

Forschungsbericht

„Nicht-medizinische Maßnahmen im häuslichen Umfeld für Menschen mit Demenz“



Forschungsbericht

„Nicht-medizinische Maßnahmen im häuslichen Umfeld für Menschen mit Demenz“

Version 2.0 vom 21.03.2024

Arbeitsgruppe “Psychosoziale Epidemiologie und Public Health”
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE)
Nadja Ziegert, Sabrina D. Ross, Francisca S. Rodriguez

Ellernholzstr. 1-2, 17489 Greifswald
Telefon: +49 3834 867604
E-Mail: francisca-saveria.rodriguez@dzne.de
Web: www.dzne.de

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
Hintergrund	3
Verwendungszweck des Forschungsberichts	5
Methodisches Vorgehen	6
Projektablauf und methodisches Vorgehen	6
1. Vorbereitung und Durchführung der Befragung	6
2. Auswertung der Befragung	7
3. Limitationen	7
Ergebnisse	9
1. Soziale Einbindung.....	9
2. Freizeitaktivitäten	14
3. Haushaltsnahe Aktivitäten.....	27
4. Wichtigste nicht-medizinische Maßnahmen	31
Diskussion	34
1. Soziale Einbindung.....	35
2. Freizeitaktivitäten.....	41
3. Haushaltsnahe Aktivitäten.....	49
4. Diskussion zur Wichtigkeit nicht-medizinischer Maßnahmen.....	55
Schlussfolgerung	58
Literaturverzeichnis.....	59

Zusammenfassung

Trotz vieler Bemühungen sind Demenzerkrankungen bis heute nicht heilbar. Hinsichtlich der stetig zunehmenden Zahl von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Demenzen benötigt es eine Gemeinschaft, die neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung, auch das psychosoziale Umfeld, das Unterstützung für die Teilhabe und die Einbindung in Aktivitäten ermöglicht, im Blick hat. Umso wichtiger ist es, Lebensbedingungen zu schaffen und Ressourcen zur Verfügung zu stellen, die die Verläufe von Demenzen mildern und gleichzeitig das Risiko, an einer Demenz zu erkranken reduzieren. Nicht-medizinische Maßnahmen im Bereich der Lebensgestaltung bieten vielversprechende Wirkungsweisen zur Prävention und zur Verlangsamung der Demenzprogredienz sowie auf die Alltagskompetenz und emotionale Verfassung. Wenngleich das deutsche Versorgungs- und Unterstützungssystem viel leistet, bieten nicht-medizinische Maßnahmen das Potential Bedürfnisse zu erfüllen und Bedarfe von Menschen mit Demenz zu entsprechen, deren Absicherung rein durch den Pflege- und Betreuungsmarkt nicht möglich sind. Bisherige Studien verdeutlichen, dass die Implementierung solcher Maßnahmen wie gemeinsame soziale, haushaltsnahe und Freizeitaktivitäten in der Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz dazu führen, dass die Lebensrealität von Menschen mit Demenz als ein Leben mit Möglichkeiten wahrgenommen werden. Obwohl die positiven Wirkungsweisen wissenschaftlich bekannt sind, fehlen Informationen dazu inwieweit nicht-medizinische Maßnahmen in der Versorgung von Menschen mit Demenz angewandt werden, wie die Umsetzbarkeit bewertet und welche Effekte wahrgenommen werden. Im Rahmen einer deutschlandweiten Befragung haben 134 Akteur/innen in der Versorgung und Begleitung, Angehörige von Menschen mit Demenz sowie Menschen mit Demenz selbst ihre Erfahrungen berichtet. Durch deskriptive Datenanalyse wurde die Häufigkeit der durchgeführten nicht-medizinischen Maßnahmen, wahrgenommene Effekte sowie die Modalitäten der Anwendung (Anbieter/innen, Häufigkeit und Finanzierung der Anwendung) bestimmt.

Die meisten Befragten berichteten, dass sie Zeit in der Natur verbringen, Besuche von/bei Angehörigen, Freund/innen und Bekannten sowie das (Vor-) Lesen für Menschen mit Demenz empfehlen oder anwenden. Nicht-medizinische Maßnahmen wie die Ausübung eines Ehrenamtes, die Nutzung von sozialen Telefonangeboten oder das Sprechen einer Fremdsprache wurde am wenigsten angewendet oder empfohlen. Durch die durchgeführten Maßnahmen wurden mehrere wirksame Effekte beobachtet: Bei Maßnahmen der sozialen Einbindung (z.B. Besuche von Angehörigen und Freund/innen oder der Inanspruchnahme von Nachbarschaftshilfe) nahmen die Befragten die Stärkung der sozialen Gesundheit, aktivierende Wirkungsweisen und die Förderung des Wohlbefindens wahr. Bei der Anwendung von Freizeitaktivitäten (z.B. Gesellschaftsspiele spielen oder Musik hören) wurden insbesondere positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden, die Stärkung der sozialen Gesundheit und aktivierende Wirkungsweisen bemerkt. Weiterhin berichteten die Befragten, dass die Durchführung von haushaltsnahen Aktivitäten (z.B. Backen oder Wäsche waschen) vornehmlich zur Erhaltung von Ressourcen und der Förderung des Wohlbefindens beitrage. Die Mehrheit der angewendeten und empfohlenen nicht-medizinischen Maßnahmen wurden privat initiiert und selbst finanziert. Als wichtigste nicht-medizinische Maßnahme wurden die soziale Interaktion bzw. Einbindung benannt, die nach Auffassung unserer Befragten eine Verbesserung auf verhaltensbezogene Auffälligkeiten, Depressionen und das Wohlbefinden bewirken, sowie den kognitiven Abbau verzögern können. Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, die Wichtigkeit von nicht-medizinischen Maßnahmen in der Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit. Da die dargestellten Maßnahmen vergleichsweise unkompliziert und in der Regel mit geringen finanziellen Mitteln angewendet werden können. Daher ist es wichtig, dass Akteur/innen in der Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz, im Besonderen in der Häuslichkeit, Kenntnisse über nicht-medizinische Maßnahmen und ihre Wirkungsweisen haben, um Menschen mit Demenz sowie ihre An- und Zugehörigen darüber aufzuklären und sie bei der Umsetzung zu unterstützen. Denn damit Menschen auch in späteren Stadien der Demenz in nicht-medizinische Akti-

vitäten eingebunden werden, sind weitere Personen aus dem Umfeld erforderlich, die anhand von Ressourcen und Fähigkeiten sowie der Ausrichtung an Biografie und Interessen kreative und individuelle Wege zur Beteiligung erkennen und umsetzen.

Hintergrund

Kognitive Beeinträchtigungen und Demenz zählen zu den häufigsten Erkrankungen im höheren Lebensalter und sind für Deutschland mit einer zunehmend alternden Gesellschaft eine große Herausforderung. Lange Zeit fokussierte sich der Blick auf Demenz ausschließlich auf die medizinischen und pflegerischen Aspekte. Entsprechend wurde die professionelle Diagnostik, Behandlung und pflegerische Versorgung vorangebracht (Philipp-Metzen, 2015). Trotz dieser Bemühungen sind Demenzen bis heute nicht heilbar, so dass aktuell etwa 1,8 Millionen Menschen mit einer diagnostizierten Demenz in Deutschland leben (Blotenberg, Hoffmann, & Thyrian, 2023). Bis zum Jahr 2050 ist mit einem Anstieg auf rund 3 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland zu rechnen (Bickel, 2020). Demzufolge werden in zunehmendem Maße immer mehr Menschen direkt oder indirekt von einer Demenz betroffen sein. Dafür benötigt es eine Gemeinschaft, die neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung auch das psychosoziale Umfeld, das Unterstützung für die Teilhabe und die Einbindung in Aktivitäten ermöglicht, im Blick hat.

Da die überwiegende Mehrheit, etwa zwei Drittel der in Deutschland mit Demenz lebenden Menschen, in ihrem Zuhause leben (Dt. Alzheimer Gesellschaft e.V. 2019), werden viele durch Angehörige begleitet oder nehmen professionelle Dienste, wie die Tagespflege oder einen ambulanten Pflegedienst, in Anspruch. Dennoch nimmt durch die Diversität der Lebensentwürfe und demographische Entwicklungen die Anzahl der Menschen mit Demenz zu, die allein leben und keinerlei Unterstützung wahrnehmen (Dt. Alzheimer Gesellschaft e.V. 2019). Es liegt auf der Hand, dass es ein gesellschaftliches Anliegen sein muss, Menschen mit Demenz sowie ihren An-/Zugehörigen einfache und niedrigschwellige Optionen aufzuzeigen, um das Leben sinnstiftend gestalten und gleichermaßen den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen zu können. Hierfür bieten nicht-medizinische Maßnahmen im Bereich der Lebensgestaltung vielversprechende Möglichkeiten zur Prävention, zur Verlangsamung des Krankheitsverlaufs und Verbesserung des Wohlbefindens.

Der Forschungsstand zu nicht-medizinischen Maßnahmen ist mittlerweile so gut etabliert, dass die „S3-Leitlinien Demenzen“ sowie die Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entsprechende Empfehlungen zur Lebensgestaltung geben, z. B. körperliche Aktivitäten, kognitive Stimulation und Ergotherapie. Wenngleich das deutsche Versorgungs- und Unterstützungssystem viel leistet, bieten nicht-medizinische Maßnahmen das Potential Bedürfnisse zu erfüllen und Bedarfe von Menschen mit Demenz zu entsprechen, deren Absicherung rein durch den Pflege- und Betreuungsmarkt nicht möglich sind. Eine Vielzahl an Studien belegt, dass nicht-medizinische Maßnahmen positive Effekte auf die Verbesserung und Aufrechterhaltung kognitiver Leistung haben, das emotionale Wohlbefinden stärken, bei der Aufrechterhaltung der funktionalen Fähigkeit im täglichen Leben unterstützen und Verhaltenssymptome positiv beeinflussen können (Fratiglioni, Marseglia, & Dekhtyar, 2020; Jessen, 2019; Kurz & Bohlken, 2013; McDermott et al., 2019). Hinzu kommt, dass nicht-medizinische Maßnahmen ein breites Spektrum an Aktivitäten umfassen, die bereits bekannt und in der Regel einfach in den Alltag integriert werden können (z.B. haushaltsnahe Tätigkeiten, Freizeitaktivitäten, das regelmäßige Treffen sozialer Kontakte). Weiterhin können diese Aktivitäten oder einzelne Handlungsschritte oftmals an vorhandene Kompetenzen und Fähigkeiten angepasst werden. Dies kann ein Gefühl von Normalität und Wertschätzung sowie eine Steigerung des Selbstwertgefühls vermitteln und ein gewisses Maß an Kontinuität mit dem früheren Lebensstil, Überzeugungen und Werten aufrechterhalten (Han, Radel, McDowd, & Sabata, 2016b; Kollak, 2016).

Obwohl die positiven Wirkungsweisen wissenschaftlich bekannt sind, fehlt das Wissen inwieweit nicht-medizinische Maßnahmen in der Versorgung von Menschen mit Demenz selbst angewandt werden, wie die Umsetzbarkeit bewertet und welche Effekte wahrgenommen werden. Im Rahmen einer deutschlandweiten Umfrage zum Thema „Lebensgestaltung in der Demenzversorgung“ wurden demnach Erfahrungen zu nicht-medizinischen Maßnahmen ermittelt. Die in dem vorliegenden Forschungsbericht darge-

stellten Ergebnisse zeigen neue Erkenntnisse dazu auf, welche Möglichkeiten und Potentiale nicht-medizinischer Maßnahmen in häuslichen Umfeld bieten, um sie niedrigschwellig und gewinnbringend in der Begleitung von Menschen mit Demenz einzusetzen.

Verwendungszweck des Forschungsberichts

Der vorliegende Forschungsbericht soll Menschen mit Demenz, ihren An- und Zugehörigen sowie Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen eine Anregung sein, Möglichkeiten der aktiven Lebensgestaltung im häuslichen Umfeld umzusetzen. Der Forschungsbericht wurde aus den Ergebnissen der Befragung „Lebensgestaltung in der Demenzversorgung“ erarbeitet und stellt eine Auswahl von nicht-medizinischen Maßnahmen vor, die vergleichsweise einfach in den Alltag von Menschen mit Demenz, die Zuhause leben, integriert werden können. Die Darstellung von Erfahrungen und Erkenntnissen bei der Anwendung von nicht-medizinischen und psychosozialen Aktivitäten durch Menschen mit Demenz, Angehörigen sowie Akteur/innen in der Begleitung, Beratung und Versorgung von Menschen mit Demenz soll nicht nur dazu anregen, bekannte und vertraute sowie liebgewonene Aktivitäten beizubehalten, sondern auch die Einbindung durch Angehörige oder Akteur/innen in diese Aktivitäten zu fördern, dazu motivieren, neue Aktivitäten zu erproben und diese regelmäßig in den Alltag zu integrieren. Des Weiteren soll der Forschungsbericht als Praxishilfe für eine niedrigschwellige Unterstützung im Alltag von Menschen mit Demenz, die Zuhause leben, dienen und dazu beitragen das Wissen im Bereich der nicht-medizinischen Maßnahmen zu stärken.

Methodisches Vorgehen

Projektablauf und methodisches Vorgehen

Um die Anwendung von nicht-medizinischen Maßnahmen in der Demenzversorgung, ihre wahrgenommene Wirksamkeit und Umsetzbarkeit zu ermitteln, wurde eine strukturierte, quantitative Umfrage als Studiendesign gewählt. Es wurden telefonische Interviews und in einigen Fällen persönliche Gespräche durchgeführt. Die Daten wurden anschließend deskriptiv analysiert. Das Vorhaben wurde durch die Mitarbeiterinnen der Forschungsgruppe „Psychosoziale Epidemiologie und Public Health“ des DZNE Standorts Rostock/Greifswald umgesetzt.

1. Vorbereitung und Durchführung der Befragung

Zunächst wurde ein standardisierter Fragebogen erarbeitet, um die Anwendung von und die Erfahrungen zu nicht-medizinischen Maßnahmen in der Demenzversorgung zu ermitteln. Da nicht auf bereits vorhandene Instrumente zurückgegriffen werden konnte, wurde ein Fragebogen mit Orientierung an den Empfehlungen der S3 Leitlinien „Demenzen“, den Richtlinien der WHO und auf wissenschaftlicher Literatur gestützt, entwickelt. Der Fragebogen sollte sowohl für die Zielgruppe der (1) Menschen mit Demenz, (2) Angehörige von Menschen mit Demenz sowie (3) Akteur/Innen in der Begleitung, Behandlung, Beratung und Versorgung von Menschen mit Demenz anwendbar sein, um eine Vielfalt von Perspektiven berücksichtigen zu können. Der vorläufige Fragebogen wurde von bekannten Akteur/Innen in der Versorgung von Menschen mit Demenz auf Verständlichkeit, Vollständigkeit und Angemessenheit des Umfangs überprüft und angepasst. Vor der Rekrutierung und Datenerhebung wurde die Studie von der Ethikkommission der Universitätsmedizin Greifswald genehmigt (BB 024/21).

Unter Berücksichtigung der Hygienemaßnahmen während der Corona-Pandemie und um Teilnehmende deutschlandweit einschließen zu können, wurde die Befragung vornehmlich telefonisch realisiert. Eine schriftliche Beantwortung der Fragen oder ein persönliches Gespräch unter Einhaltung der Hygienemaßnahmen waren in Einzelfällen möglich. Einschlusskriterien für die Teilnahme waren (1) ein Mindestalter von 18 Jahren, (2) Einwilligungsfähigkeit (nicht im Delirium/keine Bewusstseinsstörung), (3) ausreichende Seh- und Hörfähigkeit, (4) ausreichende deutsche Sprachkenntnisse und (5) ausreichende körperliche und psychische Belastbarkeit.

Die Rekrutierung erfolgte deutschlandweit telefonisch oder per Email über bekannte Netzwerkpartner/innen und Interessensverbände wie Pflegestützpunkte, Demenznetzwerke, Selbsthilfegruppen, Berufsverbände der Pflege, Ergo- und Physiotherapie sowie regionale Arbeitsgruppen der Altenpflege und Demenzversorgung. Insgesamt haben n=134 Personen an der Befragung teilgenommen (s. Tabelle 1). Davon wurden fünf Interviews persönlich, sechs schriftlich und 123 Interviews telefonisch durchgeführt. Tabelle 1 stellt die allgemeinen Charakteristika der Befragten dar. Die Teilnehmenden waren im Mittel 55,2 Jahre alt (26-85 Jahre) und zu 74,6 Prozent Frauen. 58,9 Prozent der Befragten haben einen Hochschulabschluss, 33,6 Prozent einen Berufschulabschluss, 6,7 Prozent die allgemeine Hochschulreife und 0,7 Prozent einen Hauptschulabschluss.

Die Interviews dauerten zwischen 1-2 Stunden, in denen zuerst demografische Daten der Teilnehmenden erfragt wurden. Anschließend wurde anhand des strukturierten Fragebogens die Nutzung nicht-medizinischer Maßnahmen in den Bereichen: (1) kognitive Maßnahmen, (2) sensorische Maßnahmen, (3) therapeutische Verfahren, (4) Bewegungsprogramme, (5) Maßnahmen zur Funktionsfähigkeit im täglichen Leben, (6) Aktivitäten im Haushalt, (7) Bildungsangebote, (8) soziale Beziehungspflege und (9) Freizeitaktivitäten ermittelt. Für alle Maßnahmen wurden zudem die wahrgenommene Wirksamkeit, Finanzierung, Häufigkeit der Anwendung sowie der/ die Anbieter/in der Maßnahme erhoben. Darüber hinaus wurde die Nützlichkeit nicht-medizinischer Maßnahmen bei verschiedenen Demenzsymptomen sowie fehlende Ressourcen und Barrieren erfragt.

Tabelle 1 Charakteristika der Teilnehmenden

<u>Status</u>	
▪ Personen mit Demenz	n= 10 (7,5 Prozent)
▪ Pflegende Angehörige	n= 27 (20,1 Prozent)
▪ Pflegende Ehepartner/innen	n= 13 (9,7 Prozent)
▪ Therapeut/innen	n= 25 (18,7 Prozent)
▪ Mitarbeiter/innen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen	n= 20 (14,9 Prozent)
▪ Akteur/innen in der Beratung	n= 12 (8,9 Prozent)
▪ Akteur/innen in der Begleitung	n= 23 (17,2 Prozent)
▪ Ärzt/innen	n= 4 (2,9 Prozent)
<u>Alter</u>	
▪ Min.	Ø 55,2 Jahre
▪ Max.	26 Jahre
	85 Jahre
<u>Geschlecht</u>	
▪ Weiblich	n= 100 (74,6 Prozent)
▪ Männlich	n= 34 (25,4 Prozent)
<u>Bildung</u>	
▪ Hauptschulabschluss	n= 1 (0,7 Prozent)
▪ Allgemeine Hochschulreife	n= 9 (6,7 Prozent)
▪ Berufsschulabschluss	n= 45 (33,6 Prozent)
▪ Hochschulabschluss	n= 79 (58,9 Prozent)

In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf den Erfahrungen und Kenntnissen der Teilnehmenden. Diese Ergebnisse sollen die Potentiale und Möglichkeiten nicht-medizinischer Maßnahmen verdeutlichen, die sich niedrigschwellig in der Häuslichkeit anwenden lassen.

2. Auswertung der Befragung

Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten wurden schriftlich und ohne Namen gespeichert und ausgewertet. Die Auswertung der Daten erfolgte mithilfe der Statistiksoftware STATA Version 16. Es wurde eine deskriptive Datenanalyse durchgeführt, um die Anwendung von nicht-medizinischen Maßnahmen in der Versorgung von Menschen mit Demenz abzubilden. Durch Auszählung des Auftretens der einzelnen Merkmale einer Kategorie wurden die Häufigkeitsverteilungen ermittelt. Die Häufigkeitsverteilungen werden sowohl in absoluten Zahlen als auch in Prozentzahlen angegeben.

3. Limitationen

Die erhobenen und analysierten deskriptiven Daten geben einen Einblick in die Versorgung von Menschen mit Demenz im Bereich nicht-medizinischer Maßnahmen in Deutschland. Es lassen sich Hinweise in Bezug auf die Anwendung, Wirksamkeit, Aufwendungen und Potentiale solcher Maßnahmen für Menschen mit Demenz erkennen. Dabei können sie als Orientierungsrahmen für die Versorgungspraxis dienen. Wichtig ist dabei zu bedenken, dass die Ergebnisse auf Erfahrungen der Teilnehmenden beruhen

und nicht auf wissenschaftlichen Effektivitätsstudien. Eine Einordnung in die bereits existierenden wissenschaftlichen Studienergebnisse finden Sie in der Sektion ‚Diskussion‘ dieses Berichts. Aufgrund der Stichprobengröße und -verteilung war eine Ausdifferenzierung und Kontextualisierung der Ergebnisse bezüglich verschiedener soziodemographischer und sozioökonomischer Aspekte, der Demenzform, sowie dem Schweregrad und dem Setting der Demenzversorgung nicht möglich. Hierbei besteht weiterer Forschungsbedarf. Im Hinblick auf eine detaillierte Betrachtung und Identifikation von Bedarfen und Aufwendungen für die Umsetzung nicht-medizinischer Maßnahmen in die Demenzversorgung sind weitere Studien notwendig, um die Datenbasis mit einer vollumfänglichen Erhebung zu Lebenswelten und Strukturen von Menschen mit Demenz, Angehörigen und den Akteur/innen zu ergänzen.

Ergebnisse

Die nachfolgenden Ergebnisse unserer Befragung zeigen auf, inwieweit Aktivitäten im häuslichen Umfeld im Alltag von Menschen mit Demenz Anwendung finden oder empfohlen werden. Die Aktivitäten sind dabei in drei Kategorien gegliedert: soziale Einbindung, Freizeitaktivitäten und haushaltsnahe Tätigkeiten. Es werden die häufigsten genannten Voraussetzungen und die Modalitäten der Durchführung dieser Aktivitäten dargestellt. Zudem werden jeweils die drei am häufigsten wahrgenommenen positiven Wirkungen bzw. Effekte berichtet. Abgesehen von Informationen zu den einzelnen Maßnahmen, zeigen die Ergebnisse, durch welche Maßnahme im häuslichen Umfeld die größten persönlich wahrgenommenen Effekte erzielt werden.

1. Soziale Einbindung

Tabelle 2. Anwendung Maßnahmen sozialer Einbindung der Befragten

Soziale Aktivität	Durchführung	
	ja	nein
Telefonieren mit Angehörigen/ Freunden/ Bekannten	79,9 Prozent n= 107	19,0 Prozent n= 26
Besuche bei/von Angehörigen/ Freunden/ Bekannten	90 Prozent n = 121	9,0 Prozent n= 12
Ausflüge mit Angehörigen/ Freunden/ Bekannten	80,6 Prozent n= 108	19,0 Prozent n= 25
Nachbarschaftshilfe	43,3 Prozent n= 58	55,2 Prozent n= 74
Ausübung Ehrenamt	5,9 Prozent n= 8	93,3 Prozent n= 125
Nutzung eines Telefon- Angebotes	9 Prozent n= 12	90,3 Prozent n= 121
Nutzung eines Besuchsdienstes	46,3 Prozent n= 62	53,0 Prozent n= 71
Treffen in Vereinen oder Freizeitgruppen	29,9 Prozent n= 40	68,7 Prozent n= 92

1. Regelmäßige Telefonate mit Angehörigen, Freund/innen und Bekannten

In unserer Befragung gaben 79,9 Prozent der Befragten an, dass sie regelmäßige Telefonate mit Menschen mit Demenz innerhalb der Familie sowie des Freundes- und Bekanntenkreises als Maßnahme anwenden bzw. empfehlen. Es telefonieren rund 17,8 Prozent der Befragten mindestens einmal die Woche und 7,5 Prozent täglich mit ihren Angehörigen,

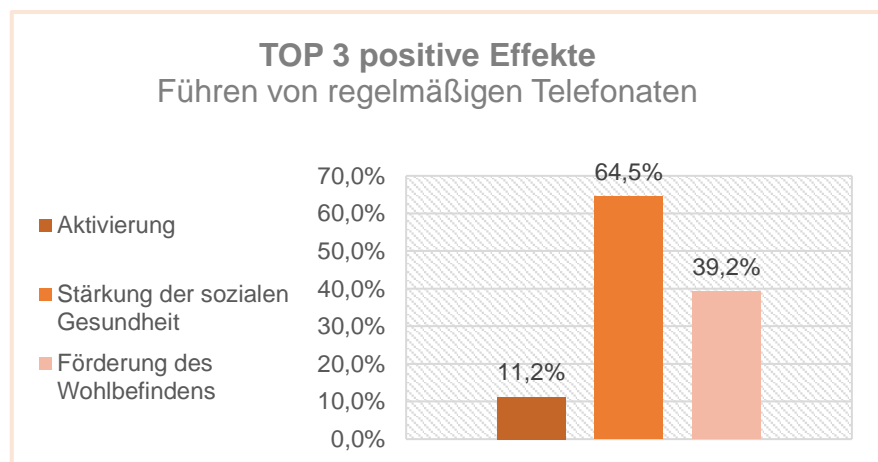


Abbildung 1. Die Top 3 Effekte durch regelmäßiges Telefonieren

Freund/innen oder Bekannten, um sich auszutauschen. Insgesamt nahmen 82,2 Prozent der Befragten positive Effekte bei Telefonaten mit Angehörigen, Freund/innen und Bekannten wahr. Von unseren Teilnehmenden bemerkten 64,5 Prozent eine Stärkung der sozialen Gesundheit, 39,2 Prozent eine Förderung des Wohlbefindens und 22,4 Prozent der Befragten eine aktivierende Wirkung, z.B. die Anregung zum Erzählen (s. Abbildung 1).

2. Regelmäßige Besuche von Angehörigen, Freund/innen und Bekannten

Regelmäßige persönliche Besuche von der Familie, Freund/innen und Bekannten wurden von 90,3 Prozent der Befragten empfohlen bzw. umgesetzt. Dabei werden von 19,0 Prozent die Besuche mindestens einmal in der Woche realisiert. Weitere 10,7 Prozent der Befragten berichteten, dass Besuche seltener als wöchentlich stattfinden. 67,8 Prozent machten keine Angabe zur Häufigkeit der Besuche, da diese Information nicht bekannt ist oder keine allgemein gültigen

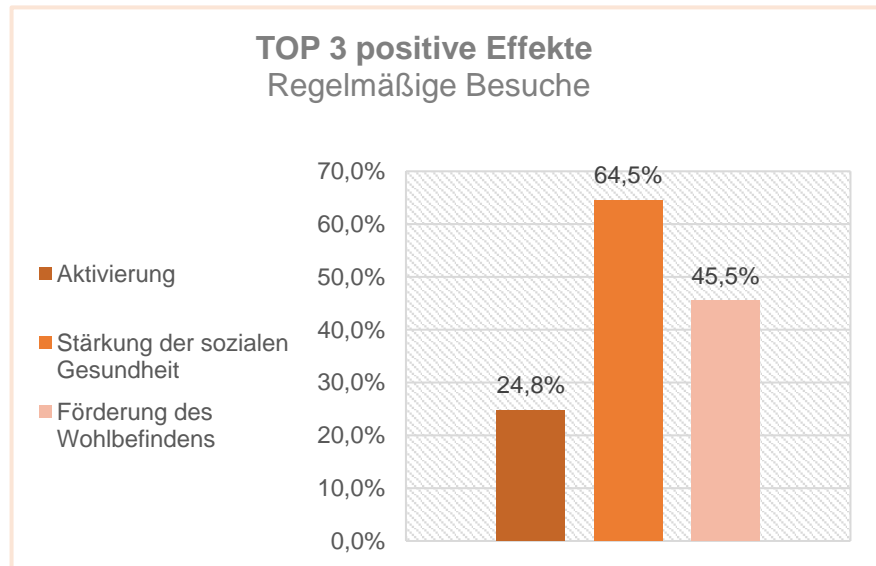


Abbildung 2. Die Top 3 Effekte durch regelmäßige Besuche.

Aussagen getroffen werden können. 91,7 Prozent unserer Befragten bemerkten positive Effekte bei regelmäßigen Besuchen von Angehörigen, Freund/innen und Bekannten für Menschen mit Demenz. Als positive Effekte wurden am häufigsten die Stärkung der sozialen Gesundheit (64,5 Prozent), die Förderung des Wohlbefindens (47,9 Prozent) sowie eine aktivierende Wirkung, z.B. die Steigerung der Aufmerksamkeit (24,8 Prozent) durch die Befragten wahrgenommen (s. Abbildung 2).

3. Regelmäßige Ausflüge mit Angehörigen, Freund/innen und Bekannten

80,6 Prozent der Befragten empfinden Ausflüge mit Familie, Freund/innen und Bekannten wichtig für Menschen mit Demenz. 24,2 Prozent der Befragten unternimmt dabei Ausflüge ins Freie bzw. in die Natur. Berichtet werden sowohl Tagestouren in die Natur zum Wandern oder Spazierengehen, zum Beispiel an die Ostsee, Mosel oder Rhein, in nahegelegene Parks oder Grünanlagen, Spazierfahrten durch Landschaften, Dörfer und Städte, Besuche ins Restaurant, Café oder zum Eis essen, Ausflüge in den Zoo/Tierpark und auf den Bauernhof. Eine Übersicht über die häufigsten Ausflugsziele gibt (Abbildung 3).

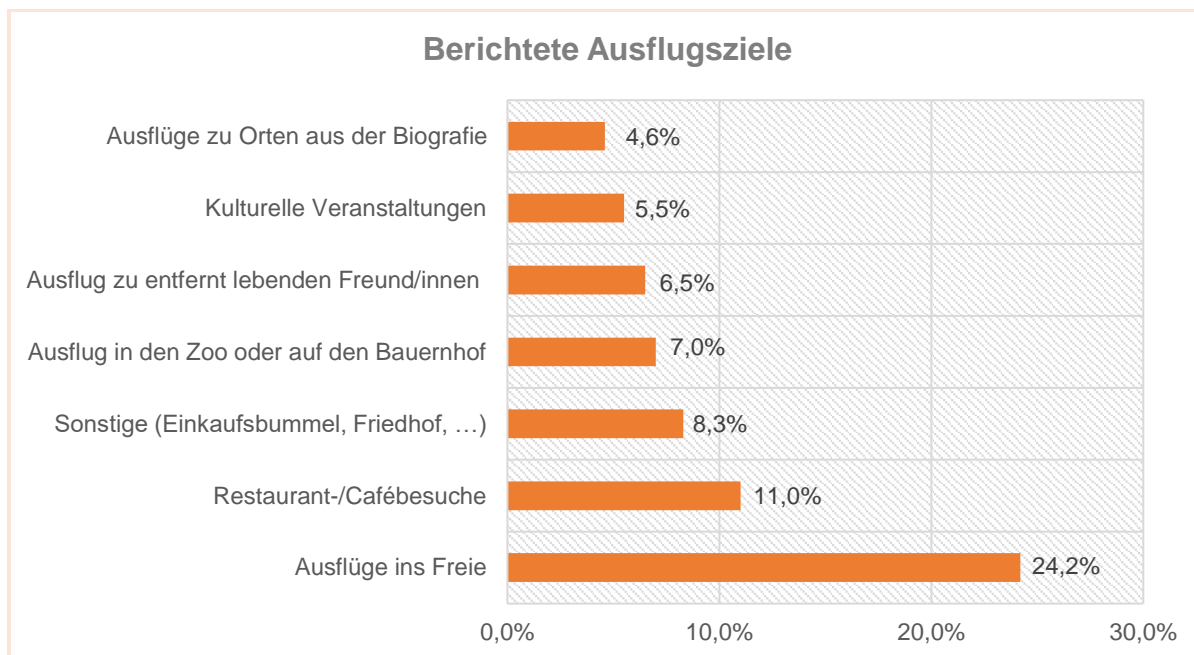


Abbildung 3 Berichtete Ausflugsziele

Von unseren Befragten gaben 4,6 Prozent an, dass sie Ausflüge einmal pro Woche und 17,6 Prozent seltener als einmal pro Woche mit ihrem Angehörigen mit Demenz unternehmen. Die Hälfte der Befragte (50,0 Prozent) gaben an, dass die finanziellen Aufwendungen, die für die Ausflüge notwendig sind (z.B. die Fahrtkosten) privat, durch Menschen mit Demenz oder ihre An- und Zugehörigen getragen werden. Hierbei

bemerkten 94,4 Prozent der Teilnehmenden positive Effekte für Menschen mit Demenz. Wahrgenommene Effekte waren von 62,0 Prozent der Befragten die Stärkung der sozialen Gesundheit, von 43,5 Prozent die Förderung des Wohlbefindens und von 25,0 Prozent eine aktivierende Wirkung wie die Anregung zum Erzählen (s. Abbildung 4).

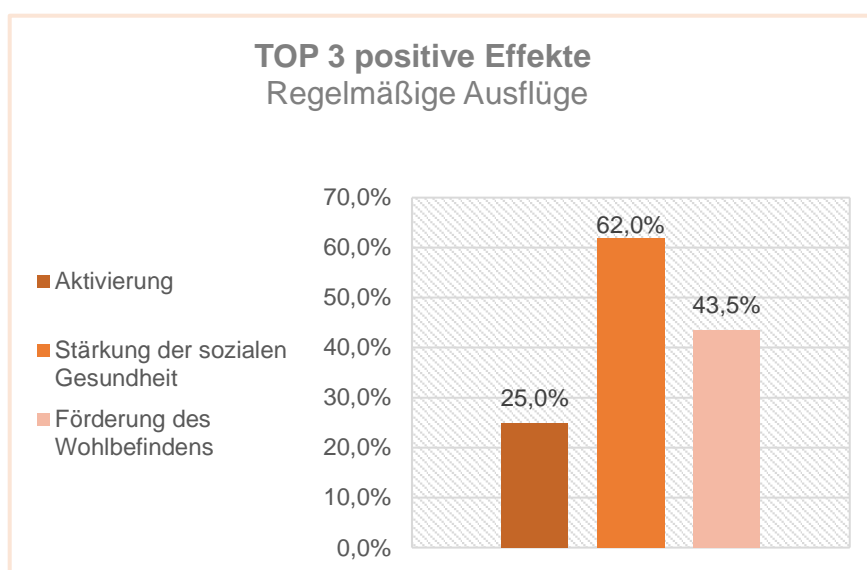


Abbildung 4. Die Top 3 Effekte durch regelmäßigen Ausflügen.

4. Nachbarschaftshilfe

43,3 Prozent der Befragten nutzen die Unterstützung durch ihre Nachbar/innen oder sprachen sich für die Inanspruchnahme aus. Im Bereich der Nachbarschaftshilfe nannten die Befragten Unterstützung (bspw. bei haushaltsnahen Tätigkeiten oder der Gartenarbeit, Reparaturen, soziale Betreuung), Unterhaltung und Gespräche, an den Interessen und Vorlieben ausgerichtete Aktivitäten sowie nach dem Rechten sehen, wenn An- und Zugehörige nicht in der Nähe wohnen. Die berichteten Nachbarschafts-

hilfen sind in der Regel das bürgerschaftliche Engagement von einzelnen Personen und selbst organisiert. Hinsichtlich der Häufigkeit nehmen 18,9 Prozent der Befragten Nachbarschaftshilfe situationsbedingt und 10,3 Prozent gelegentlich wahr. 58,6 Prozent der Befragten machten keine Angabe zur Häufigkeit, da diese Information nicht bekannt ist oder keine allgemein gültigen Aussagen durch die Befragten getroffen werden können. 20,7 Prozent der befragten Teilnehmenden gaben an, dass sie ihre Dankbarkeit für die Nachbarschaftshilfe privat bspw. durch eine Aufwandsentschädigung, ideelle Anerkennung oder Aufmerksamkeiten zum Ausdruck bringen. 70,7 Prozent machten keine Angabe zur Finanzierung der Besuche, da diese Information nicht bekannt ist oder keine allgemein gültigen Aussagen getroffen werden können. Hierbei wurden durch 94,8 Prozent der Befragten positive Effekte wahrgenommen. So bewirkt die Inanspruchnahme von Nachbarschaftshilfe bei über der Hälfte der Befragten die Stärkung der sozialen Gesundheit (55,2 Prozent), die Förderung des Wohlbefindens (17,2 Prozent), sowie die Vermittlung von Wertschätzung (12,1 Prozent) und eine aktivierende Wirkung, z.B. das Anregen von Gesprächen (12,1 Prozent).

5. Ehrenamt

Lediglich acht der 134 Befragten (5,9 Prozent) gaben an, dass sie eine Person mit Demenzerkrankung kennen oder als Person mit Demenz selbst ehrenamtlichen tätig sind. Als Bereiche der ehrenamtlichen Arbeit wurden z.B. das Engagement in einer Interessengruppe für Menschen mit Demenz, in der Kirchengemeinde oder im Wanderverein angegeben. Genannt wurden tägliche, monatliche oder anlass-/situationsbezogene Einsätze. Die Teilnehmenden zählten hierbei das Umsetzen eigener Wertevorstellungen, z.B. anderen zu helfen und das Gefühl sich gesellschaftlich einbringen zu können als positive Effekte auf.

6. Nutzung von Telefonangeboten

Die Teilnehmenden der Studie empfehlen oder nutzen telefonischen Gesprächsangebote kaum. Lediglich 12 der 134 Befragten (8,9 Prozent) nahmen solche Angebote wahr oder empfahlen es an Klient/innen oder Patient/innen weiter. Davon kannte oder nutzte die Hälfte (50,0 Prozent) ein seelsorgerisches Angebot. Acht der Befragten (66,7 Prozent von denen, die es in Anspruch nehmen) nutzten telefonische Angebote von sozialen Organisationen wie Silbernetz oder das Alzheimer Telefon der Alzheimer Gesellschaft. Die Nutzung dieser telefonischen Gesprächsangebote ist in der Regel kostenfrei, lediglich Telefongebühren fallen an. 91,7 Prozent der Teilnehmenden bemerkten positive Effekte bei der Nutzung von Telefonangeboten. Vor allem wurde die Stärkung der sozialen Gesundheit (66,7 Prozent) wahrgenommen.

7. Nutzung von Besuchsdiensten

62 Teilnehmer/innen (46,3 Prozent) empfehlen oder nutzen das Besuchsangebot von Betreuungs-/Pflegediensten, sozialen Vereinen oder ehrenamtlich tätigen Personen. Davon nutzen 22,6 Prozent das Angebot für Freizeitliche Aktivitäten wie Spaziergänge, Eis essen, Spielen von Gesellschaftsspielen und ähnliches. Die genutzt-

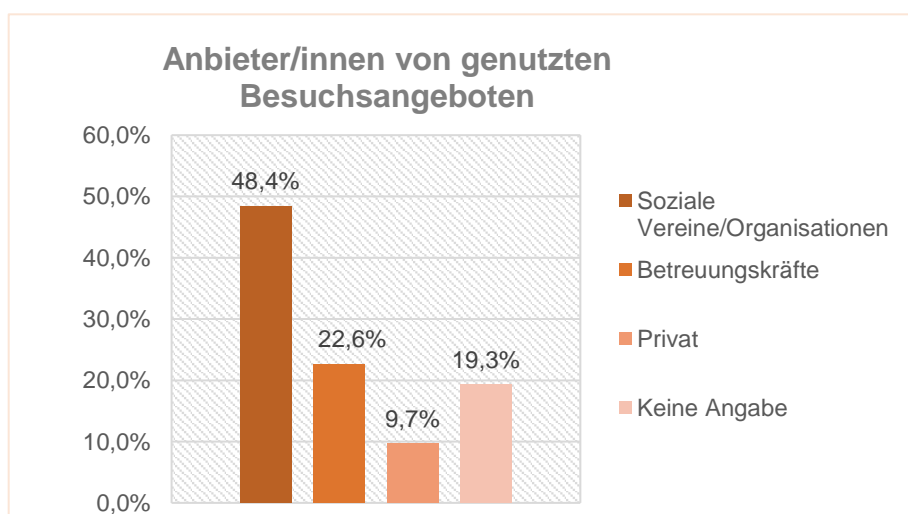


Abbildung 5. Anbieter von genutzten Besuchsangeboten.

ten oder bekannten Anbieter von Besuchsdiensten sind soziale Vereine oder Organisationen (48,4 Prozent), Betreuungsmitarbeiter/innen von Betreuungsdiensten oder ambulanten Pflegediensten (22,6 Prozent) sowie privat (ehrenamtlich) engagierte Personen (9,7 Prozent) (s. Abbildung 5). 29,0 Prozent gaben an, dass das Angebot des Besuchsdienstes mindestens einmal in der Woche wahrgenommen wird. 69,3 Prozent machten keine Angabe zur Häufigkeit der Anwendung von Besuchsdiensten, da diese Information nicht bekannt ist oder keine allgemein gültigen Aussagen getroffen werden können. Die Finanzierung dieses Angebots ist bei den Befragten unterschiedlich. So bezahlen 27,4 Prozent anteilig oder in vollem Umfang selbst für die Leistung des Besuches. Die Befragten gaben bspw. an, dass ehrenamtliche Einzelpersonen eine vereinbarte Aufwandsentschädigung erhalten und dass einige Besuch- und Betreuungsdienste Tarife verlangen, um die Auslagen für die ehrenamtlichen Mitarbeitenden zu decken, oder dass Betreuungsmitarbeiter/innen nach §§ 43b, 53b SGBXI ein Honorar erhalten. 19,3 Prozent der Befragten nutzen die Leistungen der Pflegeversicherung und refinanzieren den Besuchsdienst über den Entlastungsbetrag (§45a, b SGBXI) mit bis zu 125 Euro im Monat oder lassen sich den Besuchsdienst in Einzelfällen über die Verhinderungspflege (§39 SGBXI) anrechnen. 11,3 Prozent gaben an, dass sie nichts für die Inanspruchnahme eines Besuchsdienstes bezahlen müssen. 90,3 Prozent der Teilnehmenden nahmen positive Effekte bei der Inanspruchnahme von Besuchsdiensten wahr. So bemerkten 56,4 Prozent der Befragten die Stärkung der sozialen Gesundheit, 24,2 Prozent die Förderung des Wohlbefindens und 22,6 Prozent eine aktivierende Wirkung, z.B. neue Anregungen bekommen.

8. Treffen in Vereinen oder Gruppen

29,8 Prozent der Teilnehmenden empfehlen Aktivitäten in einem Verein oder einer Freizeitgruppe bzw. sind selbst Mitglied. Davon nehmen 57,5 Prozent die Angebote von ortsansässigen Freizeitvereinen wahr. 15 Personen empfehlen bzw. nutzen die Angebote von Sportvereinen. 12,5 Prozent der Befragten nehmen dieses Angebot mindestens wöchentlich wahr. 77,5 Prozent machten keine Angabe zur Häufigkeit, da diese Information nicht bekannt ist oder

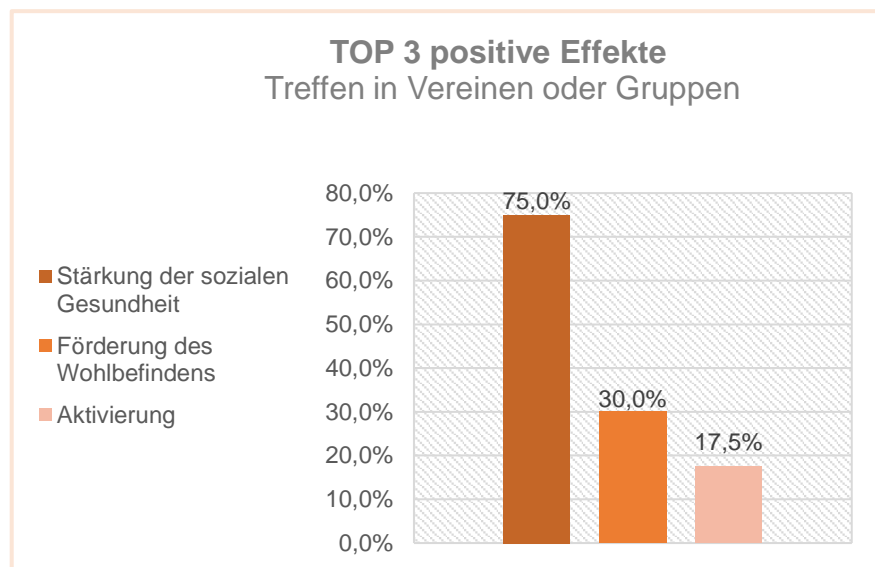


Abbildung 6 TOP 3 Effekte durch Treffen in Vereinen oder Gruppen

keine allgemein gültigen Aussagen durch die Befragten getroffen werden können. Von über der Hälfte der Befragten (52,5 Prozent) werden die Mitgliedsbeiträge oder andere anfallenden Kosten selbst übernommen. Hierbei nahmen 92,5 Prozent der Befragten positive Effekte für Menschen mit Demenz wahr. Nach Einschätzungen der Teilnehmenden bewirkt die Teilnahme an Vereins- oder Gruppenaktivitäten die Stärkung der sozialen Gesundheit (75,0 Prozent), die Förderung des Wohlbefindens (30,0 Prozent), sowie eine aktivierende Wirkung, z.B. die Anregung des Gedächtnisses (17,5 Prozent).

2. Freizeitaktivitäten

Tabelle 3. Anwendung/Empfehlung von Freizeitaktivitäten der Befragten.

Freizeitaktivität	Durchführung	
	ja	nein
Gärtnern	67,9 Prozent n= 91	31,3 Prozent n= 42
Gesellschaftsspiele	78,4 Prozent n = 105	20,9 Prozent n= 28
Lesen	86,6 Prozent n= 116	12,7 Prozent n= 17
Fernsehen schauen	57,5 Prozent n= 77	41,8 Prozent n= 56
Rätseln	55,2 Prozent n= 74	44 Prozent n= 59
Kulturelle Angebote	64,2 Prozent n= 86	35,1 Prozent n= 47
Handarbeit	50,7 Prozent n= 68	48,5 Prozent n= 65
Malen und Zeichnen	51,5 Prozent n= 69	47,8 Prozent n= 64
Basteln und Handwerken	62,7 Prozent n= 84	36,6 Prozent n= 49
Singen	73,1 Prozent n= 98	26,1 Prozent n= 35
Musikinstrument spielen	34,3 Prozent n= 46	64,9 Prozent n= 87
Tanzen	64,9 Prozent n= 87	34,3 Prozent n= 46
Musik hören	75,4 Prozent n= 101	23,9 Prozent n= 32
Halten von Haustieren	29,1 Prozent n= 39	70,1 Prozent n= 94
Körperliche Aktivitäten	49,2 Prozent n= 66	50 Prozent n= 67
Religiöse Aktivitäten	55,2 Prozent n= 74	44,0 Prozent n= 59
Zeit in der Natur verbringen	90,3 Prozent n= 121	8,9 Prozent n= 12
Sprechen einer Fremdsprache	20,1 Prozent n= 27	79,1 Prozent n= 106
Urlaub machen	35,8 Prozent n= 48	63,4 Prozent n= 85

1. Gärtnern

67,9 Prozent der Befragten empfehlen das Gärtnern für Menschen mit Demenz oder wenden es an. Hierbei wird das Gärtnern im eigenen Garten (28,6 Prozent) oder auf der Terrasse bzw. Balkon (7,7 Prozent) empfohlen bzw. angewandt. Weiterhin bieten Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit mithilfe von Balkonkästen, in Hochbeeten oder Gärten (21,9 Prozent) sowie in angelegten Demenz- und Therapiegärten (9,9 Prozent) gärtnerisch aktiv zu sein. Das Gärtnern wird von 46,1 Prozent der Befragten privat durch Menschen mit Demenz bzw. ihre An- und Zugehörigen bereitgestellt. Darüber hinaus bieten Pflegeeinrichtungen (14,3 Prozent) sowie Betreuungskräfte (13,2 Prozent) diese Maßnahme an. 5,5 Prozent der

Befragten berichten, dass sie täglich und 7,7 Prozent wöchentlich gärtnern. 82,4 Prozent machten keine Angabe zur Häufigkeit, da diese Information nicht bekannt ist oder keine allgemein gültigen Aussagen getroffen werden können. Von 36,3 Prozent wurden die finanziellen Mittel privat aufgewendet oder als Angebot von Pflegeeinrichtungen durch die Unternehmen (19,8 Prozent) übernommen. Bei 7,7 Prozent wird das Gärtnern über die Krankenversicherung oder die Pflegeversicherung finanziert. Zum einen kann das Gärtnern Bestandteil einer Behandlung im Krankenhaus oder medizinischen Rehabilitationseinrichtung sein, der durch die Krankenkasse bis auf die Zuzahlung getragen wird. Zum anderen geben die Befragten an, dass Personen, die in der Häuslichkeit leben durch die Verhinderungspflege oder den Entlastungsbetrag Leistungen wie das gemeinsame Gärtnern durch Betreuungskräften oder ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen mit der Pflegekasse abrechnen können. Hierbei bemerkten 80,2 Prozent der Teilnehmenden positive Effekte für Menschen mit Demenz. So wurden nach Einschätzung der Befragten vor allem die Förderung des Wohlbefindens (51,6 Prozent), eine aktivierende Wirkung, z.B. die Anregung der Sinne (18,7 Prozent) und die Stärkung der sozialen Gesundheit (13,2 Prozent) wahrgenommen.

2. Gesellschaftsspiele

105 unserer Befragten (78,4 Prozent) sprachen sich für das Spielen von Gesellschaftsspielen aus oder wenden es im Alltag an. Dabei wurden Brettspiele (51,4 Prozent) wie beispielsweise Mensch ärgere dich nicht und Kartenspiele (38,1 Prozent), z.B. Canasta, am häufigsten berichtet. Abbildung 7 zeigt die Häufigkeiten für die einzelnen Gesellschaftsspiele.

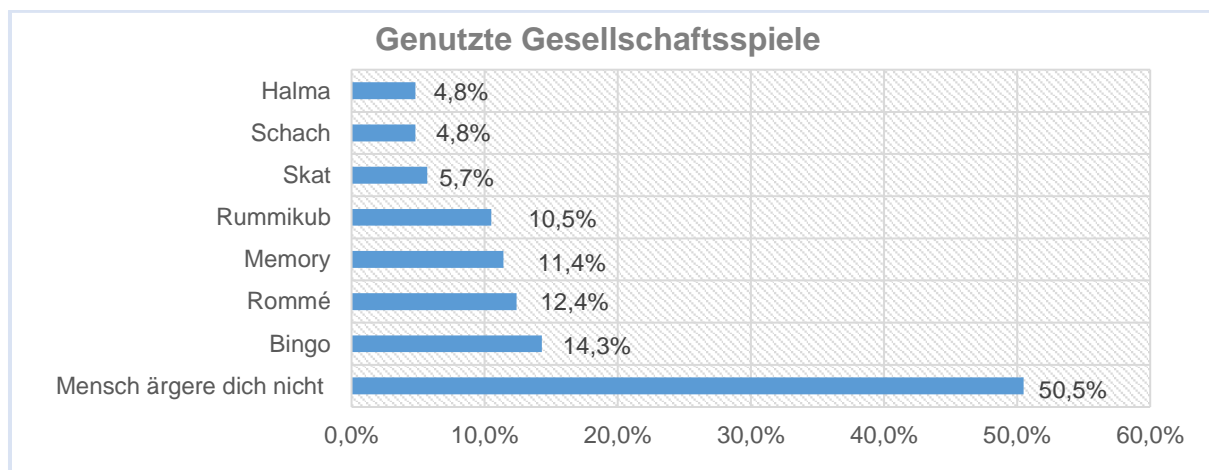


Abbildung 7 Häufigkeiten genutzte Gesellschaftsspiele

Das gemeinsame Spielen von Gesellschaftsspielen wird bei 46,7 Prozent im persönlichen Umfeld von Menschen mit Demenz angewendet. Des Weiteren wird es in Pflegeeinrichtungen (13,3 Prozent), von Ergotherapeut/innen (6,7 Prozent) und Betreuungskräften (16,2 Prozent) angeboten. 32,4 Prozent berichteten, dass Gesellschaftsspiele wöchentlich gespielt werden und 6,7 Prozent täglich. Gesellschaftsspiele werden von 27,6 Prozent privat finanziert. Weiterhin berichten 21,9 Prozent, dass das Spielen von Gesellschaftsspielen in Pflegeeinrichtungen durch die Unternehmen finanziell getragen wird. Bei 12,4 Prozent der Befragten wird diese Maßnahme über Leistungen der Pflegeversicherung oder Krankenversicherung bezahlt. Des Weiteren wurde das Spielen von Gesellschaftsspielen während des Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthaltes angeboten und dieser Aufenthalt durch die Krankenkasse getragen wird. Weiterhin berichten unsere Befragten, dass Betreuungskräfte oder ehrenamtliche Mitarbeiter/innen über den Entlastungsbetrag oder die Verhinderungspflege mit der Pflegekasse abgerechnet wurden, die gemeinsam mit Menschen mit Demenz Zuhause Gesellschaftsspiele spielen. Darüber hinaus findet das Spielen von Gesellschaftsspielen in der Ergotherapie Anwendung und wird in diesen Fällen über

eine ärztliche Verordnung (9,5 Prozent) finanziert. 88,6 Prozent der Teilnehmenden bemerkte beim Spielen von Gesellschaftsspielen positive Effekte für Menschen mit Demenz. So wurden die Förderung des Wohlbefindens (69,5 Prozent), die Stärkung der sozialen Gesundheit (36,2 Prozent) sowie eine aktivierende Wirkung, z.B. die Anregung des Gedächtnisses (28,6 Prozent) wahrgenommen (s. Abbildung 8).

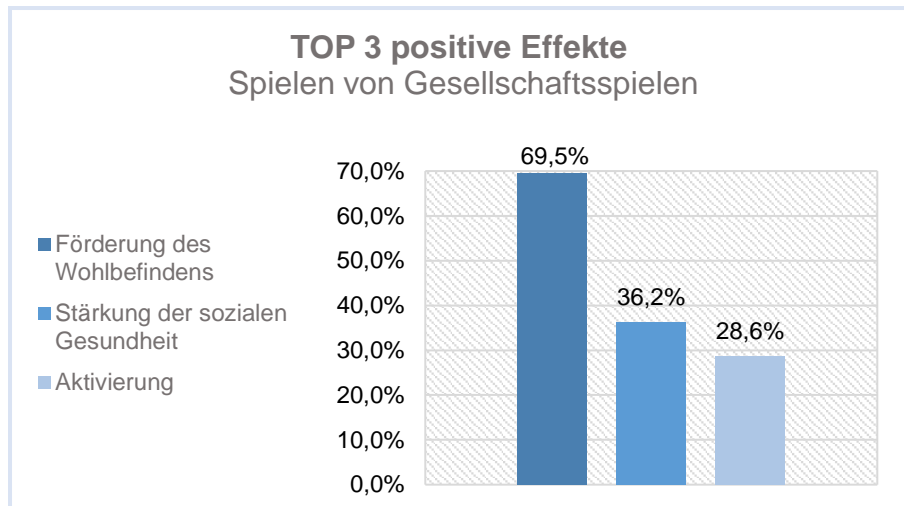


Abbildung 8 TOP 3 Effekte beim Spielen von Gesellschaftsspielen

3. Lesen

In unserer Befragung gaben 86,6 Prozent der Befragten an, dass sie (vor-)lesen oder es empfehlen. Neben der Tages- oder Wochenzeitung (39,7 Prozent) werden Kurzgeschichten (25,9 Prozent) und Gedichte (18,1 Prozent) (vor-)gelesen (s. Abbildung 9).

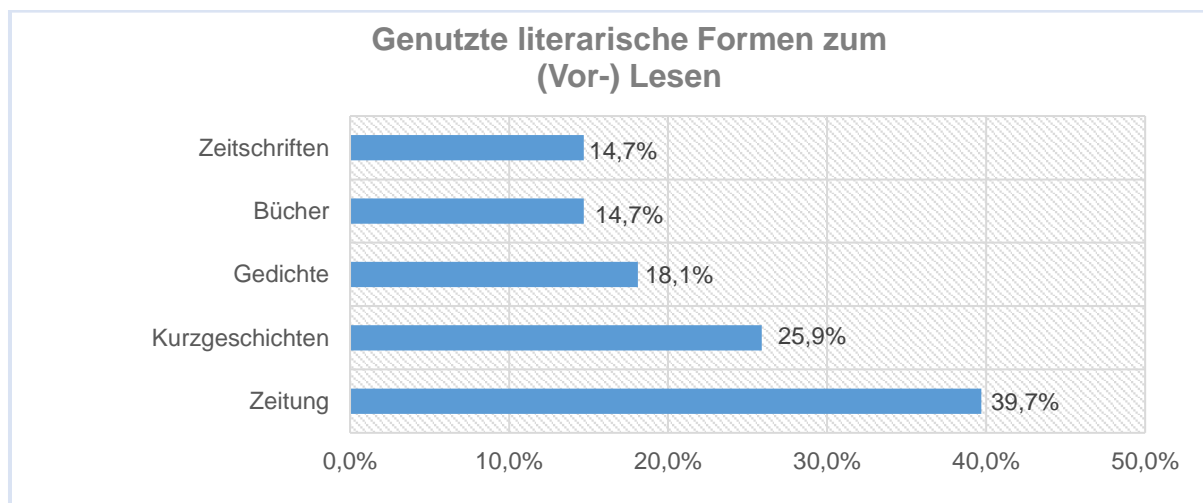


Abbildung 9. Genutzte literarische Formen zum (Vor-) Lesen

21,5 Prozent der Befragten gaben an, dass sie Menschen mit Demenz vorlesen und 20,7 Prozent berichten, dass Menschen mit Demenz selbst lesen. Das (Vor-) Lesen wird von 38,8 Prozent der Befragten persönlich durch Menschen mit Demenz selbst ausgeführt oder durch ihr persönliches Umfeld angeboten. Weiterhin berichteten die Befragten, dass diese Maßnahme in Pflegeeinrichtungen (6,0 Prozent) und von Betreuungskräften (18,9 Prozent) bereitgestellt wird. 31,9 Prozent lesen oder bekommen täglich vorgelesen und 15,5 Prozent wöchentlich. Die finanziellen Mittel für das (Vor-) Lesen werden von 42,2 Prozent privat aufgewendet. Darüber hinaus werden die notwendigen finanziellen Mittel für das Vorlesen in Pflegeeinrichtungen durch die Unternehmen (18,1 Prozent) getragen. Wenn das (Vor-) Lesen Bestandteil einer ambulanten Ergotherapie ist, kann dieses therapeutische Angebot laut 6,9 Prozent der Befragten über eine ärztliche Verordnung finanziert werden. 9,5 Prozent der Befragten berichteten, dass diese Maßnahme über Leistungen der Pflege- oder Krankenkasse abgerechnet werden kann. Da das

Vorlesen Bestandteil eines Angebots während des Krankenhausaufenthaltes oder medizinischen Rehabilitation sein kann, wird dies in solch einem Rahmen durch die Krankenkasse getragen. Des Weiteren berichten unsere Befragten, dass Betreuungskräfte oder ehrenamtliche Mitarbeiter/innen, die mit Menschen mit Demenz gemeinsam

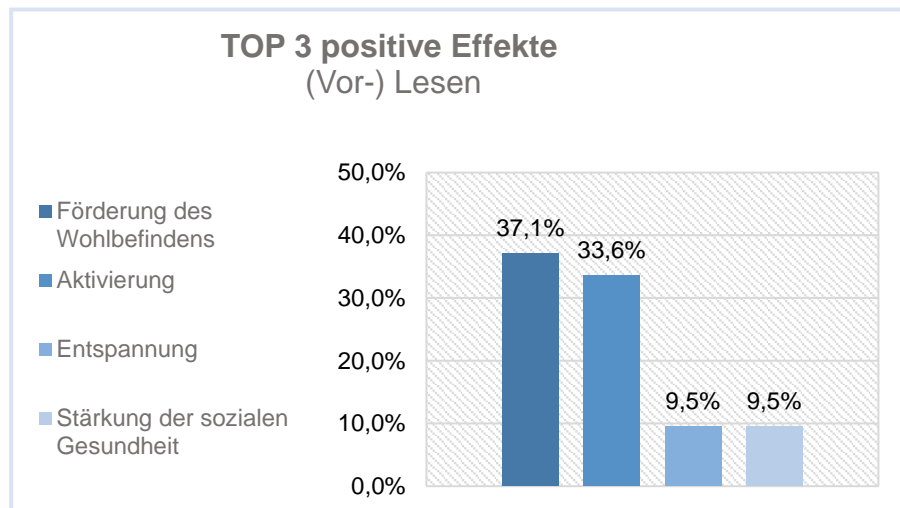


Abbildung 10 TOP 3 Effekte durch (Vor-) Lesen

lesen oder ihnen vorlesen, über den Entlastungsbetrag oder die Verhinderungspflege finanziert werden. Beim (Vor-) Lesen nahmen 81,9 Prozent der Befragten positive Effekte für Menschen mit Demenz wahr. Nach Einschätzung der Teilnehmenden wird hierbei das Wohlbefinden gefördert (37,1 Prozent), eine aktivierende Wirkung, z.B. das Anregen der Fantasie (33,6 Prozent), sowie die Stärkung der sozialen Gesundheit (9,5 Prozent) und eine entspannende Wirkung (9,5 Prozent) wahrgenommen (s. Abbildung 10).

4. Fernsehen schauen

57,5 Prozent der Teilnehmer unserer Befragung gaben an, dass sie Fernsehen schauen oder es empfehlen. Die Befragten gaben an, dass Nachrichtensendungen (24,7 Prozent), Reportagen und Dokumentarfilme (20,8 Prozent) und bekannte (Lieblings-) Filme (19,5 Prozent) von und mit Menschen mit Demenz geschaut werden (s. Abbildung 11).

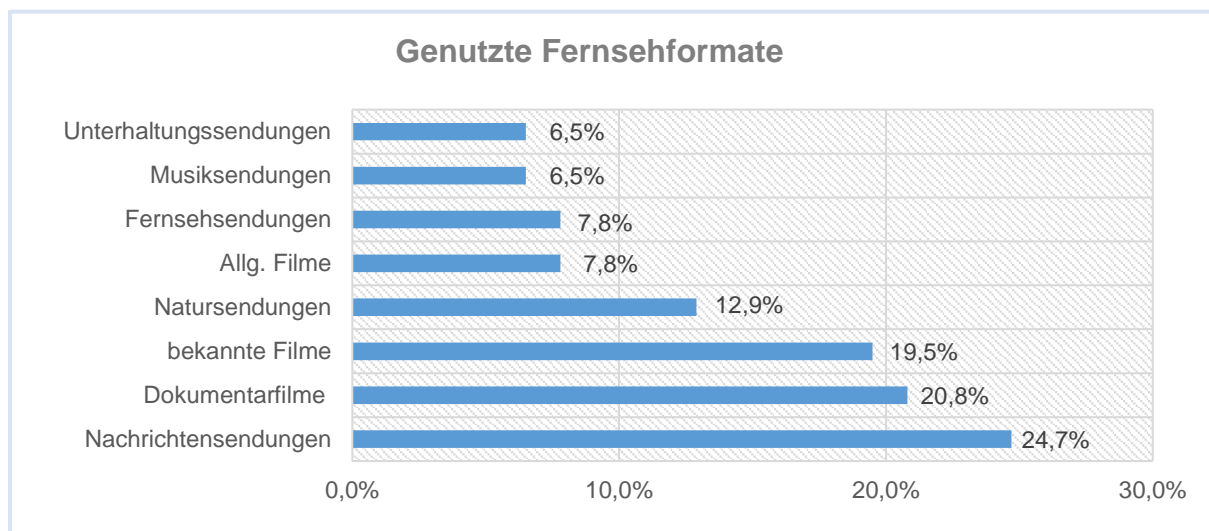


Abbildung 11. Genutzte Fernsehformate

Dabei schauen 46,7 Prozent der Befragten täglich fernsehen und 10,4 Prozent wöchentlich. 37,7 Prozent machten keine Angabe zur Häufigkeit, da diese Information nicht bekannt ist oder keine allgemein gültigen Aussagen getroffen werden können. Fernsehen schauen wird von 59,7 Prozent privat finanziert (z.B. Anschaffung des Geräts, GEZ). 7,8 Prozent der Befragten gaben an, dass dieses Angebot bei Bereitstellung von Pflegeeinrichtungen, durch die Einrichtungen finanziert wird. Beim Fernsehen schauen bemerkten 75,3 Prozent der Teilnehmenden positive Effekte für Menschen mit Demenz. Es wurden die Förderung des Wohlbefindens (25,9 Prozent), eine entspannende Wirkung (14,3 Prozent) und eine aktivierende Wirkung, z.B. als Gesprächsanregung (9,1 Prozent) durch die Befragten festgestellt.

5. Rätseln

55,2 Prozent der Befragten gaben an, dass sie das Rätseln für Menschen mit Demenz empfehlen oder in ihrem Alltag anwenden. Dabei ist das Lösen von Sudoku (21,6 Prozent) und Kreuzworträtseln (24,3 Prozent) die meist genannten Formen von Rätseln, die von den Befragten genutzt werden. Die Anbieter/innen von Rätseln sind Menschen mit Demenz selbst oder sie kommen aus deren persönlichem Umfeld (37,8 Prozent). Weiterhin gaben 12,2 Prozent unserer Befragten an, dass dieses Angebot von Betreuungskräften gemacht wird. 10,8 Prozent gaben an, dass sie täglich Rätsel lösen und 13,5 Prozent wöchentlich. 75,7 Prozent machten keine Angabe zur Häufigkeit, da diese Information nicht bekannt ist oder keine allgemein gültigen Aussagen durch die Befragten getroffen werden können. Das Rätseln wird von 41,9 Prozent privat finanziert und von 18,9 Prozent ist es Bestandteil des Angebotes in Pflegeeinrichtungen und wird durch die Unternehmen finanziert. Hierbei nahmen 72,9 Prozent der Befragten positive Effekte wahr. Beim Rätseln wurden vor allem die Förderung des Wohlbefindens (52,7 Prozent) und eine aktivierende Wirkung (18,9 Prozent), z.B. die Anregung des Gedächtnisses bemerkt.

6. Kulturelle Angebote

In unserer Befragung gaben 64,2 Prozent der Befragten an, dass sie kulturelle Angebote nutzen oder für Menschen mit Demenz empfehlen. Besuche von Museen (30,2 Prozent), Konzerten (26,7 Prozent) oder dem Theater (24,4 Prozent) und weitere wurden als kulturelle Angebote von den Befragten benannt (s.

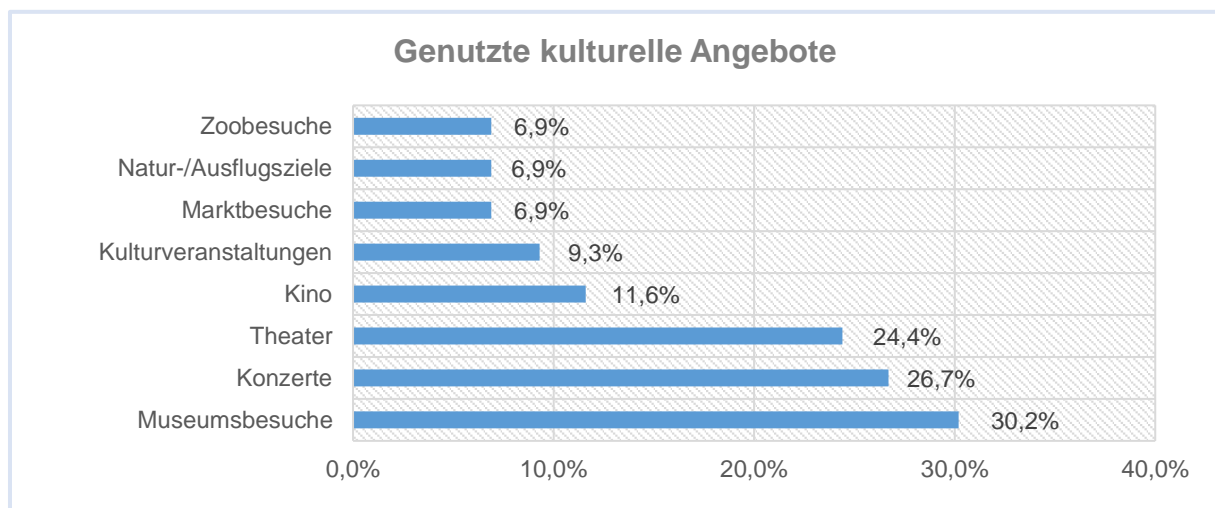


Abbildung 12. Genutzte kulturelle Angebote

Abbildung 12). Ein Drittel der Befragten (31,4 Prozent) nehmen diese Angebote privat wahr. Weiterhin wurde die Nutzung kultureller Angebote von Pflegeeinrichtungen wie der Tagespflege sowie Alten- und Pflegeheime (11,6 Prozent), sozialen Trägern (5,8 Prozent) und von Betreuungskräften (9,3 Prozent) realisiert. 39,5 Prozent der Befragten berichteten, dass kulturelle Angebote selten, also weniger als einmal in der Woche, genutzt werden. 58,1 Prozent konnten zu der Häufigkeit keine Angaben machen oder eine allgemeine Aussage treffen. Die Finanzierung kultureller Angebote erfolgt in Eigenleistung (59,3 Prozent) oder bei der Versorgung in Pflegeeinrichtungen durch die Unternehmen (9,3 Prozent). Von 91,6 Prozent der Teilnehmenden werden beim Besuch von kulturellen Angeboten positive Effekte für

Menschen mit Demenz wahrgenommen. Nach der Auffassung unserer Befragten wird durch die Nutzung von kulturellen Angeboten die Förderung des Wohlbefindens (62,8 Prozent), eine Aktivierung z.B. die Anregung zum Erzählen (29,1 Prozent) oder die Förderung der sozialen Gesundheit (18,6 Prozent) wahrgenommen.

7. Handarbeiten

50,7 Prozent der Befragten berichteten, dass sie Tätigkeiten der Handarbeit anwenden oder sich dafür aussprechen. Als spezielle Handarbeitstechniken wurden durch unsere Befragten stricken (33,8 Prozent), häkeln (14,7 Prozent), nähen (16,2 Prozent) und andere (16,2 Prozent) wie z.B. weben, filzen und töpfeln benannt, die zum Einsatz kommen oder empfohlen werden. 47,1 Prozent der Befragten gab an, dass Menschen mit Demenz diese Tätigkeiten aus eigener Initiative privat durchführen oder sie von Personen aus ihrem nahen Umfeld bereitgestellt wird. Des Weiteren wurde berichtet, dass Handarbeiten initiiert durch Pflegeeinrichtungen (10,3 Prozent) und Betreuungskräfte (11,8 Prozent) Anwendung finden. Lediglich 10,3 Prozent der Befragten gaben an, dass sie wöchentlich einer Handarbeitstechnik nachgehen. 83,8 Prozent konnten keine Angabe zur Häufigkeit machen oder eine allgemeingültige Aussage treffen. Dementsprechend gaben 35,3 Prozent der Befragten an, die Kosten dafür privat aufgewendet und 16,2 Prozent berichteten, dass dieses Angebot durch Pflegeeinrichtungen (16,2 Prozent) finanziert wird. 33,8 Prozent konnten keine Angabe zur Finanzierung machen oder eine allgemeingültige Aussage treffen. 79,4 Prozent der Teilnehmenden bemerkten bei der Durchführung von Handarbeiten positive Effekte für Menschen mit Demenz. So bewirkt die Anwendung nach Einschätzung unserer Befragten die Förderung des Wohlbefindens (54,4 Prozent), einen aktivierenden Effekt, z.B. die Anregung des Gedächtnisses (16,2 Prozent) sowie die Erhaltung von Ressourcen (10,3 Prozent).

8. Malen und Zeichnen

Bei 51,5 Prozent der Befragten wird das Malen und Zeichnen im Alltag angewendet oder empfohlen. Hierbei kommen verschiedene Materialien und Techniken zum Einsatz: Ausmalen von Mandalas oder Bildvorlagen (27,5 Prozent), Malen mit verschiedenen Farben z.B. mit Tusche, Öl- und Wasserfarben und Buntstiften (23,1 Prozent), Malen speziell mit Acrylfarben (13,0 Prozent), freies Malen (18,8 Prozent) auf einer Leinwand oder einem Blatt Papier. Weiterhin wurde von 30,4 Prozent beschrieben, dass die Technik oder das Material individuell abhängig vom Menschen mit Demenz und seinen Präferenzen und Ressourcen ist (30,4 Prozent). 44,9 Prozent der Befragten gab an, dass dieses Angebot durch Menschen mit Demenz selbst oder ihre An- und Zugehörigen bereitgestellt wird. Des Weiteren wird diese Tätigkeit durch Betreuungskräfte (14,5 Prozent) und Pflegeeinrichtungen wie Tagespflegen, Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern (8,7 Prozent) angeboten. 13,0 Prozent der Befragten berichteten, dass sie wöchentlich malen oder zeichnen und 10,1 Prozent gehen dieser Aktivität seltener als wöchentlich nach. Die Finanzierung dieses Angebotes wird von 30,4 Prozent privat oder durch Pflegeeinrichtungen (21,7 Prozent) getragen. Des Weiteren geben 14,5 der Befragten an, dass diese Maßnahme durch Leistungen der Pflege- oder Krankenkasse finanziert werden kann: So berichteten die Befragten berichteten, dass das Angebot des Malens oder Zeichnens Bestandteil eines Krankenhausaufenthaltes oder einer medizinischen Rehabilitation sein kann und dann durch die Krankenkasse getragen wird. Weiterhin werden Betreuungskräfte oder ehrenamtliche Mitarbeiter/innen über den Entlastungsbetrag oder die Verhinderungspflege finanziert, die diese Maßnahme mit Menschen mit Demenz durchführen. Es bemerkten 84,1 Prozent der Befragten positive Effekte für Menschen mit Demenz durch das Malen und Zeichnen. Es wurden die Förderung des Wohlbefindens (57,9 Prozent), eine Aktivierung (20,3 Prozent) z.B. durch die Anregung der Sinne und eine entspannende Wirkung (11,6 Prozent) wahrgenommen.

9. Basteln und Handwerken

84 unserer Befragten (62,7 Prozent) empfehlen oder wenden Aktivitäten des Bastelns oder Handwerken an. 44,0 Prozent sprachen sich allgemein, ohne Benennung einer Technik, für das Basteln und Handwerken aus. Weiterhin gaben die Befragten an, diese Tätigkeiten mit verschiedenen Materialien, z.B. mit Ton, Gips oder Salzteig (15,5 Prozent), Holz (14,3 Prozent) oder spezielle Bastel- oder Handwerkstechniken wie beispielsweise falten, flechten oder drechseln (13,1 Prozent) anwenden oder empfehlen. Diese Maßnahmen werden durch Menschen mit Demenz oder ihre An- und Zugehörigen (42,9 Prozent)

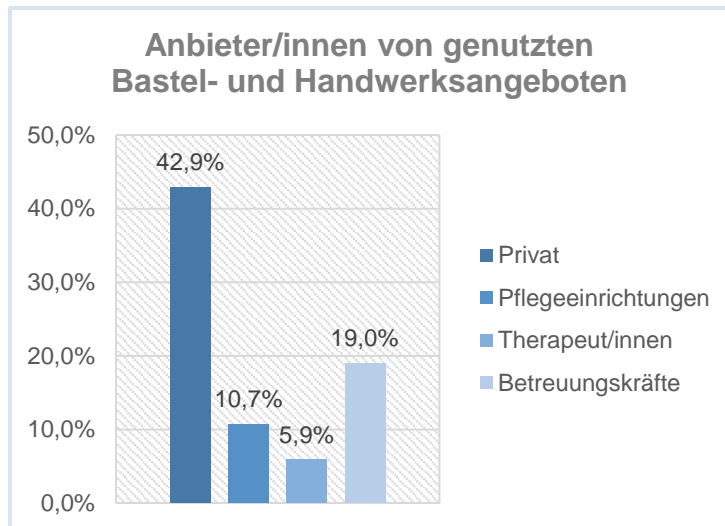


Abbildung 13. Anbieter/innen genutzter Bastel- und Handwerksangebote

bereitgestellt. Weiterhin berichten die Befragten, dass Pflegeeinrichtungen (10,7 Prozent), Therapeut/innen (5,9 Prozent) und Betreuungskräfte (19,0 Prozent) diese Maßnahmen in der Versorgung von Menschen mit Demenz anbieten (s. Abbildung 13). 10,7 Prozent schilderten, dass diese Tätigkeiten wöchentlich durchgeführt werden und 15,5 Prozent wenden diese seltener als wöchentlich an. 72,6 Prozent konnten keine Angabe zur Häufigkeit machen oder eine allgemeingültige Aussage treffen. 26,2 Prozent gaben an, diese Maßnahme in Eigenleistung zu finanzieren. Des Weiteren wird es als Angebot in Pflegeeinrichtungen von den Unternehmen (25,0 Prozent) finanziell getragen. Weiterhin können diese Maßnahmen Bestandteil einer ambulanten Ergotherapie sein und werden über eine ärztliche Verordnung abgerechnet (8,3 Prozent). Bei 13,1 Prozent werden diese Maßnahmen durch die Krankenkasse im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes oder einer medizinischen Rehabilitation oder über Leistungen der Pflegeversicherung finanziert. Hierbei werden das Basteln oder Handwerken in der Häuslichkeit mit Betreuungskräften oder ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen über den Entlastungsbetrag oder die Verhinderungspflege mit der Pflegeversicherung abgerechnet. Hierbei wurden von 86,9 Prozent der Teilnehmenden positive Effekte für Menschen mit Demenz bemerkt. Nach Auffassung unserer Befragten kann bei Aktivitäten des Bastelns oder Handwerken die Förderung des Wohlbefindens (65,5 Prozent), eine aktivierende Wirkung, z.B. die Anregung des Gedächtnisses (23,8 Prozent) sowie die Stärkung der sozialen Gesundheit (13,1 Prozent) festgestellt werden.

10. Singen

In unserer Befragung berichteten 73,1 Prozent, dass sie im Alltag singen oder es für Menschen mit Demenz empfehlen. Von den Befragten wurde das Singen von Volksliedern (43,9 Prozent), Schlagern (31,6 Prozent), Kinderliedern (5,1 Prozent) und Kirchenliedern bzw. Chorälen (7,1 Prozent) angewendet oder empfohlen. Weiterhin gaben 14,3 Prozent an, dass es individuell von der Person mit Demenz und ihre Vorlieben und Ressourcen bei der Auswahl von Liedern abhängig ist. 9,2 Prozent der Befragten sprechen sich für das Singen von lebensgeschichtlich bekannten Liedern aus. Weitere 5,1 Prozent singen in einem Chor oder einer Gesangsgruppe. Unsere Befragten gaben an, dass die Maßnahme des Singens durch Betreuungskräfte (14,3 Prozent), durch Therapeut/innen wie z.B. Ergotherapeuten (5,1 Prozent) und in jeglichen Pflegeeinrichtungen wie z.B. im Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim, Tagespflege (21,4 Prozent) angeboten wird. Weiterhin binden Menschen mit Demenz sowie ihre An- und Zugehörigen (36,7 Prozent) diese Maßnahme selbst in ihrem Alltag ein. Die Aktivität des Singens wird von 6,1 Prozent täglich und von 28,6 Prozent wöchentlich durchgeführt. 62,2 Prozent der Befragten konnten zu der Häufigkeit keine Angaben machen oder eine allgemeingültige Aussage treffen. Jeweils 22,4 Prozent der Befragten geben an, dass aufkommende Kosten beim Singen in Eigenleistung oder als Angebot in

Pflegeeinrichtungen durch die Unternehmen finanziell getragen werden. Weiterhin kann diese Maßnahmen Bestandteil einer ambulanten Ergotherapie sein und wird laut unserer Befragten über eine ärztliche Verordnung abgerechnet (10,2 Prozent). 13,3 Prozent unserer Befragten berichteten, dass sie über Leistungen der Kranken- oder Pflegeversicherung diese Maßnahme finanzieren. Das Singen kann Bestandteil während eines Krankenhausaufenthaltes oder einer medizinischen Rehabilitation sein oder durch Betreuungskräfte oder ehrenamtliche Mitarbeiter/innen in der Häuslichkeit des Menschen mit Demenz durchgeführt werden, welches dann über den Entlastungsbetrag oder die Verhinderungspflege mit der Pflegeversicherung abgerechnet wird.

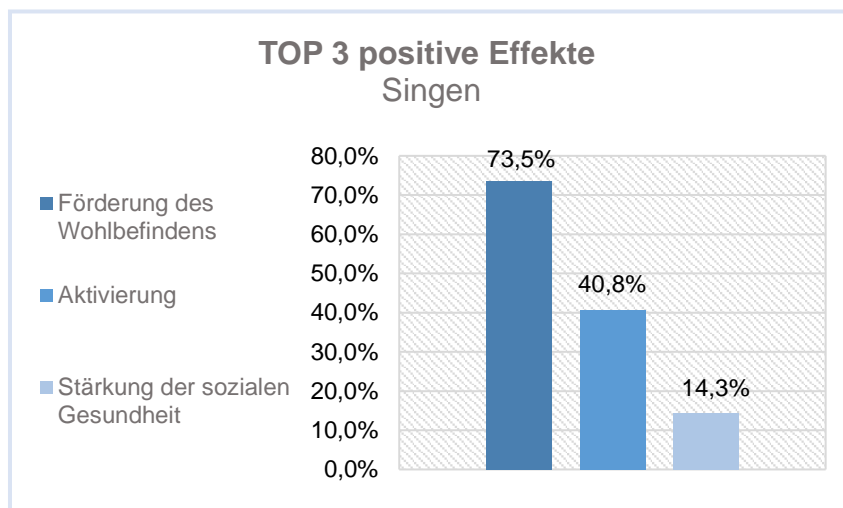


Abbildung 14. Die Top 3 Effekte durch Singen

Beim Singen bemerkten insgesamt 92,9 Prozent der Befragten positive Effekte für Menschen mit Demenz. So wurden die Förderung des Wohlbefindens (73,5 Prozent) sowie eine Aktivierung, z.B. durch das Wecken von Erinnerungen (40,8 Prozent) wahrgenommen. Weiterhin wurde von 14,3 Prozent die Stärkung der sozialen Gesundheit als weiterer positiver Einfluss für Menschen mit Demenz identifiziert (s. Abbildung 14).

11. Spielen von Musikinstrumenten

34,3 Prozent der Befragten berichten, regelmäßiges Spielen eines Instruments oder empfehlen es. Die Hälfte davon (50,0 Prozent) geben an, das (selbstklingende) Schlaginstrumente wie z.B. Triangel oder Klangschalen angewendet werden oder sprechen sich für eine Nutzung aus. 10,9 Prozent spielen oder empfehlen Tasteninstrumente wie z.B. Klavier oder Keyboard und 26,1 Prozent sind der Auffassung, dass der Einsatz und die Art von Musikinstrumenten in der Demenzversorgung individuell von der Person mit Demenz abhängig sind. Unsere Befragten berichten, dass diese Maßnahme von Pflegeeinrichtungen wie Krankenhäusern, medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, Tagespflegen oder Alten- und Pflegeheimen (43,5 Prozent) angeboten wird. Das Spielen von Instrumenten wird von 26,1 Prozent wöchentlich angewendet. Weitere Angaben zu Anbieter/innen oder der Häufigkeit der Anwendung dieser Maßnahme fehlen, da die Befragten keine Aussagen diesbezüglich machen oder keine allgemeingültige Aussage treffen konnten. Die Maßnahme wird privat (26,1 Prozent), bei einem Angebot durch die Pflegeeinrichtung (15,2 Prozent) oder durch die Krankenversicherung (13,0 Prozent) bei einem Aufenthalt in einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung, durch die Unternehmen getragen. 89,1 Prozent unserer Befragten bemerkten positive Effekte beim Spielen eines Musikinstrumentes für Menschen mit Demenz. Es wurden die Förderung des Wohlbefindens (60,9 Prozent), eine Aktivierung, z.B. im Sinne einer Bewegungsanregung (30,4 Prozent) und die Stärkung der sozialen Gesundheit (26,1 Prozent) wahrgenommen.

12. Tanzen

87 unserer Befragten (64,9 Prozent) berichteten, dass sie im Alltag tanzen oder es für Menschen mit Demenz empfehlen. Hierbei gaben die Befragten an, dass sie Demenz- oder seniorenspezifische Tanzangebote (5,7 Prozent) nutzen, zu Anlässen und Veranstaltungen (16,1 Prozent) oder spontan aus der Situation heraus (17,2 Prozent) tanzen. Weiterhin wurde berichtet, dass Sitztänze (17,2 Prozent), freies Tanzen allein bzw. rhythmisches Bewegen (18,4 Prozent) und das paarweise Tanzen (19,5 Prozent)

angewendet werden. Vereinzelt gaben die Befragten an, dass sie Tanzstile wie Irish Folk oder Tänze wie Diskofox oder Walzer (9,2 Prozent) ausführen. Weiterhin geben Akteur/innen aus der Versorgung an, dass Tanzangebote individuell auf die Person mit Demenz angepasst sein sollten (10,3 Prozent).

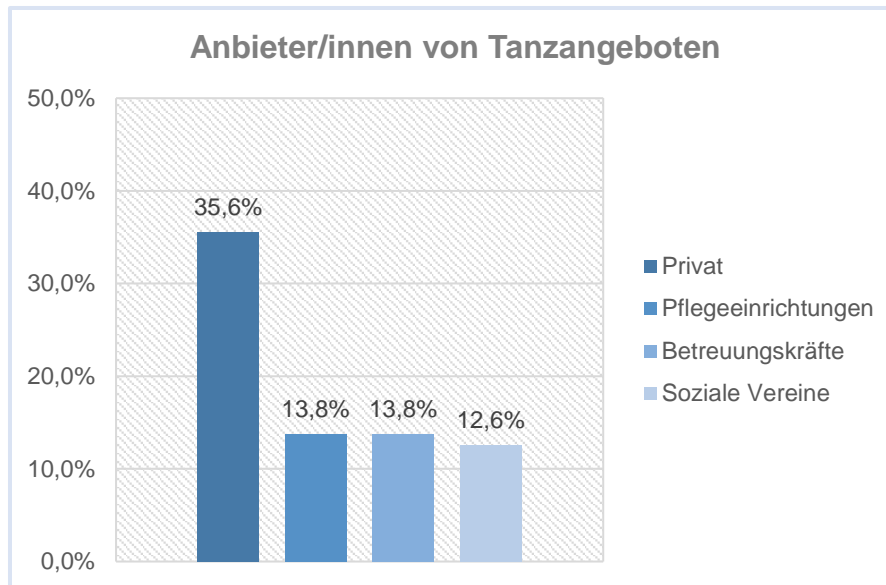


Abbildung 15. Anbieter/innen von Tanzangeboten

35,6 Prozent der Befragten berichteten, dass Menschen mit Demenz oder ihre An- und Zugehörigen das Tanzen selbst in ihren Alltag einbinden. Des Weiteren stellen Pflegeeinrichtungen (13,8 Prozent), soziale Vereine/Träger (12,6 Prozent) und Betreuungskräfte (13,8 Prozent) diese Maßnahme bereit (s. Abbildung 14). Das Tanzen wird von 5,7 Prozent wöchentlich und von 18,4 Prozent seltener als wöchentlich im

Alltag angewendet oder bereitgestellt. 72,4 Prozent konnten keine Angabe zur Häufigkeit machen oder eine allgemeingültige Aussage treffen. Die Kosten für das Tanzen werden selbst (33,3 Prozent) oder als Angebot der Pflegeeinrichtung (21,8 Prozent) durch das Unternehmen finanziert. Darüber hinaus schilderten 6,9 Prozent der Befragten, dass diese Maßnahme Bestandteil einer ambulanten Ergotherapie sein und kann über eine ärztliche Verordnung abgerechnet werden. Bei 10,3 Prozent wurde das Tanzen durch die Krankenkasse oder Pflegekasse finanziert. Zum einen gab während eines Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthaltes Tanzangebote und dieser Aufenthalt wurde durch die Krankenkasse finanziell getragen. Zum anderen gaben die Befragten an, dass das Tanzen als Bestandteil einer Betreuungsleistung in der Häuslichkeit durch Betreuungskräfte oder ehrenamtliche Mitarbeiter/innen über den Entlastungsbetrag oder im Einzelfall über die Verhinderungspflege mit der Pflegekasse abgerechnet wurde. Beim Tanzen bemerkten 90,8 Prozent der Teilnehmenden positive Effekte für Menschen mit Demenz. Nach Auffassung unserer Befragten kann hierbei die Förderung des Wohlbefindens (79,3 Prozent), eine Aktivierung (32,2 Prozent), z.B. die Förderung der Körperwahrnehmung sowie die Stärkung der sozialen Gesundheit (18,4 Prozent) bewirkt werden.

13. Musik hören

75,4 Prozent unserer Befragten schilderten, dass sie das Hören von Musik für Menschen mit Demenz empfehlen oder es in ihrem Alltag anwenden. Hierbei gaben die Befragten an, dass sie Schlager (23,8 Prozent), Volkslieder (14,8 Prozent), Radio im Hintergrund (13,9 Prozent), klassische Musik/Opern/Musical (11,9 Prozent) sowie Popmusik (4,9 Prozent) hören. Die Akteur/innen in der Versorgung berichteten, dass sie die Musik individuell (17,8 Prozent), an der Biographie (4,9 Prozent) oder nach der Lieblingsmusik (10,9 Prozent) auswählen. Das Hören von Musik wird privat (37,6 Prozent) sowie von Pflegeeinrichtungen (9,9 Prozent) und Betreuungskräften (11,9 Prozent) im Alltag eingesetzt. 29,7 Prozent der Befragten geben an, Musik täglich und 10,9 Prozent wöchentlich zu hören. 57,4 Prozent können zur Häufigkeit des Musikhörens keine Angabe machen oder keine allgemeingültige Aussage treffen. Anfallende Kosten werden in Eigenleistung durch Menschen mit Demenz oder ihre An- und Zugehörigen (45,5 Prozent), Pflegeeinrichtungen (17,8 Prozent) sowie über eine ärztliche Verordnung (6,9 Prozent) finanziell getragen. 5,9 Prozent der Befragten gaben an, dass das Musik hören durch weitere Leistungen der Krankenkasse oder Pflegekasse finanziert wurden. Zum einen wurde während eines Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthaltes Musik gehört und dieser Aufenthalt wurde durch die Krankenkasse finanziell getragen. Zum anderen gaben die Befragten an, dass das Musik hören als Bestandteil einer Betreuungsleistung in der Häuslichkeit durch Betreuungskräfte oder ehrenamtliche Mitarbeiter/innen über den Entlastungsbetrag oder die Verhinderungspflege mit der Pflegekasse abgerechnet wurde. Es wurden von 80,2 Prozent der Befragten positive Effekte für Menschen mit Demenz festgestellt. Unsere Befragten nehmen die Förderung des Wohlbefindens (57,4 Prozent), eine aktivierende Wirkung wie z.B. die Anregung zur Bewegung (28,7 Prozent) sowie eine entspannende Wirkung (14,8 Prozent) wahr (s. Abbildung 16).

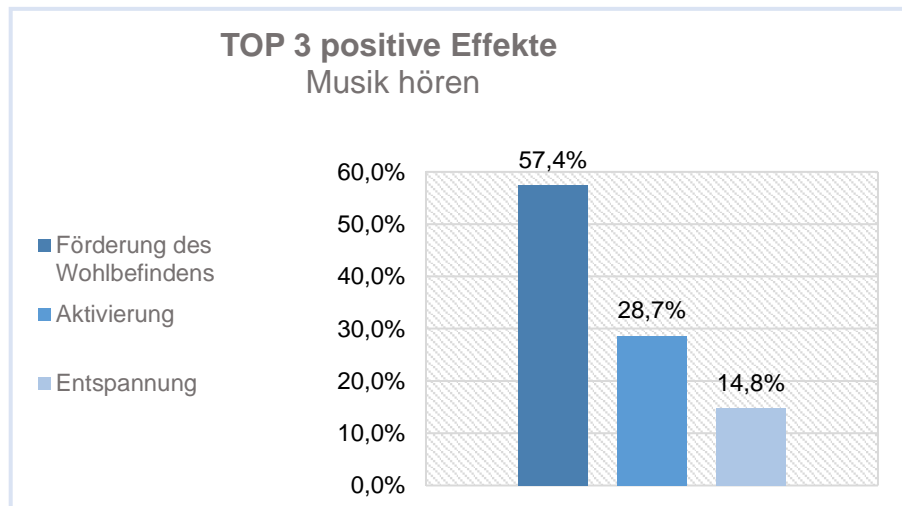


Abbildung 16. Die Top 3 Effekte durch Musik hören

14. Halten von Haustieren

In unserer Befragung berichteten 29,1 Prozent (39 Personen), dass sie selbst Haustiere halten oder sich dafür aussprechen. Von den Befragten werden am häufigsten Katzen (20,5 Prozent) und Hunde (35,9 Prozent) gehalten. Weitere Nennungen waren z.B. die Haltung von Ziervögeln, Hühnern, Kaninchen/Hasen und Fischen. 41,0 Prozent kümmerten sich täglich um Haustiere. Dementsprechend tragen 43,6 Prozent die Kosten privat, die bei der Haltung von Haustieren anfällt. 89,7 Prozent der Befragten stellten positive Effekte für Menschen mit Demenz fest. So wird vor allem die Förderung des Wohlbefindens (53,8 Prozent), die Stärkung der sozialen Gesundheit (33,3 Prozent) und eine aktivierende Wirkung wie z.B. die Anregung zum Erzählen oder das Wecken von Erinnerungen (20,5 Prozent) wahrgenommen.

15. Körperliche Aktivitäten

49,2 Prozent unserer Befragten sprechen sich für körperliche Aktivitäten für Menschen mit Demenz im Alltag aus oder wenden dies an. Hierbei wurden körperliche Aktivitäten wie Nordic Walking (7,6 Prozent), schwimmen (7,6 Prozent), wandern (12,1 Prozent) sowie Fahrrad fahren (19,7 Prozent) benannt. Die Mehrzahl der Befragten (71,2 Prozent) wendet das Spaziergehen in der Alltagsgestaltung an. Körperliche Aktivitäten werden von Menschen mit Demenz angewendet oder von ihrem nahen Umfeld

(62,1 Prozent) bereitgestellt. Des Weiteren gaben 6,1 Prozent der Befragten an, dass diese Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen angeboten werden. Körperliche Aktivitäten werden sowohl täglich (19,7 Prozent) als auch wöchentlich (25,8 Prozent) im Alltag angewendet. 57,6 Prozent der Befragten berichteten, dass diese Maßnahme privat finanziert wird. 33,3 Prozent der Befragten konnten dazu keine Angabe machen oder eine allgemeingültige Aussage treffen. 90,9 Prozent der Befragten bemerkten positive Effekte für Menschen mit Demenz bei der Durchführung von körperlichen Aktivitäten. Nach Auffassung unserer Befragten wird hierbei die Förderung des Wohlbefindens (62,1 Prozent), eine aktivierende Wirkung, z.B. neue Eindrücke erhalten (22,7 Prozent) und die Erhaltung von Ressourcen (12,1 Prozent) festgestellt.

16. Religiöse Aktivitäten

55,2 Prozent der Befragten schilderten, dass sie religiöse Aktivitäten in ihrem Alltag einbinden oder sich dafür aussprechen. Unsere Befragten berichteten, dass sie Gottesdienste bzw. die Messe (31,1 Prozent), Gebets- und Bibelkreise (6,7 Prozent) sowie Andachten (6,7 Prozent) besuchen und kirchliche Angebote (9,4 Prozent) wie z.B. Seniorenveranstaltungen oder Mittagstische nutzen. Auch andere Angebote und religiöse Aktivitäten (13,5 Prozent) wie z.B. seelsorgerische Begleitung oder die Einbindung bekannter religiöser Rituale werden in den Alltag integriert. Die Befragten geben an, dass diese religiösen Angebote von der Kirchengemeinde bzw. Kirchenvertreter/innen (56,7 Prozent) oder Pflegeeinrichtungen (10,8 Prozent) bereitgestellt werden. Diese Aktivitäten werden wöchentlich (14,9 Prozent) oder seltener als wöchentlich (25,7 Prozent) in den Alltag integriert. 59,5 Prozent konnten dazu keine Angabe machen oder eine allgemeingültige Aussage treffen. Anfallende Kosten für die Nutzung religiöser Aktivitäten werden in Eigenleistung (12,2 Prozent) und durch Pflegeeinrichtungen (9,5 Prozent) getragen. 10,8 Prozent der Befragten gaben an, dass sie keine Kosten haben. 78,4 Prozent der Befragten bemerkten positive Effekte bei der Durchführung von religiösen Aktivitäten für Menschen mit Demenz. Es wurden die Förderung des Wohlbefindens (36,5 Prozent), Vermittlung von Wertschätzung (13,5 Prozent) sowie eine aktivierende Wirkung, z.B. das Wecken von Erinnerungen (12,2 Prozent) wahrgenommen.

17. Zeit in der Natur verbringen

In unserer Befragung berichteten 90,3 Prozent der Befragten (121 Personen), dass sie Zeit in der Natur verbringen oder es für Menschen mit Demenz empfehlen. Die Zeit wird dabei mit Spazierengehen (71,1 Prozent), sitzen bzw. verweilen in der Natur (16,5 Prozent), wandern (9,1 Prozent) oder Ausflügen (11,6 Prozent) verbracht. 38,0 Prozent geben an, in der Wohnumgebung die Zeit in der Natur zu verbringen. Weiterhin berichten die Befragten, dass sie Zeit im Garten (12,4 Prozent), im Park (19,8 Prozent), im Wald (22,3 Prozent), am Wasser (8,3 Prozent) verbringen sowie Ausflugsziele (4,9 Prozent) besuchen. Die Finanzierung erfolgt privat (40,5 Prozent), bei einem Angebot durch Pflegeeinrichtungen durch die Unternehmen (16,5 Prozent) sowie durch ärztliche Verordnungen im Rahmen einer ambulanten Ergotherapie (7,4 Prozent). Weiterhin kann das Angebot Zeit in der Natur zu verbringen über Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung (9,9 Prozent) finanziert werden: Die Befragten berichteten, dass es auch Bestandteil bei einem Krankenhausaufenthalt oder einer medizinischen Rehabilitation sein kann und dieser Aufenthalt wird über die Krankenkasse getragen. Des Weiteren gaben die Befragten an, dass diese Maßnahme als Bestandteil einer Betreuungsleistung in der Häuslichkeit durch Betreuungskräfte oder ehrenamtliche Mitarbeiter/innen über den Entlastungsbetrag oder die Verhinderungspflege mit der

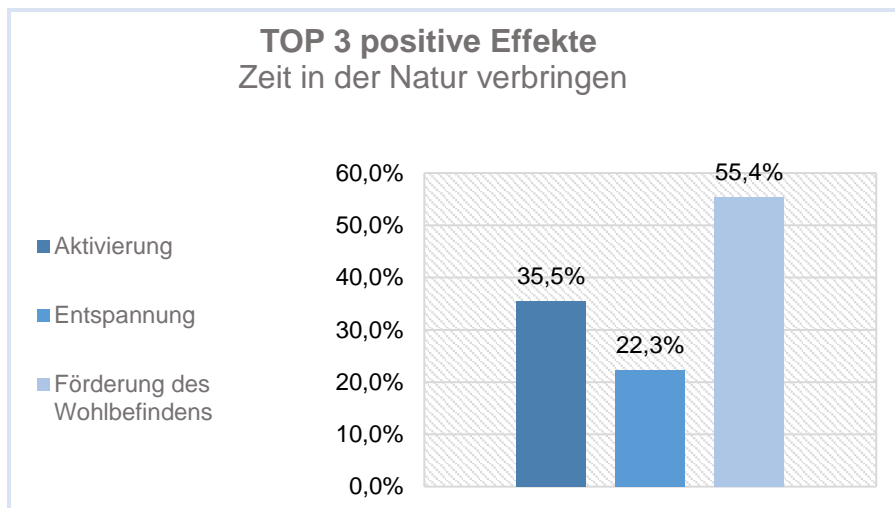


Abbildung 17. Die Top 3 Effekte durch Zeit in der Natur verbringen

Pflegekasse abgerechnet wurde. Aufenthalte in der Natur werden von den Befragten täglich (13,2 Prozent), wöchentlich (12,4 Prozent) oder seltener als wöchentlich (14,9 Prozent) unternommen. 59,5 Prozent konnten keine Angabe zur Häufigkeit der Anwendung machen oder eine allgemeingültige Aussage treffen. Hierbei nehmen 91,7 Prozent der Befragten

positive Effekte für Menschen mit Demenz wahr. So wurde die Förderung des Wohlbefindens (55,4 Prozent), eine aktivierende, z.B. die Anregung der Sinne (35,5 Prozent) und eine entspannende Wirkung (22,3 Prozent) festgestellt durch die Teilnehmenden (s. Abbildung 17).

18. Sprechen von Fremdsprachen

27 unserer Befragten (20,1 Prozent) wenden das Sprechen von Fremdsprachen an oder empfehlen es. 33,3 Prozent der Teilnehmenden berichten, dass diese Maßnahme im privaten Umfeld von Menschen mit Demenz durchgeführt wird und auftretende Kosten dementsprechend selbst getragen werden (25,9 Prozent). Es konnte durch die Befragten keine allgemeingültigen Angaben oder Aussagen über die Häufigkeit der Aktivität getroffen werden. Dennoch konnten 81,5 Prozent der Befragten positive Effekte beim Anwenden von Fremdsprachen für Menschen mit Demenz feststellen. So kann die Förderung des Wohlbefindens (37,0 Prozent), sowie die Stärkung der sozialen Gesundheit (22,2 Prozent) und eine aktivierende Wirkung, z.B. Anregung des Gedächtnisses (22,2 Prozent) bewirkt werden.

19. Urlaub machen

35,8 Prozent (48 Personen) machen Urlaub oder empfehlen das Verreisen für Menschen mit Demenz. Die Teilnehmenden berichteten, dass Menschen mit Demenz sowie ihre An- und Zugehörigen sich privat (47,9 Prozent) um die Organisation von Urlaubsreisen kümmern oder das soziale Organisationen und Träger (20,8 Prozent) wie z.B. die Alzheimer Gesellschaft, die AWO oder Diakonie Reisen bereitstellen.

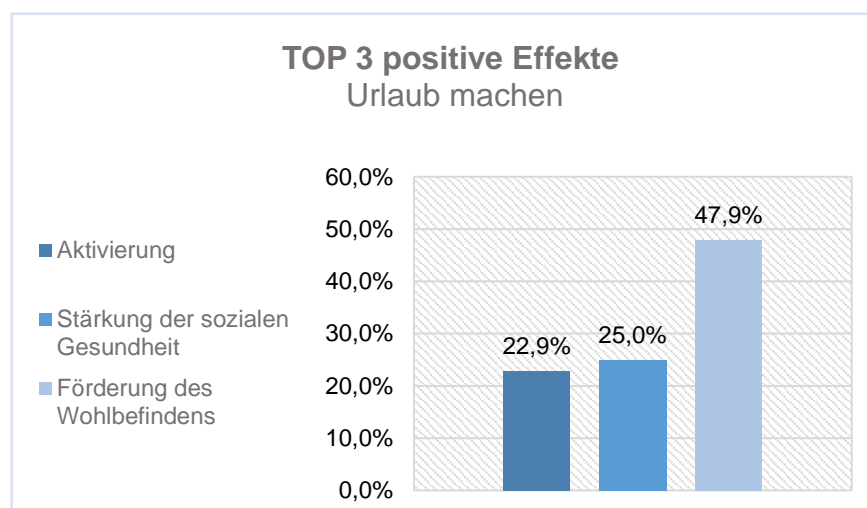


Abbildung 18. Die Top 3 Effekte durch Urlaub machen.

64,6 Prozent gaben an, dass sie die Urlaube in Eigenleistung bezahlen. Reisen werden von den Teilnehmenden 1-2 Mal im Jahr (14,6 Prozent) oder mehrmals im Jahr (25,0 Prozent) unternommen. Dabei stellen 83,3 Prozent der Befragten positive Effekte für Menschen mit Demenz fest. Es wurden die Förderung des Wohlbefindens (47,9 Prozent), die Stärkung der sozialen Gesundheit (25,0

Prozent) sowie eine aktivierende Wirkung, z.B. das Gewinnen neuer Eindrücke (22,9 Prozent) durch die Teilnehmenden wahrgenommen.

3. Haushaltsnahe Aktivitäten

Tabelle 4. Anwendung/ Empfehlung haushaltsnaher Aktivitäten der Befragten

Haushaltsnahe Aktivität	Durchführung	
	ja	nein
Zubereiten von Mahlzeiten	73,1 Prozent n= 98	26,1 Prozent n= 35
Backen	59,7 Prozent n = 80	39,6 Prozent n= 53
Wäsche waschen	42,5 Prozent n= 57	56,7 Prozent n= 76
Reinigung des Haushalts	64,9 Prozent n= 87	34,3 Prozent n= 46
Reparieren kaputter Gegenstände	26,1 Prozent n= 35	73,1 Prozent n= 98
Ernährung	57,5 Prozent n= 77	41,8 Prozent n= 56

1. Zubereiten von Mahlzeiten

73,1 Prozent der Befragten binden Menschen mit Demenz in das Zubereiten bzw. Kochen von Mahlzeiten ein oder empfehlen es. Dabei geben die Befragten an, dass Menschen mit Demenz dabei Hilfstätigkeiten übernehmen (21,4 Prozent) wie das Schälen und Kleinschneiden von Gemüse, dass kleine und einfache Gerichte wie Salaten (21,4 Prozent) gemacht werden und dass die Einbindung sich an den Möglichkeiten und Ressourcen des Menschen mit Demenz orientieren soll (23,5 Prozent). Die Zubereitung von Mahlzeiten wird von 52 Prozent der Befragten privat durchgeführt. Weiterhin berichten die Befragten, dass Pflegeeinrichtungen (11,2 Prozent), Ergotherapeut/innen (8,2 Prozent) sowie Betreuungskräfte (13,3 Prozent) Anbieter/innen dieser Maßnahme sein können. 26,5 Prozent der Befragten geben an täglich und 13,3 Prozent wöchentlich mit Menschen mit Demenz Mahlzeiten zu zubereiten. 56,1 Prozent haben keine Angabe zur Häufigkeit machen können, da diese Information nicht bekannt ist oder keine allgemein gültigen Aussagen getroffen werden können. Es schilderten 43,9 Prozent, dass die Zubereitung von Mahlzeiten privat finanziert wird; neben den benötigten Zutaten werden auch Betreuungskräfte oder ehrenamtliche Personen in Eigenleistung bezahlt. Weiterhin schildern 20,4 Prozent der Befragten, dass die Einbindung beim gemeinsamen Zubereiten von Mahlzeiten in Pflegeeinrichtungen durch die Unternehmen finanziell getragen wird. 7,1 Prozent berichten, dass diese Maßnahme mittels der Kranken- und Pflegeversicherung finanziert werden kann. Zum einen können Handlungsabläufe des Zubereitens von Mahlzeiten Bestandteil in der medizinischen Rehabilitation oder während eines Krankenhausaufenthaltes (z.B. spezielle geriatrische Stationen) sein und dieser Aufenthalt wird durch die Krankenversicherung getragen. Des Weiteren werden so ehrenamtlich tätige Personen oder ambulante Betreuungskräfte über den Entlastungsbetrag oder die Verhinderungspflege finanziert, die

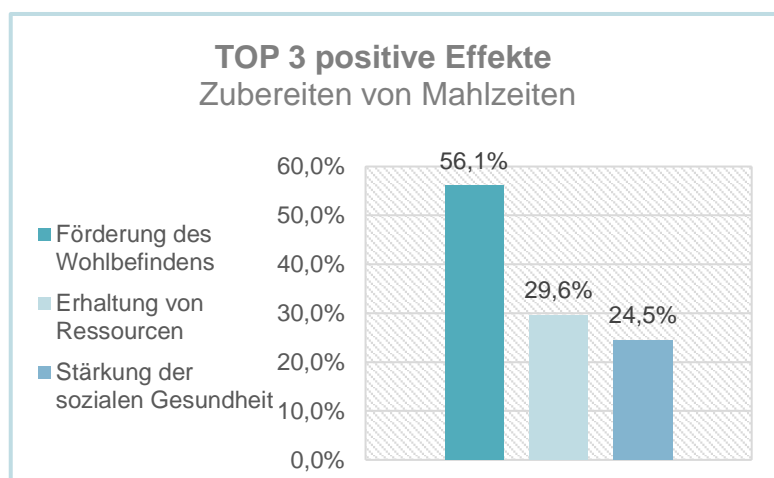


Abbildung 19. Die Top 3 Effekte durch das Zubereiten von Mahlzeiten

das Zubereiten von Mahlzeiten gemeinsam mit Menschen mit Demenz ausführen. Weitere 7,1 Prozent schilderten, dass die Handlungsabläufe des Zubereitens von Mahlzeiten Bestandteil einer ambulanten Ergotherapie sein und über eine ärztliche Verordnung finanziert werden können. 94,9 Prozent der Teilnehmenden haben einen Effekt beim Zubereiten von Mahlzeiten wahrnehmen können. So wurden vor allem die Förderung des Wohlbefindens (56,1 Prozent), die Erhaltung von Ressourcen (29,6 Prozent) sowie die Stärkung der sozialen Gesundheit (24,5 Prozent) als positive Effekte wahrgenommen (s. Abbildung 18).

2. Backen

59,7 Prozent der Befragten empfehlen die Einbindung von Menschen mit Demenz in das Backen oder wenden es an. Hierbei gaben die Befragten an, dass sie Menschen mit Demenz in das Backen von Kuchen und Gebäck einbinden (40 Prozent), in Hilfsarbeiten bzw. einzelne Handlungsschritte einbeziehen (z.B. den Teig rühren, Zutaten abwiegen) (8,7 Prozent) oder individuell nach Ressourcen und Fähigkeiten Menschen mit Demenz in Aktivitäten um das Backen einbinden (13,7 Prozent). Das Backen wird von 41,2 Prozent der Befragten privat durch Menschen mit Demenz oder ihre An- und Zugehörigen durchgeführt. Weiterhin sind Betreuungskräfte (18,7 Prozent), Pflegeeinrichtungen (10 Prozent) oder Ergotherapeut/innen (7,5 Prozent) Anbieter/innen dieser Maßnahme. 8,7 Prozent geben an, diese Maßnahme täglich bereitzustellen bzw. zu nutzen, 15,0 Prozent backen wöchentlich und 11,2 Prozent seltener. 65,0 Prozent haben keine Angabe zur Häufigkeit machen können, da diese Information nicht bekannt ist oder keine allgemein gültigen Aussagen getroffen werden können. Es geben 30,0 Prozent der Befragten an, dass das Backen privat finanziert wird; neben den Zutaten werden auch Betreuungskräfte in Eigenleistung bezahlt. Weiterhin berichten 22,5 Prozent, dass die Einbindung beim gemeinsamen Backen in Pflegeeinrichtungen durch die Unternehmen finanziell getragen wird. 7,5 Prozent gaben an, dass diese Maßnahme durch die Kranken- und Pflegeversicherung finanziert werden kann. Das Backen kann auch in eine medizinische Rehabilitation oder einen Krankenhausaufenthalt (z.B. spezielle geriatrische Stationen) integriert sein und dieser Aufenthalt wird durch die Krankenversicherung getragen. Weiterhin schilderten Befragte, dass ambulante Betreuungskräfte über den Entlastungsbetrag oder die Verhinderungspflege finanziert werden, die das Backen gemeinsam mit Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit durchführen. Des Weiteren berichten 8,7 Prozent der Befragten, dass Handlungsabläufe

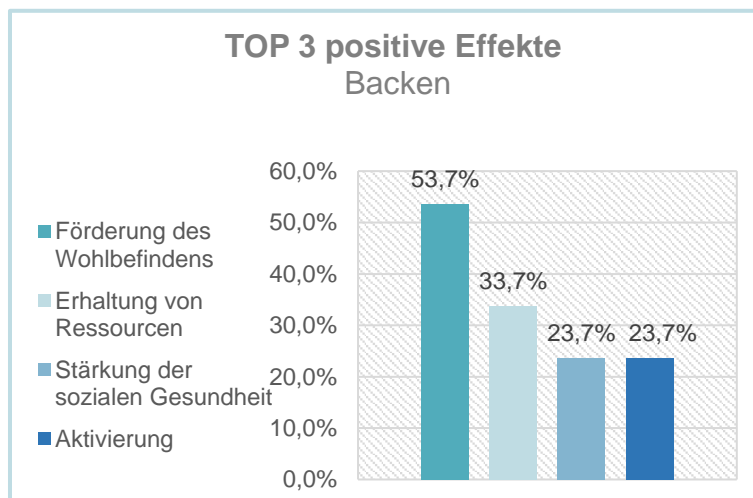


Abbildung 19. Die Top 3 Effekte durch Backen

des Backens Bestandteil einer ambulanten Ergotherapie sein können und über eine ärztliche Verordnung finanziell getragen werden. Insgesamt haben 93,7 Prozent der Befragten positive Effekte beim Backen bemerkt. Positive Effekte nehmen die Befragten in Bezug auf die Förderung des Wohlbefindens (53,7 Prozent), die Erhaltung von Ressourcen (33,7 Prozent) sowie die Stärkung der sozialen Gesundheit (23,7 Prozent) und eine aktivierende Wirkung wie z.B. das Wecken von Erinnerungen (23,7 Prozent) wahr (s. Abbildung 19).

3. Wäsche waschen

42,5 Prozent der Befragten sprechen sich für die Einbindung von Menschen mit Demenz beim Waschen und Pflegen von Wäsche aus oder wenden es an. Bei der Anwendung wurden sowohl der vollständige Tätigkeitsablauf vom Waschen der Wäsche bis hin zum schrankfertigen Zusammenlegen als auch die Einbindung in lediglich einzelne Teilschritte der Tätigkeit wie das Zusammenlegen oder Auf- und Abhängen der Wäsche genannt. Die Einbindung in diese haushaltsnahe Tätigkeit wird von mehr als der Hälfte der Befragten (56,1 Prozent) von An- und Zugehörigen von Menschen mit Demenz angeboten und von 38,6 Prozent privat finanziert. Dabei gaben 10,5 Prozent der Befragten an, täglich Wäsche zu waschen, und 8,8 Prozent einmal in der Woche. Weitere 8,8 Prozent berichteten, dass Betreuungskräfte ebenfalls Anbieter/innen dieser Maßnahme sind. Weitere Angaben zur Häufigkeit und Finanzierung fehlen, da diese Information nicht bekannt ist oder keine allgemein gültigen Aussagen durch die Befragten getroffen werden konnte. 84,2 Prozent der Befragten nehmen positive Effekte beim Waschen von Wäsche für Menschen mit Demenz wahr. Die Befragten stellen besonders den Erhalt von Ressourcen als positiven Effekt fest (45,6 Prozent). Zum anderen sind sie der Auffassung, dass durch die Einbindung in das Wäschewaschen das Wohlbefinden gefördert (36,8 Prozent) und die soziale Gesundheit gestärkt (15,8 Prozent) wird.

4. Reinigen des Haushalts

64,9 Prozent der Befragten binden Menschen mit Demenz in die Reinigung des Haushalts ein bzw. empfehlen es. Die Tätigkeitsbereiche, in die Menschen mit Demenz eingebunden werden, sind vielfältig. Die am häufigsten genannten sind: Staub wischen (24,1 Prozent), Tisch decken und abräumen (20,7 Prozent), Geschirr spülen und abtrocknen bzw. Geschirrspülmaschine ein-/ausräumen (18,4 Prozent) (s. Abbildung 20). 47,1 Prozent der Befragten berichteten, dass diese Tätigkeiten privat von Menschen mit Demenz angewendet oder von An- und Zugehörigen bereitgestellt werden. Weiterhin beschrieben 11,5 Prozent der Teilnehmenden, dass Menschen mit Demenz in verschiedene haushaltsnahe Tätigkeiten durch Pflegeeinrichtungen eingebunden werden und 13,8 Prozent durch Betreuungsmitarbeiter/innen. Diese haushaltsnahen Tätigkeiten werden

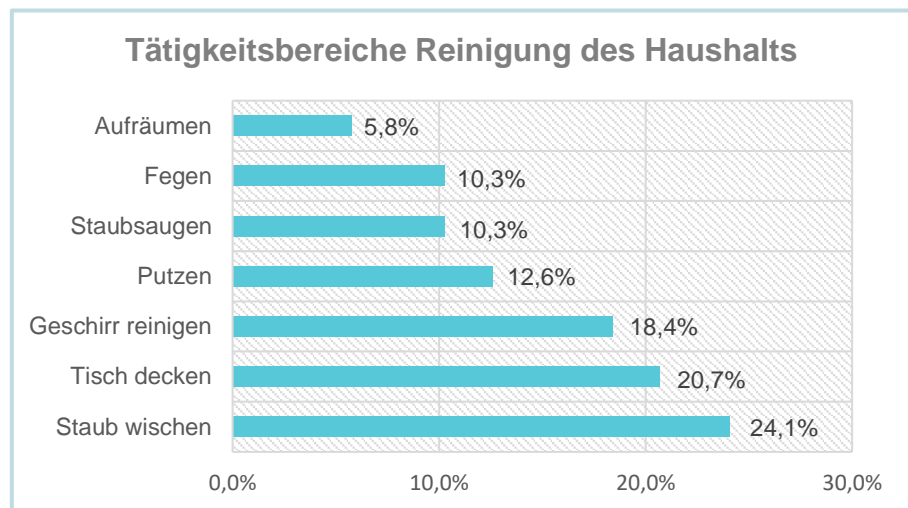


Abbildung 210. Genannte Tätigkeitsbereiche bei der Reinigung des Haushalts

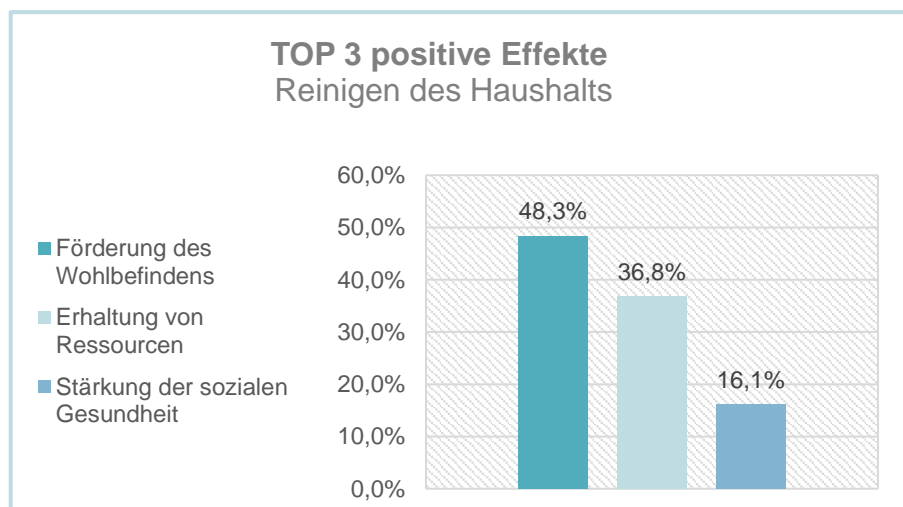


Abbildung 201. Die Top 3 Effekte durch die Reinigung des Haushalts

werden und 13,8 Prozent durch Betreuungsmitarbeiter/innen. Diese haushaltsnahen Tätigkeiten werden

von 22,9 Prozent täglich angewendet und von 9,2 Prozent wöchentlich. Weitere Angaben zur Häufigkeit fehlen, da diese Informationen nicht bekannt sind oder keine allgemein gültigen Aussagen durch die Befragten getroffen werden konnte. 6,9 Prozent schilderten, dass diese Tätigkeiten Bestandteil einer Ergotherapie sind, um Handlungsabläufe des Alltags zu üben, und werden über eine ärztliche Verordnung finanziert. Weitere 6,9 Prozent finanzieren die Unterstützung beim Ausführen von Reinigungstätigkeiten durch die Person mit Demenz über die Pflegeversicherung bspw. als Verhinderungspflege oder über den Entlastungsbetrag und finanzieren hierbei ambulante Betreuungskräfte, ehrenamtliche Mitarbeiter/innen oder Angehörige, die diese Tätigkeiten mit Menschen mit Demenz gemeinsam ausführen. Insgesamt 89,7 Prozent der Befragten nahmen positive Effekte bei der Reinigung des Haushaltes für Menschen mit Demenz wahr. Nach Einschätzung unserer Befragten wird vor allem das Wohlbefinden gefördert (48,3 Prozent). Weiterhin bewirkt die Reinigung des Haushaltes die Erhaltung von Ressourcen (36,8 Prozent) und die Stärkung der sozialen Gesundheit (19,5 Prozent) durch die Einbindung in bekannte Tätigkeiten (s. Abbildung 21).

5. Reparieren kaputter Gegenstände

Das Reparieren oder Ausbessern kaputter Gegenstände wird von 26,1 Prozent der befragten Teilnehmer/innen angewendet oder empfohlen. Hierbei werden Tätigkeiten genannt wie das Ausbessern kaputter Kleidung oder Reparatur des Fahrrads oder das Wechseln einer Glühbirne. Dabei gaben 42,9 Prozent der Befragten an, dass diese Aktivität privat von An- und Zugehörigen von Menschen mit Demenz initiiert wird und dass entstandene Kosten wie Ersatzteile, Werkzeug etc. von 48,6 Prozent der Befragten privat getragen werden. Weitere Angaben zur Finanzierung fehlen, da diese Information nicht bekannt ist oder keine allgemein gültigen Aussagen durch die Befragten getroffen werden können. Dabei hat die Häufigkeit der Maßnahme keine Regelmäßigkeit und richtet sich laut 82,8 Prozent der Befragten nach dem Bedarf. 97,1 Prozent der Befragten bemerkten bei der Einbindung in die Reparatur oder das Ausbessern kaputter Gegenstände positive Effekte für Menschen mit Demenz. Besonders wurde die Förderung des Wohlbefindens (51,4 Prozent) und die Erhaltung von Ressourcen (31,4 Prozent) wahrgenommen.

6. Ernährung

57,5 Prozent setzen Maßnahmen zur Ernährung um oder empfehlen Ernährungsformen oder –weisen für Menschen mit Demenz. Maßnahmen zur Ernährung wurden von 53,2 Prozent der Befragten durch Menschen mit Demenz und/oder An- und Zugehörigen umgesetzt. Dabei werden Maßnahmen wie Fingerfood (9,1 Prozent) oder Ernährungsweisen wie mediterrane Kost (9,1 Prozent), weniger Fleisch (16,9 Prozent), weniger Süßes (7,8 Prozent), Integration von mehr Fisch (11,7 Prozent) oder Obst und Gemüse (24,7 Prozent) im Speiseplan empfohlen oder angewendet. Weitere Nennungen waren die Einbindung von Lieblingsspeisen in den Speiseplan, Reduzierung von Milchprodukten oder kohlehydratreichen Lebensmitteln, der Einsatz von Hilfsmitteln wie Trink- oder Esshilfen sowie hochkalorischer oder pürierter Kost bei Schluckstörungen. Bei 24,7 Prozent wenden Pflegeeinrichtungen diese Maßnahme in der Versorgung von Menschen mit Demenz an. 56 der befragten Personen (72,7 Prozent von denen, die Maßnahmen zur Ernährung umsetzen) gaben an, diese Ernährungsweisen und -formen täglich in ihren Alltag zu integrieren. Die Mehrzahl der Befragten (45,4 Prozent) gab an, dass sie die finanziellen Mittel für die Ernährung selbst aufbringen. Es nahmen 81,8 Prozent der Befragten positive Effekte bei der Integration von speziellen Ernährungsweisen und –formen für Menschen mit Demenz wahr. Nach Einschätzung unserer Befragten können (gesundheitsrelevante) Ressourcen erhalten (35,1 Prozent) und das Wohlbefinden gefördert (27,3 Prozent) werden.

4. Wichtigste nicht-medizinische Maßnahmen

Zusätzlich zu den Angaben der einzelnen Maßnahmen, haben wir die Teilnehmer/innen gefragt, welche Maßnahmen sie (1.) allgemein am wichtigsten empfinden und welche sie am wichtigsten sehen, um (2.) das Wohlbefinden zu fördern, (3.) den kognitiven Abbau zu verzögern, (4.) mit Verhaltensauffälligkeiten umzugehen, (5.) Schlafprobleme vorzubeugen, (6.) Bewegungsdrang vorzubeugen, (7.) bei depressiven Symptomen und (8.) bei Orientierungsunsicherheiten.

1. Maßnahmen mit den insgesamt wirksamsten Effekten

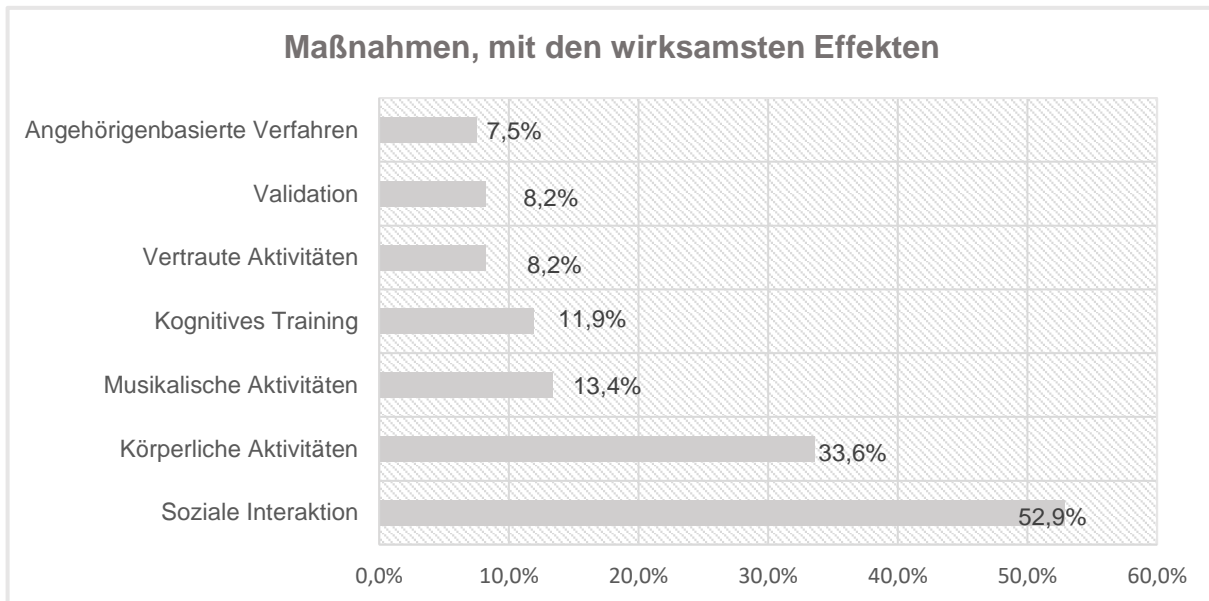


Abbildung 22 Maßnahmen, mit den wirksamsten Effekten

Über die Hälfte unserer Befragten (52,9 Prozent) nehmen soziale Interaktionen – wie z.B. die soziale Einbindung in den Alltag, sich austauschen können oder Berührungen – als nicht-medizinische Maßnahme wahr, die den größten positive Effekt bei Menschen mit Demenz bewirkt. Des Weiteren schätzen über ein Drittel (33,6 Prozent) körperliche Aktivitäten bzw. Bewegung als wirkungsvollste Maßnahme bei Menschen mit Demenz ein. Zudem werden nach Einschätzung der Befragten wichtige Effekte bei Menschen mit Demenz durch Maßnahmen wie musikalische Aktivitäten wie z.B. Musik hören, singen oder musizieren (13,4 Prozent), kognitive Aktivitäten wie z.B. kognitives Training (11,9 Prozent) und Maßnahmen, die vertraut sind, und die Erinnerungen hervorrufen wie z.B. haushaltsnahe Aktivitäten (8,2 Prozent) erreicht. Darüber hinaus berichten Befragte (8,2 Prozent), dass sie positive Effekte mit der Kommunikationsmethode ‚Validation‘ hervorrufen. Für 7,5 Prozent der Befragten sind angehörigenbasierte Verfahren wie z.B. Beratungen, Schulungen oder führen von Gesprächen Maßnahmen, die Angehörige unterstützen in Situationen angemessen mit Menschen mit Demenz umzugehen und dementsprechend in der Folge bei Menschen mit Demenz positive Effekte bewirken. Insgesamt betonen allerdings 13,4 Prozent, dass diese nicht-medizinische Maßnahmen individuell auf den Menschen mit Demenz abgestimmt sein müssen, um positive Effekte hervorrufen zu können.

2. Wichtige Maßnahmen, um das Wohlbefinden zu fördern

Die wirkungsvollsten Maßnahmen, um das Wohlbefinden bei Menschen mit Demenz zu fördern, sind nach Auffassung unserer Befragten soziale Interaktionen und Einbindung in eine Gemeinschaft (40,3 Prozent), das Nachgehen individueller Interessen (19,4 Prozent), Bewegung (18,7 Prozent) sowie musikalische Maßnahmen (14,2 Prozent) wie z.B. Musik hören oder singen. Etwas weniger Befragte empfinden Berührungen oder Massagen (9,7 Prozent), Zeit in der Natur bzw. im Freien zu verbringen (6,7

Prozent), das Ermöglichen von Ruhe (5,2 Prozent) sowie das Spielen von Gesellschaftsspielen (5,2 Prozent) als unterstützend für das Wohlbefinden.

3. Wichtige Maßnahmen, um den kognitiven Abbau zu verzögern

Nach Einschätzung von über einem Drittel der Befragten (31,3 Prozent) können soziale Interaktionen und Einbindung in eine Gemeinschaft am besten den kognitiven Abbau bei Menschen mit Demenz verzögern. Bewegung bzw. körperliche Aktivität (23,1 Prozent), kognitives Training (21,6 Prozent) sowie der Einbezug in Alltagsaktivitäten (14,2 Prozent) sind nach Auffassung unserer Befragten weitere förderliche Maßnahmen, um den kognitiven Abbau zu verzögern. Weniger Befragten nannten Aktivitäten wie Erinnerungen aktivieren (5,9 Prozent), das Nachgehen individueller Interessen (5,9 Prozent), musikalische Maßnahmen (5,2 Prozent) sowie das Spielen von Gesellschaftsspielen (5,2 Prozent).

4. Wichtige Maßnahmen, bei herausfordernden Verhaltensweisen

Bei herausfordernden Verhaltensweisen (z.B. aggressive oder sich häufig wiederholende Verhaltensweisen) sprechen sich 36,6 Prozent der Befragten für das Anbieten von sozialen Interaktionen wie bspw. Gespräche oder Validationstechniken als die effektivste Maßnahme aus. 20,9 Prozent empfehlen das Ermitteln des Auslösers der Verhaltensauffälligkeit. Darüber hinaus empfinden 15,7 Prozent der Befragten das Vermitteln von Ruhe bzw. die Schaffung einer ruhigen Umgebung als förderlich, um auf herausfordernde Verhaltensweisen angemessen zu reagieren. Weitere benannte nützliche Maßnahmen sind das Ermöglichen bzw. Anbieten von Bewegung oder körperlicher Aktivität (7,5 Prozent), Ablenkung (5,2 Prozent) um die Situation verlassen zu können sowie die Zusammenarbeit mit Angehörigen (4,5 Prozent).

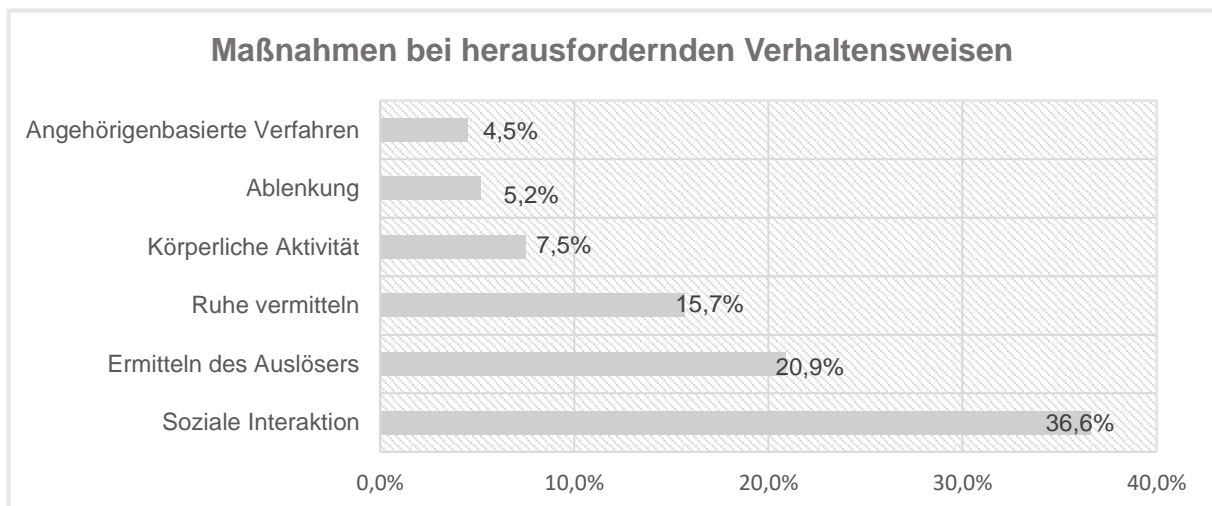


Abbildung 23 Maßnahmen, bei herausfordernden Verhaltensweisen

5. Wichtige Maßnahmen bei Schlafproblemen

Als sinnvollste Maßnahme bei Schlafproblemen bei Menschen mit Demenz nannten die Befragten angemessene und ausreichende Aktivitäten über den Tag (27,6 Prozent). Weiterhin empfinden 18,7 Prozent unserer Befragten einen strukturierten Tagesablauf und 12,7 Prozent abendliche Rituale bzw. Routinen vor dem Schlafengehen als zuträglich, um Schlafprobleme zu vermindern. Weiterhin empfehlen die Befragten körperliche Aktivität bzw. Bewegung am Tag (17,2 Prozent), das Verbringen von Zeit in der Natur bzw. im Freien am Tag (6,7 Prozent), die Umsetzung von Lichtkonzepten (5,2 Prozent) sowie die Durchführung von entspannenden Aktivitäten vor dem Schlafengehen (5,2 Prozent). 9,7 Prozent der Befragten sprechen sich für die Einnahme von Medikamenten aus, um Schlafprobleme zu vermeiden.

6. Wichtige Maßnahmen bei Bewegungsdrang

Nach Auffassung von über der Hälfte unserer Befragten (51,5 Prozent) ist das Zulassen und Ermöglichen von Bewegung die effektivste Maßnahme bei einem erhöhten Bewegungsdrang bei Menschen mit Demenz. Des Weiteren werden die situative Begleitung (8,2 Prozent), Bewegung in gesicherten Arealen ermöglichen (7,5 Prozent), das Einbinden in sinnstiftende Beschäftigungsmöglichkeiten (5,9 Prozent), Spaziergehen (5,9 Prozent) und soziale Interaktion (4,5 Prozent) anbieten als unterstützende Maßnahmen bei erhöhtem Bewegungsdrang durch die Befragten benannt.

7. Wichtige Maßnahmen bei depressiven Symptomen

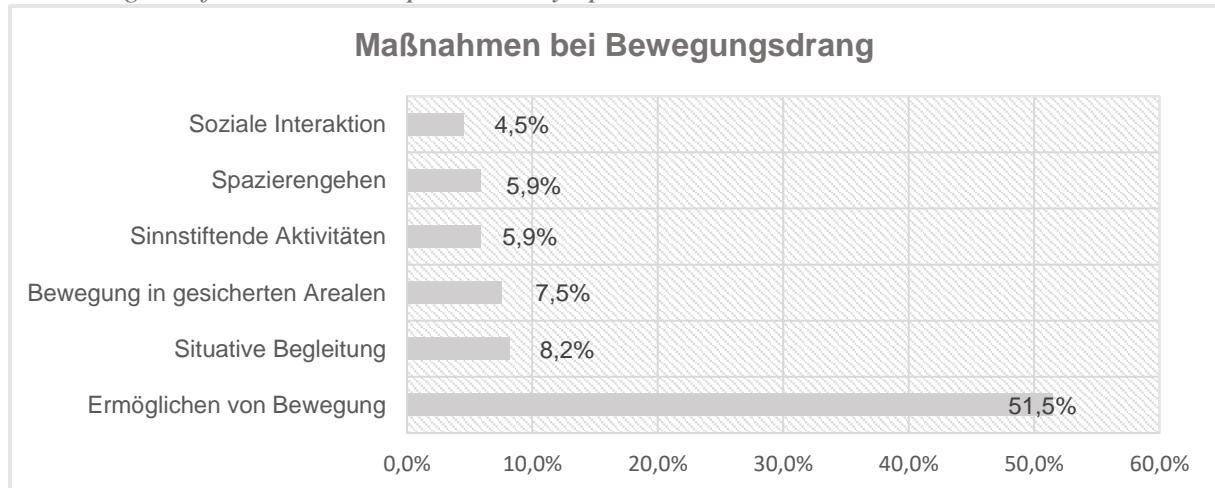


Abbildung 24 Maßnahmen bei Bewegungsdrang

Nach Einschätzung von 41,0 Prozent der Befragten ist die Einbindung in soziale Interaktionen die wirkungsvollste Maßnahme bei depressiven Symptomen. Weiterhin werden Bewegung und körperliche Aktivität (15,7 Prozent), das Einbinden in sinnstiftende Beschäftigungsmöglichkeiten (12,7 Prozent) sowie das Anbieten von individuellen und interessenbezogenen Aktivitäten (11,2 Prozent) als förderliche Maßnahmen benannt. Die Befragten sprechen sich des Weiteren für den Einsatz von hellem Licht über den Tag (5,9 Prozent) und Zeit in der Natur bzw. im Freien (7,5 Prozent) aus. Darüber hinaus empfinden 11,9 Prozent der Befragten die medikamentöse Behandlung bei depressiven Symptomen für Menschen mit Demenz zuträglich.

8. Wichtige Maßnahmen bei Orientierungsunsicherheiten

Der Einsatz von Schildern, Beschriftung und Symbolen an Türen oder Schränken wird von 38,1 Prozent der Befragten als wichtig für Menschen mit Demenz mit Orientierungsunsicherheiten wahrgenommen. Nach Einschätzung der Befragten sind die situative Begleitung (26,1 Prozent), sichtbares Anbringen von Uhren und Kalendern (16,4 Prozent), das „Immer wieder Erklären der Situation“ bzw. geben benötigter Information (15,7 Prozent) sowie der Einsatz von Navigationssoftware (8,9 Prozent) nützlich bei Orientierungsunsicherheiten. Des Weiteren werden bei der Wohnraumgestaltung der Einsatz von biografischen und jahreszeitlichen Bezügen in der Dekoration (5,9 Prozent), Farbgestaltung im Wohnbereich (7,5 Prozent), Einbindung von Lichtkonzepten (5,9 Prozent) sowie das Einhalten einer festen Ordnung (5,9 Prozent) als wirksame Maßnahmen wahrgenommen. Weiterhin ist nach Auffassung der Befragten (5,9 Prozent) ein fester Tagesablauf für Menschen mit Demenz zuträglich.

Diskussion

Das Ziel unserer Studie war es zu untersuchen, welche Art von nicht-medizinischen Interventionen in der Demenzversorgung angewendet werden, unter welchen Rahmenbedingungen die Umsetzung erfolgt und welche Effekte wahrgenommen werden. Tabelle 5 zeigt eine Auflistung der zehn meist angewendeten und empfohlenen Aktivitäten unserer Teilnehmenden. Dabei fällt auf, dass mehrere Aktivitäten der sozialen Einbindung darunterfallen, die mit Familienangehörigen, Freund/innen und Bekannten durchgeführt werden. Dies betont die empfundene Bedeutsamkeit eines nahen und vertrauten sozialen Umfeldes im Zusammenhang mit nicht- medizinischen Maßnahmen.

Tabelle 5. Übersicht der Top 10 der angewendeten/empfohlenen nicht-medizinischen Aktivitäten

TOP 10 der nicht-medizinischen Aktivitäten	%
1. Zeit in der Natur verbringen	90.3
2. Besuche bei/von Angehörigen, Freund/innen und Bekannten	90.0
3.(Vor-) Lesen	86.6
4. Ausflüge mit Angehörigen, Freund/innen und Bekannten	80.6
5. Telefonieren mit Angehörigen, Freund/innen und Bekannten	79.9
6. Gesellschaftsspiele	78.4
7. Musik hören	75.4
8. Singen	73.1
8. Kochen	73.1
9. Gärtnern	67.9
10. Tanzen	64.9

Nachfolgend werden die Studienergebnisse in den einzelnen Themenbereichen zusammengefasst und in den Kontext bisheriger wissenschaftlicher Erkenntnisse eingeordnet.

1. Soziale Einbindung

Ohne jeden Zweifel sind gute soziale Beziehungen in jeder Lebensphase ein zentrales Element. Sie sind vergleichbar mit einem Gerüst, das unserem Leben Halt und Sicherheit vermittelt. In Beziehungen mit anderen zu sein, ist wichtig für unsere Identität, unsere Selbsterfahrung und ein entscheidender Aspekt der Lebensqualität (Eriksen et al., 2016; Eriksson & Lindström, 2007). Dementsprechend haben gute, verlässliche soziale Beziehungen genauso einen großen Einfluss auf die körperliche Gesundheit und Lebenserwartung wie andere lebensstilbezogene Faktoren (z.B. Sport oder gesunde Ernährung) (House, Landis, & Umberson, 1988; Kelly et al., 2017). Das Leben von Menschen mit Demenz sowie ihrer An- und Zugehörigen verändert sich oft nach der Diagnose und geht mit sozialen Veränderungen und Rollenherausforderungen einher (Frewer-Graumann, 2020). Dennoch muss hervorgehoben werden, dass jeder Mensch mit Demenz eine Lebensgeschichte hat und Beziehungen ein wesentlicher Bestandteil ihrer Biografie sind (Eriksen et al., 2016). So sind Menschen mit Demenz selbstverständlich Teil einer Liebesbeziehung, einer Familie, eines Freundeskreises, einer Nachbarschaft, eines Vereins, eines Kollegiums und der Gesellschaft, etc. Entsprechend sind sowohl alte als auch neue Beziehungen essentiell für Menschen mit Demenz und ihr Erleben eines sinnstiftenden Lebens (Eriksen et al., 2016) und haben das Potential negative Auswirkungen einer Demenzerkrankung auf die Lebensqualität zu reduzieren (MacRae, 2011).

Im Leben mit Demenz wird die Bedeutung naher und vertrauter Beziehungen für das Wohlbefinden äußerst wichtig, da sie unterstützen können sich zu erinnern und Gewohnheiten aufrechtzuerhalten (Eriksen et al., 2016). Weiterhin zeigen wissenschaftliche Erkenntnisse, dass sozial vertraute Netzwerke und enge Beziehungen die Teilhabe an sozialen Aktivitäten und den Zugang zu sozialer Unterstützung erleichtern können (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000; Kelly et al., 2017). Auch unter unseren Teilnehmenden scheint die soziale Einbindung in vertraute Beziehungen von Menschen mit Demenz von enormer Wichtigkeit zu sein. Diese Wahrnehmung zeigt sich auch in den Häufigkeiten der einzelnen Maßnahmen, da Besuche (90 Prozent), Ausflüge (80,6 Prozent) und das Telefonieren (79,9 Prozent) mit Angehörigen, Freund/innen und Bekannten am häufigsten unter den nicht-medizinischen Maßnahmen angewendet oder empfohlen werden. Des Weiteren stellt die Nachbarschaftshilfe hierbei eine besondere Form innerhalb sozialer Beziehungen dar, da sie auf einer bestehenden oder entwickelnden persönlichen Beziehung beruht und oft aus einer sozialräumlichen Nähe hervorgeht. Hierfür haben sich 43,3 Prozent der Befragten ausgesprochen. Durch die benannten Tätigkeitsfelder wie Unterstützung bei hausnahen Aktivitäten, sozialer Betreuung oder nach dem Rechten sehen, lässt sich ableiten, dass Nachbarschaftshilfe eine wichtige Ressource in der Begleitung von Menschen mit Demenz, die in der Häuslichkeit leben, ist. Die berichteten Tätigkeitsbereiche der Nachbarschaftshilfe orientieren sich dabei an der individuellen Lebenssituation, sind selbst organisiert und flexibel in der Gestaltung der Rahmenbedingungen.

Für Menschen mit Demenz mit einem weniger gut aufgestellten sozialen Netzwerk, als Entlastung oder auch als Abwechslung im Alltag können formelle Dienste wie Besuchsdienste unterstützend sein, um regelmäßige soziale Kontakte und die Erfüllung ihrer Bedürfnisse sicherzustellen (McCabe, Robertson, & Kelly, 2018). Besuchsdienste können Menschen mit Demenz in der Gestaltung ihres Alltags unterstützen: durch persönliche Zuwendung und praktische Hilfe. Sie können die familiäre, freundschaftliche oder nachbarschaftliche Hilfe ergänzen oder als wichtige soziale Kontakte dienen. Dies zeigt sich insbesondere in der berichteten Nutzung von Besuchsdiensten, da diese Aktivität von den Teilnehmenden für freizeithliche Aktivitäten wie Spaziergänge, Eis essen oder das Spielen von Gesellschaftsspielen verwendet werden. Ein weiteres niedrigschwelliges und formelles Angebot sind Telefonangebote für Menschen mit Demenz und ihre An- und Zugehörigen. Dieses Gesprächsangebot wurde von den Teilnehmenden unserer Befragung kaum empfohlen oder angewendet (8,9 Prozent). Hierbei kann der Umstand selbst diese Telefonangebote zu kontaktieren und mit fremden Personen über sich, die eigene Lebenssituation und Ängste zu sprechen hemmend für Menschen mit Demenz und ihre An- und Zugehörigen sein (Schneider-Schelte, 2023). Dennoch können durch die persönliche Ansprache und das in einem geschützten Rahmen über die persönliche Situation Sprechen können – besonders mit Personen mit

Fachkompetenz, die sich Zeit nehmen – Akzeptanz und Wertschätzung vermitteln, unterstützend sein und Hilfe zur Selbsthilfe bieten (Schneider-Schelte, 2023). Mittlerweile gibt es einige telefonische Angebote mit verschiedenen Schwerpunkten wie seelsorgerischer Begleitung in schwierigen Lebenssituationen, Unterhaltung oder Beratung zum Thema Demenz. Bekannte Anbieter/innen in unserer Befragung waren soziale Träger wie Silbernetz oder das Alzheimer Telefon der Alzheimer Gesellschaft.

Rund 30 Prozent unserer Teilnehmenden empfehlen Aktivitäten in einem Verein oder Freizeitgruppe oder sind Mitglied. Treffen in Vereinen oder Freizeitgruppen wie bspw. Sport- und Wander-, Seniorenvereine, Buchclubs, Chöre, oder Freizeitangebote von Mehrgenerationenhäusern dienen als wohnortnahe soziale Orte der Begegnung, in denen man andere Menschen kennenlernen und gemeinsam mit ihnen vertraute oder neue Tätigkeiten unternimmt. Die Mitgliedschaft oder das Treffen in Vereinen bieten Raum für soziale Interaktionen sowie emotionale und kognitive Anregung (Bundesministerium für Familien, 2020). Vereine dienen zur Sicherung der Teilhabe, da sie Beteiligungsmöglichkeiten bieten und das Gefühl Teil einer Gruppe zu sein, vermitteln, und für viele Menschen ein wichtiger Bestandteil ihrer Biografie sein können (Bundesministerium für Familien, 2020).

Die Ergebnisse der Befragung geben Hinweise, dass Menschen mit Demenz eher zu der Personengruppe zählen, die Angebote der ehrenamtlichen Arbeit nutzen als selbst ein Ehrenamt auszuüben. Lediglich 5,9 Prozent unserer Befragten gaben an, dass sie eine Person mit Demenzerkrankung kennen oder als Person mit Demenz selbst ehrenamtlich tätig sind. Dabei kann das Ehrenamt zahlreiche Gelegenheiten bieten, um sich für das Gemeinwohl der Gesellschaft zu engagieren. Unsere Befragten berichteten von ehrenamtlichen Tätigkeitsfeldern z.B. in der Kirchengemeinde, dem Wanderverein oder einer Interessensgruppe für Menschen mit Demenz. Vorteil eines ehrenamtlichen Engagements ist, dass der Aufgabenbereich und der zeitliche Umfang des Engagements an die Ressourcen und Möglichkeiten des Menschen mit Demenz angepasst werden können und es ihnen ermöglicht, ihre Fähigkeiten und Talente einzubringen.

Die Umsetzung sozialer Aktivitäten ist entsprechend unserer Ergebnisse in den meisten Fällen eine Private Angelegenheit (siehe Tabelle 6). Aktivitäten zur sozialen Einbindung wie das Telefonieren, Besuche oder Ausflüge oder Nachbarschaftshilfe wurden mehrheitlich privat durch Menschen mit Demenz und ihre An-/Zugehörigen initiiert. Formelle soziale Angebote (Telefonangebote, Besuchsdienste) wurden laut Ergebnissen unserer Befragung durch soziale Träger oder ehrenamtlich tätige Personen bereitgestellt. Die Einbindung oder Mitgliedschaft in Vereinen wurde durch Freizeit-, Sport- oder Seniorenvereine angeboten.

Tabelle 6 Genannte Anbieter/innen von Maßnahmen sozialer Einbindung

	Anbieter/innen					
	Privat organisiert	Soziale Träger	Ambulante Betreuungsdienste/-personen	Pflegeeinrichtungen	Vereine	Keine Angabe
Nachbarschaftshilfe	82,8 Prozent	-	-	-	-	-
Telefonangebote	-	66,7 Prozent	-	-	-	-
Besuchsdienste	9,7 Prozent	38,7 Prozent	22,6 Prozent	9,7 Prozent	-	19,3 Prozent
Vereine	-	-	-	-	57,5 Prozent	35,0 Prozent

Die hier aufgeführten sozialen Aktivitäten werden, sofern Kosten anfallen, mehrheitlich in Eigenleistung durch Menschen mit Demenz sowie ihre An- und Zugehörigen finanziell getragen (siehe Tabelle 7). Eine Ausnahme ist die Inanspruchnahme eines Besuchsdienstes. Hierbei decken die unterschiedlich berichteten Finanzierungsmöglichkeiten, das Spektrum der finanziellen Handlungsspielräume in der Versorgungspraxis ab: Besuchs- oder ehrenamtlich tätige Personen bieten manchmal ihre Leistungen kostenlos an. Bei Vorliegen eines Pflegegrades können bis zu 125 Euro für einen Besuchs- und Begleitdienst (§45 a, b SGBXI) mit der Pflegekasse über den Entlastungsbetrag abgerechnet werden, wenn der Besuchs- und Begleitdienst nach Landesrecht anerkannt ist. In der Betreuung könnten Mitarbeiter/innen ggfs. ein Honorar nach §§ 43b, 53b SGBXI erhalten. Von der Pflegekasse anerkannte Nachbarschaftshelfer/innen können eine Aufwandsentschädigung bis zu 125 Euro pro Monat für niedrigschwellige Entlastungs- oder Betreuungsleistung gemäß § 45a SGBXI erhalten, wenn ein Pflegegrad vorliegt. In Einzelfällen lassen sich diese Dienstleistungen auch über die Verhinderungspflege (§39 SGBXI) refinanzieren.

Tabelle 7 Genannte Finanzierung von Maßnahmen der sozialen Einbindung

	Finanzierung			
	Privat	Keine Kosten	Leistungen der Pflegeversicherung	Keine Angabe
Telefonieren	51,4 Prozent	-	-	46,7 Prozent
Besuche	51,2 Prozent	-	-	47,9 Prozent
Ausflüge	50,0 Prozent	-	-	49,1 Prozent
Nachbarschaftshilfe	20,7 Prozent	-	-	70,7 Prozent
Besuchsdienste	27,4 Prozent	11,3 Prozent	19,3 Prozent	
Vereine	52,5 Prozent	-	-	45,0 Prozent

Die Teilnehmenden, die eine Aussage zur Häufigkeit der Aktivitäten im Bereich der sozialen Einbindung treffen konnten, gaben größtenteils eine Anwendung von einmal pro Woche an (siehe Tabelle 8). Dies lässt die Bedeutsamkeit vertrauter Beziehungen erkennen. Es ist anzunehmen, dass sich dabei die Art und die Häufigkeit des Kontakts mit vertrauten und bekannten Personen nach der Größe und der Qualität der Beziehungen sowie der geographischen Distanz im sozialen Umfeld richtet.

Tabelle 8 Genannte Häufigkeiten zu Maßnahmen der sozialen Einbindung

	Häufigkeit				
	Täglich	Min. 1x/ Woche	< 1x / Woche	Anlassbezogen/ bei Bedarf	Keine Angabe
Telefonieren	7,5 Prozent	17,8 Prozent	-	-	73,8 Prozent
Besuche	-	19 Prozent	10,7 Prozent	-	67,8 Prozent
Ausflüge	-	4,6 Prozent	17,6 Prozent	-	76,8 Prozent
Nachbarschaftshilfe	-	-	-	18,9/10,3 Prozent	58,6 Prozent
Besuchsdienste	-	29,0 Prozent	-	-	69,3 Prozent
Vereine	-	-	12,5 Prozent	-	77,5 Prozent

Es gibt viele evidenzbasierte Hinweise darauf, dass soziale Einbindung und Interaktionen sich in unterschiedlicher Weise positiv auf Menschen mit Demenz auswirken. Frühere Forschungsarbeiten haben gezeigt, dass ein verlässliches soziales Umfeld und regelmäßige soziale Interaktionen Menschen mit Demenz im Umgang mit der Erkrankung unterstützen, da sie Sicherheit und Geborgenheit bieten (Linde & Riedel, 2021) und dementsprechend Ängste und Sorgen reduzieren (Kelly et al., 2017) sowie resiliente Verhaltensweisen stärken können (Ozby et al., 2007). Weiterhin weisen Studienergebnisse darauf hin, dass eine kontinuierliche soziale Einbindung sich positiv auf den Krankheitsverlauf und auffällige Demenzsymptome auswirken kann (Ziegert, Ross, & Rodriguez, 2022), zudem werden kognitive Funktionen gefördert (Birt et al., 2020; Kelly et al., 2017). Weiterhin können das Denk- und Erinnerungsvermögen, die Aufmerksamkeit und die Verarbeitungsgeschwindigkeit davon profitieren (Kelly et al., 2017; Latkin & Knowlton, 2015). Ferner bestätigen Studien, dass soziale Aktivitäten und Interaktionen die Lebensqualität von Menschen mit Demenz verbessern kann (Birt, Poland, Csipke, & Charlesworth, 2017; Moyle, Fetherstonhaugh, Greben, & Beattie, 2015). Unsere Teilnehmenden nahmen im Zusammenhang mit Maßnahmen der sozialen Einbindung in der Gesamtheit vor allem eine Stärkung der sozialen Gesundheit, die Förderung des Wohlbefindens und eine aktivierende Wirkung als positive Effekte wahr (siehe Tabelle 10) und bestätigen die bisherigen Forschungsergebnisse in einem gewissen Maß.

Tabelle 9 Legende zur Einordnung der in Tabelle 10 dargestellten Effekte

Übersicht: Einordnung der dargestellten Effekte

Großes Viereck	> 40 Prozent der Teilnehmenden berichten Effekt
Mittleres Viereck	20 - 39,9 Prozent der Teilnehmenden berichten Effekt
Kleines Viereck	1 – 19,9 Prozent der Teilnehmenden berichten Effekt

Tabelle 10 Wahrgenommene Effekte sozialer Einbindung

	Stärkung sozialer Gesundheit	Förderung des Wohlbefindens	Aktivierung	Erfahren von Wertschätzung
Telefonieren	◆	◆	◆	
Besuche	◆	◆	◆	
Ausflüge	◆	◆	◆	
Nachbarschaftshilfe	◆	◆	◆	◆
Telefonangebote	◆			
Besuchsdienste	◆	◆	◆	
Vereine und Gruppen	◆	◆	◆	

Zusammenfassung

- Maßnahmen der sozialen Einbindung und Interaktion werden in der Gesamtschau von den Befragten als die wichtigste nicht-medizinische Maßnahme wahrgenommen
- Regelmäßige Telefonate/Besuche/Ausflüge mit Familienangehörigen, Freunde/innen oder Bekannten werden von den Befragten am häufigsten angewendet oder empfohlen
- Kosten, die für sozialen Interaktionen mit der Familie, Freund/innen, Nachbar/innen oder Freizeitgruppen/-vereine notwendig sind, werden meist in Eigenleistung getragen
- Anwendung verschiedener Finanzierungsquellen für Besuchsdienste
- Aktivitäten der sozialen Einbindung werden mindestens einmal pro Woche angewendet bzw. durchgeführt
- Am häufigsten wurden die Stärkung der sozialen Gesundheit, die Förderung des Wohlbefindens und die Aktivierung von Menschen mit Demenz als positive Effekte wahrgenommen

2. Freizeitaktivitäten

Mit Freizeitaktivitäten können Menschen individuelle Bedürfnisse erfüllen, Interessen und Präferenzen nachkommen, eigene Ressourcen und Fähigkeiten einbringen, sich Kompetenzen und Wissen aneignen oder Aktivitäten nachgehen, die Freude bereiten. Dabei sind Aspekte wie Gestaltungsfreiräume und Entscheidungsspielräume, Ausdruck der eigenen Persönlichkeit, Erleben und Sinnstiftung sowie Teilhabe am sozialen Leben relevant. Dementsprechend können die Umsetzung und Aufrechterhaltung von Freizeitaktivitäten den Wert und die Qualität des Lebens eines Menschen, unabhängig davon ob bei ihm Demenz diagnostiziert wurde oder nicht, steigern (Dupuis et al., 2012; Fortune & McKeown, 2016; Genoe & Dupuis, 2011; Phinney et al., 2007). Bevorzugte und liebgewonnene Freizeitaktivitäten können Anregungen bieten, die Erfahrung des Lebens mit Demenz zu normalisieren und die damit verbundenen Ängste zu verringern (Menne et al., 2012). Weiterhin können diese Aktivitäten durch die Vermittlung von Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten, dazu beitragen, ein Gefühl von Unabhängigkeit und Kontrolle zu erleben (Fortune, Whyte, & Genoe, 2021). Dabei ist es bedeutsam zu betonen, dass Personen mit Demenz als Individuum zu verstehen und anzuerkennen, dass sie über eine reiche Lebenserfahrung, Wissen, Interessen und Stärken verfügen. Dieses Wissen sollte in der Freizeitgestaltung Anerkennung finden (Fortune & McKeown, 2016; Fortune et al., 2021; Han et al., 2016b).

Körperliche Aktivitäten (z.B. Radfahren, Wandern) und regelmäßige Bewegung im Alltag (z.B. Spaziergehen) sind im Bereich der Freizeitaktivitäten hervorzuheben. Zahlreiche positiven Effekte werden bei jeglicher Art von Bewegung und körperlichen Aktivitäten wissenschaftlich nachgewiesen: Verbesserungen von verhaltensbezogenen (z. B. Unruhe, aggressives Verhalten, Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen) und psychologisch auffälligen Symptomen (z. B. depressive Symptome, Ängstlichkeit) (Fleiner, Leucht, Foerstl, Zijlstra, & Haussermann, 2017; Matura, F Carvalho, S Alves, & Pantel, 2016), alltagspraktische Fähigkeiten (Forbes, Forbes, Blake, Thiessen, & Forbes, 2015), körperliche Leistungsfähigkeit (Rao, Chou, Bursley, Smulofsky, & Jezequel, 2014), Mobilität (Arcoverde et al., 2014) bzw. Gangsicherheit (Schwenk et al., 2014), Verlangsamung des Schwindens der Selbstständigkeit (Cass, 2017). Darüber hinaus tragen körperliche Aktivitäten nachweislich zur Gesundheitsförderung, Prävention, und dem Wohlbefinden bei (Dauwan et al., 2021; Ngamsri, Claussen, & Hemmeter, 2019). Da regelmäßige Bewegung unter anderem den Stoffwechsel und die Durchblutung anregt sowie das Gleichgewicht und die Beweglichkeit von Muskeln und Gelenken trainiert kann das Risiko von Begleiterkrankungen gesenkt, Stürze vermeiden oder Schmerzen gelindert werden (Ngamsri et al., 2019). Basierend auf der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz sprechen die „S3-Leitlinien Demenzen“ und die Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Empfehlung für körperliche Aktivitäten aus.

Die Bedeutung von naturbezogenen Aktivitäten, z.B. Gärtnern und Aufenthalt in der Natur, sind ebenfalls wissenschaftlich belegt. Studien zeigen positive Effekte wie Abbau von Stress (Hartig, Mitchell, De Vries, & Frumkin, 2014), die Förderung kognitiver Leistungsfähigkeit (Gidlow et al., 2016), Verbesserung der Schlafqualität, Reduzierung von Depression, Aggression und Angst, positive Auswirkungen auf die körperliche und emotionale Verfassung und die Stärkung des Selbstwertgefühls (Bratman, Hamilton, & Daily, 2012; Frumkin et al., 2017; Gidlow et al., 2016). Weiterhin haben Aufenthalte in der Natur positive Auswirkungen auf Immunsystem, Bluthochdruck, sowie Herz- Lungenfunktion und tragen zur Gesundheitsförderung, sowie Krankheitsprävention bei (Oh et al., 2017). Die positiven Wirkungsweisen der Natur können durch den Raum zur Bewegung und soziale Interaktionen noch weiter gestärkt werden und Erholung vermitteln (Hartig et al., 2014; Markevych et al., 2017).

Es gibt vor allem wissenschaftliche Belege, dass intellektuell anregende Aktivitäten wie das Spielen von Gesellschaftsspielen, das Lösen von Rätseln oder Lesen, etc. schützende und positive Effekte im Bereich der Kognition haben (Ruthirakuhan et al., 2012). So gelten intellektuell anregende Aktivitäten als geistig anregend, da sie kognitive Reserven fördern (Ruthirakuhan et al., 2012; Scarmeas & Stern, 2003), die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit des Gehirns verbessern und die Aufmerksamkeit fördern (Lee et

al., 2018). Eine regelmäßige Teilnahme bzw. Durchführung von solchen Aktivitäten können das Demenzrisiko senken und das Eintreten einer Demenzerkrankung sowie das Fortschreiten der Demenz verzögern (Duffner et al., 2022; Helzner, Scarmeas, Cosentino, Portet, & Stern, 2007; Lee et al., 2018).

Es gibt zunehmende empirische Belege dafür, dass die Beschäftigung mit kreativen Aktivitäten (d. h. Musik, Kunst, Bastelarbeiten, Tanz, etc.) physiologisch und psychologisch gewinnbringend für Menschen mit Demenz eingesetzt werden kann. Durch eine Orientierung auf vorhandene Ressourcen und deren Aktivierung können vorhandene Kompetenzen ermittelt und gefördert werden, um eine Verbesserung des Wohlbefindens, der emotionalen Verfassung und des Selbstwertgefühls von Menschen mit Demenz zu bewirken (Schall, Tesky, & Pantel, 2022). Kreative Aktivitäten schaffen Herausforderungen und neue Erfahrungen, die Möglichkeit zum (nonverbalen) Selbstausdruck bieten (Basting & Killick, 2003), die Autonomie (Melhuish, Beuzebec, & Guzmán, 2017) und die Resilienz stärken (Cozolino, 2008), die Kommunikation sowie die soziale Interaktion verbessern (Lokon, Sauer, & Li, 2019; Sauer, Fopma-Loy, Kinney, & Lokon, 2016). Auch auf die kognitive Leistungsfähigkeit nehmen kreative Maßnahmen Einfluss und können dazu führen, dass Erinnerungen geweckt werden (Kurz & Bohlken, 2013; Lokon et al., 2019) und eine Verbesserung der Konzentration und Aufmerksamkeit hervorrufen (Young, Camic, & Tischler, 2016). Weiterhin wurden in wissenschaftlichen Studien eine beruhigende Wirkung (Lokon et al., 2019), die Reduzierung von Depressionen (Lokon et al., 2019), die Linderung von Schmerzen (Lane, 2005) und die Verbesserung des Immunsystems (Lokon et al., 2019) als positive Effekte nachgewiesen.

Basierend auf den Angaben unserer Teilnehmer sind die am häufigsten angewendeten und empfohlenen Maßnahmen im Bereich der Freizeitaktivitäten Zeit in der Natur verbringen (90,3 Prozent), das (Vor-) Lesen (86,6 Prozent) sowie das Spielen von Gesellschaftsspielen (78,4 Prozent). Anhand der Ergebnisse wird deutlich, dass Freizeitaktivitäten vornehmlich selbst durch Menschen mit Demenz sowie ihren An- und Zugehörigen initiiert werden. Dennoch zeigt die Übersicht, siehe Tabelle 11, eine Vielzahl an Anbieter/innen in Bereichen der kreativen (Malen und Zeichnen, Basteln und Handwerken, Handarbeit), musikalischen (singen, tanzen, Musik hören), naturbezogenen (gärtnern) und intellektuellen (Lesen, Gesellschaftsspiele) Freizeitaktivitäten. Die Gründe dafür könnten darin liegen, dass diese sowohl in Einzel- als Gruppensettings umgesetzt werden können. Zudem ist neben einer aktiven Teilnahme im Einzelsetting mitunter eine passive Teilnahme in der Gruppe, bspw. durch Zuhören oder Zuschauen, möglich, so dass diese Aktivitäten wirkungsvoll in verschiedenen Settings der Begleitung von Menschen mit Demenz eingesetzt werden können.

Tabelle 11 Genannte Anbieter/innen von Freizeitaktivitäten

	Anbieter/innen					
	<i>Privat organisiert</i>	<i>Pflegeeinrichtungen</i>	<i>Ambulante Betreuungsdienste/-personen</i>	<i>Therapeut/innen</i>	<i>Soziale Träger</i>	<i>Keine Angabe</i>
Gärtnern	46,1 Prozent	14,3 Prozent	13,2 Prozent	-	-	21,9 Prozent
Gesellschaftsspiele	46,7 Prozent	13,3 Prozent	16,2 Prozent	6,7 Prozent	-	14,3 Prozent
(Vor-) Lesen	38,8 Prozent	6,0 Prozent	18,9 Prozent	6,9 Prozent	-	30,2 Prozent
Rätseln	37,8 Prozent	-	12,2 Prozent	-	-	41,9 Prozent
Kulturelle Angebote	31,4 Prozent	11,6 Prozent	9,3 Prozent	-	5,8 Prozent	41,9 Prozent
Handarbeit	47,1 Prozent	10,3 Prozent	11,8 Prozent	-	-	25,0 Prozent
Malen und Zeichnen	44,9 Prozent	8,7 Prozent	14,5 Prozent	-	-	21,7 Prozent
Basteln und Handwerken	42,9 Prozent	10,7 Prozent	19,0 Prozent	5,9 Prozent	-	17,9 Prozent
Singen	36,7 Prozent	21,4 Prozent	14,3 Prozent	5,1 Prozent	-	18,4 Prozent
Spielen von Musikinstrumenten	-	43,5 Prozent	-	-	-	45,6 Prozent
Tanzen	35,6 Prozent	13,8 Prozent	13,8 Prozent	-	12,6 Prozent	21,8 Prozent
Musik hören	37,6 Prozent	9,9 Prozent	11,9 Prozent	-	-	37,6 Prozent
Halten von Haustieren	41,0 Prozent	15,4 Prozent	-	-	-	43,6 Prozent
Körperliche Aktivität	62,1 Prozent	6,1 Prozent	-	-	-	27,3 Prozent
Sprechen von Fremdsprachen	33,3 Prozent	-	-	-	-	55,6 Prozent
Urlaub machen	47,9 Prozent	-	-	-	20,8 Prozent	29,2 Prozent

Tabelle 12 Genannte Finanzierung von Freizeitaktivitäten

	Finanzierung				
	<i>Privat</i>	<i>Inkl. Leistung von Pflegeeinrichtungen</i>	<i>Ärztliche Verordnung</i>	<i>Leistungen der Pflege-/Krankenversicherung</i>	<i>Keine Angabe</i>
Gärtnern	36,3 Prozent	19,8 Prozent	7,7 Prozent	-	31,9 Prozent
Gesellschaftsspiele	27,6 Prozent	21,9 Prozent	12,4 Prozent	9,5 Prozent	24,8 Prozent
(Vor-) Lesen	42,2 Prozent	18,1 Prozent	9,5 Prozent	6,9 Prozent	19,8 Prozent
Fernsehen schauen	59,7 Prozent	7,8 Prozent	-	-	31,2 Prozent
Rätseln	41,9 Prozent	18,9 Prozent	-	-	31,1 Prozent
Kulturelle Angebote	59,3 Prozent	9,3 Prozent	-	-	25,6 Prozent
Handarbeit	35,3 Prozent	16,2 Prozent	-	-	33,8 Prozent
Malen und Zeichnen	30,4 Prozent	21,7 Prozent	14,5 Prozent	-	24,6 Prozent
Basteln und Handwerken	26,2 Prozent	25,0 Prozent	13,1 Prozent	8,3 Prozent	25,0 Prozent
Singen	22,4 Prozent	22,4 Prozent	13,3 Prozent	10,2 Prozent	26,5 Prozent
Spielen von Musikinstrumenten	26,1 Prozent	15,2 Prozent	13,0 Prozent	-	39,1 Prozent
Tanzen	33,3 Prozent	21,8 Prozent	10,3 Prozent	6,9 Prozent	24,1 Prozent
Musik hören	45,5 Prozent	17,8 Prozent	5,9 Prozent	5,9 Prozent	21,8 Prozent
Halten von Haustieren	43,6 Prozent	-	-	-	43,6 Prozent
Körperliche Aktivität	57,6 Prozent	-	-	-	33,3 Prozent
Religiöse Aktivitäten	12,2 Prozent	9,5 Prozent	-	-	59,5 Prozent
Zeit in der Natur verbringen	40,5 Prozent	16,5 Prozent	9,9 Prozent	7,4 Prozent	23,1 Prozent
Sprechen von Fremdsprachen	25,9 Prozent	-	-	-	70,4 Prozent
Urlaub machen	64,6 Prozent	-	-	-	31,2 Prozent

Unsere Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass die Finanzierung für Freizeitaktivitäten durch Eigenleistung von Menschen mit Demenz oder ihrer An- und Zugehörigen getragen wird (siehe Tabelle 12). Des Weiteren werden zum Teil andere Finanzierungsquellen aus Leistungen des Gesundheits- und Pflegesystems genutzt, bedingt durch die Wahl des Settings in dem sie stattfinden. So können Freizeitaktivitäten ein Angebot von Besuchs-, Begleit- und Betreuungsdiensten sein, deren Mitarbeitende solche Tätigkeiten mit Menschen mit Demenz gemeinsam ausführen, und somit als Leistungen der Pflegeversicherung über den Entlastungsbetrag oder die Verhinderungspflege (§§ 39, 45a, b, SGBXI) finanziert werden. Eine indirekte Finanzierung über die Krankenversicherung erfolgt, wenn die Aktivitäten im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation oder eines Krankenhausaufenthaltes durchgeführt werden. Wenn diese Aktivitäten in Pflegeeinrichtungen wie bspw. der Tagespflege bereitgestellt werden, sind diese in der Regel in den bestehenden Kosten durch Eigenleistung und Leistungen der Pflegeversicherung inkludiert. Unsere Befragten berichten zudem, dass diese Freizeitaktivitäten auch Bestandteil einer ambulanten Ergotherapie sein können und über eine ärztliche Verordnung finanziert werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass Freizeitaktivitäten überwiegend mindestens einmal pro Woche durchgeführt werden, teilweise täglich (siehe Tabelle 13). Diese Anwendungshäufigkeit lässt erkennen, wie wichtig diese für die Betroffene sind. Darüber hinaus sind die am häufigsten angewendeten Freizeitaktivitäten mit einem geringen oder keinem finanziellen Aufwand für Menschen mit Demenz oder ihre An- und Zugehörigen verbunden (z.B. Lesen, Zeit in der Natur verbringen, Spiele spielen), sofern diese Aktivitäten in der Häuslichkeit durchgeführt werden. Weiterhin scheinen Freizeitaktivitäten, die es erfordern die Häuslichkeit zu verlassen (wie kulturelle Angebote) und mit einem finanziellen Aufwand verbunden sind, seltener angewendet zu werden, vermutlich, weil für die Anwendung Kosten z.B. für Materialien, Eintrittsgelder oder Fahrweg entstehen.

Wie bereits einleitend erwähnt, ist es jedoch bedeutsam, dass bei der Aufrechterhaltung und Ausübung von Freizeitaktivitäten Aspekte wie die Ausrichtung an den individuellen Fähigkeiten und Ressourcen, Präferenzen und Vorlieben sowie das Ansprechen der persönlichen Identität Berücksichtigung finden sollten (Tournier et al., 2023). Dies trägt dazu bei, dass solche Aktivitäten vielfältige positive Effekte hervorrufen können. Insgesamt haben unsere Teilnehmenden überwiegend die Förderung des Wohlbefindens, das Erfahren von Wertschätzung sowie Aktivierung als positive Effekte von Freizeitaktivitäten wahrgenommen. Es gibt weitere wissenschaftliche Belege, dass Freizeitaktivitäten im Allgemeinen das Potential zur Aufrechterhaltung eines sinnstiftenden Lebens bieten (Tournier et al., 2023). Sinnstiftende Aktivitäten ermöglichen Menschen mit Demenz, sich auszudrücken (Dupuis et al., 2012), bereiten Freude und Spaß (Roland & Chappell, 2015; Tournier et al., 2023), stärken soziale Verbundenheit (Han et al., 2016b; Roland & Chappell, 2015; Tournier et al., 2023) und Mitwirkung (Dupuis et al., 2012) sowie die Vermittlung der persönlichen Identität (Phinney, Chaudhury, & Oconnor, 2007; Tournier et al., 2023). Des Weiteren gibt es evidenzbasierte Hinweise auf die Vermittlung von Autonomie (Han et al., 2016b; Roland & Chappell, 2015) und Kontinuität des bisherigen Lebensstils (Tournier et al., 2023) sowie für die Förderung des Wohlbefindens (Roland & Chappell, 2015) und die Verbesserung der Gesundheit (Han et al., 2016b; Roland & Chappell, 2015) durch die Aufrechterhaltung und das Ausüben von Freizeitaktivitäten. Darüber hinaus können Freizeitaktivitäten eine kognitive, emotionale und kreative Stimulation bei Menschen mit Demenz bewirken (Tournier et al., 2023). Unsere Ergebnisse entsprechen diesen bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Unsere Befragten nehmen im Wesentlichen eine Förderung des Wohlbefindens und eine Aktivierung z.B. durch das Wecken von Erinnerungen oder die Anregung der Sinne, sowie die Stärkung der sozialen Gesundheit wahr (siehe Tabelle 15).

Tabelle 13 Genannte Häufigkeiten von Freizeitaktivitäten

	Häufigkeit				
	Täglich	Min. 1x/Woche	<1x/ Woche	Mehrmals im Jahr	Keine Angabe
Gärtnern	5,5 Prozent	7,7 Prozent	-	-	82,4 Prozent
Gesellschafts- spiele	6,7 Prozent	32,4 Prozent	-	-	59,0 Prozent
(Vor-) Lesen	31,9 Prozent	15,5 Prozent	-	-	50,9 Prozent
Fernsehen schauen	46,7 Prozent	10,4 Prozent	-	-	37,7 Prozent
Rätseln	10,8 Prozent	13,5 Prozent	-	-	75,7 Prozent
Kulturelle Angebote	-	-	39,5 Prozent	-	58,1 Prozent
Handarbeit	-	10,3 Prozent	-	-	83,8 Prozent
Malen und Zeichnen	-	13,0 Prozent	10,1 Prozent	-	76,8 Prozent
Basteln und Handwerken	-	10,7 Prozent	15,5 Prozent	-	72,6 Prozent
Singen	6,1 Prozent	28,6 Prozent	-	-	62,2 Prozent
Spielen von Mu- sikinstrumenten	-	26,1 Prozent	-	-	63,0 Prozent
Tanzen	-	5,7 Prozent	18,4 Prozent	-	72,4 Prozent
Musik hören	29,7 Prozent	10,9 Prozent	-	-	57,4 Prozent
Halten von Haustieren	41,0 Prozent	-	-	-	53,8 Prozent
Körperliche Aktivität	19,7 Prozent	25,8 Prozent	-	-	53,0 Prozent
Religiöse Aktivitäten	-	14,9 Prozent	25,7 Prozent	-	59,5 Prozent
Zeit in der Natur verbringen	13,2 Prozent	12,4 Prozent	14,9 Prozent	-	59,5 Prozent
Sprechen von Fremdsprachen	-	-	-	-	88,9 Prozent
Urlaub machen	-	-	-	39,6 Prozent	16,7 Prozent

Tabelle 14 Legende zur Einordnung der in Tabelle 15 dargestellten Effekte

Übersicht: Einordnung der dargestellten Effekte

Großes Viereck	> 40 Prozent der Teilnehmenden berichten Effekt
Mittleres Viereck	20 - 39,9 Prozent der Teilnehmenden berichten Effekt
Kleines Viereck	1 – 19,9 Prozent der Teilnehmenden berichten Effekt

Tabelle 15 Wahrgenommene Effekte von Freizeitaktivitäten

	Stärkung sozialer Gesundheit	Förderung des Wohlbefindens	Aktivierung	Entspannung	Erhalten von Ressourcen	Erfahren von Wertschätzung
Gärtnern	◆	◆◆	◆			
Gesellschaftsspiele	◆◆	◆◆	◆			
Lesen	◆	◆	◆	◆		
Fernsehen schauen		◆	◆	◆		
Rätseln		◆◆	◆			
Kulturelle Angebote	◆	◆◆	◆			
Handarbeit		◆◆	◆		◆	
Malen und Zeichnen		◆◆	◆	◆		
Basteln und Handwerken	◆	◆◆	◆			
Singen	◆	◆◆	◆◆			
Spielen von Musikinstrumenten	◆◆	◆◆	◆			
Tanzen	◆	◆◆	◆			
Musik hören		◆◆	◆	◆		
Halten von Haustieren	◆	◆◆	◆			
Körperliche Aktivitäten		◆◆	◆		◆	
Religiöse Aktivitäten		◆	◆			◆
Zeit in der Natur verbringen		◆◆	◆	◆		
Sprechen von Fremdsprachen	◆	◆	◆			



Zusammenfassung

- Zeit in der Natur verbringen, Lesen und das Spielen von Gesellschaftsspielen werden am häufigsten im Rahmen von Freizeitaktivitäten angewendet bzw. empfohlen
- Freizeitaktivitäten sind überwiegend selbst initiiert, können im häuslichen Bereich auch durch Betreuungsdiensten/ Alltagsbegleiter/innen durchgeführt oder ambulant Bestandteil von Tagespflege oder Ergotherapie sein
- Freizeitaktivitäten werden mehrheitlich mindestens einmal pro Woche und teilweise täglich durchgeführt
- Kosten, die bei Freizeitaktivitäten entstehen, werden in Eigenleistung getragen, weitere Finanzierungsmöglichkeiten sind abhängig vom Setting der Inanspruchnahme wie therapeutischen oder dienstleistenden Angeboten im Rahmen der Kranken- oder Pflegeversicherung
- Am häufigsten wurden die Förderung des Wohlbefindens, die Aktivierung und die Stärkung der sozialen Gesundheit als positive Effekte wahrgenommen

3. Haushaltsnahe Aktivitäten

Haushaltsnahe Aktivitäten wie die Zubereitung von Mahlzeiten oder das Waschen von Wäsche sind ein fester Bestandteil des täglichen Lebens vieler Menschen, die routiniert jeden Tag oder in einer wiederkehrenden Gleichmäßigkeit getan werden. Auch wenn diesen Tätigkeiten des Alltags wenig Bedeutung beigemessen und ihnen der Ruf einer gewöhnlichen und zweckmäßigen Pflicht anhängt, wird dabei die Komplexität der Handlungsabläufe und damit einhergehend die Bedeutung für unsere Gesundheit und das Wohlbefinden außeracht gelassen. Haushaltsnahe Aktivitäten umfassen ein breites Spektrum an Aufgaben und das Ausführung bzw. Üben dieser Tätigkeiten kann helfen, diese Fähigkeiten dann länger aufrecht zu erhalten. Zudem können sie mit Anforderungen einhergehen, die mit einem kognitiven Training vergleichbar sind (Daminger, 2019). Die kognitiven Anforderungen bestehen darin, eigene Bedürfnisse zu antizipieren (z.B. Hunger), Optionen zur Erfüllung dieser Bedürfnisse zu identifizieren (z.B. Kochen, Einkaufen), Entscheidungen zu treffen (z.B. Essenszeit, Auswahl an Lebensmittel) und den Verlauf im Blick zu behalten (Daminger, 2019). Außerdem können haushaltsnahe Aktivitäten das Gefühl *sich gebraucht* oder *nützlich zu fühlen* vermitteln. Dieses Empfinden steht im Zusammenhang mit Würde und Selbstwertgefühl (D. L. Gerritsen et al., 2007; Vernooij-Dassen, Leatherman, & Rikkert, 2011) sowie eines sinnstiftenden Lebens (D. L. Gerritsen et al., 2007) und ist somit wichtig für die Lebensqualität und das soziale Wohlbefinden (Byrne-Davis, Bennett, & Wilcock, 2006; D. Gerritsen, Steverink, Ooms, & Ribbe, 2004). Demenzen führen in ihrem Verlauf zu dem Verlust von Fähigkeiten in vielen Bereichen der Alltagsgestaltung. Dementsprechend werden Menschen mit Demenz zunehmend abhängig von der Unterstützung von An- und Zugehörigen und Dienstleister/innen. Regelmäßige Tätigkeiten wie haushaltsnahe Aktivitäten können dazu motivieren, weiterhin aktiv zu sein, eben besonders deshalb weil es vertraute und routinierte Handlungsabfolgen, die eine leichte erreichbare Form der körperlichen Aktivität mit sich bringen (Koblinsky, Meusel, Greenwood, & Anderson, 2021). Demgemäß können solche Aktivitäten als Ausdruck von Kompetenz für Menschen mit Demenz bedeutend sein (Aminzadeh, Dalziel, Molnar, & Garcia, 2010).

Am häufigsten wird laut Angaben unserer Befragten im Bereich der haushaltsnahen Aktivitäten das Zubereiten von Mahlzeiten (73,1 Prozent), die Reinigung des Haushalts (64,9 Prozent) sowie das Backen (59,7 Prozent) empfohlen oder angewendet. Weitere 42,5 Prozent der Befragten sprachen sich für die Einbindung von Menschen mit Demenz beim Waschen von Wäsche und lediglich 26,1 Prozent für die Mitwirkung bei der Reparatur von Gegenständen aus. Frühere Studien haben gezeigt, dass Menschen mit Demenz mit Fortschreiten des Verlaufs Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsaktivitäten haben, insbesondere mit mehrstufigen Aufgaben (Aretouli & Brandt, 2010; Wherton & Monk, 2010). In unserer Befragung berichteten die Teilnehmenden, dass sie zum einen Handlungsabfolgen einer haushaltsnahen Aktivität in einzelne Teilschritte zerlegen und Menschen mit Demenz je nach Ressourcen und Interesse mitwirken. So erfolgt die Einbindung dann z.B. beim Rühren des Teiges für den Kuchen oder Zusammenlegen der Wäsche nach dem Waschen. Zum anderen werden Aufgaben erleichtert, z.B. dass keine aufwendigen Gerichte gekocht, dafür eher Salate oder einfache Gerichte zubereitet werden. Hierbei liegt eine besondere Verantwortung bei den An- und Zugehörigen sowie den Akteur/Innen in der Versorgung und Begleitung. Denn damit auch Menschen in späteren Stadien der Demenz in haushaltsnahe Aktivitäten eingebunden werden, ist eine weitere Person für die Organisation und die Begleitung in der Situation erforderlich (W. Jansson, Nordberg, & Grafström, 2001; Majlesi & Ekström, 2016). Hierbei sind ein angemessener Umgang essentiell, um Möglichkeiten der Mitwirkung für Menschen mit Demenz trotz zunehmender Schwierigkeiten bei alltäglichen Aktivitäten zu erkennen. Dadurch werden Menschen mit Demenz befähigt, ein/e aktiver Mitwirkende/r im Alltag zu sein, indem er/sie noch vorhandene Fähigkeiten und Wissen anwendet, z.B. wie man einen Teller abtrocknet, wie man einen Pullover zusammenlegt oder wo die Eier gelagert werden, die in den Teig kommen (Hydén, 2014; G. Jansson & Plejert, 2014; Majlesi & Ekström, 2016; Vikström, Josephsson, Stigsdotter-Neely, & Nygård, 2008).

Die Ernährung von Menschen mit Demenz stellt eine komplexe Herausforderung dar. Dabei ist wichtig zu betonen, dass sich durch die Demenzsymptomatik und den Krankheitsverlauf ernährungsbezogene Bedürfnisse kontinuierlich verändern und individuell sind (Ball et al., 2015; Perl & Roller-Wirnsberger, 2019). So sind Menschen mit Demenz, ihre An- und Zugehörigen sowie Akteur/innen in der Demenzversorgung mit Problematiken wie z.B. ungewollten Gewichtsverlust (Perl & Roller-Wirnsberger, 2019; Volkert, 2017; Zauner & Windhager, 2015), Verlust eines Sättigungs- oder Hungergefühls (Ebberts, 2020) oder fehlende Konzentration auf das Essen (Perl & Roller-Wirnsberger, 2019; Volkert, 2017; Zauner & Windhager, 2015) konfrontiert. Die Ergebnisse der Befragung unterstreichen, dass für viele eine ausgewogene und gesunde Ernährungsweise von Menschen mit Demenz bedeutend ist und nannten Ernährungsstrategien wie die Integration von mehr Obst und Gemüse, Fisch, weniger Fleisch und Süßes. Auch die Einhaltung einer mediterranen Ernährung, die von Vollkornprodukte, Obst und Gemüse, Hülsenfrüchte, Fisch und Olivenöl sowie wenig Milchprodukte gekennzeichnet ist, wurde thematisiert. Es gibt wissenschaftliche Hinweise, dass die mediterrane Ernährungsweise für ein langsames Fortschreiten einer Demenz förderlich ist (Sliwiska & Jeziorek, 2021). Weiterhin wurde der Einsatz von Fingerfood durch Befragte genannt. Hierbei werden mundgerechte Portionen, die mit den Fingern gegriffen und gegessen werden können vorbereitet. Somit werden Menschen mit Bewegungsdrang, Unruhe und die, die Fähigkeit verloren haben, mit Besteck zu essen zu selbstständigem Essen motiviert, die Sinne angeregt und eine Nahrungsaufnahme im Gehen ermöglicht (Perl & Roller-Wirnsberger, 2019; Volkert, 2017). Auch das Anbieten von hochkalorischer und pürierter Kost wurde thematisiert. Pürierte Kost wird bei Kau- und Schluckstörungen angeboten. In diesem Zusammenhang sollte auf sensorische Eigenschaften wie Aussehen, Geruch, Geschmack und das Anrichten der Speisen geachtet werden, da eine Ansprache der Sinne während des Krankheitsverlaufes noch lange möglich ist und auch für die Akzeptanz konsistenzmodifizierter Speisen eine Rolle spielt (Volkert, 2017). Eine Anreicherung der Mahlzeiten mit gehaltvollen Lebensmitteln wie Eier, Sahne, Käse etc. kann unterstützend für die Zunahme des Körpergewichts sein (Ebberts, 2020; Perl & Roller-Wirnsberger, 2019; Volkert, 2017).

In unserer Befragung wurden haushaltsnahe Aktivitäten in der Mehrheit privat durch Menschen mit Demenz und ihren An-/Zugehörigen angeboten und initiiert (siehe Tabelle 16). Die Zubereitung von Mahlzeiten und das Backen scheint in anderen Settings der Demenzversorgung eine bevorzugte als effektiv wahrgenommene Aktivität zu sein, da für diese Aktivitäten am häufigsten verschiedene Anbieter/innen genannt wurden. Laut den Ergebnissen unserer Befragung ist lediglich die Reparatur kaputter Gegenstände eine Aktivität, die vornehmlich im häuslichen Umfeld durchgeführt wird.

Tabelle 16 Genannte Anbieter/innen haushaltsnaher Aktivitäten

	Anbieter/innen				
	<i>Privat</i>	<i>Pflegeeinrichtungen</i>	<i>Ambulante Betreuungsdienste/-personen</i>	<i>Ergotherapeut/innen</i>	<i>Keine Angabe</i>
Zubereiten von Mahlzeiten	52,0 Prozent	11,2 Prozent	13,3 Prozent	8,2 Prozent	15,3 Prozent
Backen	41,2 Prozent	10,0 Prozent	18,7 Prozent	7,5 Prozent	21,2 Prozent
Wäsche waschen	56,1 Prozent	-	8,8 Prozent	-	26,3 Prozent
Reinigen des Haushaltes	47,1 Prozent	11,5 Prozent	13,8 Prozent	-	20,7 Prozent
Reparatur kaputter Gegenstände	42,9 Prozent	-	-	-	37,1 Prozent
Ernährung	53,2 Prozent	24,7 Prozent	-	-	14,3 Prozent

Die am häufigsten genannte Art der Finanzierung der dargestellten haushaltsnahen Aktivitäten ist Eigenleistung durch Menschen mit Demenz sowie ihre An- und Zugehörigen (siehe Tabelle 17). Dabei ist wichtig zu bemerken, dass Teilnehmende berichteten, nicht nur Lebensmittel, Utensilien etc. privat zu finanzieren, sondern zum Teil auch ehrenamtliche Personen oder Betreuungskräfte, die diese Tätigkeiten mit Menschen mit Demenz ausführen. Wenn Pflegeeinrichtungen wie Tagespflegen oder stationäre Pflegeeinrichtungen solche Angebote anbieten, ist dies meist nicht mit weiteren Kosten für die Teilnehmer/innen verbunden. Haushaltsnahe Aktivitäten können auch Bestandteil einer ambulanten Ergotherapie sein. Hierbei gaben Teilnehmende an, das therapeutische Angebot über eine ärztliche Verordnung zu finanzieren. Weiterhin können Tätigkeiten haushaltsnaher Aktivitäten Teil einer medizinischen Rehabilitation oder während eines Krankenhausaufenthaltes angewendet sein, z.B. als Bestandteil einer stationären Ergotherapie oder stationsbezogenes Konzept. Solche Aufenthalte werden in der Regel durch die Krankenversicherung getragen. Patient/innen werden dann beispielsweise einbezogen, den Tisch zu decken/abzuräumen oder in die Zubereitung von einfachen Mahlzeiten involviert. Haushaltsnahe Aktivitäten können ein Angebot von Besuchs- und Begleit-, Betreuungsdiensten sein, deren Mitarbeitende dann Tätigkeiten mit Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit gemeinsam ausführen. Diese Dienste können, wie im Kapitel der sozialen Einbindung dargelegt, unter den richtigen Umständen als Leistung der Pflegeversicherung bspw. als Verhinderungspflege oder den Entlastungsbetrag finanziert werden (§§ 39, 45a, b SGBXI). Voraussetzung ist ein Pflegegrad.

Tabelle 17 Genannte Finanzierung haushaltsnaher Aktivitäten

	Finanzierung				
	Privat	Inkl. Leistung von Pflegeeinrichtungen	Ärztliche Verordnung	Leistungen der Pflege-/Krankenversicherung	Keine Angabe
Zubereiten von Mahlzeiten	43,9 Prozent	20,4 Prozent	7,1 Prozent	7,1 Prozent	20,4 Prozent
Backen	30,0 Prozent	22,5 Prozent	8,7 Prozent	7,5 Prozent	20,4 Prozent
Wäsche waschen	38,6 Prozent	-	-	-	42,1 Prozent
Reinigen des Haushaltes	36,8 Prozent	17,2 Prozent	6,9 Prozent	6,9 Prozent	31,0 Prozent
Reparatur kaputter Gegenstände	48,6 Prozent	-	-	-	37,1 Prozent
Ernährung	45,4 Prozent	18,2 Prozent	12,9 Prozent	-	22,1 Prozent

Es wurde durch die Teilnehmenden im Bereich der haushaltsnahen Aktivitäten eine Anwendungshäufigkeit von täglich bis mindestens einmal wöchentlich berichtet (siehe Tabelle 18). Dies deutet eine Tendenz zur regelmäßigen Anwendung an. Abgesehen davon, dass diese Tätigkeiten für gewöhnlich mit dieser Regelmäßigkeit in einem Haushalt anfallen, können sie auch zur Strukturierung des Tages-, Wochen- und Jahresablauf beitragen und Kontinuität vermitteln.

Studien zeigen, dass haushaltsnahe Aktivitäten verschiedene positive Effekte auf Menschen mit Demenz hervorrufen können. Es wird über positive Auswirkungen auf das subjektive Wohlbefinden, das Selbstwertgefühl, das Selbstverständnis und die Autonomie (Hydén, 2014; Phinney et al., 2007; Van Vliet et al., 2017) sowie das Gefühl sich nützlich oder gebraucht zu fühlen (Van Vliet et al., 2017) berichtet. Wie bereits einleitend erwähnt, ist an dieser Stelle nochmals hervorzuheben, dass sich nützlich oder gebraucht zu fühlen, wesentlich für Menschen mit Demenz ist, da es zum einen bedeutet *für andere hilfreich sein zu können* und das Bedürfnis nach Gegenseitigkeit erfüllt (D. L. Gerritsen et al., 2007; Van Vliet et al., 2017; Vernooij-Dassen et al., 2011). Zum anderen geht dieses Gefühl mit einer sinnhaften und zielgerichteten Aktivität einher, Zeit zu verbringen und nach eigenem Ermessen zu handeln zu können (Van Vliet et al., 2017). Unsere Ergebnisse stimmen überwiegend mit den bisherigen Studienergebnissen überein. Die Teilnehmenden der Befragung nehmen neben der Stärkung der sozialen Gesundheit und der Förderung des Wohlbefindens noch eine weitere positive Wirkungsweise wahr: den Erhalt von Ressourcen durch die regelmäßige Anwendung von haushaltsnahen Aktivitäten (siehe Tabelle 20).

Tabelle 18 Genannte Häufigkeiten haushaltsnaher Aktivitäten

	Häufigkeit			
	<i>Täglich</i>	<i>Min. 1x /Woche</i>	<i>Anlassbezogen/ bei Bedarf</i>	<i>Keine Angabe</i>
Zubereiten von Mahlzeiten	26,5 Prozent	13,3 Prozent	-	56,1 Prozent
Backen	8,7 Prozent	15,0 Prozent	-	65,0 Prozent
Wäsche waschen	10,5 Prozent	8,8 Prozent	-	80,7 Prozent
Reinigen des Haushaltes	22,9 Prozent	9,2 Prozent	-	66,7 Prozent
Reparatur kaputter Gegenstände	-	-	82,8 Prozent	17,1 Prozent
Ernährung	72,7 Prozent	-	-	25,9 Prozent

Tabelle 19 Legende zur Einordnung der in Tabelle 20 dargestellten Effekte

Übersicht: Einordnung der dargestellten Effekte

Großes Viereck	> 40 Prozent der Teilnehmenden berichten Effekt
Mittleres Viereck	20 - 39,9 Prozent der Teilnehmenden berichten Effekt
Kleines Viereck	1 – 19,9 Prozent der Teilnehmenden berichten Effekt

Tabelle 20 Wahrgenommene Effekte haushaltsnaher Aktivitäten

	Stärkung sozialer Gesundheit	Förderung des Wohlbefindens	Erhalten von Ressourcen	Aktivierung
Zubereiten von Mahlzeiten				
Backen				
Wäsche waschen				
Reinigung des Haushaltes				
Reparieren kaputter Gegenstände				
Ernährung				

Zusammenfassung

- Kochen, Reinigung des Haushaltes und Backen werden am häufigsten im Bereich haushaltsnahe Aktivitäten angewendet bzw. empfohlen
- Haushaltsnahe Aktivitäten sind überwiegend selbst initiiert, können aber auch Bestandteil von ambulanter Ergotherapie und Betreuungsdiensten/ Alltagsbegleiter/innen sowie Tagespflegen sein
- Haushaltsnahe Aktivitäten werden täglich bis mindestens einmal wöchentlich durchgeführt
- Kosten, die bei haushaltsnahen Aktivitäten entstehen, werden in Eigenleistung getragen, weitere Finanzierungsmöglichkeiten sind abhängig vom Setting der Inanspruchnahme von therapeutischen oder dienstleistenden Angeboten im Rahmen der Kranken- oder Pflegeversicherung
- Am häufigsten wurde die Erhaltung von Ressourcen, die Förderung des Wohlbefindens und die Stärkung der sozialen Gesundheit als positive Effekte wahrgenommen

4. Diskussion zur Wichtigkeit nicht-medizinischer Maßnahmen

Wie in den vorherigen Absätzen bereits betont, zählen nicht-medizinische Maßnahmen zu einer wichtigen Säule in der Behandlung von Menschen mit Demenz (Tible, Riese, Savaskan, & von Gunten, 2017), da die Möglichkeiten einer medikamentösen Behandlung begrenzt sind (Retzlik & Jessen, 2016). Neben fehlenden Nebenwirkungen, übertreffen nicht-medizinische Maßnahmen die medikamentösen Therapien teilweise in ihrer positiven Wirkungsweise und sollten dementsprechend Vorrang vor medikamentösen Behandlungen haben (Schall et al., 2022; Tible et al., 2017). Auf die Fragen hin, welche nicht-medizinische Maßnahmen am effektivsten sind, nahmen unsere Befragten grundsätzlich soziale Einbindung und Interaktion als die wichtigste Maßnahme war. Eine Übersicht gibt Tabelle 21.

Tabelle 21 Übersicht der TOP 3 wichtiger nicht-medizinischer Maßnahmen

Wichtige Maßnahmen zur/bei ...		
Förderung des Wohlbefindens	1. Soziale Interaktion	40,3 Prozent
	2. Nachgehen können von Interessen	19,4 Prozent
	3. Bewegung	18,7 Prozent
Verzögerung des kognitiven Abbaus	1. Soziale Interaktion	31,3 Prozent
	2. Bewegung	23,1 Prozent
	3. Kognitives Training	21,6 Prozent
Herausforderndem Verhalten	1. Soziale Interaktion	36,6 Prozent
	2. Ermitteln des Auslösers	20,9 Prozent
	3. Ruhe vermitteln	15,7 Prozent
Schlafproblemen	1. Ausreichende Aktivitäten am Tag	27,6 Prozent
	2. Strukturierter Tagesablauf	18,7 Prozent
	3. Bewegung	17,2 Prozent
Bewegungsdrang	1. Ermöglichen von Bewegung	51,5 Prozent
	2. Situative Begleitung	8,2 Prozent
	3. Bewegung in gesicherten Arealen	7,5 Prozent
Depressiven Symptomen	1. Soziale Interaktion	41,0 Prozent
	2. Bewegung	15,7 Prozent
	3. sinnstiftende Beschäftigung	12,7 Prozent
Orientierungsschwierigkeiten	1. Schilder/ Beschriftung	38,1 Prozent
	2. Situative Begleitung	26,1 Prozent
	3. Kalender/Uhren sichtbar anbringen	16,4 Prozent

Für das Wohlbefinden: Unsere Ergebnisse stellen sozialer Einbindung und das Ausüben können individueller Interessen als die wichtigsten Maßnahmen für das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz heraus. Durch das Fehlen eines Heilmittels bei Demenzen hat besonders die Erzielung von Wohlbefinden durch nicht-medizinische Maßnahmen eine hohe Priorität (Livingston et al., 2020). Es gibt viele wissenschaftliche Belege dafür, dass Wohlbefinden durch verschiedenste nicht-medizinische Maßnahmen, z.B. kreative und musikalische (Beard, 2012; Kent & Li, 2013; Pantel, 2022), naturbezogene (Bratman et al., 2012; Frumkin et al., 2017) Maßnahmen, körperliche Aktivität (Brett, Traynor, & Stapley, 2016; Marquez et al., 2020; Pantel, 2022), etc. erreicht werden kann. Zu sozialer Einbindung ist die Evidenzlage noch sehr dünn, aber da viele unsere Befragten dies betonen, sollten positive soziale Interaktionen Berücksichtigung finden.

Gegen den kognitiven Abbau: Kognitiver Abbau ist das Hauptsymptom einer Demenz. Nach Auffassung unserer Befragten sind soziale Einbindung und Interaktion besonders relevant, um die kognitive Leistungsfähigkeit bei Menschen mit Demenz zu verzögern. Weiterhin nahmen sie kognitive und körperliche Aktivität als unterstützend war, Ansichten die durch Studienergebnisse gestützt werden (Lautenschlager, Anstey, & Kurz, 2014; Rodriguez, Ross, & Spilski, 2019; Roland & Chappell, 2015; Ruthirakuhan et al., 2012). Insbesondere die Kombination aus kognitiv anregenden, körperlichen und sozialen Aktivitäten mit gesundheitsfördernden Verhaltensweisen wie z.B. Ernährung und Schlafhygiene kann positive Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit haben (Chalfont, Milligan, & Simpson, 2020).

Bei herausfordernden Verhaltensweisen: Menschen mit Demenz können eine Vielzahl an Verhaltensweisen entwickeln, die durch ihr Umfeld als problematisch wahrgenommen werden, beispielsweise affektive, psychotische und verhaltensbezogene Symptome wie lautes Rufen oder wiederholende Bewegungen (Cerejeira, Lagarto, & Mukaetova-Ladinska, 2012; Halek, 2023; Tampi & Jeste, 2022). Die Ursachen und Risikofaktoren dafür sind vielfältig und werden in der Regel nach personenbezogenen (z.B. Aspekte der Persönlichkeit, der Biografie, persönliche Lebenssituation), das Umfeld betreffende (persönliche Beziehungen) und räumliche Faktoren (Umgebungsreize) unterschieden (Halek, 2023). Dementsprechend war eine der drei häufig bezeichneten Maßnahmen unserer Befragten die Ermittlung des Auslösers. Als wichtigste nicht- medizinische Maßnahme wird die Einbindung in soziale Interaktionen von unseren Befragten benannt. Dies wird in bisherigen wissenschaftlichen Studien durch individuelle und sinnstiftende Aktivitäten mit der Möglichkeiten zur Beteiligung und Selbstbestimmung belegt, welche herausfordernde Verhaltensweisen reduzieren (Han, Radel, McDowd, & Sabata, 2016a; Scales, Zimmerman, & Miller, 2018; Trahan, Kuo, Carlson, & Gitlin, 2014). Mehr Forschungsstudien sind notwendig, um das Potential sozialer Interaktionen zu ermitteln. Weiterhin können Angehörigenbasierten Verfahren (z.B. Schulungs- und Unterstützungsprogramme für An- und Zugehörige) (Deuschl & Maier, 2016; Halek, 2023; Spector, Orrell, & Goyder, 2013), körperliche Aktivität (Deuschl & Maier, 2016; Heyn, Abreu, & Ottenbacher, 2004; Pantel, 2022), Kommunikationsansätze wie Validation (O'Neil et al., 2011; Schumann, 2018), und musikalische Maßnahmen (Kratz, 2017; Pantel, 2022) herausforderndes Verhalten verringern.

Bei Schlafproblemen: Schlafprobleme äußern sich in nächtlichen Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, übermäßiger Tagesschläfrigkeit und eine Zunahme des Sun-Downing- Syndroms (Bartfay, Stewart, Bartfay, & Papaconstantinou, 2019). Als wichtigste Maßnahme bei Schlafproblemen wird von unseren Befragten ausreichende und angemessene Aktivitäten über den Tag, Bewegung bzw. körperliche Aktivität sowie die Strukturierung des Tages als unterstützend wahrgenommen. Ergebnisse aus Studien betonen, dass besonders die Kombination von Tageslicht mit körperlichen und sozialen Aktivitäten sowie Maßnahmen der Schlafhygiene sich positiv auf Schlafstörungen auswirken (Gibson, Dowell, Jones, & Gander, 2021; Ooms & Ju, 2016; Richards et al., 2011). Wissenschaftliche Ergebnisse deuten auch an, dass das Festlegen täglicher Zeiten für das Zubettgehen und Aufstehen, die Beschränkung auf ein kurzen Schläfchens im Laufe des Tages (Cipriani, Lucetti, Danti, & Nuti, 2015), eine individuelle Schlafroutine/-rituale sowie eine schlaffördernde Umgebung (z.B. Verdunkeln des Schlafzimmers, ruhige Umgebung, kein Fernsehen im Bett) (Ooms & Ju, 2016) Schlafprobleme beheben könnten. Weiterhin sind auch positive Effekte durch naturbezogene Aktivitäten wissenschaftlich erforscht (Blake & Mitchell, 2016; Bratman et al., 2012; Evans et al., 2019; Frumkin et al., 2017).

Bei Bewegungsdrang: Studien zeigen, dass Bewegungsdrang vor allem ein Ausdruck (unerfüllte) Bedürfnisse ist (Adekoya & Guse, 2019; MCLEAN, 2007; Moser, 2019). Dementsprechend können die Ursachen vielfältig sein, z.B. eine Reaktion auf Hunger, Schmerzen (Mangini & Wick, 2017), Stress (Barrett, Bulat, Schultz, & Luther, 2018), der Suche nach vertrauten Personen oder Orten, das Bedürfnis eine frühere Rolle einzunehmen (Adekoya & Guse, 2019). Sowohl unsere Befragten als auch weitere wissenschaftliche Erkenntnisse (Neubauer, Azad-Khaneghah, Miguel-Cruz, & Liu, 2018; Scherder, Bogen, Eggermont, Hamers, & Swaab, 2010; Wang et al., 2022; White, Montgomery, & McShane, 2010) heben hervor, dass Strategien die Bewegung ermöglichen, zielführend sind. Unsere Befragten

berichteten weiterhin von positiven Wirkungen auf den Bewegungsdrang durch das Einbinden in individuelle sinnstiftende Beschäftigung, soziale Interaktion und Spaziergänge. Forschungsergebnisse stützen diese Beobachtungen (Andrews, 2017; Neubauer et al., 2018; Wang et al., 2022). Das regelmäßige Bewegung kann durch Begleitung bzw. durch den Einsatz von tragbaren GPS- Geräten oder Überwachungstechnologien, für das schnelle Auffinden einer Person mit Demenz, ermöglicht werden (Dimitriou et al., 2022; Moser, 2019; Neubauer et al., 2018).

Bei depressiver Verstimmung: Depressive Symptome können körperliche (z.B. schlechter Appetit, Schlafstörungen) oder verhaltensbezogene (z.B. traurige Stimmung, Interessenlosigkeit) Aspekte beinhalten (Baharudin, Din, Subramaniam, & Razali, 2019; Fauth & Gibbons, 2014). Die wissenschaftliche Literatur befürwortet, dass Menschen mit Demenz und Depressionen nicht-medizinische Maßnahmen ausprobieren (Gutzmann & Qazi, 2015; Kitching, 2015). Unsere Befragten empfinden insbesondere soziale Interaktionen als förderlich bei Menschen mit Demenz und Depression. Weiterhin wurden Bewegung, sowie sinnstiftende und interessensbezogene Aktivitäten als wirkungsvolle Maßnahmen bei Depressionen benannt. Wissenschaftliche Evidenz belegt dies sowohl für Bewegung (Abd El-Kader & Al-Jiffri, 2016; Williams & Tappen, 2008), soziale Interaktion (Bruvik, Allore, Ranhoff, & Engedal, 2013) als auch für Bewegung kombiniert mit sozialer Interaktion (Vreugdenhil, Cannell, Davies, & Razay, 2012). Weiterhin wurden in Studien auch positive Einflüsse von Massagen und Berührung (Margenfeld, Klocke, & Joos, 2019), interessensbezogener Beschäftigung (Gitlin et al., 2021; Gitlin et al., 2008), Aktivitäten zur Erinnerung (Chang & Lee, 2006; Lök, Bademli, & Selçuk-Tosun, 2019), naturbezogene Aktivitäten (Bratman et al., 2012; Frumkin et al., 2017), künstlerische (De Medeiros & Basting, 2014) und musikalische Aktivitäten (Lin et al., 2011; Petrovsky, Cacchione, & George, 2015) auf depressive Symptome (meist aber nicht für schwere Depressionen) feststellt.

Bei Orientierungsschwierigkeiten: Schwierigkeiten der räumlichen, örtlichen und zeitlichen Orientierung können bereits in einem frühen Stadium der Demenz auftreten. Unsere Ergebnisse in Bezug auf wichtige nicht-medizinischen Maßnahmen bei Orientierungsschwierigkeiten zeigen, dass der Fokus dieser Maßnahmen auf der Verbesserung der Sicherheit oder der Unterstützung von Alltagsfunktionen liegt. So werden im Alltag Hinweise gegeben, z.B. durch immer wiederkehrendes Erklären der Situation, Beschriftung oder Kennzeichnung der Umgebung mit Symbolen, dem Einhalten einer festen Ordnung in der Häuslichkeit oder der Einsatz von Technologien. Studien weisen zusätzlich darauf hin, dass gute Ausleuchtung von Wohnräumen, eine gezielte Platzierung von wichtigen Gegenständen und die Bebilderung von Schränken und Gegenständen hilfreich sein kann (Gitlin, Corcoran, Winter, Boyce, & Hauck, 2001; Gitlin, Hauck, Dennis, & Winter, 2005; Gitlin, Winter, Dennis, Hodgson, & Hauck, 2010; Knoll, Kremer, Reitinger, Pichler, & Egger, 2017). Individuelle Herangehensweisen wie das Üben von Wegen, Begleitung auf Wegen sowie die Vereinfachung der räumlichen Umgebung (Knoll et al., 2017) und Technologien wie GPS- Tracker, digitale Uhren, Smartphones und Apps können Menschen mit Demenz bei Orientierungsschwierigkeiten unterstützen und deren Unabhängigkeit fördern (Chaurasia et al., 2016; Knoll et al., 2017). Dabei werden nicht alle Maßnahmen gleichermaßen als unterstützend wahrgenommen und sind abhängig von der Perspektive und Lebenssituation des einzelnen Menschen (Kamimura, Ishiwata, & Inoue, 2012).

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse unserer Studie geben Hinweise auf die Bedeutung nicht-medizinischer Maßnahmen in der Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz. Akteur/innen, Angehörige und Menschen mit Demenz selbst stellten positive Auswirkungen nicht-medizinischer Maßnahmen im Bereich der sozialen Einbindung, Freizeitaktivitäten und haushaltsnahe Aktivitäten fest. Die Vielfalt der genannten Maßnahmen zeigt, dass nicht-medizinische Maßnahmen individuell nach Bedürfnissen, Vorlieben und Ressourcen ausgerichtet angewendet werden und von einer passiven Teilnahme (z.B. Verweilen in der Natur) bis hin zu einer aktiven (z.B. Gartenarbeit verrichten) Beteiligung reicht.

Als insgesamt effektivste Methode, um das Wohlbefinden zu stärken, den kognitiven Abbau zu verzögern, herausforderndes Verhalten und depressive Symptome zu reduzieren, werden Maßnahmen der sozialen Einbindung und Interaktion (z.B. regelmäßige Telefonate, Besuche, Ausflüge) genannt. Die Anwendung dieser erfordert in der Regel jedoch Eigeninitiative der Beteiligten, so dass es essentiell ist, ein Bewusstsein für die Relevanz sozialer Maßnahmen zu schaffen.

Freizeitaktivitäten wie Zeit in der Natur verbringen, Lesen und das Spielen von Gesellschaftsspielen sowie eine aktive Beteiligung an haushaltsnahen Aktivitäten wie Kochen, Reinigung des Haushaltes und Backen können, laut Angaben unserer Befragten, zur Förderung des Wohlbefindens und Aktivierung beitragen. Des Weiteren können diese Aktivitäten unterstützend für die Stärkung der sozialen Gesundheit sein, wenn sie gemeinsam mit anderen Personen durchgeführt werden. Haushaltsnahe Aktivitäten werden auch als sinnvoll für das Erhalten von Ressourcen angesehen. Die von unseren Befragten subjektiv berichteten Wirkungen müssen nicht allen möglichen positiven Effekten entsprechen, die erzielt werden können. Dafür sind wissenschaftliche Effektivitätsstudien notwendig, von denen die bereits existierenden Studien insgesamt positive Auswirkungen bestätigen.

Da die ermittelten Maßnahmen vergleichsweise einfach umzusetzen und in der Regel mit geringen finanziellen Mitteln und Ressourcen durchgeführt werden können, sind sie besonders unkompliziert in der Häuslichkeit anzuwenden. Vor dem Hintergrund, dass Menschen mit Demenz im Verlauf ihrer Demenzen irgendwann sehr wahrscheinlich nicht mehr in der Lage sein werden, ihre Aktivität selbst zu initiieren, hängt die Möglichkeit der Umsetzung bzw. Teilnahme an nicht-medizinischen Maßnahmen von der Anpassungsfähigkeit des sozialen Umfeldes ab. Angehörige, Pflegende, Alltagsbegleiter/innen, Mitarbeiter/innen von Betreuungsdiensten, Tagespflegen oder Pflegeheimen beispielsweise können Menschen mit Demenz aktiv bei ihrer Alltagsgestaltung unterstützen. Denn trotz der persönlichen Veränderung mit einer schwereren Demenz, können Menschen mit Demenz fähig sein, personalisierte und an ihre Fähigkeiten ausgerichtete Aktivitäten durchzuführen.

Die in diesem Bericht bereitgestellten Ergebnisse sollen dazu beitragen, dass Akteur/innen in der Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz Kenntnisse über nicht-medizinische Maßnahmen haben. Auch Ärzt/innen können mit ihren Patient/innen und deren Angehörigen über Möglichkeiten nicht-medizinischer Maßnahmen sprechen und ggf. an entsprechende Beratungsstellen verweisen. Politische Entscheidungsträger/innen können helfen, Betroffene sowie ihre An- und Zugehörigen aufzuklären, Strukturen für die Umsetzung bereitzustellen und weitere Finanzierungsmöglichkeiten für Alltagsbegleiter/innen und Besuchs- oder Betreuungsdiensten, die effektive nicht-medizinische Maßnahmen mit Menschen mit Demenz umsetzen, zu schaffen. Dies gilt besonders auch für das Frühstadium einer Demenz, wenn noch kein oder nur ein niedriger Pflegegrad vorliegt (Ziegert, Ross, & Rodriguez, 2022).

Literaturverzeichnis

- Abd El-Kader, S. M., & Al-Jiffri, O. H. (2016). Aerobic exercise improves quality of life, psychological well-being and systemic inflammation in subjects with Alzheimer's disease. *Afr Health Sci*, *16*(4), 1045-1055. doi:10.4314/ahs.v16i4.22
- Adekoya, A. A., & Guse, L. (2019). Wandering behavior from the perspectives of older adults with mild to moderate dementia in long-term care. *Research in gerontological nursing*, *12*(5), 239-247.
- Aminzadeh, F., Dalziel, W. B., Molnar, F. J., & Garcia, L. J. (2010). Meanings, Functions, and Experiences of Living at Home: for Individuals with Dementia at the Critical Point of Relocation. *Journal of Gerontological Nursing*, *36*(6), 28-35.
- Andrews, J. (2017). "Wandering" and dementia. *British Journal of Community Nursing*, *22*(7), 322-323.
- Arcoverde, C., Deslandes, A., Moraes, H., Almeida, C., Araujo, N. B. d., Vasques, P. E., . . . Laks, J. (2014). Treadmill training as an augmentation treatment for Alzheimer's disease: a pilot randomized controlled study. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, *72*, 190-196.
- Aretouli, E., & Brandt, J. (2010). Everyday functioning in mild cognitive impairment and its relationship with executive cognition. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, *25*(3), 224-233.
- Baharudin, A. D., Din, N. C., Subramaniam, P., & Razali, R. (2019). The associations between behavioral-psychological symptoms of dementia (BPSD) and coping strategy, burden of care and personality style among low-income caregivers of patients with dementia. *BMC public health*, *19*(4), 1-12.
- Ball, L., Jansen, S., Desbrow, B., Morgan, K., Moyle, W., & Hughes, R. (2015). Experiences and nutrition support strategies in dementia care: Lessons from family carers. *Nutrition & Dietetics*, *72*(1), 22-29.
- Barrett, B., Bulat, T., Schultz, S. K., & Luther, S. L. (2018). Factors associated with wandering behaviors in Veterans with mild dementia: a prospective longitudinal community-based study. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, *33*(2), 100-111.
- Bartfay, E., Stewart, P., Bartfay, W., & Papaconstantinou, E. (2019). *Is there an association between physical activity and sleep in community-dwelling persons with dementia: An exploratory study using self-reported measures?* Paper presented at the Healthcare.
- Basting, A. D., & Killick, J. (2003). *The arts and dementia care: A resource guide*: National Center for Creative Aging.
- Beard, R. L. (2012). Art therapies and dementia care: A systematic review. *Dementia*, *11*(5), 633-656.
- Bickel, H. (2020). Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Informationsblatt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz.
- Birt, L., Griffiths, R., Charlesworth, G., Higgs, P., Orrell, M., Leung, P., & Poland, F. (2020). Maintaining social connections in dementia: A qualitative synthesis. *Qualitative Health Research*, *30*(1), 23-42.
- Birt, L., Poland, F., Csipke, E., & Charlesworth, G. (2017). Shifting dementia discourses from deficit to active citizenship. *Ageing, Dementia and the Social Mind*, 24-36.
- Blake, M., & Mitchell, G. (2016). Horticultural therapy in dementia care: A literature review. *Nursing Standard (2014+)*, *30*(21), 41.
- Blotenberg, I., Hoffmann, W., & Thyrian, J. R. (2023). Dementia in Germany: Epidemiology and prevention potential. *Deutsches Ärzteblatt International*, *120*(27-28), 470.
- Bratman, G. N., Hamilton, J. P., & Daily, G. C. (2012). The impacts of nature experience on human cognitive function and mental health. *Annals of the New York academy of sciences*, *1249*(1), 118-136.
- Brett, L., Traynor, V., & Stapley, P. (2016). Effects of physical exercise on health and well-being of individuals living with a dementia in nursing homes: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, *17*(2), 104-116.
- Bruvik, F. K., Allore, H. G., Ranhoff, A. H., & Engedal, K. (2013). The effect of psychosocial support intervention on depression in patients with dementia and their family caregivers: an assessor-blinded randomized controlled trial. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*, *3*(1), 386-397. doi:10.1159/000355912

- Bundesministerium für Familien, S., Frauen und Jugend; . (2020). Nationale Demenzstrategie.
- Byrne-Davis, L., Bennett, P., & Wilcock, G. (2006). How are quality of life ratings made? Toward a model of quality of life in people with dementia. *Quality of Life Research*, *15*(5), 855-865.
- Cass, S. P. (2017). Alzheimer's disease and exercise: a literature review. *Current sports medicine reports*, *16*(1), 19-22.
- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in neurology*, *3*, 73.
- Chalfont, G., Milligan, C., & Simpson, J. (2020). A mixed methods systematic review of multimodal non-pharmacological interventions to improve cognition for people with dementia. *Dementia*, *19*(4), 1086-1130.
- Chang, W., & Lee, J. M. (2006). The effect of group reminiscence therapy on depression, quality of life and social behavior of patient with dementia. *Journal of Welfare for the Aged*, *34*, 239-269.
- Chaurasia, P., McClean, S. I., Nugent, C. D., Cleland, I., Zhang, S., Donnelly, M. P., . . . Norton, M. C. (2016). *Technology adoption and prediction tools for everyday technologies aimed at people with dementia*. Paper presented at the 2016 38th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC).
- Cipriani, G., Lucetti, C., Danti, S., & Nuti, A. (2015). Sleep disturbances and dementia. *Psychogeriatrics*, *15*(1), 65-74.
- Cozolino, L. (2008). The healthy aging brain. *Psychotherapy in Australia*, *15*(1), 36-44.
- Daminger, A. (2019). The cognitive dimension of household labor. *American Sociological Review*, *84*(4), 609-633.
- Dauwan, M., Begemann, M. J., Slot, M. I., Lee, E. H., Scheltens, P., & Sommer, I. E. (2021). Physical exercise improves quality of life, depressive symptoms, and cognition across chronic brain disorders: a transdiagnostic systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of neurology*, *268*, 1222-1246.
- De Medeiros, K., & Basting, A. (2014). "Shall I compare thee to a dose of donepezil?": Cultural arts interventions in dementia care research. *The Gerontologist*, *54*(3), 344-353.
- Deuschl, G., & Maier, W. (2016). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN): Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz-Interdisziplinäre S3 Praxisleitlinien 2016. www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2016/PDFs_Download/038013_LL_Demenzen_2016.pdf.
- Dimitriou, T., Papatrifaftyllou, J., Konsta, A., Kazis, D., Athanasiadis, L., Ioannidis, P., . . . Tsolaki, M. (2022). Non-pharmacological interventions for wandering/aberrant motor behaviour in patients with dementia. *Brain Sciences*, *12*(2), 130.
- Duffner, L., Deckers, K., Cadar, D., Steptoe, A., De Vugt, M., & Köhler, S. (2022). The role of cognitive and social leisure activities in dementia risk: assessing longitudinal associations of modifiable and non-modifiable risk factors. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *31*, e5.
- Dupuis, S. L., Gillies, J., Carson, J., Whyte, C., Genoe, R., Loiselle, L., & Sadler, L. (2012). Moving beyond patient and client approaches: Mobilizing 'authentic partnerships' in dementia care, support and services. *Dementia*, *11*(4), 427-452.
- Ebbers, B. (2020). Demenz is (s) t anders. *Heilberufe*, *72*(3), 27-29.
- Eriksen, S., Helvik, A.-S., Juvet, L. K., Skovdahl, K., Førsund, L. H., & Grov, E. K. (2016). The experience of relations in persons with dementia: a systematic meta-synthesis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *42*(5-6), 342-368.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *61*(11), 938-944.
- Evans, S. C., Barrett, J., Mapes, N., Hennell, J., Atkinson, T., Bray, J., . . . Russell, C. (2019). Connections with nature for people living with dementia. *Working with Older People*, *23*(3), 142-151.
- Fauth, E., & Gibbons, A. (2014). Which behavioral and psychological symptoms of dementia are the most problematic? Variability by prevalence, intensity, distress ratings, and associations with caregiver depressive symptoms. *International journal of geriatric psychiatry*, *29*(3), 263-271.
- Fleiner, T., Leucht, S., Foerstl, H., Zijlstra, W., & Haussermann, P. (2017). Effects of short-term exercise interventions on behavioral and psychological symptoms in patients with dementia: a systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease*, *55*(4), 1583-1594.

- Forbes, D., Forbes, S. C., Blake, C. M., Thiessen, E. J., & Forbes, S. (2015). Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4).
- Fortune, D., & McKeown, J. (2016). Sharing the journey: Exploring a social leisure program for persons with dementia and their spouses. *Leisure Sciences*, 38(4), 373-387.
- Fortune, D., Whyte, C., & Genoe, R. (2021). The interplay between leisure, friendship, and dementia. *Dementia*, 20(6), 2041-2056.
- Fratiglioni, L., Marseglia, A., & Dekhtyar, S. (2020). Ageing without dementia: can stimulating psychosocial and lifestyle experiences make a difference? *The Lancet Neurology*, 19(6), 533-543.
- Frewer-Graumann, S. (2020). "Everything changes"—Everyday Life with dementia from the caregivers' perspective. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 53, 3-9.
- Frumkin, H., Bratman, G. N., Breslow, S. J., Cochran, B., Kahn Jr, P. H., Lawler, J. J., . . . Wolf, K. L. (2017). Nature contact and human health: A research agenda. *Environmental health perspectives*, 125(7), 075001.
- Gerritsen, D., Steverink, N., Ooms, M., & Ribbe, M. (2004). Finding a useful conceptual basis for enhancing the quality of life of nursing home residents. *Quality of Life Research*, 13, 611-624.
- Gerritsen, D. L., Ettema, T. P., Boelens, E., Bos, J., Hoogeveen, F., De Lange, J., . . . Dröes, R.-M. (2007). Quality of life in dementia: do professional caregivers focus on the significant domains? *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 22(3), 176-183.
- Gibson, R., Dowell, A., Jones, L., & Gander, P. (2021). Non-pharmacological interventions a feasible option for addressing dementia-related sleep problems in the context of family care. *Pilot and Feasibility Studies*, 7(1), 1-11.
- Gidlow, C. J., Jones, M. V., Hurst, G., Masterson, D., Clark-Carter, D., Tarvainen, M. P., . . . Nieuwenhuijsen, M. (2016). Where to put your best foot forward: Psycho-physiological responses to walking in natural and urban environments. *Journal of environmental psychology*, 45, 22-29.
- Gitlin, L. N., Corcoran, M., Winter, L., Boyce, A., & Hauck, W. W. (2001). A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. *The Gerontologist*, 41(1), 4-14.
- Gitlin, L. N., Hauck, W. W., Dennis, M. P., & Winter, L. (2005). Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60(3), 368-374.
- Gitlin, L. N., Marx, K., Piersol, C. V., Hodgson, N. A., Huang, J., Roth, D. L., & Lyketsos, C. (2021). Effects of the tailored activity program (TAP) on dementia-related symptoms, health events and caregiver wellbeing: a randomized controlled trial. *BMC geriatrics*, 21, 1-14.
- Gitlin, L. N., Winter, L., Burke, J., Chernett, N., Dennis, M. P., & Hauck, W. W. (2008). Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: a randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(3), 229-239.
- Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P., Hodgson, N., & Hauck, W. W. (2010). A biobehavioral home-based intervention and the well-being of patients with dementia and their caregivers: the COPE randomized trial. *Jama*, 304(9), 983-991.
- Gutzmann, H., & Qazi, A. (2015). Depression bei Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48, 305-311.
- Halek, M. (2023). Wie mit Verhaltensveränderungen bei Demenz umgehen? *MMW - Fortschritte der Medizin*, 165(4), 45-49. doi:10.1007/s15006-023-2327-z
- Han, A., Radel, J., McDowd, J. M., & Sabata, D. (2016a). The benefits of individualized leisure and social activity interventions for people with dementia: A systematic review. *Activities, Adaptation & Aging*, 40(3), 219-265.
- Han, A., Radel, J., McDowd, J. M., & Sabata, D. (2016b). Perspectives of people with dementia about meaningful activities: a synthesis. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 31(2), 115-123.
- Hartig, T., Mitchell, R., De Vries, S., & Frumkin, H. (2014). Nature and health. *Annual Review of Public Health*, 35, 207-228.

- Helzner, E. P., Scarmeas, N., Cosentino, S., Portet, F., & Stern, Y. (2007). Leisure activity and cognitive decline in incident Alzheimer disease. *Archives of neurology*, *64*(12), 1749-1754.
- Heyn, P., Abreu, B. C., & Ottenbacher, K. J. (2004). The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, *85*(10), 1694-1704.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, *241*(4865), 540-545.
- Hydén, L.-C. (2014). Cutting Brussels sprouts: Collaboration involving persons with dementia. *Journal of Aging Studies*, *29*, 115-123.
- Jansson, G., & Plejert, C. (2014). Taking a shower: Managing a potentially imposing activity in dementia care. *Journal of Interactional Research in Communication Disorders*, *5*(1), 27.
- Jansson, W., Nordberg, G., & Grafström, M. (2001). Patterns of elderly spousal caregiving in dementia care: an observational study. *Journal of advanced nursing*, *34*(6), 804-812.
- Jessen, F. (2019). [Early detection of Alzheimer's disease and approaches for prevention]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, *62*(3), 255-260. doi:10.1007/s00103-019-02877-2
- Kamimura, T., Ishiwata, R., & Inoue, T. (2012). Medication reminder device for the elderly patients with mild cognitive impairment. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, *27*(4), 238-242.
- Kelly, M. E., Duff, H., Kelly, S., McHugh Power, J. E., Brennan, S., Lawlor, B. A., & Loughrey, D. G. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Systematic reviews*, *6*(1), 1-18.
- Kent, M., & Li, R. (2013). *The Arts and Aging: Building the Science*: National endowment for the arts.
- Kitching, D. (2015). Depression in dementia. *Australian prescriber*, *38*(6), 209.
- Knoll, B., Kremer, A., Reitingner, E., Pichler, B., & Egger, B. (2017). *Wenn die Orientierung versagt – unterwegs mit Menschen mit Demenz*. Paper presented at the REAL CORP 2017–PANTA RHEI–A World in Constant Motion. Proceedings of 22nd International Conference on Urban Planning, Regional Development and Information Society.
- Koblinsky, N. D., Meusel, L.-A. C., Greenwood, C. E., & Anderson, N. D. (2021). Household physical activity is positively associated with gray matter volume in older adults. *BMC geriatrics*, *21*, 1-10.
- Kollak, I. (2016). *Menschen mit Demenz durch Kunst und Kreativität aktivieren*: Springer.
- Kratz, T. (2017). Diagnostik und Therapie von Verhaltensstörungen bei Demenz. *Deutsches Ärzteblatt*, *114*(26), 447-454.
- Kurz, A., & Bohlken, J. (2013). Psychosoziale Interventionen. *Nervenheilkunde*, *32*(10), 743-749.
- Lane, M. R. (2005). Creativity and spirituality in nursing: Implementing art in healing. *Holistic Nursing Practice*, *19*(3), 122-125.
- Latkin, C. A., & Knowlton, A. R. (2015). Social network assessments and interventions for health behavior change: a critical review. *Behavioral Medicine*, *41*(3), 90-97.
- Lautenschlager, N. T., Anstey, K. J., & Kurz, A. F. (2014). Non-pharmacological strategies to delay cognitive decline. *Maturitas*, *79*(2), 170-173.
- Lee, A. T., Richards, M., Chan, W. C., Chiu, H. F., Lee, R. S., & Lam, L. C. (2018). Association of daily intellectual activities with lower risk of incident dementia among older Chinese adults. *JAMA psychiatry*, *75*(7), 697-703.
- Lin, Y., Chu, H., Yang, C. Y., Chen, C. H., Chen, S. G., Chang, H. J., . . . Chou, K. R. (2011). Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, *26*(7), 670-678.
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., . . . Cooper, C. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, *396*(10248), 413-446.
- Lök, N., Bademli, K., & Selçuk-Tosun, A. (2019). The effect of reminiscence therapy on cognitive functions, depression, and quality of life in Alzheimer patients: Randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*, *34*(1), 47-53. doi:10.1002/gps.4980
- Lokon, E., Sauer, P. E., & Li, Y. (2019). Activities in dementia care: A comparative assessment of activity types. *Dementia*, *18*(2), 471-489.

- MacRae, H. (2011). Self and other: The importance of social interaction and social relationships in shaping the experience of early-stage Alzheimer's disease. *Journal of Aging Studies*, 25(4), 445-456.
- Majlesi, A. R., & Ekström, A. (2016). Baking together—the coordination of actions in activities involving people with dementia. *Journal of Aging Studies*, 38, 37-46.
- Mangini, L., & Wick, J. Y. (2017). Wandering: unearthing new tracking devices. *The Consultant Pharmacist*®, 32(6), 324-331.
- Margenfeld, F., Klocke, C., & Joos, S. (2019). Manual massage for persons living with dementia: A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 96, 132-142.
- Markevych, I., Schoierer, J., Hartig, T., Chudnovsky, A., Hystad, P., Dzhambov, A. M., . . . Nieuwenhuijsen, M. J. (2017). Exploring pathways linking greenspace to health: Theoretical and methodological guidance. *Environmental research*, 158, 301-317.
- Marquez, D. X., Aguiñaga, S., Vásquez, P. M., Conroy, D. E., Erickson, K. I., Hillman, C., . . . Petruzzello, S. J. (2020). A systematic review of physical activity and quality of life and well-being. *Translational behavioral medicine*, 10(5), 1098-1109.
- Matura, S., F Carvalho, A., S Alves, G., & Pantel, J. (2016). Physical exercise for the treatment of neuropsychiatric disturbances in Alzheimer's dementia: possible mechanisms, current evidence and future directions. *Current Alzheimer Research*, 13(10), 1112-1123.
- McDermott, O., Charlesworth, G., Hogervorst, E., Stoner, C., Moniz-Cook, E., Spector, A., . . . Orrell, M. (2019). Psychosocial interventions for people with dementia: a synthesis of systematic reviews. *Aging & Mental Health*, 23(4), 393-403.
- MCLEAN, A. (2007). Dementia care as a moral enterprise: a call for a return to the sanctity of lived time. *Alzheimer's Care Today*, 8(4), 360-372.
- Melhuish, R., Beuzebec, C., & Guzmán, A. (2017). Developing relationships between care staff and people with dementia through Music Therapy and Dance Movement Therapy: A preliminary phenomenological study. *Dementia*, 16(3), 282-296.
- Moser, S. J. (2019). Wandering in dementia and trust as an anticipatory action. *Medical anthropology*, 38(1), 59-70.
- Moyle, W., Fetherstonhaugh, D., Greben, M., & Beattie, E. (2015). Influencers on quality of life as reported by people living with dementia in long-term care: a descriptive exploratory approach. *BMC geriatrics*, 15(1), 1-10.
- Neubauer, N. A., Azad-Khaneghah, P., Miguel-Cruz, A., & Liu, L. (2018). What do we know about strategies to manage dementia-related wandering? A scoping review. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 10, 615-628.
- Ngamsri, T., Claussen, M. C., & Hemmeter, U. (2019). Körperliche Aktivität und sportliche Bewegung bei Demenz. *SEMS-journal*, 67(4), 11-15.
- O'Neil, M. E., Freeman, M., Christensen, V., Telerant, R., Addleman, A., & Kansagara, D. (2011). A systematic evidence review of non-pharmacological interventions for behavioral symptoms of dementia.
- Oh, B., Lee, K. J., Zaslowski, C., Yeung, A., Rosenthal, D., Larkey, L., & Back, M. (2017). Health and well-being benefits of spending time in forests: systematic review. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 22(1), 71. doi:10.1186/s12199-017-0677-9
- Ooms, S., & Ju, Y.-E. (2016). Treatment of sleep disorders in dementia. *Current treatment options in neurology*, 18, 1-17.
- Pantel, J. (2022). Therapie der Demenz—ein Update. *MMW-Fortschritte der Medizin*, 164(10), 42-47.
- Perl, A., & Roller-Wirnsberger, R. (2019). Ernährung und Demenz. *Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz: Grundlagen und Interventionen*, 139-154.
- Petrovsky, D., Cacchione, P. Z., & George, M. (2015). Review of the effect of music interventions on symptoms of anxiety and depression in older adults with mild dementia. *International Psychogeriatrics*, 27(10), 1661-1670.
- Philipp-Metzen, H. E. (2015). *Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz: Grundwissen und Handlungsorientierung für die Praxis*: Kohlhammer Verlag.
- Phinney, A., Chaudhury, H., & Oconnor, D. L. (2007). Doing as much as I can do: The meaning of activity for people with dementia. *Aging and mental health*, 11(4), 384-393.

- Rao, A. K., Chou, A., Bursley, B., Smulofsky, J., & Jezequel, J. (2014). Systematic review of the effects of exercise on activities of daily living in people with Alzheimer's disease. *The American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 50-56.
- Retzlik, J., & Jessen, F. (2016). Psychische und Verhaltenssymptome der Demenz. *DNP-Der Neurologe und Psychiater*, 17, 46-55.
- Richards, K. C., Lambert, C., Beck, C. K., Bliwise, D. L., Evans, W. J., Kalra, G. K., . . . Gooneratne, N. S. (2011). Strength training, walking, and social activity improve sleep in nursing home and assisted living residents: randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(2), 214-223.
- Rodriguez, F. S., Ross, S., & Spilski, J. (2019). Einfluss von Lebensstil auf kognitiven Abbau und Demenz. *Nervenheilkunde*, 38(11), 828-840.
- Roland, K. P., & Chappell, N. L. (2015). Meaningful activity for persons with dementia: Family caregiver perspectives. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(6), 559-568.
- Ruthirakuhan, M., Luedke, A. C., Tam, A., Goel, A., Kurji, A., & Garcia, A. (2012). Use of physical and intellectual activities and socialization in the management of cognitive decline of aging and in dementia: a review. *Journal of aging research*, 2012.
- Sauer, P. E., Fopma-Loy, J., Kinney, J. M., & Lokon, E. (2016). "It makes me feel like myself": Person-centered versus traditional visual arts activities for people with dementia. *Dementia*, 15(5), 895-912.
- Scales, K., Zimmerman, S., & Miller, S. J. (2018). Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S88-S102. doi:10.1093/geront/gnx167
- Scarmeas, N., & Stern, Y. (2003). Cognitive reserve and lifestyle. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 25(5), 625-633.
- Schall, A., Tesky, V. A., & Pantel, J. (2022). Nichtpharmakologische Interventionen bei Demenz. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 147(04), 165-171.
- Scherder, E. J., Bogen, T., Eggermont, L. H., Hamers, J. P., & Swaab, D. F. (2010). The more physical inactivity, the more agitation in dementia. *International Psychogeriatrics*, 22(8), 1203-1208.
- Schumann, S. (2018). Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“. *GGP-Fachzeitschrift für Geriatrische und Gerontologische Pflege*, 2(05), 200-203.
- Schwenk, M., Zieschang, T., Englert, S., Grewal, G., Najafi, B., & Hauer, K. (2014). Improvements in gait characteristics after intensive resistance and functional training in people with dementia: a randomised controlled trial. *BMC geriatrics*, 14(1), 1-9.
- Sliwinska, S., & Jeziorek, M. (2021). The role of nutrition in Alzheimer's disease. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 72(1).
- Spector, A., Orrell, M., & Goyder, J. (2013). A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ageing research reviews*, 12(1), 354-364.
- Tampi, R. R., & Jeste, D. V. (2022). Dementia is more than memory loss: neuropsychiatric symptoms of dementia and their nonpharmacological and pharmacological management. *American Journal of Psychiatry*, 179(8), 528-543.
- Tible, O. P., Riese, F., Savaskan, E., & von Gunten, A. (2017). Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Therapeutic advances in neurological disorders*, 10(8), 297-309.
- Tournier, I., Orton, L., Dening, T., Ahmed, A., Holthoff-Detto, V., & Niedderer, K. (2023). An investigation of the wishes, needs, opportunities and challenges of accessing meaningful activities for people living with mild to moderate dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(7), 5358.
- Trahan, M. A., Kuo, J., Carlson, M. C., & Gitlin, L. N. (2014). A systematic review of strategies to foster activity engagement in persons with dementia. *Health Education & Behavior*, 41(1_suppl), 70S-83S.
- Van Vliet, D., Persoon, A., Bakker, C., Koopmans, R. T., de Vugt, M. E., Bielderma, A., & Gerritsen, D. L. (2017). Feeling useful and engaged in daily life: exploring the experiences of people with young-onset dementia. *International Psychogeriatrics*, 29(11), 1889-1898.

- Vernooij-Dassen, M., Leatherman, S., & Rikkert, M. O. (2011). Quality of care in frail older people: the fragile balance between receiving and giving. *Bmj*, 342.
- Vikström, S., Josephsson, S., Stigsdotter-Neely, A., & Nygård, L. (2008). Engagement in activities: Experiences of persons with dementia and their caregiving spouses. *Dementia*, 7(2), 251-270.
- Volkert, D. (2017). Ernährung bei Demenzerkrankungen. *Der Internist*, 2(58), 141-148.
- Vreugdenhil, A., Cannell, J., Davies, A., & Razay, G. (2012). A community-based exercise programme to improve functional ability in people with Alzheimer's disease: A randomized controlled trial. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(1), 12-19.
- Wang, J., Zhang, G., Min, M., Xing, Y., Chen, H., Li, C., . . . Li, X. (2022). Developing a Non-Pharmacological Intervention Programme for Wandering in People with Dementia: Recommendations for Healthcare Providers in Nursing Homes. *Brain Sciences*, 12(10), 1321.
- Wherton, J. P., & Monk, A. F. (2010). Problems people with dementia have with kitchen tasks: The challenge for pervasive computing. *Interacting with Computers*, 22(4), 253-266.
- White, E. B., Montgomery, P., & McShane, R. (2010). Electronic tracking for people with dementia who get lost outside the home: a study of the experience of familial carers. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(4), 152-159.
- Williams, C., & Tappen, R. (2008). Exercise training for depressed older adults with Alzheimer's disease. *Aging and mental health*, 12(1), 72-80.
- Young, R., Camic, P. M., & Tischler, V. (2016). The impact of community-based arts and health interventions on cognition in people with dementia: A systematic literature review. *Aging & Mental Health*, 20(4), 337-351.
- Zauner, K., & Windhager, E. (2015). Demenz und Ernährung—eine kurze Übersicht. *Psychiatria Danubina*, 27(4), 0-451.
- Ziegert, N., Ross, S. D., & Rodriguez, F. S. (2022). "Identifikation relevanter psychosozialer Maßnahmen in der Entstehung, Behandlung und Versorgung von Menschen mit Demenz". *Forschungsbericht*.