

Abschlussbericht - Kurzfassung

Evaluation des Konzepts *vida cotidiana®* für die Begleitung von Personen mit Demenz - Eine Fallstudie



Autorinnen

Jana Lingenhel
jana.lingenhel@stud.unilu.ch

Dr. phil. Annemarie Schumacher Dimech
anne.schumacher@unilu.ch

Sabrina Ziegner
sabrina.ziegner@herbschztylos.ch

Carol Sarbach
carol.sarbach@herbschztylos.ch

Ort, Datum

Luzern, November 2025

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	II
Abkürzungsverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
Danksagung.....	VII
Zusammenfassung.....	VIII
1 Ausgangslage und Relevanz	9
2 Methodik.....	11
2.1 Forschungsdesign.....	11
2.2 Begriffserklärungen.....	11
2.3 Datenerhebung	12
2.3.1 Konzept <i>vida cotidiana</i> ®.....	12
2.3.2 Haus Herbschtzytlos (HZL)	13
2.3.3 Literaturübersicht zu nicht-medikamentösen Interventionen bei Demenz.....	14
2.3.4 Qualitative Leitfaden-Interviews.....	15
2.3.5 Dokumentenanalyse	16
2.4 Qualitative Inhaltsanalyse.....	16
2.4.1 Interviews	16
2.4.2 Verlaufsdokumentationen	17
2.5 Ethische Erwägungen	17
2.6 Literaturübersicht.....	17
2.6.1 Nicht-pharmakologische Interventionen	18

2.7 Fallanalysen gemäss Verlaufsdocumentation, Medikamentenlisten und Interviews	19
2.7.1 Fall 1 – GA44.....	19
2.7.2 Fall 2 – LJ45.....	22
2.7.3 Fall 3 – CM46	24
2.7.4 Fall 4 – SZ45.....	26
2.7.5 Fall 5 - HT44.....	29
2.7.6 Vergleich der Interviews und Hauptthemen.....	31
3 Limitationen.....	34
4 Fazit.....	35
Literaturverzeichnis	36

Abkürzungsverzeichnis

ADI	Alzheimer's Disease International
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BPSD	Behaviorale und Psychische Symptome der Demenz
HZL	Haus Herbschütztlos
IRR	Interrater-Reliability
KoW®	Kommunikation ohne Worte®
WHO	World Health Organization

Bilder:

©Herbschütztlos AG, 2024

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Prisma-Flowchart	15
Abbildung 2. Fall 1 - Steckbrief.....	19
Abbildung 3. Fall 2 - Steckbrief.....	22
Abbildung 4. Fall 3 - Steckbrief.....	24
Abbildung 5. Fall 4 - Steckbrief.....	26
Abbildung 6. Fall 5 - Steckbrief.....	29

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Analyseeinheiten qualitative Inhaltsanalyse.....	16
Tabelle 2. Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen der Inhaltsanalyse der Verlaufsdocumentation von Fall 1	19
Tabelle 3. Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen der Inhaltsanalyse der Angehörigeninterviews von Fall 1	20
Tabelle 4. Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen der Inhaltsanalyse der Verlaufsdocumentation von Fall 2	22
Tabelle 5. Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen der Inhaltsanalyse des Angehörigeninterviews von Fall 2	23
Tabelle 6. Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen der Inhaltsanalyse der Verlaufsdocumentation von Fall 3	24
Tabelle 7. Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen der Inhaltsanalyse des Angehörigeninterviews von Fall 3	25
Tabelle 8. Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen der Inhaltsanalyse der Verlaufsdocumentation von Fall 4	27
Tabelle 9. Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen der Inhaltsanalyse des Angehörigeninterviews von Fall 4	28
Tabelle 10. Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen der Inhaltsanalyse der Verlaufsdocumentation von Fall 5	29
Tabelle 11. Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen des Angehörigeninterviews von Fall 5.....	30

Danksagung

Das Projektteam dankt allen Fachpersonen ganz herzlich, die das Projekt mit wertvollen Rückmeldungen, mit der Rekrutierung von Studienteilnehmenden und mit innovativen Ideen unterstützt haben.

Diese Studie ist ein Projekt der Universität Luzern und wurde von Prof. Dr. Carla Sabariego und Dr. phil. Annemarie Schumacher betreut. Konzipiert wurde die Studie von Prof. Dr. Carla Sabariego, Dr. phil. Annemarie Schumacher und Jana Lingenhel. Die Durchführung lag bei Jana Lingenhel, unterstützt durch die Beratung von Magda Gamba und Brigitte Hofstetter.

Das Projekt wurde in Zusammenarbeit mit dem Haus Herbschtzylos (Gründer und Stifter Aktion Demenz) durchgeführt und von der Senevita Stiftung finanziell unterstützt. Wir möchten der Senevita Stiftung für Ihr Vertrauen in dieses Projekt und Ihre wertvolle Unterstützung herzlich danken.

Ein besonderer Dank geht auch an alle Angehörigen, die sich die Zeit genommen haben, an unseren Interviews teilzunehmen.



Zusammenfassung

Die steigende Prävalenz von Demenzerkrankungen stellt das Schweizer Gesundheitssystem vor grosse Herausforderungen. Insbesondere Verhaltens- und psychologische Symptome der Demenz (kurz BPSD genannt) führen häufig zum Einsatz von Psychopharmaka, deren Wirksamkeit begrenzt und deren Nebenwirkungen erheblich sind. Vor diesem Hintergrund hat das Haus Herbschützlos (HZL) das Konzept *vida cotidiana®* entwickelt, das auf die Einbindung von Menschen mit Demenz in alltägliche Aktivitäten setzt. Durch natürliche Routinen, sinnvolle Aufgaben und die Erhaltung der Selbstwirksamkeit soll die Würde und Lebensqualität der Betroffenen gesteigert werden. Dabei wird die Individualität der Menschen gewahrt und auf erzwungene Interventionen verzichtet, während gleichzeitig der Einsatz von Psychopharmaka möglichst vermieden oder reduziert wird.

Die Evaluation dieses Pflegekonzepts erfolgte als retrospektive, longitudinale qualitative Studie mit fünf Fällen aus dem HZL. Analysiert wurden Verlaufsdokumentationen der Pflegefachpersonen, Medikamentenlisten und Interviews mit Angehörigen. Die Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Die Auswertung zeigt, dass die Bewohner:innen durch regelmässige Teilnahme an sinnstiftenden Alltagsaktivitäten, einem hohen Mass an Selbstbestimmung und personenzentrierter Pflege (PCC) eine gesteigerte Lebensqualität erlebten. Emotionen und BPSD hatten Platz und wurden nicht unterdrückt, sondern mit Unterstützung und individuellen Bewältigungsstrategien begleitet. Angehörige schilderten den Aufenthalt im HZL als entlastend und wertschätzend. In allen Fällen konnte die Medikation mit Psychopharmaka im Verlauf reduziert oder ganz abgesetzt werden.

Das Konzept *vida cotidiana®* fördert Lebensqualität und Wohlbefinden von Menschen mit Demenz, ermöglicht einen regulierenden Umgang mit BPSD und entlastet zugleich die Angehörigen. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass nicht-pharmakologische Interventionen wichtige Impulse für eine personenzentrierte Pflege geben und Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung von Demenzbetreuung in der Schweiz bieten.

1 Ausgangslage und Relevanz

Die Zunahme chronischer, nicht-übertragbarer Krankheiten (NCD) stellt das Schweizer Gesundheitssystem vor große Herausforderungen, insbesondere wegen der alternden Bevölkerung (ADI, 2025; BAG, 2016). Auch Demenz nimmt stark zu; Alter ist der wichtigste Risikofaktor. Aktuell leben rund 156'900 Menschen mit Demenz in der Schweiz – die Zahl wird sich in den nächsten 30 Jahren mehr als verdoppeln (Alzheimer Schweiz, 2024; WHO, 2025). Damit steigt der Pflegebedarf, während Fachkräftemangel und Kosten die Langzeitpflege belasten (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016).

Demenz verursacht kognitive Einschränkungen und Alltagsprobleme. Besonders herausfordernd sind Verhaltens- und psychologische Symptome (BPSD), die fast alle Betroffenen entwickeln und oft zu höherem Pflegeaufwand, Institutionalisierung oder Psychopharmaka führen (Kales et al., 2015; Speckemeier et al., 2023). Psychopharmaka werden trotz begrenzter Evidenz häufig eingesetzt, bergen aber Risiken wie Stürze und erhöhte Sterblichkeit (Maust et al., 2015; OECD, 2015; Savaskan, 2024).

Nicht-medikamentöse, personenzentrierte Ansätze wie biografieorientierte und bewegungsisierte Therapien gelten als erste Wahl (Savaskan, 2024; Livingston et al., 2020). Nationale Empfehlungen wie «DemCare» betonen eine demenzgerechte Haltung und interprofessionelle Zusammenarbeit (BAG, 2024).

Das Haus Herbschütztlos (HZL) entwickelte das Konzept *vida cotidiana®*, das Menschen mit Demenz in alltägliche Tätigkeiten einbezieht, um Lebensqualität zu steigern und Psychopharmaka zu vermeiden. Eine Vorstudie mit fünf Fällen prüft die Wirksamkeit. Ziel ist, die Auswirkungen auf Lebensqualität, Wohlbefinden und Verhalten zu erfassen. Das Konzept basiert auf natürlichen Abläufen und sinnstiftenden Tätigkeiten wie Tischdecken oder Wäscheaufhängen, um Selbstwirksamkeit und Würde zu fördern (aktiondemenz.ch, 2024).

Langfristig sollen die Erkenntnisse in ein Manual für Weiterbildung und Implementierung münden, damit andere Institutionen das Konzept übernehmen können – für eine nachhaltige Verbesserung der Betreuung.



2 Methodik

2.1 Forschungsdesign

Im Rahmen dieser Evaluation wurde eine retrospektive, longitudinale, qualitative Studie durchgeführt. Dadurch wird im Fall dieser Studie der Fokus auf die von Fachpersonen dokumentierte und von Angehörigen wahrgenommene Veränderungen der ausgewählten Bewohner:innen in Bezug auf die Lebensqualität, Wohlbefinden und Verhalten durch das Konzept *vida cotidiana®* gelegt. Die Studie wird aus forschungspraktischen Gründen retrospektiv durchgeführt, da die Verlaufsdokumentationen der ausgewählten Personen mit Demenz über den gesamten Betreuungszeitraum mehrheitlich bereits vorliegen.

2.2 Begriffserklärungen

Mit einer verbesserten Lebensqualität verbunden sind laut Martyr et al. (2018) funktionelle Fähigkeiten, soziales Engagement sowie Beziehungs faktoren, wohingegen geringeres Wohlbefinden der Betreuungsperson und ein geringerer mentaler sowie körperlicher Gesundheitszustand mit einer tieferen Lebensqualität in Verbindung gebracht werden. Zu Letzterem gehören ebenfalls die BPSD und auch Depressionen. Nach dem Modell von Lawton unterscheidet sich die Lebensqualität von Menschen mit Demenz grundsätzlich nicht von jener ohne Demenz (Speckemeier et al., 2023). Sie wird als subjektive Erfahrung verstanden, die durch verschiedene soziale, psychologische, emotionale sowie physische Faktoren geformt wird (Jing et al., 2016).

Wohlbefinden wird als psychisches und physisches Wohlbefinden verstanden. Es zeigt sich durch die Abwesenheit von BPSD sowie Nebenwirkungen von Psychopharmaka, und durch das Vorhandensein eines positiven Gesundheitszustands, Selbstbestimmung, Stimmungskontrolle und emotionaler Stabilität (Jing et al., 2016; Speckemeier et al., 2023).

Unter Verhalten werden Verhaltensauffälligkeiten wie Unruhe, Traurigkeit und Wut im Rahmen der BPSD verstanden, auf welchen gemäss dem Konzept *vida cotidiana®* der Fokus liegt.

2.3 Datenerhebung

Im folgenden Unterkapitel wird berichtet, wie die Datenerhebung durchgeführt wurde. In Bezug auf die Interviews und Dokumentenanalyse basiert die Auswahl an Bewohner:innen auf Best Practices aus dem HZL, die durch die Verantwortlichen des Pflegekonzepts identifiziert wurden.

2.3.1 Konzept *vida cotidiana® - Alltag leben*

Das Konzept *vida cotidiana® - Alltag leben*, umgesetzt im HZL, ermöglicht Menschen mit neuropsychologischen Beeinträchtigungen wie Demenz ein würdevolles, selbstbestimmtes Leben. Im Mittelpunkt steht die Person mit ihrer Biografie und individuellen Bedürfnissen, nicht die Krankheit. Ziel ist ein Alltag, der als sinnvoll und selbstwirksam erlebt wird (Herbschützlos AG, 2020).

Zentrale Prinzipien:

- Jeder Mensch ist einzigartig und wertvoll, unabhängig von Einschränkungen.
- Sinnhaftigkeit und Selbstwirksamkeit: Bezug zu Antonovskys Kohärenzgefühl (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit).
- Autonomie: Entscheidungen und Ablehnungen werden respektiert.
- Respekt, Vertrauen, Beziehung: Empathische Haltung als Basis.
- Keine künstlichen Angebote: Statt standardisierter Aktivierung gemeinsame Alltagsaufgaben wie Kochen oder Gartenarbeit.
- Individualität und Eigensinn: Kein Umerziehen, eigensinniges Verhalten als Ressource.
- Integration von Natur und Tieren zur Förderung von Wohlbefinden.
- Ganzheitlichkeit: körperlich, geistig, seelisch und sozial (Herbschützlos AG, 2020).

Die Umsetzung erfolgt durch sinnstiftende Tätigkeiten, Rituale und Strukturen zur Orientierung. Kommunikation passt sich dem Krankheitsverlauf an und nutzt auch nonverbale Methoden wie Kommunikation ohne Worte® (KoW®) (Steinmetz, 2016). Angehörige werden aktiv einbezogen, Mitarbeitende reflektieren regelmäßig und passen flexibel an (Ziegner & Sarbach, 2024).

2.3.2 Haus Herbschtytlos (HZL)

Das HZL liegt in Mauensee, einer kleinen Gemeinde im Kanton Luzern. Es wurde 2009 gegründet und ist heute eine gemeinnützige, steuerbefreite Aktiengesellschaft. Aus der Gründung ist zudem die Stiftung aktiondemenz.ch hervorgegangen, mit der das HZL eng zusammenarbeitet. Die Institution übernimmt neben der Planung und Unterstützung bei täglichen Aktivitäten auch medizinische Betreuung, Medikamentengabe, Seelsorge, soziale Begleitung, die Zubereitung von Mahlzeiten sowie administrative Aufgaben wie Verwaltung und Personalwesen. Ebenso gehören Reinigung, Wartung, Gartenpflege und die Kommunikation mit Angehörigen, Hausärzt:innen und Betreuenden dazu.

Philosophie und Pflegekonzept

Das HZL orientiert sich am selbst entwickelten Pflegekonzept *vida cotidiana®* (vgl. Kapitel 2.3.1) sowie an der nationalen Demenzstrategie. Die Arbeit folgt vier zentralen Prinzipien: Loyalität, Individualität, Integration und Teamgeist.

«Der Mensch steht für uns im Mittelpunkt – und da ist er uns nie im Weg.»
(Haus Herbschtytlos, 2024)

Infrastruktur

Der Alltag findet in einem Doppel-Einfamilienhaus mit drei Etagen statt. Das Erdgeschoss umfasst Küche mit grossem Essraum, Wintergarten, Büro, Kreativräume und Aufenthaltsbereiche; im Obergeschoss befinden sich acht Zimmer und drei Badezimmer. Ein grosser, gesicherter Garten mit Hochbeeten und Tieren (Katze, drei Hunde, vier Hühner, zwei Kaninchen) gehört dazu. Gesicherte Türen und Fenster gewährleisten Sicherheit, auf freiheitseinschränkende Massnahmen wird verzichtet.



Angebote

Das HZL bietet drei Modelle: Tagesaufenthalte (zwei Plätze), Kurzaufenthalte bis 180 Tage (fünf Plätze) und Überbrückungsaufenthalte (vier Plätze). Ergänzend gibt es Angehörigerberatung,

Kurse und Schulungen in Kommunikation ohne Worte® (KoW®). Insgesamt stehen neun Schlaf- und zwei Tagesplätze für Menschen mit neurokognitiven Beeinträchtigungen zur Verfügung, unabhängig von Alter oder Demenzstadium. Voraussetzung: Treppensteigen und keine Tierhaarallergie.

Team

Über 20 Mitarbeitende mit unterschiedlichen Qualifikationen (Pflege, Betreuung, Seelsorge, Alltagsgestaltung) arbeiten im HZL. Tagsüber sind drei, abends zwei und nachts eine Person anwesend. Neue Mitarbeitende verpflichten sich zu den Hauswerten und werden in KoW® geschult; jährliche Praxistage und individuelle Weiterbildungen ergänzen das Angebot.

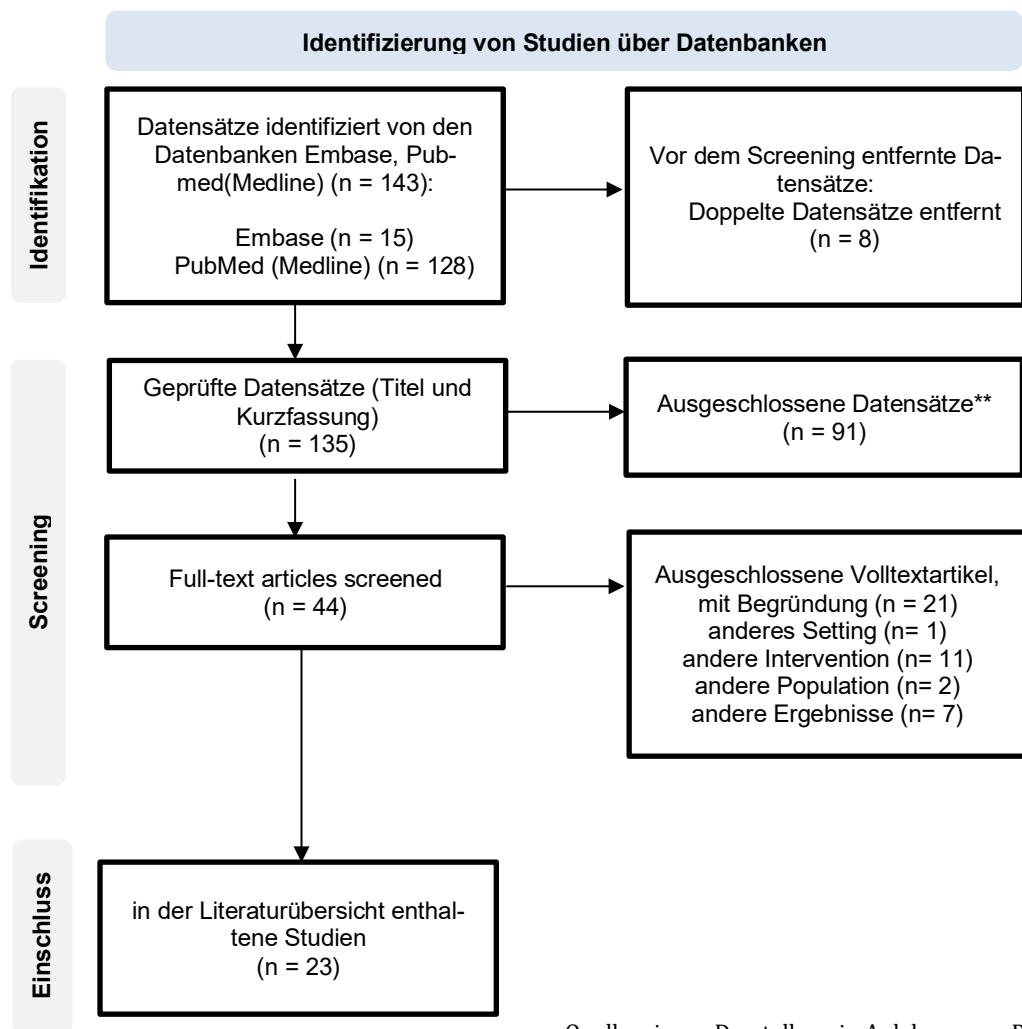
Alltag und Aktivitäten

Das HZL verzichtet auf standardisierte Aktivitäten und integriert sinnstiftende Aufgaben wie Kochen, Gartenarbeit, Tierpflege und Herstellung von Produkten (Teemischungen, Salben, Sirupe). Ergänzend werden Phytotherapie und tiergestützte Interventionen eingesetzt. Ein Wochenplan strukturiert die Tätigkeiten wie Einkaufen, Entsorgen und Spaziergänge, wobei alle Aktivitäten auf Teilhabe ausgerichtet sind (Herbschütztlos AG, 2020).

2.3.3 Literaturübersicht zu nicht-medikamentösen Interventionen bei Demenz

Zur Übersicht nicht-medikamentöser Interventionen bei demenziellen Erkrankungen wurde eine Literaturrecherche in Medline (PubMed) und Embase durchgeführt (Suchstrang siehe Anhang A). Eingeschlossen wurden Reviews, systematische Reviews und Meta-Analysen aus 2015–2025 (n=143); nach Duplikatentfernung und Screening blieben 23 Volltexte, analysiert mit Rayyan im Vier-Augen-Prinzip (Ouzzani et al., 2016). Einschlusskriterien waren Erwachsene mit neurokognitiver Einschränkung, nicht-pharmakologische Interventionen sowie Outcomes zu Verhalten (BPSD), Wohlbefinden und Lebensqualität. Die Datenextraktion erfolgte anhand vordefinierter Kriterien in einer standardisierten Tabelle, die Ergebnisse wurden narrativ zusammengefasst. Auf Basis der Literatur wurden anschliessend Kategorien und Codes für die qualitative Inhalts- und Dokumentenanalyse entwickelt.

Abbildung 1.
Prisma-Flowchart



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Page et al. (2021)

2.3.4 Qualitative Leitfaden-Interviews

Um eine persönliche Perspektive auf die Wirksamkeit des vida cotidiana® Konzepts zu erhalten und sehen zu können, welche Veränderungen von den Angehörigen wahrgenommen wurden, fanden qualitative, halbstrukturierte Interviews mit Angehörigen der fünf ausgewählten Personen mit Demenz aus dem HZL statt. Die Interviews wurden durch Jana Lingenhel vorbereitet und durchgeführt. Eine Pflegefachperson vom HZL war bei einigen Interviews mit dabei, bei einem gemäss expliziten Wunsch eines Angehörigen.

Der Interviewleitfaden, der grob vorgibt, in welcher Reihenfolge die Themen erfragt werden, umfasste die Gebiete Wohlbefinden, Lebensqualität und Verwendung von Psychopharmaka. Die offenen Fragen wurden nach Eintritt in HZL, Aufenthalt und nach dem Aufenthalt/am

Schluss des Aufenthalts/Erhebungszeitpunkt unterteilt. Neben den Hauptfragen, wurden zusätzlich differenzierungsfragen formuliert, die individuell für ein vertiefteres Verständnis eingesetzt werden können. Die Methode des halbstrukturierten Interviews lässt eine gewisse Flexibilität zu, sodass Fragen, je nach Gesprächsverlauf angepasst oder neue hinzugefügt werden können (Döring & Bortz, 2016).

2.3.5 Dokumentenanalyse

Um die subjektiven Ergebnisse aus den Interviews mit objektiven Daten zu ergänzen, wurden zusätzlich medizinische und pflegerische Verlaufsdocumentationen in die Analyse einbezogen. Da diese Unterlagen bereits vorlagen und nicht für die Studie erstellt wurden, erfolgte die Auswertung als genuine qualitative Dokumentenanalyse (Döring & Bortz, 2016).

2.4 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Analyse der Interviews und Verlaufsdocumentationen erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) in der Form der strukturierten Inhaltsanalyse. Das deduktive Vorgehen basierte auf einem theoriegeleiteten Kategoriensystem, das aus den Forschungsfragen und der Literatur entwickelt wurde. Während des Analyseprozesses wurden zusätzliche Kategorien induktiv ergänzt, um materialspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen. Die Methode gewährleistet durch ihre klar definierten Schritte sowie die Beachtung von Gütekriterien wie Objektivität, Validität und Interrater-Reliabilität eine systematische und nachvollziehbare Auswertung.

Tabelle 1.

Analyseeinheiten qualitative Inhaltsanalyse

Analyseeinheiten	
Kodiereinheit	Sätze (Interview), Absatz (Verlaufsdocuments)
Kontexteinheit	<ul style="list-style-type: none">• Interviewtranskript pro Fall• Medikamentenlisten pro Fall• Pflegeberichte/Verlaufsdocumentationen pro Fall
Auswertungseinheit	<ul style="list-style-type: none">• Gesamte Interviews• Alle Verlaufsdocuments pro Fall

Quelle: eigene Darstellung

2.4.1 Interviews

Die Datenanalyse der fünf Interviews fand mittels MAXQDA-Software statt. Die Auswertung der Transkription, die auf wesentlichen Aussagen anstatt wörtlicher Transkription basiert, erfolgte

fallbezogen. Dabei wurden alle Interviews einzeln durchgearbeitet und die bereits festgelegten Codes im Rahmen der strukturierenden Analyse (deduktiv) basierend angewendet und gegebenenfalls neue ergänzt. Nachfolgend fand eine fallübergreifende Auswertung der Interviews aller fünf untersuchten Fälle statt und es wurden zentrale Befunde herausgearbeitet (Döring & Bortz, 2016).

2.4.2 Verlaufsdokumentationen

Die qualitative Inhaltsanalyse stellt in Bezug auf die Durchführung einer qualitativen Dokumentenanalyse bereits die qualitativ-interpretative Datenanalyse dar (Döring & Bortz, 2016). Nach Anonymisierung sämtlicher Verlaufsdokumente wurden diese ebenfalls mittels MAXQDA-Software analysiert. Die Auswertung der verschiedenen Dokumente erfolgte ebenfalls fallbezogen, bei welcher wiederum die Dokumente eines Falls durchgearbeitet bereits festgelegte Codes (deduktiv) angewendet wurden, falls nötig im iterativen Prozess Anpassungen am Kategoriensystem vorgenommen und neue Codes hinzugefügt. Nachfolgend fand eine fallübergreifende Auswertung aller fünf untersuchten Personen statt (Döring & Bortz, 2016).

2.5 Ethische Erwägungen

Das Forschungsprojekt wurde der Ethikkommission Nordwest- und Zentralschweiz vorgelegt, die am 17.12.2024 entschied, dass es nicht unter das Humanforschungsgesetz fällt und daher keine Bewilligung benötigt. Die Teilnahme sowie die Bereitstellung von Unterlagen und Interviews erfolgte freiwillig, mit Einwilligung der vertretungsberechtigten Personen und der Betroffenen. Alle Daten wurden vor der Analyse anonymisiert und mit Codes versehen; bei Fall 4 wurde zusätzlich eine mündliche Zustimmung für die Auswertung nach Interviewende eingeholt.

2.6 Literaturübersicht

Nachfolgend werden die zentralen Befunde aus der Literaturübersicht, gegliedert nach Interventionskategorien ausgeführt. Die Zusammenfassung beinhaltet nur die für die Forschungsfrage relevanten Therapien und Ergebnisse. Ergänzend dazu werden auch die Kategorien beschrieben, die auf Grundlage der Literaturübersicht für die qualitative Inhaltsanalyse generiert wurden.

2.6.1 Nicht-pharmakologische Interventionen

Natur- und Alltagsinterventionen (n=6)

Gärten und Aussenbereiche können Lebensqualität und Wohlbefinden fördern, besonders bei regelmässiger Nutzung. Studien berichten über weniger Agitation, geringeren Psychopharmaka-einsatz und weniger Stürze, obwohl die Evidenz teils widersprüchlich bleibt (Velde-van Buuringen et al., 2023; Abraha et al., 2017). Alltagsroutinen und Gartentherapie stärken Selbstwirksamkeit und soziale Teilhabe, jedoch fehlen belastbare Langzeitdaten (Brasure et al., 2016; Wang et al., 2019; Tuohy et al., 2023).

Emotions- und kognitionsbasierte Interventionen (n=12)

Reminiszenz- und kognitive Stimulationstherapie zeigen kleine, kurzfristige Effekte auf Stimmung, Kommunikation und depressive Symptome, aber kaum auf BPSD oder Lebensqualität. Gruppensettings wirken stärker als Einzelinterventionen. Methodische Schwächen und fehlende Langzeitdaten begrenzen die Aussagekraft (Abraha et al., 2017; Woods et al., 2018; Oba et al., 2022).

Tiergestützte Interventionen (n=8)

Tiergestützte Ansätze verbessern Stimmung, soziale Interaktion und körperliche Aktivität; teils auch Agitation und Medikamentenbedarf. Gruppenangebote mit Hunden oder Pferden zeigen die besten Effekte. Die Evidenz bleibt schwach wegen kleiner Stichproben und fehlender Standards (Abraha et al., 2017; Wang et al., 2019; Loi et al., 2015).

Holistische, individuelle Interventionen (n=14)

Personenzentrierte Pflege und individuell angepasste Aktivitäten reduzieren Agitation und depressive Symptome und fördern Engagement. Programme wie FITS senken den Einsatz von Antipsychotika. Wirksamkeit hängt stark von individueller Anpassung ab; Langzeiteffekte sind kaum belegt (Ballard et al., 2020; Kim & Park, 2017; Yan et al., 2023).

Struktur- und Umfeldinterventionen (n=2)

Wohnlich gestaltete Umgebungen und innovative Modelle wie Green Care Farms fördern kurzfristig Wohlbefinden und soziale Kontakte, haben aber wenig Einfluss auf kognitiven Abbau. Evidenz zu Langzeiteffekten ist begrenzt (Wong & Leland, 2016; Speckmeier et al., 2023).

2.7 Fallanalysen gemäss Verlaufsdocumentation, Medikamentenlisten und Interviews

2.7.1 Fall 1 – GA44

Abbildung 2.

Fall 1 - Steckbrief

Steckbrief - Fall 1



Name: GA44
Alter: 81 Jahre
Geschlecht: weiblich
Demenzform: Alzheimer
Angehörige: 2 Töchter



Quelle: eigene Darstellung

Inhaltsanalyse

Tabelle 2.

Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen der Inhaltsanalyse der Verlaufsdocumentation von Fall 1

Code Verlaudsdocument - Fall 1	codierte Segmente	% codierte Segmente
Unruhe	303	15,51%
Kompetentes, unterstützendes Pflegepersonal	295	15,10%
Nicht-BPSD	219	11,21%

Quelle: eigene Darstellung

Die drei häufigsten, identifizierten Themen umfassten die *Unruhe*, das *kompetente, unterstützende Pflegepersonal* sowie *nicht-BPSD* (siehe Tabelle 4). Die Unruhe zeigte sich unter anderem in einer angespannten Haltung, Aufregung oder ständigem herumlaufen, oftmals Ausdruck körperlicher Bedürfnisse oder Schmerzen. Die Bewohnerin benötigte Unterstützung des Pflegepersonals bei der Körperpflege, dem Anziehen von frischer Kleidung oder auch dem Gang zur Toilette. Die nicht-BPSD zeigten sich insbesondere durch die Inkontinenz und das wiederholte

Urinieren auf den Boden oder der Kommunikation mit ihrem Spiegelbild, welches sie als ihre Tochter wahrnimmt.

Im Rahmen der Verhaltenssymptome (BPSD) wurde neben der bereits erwähnten Unruhe, Phasen der Traurigkeit (1,28%, n=25) sowie Wut (0,31%, n=6) identifiziert. Der Gebrauch von Psychopharmaka wurde in 5 Textstellen codiert (0,26%, n=5) und umfasste die Neuroleptika aus der Reservemedikation.

Gebrauch von Psychopharmaka und Management der BPSD

Frau GA44 hatte beim Eintritt ins HZL Neuroleptika, Benzodiazepine und Antidepressiva verschrieben (siehe Abbildung 4). Nach dem Eintritt wurden die Neuroleptika über mehrere Monate schrittweise reduziert und schliesslich ganz abgesetzt. Die Benzodiazepine wurden sofort eingestellt. Ein Antidepressivum erhielt Frau GA44 weiterhin in monatlichen Intervallen bis Dezember 2024. Insgesamt konnte durch diese Anpassungen eine deutliche Reduktion der medikamentösen Belastung bei gleichzeitiger Stabilität des psychischen Zustands erreicht werden. Ab Januar 2025 hat Frau GA44 keine Fix- oder Reservemedikation mehr.

Beobachtungen/Bericht der Töchter

Tabelle 3.

Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen der Inhaltsanalyse der Angehörigeninterviews von Fall 1

Code Interview - Fall 1	codierte Segmente	% codierte Segmente
HZL	22	15,83%
Allgemeiner Gesundheitszustand	17	12,23%
Überforderung/Belastung	16	11,51%

Quelle: eigene Darstellung

Drei Hauptthemen wurden identifiziert: HZL, Gesundheitszustand und Belastung der Angehörigen (siehe Tabelle 3).

Die zwei Töchter lobten die bedürfnisorientierte Haltung im HZL: Bewohner:innen dürfen „so sein, wie sie sind“, Alltag wird flexibel gestaltet, Risiken akzeptiert, und Zuwendung zählt mehr als Perfektion.

„Es geht darum, dass der Mensch so sein kann, wie er ist und er sich wohlfühlt.“ (C.E., 2025)

Das Personal wurde als herzlich und engagiert beschrieben, die Atmosphäre als familiär. Der Gesundheitszustand der Mutter stabilisierte sich im HZL deutlich, was den Angehörigen einen neuen Blick auf Demenz gab:

„Ich hätte nie gedacht, dass sie in ihrer Welt, in ihrer Demenz, ein lebenswertes Leben haben kann.“ (M.G., 2025)

Vor dem Eintritt ins HZL verschlechterte sich der Zustand im Pflegeheim massiv (Gewichtsverlust, Stürze, Wesensveränderung). Im HZL verbesserte sich die Situation innerhalb von zwei Wochen und blieb über ein Jahr stabil.

Die Töchter berichteten von extremer Verzweiflung während der Pflegeheimzeit, fehlenden Alternativen und hoher emotionaler Belastung. Auch der bevorstehende Austritt aus dem HZL wird als belastend empfunden; sie befürchten eine Verschlechterung und kritisieren die zeitliche Begrenzung.



2.7.2 Fall 2 - LJ45

Abbildung 3.

Fall 2 - Steckbrief

Steckbrief - Fall 2



Name:	LJ49
Alter:	75 Jahre
Geschlecht:	männlich
Demenzform:	Demenz
Angehörige:	gute Freundin



Quelle: eigene Darstellung

Inhaltsanalyse

Tabelle 4.

Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen der Inhaltsanalyse der Verlaufsdocumentation von Fall 2

Code Verlaufsdocument - Fall 2	codierte Segmente	% codierte Segmente
Beteiligung an Aktivitäten	476	20,97%
Funktionelle Unabhängigkeit	307	13,52%
Nicht-BPSD	306	13,48%

Quelle: eigene Darstellung

Die drei häufigsten identifizierten Themen in der Verlaufsdocumentation umfassten die *Beteiligung an Aktivitäten*, die *funktionelle Unabhängigkeit* sowie die *nicht-BPSD* (siehe Tabelle 6). Der Bewohner half oft bei diversen Tätigkeiten wie beim Versorgen der Tiere, beim Abtrocknen des Geschirrs oder auch Gartentätigkeiten mit. Die funktionelle Unabhängigkeit zeigte sich durch das selbstständige Anziehen, ins Bett gehen oder dem häufigen, selbstständigen Herumgehen im Garten oder Haus. Die Textstellen zur nicht-BPSD betreffen Phasen der Verwirrtheit oder Desorientierung, wenn der Bewohner zum Beispiel sein Zimmer verwechselt, Schwierigkeiten im Umgang mit Inkontinenz hat oder wenn er sein Autoschlüssel oder Tiere sucht.

Im Rahmen der BPSD wurden Phasen der Unruhe (5,55%, n=126), Wut (0,79%, n=18) sowie Traurigkeit (0,22%, n=5) identifiziert. Der Gebrauch von Psychopharmaka wurde in 26 Textstellen codiert (1,15%).

Gebrauch von Psychopharmaka und Management der BPSD

Herr LJ45 hat vor dem Eintritt ins HZL ein Antidementivum, ein Neuroleptikum sowie ein Antidepressivum erhalten (siehe Abbildung 7). Bei oder kurz nach Eintritt ins HZL im Januar 2024 wurden bei Herrn LJ45 das Antidementivum Exelon-Patch sowie das Neuroleptikum Risperidon abgesetzt. Ab Ende Oktober konnten die Fix- so-wie Reservemedikamente abgesetzt werden.

Beobachtungen/Bericht der Angehörigen

Tabelle 5.

Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen der Inhaltsanalyse des Angehörigeninterviews von Fall 2

Code Interview - Fall 2	codierte Segmente	% codierte Segmente
HZL	20	12,20%
Allgemeiner Gesundheitszustand	18	10,98%
Überforderung/Belastung	16	9,76%

Quelle: eigene Darstellung

Drei Hauptthemen wurden identifiziert: **HZL, Gesundheitszustand, Belastung der Angehörigen.**

Die Bekannte des Bewohners erfuhr vom HZL über die Tochter des Bewohners und beschreibt den Aufenthalt als durchweg positiv. Sie betont die Suche nach Alternativen statt Medikamenten: „**Nicht einfach nur ein Medikament gegeben und dann geht's. (...) So hat das funktioniert.**“ (B.B., 2025)

Medikamente wurden beim Eintritt reduziert, der Bewohner zeigte im HZL Freude und Emotionen, war aktiv und viel draussen. Nach dem Wechsel ins Pflegeheim sei er apathisch und körperlich stark eingeschränkt: „**Dann ist mir aufgefallen, dass er im PH nie mehr draussen war (...) Er hat geschlafen oder vor sich hin vegetiert.**“ (B.B., 2025)

Die Bekannte bedauert die zeitliche Begrenzung des Aufenthalts: „**Schade können die Leute nicht länger bleiben. (...) Ich würde alle Hebel in Bewegung setzen, damit er wieder hier zurückkommen könnte.**“ (B.B., 2025)

Belastung begann bereits vor dem HZL, als sie den Bewohner allein betreute und später in die Psychiatrie begleitete. Der Austritt aus dem HZL habe sie emotional stark getroffen; dennoch hält sie an ihrem Versprechen fest, ihn weiterhin zu unterstützen.

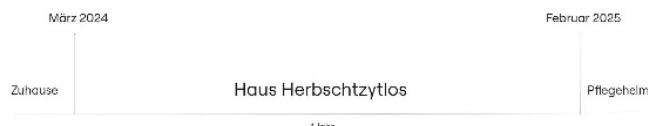
2.7.3 Fall 3 – CM46

Abbildung 4.

Fall 3 - Steckbrief

Steckbrief – Fall 3

Name:	CM46
Alter:	78 Jahre
Geschlecht:	weiblich
Demenzform:	fortgeschrittene Demenz
Angehörige:	Ehemann



Quelle: eigene Darstellung

Inhaltsanalyse

Tabelle 6.

Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen der Inhaltsanalyse der Verlaufsdocumentation von Fall 3

Code Verlaufsdocument - Fall 3	codierte Segmente	% codierte Segmente
Beteiligung an Aktivitäten	668	19,5%
Kompetentes, unterstützendes Pflegepersonal	427	12,4%
PCC	401	11,7%

Quelle: eigene Darstellung

Die drei häufigsten Themen der Inhaltsanalyse waren die *Beteiligung an Aktivitäten*, das *kompetente, unterstützende Pflegepersonal* sowie die *PCC* (siehe Tabelle 8). Die Bewohnerin beteiligte sich an der Organisation der Wäsche, beim Einkaufen in der Migros, ging mit auf tägliche Spaziergänge oder verbrachte Nachmittage mit der Putzfrau. Die Unterstützung des Pflegepersonals benötigt sie vor allem bei der Körperpflege sowie dem An- und Abziehen der Kleidung.

Die PCC zeigte sich in vielen Situationen, in dem auf die vielen Ängste und Gefühlslagen eingegangen wurde, das Verweilen am Bett der Bewohnerin, bis sie eingeschlafen war, häufige 1:1-Betreuung und das Flechten ihrer Haare. Im Rahmen der BPSD wurden Phasen der Unruhe (n=246, 7,16%), Traurigkeit (n=56, 1,63%) sowie Wut (n=43, 1,25%) identifiziert. Der Gebrauch von Psychopharmaka wurde in drei Textstellen codiert (n=3, 0,09%), welche Neuroleptika aus der Reserve betraf.

Gebrauch von Psychopharmaka und Management der BPSD

Die Bewohnerin CM46 trat im März 2024 mit dem Neuroleptikum Quetiapin 25mg als Fixmedikation ins HZL ein (siehe Abbildung 10). Zusätzlich wurde Ende Mai 2024 Quetiapin 25mg in die Reserve aufgenommen. Die Fix- sowie Reservemedikation mit Quetiapin 25g konnte Ende November 2024 abgesetzt werden. Im Juni 2024 wurde zusätzlich das Antidepressivum Escitalopram 10mg aufdosiert und blieb bis zum Austritt im Februar 2025 in der Fixmedikation.

Beobachtungen/Bericht des Ehemannes

Im Interview zu *Fall 3*, das mit dem Ehemann im April 2024 in Anwesenheit von einer Pflegefachperson im HZL durchgeführt wurde, wurden Aussagen zu *Überforderung/Belastung*, das *HZL* und *nicht-BPSD* als die drei häufigsten Kategorien im Rahmen des Interviews identifiziert (siehe Tabelle 9).

Tabelle 7.

Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen der Inhaltsanalyse des Angehörigeninterviews von Fall 3

Codes Interview - Fall 3	codierte Segmente	% codierte Segmente
Überforderung/Belastung	12	11,32%
HZL	10	9,43%
Nicht-BPSD	10	9,43%

Quelle: eigene Darstellung

Die Betreuung der Ehefrau zuhause wurde in den letzten 18 Monaten zunehmend belastend: Schwierigkeiten bei Körperpflege, An- und Auskleiden, Medikamenteneinnahme und nächtliches Weglaufen führten zu ständiger Alarmbereitschaft. Der Ehemann pflegte sie rund um die Uhr, sein eigener Gesundheitszustand verschlechterte sich massiv; der Arzt stufte ihn als „mental überfordert“ ein.

„Ich war kurz davor, zusammenzuklappen.“ (R.C., 2025)

Der Abschied ins Heim fiel schwer, dennoch bewertet er das HZL als besonders familiär und positiv: „**Das war das Beste, was ich gesehen habe. (...) Ich würde mal sagen, der Titel ist familiär.**“ (R.C., 2025)

Er lobte die wohnliche Atmosphäre, den Gemeinschaftsraum mit Küche und die persönliche Betreuung. Die Ehefrau wurde gut integriert, begleitete Spaziergänge und Alltagsaktivitäten. Auch die Medikation wurde überprüft und reduziert, was Vertrauen schuf. Negative Erfahrungen gab es keine.

Vor dem HZL zeigte die Ehefrau deutliche Einschränkungen: verweigerte Entkleiden, war stark anhänglich und kaum kommunikationsfähig. Nach dem Wechsel in die Nachfolgeinstitution verschlechterte sich die Orientierung und Wahrnehmung:

„**Ich habe das Gefühl, dass sie inzwischen einen Tunnelblick entwickelt hat. Sie hatte diesen vorher nicht, auch wenn sie mit einer gebückten Haltung nach vorne ge-laufen ist. Sie nimmt wenig wahr.**“ (R.C., 2025)

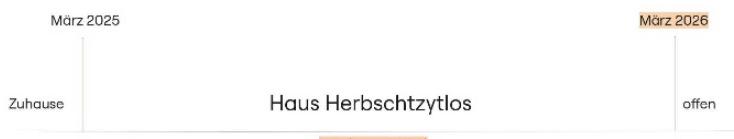
2.7.4 Fall 4 - SZ45

Abbildung 5.

Fall 4 - Steckbrief

Steckbrief - Fall 4

Name:	SZ45
Alter:	79 Jahre
Geschlecht:	männlich
Demenzform:	leichte Demenz
Angehörige:	Ehefrau



Quelle: eigene Darstellung

Inhaltsanalyse

Verlaufsdokumentation

Tabelle 8.

Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen der Inhaltsanalyse der Verlaufsdokumentation von Fall 4

Code Verlaufsdokument - Fall 4	codierte Segmente	% codierte Segmente
Kompetentes, unterstützendes Pflegepersonal	64	13,4%
Beteiligung an Aktivitäten	52	10,9%
Allgemeiner Gesundheitszustand	40	8,4%

Quelle: eigene Darstellung

Die häufigsten in der Inhaltsanalyse identifizierten Themen waren das *kompetente, unterstützende Pflegepersonal*, *Beteiligung an Aktivitäten* sowie der *allgemeine Gesundheitszustand* (siehe Tabelle 10). Die Unterstützung des Pflegepersonals braucht er vor allem beim An- und Auskleiden sowie der Anleitung zur Körperpflege. SZ45 hilft regelmässig bei verschiedenen Haushaltstätigkeiten wie dem Abwasch und Abtrocknen des Geschirrs oder dem Wäsche machen mit. Zudem beteiligt er sich oft an den täglichen Spaziergängen. Im allgemeinen Gesundheitszustand widerspiegelt sich zum einen den guten Schlaf, gelegentliche Kopfschmerzen oder Unwohlsein. Im Rahmen der BPSD wurden Phasen der Unruhe (n=22, 4,61%) oder Traurigkeit (n=7, 1,47%) identifiziert. Der Gebrauch von Psychopharmaka wurde im Untersuchungszeitraum fünf Mal codiert (n=5, 1,05%), worum es sich immer um ein Hypnotika aus der Reservemedikation handelte.

Gebrauch von Psychopharmaka und Management der BPSD

Der Bewohner Herr SZ45 trat im März 2025 ins HZL mit einer Eintrittsverordnung von einem Antiepileptikum Pregabalin 25mg, einem Antidepressivum Trittico 50mg sowie dem Hypnotikum Zolpidem 10mg (siehe Abbildung 13). Diese Eintrittsmedikation wurde gleich am selben Tag gestoppt. Der Bewohner hat bis Ende der Datenerhebung neben dem Zolpidem 10mg in der Reserve, keine Psychopharmaka mehr verordnet.

Beobachtungen/Bericht der Ehefrau

Tabelle 9.

Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen der Inhaltsanalyse des Angehörigeninterviews von Fall 4

Codes Interview - Fall 4	codierte Segmente	% codierte Segmente
Nicht-BPSD	14	17,72%
Überforderung/Belastung	14	17,72%
PCC	7	8,86%

Quelle: eigene Darstellung

Im Interview zu *Fall 4*, das im Mai 2025 mit der Ehefrau in Anwesenheit von einer Pflegefachperson im HZL durchgeführt wurde, wurden Aussagen zu *nicht-BPSD*, das *Überforderung/Belastung* und *PCC* als die drei häufigsten Kategorien im Rahmen des Interviews identifiziert

Die Ehefrau berichtet, dass ihr Mann zunehmend vergesslich wurde und selbst einfache Entscheidungen überforderten. Er verwechselt Orte und Personen, erkennt sie oft nicht als Ehefrau:

„Es ist auch so, dass er mich ja nicht immer als seine Frau erkennt. (...) Manchmal bin ich die Mutter, manchmal ausnahmsweise bin ich die Frau.“ (M.S., 2025)

Auch die Kinder kann er nicht klar zuordnen. Nach dem Mittagsschlaf ist er orientierungslos und „brummelig“, kommt manchmal im Pyjama aus dem Zimmer. Trotz Orientierungsschwierigkeiten erinnert er sich an Gespräche, ohne die Person zu erkennen. Die Ehefrau empfindet es als schmerhaft, wenn er den Wunsch äussert, nach Hause zurückzukehren, was sie nicht erfüllen kann. Besonders belastend sind seine Vorwürfe, sie habe ihn ins Heim gebracht und wolle ihn nicht mehr. In ihrer Anwesenheit verschlechtert sich die Stimmung oft, während er in ihrer Abwesenheit das Heim lobt.

Die Ehefrau schätzt die Flexibilität der Pflegenden, etwa bei Schlaf- und Besuchszeiten, um positive Momente zu ermöglichen.



2.7.5 Fall 5 - HT44

Abbildung 6.

Fall 5 - Steckbrief

Steckbrief - Fall 5

Name: HT44
Alter: 81 Jahre
Geschlecht: weiblich
Demenzform: Demenz
Angehörige: Nichte



Quelle: eigene Darstellung

Inhaltsanalyse

Verlaufsdokumentation

Tabelle 10.

Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen der Inhaltsanalyse der Verlaufsdokumentation von Fall 5

Code Verlaufsdokument - Fall 5	codierte Segmente	% codierte Segmente
Komorbiditäten & weitere Medikamente	349	32,11%
Kompetentes, unterstützendes Pflegepersonal	139	12,79%
Allgemeiner Gesundheitszustand	126	11,59%

Quelle: eigene Darstellung

Die drei häufigsten identifizierten Themen der Inhaltsanalyse waren *Komorbiditäten & weitere Medikamente*, *kompetentes, unterstützendes Pflegepersonal* sowie der *allgemeine Gesundheitszustand* (siehe Tabelle 12). Ersteres ist auf das bestehende Stoma sowie Gelenkschmerzen der Bewohnerin zurückzuführen, wobei die Bewohnerin bei der Abend- und Morgenpflege auf *kompetentes und unterstützendes Pflegepersonal* zählen durfte. Die vielen Nennungen des *Gesundheitszustands* weisen auf guten Schlaf oder gemessene Vitalwerte hin. Diese

Befunde decken sich grösstenteils mit den Gedanken nach Durchführung der Inhaltsanalyse, wie auf Abbildung 20 ersichtlich ist. Phasen der BPSD wurden im Rahmen von Unruhe (n=33, 3,04%) oder Wut (n=3, 0,28%) identifiziert. Ein zusätzlicher Gebrauch von Psychopharmaka ist in den Verlaufsunterlagen nicht dokumentiert.

Gebrauch von Psychopharmaka und Management der BPSD

Im September 2024 erfolgte der Eintritt der Bewohnerin ins HZL bei bestehender Fixmedikation mit Seroquel 25 mg und Donepezil 10 mg (siehe Abbildung 16). Das Seroquel 25 mg wurde bis zum Oktober 2024 schrittweise ausgeschlichen. Donepezil 10 mg wurde bis zum Austritt im April 2025 kontinuierlich weitergeführt. Eine Reservemedikation mit Psychopharmaka bestand während des gesamten Untersuchungszeitraums nicht.

Beobachtungen/Bericht der Nichte

Im Interview zu *Fall 5*, das im Mai 2025 mit der Nichte in Anwesenheit einer Pflegefachperson im HZL durchgeführt wurde, wurden Aussagen zu *Pflegeheim*, das *HZL* und *Organisation Betreuung und Pflege* als die drei häufigsten Kategorien im Rahmen des Interviews identifiziert (siehe Tabelle 13).

Tabelle 11.

Übersicht über die häufigsten drei Codes im Rahmen des Angehörigeninterviews von Fall 5

Interviewcodes Fall 5	codierte Segmente	% codierte Segmente
Pflegeheim	12	14,29%
HZL	11	13,10%
Organisation Betreuung und Pflege	11	13,10%

Quelle: eigene Darstellung

Die Bewohnerin lebte bis Sommer 2024 zuhause, danach kurz in einem Pflegeheim. Rückblickend wurde dieses ambivalent bewertet: Pflegepersonal und Ärztin waren kompetent, aber die Einrichtung war nicht auf Demenz spezialisiert. Abends erhielt die Bewohnerin hochdosierte Beruhigungsmittel, deren Reduktion vom Personal abgelehnt wurde. Die Nichte berichtete, dass die Medikamente ihre Tante verwirrter machten und die Erinnerung beeinträchtigten. Räumlich bot das Heim weniger Bewegungsmöglichkeiten; Angehörige versuchten, dies durch Motivation auszugleichen.

Beim Eintritt ins HZL wurde die Medikation rasch reduziert. Verhaltensauffälligkeiten wurden durch Betreuung abgefangen; die Bewohnerin war nie allein. Der Esstisch im Wohnbereich spielte eine zentrale Rolle für soziale Kontakte. Die Philosophie des HZL – Autonomie und Verzicht auf Zwang – wurde als durchgängig gelebt:

„Dass die Leute nicht dazu gezwungen werden, gewisse Massnahmen (...) wenn es nicht wirklich notwendig ist.“ (D.H., 2025)

Die Nichte wünscht mehr Orte wie das HZL:

„Es wäre sehr wichtig, dass es viel mehr solche Orte gibt (...) nicht nur befristet für ein Jahr.“ (D.H., 2025)

Die Nachfolgeinstitution wird positiver erlebt als das erste Heim, auch wenn Strukturen herausfordernd sind und abends Grenzen bestehen. Vertrauen ins Team sei entscheidend, ebenso Kommunikation und Ressourcen. Die Wahl des neuen Heims basierte auf Nähe zum Wohnort und persönlichen Bezügen; es ist nicht spezialisiert, aber vertraut und sozial eingebettet.

2.7.6 Vergleich der Interviews und Hauptthemen

Bei einem Vergleich der Analysen der einzelnen Dokumente – Verlaufsdokumentationen, Medikamentenlisten und Interviews – zeigen sich mehrere inhaltliche Überschneidungen. Die in den Verlaufsdokumentationen am häufigsten vorkommenden Codes zur Lebensqualität – insbesondere Beteiligung an Aktivitäten, Kommunikation sowie Geborgenheit und Zufriedenheit – finden sich auch in den Rückmeldungen der Angehörigen wieder. Sie berichten von Spaziergängen, gemeinsamen Einkäufen oder Besuchen beim Tierarzt. Die hohe Anzahl codierter Segmente zur Beteiligung an Aktivitäten und Kommunikation weist darauf hin, dass Bewohner:innen aktiv in den Alltag eingebunden sind und ihre Bedürfnisse mitteilen können.

In Bezug auf das Verhalten (BPSD) zeigen die Verlaufsdokumentationen eine hohe Zahl an Codierungen zu Unruhe, Traurigkeit oder Wut. Angehörige schilderten, dass diese Verhaltensweisen im HZL durch Ablenkung, individuelle Zuwendung oder eine angepasste Umgebung aufgefangen werden konnten. Zudem wird hervorgehoben, dass der Einsatz von Psychopharmaka kritisch geprüft und zurückhaltend gehandhabt wurde, was sich in den geringen Häufigkeiten des Codes «Gebrauch von Psychopharmaka» widerspiegelt. In den Medikationsverläufen ist zudem erkennbar, dass bei beinahe allen Bewohner:innen die Medikation im Verlauf des Jahres reduziert oder ganz abgesetzt wurde.

Beim psychischen Wohlbefinden fällt auf, dass in den Verlaufsdokumentationen vor allem Selbstbestimmung und Freiheit sowie positive und negative Emotionen codiert wurden. Dies deckt sich mit den Aussagen der Angehörigen, die betonen, dass die Bewohnenden im HZL „Mensch“ sein können und zu keinen Aktivitäten oder hygienischen Massnahmen gezwungen werden. Dies wurde als Zeichen verstanden, dass dieser Ansatz konsequent umgesetzt wird.

Auch für das physische Wohlbefinden bestehen Anknüpfungspunkte: In den Verlaufsdokumentationen sind insbesondere der allgemeine Gesundheitszustand und die funktionelle Unabhängigkeit häufig vertreten. Angehörige berichten ergänzend von wahrgenommenen Verbesserungen wie weniger Stürzen oder einem insgesamt stabileren Gesundheitszustand während des Aufenthalts im HZL.

Insgesamt zeigt sich, dass BPSD und Emotionen im HZL als Teil des Lebens verstanden und zugelassen werden, wobei die Bewohner:innen zugleich die passende Unterstützung erhalten und unterschiedliche Bewältigungsstrategien angewendet werden, um eine Regulation zu ermöglichen und damit Lebensqualität sowie Wohlbefinden positiv zu beeinflussen.

Über alle Interviews hinweg zeigt sich, dass der Aufenthaltsort der betreuten Person einen entscheidenden Einfluss auf die Wahrnehmung der Angehörigen hatte. Besonders deutlich wird, dass die spezialisierten Strukturen und die Philosophie des HZL als familiennah, entlastend und wertschätzend erlebt wurden. Hervorgehoben wurde, dass Bewohner:innen als Menschen wahrgenommen werden, Freiheiten behalten und alltägliche Entscheidungen selbstbestimmt treffen dürfen. Im Gegensatz dazu wurden die vorherigen Institutionen – meist allgemeine Pflegeheime oder psychiatrische Einrichtungen – als weniger geeignet für demenzkranke Menschen beschrieben. Dort dominierten Berichte über fehlende individuelle Zuwendung, den Einsatz von hochdosierten Medikamenten und eine Atmosphäre, die von Überforderung des Personals und Einsamkeit der Betroffenen geprägt war. Angehörige schilderten diese Situationen häufig als traurig, ohnmächtig und belastend, da sie spürten, dass es ihren Angehörigen dort nicht gut ging und sie selbst kaum Handlungsmöglichkeiten hatten.

Ein zentrales wiederkehrendes Thema ist die Belastung und Überforderung der Angehörigen – sowohl vor dem Eintritt ins HZL (durch die Pflege zuhause oder im vorherigen Heim) als auch beim Erleben von unzureichender Betreuung in unspezialisierten Einrichtungen. Unterschiede zeigten sich darin, wie stark diese Belastung empfunden und bewältigt wurde: Während manche Angehörige über massive körperliche und psychische Erschöpfung berichteten (z. B. der

Ehemann in Fall 3), beschrieben andere eher ein Gefühl der Ohnmacht oder organisatorische Belastung (z. B. die Nichte in Fall 5 oder die Tochter in Fall 1) sowie Belastungen infolge von Stürzen durch Psychopharmaka in Fall 4.

In allen Interviews wurde zugleich die Entlastung betont, die der Aufenthalt im HZL mit sich brachte. Angehörige berichteten, dass sie wieder Freiräume hatten, besser abschalten konnten und mit gutem Gewissen Besuche auch einmal auslassen durften, da sie Vertrauen in die Betreuung hatten. Diese Entlastung war unabhängig von der verwandtschaftlichen Beziehung spürbar – ob Tochter, Ehepartner oder Bekannte.

Trotz dieser positiven Erfahrungen im HZL wurde der begrenzte Aufenthalt von maximal einem Jahr durchgehend als problematisch wahrgenommen. Der bevorstehende Wechsel in eine Nachfolgeinstitution wurde von allen Angehörigen als belastend beschrieben, verbunden mit der Sorge, dass sich der Gesundheitszustand der Betroffenen wieder verschlechtern könnte.



3 Limitationen

Die Fallauswahl erfolgte nicht randomisiert, sondern basierte auf Verfügbarkeit der Dokumentationen und Zustimmung der Angehörigen. Diagnosen waren oft unvollständig, da sie für die Betreuung im HZL nicht ausschlaggebend sind. Die geringe Stichprobe schränkt die Repräsentativität ein.

Bei Interviews könnte die Anwesenheit einer Pflegefachperson die Antworten beeinflusst haben. Zwei Interviews mit Ehepartner:innen bezogen sich primär auf deren eigene Situation. In einem Fall wurden relevante Angaben erst nach Interviewende ergänzt (mit nachträglicher Zustimmung).

Die Verlaufsdokumentationen waren nicht standardisiert; Einträge variierten stark, z. B. bei Psychopharmakagaben oder Belastungssituationen. Dies erschwert die Interpretation, spiegelt aber die Praxisrealität wider.

Das Kategoriensystem wurde mehrfach angepasst, blieb aber teilweise schwer anwendbar, etwa bei unterschiedlichen Demenzstadien. Kategorien wie „Selbstwertgefühl“ verloren Spezifität, Abgrenzungen zwischen „Autonomie“ und „Selbstbestimmung“ waren schwierig. Zudem war die Unterscheidung zwischen normalen Emotionen und BPSD nicht immer eindeutig.

4 Fazit

Ziel dieser Studie war es, die Auswirkungen des nicht-pharmakologischen Pflegekonzepts *vida cotidiana®* auf die Lebensqualität, das Wohlbefinden und das Verhalten der Bewohner:innen im HZL zu erfassen. Diese ersten Ergebnisse zeigen, dass das Konzept positive Effekte in allen drei Bereichen entfaltet: Die Bewohner:innen sind aktiv in Alltagsaktivitäten eingebunden, äussern ihre Bedürfnisse, erleben Geborgenheit und Zufriedenheit und können sowohl im psychischen Bereich (Selbstbestimmung, Freiheit, Ausdruck von Emotionen, Freude an Aktivitäten) als auch im physischen Bereich (Gesundheitszustand, funktionelle Unabhängigkeit) Stabilität gewinnen oder beibehalten. Verhaltenssymptome (BPSD) treten zwar auf, werden jedoch zugelassen und mit passenden Bewältigungsstrategien seitens Pflegepersonals begleitet.

Die Pflege im HZL ist geprägt durch Kompetenz, Empathie und individuelle Zuwendung des Personals. Angehörige schilderten dies als entlastend und als Grundlage dafür, dass Bewohner:innen trotz Demenz ein Leben mit Qualität und Wohlbefinden führen konnten. Auffällig ist zudem der zurückhaltende Umgang mit Psychopharmaka: Bei fast allen Bewohner:innen konnte die Medikation im Verlauf des Jahres reduziert oder ganz abgesetzt werden.

Insgesamt verdeutlicht die Evaluation das Zusammenspiel von sinnstiftenden Aktivitäten, emotionalem Ausdruck und professioneller Begleitung, das wesentlich zur Stärkung von Lebensqualität, Wohlbefinden und einer regulierenden Unterstützung bei herausforderndem Verhalten beiträgt.

Abschliessend kann gesagt werden, dass das Konzept *vida cotidiana®* und die Begleitung im HZL nicht nur die Bewohner:innen, sondern auch die Angehörigen entlastet und ihnen ein gutes Gefühl vermittelt; zugleich verdeutlichen die Ergebnisse trotz der genannten Limitationen, dass das nicht-pharmakologische Pflegekonzept wichtige Impulse für die Betreuung von Menschen mit Demenz gibt und Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung personenzentrierter Pflege bietet.

Literaturverzeichnis

- Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., Gudmundsson, A., Soiza, R., O'Mahony, D., Guaita, A., & Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*, 7(3), e012759. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012759>
- aktiondemenz.ch. (2024). *Vida cotidiana*. <https://herbschtytlos.ch/wp-content/uploads/2023/07/Flyer-vida-cotidiana.pdf>
- Alzheimer Schweiz. (2018). *Demenz Diagnose, Behandlung und Betreuung*. https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/159_D_Diagnose_2018_web.pdf
- Alzheimer Schweiz. (2023, Januar 27). *Dementzspezifische Pflege braucht Zeit und Finanzierung*. https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Ueber_Uns/Politik/2023_01_27_Positionspapier_Dementzspezifische-Pflege_D_DEF.pdf
- Alzheimer Schweiz. (2024). *Demenz in der Schweiz*. alzheimer Schweiz. <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/ueber-demenz/beitrag/demenz-in-der-schweiz>
- Alzheimer's Disease International (ADI). (2025). *Dementia statistics*. <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics/>
- Audulv, Å., Hall, E. O. C., Kneck, Å., Westergren, T., Fegran, L., Pedersen, M. K., Aagaard, H., Dam, K. L., & Ludvigsen, M. S. (2022). Qualitative longitudinal research in health research: A method study. *BMC Medical Research Methodology*, 22(1), 255. <https://doi.org/10.1186/s12874-022-01732-4>
- BAG. (2024, April). *DemCare: Empfehlungen für Langzeitinstitutionen*. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie/hf>

angebote/3_5_langzeitpflege/empfehlungen-langzeitpflege.pdf.download.pdf/broschueredemcare-empfehlungen-fur-langzeitinstitutionen.pdf

Ballard, C., Orrell, M., Moniz-Cook, E., Woods, R., Whitaker, R., Corbett, A., Aarsland, D., Murray, J., Lawrence, V., Testad, I., Knapp, M., Romeo, R., Zala, D., Stafford, J., Hoare, Z., Garrod, L., Sun, Y., McLaughlin, E., Woodward-Carlton, B., ... Fossey, J. (2020). Improving mental health and reducing antipsychotic use in people with dementia in care homes: The WHELD research programme including two RCTs. *Programme Grants for Applied Research*, 8(6), 1–98. <https://doi.org/10.3310/pgfar08060>

Belotto, M. (2018). Data Analysis Methods for Qualitative Research: Managing the Challenges of Coding, Interrater Reliability, and Thematic Analysis. *The Qualitative Report*.
<https://doi.org/10.46743/2160-3715/2018.3492>

Bilal Ahmed, S., Obieta, A., Santos, T., Ahmad, S., & Elliot Ibrahim, J. (2022). Effects of Nonpharmacological Interventions on Disruptive Vocalisation in Nursing Home Patients With Dementia—A Systematic Review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 2, 718302.
<https://doi.org/10.3389/fresc.2021.718302>

Brasure, M., Jutkowitz, E., Fuchs, E., Nelson, V. A., Kane, R. A., Shippee, T., Fink, H. A., Sylvanus, T., Ouellette, J., Butler, M., & Kane, R. L. (2016). *Nonpharmacologic Interventions for Agitation and Aggression in Dementia*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK356163/>

Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2016, April). *Herausforderung nichtübertragbare Krankheiten*. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/ncd-strategie/ncd-strategie_in_kuerze.pdf.download.pdf/NCD-Strategie_in_kuerze.pdf

Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Lapkin, S., Wang, A., Liu, Z., & Williams, A. (2019). Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. *PLOS ONE*, 14(2), e0212686. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212686>

- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: The challenges ahead. *Lancet (London, England)*, 374(9696), 1196–1208.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4)
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., Freedman, L. S., Murad, H., Regier, N. G., Thein, K., & Dakheel-Ali, M. (2011). The Comprehensive Process Model of Engagement. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(10), 859–870.
<https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318202bf5b>
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Folkerts, A.-K., Roheger, M., Franklin, J., Middelstädt, J., & Kalbe, E. (2017). Cognitive interventions in patients with dementia living in long-term care facilities: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 73, 204–221.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.07.017>
- Gauthier, S., Rosa-Neto, P., Morais, J., & Webster, C. (2021). *World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia*. Alzheimer's Disease International.
- Herbschütz AG. (2020, Dezember 1). *Haus Herbschütz*. <https://herbschuetz.ch>
- Jing, W., Willis, R., & Feng, Z. (2016). Factors influencing quality of life of elderly people with dementia and care implications: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66, 23–41. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.04.009>
- Jutkowitz, E., Brasure, M., Fuchs, E., Shippee, T., Kane, R. A., Fink, H. A., Butler, M., Sylvanus, T., & Kane, R. L. (2016). Care-Delivery Interventions to Manage Agitation and Aggression in Dementia Nursing Home and Assisted Living Residents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(3), 477–488.
<https://doi.org/10.1111/jgs.13936>

- Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, 350(mar02 7), h369–h369.
<https://doi.org/10.1136/bmj.h369>
- Kim, S. K., & Park, M. (2017). Effectiveness of person-centered care on people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging, Volume 12*, 381–397.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S117637>
- Krippendorff, K. (2013). *Content analysis: An introduction to its methodology* (3rd ed). SAGE.
- Lai, N. M., Chang, S. M. W., Ng, S. S., Tan, S. L., Chaiyakunapruk, N., & Stanaway, F. (2019). Animal-assisted therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2019(11)*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013243.pub2>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1), 159. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet (London, England)*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Loi, S. M., Westphal, A., Ames, D., & Lautenschlager, N. T. (2015). Minimising psychotropic use for behavioural disturbance in residential aged care. *Australian Family Physician*, 44(4), 180–184.
- Martyr, A., Nelis, S. M., Quinn, C., Wu, Y.-T., Lamont, R. A., Henderson, C., Clarke, R., Hindle, J. V., Thom, J. M., Jones, I. R., Morris, R. G., Rusted, J. M., Victor, C. R., & Clare, L. (2018). Living well with dementia: A systematic review and correlational meta-analysis of factors

- associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia. *Psychological Medicine*, 48(13), 2130–2139. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000405>
- Maust, D. T., Kim, H. M., Seyfried, L. S., Chiang, C., Kavanagh, J., Schneider, L. S., & Kales, H. C. (2015). Antipsychotics, Other Psychotropics, and the Risk of Death in Patients With Dementia: Number Needed to Harm. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 438. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3018>
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11., aktual. und überarb. Aufl.). Beltz.
- Mayring, P. (2014, Januar). *Qualitative content analysis—Theoretical foundation, basic procedures and software solution*. https://www.researchgate.net/publication/266859800_Qualitative_content_analysis_-_theoretical_foundation_basic_procedures_and_software_solution
- McAlister, A., Lee, D., Ehlert, K., Kajfez, R., Faber, C., & Kennedy, M. (2017). Qualitative Coding: An Approach to Assess Inter-Rater Reliability. *2017 ASEE Annual Conference & Exposition Proceedings*, 28777. <https://doi.org/10.18260/1-2--28777>
- Möhler, R., Renom, A., Renom, H., & Meyer, G. (2018). Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009812.pub2>
- Neuner-Jehle, S. (2019). Polypharmazie bei Älteren. *Primary and Hospital Care: Allgemeine Innere Medizin*. <https://doi.org/10.4414/phc-d.2019.10047>
- Oba, H., Kobayashi, R., Kawakatsu, S., Suzuki, K., Otani, K., & Ihara, K. (2022). Non-pharmacological Approaches to Apathy and Depression: A Scoping Review of Mild Cognitive Impairment and Dementia. *Frontiers in Psychology*, 13, 815913. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.815913>
- Obsan. (2024, November 20). *Multimorbidität NCD (Alter: 15+)*. MonAM. <https://ind.obsan.ad-min.ch/indicator/monam/multimorbiditaet-ncd-alter-15>

- O'Donnell, E., Holland, C., & Swarbrick, C. (2022). Strategies used by care home staff to manage behaviour that challenges in dementia: A systematic review of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 133, 104260.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104260>
- OECD. (2015). *Addressing Dementia: The OECD Response*. OECD.
<https://doi.org/10.1787/9789264231726-en>
- Oppikofer, S. (2023, September). Lebensqualität ist auch bei Demenz möglich. *Auguste*.
<https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/auguste/demenzfreundlich-unterwegs/beitrag/lebensqualitaet-ist-auch-bei-demenz-moeglich-1>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—A web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 210.
<https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Saragih, I. D., Tonapa, S. I., Yao, C., Saragih, I. S., & Lee, B. (2022). Effects of reminiscence therapy in people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(6), 883–903. <https://doi.org/10.1111/jpm.12830>
- Savaskan, E. (2024). *Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Behavioralen und Psychischen Symptome der Demenz (BPSD)*. Aerzteverlag medinfo AG.
<https://doi.org/10.23785/PRAXIS.2024.01.001>

- Scales, K., Zimmerman, S., & Miller, S. J. (2018). Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S88–S102. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx167>
- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781529682571>
- Schuler, D., Roth, S., & Pellegrini, S. (2024). Psychopharmaka in der Demenzbehandlung. *OBSAN Bulletin*, 1–8.
- Schweizerische Eidgenossenschaft. (2016, Mai 25). *Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege*. <https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/bv/berichtvorstoesse/br-bericht-bestandesaufnahme-perspektiven-langzeitpflege.pdf.download.pdf/bericht-bestandesaufnahme-perspektiven-langzeitpflege-de.pdf>
- Speckemeier, C., Niemann, A., Weitzel, M., Abels, C., Höfer, K., Walendzik, A., Wasem, J., & Neusser, S. (2023). Assessment of innovative living and care arrangements for persons with dementia: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 23(1), 464. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04187-4>
- Steinmetz, A. (2016). *Nonverbale Interaktion mit demenzkranken und palliativen Patienten*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-11334-6>
- Travers, C., Brooks, D., Hines, S., O'Reilly, M., McMaster, M., He, W., MacAndrew, M., Fielding, E., Karlsson, L., & Beattie, E. (2016). Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: A systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(12), 163–225. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003230>
- Tuohy, D., Kingston, L., Carey, E., Graham, M., Dore, L., & Doody, O. (2023). A scoping review on the psychosocial interventions used in day care service for people living with dementia. *PloS One*, 18(12), e0295507. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295507>

Velde-van Buuringen, M. V. D., Hendriks-van Der Sar, R., Verbeek, H., Achterberg, W. P., & Caljouw, M. A. A. (2023). The effect of garden use on quality of life and behavioral and psychological symptoms of dementia in people living with dementia in nursing homes: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1044271.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1044271>

Wang, G., Albayrak, A., & Van Der Cammen, T. J. M. (2019). A systematic review of non-pharmacological interventions for BPSD in nursing home residents with dementia: From a perspective of ergonomics. *International Psychogeriatrics*, 31(8), 1137–1149.

<https://doi.org/10.1017/S1041610218001679>

Warren, A. (2023). BPSD reconsidered: Diagnostic considerations to preserve personhood in persons with dementia. *Frontiers in Dementia*, 2, 1272400.

<https://doi.org/10.3389/frdem.2023.1272400>

WHO. (2025, Mai 31). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Wiley Author Services. (2025). *CRediT*. <https://authorservices.wiley.com/author-resources/Journal-Authors/open-access/credit.html>

Wong, C., & Leland, N. E. (2016). Non-Pharmacological Approaches to Reducing Negative Behavioral Symptoms: A Scoping Review. *OTJR: Occupational Therapy Journal of Research*, 36(1), 34–41. <https://doi.org/10.1177/1539449215627278>

Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E. M., Spector, A. E., & Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(3).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub3>

World Health Organization (WHO). (2025, Mai 31). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Yan, Z., Traynor, V., Alananzeh, I., Drury, P., & Chang, H.-C. (Rita). (2023). The impact of mon-tessori-based programmes on individuals with dementia living in residential aged care: A

systematic review. *Dementia*, 22(6), 1259–1291.

<https://doi.org/10.1177/14713012231173817>

Ziegner, S., & Sarbach, C. (2024, März 20). *Konzept—Vida cotidiana®*.