



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (HRSG.)

Literaturstudie zum
EXPERTENSTANDARD
BEZIEHUNGSGESTALTUNG IN DER PFLEGE
VON MENSCHEN MIT DEMENZ

1. Aktualisierung 2026

Die **vorläufige Version** des Expertenstandards einschließlich Präambel und Kommentierung sowie die Literaturstudie sind **bis zum 08. Mai 2026** auf der Webseite des DNQP einsehbar. In diesem Zeitraum können Rückmeldungen bzw. Stellungnahmen zum Expertenstandard schriftlich an das DNQP gerichtet werden.

Literaturstudie zum Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz 1. Aktualisierung

Autor*innen:

Lea-Maria Niemann, M.Sc.; Heiko Stehling, MScN
Hochschule Osnabrück
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

Univ.-Prof. Dr. Martina Roes; Dr. Mike Rommerskirch-Manietta;
Christina Manietta, M.Sc.; Anna Louise Hoffmann-Hoffrichter, M.Sc.
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE) - Standort Witten

Herausgeber:

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Büscher; Prof. Dr. Sara Marquard

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg;
Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Büscher; Dipl.-Pfleger Moritz Krebs; Alena Lübken, M.Sc.;
Prof. Dr. Sara Marquard; Lea-Maria Niemann, M.Sc.; Heiko Stehling, MScN

Geschäftsstelle: Elke Rausing und Bianca Grams

Hochschule Osnabrück · Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Albrechtstr. 30 · 49076 Osnabrück · Tel.: 0541 969-20 04
E-Mail: dnqp@hs-osnabrueck.de · Internet: www.dnqp.de

Inhaltsverzeichnis

3.	Literaturstudie	9
3.1.	Einordnung des Themas	9
3.1.1.	Beziehung und Bindung	9
3.1.2.	Person-Zentrierung und person-zentrierte Pflege	14
3.1.3.	Zwischenfazit und Ausblick	20
3.2.	Methodisches Vorgehen	22
3.2.1.	Fragestellungen	22
3.2.2.	Suchstrategie und Rechercheprozess	23
3.2.2.1.	Recherchestrategie Leitlinien	23
3.2.2.2.	Recherchestrategie Datenbanken	24
3.2.2.3.	Ein- und Ausschlusskriterien	24
3.2.3.	Datenextraktion	24
3.2.4.	Bewertung der methodischen Qualität	26
3.2.5.	Bewertung der Qualität der Evidenz	27
3.3.	Ergebnisse	28
3.3.1.	Leitlinien	28
3.3.2.	Datenbanken	28
3.3.3.	Assessment	29
3.3.3.1.	Identifikation der Zielgruppe	29
3.3.3.2.	Kommunikation, Interaktion und Engagement	34
3.3.3.3.	Beziehung zu und Einbindung von Angehörigen	46
3.3.4.	Interventionen	50
3.3.4.1.	Bewegung	50
3.3.4.2.	Gartenbasierte Aktivitäten	51
3.3.4.3.	Gedächtnisstützen	52
3.3.4.4.	Geschichten und Lesen	53
3.3.4.5.	Kombinierte Intervention	55
3.3.4.6.	Konversation und Kommunikation	56
3.3.4.7.	Kunst	60
3.3.4.8.	Musik	62
3.3.4.9.	Puppen	66
3.3.4.10.	Reminiszenz, Lebensrückblick und soziale Identität	67
3.3.4.11.	Snoezelen	73
3.3.4.12.	Tanzen	75

3.3.4.13. Technik	77
3.3.4.14. Tiere	88
3.3.5. Information, Schulung und Beratung	90
3.3.6. Umwelt, Umgebung und Milieugestaltung	97
3.3.7. Qualifizierung Pflegefachpersonen	109
3.3.8. Evaluation	119
3.3.9. Zusammenfassung	138
Literaturverzeichnis	150

Abkürzungsverzeichnis

ADRQL	Alzheimer Disease Related Quality of Life
AMSS	Applied Multi-Sensory Stimulation
AMSTAR-2	MeaSurement Tool to Assess Systematic Reviews
APA	American Psychiatric Association
AS	Ambiance Scale
BASQID	Bath Assessment of Subjective Quality of Life in Dementia
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bvFTD	behaviorale Variante der Frontotemporalen Demenz
CBS	Cornell-Brown Scale for Quality of Life in Dementia
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CoSNAT-D	Communication Support Needs Assessment Tool for Dementia
COT TM	CARES® Observational Tool
CSI	Culture Social Interaction
DAD	Disability Assessment for Dementia
DCM	Dementia Care Mapping
DEMQOL	Dementia Quality of Life Questionnaire
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DSI	Dementia Social Interaction
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DMI	Decision-Making Involvement Scale
DQI	Dementia Quality of Life Instrument
DQoL	Dementia Quality of life
EID-Q	Engagement and Independence in Dementia Questionnaire
ELICSE	Ethographic and Laban Inspired Coding System of Engagement
EMODEB	Evidence-Based Model of Engagement-Related Behavior
EPWDS	Engagement of a Person with Dementia Scale
FIM	Functional Independence Measure
FAVS-D	Family Visits with Residents Who Have Dementia
GBS	Global Behavior Scale
GOME	Group Observational Measurement of Engagement
H.I.L.D.E.	Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker
IADL	Instrumentelle Aktivitäten nach Lawton und Brody
ICD-10-GM	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10. Revision, German Modification

ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ISNA	International Snoezelen Association
MCI	Menschen mit Mild Cognitive Impairment
MD Bund	Medizinischer Dienst Bund
MDS	Minimum Data Set
MiDAS	Music in Dementia Assessment Scales
MMTA	Mixed Method Appraisal Tool
MPES	Menorah Park Engagement Scale
MS	Mutuality Scale
MTED	Music therapy Engagement Scale
m-AS	Modifizierte Ambiance Scale
NCD	Neurocognitive Disorders
NOSGER	Nurses Observations Scale for Geriatric Patients
NPI	Neuropsychiatric Inventory
ODAS	Observable Displays of Affect
OERS	Observed Emotion Rating Scale
OME	Observational Measurement of Engagement
PCBI	Person-Centered Behavior Inventory
PBOI	Patient Behavior Observation Instrument
PPQSA	Partner-Patient Questionnaire for Shared Activities
PRS	Positive Response Scale
PWI-CIP	Psychological Well-Being in Cognitively Impaired Persons
QUALIDEM	Dementia specific quality of life instrument
QuIS	Quality of Interactions Schedule
QoL	Activity and Affect Indicators of Quality of Life
QoL-AD	Quality of Life-Alzheimer Disease Scale
QUALID	Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale
RAI	Resident Assessment Instruments
RAP	Resident Assessment Protocol
RoB 2	Cochrane risk-of-bias tool
SGB	Sozialgesetzbuch
SCI	Social Connectedness Index
SIS	Social Interaction Scale
SOBRI	Social Observation Behaviors Residents Index
SOC	Sense of Coherence
Tab.	Tabelle
VC-IOE	Video Coding Scheme for the Index of Engagement
VCM	Veder-Contact-Method
VR	Virtuelle Realität

WHIM

Wessex Head Injury Matrix

WHO

Weltgesundheitsorganisation

Konsultationssfassung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PRISMA Flussdiagramm zur systematischen Literaturrecherche	29
Abbildung 2: Gegenüberstellung der Definitionskriterien (ICD-10-GM vs. DSM-5).....	33
Abbildung 3: AMMS-Rahmenkonzept	75

Konsultationsfassung

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fragestellungen nach den Ebenen des Expertenstandards	22
Tabelle 2: Suchbegriffe zur Leitlinienrecherche	23
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien zur systematischen Literaturrecherche	25
Tabelle 4: Bewertung der Qualität nach GRADE	27
Tabelle 5: Kognitive Funktionseinschränkungen: leicht, mittel, schwer	30
Tabelle 6: Instrumente zur Erfassung von Beeinträchtigungen alltagsbezogener Fähigkeiten sowie von psychischen und Verhaltenssymptomen.....	31
Tabelle 7: Starke vs. schwache neurokognitive Störungen	32
Tabelle 8: Kriterien zur Einschätzung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten in Modul 2 des Begutachtungsinstrumentes der sozialen Pflegeversicherung.....	34
Tabelle 9: Instrumente zur Einschätzung des Kommunikationsverhaltens von Menschen mit Demenz	35
Tabelle 10: Instrumente zur Einschätzung der sozialen Interaktion von Menschen mit Demenz	39
Tabelle 11: Instrumente zur Einschätzung des Engagements bei Menschen mit Demenz ...	42
Tabelle 12: Instrumente zur Einschätzung der Beziehung und Einbindung von Angehörigen von Menschen mit Demenz.....	46
Tabelle 13: Übersicht sozialer Roboter in der Versorgung von Menschen mit Demenz.....	82
Tabelle 14: Gestaltungs- und Umweltmerkmale zur Förderung sozialer Interaktion von Menschen mit Demenz.....	104
Tabelle 15: Strukturelle Empfehlungen für Schulungsangebote zum Thema Demenz für Pflegefachpersonen	111
Tabelle 16: Instrumente zur Messung der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz.....	121
Tabelle 17: Beobachtungsinstrumente zur Messung des Engagements bei Menschen mit Demenz	130
Tabelle 18: Instrumente zur Reflexion pflegerischen Handelns in der Versorgung von Menschen mit Demenz.....	134

3. Literaturstudie

3.1. Einordnung des Themas¹

Martina Roes, Daniel Purwins, Jan Dreyer, Jonathan Serbser, Silke Völz unter Mitarbeit von Christian Kissler

Die Herausforderung hinsichtlich der thematischen Eingrenzung bestand darin, dass im Gegensatz zu bisherigen - auf konkrete Pflegephänomene bezogene - Expertenstandards (wie z. B. „Dekubitus-“ oder „Sturzprophylaxe“) zu konkretisieren war, welches Outcome in der Pflege von Menschen mit Demenz von zentraler Bedeutung ist. Für die Literaturstudie ist die Definition dieses Outcomes wichtig, weil die Zielsetzung der Literaturrecherche in der Identifikation von Interventionen besteht, die zu dem definierten Outcome führen. Zur Bestimmung des Outcomes wurde auf das globale Konstrukt Lebensqualität zurückgegriffen. Konkreter auf eine Metasynthese zu Faktoren, die aus Sicht von Menschen mit Demenz Lebensqualität konstituieren und beeinflussen (O'Rourke et al. 2015). Im Rahmen dieser Metasynthese kommen O'Rourke et al. (2015, S. 29) zu dem Ergebnis, dass die Lebensqualität insbesondere durch vier verschiedene Dimensionen konstituiert und beeinflusst wird: „Agency in Life Today (Purposeful vs Aimless)“, „Relationship“, „Sense of Place (Located vs Unsettled)“ und „Wellness Perspective (Well vs Ill)“. Vor dem Hintergrund, dass der Einbezug aller vier Dimensionen das Outcome zu umfangreich definiert und damit zu wenig spezifiziert hätte, erfolgte eine Fokussierung auf die Dimension „Relationship“. Damit erfolgte die thematische Fokussierung auf das Thema Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Dieses Thema ist für alle Menschen mit Demenz von Relevanz und nicht ausschließlich für diejenigen, deren Verhalten sich im Verlauf der Demenzerkrankung dahingehend verändert, dass es als problematisch und störend empfunden wird (herausforderndes Verhalten). Vielmehr kann angenommen werden, dass durch eine positive Pflegebeziehung als problematisch und störend empfundenen Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz in einem gewissen Grad entgegengewirkt werden kann.

Im Folgenden wird in (Kapitel 3.1.1) näher auf die inhaltliche Konkretisierung des Begriffs Beziehung nach O'Rourke et al. (2015) sowie die Bedeutung des Themas für die Pflege von Menschen, die der Pflege bedürftig sind, eingegangen. Anschließend erfolgt die Skizzierung des Aspektes der Bindung, da dieser nach Auffassung der Expertenarbeitsgruppe einen wichtigen theoretischen Zugang zum Themenbereich Beziehung in der Pflege von Menschen mit Demenz darstellt. Abschließend wird im Hinblick auf das Thema Beziehung in der Pflege von Menschen mit Demenz auf die Bedeutung der Person-Zentrierung als Metakzept verwiesen und dieses kurz skizziert (Kapitel 3.1.2).

3.1.1. Beziehung und Bindung

Beziehung

Inhaltlich konkretisiert beinhaltet der Begriff Beziehung O'Rourke et al. (2015, S. 28) zufolge in erster Linie Interaktionen, d. h. die Möglichkeit, dass Menschen mit Demenz mit Familienangehörigen, Freunden, Pflegenden und anderen Bewohnern/Patienten interagieren und

¹ Das Kapitel 3.1 ist für diese Konsultationsfassung mit Ausnahme einer Kürzung des ersten Absatzes vollständig aus der ursprünglichen Literaturanalyse zum Expertenstandard (DNQP 2019) übernommen worden.

kommunizieren können. Sind diese Interaktionen durch Respekt, Freundlichkeit oder Liebe charakterisiert, so führen sie zu einer erhöhten Lebensqualität. Beziehungsgestaltung benötigt ein Gegenüber. Darüber hinaus stellt Reziprozität ein weiteres Kernelement positiv und negativ erlebter Beziehungsgestaltung dar. Beziehungsgestaltung drückt sich über das Gefühl aus gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen verbunden zu sein (O'Rourke et al. 2015, S. 29).

Für eine Fokussierung auf die Dimension Beziehung sprach zudem, dass es sich hierbei um ein Thema handelt, das für die Pflege im Allgemeinen und die Pflege von Menschen mit Demenz im Besonderen eine zentrale Bedeutung aufweist: Pflegearbeit bedeutet Beziehungsarbeit (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2002; Hülken-Giesler et al. 2010; Remmers 2010). So kann „[...] die an den Grundbedürfnissen ansetzende Beziehungsarbeit in existentiellen, die Integrität bedrohenden Lebenssituationen...“ als „[...] das originär Pflegerische und der Kern der Pflege [...]“ (Friesacher 2008, S. 333) betrachtet werden. Als „[...] intimste Dienstleistung sowohl im physischen wie im emotionalen Sinn, die ein Erwachsener von einem anderen Menschen annehmen kann“ (Schröck 1988, S. 87), stellt die Pflege für Pflegendende eine besondere Herausforderungen im Hinblick auf die Gestaltung der Beziehung zum Patienten dar (Pohlmann 2006). Eine Beziehung gilt es in einem ersten Schritt anzubahnen, aufzubauen und tragfähig auszugestalten, um dann in einem zweiten Schritt die darüber hinausgehenden Pflegeinterventionen gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen realisieren zu können. Ist der Aufbau und der Ausbau einer Beziehung nur eingeschränkt möglich, so ist davon auszugehen, dass dies negative Auswirkungen auf die gemeinsame Realisierung von Pflegeleistungen hat. Der besonderen Bedeutung der Beziehungsgestaltung als Kernelement pflegerischen Handelns entsprechend stellen auch viele Pflegeetheoretikerinnen (u. a. Travelbee 1971; Peplau 1995; Orlando 1996) die zwischenmenschliche Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden in den Mittelpunkt ihrer Pflegemodelle (Pohlmann 2006).

Lindemann (2002) zufolge kann zwischen dem Körper als lebendiger Einheit und dem Körper als Leib mit Bewusstsein differenziert werden. Diesbezüglich verweist Moers (2012, S. 114) auf die Bedeutung der leiblichen Kommunikation, wenn er schreibt „... leibliche Botschaften haben oft eine viel größere Wirkung und weitreichendere Konsequenzen als das Gesagte selbst. Nicht der Inhalt, sondern die Stimme, die jemanden beruhigen, aus der Fassung bringen oder aufreizen kann, ist entscheidend bei der leiblichen Kommunikation“. Dies geht auf Merleau-Ponty (1962 und 1965) zurück und steht für die Idee, dass eine Person als ‚Körper-Subjekt-Konstrukt‘ konstituiert ist. Körper steht für die biologische Existenz und Subjekt für die Fähigkeit zu denken, zu reflektieren und zu kommunizieren. Beides bedingt sich wechselseitig, d. h. ein Subjekt drückt sich in jeder Situation auch durch den Körper aus (u. a. Gestik und Mimik). Insofern kommt der Idee des ‚Körpergedächtnisses‘ (verstanden als implizite Erinnerung, laut Fuchs (2012)) eine besondere Relevanz in der Beziehungsgestaltung zu. „Pflegerische Interventionen sind also – zusammenfassend gesagt – immer auch leibliche Kommunikation“ (Moers 2012, S. 114).

Uzarewicz (2003) versteht Pflege als Beziehungs- und Berührungsberuf, womit die Bedeutung der verbalen und nonverbalen Kommunikation offensichtlich wird. Vor dem Hintergrund, dass die wörtliche Sprache mit fortschreitender Demenz mehr und mehr verloren geht, kommt der nonverbalen Kommunikation in der Beziehungsgestaltung eine zentrale Bedeutung zu. So haben Menschen mit weit fortgeschrittener Demenzerkrankung noch „[...] beeindruckende Stärken im emotionalen Ausdruck, im Darbieten von Gefühlen und in der Körpersprache“ (Haberstroh, Neumeyer & Pantel 2011, S. 48). D. h. Menschen mit Demenz senden mit ihrem gesamten Verhalten Informationen, z. B. transportieren kleinste Verhaltensweisen, „[...] sogenannte Mikroverhaltensweisen, wie z. B. ein hochgezogener Mundwinkel oder ein entspannter

Gesichtsausdruck [...]“, Informationen im Sinne von Mitteilungen (Haberstroh, Neumeyer & Pantel 2011, S. 48).

Bezugnehmend auf diese allgemeinen Ausführungen, weshalb Beziehungsgestaltung in der Pflege von zentraler Bedeutung ist, verweist Müller-Hergl (2011, S. 36) darauf, dass in der Betreuung von Menschen mit Demenz die grundlegende Herausforderung in Kontakt und Interaktion besteht, d. h. es geht nicht um „[...] Verhaltenskontrolle, sondern um die Anerkennung des Erlebens, der damit verbundenen Gefühle, möglichst in einem Kontext einlassender und aufmerksamer Begegnung“. Akerlund (1990) formuliert, dass Sensitivität und Synchronizität in der Beziehung zwischen Menschen mit Demenz und Pflegenden notwendig ist. Sie reflektiert die Vermutung, dass Pflegende annehmen, ein Mensch mit schwerer Demenz sei nicht mehr beziehungsfähig und kommentiert dies wie folgt: Pflegende bedürfen der Imagination, der Empathie und Intuition, um den Menschen mit Demenz als Person wahrzunehmen und mit ihm in Beziehung zu treten. Dadurch wird ein Gefühl der Anerkennung, der Würde und Integrität vermittelt, basierend auf der Zusicherung, dass in der jeweiligen Beziehung zwischen dem Pflegenden und dem Menschen mit Demenz diese Werte geachtet werden.

Zu diesen Werten zählt auch die Folgende vom Deutschen Ethikrat formulierte Maxime: „Das eigene Leben zu leben, ist elementarer Ausdruck der menschlichen Freiheit. Diese Freiheit wird in den alltäglichen Entscheidungen unter Beweis gestellt und trägt die grundsätzlichen Dispositionen für oder gegen eine bestimmte Form des eigenen Lebens. In der Freiheit hält der Mensch seine Zukunft offen und in ihr wahrt er seine Würde. Freiheit und Würde kommen dem Menschen, wie es heißt, ‚von Natur aus‘ zu. [...] Sie können ihm durch nichts genommen werden, auch nicht durch eine Krankheit, die ihn seiner geistigen und körperlichen Kräfte beraubt. Diese unveräußerliche Würde zu achten und jeden anderen in Freiheit entscheiden und handeln zu lassen, ist die oberste Maxime des Menschen im Verhältnis zu seinesgleichen. Sie gilt auch für den Umgang mit den Demenzbetroffenen² und für die Gestaltung ihres Lebens“ (Deutscher Ethikrat 2012, S. 53).

Ball (2010) schreibt der Qualität der Beziehung zwischen Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen sowie ihren Einfluss auf die Funktionsfähigkeit der Menschen mit Demenz eine hohe Wichtigkeit zu. Snyder (2000) stellte in ihrer Studie mit weiblichen pflegenden Angehörigen und Frauen mit kognitiven Einschränkungen, die in einem Haushalt zusammenlebten, fest, dass die Qualität der Beziehung zentral für die Bewertung der wahrgenommenen Belastung und Zufriedenheit war. Pflegende Angehörige, die die Erfahrung machten, dass ihre pflegerische Unterstützung von den zu pflegenden Personen angenommen wird, zeigten geringere demenzspezifische Belastungswerte. Für Menschen mit Demenz ist der Einbruch von Kontakt und Interaktion oft verbunden mit Angst, Panik, Isolierung, Befremdung und verschiedenen Formen der De-Personalisierung (Ward et al. 2008, Young, Manthorp & Howells 2010, Müller-Hergl 2011, S. 37). D. h. von hoher Relevanz ist, dass die Beziehung zu Menschen mit Demenz an sich in den Blickpunkt pflegerischer Betrachtung gerückt wird.

Dem Einbruch von Kontakt und Interaktion kann durch eine gezielte Beziehungsförderung und -gestaltung in der Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz entgegen gewirkt werden, u. a. indem wahrgenommen wird, dass sich eine niedrige Beziehungsqualität sowohl negativ auf die Dyade als auch auf die mit der Demenz korrespondierenden Lebensqualität auswirkt.

² An dieser Stelle sei auf ein Modell zur Graduierung der Selbstbestimmungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten von Menschen mit Demenz verwiesen (Deutscher Ethikrat 2012, S. 56), auf das im Rahmen dieser Literaturstudie jedoch nicht näher eingegangen wird.

Bindung

Einen relevanten theoretischen Zugang zum Thema Beziehung stellt nach Auffassung der Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe die Bindungstheorie dar, die als gemeinsames Werk von Bowlby und Ainsworth aus dem ethologischen Denken der 1950er Jahre entstand. Sie verbindet traditionell entwicklungspsychologisches und klinisch-psychoanalytisches Wissen mit entwicklungsbiologischem Denken (Bowlby 2010).

Als Bindung wird eine emotionale Verbindung (emotional link, affektives, gefühlsgetragenes Band) beschrieben, welche ein Individuum zu jemandem aufbaut oder mit jemandem hat. „Bindung setzt ein durch spezifische Faktoren gesteuertes starkes Kontaktbedürfnis gegenüber bestimmten Personen voraus und stellt ein dauerhaftes, weitgehend stabiles und situationsunabhängiges Merkmal des Bindungssuchenden dar“ (Bowlby 2010, S. 22). Miesen (2006, S. 108) zufolge beschreibt Bowlby die „Bindung“ als ein intrapsychisches, interpersonales und relationales Phänomen, eine grundlegende menschliche Qualität, welche in frühen Lebensjahren entsteht und eine kontinuierliche Rolle in der nachfolgenden (Persönlichkeits-) Entwicklung eines Individuums spielt. Die Qualität dieser Verbindung kann variieren, was als „Bindungsmuster“ bezeichnet wird (Miesen 2006, S. 108). Dieses Bindungsmuster entsteht in der Kindheit oder Adoleszenz und wird durch das Verhalten der Eltern bzw. der primären Bezugsperson geprägt, wie kontrollierten (prospektiven) Studien zur psychosozialen Entwicklung in den ersten fünf Lebensjahren zu entnehmen ist (Bowlby 2010, S. 101). So lassen sich drei erstmals von Ainsworth, Bell und Stayton (1971) beschriebene Bindungsmuster (Ainsworth et al. 1978; Bretherton 1992, S. 762) unterscheiden: (1) sichere Bindung, (2) unsicher-ambivalente Bindung und (3) unsicher-vermeidende Bindung.

Das individuelle Bindungsmuster stellt sich als recht beständig dar, weil es zunehmend internalisiert und zum Teil in modifizierter Form auf andere Personen wie z. B. Stiefmütter/-väter, Lehrer oder Therapeuten übertragen wird (Bowlby 2010, S. 103). Auch wenn Studien über die Beständigkeit der verschiedenen Bindungsmuster und typischer Persönlichkeitsmerkmale bislang nur bis zum siebten Lebensjahr vorliegen, konnten im Rahmen von Querschnittsstudien selbst bei jungen Erwachsenen noch Spezifika ihrer früheren Bindungsmuster nachgewiesen werden, was für ihre Dauerhaftigkeit spricht (Bowlby 2010, S. 105). In der Bindungstheorie wird die Fähigkeit, Bindungen zu anderen Personen aufzubauen, als Merkmal einer funktionierenden Persönlichkeit gesehen: Dem Konstrukt Gesundheit ist Beziehung immanent - über das gesamte Leben hinweg - und korrespondiert mit Personen im persönlichen Umfeld, die emotionale Unterstützung und Schutz anbieten (Bretherton & Munholland 1999, S. 89).

Als Bindungsverhalten bezeichnet Bowlby (2010, S. 21) jegliches Verhalten, „[...] das darauf ausgerichtet ist, die Nähe eines vermeintlich kompetenteren Menschen zu suchen oder zu bewahren, ein Verhalten, das bei Angst, Müdigkeit, Erkrankung und entsprechendem Zuwendungs- oder Versorgungsbedürfnis am deutlichsten wird“. Als Bindungsverhalten können u. a. kurze, nicht regelmäßige Blick- oder Wortwechsel verstanden werden, oder auch das Nachsehen, wo sich jemand aufhält sowie weggehen vom und zurückkommen zum Ausgangspunkt. Zum Bindungsverhalten gehören auch Berührungen, Lachen oder Weinen, sich in die Richtung des Objekts/Subjekts bewegen, welches von Interesse ist, etc. (Miesen 2006). Zwischen Menschen (z. B. Mutter und Kind) entwickelt sich ein Bindungsverhaltenssystem, in dem beide das Verhaltensmuster des Anderen an verschiedenen Signalreizen (z. B. Verhalten) erkennen und welches als intrapersonale mentale Repräsentation der Welt verstanden werden kann: Diese inneren mentalen Repräsentation (Vorstellungen) fungieren als operationale Modelle des Selbst und der Beziehungspartner inklusive ihrer gemeinsamen Geschichte. Sie dienen

auch der Regulation, Interpretation und Vorhersage sowohl des eigenen Verhaltens, der eigenen Gedanken und Gefühle als auch der des Beziehungspartners (Bretherton & Munholland 1999).

Das Bindungsverhalten wird dabei als ein inhärenter, angeborener Bestandteil der menschlichen Natur betrachtet, der nicht mit dem Alter oder einer spezifischen Lebensphase verbunden ist (Bowlby 2010, S. 98): Du lernst nicht Bindungsverhalten, sondern wirst mit ihm geboren (Miesen 2006, S. 108). So geht Bowlby (2010, S. 4) von der Existenz eines biologisch verankerten Bindungssystems aus, das Säuglinge und Kinder dazu veranlasst, im Falle einer Gefahr die Nähe eines Menschen, konkreter einer Bindungsperson, zu suchen, die Schutz und Sicherheit garantieren kann: „Fühlen wir uns sicher, so gehen wir, von unserer jeweiligen Bindungsfigur wegstrebbend, ‚auf Entdeckung‘; sind wir dagegen besorgt, müde, ängstlich oder krank, so streben wir nach Nähe [...]“ (Bowlby 2010, S. 99). Dies geht auf Bowlbys Annahme zurück, dass die Bindung an eine Bezugsperson sich aus dem Schutzbedürfnis des Neugeborenen entwickelt und aufgrund der biologischen Abhängigkeit das Überleben sichert.

Bindung, Beziehung und Demenz

Miesen (2006, S. 125) betrachtet die Krankheit Demenz als eine kontinuierlich fortschreitende Katastrophe und traumatische Erfahrung für die betreffenden Personen, wodurch Überreaktionen wie die Leugnung der Erkrankung oder Ausweichverhaltensweisen von Menschen mit Demenz und ihren Familien verständlicher werden. Anders als bei anderen traumatischen Erfahrungen verringert sich die Intensität des Erlebten jedoch nicht im Zeitverlauf, sondern nimmt im Gegenteil noch zu (Miesen 2006, S. 125): Die Erfahrung mit Demenz erodiert Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit und aktiviert deshalb Bindungsverhalten. Im Verlauf der Erkrankung verringert sich jedoch die Orientierung an der Außenwelt und Andere erscheinen möglicherweise als fremd. In einem so immer weniger als bekannt erlebten Umfeld hilft Bindungsverhalten immer weniger, sich sicher und wohl zu fühlen (Browne & Shlosberg 2006, S. 138).

Daraus ergibt sich die Vorstellung, Demenzerkrankung als ein chronisches Trauma (Miesen 1997; 1999) aufzufassen. Dieser Auffassung folgend wäre ein Großteil des Verhaltens von Menschen mit Demenz als normales Verhalten in abnormalen Situationen zu verstehen (Miesen 2006). Der Bindungstheorie zufolge führt die mit Unsicherheit, Bedrohung und Trennungssituationen einhergehende Angst zu einem nähe- und bindungssuchenden Verhalten (Miesen 2006, S. 120). Dieses Verhalten korrespondiert mit dem Konzept der intrapersonalen mentalen Repräsentation der Welt, das relativ stabil ist, da sich die Bindungspartner gegenseitig bestätigen. In neuen Beziehungen (u. a. zum Pflegepersonal) wirken diese mentalen Repräsentationen auf die Interpretation des Verhaltens des anderen ein (z. B. wenn eine Pflegende mit der eigenen Tochter verglichen wird) und beeinflussen die eigenen Verhaltenserwartungen. Sie reflektieren nicht nur die Realität (was bisher hinsichtlich Bindungsbeziehung erlebt wurde), sondern sie wirken auch realitätsregulierend und realitätsschaffend, da sie Anwendung finden, um neue Erlebnisse einzuordnen und entsprechend darauf zu reagieren (Bretherton 2001, S. 74).

Stuhlmann (2011, S. 53) zufolge treten bindungssuchende Verhaltensweisen auf, um die erwünschte und positiv erlebte Nähe zu einer Person (z. B. Angehöriger, Pflegeperson) aufrecht zu erhalten. Die Form dieses Verhaltens unterscheidet sich in Abhängigkeit vom Grad der Demenzerkrankung und von den kognitiven Funktionen des Menschen mit Demenz. Menschen mit Demenz sind im Verlauf ihrer Demenzerkrankung zunehmend abhängig von dem Gefühl der Sicherheit, sodass die Bindungstheorie als Ausgangspunkt genommen werden kann, um Verhaltensweisen (wie z. B. die Fixierung auf Eltern) von Menschen mit Demenz zu erklären (Miesen 2006, S. 114; 1993, S. 151). Miesen (1993) ist der Auffassung, dass

Menschen mit Demenz auf die Symptome ihrer Erkrankung reagieren, auch wenn ihnen die Erkrankung nicht mehr bewusst ist; dennoch leiden sie unter der Wahrnehmung dieser Inkongruenz. Damit einhergehend kann die Suche nach Nähe zu einem Partner (Monin, Schulz & Kershaw 2013) oder der pflegenden Person erklärt werden, die wiederum mit dieser Nähe umzugehen haben (Miesen 2006, S. 120; Stuhlmann 2011, S. 11).

Beziehungsregulationen erfordern zudem einen angemessenen Umgang mit Nähe und Distanz (Bowlby 2010, S. 22): „Zu große Nähe birgt die Gefahr der Grenzüberschreitung – zu große Distanz die der emotionalen Verarmung und körperlichen Vernachlässigung“ (Stuhlmann 2011, S. 107). Um ein angemessenes Gleichgewicht von Nähe und Distanz herstellen zu können, bedarf es einer Person, die sowohl die Fähigkeit als auch die Bereitschaft besitzt, als sichere Basis zu fungieren. Stuhlmann (2011, S. 56) zufolge besteht die Herausforderung für Bezugspersonen (Angehörige und Pflegefachkräfte) darin, „[...] sich den Ressourcen (des Menschen mit Demenz [Anm. des Verfassers]) zu nähern und ein Verhalten, das nach außen als Störung erscheint, in Wirklichkeit als notwendige Suche nach Sicherheit und Geborgenheit (als bindungssuchendes Verhalten) zu erkennen“ (Stuhlmann 2011, S. 56). Nach Zugängen zu Ressourcen zu suchen, bedeutet für die Bezugsperson, (1) dass der Zugang zur Welt des Menschen mit Demenz zu suchen und zu finden ist und (2) dass das aus den gesammelten Lebenserfahrungen resultierende Bedürfnis nach Sicherheit anzuerkennen ist (Stuhlmann 2011, S. 56).

Zur Erreichung und Festigung von Bindungssicherheit mit dem Ziel, einen Zustand der Beruhigung und Zufriedenheit zu erreichen, stehen jedem Menschen verschiedene Beziehungssignale zur Verfügung. Werden diese Signale (Bindungsverhaltenssystem) der Menschen mit Demenz richtig erkannt und gedeutet, so kann dies Einfluss auf Verhaltensweisen haben (Stuhlmann 2011, S. 84). Reaktionen auf die Demenz differenzieren sich hinsichtlich ihres Bindungsverhaltens. Bindungsunsicherheiten gehen auf ein Selbstverständnis zurück, welches den eigenen Selbstwert als niedrig und Andere als nicht zuverlässig einschätzt. Vor diesem Hintergrund kann es sein, dass diese Personen nicht die Hilfe der Pflegenden suchen bzw. annehmen, um mit deren Unterstützung z. B. ihr eigenes Unwohlsein zu verbessern. Andererseits kann es sein, dass ein Bindungssicherheitsgefühl als Puffer für psychischen Stress fungiert und verstärkt emotionale Unterstützung von Anderen gesucht bzw. angenommen wird (Bartholomew 1990; Nelis, Clare & Whitaker 2014). Browne und Shlosberg (2005) verweisen in ihrem Review und angesichts der Relevanz des Themas auf einen Bedarf an validen und reliablen Instrumenten zur Erfassung von Bindungsverhalten.

Die bisherigen Ausführungen haben deutlich werden lassen, dass die analytische Betrachtung von Beziehung, abgeleitet aus der Lebensqualität (O'Rourke et al. 2015, S. 28), eng mit dem Konzept der Bindung korrespondiert. Von O'Rourke et al. (2015) definierte Outcomes, wie z. B. Achtung bzw. Respekt, korrespondieren mit Gefühlen gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein. Zudem wurde deutlich, dass Reziprozität sowohl in den beziehungs- als auch den bindungstheoretischen Grundlagen ein wichtiges Kernelement positiv erlebter Lebenswelt darstellt.

3.1.2. Person-Zentrierung und person-zentrierte Pflege

Der Begriff 'personenzentrierte Pflege' bzw. 'person-zentrierte Pflege' ist in aller Munde. Allerdings werden die damit korrespondierenden Konzepte oft synonym verwendet. Ein Grund dafür liegt vermutlich in der englischen Sprache synonymen Verwendung des Begriffs

‘personcentered care’, so dass in der Übersetzung die feinen konzeptionellen Unterschiede nicht beachtet werden. Ausserdem ist zu beachten, ob explizit die Pflege von Menschen mit Demenz im Mittelpunkt steht oder die Pflege von Pflegebedürftigen in allen Settings. Deshalb hier eine kurze Skizzierung von Elementen personenzentrierter Pflege, im Anschluss daran werden ausführlich die fuer die Pflege von Menschen mit Demenz relevanten Elemente person-zentrierter Pflege beschrieben.

Collins (2014) benennt vier Kernelement personenzentrierter Pflege: (1) Wahrung von Würde und Respekt, abgeleitet aus den Menschenrechten, (2) Koordination von Pflege oder Behandlung, bezogen auf die settingspezifische und settingübergreifende Organisation von Leistungen, (3) individualisierte Angebote, die dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen wichtig sind sowie (4) Förderung, aufbauend auf Kompetenzen der Pflegebedürftigen. Personenzentrierung umfasst demnach auch gemeinsame Entscheidungsfindungen und die Unterstützung des Selbstmanagements des Pflegebedürftigen. Weitere häufig zitierte Autoren sind McCormack und McCane (2006, 2011). Sie haben – basierend auf dem Pflegeprozess – vier Anforderungen an personenzentrierte Pflege identifiziert und definiert: (1) die Kompetenzen der Pflegenden und deren Verantwortungsbereiche, (2) das Umfeld in dem die Pflege erbracht wird, (3) auf den Pflegebedürftigen zugeschnittene Pflegeaktivitäten und (4) erwartbare pflegerrelevante Ergebnisse. McCormack betont den Zusammenhang zwischen diesen Anforderungen und dem Pflegeprozess. Mit einer personenzentrierten Pflege wird insbesondere die Idee verfolgt, die Pflege aus der Perspektive des Pflegebedürftigen zu betrachten und zu organisieren. Damit korrespondierende Ziele sind eine Verbesserung der Servicequalität, ein auf die Bedürfnisse und Bedarfe ausgerichtetes Leistungsangebot sowie die Unterstützung des Selbstmanagements.

Diese kurzen Beschreibungen verdeutlichen, dass es sich bei der personenzentrierter Pflege in erster Linie um die Organisation der Pflege aus Sicht der Pflegebedürftigen handelt und Personenzentrierung in diesem Sinne eng mit den Prinzipien des Pflegeprozesses korrespondiert. Davon grenzt sich das Konzept einer person-zentrierten Pflege von Menschen mit Demenz ab.

Einen gemeinsamen Bezugspunkt finden die vielfältigen person-zentrierten Ansätze in den Arbeiten zur klienten-zentrierten Psychotherapie des amerikanischen Psychologen Rogers. Auch als Kitwood und die Bradford Dementia Group in den 1980er Jahren in England das Konzept der person-zentrierten Pflege (person-centered care) explizit für Menschen mit Demenz entwickelten, hatten Rogers Arbeiten zentrale Bedeutung (Kitwood 1997; 2008). Kennzeichnend für einen person-zentrierten Ansatz ist die Fokussierung auf das Subjekt. Wie dem Namen bereits zu entnehmen ist, wird die Person selbst in den Mittelpunkt gerückt. Hierbei kommt eine Haltung zum Tragen, die Kitwood (1997) als Abkehr von einer malignen Sozialpsychologie beschrieben hat und die einer Sichtweise auf Demenz entgegensteht, welche hauptsächlich die Krankheit als ein medizinisches Problem in den Blick nimmt.

Bezogen auf die Pflege von Menschen mit Demenz wird hier die zentrale Bedeutung der Beziehungsgestaltung deutlich. Eine als gut zu bezeichnende Pflege von Menschen mit Demenz wird im Rahmen der Person-Zentrierung als im Wesentlichen aus einer Reihe von qualitativ hochwertigen Interaktionen bestehend beschrieben (Kitwood 2008). Zur Realisierung einer person-zentrierten Pflege bedarf es eines spezifischen Menschenbildes und damit einhergehend einer nicht nur in der verbalen, sondern auch in der nonverbalen Kommunikation zum Ausdruck kommenden Haltung: Einer Haltung, im Rahmen derer der Fokus primär auf den betroffenen Menschen und nicht auf seine Erkrankung („Menschen mit Demenz“ anstelle von „Dementen“ oder „Demenzkranken“) gerichtet ist. So fordert Kitwood (2008, S. 25), dass der Bezugsrahmen „[...] nicht länger die Person-mit-DEMENZ, sondern die PERSON-mit-Demenz

sein“ sollte, also weg vom pathologischen Blick auf Demenz hin zu einem Verständnis der Person mit Demenz, welches auf Erkennen, Respekt und Vertrauen basiert (Kitwood 1997).

Seit den 1980er Jahren hat die Idee einer person-zentrierten Pflege von Menschen mit Demenz in der Praxis eine weite Verbreitung gefunden. Auch wenn die Frage berechtigt scheint, inwieweit person-zentrierte Pflege als ein einheitliches theoretisches Konzept verstanden wird, beziehen sich doch sowohl Vertreter der Pflegewissenschaft als auch der Pflegepraxis auf die Ideen von Kitwood.

So wurde mit dem Ansatz des Dementia Care Mapping (DCM) ein Evaluationsinstrument entwickelt, mit welchem der Anspruch verfolgt wird, die gegebenen sozialpsychologischen Bedingungen und die so erfolgende Ermöglichung (bzw. Verhinderung) des Person-Seins für Menschen mit Demenz empirisch überprüfbar zu machen (Riesner 2014b). DCM, so schreibt Kitwood, ist ein seriöser Versuch, die Perspektive der Menschen mit Demenz einzunehmen, indem Empathie und Beobachtungsfertigkeiten miteinander kombiniert werden (Kitwood 1997, S. 4). Das DCM-Instrument besteht aus vier Beobachtungsebenen: (1) Verhaltenskategorien, (2) Affekt und Kontakt, (3) Personale Detraktionen und (4) Personale Aufwerter. Die Beobachtungsebenen (3) und (4) sind näher in Form der folgenden Beobachtungskonstrukte operationalisiert: Bestätigung, Bindung, Einbeziehung, Geborgenheit/Wohlbehagen sowie Identität (Riesner 2014a, S. 37). DCM ist zwar in erster Linie ein Evaluationsinstrument, gleichwohl kann eine erste Evaluation mit DCM auch als Einstieg in einen Implementierungsprozess von person-zentrierter Pflege betrachtet werden. Psychometrische Studien haben unterschiedliche Ergebnisse hervorgebracht. Vor diesem Hintergrund konstatiert Riesner (2014a, S. 48), dass die Ergebnisse darauf hindeuten „[...] dass DCM eher den Blick auf die Person mit Demenz richtet, als dass aufgenommen wird, was die Person mit Demenz selbst zu ihrer Lebensqualität sagt oder sagen würde“. Dichter et al. (2016) verweisen darauf, dass ausgehend von der theoretischen Basis sowie den Interventionskomponenten eine negative Wirkung der DCM Methode unwahrscheinlich sei. Vor dem Hintergrund der im Leben-QD II Projekt identifizierten Ergebnisse kann eine negative Wirkung jedoch nicht ganz ausgeschlossen werden. So können fehlerhafte oder ungenaue DCM Beobachtungen sowie die Interpretation der Beobachtungsergebnisse zu einer nicht person-zentrierten und sich negativ für Menschen mit Demenz auswirkenden Pflege führen. Barbosa et al. (2017) kommen in ihrem systematischen Review zu dem Schluss, dass zwar erste Hinweise auf eine wissenschaftliche Fundierung hinsichtlich des Nutzens und der Vorteile für die Mitarbeiter und die Menschen mit Demenz konstatiert werden können, gleichwohl empfehlen sie bisher verwendete Outcome-Parameter kritisch zu reflektieren und die Wirkprinzipien von DCM besser zu verstehen.

Des Weiteren entstand mit dem VIPS-Konzept – federführend durch Brooker (2008) entwickelt – ein Instrument zur Implementierung einer person-zentrierten Pflege. Die Bezeichnung VIPS steht für die vier Elemente einer person-zentrierten Pflege von Menschen mit Demenz, die von Brooker (2004, S. 216) im Rahmen einer Literaturstudie als Hauptelemente einer person-zentrierten Pflege identifiziert wurden: 1) V = Wertschätzung der Menschen mit Demenz und derjenigen, die für sie sorgen. 2) I = das Individuum sehen, 3) P= die Welt aus der Perspektive der Menschen mit Demenz betrachten, 4) S = ein positives soziales Umfeld, in dem Menschen mit Demenz leben können, und Wohlbefinden fördern.

Eine weitere Option, person-zentrierte Pflege zu gestalten, stellt das 2011 von Edvardsson, Fetherstonhaugh und Nay (2011) publizierte Konzept Tool for Understanding Residents' Needs as Individual Persons (TURNIP) dar. Hier erfolgte die Operationalisierung person-zentrierter Pflege anhand der folgenden fünf Dimensionen: (1) die Umwelt, in welcher Pflege stattfindet, (2) die Einstellung der Mitarbeiter gegenüber den Menschen mit Demenz, (3) das Wissen der Mitarbeiter über Demenz, (4) das Organisationssystem, in der die Pflege erbracht wird,

und (5) die Pflege an sich. TURNIP beinhaltet neben diesen Dimensionen 39 Items (z. B. Soziale Partizipation ist wichtig für Menschen mit Demenz oder Wir diskutieren oft darüber, wie person-zentrierte Pflege gestaltet werden kann). Die psychometrische Testung von TURNIP wies eine zufriedenstellende Validität und Reliabilität auf (Cronbach's alpha = .89). Edwards-son, Fetherstonhaugh und Nay (2011) zufolge handelt es sich bei TURNIP um ein klinisch relevantes Konzept zur Implementierung person-zentrierter Pflege, welches – ähnlich wie DCM – auch zur Evaluation person-zentrierter Pflege verwendet werden kann.

Wie auch schon im Kontext von DCM, VIPS und TURNIP skizziert, handelt es sich bei CARES® (Gaugler, Hobday & Savik 2013) ebenfalls um ein Evaluationsinstrument, welches integrativer Bestandteil einer Implementierung person-zentrierter Pflege sein kann. Das CARES® Beobachtungstool (COTTM) setzt sich aus sechs Dimensionen und 16 Items zusammen, welche nach einem dichotomen Prinzip (beobachtet/nicht beobachtet) bewertet werden. Die Dimensionen lauten: mit Anderen in Kontakt treten; Verhalten einschätzen; angemessen reagieren; erkennen, welche Aktivitäten effektiv wirken; Erkenntnisse mit Anderen teilen. Jedes Item steht für ein Verhalten der Pflegenden, welches mit person-zentrierter Pflege korrespondiert. Das Instrument wird in erster Linie für Pflegehelfer angewendet. Aus Sicht von Gaugler, Hobday und Savik (2013) konnte die face und content Validität sowie Interrater-Reliabilität bestätigt werden und es hat sich gezeigt, dass mit dem COTTM rasch identifiziert werden kann, ob die Pflege person-zentriert ausgeübt wird.

Aber auch Ansätze, die nicht direkt als person-zentrierte Pflegekonzepte für Menschen mit Demenz definiert werden, können als Beitrag zur person-zentrierten Pflege verstanden werden, wie die folgenden Beispiele verdeutlichen:

Das sogenannte Realitäts-Orientierungs-Training (Taulbee & Folsom 1966) respektiert insofern das Person-Sein von Menschen mit Demenz, indem hierbei versucht wird, beispielsweise zeitliche oder soziale Desorientierung aufgrund kognitiver Einschränkungen an einer intersubjektiv teilbaren Situationsdefinition, d. h. allseits verständlichen Auslegung der Realität, zu (re-)orientieren. Einen im Grunde entgegengesetzten Weg schlägt der von Naomi Feil in den 1960er Jahren entwickelte Ansatz der Validation (Feil 2010) ein. Hier wird das Person-Sein des Menschen mit Demenz insofern respektiert, als dass die subjektive Situationsdefinition, d. h. Auslegung der Realität, angenommen und im konkreten Falle von Angehörigen oder Pflegenden unterstützt und bestätigt wird. Söderlund, Norberg und Hanselbo (2012) verstehen unter Validation die Entwicklung einer vertrauensvollen Atmosphäre zwischen dem Menschen mit Demenz und den Pflegenden. Insgesamt, so Müller-Hergl (2011) scheint es schwierig zu sein, Aktivitäten vermehrter Aufmerksamkeit und Validation zu unterscheiden. Menschen mit Demenz sollten, so Müller-Hergl (2011, S. 40) weiter, „kein spezieller kommunikativer Status zugewiesen werden, - dies stellt unter Umständen eine Form kommunikativer Stigmatisierung dar. Insgesamt ist es sinnvoller, authentisch mit Menschen mit Demenz umzugehen und deren Vertrauen zu gewinnen...“. Trotz ihrer gegensätzlichen Herangehensweise (Realitätsorientierung vs. Annahme subjektiver Situationsdefinition), können beide Ansätze in ihrer Fokussierung auf das Subjekt als person-zentrierte Ansätze verstanden werden.

Im sogenannten Betätigungsansatz wird Betätigung zwischen den Polen 'Person und Kontext' konzeptualisiert, d. h. aus einer Kontextperspektive wird auf das Zusammenspiel von Betätigung, Person und Kontext geschaut. Aus einer person-zentrierten Perspektive wird hierbei von einer Interaktion gesprochen. „Betätigungssituationen sind strukturiert durch die Vergangenheit, Gegenwart und die Perspektive in eine mögliche Zukunft. [...] Betätigung entsteht folglich weniger durch die individuelle Betätigungsauswahl und Adaption der Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person an den Betätigungskontext, sondern vielmehr durch die Koordination und Restrukturierung des Zusammenspiels von Betätigung, Kontext und Person als laufender

Prozess" (Röse 2017, S. 33f). In ihrer qualitativen Studie nach dem Grounded Theory Ansatz untersuchte Röse (2017) dieses Zusammenspiel und kommt zu der Erkenntnis, dass das Betätigungsengagement von Menschen mit Demenz in einem vielschichtigen Kontext situiert ist. Sie leitet aus ihren qualitativen Daten fünf Thesen ab (S. 347): (1) Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Altenhilfe entwickeln neue kreative Formen der Durchführung von Betätigungen (klein- und mittelschrittig, bevorzugen Anteilnehmen sowie Dabeisein und Dasein); (2) Das Nutzen flexibler Normen eröffnet Ermöglichungsräume für Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (Doing it Another Way, Belonging, Being); (3) Mitarbeiter sind gefordert, Grenzen ihrer Handlungsweisen zu reflektieren und im Kontext der stationären Pflege auszubalancieren; (4) Vorstrukturierte Betätigungssituationen formen potentielle Gewohnheiten als Grundmuster für die Betätigung und sind nur zum Teil anschlussfähig für Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Altenhilfe; (5) eine vertraute, situativ verstehbare, graduell angepasste Betätigung ermöglicht Engagement der Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Altenhilfe.

Ericsson, Kjellstrom & Hellstrom (2013) legen in ihrem Konzept zur Beziehungsorientierten Pflege den Fokus auf die Bedeutung der Beziehung zwischen der Person, die Pflege erhält, und derjenigen, die Pflege anbietet (egal ob als pflegende Angehörige oder beruflich Pflegenden). Es wird formuliert, dass person-zentrierte Pflege beziehungsorientierte Pflege sein muss. Eine Herausforderung für die Pflegenden besteht insbesondere dann, wenn sich sukzessiv die Fähigkeit des Menschen mit Demenz reduziert, selbst Beziehungsarbeit zu initiieren. Ist dies der Fall, so kommt vor allem aktiver Beziehungsarbeit eine herausragende Bedeutung zu, um das Person-Sein und die eigene Identität der Person mit Demenz zu bestätigen und dazu beizutragen, dass sie Selbstwirksamkeit erleben kann.

Hinter dem Konzept der Langsamen Pflege (Lillekroken 2014) kann ein weiterer Ansatz person-zentrierter Pflege verstanden werden. Die Essenz langsamer Pflege liegt in Momenten der Zeitlosigkeit und damit in der besonderen Qualität des Augenblicks. Pflegenden sollen sich dem Konzept zufolge die Zeit nehmen u. a. zum Reflektieren und Überlegen, wie sich ihre Beziehung zu den zu Pflegenden gestaltet und was sie tun können, damit Pflegebedürftige der zentrale Fokus ihres pflegerischen Handelns werden. Gelingt dies, kann der Moment der Zeitlosigkeit als positive Erfahrung von Pflege erlebt werden. Bei der langsamen Pflege handelt es sich um einen grundlegenden Ansatz pflegerischen Tuns, der sich im WIE des Handelns ausdrückt. Im Rahmen einer qualitativen Studie (Beobachtung und Fokusgruppendifkussion mit Pflegenden) identifizierten Lillekroken, Hauge & Slettebo (2015b) drei Themen: im Moment sein, nur eine Sache im Moment tun und Freude und Zufriedenheit gestalten, was die Aufrechterhaltung eines Kohärenzgefühls im Sinne von Antonowsky unterstützt. In einer weiteren Studie zur Konkretisierung des Kohärenzgefühls von Menschen mit Demenz kamen Lillekroken, Hauge & Slettebo (2015a) zu dem Ergebnis, dass Kontinuität im Alltag, Vorhersehbarkeit der Umgebung und der Umwelt sowie Selbstsicherheit durch Partizipation möglicherweise zur Aufrechterhaltung eines Kohärenzgefühls beitragen können.

In jüngerer Zeit zeigt sich eine weitere Entwicklung, welche vor allem zunächst auf konzeptioneller Ebene die Implikationen einer Demenz für das Person-Sein aufgreifen und sich dabei unter anderem auf eine konkrete Forderung Kitwoods beziehen. Das, was Kitwood (1997) als maligne Sozialpsychologie beschrieben hat und was in einem pathologischen Blick auf Demenz seinen Ausdruck findet, hat unmittelbare Auswirkungen darauf, wie ein Mensch mit Demenz als Person verstanden und wahrgenommen wird. Vor dem Hintergrund einer Einordnung, die allein auf kognitive Fähigkeiten und Maßstäbe der Rationalität zurückgreift, erscheint eine Demenz durch den unterstellten Zustand von Bewusstseinsauflösung, Identitätszerfall, sozialer Involution und dem Fallenlassen sozialer Konventionen als langsamer sozialer Tod (Radvansky 2011). Dieser Sichtweise begegnen sozialkonstruktivistische Ansätze damit, dass

sie den Primat der Kognition und Rationalität im Kontext der Demenz ablehnen. Wichtig wird vielmehr, wie ein Mensch sozial eingebunden ist, wie also sein relationaler Status konstituiert wird und damit als soziales und nicht als rationales Wesen Anerkennung findet. Wird davon ausgegangen, dass der Mensch seine Identität vornehmlich in Relation zu den und durch die Anwesenheit der ihn umgebenden Menschen bildet (Buber 2008; Sabat 2006), dann besteht die Herausforderung für Pflegende vor dem Hintergrund der abnehmenden kognitiven Identität von Menschen mit Demenz darin, ihre soziale und personale Identität zu fördern, zu erhalten und sie in ihrem Person-Sein zu stärken und zu stabilisieren (Sabat & Harré 1994). Von großer Bedeutung ist demnach die eigene Haltung und Selbstverortung im Verhältnis zum Anderen. Wird eine Person mit Demenz auf ihre kognitive Kompetenz reduziert, wirkt sich dies unmittelbar auf ihre Verortung in der Beziehungsgestaltung aus, d. h. im ungünstigsten Fall wird ihr abgesprochen, sinnhaft sowohl verbal als auch nonverbal zu kommunizieren oder absichtsvoll zu handeln. Sabat (2006, S. 288) spricht in diesem Fall, ähnlich wie Kitwood, von maligner Verortung.

Natürlich können und sollen die Problemlagen im Kontext einer Demenz nicht nur auf die Herausforderungen sozialer Eingebundenheit reduziert werden. Um aber zu verdeutlichen, welcher Anspruch aus einer entsprechenden Haltung für Angehörige und Pflegende resultiert, soll an dieser Stelle ein Beispiel angeführt werden: Der Aspekt der „Zeit-Konfusionen“ (Honer 2011) verweist auf die interaktiven Herausforderungen, welche für Angehörige und Pflegende von Menschen mit Demenz entstehen können. Ausgehend davon, dass Menschen mit Demenz zeitweise in ihrer je eigenen Welt leben, führt dies, so Honer (2011, S. 138f) dazu, dass die jeweiligen zeitlichen Relevanzen der intersubjektiv geteilten Alltagswelt nur schwach korrelieren. Luckmann (1986) definiert Zeit als konstituierend für menschliches Welterleben. Fehlt ein gemeinsamer zeitlicher Bezugsrahmen, führt das, wie Honer (2011, S. 132) schreibt, Vergessen temporaler Strukturen in der Begegnung mit Menschen mit Demenz zu Schwierigkeiten gegenseitigen Verstehens. Diese im alltäglichen Miteinander entstehenden interaktiven Problemlagen können nicht ohne weiteres aufgelöst werden. Jedoch eröffnen sich durch die Fokussierung auf die Person neue verbale und non-verbale Zugangsweisen, die solche Problemlagen explizit und somit reflektierbar machen. In eben diesem reflexiven Moment entsteht die Möglichkeit der Bewusstwerdung der eigenen Haltung gegenüber dem Menschen mit Demenz.

Higgs und Gilleard (2016) kritisieren, dass es sich bei person-zentrierter Pflege (insbesondere Kitwood 1997) um ein abstraktes und wenig operationalisiertes Konzept handelt und nur unzureichend erklärt wird, warum Person-Sein und Demenz eine schwierige Kombination darstellen. Pflege, so ihr Vorschlag, sollte sich vielmehr darauf konzentrieren, die bestehenden Fähigkeiten und Fertigkeiten zu unterstützen und gleichzeitig Schaden sowie deren Konsequenzen von ihnen fernzuhalten. Das Problem einer auf Person-Sein basierten Pflege von Menschen mit Demenz besteht in zweierlei Hinsicht: (1) eine Differenzierung zwischen der moralischen Verortung von Person durch Andere (z. B. Pflegende und Angehörige) und der Beibehaltung ihrer Fähigkeiten, sodass dieses Person-Sein auch gelebt werden kann. D. h. das Problem besteht darin, dass ignoriert wird, dass die Verantwortlichkeit für das Person-Sein von Menschen mit Demenz auf Andere verlagert wird und dass es nicht nur um die Wahrung des moralischen Status als Person geht, sondern auch um das Zulassen und Ermöglichen. Wird das eine nicht erreicht, kann auch das andere nicht verwirklicht werden. (2) Kitwoods konzeptioneller Ansatz begründet sich im Christentum, in dem allen Menschen ein intrinsischer Wert immanent ist. Es wird deshalb kritisiert, dass sein Konzept der Person-Zentrierung als Konzept mit versteckter Agenda verstanden werden könnte. Higgs und Gilleard (2016) vermeiden Kitwoods Formulierung der malignen Sozialpsychologie oder Sabats (2006) malignen Verortung, indem sie kritisieren, dass es sich bei der Betrachtung von Demenz

vielmehr um einen malignen Blick der Gesellschaft auf die Alten handelt und weniger um ein intrapersonales Stressphänomen. In der angebotenen Pflege repräsentiert sich für sie die Wahrnehmung der moralischen Verortung der Person mit Demenz.

Für die Pflege von Menschen mit Demenz erweisen sich Relationalität und Reziprozität somit als zentrale Konzepte, die nicht nur die Lebensqualität und das Wohlbefinden steigern, sondern in erster Linie einen gemeinsamen Bezugsrahmen eröffnen, in dem ein gegenseitiges Verstehen möglich erscheint.

Für die theoretische Fundierung des Expertenstandards ergibt sich auf der Grundlage der Idee der Person-Zentrierung die Möglichkeit, dem zentralen Aspekt der Relationalität Rechnung zu tragen, indem bei der Auswahl der Interventionen vor allem auf die Konzepte Beziehung und Bindung fokussiert wurde. Daher werden Interventionen in den Blick genommen, die ihrer Anlage oder ihrer Anwendung entsprechend einen Beitrag dazu liefern können, das Gefühl von Menschen mit Demenz zu erhalten oder zu fördern, damit diese sich gehört, verstanden und angenommen sowie mit anderen Personen verbunden fühlen.

3.1.3. Zwischenfazit und Ausblick

Die bisherigen Ausführungen haben verdeutlicht, dass Beziehungen sowohl den originären Kern pflegerischen Handelns ausmachen (Friesacher 2008), als auch zu den Faktoren zählen, die O'Rourke et al. (2015) zufolge aus Sicht von Menschen mit Demenz Lebensqualität konstituieren und beeinflussen. Die zentrale Bedeutung von Beziehungen wird auch vor dem Hintergrund der Bindungstheorie als theoretischem Zugang offensichtlich. So führt das Erleben von Demenz zu einem Verlust des Gefühls der Geborgenheit und Sicherheit, was Bindungsverhalten (Browne & Shlosberg 2006, S. 138), d. h. „[...] sämtliche auf ‚Nähe‘ ausgerichtete Verhaltensweisen [...]“ (Bowlby 2010, S. 22) im Sinne der verbalen und nonverbalen Kommunikation aktivieren kann. Eine auf Person-Zentrierung ausgerichtete Pflege, welche das Person-Sein des Menschen mit Demenz anerkennt und das Gefühl zu transportieren vermag, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein, kann dadurch auch den Bedürfnissen nach Beziehung und Bindung unterstützend begegnen.

Vor dem skizzierten Hintergrund erfolgt eine Eingrenzung auf das Thema Beziehungsgestaltung, d. h. Interaktions- und Kommunikationsangebote, die das Gefühl von Menschen mit Demenz erhalten oder fördern gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein (Abbildung 1).

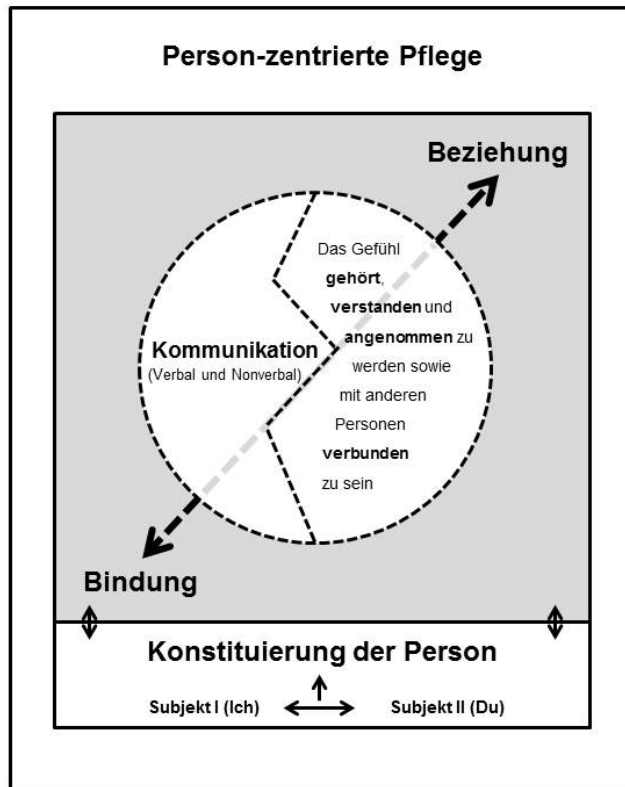


Abbildung 1: Eingrenzung und Spezifizierung des Themas (Eigene Darstellung)

Einer derart auf Beziehungsgestaltung bedachten Pflege von Menschen mit Demenz stehen jedoch einige hemmende Faktoren gegenüber, wie z. B:

- strukturelle Rahmenbedingungen, unter denen die Pflege von Menschen mit Demenz erfolgt (Koch-Straube 1997; Galatsch et al. 2007; Isfort et al. 2014),
- unzureichende Kompetenzen³ Pflegenden im Hinblick auf eine professionelle Gestaltung von Beziehungen (Pohlmann 2006; Kitwood 2008; DIP 2014) oder auch
- die beabsichtigte Distanz der Pflegenden zum Patienten, um sich vor emotionalen Belastungen zu schützen (Koch-Straube 1997; Gröning 2005; Pohlmann 2006).

Vor dem Hintergrund der Bedeutung der Beziehungsgestaltung für die allgemeine Lebensqualität und die Pflege von Menschen mit Demenz im Speziellen sowie unter Berücksichtigung der ihr entgegenstehenden - als hemmend skizzierten - Faktoren kann davon ausgegangen werden, dass ein Expertenstandard zu diesem Themenkomplex der Zielsetzung des DNQP (2015, S. 8) entsprechend versorgungssektorenübergreifend „[...] eine erhebliche Qualitätssteigerung der Pflegepraxis erwarten lässt [...]“.

³ „Je schwerer die Demenz, desto größer wird auch der Bedarf an speziellen interaktiven Kompetenzen“ (Kitwood 2008, S. 143).

3.2. Methodisches Vorgehen

Lea-Maria Niemann

3.2.1. Fragestellungen

Basierend auf der übergeordneten Zielsetzung und der Entwicklung des Expertenstandards (DNQP 2019) wurden für jede Ebene des Standards Themen und Fragestellungen formuliert. Die Beantwortung der Fragestellungen erfolgt auf der Grundlage einer systematischen Recherche, Bewertung und Synthese relevanter Studienergebnisse.

Thema	Fragestellung
Umfeld	Wie wirkt sich das Umfeld in der person-zentrierten Beziehungsgestaltung auf Menschen mit Demenz aus?
Screening/Assessment	Welche Kriterien liefern Hinweise auf die Identifikation von Anzeichen einer Demenz von pflegebedürftigen Menschen? Welche Kriterien liefern Hinweise auf Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung zu Menschen mit Demenz?
Interventionen	Welche Effekte haben Interventionen zur personzentrierten Beziehungsgestaltung auf Menschen mit Demenz? Welche Merkmale kennzeichnen Interventionen zur person-zentrierten Beziehungsgestaltung für Menschen mit Demenz?
Information/Schulung/Beratung	Wie effektiv sind Maßnahmen zur pflegerischen Information, Schulung und Beratung für Menschen mit Demenz bzw. deren Angehörige? Welche spezifischen Anforderungen sind an die pflegerischen Information, Schulung und Beratung für Menschen mit Demenz bzw. deren Angehörige zu stellen?
Fort- und Weiterbildung	Wie wirkt sich die Qualifikation/Kompetenz der Pflegefachpersonen in der person-zentrierten Beziehungsgestaltung auf Menschen mit Demenz aus?
Evaluation	Welche (Evaluations-)Kriterien liefern Hinweise auf eine erfolgreichen Beziehungsgestaltung zu Menschen mit Demenz?

Tabelle 1: Fragestellungen nach den Ebenen des Expertenstandards

3.2.2. Suchstrategie und Rechercheprozess

Die Literaturstudie fokussierte einen iterativen hierarchischen Rechercheprozess. Es wurde primär nach Leitlinien und systematischen Übersichtsarbeiten recherchiert. Einzelstudien wurden nur dann eingeschlossen, wenn Fragestellungen nicht auf Grundlage von Leitlinien oder systematischen Übersichtsarbeiten beantwortet werden konnten.

3.2.2.1. Recherchestrategie Leitlinien

Eine gezielte und systematische Recherche nach Leitlinien war nur eingeschränkt möglich, da die meisten Datenbanken die Eingabe konkreter Suchstrings mittels AND/OR-Kombinationen nicht erlauben. Die Suche erfolgte anhand ausgewählter Suchbegriffe (vgl. Tab. 2).

Suchbegriffe	
Deutsch	Englisch
Demenz	dementia
Alzheimer(-Demenz)	Alzheimer (dementia)
Vaskuläre Demenz	vascular dementia
Frontotemporale Demenz	frontotemporal dementia
Lewy Body Demenz	Lewy body dementia
Frühdemenz	young-onset dementia

Tabelle 2: Suchbegriffe zur Leitlinienrecherche

Zur Identifizierung von relevanten Leitlinien wurden die folgenden Datenbanken durchsucht:

- Guideline International Network (G-I-N)
- Datenbank pflegerischer Leitlinien und Standards des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
- Nationale Versorgungsleitlinien (NVL)
- American Psychological Association (APA)
- Alzheimer Association
- Cognitive Decline Partnership Centre
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAIzG)

Das Ziel war es, ausschließlich Leitlinien zu berücksichtigen, deren Empfehlungen auf evidenzbasierten Erkenntnissen basieren. Zudem wurden Leitlinien ausgeschlossen, deren Gültigkeit bereits ausgelaufen war oder aufgrund mangelnder Berichterstattung unklar ist.

3.2.2.2. Recherchestrategie Datenbanken

Die systematische Recherche nach Studien erfolgte in den Literaturdatenbanken MEDLINE, Cochrane Library, CINAHL und PsycInfo und knüpfte an den Recherchezeitraum der Entwicklung des Expertenstandards an. Folglich wurde der Zeitraum auf November 2015 bis 05. Dezember 2024 festgelegt. Die Details der entwickelten Suchstrategien sind im Anhang A aufgelistet.

3.2.2.3. Ein- und Ausschlusskriterien

Die identifizierten Referenzen wurden in das Programm Rayyan importiert. Rayyan wurde primär zur Systematisierung des Screening-Prozesses eingesetzt. Die KI-Funktion diente ausschließlich der Priorisierung und Sortierung und traf keine eigenständigen Entscheidungen über Ein- oder Ausschluss von Studien. Die Studien wurden in einem zweistufigen Prozess hinsichtlich ihrer Relevanz beurteilt. Zunächst wurden Titel und Abstracts aller Referenzen durchgesehen und anschließend die Volltexte gesichtet. Anhand definierter Kriterien (vgl. Tab. 3) wurde über Ein- oder Ausschluss entschieden. Die Studien wurden unabhängig von zwei Personen (LN, HS) gesichtet und bei Unstimmigkeiten bis zum Konsens diskutiert.

3.2.3. Datenextraktion

Alle relevanten Daten wurden je nach Studiendesign in standardisierte Tabellen übertragen. Diese Daten decken alle Informationen ab, die erforderlich sind, um die relevanten Untersuchungsgegenstände (vgl. Tab. 1) zur Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz nachzuvollziehen. Ebenfalls wurden relevante Informationen zum methodischen Vorgehen der Studien berichtet. Je nach Berichtsform und Fragestellung wurden entweder die statistischen Effektschätzungen genannt oder narrative Ergebnisse beschrieben. Die Tabellen mit den Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind dem Anhang B beigelegt.

Domäne	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Population	• Menschen mit Demenz einschließlich einer frontotemporalen oder young-onset Demenzerkrankung	• Menschen mit Mild Cognitive Impairment (MCI) • Menschen mit einer geistigen Behinderung • Menschen mit psychischen Erkrankungen
Phänomen von Interesse / Intervention	Interventionen, zur person-zentrierten Beziehungsgestaltung • Interaktions- und Kommunikationsangebote • Psychosoziale Interventionen • Digitale Interventionen (Abgrenzung zu Corona Interventionen)	Interventionen mit dem primären Fokus auf folgende Themen: • Schmerzen, Sturz, Ernährung, Zahngesundheit, Medikation, Inkontinenz, Sexualität/Intimität, Einsamkeit, Gewalt • Einzug in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, Entlassungsmanagement, Care/Case Management, Fallkonferenzen • Zugang zu Gesundheits-/Pflegeleistungen, ökonomische Analysen, Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen, Pflegequalität • Klinische Entscheidungsfindungen, Forschungsergebnisse zur informierten Einwilligung in Behandlungen/Forschungsprojekte • end of life care, Lebenserwartung, Mortalität, Schizophrenie, traumatische Hirnverletzungen, Depression, Delir, Trisomie 21, Hüftfrakturen, Diabetes Mellitus, Nierenfunktion, Schlaganfall, Parkinson, Chorea Huntington, HIV/AIDS, Pneumonie, Anämie, Sprachstörungen, Kognition • genetische Tests, Risikofaktoren für demenzielle Erkrankungen, Gentests, Kognitive Tests, funktionale Mobilität
Setting	• Krankenhaus • Stationäre Langzeitpflege • Ambulante Pflege	• Palliative-Care in Verbindung mit Demenz
Studien-design	• Systematische Übersichtsarbeiten mit und ohne Metaanalyse • randomisierte-kontrollierte Studien • quasi-experimentelle Studien • Kohortenstudien • Fallstudien/Fallberichte • Qualitative Studien • Mixed-Methods-Studien	
Sprache	• Deutsch • Englisch	

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien zur systematischen Literaturrecherche

3.2.4. Bewertung der methodischen Qualität

Die Bewertung der methodischen Qualität und/oder des Verzerrungsrisikos der eingeschlossenen Studien erfolgte entsprechend dem Studiendesign anhand ausgewählter Instrumente.

Systematische Übersichtsarbeiten

Die Bewertung der systematischen Übersichtsarbeiten zu Interventionsstudien erfolgte anhand der Kriterien des AMSTAR-2 (MeaSurement Tool to Assess Systematic Reviews). Die abschließende Gesamtbewertung der Übersichtsarbeiten folgte der Einstufung nach AMSTAR in hoch, moderat, niedrig und kritisch niedrig (Shea et al. 2017).

Die methodische Qualität systematischer Übersichtsarbeiten anderer Studiendesigns wurde anhand der JBI-Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses bewertet. Die Checkliste beinhaltet elf Items zu den Einschlusskriterien, der Recherchestrategie, Datenextraktion, Bewertung des Verzerrungsrisikos sowie Empfehlungen für die Praxis und weitere Forschung. Bei der Bewertung von qualitativen Evidenzsynthesen ist Item neun zum Publikation-Bias nicht anwendbar und wird bei der Bewertung entsprechend nicht berücksichtigt (Aromataris et al. 2015).

Randomisierte kontrollierte Studien

Das Verzerrungsrisiko randomisierter kontrollierter Studien wurde mit den Kriterien des Cochrane risk-of-bias tool (RoB2) bewertet. Dazu zählen Verzerrungen durch den Randomisierungsprozess (Selection Bias), Abweichungen von der vorgesehenen Intervention (Performance Bias), der fehlenden Ergebnisdaten (Attrition Bias), die Ergebnismessung (Detection Bias) und die Selektion des berichteten Ergebnisses (Reporting Bias). Das Biasrisiko der jeweiligen Domäne wird nach Beantwortung der Signalfragen in niedriges Biasrisiko, einige Bedenken oder hohes Biasrisiko eingestuft (Sterne et al. 2019).

Nicht-randomisierte Studien

Nicht-randomisierte Studien wurden mittel des JBI Critical Appraisal Tools Quasi-experimental Studies bewertet. Im Rahmen der internen Validität werden Verzerrungen durch zeitliche Priorität (Bias related to temporal precedence), durch Randomisierung (Bias related to selection and allocation), durch Confounder (Bias related to confounding factors), durch die Verabreichung der Intervention bzw. Exposition (Bias related to administration of intervention/exposure) und durch die Bewertung, Feststellung und Messung des Ergebnisses (Bias related to assessment, detection and measurement of the outcome) analysiert. Zudem wird die Angemessenheit der statistischen Analyse untersucht (Barker et al. 2024).

Qualitative Studien

Die Bewertung der methodischen Qualität qualitativer Einzelstudien erfolgte anhand der CASP Qualitative Studies Checklist. Dabei wurden drei wesentliche Aspekte berücksichtigt. Dazu zählen die (1) Validität der Ergebnisse – gemessen an der theoretischen Grundlage der Studie, der Rekrutierung und der Beziehung zwischen Forscher*innen und Teilnehmenden, (2) die

Inhalte der Ergebnisse (z. B. Berücksichtigung ethischer Aspekte, hinreichend gründliche Datenanalyse) und (3) die Relevanz und Übertragbarkeit der Ergebnisse (CASP 2024).

Mixed-Methods- Studien

Für die Bewertung von Mixed-Methods-Studien wurde das Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) angewendet. Das Instrument beinhaltet zwei Screening-Fragen und jeweils fünf Fragen zu qualitativen Studien, randomisierten sowie nicht-randomisierten kontrollierten Studien, quantitativ-deskriptiven Studien sowie Mixed-Methods Studien. Ein abschließender Gesamtscore wird nicht berichtet (Hong et al. 2018).

3.2.5. Bewertung der Qualität der Evidenz

In einigen systematischen Übersichtsarbeiten – vorwiegend in den Cochrane Reviews – wird eine Bewertung der Qualität der Evidenz vorgenommen. In den eingeschlossenen Studien wird überwiegend die GRADE-Systematik angewendet (vgl. Tab. 4). Sofern bei den Studien eine entsprechende Evidenzbewertung vorgenommen wurde, wird diese im Zusammenhang mit den Ergebnissen berichtet.

GRADE

Qualitätsstufe	Definition
Hoch	Wir sind sehr sicher, dass der wahre Effekt nahe bei dem Effektschätzer ⁴ liegt.
Moderat	Wir haben mäßig viel Vertrauen in den Effektschätzer: Der wahre Effekt ist wahrscheinlich nahe bei dem Effektschätzer, aber es besteht die Möglichkeit, dass er relevant verschieden ist.
Niedrig	Unser Vertrauen in den Effektschätzer ist begrenzt: Der wahre Effekt kann durchaus relevant verschieden vom Effektschätzer sein.
Sehr niedrig	Wir haben nur sehr wenig Vertrauen in den Effektschätzer: Der wahre Effekt ist wahrscheinlich relevant, verschieden vom Effektschätzer.

Tabelle 4: Bewertung der Qualität nach GRADE

Eigene Darstellung nach Meerpohl et al. (2021)

⁴ Statistische Kennzahl, die das Ausmaß der Wirkung einer Intervention oder eines Risikofaktors auf den untersuchten Endpunkt wiedergibt.

3.3. Ergebnisse

Lea-Maria Niemann, Heiko Stehling, Mike Rommerskirch-Manietta, Christina Manietta, Anna Louisa Hoffmann-Hoffrichter, Martina Roes

3.3.1. Leitlinien

Insgesamt wurden über Leitliniendatenbanken und die Webseiten der Fachgesellschaften 33 Leitlinien identifiziert. Nach dem Entfernen von Duplikaten wurden 27 Leitlinien auf ihre Eignung überprüft. Dabei zeigte sich, dass keine der Leitlinien die zentrale Zielsetzung des Expertenstandards zur Beziehungsgestaltung in den Mittelpunkt stellt. Zwar werden in einigen Leitlinien theoretische Konzepte wie die Person-zentrierung berücksichtigt, jedoch finden diese Konzepte vorwiegend im Kontext der ärztlichen Diagnosestellung und Therapie Anwendung. Infolgedessen wurden keine Empfehlungen aus den identifizierten Leitlinien berücksichtigt.

3.3.2. Datenbanken

Im Rahmen der Datenbankrecherche wurden insgesamt 7241 Studien identifiziert. Nach der Entfernung der Duplikate wurden 5205 Studien anhand von Titel und Abstract gescreent. In die Volltext-Sichtung wurden 315 Studien eingeschlossen. Nach Überprüfung auf Eignung mittels der definierten Ein- und Ausschlusskriterien wurden 72 systematische Übersichtsarbeiten und Einzelstudien in die Literaturstudie eingeschlossen. Wobei fünf Studien auf Empfehlungen von Expert*innen noch nach Abschluss der systematischen Literaturrecherche eingeschlossen wurden.

Nachfolgend wird der Auswahlprozess der Recherchestrategien anhand des PRISMA-Flussdiagramms dargestellt (vgl. Abb. 1).

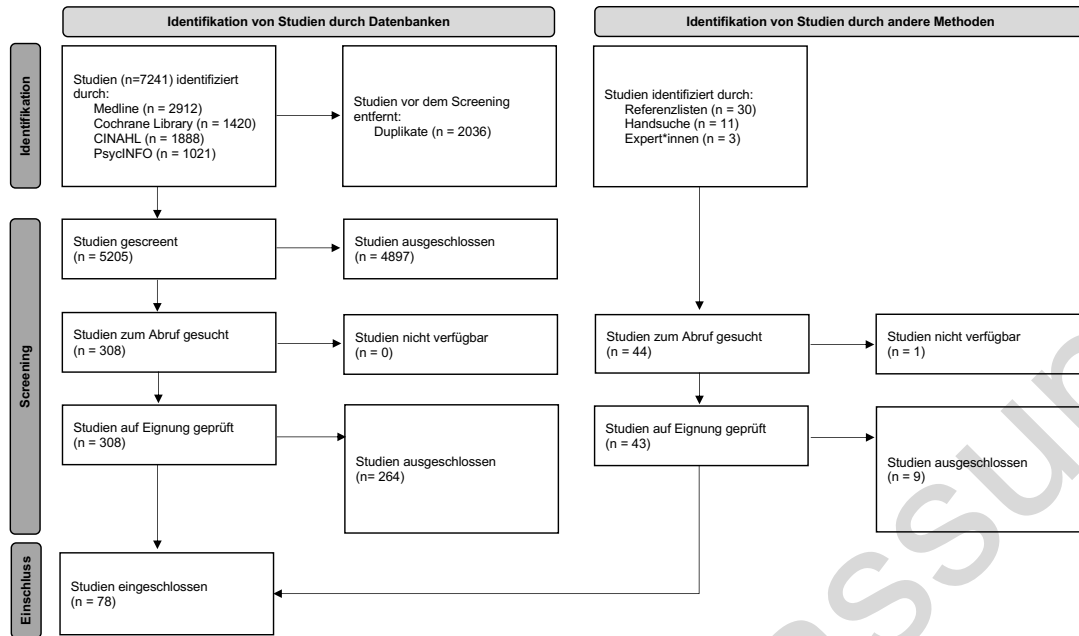


Abbildung 2: PRISMA Flussdiagramm zur systematischen Literaturrecherche

Quelle: Eigene Darstellung angelehnt an: Page et al. (2021)

3.3.3. Assessment

In dem folgenden Kapitel werden zunächst zum Verständnis des Krankheitsbildes Demenz die Definitionen der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision, German Modification, kurz ICD-10-GM) und des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) gegenübergestellt. Zudem werden einige relevante Instrumente zur Einschätzung kognitiver Funktionseinschränkungen genannt. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass kognitive Einschätzungsinstrumente, wie sie im diagnostischen Prozess häufig zum Einsatz kommen, keine ärztliche Diagnose ersetzen, jedoch einen zentralen Beitrag zur Erfassung kognitiver Auffälligkeiten leisten und somit eine wichtige Grundlage für die weiterführende diagnostische Einschätzung darstellen können.

Anschließend werden mögliche Assessmentinstrumente in der Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz vorgestellt. Dabei beziehen sich die Instrumente thematisch auf folgende Schwerpunkte: Kommunikation, Interaktion und Engagement sowie Beziehung zu und Einbindung von Angehörigen.

3.3.3.1. Identifikation der Zielgruppe

Der Begriff Demenz wird in zwei relevanten Klassifikationssystemen näher konkretisiert: Zum einen von International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

(ICD) und zum anderen in dem von der American Psychiatric Association (APA) publizierten Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

In der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision, German Modification, kurz ICD-10-GM) wird Demenz als ein Syndrom beschrieben, das aus einer „[...] meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns [...]“ resultiert und „[...] mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen“ einhergeht (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM] 2025). Ergänzend ist den Ausführungen folgendes zu entnehmen: „Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen“ (BfArM 2025).

In der ICD-10-GM werden in Kapitel XXII mit der Bezeichnung „Schlüsselnummern für besondere Zwecke“ U50-U52 Funktionseinschränkungen benannt. Die Schlüsselnummer U51 hat „kognitive Funktionseinschränkungen“ zum Gegenstand, die für Krankenhäuser von Relevanz sind, da sie für die Abrechnung zu berücksichtigen sind. Dem Hinweis zu der Schlüsselnummer U51 ist zu entnehmen, dass die kognitive Funktionseinschränkung von Patient*innen einmalig innerhalb der ersten fünf stationären Behandlungstage zu erfassen und zu kodieren ist. Zudem erfolgt der Hinweis darauf, dass innerhalb dieser Zeit bei veränderten Werten der höchste Punktwert zu verschlüsseln ist. Erhält die betreffende Person eine geriatrische oder frührehabilitative Behandlung, erfolgt die Kodierung analog zum Beginn der Behandlung.

Als Voraussetzung für die Kodierung wird die Anwendung eines der folgenden standardisierten Testverfahren benannt: (1) FIM: Functional Independence MeasureTM (Granger et al. 1993), (2) MMSE: Mini Mental State Examination (Folstein, Folstein & Mc Mugh 1975), (3) erweiterter Barthel Index (Prosiegel et al 1996). Die kognitiven Funktionseinschränkungen (U51) sind in folgende Differenzierungsgrade spezifiziert (BfArM 2025):

Schlüsselnummer		Bezeichnung/Erläuterung
U51.0-		Keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung
	U51.00	Erweiterter Barthel-Index: 70-90 Punkte
	U51.01	Kognitiver FIM: 30-35 Punkte
	U51.02	MMSE: 24-30 Punkte
U51.1-		Mittlere kognitive Funktionseinschränkung
	U51.10	Erweiterter Barthel-Index: 20-65 Punkte
	U51.11	Kognitiver FIM: 11-29 Punkte
	U51.12	MMSE: 17-23 Punkte
U51.2-		Schwere kognitive Funktionseinschränkung
	U51.20	Erweiterter Barthel-Index: 0-15 Punkte
	U51.21	Kognitiver FIM: 5-10 Punkte
	U51.22	MMSE: 0-16 Punkte

Tabelle 5: Kognitive Funktionseinschränkungen: leicht, mittel, schwer

Quelle: Eigene Darstellung nach BfArM (2025)

Die eingangs skizzierte Definition der ICD-10 für Demenz wurde auch der S3-Leitlinie Demenzen zugrunde gelegt (DGN & DGPPN 2023). In der S3-Leitlinie wird ergänzend darauf verwiesen, dass „[...] die Diagnose einer Demenz nicht allein anhand eines neuropsychologischen Testbefunds gestellt werden, da die Diagnose einer Demenz als wesentliches Merkmal Funktionseinschränkungen bei Alltagsaktivitäten umfasst“ (DGN & DGPPN 2023, S. 85). Zur Erfassung werden verschiedene Instrumente aufgelistet, von denen einige beispielhaft benannt werden:

Erfassungsgegenstand	Instrumente
Beeinträchtigung bei Alltagsaktivitäten	- Disability assessment for dementia (DAD) - Instrumentelle Aktivitäten nach Lawton und Brody (IADL)
Psychische und Verhaltenssymptome	- Nurses Observations Scale for Geriatric Patients (NOSGER) - Neuropsychiatric Inventory (NPI)

Tabelle 6: Instrumente zur Erfassung von Beeinträchtigungen alltagsbezogener Fähigkeiten sowie von psychischen und Verhaltenssymptomen

Quelle: Eigene Darstellung (DGN & DGPPN 2023)

In der fünften Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) wird der Begriff Demenz nicht explizit aufgeführt, sondern die Diagnose „Demenz“ wird unter der Diagnose „Schwere Neurokognitive Störungen“ eingeordnet. Die Kategorie „Neurokognitive Störungen (NCD)“ ist wiederum in drei Gruppen unterteilt: (1) Delir, (2) Schwere Neurokognitive Störungen und (3) Leichte Neurokognitive Störungen. Die Schweren und Leichten Neurokognitiven Störungen werden wiederum in Subtypen unterteilt (APA 2025).

Während der Begriff Demenz gewöhnlich für Erkrankungen wie degenerative Demenzen verwendet wird, die normalerweise ältere Erwachsene betreffen, wird die Bezeichnung neurokognitive Störungen oft bevorzugt für jüngere Menschen angewandt, die Erkrankungen wie sekundäre Beeinträchtigungen nach traumatischen Gehirnverletzungen oder HIV-Infektionen haben. Die Definition Schwerer Neurokognitiver Störungen ist etwas umfassender als der Begriff Demenz (APA 2025). Die Diagnosekriterien für NCD sind im Folgenden dargestellt:

	Schwere Neurokognitive Störungen	Leichte Neurokognitive Störungen
A	Nachweise einer erheblichen Abnahme kognitiver Leistung, relativ zum vorherigen Leistungsniveau in einem oder mehreren kognitiven Bereichen (komplexe Aufmerksamkeit, exekutive Funktion, Lernvermögen und Gedächtnis, Sprache, perzeptiv-motorische Kognition oder soziale Kognition) auf Basis von: 1. Besorgtheit der Patient*innen oder eines sachkundigen Informanten oder des Kliniklers, dass eine erhebliche Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeiten stattgefunden hat, und 2. eine erhebliche Beeinträchtigung der kognitiven Leitungsfähigkeiten, vorzugsweise durch eine standardisierte neuropsychologische Testung bzw. bei deren Fehlen durch eine sonstige quantifizierte klinische Bewertung dokumentiert.	Nachweis einer mäßigen Abnahme kognitiver Leistung relativ zum vorherigen Leistungsniveau in einem oder mehreren Bereichen (komplexe Aufmerksamkeit, exekutive Funktion, Lernvermögen und Gedächtnis, Sprache, perzeptiv-motorische Kognition oder soziale Kognition) auf Basis von: 1. Besorgtheit der Patient*innen oder eines sachkundigen Informanten oder des Kliniklers, dass eine leichte Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeiten stattgefunden hat, und 2. eine mäßige Beeinträchtigung der kognitiven Leitungsfähigkeiten, vorzugsweise durch eine standardisierte neuropsychologische Testung bzw. bei deren Fehlen durch eine sonstige quantifizierte klinische Bewertung dokumentiert.
B	Die kognitiven Einschränkungen beeinträchtigen die Unabhängigkeit in der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten (d. h. zumindest ist die Hilfe bei komplexen instrumentellen Alltagsaktivitäten wie Bezahlen von Rechnungen oder Einnahmen von Medikamenten notwendig).	Die kognitiven Einschränkungen beeinträchtigen nicht die Fähigkeit zur selbstständigen Verrichtung alltäglicher Aktivitäten (d. h. das Verrichten komplexer instrumenteller Alltagsaktivitäten, wie Bezahlen von Rechnungen oder Einnahme von Medikamenten, ist weiter selbstständig möglich, aber dazu können größere Anstrengungen, Kompensationsstrategien oder Anpassungen erforderlich sein).
C	Die kognitiven Einschränkungen treten nicht ausschließlich im Zusammenhang mit einem Delir auf.	
D	Die kognitiven Einschränkungen können nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden (z. B. Major Depression, Schizophrenie).	

Tabelle 7: Starke vs. schwache neurokognitive Störungen

Quelle: Eigene Darstellung nach APA (2025)

Im Vergleich der Ausführungen zu der ICD-10-GM und der DSM-5 Definition werden sowohl Übereinstimmungen als auch Differenzen offensichtlich:

Auf übergeordneter Ebene ist zu erkennen, dass die ICD-10-Definition enger gefasst ist als die breiter angelegte DSM-5-Definition (Demenz vs. Neurokognitive Störungen). Auf der Ebene der jeweils charakterisierenden Kriterien zeigt sich, dass in beiden Definitionen Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, der Lernfähigkeit und der Sprache benannt sind (vgl. Abb. 2).

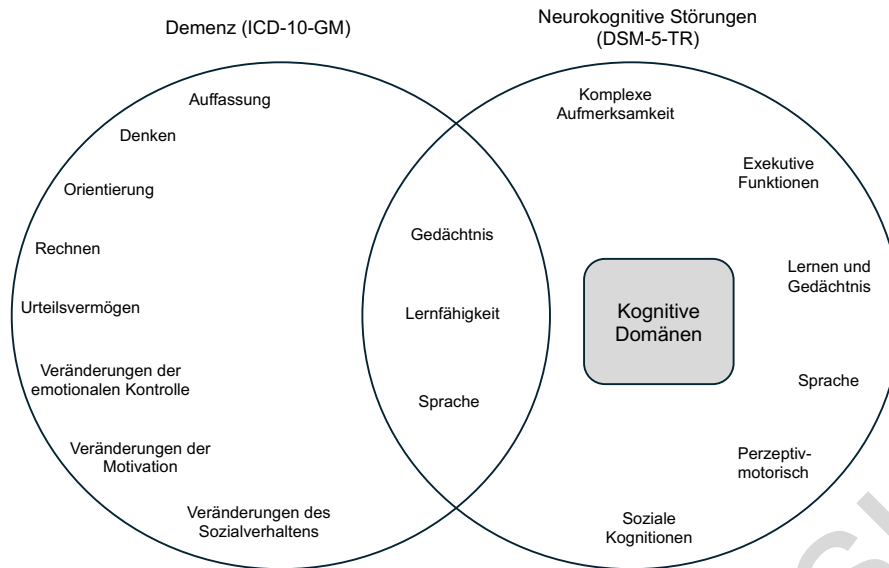


Abbildung 3: Gegenüberstellung der Definitionskriterien (ICD-10-GM vs. DSM-5)

Quelle: Eigene Darstellung nach BfArM (2025) und APA (2025)

Darüber hinaus zeigt sich, dass die ICD-10-Kriterien konkreter definiert sind als die abstrakter formulierten neurokognitiven Domänen der DSM-5. Gleichwohl werden für jede neurokognitive Domäne eine kurze Erläuterung, Beispiele für Symptome oder Verhaltensbeobachtungen und Beispiele die Untersuchung gegeben (APA 2025). Die kurzen Erläuterungen der verschiedenen neurokognitiven Domänen sind im Folgenden exemplarisch dargestellt:

- Komplexe Aufmerksamkeit (Daueraufmerksamkeit, geteilte Aufmerksamkeit, selektive Aufmerksamkeit, Verarbeitungsgeschwindigkeit)
- Exekutive Funktionen (Planen, Entscheidungen treffen, Arbeitsgedächtnis, Verwerten von Feedback/Fehlerkorrektur, Handeln entgegen der Gewohnheit/Verhaltenshemmung, mentale Flexibilität)
- Lernen und Gedächtnis (unmittelbares Gedächtnis, Kurzzeitgedächtnis [einschließlich freier Abruf, Abruf mit Hinweisreizen und Wiedererkennen], Langzeitgedächtnis [semantisch; autobiografisch], implizites Lernen)
- Sprache (Sprachproduktion [einschließlich Benennen, Wortfindung, Wortflüssigkeit, Grammatik und Syntax] und Sprachverständnis)
- Perzeptiv-motorisch (beinhaltet Fähigkeiten, die unter den Begriffen visuelle Wahrnehmung, Visuo-Konstruktion, perzeptuell-motorische Fähigkeiten, Praxis und Gnosis gefasst werden)
- Soziale Kognitionen (Erkennen von Emotionen, Theory of Mind)

Im Rahmen des SGB XI wird zur Feststellung des Pflegegrades ein standardisiertes Begutachtungsinstrument eingesetzt, das in sechs Lebensbereiche untergliedert ist. Diese Bereiche sind in sogenannten Modulen operationalisiert. Modul 2 trägt den Titel „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ und bezieht sich auf zentrale mentale Funktionen eines Menschen. Dabei

steht nicht die Selbstständigkeit im Vordergrund, sondern der Grad der noch vorhandenen geistigen Fähigkeiten. Die Einschätzung erfolgt durch eine*n Gutachter*in des Medizinischen Dienstes (MD) anhand folgender vier Bewertungsstufen: (1) vorhanden/unbeeinträchtigt, (2) größtenteils vorhanden, (3) in geringem Maße vorhanden, (4) nicht vorhanden.

Das Ergebnis dieses Moduls liefert eine Einschätzung über das Ausmaß kognitiver und kommunikativer Beeinträchtigungen und fließt in die Gesamtbewertung des Pflegegrades ein. Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass die Begutachtungsergebnisse nicht automatisch mit dem tatsächlichen pflegerischen Unterstützungsbedarf im Rahmen des Pflegeprozesses gleichzusetzen sind. Zudem besteht für Pflegebedürftige keine Verpflichtung, die Ergebnisse der Begutachtung einem ambulanten Pflegedienst oder einer stationären Einrichtung der Altenhilfe offenzulegen. Pflegefachpersonen sind daher angehalten, zu Beginn ihres pflegerischen Auftrags eine eigenständige Einschätzung der individuellen Bedarfe vorzunehmen – unabhängig vom vorliegenden Pflegegrad (Medizinischer Dienst Bund [MD Bund] 2024).

Nr.	Kognitive Fähigkeit
F 4.2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld
F 4.2.2	Örtliche Orientierung
F 4.2.3	Zeitliche Orientierung
F 4.2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen
F 4.2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen
F 4.2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben
F 4.2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen
F 4.2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren
F 4.2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen
F 4.2.10	Verstehen von Aufforderungen
F 4.2.11	Beteiligen an einem Gespräch

Tabelle 8: Kriterien zur Einschätzung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten in Modul 2 des Begutachtungsinstrumentes der sozialen Pflegeversicherung

Quelle: Eigene Darstellung nach MD Bund 2024, S. 57 ff.

3.3.3.2. Kommunikation, Interaktion und Engagement

In der ersten Literaturstudie zur Entwicklung des Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ werden verschiedene Assessmentinstrumente vorgestellt, die vorwiegend im Forschungskontext im Rahmen von wissenschaftlichen Studien eingesetzt werden. Nachfolgend werden die Inhalte der Instrumente zusammengefasst und gegebenenfalls durch neue Kenntnisse und Instrumente ergänzt. Dabei ist es insgesamt weiterhin unklar, inwieweit die unterschiedlichen Instrumente in der pflegerischen Praxis eingesetzt werden.

Es wurde keine Evidenzsynthese zu den Einschätzungsinstrumenten zur Kommunikation, Interaktion oder Engagement durchgeführt, sondern die Instrumente wurden über eine explorative Recherche identifiziert. Es wurden die Instrumente berücksichtigt, die spezifisch für Menschen mit Demenz entwickelt wurden sowie einer der drei Komponenten fokussieren und primär messen.

Kommunikation

Es konnten insgesamt drei Instrumente identifiziert werden, die Einschränkungen in der Kommunikation identifizieren oder kommunikatives Verhalten von Menschen mit Demenz messen, wobei das CODEM, CODEMamb und das Instrument zur Erfassung der Aufnahme- und Ausdrucksfähigkeit bereits in der ersten Literaturstudie beschrieben wurde.

Instrumente	Zielgruppe	Dimensionen und Skalen	Deutsche validierte Version
CODEM	Personen mit leichter bis schwerer Demenz der stationären Langzeitpflege	Verbale Kommunikation (8 Items), nonverbale Kommunikation (7 Items)	ja
CODEMamb	Personen mit leichter bis schwerer Demenz der ambulanten Pflege	Verbale Kommunikation (8 Items), nonverbale Kommunikation (3 Items), Beziehung (7 Items)	ja
Communication Support Needs Assessment Tool for Dementia (CoSNAT-D)	Personen mit leichter bis schwerer Demenz	Vorabfragen (7 Items), Abschnitt A (Mensch mit Demenz), Abschnitt B (Angehörige) und Abschnitt C (Pflegefachperson)	nein
Instrument zur Erfassung der Aufnahme- und Ausdrucksfähigkeit	Personen mit Demenz im Krankenhaus	2 Kategorien	nein

Tabelle 9: Instrumente zur Einschätzung des Kommunikationsverhaltens von Menschen mit Demenz

Kommunikatives Verhalten bei Menschen mit Demenz (CODEM)

Kuettel, Haberstroh und Pantel (2014) verstehen Kommunikation aus zwei Perspektiven: (a) Kommunikation als eine grundlegende Fähigkeit des Individuums und (b) Kommunikation bzw. kommunikatives Verhalten als eine wesentliche Bedingung für Konstrukte wie Wohlbefinden und Lebensqualität. Die Autor*innen beschreiben Kommunikation als einen kontextabhängigen und kontextsensitiven Begriff. Der Erfolg der Kommunikation hängt nicht nur von den Fähigkeiten eines einzelnen Individuums ab, sondern ist von vielen kontextuellen Faktoren abhängig und zumindest von den Fähigkeiten der Interaktionspartner*innen. Daraus folgt, dass Kommunikation ein/e oder Sender*in sowie eine/n Empfänger*in bedarf und beide je nach Kontext kontinuierlich ihre Rollen wechseln. Knebel et al. (2016) unterscheiden zudem zwischen einem verbalen-inhaltlichen, einem nonverbalen-inhaltlichen und einem nonverbalen-beziehungsbezogenen Aspekt der Kommunikation. Während sich die Inhaltsaspekte auf die Bedeutung von verbal (z. B. verbale Aussagen) oder nonverbal kommunizierten Informationen (z. B. Piktogramme, Pantomime) beziehen, berücksichtigen die Beziehungsaspekte der Kommunikation (z. B. Gefühle, mentale Zustände und Ausdruck von Emotionen) die Beziehung zwischen den kommunizierenden Personen sowie die Art und Weise, wie die/der Sender*in eine Nachricht bewertet oder verstanden haben möchte.

CODEM ist ein standardisiertes Beobachtungsinstrument, welches insgesamt 15 Items (ursprünglich 17) beinhaltet und für die stationäre Langzeitpflege entwickelt wurde. Acht der 15 Items beziehen sich auf verbale Kommunikation sowie deren Inhalte und sieben Items auf

nonverbale bzw. Beziehungsaspekte kommunikativen Verhaltens. Die Items sind zudem den vier Stufen kommunikativer Prozesse zugeordnet. Eine Bewertung erfolgt auf der Grundlage der Häufigkeiten des Auftretens eines spezifischen kommunikativen Verhaltens und reicht von „nie“ bis „jedes Mal Bestandteil kommunikativen Verhaltens“ (Kuemmel, Haberstroh & Pantel (2014).

Im Rahmen der Validierung zeigen die Ergebnisse, dass das CODEM-Instrument die psychometrischen Anforderungen erfüllt. Es weist eine gute konvergente und divergente Validität, eine ausgezeichnete Interrater-Reliabilität und eine exzellente interne Konsistenz auf. Darüber hinaus zeigt CODEM keinen signifikanten Unterschied zwischen leichter und moderater Demenz in Bezug auf die nonverbalen und emotionalen Aspekte der Kommunikation. Dies bestätigt die Annahme, dass nonverbale und emotionale Kommunikation im Verlauf der Demenz länger aufrechterhalten bleiben als verbale Kommunikation. Die Autor*innen fassen zusammen, dass CODEM ein zuverlässiges und sensibles Instrument ist, um Veränderungen im Kommunikationsverhalten während des Demenzverlaufs zu erkennen. Es sind jedoch Untersuchungen durch weitere Studien notwendig (Kuemmel, Haberstroh & Pantel 2014).

Im Jahr 2016 wurde für den ambulanten Bereich erstmalig CODEMamb publiziert (Knebel et al. 2016). CODEMamb basiert auf CODEM und wurde um vier Items zum non-verbalem Kommunikationsverhalten sowie schwarz-weiß Grafiken für die Items 16-19 ergänzt. In den Grafiken werden Alltagssituationen (z. B. zwei Personen sitzen an einem runden Tisch und unterhalten sich) dargestellt. Als wichtig erachten Knebel et al. (2016), dass mit CODEMamb der Blick auf den Beziehungsaspekt kommunikativen Verhaltens gerichtet wird. Damit steht zugleich der Beziehungsaspekt, nicht der Inhalt, im Fokus der Kommunikation. Für CODEMamb ergaben sich ebenfalls sehr gute psychometrische Werte – insbesondere Interrater-Reliabilität und Test-Retest Reliabilität. Zudem konnte die Validität bestätigt werden. Zwei Items wurden aufgrund ihrer Komplexität aus CODEMamb entfernt, ansonsten hat sich die Grundstruktur des Instruments bestätigt (Knebel et al. 2016).

Im Jahr 2021 wurde von Haberstroh et al. (2021) eine Revalidierung des CODEMamb durchgeführt. In Bezug auf die strukturelle Validität unterstützen die Ergebnisse die faktorielle Struktur der 16-Item-Version von CODEMamb, die von Knebel et al. (2016) vorgeschlagen wurde. Die Analysen zur Reliabilität zeigten eine hohe interne Konsistenz von CODEMamb und seinen Subskalen. Aufgrund eines hohen Anteils an fehlenden Werten in den Items 13 und 14 – wie bereits in Knebel et al. (2016) festgestellt – wurden diese Items aus den Analysen der Studie von Haberstroh et al. (2021) ausgeschlossen. Die Autor*innen empfehlen daher, künftig die endgültige 16-Item-Version von CODEMamb sowohl in der Forschung als auch in der Praxis zu verwenden. Ebenfalls konnte eine gute konvergente Validität bestätigt werden. Im Hinblick auf die Kriteriumsvalidität konnte CODEMamb den Schweregrad der Demenz bei den untersuchten Personen gut differenzieren.

Zusammenfassend kommen die Autor*innen zu dem Ergebnis, dass CODEMamb ein fundiertes, zuverlässiges und gültiges Beobachtungsinstrument zur Bewertung verbaler, nonverbaler und beziehungsbezogener Aspekte ist. CODEMamb kann bei der Entwicklung von individuellen Interventionen helfen, insbesondere in Situationen, in denen die Vermittlung von Informationen notwendig ist. Sie betonen, dass die Einbeziehung des nonverbalen Faktors durch Knebel et al. (2016) die Qualität und den Nutzen des CODEM-Instruments erhöht haben. Indem Unterschiede zwischen Menschen mit milden kognitiven Defiziten erfasst werden, können frühe Defizite und vorhandene Ressourcen im nonverbalen Kommunikationsverhalten identifiziert werden. Während verbale Kommunikationsaspekte mit dem Fortschreiten der Krankheit abnehmen und nonverbale Beziehungsaspekte weitgehend konstant bleiben, zeigen sich bei den nonverbalen inhaltsbezogenen Aspekten starke Unterschiede zwischen den Menschen

mit Demenz. Diese Unterschiede bieten laut den Autor*innen differenzierte Ansatzpunkte, um eine individualisierte Entscheidung zu unterstützen, die spezifische nonverbale Stärken und Schwächen in der Kommunikation berücksichtigt und in eine person-zentrierte Unterstützung integriert (Haberstroh et al. 2021).

CoSNAT-D

Das Communication Support Needs Assessment Tool for Dementia (CoSNAT-D) wurde auf der Grundlage der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt. Die ICF bietet eine einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen (WHO 2001). Die Fragen im CoSNAT-D orientieren sich an ebendiesen Dimensionen. Ziel des Instruments ist es, Kommunikationsschwierigkeiten bei Menschen mit Demenz zu identifizieren und die Entscheidungsfindung hinsichtlich des individuellen Bedarfs an Kommunikationsunterstützung zu erleichtern. Das CoSNAT-D wurde für den Einsatz in der ambulanten Pflege und der stationären Langzeitpflege entwickelt (Krein et al. 2019).

Das CoSNAT-D erfasst den verbalen Sprachausdruck, das Hörverstehen, das Schreiben, das Lesen und die funktionale Kommunikation und ist in drei Abschnitte unterteilt: Abschnitt A wird von dem Menschen mit Demenz ausgefüllt, Abschnitt B wird von einem Angehörigen ausgefüllt und Abschnitt C wird von der ausführenden Pflegefachperson ausgefüllt, die Erfahrung in der Demenzpflege hat, aber nicht mit der Beurteilung von Sprache und Kommunikation vertraut ist. Vor der Bearbeitung der Abschnitte A bis C wird eine Reihe von Basisfragen – den sogenannten „Vorabfragen“ – gestellt. Sie dienen dazu festzustellen, ob der Mensch mit Demenz Schwierigkeiten hat oder eine andere Erkrankung als Demenz vorliegt, die ihre Fähigkeit, das Instrument auszufüllen, beeinträchtigen oder eine zusätzliche Ursache für die Kommunikationsschwierigkeiten der Person darstellen könnte.

Die Items sind so konzipiert, dass sie die Schwierigkeiten erfassen, die eine Person bei der Bewältigung alltäglicher kommunikationsbezogener Aufgaben aufweisen kann. Jedes Item wird auf einer Drei-Punkte-Likert-Skala bewertet (1 = nie oder selten, 2 = manchmal, 3 = häufig oder fast immer). Die Fragen in den Abschnitten A und B haben jeweils einen zweiten Teil. In diesem Teil wird ermittelt, ob die Schwierigkeiten oder Frustrationen, die durch das Kommunikationsproblem entstehen, die Person stören. Dieser zweite Teil spiegelt einen individualisierten und person-zentrierten Bewertungsansatz wider und zeigt, dass jeder Mensch anders auf Kommunikationsprobleme reagieren kann (Krein et al. 2019, Krein et al. 2022).

Die Inhaltsvalidität der Items des CoSNAT-D wurde von einem internationalen Expert*innengremium im Rahmen eines iterativen Feedback-Prozess überprüft. Dabei konnte die Inhaltsvalidität bestätigt werden. Zwei Items aus den Vorabfragen wurden aufgrund eines niedrigen Konsenses ausgeschlossen. Weitere Forschung zu relevanten psychometrischen Faktoren wie der internen Konsistenz, der Interrater-Reliabilität und der Kriteriumsvalidität sind jedoch notwendig, um das Instrument als ausreichend validiert zu beurteilen (Krein et al. 2022).

Aktuell liegt keine validierte deutsche Version des CoSNAT-D vor.

Instrument zur Erfassung der Aufnahme- und Ausdrucksfähigkeit

Das folgende Assessment-Instrument wurde in einem Praxisartikel (Miller 2008) genannt und auf einer Webseite publiziert, die mit einem Lern-Video verlinkt ist. Es handelt sich bei dem Video um eine 2,5 Stunden dauernde Lerneinheit für Pflegefachpersonen, die im Krankenhaus

tätig sind. Im Video wird ein neun Fragen umfassendes Assessmenttool vorgestellt, welches Pflegefachpersonen dabei unterstützen kann, ihre Kommunikation mit Menschen mit Demenz im Krankenhaus optimaler zu gestalten. Der Fokus liegt dabei u. a. darauf, Schwierigkeiten in der Kommunikation seitens der Patient*innen – teils mit Unterstützung der Angehörigen – zu identifizieren und diese Erkenntnisse in der Pflegeplanung entsprechend zu berücksichtigen. Die Fragen gliedern sich in zwei Kategorien: Erfassung der Aufnahmefähigkeit (Fragen 1-5) und Erfassung der Ausdrucksfähigkeit (Fragen 6-9).

Der Artikel ist integrativer Bestandteil eines von der Hartford-Foundation geförderten Dreijahresprojektes zur Dissemination geriatrischer Assessmentinstrumente. Miller (2008) beschreibt in der Veröffentlichung einige für den Pflegeprozess relevanten Empfehlungen. Alle mit den Fragen identifizierten Erkenntnisse sowie deren Veränderungen während des Krankenhausaufenthaltes sind in der Pflegedokumentation festzuhalten. Es sind positive und negative Aspekte der Kommunikation sowie welche Interventionen mit welchem Erfolg realisiert wurden, zu dokumentieren. Darüber hinaus ist von Relevanz, welche Informationen zur Verfügung gestellt wurden. Ergänzend können Informationen der Angehörigen zu präferierten Themen der Menschen mit Demenz in der Dokumentation notiert werden. Es liegen keine Erkenntnisse zur Evaluation dieses Instrumentes vor. Gleichwohl wird deutlich, dass die Fragen mit Aspekten der Identifikation von Menschen mit Anzeichen einer Demenz, z. B. Verstehen von Komplexitäten bzw. Ausführung von Handlungen, korrespondieren.

Interaktion

In Tabelle 10 werden Instrumente zur Einschätzung der sozialen Interaktion bei Menschen mit Demenz aufgelistet. Nachfolgend werden die Inhalte und psychometrischen Eigenschaften der Instrumente beschrieben.

Die Social Interaction Scale (SIS), der Social Observation Behaviors Residents Index (SOBRI) und das AwareCare Observational Instrument wurden bereits in der ersten Literaturstudie genannt. Es konnten im Rahmen der aktualisierten Literaturstudie keine weiteren Studien zur Analyse psychometrischer Eigenschaften und Anwendung der Instrumente in der pflegerischen Praxis gefunden werden.

Instrument	Zielgruppe	Dimensionen und Anzahl der Items	Deutsche validierte Version
Ambiance Scale (AS)	Personen mit Demenz der stationären Langzeitpflege	10 Items	nein
AwareCare Observational Instrument	Personen mit schwerer Demenz	24 Items 10 für Stimuli und 14 für Reaktionen	nein
Social Connectedness Index (SCI)	Personen mit Alzheimer/Demenz der stationären Langzeitpflege	5 Items	nein
Social Interaction Scale (SIS)	Personen mit Demenz	zwei Subskalen: (1) Institutionelle Interaktion und (2) Familie/Freunde Interaktion	nein

Social Observation Behaviors Index (SOBRI)	Personen mit Demenz	126 Items zwei Dimensionen: soziale Interaktionen (1) mit den Bewohner*innen und (2) mit dem Pflegefachpersonal	nein
--	---------------------	--	------

Tabelle 10: Instrumente zur Einschätzung der sozialen Interaktion von Menschen mit Demenz

Ambiance Scale (AS)

Bei der Ambiance Scale (AS) handelt es sich um ein Instrument, mit dem der Einfluss der unmittelbaren Umgebung auf affektive und Verhaltensreaktionen erfasst werden kann. Das Original-Instrument der AS setzte sich aus zehn Wortpaaren zusammen: informal-formal, warm-kalt, alt-neu, traditionell-modern, ausladend-leer, einladend-reserviert, bescheiden-ausstellend, entgegenkommend-entmutigend, ausschmückend-steril, lebensnah-dekorativ. In einer Studie von Algase et al. (2007) wurde die AS modifiziert, indem zwei Wortpaare (alt-neu, traditionell-modern) ausgeschlossen und sechs Wortpaare (bunt-trist, ausschmückend-leer, einladend-unpersönlich, komfortabel-unkomfortable, pompös-schlicht, zugänglich-unzugänglich) überarbeitet wurden. Eine Evaluation dieser veränderten Items in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege führte zur Ergänzung weiterer Wortpaare: friedvoll-chaotisch, personalisiert-vorgegeben, klein-groß, stimulierend-beaufsichtigend. Die Bewertung der Items reicht von +2 bis -2 und der Gesamtscore liegt zwischen +26 bis -26. Forscher*innen beobachten und schätzen anhand der Wortpaare das unmittelbar sichtbare Umfeld, bezogen auf die Wertigkeit des Umfeldes für die Emotionen der Menschen mit Demenz, ein. Das bedeutet, dass die sichtbare Emotion an sich nicht Gegenstand der Bewertung ist.

Die psychometrische Werte der AS waren gut bis sehr gut, u. a. Reliabilität, Inter-/Intra-Rater-Reliabilität auf Gruppenlevel sowie die Konstruktvalidität (Algase et al. 2007).

Im Rahmen einer weiteren Studie von Kusters et al. (2021) wurde die AS erneut modifiziert (m-AS). Die Autor*innen begründen die Modifizierung darin, dass zum einen die Skala für die Anwendung von Forschungspersonal und nicht für Pflegefachpersonen entwickelt wurde und zum anderen nur die visuell Umgebung und weitere Aspekte wie die Geräuschkulisse (Soundscape) nicht in der Gesamtwahrnehmung der Umgebung berücksichtigt wird.

Die Items der m-AS lauten wie folgt:

- (1) informell – formal
- (2) lebendig – leblos
- (3) angenehm – unangenehm
- (4) ruhig – chaotisch
- (5) anregend – demotivierend
- (6) harmonisch – angespannt
- (7) warm – kalt
- (8) vertraut – fremd
- (9) angemessen – problematisch
- (10) zugänglich – unzugänglich

Die psychometrischen Eigenschaften der m-AS und ihrer Subskalen zeigten insgesamt eine gute interne Konsistenz, was den Ergebnissen von Algase et al. (2007) entspricht. Die Replizierbarkeit wurde als moderat eingestuft. Die Pflegefachpersonen beurteilen die m-AS als

verständlich und den Aufwand in der Anwendung als angemessen. Darüber hinaus konnten sowohl informelle als auch formelle Pflegepersonen den Fragebogen ausfüllen und ihre Gesamtbewertungen waren größtenteils vergleichbar. Weitere Analysen zeigten, dass der Soundscape-Ansatz die AS sinnvoll ergänzt (Kosters et al. 2021).

AwareCare Observational Instrument

Das AwareCare Observational Instrument wurde entwickelt, um Pflegefachpersonen zu ermöglichen, Anzeichen von Bewusstsein bei Menschen mit sehr schwerer Demenz zu identifizieren und zu dokumentieren. Grundlage des Instruments war die Wessex Head Injury Matrix (WHIM) – die ursprünglich dazu gedacht ist, Menschen mit Schädel-Hirn-Trauma zu beobachten – und die Positive Response Scale (PRS), die Mikro-Verhalten fokussiert, um Rückschlüsse auf das Wohlbefinden ziehen zu können. Insgesamt umfasst das AwareCare Observational Instrument zehn Stimuli und 14 Antwortkategorien. Die Analyse der psychometrischen Eigenschaften zeigten eine gute Konstruktvalidität und das Pflegefachpersonal stuft das AwareCare Instrument als sinnvoll und relevant für die pflegerische Praxis ein. Auch die Reliabilität konnte weitestgehend bestätigt werden (Clare et al. 2012). Zudem zeigen die Ergebnisse einer randomisierten Studie, dass Pflegefachpersonen das AwareCare-Instrument als ein wirksam praxisorientiertes Werkzeug bewerten. Die Pflegefachpersonen empfinden das Instrument als hilfreich, um die Reaktionen der Menschen mit Demenz besser erkennen und verstehen zu können. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass Familienangehörige eine Verbesserung der Lebensqualität ihrer Angehörigen wahrnehmen, wenn das Instrument eingesetzt wird (Clare et al. 2013).

Social Connectedness Index (SCI)

Der Social Connectedness Index (SCI) wurde aus den Items des Minimum Data Set (MDS) 3.0 entwickelt. Ziel des SCI ist es, beobachtbare Verhaltensweisen zu prüfen, die auf das Vorhandensein oder Fehlen einer sozialen Verbindung im pflegerischen Umfeld hindeuten könnten. Insgesamt umfasst der SCI fünf Items (Bova et al. 2021).

- (1) Fehlen von Verhaltenssymptomen, die sich gegen andere richten
- (2) Verhaltensweisen, die soziale Interaktionen beeinträchtigen
- (3) Verhaltensweisen, die andere beeinträchtigen
- (4) Wandern, das die Privatsphäre anderer stört
- (5) Ablehnung von Pflegeangeboten

Die Analyse der psychometrischen Werte zeigt, dass der SCI eine gute Inhaltsvalidität, Konstruktvalidität sowie eine angemessene interne Konsistenz aufweist (Bova et al. 2021). Im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit wurden verschiedene Instrumente zur Messung der sozialen Interaktion und Beziehung in der stationären Langzeitpflege miteinander verglichen. Laut der COSMIN Guideline wurde der SCI dem Empfehlungsgrad B zugeordnet und hat damit Potential für die Praxis empfohlen zu werden. Es sind jedoch weitere Forschung und Überprüfung aller relevanter psychometrischer Eigenschaften notwendig (Dewan et al. 2024).

Social Interaction Scale (SIS)

Soziale Interaktion stellt Chen et al. (2000) zufolge ein zentrales Charakteristikum menschlichen Seins und Handelns dar und ist für die eigene Gesundheit, Gefühle der Selbstwirksamkeit, Identität sowie Person-Sein von Relevanz. Gleichzeitig stellt die soziale Isolation für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen eine große Herausforderung dar.

Die Social Interaction Scale (SIS) gliedert sich in zwei Subskalen: (1) Institutionelle Interaktion und (2) Familie/Freunde Interaktion. Gemessen wird die Frequenz von Interaktion zwischen Bewohner*in-Bewohner*in und Bewohner*in-Mitarbeiter*in sowie Bewohner*in-Angehörige/Freunde. Es handelt sich um ein Proxy-Instrument. Der Score ergibt sich aus der Summe beider Subskalen mit einem Range von 0 bis 20 (Familie/Freunde) bzw. 0 bis 21 (Institutionell). Laut den Autor*innen konnte im Rahmen einer Querschnittsstudie durch signifikante Zusammenhänge zwischen sozialer Interaktion und den Bewohner*innenmerkmalen (kognitiver Zustand, Familienstand und Grad der Abhängigkeit) die Validität der SIS bestätigt werden. Zudem konnte eine akzeptable Test-Retest-Zuverlässigkeit des Instruments nachgewiesen werden (Chen et al. 2000).

Social Observation Behaviors Residents Index (SOBRI)

Mabire et al. (2016) definieren soziale Interaktion als bewusste Intention, um mit Anderen zu kommunizieren. Gleichzeitig stellt Interaktion ein fundamentales Kennzeichen von Gruppen dar. Das Instrument Social Observation Behaviors Residents Index (SOBRI) wurde im Rahmen einer Pilotstudie entwickelt. Der SOBRI kann zur Analyse des sozialen Verhaltens von Menschen mit Demenz und zur Untersuchung von Verhaltensmustern im Verlauf der Erkrankung eingesetzt werden. Ebenfalls können mit dem Instrument die Entwicklungen sozialer Verhaltensweisen im individuellen Prozess und somit mögliche Veränderungen der Komponenten vor und nach psychosozialen Interventionen evaluiert werden. Ein Ethogramm direkter Beobachtung wurde verwendet, um alle spontanen, sozialen, verbalen und nonverbalen Verhaltensweisen zu erfassen. Insgesamt wurden 126 Verhaltensweisen in vier Kategorien beobachtet. Daraus ableitend wurde der SOBRI entwickelt und getestet. Der finale SOBRI umfasst zwei Dimensionen – soziale Interaktionen (1) mit den Personen mit Demenz und (2) mit dem Pflegefachpersonal. Insgesamt zeigte der SOBRI eine gute interne Konsistenz und einen zufriedenstellenden Zusammenhang zwischen den einzelnen Fragen und dem Gesamtergebnis. Zwischen den verschiedenen erfassten Bereichen des Sozialverhaltens konnten keine Zusammenhänge festgestellt werden (Mabire et al. 2016). Die COSMIN-Guideline bewertet das SOBRI-Instrument mit Empfehlungsgrad B, was auf sein Potenzial für den praktischen Einsatz hinweist. Dennoch sind weitere Studien erforderlich, um alle wichtigen psychometrischen Eigenschaften umfassend zu überprüfen (Dewan et al. 2024).

Engagement

Im Folgenden werden einige Instrumente beschrieben, die das Engagement der Menschen mit Demenz erfassen, wobei die Menorah Park Engagement Scale (MPES) bereits in der ersten Literaturstudie genannt wurde.

Instrumente	Zielgruppe	Dimensionen und Skalen	Deutsche validierte Version
Engagement and Independence in Dementia Questionnaire (EID-Q)	Personen mit leichter Demenz	26 Items zur Erfassung des subjektiven Erlebens von Selbstständigkeit und sozialer Teilhabe	nein
Engagement of a Person with Dementia Scale (EPWDS)	Personen mit Demenz der ambulanten Pflege, stationären Langzeitpflege und aus dem klinischen Setting	10 Items 5 Dimensionen (affektiv, visuell, verbal, verhaltensbezogen und sozial)	ja
Group Observational Measurement of Engagement (GOME)	Personen mit Demenz der stationären Langzeitpflege	5 Dimensionen (Anwesenheitsdauer, Engagement, aktive Teilnahme, Einstellung gegenüber der Aktivität, Schlaf oder schlafähnliche Symptome)	nein
Menorah Park Engagement Scale (MPES)	Personen mit Demenz	11 Items	nein
Observational Measurement of Engagement (OME)	Personen mit Demenz der stationären Langzeitpflege	5 Dimensionen (Ablehnungsrate, Dauer der Aktivität, Aufmerksamkeitsgrad, Einstellung und Handlung gegenüber dem Stimulus)	nein

Tabelle 11: Instrumente zur Einschätzung des Engagements bei Menschen mit Demenz

Engagement and Independence in Dementia Questionnaire (EID-Q)

Der Engagement and Independence in Dementia Questionnaire (EID-Q) erfasst das subjektive Erleben von Selbstständigkeit und sozialer Teilhabe bei Menschen mit Demenz. Der EID-Q wird anhand einer 5-Punkte-Likert-Skala gemessen (0 – trifft überhaupt nicht zu, 4 – trifft fast immer zu) und bezieht sich auf einen Zeitraum von einem Monat. Der Fragebogen bildet die komplexe Bedeutung von Selbstständigkeit bei Demenz ab und beinhaltet 26 Items zu Themen wie Entscheidungsfindung sowie Gegenseitigkeit und Verbundenheit mit anderen. Erste Analysen deuten darauf hin, dass der EID-Q über gute psychometrische Eigenschaften verfügt. Besonders die interne Konsistenz wurde positiv bewertet und es zeigten sich inhaltlich sinnvolle Zusammenhänge mit Depression und Lebensqualität (Stoner et al. 2017). Auch weiterführende Untersuchungen bestätigten, dass die soziale Unabhängigkeit – als Verbindung von Selbstständigkeit und sozialer Teilhabe – mit dem EID-Q zuverlässig erfasst werden kann. Die Faktorenanalyse ergab eine klare Struktur mit mehreren Subskalen, die den zwei Dimensionen zugeordnet werden konnten (Stoner et al. 2018).

Engagement of a Person with Dementia Scale (EPWDS)

Die Engagement of a Person with Dementia Scale (EPWDS) wurde primär für Forschungsarbeiten mit Menschen mit Demenz in verschiedenen pflegerischen Einrichtungen entwickelt. Die EPWDS ist ein zehn-Item-Instrument und bewertet das Engagement in fünf Dimensionen (affektiv, visuell, verbal, verhaltensbezogen und sozial). Anhand der EPWS kann überprüft werden, ob ein Mensch mit Demenz eine emotionale oder verhaltensbezogene

Ausdrucksweise oder Reaktionen des Engagements mit, in oder nach der Einführung einer psychosozialen Aktivität zeigt. Jede Dimension des Engagements wird unabhängig bewertet, kann jedoch gemeinsam interpretiert werden, um einen umfassenden Eindruck vom Engagement für eine Aktivität zu ermitteln. Ein Vergleich mit einem entsprechenden Basiswert vor der Einführung der Aktivität kann durchgeführt werden, um individuelle Veränderungen vor und während der Aktivität zu berechnen. Jedes Item der EPWDS wird auf einer Likert-Skala von eins bis fünf gemessen, mit einer „nicht zutreffend“-Option, die nur verwendet werden sollte, wenn eine bestimmte Art des Engagements für den Menschen mit Demenz irrelevant oder nicht bestimmbar ist (z. B. eine Person, die nach einem Schlaganfall ihre sprachliche Fähigkeit verloren hat). Die Gesamtpunktzahl reicht von zehn bis 50. Je höher die Gesamtpunktzahl, desto höher ist das Maß an positivem Engagement und je niedriger die Gesamtpunktzahl, desto höher ist das Maß an Desengagement oder negativen Engagement. Darüber hinaus enthält die Skala eine separate Frage zur Angemessenheit der gesamten Umgebung für die Aktivität, um die Umwelteinflüsse auf das Engagement zu untersuchen und zu kontrollieren. Die Datenerhebung der Reaktionen von Menschen mit Demenz unter Verwendung der EPWDS kann entweder durch Videoaufnahmen oder Beobachtungen erfolgen (Jones et al. 2018).

Die psychometrischen Eigenschaften der EPWDS zeigen eine robuste interne Konsistenz, Interrater-Reliabilität, Test-Retest-Reliabilität und Konstruktvalidität (Jones et al. 2018).

Die EPWDS wurde in die deutsche Sprache übersetzt und validiert. Dabei kommen die Autor*innen zu dem Ergebnis, dass die EPWDS ein praktikables, leicht verständliches und einfach zu handhabendes Instrument zur Messung von Verhaltens- und emotionalen Ausdrucksformen sowie Reaktionen des Engagements bei Menschen mit Demenz ist. Zudem konnte die Konstruktvalidität bestätigt werden. Da keine Änderungen an den Kernkonzepten der EPWDS während der Übersetzung und interkulturellen Anpassung vorgenommen wurden, können die Ergebnisse der ursprünglichen EPWDS-Version – ein hohes Maß an Inhalts- und Konstruktvalidität der Skalen – übertragen werden. Die EPWDS-GER steht kostenlos zur Verfügung (Seibert et al. 2025).

Group Observational Measurement of Engagement (GOME)

Das Group Observational Measurement of Engagement (GOME) basiert auf dem Observational Measurement of Engagement (OME, s. u.) und wurde auf den Gruppenkontext adaptiert.

Das Engagement eines Individuums in einer Gruppe wird anhand mehrerer Dimensionen konzipiert, wobei die ersten vier Dimensionen aus dem OME übernommen wurden. Eine weitere fünfte Dimension – der Eindruck, dass eine Person schläft – wurde als teilweise Erklärung oder Beschreibung von Phasen der Nicht-Engagement ergänzt. Zudem wurden drei Gruppenmessungen hinzugefügt: die Gruppengröße sowie positive und negative Interaktionen zwischen den Gruppenmitgliedern.

Die Analyse der psychometrischen Eigenschaften zeigt, dass das GOME bei der Bewertung des Engagements in Gruppenaktivitäten eine hohe Interrater-Reliabilität aufweist. Ebenso konnte eine sehr gute Validität nachgewiesen werden. Mit Blick auf die einzelnen Items ergaben die Ergebnisse, dass die Dauer der Teilnahme nicht direkt mit den anderen Items (Engagement und Schlafverhalten) korreliert, während Engagement, Einstellung, aktive Teilnahme und Schlafverhalten miteinander zusammenhängen und als Teil desselben Engagement-Konzepts betrachtet werden können. Bezüglich der Gruppengröße wurden gute Werte für Reliabilität und Validität erzielt. Bei der Beobachtung von Interaktionen zwischen Gruppenmitgliedern konnten negative Interaktionen zuverlässig erfasst werden, während positive Interaktionen

nicht ausreichend zuverlässig messbar waren. Die Autor*innen empfehlen daher, positive Interaktionen zwischen Gruppenmitgliedern in dieser Form nicht für weiterführende Analysen zu berücksichtigen (Cohen-Mansfield et al. 2017).

Menorah Park Engagement Scale (MPES)

Die Menorah Park Engagement Scale (MPES) umfasst elf Items und ist ein Beobachtungsinstrument zur Erfassung der Wirkung von im Umfeld initiierten Aktivitäten auf Menschen mit Demenz. Neben verschiedenen Formen von Engagement können mit Hilfe der MPES, Aspekte wie Affekt, Verweigerung oder Unterstützung anderer Personen erfasst werden. Es wird davon ausgegangen, dass der prozeduralen oder impliziten Erinnerung eine größere Relevanz zukommt als explizit formulierter Erinnerung. Auch wenn implizit vorhandene Erinnerungen nicht bewusst abgerufen werden, haben sie dennoch Einfluss auf das Verhalten bzw. das Wissen um Handlungen. Die Dauer der Beobachtungssequenz kann variieren. Am häufigsten werden 5-minütige Abschnitte beobachtet. Es liegen zwei Versionen des Instruments vor: eine Langversion, die vorwiegend von Forscher*innen verwendet wird und eine Kurzversion, die sowohl von Pflegefachpersonen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege als auch von pflegenden Angehörigen genutzt werden kann. Dabei werden folgenden Items bewertet:

- An der Zielaktivität teilgenommen
- Versuch, allein zu gehen
- Aktivität allein oder mit Betreuungspersonal verlassen
- Aktiv an der Aktivität beteiligt oder darüber gesprochen (konstruktives Engagement)
- Zielaktivität beobachtet oder zugehört (passives Engagement)
- Mit anderen Dingen beschäftigt oder sich selbst zugewandt (anderes bzw. selbstbezogenes Engagement)
- Geschlafen, Augen geschlossen oder ins Leere gestarrt (kein Engagement)
- Freude gezeigt (z. B. Lächeln, Lachen)
- Angst oder Traurigkeit gezeigt
- Anderen geholfen
- Unangemessenes Verhalten gezeigt (Volicer & Steen 2014)

Zur Unterstützung in der Kodierung des mit Engagement korrespondierenden Verhaltens (vor allem wenn zwei Verhaltensweisen zeitgleich auftreten) haben Volicer et al. (2015) eine MPES-Hierarchie-Leiter entwickelt, die aus 4 Stufen besteht:

(1) realisiert die stimulierende Aktivität bzw. kommentiert diese

(2) zusehen bzw. zuhören

(3) etwas anders tun als die stimulierende Aktivität

(4) schläft bzw. hat Augen geschlossen bzw. starrt, in die Leere. Es besteht auch die Möglichkeit, eine Nicht-Teilnahme des Menschen mit Demenz oder das Verlassen einer Aktivität zu erfassen.

Die MPES-Items werden wie folgt bewertet: gar nicht gesehen (0 Punkte), über die Hälfte der Zeit gesehen (1 Punkt), mehr als die Hälfte der Zeit gesehen (2 Punkte). Es wurde eine gute Interrater-Reliabilität gemessen.

Observational Measurement of Engagement (OME)

Die Observational Method of Engagement (OME) basiert auf dem Comprehensive Process Model of Engagement. Das Model geht davon aus, dass das Engagement mit einem Stimulus durch drei Faktoren beeinflusst wird: Umwelt, persönliche Merkmale und Merkmale der Stimulus (Cohen-Mansfield et al. 2009). Das OME basiert auf fünf Dimensionen: (1) die Ablehnungsrate des Stimulus, (2) die Dauer der Zeit, in der die Person mit einem Stimulus beschäftigt oder involviert war, (3) das Aufmerksamkeitsniveau gegenüber dem Stimulus, (4) die Einstellung gegenüber dem Stimulus und (5) die Handlung gegenüber dem Stimulus. Zur Analyse der psychometrischen Faktoren wurden die Dimensionen im Rahmen einer Beobachtungsstudie anhand unterschiedlicher Verfahren gemessen.

(1) Ablehnungsrate: Erfasst wird, ob der/die Teilnehmer*in den Stimulus ablehnt oder annimmt.

(2) Dauer der Beschäftigung: Gemessen wird die Zeit, in der sich die Person mit dem Stimulus beschäftigt – z. B. durch visuelle Fokussierung, physische Interaktion oder Körperausrichtung. Die Beobachtung beginnt mit der Präsentation des Stimulus und endet nach 15 Minuten oder sobald das Interesse erkennbar endet.

(3) Aufmerksamkeit: Zeigt sich durch Blickverfolgung, visuelles Scannen, Gesichtsausdrücke oder verbales/motorisches Feedback. Die Bewertung erfolgt auf einer 4-Punkte-Skala (von „nicht aufmerksam“ bis „sehr aufmerksam“).

(4) Einstellung zum Stimulus: Beobachtbar über Mimik, Sprache oder Körperbewegung. Positive Haltungen (z. B. Lächeln) und negative Reaktionen (z. B. Wegstoßen, Frustration) werden auf einer 7-Punkte-Skala (von „sehr negativ“ bis „sehr positiv“) erfasst.

(5) Handlungen gegenüber dem Stimulus: Erfasst wird die Häufigkeit verschiedener Verhaltensweisen (z. B. Halten, Manipulieren, Sprechen mit/über den Stimulus oder unangemessene Nutzung) auf einer 4-Punkte-Skala (von „nie“ bis „die meiste oder gesamte Zeit“).

Die Ergebnisse zeigen, dass OME ein zuverlässiges und valides Instrument ist. So kann die Bewertung unterschiedlicher Beobachter*innen zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität, als zuverlässig und konsistent eingestuft werden. Auch die Konstruktvalidität konnte bestätigt werden (Cohen-Mansfield et al. 2009).

3.3.3.3. Beziehung zu und Einbindung von Angehörigen

Es konnten fünf Instrumente gefunden werden, die die Beziehung zu und Einbindung von Angehörigen von Menschen mit Demenz untersuchen. Dabei wurden auch Instrumente berücksichtigt, die nicht konkret für Menschen mit Demenz entwickelt wurden.

Instrumente	Zielgruppe	Dimensionen und Skalen	Deutsche validierte Version
Mutuality Scale (MS)	Personen (mit Demenz) und ihre betreuende Bezugsperson (z. B. Angehörige oder professionelle Pflegefachperson)	4 Subskalen, 15 Items Liebe (3 Items), gemeinsamen Aktivitäten (4 Items), gemeinsamen Werten (2 Items) und Reziprozität (6 Items)	nein
Family Visits with Residents Who Have Dementia (FAVS-D)	Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege und ihre Angehörigen	3 Dimensionen (personal, interpersonal und Umgebung), 14 Items	nein
Sense of Coherence (SOC) Scale	Personen (mit Demenz)	3 Dimensionen, 29 Items: 11 Items zu Verstehbarkeit, 10 Items zu Bewältigbarkeit und 8 Items zu Bedeutsamkeit (verkürzte Version: 13 Items)	nein
Partner-Patient Questionnaire for Shared Activities (PPQSA)	Personen mit Alzheimer und ihren Angehörigen	17 Items zur Erfassung der Beziehung zwischen Alzheimer-Patient*innen und ihren Partner*innen	nein
Decision-Making Involvement Scale (DMI)	Personen mit Demenz und ihren Angehörigen	15 Items der täglichen Entscheidungsfindung	nein

Tabelle 12: Instrumente zur Einschätzung der Beziehung und Einbindung von Angehörigen von Menschen mit Demenz

Mutuality Scale (MS)

Die Mutuality Scale (Gegenseitigkeitsskala) wurde von Archbold et al. (1990) entwickelt und umfasst vier Subskalen mit insgesamt 15 Items. Archbold et al. (1990) definierten „Mutuality“ als eine anhaltende Qualität in einer Beziehung basierend auf Liebe (3 Items), gemeinsamen Aktivitäten (4 Items), gemeinsamen Werten (2 Items) und Reziprozität (6 Items). Die Häufigkeiten werden mittels einer Fünf-Punkte-Likert-Skala von 0 = gar nicht bis zu 4 = sehr oft erfasst. Der Summenscore reicht von 0 – 60. Dabei bedeuten höhere Werte eine höhere wechselseitige Beziehungsqualität. In einer Stichprobe wurden ausschließlich die interne Konsistenz getestet. Dabei wurde eine hohe interne Konsistenz und damit eine hohe Zuverlässigkeit der Skala berichtet.

Die MS wurde zwar in einigen Studien mit Menschen mit Demenz eingesetzt, aber es erfolgte keine Testung psychometrischer Eigenschaften oder Praxistauglichkeit der Skala. Es konnten keine neuen Studien zur Anwendung der MS in der pflegerischen Praxis bei Menschen mit Demenz gefunden werden.

Family Visits with Residents Who Have Dementia (FAVS-D)

Die FAVS-D ist ein Instrument, um die Qualität der Besuche von Angehörigen von Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege zu bewerten. Grundsätzlich gehen die Autor*innen davon aus, dass die Qualität des Besuches von Familienangehörigen durch drei Dimensionen beeinflusst werden kann: (1) personal, d. h. die Art der Kommunikation sowohl mit dem Angehörigen als auch mit den Pflegefachpersonen, (2) interpersonal, d. h. die Beziehung zwischen dem Menschen mit Demenz und den Familienangehörigen sowie Unterstützung in der Realisierung von Besuchen durch das Pflegefachpersonal sowie die Qualität der Pflege, (3) Umgebung, d. h. lebensweltliche Umgebung bzw. Möglichkeiten der Veränderung der unmittelbaren Umgebung sowie die Verfügbarkeit von Aktivitäten. Die Bewertungsskala der FAVS-D umfasst 14 Items mit einer Fünf-Punkte Likert-Skala von stimme sehr zu bis stimme gar nicht zu. Die Skala wird von den Angehörigen unmittelbar im Anschluss an den Besuch ausgefüllt.

Die FAVS-D weist gute psychometrische Eigenschaften auf. Eine Faktorenanalyse zeigte weitere inhaltliche Zusammenhänge auf, u. a. zwischen der Qualität der Interaktion der Pflegefachperson mit dem Menschen mit Demenz oder ob es sich um bedeutungsvolle Besuche handelte. Ein Besuch wird dann von den Angehörigen als erfolgreich erlebt, wenn sie den Menschen mit Demenz in guter Interaktion mit den Pflegefachpersonen erleben. Darüber hinaus sind die Angehörigen zufrieden, wenn Pflegefachpersonen die Würde und Privatsphäre des Menschen mit Demenz respektieren (Volicer et al. 2008).

Die Autor*innen fassen zusammen, dass es möglich ist, die Zufriedenheit von Besuchen von Familienangehörigen zu messen. Ein wichtiger Faktor scheint die Zusammenarbeit mit den Pflegefachpersonen zu sein sowie die Bedeutung, die dem Besuch zugeschrieben wird. Die Autor*innen formulieren auch, dass das Personal erheblich zur Zufriedenheit der Besuche von Familienangehörigen beitragen kann und dass es von Relevanz ist, dass die Pflegefachpersonen ihre direkte Rolle bei der Verbesserung der Lebensqualität und seine indirekte Rolle durch die Förderung von Familienbesuchen und der Interaktion mit Familienangehörigen, zu erkennen (Volicer et al. 2008).

Sense of Coherence (SOC) Scale

Das Salutogenese-Modell wurde von Aaron Antonovsky (1978) entwickelt und richtet den Fokus auf die Entstehung von Gesundheit. Zentrale Bedeutung kommt dabei dem sogenannten Kohärenzgefühl zu, einem grundlegenden Gefühl von Stimmigkeit, das maßgeblich zur physischen und psychischen Gesundheit sowie zum Wohlbefinden beiträgt. Dieses Kohärenzgefühl wirkt zudem stressreduzierend und erweist sich insbesondere in Krisenzeiten als entscheidend, um gesund zu bleiben. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei zentralen Komponenten zusammen:

- (1) Verstehbarkeit: Die Wahrnehmung, dass Ereignisse strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind.
- (2) Handhabbarkeit/Bewältigbarkeit: Das Vertrauen darauf, dass ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen, um Anforderungen zu bewältigen.
- (3) Bedeutsamkeit: Die Überzeugung, dass es sich lohnt, sich zu engagieren, weil die Herausforderungen emotional als sinnvoll empfunden werden.

Antonovsky entwickelte einen Fragebogen zur Messung des Kohärenzgefühls. Die SOC-Skala besteht aus 29 Aussagen, zu denen auf einer Skala von eins bis sieben eine Antwort gegeben wird. Das Instrument gliedert sich in drei Kategorien: elf Items zu Verstehbarkeit, zehn Items

zu Handhabbarkeit und acht Items zu Bedeutsamkeit. Die Antworten stehen für eine Bestätigung (stimme völlig überein) bzw. Ablehnung (stimme überhaupt nicht überein) der Aussage, wobei mehrere Zwischenwerte möglich sind. Der Summenscore reicht von 29 – bis 203. Höhere SOC-Werte stehen für ein höheres Kohärenzgefühl. Wird ein Wert < 130 erreicht, so ist davon auszugehen, dass eine Person professioneller Unterstützung bedarf. Die Items sind sowohl positiv als auch negativ gepolt.

Eine kürzere Version mit 13 Fragen (SOC-13) der ursprünglichen Form wurde von Antonovsky (1987) entwickelt, bei der der Score zwischen 13 und 91 Punkten liegt. Antonovsky beabsichtigte, dass die Kohärenzgefühl-Skalen mit einem einzigen Gesamtscore und nicht mit Komponentenwerten bewertet werden, da er die Theorie aufstellte, dass es das Kohärenzgefühl in seiner Gesamtheit ist, das die Bewegung entlang des Kontinuums von Wohlbefinden und Unwohlsein beeinflusst.

Im Rahmen einer Mixed-Methods-Studie von Stansfeld et al. (2019) zum Kohärenzgefühl bei Familienangehörigen von Menschen mit Demenz wurden die psychometrischen Eigenschaften und die Erfahrungen der Pflegefachpersonen mit der SOC-Skala gemessen. Grundsätzlich spiegeln die Ergebnisse der psychometrischen Evaluation, die Ergebnisse einer früheren systematischen Übersichtsarbeit zur Reliabilität und Validität der SOC-Skala in der Allgemeinbevölkerung wider (Eriksson et al. 2005). Die Skala wies eine gute interne Konsistenz für die gesamte Skala und die Subskalen auf. Ebenfalls wurde eine konvergente Validität nachgewiesen, da das Kohärenzgefühl mit anderen relevanten Variablen wie dem Gefühl der Kompetenz und Selbstwirksamkeit der pflegenden Angehörigen sowie mit der Resilienz und der gesundheitsbezogener Lebensqualität korreliert. Ein qualitatives Feedback zeigte jedoch, dass die pflegenden Angehörigen die Items in der Skala als teilweise unklar oder problematisch empfanden. Einige Fragen wurden mehrdeutig und verwirrend wahrgenommen, was auf eine mögliche notwendige Verbesserung der Augenscheinvalidität hinweist (Stansfeld et al. 2019). Grundsätzlich liegt die SOC in verschiedenen Versionen auch in deutscher Sprache vor (Singer & Brähler 2014). Es konnten jedoch keine Analysen der psychometrischen Eigenschaften der deutschen Versionen im Kontext der Anwendung in der Demenzversorgung gefunden werden.

Partner-Patient Questionnaire for Shared Activities (PPQSA)

Der Partner-Patient Questionnaire for Shared Activities (PPQSA) ist ein Messinstrument zur Erfassung der Beziehung zwischen Alzheimer-Patient*innen und ihren Partner*innen. Das Instrument misst die Bedeutung von 17 gemeinsamen Aktivitäten, die Häufigkeit ihrer Durchführung in den letzten 24 Stunden oder der vergangenen Woche (mit einer freien Antwortmöglichkeit) sowie den Einfluss der Stimmung oder des psychischen Zustands des Menschen mit Demenz auf diese Aktivitäten. Die Items werden anhand einer Fünf-Punkte-Likert-Skala erfasst, die von 0 = überhaupt nicht bis 4 = extrem, reicht, wobei höhere Werte eine stärkere Beeinträchtigung anzeigen. Darüber hinaus wurden die Partner*innen gebeten, bis zu drei weitere wichtige gemeinsame Aktivitäten anzugeben, für diese Aktivitäten die Häufigkeit und Beeinträchtigungsfragen zu beantworten und die fünf wichtigsten Aktivitäten zu priorisieren.

Der PPQSA weist solide psychometrische Eigenschaften auf und zeigte eine hohe interne Konsistenz, was auf eine zuverlässige Messung hinweist. Die Konstruktvalidität des Instruments wurde ebenfalls bestätigt, wobei die 17 Beeinträchtigungsfragen einen konsistenten und starken Faktor sowohl für Ehepartner*in als auch für Nicht-Ehepartner*in bildeten. Das Instrument zeigte jedoch keine signifikante Beziehung zur Depressionsgrad des Menschen mit Demenz oder dessen kognitivem Zustand.

Insgesamt weist der PPQSA eine gute Validität und Zuverlässigkeit auf und könnte als nützliches Instrument zur Messung der Auswirkungen von Alzheimer-Demenz auf die Beziehung zwischen Patient*in und Partner*in sowie auf die Pflegebelastung dienen (Reilly et al. 2006).

Decision-Making Involvement Scale (DMI)

Die Decision-Making Involvement Scale (DMI) erfasst 15 Dimensionen der alltäglichen Entscheidungsfindung, etwa Entscheidungen zur Verwendung von Geld oder zum Zeitpunkt des Aufstehens. Zusätzlich wurde eine Version für pflegende Angehörige bzw. Pflegefachpersonen entwickelt, da die Förderung von Autonomie und Entscheidungsfreiheit bei Menschen mit Demenz eine gemeinsame Verantwortung aller an der Betreuung Beteiligten darstellt. Ziel ist es, sowohl die Selbsteinschätzung des Menschen mit Demenz hinsichtlich seiner Beteiligung an Entscheidungen als auch die Einschätzung durch die Pflegefachperson zu erfassen und die Übereinstimmung zwischen beiden Perspektiven zu analysieren. Unterschiede zwischen den wahrgenommenen Präferenzen der Menschen mit Demenz und den tatsächlichen Handlungen der Pflegefachperson können zu erhöhtem Stress auf Seiten der Pflegefachperson führen. Die Bewertung erfolgt mithilfe einer vierstufigen Skala, von 0 = gar nicht involviert bis 3 = sehr stark involviert.

Die psychometrische Analyse bestätigten die interne Konsistenz und Dimensionalität beider Versionen des Fragebogens. Korrelationen zwischen den DMI-Scores und anderen Validitätsindikatoren bestätigten die konvergente Validität der Skala. Die DMI bietet somit eine valide und zuverlässige Methode zur Messung der Entscheidungsbeteiligung und deren Auswirkungen auf das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz und deren Pflegefachpersonen (Menne et al. 2008).

Kommunikationsherausforderungen für Angehörige

Die Studie von Powell, Hale und Bayer (1995) untersuchte Kommunikationsherausforderungen aus Sicht von Angehörigen, indem die Prävalenz von 32 Kommunikationssymptomen bei Pflegebedürftigen mit und ohne Demenz anhand vorhandener Pflegedokumentationen verglichen wurde. Ziel war es, herauszufinden, welche Symptome bei den beiden Gruppen signifikant häufiger auftreten und wie der Schweregrad der Demenz mit Kommunikationsproblemen zusammenhängt.

Auf Grundlage einer Literaturrecherche entwickelten die Autor*innen einen Fragebogen zu 32 typischen Kommunikationssymptomen bei Demenz, der gemeinsam mit Pflegefachpersonen und Angehörigen abgestimmt wurde. Angehörige bewerteten die Häufigkeit der Symptome auf einer Skala von 0 = nie bis 5 = immer, wobei der maximale Gesamtscore 160 betrug. Zusätzlich wurde nach Hörproblemen sowie Geräuschempfindlichkeit gefragt. Für die Auswertung wurden die zehn am häufigsten genannten Symptome betrachtet, darunter wiederholtes Fragenstellen, Schwierigkeiten beim Erinnern an Orte oder Personen, Probleme beim Folgen von TV-Programmen oder Gesprächen (insbesondere in Gruppen), falsche Namensnennungen, Satzabbrüche, wiederholtes Erzählen derselben Geschichte und Probleme, Gesprächen mit nur einer Person zu folgen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Hörprobleme zwar in beiden Gruppen vorkamen, Menschen mit Demenz jedoch deutlich empfindlicher auf Geräusche reagierten. Zudem bestand bei den Demenzkranken ein klarer Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und dem Auftreten der meisten Kommunikationsprobleme, während bei den Teilnehmenden ohne Demenz vor allem das Alter eine Rolle spielte. Insgesamt traten die typischen

Kommunikationsschwierigkeiten bei Menschen mit Demenz deutlich häufiger auf als in der Kontrollgruppe. Die Autor*innen betonen, dass ihr Instrument verlässlich hilft, solche Symptome zu erfassen. Es kann dazu beitragen, Angehörige gezielter auf die Kommunikation mit den Menschen mit Demenz vorzubereiten und Pflegefachpersonen ein differenzierteres Verständnis für Kommunikationsprobleme zu vermitteln.

3.3.4. Interventionen

3.3.4.1. Bewegung

Der Einfluss physischer Aktivitäten auf Menschen mit Demenz wird in zahlreichen Studien untersucht. Im Fokus steht dabei vor allem, wie sich Bewegungsinterventionen auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirken. Die aktuellen Ergebnisse eines Umbrella Reviews zeigen, dass insbesondere kombinierte Bewegungsinterventionen – also Programme, die beispielsweise Kraft-, Ausdauer- und Gleichgewichtsübungen beinhalten – positive Effekte auf die kognitiven Funktionen haben können. Bei Menschen mit Alzheimer-Demenz konnte ein starker Effekt festgestellt werden, wenngleich die Qualität der Evidenz als sehr niedrig eingestuft wird. Bei Menschen mit unterschiedlichen Demenzformen wurde ein moderater Effekt beobachtet, gestützt durch Evidenz niedriger Qualität. Für spezifische kognitive Domänen wie Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen, Gedächtnis, Sprache sowie motorische Geschwindigkeit zeigte sich hingegen kein klarer Nutzen körperlicher Aktivität. Mit Blick auf nicht-kognitive Outcomes ergaben sich insbesondere durch Bewegungsinterventionen im häuslichen Umfeld signifikante Verbesserungen. Diese bezogen sich auf die Alltagsfunktionen (niedrige Qualität der Evidenz), depressive Symptome (moderate Qualität der Evidenz) sowie auf Verhaltens- und psychische Symptome der Demenz (sehr geringe Qualität der Evidenz) (Demurtas et al. 2020).

Neben dem Umbrella Review konnten drei Einzelstudien identifiziert werden, die spezifisch den Zusammenhang zwischen Bewegung und Person-zentrierung untersucht haben. Die Ergebnisse werden nachfolgend beschrieben.

In einer quasi-experimentellen Studie wurde ein person-zentriertes Bewegungsprogramm für Menschen mit Alzheimer oder unspezifischer Demenzdiagnose der stationären Langzeitpflege untersucht. Die Autor*innen beschreiben die *multifaceted walking intervention* als eine evidenzbasierte, komplexe Intervention, die einen person-zentrierten Ansatz integriert. Die Intervention beinhaltet ein eins-zu-eins-Gehtraining, das individuell an die körperlichen Fähigkeiten angepasst wurde. Die Interaktionen, während der Geheinheiten orientierten sich an einem individualisierten Pflegeplan, der auf der Biografie des Menschen mit Demenz basierte. Der Pflegeplan beinhaltete effektive Kommunikations- und Interaktionsstrategien, um eine soziale Teilhabe zu ermöglichen und die Beziehungen zwischen den Bewohner*innen mit Demenz und dem Pflegefachpersonal zu fördern.

Die Ergebnisse zeigen signifikante Verbesserungen in der Mobilität, den Aktivitäten des täglichen Lebens und der Lebensqualität. Zudem erwies sich die Anwendung eines person-zentrierten Ansatzes bei der Förderung körperlicher Aktivität bei Menschen mit Demenz als praktikabel und wurde als akzeptabel bewertet (Chu et al. 2020).

In zwei weiteren qualitativen Studien (Wright 2018, Chu et al. 2021) wurde ebenfalls untersucht, wie sich körperliche Aktivitäten auf das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz auswirken.

Die qualitative Studie von Chu et al. (2021) basierte auf dem person-zentrierten Bewegungsprogramm aus der zuvor beschriebenen quasi-experimentellen Studie von Chu et al. (2020). Es wurde sowohl die Sicht der Menschen mit Demenz als auch der Angehörigen und Pflegefachpersonen befragt. Die Implementierung person-zentrierter körperlicher Aktivität für Menschen mit Demenz zeigte, dass insbesondere eine individuell angepasste Betreuung und ein hohes Maß an persönlicher Zuwendung maßgeblich zu positiven Ergebnissen beitragen können. Zentral waren die gezielte Wahrnehmung und Förderung vorhandener Fähigkeiten, die Anpassung der Aktivitätsangebote an individuelle Bedürfnisse sowie die Unterstützung des Autonomiebedürfnisses der Bewohner*innen. Ebenso bedeutsam erwies sich der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Vor allem im Rahmen von Einzelbetreuung konnten deutliche Effekte auf das Selbstvertrauen, die Motivation und das subjektive Wohlbefinden festgestellt werden. Die berichteten positiven Effekte umfassten funktionale Verbesserungen, wie eine gesteigerte Selbstständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Toilettengang, Nahrungsaufnahme), eine verbesserte Mobilität sowie einen gesteigerten Appetit mit erhöhter Nahrungsaufnahme. Mit Blick auf das Verhalten der Menschen mit Demenz wurden eine Reduktion von Unruhe, Aggressivität und Konfliktverhalten beschrieben, was auf individuell abgestimmte Bewegungsangebote und geschützte Zeitfenster für soziale Interaktion zurückgeführt wurde. Hinsichtlich der kommunikativen und psychosozialen Effekte berichteten sowohl die Angehörige als auch die Pflegefachpersonen über eine Verbesserung der Stimmung, eine Stärkung des Selbstwertgefühls, eine Zunahme sozialer Teilhabe sowie eine Reduktion von Langeweile und depressiven Verstimmungen.

Die körperlichen Aktivitäten im Rahmen der qualitativen Studie von Wright (2018) umfassten unstrukturierten Tanz mit Live-Musik, Gruppengymnastik, Spielen mit Bällen sowie Spaziergänge in der Natur. Die Ergebnisse zeigen, dass körperliche Aktivität für viele Menschen mit Demenz ein wichtiger Teil ihrer Identität ist und oft als lebenslange Leidenschaft erlebt wird. Die Aktivitäten wirkten sich positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden aus. Dabei hing die Teilnahme an Bewegung stark von sozialen und räumlichen Bedingungen ab. Die Unterstützung durch Angehörige und Pflegefachpersonal sowie eine offene und förderliche Atmosphäre steigerten das Engagement, besonders wenn Pflegefachpersonen aktiv, spontan und auch non-verbal mit den Teilnehmenden kommunizierten. Auch musikalisch begleitete und spielerische Aktivitäten schafften eine positive Stimmung, während beengte, laute Räume und fehlende Unterstützung die Teilnahme erschwerten. Der Körper dient dabei nicht nur als Mittel zur Bewegung, sondern auch als Ausdrucksform. Hindernisse können altersbedingte Beschwerden und Schmerzen sowie komplexe oder stark geregelte Aktivitäten sein. Rhythmische und gemeinschaftliche Bewegungen können dagegen soziale Kontakte und Zugehörigkeitsgefühle fördern – auch wenn die verbale Kommunikation eingeschränkt ist. Die körperliche Aktivität fördert das Wohlbefinden und die Freude und ermöglicht es den Menschen mit Demenz, sich aktiver und selbstbewusster zu zeigen. Zudem bietet sie Möglichkeiten zur kreativen Selbstgestaltung und stärkt partnerschaftliche Beziehungen.

3.3.4.2. Gartenbasierte Aktivitäten

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche konnten zwei systematische Übersichtsarbeiten identifiziert werden, die verschiedene gartenbasierte Interventionen für Menschen mit Demenz untersucht haben.

In einer systematischen Übersichtsarbeit wurde die Wirkung von therapeutischem Gärtnern auf die Menschen mit Alzheimer oder Demenz aus Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, Tagespflege oder dem Krankenhaus untersucht. Zu den untersuchten Interventionen zählen Gartenaktivitäten, audiovisuelle Präsentationen natürlicher Szenen, ein strukturiertes Gartenprogramm und Kombinationen von Gartenarbeit mit anderen Aktivitäten.

Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass therapeutische Gartenarbeit signifikante positive Auswirkungen auf Menschen mit Demenz haben können. So wiesen die Menschen mit Demenz, die an einer Intervention teilgenommen haben, ein deutlich geringeres Agitationsniveau und verbesserte Verhaltenssymptome auf. In Bezug auf die Aktivitätsbeteiligung verbrachten die Menschen mit Demenz mehr Zeit mit Aktivitäten, während sich gleichzeitig ihr Inaktivitätsstatus ebenfalls signifikant reduzierte (Lu et al. 2019).

In einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit von Scott et al. (2022) wurden der Einfluss von gartenbasierten Aktivitäten auf kognitive und körperliche Funktionen, soziale Interaktion und das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz, Young-Onset und weiteren Demenzformen aus der ambulanten Pflege untersucht. Die untersuchten Interventionen variieren zwischen den Studien, jedoch basierten die Aktivitäten in den Programmen größtenteils auf Outdoor-Aktivitäten. Die Aktivitäten umfassten eine Mischung aus aktiven (wie graben und pflanzen) und passiven Tätigkeiten (Pflanzen gießen und Spaziergänge in der Natur).

Die qualitativen Ergebnisse zeigen, dass gartenbasierte Aktivitäten positive Auswirkungen auf Menschen mit Demenz, insbesondere in den Bereichen sozialer Interaktion und Wohlbefinden haben können. Die Teilnahme an Gartenarbeit fördert die Zusammenarbeit und stärkt das Gemeinschaftsgefühl, indem sie soziale Bindungen aufbaut und das Gefühl der Zugehörigkeit stärkt. Die Menschen mit Demenz berichteten von einem gesteigerten Wohlbefinden, das mit positiven Erfahrungen wie Entspannung, Freude und dem Gefühl, nützlich zu sein, verbunden war. In Bezug auf die kognitive und körperliche Funktion zeigen die Ergebnisse weniger eindeutige Ergebnisse. Die quantitativen Studienergebnisse weisen insgesamt inkonsistente Effekte auf und zeigen überwiegend keine statistisch signifikanten Verbesserungen in den untersuchten Outcomes. Die gartenbasierten Aktivitäten scheinen vor allem das emotionale Wohlbefinden zu unterstützen und den sozialen Austausch zu intensivieren, ohne jedoch in allen Bereichen signifikante Veränderungen zu bewirken.

3.3.4.3. Gedächtnisstützen

Im Rahmen der aktualisierten Literaturrecherche konnten zwei Cochrane Reviews zu Gedächtnisstützen und kognitiven Stimulation identifiziert werden.

In einem aktuellen Cochrane Review von Woods et al. (2023) wurde die Wirksamkeit verschiedener Interventionen zur kognitiven Stimulation bei Menschen mit Demenz der stationären Langzeitpflege und der ambulanten Pflege untersucht. Dabei orientieren sich die Autor*innen an folgender Definition von Clare et al. (2004, S. 387) zur kognitiven Stimulation: "Cognitive stimulation is engagement in a range of activities and discussions (usually in a group) aimed at general enhancement of cognitive and social functioning." Die meisten Interventionen wurden in Gruppen und weniger in individuellen Einzelsitzungen durchgeführt.

Grundsätzlich führte die kognitive Stimulation bei Menschen mit leichter bis mäßiger Demenz zu einer geringen jedoch signifikanten Verbesserung der Kognition (moderate Qualität der Evidenz). Neben den Effekten bezüglich der kognitiven Funktionen wurde die Wirkung auf die

Kommunikation und soziale Interaktion der Menschen mit Demenz untersucht. Es konnte eine klinisch relevante Verbesserung in der Kommunikation und sozialen Interaktion festgestellt werden (hohe Qualität der Evidenz). Ebenfalls konnten leichte Verbesserungen der Lebensqualität (moderate Qualität der Evidenz), depressiven Verstimmung (hohe Qualität der Evidenz) und des herausfordernden Verhaltens beobachtet werden. Mit Blick auf die Beziehungsqualität zwischen den Menschen mit Demenz und den Pflegepersonen hat kognitive Stimulation wahrscheinlich wenig bis keinen Einfluss – basierend auf moderater Qualität der Evidenz (Woods et al. 2023).

Ein weiteres Cochrane Review hatte zum Ziel, die Wirksamkeit von Hilfsmitteltechnologien zur Unterstützung des Gedächtnisses bei Menschen mit Demenz zu untersuchen. Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche konnte zwar umfangreiche Literatur zur Entwicklung von Hilfsmitteltechnologien identifiziert werden, die Autor*innen betonen jedoch, dass die angewandten Methoden nicht die notwendige Qualität aufweisen, um gesicherte Aussagen zur Wirksamkeit von Hilfsmitteltechnologien treffen zu können. Es wurden folglich keine Studien in eine Evidenzsynthese eingeschlossen. Es lässt sich nicht mit Sicherheit feststellen, ob Hilfsmitteltechnologien Menschen mit Demenz tatsächlich bei der Bewältigung ihrer Gedächtnisprobleme unterstützen können (Van der Roest et al. 2017).

3.3.4.4. Geschichten und Lesen

Im Gegensatz zu den Interventionen zur Thematik der Reminiszenz (vgl. Kapitel 3.4.10) werden in diesem Kapitel Studien vorgestellt, in denen Geschichten thematisiert werden, die nicht primär auf wahren Ereignissen beruhen müssen. Ziel dieser Interventionen ist es nicht Erinnerungen abzurufen, sondern es geht vielmehr um die Gestaltung von fiktiven Inhalten und der Förderung von Kreativität. Die Geschichten können wahre Hintergründe haben, dies ist aber nicht zwingend notwendig.

Nachfolgend werden verschiedene Studien zu der Intervention TimeSlips sowie eine Intervention zum gemeinsamen Lesen vorgestellt.

TimeSlips

TimeSlips ist ein kreatives Therapieprogramm und zielt darauf ab, Menschen mit Demenz zu ermutigen, spontan und kreativ zu sein, ohne sich auf ihr Langzeitgedächtnis zu stützen. Statt biografische Details zu nutzen, um die Vergangenheit zu rekonstruieren, wird in TimeSlips eine „fehlerfreie“ Umgebung geschaffen, in der alle Beiträge, sei es durch Worte, Geräusche oder Gesten, wertgeschätzt werden. Die Teilnehmenden bilden einen Geschichtenerzählerkreis und reagieren auf inszenierte Bilder, wobei ein/e Facilitator*in offene Fragen stellt, um die Fantasie anzuregen. Das Ergebnis ist eine gemeinsam erstellte Erzählung, die den sozialen Zusammenhalt fördern und die Kreativität sowie das Zugehörigkeitsgefühl stärken soll. TimeSlips wurde ursprünglich für Langzeitpflegeeinrichtungen entwickelt, ist aber inzwischen auch in anderen Kontexten anwendbar. Im Jahr 2013 wurde TimeSlips eine unabhängige gemeinnützige Organisation. Eine formelle Ausbildung ist Voraussetzung für alle Facilitator*innen, die das Programm anwenden (Vigliotti et al. 2019).

Das TimeSlips-Programm wurde in mehrere Studien mit unterschiedlichen Studiendesigns untersucht und bereits in der ersten Literaturstudie beschrieben. Die zentralen Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt.

Im Rahmen einer quasi-experimentellen Studie haben Phillips et al. (2010) den Effekt der TimeSlips-Intervention auf die Kommunikation, die neuropsychiatrischen Symptome, die Stimmung, die Depression und die Lebensqualität von Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege untersucht. Insgesamt zeigte sich, dass die Teilnehmenden der Interventionsgruppe eine Woche nach den TimeSlips-Sitzungen eine signifikant bessere soziale Kommunikation sowie signifikant mehr Freude im Vergleich zur Kontrollgruppe aufwiesen. Auch die Kommunikation über Grundbedürfnisse konnte verbessert werden, wenn auch nicht signifikant. Ein Langzeiteffekt konnte nicht festgestellt werden. Vor diesem Hintergrund empfehlen die Autor*innen eine regelmäßige Durchführung der TimeSlips-Intervention, um die positive Wirkung nachhaltig aufrechtzuerhalten.

In einer weiteren Mixed-Methods-Studie wurden die Vorteile des TimeSlips-Programms für Menschen mit milder bis schwerer Demenz einer Demenzstation analysiert. Insgesamt zeigen die Ergebnisse sowohl für Menschen mit leichter bis mittelschwerer als auch mit schwerer Demenz positive Effekte. Es konnten signifikante Verbesserungen der Lebensqualität bei Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz festgestellt werden. Diese Gruppe zeigte vermehrt Interesse, Freude, Selbstwertgefühl, Aufmerksamkeit sowie positive soziale und pflegerische Interaktionen. Menschen mit schwerer Demenz profitierten weniger stark und zeigten im Studienverlauf tendenziell abnehmendes Interesse und geringere soziale Beteiligung. Die qualitative Analyse identifizierte zudem zentrale Themen, die mögliche Erklärungen für die positiven Effekte liefern. TimeSlips förderte die soziale Bindung und Interaktion zwischen den Teilnehmenden. Es kam zu neuen Gesprächen, gegenseitiger Unterstützung und wachsender sozialer Nähe – unabhängig vom Schweregrad der Demenz. Zudem regten die Bilder persönliche Erinnerungen an, was zu spontanen Erzählungen über das eigene Leben führte, auch bei Menschen mit schwerer Demenz (Vigliotti et al. 2019).

In einer Beobachtungsstudie wurde die Wirkung der TimeSlips-Intervention bei Menschen mit Demenz aus Einrichtungen der stationären Langzeitpflege erprobt. Die Ergebnisse zeigten, dass die Bewohner*innen nach Durchführung des TimeSlips-Programms aktiver und stärker engagiert waren. Zudem initiierten die Mitarbeiter*innen häufiger soziale Interaktionen wie Augenkontakt, Berührungen und verbale Kommunikation mit den Menschen mit Demenz. Auch die allgemeine Aufmerksamkeit der Menschen mit Demenz verbesserte sich, obwohl ein Anstieg von herausfordernden Verhaltensweisen festgestellt wurde. Zudem hatten die Mitarbeiter*innen eine positive Einstellung gegenüber den Bewohner*innen und zeigten weniger abwertendes Verhalten (Fritsch et al. 2009)

Lesen

Billington et al. (2013) untersuchten im Rahmen einer Mixed-Methods-Studie, inwiefern eine literaturbasierte Intervention – gemeinsames Lesen – die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz beeinflussen. Die Studie wurde in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, Tagespflegeeinrichtung und im klinischen Kontext durchgeführt. Die literaturbasierte Intervention „Get into Reading“ umfasste grundsätzlich eine Sitzung zum gemeinsamen Lesen. Das Lesematerial wurde laut vorgelesen und anschließend offen diskutiert. Die Intervention wurde für Menschen mit Demenz modifiziert, indem das gemeinsame Lesen leicht zugänglich gestaltet und Einschränkungen z. B. geringe Konzentrationsfähigkeit, Verlust des Kurzzeitgedächtnisses, Schwierigkeiten beim Denken und Schlussfolgern, Angst, Verwirrung und Desorientierung berücksichtigt wurden. Infolgedessen wurde sich bei der Materialauswahl auf kurze Auszüge aus Erzählungen, Kurzgeschichten oder Gedichten beschränkt.

Die Analyse der Ergebnisse der Menschen mit Demenz ergab eine Verringerung der Symptome der Lesegruppe. Es wurden drei relevante Themen für die effektive Durchführung von

Lesegruppen identifiziert: (1) Die einzelnen Komponente der Lesegruppenintervention, und zwar Umfeld, Dauer oder literarischer Inhalt, (2) Vergnügen, Authentizität, Sinnhaftigkeit der Lesegruppe und erneuertes Gefühl persönlicher Identität und (3) die Verbesserung der Zuhör-, Erinnerungs- und Aufmerksamkeitsfähigkeiten.

Die Autor*innen kommen zu dem Schluss, dass die Teilnahme an der Lesegruppenintervention sowohl zu einer Reduktion der Symptome als auch zur Verbesserung des Wohlbefindens der Teilnehmenden beitragen können. Es wurde insbesondere hervorgehoben, dass die Lesegruppen den Teilnehmenden die Möglichkeit zur Interaktion in einem sinnvollen Kontext eröffnen und soziale Beziehungen durch den persönlichen Austausch fördern können.

3.3.4.5. Kombinierte Intervention

Als kombinierte Interventionen werden in diesem Kapitel solche Interventionen verstanden, die verschiedene Einzelinterventionen miteinander verbinden. Im Rahmen der aktualisierten Literaturstudie konnten keine weiteren Studien gefunden werden, die in diesen Themenbereich fallen. Daher werden im Folgenden die Erkenntnisse der ersten Literaturstudie dargestellt.

In einer randomisierten kontrollierten Studie von Cott et al. (2002) wurden die Interventionen Spaziergehen und Kommunikation miteinander kombiniert und evaluiert. Überprüft wurde, wie sich die Kombinationsintervention auf das Kommunikationsverhalten, die Funktionalität sowie Bewegung der Bewohner*innen mit Demenz der stationären Langzeitpflege auswirkt. Die erste Intervention umfasste Spaziergehen und Kommunizieren in Zweier-Gruppen plus Begleitung und die zweite Interventionsgruppe beinhaltete nur Kommunikation.

Cott et al. (2002) stellten fest, dass die Kombination aus Spaziergehen und Kommunikation keine statistisch signifikanten Verbesserungen bewirkte, vielmehr deuten die Ergebnisse sogar auf eine Verschlechterung der Kommunikation in Verbindung mit dem Spaziergehen hin.

Cruz et al. (2011) untersuchten in einer Vorher-Nachher-Studie, welche Effekte eine Kombinations-Intervention auf das Verhalten von Menschen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz der stationären Langzeitpflege haben. Zwei unterschiedliche Interventionen wurden in die morgendliche Routine integriert. Die kombinierte Intervention bestand aus multisensorischer Stimulation (z. B. Verwendung eines warmen Handtuchs oder eine leichte Massage mit dem Auftragen einer Körperlotion) und die zweite Intervention beinhaltete motorische Stimulation wie die Unterstützung motorischer Bewegungen beim Waschen des Gesichts oder beim Griff zum Handtuch. In Vorbereitung auf die Durchführung der Interventionen erhielten die Pflegefachpersonen entsprechende Trainingseinheiten.

Im Ergebnis zeigte sich, dass die Häufigkeit und Dauer der nonverbalen Kommunikation – insbesondere direkter Blickkontakt und Lachen – zunahm. Zudem konnte eine minimale Zunahme der Häufigkeit verbaler Kommunikation beobachtet werden, wenngleich sich die Dauer reduzierte. Auch eine Zunahme der aktiven Übernahme von Aufgaben und des Engagements der Menschen mit Demenz konnte festgestellt werden.

3.3.4.6. Konversation und Kommunikation

In drei systematischen Übersichtsarbeiten wurden Interventionen zur Konversation und Kommunikation bei Menschen mit Demenz untersucht. Dabei liegt der Fokus auf unterschiedliche Themenbereiche wie die Verbesserung der Lebensqualität, neuropsychiatrischen Symptomen oder der grundsätzlich verbalen und nonverbalen Kommunikationsfähigkeiten. In vier weiteren Einzelstudien wurden konkret spezifische Interventionen analysiert.

In der systematischen Übersichtsarbeit von Machiels et al. (2017) wurden unterschiedliche Kommunikationsinterventionen für Pflegefachpersonen und Menschen mit Demenz der stationären Langezeitpflege untersucht, mit dem Ziel, die Kommunikation mit Menschen mit Demenz während der täglichen Pflege zu verbessern. Die Interventionen umfassten theoretische und praktische Inhalte sowie Gruppendiskussionen. Im Fokus vieler Schulungen stand die Förderung der verbalen und nonverbalen Kommunikationsfähigkeiten. Die Pflegefachpersonen lernten klare und einfache Sprache zu verwenden, positive Formulierungen einzusetzen, sowie emotionale und körperliche Signale von Menschen mit Demenz besser wahrzunehmen und angemessen darauf zu reagieren. In einigen Interventionen wurden biografiebasierte Materialien wie „Memory Books“ eingesetzt, die persönliche Informationen und Bilder enthielten und die Interaktion unterstützen sollten. Zudem erhielten die Pflegefachpersonen zum Teil ein individuelles Feedback oder arbeiteten mit Instrumenten zur Selbsteinschätzung ihres Kommunikationsverhaltens. Zusätzlich kamen im Rahmen einiger Interventionen multisensorische Ansätze wie das Snoezelen zum Einsatz, bei denen gezielt Reize wie Licht, Geräusche oder Düfte genutzt wurden. Weitere Schulungen legten den Fokus auf soziale Interaktionen, etwa durch die Förderung von Gesprächsführung, Begrüßungsritualen oder dem Einsatz sozialer Signale zur Aufrechterhaltung zwischenmenschlicher Kontakte.

Die Ergebnisse zeigen, dass in mehreren Studien bei Menschen mit Demenz signifikante Verbesserungen der verbalen Kommunikation festgestellt wurden. Auch bei den Pflegefachpersonen zeigten sich in einigen Fällen positive Veränderungen in deren verbaler Ausdrucksweise. Hinsichtlich der nonverbalen Kommunikation berichteten alle untersuchten Studien über positive Effekte bei Menschen mit Demenz. Auch bei den Pflegefachpersonen führte die Teilnahme an entsprechenden Schulungen zu einer Verbesserung der nonverbalen Kommunikationsfähigkeiten (Machiels et al. 2017).

Die Autor*innen Hockley et al. (2023) haben im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit den Einfluss von Kommunikationsinterventionen spezifisch auf die Lebensqualität von Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz untersucht. Die Durchführung erfolgte in unterschiedlichen Settings, darunter ambulante Pflege, Tagespflegeeinrichtungen, ambulante Krankenhausbereiche oder Einrichtungen zur Förderung selbstständigen Wohnens. Die untersuchten Interventionen verfolgten unterschiedliche Ziele. Einige richteten sich auf die Verbesserung der sprachlichen oder kognitiven Fähigkeiten von Menschen mit Demenz, andere konzentrierten sich auf die funktionale Kommunikation oder auf die Vermittlung von Fähigkeiten und Strategien sowohl an die Menschen mit Demenz als auch an deren Pflegefachpersonen. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Wissensvermittlung an Pflegefachpersonen. Die Art der Interventionen variierte zwischen kommunikationsfokussierten Einzelmaßnahmen und Ansätzen mit mehreren Komponenten, bei denen Kommunikation ein Bestandteil war. Alle Interventionen fanden in persönlichem Kontakt statt und umfassten sowohl Einzel- als auch Gruppensitzungen. Teilweise wurden die Interventionen individuell auf die Bedürfnisse der

Teilnehmenden angepasst, während andere nach festen Themenplänen durchgeführt wurden, die jedoch eine gewisse Flexibilität bei der Umsetzung zuließen.

Die Ergebnisse zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz fielen uneinheitlich aus. Einige Studien berichteten keine Veränderung, andere eine Verbesserung oder – in Einzelfällen – eine Verschlechterung. Positive Veränderungen zeigten sich vor allem in Studien, die Schulungen zu Kommunikationsstrategien beinhalteten. Diese Interventionen wurden meist im persönlichen Kontakt durchgeführt, entweder in Einzel- oder Gruppensettings. Auch hinsichtlich der Lebensqualität von Pflegefachpersonen zeigten sich heterogene Ergebnisse. Während einige Studien keine relevanten Veränderung feststellten, ergab eine Untersuchung eine geringfügige Verbesserung in einem Teilaspekt, eine andere hingegen eine signifikante Verschlechterung.

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass kommunikative Interventionen potenziell einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität haben können, wobei weitere Forschung notwendig ist, um belastbare Aussagen zur Wirksamkeit treffen zu können.

In einer systematischen Übersichtsarbeit wurde die Wirkung von nicht-pharmakologischen Interventionen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege auf die neuropsychischen Symptome von Menschen mit Demenz sowie die Kommunikation zwischen Menschen mit Demenz und Pflegefachpersonen untersucht. Vasse et al. (2010) differenzierten zwischen zwei Interventionstypen: (1) Kommunikative Sitzungen oder Interventionen für Menschen mit Demenz, die von dafür qualifizierten Spezialist*innen oder Mitarbeiter*innen durchgeführt wurden („set-time session“) und (2) Schulungen des Pflegefachpersonals mit der Zielsetzung Kommunikationstechniken in der täglichen Pflege anzuwenden („daily-care intervention“).

Im Rahmen einer Metaanalyse der „set-time“ Interventionen zum Thema Kommunikation konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden. In den einzelnen Studien zu „set-time“ Interventionen wurden positive Effekte auf die Kommunikation berichtet, sofern es sich um Interventionen handelt, die nur eine Aktivität beinhalteten, beispielsweise Life Review oder 1:1-Konversationen. Interventionen mit mehreren Komponenten, beispielsweise Walking/Talking Aktivitäten, zeigten dagegen keine Wirkung. Interventionen in Kombination mit alltäglichen pflegerischen Aktivitäten hatten positive Auswirkungen auf die Kommunikation. Im Hinblick auf die „daily-care“-Interventionen zeigten nur wenige Ansätze positive Effekte, insbesondere solche, die auf die Förderung von Fähigkeiten oder auf das Kommunikationstraining für Pflegefachpersonen ausgerichtet waren. Diese äußerten sich in einer Reduktion von agitiertem und aggressivem Verhalten sowie in einer Zunahme ruhigen, funktionalen Verhaltens. Die Mehrheit der Studien konnte jedoch keine signifikanten Verbesserungen feststellen oder erhob keine entsprechenden Daten.

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Pflegefachpersonen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege die Kommunikation mit den Menschen mit Demenz verbessern können, wenn die Kommunikationsstrategien in tägliche Aktivitäten eingebettet werden und die Interventionen nur eine Aktivität zu einem festgelegten Zeitpunkt („set times sessions“) fokussieren (Vasse et al. 2010).

Im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie haben Strøm et al. (2017) den Effekt des Sonas-Programms im Vergleich zu einer Lesegruppe und der Standardversorgung ohne zusätzliche Aktivität bei Menschen mit Demenz der stationären Langzeitpflege untersucht. Das Sonas-Programm ist ein multisensorisches Stimulationstraining. Es kombiniert kognitive, sensorische und soziale Stimulation und umfasst alle fünf Sinne: Tastsinn, Geruch, Geschmack, Gehör und Sehen. Die Hauptziele des Sonas-Programms sind: (1) die Aktivierung des noch

vorhandenen kommunikativen Potenzials von Menschen mit Kommunikationsbeeinträchtigungen, (2) die Förderung einer Umgebung, die die Kommunikation begünstigt und (3) die Anerkennung und Integration der Aktivierung dieses Potenzials als wesentlichen Bestandteil der Pflegeplanung für ältere Menschen. Das Sonas-Programm in der Studie von Strøm et al. (2017) beinhaltet die folgenden Elemente: Erkennungsmelodie und Begrüßungslied, musikbegleitete Übungen, Geruch, ein „Mit-sing-Lied“, Entspannungsmusik/Massage, Musik mit Perkussionsinstrumenten, Mitmachen bei Sprichwörtern, Zuhören von Poesie, Beitrag der Teilnehmer*in, zweites „Mit-sing-Lied“, Abschiedslied und Erkennungsmelodie.

Das Sonas-Programm zeigte in der Analyse keinen signifikanten Effekt. Es konnten jedoch einige positive Effekte auf bestimmte Kommunikationsaspekte, wie Humor und Freude in der Sonas-Gruppe beobachtet werden. Die Kommunikation im Hinblick auf das Erinnern von Namen oder das Reagieren auf Objekte konnte jedoch nicht verbessert werden. Die Effekte auf die Kommunikationsfähigkeit variierten in Abhängigkeit vom Schweregrad der Demenz. Es wurde ein signifikanter Unterschied zwischen der Sonas-Gruppe und der Lesegruppe bei Menschen mit schwerer Demenz festgestellt, wobei dieser Effekt langfristig nicht mehr nachweisbar war. Die Autor*innen begründen dies, durch den fortschreitenden Verlauf der Demenz oder eine mögliche Ermüdung der Teilnehmenden aufgrund der wiederholten Teilnahme am gleichen Programm.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Sonas-Programm das Potenzial hat, die Kommunikationsfähigkeit zu verbessern, insbesondere wenn es individuell an den kognitiven Schweregrad der Menschen mit Demenz angepasst wird.

In einer experimentellen Studie von Boersma et al. (2019) wurde die Implementierung der Veder-Contact-Method (VCM) hinsichtlich des kommunikativen Verhaltens und der Einstellung von Pflegefachpersonen und des Verhaltens, der Stimmung und der Lebensqualität von Menschen mit Demenz untersucht.

Die VCM ist eine theaterbasierte person-zentrierte Kommunikationsmethode, die auf emotional orientierten Pflegemodellen basiert. Das Ziel der VCM ist es, den Kontakt zwischen dem Menschen mit Demenz und der Pflegefachperson zu fördern, indem theatrale, poetische und musikalische Kommunikationsformen mit Elementen bestehender Pflegeansätze kombiniert werden. Dazu gehören u. a. Reminiszenz und Validierung. Es soll eine fokussierte Interaktion und wechselseitige Kommunikation gefördert und Freude sowie Leichtigkeit in der Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und den Menschen mit Demenz stimuliert werden. Während der täglichen Pflege werden theatrale Reize angeboten, die den Menschen mit Demenz dazu einladen, sich an sozialen Interaktionen zu beteiligen. Durch ein Schulungsprogramm wurden alle Pflegefachpersonen in der Anwendung der VCM geschult.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Einsatz von VCM zu einer Verbesserung bestimmter Aspekte der Lebensqualität und des Sozialverhaltens der Bewohner*innen mit Demenz, wie etwa eine verbesserte soziale Beziehung, sprachliche Interaktion und die Beziehung zur Umwelt, führte. Allerdings konnte keine Verbesserung der Stimmung der Menschen mit Demenz festgestellt werden. Zudem konnten keine Hinweise gefunden werden, dass Pflegefachpersonen eine stärker person-zentrierte Haltung gegenüber Menschen mit Demenz entwickelten, wenn sie VCM anwendeten (Boersma et al. 2019).

Tappen und Williams (2009) testeten in einer randomisierten kontrollierten Studie den Effekt einer Intervention mittels therapeutischer Konversation im Hinblick auf die Stimmung von Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege. Die therapeutische Konversation

beschreiben Tappen und Williams (2009) als einen psychotherapeutischen Beratungsansatz, der im Rahmen der Studie auf den Kontext Demenz modifiziert wurde. Grundsätzlich ist eine therapeutische Konversation darauf ausgerichtet, verbesserte interpersonelle Verbindungen zu schaffen, welche in einem Kontext sicherer, intimer Beziehungen das Selbstbewusstsein der Menschen mit Demenz fördert, indem sie sich verstanden, wertschätzt und akzeptiert fühlen. Techniken zur Anwendung therapeutischer Konversation sind Sprechen auf Augenhöhe, Herstellen von Gemeinsamkeiten, sich selbst in das Gespräch einbringen, Anerkennung, Ausdrücken von Zuneigung und positiver Wertschätzung sowie dem Respekt der Individualität der Menschen mit Demenz gegenüber (Tappen et al. 1997, Tappen et al. 2002).

Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Reduktion von Traurigkeit und Apathie sowie depressiver Symptome durch die Anwendung therapeutischer Konversation. Die genauen Wirkmechanismen der therapeutischen Konversation zum Erhalt stabiler Beziehung und mögliche Auswirkungen auf die Interaktion, Kommunikation oder das Beziehungsverhalten der Menschen mit Demenz wurden in der Studie nicht untersucht.

Tappen und Williams (2009) fassen zusammen, dass der Interventionsansatz zu therapeutischer Konversation Potential hat, die Stimmung der Menschen mit Demenz zu verbessern. Um diesen Effekt zu erzielen, brauche es allerdings spezifische therapeutische Kommunikationsstrategien und nicht nur sozialen Kontakt.

Pietro und Boczko (1998) untersuchten in einer kontrollierten Studie die Effekte einer multimodalen Gruppenkommunikationsintervention, genannt „The Breakfast Club“, im Vergleich zu einer einfachen Gruppenkonversation bei Menschen mit Demenz der stationären Langzeitpflege. Die Grundidee des „Breakfast Club“ ist, dass eine kleine Gruppe von Menschen mit Demenz gemeinsam Frühstück zubereitet, serviert, isst und anschließend aufräumt. Der Ablauf folgte einer festen Struktur. Der „Breakfast Club“ verfolgte das Ziel, verschiedene kognitive und soziale Fähigkeiten bei den Menschen mit Demenz zu erhalten und zu fördern. Dazu gehörten unter anderem organisatorische Kompetenzen, Entscheidungs- und Problemlösungsfähigkeiten sowie die Fähigkeit zur Konversation, das Erinnern an frühere Erlebnisse, das Interesse und die aktive Beteiligung am Geschehen sowie soziale Kompetenzen. Darüber hinaus sollte das Programm die prozeduralen Gedächtnisleistungen sowie Sprach- und Lesefähigkeiten unterstützen. Auch die Anregung der Sinne und das Erleben positiver Emotionen spielten eine zentrale Rolle. Nicht zuletzt sollte der „Breakfast Club“ einer sozialen Isolation, dem Gefühl erlernter Hilflosigkeit und einem frühzeitigen Abbau kommunikativer Fähigkeiten vorbeugen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Menschen mit Demenz, die an der Intervention teilnahmen, signifikante Verbesserungen bezüglich der funktionalen Unabhängigkeit, der Fähigkeit der Anerkennung und sozialen Kommunikation mit anderen Teilnehmenden und der Sprachleistung erzielten.

Nach Ansicht von Pietro und Boczko (1998) können eine heimelige Atmosphäre mit Essen, erweiterten Stimuli und Gruppentherapietechniken einen positiven Effekt auf die soziale Kommunikation von Menschen mit Demenz haben.

3.3.4.7. Kunst

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche wurden zwei systematische Übersichtsarbeiten und eine Einzelstudie zum Thema Kunst zur Beziehungsgestaltung von Menschen mit Demenz eingeschlossen. Zudem werden die Kenntnisse zweier Einzelstudien der ersten Literaturstudie beschrieben.

In einem Cochrane Review von Deshmukh et al. (2018) wurden die Effekte von kunsttherapeutischen Interventionen bei Menschen mit Demenz untersucht. Zu den untersuchten Interventionen zählen das Ausmalen abstrakter Muster, Zeichnungen vertrauter Objekte wie Blumen, Kinder und Fische oder das Zeichnen von Bildern, die auf persönlichen Erinnerungen oder Lieblingsjahreszeiten basierten. Eine weitere Intervention folgte einem gruppeninteraktiven, psychodynamischen Ansatz und bot eine Vielzahl von Kunstmaterialien zur Verwendung an.

Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien sind sehr heterogen und es konnten keine eindeutigen Unterschiede zwischen den Interventions- und der Kontrollgruppen gefunden werden. Es gibt Hinweise, dass die kunsttherapeutischen Interventionen eine Verbesserung der Lebensqualität bewirken können. Insgesamt ist die Qualität der Evidenz jedoch sehr niedrig und damit unzureichend, um Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit von Kunsttherapie bei Menschen mit Demenz zu ziehen (Deshmukh et al. 2018).

In einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit untersuchten Emblad und Mukaetova-Ladinska (2021) die Wirkung von Kunsttherapie auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und kamen dabei zu ähnlichen Schlussfolgerungen. Die Interventionen wurden in drei Kategorien unterteilt: visuelle Kunsttherapie wie Malerei und Skulpturenarbeit, Betrachtung von Kunst (Art Appreciation) in verschiedenen Formen – etwa in Galerien, Museen, auf digitalen Medien oder innerhalb der Pflegeeinrichtungen – sowie eine Kombination beider Ansätze.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass es keine Hinweise gibt, welcher spezifischer Ansatz der Kunsttherapie am effektivsten ist. Aufgrund inkonsistenter Ergebnisse der eingeschlossenen Studien ist die Wirkung hinsichtlich der Verhaltenssymptome bei Menschen mit Demenz sowie des emotionalen Wohlbefindens unklar. Es konnte eine mögliche Verbesserung der Lebensqualität festgestellt werden (Emblad & Mukaetova-Ladinska 2021). Eine eingeschlossene Pilotstudie die spezifisch die Intervention „Artful Moments“ – eine Kombination aus visueller Kunsttherapie und Art Appreciation – untersuchte, zeigte zudem mögliche Verbesserungen in den Kommunikationsfähigkeiten sowie in der sozialen Interaktion zwischen den Menschen mit Demenz und deren Angehörigen (Hazzan et al. 2016).

Neben den systematischen Übersichtsarbeiten wurden in drei Einzelstudien spezifische Interventionen zur Kunst untersucht.

In einer Mixed-Methods-Studie von Camic et al. (2021) wurde untersucht, welche Wirkung der Umgang mit materiellen Objekten eines Museums auf das subjektive Wohlbefinden und die soziale Interaktion von Menschen mit Demenz der ambulanten Pflege haben. Die Menschen mit Demenz nahmen an mehreren Sitzungen zur Objektbearbeitung teil. Die Sitzungen folgten einem strukturierten Protokoll. Zu Beginn jeder Sitzung begrüßten die Moderator*innen die Teilnehmenden, reichten jeweils ein Objekt weiter und regten Diskussionen durch offene

Fragen an. Die Objekte beinhalteten unterschiedliche kulturelle, historische und sensorische Elemente. Die Teilnehmenden hatten die Möglichkeit, die Objekte aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten, was durch Interaktionen innerhalb der Gruppe und Unterstützung der Moderator*innen gefördert wurde.

Die quantitative und qualitative Analyse der Ergebnisse zeigten insgesamt einen Anstieg des subjektiven Wohlbefindens der Teilnehmenden nach den Sitzungen, wobei nicht alle Werte signifikant waren. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Wohlbefinden vor allem durch den Moderationsprozess gefördert wurde. Dabei spielte laut den Autor*innen die Anleitung der Moderator*innen, einschließlich der Strukturierung und des Tempos der Sitzung sowie der Validierung und des Teilens von Erfahrungen zur Förderung der Teilnahme, eine zentrale Rolle. Die Teilnehmenden nahmen aktiv am Austausch teil, indem sie ihre Neugierde und Geschichten teilten, Kontakte knüpften und unterschiedliche Meinungen äußerten. Dies führte zu einer kooperativen Zusammenarbeit zwischen den Teilnehmenden und den Moderator*innen. Die Objekte schienen einen gemeinsamen Fokus innerhalb der Gruppe zu bieten.

Im Rahmen einer Vorher-Nachher-Studie haben Bober et al. (2002) die Wirkung der Intervention „Feelings Art Group“ bei Menschen mit Demenz der stationären Langzeitpflege untersucht. Dabei handelt es sich um eine regelmäßig stattfindende Gruppenintervention, in der es vor allem darum geht, dass die Teilnehmenden die Gegenwart bedeutungsvoll erleben. Es wird auf Elemente aus Reminiszenz und Aktivitätsgruppen-Modellen – unter anderem sensorische Stimulation und Realitätsorientierung – zurückgegriffen. Das Ziel der Intervention besteht darin, Menschen mit mittelschwerer und schwerer Demenz eine Möglichkeit zu bieten, ihre nicht verbal geäußerten Gefühle und Gedanken nonverbal ausdrücken zu können. Die Teilnehmenden wurden durch sensorische Stimulation, z. B. Anhören von passender Musik, Berühren von dreidimensionalen Objekten oder Riechen von Düften, auf das Thema eingestimmt. Daraufhin wurden sie ermutigt, an der Kunst-Aktivität teilzunehmen, die zwar einfach, jedoch auf erwachsene Menschen ausgerichtet ist. Dazu gehörte beispielsweise das Ausmalen oder Diskutieren von Bildern.

Die Ergebnisse zeigten, dass die Menschen mit Demenz unterschiedlich auf die Intervention reagierten. In einigen Fällen zeigte sich eine positive Veränderung der Stimmung, obwohl die Gesamtergebnisse nicht eindeutig waren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Fokus auf dem Ausdruck von Gefühlen lag und nicht primär auf der Verbesserung des Gefühlszustands. In diesem Zusammenhang betonen Bober et al. (2002), dass die Intervention den Menschen mit Demenz dabei half, ihre Emotionen zum Ausdruck zu bringen. Während der Sitzungen kam es zudem zu einer verstärkten Interaktion und Kommunikation unter den Teilnehmenden. Durch reminiszente Elemente wurden außerdem Erinnerungen ausgelöst, die sowohl verbal als auch nonverbal kommuniziert werden konnten.

MacPherson et al. (2009) untersuchten im Rahmen einer Pilot-Studie den Einfluss von Diskussionen über Kunstwerke mit Menschen mit Demenz in der National Gallery of Australia. Die Intervention war Teil des sogenannten „Art Gallery Access Programm“, d. h. die Teilnehmenden nahmen an einem Galerie-Besuch sowie einer anschließenden Diskussion teil. In den von „NGA Educators“ geleiteten Diskussionsgruppen wurde jeweils über etwa vier Kunstwerke gesprochen. Die „NGA Educators“ wurden vor Beginn der Intervention zum Umgang mit Menschen mit Demenz geschult, wobei auch Mitarbeiter*innen der jeweiligen Einrichtungen – stationäre Langzeitpflege oder ambulante Pflege – anwesend waren.

Im Ergebnis zeigten sich eine aktive Beschäftigung der Menschen mit Demenz während des gesamten Erhebungszeitraums sowie eine Steigerung der Selbstsicherheit. Darüber hinaus wurden die Fähigkeiten der Teilnehmenden über die Kunstwerke zu diskutieren, in Interaktion treten und somit an sozialen Prozessen teilzuhaben, verbessert. Im Vergleich zeigte sich, dass sich die Menschen mit Demenz aus dem stationären Setting nur dürftig an das Programm erinnern konnten, während die Teilnehmenden aus dem ambulanten Setting, sich mit Freude an das Programm erinnerten und gerne weiterhin an einem entsprechenden Angebot teilnehmen würden. Die Pflegefachpersonen bestätigten diese Beobachtungen, berichteten jedoch von keiner nachhaltigen Wirkung.

In einer Mixed-Methods-Studie von Camic et al. (2021) wurde untersucht, welche Wirkung der Umgang mit materiellen Objekten eines Museums auf das subjektive Wohlbefinden und die soziale Interaktion von Menschen mit Demenz der ambulanten Pflege haben. Die Menschen mit Demenz nahmen an mehreren Sitzungen zur Objektbearbeitung teil. Die Sitzungen folgten einem strukturierten Protokoll. Zu Beginn jeder Sitzung begrüßten die Moderator*innen die Teilnehmenden, reichten jeweils ein Objekt weiter und regten Diskussionen durch offene Fragen an. Die Objekte beinhalteten unterschiedliche kulturelle, historische und sensorische Elemente. Die Teilnehmenden hatten die Möglichkeit, die Objekte aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten, was durch Interaktionen innerhalb der Gruppe und Unterstützung der Moderator*innen gefördert wurde.

Die quantitative und qualitative Analyse der Ergebnisse zeigten insgesamt einen Anstieg des subjektiven Wohlbefindens der Teilnehmenden nach den Sitzungen, wobei nicht alle Werte signifikant waren. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Wohlbefinden vor allem durch den Moderationsprozess gefördert wurde. Dabei spielte laut den Autor*innen die Anleitung der Moderator*innen, einschließlich der Strukturierung und des Tempos der Sitzung sowie der Validierung und des Teilens von Erfahrungen zur Förderung der Teilnahme, eine zentrale Rolle. Die Teilnehmenden nahmen aktiv am Austausch teil, indem sie ihre Neugierde und Geschichten teilten, Kontakte knüpften und unterschiedliche Meinungen äußerten. Dies führte zu einer kooperativen Zusammenarbeit zwischen den Teilnehmenden und den Moderator*innen. Die Objekte schienen einen gemeinsamen Fokus innerhalb der Gruppe zu bieten.

3.3.4.8. Musik

Im Rahmen von einem Cochrane Review, einer systematischen Übersichtsarbeit und zweier Einzelstudie wurden verschiedene musikbasierte Interventionen untersucht. Zudem wurde in einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit spezifisch der Einfluss der Musiktherapie bei Menschen mit frontotemporaler Demenz analysiert.

In einem Cochrane Review wurden die Auswirkungen musikbasierter therapeutischer Interventionen bei Menschen mit Demenz der stationären Langzeitpflege oder aus dem klinischen Setting auf das emotionale Wohlbefinden, Stimmungsschwankungen oder negative Affekte, Verhaltensprobleme, soziales Verhalten und Kognition untersucht.

Die in den Studien eingesetzten musikbasierten therapeutischen Interventionen variierten hinsichtlich ihrer Gestaltung und Durchführung. Die Interventionen wurden in insgesamt drei Kategorien unterteilt werden: aktive Interventionen (z. B. gemeinsames Singen, Musizieren und Bewegung), rezeptive Interventionen (z. B. Musikhören in Verbindung mit therapeutischer Kommunikation) sowie Mischformen, die Elemente beider Ansätze kombinierten. Die

musikalischen Inhalte umfassten sowohl Livemusik, die den Vorlieben der Teilnehmenden entsprachen, als auch aufgezeichnete Musik mit individueller Anpassung. Die Interventionen wurden überwiegend in Gruppensettings durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Durchführung von musikbasierten therapeutischen Sitzungen bei Menschen mit Demenz wahrscheinlich zu einer leichten Verbesserung depressiver Symptome und möglicherweise zu einer Reduktion allgemeiner Verhaltensprobleme am Ende der Behandlung führen kann. Zudem könnten musikbasierte Interventionen das soziale Verhalten am Ende der Behandlung verbessern. Hinsichtlich der Angstsymptomatik lassen sich aufgrund der sehr niedrigen Qualität der Evidenz keine eindeutigen Aussagen treffen. Auch liegt keine Evidenz für langfristige Wirkungen musikbasierter therapeutischer Interventionen vor. Unerwünschte Nebenwirkungen scheinen selten zu sein, wurden jedoch in den Studien uneinheitlich erfasst und berichtet (Van Der Steen et al. 2025).

In einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit wurde spezifisch der Einfluss von Musik auf die soziale Interaktion von Menschen mit Demenz der stationären Langzeitpflege untersucht. Zu den analysierten Interventionen zählen die professionelle Musiktherapie, musiktherapeutische Pflege sowie musikbezogenen Alltagsaktivitäten, die von Pflegefachpersonen, Musiker*innen oder Forschenden durchgeführt wurden. Die professionelle Musiktherapie wurde ausschließlich von ausgebildeten Musiktherapeut*innen durchgeführt. Die therapeutischen Interventionen orientieren sich an den emotionalen und kommunikativen Bedürfnissen und Verhaltensweisen der Teilnehmenden und beinhalteten Techniken wie Imitation, Validierung, Empathie und reminiszenzorientierte Musikarbeit. Die musiktherapeutische Pflege beschreibt einen integrierten pflegerischen Ansatz, bei dem Pflegefachpersonen gezielt Musik in Pflegesituationen einbinden – beispielsweise durch Singen oder Summen während der morgendlichen Körperpflege, bei Mahlzeiten oder bei der Mobilisierung. Weitere musikbezogene Alltagsaktivitäten umfassten unter anderem Gruppenaktivitäten mit Gesang und Musikinstrumenten, das Hören personalisierter Musik, Hintergrundmusik im Alltag sowie improvisatorische musikalische Einheiten. Ziel dieser Aktivitäten ist die Förderung des emotionalen Wohlbefindens, der sozialen Teilhabe und der Lebensqualität.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich im Verlauf und im Anschluss an die Intervention die sozialen Interaktionen der Menschen mit Demenz deutlich verbesserten. Es wurden vermehrt Blickkontakt, Mimik und Gestik beobachtet und die Bewohner*innen zeigten sich geselliger und aufgeschlossener, was oft über die Sitzungen hinaus anhielt. Die musikalischen Aktivitäten ermöglichten selbst Menschen mit ausgeprägten sprachlichen Einschränkungen eine Ausdrucksmöglichkeit und förderten positive Affekte sowie das Gefühl sozialer Zugehörigkeit. Gemeinsames Musizieren wurde als förderlich für die Stärkung sozialer Bindungen und die Herausbildung eines Gemeinschaftsgefühls beschrieben. Zudem zeigte sich eine beruhigende Wirkung der Musik auf agitiertes Verhalten. Für das Pflegefachpersonal boten die Interventionen neue Erkenntnisse hinsichtlich der Wahrnehmung nonverbaler Signale und der Anpassung der Kommunikation an die individuellen Bedürfnisse der Bewohner*innen. Die musikalischen Interventionen führten zu wechselseitigen, aktiveren und respektvolleren Interaktionen zwischen Pflegefachpersonen und den Menschen mit Demenz.

Als zentrale Wirkmechanismen der musikalischen Interventionen wurden insbesondere die Förderung nonverbaler Kommunikationsformen, die Möglichkeit zur Improvisation und wechselseitigen Interaktion sowie die Schaffung eines sicheren, wertschätzenden Raums für spontane und ungezwungene Begegnungen herausgestellt. Musik fungierte als Orientierungshilfe, unterstützte die bewusste Wahrnehmung der Umgebung und stimulierte Erinnerungen, welche den sozialen Austausch begünstigten. Insgesamt tragen musikbasierte Interventionen

maßgeblich zur Förderung sozialer und emotionaler Bedürfnisse von Menschen mit Demenz bei, auch wenn deren verbale Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt ist (Waters et al. 2022).

In einer weiteren cluster-randomisierten kontrollierten Studie (MIDDEL) wurden drei musikbasierte Interventionen für Menschen mit Demenz der stationären Langzeitpflege untersucht. Die Gruppenmusiktherapie wurde durch ausgebildete und erfahrene Musiktherapeut*innen durchgeführt und verfolgte einen person-zentrierten Ansatz. Die Intervention erfolgte in kleinen, geschlossenen Gruppen. Inhaltlich umfasste die Gruppenmusiktherapie bekannte Lieder, musikbasierte Erinnerungsarbeit, improvisatorisches Musizieren mit Schlaginstrumenten sowie spontane oder angeleitete Bewegungen zur Musik. Die zweite Intervention, rezeptives Chorsingen, wurde von Musiker*innen mit Erfahrung in Ensembleleitung durchgeführt und richtete sich an größere, offene Gruppen. Die inhaltliche Gestaltung umfassen das Singen vertrauter und beliebter Lieder mit Liedtexten, ergänzende körperliche und stimmliche Aufwärmübungen sowie das Erlernen neuer Lieder. Bei der dritten Intervention nahmen die Teilnehmenden sowohl an der Gruppenmusiktherapie als auch am rezeptivem Chorsingen teil.

Das rezeptive Chorsingen führte zu signifikanten Verbesserungen in Bezug auf depressive und neuropsychiatrische Symptome von Menschen mit Demenz sowie den Belastungen bei pflegenden Angehörigen oder Betreuungspersonen. Mit Blick auf die Lebensqualität ergab sich lediglich für das Chorsingen ein signifikanter positiver Effekt, wobei weitere Messungen keinen Effekt zeigten. Beide Musikinterventionen reduzierten jedoch möglicherweise die emotionale Belastung des Pflegefachpersonals und der Angehörigen im Umgang mit neuropsychiatrischen Symptomen, gingen jedoch zugleich mit einer erhöhten wahrgenommenen Arbeitsbelastung einher. Die Teilnahme an den Interventionen war insgesamt gut, besonders bei Menschen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz. Auffällig war, dass am Chorsingen häufig zusätzliche Bewohner*innen teilnahmen, die nicht offiziell zur Interventionsgruppe gehörten. Diese zeigten häufig eine hohe Motivation und eine aktive Teilnahme, was zur Stärkung der Gruppendynamik beitrug und andere zum Mitmachen animierte. Bei der Gruppenmusiktherapie waren trotz höherer Teilnahme die Effekte nicht signifikant. Weitere Analysen deuten darauf hin, dass die Wirkung der Musikangebote möglicherweise von der Demenzschwere, der Teilnahmerate und der Art der Intervention abhängt. Die Kombination aus Gruppenmusiktherapie und Chorsingen zeigte keine zusätzlichen Effekte gegenüber den Einzelinterventionen (Baker et al. 2022).

In einer weiteren qualitativen Analyse der Interventionen wurden spezifisch die Erfahrungen und Perspektiven der Angehörigen und Pflegefachpersonen hinsichtlich der Gruppenmusiktherapie und des rezeptive Chorsingens untersucht.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Gruppenmusiktherapie und die regelmäßigen Chorgesangssitzungen bei den Menschen mit Demenz positive Effekte auf intrapersonaler und interpersonaler Ebene bewirken. So förderten die Interventionen die persönliche und musikalische Identität der Teilnehmenden, indem sie Erinnerungen aktivierten, vielfältige Ausdrucksmöglichkeiten boten und die Verbindung zur eigenen Biografie stärkten. Zudem steigerten die Sitzungen Stimmung, Freude und Motivation. Die Musik trug darüber hinaus zur Reduktion von Unruhe und zur Förderung von Entspannung bei, während gleichzeitig die aktive Beteiligung der Bewohner*innen angeregt wurde. Neben den positiven Auswirkungen auf die Bewohner*innen selbst berichteten auch das Pflegefachpersonal und die Angehörigen von einer verbesserten Stimmung sowie einer Entlastung im Pflegealltag, die mit verminderter Unruhe und einem reduzierten Betreuungsaufwand einherging. Im Anschluss an die Interventionen zeigte sich hingegen häufig eine Verschlechterung des Verhaltens sowie ein erhöhter Betreuungsbedarf. Zudem trugen die Musikprogramme maßgeblich zur Förderung sozialer Interaktion und des

Gemeinschaftsgefühls bei. Die Interventionen boten eine Grundlage für Kommunikation und emotionale Bindung. Darüber hinaus entwickelten sich nachhaltige und vertraute Beziehungen zu den Musiktherapeut*innen, welche die Motivation zur regelmäßigen Teilnahme stärkten und auch nach Programmende weiterbestanden. Die musikbasierten Interventionen wurden als zugänglich für Bewohner*innen aller Stadien der Demenz sowie aller musikalischen Vorerfahrungen bewertet (Lee et al. 2022).

Eine weitere qualitative Studie hat den Einfluss von Live-Musik auf die kommunikativen Interaktionen zwischen Menschen mit fortgeschrittener Demenz (Alzheimer, vaskuläre Demenz, Mischform oder atypische Demenz) der stationären Langzeitpflege untersucht. Die Intervention umfasste Live-Musiksitzen, die einem ähnlichen Ablauf folgten: Ein Eröffnungsstück basierend auf einem musikalischen Thema, gefolgt von einem Willkommenslied, das jede Woche dasselbe Stück war und von einem der Musiker*innen gesungen wurde. Anschließend folgten improvisierte Gruppen- und Einzelmusikeinlagen, die während der gesamten Sitzung fortgesetzt wurden. Jede Sitzung wurde mit einem Abschlussstück beendet. Während der Intervention spielten Musiker*innen und Teilnehmende verschiedene Instrumente (Clare et al. 2020).

Die Ergebnisse zeigen, dass Live-Musik-Gruppen für Menschen mit fortgeschrittener Demenz eine multisensorische Kommunikationsumgebung schaffen, die vielfältige kommunikative Handlungen, soziale Interaktionen und individuelle Handlungsfähigkeit fördern können. Die Teilnehmenden äußerten sich durch nonverbale und verbale Kommunikationsformen wie Lachen, Blickkontakt, Körperbewegungen, Musizieren, Mimik und Singen. Diese kommunikativen Handlungen bildeten die Grundlage der Interaktion und wurden von Musiker*innen und Pflegefachpersonen wahrgenommen und aufgegriffen, was zu weiteren Reaktionen führte. Soziale Interaktionen fanden vor allem durch Spiegeln und abwechselnde Kommunikation statt. Dabei spielte Humor eine wichtige Rolle als sozial verbindendes Element. Die Handlungsfähigkeit der Teilnehmenden zeigte sich darin, dass sie selbstbestimmt wählen konnten, wie sie sich beteiligen, zum Beispiel durch das Spielen oder Ablehnen von Instrumenten oder das stille Beobachten. Die Musiker*innen unterstützten diese durch gezielte Wahrnehmung und Förderung der individuellen Kommunikationsweisen. Zentral für den Erfolg war die multisensorische Umgebung. Die Kombination aus sichtbaren, hörbaren, fühlbaren und sozialen Reizen ermöglichte den Bewohner*innen, auf ihre Weise zu kommunizieren und soziale Kontakte aufzubauen. Dabei beeinflussten drei Faktoren besonders die Kommunikation: die zeitliche Wiederholung der Sitzungen mit vertrauten Ritualen, die individuellen Einzelinteraktionen, welche direkte Aufmerksamkeit ermöglichten sowie die musikalischen Eigenschaften wie Tempo, Charakter und Instrumente (Clare et al. 2020).

Im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit wurde der Einfluss von musikbasierten Interventionen spezifisch auf Menschen mit frontotemporaler Demenz und primär progredienter Aphasie untersucht. Es wurden insgesamt zwei Fallstudien eingeschlossen, die eine rhythmusbasierte Therapie bei Sprechapraxie und eine aktive musikbasierte Therapie umfassen.

In beiden Studien gibt es Hinweise zu positiven Effekten von musik- und rhythmusbasierten Interventionen bei Menschen mit progredienter Aphasie im Rahmen von frontotemporaler Demenz. Es wurden Verhaltensverbesserungen und Fortschritte in der Sprachproduktion beobachtet. Insgesamt reichen die bisherigen Ergebnisse jedoch nicht aus, um eindeutige Aussagen zur Wirksamkeit musiktherapeutischer Ansätze zu treffen (Spinosa et al. 2023)

3.3.4.9. Puppen

Der Einsatz von Puppen in der Pflege von Menschen mit Demenz wird in der Literatur als ein mögliches Kommunikations- und Interaktionsangebot diskutiert. Nachfolgend werden die Erkenntnisse zweier systematischer Übersichtsarbeiten zur Puppen-Therapie berichtet.

In einer systematischen Übersichtsarbeit von Peng et al. (2024) wurde der Effekt von Puppentherapie auf das Verhalten, die Kognition und psychologischen Aspekte von Menschen mit mittlerer oder schwerer Demenz untersucht. Es wurden Menschen mit Alzheimer und vaskulärer Demenz aus der ambulanten Pflege, der Tagespflege und der stationären Langzeitpflege in den jeweiligen Studien eingeschlossen. Die Interventionen wurden differenziert zwischen (1) „empathy dolls“, die psychologische Reaktionen hervorrufen und sensorische Erfahrungen ermöglichen, indem sie das Berühren und Halten eines Kindes nachbilden und (2) „lifelike dolls“, mit lächelnden Gesichtern und Augen, die sich öffnen und schließen, die jedoch nicht weinen oder lachen können.

Die Ergebnisse der Metaanalyse zeigen, dass die Puppen-Interventionen das Verhalten – einschließlich Unruhe, Apathie, Reizbarkeit und Umherwandern – sowie den psychischen Zustand der Menschen mit Demenz signifikant verbessern können. Laut den Autor*innen sind die potenziellen Vorteile darauf zurückzuführen, dass die Puppen, Eigenschaften wie Niedlichkeit und Komfort aufweisen, die es den Menschen mit Demenz ermöglichen, sich zu entspannen. Durch die Interaktion und Kommunikation mit den Puppen können Verhaltensstörungen reduziert, Bindungsbedürfnisse erfüllt und positive psychologische Erfahrungen einer Eltern-Kind-Beziehung erlebt werden. Keine signifikanten Veränderungen konnten in Bezug auf die kognitiven Funktionen festgestellt werden. Der Vergleich beider Puppen-Interventionen – „empathy dolls“ und „lifelike dolls“ - zeigt, dass „empathy dolls“ den „lifelike dolls“ in allen Bereichen des Verhaltens signifikant überlegen waren.

Eine systematische Übersichtsarbeit der ersten. Literaturstudie kam zu ähnlichen Ergebnissen. Mitchell et al. (2016) haben die Potentiale und Herausforderungen von therapeutischen Beschäftigungen mit Puppen für Menschen mit Demenz untersucht. Die eingeschlossenen Studien wurden in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege oder in Krankenhäusern durchgeführt. Es werden keine detaillierten Informationen zu den jeweiligen Puppen-Interventionen berichtet.

Zentrale positive Effekte der Puppen-Therapie zeigten sich in der Förderung der Kommunikation mit Mitbewohner*innen und Pflegefachpersonen, der Erfüllung grundlegender Bedürfnisse wie Bindung, Trost, Identität, Zugehörigkeit und Beschäftigung sowie in der Reduktion herausfordernder Verhaltensweisen. Zudem konnte eine Verbesserung bei den alltäglichen Aktivitäten beobachtet werden.

Laut den Autor*innen können Puppen ein Auslöser für soziale Interaktion unter den Menschen mit Demenz sein. Pflegefachpersonen nutzten die Puppen außerdem als Instrument, um mit Menschen mit Demenz in Kontakt zu treten und eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Es wurde eine verbesserte verbale Kommunikation bei den Menschen mit Demenz im Umgang mit den Puppen, berichtet. Langzeiteffekte konnten jedoch nicht festgestellt werden, da einige Teilnehmende nach einer gewissen Zeit das Interesse an der Puppe verloren. Neben den positiven Aspekten wurden auch Herausforderungen beschrieben. So fiel es manchen Menschen mit Demenz schwer, sich von der Puppe zu trennen, was in bestimmten Pflegesituationen

problematisch war. Auch die Haltung der Pflegefachpersonen gegenüber der Therapieform spielte eine Rolle. Einige von ihnen standen der Puppen-Therapie kritisch gegenüber, da sie diese als kindlich oder bevormundend empfanden.

Mitchell et al. (2016) kommen zu dem Schluss, dass die Wirkung der Puppen-Therapie sehr individuell ist, jedoch bei bestimmten Menschen mit Demenz positive Effekte zeigen kann. Sie empfehlen, die Intervention in einem person-zentrierten Umfeld durchzuführen und das Pflegefachpersonal entsprechend zu schulen und aufzuklären.

3.3.4.10. Reminiszenz, Lebensrückblick und soziale Identität

Der Begriff Reminiszenz stammt ursprünglich von dem lateinischen Wort „reminisci“ mit der Bedeutung „sich Erinnern“ (Drosdowski 1989). Im Kontext der Pflege von Menschen mit Demenz werden unter Reminiszenz erinnerungsfördernde Aktivitäten verstanden, die sowohl in Gruppen- als auch in Einzelsitzungen realisiert werden können. Im Rahmen der Sitzungen geht es um das Wecken, das Beleben und den Austausch von Erinnerungen mit den übergeordneten Zielen, das Wohlbefinden zu fördern, das Selbstwertgefühl zu verbessern und die Identität zu stärken. In Abgrenzung zur Reminiszenz wird unter dem Ansatz des life-review, der Lebensrückblick, eine Therapieform verstanden, mit der das Ziel verfolgt wird, in Einzelsitzungen intrapsychische Konflikte der Vergangenheit zu lösen (Bundesministerium für Gesundheit [BMG] 2006).

In der Literatur werden die Begriffe „reminiscence“ und „life-review“ jedoch uneinheitlich und teilweise synonym verwendet, sodass mit ihnen eine Vielzahl an Aktivitäten verbunden wird, „[...] die sowohl ein spontanes und informelles Schwelgen in der Vergangenheit als auch systematisierte Verfahren der Therapie beinhalten“ (BMG 2006, S. 93). Soziale Identität bezieht sich vor allem auf die Notwendigkeit der Interaktion mit Anderen, die allerdings mit fortschreitender Demenzerkrankung häufig deutlich reduziert wird.

Im Rahmen der aktualisierten Literaturstudie konnten sechs systematische Übersichtsarbeiten und eine Einzelstudie identifiziert werden. Dabei untersuchen zwei Übersichtsarbeiten Reminiszenztherapien im Allgemeinen und vier Übersichtsarbeiten und eine Einzelstudie spezifische Interventionen wie Lebensgeschichten, Musik und Fotos im Kontext von Reminiszenz-Interventionen. Zudem wurde in einer qualitativen Studie eine digitale App zu Lebensgeschichten analysiert. In drei weiteren Studien werden Kenntnisse zur sozialen Identität der Menschen mit Demenz berichtet.

Reminiszenz und Lebensrückblick

In einem Cochrane Review wurden die Wirkungen der Reminiszenztherapie auf Menschen mit Alzheimer, vaskulärer Demenz oder ohne spezifischer Demenzdiagnose untersucht. Zu den untersuchten Settings zählen die stationäre Langzeitpflege, ambulante Pflege, Krankenhäuser und Einrichtungen der Tagespflege. Der überwiegende Teil der untersuchten Personen hatte eine leichte bis mittelschwere Demenz. Am häufigsten wurden Interventionen der einfachen Reminiszenz durchgeführt wie die unstrukturierte autobiografische Erzählform, bei der Gespräche zu bestimmten Themen aus der Vergangenheit wie Schulzeit, Urlaube, Essen und Trinken oder Beruf in kleinen Gruppen durchgeführt wurden. Weiter wurde der strukturierte Life-Review-Ansatz untersucht, bei dem das Leben der Teilnehmenden in chronologischer Reihenfolge in Einzelgesprächen rekonstruiert wurde. Zu den weiteren untersuchten Interventionen zählten eine standardisierte Reminiszenz-Intervention und eine Musikhörgruppe, bei

der die Menschen mit Demenz Lieder aus ihrer Vergangenheit hörten, dazu ermutigt wurden, mitzusingen und Erinnerungen aus dieser Zeit zu teilen.

Die Ergebnisse zeigen insgesamt keinen konsistenten Nutzen der Reminiszenztherapie für das Wohlbefinden oder die Lebensqualität von Menschen mit Demenz (moderate Qualität der Evidenz). In Pflegeheimen zeigte sich ein wahrscheinlicher kurzfristiger Nutzen, jedoch nicht im häuslichen Umfeld. Mit Blick auf die kognitiven Fähigkeiten konnte ein kleiner, statistisch signifikanter Effekt – basierend auf hoher Qualität der Evidenz – unmittelbar nach Beendigung der Reminiszenztherapie festgestellt werden. Dieser Effekt war jedoch bei längerer Nachbeobachtung nicht mehr nachweisbar. Eine differenzierte Betrachtung zeigte einen tendenziell stärkeren Effekt bei Einzeltherapien sowie bei Interventionen der stationären Langzeitpflege. Die Evidenz zu den Effekten auf Kommunikationsfähigkeit und soziale Interaktion war insgesamt begrenzt, dennoch ergaben sich Hinweise auf einen wahrscheinlichen Nutzen insbesondere im Langzeitverlauf. Gruppenbasierte Reminiszenztherapie zeigte dabei sowohl kurzfristig als auch langfristig positive Effekte, wohingegen die Ergebnisse für Einzelinterventionen uneinheitlich blieben. Ein möglicher Effekt auf depressive Symptomatik wurde ausschließlich im Rahmen von Einzelinterventionen identifiziert, wobei die klinische Relevanz dieses Effekts unklar ist. Für andere psychologische und funktionelle Outcomes wie Alltagskompetenz, Agitation oder die Selbsteinschätzung der Beziehungsqualität konnten keine signifikanten Effekte festgestellt werden. Auch für Angehörige konnte in Bezug auf Stress, Stimmung, Lebensqualität oder Beziehungsqualität kein nachweisbarer Nutzen nachgewiesen werden (Woods et al. 2018).

In einer aktuelleren systematischen Übersichtsarbeit wurde ebenfalls der Einfluss von Reminiszenztherapie bei Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz untersucht. Dabei wurden am häufigsten Reminiszenztherapien durch das Erinnern bedeutender Lebensereignisse wie Kindheitserlebnisse, Feste, Reisen an besondere Orte, Lieblingsspeisen sowie historische oder persönliche Ereignisse angewendet. Insgesamt kamen die Autor*innen zu ähnlichen Ergebnissen wie im Cochrane Review. So konnten Verbesserungen durch die Reminiszenztherapie bei Menschen mit Demenz hinsichtlich der kognitiven Funktionen festgestellt werden. Im Vergleich zu den Ergebnissen des Cochrane Review konnten zudem eine signifikante Verbesserung der neuropsychiatrischen Symptome festgestellt werden. Es konnten keine Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens nachgewiesen werden (Saragih et al. 2022).

„Life Story Books“

In einer systematischen Übersichtsarbeit wurde der Einfluss von Lebensgeschichten auf Menschen mit Demenz, ihren Angehörigen und das Personal der stationären Langzeitpflege untersucht. Die Interventionen umfassen verschiedene biografisch orientierte Ansätze. Dazu gehörte unter anderem die Erstellung von Collagen zu zentralen Lebensbereichen wie Familie, beruflicher Werdegang sowie individuellen Vorlieben und Abneigungen der Menschen mit Demenz, basierend auf den Erzählungen der Angehörigen. Weitere Interventionen beinhalteten die Anfertigung von Lebensgeschichten in Buchform, die auf Interviews mit den Angehörigen sowie auf Fotografien beruhten oder im Rahmen regelmäßiger, strukturiert durchgeführter Lebensrückblick-Sitzungen erarbeitet wurden. Zudem wurde der Austausch biografischer Materialien zwischen Familienangehörigen, dem Pflegefachpersonal und den Bewohner*innen initiiert, um eine persönliche Biografie des jeweiligen Menschen mit Demenz zu erstellen („Family Biography Work“). Ergänzend dazu wurde auch die Erstellung kurzer, prägnanter Kurporträts des Menschen mit Demenz als eine weitere Form der biografischen Arbeit eingesetzt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Arbeit mit Lebensgeschichten Menschen mit Demenz ermöglicht, ihre Identität zu bewahren und ihre eigene Lebensgeschichte aktiv zu kommunizieren.

Die Beteiligung an der Gestaltung eines Lebensbuches oder einer Biografie kann das Selbstwertgefühl stärken und ein Gefühl von Stolz und Sinnhaftigkeit vermitteln. Die Teilnahme an Interventionen zu Lebensgeschichten konnten zudem signifikante kurzfristige Verbesserungen in den Bereichen Kognition, Stimmung, Kommunikation und Lebensqualität bewirken. Langfristige Effekte konnten hingegen nicht einheitlich belegt werden. Es zeigte sich, dass eine aktive Einbindung der Menschen mit Demenz trotz kognitiver Einschränkungen von zentraler Bedeutung für die Wirksamkeit der Intervention ist. Auch für Angehörige gaben die Interventionen zu Lebensgeschichten die Möglichkeit, den Mensch mit Demenz nicht ausschließlich im Kontext der Krankheit wahrzunehmen, sondern als ganzheitliche Persönlichkeit mit einer individuellen Lebensgeschichte. Die Reflexion über gemeinsam erlebte Erinnerungen förderte eine veränderte Sichtweise auf den Menschen mit Demenz und ermöglichte eine emotional entlastende Auseinandersetzung mit der Demenzdiagnose. Angehörige berichteten von einer stärkeren Verbundenheit, einem besseren Verständnis sowie einer gesteigerten Wertschätzung seitens des Pflegefachpersonals. Die Einbindung biografischer Informationen in die Pflegepraxis trug wesentlich dazu bei, das Pflegefachpersonal in seinem Verständnis für die Lebenswelt von Menschen mit Demenz zu stärken. Durch die Erstellung von Lebensgeschichten erhielten Pflegefachpersonen neue Ansatzpunkte für die Kommunikation, konnten Verhaltensweisen besser deuten und individuelle Bedürfnisse gezielter berücksichtigen, was wiederum die Umsetzung einer beziehungsorientierten und person-zentrierten Pflegepraxis unterstützte. Herausforderungen zeigten sich im Umgang mit sensiblen Inhalten und in der Abgrenzung zwischen der Perspektive des Menschen mit Demenz und jener der Angehörigen (Grøndahl et al. 2017).

In einem Umbrella Review wurde spezifisch die Wirkung von Interventionen zu Lebensgeschichten auf die Kommunikation von Menschen mit Demenz, deren Angehörigen und/oder Pflegefachpersonen der stationären Langzeitpflege oder ambulanten Pflege untersucht. In den eingeschlossenen Übersichtsarbeiten wurden „Life Story Books“ in verschiedenen Formen, darunter traditionelle Lebensgeschichtenbücher, Memory Books, digitale Anwendungen und Collagen untersucht. Die Materialien, die für die Erstellung der Bücher verwendet wurden, umfassten Fotografien, Erinnerungsstücke, Zitate und Musik. Die Struktur, der Inhalt, die Anzahl der Seiten und die Dauer der Sitzungen zur Erstellung der Lebensgeschichten variierten je nach Studie.

Die Nutzung von „Life Story Books“ wirkt sich nachweislich positiv auf die Kommunikation zwischen Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen und Pflegefachpersonen aus. In mehreren Studien wurde beobachtet, dass sich sowohl die Quantität als auch die Qualität der Gespräche deutlich verbessern. Lebensbücher schaffen gezielte Anlässe für Gespräche, fördern den Austausch und erleichtern es allen Beteiligten, miteinander in Kontakt zu treten – selbst dann, wenn die sprachlichen Fähigkeiten des Menschen mit Demenz eingeschränkt sind. Darüber hinaus können Lebensbücher das soziale Miteinander stärken. Sie regen zu mehr Interaktion und Beteiligung an, fördern das gegenseitige Verständnis und unterstützen den Aufbau sowie die Pflege von Beziehungen. Insbesondere Angehörige und Pflegefachpersonen berichteten, dass sie durch das Lebensbuch einen besseren Zugang zur Lebensgeschichte und Persönlichkeit des Menschen mit Demenz erhalten konnten. Dieses Wissen ermöglichte eine individuellere, empathischere Kommunikation und trug dazu bei, auch herausforderndes Verhalten besser zu verstehen und zu begleiten. Auch bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz konnten die Lebensbücher die Kommunikation wirksam unterstützen und erleichtern. Insgesamt zeigt sich, dass das Lebensbuch nicht nur Erinnerungen aktiviert, sondern ein wirksames Instrument ist, um die Kommunikation, die Beziehung und die Lebensqualität nachhaltig zu fördern.

Neben den Effekten zur Kommunikation und sozialen Interaktion zeigte die Nutzung des „Life Story Books“ weitere positive Ergebnisse für Menschen mit Demenz, darunter Verbesserungen im autobiografischen Gedächtnis, Stimmung und Kognition sowie ein gesteigertes Selbstwertgefühl und Wohlbefinden.

Insgesamt gibt es jedoch keinen Konsens in Bezug auf die Eigenschaften oder das standardisierte Verfahren zur Erstellung eines Lebensgeschichtenbuchs, wie beispielsweise die zu behandelnden Themen, die Reihenfolge der Erinnerungen, die Anzahl der Seiten oder die Art und Weise, wie es in einer Sitzung verwendet werden sollte. Die Autor*innen empfehlen bei der Erstellung eines „Life Story Books“ für Menschen mit Demenz die Berücksichtigung individueller Ziele und Wünsche. Es ermöglicht auch Pflegefachpersonen im Bereich der Demenzpflege, die Ziele entsprechend den kognitiven und kommunikativen Anforderungen jedes Menschen mit Demenz anzupassen. Die Dauer der Sitzung liegt überwiegend zwischen 30 Minuten und einer Stunde, abhängig vom Zustand des Menschen mit Demenz (Subramaniam et al. 2023).

Musik

Die Autor*innen Wong et al. (2024) haben in einer systematischen Übersichtsarbeit untersucht, inwieweit Musik-Reminiszenztherapien in Gruppen das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die kognitiven Funktionen von Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz der stationären Langzeitpflege beeinflussen. In einer der untersuchten Studien wurde eine Gruppen-Musik-Erinnerungstherapie zum Thema Festival eingesetzt. Diese Intervention kombinierte kulturell passende Musik, visuelle Reize in Form von Bildern sowie somatosensorische interaktive Spiele und wurde mittels virtueller Realität durchgeführt. Ziel war es, durch ein multisensorisches Erlebnis Erinnerungen zu aktivieren und die emotionale sowie kognitive Beteiligung der Teilnehmenden zu fördern. In einer weiteren Studie kam eine personalisierte Gruppen-Musik-Erinnerungstherapie zum Einsatz, bei der Plattencover als visuelle Anreize genutzt wurden. Diese sollten den persönlichen Bezug zur gehörten Musik verstärken und die Erinnerungsarbeit gezielt unterstützen. In beiden Studien kam vorab aufgezeichnete Musik als Impulsgeber für die Erinnerungstherapie zum Einsatz.

Insgesamt führte die Gruppen-Musiktherapie zu keiner signifikanten Verbesserungen der Lebensqualität und der kognitiven Fähigkeiten. Es konnten lediglich Verbesserungen der depressiven Symptome, nicht aber die Verbesserung weiterer neuropsychiatrischer Symptome, festgestellt werden.

Fotos

Im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit haben Tan et al. (2023) die Wirkung psychosozialer Interventionen mit Fotos auf die soziale Interaktion, Stimmung und Lebensqualität bei Menschen mit Demenz oder Alzheimer der stationären Langzeitpflege, Tagespflege, ambulanten Pflege oder im klinischen Kontext analysiert.

In den eingeschlossenen Studien wurden verschiedene Formen psychosozialer Interventionen untersucht, bei denen Fotos gezielt in Aktivitäten mit Menschen mit Demenz eingebunden wurden. Die Mehrheit der Interventionen beinhalteten Reminiszenztherapien bei denen Einzelpersonen oder Gruppen durch den Einsatz vertrauter Reize – etwa Musik, Gegenstände oder Fotografien – angeregt wurden, über vergangene Erlebnisse zu sprechen und zu reflektieren. Die verwendeten allgemeinen Fotos (d. h. nicht personenbezogene Bilder) zeigten beispielsweise alte Gegenstände oder typische kulturelle Artefakte aus der Kindheit und Jugend

der Teilnehmenden. Auch strukturierte Rückblicke auf das eigene Leben („Life Reviews“) kamen zum Einsatz. Wie in der klassischen Reminiszenztherapie wurden auch hier Fotos und weitere Requisiten genutzt, um bedeutende Lebensereignisse ins Gedächtnis aufzurufen und zur Sprache zu bringen. Ebenfalls untersucht wurden kunstbasierte Interventionen für Menschen mit Demenz, bei denen emotional geprägte oder neutrale Fotos verwendet wurden, um Reaktionen hervorzurufen, Kommunikation anzuregen und Erinnerungsfähigkeit zu testen. In einigen Fällen wurden Fotos auch gezielt nach individuellen Interessen ausgewählt, um eine stärkere persönliche Verbindung herzustellen. Die Interventionen wurden sowohl in Einzel- als auch in Gruppensettings untersucht und integrierten zum Teil technologische Hilfsmittel wie Personal Computer oder Virtual-Reality-Technologie.

Insgesamt gibt es nur wenig Evidenz, dass der Einsatz von Fotos im Rahmen von psychosozialer Interventionen einen signifikanten Effekt auf die soziale Interaktion, Stimmung und Lebensqualität der Menschen mit Demenz hat. Die Autor*innen schlussfolgern, dass die Wirksamkeit von psychosozialen Interventionen mit generischen Fotos weiterhin unklar ist.

Kunst

In einer quasi-experimentellen Studie wurde der Einfluss einer kunstbasierten Reminiszenztherapie auf die Lebensqualität von Menschen mit Alzheimer, vaskulärer Demenz, Demenz-Mischform oder unspezifischer Demenzdiagnose der stationären Langzeitpflege untersucht. Die Intervention „Reminiscence, Arts and Dementia: Impact on Quality of Life (RADIQL)“ wurde von der Londoner Wohltätigkeitsorganisation „Age Exchange Theatre Trust“ entwickelt und zielt darauf ab, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu verbessern. Durch den Einsatz kreativer Kunstformen und Methoden der Reminiszenz soll es die Kommunikation und das Wohlbefinden fördern, indem es Menschen mit Demenz mit ihrer Gegenwart und ihrem sozialen Umfeld verbindet. Die Aktivitäten umfassen unter anderem Singen, Malen, Gartenarbeit, Tanzen und das Betrachten von Fotografien. Das Programm ist auf die individuellen Bedürfnisse und Vorlieben der Teilnehmenden zugeschnitten, um Engagement und soziale Interaktion zu stärken.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Analyse, dass die positiven Verhaltensweisen und die Lebensqualität der Teilnehmenden, während der Gruppen-Sitzungen zunahmen. Unmittelbar nach jeder bewerteten Sitzung wurde ein nachhaltig positiver Effekt beobachtet. Dieses Muster hielt über die gesamte Studiendauer an und erwies sich als statistisch signifikant. Zusätzlich erreichte in jeder Gruppen-Sitzung das positive Verhalten und die Lebensqualität nach etwa 50 Minuten ihren Höhepunkt. Dies könnte laut den Autor*innen durch die Art und Weise erklärt werden, wie die Sitzungen geplant waren. Die meisten Sitzungen waren sehr dynamisch, endeten jedoch mit langsameren, weniger intensiven Aktivitäten. Der positive Effekt reduzierte sich zwar drei Monate nach Abschluss der Intervention, blieb jedoch über dem Ausgangsniveau (Keating et al. 2020).

Soziale Identität

Nachdem die Studien zu den Themen Reminiszenz und Lebensrückblick dargestellt wurden, werden im Folgenden drei Studien der ersten Literaturstudie zum Themenkomplex der sozialen Identität beschrieben.

In einer quasi-experimentellen Studie untersuchten Cohen-Mansfield et al. (2006) die Wirkung von Interventionen, die gezielt auf die Identität von Menschen mit Demenz ausgerichtet sind.

Dabei orientierten sie sich an Sabat und Harres (1992) Unterscheidung zwischen persönlicher und sozialer Identität. Während die persönliche Identität bei Demenz lange erhalten bleibt, nimmt die soziale Identität kontinuierlich ab und ist auf äußere Stimulation angewiesen. Aufgrund des Verlusts sozialer Kommunikation können Missverständnisse entstehen, wodurch sich die Interaktion häufig auf eine rein aufgabenorientierte Kommunikation reduziert. Studien zeigen jedoch, dass Menschen mit mittlerer bis schwerer Demenz weiterhin ein Ich-Bewusstsein haben und identitätsrelevante Veränderungen mit anderen besprechen können.

Cohen-Mansfield et al. (2006) beziehen sich außerdem auf Basting (2002), der das Selbst als ein Kontinuum von Erinnerung und Kreativität versteht, das immer in einem sozialen Kontext existiert. Somit kann ein Mensch mit Demenz zwar die Kontrolle über Teile seiner Identität verlieren, nicht aber seine Identität an sich. Für die Studie wurden Menschen mit Demenz, pflegende Angehörige und Mitarbeitende der stationären Langzeitpflege oder Tagespflege befragt, um zentrale Rollenidentitäten, deren Bedeutung, kognitive Fähigkeiten und Wohlbefinden der Menschen mit Demenz zu erfassen. Auf dieser Basis entwickelten die Forschenden in einem zweistufigen Prozess individuelle Interventionen. Zunächst wurden die wichtigsten Rollen der Person priorisiert und mit Blick auf Bedeutung, Aktualität und kognitive Leistungsfähigkeit bewertet. Anschließend wurden Interventionen festgelegt, die zur Rollenidentität passten, an die Fähigkeiten und Lebensumstände angepasst waren und ein sinnvolles Ziel verfolgten. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe erhielten an fünf Tagen jeweils 30-minütige, gezielte Maßnahmen, durchgeführt von qualifizierten Fachkräften.

Die Ergebnisse zeigten, dass in der Interventionsgruppe Freude, Interesse und Engagement signifikant zunahmen und zugleich agitiertes Verhalten während der Intervention abnahm. Dies bestätigt die Annahme, dass die Wahrnehmung des Selbst und der Erhalt der Identität entscheidend für das Wohlbefinden sind. Außerdem zeigten Menschen mit Demenz aus der Tagespflege ein höheres Maß an Selbstwahrnehmung als Bewohner*innen der stationären Einrichtungen. Die Autor*innen schließen daraus, dass die Kombination aus Tagespflege und Leben zu Hause den Erhalt der Identität besser unterstützt als das Leben in einer stationären Einrichtung.

In einer weiteren Studie untersuchten Cohen-Mansfield et al. (2010) wie sich unterschiedliche Stimuli auf die Involviertheit von Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege auswirken. Über drei Wochen erhielt jede Person jeden Stimulus zweimal, in zufälliger Reihenfolge. Die Stimuli gehörten zu Kategorien wie Arbeit, Freizeit, geschlechtsspezifische und geschlechtsneutrale Aktivitäten sowie Identitätsbezug.

Es zeigte sich, dass arbeitsbezogene Stimuli zu höherer Involviertheit führten als andere Aktivitäten. Identitätsbezogene Stimuli standen häufig im Zusammenhang mit der Familienidentität, gefolgt von Freizeitaktivitäten. Beide Bereiche gingen mit mehr Aufmerksamkeit, längerer Beteiligung und einer positiveren Einstellung einher. Frauen reagierten eher auf geschlechtsspezifische, Männer eher auf geschlechtsneutrale Stimuli, wobei diese Unterschiede nicht eindeutig belegt wurden.

Die Autor*innen folgern, dass bedeutungsvolle Stimuli das Engagement von Menschen mit Demenz deutlich fördern können.

In einer Beobachtungsstudie untersuchten Cohen-Mansfield et al. (2011), wie verschiedene Stimuli die Stimmung von Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege beeinflussen. Es handelte sich um die gleiche Studienpopulation wie in der Untersuchung von 2010. Über einen Zeitraum von drei Wochen wurden die Teilnehmenden mit 25

zuvor festgelegten und auf Engagement ausgerichteten Stimuli konfrontiert, die zufällig präsentiert wurden. Diese Stimuli wurden in verschiedene Kategorien eingeteilt:

- lebende soziale Stimuli, z. B. ein Baby, ein Hund oder ein Erwachsener
- simulierte soziale Stimuli, z. B. Kuscheltiere oder Puppen
- aufgabenorientierte Stimuli, z. B. Sortieraufgaben
- manipulative Stimuli, z. B. Puzzles, Musik oder Lesen
- identitätsfördernde Stimuli, z. B. Aktivitäten, die an frühere Hobbys oder die Familie anknüpfen

Die Ergebnisse zeigen, dass lebende soziale Stimuli die stärkste positive Wirkung auf die Stimmung hatten, gefolgt von identitätsfördernden Stimuli. Musik erwies sich als der am wenigsten wirksame Stimulus. Bewohner*innen mit geringeren kognitiven Einschränkungen zeigten generell mehr Freude und das Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigung erwies sich als relevanter Einflussfaktor auf die Wirkung der Stimuli.

Insgesamt kamen die Autor*innen zu dem Schluss, dass soziale Stimuli die größte positive Wirkung auf die Stimmung von Menschen mit Demenz entfalten.

3.3.4.11. Snoezelen

Snoezelen beschreibt ein multifunktionales Konzept, bei dem über Licht-, Klang- und Tonelemente, Aromen und Musik Sinnesempfindungen ausgelöst werden (International Snoezelen Association (ISNA) o. J.)

Im Rahmen der ersten Literaturstudie wurde ein Cochrane-Review von Chung und Lai (2009) zur Wirksamkeit von Snoezelen als therapeutische Intervention für Menschen mit mittelschweren oder schwerer Demenz eingeschlossen. Die untersuchten multisensorischen Interventionen umfassten Eins-zu-Eins-Aktivitäten – orientierend nach den jeweiligen Präferenzen – und die Entwicklung individueller Snoezelen-Pflegeplanungen basierend auf den Lebensgeschichten der Menschen mit Demenz.

Im Rahmen der Analyse konnte insgesamt keine Evidenz für die Wirkung von Snoezelen oder multisensorische Stimulierung für Menschen mit Demenz gefunden werden. Derzeit liegt keine Aktualisierung des Cochrane Reviews vor.

In einer aktuelleren systematischen Übersichtsarbeit wurde die Anwendung und Wirksamkeit von Snoezelen bei Menschen mit mittelschwerer bis sehr schwerer Demenz untersucht. Die eingeschlossenen Interventionen adressieren überwiegend die Sinne, dabei wurden am häufigsten die visuellen, gefolgt von den taktilen, den auditiven, den olfaktorischen und den gustatorischen Sinnen der Menschen mit Demenz angesprochen. Die Interventionen wurden mittels Musikabspielgeräten, Wassersäulen, Projektionstechniken, Spiegeln sowie taktilen und vibrierenden Materialien durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigen, dass Snoezelen bei Menschen mit Demenz überwiegend positive Effekte aufweist, insbesondere in den Bereichen psychische Gesundheit und soziale Teilhabe. Zudem beschreiben die Ergebnisse qualitativer Studien eine positive Verbesserung der Beziehung zwischen dem Pflegefachpersonal und den Menschen mit Demenz. Pflegefachpersonen berichteten beispielsweise, dass ihnen Snoezelen half, neue Persönlichkeitsaspekte bei Menschen mit Demenz zu entdecken. Die Autor*innen betonten in diesem Zusammenhang die zentrale Rolle der jeweiligen Bezugspersonen in der Umsetzung von Snoezelen angesichts

des hohen Unterstützungsbedarfs der Menschen mit Demenz. In den analysierten Studien blieben diese Rolle und der Einfluss sozialer Zuwendung jedoch unklar. Die Mehrheit der beobachteten positiven Effekte trat während oder unmittelbar nach der Anwendung von Snoezelen auf. Langfristige Effekte wurden hingegen nur selten nachgewiesen. Neben den positiven wurden vereinzelt auch negative Effekte berichtet. So beschreiben einige Studien einen negativen Einfluss der Snoezelen-Interventionen auf die Stimmung und das Engagement.

Insgesamt deuten zwar einige Ergebnisse auf einen positiven Effekt hinsichtlich der Stimmung und der sozialen Teilhabe hin, da jedoch auch negative Effekte berichtet wurden, scheinen die Effekte von Snoezelen nicht eindeutig zu sein (Testerink et al. 2023).

In einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit von Pinto et al. (2020) konnten ähnliche Erkenntnisse nachgewiesen werden. Es kamen vor allem multisensorische Ansätze zum Einsatz, die die Sinne Sehen, Hören, Tasten und Riechen ansprachen. Die häufigste Methode waren Snoezelen-Räume sowie andere multisensorische Umgebungen. Die Dauer und Anzahl der Sitzungen variierten zwischen den Studien. Die sensorische Interventionen wurden in verschiedenen Phasen der Erkrankung – von leichten bis schweren oder moderaten bis schweren Stadium – angewendet.

Die Ergebnisse zeigen, dass sensorische Stimulation bei Menschen mit Demenz positive Wirkungen auf Verhalten, Stimmung, Kognition und Alltagsfähigkeiten entfalten kann, vor allem dann, wenn sie individuell angepasst und multisensorisch gestaltet ist. Besonders in Snoezelen-Räumen oder bei rhythmischer Stimulation zeigte sich, dass die Menschen mit Demenz wacher, aufmerksamer, entspannter und sozial aktiver waren. Unruhe, Apathie, depressive Symptome und aggressives Verhalten konnten reduziert werden. Kurzfristige Effekte wurden auch bei unisensorischen Reizen wie Musik, Berührung oder Düften beobachtet. Bei fortgeschrittener Demenz fielen die Reaktionen allerdings oft deutlich geringer aus oder blieben ganz aus. In manchen Fällen unterschieden sich die Ergebnisse sensorischer Stimulation nicht wesentlich von anderen Aktivitäten wie Musik, Spielen oder Gartenarbeit. Teilweise zeigten sich positive Effekte nur kurzfristig und verschwanden nach der Intervention wieder. Einzelne Studien berichteten sogar von Verschlechterungen, etwa durchzunehmende Verwirrtheit oder Unruhe (Pinto et al. 2020).

Eine weitere Intervention stellt das von Kim (2003) im Rahmen einer Dissertation (Fallstudie) entwickelte „Applied Multi-Sensory Stimulation (AMSS) Approach for the Dementia und Alzheimer's disease population“ dar. In Abbildung 2 werden die vier Interventionskomponenten, die zusammen das multisensorische Interventionsprogramm beinhalten, dargestellt. Es wird davon ausgegangen, dass die verschiedenen Komponente Verhalten stimulieren, ohne dass die Teilnehmenden über die Komponenten nachzudenken brauchen. Es wird empfohlen, dass die jeweiligen Komponenten des Interventionsprogramms von Therapeut*innen begleitet werden, vor allem da die Arbeit mit den verschiedenen Materialien sowohl Verhaltens- als auch emotionale Reaktionen auslösen kann. Zudem handelt es sich bei den verwendeten Materialien um symbolische Medien, die u. a. Erinnerungen stimulieren, therapeutisch wirken oder auch Agitation erhöhen könnten, was von den Personen mit Demenz nicht selbstständig unterbrochen werden kann. Darüber hinaus kann das Interventionsprogramm sowohl im sogenannten multisensorischen Raum als auch außerhalb angewandt werden. Das AMMS-Programm wurde mit insgesamt vier Menschen mit Demenz erprobt.

Es wurden qualitative und quantitative Daten erhoben. Aus den qualitativen Beobachtungsdaten konnten sowohl Veränderungen hinsichtlich Verhalten als auch in Bezug auf Emotionen

festgestellt werden. Unter Verhaltensveränderungen fasst der Autor u. a. Themen wie Beziehung, Engagement, Aufmerksamkeit und verbale Kommunikation und unter emotionalen Veränderungen u. a. Themen wie Freude, Selbstwahrnehmung und Selbstwirksamkeit.

Kim (2003) schlussfolgert, dass sich Stimuli – wie Aufmerksamkeit auf das Material gerichtet oder auch verbales Ermuntern – als eine wirkungsvolle Methode erwiesen haben und dass das AMSS-Interventionsprogramm eine interessante Variante der multisensorischen Stimulation darstellt. Es konnte gezeigt werden, dass die Teilnehmenden Freude bei der Beschäftigung mit den verschiedenen Materialien empfanden und ihre Selbstwahrnehmung positiv angeregt wurden. Interessant war auch, dass zuerst Verhaltensveränderungen und emotionale Änderungen etwas später feststellbar waren. Diese Erfahrungen wiederum korrespondierten mit mehr Selbstsicherheit, Entspannung und vermehrter Kommunikation sowohl untereinander als auch mit dem Forscher, sodass sich ein therapeutischer Nutzen für alle Teilnehmenden ergab.

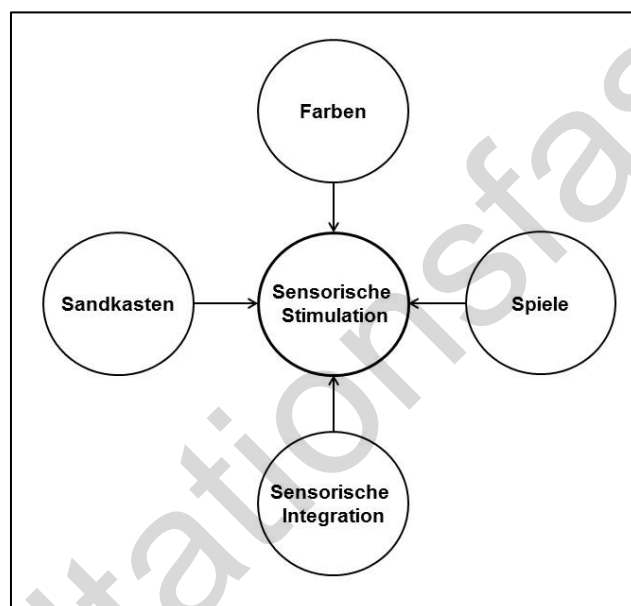


Abbildung 4: AMMS-Rahmenkonzept

Quelle: Eigene Darstellung (Kim 2003, S. 25)

3.3.4.12. Tanzen

Zu Interventionen mit tanz- und bewegungstherapeutischen Inhalten konnten im Rahmen der Literaturrecherche ein Cochrane Review, eine systematische Übersichtsarbeit und eine Einzelstudie identifiziert werden.

In einem Cochrane Review wurde der Effekt von Tanz- und Bewegungstherapie auf Verhaltens-, soziale, kognitive und emotionale Symptome von Menschen mit Demenz der ambulanten Pflege untersucht. Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche konnte nur eine randomisierte-kontrollierte Studie eingeschlossen werden. Die untersuchte Intervention umfasste Aufwärm-, Dehn- und Gelenkbewegungen sowie Übungen mit Handtüchern. Die Bewegungen wurden an die Bedürfnisse der Teilnehmenden angepasst und konnten sowohl im Stehen als auch im Sitzen ausgeführt werden.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Tanz- und Bewegungstherapie bei Menschen mit Demenz vermutlich nur geringe oder keine Effekte auf neuropsychiatrische Symptome sowie kognitive Funktionen hat. Ein leichter positiver Einfluss auf depressive Symptomatik konnte festgestellt werden, der auch in den Nachbeobachtungszeiträumen bestehen blieb. Die Lebensqualität wurde nicht erhoben. Zudem ist die Evidenz zur sozialen Funktion und zur Akzeptanz der Intervention von sehr geringer Aussagekraft. Aufgrund der niedrigen bis sehr niedrigen Qualität der Evidenz, können keine Schlussfolgerungen gezogen werden, welche Form der Tanz- und Bewegungstherapie am besten für Menschen mit Demenz geeignet ist (Karkou et al. 2023).

In einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit von Guzmán-García et al. (2013) wurde ebenfalls die Effektivität von Tanzen für Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege untersucht. Dabei wurden Outcomes wie die Stimmung und Kommunikation analysiert.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Tanzen, die soziale Interaktion und Kommunikation stimulieren und zu einer verringerten Isolation der Menschen mit Demenz beitragen. Es konnten keine negativen Auswirkungen der Tanzveranstaltungen identifiziert werden. Aufgrund der geringen Anzahl an eingeschlossenen Studien war es jedoch nicht möglich, verschiedene Tanzansätze miteinander zu vergleichen. Laut den Autor*innen spielen jedoch bei der Wahl einer spezifischen Tanz-Intervention vor allem die individuellen Vorlieben und Abneigungen der Menschen mit Demenz eine zentrale Rolle. Insgesamt wird die Evidenz von den Autor*innen als gering eingestuft, dennoch geben die Ergebnisse Hinweise darauf, dass Interventionen in Form von Tanzen mehr als reine Unterhaltungsaktivitäten sein können.

In einer qualitativen Studie von Kontos et al. (2021) wurde spezifisch das soziale Engagement von Menschen mit Demenz der stationären Langzeitpflege im Rahmen einer Tanzintervention „Sharing Dance Seniors“ untersucht. „Sharing Dance Seniors“ ist ein innovatives, gemeinschaftsorientiertes Tanzprogramm, das soziale Inklusion fördert, indem es Tanz für ältere Menschen mit unterschiedlichen körperlichen und kognitiven Fähigkeiten, einschließlich Demenz, zugänglich macht. Jede Sitzung beinhaltet ein abwechslungsreiches Bewegungsangebot – von Aufwärm Tänzen über Übungen für obere und untere Gliedmaßen bis hin zu narrativen Tänzen mit Improvisation, Spiegelbewegungen und Gesang.

Das „Sharing Dance Seniors“-Programm fördert bei Menschen mit Demenz vor allem kreativen Selbstausdruck, soziale Verbundenheit und emotionales Wohlbefinden. Die Intervention erlaubt den Teilnehmenden, Bewegungen frei und individuell zu gestalten, wodurch eine fehler-tolerante Atmosphäre entsteht, die Ängste reduziert und Kreativität aktiviert. Die Teilnehmenden agieren gemeinsam in imaginären Szenen, was das Gemeinschaftsgefühl und die Interaktion stärken. Dabei regen spielerische und alltagsbezogene Themen zur emotionalen Beteiligung an und unterstützen die Förderung von Freude sowie Humor. Verschiedene Teilnah-meformen, von aktivem Mittanzen bis hin zum passiven Beobachten, werden anerkannt und fördern somit die Inklusion. Insgesamt bietet „Sharing Dance“ eine ressourcenorientierte und inklusive Bewegungsform, die kreative, soziale und emotionale Aspekte bei Menschen mit Demenz anspricht (Kontos et al. 2021).

3.3.4.13. Technik

Im Rahmen der Literaturrecherche konnten neun systematische Übersichtsarbeiten und zwei Einzelstudien, die verschiedene technologiebasierte Interventionen untersuchen, identifiziert werden. Dabei fokussieren die Übersichtsarbeiten unterschiedliche Themenbereiche wie Kommunikation oder Reminiszenz. Einige Studien haben zudem den Einsatz von sozialen Robotern, virtueller Realität und virtuellen Besuchen bei Menschen mit Demenz analysiert.

In einer systematischen Übersichtsarbeit wurde der Effekt von technologiebasierten Interventionen auf Menschen mit Demenz der stationären Langzeitpflege, Einrichtungen der Tagespflege und aus dem Krankenhaus untersucht. Zu den untersuchten Interventionen zählten interaktive Videospiele (Wii), Exergaming, virtuelle Realität, computerbasierte Programme mit fehlerfreiem Lernen, eine Mobiltelefon-App zur Bereitstellung sozialer Unterstützungsangebote (SSA), Roboter, SenseCam-Bilder, das Projekt „Assisted Living of Dementia eIDerly Individuals and their carers“ (ALADDIN) und webbasierte Gesundheitsbildung.

Insgesamt weisen die Ergebnisse auf eine signifikante Verbesserung der kognitiven Funktionen bei Menschen mit Demenz durch technologische Interventionen hin – die Evidenz für diesen Effekt wird als moderat bewertet. Hinsichtlich der Depressionssymptomatik zeigen sich ebenfalls positive Effekte, wobei die zugrunde liegende Evidenz als von geringer Qualität einzustufen ist. Kein Einfluss der Interventionen konnte hingegen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens sowie auf die Lebensqualität der Menschen mit Demenz festgestellt werden. Für beide Outcomes liegt eine Evidenz von moderater Qualität vor (Saragih et al. 2022).

In einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit wurde der Einsatz digitaler Technologien zur Prävention von Einsamkeit und sozialer Isolation von Menschen mit Alzheimer, Mischformen der Demenz oder vaskulärer Demenz der stationären Langzeitpflege, ambulante Pflege oder dem klinischen Setting untersucht. Die Demenzstadien reichten von leicht bis sehr schwerwiegend. Die Technologien wurden in verschiedene Kategorien eingeteilt. Dazu gehörten humanoide und tierähnliche Begleitroboter (MARIO, NAO, Giraff, JustoCat), multisensorische Touchscreen-Technologien (Active Cues Tovertafel, Skype-on-Wheels, GeriJoy), assistive Technologiesysteme (Assistive Home Technology (AHT) System, TV-AssistDem) sowie eine Virtual-Reality-Technologie (Oculus Rift). In den eingeschlossenen Studien spielte Personalisierung eine zentrale Rolle bei der technologischen Unterstützung von Menschen mit Demenz. Diese erfolgte entweder durch menschliche Unterstützung – etwa durch Pflegefachpersonen, Forscher*innen oder Angehörige – oder durch digitale Anpassungen der Inhalte an individuelle Interessen, Bedürfnisse und Fähigkeiten.

Die Ergebnisse zeigen, dass technologiebasierte Interventionen bei Menschen mit Demenz positive Auswirkungen auf die Lebensqualität und soziale Verbundenheit haben können. Neben dem direkten Nutzen wurden auch indirekte Effekte beobachtet – darunter verbesserte Stimmung und soziale Interaktion, geringere Unruhe, kognitive Anregung. Einzelne Studien beschrieben zudem emotionale Reaktionen wie Trost oder Freude. Die Autor*innen heben hervor, dass aufgrund der großen Vielfalt und Unterschiede in Bezug auf Entwicklungsstand, Inhalt und Wirksamkeit der Technologien ein direkter Vergleich erschwert ist. Daher fällt es schwer, eine eindeutige Empfehlung auszusprechen, welche technologiebasierte Intervention am effektivsten ist und sich am besten für die praktische Anwendung eignet (Rai et al. 2022).

Im Rahmen einer Mixed-Methods-Studie haben Hoel et al. (2022) untersucht, wie sich die technologiebasierte Intervention „I-CARE“ auf die Beziehung zwischen Menschen mit milder bis schwerer Demenz und ihren Angehörigen auswirkt und welche Faktoren die Nutzung und Umsetzung des Systems beeinflussen. „I-CARE“ ist ein tabletbasiertes Anwendungssystem, das gezielt Menschen mit Demenz in sozialen Interaktionen mit einer Betreuungsperson einbindet. Es bietet eine Auswahl an Aktivitäten unterschiedlicher Schwierigkeitsgrade und passt sich mithilfe eines lernenden Empfehlungssystems individuell an die Nutzenden an. Zu Beginn jeder Sitzung wird das aktuelle Befinden des Menschen mit Demenz erfasst und anschließend werden passende Inhalte vorgeschlagen. Nach jeder Aktivität erfolgt eine Bewertung, die in die künftigen Empfehlungen einfließt.

Die quantitativen Ergebnisse deuten darauf hin, dass die „I-CARE“-Intervention kurzfristig positive Effekte auf die wahrgenommene Beziehungsqualität zwischen Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen haben kann, insbesondere im Bereich emotionaler Nähe. Während der Intervention wurden subjektive Verbesserungen in der dyadischen Beziehung berichtet, vor allem durch eine Zunahme von Wärme und Zuneigung. Diese Effekte waren jedoch nicht durchgängig signifikant und konnten im Nachbeobachtungszeitraum nicht aufrechterhalten werden. Die Lebensqualität der Menschen mit Demenz zeigte insgesamt einen rückläufigen Trend, wobei dieser während der Intervention stärker ausfiel als nach Beendigung der Intervention. Bei den pflegenden Angehörigen ließ sich eine tendenzielle Verschlechterung der Lebensqualität während der Intervention erkennen, möglicherweise bedingt durch die zusätzlichen Anforderungen im Umgang mit neuen Technologien.

Auch die qualitativen Ergebnisse zeigen, dass die Nutzung des I-CARE-Systems insgesamt positive Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen haben kann. Die gemeinsame Beschäftigung mit I-CARE förderte soziale Interaktionen, erleichterte die Kommunikation – auch nonverbal – und schaffte sinnvolle gemeinsame Aktivitäten. Viele Teilnehmende beschrieben die Nutzung von I-CARE als bereichernd und berichteten von einer verstärkten wahrgenommenen Verbundenheit in ihrer Beziehung. Besonders hervorzuheben ist, dass das System trotz der durch die Demenzerkrankung bedingten Herausforderungen gemeinsame Aktivitäten ermöglichte und positive gemeinsame Erlebnisse förderte. Allerdings zeigte sich, dass für eine erfolgreiche Nutzung bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Dazu zählen kognitive Fähigkeiten der Menschen mit Demenz, technisches Interesse sowie Motivation der pflegenden Angehörigen. Fehlende Vorerfahrung mit Tablets oder eine hohe Alltagsbelastung stellten teilweise Hürden dar.

Die Analyse der Benutzerfreundlichkeit zeigte, dass die Mehrheit „I-CARE“ nützlich fanden, wobei besonders die daraus entstehenden Gespräche und gemeinsamen Momente als bereichernd erlebt wurden. In einigen wenigen Fällen zeigten die Menschen mit Demenz jedoch kein Interesse an den digitalen Inhalten – vor allem, weil diese nicht ihren persönlichen Vorlieben entsprachen.

Insgesamt wurde die Anwendung von „I-CARE“ als flexibel und unkompliziert bewertet. Die Möglichkeit, Aktivitäten je nach Bedarf zu starten oder zu beenden, wurde positiv hervorgehoben. Allerdings zeigte sich auch, dass die Inhalte – abhängig vom kognitiven Zustand des Menschen mit Demenz – teilweise zu einfach oder zu komplex waren. Die meisten Teilnehmenden kamen mit dem System weitgehend selbstständig zurecht, jedoch gab es vereinzelt technische Hürden wie etwa Schwierigkeiten bei der Navigation oder bei vorübergehenden Systemfehlern (Hoel et al. 2022).

Kommunikation

In zwei systematischen Übersichtsarbeiten wurden gezielt technologische Interventionen zur Unterstützung der Kommunikation bei Menschen mit Demenz untersucht.

In der Übersichtsarbeit von Hoel et al. (2021) wurden unterschiedliche Formen technologischer Interventionen zur Unterstützung der Kommunikation und Förderung sozialer Interaktion identifiziert. Die Mehrheit der Interventionen verwendeten Tablet-Computer, um Gespräche mithilfe speziell entwickelter Anwendungen für Menschen mit Demenz anzuregen. Ebenfalls zum Einsatz kamen soziale Roboter zur Unterstützung der Kommunikation zwischen Menschen mit Demenz und ihren Pflegefachpersonen sowie Computersysteme. Zu den untersuchten Personen zählten Menschen mit Alzheimer und Menschen mit leichter bis sehr schwerer Demenz der stationären Langzeitpflege, Tagespflege, der ambulanten Pflege oder aus dem klinischen Setting.

Die Ergebnisse zeigen, dass technologiegestützte Interventionen Potenzial zur Förderung der sozialen Interaktion von Menschen mit Demenz aufweisen. So fungieren technologische Hilfsmittel, insbesondere soziale Roboter und digitale Anwendungen, als kommunikative Impulsgeber. Sie erleichtern den Gesprächseinstieg, wodurch erste Barrieren in der Interaktion zwischen Menschen mit Demenz und ihren Betreuungspersonen überwunden werden können. Dies förderte nicht nur den Dialog, sondern auch die soziale Einbindung. Zudem unterstützen insbesondere Tablets und Computersysteme durch gemeinsame Aktivitäten die Intensivierung dyadischer Interaktionen und ermöglichen strukturierte, sinnstiftende Gespräche. Darüber hinaus wurde über eine verlängerte Gesprächsdauer sowie über eine erhöhte Besuchsfrequenz berichtet. Gleichzeitig fördern solche Technologien auch die aktive Einbindung von Angehörigen und Pflegefachpersonal. Interventionen mit reminiszenzorientierten Inhalten, z. B. biografische Videos, digitale Tagebücher oder 3D-Objekte, unterstützten Angehörige und Pflegefachpersonen dabei, die Lebensgeschichte und Identität von Menschen mit Demenz besser zu verstehen. Diese vertiefte biografische Kenntnis trug zur Stärkung der emotionalen Verbindung und des gegenseitigen Verständnisses bei.

In einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit von Cho et al. (2023) wurden spezifisch der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien auf Verhaltens- und psychologische Symptome von Menschen mit Demenz analysiert. Die untersuchten Interventionen wurden basierend auf ihren Inhalten in drei Kategorien eingeteilt: (1) Aktivitätsbezogene Interventionen wie Musiktherapie, Reminiszenztherapie und körperliche Bewegung, (2) Interventionen, die die soziale Interaktion der Menschen mit Demenz und ihrer Begleitpersonen förderten und (3) Pflegeunterstützende Interventionen, wie Schulungs- und Beratungsprogramme für Menschen mit Demenz und ihren Pflegefachpersonen. Es wurden verschiedene Informations- und Kommunikationstechnologien als Mittel zur Durchführung der Interventionen eingesetzt. Web-basierte Musikplayer kamen im Rahmen von aktivitätsbezogenen Interventionen für Musiktherapie zum Einsatz. Erinnerungsinterventionen wurden mithilfe einer Smartphone-App sowie internetbasierter Videos durchgeführt. In einigen Fällen wurden Aktivitätsprogramme über personalisierte multimediale Geräte bereitgestellt. Trainingsspiele mit bewegungsgesteuerten Eingabegeräten wurden verwendet, um die Menschen mit Demenz zur Teilnahme an körperlicher Aktivität zu motivieren. Für Pflegeunterstützungsprogramme wurden ein telefonbasiertes Unterstützungsangebot, ein internetbasierter E-Learning-Kurs und ein Echtzeit-Beratungsprogramm über ein Online-Meeting-Tool eingesetzt, um informelle Pflegepersonen zu unterstützen. Bei Interventionen zur Förderung sozialer Interaktion kamen häufig Begleitroboter in Tierform oder humanoide Roboter zum Einsatz.

Die Analyse der Studien zeigte, dass Interventionen, die auf Informations- und Kommunikationstechnologien basieren, insgesamt eine signifikante Reduktion der Verhaltens- und psychologischen Symptome bei Menschen mit Demenz bewirken können. Bei der Betrachtung spezifischer Symptome erwiesen sich die Interventionen besonders bei depressiven Symptomen als wirksam. Auch für das Symptom Agitation konnten signifikante Verbesserungen festgestellt werden, wenngleich der Effekt moderat ausfiel. Für andere Symptome wie Angst, Apathie oder neuropsychiatrische Beschwerden konnten keine signifikanten Effekte nachgewiesen werden. In weiterführenden Subgruppenanalysen wurden mögliche Einflussfaktoren auf die Wirksamkeit der Interventionen untersucht. Es zeigte sich, dass das Alter der Teilnehmenden einen signifikanten Einfluss auf den Interventionserfolg hatte. Andere kontextuelle Merkmale wie das Setting, die Art der Intervention (z. B. Gruppen- vs. Einzelintervention) oder die Dauer der Intervention zeigten keinen Zusammenhang mit der Wirksamkeit. Ein Vergleich zwischen verschiedenen Interventionsformen deutete darauf hin, dass aktivitätsbezogene Ansätze – insbesondere solche mit Musik, Bewegung oder Reminiszenz – tendenziell die stärksten Effekte aufwiesen. Interventionen zur sozialen Interaktion oder zur Unterstützung von Pflegepersonen zeigten ebenfalls positive Effekte, allerdings in geringerem Ausmaß. Diese Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant (Cho et al. 2023).

Reminiszenz

Im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie wurde die Wirksamkeit eines Onlinebuches zu Lebensgeschichten auf neuropsychiatrische Symptome bei Menschen mit (sehr) leichter Demenz der ambulanten Pflege sowie auf die Belastung und Lebensqualität ihrer informellen Pflegepersonen untersucht. Das „Online Life Story Book“ ist eine E-Health-Anwendung zur digitalen Darstellung persönlicher Erinnerungen auf einer Zeitleiste. Die Anwendung wurde von ehrenamtlichen Helfer*innen unterstützt, die die Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen begleiteten. Die Freiwilligen halfen beim Sammeln und Hochladen von Erinnerungen wie Fotos, Musik, Rezepten oder Geschichten.

Die Analyse zeigten keine signifikanten Effekte auf die neuropsychiatrischen Symptome der Menschen mit (sehr) leichter Demenz. Auch die Analyse der Symptome – Hyperaktivität, Psychose, affektive Symptome, Apathie – ergab keine signifikanten Veränderungen. Bezüglich der Belastung und Lebensqualität der pflegenden Angehörigen zeigte sich ein signifikanter Effekt für die selbst eingeschätzte Belastung. Nach drei Monaten berichteten Angehörige von einer geringeren Belastung, während nach sechs Monaten eine leichte Zunahme der Belastung festgestellt wurde (Elfrink et al. 2021).

In einer weiteren qualitativen Studie von Thoft et al. (2021) wurde eine digitale App zu Lebensgeschichten für Menschen mit Demenz aus der ambulanten Pflege untersucht. Die „My Life Story App“ ist ein digitales Tool, das Menschen mit Demenz, ihren Angehörigen und Pflegefachpersonen dabei hilft, die Lebensgeschichte des Menschen mit Demenz zu dokumentieren und zu erzählen. Die berichteten Erfahrungen basieren auf den Aussagen des Pflegefachpersonals.

Die Analyse zeigt, dass eine person-zentrierte Pflege, die die Lebensgeschichte der Menschen mit Demenz berücksichtigt, entscheidend ist, um eine bessere Interaktion und ein tieferes Verständnis der Menschen mit Demenz zu ermöglichen. Die Lebensgeschichte sollte in Zusammenarbeit mit den Angehörigen und dem Pflegefachpersonal entwickelt werden. Sichtbare Lebensgeschichten in Form von Collagen oder persönlichen Artefakten in den Wohnungen der Menschen mit Demenz haben sich als nützlich erwiesen, um Gespräche zu fördern und die

Identität zu bewahren. Die „My Life Story App“ bietet Potenzial für die Dokumentation und das Teilen von Lebensgeschichten von Menschen mit Demenz, indem sie Erinnerungen an Ereignisse wie Feiertage und persönliche Meilensteine speichert und den Angehörigen einen Einblick in das Leben des Menschen mit Demenz gewährt. Jedoch gab es mehrere Herausforderungen, wie die Komplexität der Nutzung des Handbuchs und die Schwierigkeit, präzise und detaillierte Lebensgeschichten zu erstellen. Besonders herausfordernd war die Schwierigkeit der Menschen mit Demenz, sich selbst in Bildern und Videos zu erkennen. Auch die Zusammenarbeit mit den Angehörigen verlief oft verzögert, was durch die Überlastung der Familien bedingt war. Ein Mangel an Anleitung für die Pflegefachpersonen und unklare Implementierungsstrategien führten zu Unsicherheit bei der Nutzung der App. Trotz der genannten Herausforderungen wurde insbesondere von den Angehörigen positives Feedback berichtet, die die Arbeit als bedeutungsvoll und interessant empfanden.

Soziale Roboter

In einer systematischen Übersichtsarbeit wurden unterschiedliche soziale Roboter hinsichtlich der kognitiven Funktion, der Lebensqualität und der Akzeptanz bei Menschen mit Demenz untersucht. Zu den untersuchten Robotern zählen (1) Begleitroboter, (2) multifunktionale Roboter, (3) Telepräsenz-Kommunikationsroboter und (4) Assistenz-Roboter für die häusliche Pflege (vgl. Tab. 13) (Yu et al. 2022).

Kategorie	Name	Beschreibung
(1) Tierähnliche Begleitroboter	PARO	Robbe mit weißem Fell, 2,7 kg, reagiert auf Berührung, Licht, Ton, Temperatur, bewegt Kopf, Flossen, Schwanz, macht Geräusche, kann nicht laufen
	AIBO	Roboterhund aus Metall, 1,5 kg, bellt, bewegt sich, hebt Pfote, KI-basiert, entwickelt Persönlichkeit, eingebaute Kamera
	JustoCat	Roboterkatze mit waschbarem Fell, Größe und Gewicht wie echte Katze, bewegt sich, hebt Pfote, schnurrt
	NeCoRo	Roboterkatze, 1,6 kg, miaut, bewegt sich, reagiert auf Namen, KI-basiert, kann nicht laufen
	Pleo	Dinosaurier-Roboter, 1,6 kg, Sensoren für Sehen, Fühlen, Bewegung, kann autonom agieren
	Hasbro Joy for All	Hund-/Katzenroboter, reagiert auf Berührung, gibt Geräusche von sich, bewegt sich
	FurReal Friends (Daisy)	Kleine Roboterkatze, 0,45 kg, reagiert mit Bewegung, Miauen, Springen
(2) Humanoide Begleitroboter	Hybrid-Face	Teleoperierter Roboter mit Tablet und 3D-Gesicht, zeigt Emotionen über Mimik
	Kabochan	28 cm groß, spricht, singt, reagiert auf Berührung, kindliches Aussehen

	Lugwid	61 cm großer humanoider Roboter, reagiert mit Bewegungen, Sprache, Emotionen, teleoperiert oder autonom
(3) Telepräsenz-Roboter	Giraff	Menschengroßer Roboter mit Bildschirm, Kamera, Lautsprecher, ermöglicht Video-Kommunikation, USD
	VGo	Kompakter Telepräsenz-Roboter, 122 cm, 9 kg, Kommunikation und Bewegung per Fernsteuerung
(4) Assistenz-Roboter für die häusliche Pflege	Ed	Humanoid, 102 cm groß, gibt Anleitungen zu Aufgaben, erkennt Stimmung, überwacht Fortschritt
	3DX	Laptop als Kopf, rollbarer Standfuß, Navigation, Kommunikation, Medikamentenerinnerung, Warnsystem
(5) Multifunktionale Roboter	MARIO	Menschlich mit Tablet, Musik, Erinnerungen, Nachrichten, Spiele, Anrufe, kognitive Tests
	Matilda/Betty/Sophie usw.	39 cm, 6,5 kg, Spiele, Musik, Nachrichten, Anrufe, Kindliches Aussehen
	GUIDE	160 cm, mit Touchscreen, Unterhaltung, Gesundheitsüberwachung, Kommunikation
	NAO	humanoid, 58 cm, 4,3 kg, kann gehen, sprechen, tanzen, mit Kamera, Mikrofon
	Silbot	114 cm, 25 kg, rollbar, weckt Nutzer*in, Stimmungskontrolle, Medikamente, Notfallhilfe
	Pepper	humanoid mit Touchscreen, 120 cm, Gesichtserkennung, Interaktion über Sprache und Bildschirm
	Ourpuppet ELISA	Puppenartiger Roboter, erkennt Emotionen und meldet kritische Situationen

Tabelle 13: Übersicht sozialer Roboter in der Versorgung von Menschen mit Demenz

Quelle: Yu et al. 2022

(1) Der tierähnliche Begleitroboter „PARO“ wurde in den Studien am häufigsten untersucht. Obwohl „PARO“ im Rahmen interaktiver Robotik Therapien in einigen Fällen positive Rückmeldungen hinsichtlich der Akzeptanz sowie einer Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens von Menschen mit Demenz erhielt, zeigen die Ergebnisse der Metaanalyse insgesamt keine signifikante Wirksamkeit in Bezug auf kognitive oder neuropsychiatrische Symptome. Auch hinsichtlich weiterer psychischer Gesundheitsaspekte wie Angst, Depression und Agitation konnte kein eindeutiger Nutzen nachgewiesen werden. Die Wirkung von PARO auf die Lebensqualität bleibt ebenfalls unklar, da die Studienergebnisse inkonsistent ausfallen. Die Akzeptanz von „PARO“ ist insbesondere in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege vergleichsweise hoch, während die Nutzung im häuslichen Umfeld offenbar geringer ausfällt (Yu et al. 2022).

In einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit, spezifisch zum sozialen Roboter „PARO“, zeigten sich ähnliche Ergebnisse hinsichtlich der Wirkung auf die Kognition. Es konnten jedoch – anders als bei der systematischen Übersichtsarbeit von Yu et al. (2022) – positive Effekte auf die Lebensqualität, die soziale Interaktion und die emotionale Verfassung der Menschen mit Demenz festgestellt werden. Die Verbesserungen hinsichtlich der sozialen Interaktion zeigten sich insbesondere in Form häufigerer Gespräche mit dem Pflegefachpersonal sowie einer Zunahme verbaler und visueller Interaktionen (Kang et al. 2020).

Neben PARO wurden weitere verschiedene tierähnliche Begleitroboter untersucht. Robotische Katzen, insbesondere „Justocat“ und „NeCoRo“, erzielten in mehreren Studien eine hohe Akzeptanz. Sie wurden von den Menschen mit Demenz, Pflegefachpersonen und Angehörigen als positiv wahrgenommen, insbesondere aufgrund ihrer realitätsnahen Gestaltung und interaktiven Merkmale. Es wurden positive emotionale Reaktionen beobachtet, wenngleich keine signifikanten Effekte auf herausforderndes Verhalten wie Agitation festgestellt werden konnten. Ein innovativer technischer Ansatz zeigte sich in der Anwendung eines robotischen Schafs mit Augmented-Reality-Funktion. Dieses reagierte virtuell auf Berührung, Sprache und Gesten der Nutzer*innen und konnte nachweislich die Interaktion und Aufmerksamkeit der Teilnehmenden steigern. Robotische Hunde führten zu uneinheitlichen Ergebnissen. Zwar konnte in mehreren Studien eine erhöhte Beteiligung während der robotergestützten Sitzungen im Vergleich zu nicht-technologischen Aktivitäten festgestellt werden, doch zeigten sich im Vergleich zu realen Tieren keine signifikanten Unterschiede im Engagement. Zudem wurden teilweise hohe Abbruch- und Ablehnungsraten berichtet, insbesondere bei Menschen mit schwerer Demenz, was auf begrenzte Eignung für alle Zielgruppen hindeuten kann.

Insgesamt weisen robotische Tiere eine grundsätzlich hohe Akzeptanz und positive Interaktion mit Menschen mit Demenz auf, was insbesondere auf ihr ansprechendes Erscheinungsbild und ihre interaktiven Eigenschaften zurückgeführt werden kann. Dennoch bleibt die Evidenzlage hinsichtlich ihrer Wirksamkeit im Hinblick auf Verhaltensänderungen sowie die nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität unzureichend (Yu et al. 2022).

(2) Humanoide Begleitroboter werden von Menschen mit Demenz, ihren Angehörigen sowie dem Pflegefachpersonal insgesamt als praktikabel und akzeptabel eingeschätzt. Besonders positiv hervorgehoben werden das menschenähnliche Erscheinungsbild und die natürliche Sprachwiedergabe der Roboter. Auch die einfache Bedienbarkeit sowie ihr Potenzial zur Förderung sozialer Interaktion wurden in den Studien mehrfach betont. Dennoch wurden auch einige Einschränkungen deutlich. So stellten insbesondere Sprachbarrieren – etwa die ausschließliche Verfügbarkeit der englischen Sprache – ein Hindernis dar. Zudem wurde vereinzelt die Sorge geäußert, dass der Einsatz humanoider Roboter zu einer Reduktion zwischenmenschlicher Kontakte führen könnte. Es gibt keine Hinweise zur Wirksamkeit der humanoiden Roboter (Yu et al. 2022).

(3) Die Akzeptanz der untersuchten multifunktionalen Roboter war überwiegend positiv. So zeigte sich, dass Menschen mit Demenz aktiv am Geschehen teilnahmen und soziale Interaktionen mit dem Roboter suchten. Insbesondere „Silbot“, „Pepper“ und „MARIO“ wurden als hilfreich bei Kommunikation, Interaktion und Unterstützung im Alltag bewertet. „Pepper“ und „MARIO“ wurde von Pflegefachpersonen als nützlich angesehen, um die Kommunikation und Interaktion zu fördern und bei täglichen Pflegeaktivitäten wie der Überwachung zu helfen. Einschränkungen bestanden in technischen Problemen, Bedienungsschwierigkeiten und hohen Kosten (Yu et al. 2022).

Auch eine weitere Pilotstudie zum Einsatz des Roboters „Pepper“ in einem Pflegeheim zur Förderung der Bewegung und sozialen Interaktion, zeigt ähnliche Ergebnisse. Die Bewohner*innen empfanden ihn als unterhaltsam und motivierend, besonders im individuell

angepassten Bewegungsprogramm. Der Roboter trug zur Gemeinschaft und gemeinsamen Freude bei. Gleichzeitig zeigten sich ambivalente Reaktionen. Einige Pflegefachpersonen und Bewohner*innen hinterfragten den Nutzen, äußerten Sorgen über Technikeinsatz statt menschlicher Nähe und kritisierten den hohen Aufwand für Steuerung und fehlende Autonomie des Roboters (Blindheim et al. 2023).

Hinsichtlich der Wirksamkeit konnte „NAO“ eine Verbesserung der Apathie bewirken, zeigte jedoch keine Vorteile gegenüber dem Roboter-Tier „PARO“ und führte weder zu einer Verbesserung der Lebensqualität noch der kognitiven Fähigkeiten. Weitere Studien berichteten lediglich kurzfristige Effekte auf neuropsychiatrische Symptome, ohne Einfluss auf Kognition oder Lebensqualität (Yu et al. 2022).

(4) Telepräsenz-Kommunikationsroboter wurden als grundsätzlich akzeptabel für Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz bewertet. Angehörige und Pflegefachpersonen schätzten insbesondere die Mobilität und die Möglichkeit, authentische Kommunikationssituationen zu schaffen. Die Menschen mit Demenz zeigten in einem Großteil der Videoanrufe positive Affekte und Engagement. Trotz dieser positiven Wahrnehmung stellten technologische Probleme, insbesondere in Bezug auf Internetverbindung und Bedienbarkeit, sowie Datenschutzbedenken und hoher Zeitaufwand für Angehörige und Personal wesentliche Barrieren dar. Zudem sind Telepräsenz-Roboter für Menschen mit schwerer Demenz weniger geeignet. Eine Bewertung der Wirksamkeit dieser Systeme steht bislang aus (Yu et al. 2022).

(5) Es wurden lediglich zwei Assistenz-Roboter für die häusliche Pflege untersucht, wobei die Ergebnisse zur Machbarkeit und Akzeptanz uneinheitlich sind. Angehörige zeigten eine tendenziell höhere Akzeptanz als Menschen mit Demenz. Hohe Kosten, technische Herausforderungen, Schwierigkeiten bei der Navigation und das Fehlen humanoider Merkmale wirkten sich negativ auf die Akzeptanz aus. Zur Wirksamkeit konnten keine Aussagen getroffen werden (Yu et al. 2022).

Virtuelle Realität und Exergames

In einer systematischen Übersichtsarbeit wurde die Wirkung virtueller Realität (VR) als pflegerische Intervention bei Menschen mit Demenz untersucht. Die Analyse der kognitiven Funktionen ergab, dass VR-basierte Trainings- oder Pflegeprogramme signifikant positive Effekte auf die kognitive Leistungsfähigkeit von Menschen mit Demenz haben können. Es zeigte sich, dass VR-Anwendungen das Potenzial besitzen, geistige Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Gedächtnisleistung, Orientierung und Problemlöseverhalten gezielt anzusprechen und zu aktivieren. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass sich der Einsatz von VR signifikant positiv auf die wahrgenommene Lebensqualität der Menschen mit Demenz auswirken kann. Es konnten eine gesteigerte Lebenszufriedenheit, höheres Wohlbefinden sowie eine Verbesserung im emotionalen und sozialen Erleben festgestellt werden. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass VR-Anwendungen oftmals alltagsnahe Szenarien abbilden, die eine Teilhabe an sozialen und lebenspraktischen Aktivitäten ermöglichen, auch dann, wenn dies im realen Umfeld aufgrund kognitiver oder körperlicher Einschränkungen nur noch eingeschränkt möglich ist. Ein weiterer signifikanter positiver Effekt zeigte sich im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens. Personen, die an VR-gestützten Trainingsprogrammen teilnahmen, zeigten verbesserte Fähigkeiten bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben. Die virtuelle Trainingsumgebung bot die Möglichkeit, alltagsnahe Fähigkeiten gezielt zu üben, was die Selbstständigkeit und das Selbstvertrauen von Menschen mit Demenz förderte. In einigen der analysierten Studien wurde außerdem die Auswirkung von VR-Interventionen auf emotionale Zustände wie Angst und depressive Verstimmung untersucht. Auch hier ergaben sich Hinweise darauf, dass VR-basierte Maßnahmen durch z. B. die Integration spielerischer Elemente oder sozialer

Interaktionen mit virtuellen Figuren dazu beitragen können, negative Emotionen signifikant zu reduzieren (Wen et al. 2024).

In einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit qualitativer Studien wurde ebenfalls die Anwendung von VR in der Versorgung von Menschen mit Demenz der stationären Langzeitpflege, Einrichtungen der Tagespflege, aus dem Krankenhaus oder Hospiz untersucht. Dabei wurden gezielt die Erfahrungen und Wahrnehmungen sowohl formelle als auch informelle Pflegepersonen in Bezug auf VR-Interventionen analysiert

In den eingeschlossenen Studien wurden unterschiedliche VR-Systeme eingesetzt. Am häufigsten wurden vollständig eintauchende VR-Systeme, sogenannte immersive Systeme, verwendet. Dabei kamen unter anderem VR-Brillen wie „Head-Mounted Displays“ und „Google Cardboard“ zum Einsatz. Ebenfalls zum Einsatz kamen teil-immersive Systeme. Diese nutzten z. B. Projektoren oder Bewegungssteuerungen wie Microsoft Kinect. Einige Studien untersuchten einfache, nicht-immersive VR-Systeme. Hier wurden virtuelle Umgebungen auf einem normalen Bildschirm (z. B. Fernseher oder PC) dargestellt. Die Teilnehmenden konnten über ein Touchpad oder andere Steuergeräte mit der virtuellen Welt interagieren.

Die Analyse der Ergebnisse zeigt, dass die Einführung von VR bei Menschen mit Demenz sowohl Chancen als auch Herausforderungen mit sich bringt, insbesondere im Hinblick auf die Bedenken und Ängste der Menschen mit Demenz sowie ihrer formellen und informellen Pflegepersonen. So äußerten formelle Pflegepersonen und Familienangehörige Sorgen hinsichtlich des Demenzstadiums, der physischen Funktionsfähigkeit und der möglichen negativen Auswirkungen auf das emotionale Wohlbefinden. Insbesondere wurden Befürchtungen über Desorientierung, Verwirrung und die Gefahr von Stürzen während der Nutzung geäußert (hohe Qualität der Evidenz). Gleichzeitig zeigten sich einige Chancen in der Nutzung von VR. So vermittelte VR den Teilnehmenden ein Gefühl der Präsenz und Immersion in der virtuellen Umgebung. Die Menschen mit Demenz berichteten von einer realistischen Wahrnehmung der virtuellen Welt (moderate Qualität der Evidenz). Diese Erfahrung führte jedoch in einigen Fällen zu einer Verwirrung zwischen der virtuellen und der physischen Welt. Einige Teilnehmenden suchten nach der VR-Nutzung Objekte aus der virtuellen Welt in der realen Umgebung, was darauf hindeutet, dass die Grenzen zwischen beiden Welten für sie verschwammen. Weiter bot VR den Menschen mit Demenz die Möglichkeit, Verbindungen zu ihrer Vergangenheit und ihrer Umgebung herzustellen. Die virtuelle Welt ermöglichte es ihnen, Orte zu besuchen, die aufgrund kognitiver oder körperlicher Einschränkungen nicht mehr erreichbar waren. Dabei wurden Erinnerungen aktiviert und soziale Interaktionen angeregt, in denen Menschen mit Demenz gemeinsam mit Pflegefachpersonen oder Angehörigen über ihre Vergangenheit sprachen und ihre Lebensgeschichte teilten (moderate Qualität der Evidenz). In der virtuellen Umgebung konnten die Teilnehmenden auf unterschiedliche Weise interagieren. Einige gaben an, autonom zu handeln, indem sie selbstständig ihre bevorzugten Umgebungen auswählten und mit der virtuellen Welt interagierten. Diese Art der Selbstbestimmung und Kontrolle förderte ein Gefühl der Empowerment und Selbstwirksamkeit. Allerdings gab es auch Schwierigkeiten bei der Handhabung der Steuergeräte. Diese Herausforderungen führten zu einer eingeschränkten Kontrolle und einem verringerten Gefühl der Autonomie (moderate Qualität der Evidenz).

Die körperlichen, kognitiven und emotionalen Reaktionen auf VR waren überwiegend positiv. Die Menschen mit Demenz erlebten Freude, Staunen und Begeisterung. In vielen Fällen berichteten die Pflegepersonen von einer Verbesserung der Stimmung, der Motivation und des allgemeinen Wohlbefindens der Teilnehmenden nach der VR-Nutzung. Diese positiven Effekte spiegelten sich auch in der sozialen Interaktion wider, da VR den Menschen mit Demenz die

Möglichkeit gab, über ihre Erfahrungen zu sprechen und sich mit anderen auszutauschen (moderate Qualität der Evidenz). Es gab jedoch auch negative Reaktionen wie Übelkeit, Schwindel und Desorientierung, insbesondere bei intensiveren immersiven Erlebnissen oder längeren Nutzungssitzungen. Diese Effekte betonen die Notwendigkeit, die Dauer und Intensität der VR-Nutzung an die individuellen Bedürfnisse der Menschen mit Demenz anzupassen (moderate Qualität der Evidenz).

Im Zusammenhang mit den Ergebnissen zum Einfluss der VR auf die Menschen mit Demenz werden in den Studien einige Empfehlungen zur Anwendung formuliert. So sind eine entsprechende Schulung und Einführung für Menschen mit Demenz sowie deren Angehörige essenziell, um die Eignung für den Einsatz von VR zu beurteilen, Sicherheit zu gewährleisten und ein besseres Verständnis der potenziellen Vorteile dieser Technologie zu vermitteln. Auch eine kontinuierliche Präsenz von Pflegefachpersonen oder Familienangehörigen während der VR-Erfahrung spielt eine zentrale Rolle, da sie den Mensch mit Demenz sowohl ermutigen und motivieren sowie eine zusätzliche Sicherheitsebene schaffen. Zudem ist es erforderlich, dass die Unterstützung und Begleitung während des VR-Einsatzes an die spezifischen Bedürfnisse dieser Zielgruppe angepasst werden. Ebenso kann die virtuelle Umgebung selbst so gestaltet werden, dass sie den individuellen Bedürfnissen und Vorlieben der Nutzer*innen gerecht wird, um ein maximales Maß an Benutzerfreundlichkeit und Wirksamkeit zu gewährleisten (Flynn et al. 2022).

In einem Cochrane Review wurde spezifisch der Effekt der Intervention „Exergaming“ bei Menschen mit Demenz der ambulanten Pflege, stationären Langzeitpflege und Einrichtungen der Tagespflege untersucht (Voinescu et al. 2024). „Exergaming“ beschreibt eine interaktive Trainingsform, bei der körperliche Bewegung mit kognitiven Anforderungen in einer virtuellen, spielbasierten Umgebung kombiniert wird. Unter Nutzung moderner Technologien werden computergenerierte Umgebungen geschaffen, in denen Nutzer*innen durch körperliche Aktivität Aufgaben ausführen, die häufig mit kognitiven Anforderungen verknüpft sind. Die virtuelle Umgebung kann entweder spielerisch oder alltagsnah gestaltet sein, um Motivation und Immersion zu fördern (Van Santen et al. 2018).

In den untersuchten Studien wurden individuell entwickelte „Exergaming“-Interventionen mit einer Kombination aus körperlichen Aktivitäten und kognitiven Training im Vergleich zur Standardbehandlung als auch zu alternativen Behandlungen untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass „Exergaming“ positive Effekte auf die globale kognitive Leistungsfähigkeit am Ende der Behandlung haben könnte. Allerdings ist die Qualität der Evidenz hierfür sehr niedrig. Hinsichtlich der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Aktivitäten des täglichen Lebens zeigen sich keine eindeutigen Vorteile, wobei auch hier die Qualität der Evidenz sehr niedrig ist. Aussagen zu möglichen unerwünschten Wirkungen sind aufgrund der geringen Teilnehmendenzahl und fehlender berichteter Ereignisse ebenfalls sehr unsicher (Voinescu et al. 2024).

Virtuelle Besuche

Im Rahmen eines weiteren Cochrane Review wurde die „Simulated Presence Therapy“ bei Menschen mit Demenz untersucht. Die „Simulated Presence Therapy“ ist eine Intervention, bei der Video- oder Audioaufnahmen von Familienmitgliedern für den Menschen mit Demenz abgespielt werden. Die untersuchten Interventionen bestanden aus personalisierten Audio- oder Videoaufnahmen von Angehörigen. Die personalisierte Audio-„Simulated Presence Therapy“ (SimPres) umfasst ein einseitiges Telefongespräch auf Audioband, das von einem Familienmitglied oder einer bevollmächtigten Person aufgenommen wurde. Dieses enthält

besondere Erinnerungen sowie positive emotionale Botschaften. Zur Vorbereitung erhielten die Familien Erinnerungshilfen, Gesprächsleitfäden sowie ein Trainingsaudiotape und wurden vor der Aufnahme entsprechend gecoacht. Die Wiedergabe erfolgte über Kopfhörer und einen Auto-Reverse-Kassettenrekorder. Eine weitere Intervention war die videobasierte Variante der „Simulated Presence Therapy“, bei der die Angehörigen für die Teilnehmenden ein Videoband erstellten. Die Familien erhielten hierzu allgemeine Richtlinien, konnten jedoch Inhalt und Kommunikationsstil frei gestalten. Die dritte Intervention war die „Simulated Family Presence“-Intervention. Die Intervention beinhaltet eine professionell bearbeitete Tonaufnahme eines halbstrukturierten Interviews, das von geschulten Psycholog*innen mit einem Familienmitglied geführt wurde. Der Fokus lag auf dem früheren Leben der Teilnehmenden. Das Skript war so gestaltet, dass es einem Telefonat über besondere Erinnerungen, geliebte Familienmitglieder und bedeutende familiäre Episoden ähnelte.

Die Ergebnisse zur Wirksamkeit von simulierter Anwesenheitstherapie auf Verhaltenssymptome waren insgesamt uneinheitlich, sodass die Qualität der Evidenz als sehr niedrig bewertet wurde. Relevante Aspekte wie Lebensqualität oder Belastung der Pflegepersonen wurden nicht untersucht (Abraha et al. 2017).

In einer quasi-experimentellen Studie (O'Rourke et al. 2023) sowie einer qualitativen Studie (Barsan et al. 2024) wurde das unterstützende visuelle Besucherprogramm „Connecting Today“ für Menschen mit leichter bis schwerer Demenz in der stationären Langzeitpflege untersucht. Ziel des Programms ist es, regelmäßige und positive soziale Kontakte mittels Videoanrufen (z. B. über Zoom) zwischen den Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu ermöglichen. Zentraler Bestandteil des Programms ist eine geschulte Fachkraft (Facilitator*in) vor Ort, die Gespräche organisiert, technische Unterstützung leistet und die aktive Einbindung der Bewohner*innen in die Interaktionen fördert. Die Besuche werden individuell an die Bedürfnisse angepasst (z. B. hinsichtlich Gesprächsdauer, Inhalten und technischer Ausstattung) und durch begleitende Informationsmaterialien sowie persönliche Unterstützung ergänzt. Somit soll die soziale Teilhabe gestärkt und die Lebensqualität der Menschen mit Demenz verbessert werden.

Die Ergebnisse der quasi-experimentellen Studie zur Akzeptanz des Besucherprogramms zeigten, dass die Intervention sowohl von Menschen mit Demenz als auch von deren Angehörigen insgesamt sehr gut angenommen wurde. Die Bewohner*innen nahmen regelmäßig an den Gesprächen teil und zeigten überwiegend positive Emotionen wie Wachheit und Freude, während negative Affekte wie Angst, Traurigkeit oder Ärger nur selten und in geringem Ausmaß beobachtet wurden. Die Angehörigen bewerteten das Programm mehrheitlich als sinnvoll, wirksam und praktikabel. Sie berichteten, sich durch das Angebot unterstützt zu fühlen, die Gespräche als machbar und hilfreich zu erleben und den Ablauf als logisch und strukturiert wahrzunehmen (O'Rourke et al. 2023).

Auch die qualitative Studie bestätigte, dass das Programm „Connecting Today“ virtuelle Besuche sowohl für Menschen mit Demenz als auch für deren Besucher*innen in vielfältiger Weise positiv beeinflussen kann. Die Besuche wirkten sich förderlich auf Stimmung, Kommunikation und Beziehungen aus. Die Angehörigen profitierten insbesondere durch eine verbesserte Verbindung zu dem Menschen mit Demenz und der Reduktion von Isolation. Darüber hinaus ermöglichten die visuellen Besuche eine bessere Einschätzung und Berücksichtigung der Pflegebedürfnisse der Menschen mit Demenz. Für die Durchführung bedeutsamer und gelungener Besuche ist ein/e engagierte/r Facilitator*in essenziell, die/der technische Unterstützung bietet, Gespräche moderiert und Aktivitäten anleitet. Zudem sind eine geeignete technische Ausstattung sowie ein ruhiger, privater Raum notwendig, um Ablenkungen zu minimieren. Auch

flexible Terminvereinbarungen, die sich an den individuellen Tagesrhythmus der Menschen mit Demenz anpassen sowie eine individuelle Gestaltung der Besuche fördern den Erfolg und das Wohlbefinden. Insgesamt kann das Programm einen wichtigen Beitrag zur Verringerung von Einsamkeit und zur Verbesserung der Lebensqualität des Menschen mit Demenz sowie der Angehörigen leisten (Barsan et al. 2024).

3.3.4.14. Tiere

In einer systematischen Übersichtsarbeit von Hu et al. (2018) wurde der Effekt von tiergestützten Interventionen bei Menschen mit leichter, mittelschwerer oder schwerer Demenz, Alzheimer oder vaskulärer Demenz der stationären Langzeitpflege oder der Tagespflege untersucht. Es wurden überwiegend Hunde als unterstützende Intervention eingesetzt. Weitere Interventionen waren eine Kombination aus Validationstherapie, Massage, Singen und Reminiszenztherapie und dem Einsatz von Hunden und/oder Katzen.

Die Ergebnisse zeigen, dass tiergestützte Interventionen insgesamt einen positiven Einfluss auf psychische Symptome bei Menschen mit Demenz haben können. So konnten in mehreren Studien signifikante Verbesserungen in Bezug auf depressive Symptome sowie Unruhezustände festgestellt werden. Sowohl kurz- als auch langfristig angelegte tiergestützte Interventionen erwiesen sich als wirksam im Hinblick auf die Reduktion psychischer Belastungssymptome. Hinsichtlich der Aktivitäten des täglichen Lebens ergaben sich keine signifikanten Verbesserungen. Auch in Bezug auf die kognitiven Funktionen zeigten sich lediglich vereinzelt positive Effekte. Bezüglich der Lebensqualität konnte kein signifikanter Nutzen durch tiergestützte Interventionen nachgewiesen werden (Hu et al. 2018).

In einer systematischen Übersichtsarbeit von Zafra-Tanaka et al. (2019) wurden spezifisch hundegestützte Therapien bei Menschen mit leichter bis schwerer Demenz der stationären Langzeitpflege, der Tagespflege oder des betreuten Wohnens untersucht. Dabei zeigten sich insgesamt keine positiven Effekte auf die Lebensqualität, die Aktivitäten des täglichen Lebens, Unruhen, der kognitiven Beeinträchtigungen und des Rückzugsverhaltens. Es konnte lediglich ein signifikanter Einfluss der hundegestützten Therapien auf die Apathie und Depression festgestellt werden. Insgesamt wird die Qualität der Evidenz für alle Outcomes als sehr niedrig eingestuft.

Im Rahmen einer weiteren quasi-experimentellen Studie wurde eine hundegestützte Intervention bei Menschen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz der stationären Langzeitpflege untersucht. Die Intervention „Tierische Tandems“ basiert auf dem Therapieprogramm „Pet Encounters“ und wurde von geschulten Hundebesitzer*innen, die sowohl über Kenntnisse der Menschen mit Demenz als auch der beteiligten Hunde verfügten, in Gruppensitzungen durchgeführt. Ziel der Intervention war es, das emotionale Wohlbefinden der Teilnehmenden zu stärken, indem z. B. durch das Streicheln und Bürsten des Hundes Nähe und körperlicher Kontakt gefördert wurden. Zudem sollte die kognitive Stimulation angeregt werden, etwa durch Erinnerungsübungen oder das Erteilen von Gehorsamsbefehlen an den Hund. Soziale Kontakte sollten durch gemeinsame Übungen mit dem Hund initiiert und die motorische Funktion durch Aktivitäten wie Apportierübungen und Spaziergänge mit dem Hund an der Leine verbessert werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass durch die tiergestützte Intervention soziale Kontakte gefördert werden können. Die Menschen mit Demenz, die an der tiergestützten Intervention teilgenommen haben, interagierten – sowohl durch nonverbale als auch verbale Interaktionen – häufiger als in der Kontrollintervention ohne Hund. Die meisten Interaktionen und Kontakte fanden direkt zwischen dem Menschen mit Demenz und dem Hund statt. Die Teilnehmenden folgten dem Hund häufig mit den Augen, bewegten sich auf das Tier zu und sprachen mit ihm oder streichelten es (Wesenberg et al. 2019).

In zwei weiteren qualitativen Einzelstudien wurde die Wirkung von Therapiehunden bei Menschen mit Demenz untersucht. Die Hunde wurden spezifisch dafür ausgebildet und sollen mit den Menschen mit Demenz interagieren (Ritchie et al. 2021, Swall et al. 2017).

Im Rahmen der qualitativen Studie von Ritchie et al. (2021) lebten die Hunde bei den Menschen mit Demenz und deren Angehörigen zu Hause. Im Rahmen der Analyse des „Dementia Dog Projects“ wurden drei Wirkmechanismen identifiziert, die erklären, wie die Assistenzhunde das Leben der Menschen mit Demenz und deren Angehörigen beeinflussten. So ist vor allem die Bindung zwischen Mensch und Hund zentral für das Konzept tiergestützter Interventionen. Die Bindung basiert auf Vertrauen und Gegenseitigkeit und beeinflusst das Wohlbefinden beider Seiten positiv. Es entwickelte sich eine individuelle Beziehung zwischen den Paaren und ihren Hunden – der Mensch mit Demenz wurde vom Hund unterstützt, während die Partnerin oder der Partner die Hauptverantwortung für die Hundepflege übernahm. Auch in Fällen fortschreitender Demenz war die emotionale Unterstützung durch den Hund weiterhin gegeben, selbst wenn die praktische Interaktion abnahm. Ein weiterer Einflussfaktor ist die Beziehungsdynamik. Der Hund veränderte die Dynamik innerhalb der Paare. Es wurde beschrieben, dass der Hund die Beziehung stärkte und als neutraler Vermittler bei sensiblen Gesprächen half. Dabei blieb die Beziehung flexibel und konnte sich an veränderte Lebensumstände (z. B. Pflegeheim, Krankheitsverlauf) anpassen. Der dritte Faktor war die Verantwortung für die Pflege des Hundes, die eine zunehmende Motivation für Aktivitäten, Routinen und sozialer Teilhabe bewirkte. Besonders für Menschen mit Demenz stellte die Übernahme der Verantwortung für den Hund einen entscheidenden Motivator dar, der zur Etablierung von Alltagsstrukturen beitrug und soziale Isolation reduzierte (Ritchie et al. 2021).

In der qualitativen Studie von Swall et al. (2017) lebten die Hunde nicht bei den Menschen mit Alzheimer-Demenz und deren Angehörigen zu Hause, sondern der Hund und die/der Hundeführer*in besuchten die Menschen mit Alzheimer in den Pflegeheimen. Dabei wurde den Menschen mit Alzheimer explizit der Besuch eines Therapiehundes verschrieben, beispielsweise zur Verringerung von Angst oder zur Verbesserung des Wohlbefindens. Die Hundeführer*in hatten zudem eine Ausbildung im Gesundheitswesen (Pflegefachfrau/-mann, Pflegeassistent*in oder Ergotherapeut*in). Die tiergestützte Intervention bewirkt bei Menschen mit Alzheimer positive emotionale Effekte und ermöglicht ihnen, zeitweise eigene Fähigkeiten und Ressourcen wiederzuerlangen. Die Nähe zum Hund schafft Momente von Freude, Zuneigung und Wertschätzung, wodurch die Teilnehmenden Verantwortung übernehmen und sich gebraucht fühlen. Die Fürsorge für den Hund kann Erinnerungen aktivieren und fördert eine vorübergehende Klarheit sowie einen Rückgang der Krankheitssymptome. Gleichzeitig bewahren die Menschen mit Alzheimer durch ein ausgewogenes Verhältnis von Nähe und Distanz ihre Autonomie und Integrität. Insgesamt unterstützt die Interaktion mit dem Therapiebegleithund das emotionale Wohlbefinden, stärkt die Identität und fördert das Gefühl von Verbundenheit, was die Lebensqualität der Menschen mit Alzheimer verbessern kann.

3.3.5. Information, Schulung und Beratung

Die Unterscheidung zwischen Informations-, Schulungs- und Beratungsangeboten ist sowohl in der Forschung als auch in der Versorgungspraxis nicht eindeutig. Folglich wird einleitend eine definitorische Differenzierung der einzelnen Begriffe vorgenommen, bevor die durch die Literaturrecherche identifizierten Angebotsformen sowie deren Wirksamkeit dargestellt werden.

Auch wenn Informations-, Schulungs- und Beratungsangebote allesamt auf kommunikativen Prozessen und intersubjektiver Verständigung beruhen, unterscheiden sie sich deutlich in ihren jeweiligen Interventionslogiken (Schaeffer & Dewe 2006). Im Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege des Zentrums für Qualität in der Pflege (Büscher, Oetting-Roß & Sulmann 2016) wird zwischen Information und Auskunft, Aufklärung, Schulung, Anleitung und Edukation, Beratung und Case Management unterschieden. Unter Information und Auskunft werden Angebote verstanden, durch die Informationen – z. B. im direkten Kontakt, aber auch durch schriftliche Informationsmaterialien – zur Verfügung gestellt werden, um bei der/dem Empfänger*in Lernprozesse zu bewirken. Dies können zum Beispiel Informationen über Leistungen der Pflegeversicherung oder pflegefachliche Aspekte sein. Die Verarbeitung und Aneignung der Informationen liegen dabei bei der/dem Empfänger*in. Aufklärung umfasst zwar ebenfalls die Vermittlung von Informationen mit dem Ziel der Wissensvermittlung, unterscheidet sich jedoch von Information und Auskunft durch ihre zielgruppenspezifische Ausrichtung und die Annahme eines bestehenden Wissensdefizits. So ist mit ihr die Erzeugung eines Problemverständnisses verbunden, das zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung führen soll. Als Schulung, Anleitung und Edukation wird die gezielte Vermittlung von krankheits- und problembezogenem Wissen sowie Fähigkeiten bezeichnet. So sollen Bewältigungs- und Selbstmanagementfähigkeiten erlernt werden, um die individuelle Pflegesituation zu verbessern. Diese Angebote werden überwiegend von Pflegefachpersonen durchgeführt. Im Gegensatz zu diesen ergebnisorientierten Angeboten ist Beratung ergebnisoffen. Durch das Anbieten von Deutungs- und Orientierungsmustern sowie der Entwicklung von Problemlösungsstrategien besteht hier das Ziel in der Befähigung der Ratsuchenden zur Problembewältigung. Im Unterschied zur Beratung, die meist nur auf einen kurzen Zeitraum ausgerichtet ist, zählt das Case Management zu Angeboten von längerer Dauer. Es richtet sich an Personen in komplexen Problemlagen und Versorgungskonstellationen und beinhaltet neben einem Assessment der Situation die Entwicklung und Abstimmung eines Versorgungsplanes (Büscher, Oetting-Roß & Sulmann 2016).

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche konnten einige Studien identifiziert werden, die verschiedene Informations-, Schulungs- und Beratungsangebote im Rahmen der Beziehungsgestaltung von Menschen mit Demenz thematisieren, wobei überwiegend die Angehörigen der Menschen mit Demenz adressiert werden.

In der ersten Literaturstudie zeigte sich bereits, dass in den verschiedenen Studien eine genaue Beschreibung der Interventionskomponenten in den meisten Fällen unklar bleibt, weshalb nicht auszuschließen ist, dass sich darunter auch Maßnahmen befinden, die nicht vollständig den gängigen Definitionen von Informations-, Beratungs- oder Schulungsangeboten entsprechen. Zudem unterscheiden sich die einbezogenen Interventionen deutlich hinsichtlich ihrer Dauer, Komplexität und Intensität. Zudem berichten die Studien über die Effekte der Interventionen zumeist auf Gesamtebene, ohne einen direkten Bezug zu den einzelnen Interventionskomponenten herzustellen.

Kommunikationsschulungen

In einer systematischen Übersichtsarbeit wurden Kommunikationsschulungen für formelle und informelle Pflegepersonen im Umgang mit Menschen mit milder bis sehr schwerer Demenz in der stationären Langzeitpflege und im häuslichen Settings untersucht. Ziel war die Analyse der Wirksamkeit auf die Kommunikationsfähigkeit und den psycho-physiologischen Zustand der Pflegepersonen sowie auf neuropsychiatrische Symptome der Menschen mit Demenz. Die analysierten Studien berichten über eine Vielzahl von Kommunikationsschulungsprogrammen, die darauf abzielen, die alltägliche Interaktion zwischen Pflegepersonen und Menschen mit Demenz zu verbessern. Im Zentrum aller Interventionen stand der gezielte Einsatz verbaler und nonverbaler Kommunikationsfähigkeiten zur Verbesserung kommunikativer Funktionen wie der Förderung des Verstehens und der Aufmerksamkeit, der emotionalen Unterstützung sowie des Ausdrucks von Interesse. Einige Programme beinhalteten zusätzlich Elemente wie das Verhaltensmanagement, die Gestaltung kommunikationsförderlicher Umgebungen, den Einsatz unterstützender Hilfsmittel (z. B. Erinnerungsbücher, visuelle Materialien) sowie theoretisches Wissen über Demenz und deren Auswirkungen auf die Kommunikation. Die analysierten Kommunikationsschulungen wurden ausschließlich in Präsenz und meist von Fachpersonen wie Psycholog*innen oder Sprachtherapeut*innen durchgeführt. In stationären Langzeitpflegeeinrichtungen wurden die Schulungen in Gruppensettings mit Videoeinsatz, Diskussionen und praktischen Übungen durchgeführt, während sie im häuslichen Pflegekontext in Kleingruppen oder als Einzeltrainings stattfanden. Einige Interventionen beinhalteten praxisnahes Training mit Feedback, unterstützt durch Lehrmaterialien wie Broschüren, Poster oder Handbücher.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Schulungsinterventionen zu einer Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten von Pflegepersonen im Umgang mit Menschen mit Demenz führen können. Nach Abschluss der Schulungen berichteten die meisten Studien über positive Veränderungen, etwa in der Verringerung von Kommunikationsproblemen, einer bewussteren Ausdrucksweise, dem Einsatz unterstützender Verhaltensweisen sowie einem erweiterten Wissen über hilfreiche Kommunikationsstrategien. Einige Programme beinhalteten auch Elemente zur Verhaltenssteuerung und führten zu einem reflektierten Umgang mit herausfordernden Situationen. In Einzelfällen blieben jedoch Veränderungen aus oder waren nicht signifikant. Mehrere Studien zeigten, dass die positiven Effekte auf die Kommunikation auch Wochen oder Monate nach der Intervention zum Teil aufrechterhalten werden konnten. Andere Untersuchungen wiesen allerdings darauf hin, dass die Verbesserungen nicht in allen Fällen langfristig stabil blieben. Hinsichtlich neuropsychiatrischer Symptome bei Menschen mit Demenz ergaben sich unmittelbar nach den Interventionen keine signifikanten Effekte. Über längere Zeiträume konnten jedoch positive Entwicklungen beobachtet werden – insbesondere eine Reduktion von depressiven und agitierenden Verhaltensweisen. Einige Studien zeigten allerdings keine oder nur begrenzte Verbesserungen. Weiter zeigten die untersuchten Schulungsinterventionen im längerfristigen Verlauf positive Effekte auf die Reduktion psychischer und physischer Belastungszustände von Pflegepersonen. Die Wirksamkeit variierte jedoch zwischen den Studien, ohne dass klare Ursachen für diese Unterschiede identifiziert werden konnten (Nguyen et al. 2018).

In einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit wurde ebenfalls die Wirksamkeit von Kommunikationsschulungen spezifisch für Familienangehörige von Menschen mit Alzheimer-Demenz, frontotemporaler Demenz, vaskulärer Demenz oder Mischformen der Demenz untersucht. Die untersuchten Programme basierten meist auf wissenschaftlicher Evidenz,

etablierten theoretischen Modellen oder bestehender Programme aus anderen Anwendungsbereichen. Die Programme wurden überwiegend von Fachpersonen wie Logopäd*innen, Sozialarbeiter*innen oder Psycholog*innen durchgeführt. Dabei kamen unterschiedliche Materialien wie Broschüren, Videos oder digitale Anwendungen sowie individuelle Kommunikationshilfen oder biografische Ansätze zum Einsatz. In Bezug auf Aufbau und Durchführung zeigten sich große Unterschiede. Die meisten Programme fanden in Präsenz und im Einzelsetting statt, vereinzelt gab es Gruppenformate oder digitale Anwendungen via App oder Video (Folder et al. 2024).

Insgesamt zeigen die quantitativen Ergebnisse zu Kommunikationsschulungen für Menschen mit Demenz und deren Angehörige überwiegend heterogene Effekte. Besonders im Bereich der Anwendung und des Wissens über kommunikative Strategien durch pflegende Angehörige konnten einige Verbesserungen festgestellt werden. Diese äußerten sich beispielsweise in einer gezielteren Gesprächsführung oder im häufigeren Einsatz spezifischer Kommunikationstechniken. Gleichzeitig blieben in einigen Fällen Veränderungen aus. Auch die kommunikativen Fähigkeiten der Menschen mit Demenz verbesserten sich in einem Teil der Studien, insbesondere in Bezug auf den Anteil sozialer gegenüber nicht-sozialer Kommunikation. In Bezug auf die Gesprächsverläufe wurden häufig eine Reduzierung von Kommunikationsabbrüchen sowie Verbesserungen bei der Auflösung von Missverständnissen berichtet. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Schulungen die Gesprächsdynamik zwischen Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen positiv beeinflussen können. Auch bei herausfordernden Verhaltensweisen wie Agitation ließen sich in einzelnen Fällen positive Entwicklungen feststellen. Allerdings waren diese Effekte nicht durchgängig nachweisbar und zeigten sich stark abhängig von der jeweiligen Intervention. Psychosoziale Outcomes wie familiäre Belastung und Selbstwirksamkeit der pflegenden Angehörigen wiesen ein differenziertes Bild auf. Während in einigen Fällen eine Entlastung und gestärktes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten berichtet wurden, blieb in anderen der gewünschte Effekt aus oder es kam sogar zu einer Zunahme der empfundenen Belastung. Die Ergebnisse zu affektiven Outcomes – etwa Angst, Depression oder allgemeiner Stimmung – sowie zur Lebensqualität der Menschen mit Demenz fielen ebenfalls uneinheitlich aus. In einigen Fällen wurden positive Veränderungen beobachtet, in der Mehrzahl der Fälle konnten jedoch keine signifikanten Effekte festgestellt werden.

Die qualitative Auswertung ergab, dass die Schulungsprogramme sowohl von Menschen mit Demenz als auch von deren Angehörigen insgesamt positiv erlebt wurden. Besonders hilfreich wurden strukturierte Materialien, ein einfühlsamer Umgang, sowie eine Anwendung bereits in frühen Krankheitsstadien bewertet. Auch digitale Formate wie Telemedizin wurden als praktikabel angesehen. Die Beteiligung des Menschen mit Demenz wurde als hilfreich für den Verlauf der Intervention eingeschätzt, wenngleich ergänzende kognitive Unterstützung zur aktiven Teilhabe als notwendig angesehen wurde. Die Angehörigen berichteten von einer verbesserten Gesprächsqualität, einer leichteren Integration von Kommunikationsstrategien in den Alltag und einer gesteigerten positiven Wahrnehmung von Gesprächen. Emotionale Effekte zeigten sich sowohl bei den Menschen mit Demenz als auch bei den Angehörigen. So konnten Stress und Reizbarkeit reduziert werden. Der Einsatz biografischer Methoden (z. B. „Life Story“-Ansätze) konnte einerseits das Gespräch erleichtern, aber auch belastende Emotionen hervorrufen, insbesondere bei der Auseinandersetzung mit schwierigen Erinnerungen oder unterschiedlichen Perspektiven auf die Vergangenheit.

Insgesamt können Kommunikationsschulungen zur Stärkung der Beziehung zwischen Angehörigen und des Menschen mit Demenz beitragen und ein erhöhtes Maß an Verständnis, Empathie und Achtsamkeit im gemeinsamen Umgang fördern. Darüber hinaus können die Schulungsprogramme zu veränderten Einstellungen gegenüber Demenz – insbesondere zu mehr Verständnis, Akzeptanz und einem gestärkten Selbstwertgefühl – führen. Gleichzeitig können

jedoch auch eine erhöhte Wahrnehmung des Krankheitsfortschritts ambivalente Gefühle auslösen und Zukunftsängste verstärken (Folder et al. 2024).

Interaktionsschulungen

Im Rahmen eines partizipativen Forschungsprojektes (ISAD) wurde eine Interaktionsschulung für Angehörige von Menschen mit Demenz mit Alzheimer, frontotemporaler Demenz, Lewy Body Demenz, vaskulärer Demenz oder Mischformen entwickelt und erprobt. Der Schwerpunkt liegt auf der Förderung der eigenweltorientierten Kommunikation, mit dem Ziel, die kommunikativen Kompetenzen der betreuenden Angehörigen zu stärken. Untersucht wurde, inwiefern das Schulungsprogramm das subjektive Belastungserleben der Teilnehmenden beeinflusst.

Es wurde zunächst ein Modell „Eigenweltorientierter Kommunikation“ entwickelt, das als Grundlage für eine Interaktionsschulung für betreuende Angehörige dient. Im Zentrum des Interaktionsmodells steht das Verständnis des Menschen als Interaktionswesen, dessen Kommunikation sich verbal sowie prä-, para- und nonverbal vollzieht und durch emotionale sowie physisch-räumliche Einbettung geprägt ist (Bär, Kruse & Re 2003). Das Modell stützt sich auf drei Konzepte: das Prinzip der „Sorge“ um sich selbst und andere, das „Leibgedächtnis“ als körperlich gespeichertes Erfahrungswissen und grundlegende Regeln des sozialen Austauschs. Für eine gelingende Kommunikation mit Menschen mit Demenz ist eine feinfühlige, körperlich-emotionale Präsenz der Betreuungsperson essenziell, die ihre Mitteilungen kongruent und bedürfnisorientiert gestaltet, um Vertrauen und Orientierung zu fördern. Methodisch stützen sich die Ansätze auf die Idiolektik, welche die individuelle Ausdrucksweise der Menschen mit Demenz nutzt und Kinästhetik, das durch achtsame Bewegungsbegleitung die non-verbale Verständigung unterstützt. Zusammen ermöglichen diese Methoden eine ressourcenorientierte und wirkungsvolle Kommunikation, die die Beziehung zwischen betreuenden Angehörigen und Menschen mit Demenz nachhaltig stärkt (Bär, Kruse & Re 2003, Müller et al. 2024).

Aufbauend auf dem Interaktionsmodell erfolgte die curriculare Entwicklung und Umsetzung einer Multiplikator*innenschulung zur Ausbildung von ISAD-Trainer*innen. Anschließend wurde die Interaktionsschulung von ausgebildeten ISAD-Trainer*innen in deren jeweiligen Praxisfeldern mit betreuenden Angehörigen durchgeführt und erprobt. Zuletzt wurde die Multiplikator*innenausbildung in ein strukturiertes Weiterbildungsformat überführt, das CAS-Eigenweltorientierte Kommunikation Demenz.

Die Wirkungsevaluation der Interaktionsschulung zeigt, dass das subjektive Belastungserleben betreuender Angehöriger nach Abschluss des Kurses signifikant reduziert werden konnte, insbesondere in den Bereichen körperliche und psycho-emotionale Belastung sowie Selbstsorge. Zudem berichteten die Kursteilnehmenden von einer deutlichen Weiterentwicklung ihrer Handlungskompetenz im Interaktionsalltag mit Angehörigen von Menschen mit Demenz. Diese Kompetenzerweiterungen betreffen insbesondere die Bereiche Haltung, demenzbezogenes Verstehen, eigenweltorientierte Kommunikation, Selbstsorge und emotionale Hygiene, körperlich-emotionale Befähigung sowie beziehungsbezogenes Verhalten (Müller et al. 2024).

Demenzstützpunkte

Im Rahmen einer qualitativen Studie wurden die Erwartungen, Erfahrungen und Wünsche von Angehörigen erfasst, die eine Beratung durch einen Demenzstützpunkt in Anspruch genommen hatten. Im Zentrum standen das Erleben der Angehörigen in Bezug auf die Qualität und

Wirksamkeit der Beratungs- und Vermittlungsangebote, ihre Erfahrungen mit den vorhandenen Unterstützungsleistungen sowie der damit verbundenen Kommunikation. Darüber hinaus wurden ihre Anregungen und Wünsche zur Weiterentwicklung des Demenznetzwerks erhoben.

Vor dem ersten Beratungsgespräch äußerten die Angehörigen vielfältige Erwartungen an den Demenzstützpunkt. Sie wünschten sich vor allem Informationen zur Erkrankung, Orientierung in der neuen Lebenssituation sowie einen Überblick über bestehende Unterstützungsangebote. Zudem wurden Hilfe bei bürokratischen Angelegenheiten, praktische Hinweise zum Umgang mit dem Menschen mit Demenz und Informationen zu Selbsthilfegruppen erwartet. Die Kontaktaufnahme zum Demenzstützpunkt erfolgte in der Regel nach einer Demenzdiagnose oder angesichts zunehmender Belastung in der häuslichen Betreuung.

Die Befragten bewerteten das Beratungsangebot des Demenzstützpunkts durchweg positiv. Die Versorgungskoordinator*innen gingen individuell auf die Bedürfnisse der Angehörigen ein, nahmen sich Zeit für persönliche Anliegen und vermittelten individuelle Unterstützungsangebote wie Tagespflege, therapeutische Maßnahmen, Facharzt*innenkontakte, Haushaltshilfen oder ehrenamtliche Begleitung. Die Beratung wurde als entlastend und emotional stärkend erlebt. Sie vermittelte nicht nur praktische Hilfen, sondern auch ein Gefühl von Sicherheit, Selbstwirksamkeit und Verständnis. Zudem unterstützte sie bei der Krankheitsverarbeitung, der Organisation der häuslichen Pflege sowie bei finanziellen Fragestellungen. Die Erreichbarkeit der Koordinator*innen wurde ebenfalls überwiegend als positiv beschrieben, insbesondere, wenn eine direkte Kontaktmöglichkeit über Mobilfunk bereitgestellt wurde. Einige Angehörige wünschten sich jedoch zusätzliche Notfallkontakte. Hinsichtlich der weiteren Begleitung nach dem Erstgespräch variierte das Vorgehen: teils wurden Folgetermine vereinbart, teils lag die Initiative bei den Angehörigen. Der empathische, kompetente und zugewandte Umgang der Versorgungskoordinator*innen wurde geschätzt. Ihre Rolle wurde auch als vermittelnd in familiären Konflikten wahrgenommen, was den positiven Gesamteindruck im Verlauf der Beratung weiter stärkte. Die Inanspruchnahme von Tagespflege führte bei den Angehörigen zu einer spürbaren Entlastung und eröffnete neue Freiräume, insbesondere zur Pflege eigener sozialer Kontakte. Einige gaben an, keine zusätzliche Unterstützung zur sozialen Teilhabe zu benötigen. Die Beratungsgespräche fanden in verschiedenen Konstellationen statt – allein, gemeinsam mit dem Mensch mit Demenz oder mit weiteren Familienangehörigen – und wurden in jeder Form als angemessen und unterstützend wahrgenommen.

Die Angehörigen sprachen sich überwiegend klar für eine Weiterempfehlung des Demenzstützpunktes aus. Zugleich wurden verschiedene Anregungen zur Weiterentwicklung formuliert. Insbesondere wurde der Wunsch nach einer höheren öffentlichen Sichtbarkeit geäußert, um einen frühzeitigen Zugang zum Beratungsangebot zu ermöglichen – idealerweise unmittelbar nach der Diagnosestellung. Die Möglichkeit zur eigenständigen Kontaktaufnahme, unabhängig von ärztlichen Empfehlungen, wurde ebenfalls als wichtig hervorgehoben. Einzelne Angehörige nahmen eine personelle Überlastung wahr und sprachen sich für eine personelle Aufstockung aus. Hinsichtlich der Beratungssettings bestand der Wunsch nach flexiblen Angeboten. Während manche Angehörige Sprechstunden in öffentlichen Räumen bevorzugten, wünschten sich andere Beratung im häuslichen Umfeld, da sie ihre erkrankten Angehörigen nicht allein lassen konnten.

Zusätzliche Angebote wie die „Vergissmeinnicht“-Boxen mit Erstinformationen wurden als hilfreich bewertet. Positiv aufgenommen wurde zudem die Möglichkeit, gesetzlich vorgeschriebene Pflegeberatungen direkt über die Versorgungskoordinator*innen abzuwickeln, wodurch eine zentrale, vertraute Betreuung gewährleistet wurde. Weitere Angebote wie Workshops und Angehörigentreffen waren einigen Befragten nicht bekannt, hier wurde eine bessere

Bewerbung gewünscht. Teilnehmende wünschten sich regelmäßige Veranstaltungen zur Weiterbildung und zum Austausch, sahen die Teilnahme aber an eine gesicherte Betreuung ihrer Angehörigen während der Veranstaltungszeiten geknüpft (Fasse et al. 2025).

Psychoedukative Programme

Im Rahmen der ersten Literaturstudie zeigten bereits die Ergebnisse der systematische Übersichtsarbeit nach Pinquart und Sörensen (2006), dass psychoedukative Interventionen positive Effekte erzielen können, sofern die pflegenden Angehörige aktiv einbezogen werden. Sie tragen nicht nur zur Erweiterung des Wissens bei, sondern können auch die Belastung und depressive Symptome der Angehörigen verringern, ihr subjektives Wohlbefinden verbessern und in geringem Maße sogar die Symptome der Menschen mit Demenz beeinflussen. Diese Effekte waren zwar insgesamt eher gering, aus Sicht der Autor*innen jedoch dennoch bedeutsam, da sie zur Verbesserung der Versorgungssituation beitragen können.

In einer aktuelleren systematischen Übersichtsarbeit wurde untersucht, welche psychoedukativen Unterstützungsprogramme für Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen verfügbar sind und inwieweit dyadische psychoedukative Interventionen die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinflussen. Die analysierten Programme unterschieden sich deutlich in Struktur und Inhalte. Häufig kombinierten die Programme verschiedene Ansätze wie Informationsvermittlung, körperliches und kognitives Training, Psychoedukation, Beratung sowie verhaltensorientierte Strategien. Die Durchführung erfolgte überwiegend persönlich durch Pflegefachpersonen, teils ergänzt durch telefonische Betreuung. Einige Interventionen wurden vollständig oder teilweise im häuslichen Umfeld umgesetzt.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse zur Wirksamkeit dyadischer psychoedukativer Programme für Menschen mit Demenz ein heterogenes Bild. Während einige wenige Studien signifikante Verbesserungen in Bereichen wie Lebensqualität, kognitiver Leistungsfähigkeit oder psychischer Gesundheit nachweisen konnten, blieben viele Interventionen ohne nachweisbaren Effekt. Insbesondere langfristige Wirkungen waren häufig begrenzt. Positive Effekte traten vor allem dann auf, wenn die Maßnahmen individualisiert, im häuslichen Umfeld durchgeführt und durch telefonische Nachbetreuung ergänzt wurden. Dennoch bleibt unklar, welche spezifischen Programmkomponenten maßgeblich zu den beobachteten Verbesserungen beigetragen haben. In den Bereichen physischer Gesundheit und Verhaltenssymptomen wurden lediglich vereinzelt positive Effekte erzielt. Auch die Wirkung auf Kommunikation und soziale Beziehungen der Menschen mit Demenz wurde in den Studien uneinheitlich bewertet. Für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz ergab sich ebenfalls ein differenziertes Bild hinsichtlich der Wirksamkeit psychoedukativer Programme. Einige Interventionen führten zu einer deutlichen Reduktion von Stress und emotionaler Belastung. Die Effekte auf Lebensqualität, körperliche Gesundheit und Pflegekompetenz blieben jedoch zumeist aus oder waren nur gering ausgeprägt.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass psychoedukative Maßnahmen insbesondere dann wirksam sind, wenn sie person-zentriert, bedarfsorientiert und durch zusätzliche Unterstützungsangebote – etwa Nachbetreuung oder Coaching – ergänzt werden (Ghosh et al. 2022).

Technologiebasierte Programme

Technologiebasierte Informations-, Beratungs- und Schulungsprogramme für Menschen mit Demenz umfassen überwiegend psychoedukative Programme.

So wurden in einer systematischen Übersichtsarbeit die Merkmale und die Wirksamkeit von internetbasierten psychoedukativen Programmen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz untersucht. Während einige Programme ausschließlich der Informationsvermittlung dienten, integrierte die Mehrzahl auch psychologische und verhaltensorientierte Trainingsinhalte. Alle Programme ermöglichten selbstgesteuertes Lernen und nutzten mindestens grundlegende Funktionen wie Textinformationen und E-Mail. Komplexere Programme ergänzten diese durch Videos, virtuelle Realität oder Chatgruppen. Mehrere Programme boten interaktive Lernmöglichkeiten, Feedback-Funktionen oder Aufgaben zur Reflexion. Die Kommunikation mit Fachpersonal war in zahlreichen Programmen über verschiedene Kanäle möglich – etwa per App, E-Mail, Telefon oder Chat. Peer Support wurde in vielen Fällen durch Diskussionsforen, E-Mail, soziale Netzwerke oder Chatgruppen unterstützt. Trotz der weiten Verbreitung sozialer Medien griffen jedoch nur wenige Programme auf Plattformen wie Facebook oder LinkedIn zurück.

Die Ergebnisse der Metaanalyse zeigen, dass internetbasierte psychoedukative Programme für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz differenzierte Effekte aufweisen. Während sich keine signifikanten Verbesserungen in Bezug auf Lebensqualität (moderate Qualität der Evidenz), Selbstwirksamkeit (moderate Qualität der Evidenz), Angstsymptome (moderate Qualität der Evidenz) oder subjektive Belastung (hohe Qualität der Evidenz) nachweisen ließen, zeigten sich positive Effekte insbesondere in den zwei Bereichen depressive Symptome und Stresserleben (hohe Qualität der Evidenz). Besonders wirksam waren Programme, die eine aktive fachliche Begleitung – etwa durch Feedback, Beratung oder moderierte Kommunikation – beinhalteten. Diese interaktiven Elemente scheinen eine zentrale Rolle für den Erfolg der Interventionen zu spielen. Dagegen blieben Programme ohne direkte Unterstützung durch Fachpersonen in ihrer Wirkung auf depressive Symptome weitgehend ineffektiv. Die Reduktion von Stresserleben deutet darauf hin, dass die Programme hilfreiche Strategien zur Stressbewältigung vermitteln konnten.

Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass internetbasierte psychoedukative Programme insbesondere dann einen Mehrwert für pflegende Angehörige bieten, wenn sie interaktive Komponenten und persönliche Unterstützung beinhalten (Yu, Xiao, Ullah, Meyer, Wang, Pot & He 2023)

In einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit qualitativer Studien wurden die Erfahrungen von informellen Pflegepersonen von Menschen mit Demenz mit webbasierten psychoedukativen Programmen untersucht. Die untersuchten Programme waren unterschiedlich gestaltet und enthielten klare Bildungsinhalte. Ein Teil der Programme integrierte Peer-Support-Funktionen, die überwiegend über Kommunikationsformen wie Diskussionsforen oder Blogs realisiert wurden, während in einem anderen Programm Methoden wie Videokonferenzen zum Einsatz kamen. Darüber hinaus wurde ein Programm in Form einer App beschrieben, allerdings mit begrenzten Angaben zu psychoedukativen Inhalten.

Die Analyse der Ergebnisse zeigt, dass webbasierte psychoedukative Programme pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz in vielerlei Hinsicht unterstützen können. Die Programme stärkten nicht nur das Wissen über Demenz, sondern förderten auch das Gefühl von Sicherheit und Selbstwirksamkeit im Pflegealltag. Viele Teilnehmende empfanden es als hilfreich, durch die Programme mehr über Demenz zu lernen und Strategien für den Umgang mit schwierigen Situationen zu erhalten. Besonders wirkungsvoll waren reale Geschichten von Menschen mit Demenz und Angehörigen, die zum Nachdenken anregten und das Gefühl vermittelten, mit der Situation nicht allein zu sein. Ein weiterer wichtiger Aspekt war der Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen. In vielen Programmen war dies über Foren oder

Chatgruppen möglich. Diese Angebote wurden meist positiv bewertet, da sie emotionale Unterstützung boten und praktische Tipps ermöglichten. Allerdings zeigte sich auch, dass der Austausch nicht immer gut funktionierte, vor allem, wenn die Gruppen schlecht moderiert oder unstrukturiert waren. Die Teilnehmenden betrachteten die Programminhalte überwiegend als hilfreich, insbesondere dann, wenn diese gut verständlich waren und ihre persönliche Situation berücksichtigten. Kritisiert wurden an den Programmen zu allgemeine oder unvollständig behandelte Inhalte, technische Mängel wie schlechte Tonqualität sowie eine fehlende kulturelle Vielfalt. Auch die Gestaltung und Bedienbarkeit spielten eine zentrale Rolle. Positiv hervorgehoben wurden eine gut lesbare Schrift und übersichtliche Seiten, während eine komplizierte Handhabung und zu viel Text als hinderlich empfunden wurden. Einige Angehörige gaben zudem an, den persönlichen Kontakt in einer Gruppe zu bevorzugen und sich mit dem Lernen am Bildschirm allein nicht wohlfühlten (Yu, Xiao, Ullah, Meyer, Wang & Shifaza 2023).

Neben den technologiebasierten psychoedukativen Programmen wurde in einem Cochrane Review die Wirksamkeit von „remote“ („aus der Ferne“) Programmen zu Informationen, Schulungen und Unterstützung für informelle Pflegepersonen von Menschen mit Demenz untersucht. Remote Interventionen umfassen die Bereitstellung von Interventionen aus der Ferne über schriftliche Materialien, das Telefon oder das Internet. Ein Großteil der untersuchten Interventionen umfassten Informationsvermittlung, meist kombiniert mit Schulung oder Unterstützung. Basierend auf den jeweiligen Inhalten wurden die Interventionen in drei Gruppen eingeteilt: Schulung, Unterstützung oder eine Kombination aus beidem – jeweils mit oder ohne Information. Die Mehrheit der Interventionen wurde telefonisch oder über das Internet durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigen, dass „remote“ Interventionen, die Schulung, Unterstützung oder beides umfassen, im Vergleich zur reinen Informationsvermittlung wahrscheinlich einen geringen positiven Effekt auf depressive Symptome und einen möglichen moderaten Effekt auf Pflegebelastung haben. Im Vergleich zu Standardversorgung zeigten sich jedoch keine statistisch signifikanten Effekte auf die Pflegebelastung, depressive Symptome oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die Abbruchrate war unter den Teilnehmenden erhöht, was laut den Autor*innen potenzielle Einschränkungen hinsichtlich der Akzeptanz und Anwendbarkeit dieser Interventionen im Versorgungsalltag nahelegt. Zudem wird die Effektivität fernbasierter Interventionen vermutlich wesentlich vom jeweiligen Versorgungskontext und der Verfügbarkeit alternativer Unterstützungsangebote beeinflusst.

Insgesamt wird die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz überwiegend als moderat bis niedrig bewertet (González-Fraile et al. 2021).

3.3.6. Umwelt, Umgebung und Milieugestaltung

In dem folgenden Kapitel werden ausgewählte demenzspezifische Studien vorgestellt, die sich mit der Interaktion zwischen Person und Umwelt sowie der Gestaltung unterschiedlicher Lebensräume von Menschen mit Demenz auseinandersetzen. Während einige Studien eher allgemeine Erkenntnisse zur Umwelt- und Umgebungsgestaltung von Menschen mit Demenz liefern, fokussieren andere spezifisch die soziale Interaktion und die Person-zentrierung im Kontext der physischen und sozialen Umwelt. Zudem werden umgebungs- und aktivitätsbezogene Einflüsse auf das Erleben und Verhalten von Menschen mit Demenz untersucht.

In einer systematischen Übersichtsarbeit qualitativer Studien wurden die Umgebung bzw. die Lebensräume von Menschen mit milder bis sehr schwerer Demenz in der stationären Langzeitpflege sowie in der ambulanten Pflege untersucht. Dabei zeigte sich in den Ergebnissen, dass das Leben in der eigenen Wohnung und in der Langzeitpflege jeweils unterschiedliche Rahmenbedingungen bietet, die spezifische Herausforderungen für das Erleben der Menschen mit Demenz mit sich bringen. Insgesamt konnten vier zentrale Kategorien identifiziert werden, die unterschiedliche Erfahrungen beschreiben: Zugehörigkeit, Sinnhaftigkeit, Sicherheit und Geborgenheit sowie Autonomie (Førsund et al. 2018). Dabei überschneiden sich die Inhalte zum Teil in der unterschiedlichen Kategorien.

Zugehörigkeit ist im ambulanten Bereich von großer Bedeutung, da das häusliche Umfeld für Menschen mit Demenz einen wesentlichen Ort der Sicherheit, Identitätsbewahrung und sozialen Zugehörigkeit bildet. Dabei wird zwischen dem emotionalen „sich zuhause fühlen“ und dem realen „zuhause sein“ unterschieden, wobei beides das Gefühl von Geborgenheit und Verbindung stärkt. Soziale Interaktionen und gemeinsame Aktivitäten im häuslichen Umfeld werden als wertvoll erlebt, gleichzeitig berichten viele Menschen mit Demenz von einem zunehmend passiven Alltag ohne Eigeninitiative. Das Erleben von Zugehörigkeit geht über das eigene Zuhause hinaus und schließt auch das Wohnumfeld, Nachbarschaft und die Zugehörigkeit zur Gesellschaft mit ein. Mit zunehmender Demenz nimmt jedoch das Sicherheitsgefühl im öffentlichen Raum, die Mobilität und die Möglichkeiten zur Teilhabe ab. Gefühle von Scham, Unsicherheit oder Desorientierung führen dazu, dass die Menschen mit Demenz ihre Aktivitäten im Außenbereich reduzieren oder vermeiden. Dies verstärkt das Empfinden sozialer Isolation und den Rückzug ins häusliche Umfeld. In der stationären Langzeitpflege hängt das Zugehörigkeitsgefühl stark von der Vertrautheit mit der neuen Umgebung ab. Der Umzug kann Stress und Desorientierung auslösen. Dabei ist der Erhalt sozialer Kontakte, vertrauter Aktivitäten und die Akzeptanz durch Mitbewohner*innen und Personal von Bedeutung, um sich heimisch zu fühlen. Gleichzeitig wird der Wunsch nach Privatsphäre als wichtig angesehen. Oftmals werden Pflegeeinrichtung als unbehaglich empfinden, was oft mit Heimweh und dem Verlust des Gefühls von zuhause verbunden ist.

Sinnhaftigkeit zeigt sich im ambulanten Setting darin, dass das Zuhause einen bedeutungsvollen Rückzugsraum darstellt sowie gleichzeitig soziale Verbundenheit und alltägliche, identitätsstiftende Handlungen ermöglicht. Der Verlust der Fähigkeit zur selbstständigen Pflege des Zuhauses kann Scham und Abhängigkeit verursachen. Trotz Einschränkungen bleibt das Bedürfnis nach Autonomie und aktiver Teilnahme am Alltag zentral, wobei besonders Aktivitäten im Freien, wie das Spaziergehen in vertrauter Umgebung die Lebensqualität und die Selbstwirksamkeit fördern können. Auch in der stationären Pflege ist Sinnhaftigkeit mit der Möglichkeit verbunden, an bedeutsamen Aktivitäten teilzunehmen. Während einige Menschen mit Demenz die Einrichtung als sozialen Treffpunkt wahrnehmen, vermissen andere ihr gewohntes Zuhause und Privatsphäre. Die Initiative zur Teilnahme an Aktivitäten liegt oft beim Pflegefachpersonal, wobei die individuellen Bedürfnisse und Wünsche stark variieren. Dabei fördern die Vertrautheit mit dem Umfeld und die Entscheidungsfreiheit das Gefühl von Selbstbestimmung und tragen zur Sinnstiftung im Alltag bei.

Sicherheit und Geborgenheit verbinden Menschen mit Demenz in ihrem Zuhause mit physischem und emotionalem Schutz durch vertraute Routinen und soziale Bindungen. Gleichzeitig kann die zunehmende Einschränkung durch die Demenz das Zuhause zu einem Ort der Isolation und Überforderung machen. Während einige Menschen mit Demenz Strategien entwickeln, um ihre Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten – etwa durch strukturierte Hilfsysteme oder das bewusste Aufrechterhalten von Aktivitäten – erleben andere zunehmende Ängste und Rückzug. Faktoren wie familiäre Belastung, fortschreitende Erkrankung oder gesellschaftliche Erwartungen verstärken die Sorge vor einer notwendigen Verlegung in eine

Pflegeeinrichtung. Dabei empfinden die Menschen mit Demenz die Umgebung der stationären Einrichtungen als sicher und entlastend, da sie eine ruhige Atmosphäre bietet und alltägliche Pflichten abnimmt. Vertrautheit und Akzeptanz fördern das Zugehörigkeitsgefühl. Dennoch stehen Sicherheit und das Bedürfnis nach Unabhängigkeit oft in Spannung, da Regeln, fremde Menschen und Heimweh die Individualität und soziale Verbundenheit beeinträchtigen können.

Autonomie ist im ambulanten Bereich eng mit dem eigenen Zuhause verknüpft, das als Ort von Selbstbestimmung und Freiheit wahrgenommen wird. Dort können Menschen mit Demenz ihr Leben kontrollieren, eigene Entscheidungen treffen und vertraute Aktivitäten ausüben. Der Verlust von Aktivitäten wie dem Autofahren wird als großer Einschnitt erlebt, da diese mit Unabhängigkeit und Lebensqualität verbunden werden. Aktivitäten im Freien und die Teilhabe im öffentlichen Raum tragen zum Gefühl von Normalität bei, während zunehmende Abhängigkeiten die Mobilität und Autonomie einschränken. In der stationären Langzeitpflege erleben Menschen mit Demenz häufig einen Verlust an Autonomie, der sich durch monotone Tagesabläufe, eingeschränkte Entscheidungsfreiheit, fehlende Privatsphäre und soziale Isolation zeigt. Trotz teils eingebundener Betreuung und Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse fühlen sich viele Bewohner*innen durch institutionelle Strukturen, Regeln und Abhängigkeiten vom Pflegefachpersonal in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt (Førsund et al. 2018).

In einer qualitativen Fallstudie wurden die Merkmale eines demenzfreundlichen Krankenhauses basierend auf dem Verständnis professioneller Demenzexpert*innen untersucht. Die Demenzexpert*innen kommen aus dem Bereich Pflege und Soziales sowie aus der Physio- und Psychotherapie (Manietta et al. 2024).

Ein wesentliches Merkmal eines demenzfreundlichen Krankenhauses ist, dass die gesamte Organisation ein Bewusstsein für die Erkrankung Demenz und die spezifischen Bedürfnisse der Menschen mit Demenz entwickelt. Zur Förderung der Sichtbarkeit dieser Patient*innengruppe empfehlen Expert*innen u. a. eine explizite Dokumentation von Demenzfällen sowie die Implementierung von Demenzbeauftragten. Ein demenzfreundliches Krankenhaus versteht Demenzfreundlichkeit als zentrale Aufgabe, die in der Organisation aktiv umgesetzt wird. Dies umfasst die Bereitstellung notwendiger Ressourcen wie Fortbildungen für das Personal, spezielle Hilfsmittel, eine adäquate Personalstruktur mit ausreichend qualifiziertem Fachpersonal sowie eine auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz abgestimmte räumliche Umgebung.

Die Umsetzung eines demenzfreundlichen Krankenhauskonzepts erfordert das Engagement aller Berufsgruppen, insbesondere der Führungsebene. Voraussetzung ist eine offene Haltung gegenüber dem Thema Demenz sowie die Bereitschaft, innovative Ansätze umzusetzen. Eine gelingende Versorgung basiert auf multiprofessioneller Zusammenarbeit, klarer Kommunikation und geteilter Verantwortung. Die Pflege von Menschen mit Demenz wird als komplexe Aufgabe verstanden, die spezifisches Fachwissen, ausreichende personelle Ressourcen und Zeit erfordert. Pflegerische und psychosoziale Maßnahmen – insbesondere der Beziehungsgestaltung – gelten dabei als gleichwertig zu medizinischen Interventionen, ebenso wie Lebensqualität und Patient*innenzufriedenheit als zentrale Versorgungsziele.

Zudem ist es für die befragten Expert*innen entscheidend, dass in einem demenzfreundlichen Krankenhaus der Mensch mit Demenz im Mittelpunkt, nicht allein die Erkrankung oder die Rolle als Patient*in, steht. Der Aufenthalt soll individuell gestaltet werden, unter Berücksichtigung persönlicher Lebensgeschichten, Interessen und Bedürfnisse. Eine respektvolle, empathische Haltung des Personals ist dabei grundlegend. Auch Angehörige werden als zentrale Partner*innen in der Versorgung gesehen und durch flexible Besuchsregelungen, Beratung und Informationsangebote aktiv einbezogen.

Die Versorgung soll neben medizinischen Aspekten auch kognitive Einschränkungen berücksichtigen. Eine frühzeitige Erkennung von Demenz – etwa durch Screenings, Angehörigeninformationen oder Vorbefunde – ist essenziell. Wichtig ist zudem die Abgrenzung zu anderen Erkrankungen wie Delir oder Depression. Typische Demenzsymptome und Risiken wie Unruhe, Ängste oder Sturzgefahr müssen gezielt beachtet werden, sowohl durch angepasstes Verhalten des Personals als auch durch eine entsprechende Krankenhausstruktur.

Das Versorgungssystem soll sich flexibel an die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz anpassen. Dafür braucht es grundlegende demenzbezogene Kenntnisse bei allen Mitarbeitenden sowie vertieftes Fachwissen und Handlungskompetenzen – wie z. B. Validation – beim medizinischen und pflegerischen Personal. Persönliche Eigenschaften wie Empathie, Geduld und Selbstreflexion sind ebenso wichtig wie der Einsatz spezialisierter Fachkräfte. Ein demenzfreundliches Krankenhaus erfordert somit sowohl fachliche Expertise als auch eine ausgeprägte menschliche Kompetenzbasis. Gleichzeitig betonen die Expert*innen, dass auch das Krankenhauspersonal nicht nur als funktionale Ressource betrachtet werden darf. Angesichts hoher Belastungen brauchen Pflegefachpersonen, Ärzt*innen und Mitarbeitende anderer Bereiche Anerkennung, emotionale Unterstützung und ein gesundes Arbeitsumfeld, um eine gute Versorgung leisten zu können.

Nach Ansicht der Expert*innen zeichnet sich ein demenzfreundliches Krankenhaus durch die bewusste Anpassung von Strukturen, Abläufen, räumlicher Gestaltung und Versorgungsformen an die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz aus. Anstelle starrer institutioneller Prozesse orientiert es sich an vertrauten Alltagserfahrungen und schafft eine Umgebung, die Sicherheit, Orientierung und soziale Teilhabe fördert. Wohnliche Gestaltung, klare Tagesstrukturen und gezielte Orientierungsangebote tragen zum Wohlbefinden bei.

Trotz notwendiger Standardisierung wird Flexibilität betont, um eine person-zentrierte Versorgung zu ermöglichen. Abläufe und Routinen sollen individuell auf Lebenssituation, Bedürfnisse und Behandlungsziele abgestimmt werden. Darüber hinaus versteht sich das demenzfreundliche Krankenhaus als aktiver Teil eines regionalen Netzwerks und kooperiert eng mit vor- und nachstationären sowie ambulanten Diensten. Es übernimmt gesellschaftliche Verantwortung durch Aufklärungsarbeit, Schulungen und Beratungsangebote, um das Bewusstsein für Demenz zu stärken und unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden (Manietta et al. 2024).

Im Rahmen einer weiteren qualitativen Studie wurde spezifisch die Perspektive von Menschen mit Demenz hinsichtlich eines demenzfreundlichen Krankenhauses untersucht. Dabei entsprechen die Ergebnisse in vielerlei Hinsicht den zuvor genannten Empfehlungen der Expert*innen.

Die Teilnehmenden berichteten, die Krankenhausversorgung häufig als unzureichend zu erleben, insbesondere wenn diese sich auf eine rein funktionale Betreuung beschränkt. Eine wenig individuelle Versorgung führte bei den Menschen mit Demenz zu negativen Empfindungen wie Immobilität, Einsamkeit, kognitivem Abbau, Unsicherheit und Unwohlsein. Demgegenüber wurde eine würdevolle, ganzheitliche Betreuung, die über das rein Notwendige hinausgeht, durchweg positiv bewertet und entsprach den Erwartungen der Menschen mit Demenz.

Die Qualität der zwischenmenschlichen Interaktion stellte für die Menschen mit Demenz ein zentrales Kriterium guter Pflege dar. Essenzielle Erwartungen an das Pflegefachpersonal umfassen Freundlichkeit, Höflichkeit, Geduld und respektvollen Umgang. Als belastend empfunden wurden dagegen Unfreundlichkeit, Ungeduld oder aggressives Verhalten. Besonders hervorzuheben ist der Wunsch, ohne Vorurteile behandelt und als individuelle Person unabhängig

von der Demenzdiagnose, dem Alter oder der Herkunft anerkannt zu werden. Die Angst, aufgrund der Erkrankung nicht ernst genommen zu werden, war bei vielen präsent.

Ein weiteres zentrales Bedürfnis bestand darin, gesehen und wahrgenommen zu werden. Die Menschen mit Demenz schätzten es, wenn Mitarbeitende aktiv Kontakt aufnahmen, sie mit Namen ansprachen und sich für ihr Wohlbefinden interessierten. Viele setzten sich mit existenziellen Ängsten und Unsicherheiten im Kontext ihrer Erkrankung auseinander und wünschten sich emotionale Unterstützung sowie empathisches Zuhören. Auch alltägliche Aspekte wie eine angemessene Ernährung, ausreichender Schlaf sowie die Berücksichtigung individueller Gewohnheiten und eines eigenen Tempos trugen wesentlich zum Wohlbefinden bei. Unterstützungsleistungen, insbesondere wenn diese proaktiv und ohne explizite Nachfrage erbracht wurden, wurden als besonders wertvoll wahrgenommen.

Bezüglich der medizinischen Versorgung erwarteten die Teilnehmenden eine professionelle und umfassende Betreuung bei akuten gesundheitlichen Problemen, die sich durch ganzheitliche Diagnostik, fachliche Kompetenz und verlässliche Organisation auszeichnete. Ebenso wurde erwartet, dass die Demenz die medizinische Behandlung nicht negativ beeinflusst und das Personal ein adäquates Verständnis für die Erkrankung besitzt.

Zudem betonen die Menschen mit Demenz ihre vorhandenen Fähigkeiten und den Wunsch, ihre Selbstständigkeit zu bewahren. Sie entwickelten eigene Strategien zur Bewältigung der Einschränkungen, etwa durch Notizen oder das Einholen von Unterstützung. Trotz ihrer aktiven Mitwirkung im Genesungsprozess berichteten sie häufig, dass ihre Kompetenzen im Krankenhausalltag nicht ausreichend anerkannt würden. Einschränkungen der persönlichen Freiheit, mangelnde Mitbestimmung und fehlende Informationsweitergabe führten zu Frustration. Der Wunsch nach mehr Transparenz, Einbindung und unterstützender Begleitung seitens des Pflegepersonals wurde deutlich.

Auch soziale Kontakte spielten eine wichtige Rolle im Krankenhausalltag. Viele schätzten den Austausch mit Mitarbeitenden und Mitpatient*innen sowie gemeinsame Mahlzeiten und Gruppenangebote. Dabei erwies sich die Qualität der zwischenmenschlichen Übereinstimmung als entscheidend: Gemeinsame Interessen und ähnliche Persönlichkeitsmerkmale förderten positive Beziehungen, während Konflikte als belastend wahrgenommen wurden. Angehörige und wichtige Bezugspersonen nahmen ebenfalls eine zentrale Rolle im Krankenhausaufenthalt ein. Für einige Menschen mit Demenz waren sie unverzichtbare Stützen, während sie für andere eine geringere Bedeutung hatten – abhängig von der Beziehungsgestaltung und Verfügbarkeit. Angehörige boten emotionale Unterstützung, halfen bei Alltagsaufgaben, übernahmen die Vertretung der Interessen und berieten bei Entscheidungen. Gleichzeitig äußerten die Menschen mit Demenz Sorge um ihre Angehörigen und den Wunsch, diese nicht zu belasten.

Aspekte wie die physische Umgebung, technologische Ausstattung oder Verpflegung spielten für die Teilnehmenden eine eher untergeordnete Rolle, sofern sie nicht in engem Zusammenhang mit sozialen oder pflegerischen Faktoren standen. Eine helle, saubere und gepflegte Umgebung wurde zwar positiv bewertet, stellte jedoch keinen zentralen Faktor für das Erleben des Krankenhausaufenthalts dar (Manietta et al. 2025).

Soziale Interaktion im Kontext physischer und sozialer Umwelt bzw. Umgebung

In einer systematischen Übersichtsarbeit wurde untersucht, wie die soziale Interaktion von Menschen mit Demenz der stationären Langzeitpflege durch verschiedene räumliche Umgebungs- und Umweltmerkmale beeinflusst werden kann. Dabei wurde zu drei unterschiedlichen Kategorien – Physische Umgebung, Barrierefreiheit, Übersichtlichkeit und Gestaltung sowie das soziales Umfeld und Netzwerke – die Ergebnisse der Studien zusammengefasst (Ferdous

et al. 2020). Die zentralen Gestaltungs- und Umweltmerkmale sowie deren Nutzen werden in Tabelle 14 zusammengefasst.

Physische Umgebung

Bei der Gestaltung der physischen Umgebung von Pflegeeinrichtungen kommt der Größe der Wohneinheiten sowie weiteren räumlichen Merkmalen eine zentrale Bedeutung zu. Auch wenn die pflegerischen Leistungen von den Menschen mit Demenz als wichtig wahrgenommen werden, hat sich gezeigt, dass die räumliche Gestaltung einen erheblichen Einfluss auf soziale Interaktionen und das allgemeine Wohlbefinden hat. Bei den Mahlzeiten zeigt sich, dass kleine Essgruppen in familiärer, wohnlicher Umgebung, ein auf die Bedürfnisse abgestimmter Service sowie gezielte Gruppengespräche das Gemeinschaftsgefühl stärken und zum Austausch anregen kann. Auch der Zugang zu Außenbereichen stellt einen zentralen Faktor für das psychische Wohlbefinden sowie die Förderung sozialer Interaktionen von Menschen mit Demenz dar. Klar strukturierte Rundwege und markante Orientierungspunkte ermöglichen selbstständige Spaziergänge ohne erhebliche Orientierungsprobleme und tragen zur Erhaltung der Mobilität bei. Weitere Gestaltungselemente wie unterschiedliche Bodenbeläge, Hochbeete, Pavillons oder Wasserflächen schaffen eine stimulierende, multisensorische Umgebung. Diese kann Erinnerungen aktivieren, soziale Interaktion fördern, das Selbstwertgefühl stärken und zur Entspannung beitragen. Ebenso können großflächige Fenster mit Ausblick ins Grüne sowie eine hoher Tageslichteinfall die Orientierung und die Bewältigung alltäglicher Aktivitäten unterstützen. Weiter weisen die Ergebnisse einiger eingeschlossener Studien darauf hin, dass insbesondere kleinere, wohnlich gestaltete Pflegeeinrichtungen das emotionale Wohlbefinden von Menschen mit Demenz positiv beeinflussen können. Durch den Einsatz von persönlichen Gegenständen und familiär gestalteten Gemeinschaftsräumen entsteht eine vertraute Atmosphäre, die soziale Kontakte erleichtert. Eine alltagsnahe und individuell gestaltete Umgebung bieten Möglichkeiten zur Teilhabe und regen durch gezielte Gestaltungselemente – etwa durch angenehme Beleuchtung oder vielfältige Sinneseindrücke – zur Aktivität und Interaktion an. Eine besondere Form kleinteiliger, alltagsnaher Pflegeeinrichtungen stellen sogenannte Green Care Farms dar. Diese verbinden landwirtschaftliche Tätigkeiten mit pflegerischer Betreuung und stellen somit eine alternative Wohn- und Betreuungsform für Menschen mit Demenz dar. Studien belegen, dass Bewohner*innen dieser Einrichtungen ein signifikant höheres Maß an Aktivität aufweisen, häufiger an hauswirtschaftlichen und naturbezogenen Tätigkeiten teilnehmen und seltener passives oder stereotypes Verhalten zeigen als in konventionellen Pflegeeinrichtungen. Die Kombination aus tiergestützten Interventionen, Gartenarbeit, Kontakt mit natürlichen Materialien und großzügigen Außenanlagen schafft eine förderliche physisch-soziale Umgebung, die das psychische Wohlbefinden maßgeblich unterstützen kann. Die wohnliche Atmosphäre sowie die Einbindung in alltägliche Aktivitäten fördern Engagement, Selbstwirksamkeit und soziale Interaktion.

Barrierefreiheit, Übersichtlichkeit und Raumgestaltung

Barrierefreiheit, Übersichtlichkeit und eine durchdachte Raumgestaltung sind weitere zentrale Faktoren, um soziale Interaktionen zu fördern und sowohl das Wohlbefinden als auch die Selbstständigkeit von Menschen mit Demenz zu unterstützen. Menschen interagieren nicht passiv mit ihrer Umwelt, sondern nehmen diese aktiv wahr – vorausgesetzt, es bestehen geeignete Möglichkeiten zur Beteiligung und Interaktion. Eine entsprechende bauliche Umsetzung kann daher wesentlich dazu beitragen, soziale Begegnungen zu erleichtern und das allgemeine Wohlbefinden zu stärken. Durch sichtbare Wegweiser und Orientierungspunkte kann die Orientierung innerhalb der Einrichtung erleichtert werden. So sollten zum Beispiel Flure

und Wege über natürliches Tageslicht und visuelle Hinweise verfügen. Zudem fördern persönliche Gegenstände an Zimmertüren, Ausblicke ins Freie sowie markante Bezugspunkte wie Küche, Badezimmer, Gemeinschaftsraum oder Zugang zum Garten die Orientierung und erleichtern die Navigation innerhalb der Einrichtung. Auch Privatsphäre, ein Gefühl von Zugehörigkeit, Autonomie und eine gute Kommunikationsmöglichkeit sind wesentliche Bedingungen für soziale Interaktionen. Besonders Einzelzimmer zeigen dabei positive Effekte. Sie erhöhen die Zufriedenheit von Bewohner*innen und Angehörigen und können die Lebensqualität verbessern und neuropsychologische Beeinträchtigungen reduzieren. Ein eigenes Zimmer ist insbesondere dann wichtig, wenn auch im fortgeschrittenen Stadium der Demenz der Kontakt mit der/dem Partner*in aufrechterhalten werden soll. Mehrbettzimmer gelten als weniger beliebt, da sie mit Lärm, erhöhter Krankheitsübertragung und mangelnder Privatsphäre verbunden sind. Auch die Gestaltung sozialer Bereiche hat großen Einfluss. So können gesprächsfördernde Möblierung (z. B. Gesprächskreise), ausreichend Licht, geringe Lärmbelastung und persönliche Dekorationen ein förderliches soziales Umfeld schaffen und das soziale Miteinander stärken.

Soziales Umfeld und soziale Netzwerke

Regelmäßige soziale Interaktionen stehen in engem Zusammenhang mit einer höheren Lebensqualität von Menschen mit Demenz. Personen mit vielen sozialen Kontakten sind aktiver und emotional stabiler, während isolierte Bewohner*innen eher passiv sind. Die Gestaltung von Gemeinschaftsbereichen nahe an privaten Räumen sowie das Engagement des Personals fördern soziale Einbindung. Eine therapeutisch gestaltete Umgebung mit Übersichtlichkeit, Vertrautheit, sensorischer Stimulation und Kontaktmöglichkeiten unterstützt soziale Interaktionen und wirkt herausforderndem Verhalten entgegen. Bereits einfache Umweltreize wie frische Luft, Tageslicht oder ein Ausblick ins Grüne können das Wohlbefinden von Bewohner*innen positiv beeinflussen. Aktivitäten wie Biografiearbeit, kreative Angebote und alltagsnahe, sinnvolle Aufgaben können das emotionale und psychische Wohlbefinden fördern, insbesondere dann, wenn sie durch Pflegefachpersonen aktiv und regelmäßig in den Alltag integriert werden. Eine lebendige und möglichst selbstbestimmte Atmosphäre ist hierfür förderlich. Neben der baulichen und gestalterischen Umgebung sind auch soziale und organisatorische Rahmenbedingungen von zentraler Bedeutung. Dazu zählen unter anderem die Gruppengröße, eine strukturierte Tagesgestaltung, die räumliche Lage von Pflegestützpunkten, informelle Begegnungsmöglichkeiten sowie ein unterstützendes Arbeitsumfeld für das Pflegefachpersonal. Die Qualität der Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Bewohner*innen stellt einen entscheidenden Faktor für die Anpassungsfähigkeit und das subjektive Wohlbefinden in stationären Pflegeeinrichtungen dar (Ferdous 2020).

Intervention	Effekt
Gestaltung der räumlichen Struktur	Offene, kompakte, gut verständliche und interaktive Raumgestaltung fördert soziale Interaktionen.
Berücksichtigung von Größe und Maßstab der Einrichtung	Kleine, wohnliche Einheiten (≤ 10 Bewohner*innen) fördern soziale Nähe und familiäre Atmosphäre.
Förderung von Mahlzeiteninterventionen	Soziale Interaktion während Mahlzeiten durch Gestaltung von Essbereichen und Atmosphäre verbessern.
Gestaltung eines angenehmen Innenraumklimas	Angemessene Beleuchtung, Temperatur, Geräuschpegel etc. unterstützen Wohlbefinden und Austausch.
Zugang zu therapeutischen Gärten oder Außenbereichen	Multisensorische Reize, Erinnerungen und Entspannung fördern soziale Interaktion und Selbstwertgefühl.
Kontakt mit natürlichen Umgebungen (z. B. Green Care Farms)	Aktivität, Nähe zur Natur und Alltagsbezug verbessern Engagement und soziale Teilhabe.
Wohnliche Gestaltung und Personalisierung der Umgebung	Familienähnliche Atmosphäre, vertraute Objekte und Dekor stärken Beziehungen und Zugehörigkeitsgefühl.
Orientierungshilfen und Wegfindung	Farbgestaltung, Landmarken, persönliche Türschilder etc. erleichtern Navigation und fördern Unabhängigkeit.
Privatsphäre und Einbindung der Familie ermöglichen	Einzelzimmer mit Nähe zu Gemeinschaftsbereichen bieten Rückzug und gleichzeitig soziale Teilhabe.
Möblierung und Anordnung von Sitzgelegenheiten	Kommunikationsfördernde Anordnung (z. B. Stühle im rechten Winkel) erleichtert spontane Gespräche.
Raum für soziale Interaktion schaffen	Räume und Situationen, die Kontakte zwischen Bewohner*innen und Angehörigen begünstigen, sind essenziell.
Pflegephilosophie betonen (z. B. personenzentrierte Pflege)	Verhaltensorientierte Ansätze (PCC) reduzieren Unruhe und fördern soziale Kontakte.
Bewohner*innen durch Autonomie stärken	Selbstbestimmung bei Raumgestaltung oder Alltagsentscheidungen steigert Lebensqualität und soziale Integration.
Ausreichendes Personal-Bewohner*innen-Verhältnis sicherstellen	Präsenzes, aktives Personal fördert psychosoziales Klima und unterstützt Übergänge und Interaktionen.

Tabelle 14: Gestaltungs- und Umweltmerkmale zur Förderung sozialer Interaktion von Menschen mit Demenz

In zwei weiteren qualitativen Einzelstudien der ersten Literaturstudie wurden ebenfalls Aspekte der sozialen Interaktion im Zusammenhang mit unterschiedlichen Umgebungs- und Umwelteinflüssen untersucht.

Doyle, de Medeiros und Saunders (2012) untersuchten in einer ethnografischen Studie die sozialen und physischen Bedingungen in einer stationären Langzeiteinrichtung und deren Einfluss auf die Entstehung sozialer Netzwerk von Menschen mit Demenz. Dabei zeigte sich, dass sich heterogene soziale Kleingruppen herausbildeten, deren Interaktionen primär innerhalb der Gruppen stattfanden. Eine Schlüsselrolle nahmen sogenannte „Brückenbildner*innen“ ein, die gruppenübergreifend agierten und soziale wie organisatorische Barrieren überwand. Die physische Umgebung – etwa architektonische Barrieren oder eingeschränkte Bewegungsfreiheit – wirkte sich insbesondere für mobilitäts- oder kognitiv eingeschränkte Menschen negativ auf die soziale Teilhabe aus. So verhinderten verschlossene Türen zwischen verschiedenen Gebäudeteilen soziale Kontakte. Auch die stark auf Effizienz ausgerichtete Organisationsstruktur, z. B. bei der Sitzordnung im Speisesaal, berücksichtigte soziale Bedürfnisse kaum und konnte unterstützende Beziehungen eher behindern als fördern. Dennoch entstanden in bestimmten Konstellationen stabile soziale Netzwerke, die durch räumliche Nähe und wiederkehrende Interaktion begünstigt wurden. Die Autor*innen kommen zu dem Schluss, dass die physische und soziale Umwelt der Einrichtung oft hemmende Effekte auf soziale Teilhabe hatte. Besonders Bewohner*innen mit eingeschränkter Mobilität oder kognitiven Beeinträchtigungen waren auf Unterstützung angewiesen, um Zugang zu sozialen Kontakten zu erhalten. Ohne gezielte Unterstützung bestand die Gefahr sozialer Isolation.

In einer qualitativen Studie untersuchten Edvardsson, Sandman und Rasmussen (2012) das psychosoziale Klima und dessen Einfluss auf das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz auf einer gerontopsychiatrischen Station. Dabei zeigte sich, dass das Verhalten des Pflegefachpersonals eine zentrale Rolle im sozialen Erleben der Bewohner*innen spielte. Die Autor*innen identifizierten drei Formen des Pflegeverhaltens, die sich unterschiedlich auf das psychosoziale Klima und somit auf das Wohlbefinden der Bewohner*innen auswirkten. Die erste Form beschrieb Pflegefachpersonen, die sowohl physisch präsent als auch psychosozial engagiert waren. Sie nahmen sich Zeit für Gespräche, bezogen die Menschen mit Demenz aktiv in Pflegehandlungen ein, aßen gemeinsam mit ihnen und waren emotional ansprechbar. Diese beziehungsorientierte Zuwendung führte zu mehr Stabilität, Sicherheit und Wohlbefinden auf Seiten der Bewohner*innen, die in solchen Situationen entspannter und weniger ängstlich wirkten. Die zweite Form zeigte Pflegefachpersonen, die zwar körperlich anwesend waren, jedoch keine psychosoziale Nähe aufbauten. Ihr Handeln war stark aufgabenorientiert, distanziert und ließ wenig Raum für soziale Interaktion. In solchen Kontexten fühlten sich die Menschen mit Demenz oft übersehen, was mit Frustration, Ärger oder auch verbalem Widerstand einhergehen konnte. Die dritte Form betraf die physische Abwesenheit von Pflegefachpersonen. Besonders problematisch war dies in Betreuungssituationen mit hoher Nähe – etwa, wenn eine Bezugsperson plötzlich nicht mehr auffindbar war. Bewohner*innen reagierten darauf häufig mit Angst, Unsicherheit oder suchendem Verhalten. Die Pflegefachpersonen erkannten diese Reaktionen jedoch selten als Folge der eigenen Abwesenheit und interpretierten sie stattdessen als unverständliches oder störendes Verhalten. Aus diesen Beobachtungen schlussfolgern Edvardsson, Sandman und Rasmussen (2012), dass die psychosoziale Präsenz der Pflegenden eine entscheidende Rolle für das emotionale Wohlbefinden von Menschen mit Demenz spielt. Eine beziehungsorientierte und emotional zugewandte Pflege ist demnach ein zentraler Bestandteil person-zentrierter Pflege. Die körperliche Anwesenheit der Pflegekräfte reicht nicht aus, entscheidend ist die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehung.

Person-zentrierung im Kontext physischer und sozialer Umwelt bzw. Umgebung

Im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit wurden interne und externe Faktoren sowie weitere unterstützende Handlungen zur Förderung der person-zentrierte Pflege von stationär behandelten Menschen mit Demenz untersucht (Brossard Saxell et al. 2021). Dabei berichten die eingeschlossenen Studien die Sichtweise der Pflegefachpersonen.

Zu den *internen Faktoren*, die die person-zentrierte Pflege von Menschen mit Demenz unterstützen, zählen Erfahrungen und Wissen, Werte und Überzeugungen, berufliche Identität sowie Empathie. Pflegefachpersonen greifen auf berufliche und persönliche Erfahrungen zurück, um Bedürfnisse besser zu erkennen und angemessen zu reagieren. Fachwissen über Demenz, ergänzt durch gezielte Schulungen, hilft ihnen, individuelle Pflegestrategien zu entwickeln und herausforderndes Verhalten besser zu verstehen. Auch Werte wie Menschlichkeit, Respekt und das Streben nach einer bestmöglichen Versorgung prägen ihr Pflegeverständnis und fördern einen ganzheitlichen, person-zentrierten Ansatz, bei dem auch emotionale und psychosoziale Bedürfnisse berücksichtigt werden. Ein starkes berufliches Selbstverständnis motiviert zudem Pflegekräfte, Verantwortung zu übernehmen, sich für Patient*innen einzusetzen und notfalls auch eigenständig zu handeln, wenn Unterstützung aus dem Team fehlt. Zentrale Bedeutung kommt der Empathie zu: Viele Pflegefachpersonen versetzen sich bewusst in die Lage der Menschen mit Demenz, was eine emotionale Verbundenheit schafft und zu einer besonders einfühlsamen, würdevollen Pflege führt.

Zu den *äußeren Faktoren* für eine person-zentrierte Pflege zählen die physische Umgebung sowie die organisationale Kultur und Struktur. Eine wohnliche und vertraute Umgebung mit orientierungsfördernden Elementen wie Farben oder Bildern schafft Sicherheit und unterstützt soziale Interaktion. Die Nähe zwischen Pflegefachpersonal und den Menschen mit Demenz erleichtert zudem eine kontinuierliche und aufmerksame Betreuung. Ebenso wichtig ist die Organisationskultur. Wertschätzung der pflegerischen Expertise, interprofessionelle Zusammenarbeit sowie ein regelmäßiger Austausch im Team fördern Handlungsspielräume und stärken das Pflegeverständnis. Auch ein kollegialer Austausch, der Zugang zu Fachpersonen und unterstützende Führungskräfte, die Fortbildungen ermöglichen, sind weitere zentrale Faktoren. Insgesamt ist ausreichend Zeit eine wesentliche Voraussetzung, um auf individuelle Bedürfnisse eingehen und eine qualitativ hochwertige, person-zentrierte Pflege leisten zu können.

Die *unterstützenden Handlungen* wurden in drei Kategorien unterteilt: ein ganzheitliches Bild der Patient*innen entwickeln, Vertrauen aufbauen sowie Routinen und Maßnahmen individuell anpassen. Um eine person-zentrierte Pflege für Menschen mit Demenz im Krankenhaus zu ermöglichen, ist es entscheidend, zunächst ein umfassendes Verständnis der individuellen Lebenssituation, Bedürfnisse und Verhaltensweisen der Menschen mit Demenz zu entwickeln. Dies geschieht durch die Beobachtung nonverbaler Signale, durch Gespräche mit den Menschen mit Demenz, sofern möglich, sowie durch den Austausch mit Angehörigen und Kolleg*innen. Ziel ist es, nicht nur den aktuellen Gesundheitszustand zu erfassen, sondern auch biografische Hintergründe, persönliche Vorlieben und Einstellungen zur Gesundheitsversorgung zu verstehen. Ein zentrales Element der Versorgung ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Diese entsteht durch einfühlsame Kommunikation, den richtigen Umgangston und die bewusste Anpassung des eigenen Verhaltens an den emotionalen und kognitiven Zustand der Patient*innen. Auch nonverbale Kommunikation spielt eine wichtige Rolle für das Vertrauen und die Sicherheit, die die Menschen mit Demenz empfinden. Standardisierte Abläufe und Routinen im Krankenhausalltag werden, wo nötig, individuell angepasst. Dazu gehört es, den Tagesablauf zu strukturieren, ohne die Menschen mit Demenz zu überfordern und etwa persönliche Gegenstände oder vertraute Rituale einzubinden. Auch der kreative Umgang mit unerwarteten Situationen – etwa durch Ablenkung bei belastenden Themen oder den Einsatz von Video-Botschaften von Angehörigen – trägt dazu bei, Stress abzubauen und das emotionale Wohlbefinden zu fördern. Insgesamt stehen Flexibilität, Einfühlungsvermögen und

das stetige Abwägen individueller Bedürfnisse im Mittelpunkt einer person-zentrierten Pflegepraxis (Brossard Saxell et al. 2021).

Aktivitäten orientierte Umgebungs- und Umwelteinflüsse

In einer systematischen Übersichtsarbeit von Faraday et al. (2021) wurde der Einfluss unterschiedlicher Faktoren auf die Betreuung der Mahlzeiten für Menschen mit Demenz untersucht. Dabei wurde der Fokus auf die Interaktionen zwischen Pflegefachpersonen und den Menschen mit Demenz gelegt. Als zentrale Betreuungspraktiken wurden die soziale Verbundenheit, die individualisierte Betreuung, die Förderung der Selbstbestimmung sowie der professionellen Umgang mit Nahrungsverweigerung identifiziert.

Während der Mahlzeitsituation in der stationären Pflege spielt die soziale Verbundenheit zwischen Pflegefachpersonen und Bewohner*innen eine zentrale Rolle. Interaktionen, die auf den Aufbau und die Pflege einer vertrauensvollen Beziehung abzielen, fördern das Gefühl von Nähe und Zugehörigkeit. Diese soziale Teilhabe trägt wesentlich dazu bei, eine unterstützende Atmosphäre zu schaffen, die sich positiv auf das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz auswirkt. Ebenso wichtig ist eine individualisierte Betreuung, bei der die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme auf die persönlichen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Vorlieben der Bewohner*innen abgestimmt wird. Die Kenntnis biografischer Hintergründe sowie das Eingehen auf individuelle Präferenzen ermöglichen eine person-zentrierte Herangehensweise, bei der nicht die reine Durchführung pflegerischer Aufgaben im Vordergrund steht, sondern der Mensch als Ganzes. Ein weiterer zentraler Aspekt ist die Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung. Indem Bewohner*innen ermutigt werden, selbstständig zu essen, ihnen Wahlmöglichkeiten angeboten werden und Kontrolle bewusst abgegeben wird, kann ihre Selbstwirksamkeit gestärkt und das Esserlebnis positiv beeinflusst werden. Gleichzeitig zeigen Forschungsergebnisse, dass Entscheidungen in der Praxis teilweise stellvertretend durch das Pflegefachpersonal getroffen werden, was die Selbstbestimmung der Menschen mit Demenz einschränken kann. Der professionelle Umgang mit Nahrungsverweigerung erfordert besonderes Feingefühl und fachliche Kompetenz. Pflegefachpersonen müssen in der Lage sein, sensibel auf das Ablehnen von Nahrung zu reagieren und dabei zwischen unterstützender Ermutigung und der Vermeidung von Zwang zu balancieren. Ein würdevoller Umgang in solchen Situationen wurde in den Studien als unverzichtbar für eine qualitativ hochwertige Betreuung hervorgehoben (Faraday et al. 2021).

In einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit der ersten Literaturstudie analysierten Chaudhury, Hung und Badger (2013) den Einfluss einer person-zentrierten Gestaltung der Mahlzeitsituation auf das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz. Zentrale Erkenntnisse beziehen sich auf das physische Ambiente, kulturelle Aspekte, das Verhalten der Pflegefachpersonen sowie weitere gestalterische Faktoren wie Licht, Geräuschpegel, Orientierungshilfen und Hintergrundmusik. Eine familiäre Atmosphäre – beispielsweise durch den Verzicht auf Tablett, die Verwendung von Tischdecken oder kleinen Tischgemeinschaften – wurde von den Bewohner*innen klar bevorzugt und mit einem Gefühl von Zuhause-Sein assoziiert. Sie förderte nicht nur das subjektive Wohlbefinden, sondern hatte auch messbare Effekte, wie etwa den Erhalt von Gewicht und Funktionalität. Die Life Nourishment Theory betont dabei die Bedeutung der Essenszeiten für den Erhalt kultureller Identität, insbesondere bei Menschen mit Migrationshintergrund. Eine vertraute, alltagsnahe Gestaltung der Mahlzeiten stärkte das Gefühl von Normalität und hatte identitätsstiftenden Charakter. Das soziale Miteinander wurde positiv beeinflusst, insbesondere durch eine Umgebung, die Kommunikation und Interaktion fördert. Dabei zeigte sich jedoch auch, dass die Wahrnehmung der Bedeutung des

Essensservices durch das Pflegefachpersonal nicht immer mit den Bedürfnissen der Bewohner*innen übereinstimmte. Während die Mitarbeitenden dem Essen zentrale Bedeutung beimaßen, wurden individuelle Wünsche häufig übersehen. Bewohner*innen wiederum nannten Respekt und ein Gefühl von Geborgenheit als besonders wichtig, während sie der Autonomie zwar eine geringere, jedoch nicht unwichtige Rolle zuschrieben – insbesondere, wenn diese eingeschränkt war und damit Unzufriedenheit auslöste. Auch Lichtverhältnisse und Geräuschpegel zeigten sich als relevante Einflussfaktoren. Eine verbesserte Lichtgestaltung und optimierte Sitzverteilung führten nachweislich zu höherer Kalorienaufnahme und besserer funktionaler Leistungsfähigkeit. Gleichzeitig konnte durch hellere Beleuchtung und geringeren Lärmpegel das Essverhalten positiv beeinflusst werden. Eine gezielte Lichttherapie in Speisesälen oder Beschäftigungsräumen hingegen zeigte keine einheitlich positiven Effekte, in manchen Fällen nahm agitiertes Verhalten sogar zu. Weitere bedeutende Faktoren betrafen die Ausstattung und Orientierung im Speisesaal. So konnte etwa durch die Verwendung von rotem Geschirr die Nahrungsaufnahme deutlich gesteigert werden. Kleine Maßnahmen wie das Anbringen einer gut sichtbaren Uhr reduzierten Verwirrtheit über die Essenszeiten und verbesserten die soziale Interaktion. Auch gestalterische Veränderungen im Raumdesign führten zu einer verbesserten Interaktion zwischen Bewohner*innen und Mitarbeitenden. Orientierungshilfen erwiesen sich als notwendig, da sich etwa wiederholende bauliche Strukturen und Raumverlegungen negativ auf die Selbstständigkeit auswirkten. Ein an den Bedürfnissen der Bewohner*innen ausgerichtetes Raumkonzept in Kombination mit geschultem Personal führte zu höherer Kalorienaufnahme und einer stärkeren Beteiligung an sozialen Kontakten während der Mahlzeiten. Insgesamt zeigte sich, dass das Management und die Organisation des Speisesaals maßgeblich die soziale Interaktion beeinflussten. Auch der Einsatz von Hintergrundmusik hatte positive Effekte: Leise Musik während der Mahlzeiten konnte agitierte Verhaltensweisen – insbesondere verbale Agitiertheit – reduzieren und gleichzeitig die Verweildauer im Speisesaal erhöhen. Zudem wurde eine Steigerung der Kalorienaufnahme um bis zu 20 % beobachtet. Weitere Studien zeigten, dass Bewohner*innen kleinerer Einrichtungen mit familiärer Atmosphäre bessere Ernährungsergebnisse erzielten – vor allem aufgrund einer intensiveren Betreuung während der Mahlzeiten. Die kognitive Leistungsfähigkeit erwies sich als bedeutsamer Prädiktor für die Nahrungsaufnahme. Zudem wurde deutlich, dass das Verständnis und die Kompetenz der Pflegefachpersonen im Hinblick auf eine person-zentrierte Gestaltung der Mahlzeiten essenziell sind, um von einem rein funktionalen Ansatz Abstand zu nehmen. Schließlich konnte durch die Gestaltung einer Restaurant- oder familiären Atmosphäre auch die Energieverwertung bei Bewohner*innen mit niedrigem BMI verbessert werden, was wiederum zur Stabilisierung des Ernährungszustands beitrug.

Roberts (2011) untersuchte in einer Fallstudie die Auswirkungen unterschiedlicher Speiseraumgestaltungen auf das Essverhalten und die soziale Interaktion von Menschen mit Demenz. Verglichen wurden ein großer, funktional geprägter Speisesaal mit einem kleineren, wohnlich gestalteten Raum, in dem im Rahmen des Programms *Six for Lunch* regelmäßig gemeinsam mit einem Ergotherapeut*innen Mahlzeiten zubereitet wurden. Im großen Speisesaal dominierten funktionale Strukturen, eine stark aufgabenorientierte Atmosphäre und sensorische Reizarmut – bedingt durch die räumliche Trennung zur Küche, fehlende Gerüche von Speisen sowie sterile oder unangenehme Gerüche aus angrenzenden Bereichen. Die soziale Interaktion zwischen Pflegefachpersonal und Bewohner*innen war gering. Aus Sicht des Personals standen bei der Organisation der Mahlzeiten vor allem Aspekte wie Sicherheit und Sturzprävention im Vordergrund, während Möglichkeiten zur Beziehungsgestaltung weitgehend unberücksichtigt blieben. Im Gegensatz dazu bot der kleinere Speiseraum mit integrierter Küche deutlich mehr Raum für individuelle Teilhabe und soziale Interaktion. Die Sitzordnung

wurde unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse – etwa bei Mobilitätseinschränkungen oder der Teilnahme als Paar – gestaltet. Die Bewohner*innen konnten frei entscheiden, ob sie aktiv an der Essenszubereitung mitwirken oder lieber eine beobachtende Rolle einnehmen wollten. Diese Flexibilität ermöglichte eine partizipative und ressourcenorientierte Gestaltung der Mahlzeitsituation. In beiden Settings wurde deutlich, dass gemeinsame Mahlzeiten eine zentrale Rolle im Alltagsrhythmus einnehmen. Sie dienen nicht nur der Nahrungsaufnahme, sondern auch als bedeutende soziale Situationen, in denen Beziehungsgestaltung und soziale Teilhabe stattfinden können. Insbesondere das räumliche und atmosphärische Umfeld hatte maßgeblichen Einfluss auf die Qualität der sozialen Interaktionen und die Zufriedenheit der Bewohner*innen. Da es sich bei Mahlzeiten um täglich wiederkehrende Situationen handelt, kommt der darin erlebten sozialen Dimension eine besondere Bedeutung zu.

Im Rahmen einer qualitativen Studie untersuchten Keller et al. (2010) die Bedeutung von Mahlzeiten für Menschen mit Demenz, die im häuslichen Umfeld leben. Die Analyse zeigte, dass gemeinsame Mahlzeiten eine zentrale Rolle für die Aufrechterhaltung emotionaler Verbundenheit, die wertschätzende Wahrnehmung individueller Identität sowie die Anerkennung von Anpassungsleistungen spielen. Obwohl das tägliche Zusammensein im gemeinsamen Haushalt regelmäßig stattfindet, wurde insbesondere den Mahlzeiten eine besondere Bedeutung beigemessen. Sie wurden von den meisten Menschen mit Demenz als wiederkehrende Bestätigung ihrer Beziehung und ihres Zusammenhalts erlebt – und das mehrfach am Tag. Das gemeinsame Essen wird von Keller et al. (2010) als soziale Einheit beschrieben, die sich im Laufe des Lebens – sowohl in Partnerschaften als auch im erweiterten Familienkreis – immer wieder etabliert. Solche Zusammenkünfte fördern die Vertrautheit untereinander und stärken die emotionale Bindung zwischen den Beteiligten. Das daraus resultierende Gefühl emotionaler Nähe wird durch drei zentrale Faktoren begünstigt: die Face-to-Face-Situation in Verbindung mit einer gemeinsamen Tätigkeit, kognitives und emotionales Engagement sowie das Geben und Empfangen von Unterstützung. Diese Aspekte fungieren als vermittelnde Elemente innerhalb der Person-Umwelt-Interaktion und gewinnen besonders dann an Bedeutung, wenn sich die Beziehungsdynamik im Zuge der demenziellen Erkrankung verändert. In solchen Fällen steigt die Notwendigkeit, sich an neue Interaktionsformen anzupassen.

3.3.7. Qualifizierung Pflegefachpersonen

Im Rahmen einer Übersichtsarbeit von systematischen Übersichtsarbeiten wurde die Effektivität von edukativen Interventionen in der Demenzversorgung für Pflegefachpersonen untersucht. In den eingeschlossenen Studien wurden unterschiedliche Settings berücksichtigt – Krankenhäuser, Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und Tagespflege sowie ambulante Pflege. Über den konkreten Inhalt und Aufbau der unterschiedlichen Demenzschulungen wurden keine Angaben gemacht. Es werden jedoch zentrale Einflussfaktoren für den Erfolg einer Demenzschulung herausgestellt.

Die Ergebnisse zeigen, dass Demenzschulungen nachweislich das Wissen, die Einstellungen gegenüber Menschen mit Demenz sowie das Selbstwirksamkeitserleben von Pflegefachpersonen verbessern können. Der Wissenszuwachs tritt meist unmittelbar nach der Schulung auf, nimmt jedoch im Verlauf teilweise wieder ab. Die positiven Einstellungen gegenüber Menschen mit Demenz blieben hingegen oft länger stabil. Im Hinblick auf das Verhalten der Pflegefachpersonen gab es Hinweise auf Verbesserungen im Umgang mit herausforderndem Verhalten

und in der verbalen sowie non-verbalen Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Keine positiven Effekte konnten hingegen beim Umgang mit Medikamenten oder beim Einsatz von Fixierungen festgestellt werden. Auch Unterschiede zwischen verschiedenen Versorgungssettings konnten nicht eindeutig belegt werden. Es gab jedoch Hinweise, dass Schulungen im Krankenhauskontext wirksamer zu sein scheinen. Insgesamt wurden die Demenzschulungen von den Teilnehmenden überwiegend positiv bewertet. In nahezu allen untersuchten Übersichtsarbeiten äußerten sich die Pflegefachpersonen zufrieden mit den vermittelten Inhalten. Besonders Pflegefachpersonen in Krankenhäusern reagierte tendenziell positiver auf die Schulungen als Mitarbeitende in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Zudem wirkten sich Demenzschulungen positiv auf die Arbeitszufriedenheit und das berufliche Engagement der Pflegefachpersonen aus. Das allgemeine Wohlbefinden hingegen konnte in den meisten Studien nicht verbessert werden. Deutlich positiver fielen die Ergebnisse in Bezug auf die betreuten Menschen mit Demenz aus. So nahmen herausfordernde Verhaltensweisen ab, wenn das Pflegefachpersonal eine entsprechende Schulung erhalten hatte. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass Demenzschulungen Pflegefachpersonen fachlich und persönlich stärken und sich auch positiv auf die Versorgung der Menschen mit Demenz auswirken können.

Neben der Effektivität der Demenzschulungen konnten verschiedene Einflussfaktoren, die den Erfolg einer Demenzschulung beeinflussen können, identifiziert werden. Die Struktur eines Schulungsprogramms, wie Dauer und Intensität, zeigte keinen eindeutigen Einfluss auf den Erfolg. Es gibt jedoch Hinweise, dass längere Kontakte mit den Lehrenden die Einstellung der Teilnehmenden positiv beeinflussen konnten. Zudem konnte eine zu hohe oder zu niedrige Belastung durch das Programm die Wirksamkeit mindern. Programme, die mindestens mehrere Sitzungen von jeweils etwa einer Stunde oder über mehrere Tage verteilt umfassten, erwiesen sich als besonders effektiv. Auch verbesserten Feedback und individuelle Supervision die nachhaltige Anwendung des Gelernten im Arbeitsalltag. Reine Inhouse-Schulungen waren oft weniger wirksam als klassische Seminare, was auf organisatorische Hindernisse wie Zeitmangel oder fehlende Unterstützung zurückzuführen ist. Besonders erfolgreich war die Kombination von theoretischer Wissensvermittlung im Klassenzimmer mit praktischen Übungen, da sie nicht nur das Wissen steigerte, sondern auch positive Verhaltensänderungen ermöglichte. Die Inhalte der Schulungen sollten praxisnah und relevant für den Pflegealltag sein, damit das Wissen tatsächlich angewendet wird. Strukturiertes Material und konkrete Werkzeuge zur Unterstützung der Pflegepraxis förderten die Anwendung der theoretischen Inhalte. Interaktive und handlungsorientierte Lehrmethoden wie Rollenspiele oder Fallbeispiele wirkten sich besonders positiv auf Wissen, Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit aus. Im Vergleich zeigte sich, dass verhaltensorientierte Programme eher kurzfristige Erfolge erzielten, während person-zentrierte Ansätze ihre Wirkung längerfristig aufrechterhalten – sofern die organisatorischen Rahmenbedingungen unterstützend waren. Mit Blick auf die Lehrpersonen konnte festgestellt werden, dass die Qualifikation der Lehrpersonen weniger entscheidend war, als deren spezifisches Fachwissen, didaktische Fähigkeiten und die Fähigkeit, eine offene Lernatmosphäre zu schaffen. Dabei fördert eine individuelle Anpassung der Inhalte an die Bedürfnisse der Teilnehmenden und eine kritische Auseinandersetzung mit dem Thema den Lernerfolg. Auch die Motivation und aktive Beteiligung der Pflegefachpersonen waren ausschlaggebend für den Erfolg der Schulung. Schließlich ist die organisatorische Unterstützung durch das Management von großer Bedeutung. Wenn Vorgesetzte die Teilnahme erleichtern und die Umsetzung neuer Kenntnisse fördern, steigt die Wirksamkeit der Schulungen deutlich. Fehlt diese Unterstützung, sind die Effekte meist gering.

Basierend auf den genannten Ergebnissen haben die Autor*innen einige strukturellen Empfehlungen für eine qualitativ hochwertige Demenzschulung formuliert (Rasmussen et al. 2023).

Relevante und praxisnahe Schulungsinhalte, abgestimmt auf Erfahrungen, Kompetenzen, Bedürfnisse der Teilnehmenden und Zielsetzung des Programms
Inhalte aus dem realen Pflegealltag mit Menschen mit Demenz
Einbezug der Perspektiven von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen
Strukturierte Werkzeuge (z. B. Leitlinien, Kommunikationshilfen, Verhaltensstrategien) fördern Verhaltensänderung – vorausgesetzt, sie sind auf den Arbeitsalltag abgestimmt.
Interaktive, handlungsorientierte Lernmethoden (z. B. Fallarbeit, Gruppenübungen)
Kombination aus Theorie (z. B. Präsenzunterricht) und Praxis (z. B. Praktika, direkte Anwendung)
Für Pflegekräfte ohne regelmäßigen Demenzkontakt: Praktische Erfahrung während des Programms ermöglichen (z. B. Hospitationen).
Für Pflegekräfte mit Demenzkontakt: Schulungen über längeren Zeitraum verteilen, um Wissen direkt im Arbeitsalltag zu erproben.
Aufnahme von Schulungseinheiten fest im Dienstplan
Dauer: Mindestens 1–10 ganze Tage oder mehrere Sitzungen à mindestens 2 Stunden
Minimierung der Arbeitsbelastung, um zusätzliche Belastungen zu vermeiden
Fachwissen, Engagement und Empathie seitens der Lehrpersonen
Feedback einsetzen
Auffrischungssitzungen („Booster“) nach Abschluss zur Sicherung des Lernerfolgs anbieten
Organisationen sollten Teilnahme organisatorisch ermöglichen (z. B. durch Freistellung, Dienstplananpassung)
Unterstützung durch die Organisation bei der Umsetzung des Gelernten in die Praxis ist essenziell

Tabelle 15: Strukturelle Empfehlungen für Schulungsangebote zum Thema Demenz für Pflegefachpersonen

Quelle: Rasmussen et al. 2023

In einer weiteren Übersicht systematischer Übersichtsarbeiten wurde ebenfalls die Wirksamkeit von edukativen Interventionen für Pflegefachpersonen der stationären Langzeitpflege und ambulanten Pflege untersucht. Die untersuchten Interventionen setzten dabei unterschiedliche Schwerpunkte. So wurden im Rahmen von Bildungsinterventionen Pflegefachpersonen in Kommunikationstechniken geschult, um die Interaktion mit Menschen mit Demenz zu verbessern und deren Lebensqualität zu fördern. Weitere Maßnahmen vermittelten grundlegendes Wissen zur Demenz, person-zentrierten Pflege, zum Umgang mit herausforderndem Verhalten und zur Kommunikation. Ein Großteil der Interventionen konzentrierte sich auf nicht-pharmakologische, verhaltensorientierte Ansätze, bei denen Pflegefachpersonen im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten geschult wurden. Eine Maßnahme bezog ein multidisziplinäres Team zur Entwicklung individueller Pflegepläne mit ein. Die person-zentrierte Pflege war ein weiterer Schwerpunkt. Dabei kam teilweise Demenz Care Mapping zum Einsatz. Ergänzend wurde ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, der medizinische, psychische und soziale Aspekte

berücksichtigte. Schließlich wurden auch stärkenbasierte Pflegeansätze in mehreren Interventionen geschult. Die Programme konzentrierten sich auf emotionsorientierte Pflege, bei der unter anderem mit Validierung, Sinnesaktivierung, Biografiearbeit und individueller Pflegeplanung gearbeitet wird. Weitere Interventionen setzten auf fähigkeitsorientierte Pflege, bei der vorhandene Fähigkeiten gezielt gefördert werden sowie auf funktionsorientierte Pflege, die körperliche Aktivität und Mobilität stärkt. Die analysierten Bildungsinterventionen für Pflegefachpersonen wurden hauptsächlich über einen kombinierten Ansatz aus didaktischer Schulung und begleitender Supervision vermittelt. Reine didaktische Formate waren seltener, während Supervision ohne didaktische Anteile am wenigsten vorkam.

Insgesamt zeigen die bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse ein insgesamt uneinheitliches Bild zur Wirksamkeit von Bildungsinterventionen. Zwar lassen sich in einigen Fällen positive Effekte auf das Verhalten von Menschen mit Demenz – insbesondere im Hinblick auf agitiertes oder aggressives Verhalten – feststellen, diese Ergebnisse sind jedoch nicht durchgängig belegt. Am potenziell wirksamsten scheinen Kombinationen aus theoretischer Schulung und praktischer Begleitung wie Supervision oder Coaching. Diese Ansätze können dazu beitragen, Pflegefachpersonen im Umgang mit herausforderndem Verhalten sicherer zu machen und eine person-zentrierte Haltung im Pflegealltag zu fördern (Sefcik et al. 2022).

Kommunikation

Im Kapitel zur Information, Schulung und Beratung wurden bereits die Erkenntnisse der systematischen Übersichtsarbeit von Nguyen et al. (2018) zur Wirkung von Kommunikationstraining für formelle und informelle Pflegepersonen beschrieben. Die Ergebnisse zeigten insgesamt, dass Kommunikationsschulungen für Pflegepersonen im Umgang mit Menschen mit Demenz in der Regel die kommunikativen Fähigkeiten verbessern, einen reflektierten Umgang mit schwierigen Situationen fördern und das Wissen über hilfreiche Strategien erweitern können. Langfristige Effekte auf die Kommunikation waren ebenfalls möglich, aber nicht in allen Studien stabil nachweisbar. Auch neuropsychiatrische Symptome bei Menschen mit Demenz verbesserten sich teils langfristig (z. B. weniger Depression oder Unruhe), nicht aber unmittelbar nach den Schulungen. Zudem konnten psychische und physische Belastungen bei Pflegepersonen in vielen Fällen langfristig reduziert werden, die Ergebnisse variierten jedoch.

Nachfolgend werden weitere Studien mit Trainingsmaßnahmen zu Kommunikationsstrategien spezifisch für Pflegefachpersonen vorgestellt.

Im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit wurden verschiedene Kommunikationsstrategien zur Umsetzung person-zentrierter Pflege von Menschen mit Demenz untersucht. Dabei wurden die unterschiedlichen Pflegesettings der stationären Langzeitpflege, der ambulanten Pflege und des Krankenhauses berücksichtigt. In den eingeschlossenen Studien kamen vielfältige Kommunikationsstrategien zum Einsatz. Besonders häufig wurden aufgabenorientierte Ansätze gewählt, bei denen sowohl verbale als auch nonverbale Techniken eingesetzt wurden. Es wurde langsames Sprechen verwendet, um das Verständnis zu fördern und einfache, respektvolle Formulierungen bevorzugt. Zudem kamen soziale Kommunikationsstrategien zum Einsatz, wie Begrüßungen, Komplimente und angemessene Reaktionen. Weitere angewandte Kommunikationsstrategien beinhalteten die physische Unterstützung der Menschen mit Demenz sowie das gezielte Umleiten von Verhaltensweisen, wenn diese als hinderlich oder herausfordernd wahrgenommen wurden. Darüber hinaus wurden Aspekte wie Geduld und die Fokussierung auf den Menschen mit Demenz berücksichtigt, um die

Kommunikation zu erleichtern. Zur Unterstützung der Verständigung wurde in einigen Studien auch para-verbales Monitoring eingesetzt, bei dem Pflegefachpersonen bewusst den Tonfall, die Lautstärke und die Sprechgeschwindigkeit anpassten, um die Kommunikation klarer und angenehmer zu gestalten. Zudem wurde die Stimmung des Menschen mit Demenz regelmäßig eingeschätzt, um besser auf die emotionalen Bedürfnisse eingehen zu können. In vielen Studien wurden auch wiederholte oder verzögerte Hilfsangebote gemacht, um den Menschen mit Demenz mehr Zeit zu geben und ihre Bedürfnisse schrittweise zu adressieren. Zusätzlich wurde in einigen Fällen die Vertrautheit mit der Person und ihrem Umfeld genutzt, um eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen. Die Einbeziehung der Familie in die Kommunikation und Entscheidungsprozesse wurde als wichtiger Bestandteil der Betreuung betrachtet.

Zu den Ergebnissen zählen drei zentrale Themen: Kommunikationstechniken, die Unterstützung des Fachpersonals sowie das Verständnis der Person mit Demenz und ihres Pflegekontextes (Sunjaya et al. 2025).

Verbale Kommunikationstechniken wie Begrüßungen, Namensansprache, Reframing, Ja-/Nein-Fragen und Bestätigungen können die person-zentrierte Kommunikation mit Menschen mit Demenz fördern. Auch kurze, klare Anweisungen und das Aufteilen von Aufgaben in kleine Schritte verbessern das Verständnis, reduzieren Angst und Widerstand. Positive Rückmeldungen, Lob und Humor stärken das Selbstwertgefühl und Wiederholungen sowie vage Formulierungen können bei unklaren Aussagen das Verstehen erleichtern. Ein bedeutendes Hindernis ist die sogenannte „Elderspeak“, eine kindliche, bevormundende Sprache mit Kosewörtern, Verniedlichungen oder kollektivem Sprechen. Diese Art der Ansprache kann herabwürdigend wirken und den Widerstand erhöhen. Auch zu viele Informationen oder komplexe Anweisungen überfordern und führen zu Rückzug. Rückfragen zu konkreten Erinnerungen können belastend sein und Fachbegriffe, Abkürzungen oder Fremdwörter erschweren zusätzlich das Verständnis, besonders in sensiblen Gesprächen wie zur Sterbebegleitung. Auch Sprach- oder Dialektbarrieren können die Kommunikation behindern. Schließlich führen unklare Gesprächsabschlüsse oder offene Fragen zu Verwirrung und Kommunikationsabbrüchen.

Auch die nonverbale Kommunikation spielt eine zentrale Rolle im Umgang mit Menschen mit Demenz. Körperliche Gesten wie eine Umarmung oder ein Schulterklopfen können Sicherheit geben und eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen. Auch der Tonfall und das Sprechtempo sollten an die emotionalen und kognitiven Bedürfnisse der Menschen mit Demenz angepasst sein. Gesten wie Zeigen oder das Vorführen von Handlungen helfen, die Aufmerksamkeit auf bestimmte Aufgaben oder Objekte zu lenken. Dabei können taktile Reize, etwa das Reichen eines Gegenstands oder sanfte Berührungen, das Verständnis fördern. Auch Augenkontakt und passende Mimik schaffen eine unterstützende Atmosphäre. Eine positive, entspannte und zugewandte Haltung wirkt sich spürbar auf das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz aus. Die Technik des „Centring“ – also die volle Konzentration auf den Moment und den Gegenüber – unterstützt eine achtsame, person-zentrierte Kommunikation. Aktives Zuhören, echtes Interesse und die genaue Beobachtung des Verhaltens helfen, relevante Informationen zu erfassen und angemessen zu reagieren. Wichtig ist auch, die individuellen nonverbalen Signale des Menschen mit Demenz richtig zu deuten, da diese oft sehr persönlich sind. Umgekehrt können unangemessene Reaktionen wie ein autoritärer Ton, mangelnde Aufmerksamkeit oder das Übergehen nonverbaler Signale zu negativen Emotionen wie Schmerz oder Traurigkeit führen – ohne dass diese wahrgenommen oder adressiert werden. Ebenfalls kann der Einsatz externer Hilfsmittel in der Kommunikation unterstützend sein. Visuelle Gedächtnisstützen, Erinnerungsalben und sogenannte „Patient*innenpässe“ mit Bildern und Texten können Menschen mit Demenz dabei helfen, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern und diese mitzuteilen. Sie fördern sinnvolle Gespräche und soziale Teilhabe. Bilder unterstützen auch das Verständnis von Fragen zu sozialen Vorlieben und Freizeitinteressen. Hilfsmittel

wie das „Conversation Starter Kit“ oder der „Serious Illness Conversation Guide“ bieten strukturierte Gesprächsleitfäden für die Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen. Sie helfen, Menschen mit Demenz stärker einzubeziehen, Gespräche gezielt zu führen und auf emotionale Reaktionen angemessen zu reagieren.

Pflegefachpersonen empfinden die Kommunikation mit Menschen mit Demenz oft als herausfordernd – unter anderem wegen Sprachstörungen, Gedächtnisproblemen und fehlender wechselseitiger Interaktion. Missverständnisse bei Kommunikationsversuchen können zu Verunsicherung, Angst und einem Mangel an Selbstvertrauen führen. Daher ist es wichtig, Räume für den Austausch zu schaffen und die psychosoziale Gesundheit der Fachpersonen zu unterstützen. Ein umfassendes Kommunikationstraining ist essenziell. Es sollten Techniken für den Umgang mit Menschen mit Demenz mit eingeschränkten sprachlichen Fähigkeiten und Strategien zur Burnout-Prävention vermittelt werden. Wissen über den Verlauf der Demenz kann eine einfühlsame und wirkungsvolle Kommunikation fördern. Zudem sollten Pflegefachpersonen darin gestärkt werden, auch spezialisierte Fragen rund um das Thema Demenz sicher beantworten zu können.

Eine wirkungsvolle Kommunikation mit Menschen mit Demenz erfordert ein tiefes Verständnis ihrer Biografie, Werte und Bedürfnisse. Die Kenntnis der Lebensgeschichte ermöglicht es Pflegefachpersonen Gespräche individuell zu gestalten, Pflege besser zu planen und vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen. Erinnerungsarbeit kann zusätzlich das emotionale Engagement der Menschen mit Demenz stärken. Ebenso wichtig ist es, die persönlichen Werte, Routinen und Sorgen der Menschen mit Demenz zu kennen, um eine auf sie individualisierte Versorgung sicherzustellen. Auch die Einbindung der Familie spielt eine zentrale Rolle. Angehörige sind oft wichtige Informationsquellen über Vorlieben und Gewohnheiten der Menschen mit Demenz. Sie wünschen sich regelmäßige Rückmeldungen zum Zustand ihrer Angehörigen sowie einen kontinuierlichen Austausch. Dabei kann die Beteiligung der Familie sowohl hilfreich als auch herausfordernd sein. Während ihre Anwesenheit die Kommunikation unterstützen kann, entstehen mitunter Spannungen oder Zurückhaltung bei der Pflegeplanung.

Der Pflegekontext beeinflusst die Kommunikationsmöglichkeiten maßgeblich. In Krankenhäusern, der stationären Langzeitpflege oder der häuslichen Pflege verhindern Zeitdruck und aufgabenorientierte Abläufe häufig tiefere Gespräche. Dennoch lassen sich alltägliche Routinen gezielt nutzen, um mit Menschen mit Demenz in Kontakt zu treten – etwa durch das Ansprechen mit Namen oder das Eingehen auf persönliche Vorlieben. Eine unterstützende Umgebung, etwa durch weniger Lärm oder private Räume, kann den Dialog zusätzlich fördern (Sunjaya et al. 2025).

In unterschiedlichen Studien wurden die Methode „Marte Meo Counseling (MMC)“ im Rahmen der Versorgung von Menschen mit Demenz untersucht.

Marte Meo ist eine Beratungs- bzw. Unterstützungsform, die ursprünglich entwickelt wurde, um Eltern von Kindern mit Autismus zu helfen. Die Methode verwendet Video-Feedback als indirekte Intervention, um die intuitive Kommunikationsfähigkeit von betreuenden Angehörigen im Umgang mit einer ihnen anvertrauten Person zu stärken. Im Zentrum der Marte Meo-Beratung steht die Analyse und (Mit-)Gestaltung von Dialogen, insbesondere der zugrunde liegenden Kommunikations- und Interaktionsprozesse (Alnes, Kirkevold und Skovdahl (2011)).

Im Rahmen einer quasi-experimentellen Studie haben Alnes, Kirkevold und Skovdahl (2011) untersucht, ob mittels der MMC Methode Veränderungen in der Interaktion zwischen Menschen mit Demenz und ihren Pflegefachpersonen der stationären Langzeitpflege identifiziert werden können. Die Teilnehmenden nahmen an verschiedenen Schulungseinheiten zur MMC

teil, die von einer/ einem zertifizierten MMC-Therapeut*in durchgeführt wurden. Während den Sitzungen wurde eine kurze Alltagssituation im Rahmen der Morgenpflege zwischen dem Menschen mit Demenz und einer Pflegefachperson videografiert. Anschließend analysierte die/der Therapeut*in die Videosequenzen und nutzte ausgewählte Ausschnitte zur Besprechung. Ziel war es, anhand konkreter Beispiele positive Kommunikations- und Interaktionsmuster sichtbar zu machen. Die Teilnehmenden hatten so die Möglichkeit, zentrale Aspekte gelungener Pflegeprozesse zu erkennen, zu reflektieren und gemeinsam zu diskutieren – etwa, wie ein guter Einstieg in die Morgenpflege gelingt oder wie sich das Eingehen auf die Perspektive des Menschen mit Demenz positiv auf den Ablauf auswirkt. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegefachpersonen, die an MMC teilgenommen hatten, in einem höheren Maße in der Lage waren, die Erbringung der Pflegeleistungen mit der Förderung positiver Interaktionen zu vereinbaren. Es konnten Hinweise auf eine steigende Anzahl an positiven Interaktionen und eine Reduktion unangemessener Interaktionen identifiziert werden. Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass MMC zur Verbesserung der Interaktionsqualität in der Pflege beitragen kann.

In einer weiteren qualitativen Studie von Alnes, Kirkevold und Skovdahl (2013) zum Einfluss des Lernklimas auf die Lernergebnisse der Marte-Meo-Beratung in der Demenzpflege kamen die Autor*innen zu dem Ergebnis, dass das Lernklima eine erhebliche Bedeutung für den wahrgenommenen Nutzen von MMC habe und von drei Bedingungen abhängt: (1) Der Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses hinsichtlich des Inhaltes und der Form von MMC, (2) der Sicherstellung, dass Mitarbeitende an MMC teilnehmen wollen und können sowie (3) der Gewährleistung, dass in der Pflegeeinheit Raum für Diskussionen und Interaktionen geschaffen wird.

In einer Mixed-Methods Pilotstudie wurde die Durchführbarkeit der Anwendung von MMC spezifisch bei Menschen mit der verhaltensvarianten frontotemporalen Demenz (bvFTD) und deren primären Pflegepersonen untersucht. Auch hier führte eine erfahrene Marte Meo-Therapeutin wöchentliche Einzelberatungen mit Menschen mit bvFTD und ihren pflegenden Angehörigen durch. In den Sitzungen wurden kurze Videoaufnahmen von Alltagssituationen gemacht und anschließend analysiert. Die analysierten Szenen wurden in der Beratung genutzt, um den Angehörigen zu zeigen, welche Kommunikationsmomente besonders gut funktionierten. Die Angehörigen lernten dadurch, ihre eigene Kommunikation bewusster wahrzunehmen und gezielt zu verbessern. Insgesamt zeigten die Ergebnisse, dass die Intervention klinisch signifikante Effekte auf den positiven Affekt der Menschen mit bvFTD sowie auf das Stresserleben der Pflegepersonen in Bezug auf herausforderndes Verhalten haben kann. Auch die Qualität der dyadischen Beziehung, die ausschließlich von den primären Bezugspersonen eingeschätzt wurde, zeigte klinisch bedeutsame Effekte. Darüber hinaus zeigte die Ergebnisse, dass die Angehörigen ihre persönlichen Ziele durch MMC erwartungsgemäß oder sogar über den Erwartungen erreichen konnten. Mit Blick auf die Prozessevaluation zeigten die Ergebnisse, dass die Beratung inhaltlich an die kommunikativen Anforderungen bei Menschen mit bvFTD angepasst werden musste. Eine emotionale Zurückhaltung in der Ansprache und die aktive Einbindung der Menschen mit bvFTD wurden dabei besonders hervorgehoben. Die Dauer der Intervention verlängerte sich teilweise, da emotionale oder organisatorische Schwierigkeiten auftraten. Als besonders wirksam erwiesen sich das Video-Feedback, um hilfreiche Kommunikationsmuster sichtbar zu machen sowie die aktive Auseinandersetzung der Bezugsperson mit der Erkrankung. Eine nachhaltige Wirkung erschien durch zwei zusätzliche Folgesitzungen wahrscheinlich (Berwig et al. 2020).

Im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie wurde die Kommunikationsstrategie „MESSAGE“ im Demenztraining für Pflegefachpersonen in der gemeindenahen (ambulant) Pflege evaluiert. Im Fokus steht dabei die Verbesserung des Wissens der Pflegefachpersonen über kommunikative Unterstützung bei Demenz sowie die Bereitschaft und person-zentrierten Haltung in der Versorgung von Menschen mit Demenz. Das Schulungsprogramm „MESSAGE-Kommunikationsstrategien bei Demenz“ vermittelt Pflegefachpersonen mithilfe eines multimedialen Formats praktische Strategien zur Verbesserung der Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Die Strategien zielen darauf ab, kognitiv-sprachliche Beeinträchtigungen zu kompensieren, zwischenmenschliche Aspekte der Kommunikation zu fördern und Gespräche aktiv in die Pflege zu integrieren. Beispielsweise helfen Techniken wie Wiederholen und Umformulieren bei Verständnisproblemen, während andere Strategien die Bedeutung der Beiträge von Menschen mit Demenz betonen und dabei unterstützen, deren Aussagen richtig zu deuten.

Insgesamt wurde das „MESSAGE“-Training von den Teilnehmenden sehr positiv aufgenommen. Es führte zu einer signifikanten Steigerung des Wissens, wobei der Wissenszuwachs über Kommunikationsstrategien auch längerfristig erhalten blieb. Mit Blick auf die Anwendung der Kommunikationsstrategien im Pflegealltag gaben alle Mitarbeitenden an, die Strategien in ihrem Berufsalltag umzusetzen. Positive Effekte zeigten sich ebenfalls auf die Selbstwirksamkeit und die Bereitschaft, Pflege zu leisten. Das Training stärkte das Vertrauen der Teilnehmenden in ihre Fähigkeit, Kommunikationssituationen mit Menschen mit Demenz erfolgreich zu meistern. Andere Aspekte der Pflegeerfahrung zeigten hingegen nicht die erwartete Veränderung. Zwar nahm die Belastung im Pflegealltag im Zeitverlauf ab, allerdings war diese statistisch nicht signifikant. Ähnlich verhielten sich die Einstellungen zur person-zentrierten Pflege. Trotz der Bedeutung von Kommunikation für die Umsetzung person-zentrierter Pflege zeigten sich keine signifikanten Veränderungen in den Einstellungen zu person-zentrierter Pflege oder in der Hoffnung auf positive Pflegeerfahrungen. Insgesamt bewerteten die Teilnehmenden das Training und dessen Inhalten durchgehend positiv. Sie bewerteten es als nützlich, praxisrelevant und bestätigend für ihren Lernprozess. Zudem förderte es das Verständnis für Kommunikation bei Demenz, vermittelte relevante und leicht anwendbare Strategien und stärkte das Selbstvertrauen im Umgang mit Menschen mit Demenz sowie in der kommunikativen Interaktion mit ihnen. Besonders hervorzuheben ist, dass das Personal das Training uneingeschränkt weiterempfehlen würde, was die hohe Akzeptanz bestätigt (Conway & Chenery 2016).

Person-zentrierung

In einer randomisierten kontrollierten Studie wurde das person-zentrierte „WHELD“-Programm für Menschen mit Demenz untersucht. Das „WHELD“-Programm implementiert eine multidimensionale Intervention in Pflegeheimen, die auf die Verbesserung der Pflegequalität durch person-zentrierte Ansätze abzielte. Es umfasst vier Hauptinterventionen: person-zentrierte Pflege, Überprüfung der antipsychotischen Medikation, Förderung sozialer Interaktionen und körperliche Bewegung. Die person-zentrierte Pflege fokussierte sich auf die Schulung des Pflegefachpersonals, um das Verständnis für Demenz und individuelle Bedürfnisse zu vertiefen und die Pflege durch eine ganzheitliche Betrachtung der Menschen mit Demenz zu optimieren. Dies beinhaltete die Berücksichtigung von Lebensgeschichten und die Förderung respektvoller Interaktionen. Die Überprüfung antipsychotischer Medikation zielte auf die regelmäßige, evidenzbasierte Überprüfung von Verschreibungen antipsychotischen Medikamenten ab. Die Intervention zur sozialen Interaktion förderte durch individuell angepasste Aktivitäten die sozialen Beziehungen zwischen den Menschen mit Demenz, dem Pflegefachpersonal und den Angehörigen, mit dem Ziel, das Wohlbefinden und die Lebensqualität zu steigern. Die

Bewegungsintervention konzentrierte sich auf die Förderung körperlicher Aktivität durch individuell zugeschnittene Programme, die Bewegung und Mobilität der Menschen mit Demenz verbesserten, um deren physische Gesundheit zu unterstützen.

Im Rahmen der Studie wurden in jedem Pflegeheim zwei leitende Pflegefachpersonen als sogenannte WHELD-Champions benannt. Diese erhielten über einen Zeitraum von vier Monaten eine vertiefende Schulung sowie weiterführendes Coaching, Supervision und regelmäßige Besprechungen mit den Forschenden. Die WHELD-Champions waren für die Umsetzung und Weiterverbreitung der Intervention in den jeweiligen Einrichtungen verantwortlich. Zusätzlich erhielten die verschreibenden Ärztinnen und Ärzte Informationsmaterialien zur Intervention.

Die WHELD-Intervention führte im Vergleich zur Standardbehandlung zu einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz. Zusätzlich zeigte sich ein positiver Effekt auf die Reduktion von Agitation sowie auf die allgemeinen neuropsychiatrischen Symptome. Die Verordnung von Antipsychotika blieb in beiden Gruppen über den Studienzeitraum stabil. Durch die Intervention kam es zu keiner Reduktion des Medikamentengebrauchs. Hinsichtlich weiterer sekundärer Outcomes – wie globalem Krankheitsverlauf, unerfüllten Bedürfnissen, Schmerz oder depressiver Symptomatik – konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen der WHELD- und der Kontrollgruppe (Standardbehandlung) festgestellt werden. Ein bedeutsamer Unterschied zeigte sich hingegen in der Qualität der pflegerischen Interaktion. In der WHELD-Gruppe nahm der Anteil positiver Pflegeinteraktionen deutlich stärker zu als in der Kontrollgruppe. Eine Subgruppenanalyse deutet darauf hin, dass insbesondere Menschen mit mittelschwerer Demenz in besonderem Maße von der Intervention profitierten. Bei leichter oder sehr fortgeschrittener Demenz waren die Effekte auf die Lebensqualität weniger deutlich. In Bezug auf die Häufigkeit schwerwiegender unerwünschte Ereignisse oder der Mortalität konnte zwischen den beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied festgestellt werden (Ballard et al. 2018).

In einer weiteren randomisierten kontrollierten Studie wurde das WHELD Programm digitalisiert und optimiert. Das WHELD-Digitalprogramm (eWHELD) besteht aus fünf interaktiven, multimedialen Online-Lernmodulen. Die Module beinhalteten interaktive Aufgaben, Videos, Rollenspiel-Herausforderungen, zusätzliche ausdruckbare Materialien (Toolkits) sowie Freitextfelder, in denen die Teilnehmenden eigene Kommentare und Reflexionen festhalten konnten. Der Zugang zu den Modulen war jederzeit möglich und die Teilnehmenden wurden dazu ermutigt, etwa ein Modul pro Woche zu absolvieren – mit der Flexibilität, das gesamte Programm innerhalb von acht Wochen während der regulären Arbeitszeit zu durchlaufen. Die Teilnehmende erhielten zusätzlich zum Online-Programm eine zweiwöchentliche begleitende Betreuung („Coaching“) durch eine*n Forschungstherapeut*in via Videokonferenz oder Telefon. Das eWHELD-Coaching umfasste die Motivation, Ermutigung und Unterstützung der Teilnehmenden beim Fortschritt im digitalen Lernprogramm, das Monitoring individueller Erfahrungen und eine Anpassung der Unterstützung an die jeweiligen Fähigkeiten der Pflegefachpersonen sowie die Förderung der Umsetzung person-zentrierter Pflege durch gezielte Hinweise auf passende Methoden innerhalb des Programms.

Im Verlauf der zweimonatigen Intervention zeigte sich bei Pflegefachpersonen, die das digitale eWHELD-Training mit begleitendem Coaching erhielten, eine signifikant positivere Haltung gegenüber der Pflege von Menschen mit Demenz. Hinsichtlich des Wissens über Demenz bestanden keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Bei den Bewohner*innen führte die Kombination aus digitalem Training und Coaching zu signifikant besseren Ergebnissen hinsichtlich Wohlbefinden und positiver Aktivitätsteilnahme im Vergleich zur reinen eLearning-Gruppe. Diese Ergebnisse unterstreichen die Relevanz von zusätzlicher individueller

Unterstützung für eine wirksame Umsetzung digitaler Schulungskonzepte in der Langzeitpflege (McDermid et al. 2022).

In einer sekundären Datenanalyse wurde mithilfe von vier verschiedenen Analysemethoden Veränderungen in der Kommunikation von Pflegepersonal mit Menschen mit Demenz nach der Schulung „Changing Talk“ (CHAT) bewertet (Williams et al. 2018). Die CHAT-Intervention wurde entwickelt, um Elderspeak im Pflegeheim zu reduzieren und person-zentrierte Kommunikation zu fördern. In drei einstündigen Gruppensitzungen lernen Pflegepersonen, problematische Kommunikation zu erkennen und durch respektvolle, individuelle Sprache zu ersetzen. Frühere Studien zeigten, dass CHAT Elderspeak deutlich verringert, die zwischenmenschliche Kommunikation erhöht und die Kommunikation als respektvoller, weniger kontrollierend und fürsorglicher wahrgenommen wird (Williams 2006, Williams et al. 2003, Williams et al. 2005). Aufbauend auf den Ergebnissen der randomisierten kontrollierten Studie von Williams et al. (2016) wurden in der sekundären Analyse weitere Veränderungen in der Kommunikation identifiziert.

Es kamen vier unterschiedliche Methoden zur Analyse von Kommunikation zum Einsatz. Die computerunterstützte Verhaltensanalyse von "Elderspeak" erfasst sowohl verbale als auch nonverbale Merkmale. Ergänzend dazu konzentriert sich die psycholinguistische Analyse von Elderspeak auf zwei zentrale sprachliche Kennzeichen: die Verwendung von Koseformen sowie den Gebrauch kollektiver Pronomen anstelle individueller Anredeformen. Die Inhaltsanalyse von Kommunikationsthemen bewertet die Gesprächsinhalte im Hinblick auf ihre thematische Ausrichtung – ob diese eher aufgabenbezogen, person-zentriert oder oberflächlich sind. Schließlich untersucht die Analyse des emotionalen Tons den affektiven Charakter der Kommunikation, insbesondere im Hinblick darauf, ob sie als kontrollierend oder person-zentriert wahrgenommen wird.

Insgesamt zeigte sich in mehreren Bereichen positive Veränderungen in der Verbesserung der Kommunikation von Pflegefachpersonen mit Menschen mit Demenz. Die umfassendste Veränderung wurde mithilfe der Verhaltensanalyse festgestellt. Die Nutzung von „Elderspeak“ ging nach der Schulung signifikant zurück und blieb auch in der Nachuntersuchung reduziert. Auch in der psycholinguistischen Analyse zeigte sich eine Reduktion bestimmter sprachlicher Merkmale von Elderspeak, insbesondere der Gebrauch von Koseformen nahm direkt nach der Schulung deutlich ab. Dieser Effekt war in der Nachuntersuchung jedoch nicht mehr statistisch signifikant, was auf einen möglichen Nachlass der Wirkung im Zeitverlauf hindeutet. Die Verwendung kollektiver Pronomen nahm ebenfalls ab, allerdings ohne statistische Signifikanz. Dies könnte unter anderem damit erklärt werden, dass diese Merkmale bereits zu Beginn relativ selten auftraten und somit weniger Spielraum für Veränderung bestand. Die Inhaltsanalyse der Kommunikationsthemen ergab leichte Verschiebungen in Richtung einer person-zentrierteren Gesprächsführung. So nahm aufgabenorientierte Kommunikation ab, während person-zentrierte Themen häufiger angesprochen wurden. Allerdings waren diese Veränderungen statistisch nicht signifikant. In der Analyse des emotionalen Tons der Kommunikation zeigten sich ähnliche Trends: Ein kontrollierender Tonfall wurde nach der Schulung seltener verwendet, während ein person-zentrierter Ton leicht zunahm. Auch diese Ergebnisse blieben jedoch unterhalb der Schwelle statistischer Signifikanz.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass insbesondere auf Verhaltensebene ein deutlicher Rückgang herablassender Kommunikationsmuster nachweisbar war, während Veränderungen in sprachlichen Feinmerkmalen und im emotionalen Ton eher moderat ausfielen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Schulungen zur person-zentrierten Kommunikation wirksam sein können, jedoch möglicherweise durch regelmäßige Auffrischungen ergänzt werden sollten, um langfristige Effekte zu sichern (Williams et al. 2018).

In einer weiteren quasi-experimentellen Studie wurden eine Schulung des Pflegefachpersonals basierend auf person-zentrierter Pflege und Dementia Care Mapping und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz eines Pflegeheims untersucht. Das Schulungsprogramm wurde in drei Runden durchgeführt. Inhalte waren Grundlagen zu Demenz, person-zentrierter Pflege und konkrete Interaktionsstrategien, insbesondere im Umgang mit herausforderndem Verhalten. Anschließend wurden die Ergebnisse des Dementia Care Mapping vorgestellt und in Gruppendiskussionen gemeinsam reflektiert. Ziel war es, das Verhalten von Menschen mit Demenz besser zu verstehen, den respektvollen Umgang zu fördern und die Pflegepraxis zu verbessern.

Die Ergebnisse zeigten nach der Schulung positive Veränderungen seitens der Bewohner*innen mit Demenz. Nach der Schulung wurde bei mehr als der Hälfte der Menschen mit Demenz ein Anstieg des individuellen Wohlbefindens festgestellt wurde. Außerdem zeigten die Bewohner*innen nach der Schulung deutlich mehr soziale Interaktionen. Je stärker die Interaktion mit anderen zunahm, desto mehr verbesserte sich auch ihr Wohlbefinden. Umgekehrt war ein Rückgang der Interaktion mit einem Rückgang des Wohlbefindens verbunden.

Die Autor*innen betonen im Zusammenhang mit den genannten Ergebnisse die Bedeutung gezielter Schulungsmaßnahmen für Pflegefachpersonen, um eine empathischere und bedürfnisorientierte Betreuung zu ermöglichen (Yasuda & Sakakibarsa 2016).

3.3.8. Evaluation

Das Kapitel Evaluation beinhaltet drei verschiedene thematische Bereiche. Zunächst werden einige Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumente zur Erfassung von Lebensqualität der Menschen mit Demenz beschrieben. Anschließend werden Beobachtungsinstrumente zu den Themen Emotion und Engagement dargestellt, bevor zuletzt einige Instrumente zur Reflexion pflegerischen Handelns im Kontext professioneller pflegerischer Leistungen im Pflegeprozess vorgestellt werden.

Dabei wurde keine Evidenzsynthese durchgeführt, sondern die Suche und Auswahl relevanter Literatur erfolgte im Rahmen fokussierter Literaturrecherchen. Es wurden zudem ausschließlich Instrumente eingeschlossen, die spezifisch Menschen mit Demenz fokussieren.

Lebensqualität

Im Rahmen von vier systematischen Übersichtsarbeiten (Burks et al. 2021, Pachana et al. 2021, Bowling et al. 2015, Ready & Ott 2003) wurden verschiedene Instrumente zur Messung der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz identifiziert. Die Instrumente werden in Tabelle 16 zusammenfassend dargestellt und nachfolgend kurz vorgestellt.

Instrument	Zielgruppe	Anzahl der Items/ Subskalen	deutsche validierte Version
Activity and Affect Indicators of QoL (QoL)	Personen mit leichter bis schwerer Demenz	21 Items Aktivitäten von einfach bis komplex Affekt von positiv bis negativ	nein
Alzheimer Disease Related Quality of Life (ADRQL)	Personen mit leichter bis schwerer Demenz	40 Items soziale Interaktion, Selbstwahrnehmung, Stimmung, Aktivitätsfreude, Reaktion auf die Umgebung	nein
Bath Assessment of Subjective Quality of Life in Dementia (BASQID)	Personen mit leichter bis mittelschwerer Demenz	14 Items Lebenszufriedenheit Lebensqualität	Übersetzung liegt vor – keine Validierung
The Cornell-Brown Scale for Quality of Life in Dementia (CBS)	Personen mit leichter bis mittelschwerer Demenz	19 Items positive Affekte, körperliches und psychisches Wohlbefinden, Selbstwertgefühl, relatives Fehlen negativer Erfahrungen und Emotionen	nein
Dementia Care Mapping (DCM)	Personen mit leichter bis schwerer Demenz	Behaviour Category Coding (BCC): 23 Verhaltenskategorien Wohlbefindens-Wert (WIB)	ja
Dementia Quality of Life Instrument (DQI)	Personen mit leichter bis mittelschwerer Demenz	29 Items körperliche Gesundheit, Selbstversorgung, Gedächtnis, Sozialleben, Stimmung, Orientierung	nein
Dementia Quality of life (DQoL)	Personen mit leichter bis mittelschwerer Demenz	30 Items Ästhetik, positive Affekte, Abwesenheit negativer Affekte, Gefühl der Zugehörigkeit, Selbstwirksamkeit	nein
Dementia Quality of Life questionnaire (DEMQOL)	Personen mit leichter bis mittelschwerer Demenz	38 (31) Items emotionale Befindlichkeit, Gedächtnis und Alltagskompetenz, soziale Beziehungen, Selbstbild und Selbstwertgefühl, körperliches Wohlbefinden	ja
Dementia Quality of Life questionnaire-proxy (DEMQOL-proxy)	Personen mit leichter bis mittelschwerer Demenz		
Dementia specific quality of life instrument (QUALIDEM)	Personen mit leichter bis schwerer Demenz	37 (18) Items Beziehungen zur Pflege, positiver Affekt, negativer Affekt, unruhiges, angespanntes Verhalten, positives Selbstbild, soziale Beziehungen, soziale Isolation, sich zu Hause fühlen, etwas zu tun haben	ja

Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker (H.I.L.D.E.)	Personen mit leichter bis schwerer Demenz	48 Items medizinischer Status und Schmerzerleben, räumliche Umwelt, Aktivitäten, das soziale Bezugssystem (positive und negative soziale Kontakte), Emotionalität, Zufriedenheit	ja
Psychological Well-Being in Cognitively Impaired Persons (PWL-CIP)	Personen mit leichter bis schwerer Demenz	11 Items positive und negative Affektzustände, Interaktion	nein
Quality of life in Alzheimer Disease (QOL-AD)	Personen mit leichter bis schwerer Demenz	13 Items Verhaltenskompetenz zwischenmenschliches Umfeld, psychisches Wohlbefinden, körperliche Funktionsfähigkeit	ja
Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale (QUALID)	Personen mit schwerer Demenz	11 Items Affektiver Zustand, Verhaltensweisen, die auf Wohlbefinden hindeuten, Beteiligung an grundlegenden Aktivitäten des Lebens, die von den sozialen Normen als wichtig angesehen werden	ja

Tabelle 16: Instrumente zur Messung der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz

Activity and Affect Indicators of Quality of Life (QoL)

Activity and Affect Indicators of QoL (QoL) ist ein Instrument zur Messung der Lebensqualität und bewertet spezifisch die Bereiche Aktivität und Affekt. Das Instrument wird von einer Bezugsperson – Angehörige oder Pflegefachperson – ausgefüllt. Die Dimensionen sind verhaltensbezogen und dienen als Indikatoren für die subjektiven, inneren Zustände der Menschen mit Demenz. Es ist für Menschen mit verschiedenen Schweregraden der Demenz geeignet und kann sowohl in der stationären Langzeitpflege als auch in der häuslichen Pflege angewendet werden. Der Aspekt der Aktivität umfasst fünfzehn Items, die einfache bis komplexe Aktivitäten sowohl im Innen- als auch Außenbereich abdecken. Dabei wird die Häufigkeit der Aktivitäten gemessen und die Werte summiert. Der Affekt wird anhand von sechs Gefühlen (Freude, Ärger, Angst, Depression, Interesse, Zufriedenheit) beurteilt, die mittels Körper- und Gesichtsausdruck gemessen werden. Die Items werden auf einer 5-Punkte-Skala hinsichtlich ihrer Häufigkeit bewertet. Das Instrument zeigt gute Reliabilität und akzeptable Validität. Die Aktivitätsmaße korrelieren mit dem Demenzgrad, während die Affektmaße uneinheitliche Zusammenhänge zeigen. Auch stimmten die Bewertungen der Lebensqualität durch Familienangehörige und professionellen Pflegefachpersonen weitestgehend überein. Zusammenfassend erlaubt der QoL-Gesamtwert eine eingeschränkte, aber verlässliche Erfassung der Lebensqualität auf Basis von Aktivität und Affekt (Albert et al. 1996).

Eine offiziell validierte deutsche Version liegt aktuell nicht vor.

Alzheimer Disease Related Quality of Life (ADRQL)

Das Alzheimer Disease Related Quality of Life (ADRQL) ist ein beobachtungsbasiertes Instrument zur Messung der Lebensqualität von Menschen mit Alzheimer-Demenz. Es misst fünf Dimensionen: soziale Interaktion, Selbstwahrnehmung, Stimmung, Aktivitätsfreude und Reaktion auf die Umgebung. Das Instrument wird von Pflegefachpersonen oder nahestehenden Angehörigen ausgefüllt, die das Verhalten und Befinden des Menschen mit Demenz

beobachten und beurteilen. Die ursprüngliche Version beinhaltet 47 Items, nach einer Überarbeitung wird von den Autor*innen die aktualisierte Version mit 40 Items empfohlen. In Bezug auf die psychometrischen Eigenschaften konnten die Validität und Reliabilität des ADRQL zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Menschen mit Alzheimer in unterschiedlichen Versorgungskontexten – stationäre Langzeitpflege, ambulante Pflege, betreutes Wohnen – bestätigt werden. Die Ergebnisse zeigen eine gute Differenzierungsfähigkeit des Instruments hinsichtlich kognitiver und funktioneller Einschränkungen sowie Verhaltenssymp-tomen (Kasper et al. 2009).

Eine offiziell validierte deutsche Version liegt aktuell nicht vor.

Bath Assessment of Subjective Quality of Life in Dementia (BASQID)

Das Bath Assessment of Subjective Quality of Life in Dementia (BASQID) ist ein Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz. Es wurde für Menschen mit einem MMST-Wert von zwölf oder höher entwickelt. Die Erhebung erfolgt im Rahmen eines Interviews, bei dem die Fragen sowohl mündlich als auch visuell formuliert werden. Das BASQID beinhaltet 14 Items und verwendet zwei unterschiedliche 5-Punkte-Likertskalen. Es kann entweder als Gesamtskala ausgewertet oder in zwei Subskalen unterteilt werden, die die Bereiche Lebenszufriedenheit und positive Lebensqualität abbilden. Zusätzlich enthält das Instrument drei ergänzende Fragen, die eine subjektive Einschätzung der allgemeinen Lebensqualität, der Gesundheit und der Gedächtnisleistung erfassen. Die Zusatzfragen sollten gesondert ausgewertet werden. Das BASQID zeigt gute psychometrische Eigenschaften mit hoher interner Konsistenz und akzeptabler Test-Retest-Reliabilität. Es ist unabhängig vom kognitiven Status, aber sensibel für depressive Symptome. Die Konstruktvalidität konnte ebenfalls bestätigt werden (Trigg et al. 2007).

Das BASQID wurde in die deutsche Sprache übersetzt, wobei eine Validierung bislang nicht erfolgt ist. Es liegt ein Benutzerhandbuch zur Anwendung der deutschsprachigen Version vor (Dichter et al. 2020).

Cornell-Brown Scale for Quality of Life in Dementia (CBS)

Die Cornell-Brown Scale for Quality of Life in Dementia (CBS) ermöglicht eine Einschätzung der Lebensqualität bei Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz der ambulanten Pflege. Sie basiert auf der Annahme, dass eine hohe Lebensqualität durch positiven Affekt, körperliches und psychisches Wohlbefinden, Selbstwertgefühl sowie das relative Fehlen negativer Erfahrungen und Emotionen gekennzeichnet ist. Die CBS beinhaltet 19 Items, die anhand einer 5-Punkte-Skala bewertet werden – von -2 (negatives Extrem) bis +2 (positives Extrem). Der Gesamtscores der CBS kann zwischen -38 und +38 liegen. Je negativer der Score, desto schlechter wird die Lebensqualität eingeschätzt. Positive Werte hingegen entstehen, wenn positive Einschätzungen überwiegen und stehen für eine höhere wahrgenommene Lebensqualität. Die CBS weist gute psychometrische Eigenschaften auf. Sie zeigt eine hohe interne Konsistenz und Interrater-Reliabilität. Die Kriteriumsvalidität wird durch signifikante Zusammenhänge mit subjektiven Stimmungseinschätzungen und dem Demenzschweregrad gestützt (Ready et al. 2002).

Dementia Care Mapping (DCM)

Dementia Care Mapping (DCM) ist ein Beobachtungsinstrument, das sowohl zur Entwicklung person-zentrierter Pflegemaßnahmen als auch in der Lebensqualitätsforschung eingesetzt

wird (Brooker et al. 2005). Es verfolgt das Ziel, die Pflegeerfahrungen von Menschen mit Demenz in Pflegeeinrichtungen zu erfassen und zu analysieren. Das Verfahren basiert auf strukturierten Beobachtungen des Verhaltens und des Wohlbefindens der Menschen mit Demenz sowie auf der Bewertung der Qualität der Interaktionen zwischen den Pflegefachpersonen und den Menschen mit Demenz sowie der durchgeführten Pflegehandlungen. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen als Grundlage für die Planung und Optimierung person-zentrierter Pflege. DCM wird seit über 20 Jahren in Pflegeeinrichtungen eingesetzt, um die Anwendung person-zentrierter Pflege für Menschen mit Demenz zu verbessern (Barbosa et al. 2017). DCM wird von speziell geschulten Personen durchgeführt, die als „Mapper“ bezeichnet werden. Um ein Mapper zu werden, ist die Teilnahme an einem standardisierten, 4-tägigen Kurs erforderlich, der von lizenzierten DCM-Ausbilder*innen angeboten wird. Der Kurs beinhaltet eine Kompetenzbewertung im Umgang mit dem Instrument. Die Anwendung von DCM in der Praxis umfasst einen fünfstufigen Prozess, der Folgendes umfasst: Die Mapper informieren das Pflegefachpersonal in der Einrichtung über den Ablauf und die Ziele des Prozesses. Das „Mapping“ selbst ist der Prozess der Beobachtung und strukturierten Datensammlung. In der anschließenden Datenanalyse erstellen die „Mapper“ Zusammenfassungen der gesammelten Daten, die anschließend mit den Teams geteilt werden. Im Feedback-Schritt werden ausgewählte Ergebnisse des „Mappings“ an das Pflegefachpersonal und die Angehörigen zurückgegeben, um ein Bild von guter Praxis sowie möglichen Entwicklungsbereichen zu vermitteln. Schließlich folgt die Aktionsplanung, bei der das Pflegeteam gemeinsam mit den „Mappern“ individuelle und teambezogene Aktionspläne zur Umsetzung entwickelt (Brooker et al. 2005, Surr et al. 2021).

Die psychometrischen Eigenschaften von DCM wurden in mehreren Studien untersucht, um die Zuverlässigkeit und Validität des Instruments zu bewerten. DCM zeigt eine hohe Interrater-Reliabilität. In Bezug auf die Validität weist DCM eine gute Konstrukt- und Kriteriumsvalidität auf, da es die Pflegequalität zuverlässig misst und eng mit anderen etablierten Instrumenten korreliert. Zudem wird die Inhaltsvalidität als hoch eingeschätzt, da DCM relevante Dimensionen der Pflegequalität abdeckt (Brooker et al. 1998, Cooke & Chaudhury 2013).

In mehreren randomisierten kontrollierten Studien wurde die Wirksamkeit von DCM zur Verbesserung der person-zentrierten Pflege für Menschen mit Demenz in Pflegeheimen untersucht. So zeigen einige Ergebnisse positive Effekte von DCM auf Agitation und Stürze (Chenoweth et al. 2009) sowie auf neuropsychiatrische Symptome (Rokstad et al. 2013). Eine weitere randomisierte kontrollierte Studie zeigte jedoch keinen Vorteil von DCM gegenüber der üblichen Pflege hinsichtlich der Agitation bei Menschen mit Demenz, obwohl Verbesserungen in der Qualität der Interaktionen zwischen den Menschen mit Demenz und den Pflegefachpersonen festgestellt wurden (van de Ven et al. 2013). Eine quasi-experimentelle Studie aus dem deutschen Kontext fand ebenfalls keine Vorteile von DCM hinsichtlich der Lebensqualität oder der Reduktion von herausfordernden Verhaltensweisen (Dichter et al. 2015).

Dementia Quality of Life Instrument (DQI)

Das Dementia Quality of Life Instrument (DQI) ist ein Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz der ambulanten Pflege. Das DQI beinhaltet sechs – ursprünglich fünf – gesundheitsrelevante Domänen (körperliche Gesundheit, Selbstversorgung, Gedächtnis, Sozialleben, Stimmung und Orientierung). Jeder Bereich wird in drei Schweregraden bewertet (keine, einige oder starke Probleme), was insgesamt 729 verschiedene Optionen ergibt, um den Status des Menschen mit Demenz einschätzen zu können (Arons et al. 2016). Ergebnisse zur psychometrischen Analyse liegen aktuell nur für den Prototypen mit fünf Dimensionen vor. Das DQI zeigt gute

psychometrische Eigenschaften. Es weist eine hohe Inhalts- und Konstruktvalidität auf, da es relevante demenzspezifische Aspekte der Lebensqualität erfasst und sich klar vom generischen EQ-5D abgrenzt. Die einzelnen Domänen erfassen unterschiedliche, aber relevante Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Demenz. Auch die Reliabilität wurde in der Studie zum Prototypen des Instruments bestätigt und die hohe Anwendbarkeit zeigt, dass das Instrument gut von den Menschen mit Demenz und Pflegefachpersonen ausgefüllt werden kann (Schölzel-Dorenbos et al. 2012). Eine Beurteilung der psychometrischen Eigenschaften des finalen Instruments mit sechs Domänen liegt aktuell nicht vor.

Bislang liegt keine standardisierte und validierte deutsche Übersetzung des DQI vor.

Dementia Quality of life (DQoL)

Das Dementia Quality of life (DQoL) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument für Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz (MMSE-Werte ab 13). Es umfasst 29 Items, die sich auf fünf Lebensqualitäts-Domänen beziehen: Selbstwertgefühl, positive Stimmung, negative Stimmung, Gefühl der Zugehörigkeit und Sinn für Ästhetik. Die Antwortmöglichkeiten reichen von 1 = nie bis 5 = sehr oft. Zusätzlich enthält das DQoL ein letztes, nicht bewertetes Item, bei dem die Teilnehmenden ihre allgemeine Lebensqualität als ausgezeichnet, sehr gut, gut, mittelmäßig oder schlecht einschätzen sollen. Es liegt ausreichende Evidenz für die interne Konsistenz der einzelnen Subskalen vor ebenso für die Test-Retest-Reliabilität. Hinweise auf die Validität ergeben sich aus signifikanten Korrelationen zwischen Lebensqualität, des Wohlbefindens sowie der Depressivität (Brod et al. 1999). Die Anwendung des DQoL in Langzeitpflegeeinrichtungen bestätigte die interne Konsistenz des Instruments für vier Subskalen – positive und negative Stimmung, Selbstwertgefühl und Sinn für Ästhetik. Zudem wurde die Validität erneut durch signifikante Zusammenhänge mit anderen Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität belegt (Sloane et al. 2005).

Der DQoL wurde in die deutsche Sprache übersetzt und zeigt eine gute Zuverlässigkeit bei der Messung emotionaler Bereiche wie positive und negative Stimmung, während die Skalen zur Ästhetik, Selbstwertgefühl und Gefühl der Zugehörigkeit nur eine moderate interne Konsistenz aufweisen. Die Validität des DQoL ist teilweise gegeben. Es bestehen moderate Korrelationen mit etablierten Instrumenten zur Lebensqualität, jedoch kaum Zusammenhänge mit Fremdbewertungen durch Betreuungspersonen oder kognitiven Tests. Zudem erfasst das Instrument nicht die grundlegenden Bedürfnisse wie Gesundheit oder Sicherheit und berücksichtigt auch soziale Kontakte sowie Freude an Aktivitäten nur unvollständig. Insgesamt weist auch die Faktorenanalyse auf strukturelle Schwächen des Instruments hin. Vor diesem Hintergrund betonen die Autor*innen, dass das DQoL insgesamt Potenzial hat, benötigt aber weitere Verbesserungen, um seine psychometrische Qualität und inhaltliche Validität zu stärken (Voigt-Radloff et al. 2012).

Dementia Quality of Life questionnaire (DEMQOL)

Der Dementia Quality of Life Questionnaire (DEMQOL) ist ein Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz. Ziel des Fragebogens ist es, die Auswirkungen der Demenz auf verschiedene Lebensbereiche zu erfassen und dadurch sowohl individuelle Behandlungsansätze zu unterstützen als auch die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen zu evaluieren. Der DEMQOL liegt in zwei Versionen vor: Die Selbstberichtsversion (DEMQOL) richtet sich an Menschen mit Demenz, die noch in der Lage sind, selbst verlässliche Angaben zu machen. Die Fremdberichtsversion (DEMQOL-Proxy) wird von einer vertrauten Bezugsperson (z. B. pflegende Angehörige oder

Betreuungspersonal) ausgefüllt und dient insbesondere der Beurteilung der Lebensqualität bei fortgeschrittenen kognitiven Einschränkungen. Die Selbstberichtsversion umfasst 28 Items, während die Proxy-Version 31 Items enthält. Die Items decken fünf inhaltliche Dimensionen ab: emotionale Befindlichkeit, Gedächtnis und Alltagskompetenz, soziale Beziehungen, Selbstbild und Selbstwertgefühl sowie körperliches Wohlbefinden. Die Antworten erfolgen auf einer vierstufigen Likert-Skala, wobei höhere Summenwerte eine höhere wahrgenommene Lebensqualität anzeigen. Die Skala beinhaltet zusätzlich einen allgemeinen Lebensqualitäts-Item (Item 29 bzw. 32). Die Bearbeitungszeit beträgt in der Regel zehn bis 15 Minuten. Die psychometrische Bewertung zeigt insgesamt gute bis akzeptable Zuverlässigkeit und Gültigkeit. Einige Skalen weisen jedoch eine schwächere interne Konsistenz oder eine unklare Faktorstruktur auf. Die Korrelationen mit anderen Messinstrumenten zur Lebensqualität sind meist moderat, was auf eine sinnvolle, aber nicht vollständige Übereinstimmung hinweist. Besonders bei Bewertungen von Pflegefachpersonen und bei schweren Krankheitsverläufen sind die Ergebnisse weniger stabil (Smith et al. 2007).

Sowohl für den DEMQOL als auch den DEMQOL-Proxy liegen jeweils Versionen in der deutschen Sprache vor. Die psychometrischen Ergebnisse der deutschen Version des DEMQOL zeigen eine insgesamt hohe Zuverlässigkeit. Sowohl die Selbst- als auch die Fremdbereichsversion zeigen eine stabile interne Konsistenz. Die Skalenstruktur ist konsistent und theoretisch fundiert, was die Validität unterstützt. Allerdings sind Daten zur Test-Retest- und Interrater-Reliabilität bisher begrenzt. Bei der Selbstberichtsversion gibt es teils eine Tendenz zu sehr positiven Bewertungen, besonders bei stärker kognitiv eingeschränkten Menschen (Schwab et al. 2018).

Dementia specific quality of life instrument (QUALIDEM)

Das Dementia specific quality of life instrument (QUALIDEM) ist ein demenzspezifisches Instrument zur Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz, das vor allem in stationären Langzeiteinrichtungen Verwendung findet. Es gibt zwei Versionen des QUALIDEM. Die Version für Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz beinhaltet 37 Items, die in neun Subskalen unterteilt ist: Pflegebeziehung, Positiver Affekt, Negativer Affekt, Unruhiges, angespanntes Verhalten, Positives Selbstbild, Soziale Beziehungen, Soziale Isolation, Sich zu Hause fühlen und Etwas zu tun haben. Für Menschen mit schwerer Demenz wurde eine gekürzte Version mit 18 Items in sechs Subskalen entwickelt, die stärker auf beobachtbare Verhaltensaspekte fokussiert. Die Subskalen positives Selbstbild, sich zu Hause fühlen und etwas zu tun haben werden nicht berücksichtigt. Die Einschätzung der Items basiert auf den Beobachtungen der Pflegefachpersonen in den zwei Wochen vor dem Bewertungszeitpunkt. Die Items werden jeweils auf einer vierstufigen Likert-Skala bewertet, die von „nie“ bis „oft“ reicht. Höhere Werte weisen auf eine bessere Lebensqualität hin (Ettema et al. 2007a, Ettema et al. 2007b, Hüsken et al. 2019, Dichter et al. 2016).

In mehreren Studien wurden die psychometrischen Eigenschaften umfassend geprüft. Die Ergebnisse zeigen, dass die meisten Subskalen eine gute Skalierbarkeit aufweisen, insbesondere bei Menschen mit leichter bis schwerer Demenz. Auch bei Menschen mit sehr schwerer Demenz können mehrere Subskalen sinnvoll eingesetzt werden, wobei einige Bereiche wie soziale Beziehungen oder negative Stimmung Einschränkungen aufweisen. Die interne Konsistenz des Instruments ist insgesamt zufriedenstellend bis gut, wobei bei Menschen mit sehr schwerer Demenz einige Skalen ebenfalls zuverlässig sind, jedoch nicht immer den höchsten Anforderungen an die interne Konsistenz entsprechen. Die inhaltliche, konstrukt und konkurrente Validität des QUALIDEM wurde umfassend nachgewiesen. Die Ergebnisse belegen,

dass das Instrument besonders im professionellen Pflegekontext zuverlässig die Lebensqualität misst (Ettema et al. 2007a, Ettema et al. 2007b, Arons et al. 2018, Bouman et al. 2011).

Das QUALIDEM wurde ins Deutsche übersetzt und bereits in mehreren Studien hinsichtlich seiner psychometrischen Eigenschaften geprüft. Die interne Konsistenz ist bei den Subskalen Pflegebeziehung, Positiver Affekt und Negativer Affekt zufriedenstellend, während andere Subskalen nur moderate Werte erreichen. Zudem gibt es Hinweise, dass einige Items zu leicht sind und überarbeitet oder reduziert werden sollten, um die Praktikabilität des Instruments zu erhöhen. Die Intra-Rater-Reliabilität ist für alle Subskalen stark ausgeprägt. Die Inter-Rater-Reliabilität hingegen ist häufig unzureichend. Erste Hinweise auf diskriminante und konvergente Validität liegen vor, jedoch sind weitere Untersuchungen notwendig, um die strukturelle und Konstruktvalidität umfassend zu bestätigen (Hüsken et al. 2019, Dichter et al. 2014, Dichter et al. 2013). Für die deutschsprachige Version 2.0 liegt ein Benutzerhandbuch zur Anwendung des Instruments vor (Dichter et al. 2016).

Quality of Life-Alzheimer Disease Scale (QoL-AD)

Die Quality of Life-Alzheimer Disease Scale (QoL-AD) ist ein international häufig eingesetztes Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz. Sie umfasst 13 Items, die anhand einer Vier-Punkte-Skala beantwortet werden. Das Instrument kann sowohl mit dem Menschen mit Alzheimer selbst (QoL-AD self) als auch mit einer nahestehenden Bezugsperson (QoL-AD proxy) angewendet werden. Bei der Fremdbewertung wird die Lebensqualität des Menschen mit Demenz von einer anderen Person eingeschätzt, wobei zwei Perspektiven unterschieden werden: die „proxy-proxy“-Perspektive (Bewertung aus eigener Sicht der bewertenden Person) und die „proxy-person“-Perspektive (Bewertung, wie der Mensch mit Demenz sich selbst sehen würde). Beide Perspektiven sind geeignet, jedoch wird in Studien meist nicht klar angegeben, welche genutzt wird. Die Fragen und Antwortmöglichkeiten des QoL-AD self wurden in einfacher Sprache formuliert, damit das Instrument auch bei Menschen mit fortschreitenden kognitiven Einschränkungen anwendbar ist. Die Angehörige bzw. Bezugsperson füllt den gleichen Fragebogen eigenständig und unabhängig vom Interview mit dem Menschen mit Alzheimer aus (Logsdon et al. 1999, Pickard et al. 2005). Neben der beschriebenen 13 Item-Version des QoL-AD liegt eine weitere 15 Item-Version vor, die für den Einsatz in der stationären Altenpflege entwickelt wurde (Edelman et al. 2005).

Die deutschsprachige Version des QoL-AD self weist eine gute interne Konsistenz sowie eine hohe Test-Retest-Reliabilität auf. Im Rahmen der Prüfung der Konstruktvalidität zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang mit einem anderen etablierten Instrument zur Erfassung der Lebensqualität – die QoL-AD NH (Stypa et al. 2020).

Die Ergebnisse zum deutschsprachigen QoL-AD proxy Instrument zeigen, mit Blick auf die Interrater-Reliabilität eine moderate Übereinstimmung für die QoL-AD basierend auf der „proxy-proxy“-Perspektive und eine unzureichende Übereinstimmung für die QoL-AD NH basierend auf der „proxy-person“-Perspektive (Dichter et al. 2018). Die Hauptkomponentenanalyse der deutschen Fremdeinschätzungsversion des QoL-AD zeigte, dass zwei Hauptfaktoren – physische und psychische Gesundheit sowie soziales Netzwerk – erfasst werden können. Diese Faktoren sind stabil und spiegeln wichtige gesundheitsbezogene Lebensqualitätsdimensionen bei Menschen mit Demenz wider. Andere relevante Lebensqualitätsaspekte wie Selbstwert, Freude oder Selbstbestimmung werden vom Instrument jedoch nicht abgebildet. Das QoL-AD proxy misst daher hauptsächlich die gesundheitsbezogene Lebensqualität, nicht die allgemeine Lebensqualität (Hylla et al. 2016). Die interne Konsistenz ist gut (Hylla et al. 2016, Gräske et al. 2014).

Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale (QUALID)

Die Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale (QUALID) wurde speziell für Menschen mit fortgeschrittener Demenz entwickelt, bei denen ein Selbstauskunft kaum oder nicht mehr möglich ist. Die QUALID ist ein Fremdbeurteilungsinstrument, das von Pflegefachpersonen oder Angehörigen ausgefüllt wird, um die Lebensqualität anhand beobachtbarer Verhaltensweisen und emotionaler Zustände zu erfassen. Das Instrument besteht aus elf Items, die unterschiedliche Aspekte wie Positive Affekte, Unruhe, Traurigkeit, Weinen oder Schmerzen abbilden. Die Antworten erfolgen auf einer fünfstufigen Likert-Skala. Die Items werden summiert, wobei niedrigere Gesamtwerte für eine bessere Lebensqualität stehen (Weiner et al. 2000).

In der Originalstudie zeigte die QUALID eine gute interne Konsistenz, Konstruktvalidität und akzeptable Test-Retest-Reliabilität (Weiner et al. 2000). Eine aktuellere psychometrische Analyse liefert zusätzliche Hinweise auf die Zuverlässigkeit und Validität der Skala. Hinsichtlich der Reliabilität wurde erneut eine gute interne Konsistenz festgestellt, was auf eine inhaltlich stimmige Zusammensetzung der Items hinweist. Die meisten Items passen gut zum Konzept der Lebensqualität, nur ein Item („wirkt körperlich unwohl“) zeigte Abweichungen. Die Konstruktvalidität wird durch signifikante Korrelationen der Lebensqualitätswerte mit depressiven Symptomen, Schmerzen, funktionellen Einschränkungen sowie Agitation belegt (Resnick et al. 2018).

Eine offiziell validierte deutsche Version liegt aktuell nicht vor.

Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker (H.I.L.D.E.)

Das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker (H.I.L.D.E.) dient dazu, die Wirksamkeit pflegerischer Maßnahmen im Hinblick auf das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz zu beurteilen. Dabei werden die noch vorhandenen Fähigkeiten der Menschen mit Demenz berücksichtigt – unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung –, um deren Lebensqualität möglichst genau zu erfassen. Basierend auf den Ergebnissen können gezielte Maßnahmen für die Pflegeplanung abgeleitet werden.

Insgesamt basiert das Instrument auf 48 Items und erfasst sechs zentrale Lebensqualitätsdimensionen: den medizinischen Status und Schmerzerleben, die räumliche Umwelt (einschließlich Sicherheitsaspekte und bedeutsamer Orte), Aktivitäten (wie selbstständige Handlungen), das soziale Bezugssystem (positive und negative soziale Kontakte) sowie Emotionalität und Zufriedenheit (z. B. Strategien zur Bewältigung negativer Stimmungslagen). Ergänzend werden vier Kompetenzbereiche berücksichtigt, die in die Dimensionen integriert sind und mit weiteren Instrumenten verknüpft werden. Zu den Kompetenzbereichen zählen Alltagskompetenzen (z. B. Barthel Index), Gedächtnis und Denken (z. B. MMST) sowie nicht-kognitive Demenzsymptome und Verhaltensauffälligkeiten (z. B. NPI). Dadurch ist eine Einordnung der Menschen mit Demenz in die Gruppen leicht demenzkrank, mittelgradig demenzkrank, schwer demenzkrank mit somatischen Einschränkungen oder schwer demenzkrank mit psychopathologischen Verhaltensauffälligkeiten möglich. Der formale Aufbau von H.I.L.D.E. umfasst drei Komponenten: ein Manual mit ausführlichen Erläuterungen und Anwendungsbeispielen, dass ein intensives Training voraussetzt, ein Erfassungsheft zur Dokumentation der Lebensqualitätsdimensionen und Kompetenzbereiche sowie einen Referenzbogen, mit dem Veränderungen im Lebensqualitätsprofil der Bewohner*innen über die Zeit verfolgt und mit vergleichbaren Personen abgeglichen werden können. Die Datenerhebung erfolgt auf Basis medizinischer Untersuchungen, Interviews mit den Menschen mit Demenz, Pflegepersonen

und Angehörigen, ökologisch-psychologischen Bewertungen der räumlichen Umgebung sowie Analysen der Pflegedokumentation.

Die Ergebnisse der Validierung zeigen, dass H.I.L.D.E eine insgesamt gute Interrater-Reliabilität sowie Konstruktvalidität und eine ausreichende bis gute Inhaltsvalidität aufweist. Auch die Praktikabilität in der stationären Langzeitpflege konnte bestätigt werden (Kruse, Wiloth & Schmidt 2019, Bär & Becker 2011, Becker et al. 2005).

Psychological Well-Being in Cognitively Impaired Persons (PWI-CIP)

Das PWB-CIP (Psychological Well-Being in Cognitively Impaired Persons) erfasst Aspekte der Lebensqualität im Zusammenhang mit dem psychischen Wohlbefinden bei Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz der ambulanten Pflege. Es handelt sich um eine beobachtungs-basierte Skala mit elf Items, die positive und negative Affektzustände sowie die Interaktion misst. Die PWB-CIP-Skala weist eine zufriedenstellende Reliabilität und Validität auf. Die Konstruktvalidität wurde durch signifikante Zusammenhänge mit Depressivität, Persönlichkeitsmerkmalen und Verhaltenskompetenz bestätigt (Burgener et al. 2005).

Aktuell liegt keine deutsche Version des Instruments vor.

Psychometrische Eigenschaften

In einer systematischen Übersichtsarbeit wurden die psychometrischen Eigenschaften von neun Instrumente zur Messung der Lebensqualität der Menschen mit Demenz sowie deren Anwendbarkeit und Zugänglichkeit in der Versorgungspraxis untersucht. Zu den untersuchten Instrumenten zählen QUALID, QUALIDEM, QOL-AD, ADRQL, QOL-D, DCM und DQoL.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass trotz einer Vielzahl verfügbarer Instrumente die praktische Nutzbarkeit in der stationären Langzeitpflege häufig eingeschränkt ist. Viele Instrumente sind nicht frei verfügbar, erfordern eine direkte Kontaktaufnahme mit den Urheber*innen oder eine Registrierung in Online-Datenbanken. Gleichzeitig war die Datenlage hinsichtlich der psychometrischen Eigenschaften vieler Instrumente begrenzt. So lagen für viele der analysierten Instrumente keine umfassenden Informationen zu zentralen Qualitätsmerkmalen wie Validität oder Reliabilität vor. In jenen Fällen, in denen Bewertungen vorlagen, wurden die meisten Eigenschaften lediglich als „unzureichend“ oder „mäßig“ eingestuft.

Die Instrumente QUALIDEM und QUALID wiesen im Vergleich zu den übrigen Instrumenten die umfangreichste Evidenzbasis auf. Das QUALID wurde in mehreren Domänen untersucht, während das QUALIDEM hinsichtlich der psychometrischen Merkmale insgesamt bessere Bewertungen erhielt – mit einem höheren Anteil an positiven Bewertungen (z. B. „gut“ oder „ausgezeichnet. Auch in Hinblick auf die Zugänglichkeit schnitt das QUALIDEM gut ab: Es ist kostenlos, leicht im Internet auffindbar, verfügt über ein ausführliches Benutzerhandbuch und erfordert keine spezielle Schulung.

Die Autor*innen sprechen sich in ihrer Schlussfolgerung nicht für ein einzelnes „bestes“ Instrument aus. Stattdessen plädieren sie für die Entwicklung neuer oder die gezielte Adaptation bestehender Instrumente, die speziell für den Pflegeheimkontext konzipiert sind. Diese sollten sowohl eine gute psychometrische Güte als auch eine hohe praktische Anwendbarkeit aufweisen, insbesondere im Hinblick auf Pflegefachpersonen ohne methodische oder forschungsbezogene Vorerfahrungen. Neben inhaltlicher Validität ist hierbei auch die benutzerfreundliche

Gestaltung (Layout, Anleitung, Schulungsbedarf) entscheidend, um eine zuverlässige Datenerhebung im Versorgungsalltag zu ermöglichen.

Insgesamt wird die Nutzung bereits vorhandener Instrumente zur Einschätzung der Lebensqualität als wertvoller angesehen als deren vollständiger Verzicht. Dennoch ist die derzeitige Evidenzlage unzureichend und die Verfügbarkeit begrenzt (Kim et al. 2021)

Emotion und Engagement

Im Folgenden werden ausgewählte Beobachtungsinstrumente vorgestellt, mit deren Hilfe das Engagement und/oder die Emotionen von Menschen mit Demenz erfasst werden können.

Im Gegensatz zur ersten Literaturstudie wurden diesmal ausschließlich Instrumente berücksichtigt, die speziell für Menschen mit Demenz entwickelt wurden. Aus diesem Grund werden die Instrumente Engagement Level, Engagement Type und die Short Observation Method (SOM) hier nicht weiter aufgeführt. Zudem konnten für diese Instrumente keine aktuellen Studien zur Anwendbarkeit oder zu psychometrischen Eigenschaften identifiziert werden.

Zur Erfassung von *Emotionen* bei Menschen mit Demenz stehen mehrere Instrumente mit akzeptabler Inhaltsvalidität zur Verfügung. Am häufigsten eingesetzt wird die Observed Emotion Rating Scale (OERS), die gut dokumentierte psychometrische Eigenschaften aufweist. Besonders geeignet ist OERS für die Beobachtung positiver Emotionen, da negative Emotionen bei Menschen mit Demenz vergleichsweise selten auftreten. Die vollständige Skala ist in der praktischen Anwendung jedoch eingeschränkt nutzbar, weshalb vor allem die positiven Subskalen empfohlen werden. Besonders differenziert zur Erfassung von *Engagement* sind die Instrumente VC-IOE und ELICSE, die eine kontinuierliche Beobachtung ermöglichen. Diese Instrumente sind sehr konkret und detailliert, jedoch mit höherem Beobachtungsaufwand verbunden. Weniger aufwendig, aber stärker interpretativ sind Instrumente wie MiDAS und MTED, die auf Beobachtungsintervalle zwischen fünf und fünfzehn Minuten beruhen. MTED ist besonders für den musiktherapeutischen Kontext geeignet, jedoch nicht zur Beurteilung von Interventionseffekten gedacht. MiDAS wurde partizipativ mit Menschen mit Demenz entwickelt, zeigt jedoch eine geringe Intrarater-Reliabilität. Die Auswahl des Instruments sollte individuell auf die Zielsetzung, das Zeitbudget und den Kontext abgestimmt werden, um eine möglichst valide und nützliche Einschätzung von Emotion und Engagement bei Menschen mit Demenz zu ermöglichen (Madsø et al. 2021).

Instrument	Zielgruppe	Anzahl der Items/ Subskalen	Deutsche validierte Version
Ethographic and Laban Inspired Coding System of Engagement (ELICSE) / Evidence-Based Model of Engagement-Related Behavior (EMODEB)	Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz	13 verschiedene Verhaltensweisen in drei Körperbereichen: Kopf, Rumpf sowie Arme/Hände – jeweils mit begleitender affektiver Gestik	nein
Observable Displays of Affect (ODAS)	Menschen mit Demenz	41 Items in 6 Subskalen: Positive Gesichtsausdrücke, negative Gesichtsausdrücke, positive stimmliche Äußerungen, negative stimmliche Äußerungen, positive Körperbewegung bzw. Körperhaltung, negative Körperbewegung bzw. Körperhaltung	nein
Observed Emotion Rating Scale (OERS)	Menschen mit Demenz	Positiver Affekt: Freude, Interesse Negativer Affekt: Wut, Angst/Furcht, Traurigkeit	Übersetzung liegt vor, aber keine Validierung
Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS)	Menschen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz, die Musiktherapie erhalten	fünf visuelle Analogskalen: Interesse, Reaktion, Initiative, Beteiligung und Freude sechs Verhaltensindikatoren: Unruhe/Aggression, zurückgezogen/niedergeschlagene Stimmung, ruhelos/ängstlich, entspannte Stimmung, aufmerksam/interessiert, fröhlich/lächelnd	nein
Music therapy engagement scale (MTED)	Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus	5 Items: musikalisches Engagement, Verbundenheit durch Musik, verbale Kommunikation, emotionale Reaktion und das Ausmaß der allgemeinen Responsivität.	ja
Patient Behavior Observation Instrument (P.B.O.S.)	Menschen mit Demenz der stationären Langzeitpflege	6 Verhaltenskategorien: Selbstpflege, soziales Engagement, Pflege erhalten, Mobilität, Antisoziales Verhalten, nicht angemessenes Verhalten und neutrales Verhalten	nein
Quality of Interactions Schedule (QuIS)	Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege	fünf Kategorien zur Bewertung der Interaktionen: positiv sozial, positiv pflegerisch, neutral, negativ schützend oder negativ restriktiv	nein
Video Coding Scheme for the Index of Engagement (VC-IOE)	Menschen mit Demenz	sechs Dimensionen: emotionale, verbale, visuelle, verhaltensbezogene, kollektive Aspekte sowie Anzeichen von Unruhe oder Agitation	nein

Tabelle 17: Beobachtungsinstrumente zur Messung des Engagements bei Menschen mit Demenz

Ethographic and Laban-Inspired Coding System of Engagement (ELICSE) und Evidence-Based Model of Engagement-Related Behavior (EMODEB)

Das ELICSE-Kodierungssystem dient der systematischen Beobachtung und Beschreibung des Verhaltens von Menschen mit Demenz. Es hilft dabei, Engagement – also die aktive Beteiligung an einer spezifischen Aktivität – in seiner Entwicklung über die Zeit zu erfassen. Dabei werden Bewegungen von Kopf, Torso und Armen/Händen in Richtung von Objekten oder Personen erfasst und je nach Bedeutung (z. B. Aufmerksamkeit, Interaktion, Emotion)

eingeordnet. Zusätzlich wird berücksichtigt, ob die Verhaltensweisen positiv oder negativ sind. ELICSE zeichnet sich durch eine hohe Anpassungsfähigkeit aus und kann flexibel auf verschiedene Aktivitätsformen, wie zum Beispiel spielerische oder robotergestützte Interventionen, angewandt werden.

Das darauf aufbauende EMODEB-Modell nutzt die mit ELICSE erhobenen Verhaltensdaten zur differenzierten Analyse und Quantifizierung von Engagement bei Menschen mit Demenz. Es beschreibt den Verlauf des Engagements anhand spezifischer Bewegungsmuster über verschiedene Phasen hinweg – vom Beginn über die Aufrechterhaltung bis zum Ende der Beteiligung. Das Modell differenziert zwischen Verhaltensweisen unterschiedlicher Relevanz und ordnet das Engagement in vier Stufen ein: von passivem Interesse bis zu voller aktiver Teilnahme. Auch emotionale Aspekte (positiv oder negativ) werden berücksichtigt. EMODEB ermöglicht es, das beobachtete Verhalten systematisch auszuwerten und Engagement messbar zu machen. Zusammen bieten ELICSE und EMODEB ein praxisnahes und fundiertes Instrument zur Beobachtung von Engagement bei Menschen mit Demenz.

Für das ELICSE liegen Hinweise auf eine gute psychometrische Qualität vor. Die Kodierung basiert auf klar definierten, beobachtbaren Verhaltensweisen, was eine hohe Objektivität unterstützt. Zudem wurde eine ausgezeichnete Interrater-Reliabilität berichtet, was auf eine hohe Zuverlässigkeit der Beobachtungen hinweist. Auch das EMODEB zeigt erste Hinweise auf Validität. Die darin beschriebene Struktur des Engagements konnte bestätigt werden (Perugia et al. 2018).

Observable Displays of Affect (ODAS)

Die *Observable Displays of Affect (ODAS)* wurde speziell zur Kodierung von videografierten emotionalen Ausdrücken entwickelt und misst verschiedene Verhaltensweisen, die in sechs Subskalen unterteilt sind: Positive Gesichtsausdrücke, negative Gesichtsausdrücke, positive stimmliche Äußerungen, negative stimmliche Äußerungen, positive Körperbewegung bzw. Körperhaltung, negative Körperbewegung bzw. Körperhaltung. Der positive emotionale Ausdruck besteht aus vier positiven Gesichtsausdrücken, sieben positiven verbalen Äußerungen und sechs positiven Körperbewegungen/-haltungen. Der negative emotionale Ausdruck umfasst vier negative Gesichtsausdrücke, acht negative verbale Äußerungen und sechs negative Körperbewegungen/-haltungen. Je höher die ODAS-Werte, desto mehr emotionale Ausdruckskraft wird gezeigt. Studien zeigen, dass das ODAS sowohl eine hohe Interrater-Reliabilität als auch eine ausgeprägte Test-Retest-Reliabilität aufweist (Whall et al. 2008, Lee et al. 2015).

Observed Emotion Rating Scale (OERS)

Die Observed Emotion Rating Scale (OERS) wurde entwickelt, um Affektzustände bei Menschen mit Alzheimer-Krankheit zu messen, insbesondere positive Emotionen (Freude und Wachsamkeit) sowie negative Emotionen (Wut, Angst/Furcht und Traurigkeit). Die Verwendung einer Gesichtsskala ermöglicht die direkte Beobachtung von Gesichtsausdrücken, Körperbewegungen und anderen Hinweisen, die nicht auf Selbstberichten basieren. Auf diese Weise können Betreuer*innen den Affekt des Menschen mit Demenz einschätzen. Mit Blick auf die psychometrischen Eigenschaften konnte eine hohe Zuverlässigkeit der Emotionen belegt werden. Auch die Validität konnte durch diskriminierende Korrelationen nachgewiesen: positive Emotionen korrelierten mit unabhängigen Maßen für soziale Interaktion und andere aktive Verhaltensweisen, während negative Emotionen mit Maßen für Depression, Wut, Angst und Rückzug in Verbindung standen (Lawton et al. 1996, Lawton et al. 1999).

Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS)

Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS) ist ein spezifiziertes Beobachtungsinstrument zur Erfassung des musikalischen Engagements von Menschen mit mittelschwerer bis fortgeschrittener Demenz. MiDAS ermöglicht eine strukturierte Erhebung der Wirkung von Musiktherapie, indem sowohl unmittelbare als auch kurzfristige Veränderungen im Verhalten und Erleben des Menschen mit Demenz dokumentiert werden. Das Instrument besteht aus fünf visuellen Analogskalen, die jeweils eine unterschiedliche Dimension der Wirkung der Musikintervention erfassen: Interesse, Reaktion, Initiative, Beteiligung und Freude. Ergänzend zur quantitativen Bewertung können Beobachtungen von klinisch bedeutsamen oder außergewöhnlichen Reaktionen in einem Freitextfeld dokumentiert werden. Darüber hinaus stehen sechs optionale Verhaltensindikatoren zur Verfügung, die typische emotionale oder körperliche Zustände erfassen (z. B. entspannt, aufmerksam/interessiert oder agitiert/aggressiv).

MiDAS existiert in zwei Versionen: eine für Pflegefachpersonen und eine für Musiktherapeut*innen. Die Version für die Pflegefachperson beinhaltet zwei Einschätzungen, die mehrere Stunden vor und nach der Musiktherapie am selben Tag erfolgen sollen – idealerweise durch dieselbe, mit dem Instrument vertrauten Pflegefachperson. Die musiktherapeutische Version erfasst das Verhalten der Person rückblickend für zwei Zeitpunkte: zu Beginn der Sitzung (als klinischer Ausgangswert) sowie zum klinisch bedeutsamsten Zeitpunkt während der Sitzung (McDermott et al. 2014, Sousa et al. 2023)

Eine psychometrische Evaluation zeigt, dass das Instrument in mehreren Bereichen zufriedenstellende Eigenschaften aufweist – darunter eine hohe Übereinstimmung zwischen verschiedenen Musiktherapeut*innen (Interrater-Reliabilität), eine ausreichende Test-Retest-Reliabilität bei Pflegefachpersonen, angemessene konvergente Validität sowie eine gute Konstruktvalidität (McDermott et al. 2015).

Music therapy engagement scale (MTED)

Die Music Therapy Engagement Scale (MTED) bewertet den Grad des Engagements während einer Musiktherapiesitzung bei Menschen mit unterschiedlichem Schweregrad der Demenz. Ziel ist es, das Ausmaß zu erfassen, in dem die Personen auf die Musiktherapie reagieren, sich darauf einlassen und durch diesen Prozess eine Beziehung aufbauen. Die Skala wurde für Nicht-Musiktherapeut*innen konzipiert, damit sie die erfassten Ergebnisse einer Musiktherapiesitzung mit Menschen mit Demenz besser verstehen können – insbesondere die Qualität des musikalischen Engagements. Die Skala besteht aus fünf Items, die musikalisches Engagement, Verbundenheit durch Musik, verbale Kommunikation, emotionale Reaktion und das Ausmaß der allgemeinen Responsivität messen. Jedes Item enthält vier Likert-Stufen, wobei Stufe eins das geringste Engagement darstellt und eine Gesamtscore von 20 möglich ist.

Die Ergebnisse der psychometrischen Analyse zeigen, dass die MTED insgesamt eine hohe interne Konsistenz und eine ausgezeichnete Übereinstimmung zwischen verschiedenen Beurteilenden aufweist. Die konvergente Validität wurde durch signifikante Zusammenhänge mit etablierten Skalen bestätigt, was auf eine starke inhaltliche Übereinstimmung der erfassten Konstrukte hinweist. Auch die Konstruktvalidität wurde durch die Ergebnisse der Faktorenanalyse gestützt: Die Skala zeigte eine klare, einfaktorielle Struktur (Tan et al. 2019).

Die MTED wurde in die deutsche Sprache übersetzt und statistische Analysen zeigten, dass die MTED-D zuverlässig ist, eine gute Interrater-Reliabilität, eine hohe interne Konsistenz, eine gute Test-Retest-Reliabilität sowie eine hohe Inhaltsvalidität aufweist (Campbell et al. 2024).

Quality of Interactions Schedule (QuIS)

Das Beobachtungsinstrument QuIS wurde von Dean et al. (1993) entwickelt, um die Qualität und Quantität sozialer Interaktionen zwischen Pflegefachpersonen und Menschen mit Demenz der stationären Langzeitpflege zu erfassen. Einzelne Interaktionen werden dabei von Forschenden beobachtet und als positiv sozial, positiv pflegerisch, neutral, negativ schützend oder negativ restriktiv klassifiziert. Da die Anwendung von QuIS nicht auf direkter Beteiligung oder spezifischen Fähigkeiten der Menschen basiert, gilt das Instrument als praktikabel im Hinblick auf eine inklusivere Erfassung, insbesondere bei Menschen mit kognitiven oder anderen Beeinträchtigungen (Bridges et al. 2019).

QuIS weist insgesamt gute psychometrische Eigenschaften auf. Die Interrater-Reliabilität konnte nachgewiesen werden. Es zeigte sich eine hohe Übereinstimmung zwischen verschiedenen Beobachtungen, was für die Konsistenz der Bewertungen spricht. Auch Hinweise auf die Validität von QuIS liegen vor. In Langzeitpflegeeinrichtungen konnte ein Zusammenhang zwischen besseren Interaktionen (gemäß QuIS) und einer verbesserten kognitiven und funktionellen Verfassung der Menschen mit Demenz festgestellt werden (Dean et al. 1993). Eine weitere Studie, die den Zusammenhang zwischen der durch QuIS bewerteten Interaktionsqualität und person-zentrierter Pflege untersuchte, zeigt: Negativ bewertete Interaktionen traten insbesondere dann auf, wenn zentrale Aspekte person-zentrierter Pflege fehlten. Daraus ergibt sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Interaktionsqualität (gemäß QuIS) und dem Ausmaß person-zentrierter Pflege (Bridges et al. 2019).

Patient Behavior Observation Instrument (PBOI)

Bowie und Mountain (1993) entwickelten das Beobachtungsinstrument PBOI, um die gleichzeitige Erfassung mehrerer Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz der stationären Langzeitpflege zu ermöglichen. Die beobachtenden Verhaltenskategorien umfassen Selbstpflege, soziales Engagement, Pflege erhalten, Mobilität, Antisoziales Verhalten, nicht angemessenes Verhalten und neutrales Verhalten. In der Originalstudie konnten erste Hinweise auf eine hohe Intrarater-Reliabilität sowie eine Verbesserung der inhaltlichen Validität des Erhebungsinstruments gefunden werden.

Weitere Studien zur Anwendung oder den psychometrischen Eigenschaften des Instruments oder eine deutsche validierte Version des Instruments liegen nicht vor.

Video Coding Scheme for the Index of Engagement (VC-IOE)

Das VC-IOE (Video Coding Scheme for the Index of Engagement) ist ein speziell für Menschen mit Demenz entwickeltes Instrument zur systematischen Analyse von Engagement, insbesondere zur Bewertung der Wirkung von Interventionen wie sozialen Robotern. Es kann in verschiedenen Settings eingesetzt werden. Das Schema bewertet sechs Dimensionen des Engagements: emotionale, verbale, visuelle, verhaltensbezogene, kollektive Aspekte sowie Anzeichen von Unruhe oder Agitation. Jede dieser Dimensionen wird einzeln codiert und anschließend gemeinsam interpretiert, um ein umfassendes Bild des Engagements zu erhalten. Dabei werden sowohl das Vorhandensein als auch die Art (zum Beispiel positiv oder negativ) und das Ziel des Engagements berücksichtigt. Die primäre Messgröße ist die Dauer, in der Engagement während einer Videoaufnahme sichtbar ist, ausgedrückt als Anteil der Gesamtzeit. Alternativ kann auch die Häufigkeit von Engagement erfasst werden, diese ist jedoch weniger aussagekräftig, da die Dauer einzelner Engagement-Momente stark variieren kann. Das VC-IOE weist sowohl eine hohe Interrater-Reliabilität als auch eine hohe Intrarater-

Reliabilität auf. Außerdem wurde das Instrument durch Vergleiche mit Einschätzungen von Pflegefachpersonen, Angehörigen und qualitativen Interviews validiert, wobei ähnliche und konsistente Ergebnisse erzielt wurden (Jones et al. 2015).

Reflektion pflegerischen Handelns

Es wurden vier Instrumente identifiziert die pflegerischen Handeln im Rahmen der Versorgung von Menschen mit Demenz evaluieren.

Instrument	Zielgruppe	Anzahl der Items/ Subskalen	deutsche va- liidierte Ver- sion
CARES® Observa- tional Tool (COT TM)	Pflegefach- personen	16 Items Kontaktaufnahme mit der betreuten Person, Ver- haltensbeobachtung, angemessene Reaktion, Evaluation wirksamer Maßnahmen sowie Aus- tausch mit anderen	nein
Dementia Social In- teraction (DSI) Cul- turally Social Inter- action (CSI) coding schemas	Pflegefach- personen	DSI: 12 kompetente Verhaltensweisen, 15 inkom- petente Verhaltensweisen CSI: 8 kompetente Verhaltensweisen, 9 inkompe- tente Verhaltensweisen	nein
Global Behavior Scale (GBS)	Pflegefach- personen	11 Items Förderung der Persönlichkeit und Würde	nein
Person-Centered Behavior Inventory (PCBI)	Pflegefach- personen	11 verbale und nonverbale Kategorien	nein

Tabelle 18: Instrumente zur Reflexion pflegerischen Handelns in der Versorgung von Menschen mit Demenz

CARES® Observational Tool (COT TM)

Das CARES® Observational Tool (COT) ist ein strukturiertes Beobachtungsinstrument mit 16 Items, das entwickelt wurde, um die person-zentrierte Pflege bei Menschen mit Demenz durch Pflegefachpersonen zu erfassen. Das Instrument umfasst die folgenden Dimensionen: Kontaktaufnahme mit der betreuten Person, Verhaltensbeobachtung, angemessene Reaktion, Evaluation wirksamer Maßnahmen sowie Austausch mit anderen. Die Interaktionen werden von unabhängigen Beobachtenden erfasst und jedes Verhalten wird mit „ausgeführt“ oder „nicht ausgeführt“ (1/0) bewertet. Insgesamt zeigt das Instrument gute psychometrische Eigenschaften. Durch wiederholte Überarbeitungen wurde die Augenscheinvalidität gesichert und die Inhaltsvalidität wurde mittels Pilotstudien und Expert*innenfeedback bestätigt. Die hohe Übereinstimmung zwischen verschiedenen Beurteilenden belegt eine gute Reliabilität (Gaugler et al. 2013).

Dementia competent Social Interaction (DSI) Culturally competent Social Interaction (CSI) coding schemas

Das DSI-Coding Schema ist ein Beobachtungs- und Bewertungssystem, das speziell darauf ausgerichtet ist, die soziale Interaktion von Pflegefachpersonen mit Menschen mit Demenz in Pflegeeinrichtungen zu erfassen und zu bewerten. Es listet Verhaltensweisen auf, die als kompetent gelten – also förderlich für eine respektvolle, person-zentrierte und effektive Kommunikation – sowie solche, die als inkompetent eingestuft werden, weil sie die Beziehung oder das Wohlbefinden des Menschen mit Demenz beeinträchtigen können. Zum DSI-Coding-Schema zählen die folgenden Verhaltensweisen:

- 12 kompetente Verhaltensweisen:
Begrüßung, Nennen des Bewohner*innennamens, die Aufgabe vor der Pflege ankündigen, schrittweise Anweisungen geben, einfache und vertraute Wörter verwenden, behutsames Tempo, langsam sprechen, kontinuierliche Unterstützung, ruhiger Tonfall, gelegentlicher Blickkontakt, Gesten verwenden, einfache Wahlmöglichkeiten anbieten.
- 15 inkompetente Verhaltensweisen:
Keine Begrüßung, Bewohner*innenname nicht verwenden, nicht informieren, mehr als eine Anweisung gleichzeitig geben, unpassende Wörter, gehetztes Tempo, schnell sprechen, sporadische Unterstützung, monotoner Tonfall oder Schreien, kein Blickkontakt, keine Gesten, keine Wahlmöglichkeiten anbieten, unnötige Berührungen, Streit/Auseinandersetzungen, negativ über Bewohner*innen unter Kollegen sprechen.

Das CSI-Coding Schema fokussiert kulturell angepasste soziale Interaktionen, also Verhaltensweisen, die respektvoll und angemessen im Kontext der jeweiligen Kultur sind. In der Entwicklungsstudie bezieht sich das auf die koreanische Kultur und wie Kommunikation und Interaktion kulturell kompetent gestaltet werden können. Das Schema enthält ebenfalls Listen von kompetenten und inkompetenten Verhaltensweisen, die Beobachtenden helfen, die kulturelle Angemessenheit der Interaktionen zu bewerten und dadurch die Pflegequalität zu verbessern.

- kompetente Verhaltensweisen:
Begrüßung, den Namen angemessen verwenden, höflicher koreanischer Sprachstil, bei Bedarf mit Vorankündigung unterbrechen, liebevolle Berührung (Rücken, Schulter, Hand), gelegentlicher Blickkontakt, Gesicht-zu-Gesicht-Abstand etwa eine Armlänge, Blick auf Augenhöhe (nach oben oder auf gleicher Ebene schauen).
- inkompetente Verhaltensweisen:
Keine Begrüßung, kein oder unpassendes Nennen des Namens, informeller koreanischer Sprachstil, Unterbrechung ohne Ankündigung, liebevolle Berührung am Kopf oder Gesicht, kein Blickkontakt oder Starren, Gesicht-zu-Gesicht-Abstand zu gering oder zu groß, Blick nach unten gerichtet, Verwendung von unbekannter Sprache.

Die ersten Ergebnisse hinsichtlich der Anwendbarkeit des Instruments zeigen, dass sowohl das DSI- als auch das CSI-Kodierschema praktikabel sind und erfolgreich eingesetzt werden können, um die Kompetenz der Pflegefachpersonen in sozialen Interaktionen zu bewerten. Darüber hinaus erfüllen die Kodierschemata die grundlegenden psychometrischen Anforderungen hinsichtlich Interrater-Reliabilität und Inhaltsvalidität als neue Instrumente. Eine weitere umfassende Analyse der psychologischen Eigenschaften ist jedoch notwendig (Kim & Woods 2012).

Global Behavior Scale (GBS)

Die GBS (Global Behavior Scale) misst das Ausmaß, indem das Pflegeverhalten die Persönlichkeit und Würde der Menschen mit Demenz fördert. Die Skala umfasst elf Items. Jedes Item wird auf einer 7-Punkte-Skala bewertet, die angibt, ob Pflegefachpersonen den Menschen mit Demenz respektvoll behandeln oder auf stereotype und gleichgültige Weise mit ihm umgehen. Die psychometrische Analyse zeigte eine positive Korrelation mit anderen Messinstrumenten und eine gute diskriminante Validität. Ebenfalls konnte eine exzellente interne Konsistenz sowie die Konstruktvalidität bestätigt werden (Lan-Wolcott et al. 2010).

Person-Centered Behavior Inventory (PCBI)

Das Person-Centered Behavior Inventory (PCBI) wurde ursprünglich entwickelt, um die Auswirkungen eines Schulungsprogramms für Pflegefachpersonen zu bewerten, das personenzentrierte Pflegefähigkeiten vermittelt. In der Studie von Lan-Wolcott (2010) wurde das Instrument angepasst, um spontane Interaktionen zwischen Pflegefachpersonen und Bewohner*innen mit Demenz zu kodieren, anstatt vorgegebene Pflegeaufgaben. Das revidierte PCBI umfasst nun elf sowohl verbale (z. B. Zustimmung zeigen) als auch nonverbale (z. B. Blickkontakt) Kategorien, um die Interaktionen zu bewerten. Kodierer bewerteten das Verhalten in 30-Sekunden-Intervallen und berechneten die Häufigkeit des Auftretens dieser Verhaltensweisen. Der PCBI zeigte eine insgesamt gut diskriminante Validität und eine gute Übereinstimmung mit weiteren Messinstrumenten. Zudem gibt es Hinweise auf angemessene interne Konsistenz sowie Konstruktvalidität (Lann-Wolcott et al. 2011).

Hansebo und Kihlgren (2004) untersuchten in ihrer Studie mit Hilfe verschiedener methodischer Zugänge das Wissen der Mitarbeiter*innen über die Bewohner*innen mit Demenz in drei Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Die meisten Bewohner*innen hatten eine schwere Demenz und konnten nur noch in geringem Maße verbal ihre Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse kommunizieren.

Die untersuchte Intervention kombiniert klinische Supervision mit der Implementierung eines multidimensionalen Assessments für Menschen mit schwerer Demenz. Dabei wurden die eingesetzten Instrumente im Rahmen der Supervision integriert, wobei das Assessment der Menschen mit Demenz als Einstieg genutzt und im Kontext des Pflegeplans besprochen wurde. Der Fokus lag auf dem Menschen mit Demenz und dessen jeweiligen Ressourcen. Die methodische Vorgehensweise umfasste mehrere Schritte: Zunächst wurde die (a) Pflegedokumentation vor und nach der Intervention analysiert, wobei sowohl der Inhalt als auch die Struktur sowie die täglichen Notizen zu den Bewohner*innen berücksichtigt wurden. Darüber hinaus erfolgte eine (b) Analyse der Resident Assessment Protocols (RAPs), die integraler Bestandteil des Resident Assessment Instruments/Minimum Data Set (RAI/MDS) sind. Diese Protokolle konzentrieren sich auf aktuelle Trigger, die auf potenzielle Probleme hinweisen. Eine weitere Vorgehensweise bestand in einer vergleichenden (c) Analyse der Biografien und der aktuellen Situation der Bewohner*innen aus der Sicht der Pflegefachpersonen, sowohl vor als auch nach der Intervention. Zudem wurden (d) Interaktionen am Vormittag vor, während und nach der Intervention auf Video aufgezeichnet und anschließend anhand phänomenologisch-hermeneutischer Prinzipien ausgewertet. Zur rückwirkenden Analyse dieser Interaktionen fanden (e) stimulierte Reflexions-Interviews statt. Abschließend wurde die Untersuchung durch einen (f) Fragebogen zum Einsatz von RAI/MDS, der sowohl geschlossene als auch offene Fragen zur Anwendung dieses Instruments beinhaltete.

Die Analyse ergab, dass jede der angewandten Methoden unterschiedliche Erkenntnisse zum Menschen mit Demenz vermittelte. Das Sprechen und Reflektieren über diese Erkenntnisse führten dabei zu einer systematischeren Dokumentation zusätzlicher Informationen. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass die Pflegefachpersonen unterschiedliche Kompetenzen im Umgang mit der Komplexität der verfügbaren Informationen über den Menschen mit Demenz aufwiesen. Die Reflexionsprozesse über das gewonnene Wissen zur jeweiligen Person korrelierten einerseits mit einer Verbesserung der Reflexionsfähigkeit und andererseits mit einer Bestätigung und Konsolidierung der gewählten pflegerischen Maßnahmen.

Die Ergebnisse im Einzelnen:

(a) Analyse der Pflegedokumentation: Nach der Intervention wurde erstmals ein Pflegeplan basierend auf dem Multidimensionalen Assessment erstellt. Die zentralen Themen darin waren physische Funktionen (87 %), Kognition (79 %), Kontinenz (85 %) und Kommunikation (71 %). Während der Intervention verbesserte sich die gesamte Dokumentation, jedoch nicht nachhaltig nach deren Abschluss. Medizinische Informationen dominierten weiterhin alle Dokumentationsphasen.

(b) Analyse der Resident Assessment Protocols (RAPs): Rund 52 % der durch RAPs getriggerten Themen (z. B. Stürze, Dehydration, Psychopharmaka) wurden nicht in der Dokumentation aufgegriffen. Umgekehrt fanden sich Themen im Pflegeplan (z. B. Dekubitus), die nicht über RAPs identifiziert wurden. Dies weist auf fehlende Abstimmung und potenzielle Wissenslücken zwischen den Dokumentationssystemen hin.

(c) Vergleich Biografie vs. aktuelle Situation: Nach der Intervention verfügten die Pflegefachpersonen über mehr Wissen und ein ganzheitlicheres Bild der Bewohner*innen. Der Fokus verlagerte sich von Einzelaspekten hin zu einem person-zentrierten Ansatz, bei dem auch Ressourcen, Fähigkeiten sowie Beiträge von Angehörigen mehr Beachtung fanden. Dennoch blieben subjektiv empfundene Wissenslücken bestehen.

(d) Videoanalyse von Interaktionen: Die Intervention verbesserte insbesondere die kommunikative Kompetenz der Pflegefachpersonen – z. B. durch mehr Kooperation, Respekt gegenüber dem Menschen mit Demenz und Achtsamkeit im Umgang mit Nähe und Distanz. Die Fähigkeit, komplexe Situationen zu bewältigen, variierte weiterhin stark. Die Kombination aus Assessment und Supervision bestätigte und unterstützte die Pflegeplanung.

(e) Reflektions-Interviews mit Pflegefachpersonen: Pflegefachpersonen entwickelten eine bessere Fähigkeit zur Reflexion ihres Handelns und verbesserten ihre Wahrnehmung für Bewohner*innen, deren Tagesstimmungen, Bewegungen, Sprache und Berührungen. Schwierigkeiten bestanden weiterhin bei der Perspektivübernahme und dem Verständnis der Bewohner*innen-Intentionen, was Risiken für deren Integrität birgt.

(f) Einstellung zum Instrument RAI/MDS (RAPs): Die Grundhaltung gegenüber dem Instrument war überwiegend positiv. Es half, die Pflegequalität zu verbessern und die Bedeutung von Informationen besser einzuordnen. Dennoch teilten nicht alle Befragten diese Einschätzung vollständig.

Insgesamt half die Supervision das RAI/MDS/RAP besser kennenzulernen und im Kontext des Pflegeprozesses inklusive der Dokumentation zu betrachten. Der Supervision kam dabei vor allem die Funktion zu, Veränderungen auf Gruppenebene sichtbar zu machen und sowohl den Bewohner*innen als auch sich selbst und die Pflegefachpersonen zu reflektieren. Während der Supervision konnten Erfahrungen ausgetauscht und mit Hilfe des Assessments gemeinsam reflektiert werden. Der Pflegeprozess wurde mehr als Interaktions- statt als Problemlösungsprozess erlebt (Hansebo & Kihlgren 2004).

3.3.9. Zusammenfassung

Die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche zur ersten Aktualisierung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ zeigen, dass grundsätzlich viel zu den unterschiedlichen Interventionen, aber auch den Assessment- und Evaluationsinstrumenten geforscht wird. Zu den jeweiligen Themenbereichen ließ sich eine hohe Anzahl an Studien identifizieren, insbesondere systematische Übersichtsarbeiten. Allerdings erweisen sich die quantitativen Studienergebnisse häufig als heterogen und basieren überwiegend auf methodisch schwachen Untersuchungen, was ihre Aussagekraft einschränkt. Im Gegensatz dazu liefern qualitative Studien bedeutsame Erkenntnisse, insbesondere zu Aspekten wie sozialer Teilhabe, Kommunikation und der Qualität der Beziehung zwischen Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen bzw. Pflegefachpersonen.

Qualitative Ansätze ermöglichen tiefgehende Einblicke in subjektive Erfahrungen, Bedürfnisse und Perspektiven aller beteiligten Akteur*innen. Gerade in Bezug auf soziale Interaktion und emotionale Verbundenheit zeigen sie differenzierte Ergebnisse, die durch quantitative Methoden häufig nicht erfasst werden.

Nachfolgend werden die zentralen Kenntnisse der jeweiligen Themen zusammengefasst.

Assessment (vgl. Kap. 3.3.3.)

Im Rahmen der aktualisierten Literaturrecherche konnten einige neue Instrumente identifiziert werden, die zur Einschätzung der Kommunikation, sozialen Interaktion, des Engagements sowie der Einbindung von Angehörigen in die pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz dienen. Für Instrumente, die bereits in der ersten Literaturstudie genannt wurden, liegen hingegen nur wenig neue Erkenntnisse zu ihren psychometrischen Eigenschaften vor. Insgesamt ist die Anwendung aller aufgeführten Instrumente in der pflegerischen Praxis bislang sehr begrenzt.

Neben den bereits bekannten Instrumenten – CODEM und CODEMamb – konnte mit dem CoSNAT-D ein weiteres Instrument zur Erfassung der Kommunikation bei Menschen mit Demenz identifiziert werden. Während CODEM und CODEMamb bereits umfassend validiert wurden und in deutscher Sprache vorliegen, sind für CoSNAT-D weitere psychometrische Analysen erforderlich. Zudem existiert derzeit keine validierte deutsche Version.

Für die Einschätzung der sozialen Interaktion konnte mit dem SCI ein weiteres Instrument ergänzt werden. Allerdings liegt für keines der untersuchten Instrumente – AS, AwareCare Observational Instrument, SCI, SIS und SBORI – eine vollständige Validierung aller psychometrischen Eigenschaften vor. Auch existiert für keines dieser Instrumente eine deutsche Übersetzung.

Zur Erfassung des Engagements von Menschen mit Demenz konnten neben dem MPES sowie dem Instrument zur Einschätzung der Aufnahme- und Ausdrucksfähigkeit aus der ersten Literaturstudie die Instrumente EID-Q, EPWDS, GOME und OME identifiziert werden. Eine validierte deutsche Version liegt nur für die EPWDS vor. Dieses Instrument wurde jedoch primär für die Forschung entwickelt, um Verhaltens- und emotionale Ausdrucksformen sowie Reaktionen im Rahmen des Engagements zu erfassen.

Ergänzend zu den bereits bekannten Instrumenten zur Einschätzung der Beziehung und Einbindung von Angehörigen – MS, FAVS-D und SOC-Scale – konnten mit dem PPQSA und der DM zwei weitere Instrumente identifiziert werden. Aktuelle Studien zu den psychometrischen

Eigenschaften liegen lediglich zur SOC-Scale vor. Für keines dieser Instrumente existiert bislang eine validierte deutsche Übersetzung.

Interventionen

Insgesamt konnten zu den in der ersten Literaturstudie bereits genannten Interventionen mehrere aktuelle Studien identifiziert werden. Besonders umfangreiche Forschung liegt in den Bereichen Technik, Musik und Reminiszenz vor. Darüber hinaus wurden die Themenfelder Bewegung sowie gartenbasierte Aktivitäten als zusätzliche Interventionsformen ergänzt.

Bewegung (vgl. Kap. 3.3.4.1)

Körperliche Aktivität zeigt bei Menschen mit Demenz vielfältige positive Effekte, insbesondere im körperlichen und psychischen Bereich. Kombinierte Bewegungsprogramme, die Kraft-, Ausdauer- und Gleichgewichtstraining integrieren, können sich günstig auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirken, wobei die Qualität der Evidenz hierzu eher niedrig bis sehr niedrig ist. Auch bei nicht-kognitiven Outcomes zeigten sich einige Effekte, insbesondere bei Bewegungsinterventionen, die im häuslichen Setting zum Einsatz kamen. Diese führten zu Verbesserungen der Alltagsfunktionen, einer Reduktion depressiver Symptome sowie zu einer Verringerung von Verhaltens- und psychischen Symptomen der Demenz. Die Qualität der Evidenz für nicht-kognitive Outcomes variiert insgesamt zwischen moderat und sehr niedrig. Besonders wirksam scheinen person-zentrierte Ansätze zu sein, bei denen Bewegungsangebote individuell an die körperlichen Voraussetzungen und biografischen Hintergründe angepasst werden. Diese fördern nicht nur die Mobilität und Lebensqualität, sondern auch die soziale Teilhabe. Qualitative Ergebnisse belegen darüber hinaus, dass solche Angebote das subjektive Wohlbefinden, die Motivation und das Selbstvertrauen stärken. Auch Verhaltenssymptome wie Unruhe, Aggressivität und depressive Verstimmungen nahmen ab. Zentrale Erfolgsfaktoren waren eine individuelle Betreuung, soziale Unterstützung und der Aufbau vertrauensvoller Beziehungen. Besonders förderlich erwiesen sich kreative und musikalisch begleitete Bewegungsformen, die trotz eingeschränkter sprachlicher Fähigkeiten Ausdruck, soziale Interaktion und Teilhabe ermöglichen. Einschränkungen zeigten sich hingegen durch körperliche Beschwerden, ungeeignete Rahmenbedingungen und mangelnde Flexibilität der Angebote.

Gartenbasierte Aktivitäten (vgl. Kap. 3.3.4.2)

Gartenbasierte Aktivitäten zeigen bei Menschen mit Demenz insgesamt positive Wirkungen, insbesondere im emotionalen und sozialen Bereich. Die Teilnahme an gartenbasierten Interventionen kann zu einer Reduktion von Unruhe und herausforderndem Verhalten führen sowie das allgemeine Aktivitätsniveau steigern. Menschen mit Demenz verbringen dadurch mehr Zeit mit sinnstiftenden Tätigkeiten und zeigen weniger Inaktivität.

Darüber hinaus fördern gartenbasierte Aktivitäten die soziale Interaktion, stärken das Gemeinschaftsgefühl und vermitteln ein Gefühl von Zugehörigkeit. Die Menschen mit Demenz berichten häufig über ein gesteigertes Wohlbefinden, das mit positiven Emotionen wie Freude, Entspannung und dem Erleben von Sinnhaftigkeit verbunden ist.

Hinsichtlich kognitiver und körperlicher Funktionen zeigen sich dagegen uneinheitliche Ergebnisse. Die bisherigen Studien liefern keine konsistenten Hinweise auf signifikante Verbesserungen in diesen Bereichen.

Gedächtnisstützen (vgl. Kap. 3.3.4.3)

Interventionen zur kognitiven Stimulation können bei Menschen mit Demenz zu einer leichten, aber signifikanten Verbesserung der kognitiven Funktionen führen, basierend auf moderater Qualität der Evidenz. Besonders wirksam erwiesen sich Gruppensettings, in denen neben der Kognition auch die Kommunikation und soziale Interaktion deutlich gefördert wurden – hierfür liegt eine Evidenz von hoher Qualität vor. Im Bereich technischer Hilfsmittel zur Gedächtnisunterstützung existieren zwar zahlreiche Entwicklungsansätze, bislang mangelt es jedoch an qualitativ hochwertigen Studien, die belastbare Aussagen zur Wirksamkeit dieser Technologien ermöglichen. Eine gesicherte Aussage zur tatsächlichen Unterstützung durch solche Technologien ist daher derzeit nicht möglich.

Geschichten und Lesen (vgl. Kap. 3.3.4.4)

Sowohl das kreative Therapieprogramm TimeSlips als auch das gemeinsame Lesen konnten Applied Multi-Sensory Stimulation (AMSS) Approach for the Dementia und Alzheimer Demenz einige positive Effekte für die Menschen mit Demenz bewirken. TimeSlips verbessert bei Menschen mit Demenz die soziale Kommunikation, steigert Freude und Engagement und fördert die Lebensqualität, besonders bei leichter bis mittelschwerer Demenz. Es stärkt soziale Bindungen und erhöht die Aktivität der Teilnehmenden sowie positive Interaktionen mit dem Pflegepersonal.

Literaturbasierte Lesegruppen können das Wohlbefinden, die Aufmerksamkeit und das Erinnerungsvermögen verbessern und fördern den sozialen Austausch in einem sinnvollen Kontext.

Kombinierte Interventionen (vgl. Kap. 3.3.4.5)

Im Rahmen der aktualisierten Literaturrecherche konnten keine neuen Studien identifiziert werden, die in diesen Themenbereich fallen.

Zwei Studien zu kombinierten Interventionen bei Menschen mit Demenz aus der ersten Literaturstudie zeigen eher heterogene Ergebnisse. Eine Kombination aus Spazierengehen und Kommunikation führte nicht zu signifikanten Verbesserungen und deutete teilweise sogar auf eine Verschlechterung der Kommunikationsfähigkeit hin.

Dagegen zeigte eine andere kombinierte Intervention, bestehend aus multisensorischer und motorischer Stimulation im Rahmen der morgendlichen Pflege, positive Effekte. Es kam zu einer Zunahme nonverbaler Kommunikation, insbesondere von Blickkontakt und Lachen. Auch das Engagement und die aktive Beteiligung der Menschen mit Demenz nahmen zu. Die verbale Kommunikation zeigte zwar eine leicht erhöhte Häufigkeit, jedoch eine verkürzte Dauer.

Konversation und Kommunikation (vgl. Kap. 3.3.4.6)

Unterschiedliche Kommunikationsinterventionen für Menschen mit Demenz und Pflegefachpersonen zeigen überwiegend positive Effekte, insbesondere wenn sie gezielt in den Pflegealltag integriert und person-zentriert umgesetzt werden. Schulungsprogramme für Pflegepersonal, die sowohl theoretisches Wissen als auch praktische Übungen und Reflexion beinhalten, verbessern die verbale und nonverbale Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Besonders wirkungsvoll sind Interventionen, die individuell angepasst, biografiebasiert oder multisensorisch gestaltet sind. Einzelaktivitäten sind dabei oft wirksamer als komplexe

Maßnahmen mit mehreren Komponenten. Programme wie das Sonas-Programm oder die Veder-Contact-Methode können einzelne kommunikative Aspekte wie soziale Interaktion und sprachliche Ausdrucksfähigkeit verbessern, zeigen aber keine konsistenten Effekte auf alle Kommunikationsbereiche oder die Stimmung. Auch Gesprächsinterventionen wie die therapeutische Konversation und der „Breakfast Club“ zeigen positive Effekte auf die Stimmung und Kommunikationsfähigkeit von Menschen mit Demenz. Zudem verbesserte der „Breakfast Club“ die soziale Interaktion mit anderen.

Kunst (vgl. Kap. 3.3.4.7)

Die Ergebnisse zu kunst- und kulturbezogene Interventionen für Menschen mit Demenz zeigen insgesamt eher uneinheitliche Ergebnisse, sodass vor allem der Einfluss auf die Lebensqualität unklar ist. Einzelne Studien konnten jedoch positive Effekte nachweisen. In der „Feelings Art Group“ konnten Menschen mit Demenz durch sensorische Reize und einfache Kunstaktivitäten ihre Emotionen nonverbal ausdrücken, was zu mehr Interaktion und Erinnerungen führte. Auch Diskussionen über Kunstwerke im Museums- oder Galeriekontext führten zu gesteigerter Selbstsicherheit, aktiver Beteiligung und sozialem Austausch. Der Umgang mit Museumsobjekten förderte zudem das subjektive Wohlbefinden. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass kreative und sinnlich erfahrbare Angebote soziale Teilhabe stärken und Menschen mit Demenz neue Ausdrucksmöglichkeiten eröffnen können.

Musik (vgl. Kap. 3.3.4.8)

Musikbasierte Interventionen können bei Menschen mit Demenz zu einer leichten Verbesserung depressiver Symptome, einer möglichen Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten und einer Förderung des sozialen Verhaltens führen. Für langfristige Wirkungen liegen derzeit jedoch keine belastbaren Evidenzen vor.

Besonders deutlich zeigt sich der positive Einfluss auf soziale Interaktionen. Musik fördert Blickkontakt, Mimik, Gestik und geselliges Verhalten. Zudem stärkt sie das Gemeinschaftsgefühl, reduziert Unruhe und verbessert die Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Menschen mit Demenz. Zentrale Wirkmechanismen sind die Förderung nonverbaler Kommunikation, improvisatorische Elemente und ein sicherer, wertschätzender Rahmen für spontane Begegnungen. Einzelne musikbasierte Ansätze zeigten unterschiedliche Effekte. So führte rezeptives Chorsingen zu signifikanten Verbesserungen in Bezug auf depressive und neuropsychiatrische Symptome sowie auf die Lebensqualität. Die Gruppenmusiktherapie hingegen zeigte insgesamt schwächere Effekte, und eine Kombination beider Ansätze brachte keine zusätzlichen Vorteile. Qualitative Studien ergaben dagegen, dass sowohl die Gruppenmusiktherapie als auch das Chorsingen die persönliche Identität, Ausdrucksmöglichkeiten und Stimmung der Menschen mit Demenz stärken sowie soziale Beziehungen fördern können. Nach dem Ende der Interventionen wurden jedoch teilweise Verhaltensverschlechterungen und ein erhöhter Betreuungsbedarf festgestellt. Vor allem Live-Musik-Gruppen ermöglichten Menschen mit fortgeschrittener Demenz eine aktive Teilnahme über nonverbale Ausdrucksformen. Die multisensorische Umgebung und wiederkehrende Rituale förderten Kommunikation, Teilhabe und soziale Kontakte. Eine musik- und rhythmusbasierte Interventionen spezifisch für Menschen mit primär progredienter Aphasie im Rahmen einer frontotemporalen Demenz zeigte zwar Verbesserungen im Verhalten und Fortschritte in der Sprachproduktion, insgesamt so sind die Ergebnisse jedoch zu begrenzt, um belastbare Aussagen zur Wirksamkeit zu treffen.

Puppen (vgl. Ka. 3.3.4.9)

Die Ergebnisse zur therapeutischen Interventionen mit Puppen zeigen bei Menschen mit Demenz positive Effekte auf das Verhalten und psychologische Wohlbefinden haben kann. Insbesondere können Unruhe, Apathie, Reizbarkeit und Umherwandern reduziert sowie Kommunikationsfähigkeit und soziale Interaktion gefördert werden. Kognitive Funktionen wurden durch die Interventionen nicht verbessert. Dabei erwiesen sich „Empathy Dolls“ wirksamer als „Lifelike Dolls“, da sie stärkere emotionale Reaktionen und ein Gefühl von Trost und Bindung hervorrufen konnten. Auch konnten alltägliche Aktivitäten durch die Intervention gefördert werden. Langzeiteffekte blieben unklar, da das Interesse an den Puppen mit der Zeit nachlassen kann. Herausforderungen zeigten sich unter anderem beim Umgang mit der Puppe in Pflegesituationen und in der teils kritischen Haltung des Pflegepersonals.

Reminiszenz, Lebensrückblick und soziale Identität (vgl. Kap. 3.3.4.10)

Reminiszenztherapie zeigt bei Menschen mit Demenz meist nur begrenzte und überwiegend kurzfristige positive Effekte. Besonders Einzeltherapien können kurzfristig die kognitiven Fähigkeiten leicht verbessern. Gruppenbasierte Reminiszenztherapie fördert zudem wahrscheinlich langfristig die soziale Interaktion. Die Wirkung auf depressive Symptome ist hingegen unklar und wurde vor allem bei Einzelinterventionen beobachtet, während andere Aspekte wie Alltagskompetenz, Agitation oder Lebensqualität kaum beeinflusst werden. Neuere Studien weisen zudem auf eine mögliche Verbesserung neuropsychiatrischer Symptome hin. Spezifische Interventionen mit Fokus auf Lebensgeschichten unterstützen Menschen mit Demenz dabei, ihre Identität zu bewahren und ihre Lebensgeschichte zu teilen. Die Mitgestaltung von Lebensbüchern stärkt das Selbstwertgefühl und führt kurzfristig zu Verbesserungen in Kognition, Stimmung und Lebensqualität. Außerdem können Lebensbücher die Kommunikation zwischen dem Menschen mit Demenz, Angehörigen und Pflegepersonal sowie die soziale Interaktion fördern und Beziehungen stärken. Angehörige gewinnen dadurch ein ganzheitlicheres Verständnis und erfahren emotionale Entlastung. Auch Pflegefachpersonen erhalten neue Möglichkeiten für eine individuellere Pflege.

Gruppen-Musik-Reminiszenztherapie bei Menschen mit Demenz führten zwar nicht zu signifikanten Verbesserungen der Lebensqualität oder der kognitiven Fähigkeiten, konnten jedoch depressive Symptome reduzieren, während andere neuropsychiatrische Symptome unverändert blieben. Ähnlich zeigt auch der Einsatz von Fotos in psychosozialen Interventionen nur wenig eindeutige Effekte auf soziale Interaktion, Stimmung und Lebensqualität bei Menschen mit Demenz, sodass die Wirksamkeit generischer Fotos weiterhin unklar bleibt. Im Gegensatz dazu konnten kunstbasierte Reminiszenztherapien während der Sitzungen signifikante Verbesserungen der Lebensqualität und des positiven Verhaltens bewirken.

Die Erstellung biografischer Collagen über Menschen mit Demenz, basierend auf Informationen von Angehörigen, führte zu einem verbesserten Wissen des Pflegepersonals über die Lebensgeschichte, Interessen und Vorlieben der Menschen mit Demenz. Allerdings zeigte sich dadurch keine signifikante Veränderung im Hinblick auf die Umsetzung individueller oder person-zentrierter Pflegepraxis in der Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen und den Menschen mit Demenz.

Mit Blick auf die soziale Identität zeigten Studien der ersten Literaturstudie, dass gezielte Interventionen zur Stärkung der sozialen Identität bei Menschen mit Demenz das Wohlbefinden fördern, Engagement und Freude steigern sowie agitiertes Verhalten reduzieren können. Besonders arbeitsbezogene und identitätsbezogene Stimuli, die an frühere Rollen und Interessen anknüpfen, erhöhen die Aufmerksamkeit und positive Haltung der Menschen mit Demenz.

Lebende soziale Stimuli wirken sich am stärksten positiv auf die Stimmung aus, gefolgt von identitätsfördernden Reizen.

Snoezelen (vgl. 3.3.4.11)

Snoezelen-Interventionen und sensorische Stimulation bei Menschen mit Demenz wirken vor allem kurzfristig positiv auf die psychische Gesundheit, die soziale Teilhabe, die Stimmung und das Verhalten. Sie fördern Wachheit, Aufmerksamkeit, Entspannung und soziale Aktivität, während sie Symptome wie Unruhe, Apathie, depressive Verstimmungen und aggressives Verhalten verringern können. Besonders in multisensorischen Umgebungen oder durch rhythmische Reize zeigen sich diese Effekte, wobei einzelne Sinnesreize wie Musik oder Düfte ebenfalls Verbesserungen bewirken können. Die Wirkung ist jedoch bei fortgeschrittener Demenz oft geringer oder bleibt aus. Zudem ähneln die Effekte teilweise denen anderer Beschäftigungen, und in Einzelfällen wurden negative Reaktionen wie erhöhte Verwirrung oder Unruhe beobachtet. Auch wenn Snoezelen die Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Menschen mit Demenz verbessern kann, sind langfristige Effekte insgesamt selten nachgewiesen, sodass die Gesamteffektivität dieser Ansätze als uneindeutig gilt.

Tanzen (vgl. Kap. 3.3.4.12)

Die Tanz- und Bewegungstherapie bei Menschen mit Demenz zeigt vermutlich nur geringe oder keine Effekte auf neuropsychiatrische Symptome und kognitive Funktionen. Lediglich auf depressive Symptome konnte ein leichter, anhaltender positiver Einfluss festgestellt werden. Aussagen zur sozialen Funktion und zur Akzeptanz der Intervention sind aufgrund der geringen Evidenz unklar. Eine systematische Übersichtsarbeit aus der ersten Literaturstudie deutet hingegen darauf hin, dass Tanzen vor allem die soziale Interaktion und Kommunikation bei Menschen mit Demenz fördern kann. Insgesamt ist die Evidenz zur Wirksamkeit jedoch sehr begrenzt, sodass keine eindeutigen Schlussfolgerungen gezogen werden können, welche Form der Tanz- und Bewegungstherapie am besten geeignet ist. Entscheidend für die Auswahl der Tanzintervention scheinen vor allem die individuellen Vorlieben der Menschen mit Demenz zu sein. Qualitative Ergebnisse eines Sharing Dance Seniors-Programms zeigen zudem, dass gemeinsames Tanzen Menschen mit Demenz in kreativem Selbstausdruck, sozialer Verbundenheit und emotionalem Wohlbefinden fördern kann. Die offene und fehlerfreundliche Atmosphäre unterstützt gemeinschaftliches Erleben, Freude und Inklusion, indem unterschiedliche Teilnahmekformen anerkannt und wertgeschätzt werden.

Technik (vgl. Kap. 3.3.4.13)

Technologiebasierte Interventionen bei Menschen mit Demenz zeigen unterschiedliche positive Effekte, insbesondere auf die kognitive Funktion, wobei auch depressive Symptome in einigen Fällen verbessert werden können, wenn auch mit geringerer Evidenz. Im Gegensatz dazu sind Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Lebensqualität meist nicht nachweisbar. Digitale Technologien können zudem zur Prävention von Einsamkeit und sozialer Isolation beitragen, indem sie soziale Verbundenheit fördern. Indirekte Effekte wie eine verbesserte Stimmung, verringerte Unruhe sowie emotionale Reaktionen wie Trost und Freude wurden ebenfalls beobachtet.

Ein weiteres Beispiel für eine technikgestützte Intervention ist das tabletbasierte I-CARE-Programm, das kurzfristig positive Effekte auf die Beziehungsqualität zwischen Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zeigte, insbesondere hinsichtlich der emotionalen Nähe. Diese

Effekte konnten jedoch langfristig nicht aufrechterhalten werden. Trotz einer Verschlechterung der Lebensqualität nach Ende der Intervention förderte I-CARE gemeinsame Aktivitäten und erleichterte die Kommunikation. Die Nutzung war jedoch abhängig von den kognitiven Fähigkeiten der Menschen mit Demenz sowie der Motivation der Angehörigen, wobei technische Hürden und unpassende Inhalte die Nutzung erschwerten.

Auch spezifische Informations- und Kommunikationstechnologien können die Kommunikation von Menschen mit Demenz fördern, indem sie den Einstieg in Gespräche erleichtern, Barrieren überwinden und soziale Einbindung stärken. Gemeinsame Aktivitäten mit digitalen Anwendungen intensivieren den Austausch und ermöglichen strukturierte, sinnstiftende Gespräche. Auch verhaltensbezogene Symptome wie depressive Verstimmungen und Agitation können in moderatem Maße reduziert werden, während für Symptome wie Angst, Apathie oder andere neuropsychiatrische Beschwerden bislang keine signifikanten Effekte nachgewiesen wurden. Digitale Anwendungen mit dem Fokus auf Reminiszenz und Lebensgeschichten zeigen dabei insgesamt heterogene Ergebnisse. Während die Einbindung der Lebensgeschichte in die person-zentrierte Pflege in Form einer App das Verständnis und die Interaktion mit Menschen mit Demenz verbessern kann, ergab ein Onlinebuch keine signifikanten Effekte auf neuropsychiatrische Symptome bei Menschen mit Demenz.

Der Einsatz von Begleitrobotern, insbesondere tierähnlichen wie PARO, zeigt zwar positive Effekte auf das emotionale Wohlbefinden und wird gut akzeptiert, jedoch fehlen eindeutige Nachweise zu Wirksamkeit bei kognitiven oder neuropsychiatrischen Symptomen sowie zur Verbesserung der Lebensqualität. Humanoide Roboter gelten als praktikabel, sind jedoch durch Sprachbarrieren und Bedenken hinsichtlich verminderter menschlicher Kontakte eingeschränkt, mit unzureichender Evidenz zur Wirksamkeit. Multifunktionale Roboter wie Silbot, Pepper und MARIO unterstützen Kommunikation und Alltag, stoßen aber auf technische Herausforderungen. Es wurde zwar kurzfristige Verbesserungen neuropsychiatrischer Symptome beobachtet, langfristige Effekte fehlen jedoch. Telepräsenz-Roboter werden aufgrund authentischer Gespräche akzeptiert, sind jedoch technisch anspruchsvoll und für Menschen mit schwerer Demenz weniger geeignet. Der Einsatz von Assistenzrobotern für die häusliche Pflege wurden selten untersucht und es zeigen sich uneinheitliche Ergebnisse hinsichtlich Akzeptanz und Machbarkeit. Zudem fehlen verlässliche Wirksamkeitsnachweise.

Virtuelle Realität zeigt bei Menschen mit Demenz vor allem positive Effekte auf kognitive Funktionen wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Orientierung. Darüber hinaus verbessern VR-Programme das emotionale Wohlbefinden und die Lebensqualität, da sie alltagsnahe Szenarien abbilden und soziale Interaktionen fördern. Sie unterstützen zudem die Selbstständigkeit im Alltag. Gleichzeitig bestehen Herausforderungen durch mögliche Verwirrung bei der Nutzung der virtuellen Welt und Schwierigkeiten bei der Bedienung der Geräte. Im Gegensatz dazu zeigen Exergames, die körperliche Bewegung mit kognitivem Training verbinden, kaum nachweisbare Vorteile für die körperliche oder geistige Funktion von Menschen mit Demenz und die Evidenz für deren Nutzen ist gering.

Auch die Ergebnisse zu unterschiedlichen Interventionen im Rahmen von virtuellen Besuchen sind eher heterogen. So zeigte die Simulated Presence Therapy bislang uneinheitliche Effekte auf Verhaltenssymptome und auch Aussagen zu Lebensqualität oder Pflegebelastung fehlen weitgehend. Im Gegensatz dazu hat sich das strukturierte virtuelle Besucherprogramm „Connecting Today“ als wirksame Maßnahme zur Förderung sozialer Interaktionen erwiesen. Durch regelmäßig moderierte Videoanrufe wird die aktive Teilnahme unterstützt und positive emotionale Reaktionen gefördert, während negative Affekte selten sind. Die Intervention stärkt Kommunikation, soziale Bindung und erleichtert die Einschätzung der Pflegebedürfnisse.

Auch bei fortgeschrittener Demenz trägt das Programm zur Reduktion von Einsamkeit und zur Steigerung der Lebensqualität bei.

Tiere (vgl. Kap. 3.3.4.14)

Tiergestützte Interventionen bei Menschen mit Demenz zeigen insgesamt überwiegend positive Effekte, insbesondere in Bezug auf psychische Symptome wie depressive Verstimmungen und Unruhezustände. Hinsichtlich kognitiver Funktionen, der Bewältigung alltäglicher Aktivitäten sowie der allgemeinen Lebensqualität konnten hingegen keine signifikanten Effekte nachgewiesen werden.

Ähnliche Ergebnisse finden sich auch für speziell hundegestützte Therapien. Während positive Effekte auf Apathie und depressive Symptome festgestellt wurden, ergaben sich keine nachweisbaren Verbesserungen in Bezug auf Lebensqualität, Alltagsfähigkeiten, Unruhe, kognitive Einschränkungen oder Rückzugsverhalten. Aufgrund der insgesamt sehr niedrigen Qualität der Evidenz bleibt die Wirksamkeit dieser Interventionen jedoch unsicher.

Einige Studien weisen darüber hinaus auf positive Effekte in Bezug auf soziale Interaktionen hin. Menschen mit Demenz zeigten im Kontakt mit Hunden eine gesteigerte verbale und non-verbale Kommunikationsbereitschaft, insbesondere im direkten Austausch mit dem Tier. Zusätzlich wurden emotionale, kognitive und motorische Fähigkeiten durch gezielte Aktivitäten angeregt und gefördert.

Qualitative Befunde verdeutlichen ergänzend die psychosozialen Potenziale der Mensch-Tier-Interaktion. So zeigt das Dementia Dog Project, dass Assistenzhunde nicht nur emotionale Sicherheit und Stabilität bieten, sondern auch die Beziehung zwischen dem Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen stärken können. Die Tiere fördern die Etablierung von Alltagsroutinen und motivieren zu körperlicher Aktivität sowie sozialer Teilhabe. Diese unterstützende Wirkung blieb auch im fortgeschrittenen Stadium der Demenz bestehen.

Auch Besuche von Therapiehunden in stationären Einrichtungen erweisen sich als förderlich für das emotionale Wohlbefinden von Menschen mit Alzheimer-Demenz. Die Nähe zum Tier erzeugt Momente von Freude, Zuneigung und Selbstwirksamkeit. Die Interaktion mit dem Hund stärkt das Identitätsgefühl der Menschen mit Demenz und kann dadurch zu einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

Information, Schulung und Beratung (vgl. Kap. 3.3.5)

Die Schulungen für formelle und informelle Pflegepersonen führten in den meisten Fällen zu einer Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten, insbesondere durch eine Reduktion von Kommunikationsproblemen und die bewusstere Anwendung unterstützender Verhaltensweisen. In einigen Fällen blieben diese positiven Effekte langfristig erhalten, vor allem im Hinblick auf die Kommunikation. Allerdings wurden keine signifikanten Veränderungen in den neuropsychiatrischen Symptomen wie Depression oder Agitation unmittelbar nach den Schulungen festgestellt.

Qualitative Befunde zeigen, dass pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz von positiven Auswirkungen der Kommunikationsschulungen berichteten. Sie konnten Kommunikationsstrategien besser anwenden, was zu weniger Kommunikationsabbrüchen und einer insgesamt besseren Gesprächsqualität führte. Zudem führte die Schulung in vielen Fällen zu einer Verringerung der psychosozialen Belastung der Angehörigen, auch wenn einige Studien keine signifikanten Veränderungen zeigten. Insgesamt förderten die Schulungen ein besseres

Verständnis, mehr Empathie und eine stärkere Beziehung zwischen den Angehörigen und den Menschen mit Demenz.

Interaktionsschulungen, wie sie im Rahmen des ISAD-Projekts entwickelt wurden, haben sich als besonders wirksam erwiesen, um das subjektive Belastungserleben von Angehörigen zu verringern. Nach Teilnahme an den Kursen berichteten die Angehörigen von einer signifikanten Reduktion der körperlichen und psycho-emotionalen Belastung, einer Verbesserung der Selbstsorge und einer Erweiterung ihrer Handlungskompetenz im Umgang mit Menschen mit Demenz. Die Schulung, die auf einem Modell eigenweltorientierter Kommunikation basiert, förderte eine feinfühlig und bedürfnisorientierte Kommunikation und stärkte das Vertrauen und die Orientierung im Pflegealltag.

Auch die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten, wie sie etwa von Demenzstützpunkten bereitgestellt werden, wurde von Angehörigen überwiegend positiv bewertet. Neben praktischer Unterstützung erhielten die Angehörigen hier vor allem emotionale Entlastung und das Gefühl, mit ihren Herausforderungen nicht allein zu sein. Besonders hervorgehoben wurden die individuelle Beratung und die gezielte Vermittlung weiterführender Hilfsangebote.

Die Wirksamkeit psychoedukativer Programme ist insgesamt uneinheitlich. In einigen Fällen wurden signifikante Verbesserungen in Bereichen wie Lebensqualität, kognitiver Leistungsfähigkeit und psychischer Gesundheit festgestellt, während viele Programme keine messbaren Effekte zeigten, insbesondere langfristig. Positive Ergebnisse traten vor allem bei individuell gestalteten Programmen auf, die im häuslichen Umfeld durchgeführt und durch telefonische Nachbetreuung unterstützt wurden. In Bezug auf physische Gesundheit, Verhaltenssymptome sowie Kommunikation und soziale Beziehungen fielen die Effekte oft gering aus. Für pflegende Angehörige konnten Stress und emotionale Belastung deutlich verringert werden, während Auswirkungen auf Lebensqualität, körperliche Gesundheit und Pflegekompetenz meist gering waren.

Technologiebasierte psychoedukative Programme kombinieren häufig Informationsvermittlung mit psychologischen und verhaltensorientierten Inhalten und bieten interaktive Lernmöglichkeiten. Diese Programme zeigen vor allem positive Effekte auf depressive Symptome und das Stresserleben der Angehörigen. Weniger Einfluss haben sie auf Lebensqualität und Selbstwirksamkeit. Besonders wirksam sind Programme, die aktive fachliche Unterstützung bieten, während Programme ohne direkte Betreuung oft weniger erfolgreich sind.

Die Ergebnisse qualitativer Studien zeigen zudem, dass webbasierte psychoedukative Programme das Wissen über Demenz stärken und das Gefühl von Sicherheit und Selbstwirksamkeit im Pflegealltag fördern können. Der Austausch mit anderen Angehörigen, insbesondere in gut moderierten und strukturierten Foren, wird häufig als hilfreich empfunden. Allerdings gibt es auch Kritik an technischen Mängeln, unvollständigen Inhalten und der Benutzerfreundlichkeit.

Remote Interventionen zu Information, Schulung und Unterstützung für informelle Pflegepersonen, die über Telefon oder Internet angeboten werden, haben einen geringen positiven Effekt auf depressive Symptome und möglicherweise nur einen moderaten Einfluss auf die Pflegebelastung. Die hohe Abbruchrate und mögliche Akzeptanzprobleme deuten darauf hin, dass die Effektivität stark vom Versorgungskontext abhängt.

Umwelt, Umgebung und Milieugestaltung (vgl. Kap. 3.3.6)

Die Qualität der Versorgung und vor allem der Beziehungsgestaltung von Menschen mit Demenz hängt maßgeblich von der Gestaltung ihrer physischen und sozialen Umgebung und

Umwelt ab. Im ambulanten Bereich trägt vor allem das eigene Zuhause wesentlich zum Gefühl von Zugehörigkeit und Sicherheit bei, während soziale Isolation und eingeschränkte Mobilität bei fortschreitender Demenz häufige Herausforderungen darstellen. In der stationären Langzeitpflege ist das Zugehörigkeitsgefühl stärker an die Vertrautheit der Umgebung und soziale Interaktionen gebunden, wobei der Verlust von Privatsphäre und Autonomie oft mit Gefühlen der Entfremdung und Isolation einhergeht. Sinnvolle Alltagsaktivitäten, die sowohl im häuslichen als auch in institutionellen Kontexten eine bedeutende Rolle spielen, fördern das Gefühl von Sinnhaftigkeit und Selbstbestimmung und sind somit essenziell für das psychische Wohlbefinden der Menschen mit Demenz. Weitere Erkenntnisse zeigen, dass die soziale Interaktion von Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege stark von der räumlichen Umgebung beeinflusst wird. Besonders wichtig sind eine wohnliche, überschaubare und anregende physische Umgebung, etwa durch kleine Einheiten, familiäre Essbereiche, Zugang zu gestalteten Außenanlagen und naturbezogene Angebote wie Green Care Farms. Diese fördern Aktivität, soziale Teilhabe und das allgemeine Wohlbefinden. Barrierefreiheit, Orientierungshilfen, persönliche Gestaltung sowie Einzelzimmer unterstützen zusätzlich die Selbstständigkeit, Privatsphäre und Kommunikation. Auch das soziale Umfeld spielt eine zentrale Rolle: Regelmäßige soziale Kontakte, gemeinschaftliche Aktivitäten, eine strukturierte Tagesgestaltung sowie ein engagiertes Pflegepersonal tragen maßgeblich zur Lebensqualität, emotionalen Stabilität und aktiven Teilhabe der Bewohner*innen bei.

Für die Gestaltung eines demenzfreundlichen Krankenhauses sind laut Expert*innen unter anderem folgende Aspekte entscheidend: ein ganzheitliches Verständnis von Demenz, eine individuelle und wertschätzende Betreuung, die Einbindung aller Berufsgruppen sowie der Angehörigen, fachliche Kompetenz, flexible Strukturen und eine gute Vernetzung mit dem regionalen Umfeld. Ziel ist es, ein Krankenhaus zu schaffen, das sich den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz anpasst – und nicht umgekehrt.

Erkenntnisse zur Person-zentrierung im Kontext der physischen und sozialen Umwelt bestätigen diese Empfehlungen. Eine person-zentrierte Pflege von Menschen mit Demenz im Krankenhaus wird durch verschiedene innere und äußere Faktoren sowie gezielte Maßnahmen unterstützt. Zu den inneren Voraussetzungen auf Seiten der Pflegefachpersonen zählen Erfahrung, Fachwissen, persönliche Werte, berufliches Selbstverständnis und vor allem Empathie. Diese Eigenschaften ermöglichen ein besseres Verständnis der individuellen Bedürfnisse und fördern eine würdevolle sowie einfühlsame Pflege.

Zu den äußeren Rahmenbedingungen gehören eine vertraute Umgebung, eine unterstützende Teamkultur, kollegialer Austausch, gute Führung und ausreichend Zeit – sie bilden die Grundlage für eine gelingende Versorgung. Wichtige Handlungsansätze sind der Aufbau eines ganzheitlichen Verständnisses der Patient*innen, die Gestaltung vertrauensvoller Beziehungen sowie die individuelle Anpassung von Routinen und Maßnahmen. Dabei stehen Flexibilität, biografisches Wissen, sensible Kommunikation und kreative Lösungen im Mittelpunkt.

Auch die Gestaltung von Mahlzeitsituationen spielt eine bedeutende Rolle für das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz. Ein vertrautes, familiäres Ambiente, das die Autonomie der Menschen mit Demenz fördert, kann die Nahrungsaufnahme positiv beeinflussen und gleichzeitig das soziale Miteinander stärken. Der respektvolle Umgang mit individuellen Bedürfnissen und Vorlieben sowie die Schaffung einer angenehmen Essatmosphäre sind von zentraler Bedeutung. Studien belegen, dass eine sorgfältige Planung der Mahlzeiten, unter Berücksichtigung von Licht, Geräuschreduktion und Orientierungshilfen, das Essverhalten und die soziale Interaktion fördern kann.

Qualifizierung Pflege (vgl. Kap. 3.3.7)

Verschiedene edukative Demenzschulungen für Pflegefachpersonen haben insgesamt positive Auswirkungen auf Wissen, Einstellungen und Verhalten im Umgang mit Menschen mit Demenz gezeigt. Nach den Schulungen stieg das Wissen der Pflegefachpersonen signifikant, wobei dieser Zuwachs mit der Zeit wieder abnehmen kann. Die Veränderungen in den Einstellungen und der Kommunikation blieben jedoch langfristig positiv, besonders im Umgang mit herausforderndem Verhalten. Die Schulungen wurden allgemein gut bewertet und führten zu einer höheren Arbeitszufriedenheit und beruflichem Engagement. Besonders wirksam erwiesen sich Programme, die theoretisches Wissen mit praktischen Übungen kombinierten. Langfristige positive Effekte wurden vor allem bei person-zentrierten Ansätzen festgestellt, wobei die Qualität der Schulung von der Motivation der Teilnehmenden und der organisatorischen Unterstützung abhängt.

Trotz dieser positiven Ergebnisse für die Pflegefachpersonen bleibt die Wirksamkeit edukativer Interventionen für die Menschen mit Demenz insgesamt uneinheitlich. In einigen Fällen konnten positive Effekte auf das Verhalten von Menschen mit Demenz erzielt werden, insbesondere bei agitiertem oder aggressivem Verhalten. Besonders vielversprechend sind Kombinationen aus theoretischer Schulung und praktischer Begleitung, wie Supervision oder Coaching. Diese Ansätze stärken Pflegefachpersonen im Umgang mit herausforderndem Verhalten und fördern eine person-zentrierte Haltung.

Die Untersuchung von Kommunikationsstrategien zeigt, dass sowohl verbale als auch nonverbale Techniken zur Verbesserung der Interaktion mit Menschen mit Demenz beitragen. Besonders förderlich sind klare, respektvolle Kommunikation, positive Rückmeldungen und das Einbeziehen individueller Bedürfnisse. Auch externe Hilfsmittel wie Bilder oder Gesprächsleitfäden können die Verständigung erleichtern. Die Marte Meo-Methode und das MESSAGE-Training erwiesen sich als besonders wirksam, indem durch Video-Feedback und praxisorientierte Strategien die Kommunikationsfähigkeit der Pflegefachpersonen verbessert werden konnte. Langfristig verbesserten sich die Kommunikationsqualität und das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz, wobei auch organisatorische Rahmenbedingungen eine wichtige Rolle spielten.

Auch in Bezug auf ein person-zentriertes Schulungsprogramm – WHELD – konnten Verbesserungen der Lebensqualität und einer Reduktion neuropsychiatrischer Symptome erzielt werden. Besonders hervorzuheben ist die Steigerung positiver Pflegeinteraktionen, während die Verordnung antipsychotischer Medikamente konstant blieb. Für Pflegefachpersonen, die intensive Schulung und regelmäßiges Coaching erhielten, war das Programm besonders wirksam. In der digitalen Version des WHELD-Programms – eWHELD – zeigte sich, dass Pflegefachpersonen durch zusätzliches Coaching eine deutlich positivere Haltung gegenüber der Demenzpflege entwickelten. Menschen mit Demenz profitierten durch besserer Teilnahme an Aktivitäten und einem gesteigerten Wohlbefinden im Vergleich zur Kontrollgruppe, in der Pflegefachpersonen ausschließlich das eLearning-Programm durchliefen, ohne ein zusätzliches Coaching zu erhalten.

Eine Analyse einer Schulung zur person-zentrierten Kommunikation zeigte eine signifikante Reduktion von „Elderspeak“ und eine Verschiebung hin zu einer respektvolleren Gesprächsführung. Die sprachlichen und emotionalen Veränderungen waren moderat, doch regelmäßige Auffrischungen sind notwendig, um langfristige Effekte zu sichern. Eine Studie basierend auf Dementia Care Mapping zeigte zudem, dass Schulungen der Pflegefachpersonen zu einem erhöhten Wohlbefinden und mehr sozialen Interaktionen bei den Menschen mit Demenz führten. Pflegefachpersonen konnten besser mit herausforderndem Verhalten umgehen und

förderten eine respektvollere Betreuung, was die Lebensqualität der Menschen mit Demenz steigerte.

Evaluation (vgl. Kap. 3.3.8)

Zur Evaluation der Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz wurden – wie bereits in der ersten Literaturstudie – drei zentrale Aspekte betrachtet: Lebensqualität, Emotion und Engagement sowie das pflegerische Handeln.

Für die Messung der Lebensqualität stehen zahlreiche Instrumente zur Verfügung, die für unterschiedliche Schweregrade der Demenz geeignet sind. Die Instrumente DCM, DQoL, DEMQOL, QUALIDEM, QoL-AD und H.I.L.D.E. liegen alle in validierter deutscher Sprachfassung vor. Für das BASQID und QUALIDEM existiert zudem ein deutschsprachiges Benutzerhandbuch, wobei das BASQID bislang nicht in deutscher Sprache validiert wurde.

Eine Übersichtsarbeit – die allerdings nicht alle genannten Instrumente einschließt – kommt zu dem Ergebnis, dass QUALIDEM und QUALID im Vergleich die beste Evidenzbasis aufweisen. Besonders QUALIDEM überzeugte sowohl hinsichtlich der psychometrischen Qualität als auch in Bezug auf die praktische Anwendbarkeit.

Insgesamt wird jedoch kein einzelnes Instrument empfohlen. Vielmehr sprechen sich die Autor*innen dieser Übersichtsarbeit für die Neuentwicklung oder gezielte Weiterentwicklung bestehender QoL-Instrumente aus, die speziell auf die stationäre Langzeitpflege zugeschnitten sind.

Trotz bestehender Limitierungen wird der Einsatz vorhandener Instrumente als sinnvoller eingeschätzt als deren vollständiger Verzicht. Gleichzeitig wird ein deutlicher Bedarf an verbesserter Evidenz und besserer Verfügbarkeit betont.

Im Rahmen der aktualisierten Literaturrecherche wurden einige neue Instrumente zur Evaluation von Engagement und Emotionen bei Menschen mit Demenz identifiziert. Im Unterschied zur ersten Literaturstudie wurden dabei ausschließlich demenzspezifische Instrumente berücksichtigt. Auf Deutsch liegen derzeit nur die Instrumente OERS und MTED vor – wobei lediglich die MTED validiert wurde. Für eine valide Einschätzung hinsichtlich Engagement und Emotionen wird empfohlen, die Auswahl des Instruments individuell auf die Zielsetzung, das Zeitbudget und den Kontext abzustimmen.

Darüber hinaus wurden vier Instrumente gefunden, die dazu dienen, pflegerisches Handeln zu reflektieren. Für keines dieser Instrumente liegt aktuell eine validierte deutsche Version vor.

Literaturverzeichnis

- Abraha, I., Rimland, J. M., Lozano-Montoya, I., Dell'Aquila, G., Vélez-Díaz-Pallarés, M., Trotta, F. M., Cruz-Jentoft, A. J., & Cherubini, A. (2017). Simulated presence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011882.pub2>
- Albert, S. M., Del Castillo-Castaneda, C., Sano, M., Jacobs, D. M., Marder, K., Bell, K., Bylsma, F., Lafleche, G., Brandt, J., Albert, M., & Stern, Y. (1996). Quality of Life in Patients with Alzheimer's Disease as Reported by Patient Proxies. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(11), 1342–1347. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1996.tb01405.x>
- Algase, D. L., Yao, L., Son, G.-R., Beattie, E. R. A., Beck, C., & Whall, A. F. (2007). Initial psychometrics of the ambiance scale: A tool to study person-environment interaction in dementia. *Aging & Mental Health*, 11(3), 266–272.
<https://doi.org/10.1080/13607860600963604>
- Alnes, R. E., Kirkevold, M., & Skovdahl, K. (2011). Marte Meo Counselling: A promising tool to support positive interactions between residents with dementia and nurses in nursing homes. *Journal of Research in Nursing*, 16(5), 415–433.
<https://doi.org/10.1177/1744987111414848>
- Alnes, R. E., Kirkevold, M., & Skovdahl, K. (2013). The influence of the learning climate on learning outcomes from Marte Meo counselling in dementia care: *Learning outcomes from Marte Meo counselling*. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 130–140.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01436.x>
- American Psychiatric Association (2025). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision – DSM-5-TR® (1. Auflage). hogrefe.
<https://doi.org/10.1026/03217-000>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*, 13(6), 375–384. <https://doi.org/10.1002/nur.4770130605>
- Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C. M., Holly, C., Khalil, H., & Tungpunkom, P. (2015). Summarizing systematic reviews: Methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 132–140. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000055>
- Arons, A. M. M., Schölzel-Dorenbos, C. J. M., Olde Rikkert, M. G. M., & Krabbe, P. F. M. (2016). A Simple and Practical Index to Measure Dementia-Related Quality of Life. *Value in Health*, 19(1), 60–65. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.07.011>
- Arons, A. M. M., Wetzels, R. B., Zwijsen, S., Verbeek, H., Van De Ven, G., Ettema, T. P., Koopmans, R. T. C. M., & Gerritsen, D. L. (2018). Structural validity and internal consistency of the Qualidem in people with severe dementia. *International Psychogeriatrics*, 30(1), 49–59. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001405>
- Barker, T. H., Habibi, N., Aromataris, E., Stone, J. C., Leonardi-Bee, J., Sears, K., Hasanoff, S., Klugar, M., Tufanaru, C., Moola, S., & Munn, Z. (2024). The revised JBI critical

- appraisal tool for the assessment of risk of bias for quasi-experimental studies. *JB1 Evidence Synthesis*, 22(3), 378–388. <https://doi.org/10.11124/JBIES-23-00268>
- Baker, F. A., Lee, Y.-E. C., Sousa, T. V., Stretton-Smith, P. A., Tamplin, J., Sveinsdottir, V., Geretsegger, M., Wake, J. D., Assmus, J., & Gold, C. (2022). Clinical effectiveness of music interventions for dementia and depression in elderly care (MIDDEL): Australian cohort of an international pragmatic cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Healthy Longevity*, 3(3), e153–e165. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00027-7](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00027-7)
- Ballard, C., Corbett, A., Orrell, M., Williams, G., Moniz-Cook, E., Romeo, R., Woods, B., Garrod, L., Testad, I., Woodward-Carlton, B., & al, et. (2018). *Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial*. 15(2). <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01456896/full>
- Barbosa, A., Lord, K., Blighe, A., & Mountain, G. (2017). Dementia Care Mapping in long-term care settings: A systematic review of the evidence. *International Psychogeriatrics*, 29(10), 1609–1618. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001028>
- Barsan, K., Swindle, J., Boscart, V. M., Chacinsky, D., Hoben, M., Hopper, T., McGilton, K., & O'Rourke, H. M. (2024). Remote visits to address loneliness for people living with dementia in care homes: A descriptive qualitative study of visitors' perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 80(11), 4676–4688. <https://doi.org/10.1111/jan.16112>
- Becker, S., Kruse, A., Schröder, J., & Seidl, U. (2005). Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I. L.DE.): Dimensionen von Lebensqualität und deren Operationalisierung*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(2), 108–121. <https://doi.org/10.1007/s00391-005-0297-7>
- Berwig, M., Dinand, C., Becker, U., & Halek, M. (2020). Application of Marte Meo® counselling with people with behavioural variant frontotemporal dementia and their primary carers (AMEO-FTD) – a non-randomized mixed-method feasibility study. *Pilot and Feasibility Studies*, 6(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s40814-020-0551-1>
- Billington, J., Carroll, J., Davis, P., Healey, C., & Kinderman, P. (2013). A literature-based intervention for older people living with dementia. *Perspectives in Public Health*, 133(3), 165–173. <https://doi.org/10.1177/1757913912470052>
- Blindheim, K., Solberg, M., Hameed, I. A., & Alnes, R. E. (2023). Promoting activity in long-term care facilities with the social robot Pepper: A pilot study. *Informatics for Health and Social Care*, 48(2), 181–195. <https://doi.org/10.1080/17538157.2022.2086465>
- Bober, S. J., McLellan, E., McBee, L., & Westreich, L. (2002). The feelings art group: A vehicle for personal expression in skilled nursing home residents with dementia. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 1(4), 73–87.
- Boersma, P., Van Weert, J. C. M., Lissenberg-Witte, B. I., Van Meijel, B., & Dröes, R.-M. (2019). Testing the Implementation of the Veder Contact Method: A Theatre-Based Communication Method in Dementia Care. *The Gerontologist*, 59(4), 780–791. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx200>
- Bouman, A. I. E., Ettema, T. P., Wetzels, R. B., Van Beek, A. P. A., De Lange, J., & Dröes, R. M. (2011). Evaluation of Qualidem: A dementia-specific quality of life instrument for persons with dementia in residential settings; scalability and reliability of subscales in four Dutch field surveys. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(7), 711–722. <https://doi.org/10.1002/gps.2585>

- Bova, C. A., Jesdale, B. M., Mbrah, A., Botelho, L., & Lapane, K. L. (2021). Development and psychometric evaluation of the Social Connectedness Index in nursing home residents with Alzheimer's disease and dementia using the Minimum Data Set 3.0. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(7), 1110–1119. <https://doi.org/10.1002/gps.5516>
- Bowie, P., & Mountain, G. (1993). Using direct observation to record the behaviour of long-stay patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(10), 857–864. <https://doi.org/10.1002/gps.930081009>
- Bowling, A., Rowe, G., Adams, S., Sands, P., Samsi, K., Crane, M., Joly, L., & Manthorpe, J. (2015). Quality of life in dementia: A systematically conducted narrative review of dementia-specific measurement scales. *Aging & Mental Health*, 19(1), 13–31. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.915923>
- Bridges, J., Gould, L., Hope, J., Schoonhoven, L., & Griffiths, P. (2019). The Quality of Interactions Schedule (QuIS) and person-centred care: Concurrent validity in acute hospital settings. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 1, 100001. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2019.100001>
- Brod, M., Stewart, A. L., Sands, L., & Walton, P. (1999). Conceptualization and Measurement of Quality of Life in Dementia: The Dementia Quality of Life Instrument (DQoL). *The Gerontologist*, 39(1), 25–36. <https://doi.org/10.1093/geront/39.1.25>
- Brooker, D. (2005). Dementia Care Mapping: A Review of the Research Literature. *The Gerontologist*, 45(Supplement 1), 11–18. https://doi.org/10.1093/geront/45.suppl_1.11
- Brooker, D., Foster, N., Banner, A., Payne, M., & Jackson, L. (1998). The efficacy of Dementia Care Mapping as an audit tool: Report of a 3-year British NHS evaluation. *Aging & Mental Health*, 2(1), 60–70. <https://doi.org/10.1080/13607869856957>
- Brossard Saxell, T., Ingvert, M., & Lethin, C. (2021). Facilitators for person-centred care of inpatients with dementia: A meta-synthesis of registered nurses' experiences. *Dementia*, 20(1), 188–212. <https://doi.org/10.1177/1471301219871408>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2025). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification. Version 2025. Verfügbar unter: <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2025/index.htm> [2025-09-17]
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2006). Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/rahmenempfehlungen-zum-umgang-mit-herausforderndem-verhalten-bei-menschen-mit-demenz-in-der-stationaeren-altenhilfe.html> [2025-08-11]
- Burgener, S. C., Twigg, P., & Popovich, A. (2005). Measuring psychological well-being in cognitively impaired persons. *Dementia*, 4(4), 463–485. <https://doi.org/10.1177/1471301205058303>
- Burks, H. B., Des Bordes, J. K. A., Chadha, R., Holmes, H. M., & Rianon, N. J. (2021). Quality of Life Assessment in Older Adults with Dementia: A Systematic Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 50(2), 103–110. <https://doi.org/10.1159/000515317>
- Bär, M., & Becker, S. (2011). Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE.). In 3. *Pflegetag – Demenz: Herausforderung für die Pflege im 21. Jahrhundert*.

- Bär, M., Kruse, A., & Re, S. (2003). Emotional bedeutsame Situationen im Alltag demenzkranker Heimbewohner. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36(6), 454–462. <https://doi.org/10.1007/s00391-003-0191-0>
- Büscher, A., Oetting-Roß, C., & Sulmann, D. (2016). *Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege*. Zentrum für Qualität in der Pflege.
- Camic, P. M., Dickens, L., Zeilig, H., & Strohmaier, S. (2021). Subjective wellbeing in people living with dementia: Exploring processes of multiple object handling sessions in a museum setting. *Wellcome Open Research*, 6, 96. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16819.2>
- Campbell, E., Hogue, J., Du, J., Blauth, L., Issing, K., Sarodnick, F., Voigt, M., Voigt, F., Wisböck, M., Wollersberger, N., & Wosch, T. (2024). ORIGINALBEITRÄGE. Übersetzung und Validierung des Music Therapy Engagement Scale for Dementia (MTED) Beobachtungsbogens ins Deutsche / Translation and validation of the Music Therapy Engagement Scale for Dementia (MTED) observation scale into German. *Musiktherapeutische Umschau*, 45(3), 250–272. <https://doi.org/10.13109/muum.2024.45.3.250>
- Chaudhury, H., Hung, L., & Badger, M. (2013). The Role of Physical Environment in Supporting Person-centered Dining in Long-Term Care: A Review of the Literature. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 28(5), 491–500. <https://doi.org/10.1177/1533317513488923>
- Chen, Y.-L., Ryden, M. B., Feldt, K., & Savik, K. (2000). The relationship between social interaction and characteristics of aggressive, cognitively impaired nursing home residents. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 15(1), 10–17. <https://doi.org/10.1177/153331750001500108>
- Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y.-H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., Haas, M., & Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: A cluster-randomised trial. *The Lancet Neurology*, 8(4), 317–325. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70045-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70045-6)
- Cho, E., Shin, J., Seok, J. W., Lee, H., Lee, K. H., Jang, J., Heo, S.-J., & Kang, B. (2023). The effectiveness of non-pharmacological interventions using information and communication technologies for behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 138, 104392. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104392>
- Chu, C. H., Puts, M., Brooks, D., Parry, M., & McGilton, K. S. (2020). A Feasibility Study of a Multifaceted Walking Intervention to Maintain the Functional Mobility, Activities of Daily Living, and Quality of Life of Nursing Home Residents With Dementia. *Rehabilitation Nursing*, 45(4), 204–217. <https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000186>
- Chu, C. H., Quan, A. M. L., Gandhi, F., & McGilton, K. S. (2022). Perspectives of substitute decision-makers and staff about person-centred physical activity in long-term care. *Health Expectations*, 25(5), 2155–2165. <https://doi.org/10.1111/hex.13381>
- Chung, J. C., & Lai, C. K. (2002). Snoezelen for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003152>
- Clare A, Camic PM, Crutch SJ, West J, Harding E, & Brotherhood E. (2020). Using Music to Develop a Multisensory Communicative Environment for People with Late-Stage Dementia. *The Gerontologist*, 60(6), 1115–1125. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz169>

- Clare, L., Whitaker, R., Quinn, C., Jelley, H., Hoare, Z., Woods, B., Downs, M., & Wilson, B. (2012). AwareCare: Development and validation of an observational measure of awareness in people with severe dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 22(1), 113–133. <https://doi.org/10.1080/09602011.2011.640467>
- Clare, L., Whitaker, R., Woods, R. T., Quinn, C., Jelley, H., Hoare, Z., Woods, J., Downs, M., & Wilson, B. A. (2013). AwareCare: A pilot randomized controlled trial of an awareness-based staff training intervention to improve quality of life for residents with severe dementia in long-term care settings. *International Psychogeriatrics*, 25(1), 128–139. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001226>
- Clare, L., & Woods, B. (2004). Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. In The Cochrane Collaboration (Hrsg.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (S. CD003260). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003260>
- Cohen-Mansfield, J., Dakheel-Ali, M., & Marx, M. S. (2009). Engagement in Persons With Dementia: The Concept and Its Measurement. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(4), 299–307. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31818f3a52>
- Cohen-Mansfield, J., Hai, T., & Comishen, M. (2017). Group engagement in persons with dementia: The concept and its measurement. *Psychiatry Research*, 251, 237–243. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.013>
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., Thein, K., & Dakheel-Ali, M. (2011). The Impact of Stimuli on Affect in Persons With Dementia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(04), 480–486. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05694oli>
- Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Dakheel-Ali, M., & Marx, M. S. (2010). The underlying meaning of stimuli: Impact on engagement of persons with dementia. *Psychiatry Research*, 177(1–2), 216–222. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.02.010>
- Cohen-Mansfield, J., Parpura-Gill, A., & Golander, H. (2006). Utilization of Self-Identity Roles for Designing Interventions for Persons With Dementia. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(4), P202–P212. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.4.P202>
- Conway, E. R., & Chenery, H. J. (2016). Evaluating the MESSAGE Communication Strategies in Dementia training for use with community-based aged care staff working with people with dementia: A controlled pretest–post-test study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7–8), 1145–1155. <https://doi.org/10.1111/jocn.13134>
- Cooke, H. A., & Chaudhury, H. (2013). An examination of the psychometric properties and efficacy of Dementia Care Mapping. *Dementia*, 12(6), 790–805. <https://doi.org/10.1177/1471301212446111>
- Cott, C. A., Dawson, P., Sidani, S., & Wells, D. (2002). The Effects of a Walking/Talking Program on Communication, Ambulation, and Functional Status in Residents with Alzheimer Disease: *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 16(2), 81–87. <https://doi.org/10.1097/00002093-200204000-00005>
- Cruz, J., Marques, A., Barbosa, A. L., Figueiredo, D., & Sousa, L. (2011). Effects of a Motor and Multisensory-Based Approach on Residents with Moderate-to-Severe Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 26(4), 282–289. <https://doi.org/10.1177/1533317511411177>

- Critical Appraisal Skills Programme (2024). CASP Checklist: For Qualitative Research. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/qualitative-studies-checklist/> [2024-11-12]
- Dean, R., Proudfoot, R., & Lindesay, J. (1993). The quality of interactions schedule (QUIS): Development, reliability and use in the evaluation of two domus units. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(10), 819–826. <https://doi.org/10.1002/gps.930081004>
- Demurtas, J., Schoene, D., Torbahn, G., Marengoni, A., Grande, G., Zou, L., Petrovic, M., Maggi, S., Cesari, M., Lamb, S., Soysal, P., Kemmler, W., Sieber, C., Mueller, C., Shenkin, S. D., Schwingshackl, L., Smith, L., & Veronese, N. (2020). Physical Activity and Exercise in Mild Cognitive Impairment and Dementia: An Umbrella Review of Intervention and Observational Studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(10), 1415–1422.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.08.031>
- Deshmukh, S., Holmes, J., & Cardno, A. (2018). Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011073.pub2>
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN), & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN). (2025). *S3-Leitlinie Demenzen* (Version 5.2, 17. Juli 2025). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013>
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (2019). *Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*.
- Dewan, N., Sommerlad, A., Chapman, H., Banerjee, S., Corazzini, K., Edvardsson, D., Liougas, M. P., Livingston, G., McGilton, K. S., O'Rourke, H. M., & Bethell, J. (2024). Assessing social connection for long-term care home residents: Systematic review using COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments guidelines. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 10(3), e12492. <https://doi.org/10.1002/trc2.12492>
- Dichter, M. N., Dortmann, O., Halek, M., Meyer, G., Holle, D., Nordheim, J., & Bartholomeyczik, S. (2013). Scalability and internal consistency of the German version of the dementia-specific quality of life instrument QUALIDEM in nursing homes – a secondary data analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 91. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-91>
- Dichter, M. N., Ettema, T.P., Schwab, C.G.G., Meyer, G., Bartholomeyczik, S., Halek, M. (2016). *Benutzerhandbuch für die deutschsprachige QUALIDEM Version 2.0*. <http://www.dzne.de/en/sites/witten/projekte/qol-dem.html> [2025-08-07]
- Dichter, M. N., Quasdorf, T., Schwab, C. G. G., Trutschel, D., Haastert, B., Riesner, C., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2015). Dementia care mapping: Effects on residents' quality of life and challenging behavior in German nursing homes. A quasi-experimental trial. *International Psychogeriatrics*, 27(11), 1875–1892. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000927>
- Dichter, M. N., Roos, M., Trigg, R., Laporte Urub, F., Dreyer, J., & Halek, M. (2020). *Bath Erhebungsinstrument der subjektiven Lebensqualität bei Demenz (BASQID): Benutzerhandbuch für die deutschsprachige Version 1.0: Anleitung für Nutzerinnen und Nutzer sowie Eigenschaften des Instruments*. <https://www.dzne.de/forschung/studien/projekte-der-versorgungsforschung/qol-dem> [2025-08-07]
- Dichter, M. N., Schwab, C. G. G., Meyer, G., Bartholomeyczik, S., Dortmann, O., & Halek, M. (2014). Measuring the quality of life in mild to very severe dementia: Testing the inter-

- rater and intra-rater reliability of the German version of the QUALIDEM. *International Psychogeriatrics*, 26(5), 825–836. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000052>
- Dichter, M. N., Wolschon, E.-M., Schwab, C. G. G., Meyer, G., & Köpke, S. (2018). Item distribution and inter-rater reliability of the German version of the quality of life in Alzheimer's disease scale (QoL-AD) proxy for people with dementia living in nursing homes. *BMC Geriatrics*, 18(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0834-z>
- Doyle, P. J., De Medeiros, K., & Saunders, P. A. (2012). Nested social groups within the social environment of a dementia care assisted living setting. *Dementia*, 11(3), 383–399. <https://doi.org/10.1177/1471301211421188>
- Drosdowski, G. (1989). *Duden – Etymologie: Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache* (2., völlig neu bearb. und erw. Aufl., Duden Band 7). Dudenverlag.
- Edelman, P., Fulton, B. R., Kuhn, D., & Chang, C.-H. (2005). A Comparison of Three Methods of Measuring Dementia-Specific Quality of Life: Perspectives of Residents, Staff, and Observers. *The Gerontologist*, 45(suppl_1), 27–36. https://doi.org/10.1093/geront/45.suppl_1.27
- Edvardsson, D., Sandman, P., & Rasmussen, B. (2012). Forecasting the ward climate: A study from a dementia care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7–8), 1136–114. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03720.x>
- Elfrink, T. R., Ullrich, C., Kunz, M., Zuidema, S. U., & Westerhof, G. J. (2021). The Online Life Story Book: A randomized controlled trial on the effects of a digital reminiscence intervention for people with (very) mild dementia and their informal caregivers. *PLOS ONE*, 16(9), e0256251. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256251>
- Emblad, S. Y. M., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2021). Creative Art Therapy as a Non-Pharmacological Intervention for Dementia: A Systematic Review. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, 5(1), 353–364. <https://doi.org/10.3233/ADR-201002>
- Eriksson, M. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(6), 460–466. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.018085>
- Ettema, T. P., Dröes, R., De Lange, J., Mellenbergh, G. J., & Ribbe, M. W. (2007a). QUALIDEM: Development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument. Scalability, reliability and internal structure. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(6), 549–556. <https://doi.org/10.1002/gps.1713>
- Ettema, T. P., Dröes, R., De Lange, J., Mellenbergh, G. J., & Ribbe, M. W. (2007b). QUALIDEM: Development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument—validation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(5), 424–430. <https://doi.org/10.1002/gps.1692>
- Faraday, J., Abley, C., Beyer, F., Exley, C., Moynihan, P., & Patterson, J. M. (2021). How do we provide good mealtime care for people with dementia living in care homes? A systematic review of carer–resident interactions. *Dementia*, 20(8), 3006–3031. <https://doi.org/10.1177/14713012211002041>
- Fasse, K., Schwabe, S., & Herbst, F. A. (2025). Beratung für Angehörige von Menschen mit Demenz – Ergebnisse der qualitativen Evaluation eines Demenzstützpunktes. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. <https://doi.org/10.1007/s00391-025-02458-w>

- Ferdous, F. (2020). Positive Social Interaction by Spatial Design: A Systematic Review of Empirical Literature in Memory Care Facilities for People Experiencing Dementia. *Journal of Aging and Health*, 32(9), 949–961. <https://doi.org/10.1177/0898264319870090>
- Flynn, A., Healy, D., Barry, M., Brennan, A., Redfern, S., Houghton, C., & Casey, D. (2022). Key Stakeholders' Experiences and Perceptions of Virtual Reality for Older Adults Living With Dementia: Systematic Review and Thematic Synthesis. *JMIR Serious Games*, 10(4), e37228. <https://doi.org/10.2196/37228>
- Folder, N., Power, E., Rietdijk, R., Christensen, I., Togher, L., & Parker, D. (2024). The Effectiveness and Characteristics of Communication Partner Training Programs for Families of People With Dementia: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 64(4), gnad095. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad095>
- Fritsch, T., Kwak, J., Grant, S., Lang, J., Montgomery, R. R., & Basting, A. D. (2009). Impact of TimeSlips, a Creative Expression Intervention Program, on Nursing Home Residents With Dementia and their Caregivers. *The Gerontologist*, 49(1), 117–127. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp008>
- Førsund LH, Grov EK, Helvik AS, Juvet LK, Skovdahl K, & Eriksen S. (2018). The experience of lived space in persons with dementia: A systematic meta-synthesis. *BMC Geriatrics*, 18(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0728-0>
- Gaugler, J. E., Hobday, J. V., & Savik, K. (2013). The CARES® Observational Tool: A valid and reliable instrument to assess person-centered dementia care. *Geriatric Nursing*, 34(3), 194–198. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.01.002>
- Ghosh, M., Dunham, M., & O'Connell, B. (2022). Systematic review of dyadic psychoeducational programs for persons with dementia and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 32(15–16), 4228–4248. <https://doi.org/10.1111/jocn.16570>
- González-Fraile, E., Ballesteros, J., Rueda, J.-R., Santos-Zorrozuá, B., Solà, I., & McCleery, J. (2021). Remotely delivered information, training and support for informal caregivers of people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006440.pub3>
- Gräske, J., Verbeek, H., Gellert, P., Fischer, T., Kuhlmeij, A., & Wolf-Ostermann, K. (2014). How to measure quality of life in shared-housing arrangements? A comparison of dementia-specific instruments. *Quality of Life Research*, 23(2), 549–559. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0504-8>
- Grøndahl, V. A., Persenius, M., Bååth, C., & Helgesen, A. K. (2017). The use of life stories and its influence on persons with dementia, their relatives and staff – a systematic mixed studies review. *BMC Nursing*, 16(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0223-5>
- Guzmán-García, A., Hughes, J. C., James, I. A., & Rochester, L. (2013). Dancing as a psychosocial intervention in care homes: A systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(9), 914–924. <https://doi.org/10.1002/gps.3913>
- Haberstroh, J., Penger, S., Messemaker, A., & Knebel, M. (2021). Observational assessment of communication to empower patients with dementia to make legally effective decisions – revalidation of CODEMamb: Full-length research report. *Aging & Mental Health*, 26(11), 2262–2269. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1952549>

- Hansebo, G., & Kihlgren, M. (2004). Nursing home care: Changes after supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 269–279. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02888.x>
- Hazzan, A. A., Humphrey, J., Kilgour-Walsh, L., Moros, K. L., Murray, C., Stanners, S., Montemuro, M., Giangregorio, A., & Papaioannou, A. (2016). Impact of the ‘Artful Moments’ Intervention on Persons with Dementia and Their Care Partners: A Pilot Study. *Canadian Geriatrics Journal*, 19(2), 58–65. <https://doi.org/10.5770/cgj.19.220>
- Hockley, A., Moll, D., Littlejohns, J., Collett, Z., & Henshall, C. (2023). Do communication interventions affect the quality-of-life of people with dementia and their families? A systematic review. *Aging & Mental Health*, 27(9), 1666–1675. <https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2202635>
- Hoel, V., Ambugo, E. A., & Wolf-Ostermann, K. (2022). Sustaining Our Relationship: Dyadic Interactions Supported by Technology for People with Dementia and Their Informal Caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10956. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710956>
- Hoel, V., Feunou, C. M., & Wolf-Ostermann, K. (2021). Technology-driven solutions to prompt conversation, aid communication and support interaction for people with dementia and their caregivers: A systematic literature review. *BMC Geriatrics*, 21(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02105-0>
- Hong, Q. N., Pluye, P., Fabregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O’Cathain, A., Rousseau, M.-C., & Vedel, I. (2018). *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT): User guide*. McGill University. <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/page/127425845/Download%20the%20MMAT> [2025-08-19]
- Hu, M., Zhang, P., Leng, M., Li, C., & Chen, L. (2018). Animal-assisted intervention for individuals with cognitive impairment: A meta-analysis of randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials. *Psychiatry Research*, 260, 418–427. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.016>
- Hüsken, J.-M., Reuther, S., Halek, M., Holle, D., & Dichter, M. N. (2019). Interne Konsistenz und Konstruktvalidität des demenzspezifischen Lebensqualitätsinstruments QUALI-DEM: Eine Sekundärdatenanalyse einer Querschnitterhebung. *Pflege*, 32(5), 235–248. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000689>
- Hylla, J., Schwab, C. G. G., Isfort, M., Halek, M., & Dichter, M. N. (2016). Interne Konsistenz und Konstruktvalidität des Quality of Life in Alzheimer’s Disease (QoL-AD) proxy Instruments: Eine Sekundärdatenanalyse. *Pflege*, 29(4), 183–191. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000494>
- International Snoezelen Association (o. J.). Snoezelen. Definition und Lehr-DVD. <https://www.snoezelen-professional.com/de/snoezelen/definition-und-lehr-dvd> [2025-10-15]
- Jones, C., Sung, B., & Moyle, W. (2015). Assessing Engagement in People With Dementia: A New Approach to Assessment Using Video Analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 377–382. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.019>
- Jones, C., Sung, B., & Moyle, W. (2018). Engagement of a Person with Dementia Scale: Establishing content validity and psychometric properties. *Journal of Advanced Nursing*, 74(9), 2227–2240. <https://doi.org/10.1111/jan.13717>

- Kang, H. S., Makimoto, K., Konno, R., & Koh, I. S. (2020). Review of outcome measures in PARO robot intervention studies for dementia care. *Geriatric Nursing*, 41(3), 207–214. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.09.003>
- Karkou, V., Aithal, S., Richards, M., Hiley, E., & Meekums, B. (2023). Dance movement therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011022.pub3>
- Kasper, J. D., Black, B. S., Shore, A. D., & Rabins, P. V. (2009). Evaluation of the Validity and Reliability of the Alzheimer Disease-related Quality of Life Assessment Instrument. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 23(3), 275–284. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e31819b02bc>
- Keating, F., Cole, L., & Grant, R. (2020). An evaluation of group reminiscence arts sessions for people with dementia living in care homes. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, 19(3), 805–821. <https://doi.org/10.1177/1471301218787655>
- Keller, H. H., Schindel Martin, L., Dupuis, S., Genoe, R., Gayle Edward, H., & Cassolato, C. (2010). Mealtimes and being connected in the community-based dementia context. *Dementia*, 9(2), 191–213. <https://doi.org/10.1177/1471301210364451>
- Kim, H., & Woods, D. L. (2012). The Development of Direct-Care Staff Social Interaction Coding Schemas for Nursing Home Residents with Dementia. *Geriatric Nursing*, 33(2), 113–117. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.01.002>
- Kim, H. S. (2003). *Applied multi-sensory stimulation (AMSS) approach for the dementia and Alzheimer's disease population: Case study* (Doctoral dissertation, Union Institute & University).
- Knebel, M., Haberstroh, J., Kümmel, A., Pantel, J., & Schröder, J. (2016). CODEM_{amb} – an observational communication behavior assessment tool for use in ambulatory dementia care. *Aging & Mental Health*, 20(12), 1286–1296. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1075959>
- Kontos, P., Grigorovich, A., Kosurko, A., Bar, R. J., Herron, R. V., Menec, V. H., & Skinner, M. W. (2021). Dancing With Dementia: Exploring the Embodied Dimensions of Creativity and Social Engagement. *Gerontologist*, 61(5), 714–723. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa129>
- Kosters, J., Kunz, M., Van Den Bosch, K. A., Andringa, T. C., Zuidema, S. U., Luijendijk, H. J., & Janus, S. I. M. (2021). Validation of a modified ambiance scale in nursing homes. *Aging & Mental Health*, 25(8), 1535–1541. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1747049>
- Krein, L., Jeon, Y., & Miller Amberber, A. (2020). Development of a new tool for the early identification of communication-support needs in people living with dementia: An Australian face-validation study. *Health & Social Care in the Community*, 28(2), 544–554. <https://doi.org/10.1111/hsc.12887>
- Krein, L., Jeon, Y., Miller Amberber, A., & Fethney, J. (2022). Communication support needs assessment in dementia (CoSNAT-D): An international content validation study. *Health & Social Care in the Community*, 30(6). <https://doi.org/10.1111/hsc.13881>
- Kruse, A., Wiloth, S. S., & Schmidt, J. (2019). *Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch Erkrankter im Rahmen der pflegeheiminternen Qualitätssicherung: Abschlussbericht Projektphase 2*. Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Institut für Gerontologie;

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/2019_Abschlussbericht_HILDE_QS.pdf [2025-08-10]
- Kuemmel, A., Haberstroh, J., & Pantel, J. (2014). CODEM Instrument: Developing a Tool to Assess Communication Behavior in Dementia. *GeroPsych*, 27(1), 23–31. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000100>
- Lann-Wolcott, H., Medvene, L. J., & Williams, K. (2011). Measuring the Person-Centeredness of Caregivers Working With Nursing Home Residents With Dementia. *Behavior Therapy*, 42(1), 89–99. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.02.005>
- Lawton, M. P., Van Haitsma, K., & Klapper, J. (1996). Observed Affect in Nursing Home Residents with Alzheimer's Disease. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 51B(1), P3–P14. <https://doi.org/10.1093/geronb/51B.1.P3>
- Lawton, M. P., Van Haitsma, K., Perkinson, M., & Ruckdeschel, K. (1999). Observed affect and quality of life in dementia: Further affirmations and problems. *Journal of Mental Health and Aging*, 5(1), 69–81.
- Lee, K. H., McConnell, E. S., Knafl, G. J., & Algase, D. L. (2015). Pain and Psychological Well-Being Among People with Dementia in Long-Term Care. *Pain Medicine*, 16(6), 1083–1089. <https://doi.org/10.1111/pme.12739>
- Lee, Y. C., Stretton-Smith, P. A., Tamplin, J., Sousa, T. V., & Baker, F. A. (2022). Therapeutic music interventions with people with dementia living in residential aged care: Perspectives of residents, family members and care home staff from a cluster randomised controlled trial. *International Journal of Older People Nursing*, 17(3), e12445. <https://doi.org/10.1111/opn.12445>
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (1999). Quality of life in Alzheimer's disease: Patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health and Aging*, 5(1), 21–32.
- Lu, L.-C., Lan, S.-H., Hsieh, Y.-P., Yen, Y.-Y., Chen, J.-C., & Lan, S.-J. (2020). Horticultural Therapy in Patients With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 35, 1533317519883498. <https://doi.org/10.1177/1533317519883498>
- Mabire, J.-B., Gay, M.-C., Vrignaud, P., Garitte, C., & Vernooij-Dassen, M. (2016). Social interactions between people with dementia: Pilot evaluation of an observational instrument in a nursing home. *International Psychogeriatrics*, 28(6), 1005–1015. <https://doi.org/10.1017/S1041610215002483>
- Machiels, M., Metzelthin, S. F., Hamers, J. P. H., & Zwakhalen, S. M. G. (2017). Interventions to improve communication between people with dementia and nursing staff during daily nursing care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 66, 37–46. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.017>
- MacPherson, S., Bird, M., Anderson, K., Davis, T., & Blair, A. (2009). An Art Gallery Access Programme for people with dementia: 'You do it for the moment'. *Aging & Mental Health*, 13(5), 744–752. <https://doi.org/10.1080/13607860902918207>
- Madsø, K. G., Flo-Groeneboom, E., Pachana, N. A., & Nordhus, I. H. (2021). Assessing Momentary Well-Being in People Living With Dementia: A Systematic Review of

- Observational Instruments. *Frontiers in Psychology*, 12, 742510.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.742510>
- Manietta, C., Purwins, D., Pinkert, C., Fink, L., Rommerskirch-Manietta, M., Feige, M., Knecht, C., & Roes, M. (2024). Dementia-Friendly Hospital—The Perspective of Professional Dementia Experts. *Journal of Clinical Nursing*, jocn.17422.
<https://doi.org/10.1111/jocn.17422>
- Manietta, C., Rommerskirch-Manietta, M., Purwins, D., Knecht, C., & Roes, M. (2025). ‘Firstly, I’m not treated like a fool.’—The perspective of people with dementia on a dementia-friendly hospital. *Age and Ageing*, 54(3), afaf048. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf048>
- McDermid, J., Da Silva, M. V., Williams, G., Khan, Z., Corbett, A., & Ballard, C. (2022). A Randomized Controlled Trial of a Digital Adaptation of the WHELD Person-Centered Nursing Home Training Program. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(7), 1166–1170. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.02.016>
- McDermott, O., Orgeta, V., Ridder, H. M., & Orrell, M. (2014). A preliminary psychometric evaluation of Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS). *International Psychogeriatrics*, 26(6), 1011–1019. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000180>
- McDermott, O., Orrell, M., & Ridder, H. M. (2015). The development of Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS). *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(3), 232–251.
<https://doi.org/10.1080/08098131.2014.907333>
- Medizinischer Dienst Bund. (2024). *Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches*. https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/BRi_Pflege_21_08_2024_BF.pdf [2025-10-15]
- Meerpohl, J. J., Langer, G., Perleth, M., Gartlehner, G., Kaminski-Hartenthaler, A., & Schünemann, H. (2012). GRADE-Leitlinien: 3. Bewertung der Qualität der Evidenz (Vertrauen in die Effektschätzer). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(6), 449–456. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2012.06.013>
- Menne, H. L., Tucke, S. S., Whitlatch, C. J., & Feinberg, L. F. (2008). Decision-Making Involvement Scale for Individuals With Dementia and Family Caregivers. *American Journal of Alzheimer’s Disease & Other Dementias®*, 23(1), 23–29.
<https://doi.org/10.1177/1533317507308312>
- Miller, C. A. (2008). Communication Difficulties in Hospitalized Older Adults with Dementia: Try these techniques to make communicating with patients easier and more effective. *AJN, American Journal of Nursing*, 108(3), 58–66.
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000311828.13935.1e>
- Mitchell, G., McCormack, B., & McCance, T. (2016). Therapeutic use of dolls for people living with dementia: A critical review of the literature. *Dementia*, 15(5), 976–1001.
<https://doi.org/10.1177/1471301214548522>
- Müller, B., Haas, K., Born, J., & Riedo, S. L. (2024). *Interaktionsschulung für Angehörige von Menschen mit Demenz (ISAD): Schlussbericht des partizipativen Forschungsprojektes 2020–2023*. <https://doi.org/10.24451/ARBOR.22524>
- Nguyen, H., Terry, D., Phan, H., Vickers, J., & McInerney, F. (2019). Communication training and its effects on carer and care-receiver outcomes in dementia settings: A systematic

- review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7–8), 1050–1069.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14697>
- O'Rourke, H. M., Swindle, J., Chacinski, D., Dal Pizzol, F. L. F., Lee, H., Hoben, M., Hopper, T., McGilton, K. S., & Boscart, V. (2023). Connecting Today: Feasibility and acceptability of a remote visiting program for people living with dementia in long-term care homes. *Dementia*, 22(7), 1321–1347. <https://doi.org/10.1177/14713012231176858>
- Pachana, N., Hughes, L. J., Farina, N., Page, T. E., Tabet, N., & Banerjee, S. (2021). Psychometric properties and feasibility of use of dementia specific quality of life instruments for use in care settings: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 33(9), 917–931. <https://doi.org/10.1017/S1041610218002259>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peng, Y., Liu, Y., Guo, Z., Zhang, Y., Sha, L., Wang, X., & He, Y. (2024). Doll therapy for improving behavior, psychology and cognition among older nursing home residents with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric Nursing*, 55, 119–129. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.10.025>
- Perugia, G., Van Berkel, R., Díaz-Boladeras, M., Català-Mallofré, A., Rauterberg, M., & Barakova, E. (2018). Understanding Engagement in Dementia Through Behavior. The Ethographic and Laban-Inspired Coding System of Engagement (ELICSE) and the Evidence-Based Model of Engagement-Related Behavior (EMODEB). *Frontiers in Psychology*, 9, 690. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00690>
- Phillips, L. J., Reid-Arndt, S. A., & Pak, Y. (2010). Effects of a Creative Expression Intervention on Emotions, Communication, and Quality of Life in Persons With Dementia. *Nursing Research*, 59(6), 417–425. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181faff52>
- Pickard, A. S., & Knight, S. J. (2005). Proxy Evaluation of Health-Related Quality of Life: A Conceptual Framework for Understanding Multiple Proxy Perspectives. *Medical Care*, 43(5), 493–499. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000160419.27642.a8>
- Pietro, M. J. S., & Boczeko, F. (1998). The Breakfast Club: Results of a study examining the effectiveness of a multi-modality group communication treatment. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 13(3), 146–158. <https://doi.org/10.1177/153331759801300307>
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18(4), 577–595. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003462>
- Pinto, J. O., Dores, A. R., Geraldo, A., Peixoto, B., & Barbosa, F. (2020). Sensory stimulation programs in dementia: A systematic review of methods and effectiveness. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(12), 1229–1247. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1825942>
- Powell, J. A., Hale, M. A., & Bayer, A. J. (1995). Symptoms of communication breakdown in dementia: Carers' perceptions. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 30(1), 65–75. <https://doi.org/10.3109/13682829509031323>

- Rai, H. K., Kernaghan, D., Schoonmade, L., Egan, K. J., & Pot, A. M. (2022). Digital Technologies to Prevent Social Isolation and Loneliness in Dementia: A Systematic Review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 90(2), 513–528. <https://doi.org/10.3233/JAD-220438>
- Rasmussen, B. M., Andersen, P. T., Waldorff, F. B., & Berg-Beckhoff, G. (2023). Effectiveness of dementia education for professional care staff and factors influencing staff-related outcomes: An overview of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 142, 104469. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104469>
- Ready, R. E., & Ott, B. R. (2003). Quality of Life measures for dementia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-11>
- Ready, R. E., Ott, B. R., Grace, J., & Fernandez, I. (2002). The Cornell-Brown Scale for Quality of Life in Dementia: *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 16(2), 109–115. <https://doi.org/10.1097/00002093-200204000-00008>
- Reilly, M. C., Relkin, N. R., & Zbrozek, A. S. (2006). Development and Testing of a New Outcome Measure of Relationship Between Patients With Alzheimer's Disease and Their Partners. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 21(4), 249–257. <https://doi.org/10.1177/1533317506290665>
- Resnick, B., Galik, E., Kolanowski, A., Van Haitsma, K., Boltz, M., Ellis, J., Behrens, L., & Flanagan, N. M. (2018). Reliability and Validity Testing of the Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 33(5), 277–283. <https://doi.org/10.1177/1533317518765133>
- Ritchie, L., Quinn, S., Tolson, D., Jenkins, N., & Sharp, B. (2021). Exposing the mechanisms underlying successful animal-assisted interventions for people with dementia: A realistic evaluation of the Dementia Dog Project. *Dementia*, 20(1), 66–83. <https://doi.org/10.1177/1471301219864505>
- Roberts, E. (2011). Six for Lunch: A Dining Option for Residents with Dementia in a Special Care Unit. *Journal of Housing For the Elderly*, 25(4), 352–379. <https://doi.org/10.1080/02763893.2011.621862>
- Rokstad, A. M. M., Røsvik, J., Kirkevold, Ø., Selbaek, G., Saltyte Benth, J., & Engedal, K. (2013). The Effect of Person-Centred Dementia Care to Prevent Agitation and Other Neuropsychiatric Symptoms and Enhance Quality of Life in Nursing Home Patients: A 10-Month Randomized Controlled Trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 36(5–6), 340–353. <https://doi.org/10.1159/000354366>
- Saragih, I. D., Tonapa, S. I., Yao, C., Saragih, I. S., & Lee, B. (2022). Effects of reminiscence therapy in people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(6), 883–903. <https://doi.org/10.1111/jpm.12830>
- Saragih, I. D., Wei, C., Batubara, S. O., Saragih, I. S., & Lee, B. (2023). Effects of technology-assisted interventions for people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 55(1), 291–303. <https://doi.org/10.1111/jnu.12808>
- Schaeffer, D., & Dewe, B. (2006). Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In D. Schaeffer & S. Schmidt-Kaehler (Hrsg.), *Lehrbuch Patientenberatung* (S. 127–152). Verlag Hans Huber.
- Schölzel-Dorenbos, C. J. M., Arons, A. M. M., Wammes, J. J. G., Rikkert, M., & Krabbe, P. F. M. (2012). Validation study of the prototype of a disease-specific index measure for

- health-related quality of life in dementia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 118. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-118>
- Schwab, C. G. G., Dichter, M. N., & Berwig, M. (2018). Item distribution, internal consistency, and structural validity of the German version of the DEMQOL and DEMQOL-proxy. *BMC Geriatrics*, 18(1), 247. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0930-0>
- Scott, T. L., Jao, Y.-L., Tulloch, K., Yates, E., Kenward, O., & Pachana, N. A. (2022). Well-Being Benefits of Horticulture-Based Activities for Community Dwelling People with Dementia: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10523. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710523>
- Sefcik, J. S., Boltz, M., Dellapina, M., & Gitlin, L. N. (2022). Are Interventions for Formal Caregivers Effective for Improving Dementia Care? A Systematic Review of Systematic Reviews. *Innovation in Aging*, 6(2), igac005. <https://doi.org/10.1093/geroni/igac005>
- Seibert, K., Domhoff, D., Fricke, J., & Wolf-Ostermann, K. (2025). German version of the engagement of a person with dementia scale: Translation and initial application experiences. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 58(2), 109–114. <https://doi.org/10.1007/s00391-024-02346-9>
- Singer, S., & Brähler, E. (2007). *Die „Sense of Coherence Scale“: Testhandbuch zur deutschen Version*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Sloane, P. D., Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Gill, K. S., & Preisser, J. S. (2005). Evaluating the Quality of Life of Long-Term Care Residents With Dementia. *The Gerontologist*, 45(suppl_1), 37–49. https://doi.org/10.1093/geront/45.suppl_1.37
- Smith, S. C., Lamping, D. L., Banerjee, S., Harwood, R. H., Foley, B., Smith, P., Cook, J. C., Murray, J., Prince, M., Levin, E., Mann, A., & Knapp, M. (2007). Development of a new measure of health-related quality of life for people with dementia: DEMQOL. *Psychological Medicine*, 37(5), 737–746. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009469>
- Sousa, L., Moura, B., McDermott, O., & Fernandes, L. (2023). A Preliminary Psychometric Case Study of the Music in Dementia Assessment Scales: European Portuguese Version (Midas-PT). *Acta Médica Portuguesa*, 36(11), 731–739. <https://doi.org/10.20344/amp.18763>
- Spinosa, V., Vitulli, A., Logroscino, G., & Brattico, E. (2022). A Review on Music Interventions for Frontotemporal Aphasia and a Proposal for Alternative Treatments. *Biomedicines*, 11(1), 84. <https://doi.org/10.3390/biomedicines11010084>
- Stansfeld, J., Orrell, M., Vernooij-Dassen, M., & Wenborn, J. (2019). Sense of coherence in family caregivers of people living with dementia: A mixed-methods psychometric evaluation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1114-0>
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, l4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>

- Stoner, C. R., Orrell, M., Long, M., Csipke, E., & Spector, A. (2017). The development and preliminary psychometric properties of two positive psychology outcome measures for people with dementia: The PPOM and the EID-Q. *BMC Geriatrics*, 17(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0468-6>
- Stoner, C. R., Orrell, M., & Spector, A. (2018). Psychometric Properties and Factor Analysis of the Engagement and Independence in Dementia Questionnaire (EID-Q). *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 46(3–4), 119–127. <https://doi.org/10.1159/000488484>
- Strøm, B. S., Engedal, K., Benth, J. S., & Grov, E.-K. (2017). Effect of the Sonas Programme on Communication in People with Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 7(1), 122–135. <https://doi.org/10.1159/000468147>
- Stypa, V., Haussermann, P., Fleiner, T., & Neumann, S. (2020). Validity and Reliability of the German Quality of Life–Alzheimer’s Disease (QoL-AD) Self-Report Scale. *Journal of Alzheimer’s Disease*, 77(2), 581–590. <https://doi.org/10.3233/JAD-200400>
- Subramaniam, P., Thillainathan, P., Mat Ghani, N. A., & Sharma, S. (2023). Life Story Book to enhance communication in persons with dementia: A systematic review of reviews. *PLOS ONE*, 18(10), e0291620. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291620>
- Sunjaya, A. M., Schreiber, T., Kantilal, K., Davies, N., & Griffiths, S. (2025). Communication strategies for delivering personalised dementia care and support: A mixed-methods systematic review and narrative synthesis. *Age and Ageing*, 54(5), afaf120. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf120>
- Surr, C. A., Griffiths, A. W., & Kelley, R. (2018). Implementing Dementia Care Mapping as a practice development tool in dementia care services: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, Volume 13, 165–177. <https://doi.org/10.2147/CIA.S138836>
- Swall, A., Ebbeskog, B., Lundh Hagelin, C., & Fagerberg, I. (2017). Stepping out of the shadows of Alzheimer’s disease: A phenomenological hermeneutic study of older people with Alzheimer’s disease caring for a therapy dog. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 12(1), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1347013>
- Tan, J. R. O., Boersma, P., Ettema, T. P., Planting, C. H. M., Clark, S., Gobbens, R. J. J., & Dröes, R.-M. (2023). The effects of psychosocial interventions using generic photos on social interaction, mood and quality of life of persons with dementia: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 23(1), 560. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04270-w>
- Tan, J., Wee, S.-L., Yeo, P. S., Choo, J., Ritholz, M., & Yap, P. (2019). A new music therapy engagement scale for persons with dementia. *International Psychogeriatrics*, 31(1), 49–58. <https://doi.org/10.1017/S1041610218000509>
- Tappen, R. M., & Williams, C. L. (2009). Therapeutic Conversation to Improve Mood in Nursing Home Residents with Alzheimer’s Disease. *Research in Gerontological Nursing*, 2(4), 267–275. <https://doi.org/10.3928/19404921-20090428-02>
- Testerink, G., Ten Brug, A., Douma, G., & Van Der Putten, A. (2023). Snoezelen in people with intellectual disability or dementia: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 5, 100152. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100152>

- Thoft, D. S., Møller, A. K., & Møller, A. K. K. (2022). Evaluating a digital life story app in a nursing home context – A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 31(13), 1884–1895. <https://doi.org/10.1111/jocn.15714>
- Trigg, R., Skevington, S. M., & Jones, R. W. (2007). How Can We Best Assess the Quality of Life of People With Dementia? The Bath Assessment of Subjective Quality of Life in Dementia (BASQID). *The Gerontologist*, 47(6), 789–797. <https://doi.org/10.1093/geront/47.6.789>
- Van De Ven, G., Draskovic, I., Adang, E. M. M., Donders, R., Zuidema, S. U., Koopmans, R. T. C. M., & Vernooij-Dassen, M. J. F. J. (2013). Effects of Dementia-Care Mapping on Residents and Staff of Care Homes: A Pragmatic Cluster-Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE*, 8(7), e67325. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067325>
- Van Der Roest, H. G., Wenborn, J., Pastink, C., Dröes, R.-M., & Orrell, M. (2017). Assistive technology for memory support in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009627.pub2>
- Van Der Steen, J. T., Van Der Wouden, J. C., Methley, A. M., Smaling, H. J. A., Vink, A. C., & Bruinsma, M. S. (2025). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2025(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub5>
- Van Santen, J., Dröes, R.-M., Holstege, M., Henkemans, O. B., Van Rijn, A., De Vries, R., Van Straten, A., & Meiland, F. (2018). Effects of Exergaming in People with Dementia: Results of a Systematic Literature Review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 63(2), 741–760. <https://doi.org/10.3233/JAD-170667>
- Vasse, E., Vernooij-Dassen, M., Spijker, A., Rikkert, M. O., & Koopmans, R. (2010). A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 22(2), 189–200. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990615>
- Vigliotti, A. A., Chinchilli, V. M., & George, D. R. (2019). Evaluating the Benefits of the TimeSlips Creative Storytelling Program for Persons With Varying Degrees of Dementia Severity. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 34(3), 163–170. <https://doi.org/10.1177/1533317518802427>
- Voigt-Radloff, S., Leonhart, R., Schützwohl, M., Jurjanz, L., Reuster, T., Gerner, A., Marschner, K., Van Nes, F., Graff, M., Vernooij-Dassen, M., Rikkert, M. O., Holthoff, V., & Hüll, M. (2012). Dementia quality of life instrument – construct and concurrent validity in patients with mild to moderate dementia. *European Journal of Neurology*, 19(3), 376–384. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03561.x>
- Voinescu, A., Papaioannou, T., Petrini, K., & Stanton Fraser, D. (2024). Exergaming for dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013853.pub2>
- Volicer, L., DeRuvo, L., Hyer, K., Piechniczek-Buczek, J., & Riordan, M. E. (2008). Development of a Scale to Measure Quality of Visits With Relatives With Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(5), 327–331. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.01.012>
- Volicer, L., Hurley, A. C., Camp, C. J., & Weiner, M. F. (2015). *Assessment scales for advanced dementia*. Health Professions Press.

- Volicer, L., & Van Der Steen, J. T. (2014). Outcome Measures for Dementia in the Advanced Stage and at the End of Life. *Advances in Geriatrics*, 2014, 1–10.
<https://doi.org/10.1155/2014/346485>
- Waters, B., Sousa, L., Orrell, M., & McDermott, O. (2022). Analysing the use of music to facilitate social interaction in care home residents with dementia: Narrative synthesis systematic review. *Dementia*, 21(6), 2072–2094.
<https://doi.org/10.1177/14713012221100625>
- Weiner, M. F. (2011). *Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale* [Dataset].
<https://doi.org/10.1037/t00432-000>
- Wen, J., Yan, H., Wang, S., Xu, J., & Zhou, Z. (2024). The effectiveness of nursing interventions for elderly dementia patients based on virtual reality technology: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 93, 102135.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2023.102135>
- Wesenberg, S., Mueller, C., Nestmann, F., & Holthoff-Detto, V. (2019). Effects of an animal-assisted intervention on social behaviour, emotions, and behavioural and psychological symptoms in nursing home residents with dementia. *Psychogeriatrics*, 19(3), 219–227.
<https://doi.org/10.1111/psyg.12385>
- Whall, A. L., Colling, K. B., Kolanowski, A., Kim, H., Son Hong, G.-R., DeCicco, B., Ronis, D. L., Richards, K. C., Algase, D., & Beck, C. (2008). Factors Associated With Aggressive Behavior Among Nursing Home Residents With Dementia. *The Gerontologist*, 48(6), 721–731. <https://doi.org/10.1093/geront/48.6.721>
- Williams, K. N. (2006). Improving outcomes of nursing home interactions. *Research in Nursing & Health*, 29(2), 121–133. <https://doi.org/10.1002/nur.20117>
- Williams, K. N., Kemper, S., & Hummert, M. L. (2003). Improving Nursing Home Communication: An Intervention to Reduce Elderspeak. *The Gerontologist*, 43(2), 242–247.
<https://doi.org/10.1093/geront/43.2.242>
- Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Herman, R., & Bossen, A. (2017). A Communication Intervention to Reduce Resistiveness in Dementia Care: A Cluster Randomized Controlled Trial. *The Gerontologist*, 57(4), 707–718. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw047>
- Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Jao, Y.-L., Bossen, A., Hein, M., Chung, S., Starykowicz, A., & Turk, M. (2018). Person-Centered Communication for Nursing Home Residents With Dementia: Four Communication Analysis Methods. *Western Journal of Nursing Research*, 40(7), 1012–1031. <https://doi.org/10.1177/0193945917697226>
- Wong, A. R. K., Ng, L. T. E., Lee, M. H., Yeow, J. L. H., Lim, Y. J., & Yap, K. H. (2024). The effectiveness of group music reminiscence therapy for people thriving with dementia: A systematic review of randomized controlled trials. *AGING MEDICINE*, 7(4), 528–534.
<https://doi.org/10.1002/agm2.12344>
- Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E. M., Spector, A. E., & Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub3>
- Woods, B., Rai, H., Elliott, E., Aguirre, E., Orrell, M., & Spector, A. (2023). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub3>
- World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health (ICF).

- Wright, A. (2018). Exploring the relationship between community-based physical activity and wellbeing in people with dementia: A qualitative study. *Ageing & Society*, 38(3), 522–542. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16001124>
- Yasuda, M., & Sakakibara, H. (2017). Care staff training based on person-centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia. *Aging & Mental Health*, 21(9), 991–996. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1191056>
- Yu, C., Sommerlad, A., Sakure, L., & Livingston, G. (2022). Socially assistive robots for people with dementia: Systematic review and meta-analysis of feasibility, acceptability and the effect on cognition, neuropsychiatric symptoms and quality of life. *Ageing Research Reviews*, 78, 101633. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101633>
- Yu, Y., Xiao, L., Ullah, S., Meyer, C., Wang, J., Pot, A. M., & He, J. J. (2023). The effectiveness of internet-based psychoeducation programs for caregivers of people living with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 27(10), 1895–1911. <https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2190082>
- Yu, Y., Xiao, L., Ullah, S., Meyer, C., Wang, J., Pot, A. M., & Shifaza, F. (2023). The Experiences of Informal Caregivers of People With Dementia in Web-Based Psychoeducation Programs: Systematic Review and Metasynthesis. *JMIR Aging*, 6, e47152. <https://doi.org/10.2196/47152>
- Zafra-Tanaka, J. H., Pacheco-Barrios, K., Tellez, W. A., & Taype-Rondan, A. (2019). Effects of dog-assisted therapy in adults with dementia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 19(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-2009-z>

Literatur zu Kapitel 3.1

- Ainsworth, M.; Blehar, M.; Waters, E.; Wall, S. (1978): Patterns of Attachment. A psychological study of the strange situation. New York: Hillsdale.
- Ainsworth, M. D.; Bell, S. M.; Stayton, D. J. (1971): Individual differences in strange situation behavior of one-year-olds. In: Schaffer, H. R. (Hrsg.): The origins of human social relations. London: Academic Press, S. 17-57.
- Akerlund, B. M. (1990): Dementia Care in an Ethical Perspective: An exploratory study of caregivers' experiences of ethical conflicts when feeding severely demented patients. (Dissertation). Umeå: Department of Advanced Nursing, University of Umeå, Sweden.
- Ball, V.; Snow, A. L.; Steele, A. B.; Morgan, R. O.; Davila, J. A.; Wilson, N.; Kunik, M. E. (2010): Quality of relationships as a predictor of psychosocial functioning in patients with dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 23 (2): 109-114.
- Barbosa, A.; Lord, K.; Blighe, A.; Mountain, G. (2017): Dementia care mapping in long-term care settings: a systematic review of the evidence. *International Psychogeriatrics*. Accepted for publication.
- Bartholomew, K. (1990): Avoidance of Intimacy: An Attachment Perspective. *Journal of Social and Personal Relationships* 7 (2): 147-178.
- Bowlby, J. (2010): Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. Aus dem Englischen von Axel Hillig und Helene Hanf. München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Bretherton, I. (1992): The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology* 28 (5): 759-775.
- Bretherton, I. (2001): Zur Konzeption innerer Arbeitsmodelle in der Bindungstheorie. In: Gloger-Tippelt, G. (Hrsg.): *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 52-75.
- Bretherton, I.; Munholland, K. A. (1999): Internal Working Models in Attachment Relationships. A Construct Revisited. In: Cassidy, J.; Shaver, P. R. (Hrsg.): *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford, S. 89-108.
- Brooker, D. (2004): What is person-centred care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology* 13 (3): 215-222.
- Brooker, D. (2008): *Person-zentriert pflegen. Das VIPS-Modell zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz*. Bern: Hans Huber.
- Browne, C. J.; Shlosberg, E. (2005): Attachment behaviours and parent fixation in people with dementia: the role of cognitive functioning and pre-morbid attachment style. *Aging & Mental Health* 9 (2): 153-161.
- Browne, C. J.; Shlosberg, E. (2006): Attachment theory, ageing and dementia: A review of the literature. *Aging & Mental health* 10 (2): 134-142.
- Buber, M. (2008): *Ich und Du*. Stuttgart: Reclam.
- Collins A. (2014): *Measuring what really matters*. London: The Health Foundation.
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2002): *Berufskompetenzen professionell Pflegenden. Bericht über eine Delphi-Studie zur Ermittlung von Anhaltspunkten für eine Pflegeausbildung*. Mainz: Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe.
- Deutscher Ethikrat (Hrsg.) (2012) *Demenz und Selbstbestimmung. Stellungnahme*. Berlin: Deutscher Ethikrat.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2015): *Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards*. Osnabrück: DNQP.
- Dichter, M. N.; Quasdorf, T.; Riesner, C.; Bartholomeyczik, S.; Halek, M. (2016): *Leben QD II. Lebensqualität von Menschen mit Demenz stärken. Abschlussbericht*. Witten: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Standort Witten. Online einsehbar unter: https://www.dzne.de/fileadmin/user_upload/editors/images/Standorte/Witten/Downloads/Abschlussbericht_-_Leben-QDII_final_22_06_2016.pdf [Stand 15.06.2017].
- Edvardsson, D.; Fetherstonhaugh, D.; Nay, R. (2011): The Tool for Understanding Residents' Needs as Individual Persons (TURNIP): construction and initial testing. *Journal of Clinical Nursing* 20 (19-20): 2890-2896.
- Ericsson, I.; Kjellstrom, S.; Hellstrom, I. (2013): Creating relationships with persons with moderate to severe dementia. *Dementia (London)* 12 (1): 63-79.
- Feil, N. (2010): *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. 9. überarbeitete und erweiterte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Friesacher, H. (2008): *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns: Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. Göttingen: V&R unipress.

- Fuchs, T. (2012): The phenomenology of body memory. In: Koch, S. C.; Fuchs, T.; Summa, M.; Müller, C. (Hrsg.): *Body Memory, Metaphor and Movement*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, S. 84-89.
- Galatsch, M.; Krüger, C.; Quasdorf, T.; Schroller, M. E.; Donath, E.; Bartholomeyczik, S. (2007): Die Auswirkungen der DRG-Einführung aus Sicht der Pflege. *Pflege Zeitschrift* 60 (5): 272-276.
- Gaugler, J. E.; Hobday, J. V.; Savik, K. (2013): The CARES® Observational Tool: A Valid and Reliable Instrument to Assess Person-Centered Dementia Care. *Geriatric Nursing* 34 (3): 194–198.
- Gröning, K. (2005): *Entweihung und Scham: Grenzsituationen bei der Pflege alter Menschen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Haberstroh, J.; Neumeyer, K.; Pantel, J. (2011): Inhalte: Kommunikation mit demenzkranken Menschen. In: Haberstroh, J.; Pantel, J. (Hrsg.): *Kommunikation bei Demenz – TANDEM Trainingsmanual*. Berlin: Springer-Verlag, S. 39-78.
- Higgs, P.; Gilleard, C. (2016): Interrogating personhood and dementia. *Aging & Mental Health* 20 (8): 773-780.
- Honer, A. (2011): *Kleine Leiblichkeiten. Erkundungen in Lebenswelten*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Hülksen-Giesler, M.; Brinker-Meyendriesch, E.; Keogh, J.; Muths, S.; Sieger, M.; Stemmer, R.; Stöcker, G.; Walter, A. (2010): Kerncurriculum Pflegewissenschaft für pflegebezogene Studiengänge – eine Initiative zur Weiterentwicklung der hochschulischen Pflegebildung in Deutschland. *Pflege & Gesellschaft* 15 (3): 216-236.
- Isfort, M.; Klostermann, J.; Gehlen, D.; Siegling, B. (2014): *Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Online einsehbar unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf [Stand 15.06.2017].
- Kitwood, T. (1997): *Dementia reconsidered: The Person Comes first*. Buckingham: Open University press.
- Kitwood, T. (2008): *Demenz: Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Koch-Straube, U. (1997): *Fremde Welt Pflegeheim: Eine ethnologische Studie*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Lillekroken, D. (2014): Slow nursing – The concept inventing process. *International Journal for Human Caring* 18 (4): 40-44.
- Lillekroken, D.; Hauge, S.; Slettebo, A. (2015a): Enabling resources in people with dementia: a qualitative study about nurses' strategies that may support a sense of coherence in people with dementia. *Journal of Clinical Nursing* 24 (21-22): 3129-3137.
- Lillekroken, D.; Hauge, S.; Slettebo, A. (2015b): The meaning of slow nursing in dementia care. *Dementia (London)* 0 (0): 1–18.
- Lindemann, G. (2002): *Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin*. München: Wilhelm Fink Verlag.

- McCormack, B.; McCane, T. V. (2006): Development of a framework for person-centered nursing. *JAdvNurs* 56 (5): 472-479
- McCormack, B.; McCane, T. V. (2011): *Person-centered nursing: Theory and Practice*. Wiley-Blackwell
- Merleau-Ponty, M. (1962): *Phenomenology of Perception*. New York: Humanities Press.
- Merleau-Ponty, M. (1965): *Phenomenology of Perception*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Miesen, B. M. L. (1993): Alzheimer's disease, the phenomenon of parent fixation and bowlby's attachment theory. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8 (2): 147-153.
- Miesen, B. M. L. (1997): Awareness in dementia patients and family grieving: a practical perspective. In: Miesen, B. M. L.; Jones, G. M. M. (Hrsg.): *Care-Giving in Dementia: Research and Applications*. London: Routledge, S. 67–79.
- Miesen, B. M. L. (1999). *Dementia in Close-up: Understanding and Caring for People with Dementia*. London: Routledge.
- Miesen, B. M. L. (2006): Attachment in dementia: Bound from birth? In: Miesen, B. M. L.; Jones, G. M. M. (Hrsg.): *Care-giving in Dementia: Research and applications*. London/New York: Routledge, S. 105-132.
- Moers, M. (2012): Leibliche Kommunikation, Krankheitserleben und Pflegehandeln. *Pflege & Gesellschaft* 17 (2): 111-119.
- Monin, J. K.; Schulz, R.; Kershaw, T. S. (2013): Caregiving spouses' attachment orientations and the physical and psychological health of individuals with Alzheimer's disease. *Ag-ing & Mental Health* 17 (4): 508-516.
- Müller-Hergl, C. (2011): Über das Verhältnis von Validation und Kommunikation und die "richtige" Art des Kontaktes mit Menschen mit Demenz. Wie reden wir eigentlich miteinander? *pflegen: Demenz* 21: 36-44.
- Nelis, S.; Clare, L.; Whitaker, C. J. (2014): Attachment in people with dementia and their caregivers: A systematic review. *Dementia* 13 (6): 747-767.
- O'Rourke, H. M.; Duggleby, W.; Fraser, K. D.; Jerke, L. (2015): Factors that affect quality of life from the perspective of people with dementia: a metasynthesis. *Journal of the American Geriatrics Society* 63 (1): 24-38.
- Orlando, I. J. (1996): *Die lebendige Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Peplau, H. E. (1995): *Interpersonale Beziehungen in der Pflege: Ein konzeptioneller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege*. Basel/Eberswalde: Recom-Verlag.
- Pohlmann, M. (2006): Die Pflegende-Patienten-Beziehung: Ergebnisse einer Untersuchung zur Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus. *Pflege* 19 (3): 156-162.
- Radvansky, A. (2010): Die Alzheimer Demenz als soziologische Diagnose. In: Bauer, U.; Bittlingmayer, U.; Dieterich, A.; Geene, R.; Gerlinger, T.; Hahn, D.; Herrmann, M.; Holst, J.; Kümpers, S.; Lenhardt, U.; Schwarz, C.; Simon, M.; Stegmüller, K. (Hrsg.): *Verantwortung – Schuld – Sühne: Zur Individualisierung von Gesundheit zwischen Regulierung und Disziplinierung*. Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 46. Hamburg: Argument Verlag, S. 122-142.

- Remmers, H. (2010): Transformationen pflegerischen Handelns. Entwurf einer theoretischen Erklärungsskizze. In: Kreutzer, S. (Hrsg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Göttingen: V & R Unipress, S. 33-64.
- Riesner, C. (2014a): DCM – Instrument und Methode. In: Riesner, C. (Hrsg.): Dementia Care Mapping (DCM). Evaluation und Anwendung im deutschsprachigen Raum. Bern: Verlag Hans Huber, S. 31-56.
- Riesner, C. (Hrsg.) (2014b): Dementia Care Mapping (DCM). Evaluation und Anwendung im deutschsprachigen Raum. Bern: Hans Huber.
- Röse, K. M. (2017): Betätigung von Personen mit Demenz im Kontext Pflegeheim. Bern: Hogrefe
- Sabat, S. R. (2006): Mind, meaning and personhood in dementia: the effects of positioning. In: Hughes, J.; Stephen Louw, S.; Sabat, S. R. (Hrsg.): Dementia: Mind, Meaning, and the Person. New York: Oxford University Press, S. 287-302.
- Sabat, S. R.; Harré, R. (1994): The Alzheimer's Disease Sufferer as a Semiotic Subject. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 1 (3): 145-160.
- Schröck, R. (1988): Forschung in der Krankenpflege. Methodologische Probleme. *Pflege* 2 (2): 84-93.
- Snyder, J. R. (2000): Impact of caregiver-receiver relationship quality on burden and satisfaction. *Journal of Women & Aging* 12 (1-2):147-167.
- Söderlund, M.; Norberg, A.; Hanselbo, G. (2012) Implementation of the validation method: nurses' description of caring relationships with residents with dementia disease. *Dementia* 11 (5): 569-587.
- Stuhlmann, W. (2011): Demenz braucht Bindung: Wie man Biographiearbeit in der Altenpflege einsetzt. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Taulbee, L. R.; Folsom, J. C. (1966): Reality Orientation for Geriatric Patients. *Psychiatric Services* 17 (5): 133-135.
- Travelbee, J. (1971): Interpersonal aspects of nursing. Philadelphia: F. A. Davis.
- Uzarewicz, C. (2003): Das Konzept der Leiblichkeit und seine Bedeutung für die Pflege. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.): Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag, S. 13-26.
- Ward, R.; Vass, A.; Aggerwal, N.; Garfield, C.; Cybyk, B. (2008): A different story: exploring patterns of communication in residential dementia care. *Ageing & Society* 28 (5): 629-651.
- Young, T. I.; Manthorp, C. I.; Howells, D. (2010): Communication and Dementia: New Perspectives, new approaches. Barcelona: Editorial Aresta.