das Einräumen von mehr Zeit für

<sup>82</sup> Vgl. Padilla (2011b), Literatursuche abgeschlossen 2007, aktualisiert 2010, Details zur Suchstrategie: Arbesman (2011), Tabelle 3

<sup>83</sup> AOTA (2008) zitiert in Padilla (2011b)

<sup>84</sup> Mann (1999) zitiert in Padilla (2011b)

<sup>85</sup> Padilla (2011b)

das Bewältigen der Aktivität. Weiters wurden Betreuungspersonen für das Auftreten von Frustration bei der Aufgabenerfüllung sensibilisiert und in der Kommunikation mit der betreuten Person geschult. Hierbei sind aufmunternde Bemerkungen in Richtung der Patientin/ des Patienten und kurze, klare Anleitungen durch die Betreuungsperson hilfreich.

... unter Einbezug der Betreuungsperson

### Studien zu kompensatorischen und Umweltstrategien

In Studien zu kompensatorischen und Umweltstrategien zur Adaptierung der Anforderungen von Aktivitäten (*activity demands*) wurde das Trainieren mit neuen Hilfsmitteln ebenso beleuchtet, wie das Anbringen optischer Hinweise, oder das Installieren von Schildern auf Schubladen und an Türen, der Einsatz von Kindersicherung an der Eingangstür oder die Benutzung von Medikamentenboxen mit Erinnerungsfunktion. Betreuungspersonen wurden in Coping-Verhalten ausgebildet. Im Kontext der Nahrungsaufnahme wurde leise Hintergrundmusik beim Essen, buffetartige Speisenwahl statt vorportionierter Teller oder Änderungen der Speisenskonsistenz untersucht.

trainieren und Einsatz von Hilfsmitteln ...

... und Adaption der Umwelt

### Level I Evidenz

Als Level I Evidenz wurden in diesem AOTA Review 1 systematischer Review und 6 RCTs inkludiert.

Der systematische Review (Watson 2006), welcher insgesamt 13 Studien (davon nur 1 RCT mit 24 PatientInnen; Coyne 1997) einschloss, untersuchte Interventionen, welche die Essenszubereitung und -darreichung sowie die Umgebungsbedingungen veränderten (Musik etc.) auf Auswirkungen auf das Essverhalten (und andere assoziierte Outcomes) dementer PatientInnen in Pflegeheimen, wobei durchwegs positive Effekte beobachtet wurden. Beim zusätzlich im AOTA Review zum Thema Essverhalten berücksichtigten RCT, handelt es sich um das bereits im Review von Watson 2006 inkludierte RCT von Coyne 1997.

kleiner RCT findet positive Effekte bei Adaption des Essvorgangs

Die anderen RCTs untersuchen ganz unterschiedliche Interventionen: Drei der RCTs aus dem niedergelassenen Bereich wurden bereits in anderen AOTA Reviews genannt (Gitlin 2008 siehe auch „Areas of occupation“ und „Caregiver strategies“; Graff 2006 siehe auch „Areas of occupation“ sowie „Umgebung/ Environment“ und „Caregiver strategies“; Dooley 2004 siehe auch „Areas of occupation“ sowie „Wahrnehmung/Perception“) und werden in Kapitel 5 zu Ergotherapie im niedergelassenen Bereich detailliert beschrieben. Zwei weitere RCTs wurden im stationären Bereich (Kolanowski 2001, Spector 2003) durchgeführt. Neben einer wenig aussagekräftigen kleinen Pilotstudie mit 10 PatientInnen zu „theory-based activity selection“ (Kolanowski 2001), zeigte ein großer RCT (Spector 2003) mit 131 PatientInnen, dass die kognitive Stimulationsbehandlung („cognitive stimulation therapy“) durch die Verwendung eines „reality orientation boards“, welches Personal und Informationen zur Orientierung während der Gruppeneinheiten zeigte, im Vergleich zu normalen ergotherapeutischen Gruppeneinheiten zu einer signifikanten Verbesserung der kognitiven Funktionen und der Lebensqualität führte, jedoch keinen Einfluss auf das Kommunikationsverhalten, funktionelle Fertigkeiten, Ängstlichkeit oder Depression hatte.

... vielschichtiges Evidenzbild aus größerem RCT zu cognitive stimulation therapy

### Gesamtevidenz zu veränderten Activity demands (AOTA)

**individuelle Kalibrierung  
von Verrichtungen  
vielversprechender  
Ansatz**

Für die Sinnhaftigkeit des Abstimmens von Verrichtungen auf die Fähigkeiten und Interessen der PatientInnen liegt vorläufige Evidenz vor. Trotz Studienlimitationen werden konsistent positive Effekte in Bezug auf eine Reihe von Ergebnisparametern berichtet.

### Umsetzungsvorschläge für die Praxis (AOTA)

Am Ende des Reviews zu „Activity demands“ stehen exemplarische Umsetzungsvorschläge für die Praxis zur Adaptierung von Activity demands:

**verbliebene Fähigkeiten  
und Interessen  
mobilisieren**

- ✿ Ergotherapeutische Programme sollten auf das Individuum zugeschnitten sein, um das Maximum an verbliebenen Fähigkeiten und Interessen zu mobilisieren.
- ✿ Stichworte (*cues*), die verwendet werden, um DemenzpatientInnen bei der Erfüllung von Verrichtungen zu unterstützen, sollten kurz sein und klare Anleitung geben.

**individuell  
zugeschnittener Einsatz  
von Hilfsmitteln**

- ✿ Kompensatorische Strategien, die sich physischer Adaption der (Wohn-)Umgebung bedienen und einfache physische Hilfsmittel einsetzen, sollten mit Blick auf die individuellen Bedürfnisse der Demenzpatientin/ des Demenzpatienten maßgeschneidert sein.

**Einbinden der  
Betreuungsperson**

- ✿ Das Einbinden und Trainieren von BetreuerInnen und Bezugspersonen sind bei der Implementierung solcher individualisierter ergotherapeutischer Programme von zentraler Bedeutung, wenn es darum geht bei den DemenzpatientInnen noch vorhandene Fähigkeiten zu erhalten.

*Tabelle 4.4-1: Review "Activity Demands": SR-Evidence for Interventions Designed to Modify the Activity Demands of the Occupations of Self-Care and Leisure for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias*

Author/Year	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Watson & Green (2006)	To review the nursing literature on interventions used to decrease feeding difficulty in people with AD.	SR N = 13 studies; 1 RCT: N=24 Coyne (1997)	<i>Interventions</i> Changes in meal preparation and delivery, addition of music to mealtime, incorporation of verbal prompts, environmental modification <i>Outcome Measures</i> Participation in mealtime tasks, communication, responsiveness to caregiver, IADLs, weight, agitation, caregiver confidence, time to consume meal	All studies reported positive outcomes and included changes in activity demands (meal presentation and verbal prompts by different carers) as well as environmental changes (use of music and change of dining setting).	Sample sizes were small. Interventions varied across studies. Power analysis was not used. Most studies did not account for confounding variables.

*AD = Alzheimer's disease; ADLs = activities of daily living; IADL = instrumental activities of daily living; RCT = randomized controlled trial; SR = systematic review*

*Source: taken with adaptation from Suppl. Table 1, Padilla (2011b)*

Tabelle 4.4-2: Review "Activity Demands": RCT-Evidence for Interventions Designed to Modify the Activity Demands of the Occupations of Self-Care and Leisure for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias

Author/Year <i>Inpatient/ or Outpatient</i>	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Coyne & Hoskins (1997) <i>INPATIENT</i>	To determine the effects of directed verbal prompts and positive reinforcement on the level of eating independence of elderly nursing home residents with dementia.	RCT N = 24 (all women; age range = 68 – 96, mean age = 84.2)	<i>Intervention</i> Directed, standardized verbal prompts at 1-min intervals and positive reinforcement on completing each step of the eating cycle to promote independence in eating during meals in the dining room setting 12 in experimental group (or 3 dining tables seating four persons/table) <i>Control</i> No intervention (also 12 in control group – or 3 dining tables seating four persons/table) <i>Outcome Measures</i> Task performance when eating solids and liquids, frequency of consuming solids and liquids	The experimental group achieved significantly greater independence in on-task performance with solid and liquid foods. No significant difference was noted between groups in frequency of completed task cycles of eating.	Sample size was small and non-representative. No follow-up was reported.
Dooley & Hinojosa (2004) <i>OUTPATIENT</i>	To examine the extent to which occupational therapy recommendations increase the quality of life of people with AD and decrease the burden felt by caregivers in the community.	RCT N = 40 with possible or probable AD, outpatients in their own homes (16 men, 24 women; mean age = 77) N = 40 caregivers (8 men, 32 women)	<i>Intervention</i> Home occupational therapy assessment and recommendations, in person discussion of recommendations for the intervention group, <i>Control</i> No intervention (home occupational therapy assessment and recommendations sent via mail only after follow-up) <i>Outcome Measures</i> Caregiver burden, quality of life, ADLs	Caregivers in the treatment group followed 65% of recommended strategies. Comparison of baseline to follow-up indicated a significant difference in quality of life, increased positive affect, and increased independence in self-care of clients.	Inconsistency in caregivers' completion of assessments and follow-through with recommendation may have influenced the accuracy of results. Effects from task modifications or cueing were not reported separately.

Author/Year <i>Inpatient/ or Outpatient</i>	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Gitlin et al. (2008) <i>OUTPATIENT</i>	To test whether the Tailored Activity Program reduces dementia-related neuropsychiatric behaviours, promotes activity engagement and enhances caregiver well-being.	Pilot RCT N = 60 dementia patients (mean age = 79) N = 60 caregivers (mean age = 65)	<i>Intervention</i> TAP, including initial assessment and activity prescription of 3 activities per participant with 8 contacts over 4 mo <i>Control</i> No intervention (control group wait listed for 4 mo) <i>Outcome Measures</i> Quality of Life-AD scores; acceptability of TAP Behavioural occurrences, activity engagement, objective and subjective burden, skill enhancement in caregivers	Intervention caregivers reported reduced frequency of argumentative, agitated, shadowing and repetitive questioning behaviours as well as greater activity engagement, including the ability to keep busy. At 4-mo follow-up, intervention caregivers reported fewer hours doing things for patients.	Sample size was small. An attention control was not used. Pilot studies may yield large effect sizes and overestimate treatment benefits. Study relied on caregiver report of behavioural occurrences.
Graff et al. (2006) <i>OUTPATIENT</i>	To determine the effectiveness of community-based occupational therapy on daily functioning of patients with dementia and the sense of competence of their caregivers.	RCT N = 135 patients (60 men, 75 women; mean age = 78.1) N = 135 caregivers (40 men, 95 women; mean age = 64.1) patients living in the community and their primary caregivers	<i>Intervention</i> In-home occupational therapy sessions to identify activities on which to focus improvement and then to educate clients and caregivers on compensatory (task adaptation and cueing) and environmental strategies to improve ADL performance <i>Control</i> No intervention (occupational therapy only after completion of study) <i>Outcome Measures</i> Daily functioning, caregiver burden	The intervention group showed a significant improvement in functioning in daily activities compared with the control group. At 12-wk follow-up, the intervention group still demonstrated better daily functioning.	Caregivers and therapists were not blinded. Participants were selected from outpatient's clinics instead of a variety of settings, which would have given a more representative sample of this population.

Author/Year <i>Inpatient/ or Outpatient</i>	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Kolanowski, Buettner, Costa & Litaker (2001) <i>INPATIENT</i>	<u>Pilot study</u> to test the utility of theory-based activity selection for treating behaviours commonly exhibited by people with dementia.	RCT N = 10 (4 men, 6 women; mean age = 89.4, nursing home residents)	<i>Intervention</i> Engagement in activities suited to pre-morbid personality style, interest and skill level <i>Control</i> Alternative OT-intervention (participants served as their own control; control activities were selected from those opposite to participants' style of interest) <i>Outcome Measures</i> Positive and negative moods, agitation, cognitive function, physical ability and dependence	Displays of positive affect were significantly higher during treatment, but no significant difference was found in displays of negative affect. No significant differences in mood and dementia behaviours were found.	Sample size was small. The pre-morbid personality style inventory was not tested for people with AD.
Spector et al. (2003) <i>Verteilung nicht klar, wohl v.a. INPATIENT und einige OUTPATIENT</i>	To determine whether cognitive stimulation therapy (CST) improves cognition and quality of life.	RCT N = 201 recruited from 5 day centres and 18 residential homes (43 men, 158 women; mean age = 85.3)	<i>Intervention</i> Provision of "reality orientation board" displaying both personal and orientation information used during group sessions to provide continuity between sessions <i>Control</i> Alternative OT-intervention (control group – usual activities during group session without board) <i>Outcome Measures</i> Cognition, functional performance, anxiety, depression, quality of life	CST significantly improved cognitive function and quality of life compared with usual activities. No differences in communication, functional ability, anxiety or depression were noted.	Significant variation existed between centres, and the improvement in cognitive function scores suggests that environmental influence on behaviour was not accounted for in baseline measures.

*AD = Alzheimer's disease; ADLs = activities of daily living; IADL = instrumental activities of daily living; RCT = randomized controlled trial; SR = systematic review*

*Source: taken with adaptation from Suppl. Table 1, Padilla (2011b)*



## 4.5 Review zu Strategien für Pflegende von DemenzpatientInnen/ „Caregiver strategies“

Die Forschungsfrage des systematischen Reviews zu „Caregiver strategies“ lautete wie folgt:

Was ist die Evidenz für den Effekt von schulenden und unterstützenden Strategien für Pflegende von DemenzpatientInnen auf die Fähigkeit dieser, weiter in dieser Rolle zu wirken?<sup>86</sup>

**Schulung und Unterstützung von Betreuungsperson**

### Level I Evidenz

In diesen AOTA Review wurden als Level I Evidenz ein systematischer Review und 3 RCTs eingeschlossen.

Der systematische Review (Pinqart 2006) untersuchte die Auswirkungen unterschiedlicher ergotherapeutischer Interventionen auf die Betreuungspersonen („caregiver“). Insgesamt wurde festgestellt, dass die beobachteten Auswirkungen auf die Betreuungspersonen größer waren als auf die PatientInnen selbst, längere Interventionen effektiver waren als kurze und v.a. kognitive Verhaltenstherapien, Psychoedukation und „respite“ (Ruhepausen) positive Effekte zeigten. Die Studiendesigns der inkludierten 127 Arbeiten sind nicht bekannt (Supplement mit diesen Zusatzinformationen war online nicht verfügbar). Es wurde jedoch festgehalten, dass aufgrund der großen Heterogenität in den Studiendesigns nur wenige Studien pro Intervention gepoolt werden konnten.

**heterogene Studienlandschaft belegt Wirkung ergotherapeutischer Interventionen auf Betreuungsperson**

Die beiden in diese Übersichtsarbeit der AOTA zusätzlich inkludierten RCTs (Gitlin 2008 und Graff 2006) wurden bereits in den vorangehenden Kapiteln beschrieben (Gitlin 2008 siehe auch „Areas of occupation“ und „Activity demands“; Graff 2006 siehe auch „Areas of occupation“ sowie „Umgebung/ Environment“ und „Activity demands“) und werden im Kapitel 5 zum niedergelassenen Bereich detailliert dargestellt.

### Gesamtevidenz (AOTA)

Die Evidenz zu „Caregiver strategies“ legt nahe, dass das Vermitteln von Problemlösungs- und von technischen Fähigkeiten (Vereinfachen von alltäglichen Aufgaben für DemenzpatientInnen, Kommunikation) an Betreuungspersonen sinnvoll sein kann. Dadurch wird die Abhängigkeit der Demenzpatientin/ des Demenzpatienten von ihren/ seinen Betreuungspersonen reduziert und unangenehme Verhaltensauffälligkeiten gehen zurück. Durch ergotherapeutische Interventionen konnte bei Betreuungspersonen das Gefühl, HerrIn der Lage zu sein (*mastery*), ebenso gesteigert werden, wie das Vertrauen auf die eigene Betreuungskompetenz, dies auch längerfristig. Das Gefühl der Belastung durch die Betreuungsaufgabe konnte jedoch nicht reduziert werden.

**Belege für positive Wirkungen ergotherapeutischer Interventionen auf Betreuungsperson vorhanden**

<sup>86</sup> Vgl. Thinnies (2011), Literatursuche abgeschlossen 2008, aktualisiert 2010, Details zur Suchstrategie: Arbesman (2011), Tabelle 2

**Kombination aus unterstützenden und trainierenden Interventionen scheint vielversprechend**

Obgleich die Evidenz noch limitiert ist, dürfte eine Kombination von unterstützenden und trainierenden Strategien (*supportive and educational*) für die Betreuungsperson am hilfreichsten sein. Ergotherapie für DemenzpatientInnen sollte jedenfalls spezielle an Betreuungspersonen gerichtete Interventionen beinhalten.

Tabelle 4.5-1: Review "Caregiver Strategies": MA-Evidence for Education and Supportive Strategies for Caregivers of People With Dementia (Major Category: Occupational Therapy)

Author/Year	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Pinquart & Sörensen (2006)	To integrate the results of studies on the effectiveness of interventions for caregivers of people with dementia.	MA N = 127 studies (Online supplement with description of included studies not available.)	<i>Intervention</i> Psychoeducation, cognitive-behavioural therapy, counselling and case management, general support, respite, training of care receiver, multicomponent and miscellaneous interventions <i>Outcome Measures</i> Caregiver burden, depression, well-being, knowledge, self-efficacy; care recipient institutionalization, ADLs	Improvements in caregivers were greater than in care receivers. Only multicomponent interventions had an effect on the risk of institutionalization. Cognitive-behavioural therapy, psychoeducation, and respite had a positive effect on caregiver burden and depression. Longer interventions were more effective.	Significant heterogeneity in study design and quality permitted pooling of only a small number of studies for each type of intervention.

ADLs = activities of daily living; MA = meta analysis; RCT = randomized controlled trial; REACH = Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health.

Source: taken with adaptations from Suppl. Table 1, Thinnis (2011)

Tabelle 4.5-2: Review "Caregiver Strategies": RCT-Evidence for Education and Supportive Strategies for Caregivers of People With Dementia (Major Category: Occupational Therapy)

Author/Year <i>Inpatient/ or Outpatient</i>	Study Objectives	Design/ Participants	Intervention and Outcomes Measure	Results	Study Limitations
Gitlin, Hauck, Dennis & Winter (2005) <i>OUTPATIENT</i>	To examine whether treatment effects found at 6 mo following active treatment were sustained at 12 mo for family caregivers who participated in an occupational therapy intervention tested as part of the REACH initiative.	RCT N = 127 (data at 12 mo after 33% attrition from data of 190 caregivers at 6 mo)	<i>Intervention</i> Home visits and one telephone session to help modify the environment to support daily function of the person with dementia and reduce caregiver burden <i>Control</i> TAU <i>Outcome Measures</i> REACH modified Revised Memory and Problem Behaviour Checklist; single REACH vigilance item; Days Receiving ADL Help, Task Management Strategy Index	Caregiver reported improved skills, less need for providing assistance and fewer behavioural occurrences compared to the control group. At 12 mo, caregiver affect improved, and there was a trend for maintenance of skills and reduced behavioural occurrences.	"Usual" care was not described for comparison. Sample size was small.
Graff et al. (2006, 2007, 2008) <i>OUTPATIENT</i>	To determine the effectiveness of community-based occupational therapy on daily functioning of patients with dementia and the sense of competence of their caregivers and to assess the cost-effectiveness of such a program.	RCT N = 135 caregiver-patient dyads patients living in the community and their primary caregivers	<i>Intervention</i> Occupational therapy to modify environment, train patients in compensatory ADL and cognitive strategies, and train caregivers in coping behaviours and supervision <i>Control</i> No intervention (occupational therapy only after completion of study) <i>Outcome Measures</i> Patient cognitive function, depression, behaviour, ADLs (2006); caregiver competence, depression (2007); visits to health care suppliers, hours of patient care (2008)	Patients who received occupational therapy functioned significantly better in daily life than those in control group. Primary caregivers who received occupational therapy felt significantly more competent than those who did not. Economic evaluation showed average savings of USD 2,621.- per dyad successfully treated with occupational therapy.	Sample is unrepresentative. An attention control group was not used. Lack of inclusion of a quality of life measure limits comparability with other interventions.

ADLs = activities of daily living; MA = meta-analysis; RCT = randomized controlled trial; REACH = Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health; TAU = treatment as usual

Source: taken with adaptations from Suppl. Table 1, Thinnis (2011)

## 5 Ergebnisse aus RCTs aus dem niedergelassenen Bereich

Aus den fünf zuvor genannten AOTA Reviews konnten vier RCTs<sup>87</sup> identifiziert werden, welche ausschließlich ergotherapeutische Interventionen für demente Patientinnen im niedergelassenen Bereich betreffen.<sup>88</sup> Zusätzlich wurde ein nach den AOTA Reviews publiziertes RCT durch Handsuche identifiziert, welches die Übertragbarkeit eines erfolgsversprechenden (niederländischen) Programms<sup>89</sup> auf einen anderen nationalen (deutschen) Kontext untersuchte.<sup>90</sup> Bis auf diese beiden RCTs guter interner Validität mit jeweils 135 bzw. 140 PatientInnen, ist die Qualität der drei kleineren RCTs<sup>91</sup> mit 24-60 PatientInnen schlechter (unzureichend bzw. ausreichend).<sup>92</sup> Alle Studien untersuchten ergotherapeutische Leistungen, die mittels Hausbesuchen erbracht wurden, wobei der Inhalt, die Intensität und Dauer der Interventionen eine beträchtliche Heterogenität aufwiesen (oder nicht näher beschrieben sind). In einem der 5 RCTs erfolgt der Hausbesuch durch Ehrenamtliche, in den anderen Studien wurden die Leistungen ausschließlich von ErgotherapeutInnen erbracht. In einer der Arbeiten<sup>93</sup> wurde die Intervention mit einer Intervention geringerer Intensität verglichen, während die restliche 4 Arbeiten gegen „keine Intervention“ kontrollierten. Die Nachbeobachtungszeiträume sind meist kurz (6 Wochen bis 4 Monate), nur in einer Arbeit wird ein längeres follow-up von einem Jahr durchgeführt. Aufgrund der o.g. Heterogenität lassen sich keine allgemeinen Rückschlüsse auf die optimalen Inhalte, bzw. die Dauer und Intensität der Interventionen ableiten.

Die Evidenz zur Wirksamkeit von ergotherapeutischen Interventionen im niedergelassenen Bereich aus randomisiert kontrollierten Studien findet sich in der folgenden Tabelle 5-1.

Von den drei kleineren RCTs konnte eines keine Gruppenunterschiede in den untersuchten Outcomes feststellen<sup>94</sup>, während sich in den anderen beiden Arbeiten<sup>95</sup> positive Effekte der Intervention vor allem auf die Verminderung der Betreuungsbelastung zeigten.

Da mit den randomisiert kontrollierten Studien von Graff (2006) und Voigt-Radloff (2011a), welche die Übertragbarkeit der Intervention (aus den Nie-

**5 RCTs fokussieren ausschließlich auf niedergelassenen Bereich ...**

**... 2 davon sind von hoher Qualität**

**positive Effekte bei Lebensqualität, Betreuungsbelastung und Funktionieren im Alltag**

**Rückschlüsse über optimale Inhalte und Intensität ergotherapeutischer Interventionen nicht möglich**

---

<sup>87</sup> Dooley (2004), Gitlin (2008), Graff (2006), Wishart (2000)

<sup>88</sup> Multisensorische/ Snoezelen Interventionen werden ob der apparativen Voraussetzung des speziell eingerichteten Snoezelen-Raums immer in einer Institution erbracht. Daher wurden diese hier nicht berücksichtigt, auch wenn sie an PatientInnen erbracht wird, die aus dem niedergelassenen Bereich rekrutiert sind, vgl. Baker (2001), Baker (1997) und van Diepen (2002).

<sup>89</sup> Graff (2006)

<sup>90</sup> Voigt-Radloff (2011a)

<sup>91</sup> Dooley (2004), Gitlin (2008), Wishart (2000)

<sup>92</sup> Zur Qualitätsbeurteilung der RCTs aus dem niedergelassenen Bereich vgl. Appendix 8.2.

<sup>93</sup> Voigt-Radloff (2011a)

<sup>94</sup> Gitlin (2008)

<sup>95</sup> Dooley (2004), Wishart (2000)

<p><b>intensives und komplexes ergotherapeutisches Programm in den Niederlanden erfolgreich ...</b></p>	<p>derlanden) in ein anderes Setting (die deutsche Versorgungslandschaft) untersuchten, die beiden einzigen hochgradigen Evidenzen zu ergotherapeutischen Interventionen bei DemenzpatientInnen im niedergelassenen Bereich vorliegen, werden diese im Folgenden näher beschrieben.</p> <p>Graff (2006) untersuchte im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie die Wirkung eines speziell für DemenzpatientInnen entwickelten ergotherapeutischen Programms auf 135 im eigenen häuslichen Umfeld lebende PatientInnen über 65 Jahre, die an leichter bis mittelstarker Demenz leiden, und ihre primären Betreuungspersonen. Zielgrößen waren die Funktionsfähigkeit im Alltag der Patientin/ des Patienten (<i>daily functioning</i>) und das Gefühl eigener Kompetenz bei der betreuenden Person (<i>sense of competence</i>).</p> <p>In zehn Einheiten innerhalb von fünf Wochen wurde ein ergotherapeutisches Programm mit kognitiv-verhaltensorientierten Interventionen in Bezug auf die Patientin/ den Patienten und mit der Schulung der Betreuungsperson in den Bereichen Coping-Verhalten und Supervision implementiert.</p>
<p><b>... und kosten-effektiv</b></p>	<p>Sowohl für PatientInnen als auch für Betreuungspersonen zeitigte das Programm signifikante Verbesserungen im Vergleich mit der Kontrollgruppe, die auch noch nach drei Monaten nachweisbar waren.</p> <p>Zusätzlich wurde eine Kosten-Effektivitätsstudie mit positivem Ergebnis durchgeführt.<sup>96</sup></p>
<p><b>Übertragung nach Deutschland kann Ergebnisse nicht replizieren ...</b> <b>... deutlich weniger intensives Programm in der Kontrollgruppe liefert dort die gleichen Ergebnisse</b></p>	<p>Das erfolgversprechende niederländische Programm sollte auf deutsche Verhältnisse übertragen werden, wozu eine randomisiert kontrollierte Multi-Center Studie aufgesetzt wurde.<sup>97</sup> Diese sollte das niederländische Programm (10 Ergotherapieeinheiten) mit einem Alternativprogramm (1 Ergotherapieeinheit) vergleichen. In beide Gruppen wurden 70 DemenzpatientInnen-BetreuerInnen Paare randomisiert. Das Resultat der Studie war, dass sich die Ergebnisparameter der beiden Gruppen nicht signifikant voneinander unterschieden. Die Intervention mit zehn Ergotherapieeinheiten war in der deutschen Versorgungslandschaft also nicht besser, als die mit nur einer.<sup>98</sup> Eine getrennte Publikation<sup>99</sup> reflektiert über mögliche Ursachen dieses Ergebnisses: zu diesen zählen eine möglicherweise aktivere Kontrollgruppe in der deutschen Studie, eine schlechtere Qualität der intensiveren Ergotherapieintervention in der deutschen Studie oder ein geringeres Verbesserungspotenzial in der deutschen Studienpopulation (jeweils im Vergleich zur ursprünglichen niederländischen Studie).</p>
<p><b>Fazit: vielversprechende Evidenz zu ergotherapeutischen Interventionen im niedergelassenen Bereich ... mit offenen Fragen</b></p>	<p>Insgesamt zeigen sich auf Basis der o.g. 5 RCTs bei leichter bis mittelschwerer Demenz positive Effekte auf die Funktionsfähigkeit im Alltag und die Lebensqualität der Patientin/ des Patienten sowie auf eine Reduktion der Betreuungsbelastung für die Betreuungsperson.</p>

<sup>96</sup> Graff (2008)

<sup>97</sup> Voigt-Radloff (2011a), zu Details des Studiendesigns vgl. Voigt-Radloff (2009)

<sup>98</sup> zu möglichen Ursachen für dieses Ergebnis vgl. auch Voigt-Radloff (2011b)

<sup>99</sup> Voigt-Radloff (2011b)

Tabelle 4.5-1: Evidenz aus randomisiert kontrollierten Studien im ausschließlich niedergelassenen Bereich zu für vorliegenden Bericht relevanten Ergebnisparametern

	Dooley (2004)	Gitlin (2008) Pilotstudie	Graff (2006)	Voigt-Radloff (2011a)	Wishart (2000)
<b>Appraisal of internal validity</b> <sup>100</sup>	<i>insufficient</i> <sup>101</sup>	<i>sufficient</i> <sup>102</sup>	<i>good</i>	<i>good</i>	<i>insufficient</i> <sup>103</sup>
<b>Severity of dementia</b>	mild to moderate	mild, moderate, severe	mild to moderate	mild to moderate	mild, moderate, severe
<b>Intervention</b>	assessment in the course of a visit at home (no information on duration), compilation of suggestions (no info on duration), communication of suggestions (30 mins.) all by a trained occupational therapist no info on total duration of therapist's input	„Tailored Activity Program“ with 6 visits at home of 90 mins. each plus 2 phonecalls of 15 mins. each by trained occupational therapist no info on total duration of therapist's input	specifically developed occupational therapy program consisting of 10 units (60 mins each) during five weeks by experienced occupational therapists total duration of occupational therapist's input: 16 hours	identical with Graff (2006)	for 6 weeks a volunteer spends on average one unit of 2.5 hours with patient (going for walks, keeping company, conversation)
<b>Control</b>	no intervention, TAU	no intervention, TAU	no intervention, TAU	a single comprehensive occupational therapy consultation (60 mins) with an experienced therapist total duration of occupational therapist's input: 1 hour	no intervention, TAU
<b>Size of study population</b>	N = 40*	N = 60*	N = 135*	N = 141*	N = 24*
<b>Duration of follow-up</b>	1 month	4 months	6 weeks and 12 weeks	6, 16, 26 weeks, questionnaire via mail after 52 weeks	6 weeks
<b>Statistically significant results relevant to this LBI-HTA report's study question</b>	improvements <ul style="list-style-type: none"> <li>quality of life (patient)</li> <li>burden of caregiving (caregiver)</li> </ul>	none	Improvements after 6 and 12 weeks <ul style="list-style-type: none"> <li>daily functioning (patient)</li> <li>burden of caregiving (caregiver)</li> </ul>	no difference between the two interventions	improvement <ul style="list-style-type: none"> <li>burden of caregiving (caregiver)</li> </ul>

\* = patient/caregiver couple; TAU = treatment as usual

<sup>100</sup> anhand der Kriterien des internen Manuals des LBI-HTA – Gartlehner (2008) – Details s. Appendix.

<sup>101</sup> „unzureichend“

<sup>102</sup> „ausreichend“

<sup>103</sup> „unzureichend“





## 6 Diskussion der Ergebnisse

Zum Eingang der Diskussion sei auf die folgenden Limitationen hingewiesen:

### Limitationen ergotherapeutischer Forschung allgemein

- ❖ Der Evidenzgrad der Studien ist oft niedrig.
  1. Der Einfluss von externen Einflussfaktoren (*extraneous/ intervening variables/ confounding factors*) wie Komorbidität, Medikamenteneinnahme, Teilnahme an anderen Therapieformen wird nicht kontrolliert.
  2. Kontrollgruppen sind oftmals nicht äquivalent.
- ❖ Es besteht keine Einigkeit darüber, was die geeignete Kontrollgruppe für ergotherapeutische Interventionen ist<sup>104</sup> (keine Intervention/ oder Warteliste, „nur“ soziale Interaktion/ Aufmerksamkeit, nichtstrukturierte Aktivierung mit ergotherapeutischen Elementen, ...)
- ❖ Die Zahl der StudienteilnehmerInnen ist oft gering.
- ❖ Der Follow-up ist oft kurz.
- ❖ Ergebnisparameter sind oft subjektiv und werden beobachtet oder berichtet (von der Patientin/ dem Patienten selbst oder von einer Betreuungspersonen) und nicht gemessen.
- ❖ Ergebnisparameter nehmen oft nicht direkt Bezug auf die Handlungs- und Leistungsfähigkeit (*occupational performance*) der PatientInnen.

**schwacher Evidenzlevel der Studien**

**... geringe Studiengrößen**

**... Frage der PatientInnenrelevanz der Ergebnisparameter**

### Limitationen ergotherapeutischer Forschung mit dementen PatientInnen im Besonderen

- ❖ Kontrollierte randomisierte Studien sind in Settings, in denen DemenzpatientInnen leben, nicht leicht durchzuführen, v.a. im Licht der Notwendigkeit, ergotherapeutische Interventionen für Menschen mit Demenz individuell zu gestalten.
- ❖ Gerade bei DemenzpatientInnen, die oft älter und einsam sind, ist die Bedachtnahme auf Bias durch zusätzliche soziale Interaktion (*attention bias*) und auf Bias durch die Interaktion mit der Pflegeperson (*interaction bias between staff and patient*) Bedacht zu nehmen.
- ❖ Die Tendenz von Demenzerkrankungen sich progressiv zu verschlechtern, erschwert die Ergebnisbewertung.
- ❖ Das Messen der Zufriedenheit von dementen PatientInnen ist schwierig.
- ❖ Die Aufnahme der Zufriedenheit von Betreuungspersonen als Ergebnisparameter, wie wohl sinnvoll, öffnet der Problematik die Tür, dass Betreuungspersonen eventuell mit jeglicher Intervention zufrieden sein könnten, etwa auch mit Interventionen durch nichtausgebildete Ehrenamtliche.<sup>105</sup>

**niedergelassener Bereich als besondere Herausforderung für Studiendesigns hohen Levels**

**schwierige Ergebnisbewertung bei DemenzpatientInnen**

**nichttriviales Einbeziehen der Betreuungsperson**

---

<sup>104</sup> Politis (2004)

<sup>105</sup> Letts (2011a), Letts (2011b)

**... gewisse Evidenz – vor allem aus stationärem Bereich – für positive Effekte vorhanden ...**

**... konkrete Ausgestaltung unklar**

**Problem der Übertragbarkeit zwischen Settings ...**

**... und der Zusammenfassung heterogener Studien in systematischen Reviews**

**Mangel an guten Studien mahnt zur Vorsicht bei Empfehlungen**

**Alternativen zu Ergotherapie berücksichtigenswert**

Der Großteil der vorliegenden Evidenz zu Ergotherapie bei Demenz liegt für den stationären Bereich vor. Die Evidenz zeigt, dass bestimmte ergotherapeutische Interventionen die Tendenz zu positiven Effekten bei PatientInnen mit Demenz haben. So wird etwa von positiv beeinflusster Zufriedenheit bei Betreuten und Betreuenden, von positiven Resultaten im Bereich der Aktivierung oder von verringerter Belastung der Betreuungspersonen berichtet. Bestimmte ergotherapeutische Interventionen, so zeigt sich, können die Wahrnehmung und die soziale Interaktion von dementen Personen verbessern, die Aktivitäten des täglichen Lebens positiv beeinflussen und gesteigerte Erregbarkeit/Erregung mildern. Auch positive Effekte auf das Essverhalten von dementen PatientInnen werden beobachtet. Im niedergelassenen Bereich ließen sich positive Effekte auf Funktionsfähigkeit im Alltag und Lebensqualität der PatientInnen zeigen. Diese Effekte sind in der Literatur allerdings nicht immer eindeutig und nicht durchgehend feststellbar. Es ist nicht geklärt, welche ergotherapeutischen Interventionen am effektivsten sind. Es ist unklar, wie oft ergotherapeutische Interventionen eingesetzt werden müssen, um diese zu erzielen.

Ergotherapeutische Interventionen in das Bezugssystem DemenzpatientIn/Betreuungsperson stellen komplexe soziale Interventionen<sup>106</sup> dar, die grundsätzlich in puncto Übertragbarkeit zwischen Settings und Ländern schwierig sind. Voigt-Radloff (2011a und b) liefert hierfür hochgradige Evidenz und wirft damit ein Schlaglicht auf das Problem der externen Validität von Studien zu komplexen sozialen Interventionen.

Wird die Evidenz aus Studien zu verschiedenen ergotherapeutischen Interventionen in unterschiedlichen Settings in systematischen Reviews und Metaanalysen zusammen gefasst, ist es besonders schwierig, Rückschlüsse auf die Wirksamkeit einer spezifischen ergotherapeutischen Intervention in einem spezifischen Setting zu ziehen.<sup>107</sup>

Aus dem oben gesagten können Empfehlungen abgeleitet werden. Insgesamt sind die Schlüsse aus der Evidenz begrenzt, weil es kaum Studien hohen Evidenzgrades dazu gibt.

*Lack of evidence of efficacy does not mean lack of efficacy.*<sup>108</sup>

Jede an Alzheimer oder einer verwandten Demenzform leidende Person ist in der klinischen Manifestation von Symptomen unterschiedlich. Daher ist Vorsicht bei der Generalisierung aus der vorhandenen Evidenz walten zu lassen.<sup>109</sup>

Es scheint plausibel, dass in manchen Fällen auch nicht-ergotherapeutische Interventionen, etwa informelle soziale Interaktion<sup>110</sup> oder regelmäßiger persönlicher Einzelkontakt mit einer trainierten Hilfskraft<sup>111</sup>, zu vergleichbaren Ergebnissen führen würden.

<sup>106</sup> „Komplexe Interventionen bestehen aus mehreren Einzelkomponenten, die sich gegenseitig bedingen und ihrerseits in komplexe Kontexte implementiert werden.“, vgl. Mühlhauser (2011)

<sup>107</sup> Wilkins (2003)

<sup>108</sup> Livingston (2005), S. 2017

<sup>109</sup> Letts (2011a)

<sup>110</sup> Letts (2011b)

<sup>111</sup> Politis (2004)

Forschung zur Effektivität von Ergotherapie für die spezielle Zielgruppe „älterer PatientInnen“, wie etwa ältere von Demenz betroffene Menschen, wird ebenso empfohlen, wie Forschung zu konkreten Aspekten ergotherapeutischer Interventionen, wie etwa die Ausrichtung auf die individuellen PatientInnenbedürfnisse.<sup>112</sup>

Eine forschungsmethodische Harmonisierung wird empfohlen, um in zukünftigen Studien das komplexe Konstrukt der Alltagsaktivitäten adäquat zu evaluieren. Als Voraussetzung dafür wird auf eine Einigung auf ein Kernbündel von Messinstrumenten und auf eine solche zu obligaten Messzeitpunkten gedrängt.<sup>113</sup>

Für die Forschung wird die Standardisierung von Interventionen empfohlen – wobei diese im Rahmen des Einhaltens von allgemeinen Prinzipien durchaus ihrerseits individuell angepasst werden können – damit effektive Interventionen in anderen Populationen zum Einsatz kommen können.<sup>114</sup>

Es gilt also Interventionen und Therapieprotokolle standardisiert festzulegen, was einem klientInnenzentrierten, individualisierten Zugang keineswegs widersprechen muss. Standardisierte Interventionsprogramme können und sollten auch die Akkordierung von individuellen Fähigkeiten und Interessen von PatientInnen inkludieren.

**besonderer  
Forschungsbedarf bei  
älteren Menschen mit  
Depression ...**

**... einheitliche  
Messinstrumente und  
Messzeitpunkte wären  
hilfreich**

**Spagat zwischen  
Standardisierung und  
Individualisierung heikel  
...**

**... aber denkbar**

---

<sup>112</sup> Steultjens (2004)

<sup>113</sup> Voigt-Radloff (2011c)

<sup>114</sup> Livingston (2005)



## 7 Literatur

ADI World Alzheimer Report 2009. Alzheimer's Disease International. London: 2009. available at

<http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>

AOTA American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 62, 625–683.

Arbesman M, Lieberman D. Methodology for the systematic reviews on occupational therapy for adults with Alzheimer's disease and related dementias. Am J Occup Ther. 2011 Sep-Oct;65(5):490-6.

Ayalon L, Gum AM, Feliciano L, Areán PA. Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia: a systematic review. Arch Intern Med. 2006 Nov 13;166(20):2182-8.

Baker R, Bell S, Baker E, Gibson S, Holloway J, Pearce R, Dowling Z, Thomas P, Assey J, Wareing LA. A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. Br J Clin Psychol. 2001 Mar;40(Pt 1):81-96.

Baker R, Dowling Z, Wareing LA, Dawson J, Assey J. Snoezelen: its Long-Term and Short-Term Effects on Older People with Dementia. British Journal of Occupational Therapy, May 1997, 60(5):213-218.

Botts, B. H., Hershfeldt, P. A., & Christensen-Sandfort, R. J. (2008). Snoezelen: Empirical review of product representation. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 23, 138–147.

Chung JC, Lai CK, Chung PM, French HP. Snoezelen for dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(4):CD003152.

Dooley NR, Hinojosa J. Improving quality of life for persons with Alzheimer's disease and their family caregivers: brief occupational therapy intervention. Am J Occup Ther. 2004 Sep-Oct;58(5):561-9.

Eichler K. (2007). Ergotherapie hilft dementen Patienten und ihren Angehörigen. Praxis 2007; 96:785-786.

Forbes D, Morgan DG, Bangma J, Peacock S, Pelletier N, Adamson J. Light therapy for managing sleep, behaviour, and mood disturbances in dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD003946. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2009;(4):CD003946.

Gartlehner G. Internes Manual. Abläufe und Methoden. Teil 2 (2. Auflage). Wien: LBI-HTA; 2008.

Georges J, Jansen S, Jackson J et al. Alzheimer's disease in real life – the dementia carer's survey. Int J Geriatr Psychiatry 2008; 23: 546–551.

Gitlin LN, Winter L, Burke J, Chernett N, Dennis MP, Hauck WW. Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: a randomized pilot study. Am J Geriatr Psychiatry. 2008 Mar;16(3):229-39.

Graff MJ, Adang EM, Vernooij-Dassen MJ, Dekker J, Jönsson L, Thijssen M, Hoefnagels WH, Rikkert MG. Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. BMJ. 2008 Jan 19;336(7636):134-8.

Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Rikkert MG. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. BMJ. 2006 Dec 9;333(7580):1196.

- Hermans D, Htay UH, Cooley SJ. Non-pharmacological interventions for wandering of people with dementia in the domestic setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD005994.
- Jarrott, S. E., Gozali, T., & Gigliotti, C. M. (2008). Montessori programming for persons with dementia in the group setting: An analysis of engagement and affect. *Dementia*, 7, 109–125.
- Jensen LE, Padilla R. Effectiveness of interventions to prevent falls in people with Alzheimer's disease and related dementias. *Am J Occup Ther*. 2011 Sep-Oct;65(5):532-40.
- Kong EH, Evans LK, Guevara JP. Nonpharmacological intervention for agitation in dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging Ment Health*. 2009 Jul;13(4):512-20.
- Kverno KS, Black BS, Nolan MT, Rabins PV. Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic literature review. *Int Psychogeriatr*. 2009 Oct;21(5):825-43. Epub 2009 Jul 9.
- Lancioni GE, Cuvo AJ, O'Reilly MF. Snoezelen: an overview of research with people with developmental disabilities and dementia. *Disabil Rehabil*. 2002 Mar 10;24(4):175-84.
- Larson K O, Stevens-Ratchford R, Pedretti L, Crabtree J (Eds.) (1996) *ROTE: The role of occupational therapy with the elderly* (2<sup>nd</sup> ed.). Bethesda, MD: The American Occupational Therapy Foundation
- Letts L, Minezes J, Edwards M, Berenyi J, Moros K, O'Neill C, O'Toole C. (2011a) Effectiveness of interventions designed to modify and maintain perceptual abilities in people with Alzheimer's disease and related dementias. *Am J Occup Ther*. 2011 Sep-Oct;65(5):505-13.
- Letts L, Edwards M, Berenyi J, Moros K, O'Neill C, O'Toole C, McGrath C. (2011b) Using occupations to improve quality of life, health and wellness, and client and caregiver satisfaction for people with Alzheimer's disease and related dementias. *Am J Occup Ther*. 2011 Sep-Oct;65(5):497-504.
- Lillard, A. (2008). *Montessori: The science behind the genius*. New York: Oxford University Press.
- Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG; Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*. 2005 Nov;162(11):1996-2021.
- Mann, W. C., Ottenbacher K, J., Fraas, L., Tomita, M., & Granger, C. V. (1999). Effectiveness of assistive technology and environmental interventions in maintaining independence and reducing home care costs for the frail elderly: A randomized controlled trial. *Archives of Family Medicine*, 8, 210–217.
- Mühlhauser I, Lenz M, Meyer G. Entwicklung, Bewertung und Synthese von komplexen Interventionen – eine methodische Herausforderung. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)*. 2011;105:751–61.
- Nguyen QA, Paton C. The use of aromatherapy to treat behavioural problems in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008 Apr;23(4):337-46.
- Padilla R. (2011a) Effectiveness of environment-based interventions for people with Alzheimer's disease and related dementias. *Am J Occup Ther*. 2011 Sep-Oct;65(5):514-22.
- Padilla R. (2011b) Effectiveness of interventions designed to modify the activity demands of the occupations of self-care and leisure for people with Alzheimer's disease and related dementias. *Am J Occup Ther*. 2011 Sep-Oct;65(5):523-31.
- Padilla R. (2011c) Effectiveness of occupational therapy services for people with Alzheimer's disease and related dementias. *Am J Occup Ther*. 2011 Sep-Oct;65(5):487-9.

- Politis AM, Vozzella S, Mayer LS, Onyike CU, Baker AS, Lyketsos CG. A randomized, controlled, clinical trial of activity therapy for apathy in patients with dementia residing in long-term care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004 Nov;19(11):1087-94.
- Rieckmann N, Schwarzbach C, Nocon M, Roll S et al. *Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen*. GMS Health Technology Assessment 2008, Vol. 4.
- Robichaud L, Hébert R, Desrosiers J. Efficacy of a sensory integration program on behaviors of inpatients with dementia. *Am J Occup Ther*. 1994 Apr;48(4):355-60.
- Ross, M., & Burdick, D. (1981). *Sensory integration: A training manual for therapists and teachers for regressed, psychiatric and geriatric patient groups*. Thorofare, NJ: Slack.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson WS (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*,312:71-72.
- Santigli E. *Gesundheitsbericht 2000 für die Steiermark*. Amt der Steiermärkischen Landesregierung; Graz: Okt. 2000.
- Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, Jellema S, Bakker EB, van den Ende CH. Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. *Age Ageing*. 2004 Sep;33(5):453-60.
- Thinnes A, Padilla R. Effect of educational and supportive strategies on the ability of caregivers of people with dementia to maintain participation in that role. *Am J Occup Ther*. 2011 Sep-Oct;65(5):541-9.
- Thorgrimsen L, Spector A, Wiles A, Orrell M. *Aroma therapy for dementia*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(3):CD003150.
- Van Diepen E, Baillon SF, Redman J, Rooke N, Spencer DA, Prettyman R. A Pilot Study of the Physiological and Behavioural Effects of Snoezelen in Dementia *British Journal of Occupational Therapy* February 2002 65(2):61-66.
- Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, Schornstein K, Jessen F, Bohlken J, Metz B, Fellgiebel A, Dodel R, Eschweiler G, Vernooij-Dassen M, Olde Rikkert M, Hüll M. (2011a) A multicentre RCT on community occupational therapy in Alzheimer's disease: 10 sessions are not better than one consultation. *BMJ Open*. 2011 Jan 1;1(1):e000096.
- Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, Hüll M, Rikkert MO, Vernooij-Dassen M. (2011b) Why did an effective Dutch complex psycho-social intervention for people with dementia not work in the German healthcare context? Lessons learnt from a process evaluation alongside a multicentre RCT. *BMJ Open*. 2011 Jan 1;1(1):e000094.
- Voigt-Radloff S, Hüll M. (2011c) Daily functioning in dementia: pharmacological and non-pharmacological interventions demonstrate small effects on heterogeneous scales. *Psychiatr Prax*. 2011 Jul;38(5):221-31.
- Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, Schornstein K, Vernooij-Dassen M, Olde-Rikkert M, Huell M. *WHEDA study: effectiveness of occupational therapy at home for older people with dementia and their caregivers--the design of a pragmatic randomised controlled trial evaluating a Dutch programme in seven German centres*. *BMC Geriatr*. 2009 Oct 2;9:44.
- WHO Dementia. A public health priority. World Health Organisation; Geneva: 2012. available at [http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012)
- Wilkins S, Jung B, Wishart L, Edwards M, Norton SG. The effectiveness of community-based occupational therapy education and functional training programs for older adults: a critical literature review. *Can J Occup Ther*. 2003 Oct;70(4):214-25.

Wishart L, Macerollo J, Loney P, King A, Beaumont L, Browne G, Roberts J. "Special steps": an effective visiting/walking program for persons with cognitive impairment. *Can J Nurs Res.* 2000 Mar;31(4):57-71.



## 8 Appendix

### 8.1 Qualitätsbeurteilung der systematischen Reviews der AOTA (Kapitel 4)

Tabelle 8.1-1: Qualitätsbeurteilung des systematischen Reviews der AOTA anhand der Kriterien des internen Manuals des LBI-HTA<sup>115</sup>

	<i>American Occupational Therapy Association AOTA Methode beschrieben in Arbesman (2011)</i>
Basiert der Review auf einer klar definierten Frage?	ja
Wurden Auswahlkriterien klar definiert?	ja
Wurde eine systematische Literatursuche in mehreren Datenbanken durchgeführt?	ja
Haben zumindest 2 Personen die Studien beurteilt?	k.A.
Wurde die methodologische Qualität der Studien beurteilt?	ja, aber tlw. unsystematisch
Wurde die methodologische Qualität der Studien bei der Evidenzsynthese berücksichtigt?	ja, aber tlw. unsystematisch
<b>Beurteilung der internen Validität</b>	<b>ausreichend</b>

---

<sup>115</sup> Gartlehner (2008)

## 8.2 Qualitätsbeurteilung der RCTs aus dem niedergelassenen Bereich (Kapitel 5)

Tabelle 8.2-1: Qualitätsbeurteilung der RCTs aus Kapitel 5 anhand der Kriterien des internen Manuals des LBI-HTA<sup>116</sup>

Autor, Jahr	Dooley (2004)	Gitlin (2008) Pilotstudie	Graff (2006)	Voigt-Radloff (2011a)	Wishart (2000)
War die Randomisierung adäquat?	k.A.	ja	ja	ja	ja
War die Unvorhersehbarkeit der Gruppenzuordnung adäquat (allocation concealment)?	k.A.	ja	ja	ja	ja
Waren wesentliche Charakteristika der Studiengruppen ähnlich?	ja	ja <sup>117</sup>	ja	ja	nein <sup>118</sup>
Basiert die Studiengröße auf einer adäquaten Berechnung, die Power und einen kleinsten wesentlichen Unterschied einbezieht (minimal important difference)?	nein	nein <sup>119</sup>	ja	ja	nein
Wurde die Verblindung <sup>120</sup> adäquat durchgeführt?	nein	ja	ja	ja	NA <sup>121</sup>
Gab es eine hohe Dropout-Rate? (>20%)	nein	nein	nein <sup>122</sup>	nein <sup>123</sup>	nein
Gab es eine hohe differentielle Dropout-Rate? (>15%)	nein	nein	nein	nein	ja
Wurde eine Intention-To-Treat (ITT) Analyse adäquat durchgeführt?	ja <sup>124</sup>	ja	ja	ja	nein
Gab es Ausschlüsse nach der Randomisierung (post-randomization exclusions)?	nein	nein	nein	nein	nein <sup>125</sup>
<b>Beurteilung der internen Validität</b>	<b>unzureichend</b>	<b>ausreichend</b>	<b>gut</b>	<b>gut</b>	<b>unzureichend</b>

k.A. = keine Angabe; NA = nicht anwendbar

<sup>116</sup> Gartlehner (2008)

<sup>117</sup> stat. sign. Unterschied nur im Alter der Betreuungsperson

<sup>118</sup> Kontrollgruppe hatte höheren Bildungsstand

<sup>119</sup> als Pilotstudie angelegt

<sup>120</sup> Verblindung der die Ergebnisse beurteilenden Person (*outcome assessor*)

<sup>121</sup> alle Ergebnisparameter wurden über BetreuerInnenfragebogen erhoben

<sup>122</sup> Die Drop-out Rate von 22% wird angesichts der Fragestellung etwa von Eichler (2007) als vertretbar eingestuft.

<sup>123</sup> Die Drop-out Rate von 26% wird vom LBI-HTA angesichts der Fragestellung in Anlehnung an Eichler (2007) als vertretbar eingestuft.

<sup>124</sup> Drop-out Rate 0%

<sup>125</sup> In der Studie nicht explizit erwähnt, aus Statistik abgeleitet.

## Teil V: Ergotherapie bei Depression

# Inhalt

Inhalt .....	82
Summary Occupational Therapy for People with Depression.....	83
Zusammenfassung Ergotherapie bei Depression.....	85
1 Einleitung.....	87
2 Ziel und Forschungsfrage .....	89
3 Methode.....	91
3.1 Einschlusskriterien .....	91
3.2 Literatursuche.....	92
3.3 Literaturauswahl .....	93
3.4 Beurteilung der Qualität der Studien.....	94
4 Darstellung der Studienergebnisse .....	95
4.1 Studienlage.....	95
4.2 Studiencharakteristika.....	96
4.3 Ergebnisse .....	98
5 Diskussion.....	99
6 Literatur .....	101
7 Anhang .....	103
7.1 Messinstrumente .....	103
7.2 Qualitätsbeurteilung der eingeschlossenen RCTs .....	104
7.3 Einschluss/ Ausschluss auf Basis der Volltexte.....	105

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.3-1: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flow Diagram) .....	93
---	----

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1-1: Einschlusskriterien.....	91
Tabelle 4.2-1: Evidence from RCTs.....	97
Tabelle 4.3-1: Ergebnisse der eingeschlossenen RCTs .....	98
Tabelle 7.2-1: Qualitätsbeurteilung der RCTs anhand der Kriterien des internen Manuals des LBI-HTA .....	104
Tabelle 7.3-1: Systematische Literatursuche: Einschluss/ Ausschluss auf Basis der Volltexte.....	105

# Summary Occupational Therapy for People with Depression

## Background and study question

Depression ranks among the most common mental illnesses. Depression often entails severe mental suffering, somatic comorbidity and a rise in the risk of suicide. Occupational therapy aims to enable patients with depression to master activities of importance to their lives. This report analyzes the evidence on the effectiveness of occupational therapy interventions for depressed patients.

**study question:  
evidence for  
effectiveness of  
occupational therapy in  
patients with depression**

## Methods

Systematic search of the literature in various relevant data banks supplemented with an unsystematic hand search. As a result three systematic reviews were included, which all were not specific to occupational therapy for depression. Additionally two RCTs focusing on depression were included.

**systematic search of the  
literature yields 3 SRs  
(not depression specific)  
and 2 RCTs (depression  
specific)**

## Results

There is only scant high level evidence on the effectiveness of occupational therapy on depression. In answer to our research question all three included systematic reviews refer to one identical RCT. This RCT on severe depression at the workplace is small but of good methodological quality. It shows no improvement of depression through occupational therapy interventions but finds a faster return to the workplace in the intervention group. This appears to be quite straight forward evidence for a positive effect of an occupational therapy program. In addition a feasibility study for an RCT with aged inhabitants of nursing homes finds no significant differences in depression, dependence on caregivers and quality of life. This result needs to be viewed with caution due to the poor quality of the study.

**only little high level  
evidence available ...**

**small RCT suggests  
effectiveness of  
occupational therapy for  
severe depression at the  
workplace ...**

**... feasibility study in  
nursing home finds no  
difference between  
groups**

## Conclusion

Available evidence is too little, too specific and of insufficient methodological quality to justify more general conclusions on the effectiveness of occupational therapy with persons with depression. There is a particularly dire need for further research for elderly people with depression.

**evidence base too small  
for general statement  
on effectiveness**



# Zusammenfassung Ergotherapie bei Depression

## Hintergrund und Fragestellung

Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und sind mit gravierenden Einschränkungen für Betroffene verbunden. Ziel ergotherapeutischer Maßnahmen bei Depression ist es, PatientInnen die Teilhabe in verschiedenen ihnen wichtigen Lebensbereichen zu ermöglichen. Der vorliegende Bericht will die Evidenz zur Wirksamkeit ergotherapeutischer Maßnahmen bei depressiven PatientInnen analysieren.

## Methode

Eine systematische Literaturrecherche in unterschiedlichen einschlägigen Datenbanken wurde durch eine unsystematische Handsuche ergänzt. Letztlich wurden drei systematische Reviews – allerdings nicht spezifisch zu Ergotherapie bei Depression - und zwei RCTs eingeschlossen.

## Ergebnisse

Es existiert wenig hochgradige Evidenz zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei Depression. Alle drei eingeschlossenen systematischen Reviews beziehen sich zur Forschungsfrage ausschließlich auf den gleichen einen RCT, liefern damit also keine darüber hinaus gehende Evidenz. Dieser kleine RCT von immerhin guter Qualität zur Wirkung von Ergotherapie bei schwerer Depression am Arbeitsplatz zeigt keine interventionsassoziierte Wirkung auf die Besserung der Depression, konstatiert aber eine schnellere Rückkehr an den Arbeitsplatz in der Interventionsgruppe. Hier liegt zumindest recht eindeutige Evidenz vor, dass das ergotherapeutische Programm einen Effekt gezeigt hat. Daneben gibt es eine Feasibility RCT-Studie zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei der Verbesserung von Depression bei betagten BewohnerInnen von Pflegeheimen. Dort zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den Ergebnisparametern Depression, Abhängigkeit von Betreuungspersonen oder Lebensqualität, was aber aufgrund der schlechten Qualität der Studie kein verlässliches Resultat ist.

## Schlussfolgerung

Insgesamt ist die Evidenz zu gering, von der methodischen Qualität manchen Wunsch offen lassend und zu spezifisch, um weitere Aussagen zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei Depression treffen zu können. Es besteht Forschungsbedarf, insbesondere bei älteren Menschen.

**Ziel von Ergotherapie bei Depression:  
Ermöglichen der Teilhabe in wichtigen Lebensbereichen**

**systematische Literatursuche zu Evidenz für Wirksamkeit**

**wenig hochgradige Evidenz verfügbar ...**

**kleiner RCT gibt Hinweise auf Wirksamkeit von Ergotherapie bei schwerer Depression am Arbeitsplatz ...**

**... Machbarkeitsstudie im Pflegeheim findet keinen Gruppenunterschied**

**weiterreichende Aussagen nicht evidenzbasiert**





# 1 Einleitung

## Depression

Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und sind oft mit somatischer Komorbidität, erhöhtem Selbstmordrisiko und teils gravierenden psychosomatischen Einschränkungen assoziiert.<sup>126</sup> Einschränkungen durch Depression sind ähnlich gravierend wie jene durch chronische Erkrankungen wie Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen.<sup>127</sup> Laut Prognosen der WHO werden Depressionen bis zum Jahr 2020 nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen bereits die zweite Stelle der globalen Belastung durch Krankheit einnehmen. Die *International Classification of Diseases* ICD ordnet Depression (unipolar) den affektiven Störungen zu und unterscheidet drei Schweregrade. In Österreich ist die Datenlage zur Verbreitung von psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung schlecht.<sup>128</sup> In westeuropäischen Ländern dürfte die Einjahresprävalenz der schweren depressiven Episode<sup>129</sup> bei ca. 5% liegen.<sup>130</sup>

**Einschränkungen durch Depression ähnlich gravierend wie durch Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

**Datenlage zur Verbreitung der Depression in Ö schlecht**

## Ergotherapie bei Depression

Das Ziel ergotherapeutischer Maßnahmen<sup>131</sup> ist, depressiven PatientInnen die Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen zu ermöglichen: Aktivitäten des täglichen Lebens (persönliche Hygiene, essen, anziehen, ...); Ruhe und Schlaf; instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (Zubereitung von Nahrung, Verrichtungen im Haushalt, Autofahren, Bankgeschäfte, ...); Bildung; Arbeit; Spiel; Freizeit; soziale und gesellschaftliche Teilhabe.<sup>132</sup> Bei Depression wird Ergotherapie wohl selten als einzige Maßnahme zur Anwendung kommen, Ergotherapie bei Depression kann wohl insbesondere als Teil eines multidisziplinären Teams eingesetzt werden.

**Ergotherapie soll Teilhabe an für PatientInnen wichtigen Lebensbereichen ermöglichen**

## Ergotherapieforschung zur Depression

Bereits eine Arbeit aus den frühen 1990er Jahren fordert Effektivitätsstudien zu Ergotherapie bei Depression. Dadurch sollten Fragen nach dem richtigen Zeitpunkt des Einsatzes im Verlauf der Depression, nach dem genauen ergotherapeutischen Interventionsbündel und nach Wirkungen bei unterschiedlichen Altersgruppen beantwortet werden.<sup>133</sup> Forschungsbedarf wird erneut in einer jüngeren deutschen Übersichtsarbeit angemahnt, besonders für ältere PatientInnen.<sup>134</sup> Der oben angesprochene Umstand, dass Ergotherapie bei Depression wohl selten alleine angewendet wird, dürfte er-

**Forschungsbedarf zu Ergotherapie bei Depression groß**

---

<sup>126</sup> ÖGAM (2010)

<sup>127</sup> Ormel (1999) zitiert in Schene (2007)

<sup>128</sup> Santigli STMK (2000)

<sup>129</sup> engl. *major depression*

<sup>130</sup> ÖGAM (2010)

<sup>131</sup> engl.: *occupational therapy* OT

<sup>132</sup> AOTA (2008), engl.: *activities of daily living* ADL, *rest and sleep, instrumental activities of daily living* iADL, *education, work, play, leisure, social participation*

<sup>133</sup> Devereaux (1992)

<sup>134</sup> Voigt-Radloff (2004)

klären, warum randomisiert kontrollierte Studien zu Ergotherapie bei Depression selten sind.

## 2 Ziel und Forschungsfrage

Das Projekt hat das Ziel, Evidenz zur Wirksamkeit ergotherapeutischer Maßnahmen bei depressiven PatientInnen zu analysieren. Besonderes Augenmerk gilt dabei Interventionen, die extramural im niedergelassenen Bereich erfolgen. Die konkreten Inhalte der ergotherapeutischen Maßnahmen (Beschreibung der Intervention) sollen aus den eingeschlossenen Studien extrahiert und dargestellt werden. In gleicher Weise sollen Intensität (Dauer einer Interventionseinheit, Häufigkeit der Interventionen) sowie der Ort der Leistungserbringung (stationär, tagesklinisch, niedergelassen) beschrieben werden. In der Ergebnisdarstellung soll zuletzt zwischen PatientInnen, die jünger als 60 Jahre sind, und älteren PatientInnen unterschieden und auf verschiedene Schweregrade eingegangen werden.

Die Forschungsfrage lautet in diesem Sinn:

- ❖ Sind ergotherapeutische Maßnahmen bei depressiven PatientInnen im Vergleich zu keiner Intervention oder als Zusatzbehandlung im Vergleich zu Routinebehandlung<sup>135</sup> hinsichtlich der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens<sup>136</sup>, der Teilnahme am Arbeitsprozess, der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe, der Mortalität im Sinn von Dauer und Schwere der Depression und der Lebensqualität wirksam?

**Ziel: Evidenz zur Wirksamkeit für Ergotherapie bei Depression ...**

**... Augenmerk auf Interventionen im niedergelassenen Bereich**

---

<sup>135</sup> engl.: *treatment as usual*/TAU

<sup>136</sup> ADL, iADL



## 3 Methode

Eine systematische Literaturrecherche in unterschiedlichen einschlägigen Datenbanken (Cochrane, CRD , Embase, Medline, OT-Seeker, PsycInfo) wird durch eine unsystematische Handsuche ergänzt.

**systematische  
Literatursuche**

### 3.1 Einschlusskriterien

Einschlusskriterien für relevante Studien sind in Tabelle 3.1-1 zusammengefasst.

*Tabelle 3.1-1: Einschlusskriterien*

Population	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ PatientInnen mit einer klinischen Diagnose Depression (leicht, mittelschwer, schwer)</li> <li>✿ ≥18 Jahre</li> </ul>
Intervention(en)	Ergotherapie, die von einer Ergotherapeutin/ einem Ergotherapeuten oder unter Supervision einer Ergotherapeutin/ eines Ergotherapeuten erbracht wird
Kontrolle	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ keine Behandlung/ Intervention</li> <li>✿ Routineversorgung<sup>137</sup></li> </ul>
Outcomes/ Endpunkte	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Aktivitäten des täglichen Lebens<sup>138</sup></li> <li>✿ Teilnahme am Arbeitsprozess</li> <li>✿ soziale und weitere gesellschaftliche Teilhabe (Partizipation)</li> <li>✿ Dauer und Schwere der Depression</li> <li>✿ Lebensqualität</li> </ul>
Studiendesign	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Systematische Reviews (SRs)</li> <li>✿ Metaanalysen (MAs)</li> <li>✿ Randomisiert kontrollierte Studien (RCTs)</li> </ul>

#### Ausschlusskriterien

- ✿ Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr
- ✿ Interventionen mit multi-disziplinärem Ansatz (Programme, die von verschiedenen Berufsgruppen z.B. ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen etc. gemeinsam durchgeführt werden)
- ✿ Vergleich verschiedener ergotherapeutischer Therapieoptionen untereinander
- ✿ Vergleich unterschiedlicher Therapiearten in demselben Setting (z.B. Ergotherapie und Psychotherapie)
- ✿ Vergleich der gleichen Interventionen in unterschiedlichen Settings (z.B. Ergotherapie für PatientInnen, die zu Hause leben vs. Ergotherapie im stationären Setting)
- ✿ Systematische Reviews von unkontrollierten Studien

<sup>137</sup> engl. *treatment as usual* TAU, je nach Setting etwa pharmakologisch und klinisches Management: Ergotherapie wird bei Depression selten als einzige Therapie eingesetzt.

<sup>138</sup> engl. *activities of daily living* ADL, *instrumental activities of daily living* iADL

- ✿ Metaanalysen von unkontrollierten Studien
- ✿ unkontrollierte Studien
- ✿ Kosten-Effektivitäts-Studien
- ✿ Studienprotokolle
- ✿ Poster-Abstracts
- ✿ Congress-Abstracts
- ✿ ExpertInnenmeinungen
- ✿ Editorials, Korrespondenz etc.

## 3.2 Literatursuche

### Literatursuche in 6 Datenbanken

Die systematische Literatursuche wurde am 27. April 2012 in folgenden Datenbanken durchgeführt:

- ✿ Cochrane
- ✿ CRD
- ✿ Embase
- ✿ Medline
- ✿ OT-Seeker
- ✿ PsycInfo

Die genaue Suchstrategie kann beim LBI-HTA angefordert werden.

Nach Entfernung der Duplikate lagen 211 bibliographische Zitate vor.

Durch Handsuche wurden zusätzliche 5 Arbeiten identifiziert, was die Gesamtzahl der Treffer auf 216 erhöhte.

### 3.3 Literatursauswahl

Die Literatur wurde von zwei WissenschaftlerInnen (NP, BP) unabhängig voneinander begutachtet. Differenzen wurden durch Diskussion und Konsens gelöst.

**Unabhängig durch zwei  
WissenschaftlerInnen**

Es standen insgesamt 216 Quellen für die Literatursauswahl zur Verfügung. Der Auswahlprozess ist in Abbildung 3.3-1 dargestellt:

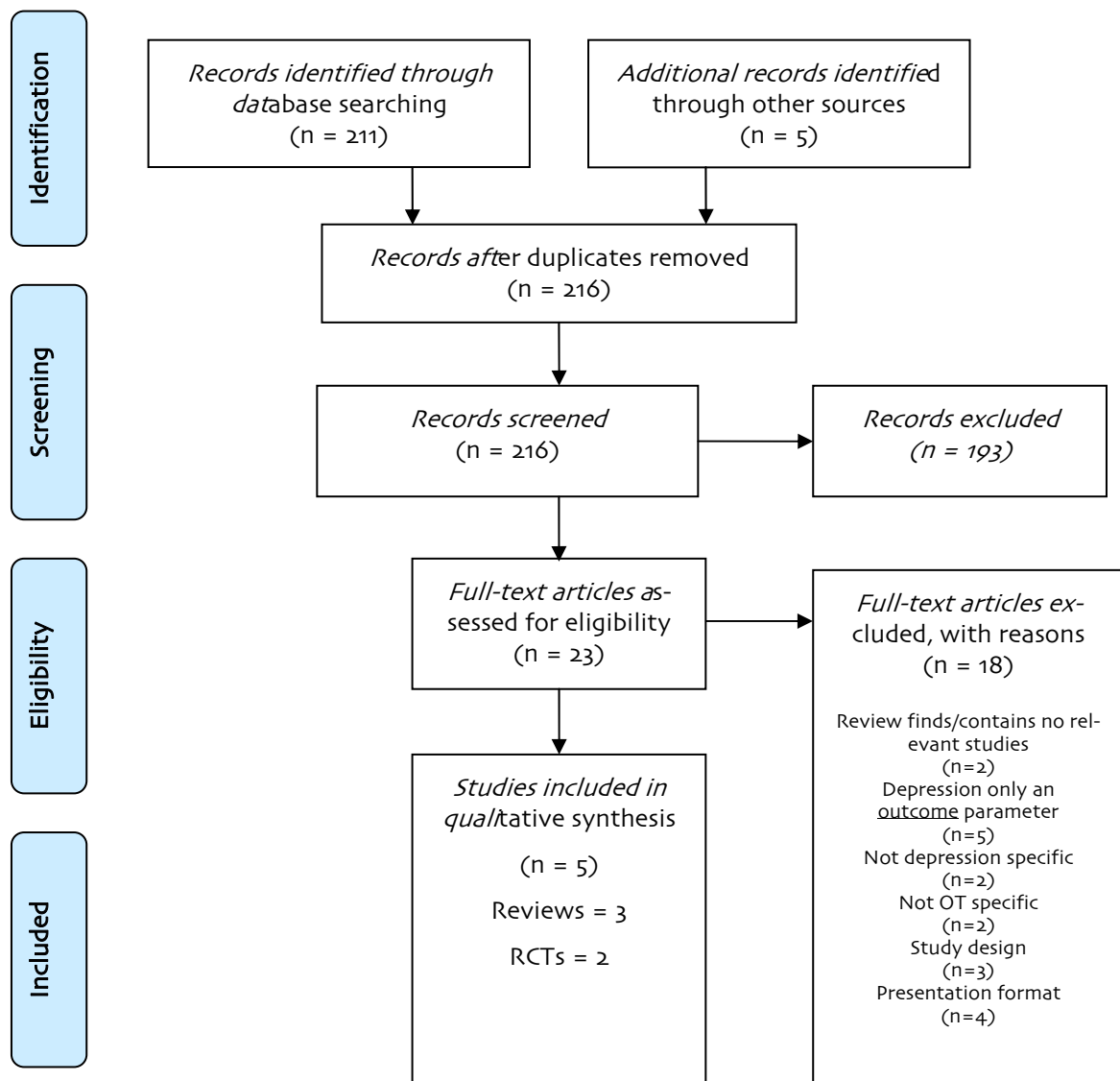


Abbildung 3.3-1: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flow Diagram)

### 3.4 Beurteilung der Qualität der Studien

**unabhängig durch zwei  
WissenschaftlerInnen**

Die Beurteilung der internen Validität der beiden eingeschlossenen RCTs<sup>139</sup> erfolgte durch zwei WissenschaftlerInnen (NP, BP) unabhängig voneinander. Differenzen wurden durch Diskussion und Konsens gelöst. Eine genaue Auflistung der Kriterien, die für die Beurteilung der internen Validität von RCTs wurde, ist im internen Manual des LBI-HTA zu finden<sup>140</sup>. Die Qualitätsbeurteilung befindet sich im Anhang in Tabelle 7.2-1.

---

<sup>139</sup> Schene (2007), Mozley (2007)

<sup>140</sup> Gartlehner (2008)



## 4 Darstellung der Studienergebnisse

### 4.1 Studienlage

Es existiert wenig Evidenz zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei Depression. Es fand sich keine spezifische Übersichtsarbeit zu dieser Fragestellung. Zwei Übersichtsarbeiten beschäftigen sich mit der Frage von (nichtmedikamentösen) Behandlungsoptionen von Depression, und beachten dabei auch Ergotherapie: Dirmaier (2010) allgemein, und Nieuwenhuijsen (2008) am Arbeitsplatz. Zwei andere Übersichtsarbeiten beschäftigen sich mit der Wirkung von Ergotherapie bei einer Vielzahl von Krankheitsbildern, und beleuchten dabei auch die Depression. Hand (2011) bei chronischen Erkrankungen und Voigt-Radloff (2004) bei Älteren bei priorisierten Krankheiten und Behinderungen, wobei er keine Evidenz zu Depression findet. Dirmaier (2010), Nieuwenhuijsen (2008) und Hand (2011) stützen sich jeweils auf einen einzigen RCT – Schene (2007) – und bringen insofern keinen über diese Evidenz hinausgehenden Mehrwert für die Beantwortung der Forschungsfrage dieses Berichts.

Neben diesem RCT von Schene (2007) liegt eine Feasibility-Studie für einen RCT von Mozley (2007) zur Frage vor, ob Ergotherapie zur Senkung der Depression von BewohnerInnen von Pflegeheimen führt. Dafür wurden 8 kleine Pflegeheime mit allen BewohnerInnen (nicht depressiv, leicht, mittelschwer, schwer depressiv) in Intervention- und Kontrollgruppen randomisiert. Mozley (2007) wird trotz des Einschließens auch nicht depressiver BewohnerInnen in die detaillierte Darstellung unten aufgenommen.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe von RCTs, die Depression als einen der Ergebnisparameter zu anderen Fragestellungen beinhalten und daher nicht in die vorliegende Übersichtsarbeit eingeschlossen wurden, z.B.: Stevens-Ratchford (1993) zu Ergotherapie bei älteren Menschen, Clark (1997, 2011) und Horowitz (2004) zu allgemein präventiver Ergotherapie bei (gesunden) älteren Menschen, Corr (1995) bei Ergotherapie in der Rehabilitation nach Schlaganfall. Kam (2010) schließt in seinen RCT PatientInnen mit einem Bündel psychiatrischer Erkrankungen ein, darunter auch Depression. Murray (2010) untersucht die Wirkung eines umfassenden interdisziplinären Programms, in dem Ergotherapie eine kleine Rolle spielt. Taimela (2008) untersucht die Wirkung von Ergotherapie auf ArbeitnehmerInnen, die sich durch ein erhöhtes Risiko auszeichnen, den Arbeitsplatz zu verlieren. Hierbei ist Depression ein Faktor unter vielen. (Details zu den auf Basis des Volltextes ausgeschlossenen Publikationen finden sich im Anhang in Tabelle 7.3-1.)

Diese Arbeiten verwendeten „Depression“ also als einen unter vielen Ergebnisparametern (z.B. um präventive ergotherapeutische Maßnahmen zu untersuchen), schlossen PatientInnen unterschiedlicher Indikationen ein, wobei der Anteil an depressiven PatientInnen bzw. deren Ergebnisse nicht gesondert ausgewiesen wurden, oder analysierten Interventionsprogramme, in denen Ergotherapie ein Teil unter vielen war, sodass im Gruppenvergleich kein Effekt der ergotherapeutischen Intervention ausgewiesen werden kann.

All diese Studien liefern keine Evidenz zur Forschungsfrage des Berichts.

**kaum Evidenz  
vorhanden**

**sämtliche  
Übersichtsarbeiten  
geben nur zwei RCTs  
wieder ...**

**... RCT Schene (2007)  
zu Ergotherapie bei  
Depression am  
Arbeitsplatz**

**... Feasibility-RCT  
Mozley (2007) zu  
Ergotherapie bei  
Depression im  
Pflegeheim**

**Depression lediglich als  
ein Ergebnisparameter  
führt zu Ausschluss ...**

**... ebenso wenn  
Depressive nur einen  
kleinen Teil der  
Studienpopulation  
ausmachen**

**Ausschluss auch bei  
Ergotherapie als nur Teil  
eines multidisziplinären  
Programms**

## 4.2 Studiencharakteristika

<p><b>nur zwei RCTs eingeschlossen ...</b></p>	<p>Durch die Literatursuche konnten lediglich zwei RCTs zur Beantwortung der Forschungsfrage eingeschlossen werden: Schene (2007) und Mozley (2007). In der folgenden Tabelle sind die Charakteristika der beiden eingeschlossenen RCTs dargestellt.</p>
<p><b>... Übersichtsarbeiten liefern darüber hinaus keinen Erkenntnisgewinn</b></p>	<p>Wie oben bereits erwähnt, beziehen sich alle drei eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zur Forschungsfrage ausschließlich auf den RCT von Schene (2007) und liefern damit keine darüber hinaus gehende Evidenz.</p>
<p><b>RCT Schene (2007) zu Berufstätigen von guter Qualität</b></p>	<p>Schene (2007) untersucht die Wirkung von unterstützender Ergotherapie (zusätzlich zu Antidepressiva und klinischem Management als TAU) bei schwerer Depression am Arbeitsplatz. 62 im Arbeitsprozess stehende TeilnehmerInnen mit arbeitsplatzbezogener (<i>work related</i>) schwerer Depression wurden eingeschlossen. Die ergotherapeutische Intervention ist ein durch ausgebildete ErgotherapeutInnen durchgeführtes individuell abgestimmtes halbjähriges Programm mit besonderem Fokus auf Wiedereingliederung in die Arbeit.</p>
<p><b>Feasibility-RCT Mozley (2007) zu Pflegeheim von minderer Qualität</b></p>	<p>Mozley (2007) untersucht im Rahmen einer Feasibility-Studie für einen RCT den Einfluss von Ergotherapie auf die Depressionslast unter älteren Menschen (keine Depression, leichte, mittelschwere, schwere Depression) im Pflegeheim. In vier kleinen Pflegeheimen wird für je ein Jahr eine Vollzeitergotherapeutin beschäftigt, die im Haus ein klientInnenzentriertes Angebot an Einzel- und Gruppenaktivitäten anbietet. Von den 259 eingeschlossenen älteren Menschen wurde nur für 143 eine per-Protokoll Analyse durchgeführt.</p>

Tabelle 4.2-1: Evidence from RCTs

	Schene (2007)	Mozley (2007) Feasibility Study
<b>Appraisal of internal validity<sup>141</sup></b>	<i>sufficient</i> <sup>142</sup>	<i>insufficient</i> <sup>143</sup>
<b>Severity of depression</b>	severe depression	inclusion of all inhabitants: not depressed, all degrees of depression: mild, moderate, severe (8 nursing homes in their entirety were randomized)
<b>Age of study participants</b>	above 18 years , in employment	elderly people, average age 85 years
<b>Setting</b>	job	<i>care home</i> <sup>144</sup> , approx. 1/3 of inhabitants needed, for example, assistance when going to the toilet or for mobilisation
<b>Intervention</b>	TAU <u>plus</u> 6-month long individualized occupational therapy program administered by trained therapists: diagnosis (4 weeks): five contacts: including analysis of work history, video observation, role play simulating the job, contact to occupational physician provided by employer, planning of reintegration into job therapy (24 weeks): weekly group session (2 hours, 8-10 patients) 12 one-on-one sessions follow-up (20 weeks): 3 one-on-one visits  total input by therapists: not stated	for each care home (approx. 25 inhabitants) an experienced occupational therapist (full time) is provided for 12 months: individualized client focussed offers made available, consisting of one-on-one and group activities (e.g. movement, baking, sewing, memory-training, handicraft, quiz, dart game, manual fixing of broken devices, library visits)  total input by therapist varied in the 4 intervention nursing homes
<b>Control</b>	no intervention/ TAU (pharmacological, clinical management)	no intervention
<b>Size of study population</b>	N = 62	N = 259, data for per-protocol analysis for 143
<b>Duration of follow-up</b>	3, 6, 12, 42 months	after the end of the intervention (12 months)

TAU = *treatment as usual*

<sup>141</sup> anhand der Kriterien des internen Manuals des LBI-HTA – Gartlehner (2008) – Details s. Anhang

<sup>142</sup> „ausreichend“

<sup>143</sup> „unzureichend“

<sup>144</sup> „The homes selected for inclusion were residential rather than nursing homes.“

### 4.3 Ergebnisse

Schene (2007) zeigt keine Auswirkung auf Depressionsverlauf in den ersten 12 Monaten ...  
 ... aber: frühere Wiederaufnahme der Arbeit in den ersten 18 Monaten ...

Schene (2007) belegt für die erhobenen Depressionsparameter (*Diagnostic and Statistical Manual IV, Beck Depression Inventory*) in beiden Gruppen positive Veränderung im Verlauf der Zeit. Unter Berücksichtigung des Gruppenvergleichs ist das Ergebnis hinsichtlich DSM-IV bzw. des dadurch gemessenen Anteils von PatientInnen mit einer „major depressive episode“ nicht signifikant. Beim Ergebnisparameter BDI ist der Gruppenvergleich im Zeitverlauf allerdings signifikant, wobei der Effekt erst nach den ersten 12 Monaten sichtbar wird. Dieser Unterschied wird von den AutorInnen aber nicht als allzu bedeutend gewertet. Sie glauben nicht an einen interventionsbedingten Effekt, da er erst ein halbes Jahr nach Ende der Intervention eintritt.

Die Intervention bei Schene (2007) beschleunigte die Verbesserung der Depression im ersten Jahr also nicht, sie führte aber in den ersten 18 Monaten zu einer erhöhten Arbeitswiederaufnahme. Dieses Ergebnis weist auf die Möglichkeit hin, intensivere psychiatrische Behandlung durch Ergotherapie zu substituieren, was weniger stigmatisierend ist, und eine Rückkehr auf den Arbeitsmarkt weniger schwierig macht.

Mozley (2007) findet keine Unterschiede

Nach zwölf Monaten werden bei Mozley (2007) keine signifikanten Unterschiede in den Ergebnisparametern Depression, Abhängigkeit und Lebensqualität festgestellt. Aus begleitenden qualitativen Erhebungen wird deutlich, dass viele TeilnehmerInnen, Angehörige und Angestellte die ergotherapeutischen Angebote schätzen. Es geht ebenfalls hervor, dass der Aspekt der persönlichen Aufmerksamkeit besonders bedeutungsvoll ist. Dies wiederum macht die Frage auf, in wie weit es dafür bestimmter Berufsgruppen bedarf.

Die Ergebnisse der beiden eingeschlossenen RCTs finden sich in der folgenden Tabelle.

Tabelle 4.3-1: Ergebnisse der eingeschlossenen RCTs

	Schene (2007)	Mozley (2007) Feasibility Study
Depression severity	<p>DSM-IV (Meeting criteria for DSM-IV Major Depressive Episode in %): at baseline: TAU 100% vs TAU+OT 100%                      at 12 months: TAU 29% vs. TAU+OT 44%;                      p (treatment)<sup>a</sup>=0.102 , <b>p (time)<sup>b</sup> = 0.000</b> ,                      p (time x treatment)<sup>c</sup>=0.235</p> <p>BDI:                      at baseline: TAU 23.6 vs TAU+OT 27.1; p=0.15                      at 42 months: TAU 14.0 vs TAU+OT 12.3; p (treatment)<sup>a</sup> = 0.912 , <b>p (time)<sup>b</sup> = 0.000</b> ,  <b>p (time x treatment)<sup>c</sup> = 0.016</b></p>	<p>GMS-DS:                      Mean difference intervention homes (N for this measure: 78) and control homes(N for this measure: 65)                      [95% CI]: 0.13 [-3.2, 2.9]; p=0.752<sup>d</sup></p>

BDI = Beck Depression Inventory; DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual IV; GMS-DS = Geriatric Mental State – Depression Scale; n.a. = not available; OT = occupational therapy; TAU = treatment as usual; <sup>a</sup>average effect treatment; <sup>b</sup>average effect time; <sup>c</sup>difference in development over time between TAU and TAU+OT; <sup>d</sup>controlling for difference at baseline; **bold** = statistically significant

## 5 Diskussion

Die Evidenz vom Level I zur Forschungsfrage nach Ergotherapie und Depression ist sehr gering. Es liegt mit Schene (2007) lediglich ein kleiner RCT von immerhin guter Qualität zur Wirkung von Ergotherapie bei schwerer berufsinduzierter Depression vor, der keine interventionsassoziierte Wirkung auf die Besserung der Depression, aber eine schnellere Rückkehr an den Arbeitsplatz konstatiert. Hier liegt zumindest recht gute Evidenz vor, dass das ergotherapeutische Programm einen Effekt gezeigt hat. Daneben gibt es eine Feasibility-Studie zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei der Verbesserung von Depression auf Ebene der Gesamtheit der BewohnerInnen von Pflegeheimen (keine, leicht, mittelschwere, schwere Depression). Dort zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den Ergebnisparametern Depression, Abhängigkeit oder Lebensqualität, was aber aufgrund der schlechten Qualität der Studie kein verlässliches Ergebnis ist.

Drei eingeschlossene Übersichtsarbeiten stützen sich jeweils ausschließlich auf Schene (2007) und bringen damit keinen weiteren Informationsgewinn.

Insgesamt ist die Evidenz zu gering, methodisch nicht sehr hochgradig und zu spezifisch, um weitere Aussagen zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei Depression treffen zu können. Zusätzliche methodisch hochwertige Studien wären für das Treffen eindeutigerer Aussagen wünschenswert.

**kaum Level I Evidenz zu Ergotherapie und Depression**

**Schene (2007) liefert Hinweise auf gewisse Wirksamkeit von Ergotherapie bei Depression**

**insgesamt keine eindeutigen Aussagen zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei Depression möglich**



## 6 Literatur

- American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625–683. doi: 10.5014/ajot.62.6.625
- Clark F, Jackson J, Carlson M, Chou CP, Cherry BJ, Jordan-Marsh M, Knight BG, Mandel D, Blanchard J, Granger DA, Wilcox RR, Lai MY, White B, Hay J, Lam C, Marterella A, Azen SP. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *J Epidemiol Community Health*. 2011 Jun 2. [Epub ahead of print].
- Clark F, Azen SP, Zemke R, Jackson J, Carlson M, Mandel D, Hay J, Josephson K, Cherry B, Hessel C, Palmer J, Lipson L. Occupational therapy for independent-living older adults. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1997 Oct 22-29;278(16):1321-6.
- Corr S, Bayer A. Occupational therapy for stroke patients after hospital discharge — a randomized controlled trial *Clin Rehabil*. November 1995; 9: 291-296.
- Dirmaier J, Krattenmacher T, Watzke B, Koch U, Schulz H, Barghaan D. Evidence-based treatments in the rehabilitation of patients with depression—a literature review. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2010 Mar-Apr;60(3-4):83-97.
- Devereaux E, Carlson M. The role of occupational therapy in the management of depression. *Am J Occup Ther*. 1992 Feb;46(2):175-80.
- Frederick JT, Steinman LE, Prohaska T, Satariano WA, Bruce M, Bryant L, Ciechanowski P, Devellis B, Leith K, Leyden KM, Sharkey J, Simon GE, Wilson N, Unützer J, Snowden M; Late Life Depression Special Interest Project Panelists. Community-based treatment of late life depression an expert panel-informed literature review. *Am J Prev Med*. 2007 Sep;33(3):222-49.
- Funaki Y, Kaneko F, Hanaoka H, Hirasawa R, Okamura H. Effect of Group Reminiscence Therapy Using Active Touch on Cognitive Function in the Elderly. Poster presentations / *Asian Journal of Psychiatry* 4S1 (2011) S75
- Gartlehner G. *Internes Manual. Abläufe und Methoden. Teil 2 (2. Auflage)*. Wien: LBI-HTA; 2008.
- Hamre HJ, Witt CM, Glockmann A, Ziegler R, Willich SN, Kiene H. Anthroposophic art therapy in chronic disease: a four-year prospective cohort study. *Explore (NY)*. 2007 Jul-Aug;3(4):365-71.
- Hand C, Law M, McColl MA. Occupational therapy interventions for chronic diseases: a scoping review. *Am J Occup Ther*. 2011 Jul-Aug;65(4):428-36.
- Hees HL, Koeter MW, de Vries G, Ooteman W, Schene AH. Effectiveness of adjuvant occupational therapy in employees with depression: design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2010 Sep 17;10:558.
- Horowitz BP, Chang P-FJ. Promoting Well-Being and Engagement in Life Through Occupational Therapy Lifestyle Redesign: A Pilot Study Within Adult Day Programs. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. January/February/March 2004;20(1):46-58.
- Kam MCY, Siu AMH. Evaluation of a horticultural activity programme for persons with psychiatric illness. *HKJOT* 2010;20(2):80–86.
- Lo Sasso AT, Rost K, Beck A. Modeling the impact of enhanced depression treatment on workplace functioning and costs: a cost-benefit approach. *Med Care*. 2006 Apr;44(4):352-8.
- Mountain G, Mozley C, Craig C, Ball L (2008) Occupational therapy led health promotion for older people: feasibility of the Lifestyle Matters programme. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(10),406-413.

- Mozley CG, Schneider J, Cordingley L, Molineux M, Duggan S, Hart C, Stoker B, Williamson R, Lovegrove R, Cruickshank A. The care home activity project: does introducing an occupational therapy programme reduce depression in care homes? *Aging Ment Health*. 2007 Jan;11(1):99-107.
- Murray G, Michalak EE, Axler A, Yaxley D, Hayashi B, Westrin A, Ogrodniczuk JS, Tam EM, Yatham LN, Lam RW. Relief of chronic or resistant depression (Re-ChORD): a pragmatic, randomized, open-treatment trial of an integrative program intervention for chronic depression. *J Affect Disord*. 2010 Jun;123(1-3):243-8.
- Nieuwenhuijsen K, Bültmann U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Verbeek JH, Feltz-Cornelis CM. Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD006237.
- Ormel J. Synchrony of change in depression and disability: what next? *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Apr;57(4):381-2.
- ÖGAM Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin. Management der Depression in der Allgemeinmedizinischen Praxis. 2. Auflage; Wien: 2010
- Ravindran AV, Welburn K, Copeland JR. Semi-structured depression scale sensitive to change with treatment for use in the elderly. *Br J Psychiatry*. 1994 Apr;164(4):522-7.
- Santigli E. Gesundheitsbericht 2000 für die Steiermark. Amt der Steiermärkischen Landesregierung; Graz: Okt. 2000.
- Schene A, Hees H, Koeter M, de Vries G Effectiveness of adjuvant occupational therapy in employees with Major Depression: a randomized controlled trial. Congress abstract. *Psychiat Prax* 2011; 38.
- Schene AH, Koeter MW, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychol Med*. 2007 Mar;37(3):351-62.
- Steinman LE, Frederick JT, Prohaska T, Satariano WA, Dornberg-Lee S, Fisher R, Graub PB, Leith K, Presby K, Sharkey J, Snyder S, Turner D, Wilson N, Yagoda L, Unutzer J, Snowden M; Late Life Depression Special Interest Project (SIP) Panelists. Recommendations for treating depression in community-based older adults. *Am J Prev Med*. 2007 Sep;33(3):175-81.
- Stevens-Ratchford RG. The effect of life review reminiscence activities on depression and self-esteem in older adults. *Am J Occup Ther*. 1993 May;47(5):413-20.
- Taimela S, Aronen P, Malmivaara A, Sintonen H, Tiekso J, Aro T. Effectiveness of a targeted occupational health intervention in workers with high risk of sickness absence: baseline characteristics and adherence as effect modifying factors in a randomized controlled trial. *J Occup Rehabil*. 2010 Mar;20(1):14-20.
- Taimela S, Malmivaara A, Justén S, Läärä E, Sintonen H, Tiekso J, Aro T. The effectiveness of two occupational health intervention programmes in reducing sickness absence among employees at risk. Two randomised controlled trials. *Occup Environ Med*. 2008 Apr;65(4):236-41.
- Voigt-Radloff S, Schochat T, Heiß HW. Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei Älteren. Teil II: Evidenz bei priorisierten Krankheiten und Behinderung. *Z. Gerontol. Geriat*. 2004; 37:450-458.



## 7 Anhang

### 7.1 Messinstrumente

#### Beck Depression Inventory (BDI)

The BDI assesses the severity of 21 symptoms of depression. Each item is rated on a 4-point scale (range: 0-3). Thirteen items address cognitive or affective symptoms such as hopelessness and guilt. Two of these 13 items assess the cardinal symptoms of depression: depressed mood and loss of interest or pleasure in usual activities. The remaining eight items assess somatic symptoms such as insomnia, fatigue, and poor appetite. In screening uses, a total score of 10 or higher is the most widely used cut-off for clinically significant depression. BDI total scores of 10-18 are consistent with mild, 19-29 with moderate, and 30 or higher with severe depression.<sup>145</sup>

#### Geriatric Mental State – Depression Scale (GMS-DS)

GMS-DS is a semi-structured depression scale for measuring severity of and change in depressive symptoms with treatment in the elderly population. It comprises 33 items, which is more than most depression scales to measure change. It takes about 15 minutes to administer with a depressed, elderly patient and has a range of 0 – 71.<sup>146</sup>

#### Structured Clinical Interview for DSM-IV

This is a diagnostic interview designed for use by mental health professionals. It assesses thirty-three of the more commonly occurring psychiatric disorders described in the fourth edition of the Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) of the American Psychiatric Association (1994). Among these are mood disorders (including major depressive disorder). The SCID is a semi-structured interview that allows the experienced clinician to tailor questions to fit the patient's understanding; to ask additional questions that clarify ambiguities; to challenge inconsistencies; and to make clinical judgments about the seriousness of symptoms. The main uses of the SCID are for diagnostic evaluation, research, and the training of mental-health professionals.<sup>147</sup> Using a decision tree approach, the SCID guides the clinician in testing diagnostic hypotheses as the interview is conducted. The output of the SCID is a record of the presence or absence of each of the disorders being considered, for current episode (past month) and for lifetime occurrence.<sup>148</sup>

---

<sup>145</sup> Vgl. <http://www.nhlbi.nih.gov/meetings/workshops/depression/instruments.htm> (accessed 3.7.2012)

<sup>146</sup> Ravindran (1994)

<sup>147</sup> Vgl. <http://www.enotes.com/structured-clinical-interview-dsm-iv-scid-reference/structured-clinical-interview-dsm-iv-scid> (accessed 3.7.2012)

<sup>148</sup> Vgl. <http://www.nhlbi.nih.gov/meetings/workshops/depression/instruments.htm> (accessed 3.7.2012)

## 7.2 Qualitätsbeurteilung der eingeschlossen RCTs

Tabelle 7.2-1: Qualitätsbeurteilung der RCTs anhand der Kriterien des internen Manuals des LBI-HTA<sup>149</sup>

Autor, Jahr	Schene (2007)	Mozley (2007) Feasibility Study
War die Randomisierung adäquat?	ja	ja
War die Unvorhersehbarkeit der Gruppenzuordnung adäquat (allocation concealment)?	ja	k.A.
Waren wesentliche Charakteristika der Studiengruppen ähnlich?	150	ja <sup>151</sup>
Basiert die Studiengröße auf einer adäquaten Berechnung, die Power und einen kleinsten wesentlichen Unterschied einbezieht (minimal important difference)?	nein	nein <sup>152</sup>
Wurde die Verblindung <sup>153</sup> adäquat durchgeführt?	ja <sup>154</sup>	ja <sup>155</sup>
Gab es eine hohe Dropout-Rate? (>20%)	nein	ja
Gab es eine hohe differentielle Dropout-Rate? (>15%)	nein	k.A.
Wurde eine Intention-To-Treat (ITT) Analyse adäquat durchgeführt?	ja	nein
Gab es Ausschlüsse nach der Randomisierung (post-randomization exclusions)?	nein	nein
<b>Beurteilung der internen Validität</b>	<b>ausreichend<sup>156</sup></b>	<b>unzureichend</b>

k.A. = keine Angabe

<sup>149</sup> Gartlehner (2008)

<sup>150</sup> Soziodemographische und klinische Charakteristika der beiden Gruppen dargestellt, aber nicht bewertet.

<sup>151</sup> Basisunterschied bei Demenzgrad vorhanden, Signifikanz unklar.

<sup>152</sup> als Feasibility Studie angelegt

<sup>153</sup> Verblindung der die Ergebnisse beurteilenden Person (*outcome assessor*)

<sup>154</sup> „Assessments were carried out by independent researchers who were as blind as possible to the treatment group.“

<sup>155</sup> „Assessors could not be blinded to the homes' intervention status, because the therapists were working in them. They had not previously had any involvement in the project.“

<sup>156</sup> Der Cochrane Review Nieuwenhuijsen (2008) beurteilt Schene (2007) als klein, aber von guter Qualität.

## 7.3 Einschluss/ Ausschluss auf Basis der Volltexte

Tabelle 7.3-1: Systematische Literatursuche: Einschluss/ Ausschluss auf Basis der Volltexte

Studie	Design zuerst SR, dann RCT, dann sonstiges, jeweils alphabetisch	Information	Einschluss/ Ausschluss mit Grund (FETT PRISMA GRUND)
Frederick 2007	<b>SR</b> (führt 3 RCTs zu OT an, s.u., die alle für LBI-HTA For- schungsfrage nicht relevant sind)	Unterkapitel „Physical reha- bilitation and occupational therapy“	<b>AUS</b> <b>Review finds/contains no relevant studies</b> (alle 3 potenziell relevanten RCTs wurden ausgeschlos- sen, s.u.)
Frederick 2007 führt an: Clark 1997	<b>RCT</b> N=361	Preventive OT services spe- cifically tailored for multiet- hnic, independent-living older adults (OT group, social activity control group, non treatment control group)	<b>AUS</b> <b>Depression only outcome pa- rameter</b> (Depression kommt nur als einer der Ergebnisparameter vor)
Frederick 2007 führt an: Corr 1995	<b>RCT</b> N=110	Continued rehabilitative in- tervention by an occupa- tional therapist on stroke pa- tients after their discharge from a stroke unit (OT group, TAU control group)	<b>AUS</b> <b>Depression only outcome pa- rameter</b> (Depression kommt nur als einer der Ergebnisparameter vor)
Frederick 2007 führt an: Horowitz 2004	<b>Pilotstudie</b>	Intervention: 16 week life- style redesign with cogni- tively frail older adults (also preventive focus)	<b>AUS</b> <b>Depression only outcome pa- rameter</b> (Depression kommt nur als einer der Ergebnisparameter vor)
Hand 2011	<b>Scoping Review</b> (addressing broad question – in contrast to <b>SR</b> which of- ten focu on very specific questions) führt zu 1 RCT zu Depression mit OT: <b>Schene 2007</b>	OT interventions for chronic diseases	<b>EIN</b> (relevanter RCT Schene 2007 eingeschlossen)
Nieuwenhuijsen 2008	<b>SR</b> (Cochrane Review – führt zu 1 RCT mit OT: <b>Sche- ne 2007</b> )	Effectiveness of interventions to improve occupational health in depressed people	<b>EIN</b> (Depression als Einschluss- kriterium, relevanter RCT Schene 2007 eingeschlossen)

Studie	Design zuerst SR, dann RCT, dann sonstiges, jeweils alphabetisch	Information	Einschluss/ Ausschluss mit Grund (FETT PRISMA GRUND)
Voigt-Radloff 2004	<b>Review</b> of SR, MA, RCT (unklar, ob systematisch)	Wirksamkeit von Ergotherapie bei Älteren bei priorisierten Krankheiten und Behinderungen	<b>AUS</b> <b>Review finds/contains no relevant studies</b> (findet keine Studie zu Depression bei Älteren)
Dirmaier 2010	<b>Literaturübersicht</b> (unklar, ob systematisch, für Leitlinienentwicklung Dt. Rentenversicherung) <b>zu OT:</b> <b>RCT Schene (2007)</b> , N=62 {RCT Reuster (2006) nur in Buchform; CT Kipp (2000) ohne Randomisierung}	Evidenzbasierte Behandlungselemente in der Rehabilitation von Patienten mit Depression	<b>EIN</b> (Depression als Einschlusskriterium, relevanter RCT Schene 2007 eingeschlossen)
Clark 2011 (Anschluss an Clark 1997)	<b>RCT</b> N=460	OT lifestyle intervention vs. no treatment in promoting the well-being of independently living older people	<b>AUS</b> <b>Depression only outcome parameter</b> (Depression kommt nur als einer der Ergebnisparameter vor)
Hees 2010	<b>Studienprotokoll RCT</b>		<b>AUS</b> <b>Presentation format</b> (Studienprotokoll)
Kam 2010	<b>RCT</b> N=24	Horticultural activity program for persons with psychiatric illness (Intervention: horticultural session, control: conventional sheltered workshop training. Study compares two OT interventions.)	<b>AUS</b> <b>Not depression specific</b> (various mental illnesses included, no info on depressed specifically)
Mozley 2007	<b>Feasibility study for RCT</b> N=210 (plus 49)	Does introducing an occupational therapy program reduce depression in care homes? Individualized program OT program for depressed inhabitants of care homes for one year (OT intervention, TAU control)	<b>EIN</b> (obwohl Depression kein Einschlusskriterium auf individueller Heimbewohner-Ebene war, primärer Outcomeparameter: Schwere der Depression)

Studie	Design zuerst SR, dann RCT, dann sonstiges, jeweils alphabetisch	Information	Einschluss/ Ausschluss mit Grund (FETT PRISMA GRUND)
Murray 2010	Pilot study for RCT N=64	Impact of integrative program intervention on chronic depression. (“Re-ChORD program” consisted of guidelines-based medication management, and group-based interpersonal psychotherapy and occupational therapy)	<b>AUS</b> <b>Not OT specific</b> (OT nur als einer von vielen Teilen des Interventionsprogramms, keine getrennte Auswertung möglich)
Schene 2007	<b>RCT</b> (von Nieuwenhijzen 2008 als “klein, aber von guter Qualität” eingeschätzt) N=62	Adjuvant occupational therapy for work-related major depression: 6 months, including diagnostic phase (occupational history, work reintegration plan) and therapeutic phase (individual and group sessions)	<b>EIN</b> (Depression als Einschlusskriterium)
Stevens-Ratchford 1993	<b>RCT</b> N=24	Effect of life review reminiscence activities on depression and self-esteem in older adults	<b>AUS</b> <b>Depression only outcome parameter</b> (Participants were well, depression was only one of the outcome parameters)
Taimela 2010	exploratory subgroup analysis of RCT (Taimela 2008)		<b>AUS</b> <b>Study design</b> (exploratory subgroup analysis)
Taimela 2008	<b>RCT</b> N=955  (cites one study specifically on depression: Los Sasso 2006)	Effectiveness of OT intervention program in reducing sickness absence among employees at risk.	<b>AUS</b> <b>Not depression specific</b> (depression only one of several reasons to be included in “at risk” study participants)
Taimela 2008 führt an: <b>Lo Sasso 2006</b>	basiert auf RCT	RCT untersucht „employed primary care patients with depression“ Intervention: “enhanced treatment intervention” (OT plays only very minor role) Control: usual care	<b>AUS</b> <b>Not OT specific</b> (nicht OT spezifisch)
Funaki 2011	Poster presentation about RCT		<b>AUS</b> <b>Presentation format</b> (Poster abstract)
Hamre 2007	Prospective cohort study without control		<b>AUS</b> <b>Study design</b> (no control)

<b>Studie</b>	<b>Design</b> zuerst SR, dann RCT, dann sonstiges, jeweils alphabetisch	<b>Information</b>	<b>Einschluss/ Ausschluss mit Grund (FETT PRISMA GRUND)</b>
<b>Mountain 2008</b>	<b>Feasibility study of health- promotion intervention</b> No control		<b>AUS</b> <b>Study design</b> (no control)
<b>Scheene 2011</b>	<b>Congress abstract</b> about RCT	Folgestudie zu Schene 2007	<b>AUS</b> <b>Presentation format</b> (Congress abstract)
<b>Steinman 2007</b>	<b>Expert Panel</b> (based on excluded Freder- ick 2007)	Recommendations for treat- ing depression in community- based older adults	<b>AUS</b> <b>Presentation format</b> (Expert panel, plus: based on excluded Frederick 2007)