

Bachelorarbeit

Dement – aber wohl tätig!

Bedeutungsvolle Betätigung zur Steigerung des Wohlbefindens bei Menschen mit Demenz

Hüberli Lia
Schweighofstr. 111
8045 Zürich
Matrikelnr.: S08257446

Meyer Ann-Christin
Büelrainstr. 21
8400 Winterthur
Matrikelnr.: S08257537

Departement:	Gesundheit
Institut:	Institut für Ergotherapie
Studienjahr:	2008
Eingereicht am:	20. Mai 2011
Betreuende Lehrperson:	Claudia Lenz, Ergotherapeutin MSc.

*„Wer eine Geschichte zu erzählen hat,
ist ebenso wenig einsam wie der,
der einer Geschichte zuhört.
Und solange es noch irgendjemand gibt,
der Geschichten hören will,
hat es Sinn, so zu leben,
dass man eine zu erzählen hat.“*

(Sten Nadolny, 2007; zit. nach Specht-Tomann, 2009, S.2)

INHALTSVERZEICHNIS

Abstrakt	5
1. Dement – aber wohl tätig! Bedeutungsvolle Betätigung zur Steigerung des Wohlbefindens bei Menschen mit Demenz	7
1.1. Einführung ins Thema	7
1.2. Ziel	9
1.3. Fragestellung	10
1.4. Definitionen	10
1.4.1. Ergotherapeutische Intervention	10
1.4.2. Demenz	11
1.4.3. Wohlbefinden.....	14
1.4.4. Alltagsbetätigung	15
1.4.5. Klientenzentrierung	16
2. Hauptteil	17
2.1. Methodik.....	17
2.2. Vorwort zu den Hauptstudien	19
2.3. Vorstellung der Hauptstudien	20
2.3.1. Doing as much as I can do: The meaning of activity for people with dementia	20
2.3.2. Experiences of day care and collaboration among people with mild dementia	22
2.3.3. What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers	23
2.3.4. Auswirkungen erhöhter sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen.....	25
2.3.5. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: Randomised Controlled Trial <i>und</i> Effects of Community Occupational Therapy on Quality of Life, Mood, and Health Status in Dementia Patients and Their Caregivers: A Randomized Controlled Trial	27

2.3.6.	How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his primary caregiver?	29
2.3.7.	Occupational Therapy and Dementia: the Experience of an Alzheimer Special Care Unit.....	31
2.4.	Limitationen der Hauptstudien.....	32
3.	Diskussion	33
3.1.	Demenz und Betätigung.....	33
3.2.	Betätigung und Wohlbefinden bei Demenz	37
3.3.	Demenz und Ergotherapie	40
4.	Schlussfolgerung	43
4.1.	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	43
4.2.	Theorie-Praxis-Transfer.....	44
4.3.	Zukunftsperspektive	46
5.	Limitationen dieser Arbeit	48
	Danksagung.....	49
	Glossar	50
	Abkürzungsverzeichnis	61
	Literaturverzeichnis	63
	Abbildungsverzeichnis	72
	Tabellenverzeichnis.....	73
	Eigenständigkeitserklärung	74
	Anhang.....	75

Abstrakt

Darstellung des Themas: Aufgrund der demografischen Alterung wird das Thema Demenz in der ergotherapeutischen Arbeit zunehmend an Bedeutung gewinnen. Da Demenz eine progrediente Erkrankung ist, steht in der Behandlung v.a. die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität im Vordergrund.

Ziel: Diese Bachelorarbeit soll Aufschluss darüber geben, inwiefern das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz durch bedeutungsvolle Alltagsbetätigung beeinflusst werden und wie die Ergotherapie hierbei Unterstützung leisten kann. Anhand relevanter Literatur zu Teilgebieten des Themas werden Zusammenhänge herausgearbeitet.

Methode: Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken durchgeführt. Nach einer kritischen Beurteilung konnten acht Hauptstudien eingeschlossen werden, welche jeweils mindestens zwei von vier Kernaspekten thematisieren. Die Auswahl umfasst sowohl quantitative als auch qualitative Studien.

Relevante Ergebnisse: Die Studien zeigen, dass bedeutungsvolle Betätigung einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz hat. Ausserdem konnte die Wirksamkeit von Ergotherapie auf die Erhaltung der Funktionsfähigkeit im Alltag und die Verbesserung des Wohlbefindens nachgewiesen werden.

Schlussfolgerung: Demenzbetroffene profitieren von Angeboten, welche speziell auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet sind. Eine frühzeitige ergotherapeutische Domizilbehandlung bei Menschen mit Demenz kann zur Verzögerung des Heimeintrittes und somit zu allgemein reduzierter Institutionalisierung und mehr Kosteneffizienz führen.

Keywords: Demenz, Wohlbefinden, Lebensqualität, Ergotherapie, (Alltags-) Betätigung, bedeutungsvoll

Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Bachelorarbeit jeweils die männliche Form für Klient und Therapeut verwendet. Weibliche Personen sind in dieser Bezeichnung selbstverständlich inbegriffen. Fachbegriffe werden im Glossar erläutert.

1. Dement – aber wohl tätig!

Bedeutungsvolle Betätigung zur Steigerung des Wohlbefindens bei Menschen mit Demenz

1.1. Einführung ins Thema

„Menschen mit Demenz [fordern] die Gesellschaft besonders [...]. Nicht grosse Worte sind gefragt, sondern die Bereitschaft von uns allen, neue Erkenntnisse für eine verbesserte Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu nutzen und möglichst allen zugänglich zu machen [...]“. Darauf macht Bundespräsidentin Doris Leuthard (2010; zit. nach „Weltalzheimerstag – Wir alle können etwas tun“, 2010) in ihrer Botschaft zum Weltalzheimerstag am 21.9.2010 aufmerksam.

Aufgrund der demografischen Alterung der Bevölkerung wird die Zahl der Demenzkranken in den kommenden Jahrzehnten stark ansteigen. In der Schweiz leben heute rund 107'000 Menschen mit Alzheimer oder einer anderen Form von Demenz („Weltalzheimerstag – Wir alle können etwas tun“, 2010). Im Jahr 2030 werden es voraussichtlich doppelt so viele sein und im Jahr 2050 bereits mehr als 300'000 („Weltalzheimerstag – Wir alle können etwas tun“, 2010). Dementielle Erkrankungen verursachten im Jahr 2009 in der Schweiz Kosten von 6,9 Milliarden Franken, welche in Anbetracht der stark zunehmenden Zahl an Menschen mit Demenz weiterhin ansteigen werden („Unterstützung beider Motionen zur Steuerbarkeit der Demenzpolitik“, 2011).

Die Demenz ist bis zum heutigen Zeitpunkt eine fortschreitende, unheilbare Krankheit und „darüber hinaus existieren derzeit keine Medikamente, die in entscheidendem Masse den Krankheitsverlauf beeinflussen“ (Falk, 2009, S.15). Deshalb steht in der Behandlung von demenzkranken Menschen die Erhaltung und Verbesserung des Wohlbefindens und somit der Lebensqualität im Vordergrund (Kastner & Löbach, 2007). Olazaran et al. (2010) zeigen auf, dass nichtmedikamentöse Therapien, zu denen auch die Ergotherapie gehört, positive Auswirkungen auf Kognition, Verhalten, Stimmung und auf das körperliche Wohlbefinden sowie die gesamte Lebensqualität der betroffenen Person haben.

In der Schweiz leben rund 40% aller Menschen mit Demenz in Heimen, jedoch fehlen in jedem vierten Heim Angebote, die an die Bedürfnisse von dementiell Erkrankten angepasst sind (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2004). In Grossbritannien herrscht nach Perrin (1997) in Kliniken und Heimen, die Pflege für Menschen mit schweren dementiellen Erkrankungen anbieten, eine deutliche Betätigungsarmut. Dies verdeutlichen auch die Ergebnisse einer Studie von Hancock, Woods, Challis und Orrell (2006), in der sich zeigt, dass jeder fünfte der demenzbetroffenen Teilnehmer sieben oder mehr Bedürfnisse hat, die nicht erfüllt werden. 76% der genannten unbefriedigten Bedürfnisse beziehen sich dabei auf ansprechende Tagesaktivitäten (Hancock et al., 2006). Die Autoren stellen ausserdem eine Verbindung zwischen den unbefriedigten Bedürfnissen der Heimbewohner und dem teilweise schwierigen, fordernden Verhalten derer her. Die Bewohner einer gerontopsychiatrischen Einrichtung in Schweden verbrachten durchschnittlich über sieben Stunden pro Tag alleine, davon verbrachten sie die meiste Zeit mit umherwandern, ruhen oder schlafen. Nur während 30 Minuten wurden Aktivitäten wie Pflanzen giessen, Zeitschriften lesen oder Kommunikation mit dem Personal ausgeführt (Norbergh et al., 2001). Holthe, Thorsen und Josephsson (2007) fanden heraus, dass Heimbewohner die Gemeinschaft und Kommunikation mit anderen der Untätigkeit und dem Alleinsein vorziehen. Daher erachten die Autorinnen es als wichtig, dass Menschen mit Demenz in bedeutsamer Betätigung und sozialer Partizipation unterstützt werden. Zudem geht die Ergotherapie davon aus, dass Betätigung ein Grundbedürfnis des Menschen ist und einen Einfluss auf die Gesundheit hat (Law, Polatajko, Baptiste & Townsend, 2002).

Gerade bei Menschen mit Demenz stellt es eine Herausforderung dar, die Betroffenen nicht einfach zu beschäftigen, sondern klientenzentrierte Therapie zu ermöglichen. Reuster (2006; zit. nach Jäger, 2010, S.9) fand heraus, „dass nichttherapeutische Beschäftigung bei psychisch Kranken weder Symptome verbessert noch die Zufriedenheit während eines stationären Aufenthaltes steigert“. Nach Schaade (2005) kann „ein demenziell erkrankter Mensch im fortgeschrittenen Stadium [...] sich nicht mehr auf eine Frage einlassen, ob er etwas tun will oder nicht“ (S.273). Die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Klienten zu erfassen stellt

somit aufgrund der kognitiven Einschränkungen durch die dementielle Erkrankung eine Herausforderung dar.

Wood, Womack und Hooper (2009) sehen einen grossen Bedarf an der Einbindung von Ergotherapeuten in die Behandlung von Demenzbetroffene in Pflegeheimen als fachliche Berater, um den Bewohnern Betätigung und Partizipation zu ermöglichen und somit zur Verbesserung der Lebensqualität beizutragen. Die Ergebnisse ihrer Studie spiegeln einen akuten Mangel an Ergotherapeuten in Alters- und Pflegeheimen speziell in der Langzeitbehandlung von Demenzkranken wider.

Nicht zu vergessen ist jedoch, dass der Grossteil der Menschen mit Demenz zu Hause lebt und von Angehörigen betreut wird. Von den 58'000 Menschen mit Demenz in der Schweiz, welche im Jahr 2006 zu Hause lebten, brauchten 25'000 punktuelle Hilfe, 27'000 waren auf tägliche Unterstützung angewiesen und 5'800 mussten rund um die Uhr von Angehörigen betreut werden („Entlastung durch Tagesstätten“, 2006). Die intensive Betreuung stellt eine ernstzunehmende psychische und körperliche Belastung für den pflegenden Angehörigen dar („Entlastung durch Tagesstätten“, 2006). So macht die Schweizerische Alzheimervereinigung deutlich:

„Es gilt Strategien und Mittel zu finden, damit die Betroffenen, ihre Angehörigen wie auch Pflegefachpersonen das tägliche Leben mit der Krankheit so gut wie möglich meistern können. Die Förderung der noch vorhandenen Fähigkeiten und der Selbständigkeit von demenzkranken Menschen kann ihre Hilfsbedürftigkeit bedeutend verzögern.“ („Unterstützung beider Motionen zur Steuerbarkeit der Demenzpolitik“, 2011)

1.2. Ziel

Das Interesse der Autorinnen liegt darin zu beleuchten, inwiefern die Ergotherapie Menschen mit Demenz in der Durchführung bedeutungsvoller Aktivitäten unterstützen und so einen Beitrag zu höherem Wohlbefinden leisten kann. Die Autorinnen gehen von der ergotherapeutischen Grundannahme aus, dass

Betätigung im Leben eines Menschen sinngebend ist und einen wesentlichen Faktor für Gesundheit und Wohlbefinden darstellt (Law et al., 2002). Diese Bachelorarbeit soll Aufschluss darüber geben, welche Aktivitäten für Menschen mit Demenz von Bedeutung sein können und ob die Durchführung solcher Tätigkeiten zu einer Steigerung des Wohlbefindens führen kann.

Anhand relevanter Literatur zu Teilgebieten des Themas werden Zusammenhänge herausgearbeitet und Wege aufgezeigt, wie demenzkranke Menschen durch ergotherapeutische Intervention in ihrer Alltagsbetätigung klientenzentriert unterstützt werden können.

In dieser Arbeit werden sowohl in Pflegeheimen lebende Menschen mit Demenz, als auch solche, die zu Hause leben, berücksichtigt. Ziel ist eine Auseinandersetzung mit Studien, die möglichst aus dem westlichen Kulturkreis stammen.

1.3. Fragestellung

Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

Inwiefern kann das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz durch ergotherapeutische Intervention in der Alltagsbetätigung beeinflusst werden?

1.4. Definitionen

1.4.1. *Ergotherapeutische Intervention*

Nach der American Occupational Therapy Association (AOTA, 2002) bedeutet ergotherapeutische Intervention Betätigung und Aktivität zu unterstützen und so die Partizipation eines Menschen in den verschiedenen Lebensbereichen zu fördern. Eine Intervention lässt sich in drei Phasen unterteilen: Interventionsplanung, -durchführung und -evaluation (AOTA, 2002).

In die Interventionsplanung sollte der Klient nach AOTA (2002) miteinbezogen werden, sodass seine Bedürfnisse, Interessen und Ziele berücksichtigt werden. Ausserdem sind Therapiesetting, Fertigkeiten des Klienten in

bedeutsamen Betätigungsbereichen, geeignete Modelle und Therapieansätze, die Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen und Angehörigen sowie evidenzbasierte Recherche wichtige Faktoren in der Planungsphase.

Die Interventionsdurchführung wird nach AOTA (2002) als Prozess definiert, in dem es zu einer Veränderung in der Betätigungsperformanz des Klienten und so zur Teilhabe im Leben kommen soll. Auch hier ist die Zusammenarbeit zwischen Klient und Therapeut von großer Bedeutung.

Bei der Evaluation der durchgeführten Intervention steht die Anpassung des Behandlungsplanes im Vordergrund (AOTA, 2002). Es bedarf aufgrund von Veränderungen in Kontext und/oder Klientenfaktoren einer laufenden Überarbeitung. So werden die Ziele des Klienten im Auge behalten und es kann entschieden werden, wann eine Fortsetzung bzw. Beendigung der Therapie sinnvoll ist.

Nach Cutler Lewis (2003) geht es speziell in der ergotherapeutischen Intervention im Arbeitsfeld Geriatrie darum, die Durchführung von individuell bedeutungsvollen Alltagsaktivitäten trotz körperlichen bzw. kognitiven Einschränkungen zu ermöglichen.

1.4.2. Demenz

Der Begriff Demenz kommt nach Schaade und Kubny-Lüke (2005) aus den lateinischen Wörtern ‚de‘ (dt.: ‚weg‘) und ‚mens‘ (dt.: ‚Geist/Verstand‘). Er bedeutet demnach so viel wie ‚vom Geist entfernen‘. Schaade et al. (2005) ordnen die Entdeckung der Demenz dem Psychiater und Gehirnpathologen Alois Alzheimer zu, welcher die Erkrankung erstmals genauer untersuchte.

Kastner et al. (2007) definieren die Demenz als „eine über die Altersnorm hinausgehende längerfristige Störung verschiedener geistiger Leistungen, z.B. Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen“ (S.9). Diese Störungen sind so stark ausgeprägt, dass sie sich einschränkend auf den Alltag des Betroffenen, seine Leistungsfähigkeit und Partizipation auswirken (Kastner et al., 2007). Zur Diagnostizierung eines dementiellen Syndroms müssen nach Schuler und

Oster (2008) mindestens zwei der folgenden Symptome über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten andauern:

- Störungen des Kurz- oder Langzeitgedächtnisses,
- der Orientierung
- des abstrakten Denkens oder
- Störungen anderer höherer kognitiver Funktionen (Aphasie, Apraxie, Agnosie, Akalkulie),
- eine eingeschränkte Urteilsfähigkeit oder
- die Veränderung der Persönlichkeit.

In Bezug zum Vorkommen der verschiedenen Demenzformen nennen Schmidt und Döbele (2010) die präsenile und senile Form der Alzheimer-Krankheit, die insgesamt bis zu 70% der Demenzen ausmachen. Circa 20% ordnen sie der vaskulären Demenz zu. Der Rest der Demenzen sind Mischformen und demenzielle Syndrome mit verschiedenen Ursachen (Schmidt et al., 2010).

Die Alzheimer-Demenz zeigt sich nach Krämer und Förstl (2008) in einem fortschreitenden Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit, wodurch der Betroffene immer weniger in der Lage ist sich selbst und andere zu versorgen, Entscheidungen zu treffen oder sein eigenes Handeln zu kontrollieren. Nach Perrin, May und Anderson (2008) gilt der Gedächtnisverlust als erstes und im Krankheitsverlauf dominierendes Symptom bei der Demenz vom Alzheimer-Typ. Die Ursachen der Erkrankung sind nach Kastner et al. (2007) noch nicht genügend erforscht, jedoch sind Veränderungen im Gehirn bekannt. Diese zeigen sich durch „Eiweissablagerungen an den Nervenzellen im Gehirn, [...] [die] wahrscheinlich zu einem Funktionsverlust und nachfolgendem Absterben der Gehirnzellen [führen]“ (Kastner et al., 2007, S.30). Die Erkrankung verbreitet sich fortlaufend, so dass sie später das gesamte Gehirn betrifft (Kastner et al., 2007).

Der progrediente Verlauf der Alzheimer-Erkrankung lässt sich nach Schaade (2005) in Anfangs-, mittleres und schweres Stadium einteilen.

Im Anfangsstadium, in dieser Arbeit als leichte Demenz bezeichnet, zeigt der Betroffene eine verminderte Merkfähigkeit, die v.a. das Kurzzeitgedächtnis betrifft, Wortfindungsstörungen und zeitliche sowie örtliche Orientierungsschwierigkeiten, besonders in fremden Situationen (Schaade, 2005). Nach Schaade (2005) können Betroffene in diesem Stadium ihren Beruf meist noch ausüben und ihr alltägliches Leben selbständig bewältigen. Der beginnende Gedächtnisverlust löst jedoch grosse Angst aus und führt oft zum sozialen Rückzug (Schaade, 2005).

Bei der mittelgradigen Demenz beschreibt Schaade (2005) schwerwiegende Orientierungsschwierigkeiten sowie kognitive Einschränkungen in Bereichen wie abstraktem Denkvermögen, Aufmerksamkeit und Konzentration, Reaktionsgeschwindigkeit, kritischem Denk- und Urteilsvermögen, Handlungsplanung und -ausführung, Sprache, Gedächtnis sowie in Kulturtechniken wie Lesen, Schreiben und Rechnen. Ausserdem weist sie auf psychische Veränderungen, z.B. herausforderndes Verhalten, und Wesensveränderungen, motorische Unruhe sowie Inkontinenz hin.

Im schweren Stadium zeigen sich schliesslich massive Einschränkungen in allen Bereichen (Schaade, 2005). Schaade (2005) macht auf den fast vollständigen Verlust der kognitiven Fähigkeiten, enorme Verhaltensauffälligkeiten, Beeinträchtigungen im Bereich ADL sowie auf Wahrnehmungs- und motorische Störungen aufmerksam. Betroffene zeigen in diesem Stadium nur noch wenige Reaktionen, wirken abwesend und benötigen laufend Betreuung (Schaade, 2005). Schliesslich führt die Krankheit „zur vollkommenen Hilflosigkeit mit Pflegebedürftigkeit und letztendlich zum Versterben des Betroffenen“ (Schmidt et al., 2010, S.11).

Die vaskuläre Demenz wird nach Krämer et al. (2008) durch Durchblutungsstörungen des Gehirns ausgelöst. Nach Perrin et al. (2008) ist bei dieser Form der Demenz der Gedächtnisverlust ebenfalls wahrscheinlich, er dominiert jedoch nicht die auftretenden Krankheitszeichen. Der frühe Verlust von Grundfunktionen in Sensorik und Motorik ist möglich (Perrin et al., 2008).

Nach Kastner et al. (2007) bedeutet die vaskuläre Demenz eine stufenweise Verschlechterung. Sie weisen darauf hin, dass „sich der Zustand der Betroffenen phasenweise auch ohne Behandlung [stabilisiert oder sogar bessert] [...]. Diese Situation kann sich jedoch wiederum plötzlich verschlechtern“ (Kastner et al., 2007, S.33).

Kastner et al. (2007) zeigen auf, dass es anhand der psychischen Symptome v.a. in der fortgeschrittenen Entwicklung der Erkrankung meist nicht möglich ist, die Alzheimer-Demenz von der vaskulären Demenz zu unterscheiden. In diesem Fall spricht man von einer gemischten Demenz (Kastner et al., 2007).

1.4.3. Wohlbefinden

Kahneman, Diener und Schwarz (1999; zit. nach Eid & Diener, 2002) verstehen unter dem Begriff Wohlbefinden angenehme psychische und physische Empfindungen sowie die positive Bewertung des eigenen Lebens oder der eigenen Lebensbereiche. Um das psychische vom physischen Wohlbefinden abzugrenzen, wird in der Literatur für das psychische Wohlbefinden häufig der Begriff subjektives Wohlbefinden oder im Englischen ‚emotional well-being‘ verwendet. Für das subjektive Wohlbefinden ist nach Eid et al. (2002) v.a. entscheidend, wie häufig angenehme Gefühle erlebt werden. Sie erklären zudem, dass sich das Erreichen bedeutsamer, persönlicher Ziele positiv auf das Wohlbefinden auswirkt. Die Weltgesundheitsorganisation macht deutlich, dass das physische, psychische und soziale Wohlbefinden die seelische Gesundheit ausmacht („Mental health“, 2011).

Lenk (2002) vergleicht die Begriffe Wohlbefinden und Lebensqualität und kommt zu dem Schluss, dass zwischen diesen beiden Bezeichnungen kaum ein Unterschied besteht. Er weist jedoch darauf hin, dass sich der Begriff Lebensqualität besser für quantitative Aussagen eignet, während Wohlbefinden eher einen Zustand beschreibt.

1.4.4. Alltagsbetätigung

Der Begriff Betätigung beinhaltet nach Law et al. (2002) Selbstversorgung, Freizeit sowie den wirtschaftlichen und sozialen Beitrag zur Gesellschaft und somit jegliche Tätigkeiten, mit denen sich der Mensch hierbei beschäftigt. Der Alltag eines Menschen besteht aus Betätigungen, welche Christiansen, Clark, Kielhofner und Rogers (1995; zit. nach Christiansen & Baum, 2005) als vertraute Dinge definieren, die Menschen jeden Tag tun. Diese alltägliche Betätigung sieht Hasselkus (2006) als grundlegendes Bedürfnis jedes Menschen und als Teil des Lebensrhythmus. Soeffner (2004) betont, dass die Struktur des Alltags je nach Lebensalter und Lebenssituation eines Menschen sehr verschieden und individuell gestaltet ist.

Zum Alltag eines über 65-jährigen gesunden Menschen zählen laut McKenna, Broome und Liddle (2007) neben Schlaf hauptsächlich Freizeitaktivitäten sowohl in der Einzelausübung als auch solche in der Gemeinschaft, Aktivitäten des täglichen Lebens (Activities of Daily Living, ADL) und instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (Instrumental Activities of Daily Living, IADL). Laut McKenna et al. (2007) gehören auch bezahlte Arbeit, Freiwilligenarbeit, Studium, die Betreuung einer Person, spirituelle Aktivitäten, Gesundheitspflege sowie Ruhe zu möglichen Betätigungen. In ihrer Studie fanden McKenna et al. (2007) heraus, dass über 65-Jährige 57% ihrer Zeit in Gesellschaft mit anderen Menschen verbringen. Burzan (2002) weist darauf hin, dass der Alltag eines älteren Menschen besonders von Gleichmässigkeiten, festen Rhythmen und Ritualen geprägt ist und vergleichsweise viel Ruhe und Musse sowie die zeitliche Dehnung von Aktivitäten aufweist.

Hasselkus (2006) macht darauf aufmerksam, dass die Menschen einer Kultur zwar alle mehr oder weniger dieselben Aktivitäten im Alltag durchführen, diese Aktivitäten jedoch bei jedem Menschen individuell und anders aussehen können. Hasselkus (2006) stellt fest, dass Begriffe wie z.B. alltäglich, gewöhnlich oder Routine, die verwendet werden, um Betätigung im Alltag zu beschreiben, langweilig und bedeutungslos klingen. Sie ist der Meinung, dass diese Normalität von Alltagsbetätigung über dessen Komplexität und die

Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden hinwegtäuscht. Gerade die kleinen Angewohnheiten und Erfahrungen im alltäglichen Leben sind nach Hasselkus (2006) das Allerwichtigste in der therapeutischen Arbeit mit demenzbetroffenen Klienten.

Die Autorinnen verwenden in der vorliegenden Arbeit die Begriffe Tätigkeit, Aktivität und Betätigung synonym. Diese Begriffe beschreiben in der Ergotherapie die Partizipation im alltäglichen Handeln (AOTA, 2002).

1.4.5. Klientenzentrierung

Bei der Klientenzentrierung besteht laut Sumison (2002) eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Klient und Therapeut, in der die Betätigungsziele des Klienten im Mittelpunkt der Behandlung stehen. Dem Klienten wird ermöglicht, Entscheidungen zu treffen und gemeinsam mit dem Therapeuten an den gesetzten Zielen zu arbeiten (Sumison, 2002). Laut Mayers (2003; zit. nach Götsch, 2007) glaubt die klientenzentrierte Praxis an die Einzigartigkeit eines Menschen, an seine Möglichkeiten, Kompetenzen und Bewältigungsstrategien, an seine Bedürfnisse, Ziele sowie sein Motivationspotential. So ermöglicht Klientenzentrierung einen breiten und differenzierten Zugang zum Problemverständnis des Klienten (Mentrup, 2007). Um klientenzentrierte Ergotherapie möglich zu machen, muss nach Sumison (2002) der Therapeut dem Klienten mit Respekt begegnen, dessen Werte und Normen akzeptieren und die Intervention dessen Bedürfnissen anpassen.

Für einen klientenzentrierten Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Menschen ist nach Hobson (1996; zit. nach Flotho, 2007) erweitertes Erfassen des Klienten, abgestuftes Entscheiden, Eintreten für den Klienten und Klientenzentrierung mit Ersatzpersonen von grosser Bedeutung.

2. Hauptteil

2.1. Methodik

Um die Fragestellung dieser Arbeit zu bearbeiten wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Einerseits wurde nach qualitativen Studien gesucht, um die Perspektive von Menschen mit Demenz bezüglich bedeutungsvoller Betätigung und deren Einfluss auf das Wohlbefinden mit ein zu beziehen. Andererseits sollte quantitative Literatur, welche z.B. die Effizienz von Ergotherapie bei Menschen mit Demenz untersucht, die Erkenntnisse aus den qualitativen Studien ergänzen und bestätigen bzw. widerlegen.

Zur Literatursuche wurden die Datenbanken CINAHL, Medline Ovid, PubMed sowie Psychinfo genutzt. Aus der Fragestellung ergaben sich die relevanten Kernbegriffe Demenz, Wohlbefinden, Ergotherapie und (Alltags-) Betätigung. Diese wurden ins Englische übersetzt und mit Synonymen ergänzt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

Schlüsselwörter

Schlüsselwörter	Synonyme/MESH-Terms
Deutsch	Englisch
Demenz	dement*, Alzheimer's (disease), cognitive impairment
Wohlbefinden, Lebensqualität	wellbeing, well-being, quality of life, quality of living, health (status)
Ergotherapie	occupational therap*, OT
(Alltags-) Betätigung	occupation, activit*, daily (life)
bedeutungsvoll	meaning*, importan*

Durch unterschiedliche Kombinationen dieser Suchbegriffe mit der Verknüpfung ‚AND‘ und/oder der Verknüpfung ‚OR‘, wie z.B. ‚dement* OR Alzheimer*

AND wellbeing OR quality of life' oder ,occupation* AND dement* AND well-being', war eine umfassende Recherche zum Thema möglich.

Die gefundene Literatur wurde mittels Durchsicht der Abstracts auf deren Relevanz bezüglich der Fragestellung geprüft, somit gezielt gefiltert und zur Übersicht im EndNoteWeb¹ gespeichert und geordnet. Die Volltexte dieser Studien wurden gelesen und die wichtigsten Inhalte grob zusammengefasst. Mittels von den Autorinnen formulierter Ein- bzw. Ausschlusskriterien (siehe Tabelle 2) konnten wiederum einige Studien ausgeschlossen werden, sodass schliesslich vier Studien einer kritischen Beurteilung unterzogen wurden. Die Qualität wurde anhand der kritischen Analyse für qualitative (Letts et al., 2007a, 2007b) und quantitative Studien (Law et al., 1998a, 1998b) geprüft. Alle vier Studien konnten zur Bearbeitung der Fragestellung einbezogen werden. Diese Anzahl wurde hinsichtlich des Umfangs dieser Arbeit nicht als angemessen eingeschätzt, ausserdem wurde das Kernthema Ergotherapie nach Meinung der Autorinnen noch zu wenig beleuchtet. Aus diesen Gründen entschieden die Autorinnen den Prozess der oben beschriebenen Literaturrecherche erneut zu durchlaufen mit Fokus auf dem noch unzureichend recherchierten Themenbereich. So konnten wiederum fünf Studien ermittelt werden, von denen sich vier nach der kritischen Beurteilung nach Law et al. (1998a, 1998b) als geeignet erwiesen. So konnten schlussendlich acht Hauptstudien in die Literaturübersicht für die Bearbeitung der Fragestellung eingeschlossen werden.

Während dem Exzerpieren von Literatur für die Bearbeitung unserer Fragestellung wurden auch Studien identifiziert, welche für andere Bereiche dieser Arbeit, wie z.B. die Einleitung, verwendet werden konnten.

Tabelle 2

Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der Hauptstudien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Bezug zur Fragestellung durch Themen wie - (bedeutungsvolle) Betätigung	Kein Bezug zur Fragestellung

¹ Literaturverwaltungsprogramm im Internet (www.myendnoteweb.com)

Fortsetzung Tabelle 2

Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der Hauptstudien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> - Wohlbefinden - Lebensqualität - Ergotherapie - Lebensbereiche: ADL, IADL, Freizeit, soziale Partizipation 	
Ergotherapie oder andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen (z.B. Pflege)	Keine dementielle Erkrankung, andere psychische Erkrankungen
Teilnehmer: Heimbewohner und zu Hause lebende Menschen, stationäre und ambulante Klienten	
Literatur ab dem Jahr 2000	Literatur älter als 2000
Genügende Relevanz nach Law et al. (1998a, 1998b) bzw. Letts et al. (2007a, 2007b)	Ungenügende Relevanz nach Law et al. (1998a, 1998b) und Letts et al. (2007a, 2007b)

2.2. Vorwort zu den Hauptstudien

Für diese Bachelorarbeit wurden vier quantitative Studien, darunter drei randomisierte kontrollierte Studien (Randomised Controlled Trial, RCT) ausgewählt. Ausserdem wurden eine Fallstudie und drei qualitative Studien eingeschlossen. Wie in Abbildung 1 deutlich wird, werden RCTs der zweitobersten Stufe der Evidenzpyramide (Zaidi, Hashim, Iqbal & Quadri, 2007) zugeordnet. Dabei handelt es sich um ein Level mit hoher externer Evidenz. RCTs können sich in der Qualität unterscheiden, z.B. in Bezug auf einfache oder doppelte Verblindung. Um solche Unterschiede aufzudecken, wurden die RCTs zusätzlich der kritischen Beurteilung quantitativer Studien nach Law et al. (1998a, 1998b) unterzogen. Die vierte

quantitative Studie, eine Einzelfallserie („case series“), und die Fallstudie („case report“) sind dem mittleren Bereich der Evidenzpyramide zuzuordnen.

Da qualitative Forschung aufgrund ihrer unterschiedlichen Perspektiven nicht wie die RCTs und Fallstudien einer der Evidenzstufen zugeordnet werden kann, wurden für die Bewertung eigene Gütekriterien entwickelt (Borgetto et al., 2007). Die ausgewählten qualitativen Studien wurden von den Autorinnen anhand der Abbildung 1. Evidenzpyramide.



Figure. The Evidence Pyramid.

entsprechenden kritischen Beurteilung nach Letts et al. (2007a, 2007b) auf diese Kriterien hin überprüft.

Sieben der ausgewählten Studien stammen aus dem europäischen Raum, davon eine aus der Schweiz. Zusätzlich wurde eine Studie aus Kanada miteinbezogen. Somit wurden die Sichtweisen verschiedener westlicher Länder berücksichtigt.

Im Anschluss werden erst die qualitativen Studien, darauf folgend die RCTs und die Fallstudie und abschliessend die Fallserie vorgestellt. Alle ausgewählten Studien thematisieren mindestens zwei der vier Kernbegriffe.

2.3. Vorstellung der Hauptstudien

2.3.1. *Doing as much as I can do: The meaning of activity for people with dementia*

Phinney, Chaudhury und O'Connor (2007) führten in Kanada eine qualitative Studie durch, um zu untersuchen, welche Aktivitäten Menschen mit leichter bis mittelgradiger Demenz in ihrem Leben als bedeutungsvoll empfinden und welchen Wert für sie die Einbindung in solche hat. Die acht Teilnehmer hatten die Diagnose Demenz und lebten mit mindestens einer Betreuungsperson zu

Hause. Anhand von Interviews und Beobachtungen in einem Zeitraum von zwei bis sechs Monaten sammelten Phinney et al. (2007) Informationen zu Erfahrungen mit der Demenz und dem Leben mit der Erkrankung in Bezug auf Betätigung. So konnten vier Tätigkeitsbereiche ermittelt werden.

Aktivitäten im Bereich *Freizeit und Erholung* wurden von allen Teilnehmern genannt. Dazu gehörten Freizeitbeschäftigungen wie Handwerk, Kreuzworträtsellösen, Klavierspielen, Briefmarkensammeln oder Spaziergehen. Die Teilnehmer schienen im Gegensatz zu ihren Angehörigen keine großen Einbußen in ihrer Freizeitgestaltung zu empfinden. Es gab sogar Teilnehmer, die im Laufe ihrer Demenzerkrankung neue Aktivitäten aufgenommen haben. Viele der genannten Tätigkeiten sind Einzelaktivitäten, jedoch gab es auch Aktivitäten, die zusammen mit Freunden oder Familie durchgeführt wurden.

Über *Hausarbeit* sprachen die Teilnehmer mit Begeisterung. Diese erwies sich als extrem wichtig in ihrem Alltag. Durch die Demenz fallen ihnen diese Aktivitäten schwerer, weshalb sie oft auf Unterstützung angewiesen und Kompensationsstrategien notwendig sind. Trotzdem äusserten die Teilnehmer zu keinem Zeitpunkt, dass sie diese Aufgaben abgeben möchten.

Die *soziale Teilhabe* war für die meisten Teilnehmer von Bedeutung. Einige Teilnehmer setzten Unternehmungen mit und Besuche bei Freunden fort. Diese wurden aber im Verlauf der Krankheit weniger häufig, u.a. aufgrund ihrer eigenen beeinträchtigten Kommunikations- und Handlungsfähigkeit. Als bedeutungsvollen sozialen Kontakt nannten die Teilnehmer die Begegnung mit anderen Demenzbetroffenen, da ihnen dies Sicherheit und Ermutigung vermittelt. Ausserdem waren der Kontakt zur Familie und die damit verbundene ungezwungene Gemeinschaft von grosser Bedeutung.

Bezüglich *arbeitsbezogener Tätigkeiten* erfolgten nur wenige Aussagen, da alle Teilnehmer bereits pensioniert waren. Dennoch stellte dieser Bereich für zwei der Teilnehmer die bedeutungsvollste Betätigung dar. Ein älterer Mann z.B. führte seine Tätigkeit als ehemaliger Chorleiter fort, indem er kleine Chorstücke komponierte und sich für einen Chor für Menschen mit Demenz einsetzte.

Weiter wurden in der Studie verschiedene Kernaspekte identifiziert, welche eine Aktivität für die Teilnehmer mit Demenz bedeutsam machen.

Das Erleben von *Freude und Vergnügen* war der wohl offensichtlichste Grund, weshalb die Teilnehmer die genannten Betätigungen ausführten. Die Teilnehmer bevorzugten Aktivitäten, die ihre Ressourcen ansprechen und ihnen eine völlige Vertiefung in die Tätigkeit ermöglichen.

Ein weiterer Aspekt war das Gefühl von *Zugehörigkeit und Anschluss*, welches die Teilnehmer durch das Eingebundensein in Betätigung erlebten. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Familie einen wichtigen Beitrag zu mehr Handlungsfähigkeit und Teilhabe des Demenzkranken leistet. Für die Teilnehmer war es zudem von Bedeutung, dass sie im Alltag gebraucht werden und sich nützlich machen können.

Das Eingebundensein in Betätigung ermöglicht den Teilnehmern auch ein Gefühl der *Autonomie und Identität*. Die Teilnehmer schätzten es, solange wie möglich für sich selbst Verantwortung zu übernehmen. Diese Unabhängigkeit gab ihrem Leben einen höheren Wert und persönliche Identität, z.B. durch die Ausübung ihrer Rolle in der Familie.

2.3.2. *Experiences of day care and collaboration among people with mild dementia*

Brataas, Bjugan, Wille und Hellzen (2010) untersuchten anhand einer Studie in Skandinavien, wie Menschen mit leichter Demenz ein wöchentliches Gruppenprogramm erleben und welche Bedeutung dieses aus Klientensicht für das tägliche Leben hat. Das von einem Ergotherapeuten organisierte Programm wurde über einen Zeitraum von sieben Wochen durchgeführt. Es beinhaltete kulturelle und traditionelle Aktivitäten, wie z.B. Singen und Tanzen, gemeinsames Kochen und Essen oder kulturbezogene Unternehmungen. 14 Menschen mit leichter Demenz, welche zu Hause wohnten, nahmen teil und schlossen das Programm ab. Mit neun dieser Teilnehmer wurden drei Monate nach Beendigung des Programms Interviews durchgeführt.

Ein zentraler Aspekt in den Interviews war die Ambivalenz der Teilnehmer *vor Beginn des Programms*. Einerseits stellte es für sie aufgrund ihrer Einschränkungen und Unsicherheit eine Herausforderung dar, sich auf das Programm einzulassen, andererseits sahen sie dieses als Chance aus der sozialen Isolation auszubrechen.

Während des Programms bemerkten die Teilnehmer einen positiven Einfluss der bedeutungsvollen Betätigung auf ihr Wohlbefinden. Es zeigte sich, dass das Programm die Aufrechterhaltung der eigenen Identität und der traditionellen, kulturellen Werte unterstützte. Die Teilnehmer nahmen das Zusammensein in einer Gruppe von Demenzbetroffenen sehr positiv wahr, da es ihnen ein Gefühl der Gruppenzugehörigkeit sowie Vertrauen und Wertschätzung vermittelte. Ausserdem schätzten sie den Einbezug in die Planung der weiteren Treffen. Es zeigte sich, dass Respekt und Sicherheit vonseiten der Betreuer wichtige Faktoren in Bezug auf das soziokulturelle Wohlbefinden der Teilnehmer darstellen.

Die Teilnehmer gaben an, dass sie *nach der Teilnahme am Programm* gesteigerte Lebensfreude, Energie und Zufriedenheit verspürten. Durch Austausch und Diskussionen wurden sie kognitiv angeregt. Die Betroffenen zeigten grosses Interesse an einem weiteren, ähnlichen Angebot teilzunehmen.

2.3.3. *What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers*

Harmer und Orrell (2008) untersuchten in einer qualitativen Studie, welche Aktivitäten für Menschen mit Demenz in Pflegeheimen in Grossbritannien bedeutungsvoll sind und was diese bedeutungsvoll macht. Dazu wurden die Ansichten von Betroffenen, deren Angehörigen sowie dem Pflegepersonal einbezogen. Es konnten 18 Teilnehmer mit Demenz aus drei verschiedenen

Heimen rekrutiert werden. Angaben zum Schweregrad der Erkrankung werden nicht gemacht. Bewohner mit einer schweren Lernbehinderung oder psychischen Erkrankungen wie Depression, Angststörungen o.ä. wurden von der Studie ausgeschlossen. Ausserdem nahmen 15 Pflegekräfte und 8 Familienangehörige an der Studie teil. In einer Fokusgruppe wurden die Heimbewohner angeregt, sich über Themen wie tägliche Routinen, bedeutungsvolle Tätigkeiten oder Bedürfnisse in Bezug auf Betätigung auszutauschen. Dazu wurden auch Bilder genutzt. Die Gruppe der Angehörigen und die des Pflegepersonals tauschten sich über die gleichen Themen aus, jedoch in Bezug auf die Heimbewohner. Die Ergebnisse der Datenanalyse aus der Bewohnergruppe dienten als Basis zum Vergleich mit denen der anderen beiden Gruppen. Es ergaben sich vier Hauptthemen bezüglich bedeutungsvoller Aktivitäten.

Ein Thema in den Fokusgruppen waren *reminiszenzbezogene Aktivitäten*. Diese umfassen z.B. Gespräche über frühere Tätigkeiten und Interessen, sowie den Verlust dieser Tätigkeiten bzw. der eigenen Rolle. Es zeigte sich, dass die Bewohner diesen Austausch schätzen, mehr als Angehörige und Pflegekräfte dies beurteilt hatten. Es wurde erkannt, dass die Bewohner sich viel mit der Erinnerung an Vergangenes beschäftigen, jedoch fehlte beim Pflegepersonal und den Angehörigen das Wissen darüber, welchen Wert diese Rückerinnerung für die Betroffenen hat.

Ein weiteres bedeutungsvolles Thema waren *Familie und soziale Aktivitäten*. Es stellte sich heraus, dass der Kontakt zur Familie und Gespräche über die Familie von grosser Bedeutung für die Bewohner sind, da sie so die Möglichkeit haben über gemeinsam Erlebtes zu sprechen. Auch die soziale Interaktion mit anderen Demenzbetroffenen war für die Teilnehmer von grosser Bedeutung. Einige Pflegekräfte befürchteten, dass es verstörend für die Betroffenen sein könnte, falls sie ihre Angehörigen nicht wiedererkennen, und nahmen daher an, dass der Kontakt zum Pflegepersonal teils angebrachter sei.

Es zeigte sich, dass *musikalische Aktivitäten* bedeutungsvoll für Menschen mit Demenz sind. Viele Pflegekräfte erkannten, dass die Bewohner durch Musik angeregt werden und so alle, auch die schwer Betroffenen, an Aktivitäten dieser Art teilnehmen können.

Viele Bewohner konnten weitere *individuelle Aktivitäten* identifizieren, welche sie für sich als bedeutsam einstufen. Dazu gehörten Tätigkeiten, wie z.B. Lesen, Puzzeln oder Stricken. Pflegepersonal und Angehörige hielten Bewegung für wichtig. Die Bewohner hingegen erwähnten diese nur im Zusammenhang mit Spaziergängen.

Weitere zentrale Aspekte in den Diskussionen der Fokusgruppen waren ausserdem der *Mangel an bedeutungsvollen Aktivitäten* und die Frage ‚*Was macht Aktivität bedeutungsvoll?*‘.

Einige Bewohner beschrieben ihren Tagesablauf im Pflegeheim als abwechslungslos. Es fehlte ihnen an Interaktion und Betätigung. Als Gründe für den Mangel an bedeutungsvollen Aktivitäten sahen die Bewohner fehlende Möglichkeiten und Eigeninitiative sowie die einschränkende Umgebung des Heimes. Einige Bewohner sahen den Verlust an Betätigung auch als etwas Normales im fortschreitenden Alter. Bedeutungsvoll wurde eine Aktivität für die Bewohner z.B. durch Faktoren wie persönliche Werte und Einstellungen sowie die Verbindung zu früheren Rollen, Interessen oder Gewohnheiten.

2.3.4. Auswirkungen erhöhter sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen

Oppikofer, Albrecht und Martin (2010) untersuchten in ihrer Studie, ob Lebensqualität und Wohlbefinden bei Menschen mit Demenz durch regelmässige Besuche von Freiwilligen gesteigert werden können. Dazu wurde eine RCT erst in der Schweiz und anschliessend in Österreich durchgeführt. Insgesamt nahmen 84 Personen mit Demenz im Alter von 65 bis 98 Jahren teil, welche in Zürich aus einem Pflegeheim und in Graz aus einem geriatrischen Krankenhaus rekrutiert wurden. Es wurde jeweils eine Kontroll-

und eine Interventionsgruppe gebildet. Die Interventionsgruppen erhielten von jeweils einem Freiwilligen während zehn Wochen einmal wöchentlich Besuch. Während des einstündigen Besuchs sollten gemeinsam aktive Tätigkeiten, wie z.B. singen oder spazieren gehen, ausgeführt werden. Die Besucher wurden gezielt ausgesucht und nach Kriterien wie Interessen, Sprache und Erfahrung im Bereich Demenz den betroffenen Teilnehmern zugeteilt. Im Vorfeld durchliefen alle eine Schulung zum Krankheitsbild Demenz. Ausserdem zeigten die ausgewählten Freiwilligen die Bereitschaft, die Besuche auch nach Abschluss der Studie weiterzuführen. Die Datenerhebungen wurden unmittelbar vor und nach der zehnwöchigen Intervention durchgeführt. Dies geschah anhand von Selbstbeurteilungen durch die Klienten. Durch die Auswertung der Pfleger-Stressskala und Fremdeinschätzungen vom zuständigen Pflegepersonal wurde eine weitere Perspektive miteinbezogen. Zusätzlich wurde das Zürcher Lebensqualitätsinventar (ZLQI) zur Überprüfung der Lebensqualität durchgeführt, die Medikation der Klienten wurde erfasst und der subjektive Leidenszustand sowie die subjektive Befindlichkeit wurden eingeschätzt.

In beiden Ländern bewirkten die Besuche eine signifikante Steigerung des Wohlbefindens und der Lebensqualität in den Interventionsgruppen. In den Kontrollgruppen hingegen kam es zu einer Abnahme der Lebensqualität. Die Teilnehmer der Interventionsgruppen konnten die Besuche bewusst wahrnehmen und äusserten, dass sie sich seither wohler fühlten. Auch die Pflegenden konnten positive Veränderungen feststellen. Sie beschrieben die Demenzbetroffenen als zufriedener, aufgeschlossener, geistig klarer sowie weniger aggressiv und depressiv. Die verlangte Medikation veränderte sich nicht. Bei Personen mit starken körperlichen Einschränkungen oder generell wenigen sozialen Kontakten zeigten die Besuche eine noch grössere Wirkung auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität.

2.3.5. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: Randomised Controlled Trial und Effects of Community Occupational Therapy on Quality of Life, Mood, and Health Status in Dementia Patients and Their Caregivers: A Randomized Controlled Trial

Graff, Vernooij-Dassen, Thijssen, Dekker, Hoefnagels und Olde-Rikkert (2006a, 2007) führten in den Niederlanden eine RCT durch mit dem Zweck, die Wirksamkeit von ergotherapeutischen Domizilbehandlungen bei Menschen mit Demenz zu untersuchen. Dabei fokussierten Graff et al. (2006a) einerseits die Funktionsfähigkeit im Alltag, andererseits beleuchteten Graff et al. (2007) den Effekt auf die Lebensqualität, Stimmung und den Gesundheitszustand der Teilnehmer. Für die RCT wurden über einen Zeitraum von vier Jahren insgesamt 135 Teilnehmer aus der Gedächtnis- und Tagesklinik eines geriatrischen Zentrums ermittelt. Die Teilnehmer in einem Alter von mindestens 65 Jahren litten an leichter bis mittelgradiger Demenz und wohnten zu Hause. Ausserdem wurden sie mindestens einmal wöchentlich von einer Bezugsperson betreut. Die Studienteilnehmer wurden in Interventions- und Kontrollgruppe eingeteilt. Zwischen den beiden Gruppen bestand eine Balance bezüglich des Schweregrads der Demenz. Die Interventionsgruppe nahm über fünf Wochen an zehn einstündigen Ergotherapieeinheiten teil. Die Kontrollgruppe bekam während der Durchführung der Studie keine Ergotherapie. Aus ethischen Gründen erhielt sie jedoch nach Studienabschluss die gleiche Intervention.

Die Ergotherapeuten führten in der Studie eine im Vorfeld entwickelte Behandlung durch, welche auf klientenzentrierten Leitlinien für Menschen mit Demenz basiert und bereits in einer Pilotstudie von Graff, Vernooij-Dassen, Hoefnagels, Dekker und de Witte (2003) getestet wurde. Vor und nach dem fünfwöchigen Behandlungszeitraum, sowie zwölf Wochen nach Studienbeginn wurden verschiedene Messungen vorgenommen. Die Teilnehmer wurden in Bereichen wie Kognition (Brief Cognitive Rating Scale (BCRS), Mini Mental State Exam (MMSE)), Betätigungsperformanz (Assessment of Motor and

Process Skills (AMPS), Interview of Deterioration in Daily Activities in Dementia (IDDD)) und Lebensqualität (Cornell Scale for Depression (CSD), Dementia Quality of Life Instrument (DQOL)) getestet. Die jeweilige Betreuungsperson nahm an Messungen zur eigenen Handlungskompetenz und Lebensqualität (DQOL, Mastery Scale, Sense of Competence Questionnaire (SCQ), Center for Epidemiologic Studies Depression Scales (Ces-D)) teil. Zusätzlich wurden Klienten sowie Bezugspersonen zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand befragt (General Health Questionnaire (GHQ-12)). In die Auswertung eine Woche nach Studienabschluss konnten die Daten von insgesamt 114 Teilnehmern einbezogen werden. Für das Follow-up zwölf Wochen nach Studienbeginn wurden die Daten von verbleibenden 105 Teilnehmern aufgenommen.

In Bezug auf die *Funktionsfähigkeit* zeigte sich, dass die prozessbezogenen Fertigkeiten der Klienten sowie das Kompetenzgefühl der Betreuungspersonen in der Interventionsgruppe nach der Intervention im Vergleich zu den Ausgangswerten und zur Kontrollgruppe signifikant höher waren. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe zeigten mehr Selbständigkeit in Alltagsaktivitäten, während diese bei den Teilnehmern der Kontrollgruppe abgenommen hatte. Diese Verbesserungen erwiesen sich zu 84% in den prozessbezogenen Fertigkeiten, zu 78% in der Selbständigkeit in Alltagsaktivitäten und zu 58% im Kompetenzgefühl der Betreuungspersonen als klinisch relevant und zeigten sich auch noch im Follow-up zwölf Wochen nach Studienbeginn.

Die Ergebnisse der Interventionsgruppe in Bezug auf *Lebensqualität, Stimmung und Gesundheitszustand* zeigten nach der fünföchigen Intervention ebenfalls eine signifikante Steigerung im Vergleich zu den Ausgangswerten und zur Kontrollgruppe. Zudem berichteten die Bezugspersonen von einer Verbesserung des Gefühls von Lebenskontrolle. Eine klinisch relevante Verbesserung der Lebensqualität erreichten 49% der

Klienten mit Demenz und 54% der Bezugspersonen in der Interventionsgruppe. Auch im Follow-up hielten diese Verbesserungen noch an.

2.3.6. *How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his primary caregiver?*

Die niederländische Fallstudie von Graff, Vernooij-Dassen, Zajec, Olde-Rikkert, Hoefnagels und Dekker (2006b) soll einen Einblick in den ergotherapeutischen Behandlungsprozess und die Veränderungen durch eine Domizilbehandlung bei einem Klienten mit Demenz und seinem pflegenden Angehörigen geben. Generiert wurde diese Fallstudie aus der in Kapitel 3.3.5 beschriebenen RCT von Graff et al. (2006a, 2007). Von den Teilnehmern dieser RCT wählte der behandelnde Ergotherapeut rückblickend einen Klienten und dessen Betreuungsperson für diese Fallstudie aus. Dieses Klientenbeispiel entspricht einem typischen Ablauf einer Domizilbehandlung. Gewählt wurde der Fall eines 71-jährigen Mannes, der an leichter bis mittelgradiger Demenz litt, und seiner betreuenden Ehefrau. Die Behandlungsdokumentation des Ergotherapeuten lieferte die qualitativen Daten. Diese umfassten Beobachtungsnotizen, Instruktionen und Anleitungen sowie detaillierte Interviews mit dem Ehepaar. Die quantitativen Daten in Form von verschiedenen Assessments dienten zur Überprüfung der qualitativen Daten sowie zum Vorher-Nachher-Vergleich.

In der Ausgangssituation zeigten die AMPS-Werte des Klienten eine starke Einschränkung in den motorischen sowie prozessbezogenen Fertigkeiten, wodurch ein unabhängiges Leben zu Hause für ihn nicht mehr möglich ist. Seine Frau zeigte ein mässiges Kompetenzgefühl in Betreuungsaufgaben. Fokussiert wurden in der ergotherapeutischen Intervention die aus den qualitativen Daten ermittelten Problemfelder Betätigungsperformanz und Kommunikation. Im Bereich Betätigungsperformanz war auffällig, dass der Klient wenig Initiative zeigte und frühere Interessen, wie z.B. die Gartenarbeit,

aufgegeben hatte. Dies bedeutete für den Klienten den Verlust von Autonomie, Tagesstruktur und Freude. Im Bereich Kommunikation stellte der Ergotherapeut fest, dass Kommunikationsschwierigkeiten bei beiden Ehepartnern Unsicherheit und Hilflosigkeit auslösten. Mittels des Canadian Occupational Performance Measurement (COPM) erarbeitete der Ergotherapeut zusammen mit dem Ehepaar die Zielsetzung. Als primäres Ziel der beiden kristallisierte sich die Steigerung der Selbständigkeit des Klienten in der Gartenarbeit heraus. Zu diesem Zweck führte der Ergotherapeut eine Hilfsmittelberatung durch. Ein weiterer Teil der Intervention war die Instruktion der Ehefrau. Ihr wurden Aspekte zur Strukturierung der Gartenaktivität, wie z.B. die Anpassung der Umwelt bzw. der Aktivität nähergebracht. Für eine verbesserte Kommunikation zwischen den Ehepartnern klärte der Ergotherapeut die Ehefrau über die Auswirkungen einer Demenz auf, um ihr den Zustand ihres Mannes verständlicher zu machen.

Die ergotherapeutische Behandlung war eine positive Erfahrung für das Ehepaar. Viele Instruktionen konnten erfolgreich umgesetzt werden. Der Klient betätigte sich schliesslich wieder täglich effizient und sicher im Garten. Nach Abschluss der Behandlung äusserte er sich im COPM zufriedener mit seiner Betätigungsperformanz. Zudem empfand er ein gesteigertes Gefühl von Lebenskontrolle und zeigte mehr Initiative. Seine Frau nahm sich selbst vitaler und geduldiger gegenüber ihrem Mann wahr. Die quantitativen Daten, welche nach der Intervention erhoben wurden, bestätigen die positiven qualitativen Ergebnisse der Fallstudie. Der Klient zeigte Verbesserungen in den motorischen sowie prozessbezogenen Fertigkeiten, in ADL und IADL, eine erhöhte Initiative sowie eine gesteigerte Lebensqualität. Auch seine Ehefrau erzielte Verbesserungen in der Lebensqualität sowie in Kompetenzgefühl und Situationsbewältigung.

2.3.7. Occupational Therapy and Dementia: the Experience of an Alzheimer Special Care Unit

Baldelli, Pradelli, Zucchi, Martini, Orsi und Fabbo (2007) führten eine quantitative Studie durch, in der sie den Effekt von Ergotherapie auf die Funktionsfähigkeit und das Verhalten von Menschen mit mittelgradiger bis schwerer Demenz untersuchten. 26 Bewohner einer auf Demenz spezialisierten Einrichtung in Italien nahmen über einen Zeitraum von zwölf Monaten an einem ergotherapeutischen Programm teil. Im Rahmen des Programms wurden von zwei Ergotherapeuten Aktivitäten wie Kochen, Gärtnern, Malen, Zeichnen und Bewegung angeboten. Die Interventionen fanden fünfmal wöchentlich statt und dauerten jeweils zwei Stunden. Am Anfang des Programms sowie sechs und zwölf Monate nach Beginn wurden bei den Teilnehmern Messungen vorgenommen in Bereichen wie Kognition (MMSE), ADL (Barthel-Index, BI), motorische Funktionen (Tinetti-Test) und Verhaltensstörungen (Neuropsychiatrisches Inventar, NPI).

Die Ergebnisse dieser Messungen zeigten im Verlauf eine Abnahme in den motorischen, kognitiven und ADL-Fertigkeiten, welche jedoch nicht signifikant war. Da der Rückgang von Fähigkeiten bei stark fortgeschrittener Demenz jedoch unabänderlich ist und er in der Studie nicht signifikant war, nehmen die Forscher an, dass die ergotherapeutische Intervention zu einer Verlangsamung des Funktionsrückgangs beitragen konnte. Die Werte des NPI zeigten signifikante Verbesserungen im Verhalten. Ebenso konnte ein signifikanter Rückgang in den physischen Leiden sowie in der Verabreichung von Psychopharmaka festgestellt werden. Diese Resultate bestätigen die Wahrnehmung von Pflegepersonal und Angehörigen, welche weniger Agitiertheit sowie angepassteres Verhalten im Bereich ADL bei den Teilnehmern beobachteten. Dies empfanden sie als Erleichterung in der Betreuung.

2.4. Limitationen der Hauptstudien

Als Limitation ist die kleine Stichprobengrösse in der quantitativen Studie von Baldelli et al. (2007) von nur 26 Teilnehmern zu nennen. Dadurch sind die Studienresultate nicht zwingend repräsentativ. Die kleineren Stichprobengrössen in den qualitativen Untersuchungen können ebenfalls als Limitation gesehen werden. Wichtiger ist in der qualitativen Forschung jedoch, dass die Stichproben eine möglichst grosse Diversität und Heterogenität aufweisen (Petrucci & Wirtz, 2007). In der Studie von Phinney et al. (2007) haben die Teilnehmer jedoch alle einen ähnlichen Bildungshintergrund und sozioökonomischen Status; sie bilden also eine eher homogene Gruppe. Aufgrund des ländlichen Settings in der Studie von Harmer et al. (2008) kann man auch hier von einer eher homogenen Stichprobe sprechen. Die Ergebnisse sind somit nicht unbedingt auf die städtische Bevölkerung übertragbar, da gerade im Bereich Alltag und Betätigung zwischen Stadt und Land bedeutungsvolle Unterschiede bestehen können.

Zu Verzerrungen könnte in der Fallstudie von Graff et al. (2006b) die retrospektive Auswahl des Klienten geführt haben, da wahrscheinlich gezielt ein Fallbeispiel mit positivem Resultat ausgelesen wurde. Auch in der Studie von Harmer et al. (2008) könnte durch die Bilder, welche in den Fokusgruppen genutzt wurden, ein Verzerrungseffekt entstanden sein, da diese die Diskussionen evtl. in eine bestimmte Richtung gelenkt haben.

Eine weitere Limitation findet sich in der Studie von Baldelli et al. (2007), in der es keine Kontrollgruppe zum Vergleich der Ergebnisse gab. Dies lässt Raum für Spekulationen, ob die erzielten Resultate tatsächlich durch die ergotherapeutische Intervention hervorgerufen wurden oder ob andere Faktoren einen Einfluss hatten. Andererseits kann aufgrund der Intensität und der langen Dauer angenommen werden, dass die Intervention eine Wirkung bei den Bewohnern gezeigt hat. In der RCT von Graff et al. (2006a, 2007) wurde in Interventions- und Kontrollgruppe unterteilt. Aufgrund der Interventionsart war jedoch nur eine einfache Verblindung aufseiten der Testdurchführer möglich, welche zu 80% erfolgreich war und somit keinen grossen Verzerrungseffekt verursacht haben dürfte.

Die Tatsache, dass Brataas et al. (2010) die Interviews mit den demenzbetroffenen Teilnehmern erst drei Monate nach Beendigung des Programmes durchführten, stellt die Aussagekraft der Resultate infrage. Allerdings können die positiven Erinnerungen auch für einen lang anhaltenden Effekt des Programms sprechen. Die Studienergebnisse von Phinney et al. (2007) ergaben sich aus einer sekundären Analyse von Daten. Diese wurden ursprünglich für eine grössere qualitative Befragung erhoben, in der die Forscher untersuchten, wie Menschen mit Demenz ihre Symptome erleben und wie sie damit im alltäglichen Leben umgehen. Aufgrund dieser Tatsache zeigt die Studie evtl. ein unvollständiges Bild von möglichen bedeutungsvollen Aktivitäten für Menschen mit Demenz.

In den Studien von Harmer et al. (2008) und Oppikofer et al. (2010) werden keine konkreten Angaben zum Schweregrad der Demenz bei den Studienteilnehmern gemacht. Zudem beschreiben Oppikofer et al. (2010) nicht den genauen Ablauf und Inhalt der einzelnen Besuche. Auch bei Baldelli et al. (2007) fehlen nähere Informationen zum Inhalt der ergotherapeutischen Intervention sowie Gründe für die Auswahl der Aktivitäten an. So können keine konkreten Schlüsse für Behandlungsansätze in der Berufspraxis gezogen werden.

Nennenswert ist auch, dass der Klient in der Fallstudie von Graff et al. (2006b) neben der Demenz auch die Diagnose Parkinson hatte. Allerdings betrifft das parallele Bestehen mehrerer Krankheiten, auch Multimorbidität genannt, beinahe alle geriatrischen Klienten („Medizinische Problembereiche im Alter“, 2011).

Abschliessend bleibt zu sagen, dass die qualitative Datenerhebung (z.B. Interviews) mit Menschen mit Demenz, aufgrund der je nach Stadium unterschiedlich stark eingeschränkten Kommunikationsfertigkeiten, nur bedingt aussagekräftig ist. Somit sind die quantitativen Messungen hilfreich zur Überprüfung.

3. Diskussion

3.1. Demenz und Betätigung

Drei der Studien (Graff et al., 2006b; Harmer et al., 2008; Phinney et al., 2007) stimmen überein, dass für Menschen mit Demenz Freizeitaktivitäten von grosser

Bedeutung sind. Nach Phinney et al. (2007) gehören einerseits Einzelaktivitäten wie Handwerk, Kreuzworträtsellösen, Klavierspielen, Briefmarkensammeln sowie Spaziergehen und andererseits Partner- bzw. Gruppenaktivitäten, wie Kino- und Opernbesuche oder Reisen, zu bedeutungsvollen Tätigkeiten für Demenzbetroffene. Auch Harmer et al. (2008) konnten individuell bedeutsame Freizeitaktivitäten identifizieren, wie Lesen, Fernsehen, sich zurechtmachen, Puzzeln, Stricken, Mahlzeiten geniessen und Zeit für sich haben. Zudem wurde in der Studie von Harmer et al. (2008) erkannt, dass Musik hören, Tanzen und Singen für Menschen mit Demenz von Bedeutung sind und hierbei sogar Schwerbetroffene stimuliert werden: „Selbst wenn sie nicht singen, wenn sie einfach nur mit dem Bein wippen, sie reagieren darauf“ (S.552, Zitat einer Pflegekraft, sinngemäss übersetzt). In der Studie von Harmer et al. (2008) wurde klar, dass Menschen mit Demenz eine Betätigung dann als bedeutungsvoll einstufen, wenn sie diese als interessant empfinden, dabei Neues lernen oder aktiv sein können. Phinney et al. (2007) zeigen aber auch auf, dass Menschen mit Demenz Aktivitäten bevorzugen, welche nicht zu fordernd und anspruchsvoll sind.

Weiter zeigte sich, dass bei Aktivitäten der Bezug zu Traditionen, Werten, persönlichen Einstellungen und Erinnerungen sowie früheren Rollen und Gewohnheiten sehr wichtig ist (Brataas et al., 2010; Harmer et al., 2008). Daher ist es nicht verwunderlich, dass in der Studie von Harmer et al. (2008) von den Heimen organisierte soziale Events, wie z.B. ein ägyptischer Themenabend, von keiner der Personen mit Demenz erwähnt wurden. Dies lässt die Forscher vermuten, dass Anlässe dieser Art weniger bedeutungsvoll sind. Auch Phinney et al. (2007) kommen zu dem Schluss, dass von Betreuungspersonen als wertvoll erachtete Unternehmungen, wie z.B. der wöchentliche Kirchgang, für Menschen mit Demenz nicht immer von Bedeutung sind.

Graff et al. (2006b) und Phinney et al. (2007) identifizierten bei einzelnen Menschen mit Demenz auch arbeitsbezogene Aktivitäten als bedeutungsvoll. Für diese Personen ist es ein Bedürfnis die frühere berufliche Rolle und Tätigkeit weiterhin in einem Hobby auszuführen (Graff et al., 2006b; Phinney et al., 2007). So weisen Phinney et al. (2007) darauf hin, dass ebenso die Hausarbeit für viele

Demenzbetroffene eine bedeutsame Betätigung darstellt und das Bedürfnis besteht, diese – wenn nötig mit Unterstützung – weiterhin auszuführen. Im Gegensatz dazu stellen Harmer et al. (2008) fest, dass Haushaltsaktivitäten für Menschen mit Demenz mit dem Fortschreiten der Erkrankung zu anstrengend und anspruchsvoll sein können. Des Weiteren ist es den Betroffenen ein Anliegen, sich möglichst lange selbst um Aufgaben betreffend Selbstversorgung und häuslicher sowie finanzieller Angelegenheiten kümmern zu können (Phinney et al., 2007).

Nach Phinney et al. (2007) nahmen Betroffene trotz der Demenz keine Einbussen in ihren Freizeitaktivitäten wahr, sondern gaben an, die gleichen Interessen und Freizeitaktivitäten weiterzuverfolgen wie vor der Erkrankung. Zur Betätigungsperformanz wurde hier jedoch keine Aussage gemacht. Die befragten Angehörigen der Menschen mit Demenz in der Studie von Phinney et al. (2007) bemerkten jedoch einen Rückgang in deren Freizeitbetätigung. Diese Wahrnehmung wird in der Fallstudie von Graff et al. (2006b) bestätigt. Der Klient wurde im Verlauf der Demenz immer passiver, sodass seine Interessen, wie z.B. die Gartenarbeit, verloren gingen. Da ihm die Ausführung der Gartenarbeit durch die dementielle Erkrankung zunehmend schwerer fiel, übernahm seine Ehefrau diese immer häufiger. Graff et al. (2006b) zeigen auf, dass diese Tätigkeit für den Klienten trotz seiner Einschränkungen eine bedeutungsvolle Aktivität darstellte, die er gerne weiterhin ausführen wollte. Auch Harmer et al. (2008) stellen einen Mangel an Betätigung bei Menschen mit Demenz fest. Im Heim lebende Personen empfanden den Tagesablauf oft als abwechslungslos; es fehlte ihnen an Interaktion und Betätigung (Harmer et al., 2008). Einige empfanden das abnehmende Betätigungsausmass jedoch auch als etwas Normales im fortschreitenden Alter (Harmer et al., 2008). Ein Hindernis für Betätigung sahen die Bewohner nach Harmer et al. (2008) in ihrer geringen Eigenmotivation. Fehlende Möglichkeiten und Einschränkungen durch die Umgebung wurden als weitere Gründe für mangelnde Betätigung genannt (Harmer et al., 2008). Aus der Fallstudie von Graff et al. (2006b) wird ersichtlich, dass auch Kommunikationsschwierigkeiten zwischen der Person mit Demenz und seinem pflegenden Angehörigen zu verminderter Aktivität beim Demenzkranken führen können. Brataas et al. (2010) beschreiben Angst vor Herausforderungen und

persönliche Unsicherheit bei Menschen mit Demenz als Gründe für den Betätigungsmangel und weisen auf sozialen Rückzug als mögliche Folge hin. Auch Phinney et al. (2007) berichten über einen Rückgang von Besuchen der Betroffenen bei Freunden. Bei vielen Menschen mit Demenz besteht aufgrund der zunehmenden kognitiven Einschränkungen die Angst etwas Unpassendes zu sagen und sich so blosszustellen (Phinney et al., 2007). Schliesslich stellen Phinney et al. (2007) fest, dass vertraute Objekte und Orte Menschen mit Demenz den Einstieg in eine Aktivität erleichtern und demnach die direkte Umgebung einen wichtigen Faktor für Betätigung darstellt.

Weiter stellte sich heraus, dass soziale Gemeinschaft ein wichtiger Faktor für bedeutungsvolle Betätigung ist (Brataas et al., 2010; Harmer et al., 2008; Oppikofer et al., 2010; Phinney et al., 2007). Oppikofer et al. (2010) fanden heraus, dass Menschen mit Demenz Besuche und soziale Zuwendung durch fremde Personen bewusst wahrnehmen und auch schätzen. Sie vermuten, Demenzkranke könnten von Kontakten zu bisher Unbekannten mehr profitieren, als von denen zu Familie und Freunden, da hierbei eine unvoreingenommene Begegnung ohne Negativ-erinnerungen stattfinden kann. Diese Meinung findet sich auch in der Studie von Harmer et al. (2008) wieder, in der eine Pflegekraft annahm, der Kontakt zur Familie könnte verstörend für die Betroffenen sein, wenn sie ihre Angehörigen nicht wiedererkennen, und daher erwog, dass der Kontakt zum Pflegepersonal teils wertvoller sein könnte. Dies widerspricht jedoch den Aussagen der Betroffenen selbst, welche erklärten, dass soziale Kontakte zu Familie und Freunden für sie von besonderer Bedeutung seien (Harmer et al., 2008; Phinney et al., 2007). Hinzu kommt, dass sie die Familie in Bereichen wie Handlungsfähigkeit und Teilhabe als unterstützend erleben (Phinney et al., 2007). Menschen mit Demenz sind nach Brataas et al. (2010) generell motiviert, zwischenmenschliche Beziehungen trotz genannter Schwierigkeiten aufrechtzuerhalten. Zu erwähnen ist, dass die Personen mit Demenz in zwei der Studien (Brataas et al., 2010; Phinney et al., 2007) auch der sozialen Interaktion und Gemeinschaft mit anderen Demenzbetroffenen eine grosse Bedeutung beimassen. Harmer et al. (2008) stellen fest, dass v.a. die Qualität eine Interaktion bedeutsam macht. So wurden u.a. Gespräche über frühere Tätigkeiten,

Interessen und Rollen sowie den Verlust derer geschätzt, da sie Erinnerungen wachriefen (Harmer et al., 2008).

3.2. Betätigung und Wohlbefinden bei Demenz

Im Vorfeld ihrer Studie vermuten Harmer et al. (2008) einen Zusammenhang zwischen Betätigung und dem Wohlbefinden bei Menschen mit Demenz. Diese Hypothese konnte in ihrer Studie sowie auch in sechs weiteren Hauptstudien bestätigt werden (Baldelli et al., 2007; Brataas et al., 2010; Graff et al., 2007; Graff et al., 2006b; Oppikofer et al., 2010; Phinney et al., 2007). So stellten Harmer et al. (2008) fest, dass z.B. das Musikhören eine Steigerung von Stimmung und Konzentration bewirkt. Eine Klientin mit Demenz in der Studie von Harmer et al. (2008) beschrieb dies: „Wenn ich Musik höre, erinnere ich mich an Sachen aus der Vergangenheit...und das macht mich glücklicher“ (S.554, sinngemäss übersetzt). Auch Phinney et al. (2007) zeigen auf, dass bedeutungsvolle Betätigung Freude und Vergnügen auslöst: „[...] Es ist gleich was, ich spiele einfach etwas auf dem Klavier. [...] Dadurch fühle ich mich gut. Es ist etwas, das ich mag, ich liebe es“ (S.388, sinngemäss übersetzt), erklärte eine Teilnehmerin. Phinney et al. (2007) schreiben, dass bedeutsame Tätigkeiten den Betroffenen ermöglichen, den Augenblick zu geniessen und ihre Erkrankung vorübergehend in den Hintergrund treten zu lassen. Bedeutungsvolle Betätigung und die dabei erlebte kognitive Stimulation führte bei den Teilnehmern des Programms in der Studie von Brataas et al. (2010) zu gesteigerter Lebensfreude, Energie und Zufriedenheit. Baldelli et al. (2007) zeigen eine Verbesserung des Verhaltens und eine reduzierte Medikation bei Heimbewohnern mit Demenz, welche regelmässig Betätigungen nachgingen, auf. Es ist demnach von zentraler Bedeutung, dass neben den körperlichen v.a. die seelischen Bedürfnisse der Menschen mit Demenz angesprochen werden, wie Harmer et al. (2008) betonen; zumal die Teilnehmer dieser Studie die gemeinsamen Aktivitäten auch als Chance sahen, aus der sozialen Isolation auszubrechen.

Oppikofer et al. (2010) beschreiben, dass die gemeinsamen Betätigungen und Unternehmungen mit freiwilligen Besuchern in ihrer Studie eine positive Auswirkung

auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Menschen mit Demenz hatten. Obwohl die Heimbewohner in der Studie von Oppikofer et al. (2010) die Besucher anfangs nicht kannten, wurde die regelmässige soziale Interaktion sehr positiv aufgenommen. Die soziale Zuwendung wurde von den Betroffenen als wertvoll empfunden und sie fühlten sich seither wohler im Pflegeheim (Oppikofer et al., 2010). Auch das zuständige Pflegepersonal erlebte die Bewohner zufriedener, aufgeschlossener, geistig klarer sowie weniger aggressiv und depressiv (Oppikofer et al., 2010). Phinney et al. (2007) fanden zudem heraus, dass auch gemeinsame Unternehmungen mit Familie und Freunden bei den demenzkranken Menschen Freude auslösen, da v.a. familiäre Kontakte für sie ungezwungene Gemeinschaft und Akzeptanz bedeuten. Nach Brataas et al. (2010) wurden des Weiteren die Gemeinschaft und das Zusammenwirken mit anderen Demenzbetroffenen positiv erlebt und erzeugten ein Gefühl der Gruppenzugehörigkeit. Dieser Rahmen ermöglichte ihnen ausserdem ihre verlorengelaubten Sozialkompetenzen neu zu entdecken, ihr Selbstvertrauen zu stärken und gegenseitige Wertschätzung zu erleben. Dies bestätigen auch Harmer et al. (2008), welche von Humor und Freude bei Gesprächen in der Fokusgruppe berichten. Phinney et al. (2007) sagen aus, dass der Austausch zwischen Demenzbetroffenen diesen Sicherheit und Ermutigung vermittelt. Dies unterstützt die Aussage von Harmer et al. (2008), welche betonen, dass generell die Qualität einer Interaktion, bzgl. bestimmter Aspekte wie Respekt, Stimulation und Wertschätzung, von Bedeutung ist. Respekt und Verständnis vonseiten des Interaktionspartners haben eine positive Auswirkung auf das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz, erklären auch Brataas et al. (2010). Die Wertschätzung und Wahrnehmung seiner verbliebenen Ressourcen waren für den Klienten mit Demenz in der Fallstudie von Graff et al. (2006b) ebenfalls zentrale Faktoren für das Wohlbefinden.

Einen weiteren Grund, weshalb soziale Interaktion und individuell bedeutsame Aktivitäten zum Wohlbefinden beitragen, sehen Harmer et al. (2008) darin, dass solche die Identität eines Menschen mit Demenz stärken. Tätigkeiten, die Erinnerungen an frühere Erlebnisse und Traditionen wachrufen, tragen nach Brataas et al. (2010) ebenfalls zur Aufrechterhaltung von Identität sowie von Kultur und

Werten bei. Auch Harmer et al. (2008) vermuten, dass die Verbindung zur Vergangenheit für Menschen mit Demenz einen essentiellen Bestandteil ihrer Identität darstellt. Phinney et al. (2007) machen deutlich, dass die Selbständigkeit in bedeutenden Betätigungsbereichen den Betroffenen ein Gefühl der Unabhängigkeit, Zugehörigkeit und Verantwortung vermittelt. Sie zeigen ausserdem auf, dass sich Betroffene durch das Tätigsein gebraucht fühlen, was für sie bedeutet weiterhin ein Teil der Gesellschaft zu sein. Dass dieses Zugehörigkeitsgefühl zum Wohlbefinden eines Menschen mit Demenz beiträgt, schreiben auch Harmer et al. (2008). Daher ist es nach Phinney et al. (2007) ein Bedürfnis der Demenzbetroffenen, die persönliche Handlungsfähigkeit und die für die Person wertvollen Rollen so weit wie möglich aufrechtzuerhalten. Auch der Klient in der Fallstudie von Graff et al. (2006b) empfand durch mehr Eigeninitiative und Autonomie eine erhöhte Lebenskontrolle sowie Lebensqualität.

Eine Grenze dieser angestrebten Selbständigkeit kann darin gesehen werden, dass strukturierte Abläufe und ein sicherer Rahmen für Menschen mit Demenz nach Brataas et al. (2010) von Bedeutung sind. So stellte sich in ihrer Studie heraus, dass die bereits organisierte, betreute Anfahrt zu den jeweiligen Treffpunkten von den Betroffenen sehr geschätzt wurde, da solche planerischen Aufgaben für sie Stress bedeuten und sich negativ auf ihr Wohlbefinden auswirken würden. Weitere Aspekte, die das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz negativ beeinflussen können, zeigen Phinney et al. (2007) auf. Sie weisen auf das Unbehagen und die Angst vor Blossstellung hin, welche Betroffene empfinden, wenn sie bei Tätigkeiten an ihre Grenzen stossen und ihre Einschränkungen deutlich werden. Auch in der Studie von Graff et al. (2006b) wurde deutlich, dass der Klient mit Demenz nach einer unbefriedigenden Ausführung einer Aktivität durchaus Enttäuschung empfand. Phinney et al. (2007) erachten es als wichtig, angemessene Tätigkeiten auszuwählen, die den Fähigkeiten des Menschen mit Demenz entsprechen. Obwohl ihnen nach Brataas et al. (2010) meist bewusst ist, dass Untätigkeit und Alleinsein nicht förderlich für das Wohlbefinden sind, werden viele Menschen mit Demenz im Laufe der Erkrankung passiver. Im Pflegeheim fehlt es ihnen häufig an Interaktion und Betätigung (Harmer et al., 2008). Ein Mangel an Betätigung und sozialer

Interaktion führt zu verminderter Lebensqualität, bestätigen auch Oppikofer et al. (2010). Sie schreiben in ihrer Studie von einer sinkenden Lebensqualität bei den Heimbewohnern der Kontrollgruppe, die keine regelmässigen Besuche erhielten.

3.3. Demenz und Ergotherapie

Baldelli et al. (2007) kommen in ihrer Studie zu dem Schluss, dass Ergotherapeuten einen berechtigten Beitrag zur Behandlung von Menschen mit Demenz leisten. Dies bestärken auch die Ergebnisse der Studien von Brataas et al. (2010), Graff et al. (2006a, 2007) und Graff et al. (2006b), in denen die ergotherapeutischen Interventionen positive Veränderungen erzielten.

In den Studien von Graff et al. (2006a, 2007) und Graff et al. (2006b) orientiert sich der durchführende Ergotherapeut an klientenzentrierten Leitlinien für Menschen mit Demenz. Die Bedeutung der gemeinsamen Zielsetzung mit Klient und Betreuungsperson wird besonders in der Fallstudie von Graff et al. (2006b) deutlich. Auch in der Studie von Brataas et al. (2010) regte der Ergotherapeut an, Menschen mit Demenz in Entscheidungsprozesse mit ein zu beziehen, damit sich diese ernst genommen fühlen.

In den Studien von Graff et al. (2006a, 2007) wurden in den ergotherapeutischen Einheiten Schwerpunkte gesetzt wie die Optimierung von Kompensationsstrategien, die Umweltanpassung und die Anleitung der Betreuungsperson bzgl. Supervision, Problemlösung sowie Umgang mit dem Klienten. In der Fallstudie von Graff et al. (2006b) beinhaltete die Behandlung die Instruktion des Ehepaares in Bezug auf Hilfsmittel, Unterstützungsmöglichkeiten und Selbsthilfestrategien. Für das gemeinsam formulierte Ziel, die Gartenarbeit (Bsp.: Hecke schneiden), bedeutete dies, Klient und Ehefrau über mögliche Hilfsmittel und deren Handhabung aufzuklären und entsprechendes Informationsmaterial abzugeben (Graff et al., 2006b). Zudem wurden sie nach Graff et al. (2006b) angeleitet, die Aktivität und auch die Umwelt zu strukturieren. Ein gemeinsam erstellter Zeitplan sollte dem Klienten Struktur geben und ihn an Pausen erinnern. Harmer et al. (2008) stellten in ihrer Studie fest, dass Betroffene die Anpassung von Aktivitäten an ihre Fähigkeiten

positiv erlebten. Auch einige Pflegekräfte in dieser Studie erkannten die Notwendigkeit, Aktivitäten an die Fähigkeiten der Bewohner anzupassen. Solche Anpassungen befähigten den Fallklienten die für ihn bedeutungsvolle Aktivität wieder zu seiner Zufriedenheit ausführen zu können, was wiederum zu mehr Eigeninitiative und Selbständigkeit in ADL und IADL sowie zu einer Steigerung der Lebensqualität führte (Graff et al., 2006b). Diese Ergebnisse spiegeln sich ebenfalls bei den anderen Teilnehmern der vorausgegangenen quantitativen Studie von Graff et al. (2006a, 2007) wider. Auch Baldelli et al. (2007) stellten nach der ergotherapeutischen Behandlung eine Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes bei Menschen mit Demenz fest. Um seine Selbständigkeit und Kontrolle im Alltag zu fördern, regte der Ergotherapeut in der Studie von Graff et al. (2006b) den Fallklienten ausserdem zur regelmässigen Nutzung einer Agenda an. Auch erarbeitete er mit dem Klienten Verhaltensstrategien bzgl. des Umgangs mit überfordernden Situationen, wodurch ein angepassteres Verhalten erreicht werden konnte. In der Studie von Baldelli et al. (2007) konnte durch die ergotherapeutische Behandlung ebenfalls eine Verbesserung des schwierigen Verhaltens der demenzkranken Bewohner erreicht werden.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Intervention in der Studie von Graff et al. (2006b) war die Aufklärung der Betreuungsperson über das Krankheitsbild Demenz sowie Instruktionen im Umgang mit ihrem erkrankten Ehemann. Der Ergotherapeut machte auf Besonderheiten in der Kommunikation mit Demenzbetroffenen aufmerksam, wie z.B. klare, prägnante Formulierungen und nonverbale Verständigung (Graff et al., 2006b). Dass die Aufklärung von Betreuungspersonen eine wesentliche Bedeutung hat, wird auch in der Studie von Oppikofer et al. (2010) deutlich. Sie führten im Vorfeld der Intervention Schulungen zum Krankheitsbild Demenz für die freiwilligen Besucher durch. Der Einbezug des pflegenden Angehörigen in die ergotherapeutische Behandlung im Bereich ist zudem besonders wichtig, da so dessen Handlungskompetenz in der Betreuung des dementiell Erkrankten verbessert werden kann (Graff et al., 2006b). Graff et al. (2006a) geben ausserdem an, dass Ergotherapie die Belastung für die Betreuungsperson mindern kann. So wies der Ergotherapeut in der Fallstudie die betreuende Ehefrau auf die

Grenzen der Betreuung hin und forderte sie auf auch ihre eigenen Interessen weiter zu verfolgen (Graff et al., 2006b). Durch die Umsetzung der Therapieinhalte konnte sie nach Behandlungsabschluss über mehr Energie, Geduld und eine positivere Haltung gegenüber ihrem Mann berichten (Graff et al., 2006b). Nach Graff et al. (2006b) ermöglichte dies dem Ehepaar einen wertschätzenden Umgang miteinander und steigerte dessen Wohlbefinden. Diese Entwicklung des Kompetenzgefühls und die Steigerung von Gemütszustand und Lebenskontrolle erlebten auch die anderen Teilnehmer der Interventionsgruppe in der quantitativen Studie nach Graff et al. (2006a, 2007) im Gegensatz zu denen der Kontrollgruppe.

Der Klient der Fallstudie (Graff et al., 2006b) sowie auch die Menschen mit Demenz in der vorausgegangenen Studie (Graff et al., 2006a) zeigten nach der ergotherapeutischen Behandlung trotz einer Abnahme in den kognitiven Fähigkeiten eine Verbesserung der motorischen sowie prozessbezogenen Fertigkeiten. In der Studie von Graff et al. (2006b) wird ersichtlich, dass Klienten mit leichter bis mittelgradiger Demenz mithilfe angemessener Unterstützung weitaus selbständiger handeln können, als aufgrund ihrer Einschränkungen zu erwarten wäre. Bei den Heimbewohnern mit stark fortgeschrittener Demenz in der Studie von Baldelli et al. (2007) konnte zwar keine Verbesserung von Fertigkeiten erzielt werden, jedoch wird eine Verzögerung des Funktionsverlustes in den Bereichen Motorik, Kognition und ADL durch die Ergotherapie vermutet. In der RCT von Graff et al. (2006a) waren die Werte der Demenzbetroffenen in den prozessbezogenen Fertigkeiten und der Selbständigkeit in Alltagsaktivitäten sowie die Werte der Betreuungspersonen im Kompetenzgefühl auch sieben Wochen nach der ergotherapeutischen Behandlung noch signifikant besser im Vergleich zu den Ausgangswerten und zur Kontrollgruppe. Die Lebensqualität sowie der Gesundheits- und Gemütszustand zeigten nach Graff et al. (2007) ebenfalls anhaltende Verbesserungen bei Klienten und Betreuungspersonen, während die Werte in der Kontrollgruppe abnahmen.

Die positive Verhaltensänderung in der Studie von Baldelli et al. (2007) wirkte sich für Pflegende sowie Demenzbetroffene positiv auf die Betreuung aus (Baldelli et al., 2007). Auch in der Fallstudie von Graff et al. (2006b) erwies sich die ergotherapeutische Intervention als positive Erfahrung, sowohl für den Klient, als auch für

seine Betreuungsperson. Graff et al. (2006a) schlussfolgern, dass die Ergotherapie einen Beitrag zu mehr Unabhängigkeit und reduzierter Institutionalisierung bei Demenz leisten kann.

4. Schlussfolgerung

4.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Alle vorgestellten Studien kommen zu dem Schluss, dass die Durchführung von bedeutungsvollen Tätigkeiten sowie die Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten bei Menschen mit Demenz einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden haben. Um dies zu ermöglichen ist die individuelle Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen und der Lebensgeschichte des Klienten unumgänglich. Hierbei kann jedoch die verbale Kommunikation mit Demenzbetroffenen erschwert sein, wie Harmer et al. (2008) bei der Durchführung ihrer Studie feststellten. Die Interaktion erfordert viel Geduld und Einfühlungsvermögen sowie die Bereitschaft sich mit anderen Kommunikationsformen auseinanderzusetzen. Grundsätzlich ist es wichtig, dass die behandelnde Person über Fachwissen zum Krankheitsbild Demenz verfügt, empfänglich für Signale des Klienten ist und auf solche eingehen kann. Beim Einsatz von unqualifiziertem Personal, wie es bei Harmer et al. (2008) teilweise der Fall war, ist eine angemessene Betreuung von Demenzbetroffenen nach Meinung der Autorinnen nicht unbedingt gewährleistet. Es kann als Folge dessen gewertet werden, dass im betreffenden Heim die seelischen Bedürfnisse der Bewohner im Gegensatz zu den körperlichen weniger Beachtung erhielten.

Bezüglich der Selbständigkeit zeigte sich in den Studien einerseits der Wunsch der Teilnehmer möglichst lange unabhängig zu sein. Andererseits wurde aber auch deutlich, dass das Abgeben von Aufgaben eine Erleichterung darstellt. Was auf den ersten Blick wie ein Widerspruch scheint, erklären sich die Autorinnen damit, dass es vermutlich die vertrauten, bedeutungsvollen Tätigkeiten sind, die Betroffene weiterhin ausführen möchten, da sie diese nicht als Stressfaktor empfinden.

Als bedeutungsvoll wurden in den Studien u.a. Aktivitäten identifiziert, welche traditionsgebunden oder musikbezogen, wie z.B. gemeinschaftliches Kochen oder

Tanzen, sind. Der gemeinschaftliche Aspekt erwies sich in Zusammenhang mit Betätigung generell als sehr bedeutsam für die Demenzbetroffenen. Es wurde deutlich, dass Betätigung die soziale Partizipation, aber auch soziale Partizipation die Betätigung eines Menschen unterstützen kann. Ausserdem werden verschiedene individuell bedeutungsvolle Aktivitäten aufgedeckt, welche häufig einen Bezug zur Vergangenheit der einzelnen Personen haben. Dies legt die Vermutung nahe, dass die bisherigen Interessen bei Menschen mit Demenz im Verlauf der Krankheit bestehen bleiben und dass die Verbindung zur Vergangenheit zudem Sicherheit gibt und die eigene Identität stärkt.

Die Autorinnen gehen davon aus, dass Menschen mit Demenz besonders von Angeboten profitieren, die speziell auf Demenzbetroffene ausgerichtet sind, wie auch in der Studie von Brataas et al. (2010) ersichtlich wird.

4.2. Theorie-Praxis-Transfer

Die Verknüpfung der Ergebnisse aus den Hauptstudien macht deutlich, dass durch ergotherapeutische Arbeit das Wohlbefinden bei Menschen mit Demenz gesteigert werden kann. Die Resultate legen den positiven Einfluss von Betätigung auf das Wohlbefinden offen. Da „Betätigung“ als Kernkonzept ergotherapeutischen Handelns“ gilt (Miesen, Christopher & Mentrup, 2004, S.111), ist hier eindeutig die Ergotherapie mit ihren fachlichen Kompetenzen gefordert.

Einen wichtigen Aspekt in der ergotherapeutischen Behandlung von geriatrischen Klienten stellt nach Einschätzung der Autorinnen die Biografiearbeit dar. Dabei setzt sich der Therapeut mit der Lebensgeschichte und Persönlichkeit des Betroffenen auseinander. Dies ermöglicht „ein tieferes Verständnis und einen ganzheitlichen Zugang zum Menschen [mit Demenz] [...]“. (Specht-Tomann, 2009, S.5) Der Ergotherapeut erhält so ein umfassendes Bild über die Gewohnheiten, Rollen, Interessen, Eigenarten und Lebenserfahrungen des Klienten, was die Planung einer klientenzentrierten Behandlung unterstützt.

Da die Kommunikation mit demenzbetroffenen Menschen oft erschwert ist, haben nonverbale Kommunikationsfertigkeiten wie z.B. Gestik, Mimik und Tonfall

einen hohen Stellenwert (Harmer et al., 2008). Der Therapeut sollte auf die Körpersprache des Klienten achten, um negative aber auch positive Reaktionen wahrzunehmen. Es kann hilfreich sein, Aktivitäten bzw. Teilschritte vorzuzeigen. Als unterstützende Mittel zur Kommunikation kann der Therapeut ausserdem Bilder oder Gegenstände hinzuziehen.

Von besonderer Bedeutung für einen langfristigen Therapieerfolg bei Menschen mit Demenz ist der Einbezug von pflegenden Angehörigen in die ergotherapeutische Behandlung. Einerseits unterstützt dieser die Befunderhebung, wie z.B. Erfassung der Biografie, sowie die Zielsetzung. Andererseits zeigte sich in den Studien die Instruktion des Angehörigen als hilfreich zur Steigerung der Betreuungskompetenz. So ergeben sich auch neue Möglichkeiten im Betätigungsausmass des Klienten, da der Angehörige ihn gezielter unterstützen und einbeziehen kann. Ferner könnten Ergotherapeuten einen Beitrag zu einem klientenzentrierten, optimierten Umgang mit Menschen mit Demenz leisten, indem sie Schulungen bzw. Informationsveranstaltungen für ehrenamtliche Mitarbeiter, aber auch für betroffene Angehörige, anbieten.

Um dem Klienten bedeutungsvolle Betätigung zu ermöglichen, sollte der Ergotherapeut die jeweilige Tätigkeit an die Fähigkeiten des Klienten anpassen. Ein Aspekt ist hierbei die Hilfsmittelversorgung. Hilfsmittel können bei Demenzbetroffenen unterstützend wirken, wenn sie gezielt ausgewählt werden und der Gebrauch trainiert wird. Der Ergotherapeut muss abwägen, ob ein Hilfsmiteleinsatz hilfreich ist oder vielleicht Verwirrung stiftet und somit den Menschen mit Demenz in seiner Autonomie bzw. Aktivitätsausführung eher behindert. Allenfalls kann eine Beschriftung bzgl. der Bedienung auf dem Objekt angebracht werden. Ein weiterer Aspekt in der Anpassung von Tätigkeiten ist die Unterteilung in Teilschritte, sodass diese klarer strukturiert sind und Pausen besser integriert werden können. Nützlich können auch visuelle Hilfen wie Bilder oder farbliche Abgrenzungen sein.

Je nach Schweregrad der Demenz können die bevorzugten Tätigkeiten von Klienten unterschiedlich sein. So fanden Bär et al. (2006) heraus, dass leicht betroffene Menschen erwartungsgemäss eher Betätigungen wie persönliche Gespräche, Spaziergänge, Bilder betrachten sowie Tätigkeiten mit Bezug zu Hobby

und Beruf wählen oder aber Tätigkeiten vorziehen, bei denen sie helfen können und gebraucht werden. Hingegen bevorzugen schwer Betroffene eher die Zuwendung über körperliche Nähe, einfache konstruktive Tätigkeiten mit den Händen, Singen und sinnesbezogene Aktivitäten (z.B. Düfte). So ist der Therapeut herausgefordert, Aktivitäten mit einem angemessenen Schwierigkeitsgrad auszuwählen bzw. anzupassen, damit es nicht zur Unter- oder Überforderung des Klienten kommt. Phinney et al. (2007) weisen ausserdem darauf hin, dass Menschen mit Demenz nicht nur Freizeitaktivitäten angeboten werden sollten, sondern ein grosses Spektrum an alltäglichen Aktivitäten.

In Bezug auf das Therapiesetting erachten die Autorinnen Einzel- und Gruppentherapien als möglich. Für die Therapie in der Gruppe spricht der in den Studien positiv erlebte Kontakt zu anderen Demenzbetroffenen. Zur Umsetzung und Berücksichtigung der individuell bedeutungsvollen Aktivitäten und persönlichen Bedürfnisse bietet sich die Einzeltherapie an. Die Autorinnen sehen im Ergotherapeuten ausserdem eine wichtige Vermittlungsperson bzgl. diverser Tagesangebote für (dementiell erkrankte) Senioren. Hier ist nicht nur die Information darüber von Bedeutung, sondern auch die Unterstützung betreffend Organisation und Umsetzung von Transport oder administrativen Aufgaben, um die Teilnahme an solchen Angeboten zu ermöglichen.

Graff et al. (2006a) schlussfolgern, dass eine frühzeitige ergotherapeutische Domizilbehandlung bei Menschen mit Demenz zur Verzögerung des Heimeintrittes und somit zu allgemein reduzierter Institutionalisierung führen kann. Die Betreuung zu Hause ist zudem kosteneffizienter als die im Heim („Unterstützung beider Motionen zur Steuerbarkeit der Demenzpolitik“, 2011). Die Autorinnen sehen es als Aufgabe der Ergotherapie Menschen mit Demenz in der Wiederaufnahme bzw. Entdeckung neuer bedeutungsvoller Alltagsaktivitäten zu unterstützen.

4.3. Zukunftsperspektive

Für die zukünftige Arbeit der Ergotherapie in der Schweiz wäre weitere Forschung zur Situation von Demenzbetroffenen in der Schweiz bzgl. des

Wohlbefindens und der Betätigungsmöglichkeiten interessant. Auch Studien, die gezielt die ergotherapeutische Arbeit in der Schweiz bei Demenz thematisieren, sind wünschenswert. Offene Fragen bestehen ausserdem betreffend angemessener Menge und Dauer von Tagesangeboten für Menschen mit Demenz.

Untersuchungen zu genannten Themenbereichen sollten für eine gute Aussagekraft auf einem möglichst hohen Evidenzniveau, wie z.B. RCTs, durchgeführt werden.

Die Auswertung der Studienergebnisse zeigt, wie wertvoll der Einbezug von pflegenden Angehörigen in die Behandlung Demenzbetroffener ist. Die Möglichkeiten für ergotherapeutische Domizilbehandlungen in der Schweiz sollten weiter ausgebaut werden. In diesem Rahmen könnte u.a. die fachliche Anleitung der Betreuungsperson bzgl. des Umgangs mit dem Klienten stattfinden, was eine langfristige Aufrechterhaltung des Therapieergebnisses ermöglicht. Dies wäre auch in den Pflegeheimen von grosser Bedeutung. Die eigene Erfahrung und der Austausch mit einer Ergotherapeutin (Christen, 2011) zeigten jedoch, dass es in den Heimen in der Schweiz oft an ergotherapeutischen Angeboten fehlt. Hier könnten ebenfalls die Angehörigen einbezogen und deren Betreuungskompetenzen verbessert werden, sodass der Ergotherapeut die Möglichkeit hat die verbleibenden Behandlungsressourcen einzusetzen, indem er mit den Bewohnern, die keine Familienangehörige mehr haben, individuell bzw. in Gruppen arbeitet. Für die Einbindung von Ergotherapeuten in die Pflegeinstitutionen muss eine Lösung gefunden werden, bei der Faktoren wie die Gesundheitspolitik, Finanzen und die Betreuungskonzepte der Heime selbstverständlich berücksichtigt werden müssen.

Beim Zusammentragen der Studienresultate konnten bis auf das COPM keine Hinweise auf konkrete ergotherapeutische Assessments gefunden werden, welche zur Erfassung bedeutungsvoller Aktivitäten bei Menschen mit Demenz eingesetzt werden können. So ist auch in der Zukunft viel Flexibilität und Kreativität von den Therapeuten gefragt, um der herausfordernden Arbeit mit Demenzbetroffenen gerecht zu werden. Es ist erforderlich, dass das gesamte interdisziplinäre Team einer

Einrichtung hier zusammenarbeitet und die unterschiedlichen Ansätze und Perspektiven der Disziplinen zu einem ganzheitlichen Bild des Klienten beitragen.

5. Limitationen dieser Arbeit

Die Auswahl ergotherapiespezifischer Studien erwies sich als schwierig, da oftmals der Fokus solcher Untersuchungen ausschliesslich auf der Funktionsfähigkeit der Klienten lag und somit nicht unserer Fragestellung entsprach. So entschieden sich die Autorinnen aufgrund der hohen externen Evidenz für zwei Studien, welche auf derselben Intervention basieren (Graff et al., 2006a, 2007), sowie für die daraus resultierende Fallstudie (Graff et al., 2006b), da hier die ergotherapeutische Intervention näher beschrieben wird. Somit weist diese Arbeit eine beschränkte Diversität an ergotherapeutischen Blickwinkeln auf. Die Studie von Baldelli et al. (2007) wurde trotz mittlerer externer Evidenz zusätzlich eingeschlossen, um auch die Wirkung von Ergotherapie bei schwerbetroffenen Menschen in Pflegeheimen zu berücksichtigen.

Da in dieser Bachelorarbeit alle Schweregrade der Demenz einbezogen wurden, muss sich der Leser bzw. der Therapeut bewusst sein, dass nicht alle gefundenen Ergebnisse auf Klienten jedes Stadiums zutreffen.

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns ganz herzlich bedanken bei...

...Claudia Lenz für die zuverlässige und unkomplizierte Betreuung während des Schreibprozesses.

...Daniela Waldvogel und Stefanie Keller für den regen Austausch, das Korrekturlesen unserer Bachelorarbeit und die motivierenden Randgespräche.

...unseren Familien und Freunden für ihre tatkräftige und seelische Unterstützung während der Bachelorarbeit und des gesamten Studiums.

Vielen Dank!

Glossar

Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL):

Aktivitäten, welche gewöhnlich in einem normalen Tagesablauf ausgeführt werden und zur Selbsterhaltung beitragen wie z.B. Essen, Trinken, Körperpflege oder Anziehen (Reed, 2005).

Agnosie

„Erkennungsstörungen oder mangelhafte Verarbeitung der Wahrnehmung, z.B. wird ein Schlüssel nicht mehr erkannt“ (Müller, 2007, S.328).

Akalkulie

Störungen in der Schriftsprache sowie im Umgang mit Zahlen, die im Alltag zu Schwierigkeiten bei der Regelung von Finanzen und Terminvereinbarungen führen können (Schöler & Grötzbach, 2004).

Aphasie

„Wortfindungsstörungen, also Sprachstörungen, die nicht durch motorische Störungen entstehen“ (Müller, 2007, S.328).

Apraxie

„fehlerhafte, bewusste motorische Planung“ (Müller, 2007, S.328).

Assessment

Eine systematische Befunderhebung, bei der Daten vom Klienten gesammelt, ausgewertet und interpretiert werden. Dieser Prozess dient somit einer individuellen Zielsetzung und zielgerichteten Therapie. Assessments dienen zudem der objektiven Überprüfung von Behandlungseffekten (Harth & Pinkepank, 2007).

Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)

Beobachtungsinstrument, das zur Erfassung der Fertigkeiten eines Klienten in ausgewählten Alltagsaktivitäten eingesetzt wird (Kielhofner et al., 2008).

Barthel-Index (BI)

„ein Verfahren zur systematischen Erfassung (Assessment) grundlegender Alltagsfunktionen [...] – vor allem in der Geriatrie. Dabei werden vom Arzt oder vom Pflegepersonal 10 unterschiedliche Tätigkeitsbereiche mit Punkten bewertet“ („Barthel-Index“, 2010).

Betätigungsperformanz

„die eigentliche Ausführung von Betätigung, [...] [der] Prozess durch den der Mensch in seiner Betätigung mit der Umwelt verbunden ist und somit die Fähigkeit, sinnvolle

kulturellbedingte und altersentsprechende Betätigungen auszuwählen, zu organisieren und für sich selbst zufrieden stellend auszuführen“ (Miesen et al., 2004, S.159).

Brief Cognitive Rating Scale (BCRS)

Ein neuropsychologisches Verfahren, welches "eine Einschätzung bzgl. Konzentration, Kurzzeitgedächtnis, Langzeitgedächtnis, Orientierung, Alltagskompetenz und selbstständiger Versorgung der Person, Sprache, Psychomotorik, Stimmung und Verhalten, konstruktive Zeichenfähigkeit sowie Rechenfähigkeit ermöglicht" und somit einer Schweregradeinstufung von Demenzen bei älteren Menschen dient („GDS, BCRS, FAST“, 2009).

Canadian Occupational Performance Measurement (COPM)

„diagnoseunabhängiges, teilstandardisiertes Interview, das Veränderungen in der Performanz und Zufriedenheit des Klienten bezüglich seiner Betätigungsperformanz misst“ (Marotzki & Reichel, 2007, S.121).

Center for Epidemiologic Studies Depression Scales (Ces-D)

Das auf Deutsch *Allgemeine Depressionsskala (ADS)* genannte Assessment „ist ein Selbstbeurteilungsinstrument,

welches das Vorhandensein und die Dauer der Beeinträchtigung durch depressive Affekte, körperliche Beschwerden, motorische Hemmung und negative Denkmuster erfragt.(...) Die erfragten depressiven Merkmale sind Verunsicherung, Erschöpfung, Hoffnungslosigkeit, Selbstabwertung, Niedergeschlagenheit, Einsamkeit, Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Weinen, Rückzug, Angst u.a.“ („ADS – Allgemeine Depressions Skala“, k.D.).

Cornell Scale for Depression (CSD)

Assessment mit 19 Items, anhand derer depressive Symptome bei Menschen mit Demenz erfasst werden. Höhere Werte bedeuten ernstere Symptome (Nezu, Ronan, Meadows & McClure, 2000).

Dementia Quality of Life Instrument (DQOL)

Ein Instrument zur Messung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. Da die Skala ausschliesslich auf den Input des Klienten mit Demenz ausgerichtet ist, kann sie nur bei Klienten im leichten bis mittelschweren Stadium der Demenz angewendet werden. Das Instrument besteht aus 30 Items, durch welche die fünf Bereiche der Lebensqualität (Positive

Affekte/Humor, negative Affekte, Zugehörigkeitsgefühle, Selbstachtung, Sinn für Ästhetik) bewertet werden (Coester, 2004).

Domizilbehandlung

Auch Hausbesuch genannt. Darunter wird eine (ergotherapeutische) Behandlung im alltagsorientierten, häuslichen Umfeld des Klienten verstanden (Franz, 2011).

Evidenzbasierung

Basierend auf (möglichst hochwertigen) wissenschaftlichen Studien (Vogt-Radloff, 2007).

Externe Evidenz

„das Wissen aus medizinischer Forschung“ (Strech, 2008, S.31).

General Health Questionnaire (GHQ-12)

Ein Fragebogen zur Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes. „Mit dem GHQ [...] wird nach kürzlich erlebten dysfunktionalen Symptomen und Verhaltensweisen gefragt. Es werden Beschwerden aufgedeckt, die erst seit maximal zwei Wochen bestehen. Mit dem GHQ können somit kurzfristige Änderungen des Gesundheitszustandes ermittelt werden. So werden z. B. Ängste, Schlafstörungen, körperliche Symptome abgefragt. Damit soll der

	<p>Umgang einer Person mit ‚normalen‘ Alltagsproblemen und neuen, beunruhigenden Phänomenen erfasst werden. Auswirkungen auf das psychische Befinden werden ermittelt.“ („GHQ 12: Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand“, 2009)</p>
Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)	<p>Dazu gehören Haushaltsaktivitäten, Mahlzeiten zubereiten, Einkaufen, Telefonieren, Fortbewegung, Regelung der persönlichen Finanzen sowie das Übernehmen der Verantwortung für die Medikation (Lawton, 1969).</p>
Interview of Deterioration in Activities in Dementia (IDDD)	<p>Ein Interview, welches die Initiative für bestimmte Handlungen sowie das Ausmass an benötigter Hilfestellung erfasst (Holthoff, k.D.).</p>
Klientenfaktoren	<p>„Sie beeinflussen die Performanz. Es sind die dem Klienten innewohnenden Funktionen und Strukturen seines Körpers“ (Marotzki et al., 2007, S.112).</p>
Kontext (-faktoren)	<p>Äussere Faktoren (Umwelt) als auch individuelle, personenbezogene Faktoren, welche den Lebenshintergrund eines Menschen beschreiben</p>

und positive sowie auch negative Auswirkungen mit sich bringen können (Fischer, 2007).

Lebensbereiche

„werden in der Ergotherapie auch Performanzbereiche genannt“ (Fischer, 2010, S.47). Gemeint sind „Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit als die Lebensbereiche, in denen Betätigung stattfindet. Das Spiel wird je nach seiner Zielsetzung der Produktivität oder der Freizeit zugeordnet“ (Miesen et al., 2004, S.165).

Mastery Scale

„vollstandardisiertes Verfahren zur Selbstbeurteilung von Selbstvertrauen, Körperbild und Kontrollüberzeugungen (Selbstwirksamkeitserwartung)“ („Sense-of-Mastery-Scale“, 2010).

Mini Mental State Exam (MMSE) dt.: Mini-Mental-Status-Test (MMST)

„Der MMST stellt ein Screening-Instrument zur Erfassung kognitiver Störungen bei älteren Personen dar. Es handelt sich um ein Interview mit Handlungsaufgaben, das vor allem praxisnahe Fragen beinhaltet, die von kognitiv nicht beeinträchtigten Personen im Regelfall problemlos beantwortbar sind, von Personen mit

Demenzverdacht dagegen nur zum Teil bewältigt werden. Erfasst werden kognitive, nicht jedoch emotionale Aspekte (Orientierung, Aufnahmefähigkeit, Aufmerksamkeit und Rechnen, Gedächtnis, Sprache, Ausführung einer Anweisung, Lesen, Schreiben und konstruktive Praxis).“ („MMST“, 2009)

Motorische Fertigkeiten

„Zu den motorischen Fertigkeiten gehören u.a. die Stabilisierung des Körpers, das Bücken, Gehen, Greifen oder das Beeinflussen von Objekten“ (Mentrup, 2007, S.133).

Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)

„listet Häufigkeit, Schweregrad und Belastung von Patient und Umgebung auf, durch Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Erregung, Aggression, Depression/Dysphorie, Angst, Euphorie, Apathie, Enthemmung, Reizbarkeit, Abweichen der Motorik, Schlafstörungen, Appetit und Essstörungen“ (Suter-Gut et al., 2007).

Partizipation

Die Teilhabe und/oder Teilnahme einer Person am täglichen Leben (Habermann, 2002).

Progredienz

Die zunehmende Verschlimmerung, meist ein langsames Voranschreiten, von chronischen Krankheiten (Koop, 2007).

Prozessbezogene Fertigkeiten

„geben Aufschluss über das logische Sequenzieren von Aufgaben, die adäquate Wahl und Nutzung von Werkzeugen und die Anpassungsfähigkeit in der Problemlösung“ (Kielhofner et al., 2008, S.218, sinngemäss übersetzt).

Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)

“experimentelle Studien, bei denen die Patienten nach einem Zufallsverfahren auf die Therapie- bzw. die Kontrollgruppe verteilt (Randomisierung) und auf das Auftreten der festgelegten Endpunkte in den einzelnen Gruppen nachbeobachtet werden” („Klinische Studie“, 2010).

Reminiszenz (-therapie)

„Hier steht die Biografiearbeit im Vordergrund, das Erinnern“ (Enssle, 2010, S.99). Vor dem Hintergrund, dass das Alter Einschränkungen mit sich bringt, könnten reminiszenz-bezogene Aktivitäten einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität eines

	<p>Menschen haben (Bender, Bauckham & Norris, 1999).</p>
Sense of Competence Questionnaire (SCQ)	<p>Der Fragebogen wird eingesetzt, um "bei den Angehörigen Veränderungen in Bezug auf die Betreuungskompetenzen festzustellen" (Gruber-Hebrich, k.D.).</p>
Therapiesetting	<p>„Das Setting der Therapie besteht einerseits aus der Sozialform der Behandlung, andererseits aus dem räumlich-situativen Setting“ (Haase, 2007, S.194). So kann eine Therapie entweder einzeln oder in einer Gruppe gehalten werden. Örtlich-situativ kann eine Therapie z.B. im häuslichen Umfeld des Klienten oder aber im simulierten Kliniksetting stattfinden (Haase, 2007).</p>
Tinetti-Test	<p>„Der Mobilitätstest nach Tinetti gehört zum geriatrischen Assessment. Beurteilt wird die Mobilität des (älteren) Patienten und damit insbesondere das Sturzrisiko“ („Mobilitätstest nach Tinetti“, 2010).</p>
Verblindung	<p>„In klinischen Studien spricht man von Verblindung, wenn die Prüfarzte, das Pflegepersonal, die teilnehmenden</p>

Patienten und auch die Person, die mit dem Monitoring, dem Datenmanagement und der Auswertung der Studie betraut sind, nicht über die individuelle Behandlungszuteilung der Patienten informiert sind und ihre Handlungen somit nicht durch dieses Wissen beeinflusst sein können.“ (Day & Altmann, 2000; zit. nach Schulgen & Schmoor, 2008, S.203)

**Zürcher Lebensqualitätsinventar
(ZLQI)**

„ein Instrument zur Beschreibung und Quantifizierung der Lebensqualität von institutionalisierten Betagten, wobei 0 einer bestmöglichen, 1000 einer schlechtestmöglichen Lebensqualität entspricht“ (Bosshard, Bär & Wettstein, 1999).

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of Daily Living (dt.: Aktivitäten des täglichen Lebens)
AMPS	Assessment of Motor and Process Skills
BCRS	Brief Cognitive Rating Scale
BI	Barthel-Index
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
Ces-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scales
COPM	Canadian Occupational Performance Measurement
CSD	Cornell Scale for Depression
DQOL	Dementia Quality of Life Instrument
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GHQ-12	General Health Questionnaire
IADL	Instrumental Activities of Daily Living (dt.: Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens)

IDDD	Interview of Deterioration in Daily Activities in Dementia
k.D.	kein Datum
MMSE	Mini Mental State Exam
NPI	Neuropsychiatrisches Inventar
o.ä.	oder ähnliche
RCT	Randomized Controlled Trial (dt.: Randomisierte kontrollierte Studie)
SCQ	Sense of Competence Questionnaire
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
z.B.	zum Beispiel
ZLQI	Zürcher Lebensqualitätsinventar

Literaturverzeichnis

- ADS – Allgemeine Depressions Skala (k.D.). Heruntergeladen von <http://www.unifr.ch/ztd/HTS/infest/WEB-Informationssystem/de/4de001/97780fa29a0c11d4b5280000b4909ce2/hb.htm>
- American Occupational Therapy Association (2002). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 609-639.
- Baldelli, M. V., Pradelli, J. M., Zucchi, P., Martini, B., Orsi, F. & Fabbo, A. (2007). Occupational Therapy and Dementia: the Experience of an Alzheimer Special Care Unit. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 1, 49-54.
- Barthel-Index (2010). In *DocCheck Flexikon*. Heruntergeladen von <http://flexikon.doccheck.com/Barthel-Index>
- Bär, M., Böggemann, M., Kaspar, R., Re, S., Berendonk, C., Seidl, U., Kruse, A. & Schröder, J. (2006). Demenzkranke Menschen in individuell bedeutsamen Alltagssituationen. Erste Ergebnisse eines Projekts zur Förderung der Lebensqualität durch Schaffung positiver Anregungsmöglichkeiten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, 173-182.
- Bender, M., Bauckham, P. & Norris, A. (1999). *The Therapeutic Purposes of Reminiscence*. London: Sage Publications.
- Borgetto, B., Born, S., Bünemann-Geißler, D., Düchting, M., Kahrs, A.-M., Kasper, N., Menzel, M., Netzband, A., Reichel, K., Ressler, W., Schmidt, M., Seiferth, W., Thieme, H. & Winkelmann, B. (2007). Die Forschungspyramide – Diskussionsbeitrag zur Evidenz-basierten Praxis in der Ergotherapie. *Ergoscience*, 2(2), 56-63. Heruntergeladen von <https://www.thieme-connect.de/ejournals/html/ergoscience/doi/10.1055/s-2007-963004#fg>
- Bosshard, G., Bär, W. & Wettstein, A. (1999). Lebensverlängernde Maßnahmen in der geriatrischen Langzeitpflege: Wie ist die Akzeptanz Betroffener?. *Deutsches Ärzteblatt*, 96(21). Heruntergeladen von <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=17434>

- Brataas, H. V., Bjugan, H., Wille, T. & Hellzen, O. (2010). Experiences of day care and collaboration among people with mild dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2839-2848.
- Burzan, N. (2002). *Zeitgestaltung im Alltag älterer Menschen*. Opladen: Leske und Budrich.
- Christen, R. (2011). Persönlicher Informationsaustausch, 8. April 2011.
- Christiansen, C. H. & Baum, C. M. (2005). The complexity of human occupation. In C. H. Christiansen, C. M. Baum & J. Bass-Haugen (Hrsg.), *Occupational Therapy – Performance, Participation, and Well-being* (S. 2-14). Thorofare: Slack Incorporated.
- Coester, F. (2004). *Qualitätsmessinstrumente in der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz*. Köln: Kuratorium deutsche Altershilfe.
- Cutler Lewis, S. (2003). *Elder Care in Occupational Therapy*. Thorofare: Slack Incorporated.
- Eid, M. & Diener, E. (2002). Wohlbefinden. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z: ein Handwörterbuch* (S. 634-636). Göttingen: Hogrefe.
- Enssle, J. (2010). *Demenz – Instrumentarien und Betreuungskonzepte zur Erfassung von Lebensqualität*. Hamburg: Diplomica.
- Entlastung durch Tagesstätten (2006). [PDF document]. Heruntergeladen von http://www.alz.ch/d/data/data_183.pdf
- Falk, J. (2009). *Basiswissen – Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität*. Weinheim und München: Juventa.
- Fischer, A. (2007). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln* (S. 96-103). Stuttgart: Thieme.
- Fischer, A. (2010). Modell funktionaler Gesundheit durch Betätigung. In N. Thapa-Görder & S. Voigt-Radloff (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung – Aufgaben der Ergotherapie* (S. 45-53). Stuttgart: Thieme.

- Flotho, W. (2007). Klientenzentrierter Ansatz. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln* (S. 200-204). Stuttgart: Thieme.
- Franz, C. (2011). *Domizilbehandlung – was ist das?*. Heruntergeladen von <http://www.ergotherapie-frank.de/domizilbehandlung-ergotherapie-zurich-wohnung/>
- GDS, BCRS, FAST (2009). Heruntergeladen von http://www.testzentrale.ch/de/tests/suche/flexShow/testDetail/testUid/895/?tx_tesztentraleshop_pi1%5Bfieldtext%5D=BCRS
- GHQ 12: Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand (2009). Heruntergeladen von <http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Verfahren/GHQ%2012.html>
- Götsch, K. (2007). Definition, Systematik und Wissenschaft in der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln* (S. 2-10). Stuttgart: Thieme.
- Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Hoefnagels, W. H. L., Dekker, J. & de Witte, L. P. (2003). Occupational therapy at home for older individuals with mild to moderate cognitive impairments and their primary caregivers: a pilot study. *Occupational Therapy Journal of Research*, 23, 155-163.
- Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. L. & Olde-Rikkert, M. G. M. (2006a). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: Randomised Controlled Trial. *British Medical Journal*, 333, 1196-1199.
- Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. L. & Olde-Rikkert, M. G. M. (2007). Effects of Community Occupational Therapy on Quality of Life, Mood, and Health Status in Dementia Patients and Their Caregivers: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Gerontology*, 62A(9), 1002-1009.
- Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Zajec, J., Olde-Rikkert, M. G. M.,

- Hoefnagels, W. H. L. & Dekker, J. (2006b). How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his primary caregiver?: A case study. *Dementia*, 5(4), 503-532.
- Gruber-Hebrich, F. (k.D.). *Häusliche Ergotherapie für Menschen mit Demenz und ihre betreuenden Angehörigen: eine randomisierte, kontrollierte Studie* [PDF document]. Heruntergeladen von http://fidem-projekt.de/attachments/068_Studie_haeusliche_ET_bei_Demenz.pdf
- Haase, F. C. (2007). Phasen des Therapieprozesses. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln* (S. 189-196). Stuttgart: Thieme.
- Habermann, C. (2002). Aspekte ergotherapeutischen Handelns im Arbeitsfeld der Neurologie. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (S. 2-22). Stuttgart: Thieme.
- Hancock, G. A., Woods, B., Challis, D. & Orrell, M. (2006). The needs of older people with dementia in residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 43-49.
- Harmer, B. J. & Orrell, M. (2008). What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging & Mental Health*, 12(5), 548-558.
- Harth, A. & Pinkepank, S. (2007). Diagnostische Verfahren. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln* (S. 254-265). Stuttgart: Thieme.
- Hasselkus, B. R. (2006). The world of everyday occupation: Real people, real lives. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 627-640.
- Holthe, T., Thorsen, K. & Josephsson, S. (2007). Occupational patterns of people with dementia in residential care: An ethnographic study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, 96-107.
- Holthoff, V. (k.D.). *Kommunikation und Beschäftigung Demenzkranker* [PDF document]. Heruntergeladen von http://www.familie.sachsen.de/download/familienportal/Forum_1_Holthoff.pdf
- Jäger, S. (2010). Konkurrenz für die Ergotherapie. *Ergopraxis*, 3, 8-10.

- Kastner, U. & Löbach, R. (2007). Symptome und Verlauf von Demenzerkrankungen. In U. Kastner & R. Löbach (Hrsg.), *Handbuch Demenz* (S. 9-28). München: Urban & Fischer.
- Kielhofner, G., Cahill, S. M., Forsyth, K., de las Heras, C. G., Melton, J., Raber, C. & Pior, S. (2008). Observational Assessments. In G. Kielhofner (Hrsg.), *Model of Human Occupation – Theory and Application* (S. 217-236). Baltimore Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Klinische Studie (2010). Heruntergeladen von <http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinien-glossar/glossar/klinische-studie>
- Koop, M. (2007). Gesundheit und Krankheit. In R. Huch & K. D. Jürgens (Hrsg.), *Mensch Körper Krankheit* (S. 68-85). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Krämer, G. & Förstl, H. (2008). *Alzheimer und andere Demenzen*. Stuttgart: Trias.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S. & Townsend, E. (2002). Core Concepts of Occupational Therapy. In E. Townsend (Hrsg.), *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective* (S. 29-56). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998a). *Anleitungen zum Formular für eine kritische Besprechung quantitativer Studien*. Heruntergeladen von http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantreview_form1.doc
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998b). *Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien* [PDF document]. Heruntergeladen von www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantform.pdf
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Lenk, C. (2002). *Therapie und Enhancement: Ziele und Grenzen der modernen Medizin*. Münster: Lit.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007a).

- Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)* [PDF document]. Heruntergeladen von http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualguidelines_version2.0.pdf
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007b). *Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)* [PDF document]. Heruntergeladen von http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualreview_version2.0.pdf
- Marotzki, U. & Reichel, K. (2007). Praxismodelle: Steckbriefe. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln* (S. 110-126). Stuttgart: Thieme.
- McKenna, K., Broome, K. & Liddle, J. (2007). What older people do: Time use and exploring the link between role participation and life satisfaction in people aged 65 years and over. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 273-284.
- Medizinische Problembereiche im Alter - Multimorbidität: Gleichzeitiges Bestehen mehrerer Erkrankungen (2011). Heruntergeladen von <http://www.medizinfo.de/geriatrie/problembereiche/multimorbiditaet.shtml>
- Mental health (2011). Heruntergeladen von http://www.who.int/topics/mental_health/en/
- Mentrup, C. (2007). Model of Human Occupation (MOHO). In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln* (S. 127-137). Stuttgart: Thieme.
- Miesen, M., Christopher, A. & Mentrup, C. (2004). Begriffsbestimmung Ergotherapie. In Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.), *Berufsprofil Ergotherapie* (S. 151-172). Idstein: Schulz-Kirchner.
- MMST (2009). Heruntergeladen von <http://www.testzentrale.ch/de/tests/tests-a-z/alphabet/M/flexShow/testDetail/testUid/888/>
- Mobilitätstest nach Tinetti (2010). In *DocCheck-Flexikon*. Heruntergeladen von <http://flexikon.doccheck.com/Tinetti-Test>
- Müller, M. (2007). Neurophysiologische, neuropsychologische und medizinische

- Grundlagen, neuronales Lernen. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln* (S. 319-328). Stuttgart: Thieme.
- Nezu, A. M., Ronan, G. F., Meadows, E. A. & McClure, K. S. (2000). *Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Depression*. New York: Plenum Publishers.
- Norbergh, K. G., Asplund, K., Holritz Rassmussen, B., Nordahl, G. & Sandman, P.-O. (2001). How Patients with dementia spend their time in a psycho-geriatric unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 215-221.
- Olazaran, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Pena-Casanova, J., del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J. M., Collins, C., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., Feldman, H. H. & Muniz, R. (2010). Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 161-178.
- Oppikofer, S., Albrecht, K. & Martin, M. (2010). Auswirkungen erhöhter sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 5(43), 310-316.
- Perrin, T. (1997). Occupational need in severe dementia: a descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 934-941.
- Perrin, T., May, H. & Anderson, E. (2008). *Wellbeing in Dementia*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Petrucci, M. & Wirtz, M. (2007). *Sampling-Techniken bei qualitativen Studien*. Heruntergeladen von <https://www.ph-freiburg.de/projekte/quasus/einstiegstexte-in-methoden-der-qualitativen-sozial-unterrichts-und-schulforschung/datenerhebung/sampling-stichprobe.html>
- Phinney, A., Chaudhury, H. & O'Connor, D. L. (2007). Doing as much as I can do: The meaning of activity for people with dementia. *Aging & Mental Health*, 11(4), 384-393.
- Reed, K. L. (2005). An annotated history of the concepts used in occupational therapy. In C. H. Christiansen, C. M. Baum & J. Bass-Haugen (Hrsg.),

- Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-being* (S. 567-619). Thorofare: Slack Incorporated.
- Schaade, G. (2005). Demenzerkrankungen und ihre ergotherapeutische Behandlung. In C. Habermann & C. Wittmershaus (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie* (S. 267-287). Stuttgart: Thieme.
- Schaade, G. & Kubny-Lüke, B. (2005). Demenz – Was ist das?. In Deutscher Verband der Ergotherapeuten & J. Tesak (Hrsg.), *Demenz – Alzheimer-Erkrankung: Ein Ratgeber für Angehörige und alle, die an Demenz erkrankte Menschen betreuen* (S. 11-26). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Schmidt, S. & Döbele, M. (2010). *Demenzbegleiter – Leitfaden für zusätzliche Betreuungskräfte*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Schöler, M. & Grötzbach, H. (2004). Grundlagen. In M. M. Thiel (Hrsg.), *Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel* (S. 5-16). Berlin: Springer.
- Schuler, M. & Oster, P. (2008). *Geriatrie von A – Z*. Stuttgart: Schattauer.
- Schulgen, G. & Schmoor, C. (2008). Randomisation und Verblindung. In M. Schumacher & G. Schulgen (Hrsg.), *Methodik klinischer Studien* (S. 195-205). Heidelberg: Springer.
- Schweizerische Alzheimervereinigung (2004). *Leben mit Demenz – Eckdaten 2* [PDF document]. Heruntergeladen von http://www.alz.ch/d/data/data_781.pdf
- Sense-of-Mastery-Scale (2010). In *Das Psychologie-Lexikon*. Heruntergeladen von <http://www.psychology48.com/deu/d/sense-of-mastery-scale/sense-of-mastery-scale.htm>
- Soeffner, H.-G. (2004). *Auslegung des Alltags – der Alltag der Auslegung*. Konstanz: Universitätsverlag.
- Specht-Tomann, M. (2009). *Biografiearbeit in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege*. Heidelberg: Springer.
- Strech, D. (2008). *Evidenz und Ethik – Kritische Analysen zur Evidenz-basierten Medizin und empirischen Ethik*. Berlin: Lit.
- Sumison, T. (2002). Überblick über klientenzentrierte Praxis. In T. Sumison (Hrsg.), *Klientenzentrierte Ergotherapie – Umsetzung in die Praxis* (S. 1-16). Stuttgart: Thieme.

- Suter-Gut, D., Buchmann, M., Vonwil, T., Fritschi, J., Kramis, A., Egger, K. (2007). *Abklärung bei Demenz-Verdacht* [PDF document]. Heruntergeladen von <http://www.lumed.ch/downloads/PDF/Abkl%C3%A4rung%20bei%20Demenzverdacht.pdf>
- Unterstützung beider Motionen zur Steuerbarkeit der Demenzpolitik (2011). Heruntergeladen von <http://www.alz.ch/d/html/medien+141.html>
- Vogt-Radloff, S. (2007). In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln* (S. 153-158). Stuttgart: Thieme.
- Weltalzheimerstag - Wir alle können etwas tun (2010). Heruntergeladen von <http://www.alz.ch/d/html/medien+134.html>
- Wood, W., Womack, J. & Hooper, B. (2009). Dying of boredom: an exploratory case study of time use, apparent affect, and routine activity situations on two Alzheimer's special care units. *American Journal of Occupational Therapy*, 63 (3), 337-349.

Abbildungsverzeichnis

Zaidi, Z., Hashim, J., Iqbal, M. & Quadri, K. M. (2007). *Paving the way for Evidence-based medicine in Pakistan* [PDF document]. Heruntergeladen von http://www.jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=1244

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Schlüsselwörter (selbst erstellt).

Tabelle 2. Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der Hauptstudien (selbst erstellt).

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erklären wir, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Winterthur, 18. Mai 2011

Lia Hüberli

Ann-Christin Meyer

Anhang

Wortzahl

Abstrakt: 195 Wörter

Gesamte Arbeit (exkl. Abstrakt, Tabellen, Abbildungen, Dank-
sagung, Verzeichnisse, Eigenständigkeitserklärung, Anhang): 11'019 Wörter

Matrix zu Hauptstudien

Autor	Jahr und Ort	Titel	Studientyp/Design	Sample	Resultate
Baldelli et al.	2007 Italien	Occupational Therapy and Dementia: the Experience of an Alzheimer Special Care Unit	Quantitativ; Einzelfallserie	26 TN, Diagnose mittelgradige bis schwere Demenz, wohnhaft in einer Spezialeinrichtung für Demenzbetroffene	Nach 12 Monaten 5x/Woche Ergotherapie konnten bei den Teilnehmern durch Messungen sowie Beobachtungen signifikante positive Verbesserungen in physischen Leiden, Verabreichung von Psychopharmaka und Verhalten festgestellt werden.
Brataas et al.	2010 Norwegen	Experiences of day care and collaboration among people with mild dementia	Qualitativ	14 TN, Diagnose beginnende Demenz, zu Hause lebend	Die bedeutungsvolle Betätigung während des Programms hatte einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden der Teilnehmer. Die angebotenen Aktivitäten, welche traditionsgebunden und gemeinschaftsorientiert waren, unterstützten u.a. die Aufrechterhaltung der Identität der Teilnehmer und vermittelte ihnen ein Gefühl von Zugehörigkeit.
Harmer & Orell	2008 Gross-britannien	What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers	Qualitativ	18 TN, Diagnose Demenz, in einem Heim lebend; 15 Pflegekräfte, 8 Familienangehörige	Als bedeutungsvolle Tätigkeiten konnten Erinnerungsaktivitäten, soziale und musikalische Aktivitäten sowie verschiedene individuelle Aktivitäten ermittelt werden. Als bedeutungsvoll stuften die Teilnehmer Aktivitäten ein, die sie interessant finden, bei denen sie Freude empfinden, aktiv sein können oder etwas Neues lernen. Es wurde zudem deutlich, dass ein Mangel an Betätigung von den Teilnehmern negativ empfunden wird.
Graff et al.	2006a Niederlande	Community based occupational therapy for patients with	Quantitativ; RCT	135 TN, Diagnose leichte bis	Die Ergebnisse zeigten eine signifikante Verbesserung der

		dementia and their care givers: Randomised Controlled Trial		mittelgradige Demenz, zu Hause lebend, mind. 1Xpro Woche Betreuung durch Angehörigen	Funktionsfähigkeit im Alltag bei den Klienten der Interventionsgruppe im Vergleich zu denen der Kontrollgruppe. Bei den Betreuungspersonen der Interventionsgruppe konnte eine klinisch relevante Steigerung des Kompetenzgefühls festgestellt werden. Diese Verbesserungen zeigten sich auch noch im Follow-up zwölf Wochen nach Studienbeginn.
Graff et al.	2007 Niederlanden	Effects of Community Occupational Therapy on Quality of Life, Mood, and Health Status in Dementia Patients and Their Caregivers: A Randomized Controlled Trial	Quantitativ; RCT	135 TN, Diagnose leichte bis mittelgradige Demenz, zu Hause lebend, mind. 1Xpro Woche Betreuung durch Angehörigen Interventionsgruppe (n=68) Kontrollgruppe (n=67)	Bei den Klienten sowie deren Betreuungspersonen der Interventionsgruppe konnten eine gesteigerte Lebensqualität und eine signifikante Verbesserungen in allg. Gesundheits- und Gemütszustand aufgezeigt werden. Diese Verbesserungen zeigten sich auch noch im Follow-up zwölf Wochen nach Studienbeginn.
Graff et al.	2006b Niederlanden	How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his primary caregiver?	Fallstudie eines vorhergehenden RCTs	TN=1 aus der Interventionsgruppe, Diagnose beginnende bis mittelgradige Demenz, wohnt gemeinsam mit Ehefrau zu Hause	Die ergotherapeutische Behandlung war eine positive Erfahrung für den Fallklienten und seine pflegende Ehefrau. Der Klient konnte nach der Intervention die für ihn bedeutungsvolle Aktivität Gartenarbeit wieder zu seiner Zufriedenheit ausführen und empfindet mehr Autonomie eine erhöhte Lebenskontrolle sowie Lebensqualität. Die Ehefrau änderte ihr Verhalten gegenüber ihrem Ehemann und erzielte Verbesserungen in Kompetenzgefühl, Situationsbewältigung sowie Lebensqualität.

Oppikofer et al.	2010 Schweiz/ Österreich	Auswirkungen erhöhter sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen	Quantitativ; RCT	84 TN, Diagnose Demenz, lebend in geriatrischer Einrichtung Interventionsgruppe (n=42) Kontrollgruppe (n=42)	Menschen mit Demenz nehmen Besuche von Fremden und dabei erfolgte Zuwendung und Betätigung bewusst wahr. Während die Teilnehmer der Interventionsgruppe sich im Heim wohler fühlten und von den Pflegenden zufriedener und weniger aggressiv erlebt wurden konnte bei den Heimbewohnern der Kontrollgruppe, die keine regelmässigen Besuche erhielten, eine sinkende Lebensqualität gemessen werden.
Phinney et al.	2007 Kanada	Doing as much as I can do: The meaning of activity for people with dementia	Qualitativ	8 TN, Diagnose leichte bis mittelgradige Demenz, zu Hause lebend mit mind. 1 Betreuungsperson	Das Eingebunden sein in Betätigung ermöglicht den Teilnehmern ein Gefühl der Autonomie und Zugehörigkeit. Die Teilnehmer schätzen es, für sich selbst Verantwortung zu übernehmen, solange dies möglich ist. Das Erleben von Freude macht für die Teilnehmer eine Aktivität bedeutungsvoll. Es wurden Aktivitäten in den Bereichen Freizeit und Erholung, Hausarbeit, soziale Teilhabe sowie arbeitsbezogene Tätigkeiten genannt.