

Projektstudie

„Systematischer Erhalt von Religiosität als unterstützendes Element in der ambulanten Betreuung und Gesunderhaltung dementiell veränderter Menschen“

demenz.begeistert
Lebensfreude durch Glaube und Begegnung

ein Projekt des



Projektbericht

Lux, G., Gessert, D., Hagedorn, M., Urbaniak, H., Winn-
Börner, U.

03.08.2021

Forschungspartner:innen

Alexianer Haus Monika
Kölnerstraße 64
51149 Köln

**AWO Seniorenzentrum
Herbert-Wehner-Haus**
Kirchweg 4
50169 Kerpen

Caritasverband Düsseldorf e.V.
Leopoldstraße 30
40211 Düsseldorf

Caritas-Seniorenzentrum St. Nikolaus
Kaiser-Otto-Straße 39b
50259 Pulheim-Brauweiler

**Caritas-Seniorenzentrum
Stiftung Hambloch**
Sankt-Rochus-Straße 11
50181 Bedburg-Kaster

CJD Tagespflege Frechen
Clarenbergweg 81
50226 Frechen

CS Caritas Socialis GmbH
Oberzellergasse 1
1030 Wien
Österreich

Erzbistum Köln
50606 Köln

Ev. Altenheim Lohmar
Hermann-Löns-Straße 2
53797 Lohmar

**Regionalbüros Alter, Pflege und
Demenz**
Kölner Straße 64
51149 Köln

**Seniorenresidenz Mondorf
Betriebs GmbH**
Eifelstraße 1f
53859 Niederkassel-Mondorf

**St. Vinzenzhaus – Zick für Dich /
Kleinod**
Olpener Straße 863-865
51109 Köln

Die Ergebnisse dieser Studie konnten nur durch die hervorragende Zusammenarbeit mit den oben genannten Organisationen und zahlreichen Tandempaaaren erzielt werden.

Wir danken herzlich für dieses ungewöhnliche Forschungsengagement.

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	ii
Tabellenverzeichnis	iii
Abstract.....	1
1. Problemstellung und Zielsetzung	2
3. Methodisches Vorgehen	4
4. Ergebnisse	8
4.1 Deskriptive Ergebnisse	8
4.1.1 Aufnahmebogen Teilnehmer	9
4.1.2 Erfahrungsberichte	18
4.2 Zusammenhangsanalysen	27
4.3 Projekterfahrungen.....	28
5. Diskussion und Limitationen.....	31
6. Fazit und Ausblick.....	32
Literaturverzeichnis	33

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 (Stammdaten): Geschlecht der Teilnehmer	9
Abbildung 2 (Stammdaten): Familienstand der Teilnehmer	10
Abbildung 3 (Stammdaten): Konfession der Teilnehmer	10
Abbildung 4: Frage 2.1 (Stammdaten): Angehörige.....	12
Abbildung 5: Frage 2.2 (Stammdaten): Kontakt zu Angehörigen	13
Abbildung 6: Frage 2.2 (Stammdaten): Wohnsituation der Teilnehmer	13
Abbildung 7: Frage 3.1 (Stammdaten): Wird der Glaube gelebt?	14
Abbildung 8: Frage: 4.1 (Stammdaten): Ärztlich gestellte Demenz-Diagnose	16
Abbildung 9: Frage: 4.2 (Stammdaten): Fähigkeiten des Betroffenen	16
Abbildung 10: Frage 1.1 (Erfahrungsbericht): Tage mit Treffen im letzten Kalendermonat.....	18
Abbildung 11: Frage 1.2 (Erfahrungsbericht): Durchschnittliche Dauer der Treffen	18
Abbildung 12: Frage 2 (Erfahrungsbericht): Religiöse Raumgestaltung.....	19
Abbildung 13: Frage 3.1 und 3.2 (Erfahrungsbericht) nach Aktivitäten, die mit den Betroffenen durchgeführt wurden	20
Abbildung 14: Frage 4.1 (Erfahrungsbericht): Veränderung des Gemütszustandes während der Aktivität.....	21
Abbildung 15: Frage 4.2 (Erfahrungsbericht): Veränderung des Gemütszustandes am Ende der Aktivität.....	22
Abbildung 16: Frage 4.3 (Erfahrungsbericht): Veränderung des Gemütszustandes nach der Aktivität	22
Abbildung 17: Frage 4.4 (Erfahrungsbericht): Aufmerksamkeit während der Aktivität	23
Abbildung 18: Frage 4.5 (Erfahrungsbericht): Aggressivität beim Teilnehmer	23
Abbildung 19: Frage 4.6 (Erfahrungsbericht): Vorfroide beim Teilnehmer	24
Abbildung 20: Frage 4.7 (Erfahrungsbericht): Harmonischer Tag-/Nacht-Rhythmus beim Teilnehmer	24

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 (Stammdaten): Charakteristik der Studienpopulation	8
Tabelle 2 (Stammdaten): Alter der Teilnehmer	10
Tabelle 3 (Stammdaten): Berufe der Teilnehmer.....	11
Tabelle 4: Frage 3.2 (Stammdaten): Wie wird die Religion bzw. der Glaube gelebt?	14
Tabelle 5: Raumgestaltung: sonstige (Monat 1)	19
Tabelle 6: Mittelwert der Likertskalen über 6 Monate Beobachtung über alle beobachteten Effekte (Fragen 4.1 bis 4.7)	25
Tabelle 7: Frage 5: Veränderungen beim Teilnehmer (Monat 1).....	25
Tabelle 8: Frage 6: sonstige Beobachtungen	26

Abstract

In der Betreuung von Menschen mit Demenz sind feste Tagesstrukturen und Rituale notwendig, um Orientierung und Sicherheit zu gewährleisten und die Lebensqualität zu erhöhen. Diese Aktivitäten können unter anderem religiöse bzw. spirituelle Maßnahmen einschließen. Ziel der vorliegenden Studie war, erste Erkenntnisse des Effektes solcher Aktivitäten auf das Wohlbefinden bzw. das Gemüt der Betroffenen zu erlangen. Dafür wurden Menschen mit Demenz in einem 6-monatigen Zeitraum mit monatlichen Erhebungen hinsichtlich der Durchführung solcher Maßnahmen und deren Auswirkungen beobachtet. Insgesamt 50 Probanden und Probandinnen konnten in die Studie eingeschlossen werden. Die eingeschlossenen Probanden:innen wurden dabei sowohl im häuslichen Umfeld als auch in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt. Die Datenerhebung umfasste neben offenen bzw. hybriden Fragen auch geschlossene Fragen. Der kombinierte methodische Ansatz besaß dabei sowohl explorativen als auch deskriptiven Charakter mit ersten Zusammenhangsanalysen auf Basis von Korrelationen und Mittelwertvergleichen. Die quantitativen Ergebnisse, aber im Wesentlichen auch die Rückmeldungen der Pflegenden, zeigen überwiegend positive Effekte der durchgeführten Aktivitäten auf den Gemütszustand der Betroffenen. Die Studiumsetzung unterliegt unterschiedlichen Limitationen wie z. B. der Heterogenität der individuellen Fallkonstellationen und den negativen Auswirkungen aufgrund der Corona-Pandemie. Die zunehmende gesellschaftliche Relevanz von Demenz erfordert aber weitergehende Studien, die auf die Erfassung und die Verbesserung der Lebensqualität bzw. des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz ausgerichtet sind.

1. Problemstellung und Zielsetzung

Die zunehmende Alterung der Gesellschaft führte in den vergangenen Jahren zu einer Zunahme altersbedingter Erkrankungen. Dazu gehört insbesondere die Demenz. Der Begriff stammt aus dem Lateinischen und beschreibt die Abwesenheit (Präfix: de-) vom Denkvermögen (Suffix: -mens). „Demenz“ bedeutet also wörtlich übersetzt „ohne Verstand“. Demenzen gehen dabei nicht nur mit kognitiven und mnestischen Einbußen, sondern auch mit dem Verlust grundlegender Orientierungen und bisher selbstverständlicher Alltagskompetenzen einher (Stoffers 2016: 7). Die Begrifflichkeit Demenz umfasst dabei keine spezielle Krankheit, sondern einen erworbenen, durch eine organische Hirnschädigung verursachten Zustand (Stoffers 2016: 8). In Deutschland leben derzeit ca. 1,7 Mio. Menschen mit der Diagnose Demenz (Thyrian et al. 2020: o. S.), wobei die Alzheimer-Demenz innerhalb der Demenzerkrankungen mit ca. 60 % den Großteil der Erkrankungen ausmacht (Stoffers 2016: 9).

Bisher existieren noch wenige Erkenntnisse bzgl. der auslösenden Risikofaktoren, aber unterschiedliche Experteneinschätzungen und Studienhinweise zeigen (auf unterschiedlichem Evidenzniveau), dass unterschiedliche Präventionsansätze zur Vermeidung einer Demenz sinnvoll sein könnten. Darunter fallen beispielsweise die Steigerung des Bewegungsverhaltens, die Rauchentwöhnung, oder die Reduktion des Alkoholkonsums (WHO 2019: xii-xiii).

Auch soziale Kontakte sowie eine intensive kulturelle und sportliche Betätigung scheinen schützende Faktoren vor einer Demenzentwicklung zu sein (Förstl, Förstl 2020: o. S.). Aufgrund der beschränkten Präventionsmöglichkeiten stehen die Verbesserung der Therapiemöglichkeiten und der Betreuung und Begleitung von Personen mit Demenz sowohl heute als auch künftig im Vordergrund. Während pharmakologische Therapien bei Personen mit Demenz lediglich Symptome lindern können, haben sich psychosoziale Ansätze als sinnvoll gezeigt, um die kognitive und alltagspraktische Kompetenz erhalten und psychisches Wohlbefinden sowie die Lebensqualität verbessern zu können (Stoffers 2016: 22). Auch die deutsche „S3-Leitlinie Demenzen“,

die sich mit psychosozialen Interventionen beschäftigt, empfiehlt den Einsatz eines breiten Therapie- und Begleitungsspektrums und stellt psychosoziale Interventionen als zentralen und notwendigen Bestandteil bei der Betreuung von Personen mit Demenz und deren Angehörigen dar. Die Ansätze und Ziele dieser Verfahren sind dabei wesentlich breiter als die der pharmakologischen Therapien (AWMF 2016: 84).

Da bisher kaum präventive und kausale Therapien bekannt sind, müssen also die wesentlichen Ziele sein, das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Sowohl für (professionell) Pflegende als auch für Angehörige besteht allerdings die Herausforderung, die positiven Momente der Betroffenen überhaupt wahrzunehmen und diese als Lebensqualität anzuerkennen und in einem weiteren Schritt zu unterstützen (Schmidhuber 2016: 273). Es geht dabei nicht primär darum, Lebensqualität objektiv zu messen, sondern die subjektive Lebensqualität von Menschen mit Demenz wahrzunehmen, um dann individuell auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingehen zu können (Schmidhuber 2016: 276). Selbst spezifisch für die objektive Erfassung von Lebensqualität entwickelte Instrumente wie das Dementia Care Mapping (DCM) zeigen in der Anwendung allerdings noch keine ausreichende Evidenz in der Effektivität zur Einschätzung und nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität und in der Verbesserung im Umgang mit herausforderndem Verhalten der Betroffenen. Auch hier zeigt sich der weitergehende Forschungsbedarf in der Implementierung von standardisierten Instrumenten zur Lebensqualitätserfassung und Lebensqualitätsverbesserung von Personen mit Demenz (Dichter et al. 2016: 6-8). Da viele der Betroffenen ihren Tagesablauf nicht mehr eigenständig gestalten können, helfen auch unter anderem vertraute Gewohnheiten oder aber bestimmte Rituale und Traditionen (wie z. B. Abendgebete, Feste oder Gedenktage usw.), einen strukturierten Tagesablauf zu schaffen und Sicherheit zu geben (Stoffers 2016: 42) um damit einen Beitrag zu einer verbesserten Lebensqualität zu liefern.

Die Studie „demenz.begeistert“ hatte zum Ziel, weitergehende Erkenntnisse im Kontext des Wohlbefindens und der Lebensqualität von Personen mit Demenz zu generieren. Hierbei sollte der Fokus auf spirituellen/religiösen Ritualen liegen, die regelmäßig mit

den Betroffenen durchgeführt werden, um deren Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Probanden¹ erfassen und interpretieren zu können. Bei der Auswahl der Maßnahmen sollten auch die individuellen Biografien und Vorzüge der Betroffenen berücksichtigt werden.

Am Ende sollten Ergebnisse erzielt werden, die einen weiteren Erkenntnisgewinn und weiteren Forschungsbedarf aufzeigen können.

3. Methodisches Vorgehen

Das Projekt wurde vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert und vom Pflegedienst Alten-, Kranken- und Familienpflege (AKF) in Köln-Rath/Heumar initiiert. Für die operative Studienumsetzung wurde das Projektteam „demenz.begeistert“ gebildet (siehe <https://www.akf-pflege.de/demenzbegeistert/>), das die Studie in der gesamten Laufzeit begleitete und betreute.

Die Studienlaufzeit von Beginn und Ende der Datenerhebungen wurde auf sechs Monate ausgerichtet, wobei die Einschlussphase den Zeitraum von 02.2019 bis 04.2021 umfasste. Teilweise wurden auch längere Datenerhebungsphasen als 6 Monate erfasst, wenn Teilnehmer freiwillig eine längere Teilnahmedauer absolvierten. Zunächst wurden vom „demenz.begeistert“-Team nur Betroffene der häuslichen Pflege im näheren regionalen Umfeld kontaktiert/rekrutiert – anschließend wurde die Rekrutierung allerdings auch überregional und auf stationäre Pflegeeinrichtungen ausgeweitet (die Studie ist eindeutig überregional ausgerichtet). Die Rekrutierung erfolgte religionsunabhängig und die Teilnehmer:innen wurden engmaschig vom „demenz.begeistert“-Team bei allen aufkommenden Fragen unterstützt und beraten.

Für die Studienumsetzung wurden Tandempaare von Betroffenen und den verantwortlichen Betreuer:innen rekrutiert. Bei Bereitschaft der Teilnahme wurden die Teilnehmer:innen über die Inhalte und die Umsetzung der Studie aufgeklärt und eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt. Die Studie hatte auf der einen Seite einen explorativen Charakter und setzt somit nicht auf Hypothesentests auf, die aus bestehender Literatur herzuleiten waren. Auf der anderen Seite wurden aber neben Hybridfragen bzw. offenen Fragen auch deskriptive Analysen inkl. Zusammenhangsanalysen durchgeführt und somit handelt es sich um einen kombinierten methodischen Ansatz. Es war keine Vergleichsgruppenbildung möglich, die für die Quantifizierung von Interventionseffekten nötig gewesen wäre. Vorher-Nachher-Vergleiche waren aufgrund der progressiv verlaufenden Demenzerkrankung methodisch ebenfalls nicht sinnvoll umsetzbar. Ein explorativer Forschungsansatz soll einen Erkenntnisgewinn liefern, der theoriefähige Erklärungsansätze ermöglicht – dies ist insbesondere bei bisher wenig erforschten Phänomenen bzw. Zusammenhängen der Fall (Kleemann et al. 2009: 24, 147) wie auch in der vorliegenden Studie zu den Auswirkungen von Religiosität und Spiritualität auf Personen mit Demenz.

Die Datenerhebung bestand aus zwei unterschiedlichen Fragebögen: ein Fragebogen sollte die wesentlichen demografischen Angaben, die Wohnverhältnisse und Merkmale der Betroffenen erfassen (Geschlecht, Alter, vorhandene Kinder, Familienstand, Konfession und ob der Glaube gelebt wird usw.) und wurde einmalig bei Studienbeginn eingesetzt. Ein weiterer Fragebogen zielte auf die Anzahl und den Umfang der Treffen ab, sowie auf die umgesetzten Aktivitäten und deren Auswirkungen auf den Betroffenen und sollte monatlich ausgefüllt werden. Der zweitgenannte Fragebogen bestand aus insgesamt acht Fragen. Dabei wurde neben der Häufigkeit der Besuche auch die Besuchsdauer erfragt. Zusätzlich wurden die Existenz evtl. vorhandener religiöser Raumgestaltungselemente erhoben und die jeweils durchgeführten Aktivitäten. Die relevanten Aktivitäten im privaten und öffentlichen Raum wurden jeweils im Rahmen einer Hybridfrage erhoben, um neben den insgesamt sieben aufgeführten Aktivitäten auch weitere Angaben in Form eines Freitextfeldes abgeben zu können.

Dieser Fragebogen wurde auch in den sechs Folgemonaten beantwortet, um mögliche Veränderungen im Zeitverlauf zu beobachten. Als mögliche Maßnahmen konnten ausgewählt werden:

- Musik und Gesang
- Gebet/Meditation
- Kreatives Gestalten
- Backen/Kochen
- Lesen/Vorlesen
- Besuch von Gotteshäusern
- Teilnahme an Gemeindefesten
- Sonstiges: (Freitextfeld)

Die Antwortkategorie „Sonstiges“ war als offene Antwortmöglichkeit ausgestaltet. Die Antwortkategorien wurden in Form von sogenannten Likert-Skalen mit fünf Kategorien verwendet („immer“, „oft“, „manchmal“, „selten“ und „nie“). Somit handelt es sich um ordinale Messniveaus. Bei den beobachteten Auswirkungen der Maßnahmen wurden sowohl zu beobachtende Effekte während, am Ende und nach der Maßnahme erfragt.

Dabei handelte es sich konkret um:

- Veränderung des Gemütszustandes vor/während/nach
- Aufmerksamkeit des Betroffenen während der Maßnahme
- Aggressives (also herausforderndes) Verhalten
- Vorfreude beim Betroffenen
- Harmonischer Tag-/Nachtrhythmus
- Veränderungen beim Teilnehmer? (Freitextfeld)

Dieser Fragebogen wurde auch in einer türkischen Fassung zur Verfügung gestellt, um die in Deutschland zahlenmäßig größte Gruppe mit muslimischem Hintergrund möglichst gut ansprechen und in die Studie einbinden zu können.

Ergänzend war es dem Team von demenz.begeistert im Sinne der Teilhabe wichtig, auch einen speziell auf die kognitiven Möglichkeiten von Menschen mit Demenz angepassten, niedrigschwelligen Fragebogen mit „Smileys“ anzubieten. Dieses Angebot wurde von einigen der begleiteten Menschen mit Demenz genutzt, überwiegend mit Unterstützung einer Pflegekraft oder eines Angehörigen.

Als theoretische Grundlage und praktische Handreichung wurde allen Teilnehmer:innen der Studie sowie weiteren Interessierten und Multiplikatoren eine aufwändig gestaltete, 60-seitige Broschüre mit allgemeinen Informationen zum Thema und zur Studie sowie einem ausführlichen Praxisteil mit Beispielen spiritueller Alltags- und Milieugestaltung für Mitglieder der fünf großen Weltreligionen (Christentum, Judentum, Islam, Hinduismus, Buddhismus) kostenlos zur Verfügung gestellt.

Die ausgefüllten Fragebögen wurden digital in Excel 2010 erfasst und in Excel und in SPSS Version 20 ausgewertet. Neben rein deskriptiven Analysen der einzelnen Fragen mit Blick auf Häufigkeitsverteilungen sowie Lage- und Streuungsparameter (Mittelwert, Standardabweichung), wurden auch Zusammenhangsanalysen durchgeführt.

Die Zusammenhangsanalysen erfolgten im Wesentlichen zwischen:

- Merkmalen der Betroffenen und gewählten Maßnahmen
- Merkmalen der Betroffenen und beobachteten Effekten
- gewählten Maßnahmen und zu beobachtenden Effekten

In Abhängigkeit der Skalenniveaus wurden sowohl Mittelwertvergleiche in Form von Mann-Whitney-U-Tests für unabhängige Stichproben (in Abhängigkeit von Merkmalen der Teilnehmer:innen wie z. B. des Geschlechts, der Existenz eines Ehepartners oder Kinder, oder ob der Glaube im Vorfeld gelebt wurde), als auch Chi²-Tests durchgeführt (bei Prüfung von Abhängigkeiten von kategorialen Variablen wie z. B. Wohnsituation, Familienstand, durchgeführte Aktivitäten usw.). Zusätzlich wurden Spearman-

Korrelationskoeffizienten zwischen ordinalen Variablen ermittelt bestimmt und auf Signifikanzen hin überprüft (Likertskalen bei den durchgeführten Aktivitäten und die beobachteten Effekte). Bei allen Testverfahren wurde jeweils eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha=5\%$ zugrunde gelegt.

4. Ergebnisse

Im Folgenden werden die deskriptiven Ergebnisse der Studienpopulation dargestellt (Kapitel 4.1) und anschließend die wesentlichen Ergebnisse der Zusammenhangsanalysen aufgeführt (Kapitel 4.2) sowie Praxiserfahrungen aus der Projektumsetzung (Kapitel 4.3) geschildert.

4.1 Deskriptive Ergebnisse

Die Studienpopulation weist eine Gesamtzahl von 50 Teilnehmer:innen auf, deren Entwicklung im Zeitverlauf monatsweise erfasst wurde. Die Mehrheit der Betroffenen war weiblichen Geschlechts (86%) mit einem Durchschnittsalter von 85,8 Jahren und verwitwet (70%). Der Großteil lebt in einer stationären Pflegeeinrichtung (62%) und bekommt einmal oder häufiger pro Woche Besuch (ca. 76%). Der Glaube wird bei Studienbeginn von 60% der Betroffenen aktiv gelebt. In der folgenden Tabelle 1 sind die wesentlichen Charakteristika der Population zusammenfassend aufgeführt.

Tabelle 1 (Stammdaten): Charakteristik der Studienpopulation

Merkmal	Ausprägungen
Geschlecht	Weiblich (86,0%), männlich (14,0%)
Alter	$\bar{x}=85,8$ Jahre ($s=8,34$ Jahre), Spannweite=32 Jahre (69-101 Jahre)
Familienstand	Ledig (4,0%), verheiratet (24,0%), verwitwet (70,0%)
Konfession	Evangelisch-lutherisch (26,0%), katholisch (68,0%), konfessionslos (2,0%), orthodox (2,0%), unbekannt (2,0%)
Ehepartner vorhanden?	Ja (24,0%), nein (72,0%), unbekannt (4,0%)
Partner vorhanden?	Ja (2,0%), nein (96,0%), unbekannt (2,0%)
Kinder vorhanden?	Ja (82,0%), nein (16,0%), unbekannt (2,0%)
Sonstige Verwandte?	Ja (26,0%), nein (72,0%), unbekannt (2,0%)

Kontakthäufigkeit	Mehrmals pro Woche (58,0%), mindestens einmal pro Woche (18,0%), mindestens einmal pro Monat (16,0%), seltener als einmal pro Quartal (2,0%), nie (2,0%), unbekannt (4,0%)
Wohnsituation	Einpersonenhaushalt (4,0%), Mehrpersonenhaushalt (22,0%), 24h-Betreuung im Mehrpersonenhaushalt (4,0%), 24h-Betreuung (6,0%), Stationäre Pflegeeinrichtung (62,0%), Wohngemeinschaft (2,0%)
Wird der Glaube gelebt?	Ja (60,0%), gelegentlich (16,0%), nein (20,0%), unbekannt (4,0%)

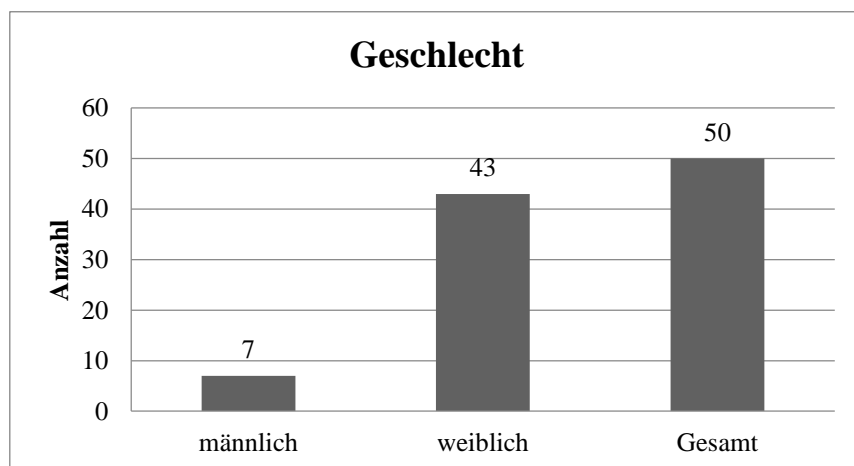
Quelle: Eigene Berechnungen.

Im Folgenden werden die deskriptiven Ergebnisse aller Fragen des Aufnahmebogens und des ersten monatlichen Erfahrungsberichtes dargestellt. Mit Blick auf die Effekte werden abschließend die Ergebnisse im Zeitverlauf über die sechs Beobachtungsmonate ausgewiesen.

4.1.1 Aufnahmebogen Teilnehmer

Fragenblock 1: Stammdaten

Abbildung 1 (Stammdaten): Geschlecht der Teilnehmer



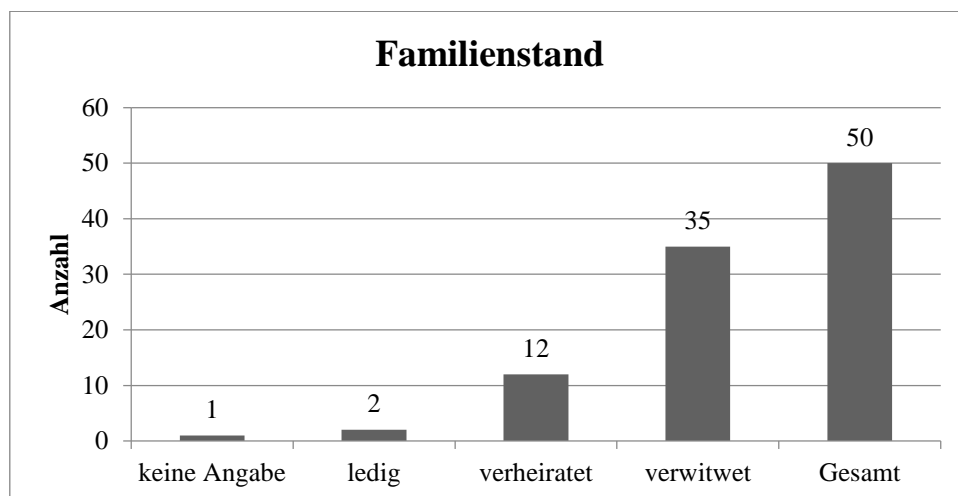
Quelle: Eigene Berechnungen.

Tabelle 2 (Stammdaten): Alter der Teilnehmer

N	Gültig	48
	Ohne Angabe	2
Mittelwert (in Jahren)		85,79
Median (in Jahren)		86,00
Minimum (in Jahren)		68
Maximum (in Jahren)		100

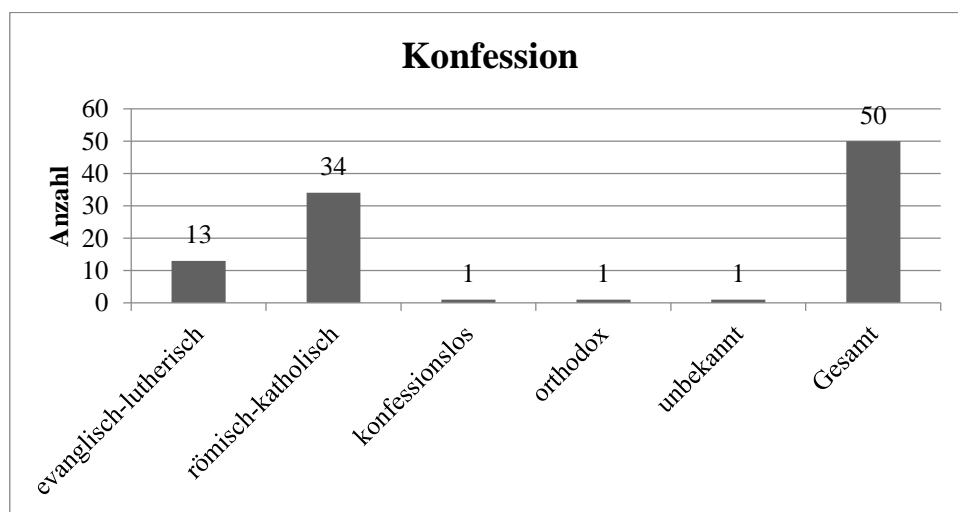
Quelle: Eigene Berechnungen.

Abbildung 2 (Stammdaten): Familienstand der Teilnehmer



Quelle: Eigene Berechnungen.

Abbildung 3 (Stammdaten): Konfession der Teilnehmer



Quelle: Eigene Berechnungen.

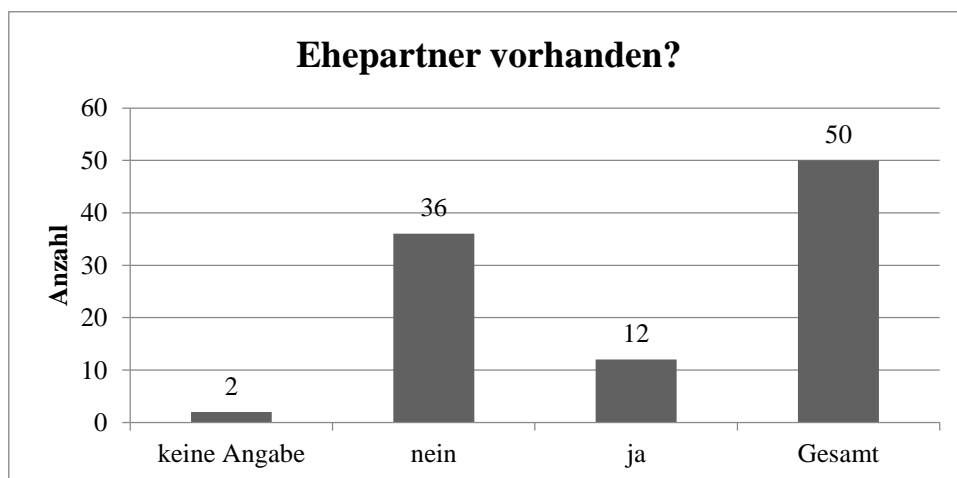
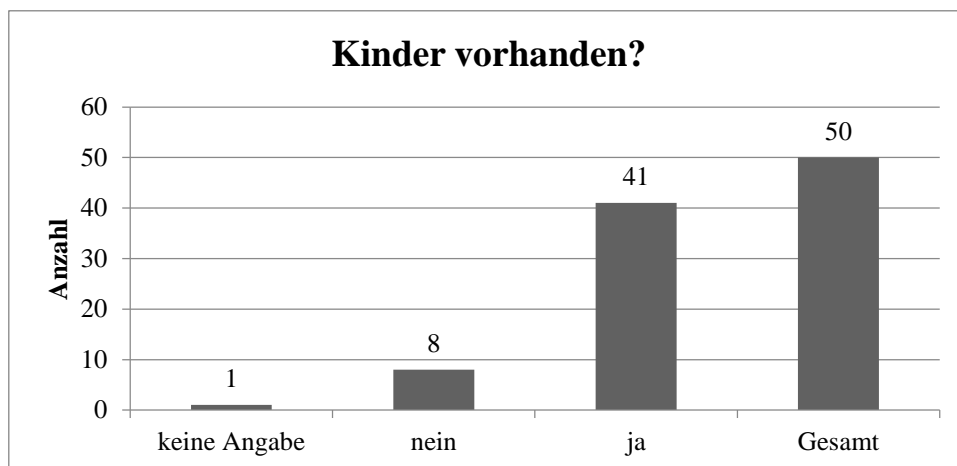
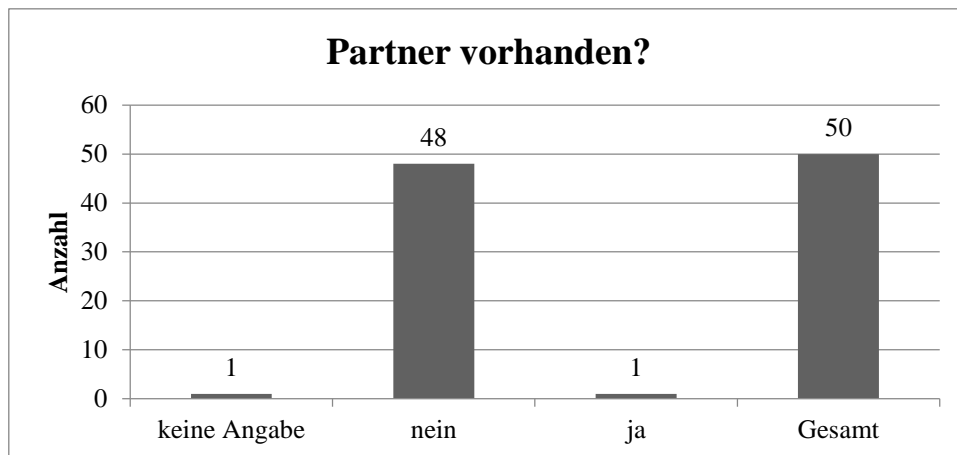
Tabelle 3 (Stammdaten): Berufe der Teilnehmer

Keine Angabe	12	Schlosser	2
Altenpflegerin	2	Schneiderin	1
Architektin	1	Schneiderin/Hausfrau	1
Beamtin	1	Schweißer	1
Bürokauffrau	1	Selbstständig	1
Einzelhandelskauffrau	1	Sprechstundenhilfe, Hausfrau	1
ELEKTRO-NACHRICHTENTECHNIK	1	Gesamt	50
Fliesenleger	1		
Friseurin Selbständig	1		
Gedächtnistrainerin	1		
Haribo-Herstellung	1		
Hausfrau	9		
Hausfrau/Jägerin	1		
Hauswirtschaftslehre	1		
Industriekauffrau	1		
Industriekauffrau/Schulsekretärin	1		
kaufm. Angestellter	1		
Korbflechterin	1		
Krankenschwester	1		
Landwirt	1		
Pädagogin	1		
Postbeamtin	1		
Raumpflegerin	1		

Quelle: Eigene Berechnungen.

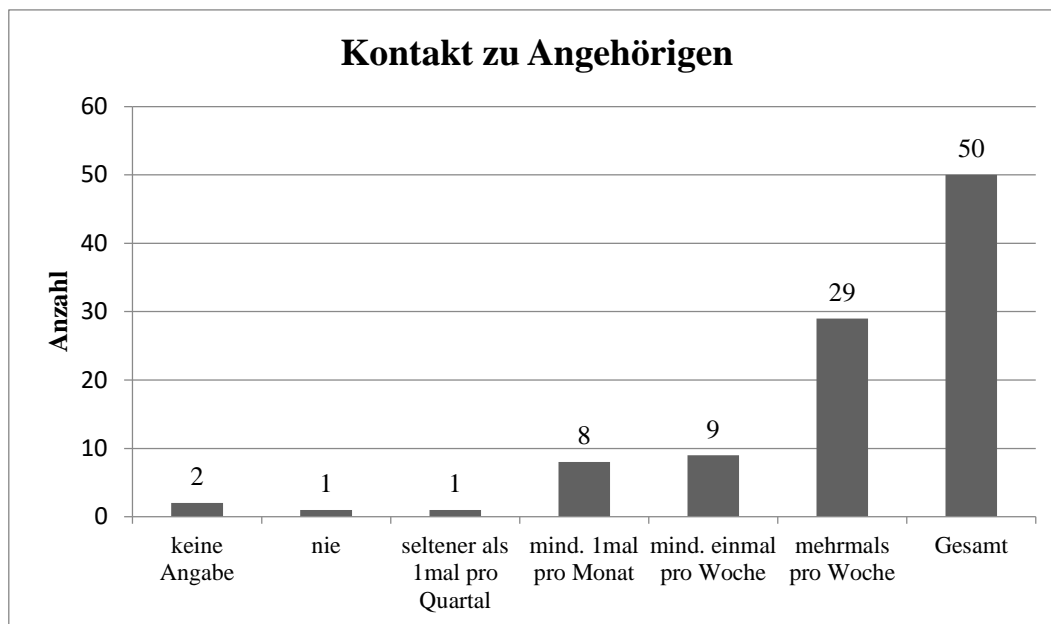
Fragenblock 2: Lebenssituation

Abbildung 4: Frage 2.1 (Stammdaten): Angehörige



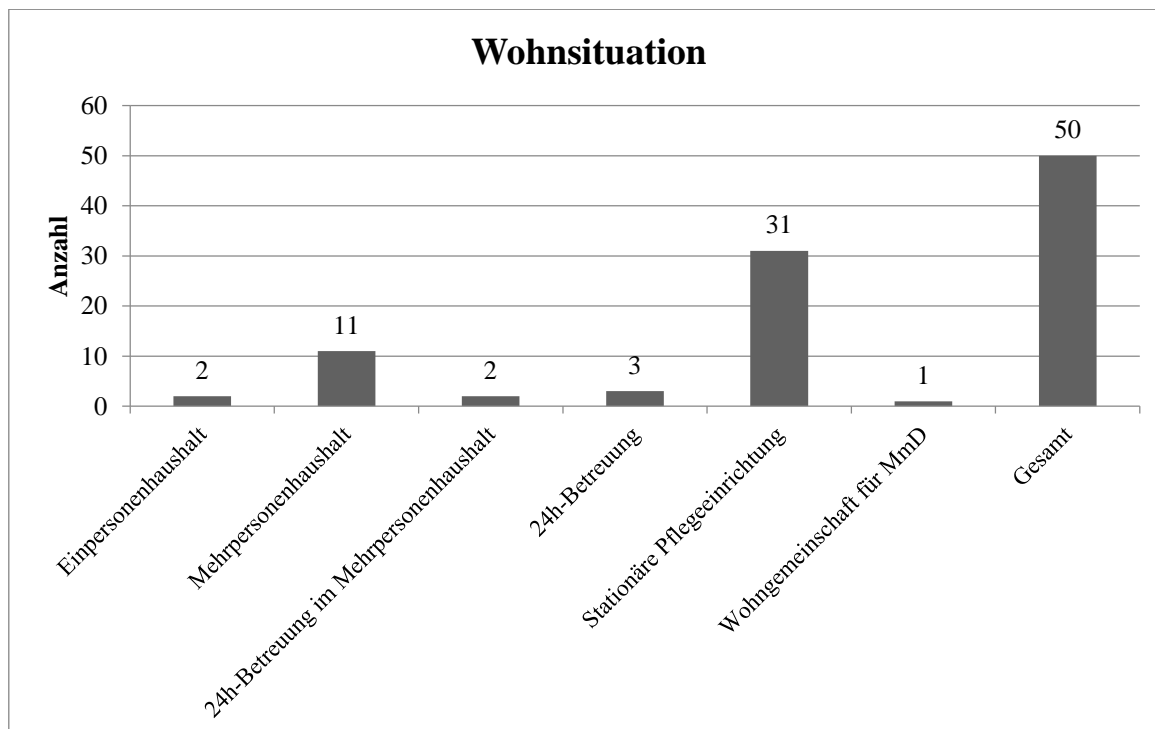
Quelle: Eigene Berechnungen.

Abbildung 5: Frage 2.2 (Stammdaten): Kontakt zu Angehörigen



Quelle: Eigene Berechnungen.

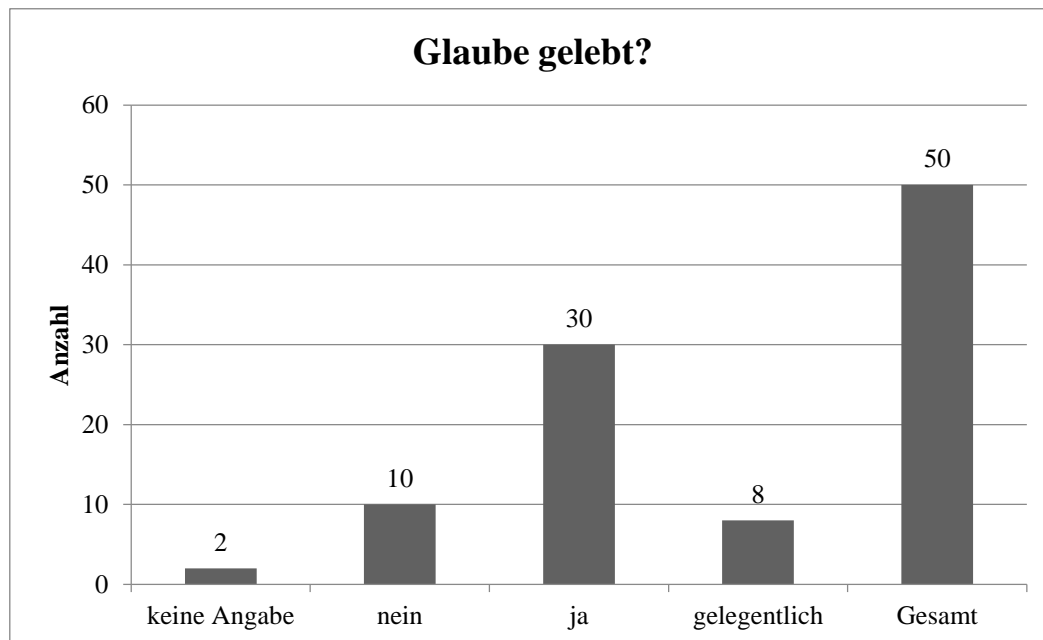
Abbildung 6: Frage 2.2 (Stammdaten): Wohnsituation der Teilnehmer



Quelle: Eigene Berechnungen. MmD=Menschen mit Demenz

Fragenblock 3: Angaben zur Religion im Alltag

Abbildung 7: Frage 3.1 (Stammdaten): Wird der Glaube gelebt?



Quelle: Eigene Berechnungen.

Tabelle 4: Frage 3.2 (Stammdaten): Wie wird die Religion bzw. der Glaube gelebt?

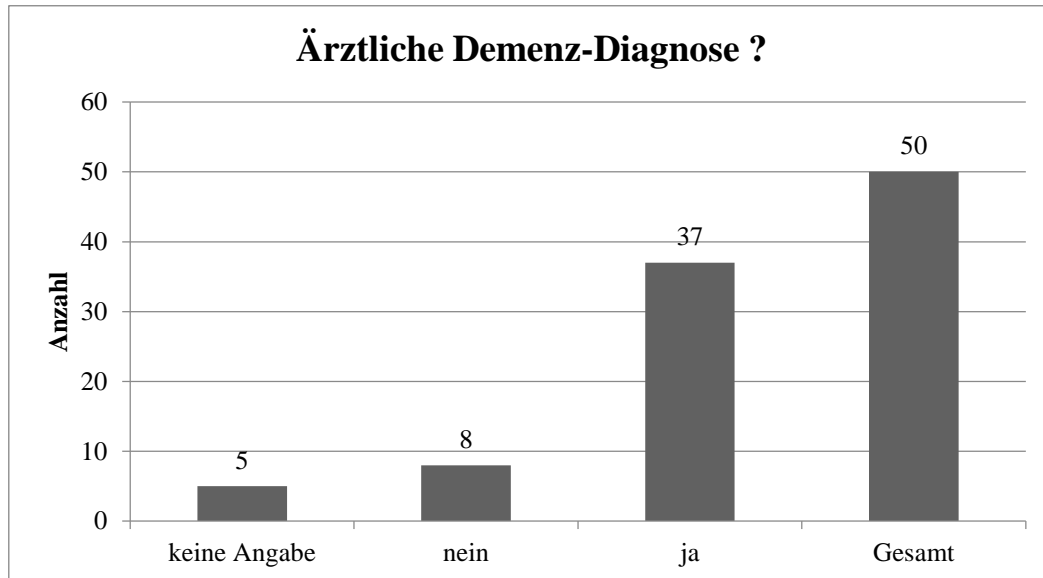
2x pro Woche Messe; Vorträge, Seminare; Gebet; Gesang
Besuch des Gottesdienstes begleitet durch Mitarbeiter
betet regelmäßig, war früher regelmäßig in Messe
Betet regelmäßig. Besuch der heiligen Messe ist ihr sehr wichtig.
Blüht mit Projekt wieder mehr auf; Seniorenkaffee der Kirche; Ostereier aufhängen; Weihnachten
es besteht ein Interesse an sinngebenden Gesprächen über Glaube allgemein. Sie konnte hervorragend indonesisch kochen. Sie ist früher etliche Kilometer durch den Wald gelaufen /täglich) hatte einen Hund, liebt Hunde sehr (Verbindung mit der Natur) Weiß einiges über Kräuter (wusste)
Fehlanzeige
früher noch mehr durch regelmäßige Kirchgänge, die heute nicht mehr möglich sind. Da sie nicht mehr selbstständig die Kirche besuchen kann, betet sie zu Hause. Vor jeder Mahlzeit zum Schlafen gehen. Sie singt Kirchenlieder
früher regelmäßige Kirchgänge, heute nur ganz selten mit der Tochter
Gebete, Messe
Geht jeden Sonntag mit 24h-Betreuung in die Kirche
Gelegentlich Kirchenbesuche

gelegentlich: Besuch d. Gottesdienstes; Gelegentlich: Besuch der Kapelle u. Gespräch über Bibel und Brauchtum; keine Angaben über kirchl./rel. Sozialisation
Ging immer regelmäßig zur Kirche, Tägl. Gebete
Gottesdienstbesuch; Gebetspraxis; Glaube als Thema der Gespräche; religiöse Lektüre
Gottesdienste im Heim
Gottesdienste im Heim; Anschauen des Gottesdienstes im Fernsehen
Gottesdienste im Heim; Besuch des Bibelgesprächs im Heim
Gottesdienste im Heim; Lesen der täglichen Lesung
Gottesdienste, religiöse Impulse, wirkt sehr interessiert, früher Kirchengängerin
Gottesdiensten, Fernsehgottesdienste, KFD, erzählt viel von Gemeindeleben in ihrer Heimat
Jeden Abend beten, jede Tag eine Kerze an der Marienstatue anzünden, nach Möglichkeit in die Messe gehen oder am Fernseher schauen
Kreuz, Bücher lesen
Regelmäßige Gebete und wenn möglich Kirchenbesuche oder regelmäßige Messen im TV
Regelmäßige Messbesuche in der Kapelle im Haus (jeden Sonntag & Feiertage)
Sie besucht wöchentlich die Heilige Messe und einmal monatlich den evangelischen Gottesdienst in der Hauskapelle. Zudem wird sie wöchentlich zu Spazierfahrten auf den nahe liegenden Friedhof begleitet.
Sie ging immer gerne in den evangelischen Gottesdienst. Dies ist aufgrund ihrer körperlichen Verfassung nicht mehr möglich
Sonntäglicher Messbesuch; "Gespräche" mit verstorbener Tochter; große Dankbarkeit für die Schönheit der Natur
tägl. Gebete; Weihwasserkerleche, Marienstatue, Kreuz, Früher Kirche
Tischgebete, Besuch von Gottesdiensten in Altenheimen
Weihnachtsfeier; Andachten in der Wohngemeinschaft
Wir beten zu jedem Essen. Gehen immer montags in die Kirche im Altenheim. Haben Kontakt zu dem Priester.

Quelle: Eigene Berechnungen.

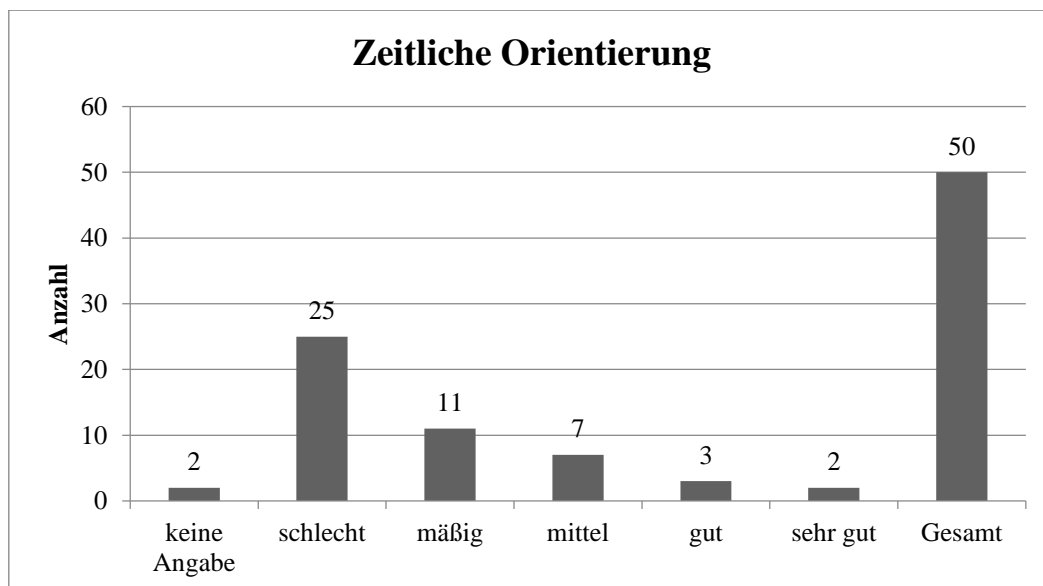
Fragenblock 4: Angaben zur Demenz

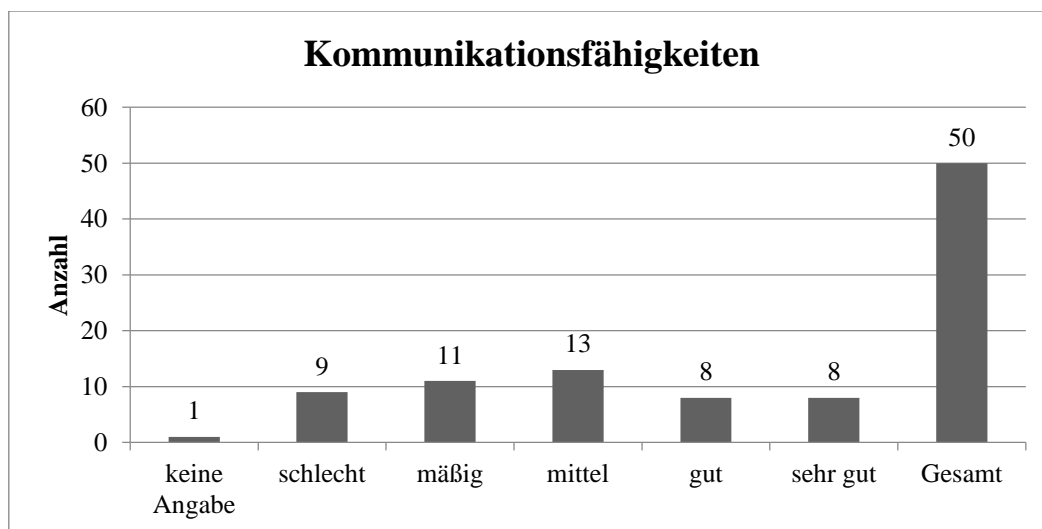
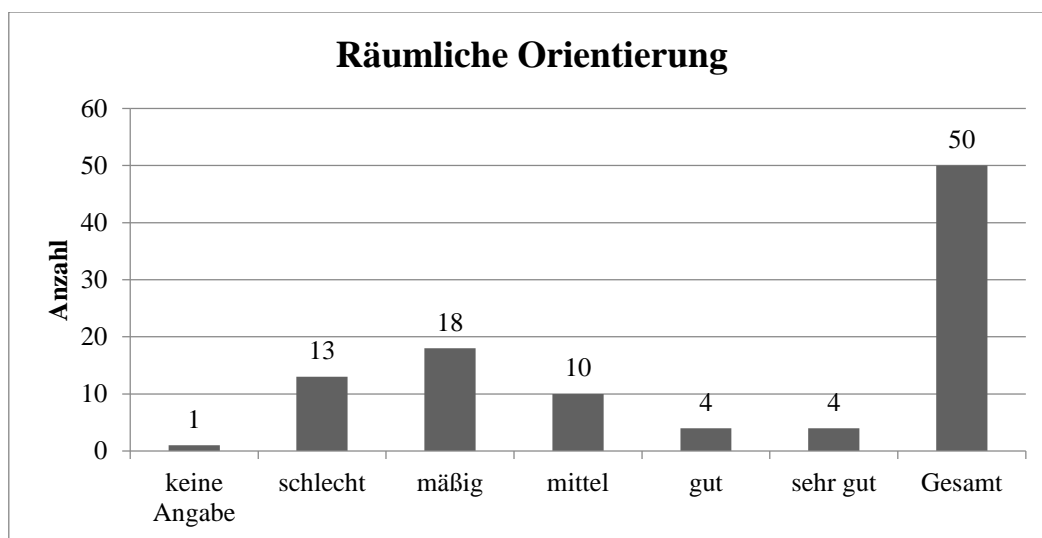
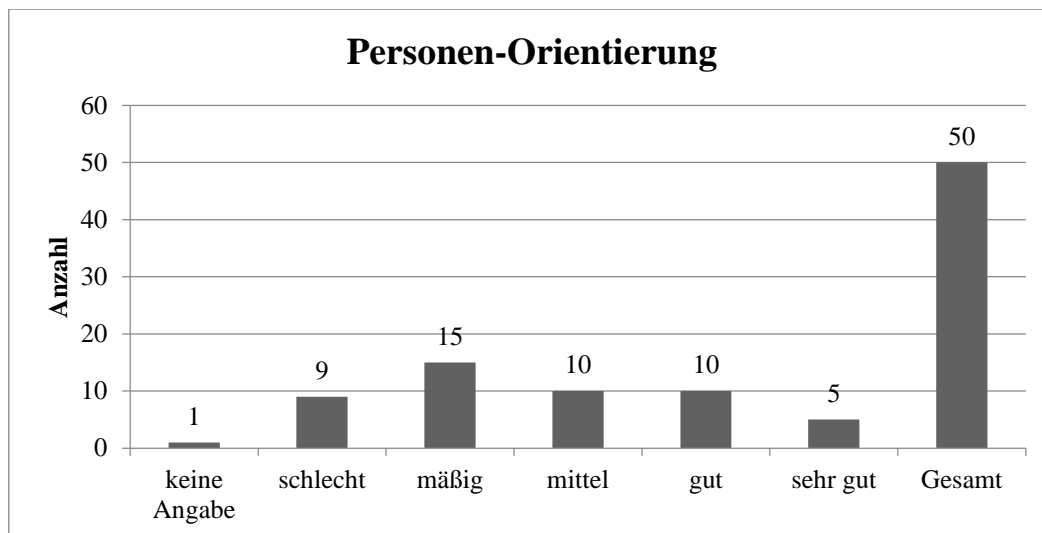
Abbildung 8: Frage: 4.1 (Stammdaten): Ärztlich gestellte Demenz-Diagnose



Quelle: Eigene Berechnungen.

Abbildung 9: Frage: 4.2 (Stammdaten): Fähigkeiten des Betroffenen

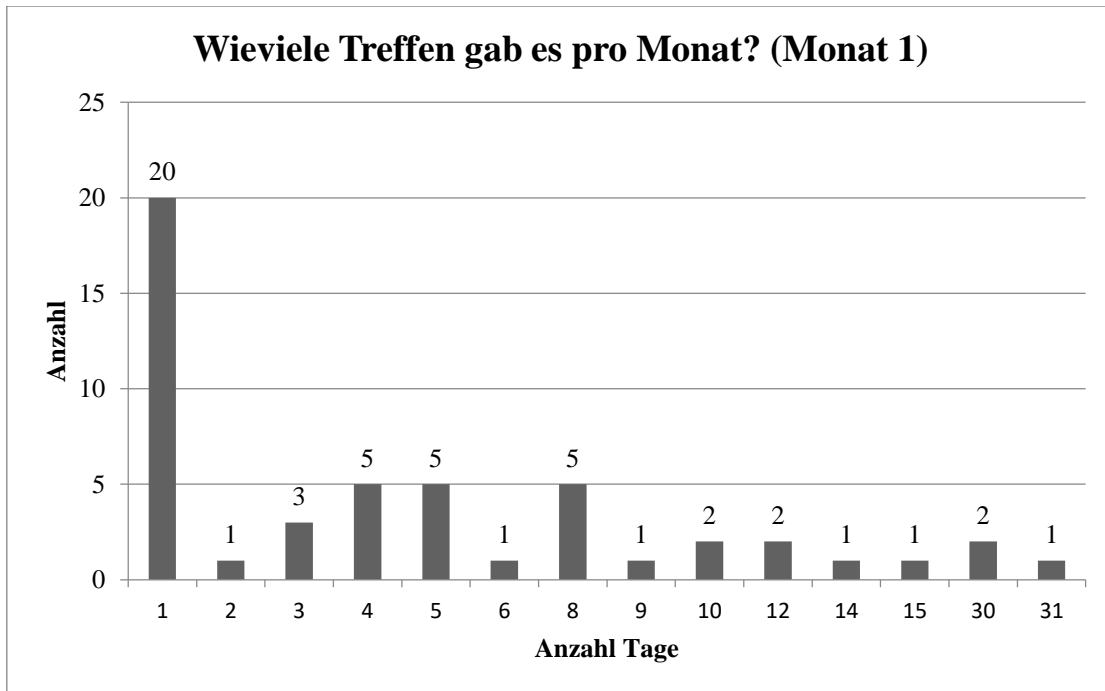




Quelle: Eigene Berechnungen.

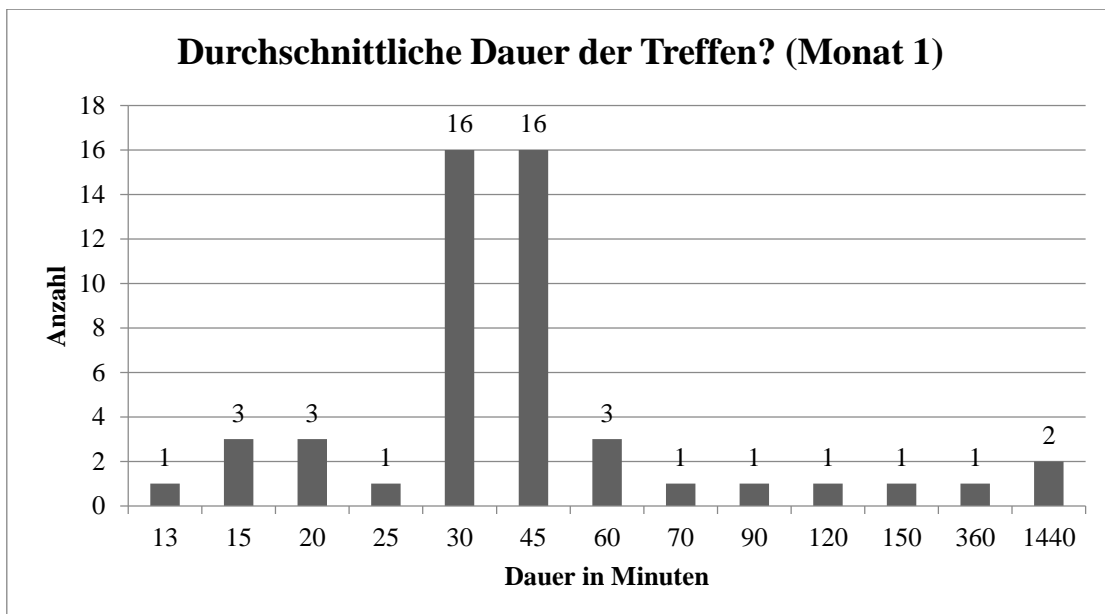
4.1.2 Erfahrungsberichte

Abbildung 10: Frage 1.1 (Erfahrungsbericht): Tage mit Treffen im letzten Kalendermonat



Quelle: Eigene Berechnungen.

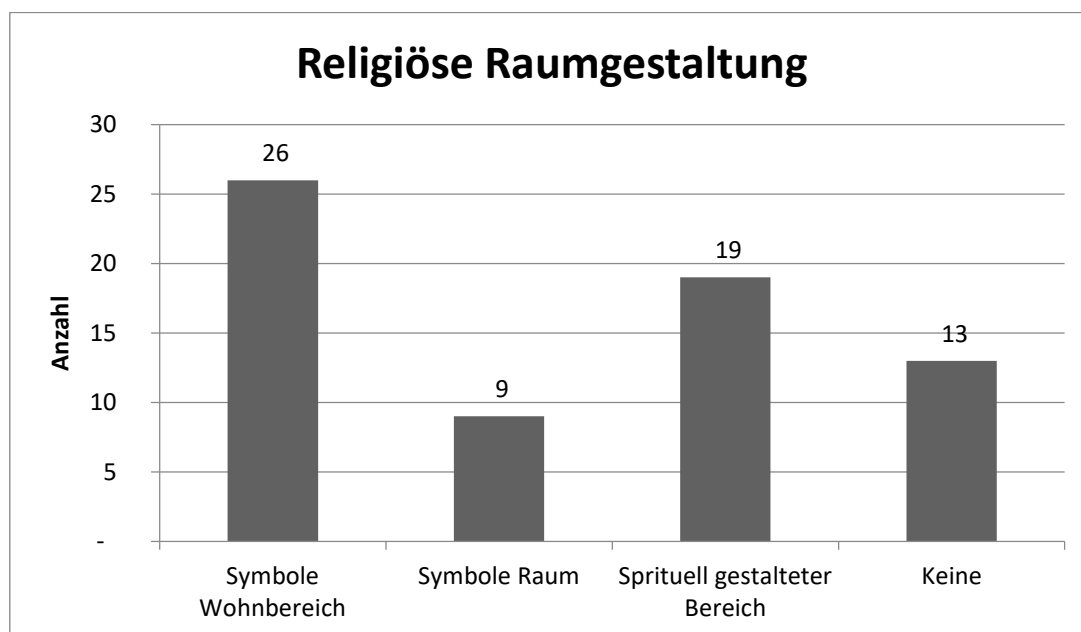
Abbildung 11: Frage 1.2 (Erfahrungsbericht): Durchschnittliche Dauer der Treffen



Quelle: Eigene Berechnungen.

Der Großteil der Teilnehmer:innen nutzte eine religiöse Raumgestaltung – insbesondere religiöse Symbole, die im Wohnbereich platziert waren (52%). Nur etwa ¼ der Teilnehmer:innen (26%) hatte keinerlei religiöse Raumgestaltung (siehe Abbildung 12 beispielhaft für den 1. Monat). 38% der Teilnehmer wiesen sogar einen separaten spirituell gestalteten Bereich auf.

Abbildung 12: Frage 2 (Erfahrungsbericht): Religiöse Raumgestaltung



Quelle: Eigene Berechnungen.

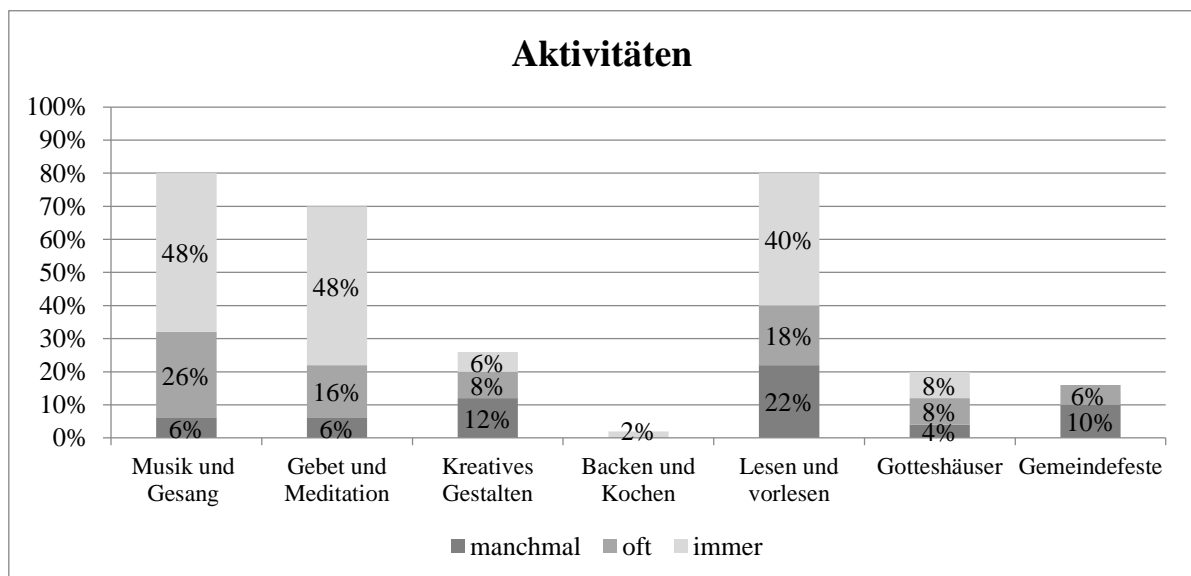
Tabelle 5: Raumgestaltung: sonstige (Monat 1)

Handschmeichler Kreuz
Kapelle
Kapelle im Haus
Meditationsbereich / Gesang
Muttergotteswinkel
Plüschesel
Religiöse Bücher im Regal
Weihwasser

Quelle: Eigene Berechnungen.

Auf die Frage nach den durchgeführten Aktivitäten werden im Folgenden nur die Aktivitäten aus der ersten Monatsbefragung aufgeführt. Im Zeitverlauf der Erhebung ergaben sich Schwankungen in den Anteilen, allerdings sind diese insbesondere aufgrund der Drop-outs im Zeitverlauf nicht inhaltlich interpretierbar. Zum Zweck der besseren Lesbarkeit werden nur die drei Likert-Kategorien „immer“, „oft“ und „manchmal“ dargestellt. Am häufigsten wurden die Aktivitäten „Musik und Gesang“ und „Lesen und vorlesen“ eingesetzt - jeweils 48% des Befragten gaben an, diese Aktivitäten „immer“ durchgeführt zu haben – weitere 26% bzw. 16% gaben die Antwort „oft“ an.

Abbildung 13: Frage 3.1 und 3.2 (Erfahrungsbericht) nach Aktivitäten, die mit den Betroffenen durchgeführt wurden



Quelle: Eigene Berechnungen.

Aktivitäten privater Rahmen: sonstige (Monat 1)

Gartenarbeit
Erfahrungsaustausch
Fotos anschauen
Gemeinsamkeit pflegen, miteinander Mittagessen im Zimmer; Gefühle austauschen; Gespräche über Kirche
Gespräch/Austausch
Gespräche
Spazieren, in die Kirche gehen

Quelle: Eigene Berechnungen.

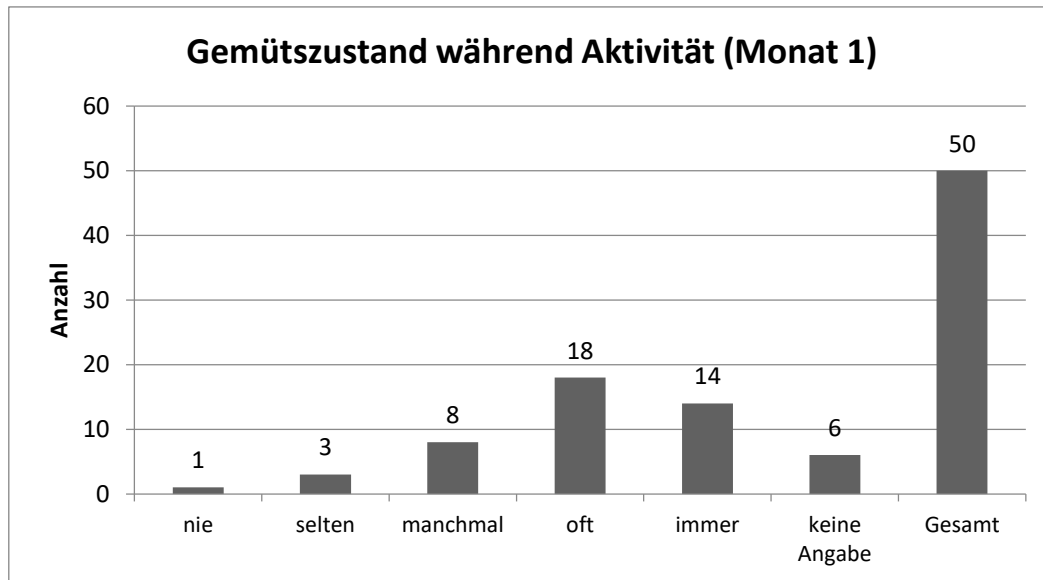
Aktivitäten Öffentlicher Raum: sonstige (Monat 1)

Gang zum Friedhof
mit ihr in Hausgemeinschaft sitzen und mitmachen/austauschen
Reisen
Seniorenkreis
Spazierfahrten

Quelle: Eigene Berechnungen.

Die beobachteten Effekte bei den Betroffenen im Rahmen der Durchführung der Aktivitäten wurden von den Pflegenden/Betreuenden größtenteils als deutlich wahrnehmbar dokumentiert. So zeigt sich, dass bei einem Großteil der Betroffenen „oft“ (n=18) oder „immer“ (n=14) eine positive Gemütsveränderung während der Aktivität zu beobachten war. Lediglich bei vier Betroffenen war „selten“ oder „nie“ eine entsprechende Veränderung zu bemerken und für sechs Betroffene wurde keine Angabe gemacht (siehe Abbildung 14).

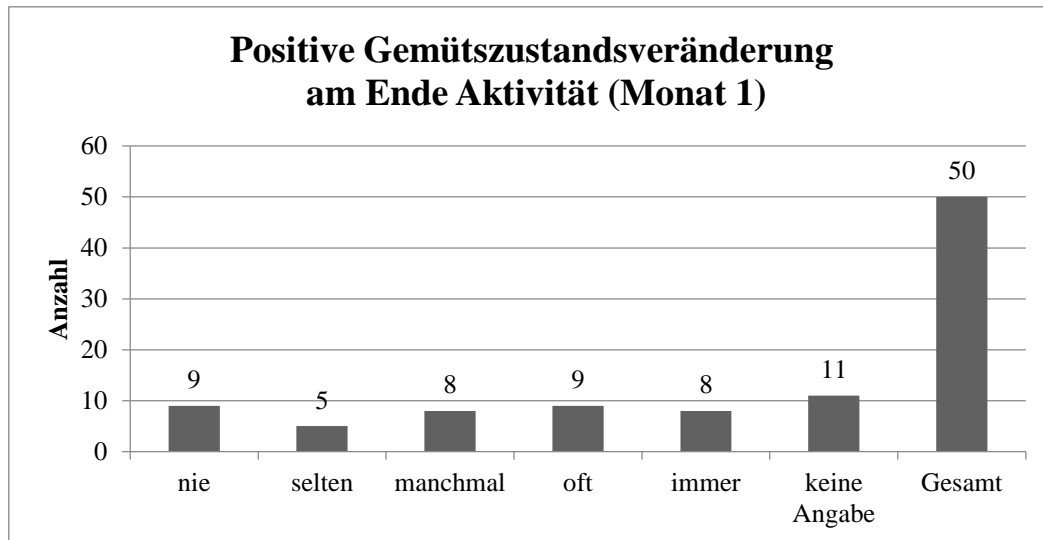
Abbildung 14: Frage 4.1 (Erfahrungsbericht): Veränderung des Gemütszustandes während der Aktivität



Quelle: Eigene Berechnungen. *Im Fragebogen war die Formulierung „Gemütszustand“ aufgeführt – die Befragten wurden aber im Rahmen der Datenerhebung explizit darauf hingewiesen, dass hier eine „positive Gemütsveränderung“ erfragt werden soll (dies gilt auch für Abbildung 4)

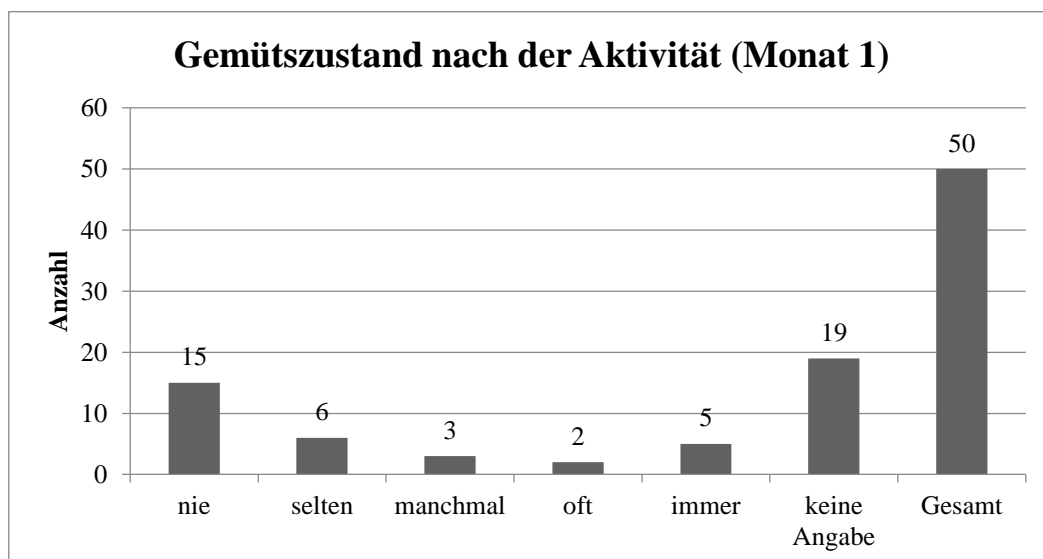
Bei einem Teil der Befragten wurde darüber hinaus auch eine anhaltende positive Gemütsveränderung bei Beendigung der Aktivität dokumentiert: bei 17 Betroffenen wurde „oft“ oder „immer“ eine anhaltende positive Gemütsveränderung festgehalten – bei 14 lag diese „nie“ oder „selten“ vor (siehe Abbildung 15).

Abbildung 15: Frage 4.2 (Erfahrungsbericht): Veränderung des Gemütszustandes am Ende der Aktivität



Quelle: Eigene Berechnungen.

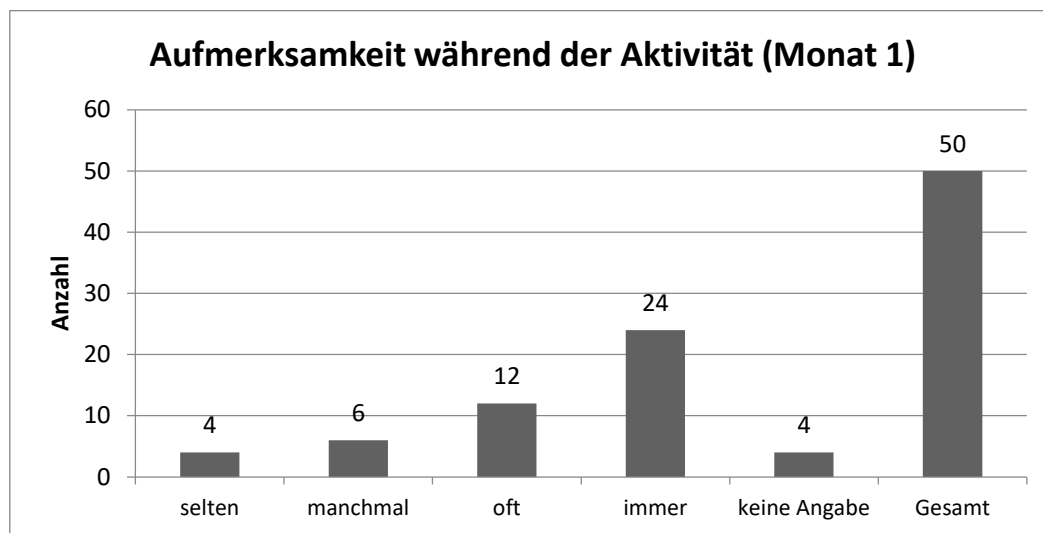
Abbildung 16: Frage 4.3 (Erfahrungsbericht): Veränderung des Gemütszustandes nach der Aktivität



Quelle: Eigene Berechnungen.

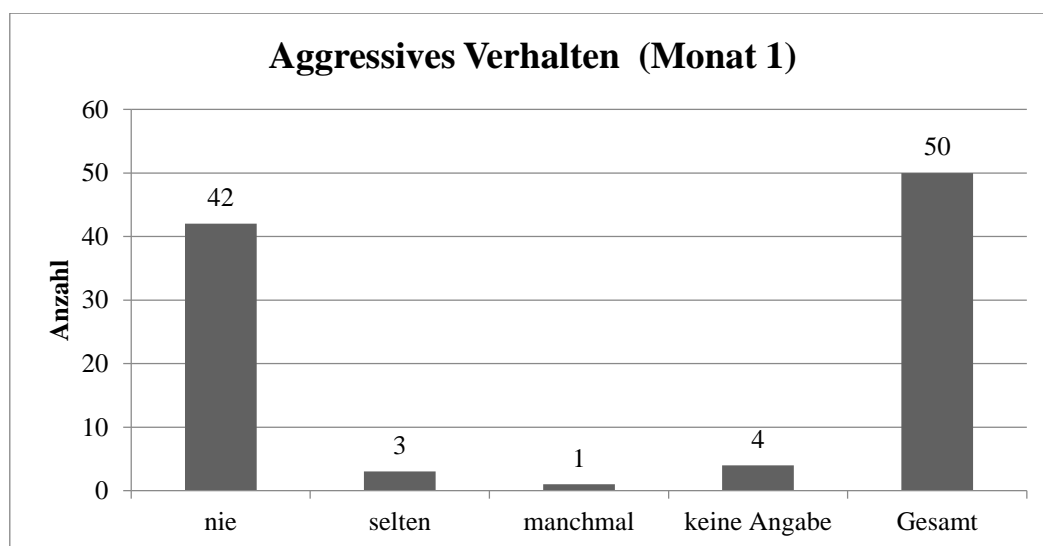
Auch eine spürbar hohe Aufmerksamkeit war bei den meisten Betroffenen „oft“ oder „immer“ gegeben (n=12 bzw. n=24). Nur für vier Betroffene wurde „selten“ eine gesteigerte Aufmerksamkeit beobachtet (siehe Abbildung 17).

Abbildung 17: Frage 4.4 (Erfahrungsbericht): Aufmerksamkeit während der Aktivität



Quelle: Eigene Berechnungen.

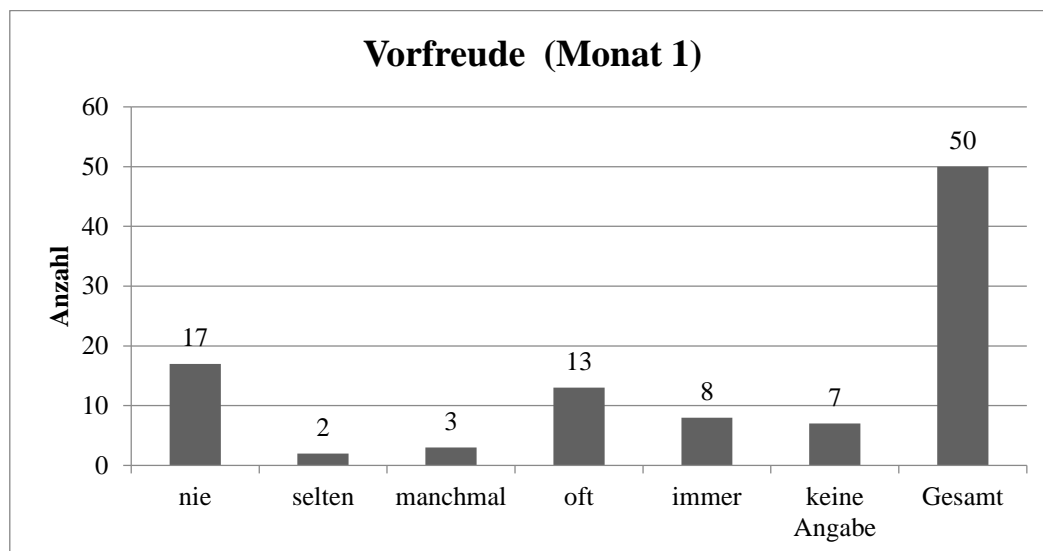
Abbildung 18: Frage 4.5 (Erfahrungsbericht): Aggressivität beim Teilnehmer



Quelle: Eigene Berechnungen.

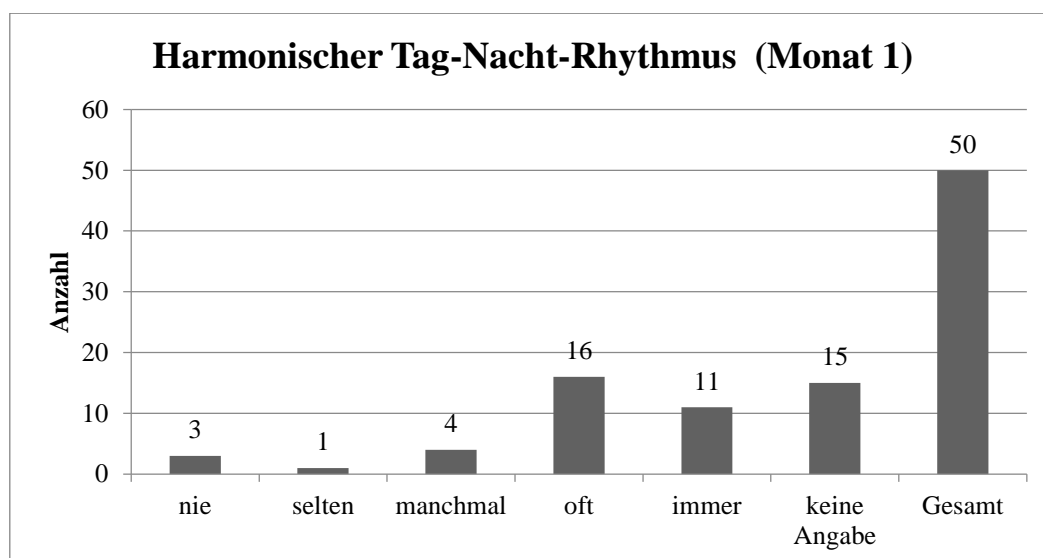
Bei etwa der Hälfte der Betroffenen war auch eine Vorfreude vor Beginn der Aktivität zu beobachten. Hier wurden für acht Betroffene angegeben, dass diese „immer“ vorlag und bei 13 Personen lag diese „oft“ vor. Für 17 Betroffene wurde „nie“ und für zwei Betroffene „selten“ eine Vorfreude dokumentiert (siehe Abbildung 19).

Abbildung 19: Frage 4.6 (Erfahrungsbericht): Vorfreude beim Teilnehmer



Quelle: Eigene Berechnungen.

Abbildung 20: Frage 4.7 (Erfahrungsbericht): Harmonischer Tag-/Nacht-Rhythmus beim Teilnehmer



Quelle: Eigene Berechnungen.

Tabelle 6: Mittelwert der Likertskalen über 6 Monate Beobachtung über alle beobachteten Effekte (Fragen 4.1 bis 4.7)

Frage	Monat 1	Monat 2	Monat 3	Monat 4	Monat 5	Monat 6
4.1: Gemütszustand während	2,93	2,63	2,31	2,04	2,40	2,13
4.2: Gemütszustand am Ende	2,05	2,08	1,91	1,42	1,38	1,86
4.3: Gemütszustand danach	1,23	1,16	0,70	0,67	1,33	0,50
4.3: Aufmerksamkeit während	3,22	2,98	2,44	2,12	2,20	2,25
4.5: Aggressivität	0,11	0,16	0,14	0,38	0,80	1,00
4.6: Vorfreude	1,84	1,88	1,43	1,08	1,50	1,13
4.7: Harmonischer Tag-/Nacht-Rhythmus	2,89	2,75	2,86	2,74	3,50	2,80

Quelle: Eigene Berechnungen. *0=nie, 1=selten, 2=manchmal, 3=oft, 4=immer

Tabelle 7: Frage 5: Veränderungen beim Teilnehmer (Monat 1)

Manchmal erkennt er mich beim Namen, es wird immer schlechter (z.B. statt Zucker in den Kaffee nimmt er Butter)
"Nach Hause gehen" wird vorbereitet (Tasche gepackt) und sie macht sich auf den Weg (Unruhe, getrieben sein, Hin- und Hergehen); hoher Sozialkontakt (Freundschaft, liebevolle Zuwendung zu einer Mitbewohnerin; mithilfe/soz. Fähigkeit)
Abnahme der verbalen Kommunikationsfähigkeit
Ängstlichkeit vergeht
Bei der Teilnahme an HI Messen, Wortgottesdienste, Rosenkranz ist sie aufmerksam und ruhig, kurze Zeit später verfällt sie in ihre Gewohnheiten zurück.
Bei Segen in Hand Blickkontakt aufgenommen
Die Möglichkeit zur verbalen Äußerung hat sich verschlechtert. Obwohl starke Wünsche nach "zu Hause" da sind, hat sich die Annahme des Aufenthalts verbessert
Er war sehr ruhig und entspannt
Haushalt wird nicht mehr geschafft. Müll, wie z.B. leere Dosen wird hinten im Schrank versteckt. Hilfe von außen, wie med. Dienst kann nicht eingeleitet werden, da die Person die Hilfe nicht annehmen will. Telefon wird nicht abgenommen. Kein Interesse für nichts. Ganzen Tag auf dem Stuhl sitzen und in den Wendehammer schauen.
Ja, sie wirkte glücklich und beruhigend, Die Augen strahlen sehr
Kann alle Lieder und Gebete mitsingen bzw. mitsprechen, obwohl sie sonst nicht mehr spricht
Nach leichter Krankheit im Oktober aktuell eine Verbesserung
Saß verhältnismäßig lange und hat aufmerksam zugehört; Bewegungsdrang zurückgehalten
Sie freute sich und war dankbar bei einer Andacht im Raum der Stille dabei gewesen zu sein. Sie fing an über Kindheit und Jugendzeit zu erzählen. Ihre Erinnerungen waren sehr positiv. Sie konnte sich plötzlich an alte Gebete, Lieder erinnern.
Sie ist sehr vergesslich geworden
Sie ist sehr zufrieden, was sie bewusst zeigt. Sie erzählt über ihre Erinnerungen an früher. Wirkt sehr stolz und ausgeglichen.

Sie ruft mehrmals "Nein, nein, nein"; während des gemeinsamen Singens begann sie zu lachen. Das übliche "Klage-nein" verstummte weitgehend.
Verwirrt, keine Orientierung
Wenn die Kinder sich mit Kümmern
Es wird aufmerksam fokussiert; fragt nach - Interesse an Buchautor

Quelle: Eigene Berechnungen.

Tabelle 8: Frage 6: sonstige Beobachtungen

Er reagiert auf liebevolle Fürsorge, Ansprache in ruhigem Ton, verweigert oft Hilfe, ist aber sehr dankbar (z.B. Körperpflege, Massieren)
Beim Vater Unser hatte ich den Eindruck, dass sie mit betete. Beim Lied hörte sie sehr zu. Vertraut den neuen Wegen.
Bewohner ist manchmal bei Besuch der Kapelle sehr bewegt, weint dann. Ist aber durch Zuwendung zu beruhigen
Das Projekt konnte erst verspätet starten, da 2 BewohnerInnen abgelehnt haben; einmal davon wegen des "zynischen Titels" des Projekts
Die Vorfreude auf die Aktivität, die Zufriedenheit während der Aktivität, nach der Aktivität froh wieder nach Hause zu kommen.
Er war aufmerksam und versunken dabei
Erzählt gerne von ihren Aktivitäten in ihrer früheren Heimatgemeinde
Geht langsamer & vorsichtiger
Hat im Gottesdienst eine Fürbitte vorgelesen
Hat zu Beginn versucht das Kreuzzeichen mitzumachen
Konnte Lieder mitsingen und Gebete mitsprechen
Saß für Ihre Verhältnisse lange auf dem Stuhl
Sie hat ein sehr offenes Wesen, kann sehr gut zuhören und würde sicherlich Meinungen kundtun, wenn sie sich besser ausdrücken könnte. Sie saugt Kontaktangebote von Menschen regelrecht auf. Trotzdem liebt sie ebenso den Rückzug und ist eigenwillig. bestehend auf persönlicher Freiheit. Sie leidet darunter, die persönliche Freiheit oft nicht leben zu können.
Sie hat einen tief verankerten Glauben
Spricht auf Gebet/Bibellesungen an; spricht von sich aus (ist eher zurückhaltend, antwortet kurz)
Teilnehmerin hat oft Tränen in den Augen
Teilnehmerin weint immer weniger am Grab der Schwester. Der Rahmen (die Grabpflege) scheint wichtiger zu werden
Wir bastelten Lesezeichen. Sie malte auch nach der Aktivität und arbeitete freiwillig weiter. Sie konzentrierte sich danach alleine auf die Aktivität und begann zu schreiben.

Quelle: Eigene Berechnungen.

4.2 Zusammenhangsanalysen

Die explorativen Zusammenhangsanalysen zeigten fallzahlbedingt nur wenige signifikante Ergebnisse. Die Chi²-Tests waren aufgrund der Besetzungen einzelner Zellen von < 5 nicht adäquat interpretierbar. Im Folgenden werden die wesentlichen signifikanten Ergebnisse (basierend auf einem Signifikanzniveau von 5%) der Zusammenhangsanalysen aufgeführt.

Mittelwertvergleiche

Es wurde häufiger die Aktivität „Backen und Kochen“ dokumentiert, wenn ein Ehepartner vorhanden war ($p=0,015$). Bei Teilnehmer:innen, die bei Studienbeginn bereits den Glauben aktiv gelebt haben, wurde häufiger die Aktivität „Gebet und Medikation“ eingesetzt ($p=0,004$) und es konnten häufiger positive Effekte erfasst werden, wobei nur die erhöhte Aufmerksamkeit während der Durchführung signifikante Werte erreicht ($p=0,023$).

	Mittelwertvergleich „Backen und kochen“ mit und ohne Ehepartner
Mann-Whitney-U	151,000
Wilcoxon-W	817,000
Z	-2,441
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,015
	Mittelwertvergleich „Gebet und Meditation“ bei aktiv gelebtem und nicht-aktiv gelebtem Glauben
Mann-Whitney-U	64,500
Wilcoxon-W	119,500
Z	-2,901
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,004
	Mittelwertvergleich „Aufmerksamkeit“ bei aktiv gelebtem und nicht-aktiv gelebtem Glauben
Mann-Whitney-U	59,000
Wilcoxon-W	95,000
Z	-2,272
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,023

Quelle: Eigene Berechnungen.

Korrelationen

Die Korrelationsanalysen von durchgeführten Aktivitäten und Effekten bei den Teilnehmer:innen zeigen einen mittelstarken Zusammenhang bei drei Aktivitäten. Bei einem vermehrten Einsatz von Gebeten und Meditation zeigt sich eine verstärkte positive Gemütswirkung bei den Teilnehmer:innen während der Durchführung mit einer mittelstarken positiven Korrelation ($r=0,462$; $p=0,002$). Des Weiteren konnte eine verringerte Aufmerksamkeit bei den Teilnehmenden mit häufigerem „Kreativen Gestalten“, also eine mittelstarke negative Korrelation, festgestellt werden ($r=-0,400$; $p=0,006$). Bei vermehrtem „Lesen und vorlesen“ dokumentierten die Befragten weniger häufig eine erhöhte Aufmerksamkeit während der Durchführung ($r=-0,504$; $p=0,005$) und eine geringere positive Veränderung des Gemütszustandes nach der Durchführung der Aktivität ($r=-0,298$; $p=0,047$).

Korrelation „Gebet und Meditation“ und „Gemütszustand während der Aktivität“	Korrelationskoeffizient	,462**
	Sig. (2-seitig)	,002

Korrelation „Kreatives Gestalten“ und „Aufmerksamkeit während der Aktivität“	Korrelationskoeffizient	-,400**
	Sig. (2-seitig)	,006

Korrelation „Lesen und vorlesen“ und „Gemütszustand nach der Aktivität“	Korrelationskoeffizient	-,504**
	Sig. (2-seitig)	,005

Korrelation „Lesen und vorlesen“ und „Aufmerksamkeit während der Aktivität“	Korrelationskoeffizient	-,298*
	Sig. (2-seitig)	,047

4.3 Projekterfahrungen

Bei der Erforschung der Lebensumstände der sehr heterogenen Gruppe von Menschen mit Demenz und ihrer Anforderungen sind aufgrund der vielen verschiedenen Formen der Demenz, der hohen Individualität der Ausprägung der Demenz und ihrer Mischformen sowie des überwiegend progressiven Verlaufs klassische Vergleichsstudien mit Vergleichsgruppen und Vorher-Nachher-Vergleiche nicht oder

nur unter besonderen Bedingungen wie der von Snowdon et al. durchgeführten „Nonnenstudie“ umzusetzen. Von daher basiert die vorliegende Studie wie erwartet überwiegend auf den individuellen Beobachtungen der Reaktionen der Menschen mit Demenz auf die im Rahmen des Projekts angebotenen Aktivitäten und deren Einordnung in den Gesamtkontext der nach heutigem Wissen gebotenen Anforderungen an eine lebensqualitätsfördernde und personenzentrierte Versorgung, Betreuung und Alltagsgestaltung der Zielgruppe.

Die klare Zielstellung des Teams von demenz.begeistert war es, den Begriff der Spiritualität und Religiosität sowohl inhaltlich als auch von der Zielgruppe her weiter zu fassen und diesen über den christlichen Kontext hinaus auszuweiten, um so möglichst viele Menschen und Kulturkreise zu erreichen. So umfasst die 60-seitige Handreichung, die zu Beginn des Projekts erstellt und an potentielle Multiplikatoren, Studienteilnehmer:innen und andere Interessierte kostenlos verteilt wurde, viele konkrete Praxisanleitungen und -anregungen für die Milieu-, Alltags- und Feiertagsgestaltung von Menschen mit Demenz bezogen auf alle fünf großen Weltreligionen und deren Jahresläufe: Christentum, Judentum, Islam, Hinduismus und Buddhismus. Des Weiteren wurde der Fragebogen für die Teilnehmer:innen zusätzlich in türkischer Sprache angeboten, um für die in Deutschland zahlenmäßig größte Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund die Schwelle für die Teilnahme niedrig zu halten.

Aufgrund bestehender Vorerfahrungen aus anderen Projekten und der aktuellen Literaturlage zum Thema Demenz war bereits zu erwarten, dass eine besondere Schwierigkeit darin liegen könnte, Menschen aus anderen Kulturkreisen und mit anderer Religionszugehörigkeit für das Projekt zu gewinnen.

Dies ist auch trotz intensiver Bemühungen nicht gelungen, sodass die Studie auf Beobachtungen aus dem christlich geprägten sowie bisher nicht religiös geprägten Kontext der begleiteten Menschen mit Demenz beschränkt bleibt. Diese sind jedoch

aufgrund ihrer universellen Aussagekraft hinsichtlich Gemütes, Aufmerksamkeit und Lebensfreude auch auf Menschen mit anderer religiöser Vorerfahrung übertragbar.

Die eingereichten Beobachtungsbögen spiegeln auch die Erfahrungen des Projektteams in der Begleitung wider, zu denen auch regelmäßige Vor-Ort-Termine und fotografische Dokumentationen zählten. Zu den immer wieder gemachten und häufigsten Erfahrungen im Rahmen der Studie zählten unter anderem:

- eine erhöhte Aufmerksamkeit („(TN) beim Gebet sehr konzentriert“, „Saß verhältnismäßig lange und hat aufmerksam zugehört; Bewegungsdrang zurückgehalten“, „Saß für ihre Verhältnisse lange auf dem Stuhl“, „Er war aufmerksam und versunken dabei“, „Bewohnerin wirkt während der Aktivität wacher und aufmerksam“, „Sie blieb die ganze Zeit dabei, obwohl sie sonst einen hohen Bewegungsdrang hat“, „Anteilnahme beim aufmerksamen Zuhören des Gesangs“),
- die zurückgekehrte Erinnerung an teilweise verloren gegangene oder geglaubte Fähigkeiten („(TN) konnte Lieder mitsingen und Gebete mitsprechen“, „Kann alle Lieder und Gebete mitsingen bzw. mitsprechen, obwohl sie sonst nicht mehr spricht“, „Hat im Gottesdienst eine Fürbitte vorgelesen“, „(TN) hat nach der Geschichte geklatscht und sie teilweise mit seinen eigenen Worten wiedergegeben“, „Hat zu Beginn versucht, das Kreuzzeichen mitzumachen“, „Sie konnte sich plötzlich an alte Gebete, Lieder erinnern“, „Spricht von sich aus (ist sonst eher zurückhaltend, antwortet kurz“),
- eine Steigerung des individuellen Wohlbefindens der Teilnehmer („Mag die Musik“, „Sie hatte phasenweise ein Lächeln im Gesicht. Sie wirkte am Ende entspannt.“, „Zufriedenheit während der Aktivität“, „Während des gemeinsamen Singens begann sie zu lachen. Das übliche "Klagen" verstummte weitgehend“, „Er war sehr ruhig und entspannt“, „Sie freute sich und war dankbar bei einer Andacht im Raum der Stelle dabei gewesen zu sein“, „Sie ist sehr zufrieden, was sie bewusst zeigt. Sie erzählt über ihre Erinnerungen an früher. Wirkt sehr stolz und ausgeglichen“),
- eine den Menschen mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium nicht zugetraute Artikulation von Vorfreude („Sie freut sich schon auf das nächste Mal“, „Vorfreude auf die Aktivität“, „Sie erkundigt sich nach den Andachten und erzählt wie gut diese tun“).

Insgesamt zeigen die Beobachtungen und Rückmeldungen darauf hin, dass die Beschäftigung mit Spiritualität bei Demenz eine positive Wirkung auf die Stimmung und somit das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz und damit auch ihrer Angehörigen hat.

5. Diskussion und Limitationen

Die vorliegende explorative Studie hatte zum Ziel, erste Erkenntnisse zur Wirkung von Spiritualität bzw. Religiosität in der Versorgung von Personen mit Demenz zu gewinnen, auf die dann mit weitergehenden Studien aufgesetzt werden kann. Die Ergebnisse zeigen positive Effekte, die entsprechende Aktivitäten bei den Betroffenen haben können – insbesondere mit Blick auf die positive Gemütsveränderung. Auch die Rückmeldungen der Pflegenden/Betreuenden zeigen die positive Wahrnehmung der Aktivitäten.

Die wesentlichen Limitationen/Einschränkungen in der Interpretation der Studienergebnisse sind folgende:

Aufgrund der bisher unzureichenden Literaturlage wurde ein kombinierter Forschungsansatz gewählt. Die Studienergebnisse sind allerdings geprägt von der Corona-Pandemie, die die ohnehin schwierige Aufgabe der Teilnehmerrekrutierung zusätzlich erschwert hatte. Die geringen Fallzahlen (n=50) und die fehlende Vergleichsgruppe sorgen dafür, dass die Zusammenhangsanalysen kaum relevante Ergebnisse ergaben. Die Heterogenität der Teilnehmer:innen und die individuellen Biografien verhindern kausale Interpretationen in der Bewertung einzelner Aktivitäten oder die Analyse von spezifischen Subgruppen. Die Qualifikationen der eingeschlossenen Teilnehmer:innen waren unterschiedlich ausgeprägt (Angehörige oder Pflegefachpersonen). Es ist davon auszugehen, dass diese unterschiedlichen Voraussetzungen zu unterschiedlichen dokumentierten Effekten führen können. Es ist auch davon auszugehen, dass die gewählten Aktivitäten nach dem Zustand und den Biografien der Betroffenen ausgerichtet wurden und für künftige Generationen weniger die Religiosität, sondern eher grundsätzlich die Spiritualität im Fokus stehen dürfte und

sich die Bedürfnisse künftig Betroffener verändern werden. Die vorliegende Studie kann somit nur eine Momentaufnahme der derzeit älteren Generation darstellen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen allerdings grundsätzlich positive Effekte und positive Erfahrungen der beteiligten Probanden auf und weisen auf die Notwendigkeit weiterer Forschung in dem Bereich der Versorgung und Betreuung von Personen mit Demenz hin. Die Demenz wird künftig noch weiter an gesellschaftlicher Bedeutung gewinnen und es sollte das Ziel sein, die Qualität der Versorgung und die Zufriedenheit der Betroffenen zu erhöhen, indem eine personenzentrierte Versorgung mit möglichst hoher Lebensqualität gewährleistet wird.

6. Fazit und Ausblick

Religiosität oder Spiritualität tangieren Menschen aller Altersklassen. Die Frage nach dem Sinn des Lebens und die Frage nach dem „Was kommt danach?“ wird sich jeder Mensch im Laufe seines Lebens stellen. Die Beschäftigung mit spirituellen Fragen gibt dem Menschen Halt und kann insbesondere in der letzten Lebensphase unterstützend wirken – insbesondere bei Menschen mit Demenz, die mehr und mehr ihre Orientierung verlieren. Um den emotionalen Bezug aufrecht zu erhalten und den Menschen weiterhin klare Strukturen zu geben, können spirituelle Aktivitäten unterstützend wirken. Welche Aktivitäten in welchem Umfang bei Personen mit Demenz eingesetzt werden könnten und sollten, hängt im Wesentlichen von den individuellen Präferenzen der Betroffenen, deren Biografien sowie der Einschätzung und Fantasie der sie begleitenden Menschen ab. Angehörige und professionell Pflegende könnten mit zielgerichteten Aktivitäten verbesserte Gemütszustände und eine verbesserte Lebensqualität und Zufriedenheit der Betroffenen erreichen und einen erleichterten Zugang zu den Betroffenen erhalten. In diesem Forschungsfeld sind allerdings zunächst noch weitere Studien notwendig, um die Versorgung von Personen mit Demenz in Bezug auf Religiosität und Spiritualität systematisch zu erfassen und nachhaltig verbessern zu können.

Literaturverzeichnis

<https://www.akf-pflege.de/demenzbegeistert/> (zugegriffen am 23. Mai 2021)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (2016): S3-Leitlinie "Demenzen". Online unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf. S. 84.

Dichter, M. N./Quadorf, T./Riesner, C./Bartholomeyczik, S./Halek, M. (2016): Leben QD II - Lebensqualität von Menschen mit Demenz stärken. Abschlussbericht. Witten: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Standort Witten.

Förstl, H./ Förstl S. (2020): Demenzerkrankungen – Prävalenz, Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann, M./ Mohokum M. (Hrsg.) (2020): Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. Online unter: https://doi.org/10.1007/978-3-662-55793-8_58-1.

Kleemann, F./Krähnke, U./Matuschek, I. (2009): Interpretative Sozialforschung – Eine praxisorientierte Einführung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH, 2009. S. 20-25.

Schmidhuber, M. (2016): Alzheimer-Demenz und Lebensqualität – ein Widerspruch? Ein narrativer Zugang zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz. In: Kovacs L./ Kipke R./ Lutz R. (Hrsg.) (2016): Lebensqualität in der Medizin. Wiesbaden: Springer Verlag, 2016. S. 273-286.

Snowden, D. (2001): Aging with grace. Online unter: https://web.archive.org/web/20110714090229/http://www.healthstudies.umn.edu/nursstudy/pdf/Aging_With_Grace_Excerpt.pdf

Stoffers, T. (2016): Demenz erleben – Innen- und Außensichten einer vielschichtigen Erkrankung. Wiesbaden: Springer Verlag, 2016.

Thyrian, J. R./Boekholt, M./Hoffmann, W./Leiz, M./Monsees, J./Schmachtenberg, T./Schumacher-Schönert, F./Stenzel, U. (2020): Die Prävalenz an Demenz erkrankter Menschen in Deutschland – eine bundesweite Analyse auf Kreisebene. Nervenarzt (2020). <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00923-y>.

World Health Organization (2019): RISK REDUCTION OF COGNITIVE DECLINE AND DEMENTIA WHO GUIDELINES. Online unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312180/9789241550543-eng.pdf?ua=1&ua=1&dom=prime&src=syn>. Page xii-xiii.