

Fit mit MAKS UG
Elmar Gräßel

Grundlagen der MAKS-Therapie®



maks 

Demenz bremsen mit MAKS®:
Gruppentherapie für Menschen mit Demenz

Verlag
ClarCert GmbH

Prof. Dr. med. Elmar Gräßel

Grundlagen der MAKS-Therapie®

Demenz bremsen mit MAKS®: Gruppentherapie für Menschen mit
Demenz



1. Auflage 2025

Konzeptverantwortlicher MAKS®

Prof. Dr. med. Elmar Gräßel

Vertretung

Dr. rer. biol. hum. André Kratzer und
Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Anna Pendergrass

Autor

Prof. Dr. med. Elmar Gräßel

Impressum

Herausgeber

Fit mit MAKS UG (haftungsbeschränkt)
Pfarrer-Reis-Str. 8; D - 91077 Hetzles
Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Elmar Gräßel

ISBN: 978-3-946833-30-7

Design, Verlag & Vertrieb

ClarCert GmbH
Gartenstraße 24, D - 89231 Neu-Ulm

Schulung & Zertifizierung

ClarCert GmbH - Geschäftsbereich WissensWerk
schulung@clarcert.de

Copyright

© 2025 - Fit mit MAKS UG. Alle Rechte vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

1 Was ist Demenz?	7
1.1 Der Begriff „Demenz“	7
1.2 Das Demenzsyndrom	7
1.3 Demenzerkrankungen	8
1.4 Häufigkeit	9
1.5 Therapeutisches Ziel	10
2 Wie können wir Demenz bremsen?	11
2.1 Überblick über MAKS®	11
2.2 MAKS®-Schulungen durch ClarCert	13
2.3 Schulungsanerkennung für Betreuungskräfte	17
2.4 Würdigung der MAKS®-Schulung	18
2.5 Auszeichnungen für die MAKS®-Therapie	18
3 Basisinformationen zu MAKS®-m	19
3.1 Was ist MAKS®-m?	19
3.2 Welche Ziele hat MAKS®-m?	20
3.3 Welche gesetzliche Vorgaben und Expertenstandards erfüllt MAKS®-m?	22
3.4 Welche Grundsätze sind bei der Durchführung von MAKS®-m zu berücksichtigen?	24
3.5 Woraus besteht MAKS®-m?	25
3.6 Warum ist die richtige „therapeutische Haltung“ bei MAKS® wichtig?	30
4 Inhalte des Handbuchs für MAKS®-m	31
5 Wissenschaftlicher Hintergrund zu MAKS®-m	37
5.1 Gründe dafür, MAKS® regelhaft anzuwenden	37

5.2 Nachweis der Wirksamkeit von MAKS [®] -m	39
5.3 Bewertung der wissenschaftlichen Qualität der MAKS [®] -Studien	44
5.4 Erklärungsmodelle für die Wirksamkeit	45
5.5 Literaturverzeichnis	47
6 Basisinformationen zu MAKS[®]-mk+	51
6.1 Was ist MAKS [®] -mk+?	51
6.2 Wer kann MAKS [®] -mk+ anwenden?	52
6.3 Übersichtsplan zu MAKS [®] -mk+	53
7 Wissenschaftlicher Hintergrund zu MAKS[®]-mk+... 55	
7.1 Wissenschaftliche Studie zur Ermittlung der Wirksamkeit von MAKS [®] -mk+	55
7.2 Literaturverzeichnis	56
8 Basisinformationen zu MAKS[®]-s	57
8.1 Was ist MAKS [®] -s?	57
8.2 Welche Ziele hat MAKS [®] -s?	57
8.3 MAKS [®] -s-Therapieeinheit	58
9 Wissenschaftlicher Hintergrund zu MAKS[®]-s	59
9.1 Wissenschaftliche Studie zur Ermittlung der Wirksamkeit von MAKS [®] -s	59
9.2 Literaturverzeichnis	62
10 Über den Autor: Prof. Dr. med. Elmar Gräbel	63

1 Was ist Demenz?

1.1 Der Begriff „Demenz“

Demenz bedeutet wörtlich, dass die geistigen Fähigkeiten (lateinisch „mens“ bedeutet „Geist“) herabgesetzt sind (lateinisch „de“ bedeutet „herab“).

Bei Demenz muss unterschieden werden zwischen

- dem Krankheitsbild (bezeichnet als Demenzsyndrom), das aus verschiedenen einzelnen Krankheitszeichen (den sogenannten Symptomen) besteht, und
- den Ursachen für dieses Krankheitsbild, den einzelnen Demenzerkrankungen.

1.2 Das Demenzsyndrom

Ein Demenzsyndrom beruht auf einer krankhaften Veränderung des Gehirns und zwar in erster Linie auf einer Veränderung der Hirnrinde, der äußersten Schicht des Gehirns. Dabei kommt es zu Beeinträchtigungen verschiedener Funktionen (bzw. Fähigkeiten), die vor allem in der Hirnrinde ihren Ursprung haben:

Es kommt zu Gedächtnisstörungen, insbesondere des Kurzzeitgedächtnisses. Aber auch weitere Fähigkeiten können betroffen sein, z. B. die Orientierungsfähigkeit, die Abstraktionsfähigkeit, das Urteilsvermögen, die Sprache, die Fähigkeit zu schreiben oder zu zeichnen, etc. Welche Fähigkeiten betroffen sind, ist von Fall zu Fall unterschiedlich.

Es bleibt jedoch nicht nur bei Einschränkungen des Denkens, in der Fachsprache als Kognition bezeichnet. Bei Demenz sind die Beeinträchtigungen so stark, dass es

ebenfalls zu deutlichen Einschränkungen der alltagspraktischen Fähigkeiten kommt, sodass eine vollständig selbstständige Lebensführung nicht mehr möglich ist.

Außerdem können, müssen aber nicht, emotionale (Depressivität, Angst, etc.) und verhaltensbezogene Symptome (Unruhe, Aggressivität, Teilnahmslosigkeit, etc.) auftreten.

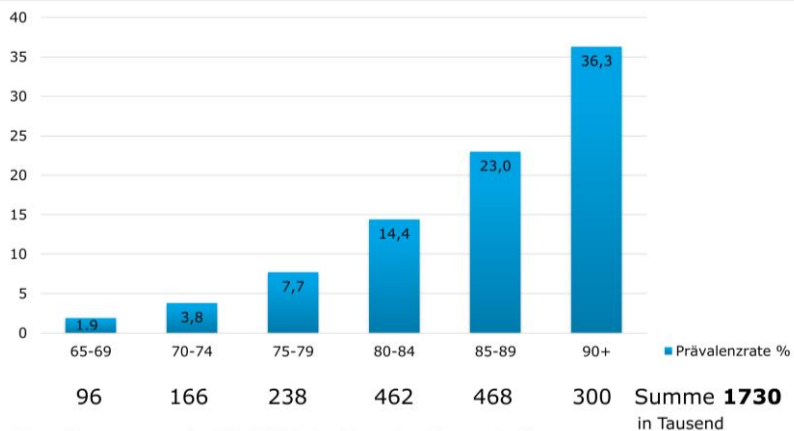
1.3 Demenzerkrankungen

Das Krankheitsbild Demenz kann von verschiedenen Erkrankungen verursacht werden. Am häufigsten ist die Alzheimer-Demenz. In der Forschung geht man davon aus, dass mindestens die Hälfte aller Demenzerkrankungen vom Alzheimer-Typ sind. In fortgeschrittenen Verlaufsstadium kommt es zu einem zunehmenden Verlust an Nervenzellen in der Hirnrinde. Diesen Vorgang bezeichnet man als Degeneration. Es gibt weitere, seltener auftretende Formen degenerativer Demenzen, z. B. die Frontotemporale Demenz (FTD). Am zweithäufigsten sind gefäßbedingte (vaskuläre) Demenzen; hervorgerufen durch Durchblutungsstörungen vor allem der kleinen Gefäße im Gehirn. Relativ häufig sind auch Mischformen zwischen Alzheimer-Demenz und vaskulärer Demenz.

1.4 Häufigkeit

In Deutschland wird in Hochrechnungen eine Zahl von insgesamt ca. 1,8 Millionen Menschen mit Demenz angegeben. (Quelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2025)

Prävalenz der Demenzen in Deutschland in Abhängigkeit vom Lebensalter



Hinzu kommen noch 106.000 Betroffene im Alter zwischen 40 und 64 Jahren (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2025)

Erläuterung: Prävalenz bedeutet Krankheitshäufigkeit. Entsprechend bedeutet z. B. der zweite Balken von links, dass 3,8 Prozent der Menschen im Alter von 70 bis 74 Jahren eine Demenz haben; das sind insgesamt 166.000 Betroffene in Deutschland.



Weitere Informationen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. finden Sie hier:

<https://www.deutsche-alzheimer.de/>

1.5 Therapeutisches Ziel

Es ist derzeit nicht möglich, durch ein Arzneimittel oder eine andere Therapieform degenerative Demenzen so zu behandeln bzw. zu beeinflussen, dass die Krankheit endgültig gestoppt wird, das heißt, dass nach Therapiebeginn lebenslang kein Fortschreiten der Demenzsymptomatik mehr auftritt. Die Schlussfolgerung daraus lautet, dass es ein spürbarer Therapieerfolg ist, wenn für eine gewisse, möglichst lange Zeit die Demenzsymptomatik gar nicht oder deutlich verlangsamt fortschreitet und somit eine bedeutende Verzögerung im Krankheitsverlauf eintritt. Zusammengefasst heißt das:

Da es sich bei einem Demenzsyndrom meistens um einen fortschreitenden (progressiven) Krankheitsverlauf handelt, ist es das wichtigste Behandlungsziel, diesen Verlauf günstig zu beeinflussen, d. h. die Demenz zu bremsen.

2 Wie können wir Demenz bremsen?

2.1 Überblick über MAKS®

MAKS®

ist die Gruppentherapie zur Behandlung des Demenzsyndroms, die aus vier Komponenten (Modulen) besteht. Diese beinhalten **m**otorische, **a**lltagspraktische und **k**ognitive Übungselemente, die in der Gruppe, also in einem **s**ozial-kommunikativen Rahmen durchgeführt werden. „Kognitiv“ bezeichnet Vorgänge im Gehirn, die vor allem Denken und Gedächtnis betreffen.

Die Wirksamkeit von MAKS® wurde in zwei umfangreichen wissenschaftlichen Verlaufsstudien nachgewiesen. Da kognitive und alltagspraktische Fähigkeiten auf dem Ausgangsniveau (vor Therapiebeginn) stabilisiert und Verhaltensweisen der Demenzbetroffenen verbessert werden konnten, gilt:

Demenz bremsen mit
maks 

Das Demenzsyndrom wird in drei Schweregrade eingeteilt:

- leichte Demenz,
- moderate (mittelschwere) Demenz und
- schwere Demenz.

Mit Zunahme des Schweregrads des Demenzsyndroms nehmen die Fähigkeiten der Betroffenen im Durchschnitt ab und die emotionalen und Verhaltenssymptome zu. Um wirksam zu sein, muss die MAKS®-Therapie entsprechend an die verschiedenen Schweregrade der Demenz angepasst sein.

Es gibt deshalb zwei Formen der MAKS®-Therapie:

- **MAKS-m** für leichte und mittelschwere Demenz
- **MAKS-s** für schwere Demenz.

Um MAKS® wirksam anwenden zu können, sind zwei Voraussetzungen zu beachten:



1. Erfolgreicher Abschluss der MAKS®-Therapie-Schulung.
2. Sie führen die MAKS®-Therapie nach dem jeweiligen Handbuch durch, das zur Schulung gehört.

2.2 MAKS[®]-Schulungen durch ClarCert

MAKS[®]-m für leichte und mittelschwere Demenz

Die Schulung zum zertifizierten MAKS[®]-m-Therapeuten bzw. zur zertifizierten MAKS[®]-m-Therapeutin umfasst 24 Unterrichtseinheiten. Block 1 (16 Unterrichtseinheiten) findet an zwei aufeinanderfolgenden Tagen statt, Block 2 (8 Unterrichtseinheiten) folgt im Abstand von ca. 6 Wochen bis 6 Monaten.

Zertifizierungsvoraussetzungen:

- Zur Zertifizierung muss die MAKS[®]-m-Therapie-Schulung (mit insgesamt 24 Unterrichtseinheiten) durch einen lizenzierten MAKS[®]-Dozenten bzw. einer MAKS[®]-Dozentin vollständig absolviert werden.
- Für die Zertifizierung ist die Abgabe zweier Praxisberichte (über je eine vollständig durchgeführte Therapie-Einheit, die zwischen dem 1. und 2. Schulungsblock durchgeführt wurde), inklusive der Beantwortung der Fragen über den Theorieteil von MAKS[®], notwendig.

Das Zertifikat hat eine Gültigkeit von 3 Jahren und kann vor Ablauf durch eine eintägige Re-Zertifizierungsschulung verlängert werden.

Nach dem ersten Schulungsblock erhalten alle angehenden MAKS[®]-Therapeuten und MAKS[®]-Therapeutinnen das aktuelle Handbuch für MAKS[®]-m kostenfrei als PDF.

MAKS[®]-s für schwere Demenz

MAKS[®]-s eignet sich für schwere Demenz und dient als Weiterbildungsschulung nach MAKS[®]-m. Die Schulung umfasst insgesamt 16 Unterrichtseinheiten und findet an zwei aufeinanderfolgenden Tagen statt.

Zertifizierungsvoraussetzungen:

- Zur Zertifizierung muss die MAKS[®]-s-Therapie-Schulung durch einen lizenzierten MAKS[®]-Dozenten bzw. einer MAKS[®]-Dozentin vollständig absolviert werden.
- Eine Zertifizierung zum MAKS[®]-s-Therapeuten bzw. zur MAKS[®]-s-Therapeutin kann nur mit gültiger MAKS[®]-m-Zertifizierung erfolgen.

Das Zertifikat wird an die Laufzeit des MAKS[®]-m-Zertifikats gekoppelt. Im Nachgang der Zertifizierung erhalten alle Teilnehmenden der Schulung das aktuelle Handbuch für MAKS[®]-s kostenfrei als PDF.

MAKS®-Vertiefungstag / MAKS®-Re-Zertifizierung

Der MAKS®-Vertiefungstag für zertifizierte MAKS®-Therapeutinnen und MAKS®-Therapeuten (MAKS®-m und MAKS®-s) umfasst insgesamt 8 Unterrichtseinheiten und dient dazu, die erlebte Praxis mit MAKS® zu reflektieren und Herausforderungen zusammen zu besprechen sowie Lösungskonzepte zu erarbeiten.

Zertifizierungsvoraussetzungen:

- Das Zertifikat kann frühestens 1 Jahr vor Ablauf der Zertifikatsgültigkeit bis maximal 6 Monate nach Ablauf der Gültigkeit immer wieder um weitere 3 Jahre verlängert werden.

Eine Teilnahme am Vertiefungstag zu einem früheren Zeitpunkt ist möglich, kann aber nicht als Re-Zertifizierung anerkannt werden.

MAKS®-Einrichtungszertifizierung

ClarCert bietet eine MAKS®-Einrichtungszertifizierung an. Ziel ist es, Betroffenen und Angehörigen den Zugang zur Therapie zu erleichtern, Transparenz zu schaffen und dadurch die pflegerische Betreuungsqualität nachhaltig zu verbessern.

Zertifizierte MAKS®-Einrichtungen erfüllen folgende Anforderungen und legen entsprechende Nachweise vor:

- In mindestens 80% der Kalenderwochen muss der erforderliche Wochenbedarf an MAKS®-Therapieeinheiten nachweislich erbracht werden. Die MAKS®-Therapie muss mindestens einmal je Kalenderwoche durchgeführt werden.
- Notwendiger Personalschlüssel: mindestens 2 zertifizierte MAKS®-Therapeutinnen bzw. -Therapeuten.
- Bei mindestens 80 % der durchgeführten MAKS®-m-Therapieeinheiten wurde die Gruppengröße von 12 Teilnehmenden nicht überschritten.
- Erfüllen der notwendigen räumlichen und materiellen Voraussetzungen.

Zertifizierte MAKS®-Einrichtungen werden online unter ClarMap (www.clarmap.com) veröffentlicht und können über die Umkreissuche von Betroffenen, Angehörigen und Interessierten gefunden werden.

Weitere Informationen über die Schulungen und die Zertifizierungen der MAKS®-Therapie finden Sie unter:

www.maks-therapie.de



www.clarcert.de



2.3 Schulungsanerkennung für Betreuungskräfte

Stellungnahme vom GKV-Spitzenverband bezüglich der Anerkennung der Multiplikatorenschulung im Bereich Pflegeprävention nach § 5 SGB XI als Fortbildung gemäß § 53b SGB XI in Verbindung mit § 43b SGB XI:

*„Sofern Multiplikator*innen-Schulungen im Bereich Prävention nach § 5 SGB XI die Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte bzw. den Inhalt der Basis-Module (1-3) nach § 4 Abs. 3 der Richtlinien nach § 53b SGB XI in einem oder mehreren Punkten berühren und eine Reflexion der beruflichen Praxis erfolgt, kann der Stundenumfang auf den Mindestumfang der regelmäßigen Fortbildung nach § 4 Abs. 4 der Richtlinien nach § 53b SGB XI angerechnet werden.“*

Entsprechend dieser Aussage kann die MAKS®-Schulung für Betreuungskräfte vollständig angerechnet werden.

2.4 Würdigung der MAKS®-Schulung

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAIzG) bewertet die nach einem Lehrplan durchgeführte (= curriculare) MAKS®-Schulung wie folgt (Zitat):

„Die curriculare MAKS®-Therapeuten-Fortbildung, für deren Konzept Prof. Dr. med. Elmar Gräßel verantwortlich ist, entspricht in ihrer nichtpharmakologischen, psychosozialen Ausrichtung vollumfänglich den Grundsätzen der DAIzG.“

(Berlin, den 6. März 2024)

MAKS® ist „nichtpharmakologisch“, da es **nicht** auf dem Einsatz von Arzneimitteln beruht.

2.5 Auszeichnungen für die MAKS®-Therapie

Auf Grundlage der Empfehlung von unabhängigen Expertengremien wurde die MAKS®-Therapie mit folgenden Preisen ausgezeichnet:

- Erlanger Preis für Medizin, Technik & Gesundheit 2011
- Theo und Friedl Schöller-Preis für Altersmedizin 2018
- MSD-Gesundheitspreis 2024



3 Basisinformationen zu MAKS®-m

3.1 Was ist MAKS®-m?

MAKS®-m

motorisch, **a**lltagspraktisch, **k**ognitiv, **s**ozial-kommunikativ

ist eine nicht-medikamentöse Therapie zur Behandlung der leichten („mild“) und mittelschweren („moderaten“) Demenz, deren Wirksamkeit wissenschaftlich in mehreren Studien nachgewiesen wurde (siehe Kapitel 5.2 „Nachweis der Wirksamkeit von MAKS®-m“).

Sie besteht aus den vier Komponenten (**m**otorische, **k**ognitive und **a**lltagspraktische Förderung sowie einem **s**ozial-kommunikativen Einstieg), die in jeder Therapieeinheit in fester Reihenfolge durchgeführt werden.



Das „m“ (in MAKS®-m) steht für die milde oder moderate Form der Demenz.

Die Wirkung der MAKS®-Therapie ist bereits bei einer regelmäßigen Durchführung von mindestens 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche nachgewiesen (siehe Kapitel 5.2 „Nachweis der Wirksamkeit von MAKS®-m“).

Das vorliegende Buch vermittelt in kompakter Form die Grundlagen der MAKS®-Therapie.



3.2 Welche Ziele hat MAKS®-m?

MAKS®-m zielt darauf ab, die Versorgungssituation bei Demenz für alle Beteiligten spürbar zu verbessern.

- **Für die von Demenz betroffenen Menschen**

Oberstes Ziel der MAKS®-Therapie ist die möglichst langfristige und wirksame Förderung von Personen mit Demenz, sodass deren kognitive und alltagspraktische Fähigkeiten stabilisiert werden, die Selbstständigkeit (Autonomie) so lange wie möglich erhalten wird und die Lebensqualität möglichst gut und stabil ist.

- **Für die MAKS®-Therapeutinnen und -Therapeuten**

Für die MAKS®-Therapeutinnen und MAKS®-Therapeuten bedeutet die Durchführung der Intervention einen Zugewinn ihres Handlungs- und Kompetenz-

bereichs, der die Sinnhaftigkeit ihres Handelns stärkt und als sehr positiv erlebt wird.



Das Umfrageergebnis von 2025 aus der „Evaluationsauswertung MAKS®“ finden Sie hier: <https://maks-therapie.de/aktuelles-presse/#downloads>



- **Für die pflegenden Angehörigen**

Wenn die Personen mit Demenz zuhause leben (z. B. in der Tagespflege) wirkt sich MAKS® auch positiv auf das Belastungserleben der pflegenden Angehörigen aus. Dies kommt dadurch zustande, dass durch MAKS® die alltagspraktischen Fähigkeiten und damit die Selbstständigkeit im Alltag gefördert wird und die psychischen (insbesondere die Depressivität) und Verhaltenssymptome (insbesondere das soziale Verhalten) verbessert werden. Als Folge davon wird die häusliche Versorgung der Menschen mit leichter bis moderater Demenz für die Angehörigen erleichtert.

- **Für die Einrichtungen, die MAKS® durchführen**

MAKS® stellt eine die Organisationsstruktur fördernde Maßnahme für die Einrichtungen dar, in denen MAKS® regelmäßig durchgeführt wird. Dies hat vor allem drei Gründe:

- 1) Mit MAKS® führen die Einrichtungen eine strukturierte Maßnahme zur Förderung der ihnen anvertrauten Personen mit Demenz durch, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist (siehe Kapitel 5.2 „Nachweis der Wirksamkeit von MAKS®-m“).
- 2) Sie erfüllen mit der Durchführung von MAKS® die gesetzlichen Vorgaben und die Empfehlungen des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ in stationären und teilstationären Einrichtungen (DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege - 05/2019, siehe 5.5 „Literaturverzeichnis“).
- 3) Sie können durch den Nachweis von geschulten, zertifizierten MAKS®-Therapeutinnen und MAKS®-Therapeuten neben einer Kompetenzsteigerung dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch deren Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit erhöhen (Goller et al. 2025, siehe 5.5 „Literaturverzeichnis“).

Schließlich ist die Durchführung von MAKS® ein Qualitätsmerkmal der Einrichtung selbst, das auch in der Außendarstellung – und hier im Vergleich zu anderen Einrichtungen – ein vorteilhaftes Strukturmerkmal ist (siehe „Einrichtungszertifizierung“ im Kapitel 2.2 „MAKS®-Schulungen durch ClarCert“).

3.3 Welche gesetzliche Vorgaben und Expertenstandards erfüllt MAKS®-m?

Die Anwendung von MAKS® erfüllt die Empfehlung des Expertenstandards und gesetzliche Vorgaben:

- MAKS® ist ausgerichtet auf Kommunikation und Interaktion zwischen den Teilnehmenden in der Gruppe

sowie zwischen den Teilnehmenden und den anleitenden Personen. Diese Ausrichtung wird durch das soziale Modul verstärkt. Deshalb ermöglicht MAKS® den Pflegefachkräften die Umsetzung des **Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“**.

Hier heißt es im Prozesskriterium 4: „Die Pflegefachkraft gewährleistet und koordiniert das Angebot sowie die Durchführung von beziehungsfördernden und beziehungsgestaltenden Maßnahmen“ (DNQP 2019, siehe 5.5 „Literaturverzeichnis“).

- MAKS® erfüllt die Anforderungen des **Leitfadens „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“** (GKV-Spitzenverband 2023, siehe 5.5 „Literaturverzeichnis“). MAKS® deckt zwei Bereiche ab: Einerseits das Handlungsfeld mit dem Ziel des Erhalts der kognitiven Leistungsfähigkeit, indem „Bewegungen, welche eine Verbesserung der Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens und der kognitiven Leistungsfähigkeit bewirken können“, durchgeführt werden. Andererseits das Handlungsfeld mit dem Ziel der Verbesserung der psychosozialen Gesundheit, indem eine „Förderung der Teilhabe Pflegebedürftiger an sozial anerkannten Aktivitäten“ erfolgt.
- MAKS® entspricht der Zielsetzung des **Präventionsgesetzes**; Bundesgesetzblatt 2015; Artikel 6: Änderung des SGB XI § 5; Absatz 1, Satz 1:

„Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention [...] erbringen, indem sie [...] Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen.“

Der Nachweis der Wirksamkeit von MAKS®-m (siehe Kapitel 5.2 „Nachweis der Wirksamkeit von MAKS®-m“) und die Erfüllung der hier dargestellten gesetzlichen Vorgaben und des Expertenstandards für die Versorgung von Menschen mit Demenz begründen den **flächendeckenden Einsatz von MAKS®** und zwar überall dort, wo Menschen mit Demenz zusammenkommen und mit der MAKS®-m-Therapie versorgt werden können, das heißt unter anderem in Pflegeheimen, Tagespflegen, ambulant-betreuten Wohngemeinschaften, Betreuungsgruppen, etc.

3.4 Welche Grundsätze sind bei der Durchführung von MAKS®-m zu berücksichtigen?

Die Anwendung von MAKS®-m ist nach den folgenden fünf Grundsätzen durchzuführen:

- Für die Durchführung von MAKS®-m wird das **Handbuch für MAKS®-m** benutzt, welches jede geschulte MAKS®-Therapeutin und jeder geschulte MAKS®-Therapeut im Rahmen der Schulung erhält. Nur dieses Handbuch ist nach den Richtlinien der MAKS®-Therapie **geprüft** und **freigegeben**.
- MAKS® wird von geschulten und zertifizierten Personen durchgeführt (unter anderem von Pflegepersonen, Betreuungspersonen, Ergotherapeutinnen / Ergotherapeuten sowie weiteren für die Durchführung von MAKS® geeigneten Berufsgruppen).
- Eine MAKS®-Therapieeinheit beinhaltet immer Übungen aus allen 4 Modulen **m – a – k – s** in der Reihenfolge **s – m – k – a**.
- Der Schwierigkeitsgrad der Übungen wird passend auf das durchschnittliche Fähigkeitsniveau der Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer ausgerichtet. Aus

diesem Grund gibt es vor allem im kognitiven Modul Übungen mit unterschiedlichem Schwierigkeitsgrad. Es gilt der Grundsatz, dass sowohl eine Überforderung (durch zu schwere Übungen) als auch eine Unterforderung (durch zu leichte Übungen) vermieden werden soll.

- MAKS®-m wird in Gruppen von maximal 12 Personen mit leichter oder mittelschwerer Demenz durchgeführt, die durch geschulte und zertifizierte MAKS®-Therapeutinnen und / oder MAKS®-Therapeuten angeleitet werden.

3.5 Woraus besteht MAKS®-m?

Die MAKS®-Therapie findet als Gruppentherapie in fester Reihenfolge der einzelnen Module statt. Die Reihenfolge entspricht nicht dem Namen „MAKS®“, sondern wird wie folgt durchgeführt:

s-m-k-a

Die Durchführung einer s-, m-, k- und a-Übung in dieser Reihenfolge wird als MAKS®-Therapieeinheit bezeichnet.

Nachfolgend werden die vier Module überblicksartig dargestellt:



Funktion:

Erleben als Teil der Gruppe, Förderung von sozialen Fähigkeiten durch Interaktion, Förderung des Erlebens von Sinnhaftigkeit durch Ansprache von entsprechenden Bedürfnissen und Themen, Vermittlung von Wertschätzung für den Einzelnen.

Beispielhafte Inhalte:

Die Begrüßung ist fester Bestandteil des sozial-kommunikativen Moduls. Darüber hinaus wird in den Tagesplänen zwischen vier Aspekten sozial-kommunikativer Anregung unterschieden, die sich abwechseln sollten:

- *Gestaltung der Mitte*: Gemeinsame Ausgestaltung und Dekoration der Mitte des Stuhlkreises zur Betonung der Gemeinsamkeit und zur Vorbereitung der nachfolgenden Therapieinhalte.
- *Hinführung / Impuls*: Lied, Gedicht oder Text als Gedankenstoß und gegebenenfalls Anregung für den sozialen Austausch.
- *Austauschrunde*: Unterhaltung und Austausch zu vorgegebenen Themen und Fragen; Ausrichtung auf soziale Interaktion, biographische Bezüge, Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Erleben.
- *Meditation / Achtsamkeit*: Wahrnehmungs- und Beobachtungselemente zur Förderung des sich im Hier-und-Jetzt-Befindens und zur Schulung der Sinne.



Funktion:

Bewegung der oberen und unteren Gliedmaßen, Förderung der Beweglichkeit, Schulung der Grob- und Feinmotorik, Stärkung von Gleichgewicht und Sturzprophylaxe – vermittelt über die Sinneswahrnehmung. Bewegungen werden hier gezielt beobachtet („Sehen“) und nachfolgend durch gezielte Bewegungen gesteuert; deshalb auch als „senso“-motorisches Modul bezeichnet. Es geht hier also nicht um ein motorisches Ausdauertraining, das Herz- und Kreislauf trainieren soll.

Beispielhafte Inhalte:

Lockerungsübungen, Stapelspiele, Bewegungsspiele, feinmotorische Übungen, verschiedene Spiel- und Sportarten (z. B. Kegeln, Dartspiel usw.), Gleichgewichtsübungen.



Funktion:

Anregung und Förderung kognitiver Vorgänge (Merken, Wiedererkennen, räumliches Denken, gedankliche Verknüpfungen bilden, etc.), Aktivierung von Allgemeinwissen, Förderung von Kulturtechniken (Schreiben, Rechnen, etc.).

Beispielhafte Inhalte:

Buchstaben erkennen, Muster übertragen, Durchstreich-Aufgaben, Kalender-Aufgaben, Linien abzeichnen, Sätze und Wörter verbinden, Symbolpaare zählen, Zahlenpaare anstreichen, Ziffern schreiben, Formen erkennen. Die Übungen sind meist in verschiedenen Schwierigkeitsgraden vorhanden.



Funktion:

Alltagspraktische Aktivierung fördert, neben den unmittelbaren, im Alltag nutzbaren Fertigkeiten und Techniken, wie z. B. handwerkliche Kompetenzen, die Grob- und Feinmotorik. Auch kognitive Fähigkeiten werden hier zusätzlich angesprochen und bei gemeinschaftlichen Tätigkeiten auch die soziale Interaktion.

Beispielhafte Inhalte:

Bastelarbeiten (z. B. Neujahrssterne, Papiergirlanden), Aktivitäten aus dem Haushalt (Kochen, Backen), handwerklich Tätigkeiten (z. B. Schlüsselbrett herstellen) sowie gesellschaftliche Aktivitäten (z. B. Gesellschaftsspiele wie Domino).

3.6 Warum ist die richtige „therapeutische Haltung“ bei MAKS® wichtig?

Da MAKS® von handelnden Personen, den MAKS®-Therapeutinnen und -Therapeuten, angewandt wird, sind sie die Schlüsselstelle für den Erfolg der MAKS®-Therapie. Ihre Einstellung zu MAKS®, ihr Verhalten gegenüber den Menschen mit Demenz, die Art ihres Vorgehens und ihr Engagement MAKS® umzusetzen, sind der Schlüssel zum Erfolg. Dies alles wird als „therapeutische Haltung“ bezeichnet.

In der Schulung zur MAKS®-Therapie werden daher nicht nur die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz betrachtet. Auch die Situation der Therapeutinnen und Therapeuten und die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Durchführung der MAKS®-Therapie werden behandelt.

Daher kann MAKS® nur nach dem Besuch einer zertifizierten Schulung wirklich erfolgreich durchgeführt werden, bei der neben der richtigen Handhabung von MAKS® auch die notwendige „therapeutische Haltung“ ein wichtiges Thema ist.



Nähere Informationen zu den MAKS®-Schulungen der Zertifizierungsstelle ClarCert finden Sie unter <https://www.clarcert.com/schulungen-personenqualifizierung/maks/vorstellung.html>.



4 Inhalte des Handbuchs für MAKS®-m

Das Handbuch für MAKS®-m beinhaltet die gesamten Informationen, die für die Durchführung der MAKS®-Therapie benötigt werden, insbesondere über 700 Seiten mit Übungsvorlagen. Es wird an den Schulungsteilnehmenden kostenfrei als PDF zugesendet.

Es ist in folgende **Bereiche** gegliedert:

- **Wie nutze ich das Handbuch für MAKS®-m?**
- **Übungen zu den vier Modulen von MAKS®-m:** das soziale, das (senso-)motorische, das kognitive und das alltagspraktische Modul
- **Tagespläne** (Arbeitshilfen)
- **Materialien zur Durchführung der MAKS®-m-Therapie**

Um MAKS®-m fachgerecht und damit wirksam anwenden zu können, ist eine zertifizierte Schulung notwendig.



Nähere Informationen zu den MAKS®-Schulungen der Zertifizierungsstelle ClarCert finden Sie unter <https://www.clarcert.com/schulungen-personenqualifizierung/maks/vorstellung.html>.



Zu „Übungen zu den vier Modulen von MAKS®-m“:

Auf über 700 Seiten ist die Vielzahl der Übungen zum **sozialen**, **motorischen**, **kognitiven** und **alltagspraktischen** Modul dargestellt. Alle Übungen sind geordnet und durchnummeriert.

Eine MAKS®-m-Therapieeinheit dauert ca. 2 Stunden und wird wie folgt durchgeführt:

MAKS-m-Therapieeinheit

Soziale Einstimmung

🕒 CA. 10 MINUTEN

Motorische Aktivierung

🕒 CA. 30 MINUTEN

Pause: Trinken; Toilettengang

🕒 CA. 10 MINUTEN

Kognitive Aktivierung

🕒 CA. 30 MINUTEN

Alltagspraktische Aktivierung

🕒 CA. 40 MINUTEN

Zu „Tagespläne (Arbeitshilfen)“:

„Tagespläne“ sind erprobte Therapieeinheiten von MAKS®-m. Sie enthalten jeweils eine Übung zu jedem der vier Module von MAKS®-m, die gut zusammenpassen und deren Kombination sich in der Praxis bewährt hat. Sie dienen der Erleichterung der Durchführung von MAKS®-m und sind als Vorschläge zu verstehen. Erfahrene MAKS®-Therapeuten und MAKS®-Therapeutinnen können sich aus den Übungen der vier Module ebenfalls eigene Tagespläne erstellen. Im Handbuch für MAKS®-m sind ca. 250 Tagespläne aufgeführt.

Hier ein Beispiel:

Vorbereitung:

- **Materialien** für die geplanten Übungen bereitstellen
- Wenn möglich: Nutzung **Tageslichtleuchte**
- **Brillen, Hörhilfen** und **Namenschilder** bereithalten

Zeit	Inhalte
10 Min	<p>Einstimmung in der Gruppe</p> <p>↻</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einstimmung zu Beginn und Begrüßung (mit Tag, Datum) 2. Gestaltung der Mitte: bunte Gegenstände, Blumen
30 Min	<p>(Senso-)motorische Aktivierung</p> <p>↻</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einstimmung zur Bewegung 2. Aufwärmphase: 1.1 Einfaches Aufwärmen und Lockern, 1-5 Minuten <p>↻</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Hauptteil: 2.4.28 Tischkickerturnier, 20-25 Minuten 4. Einleitung der Pause
10 Min	PAUSE
30 Min	<p>Kognitive Aktivierung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aufwärmübung: 1.4 Sortieren, ca.10 Minuten 2. Übungen für den Hauptteil, insgesamt ca. 20 Minuten
40 Min	<p>Alltagspraktische Aktivierung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hauptteil: Mit Eiern gemeinsam Omeletts oder Rührei zubereiten und zusammen essen. Teilnehmer sollen dabei die Eier möglichst selber aufschlagen (feinmotorische Aktivierung). <p>↻</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Abschluss-Ritual

Beispielhafter Wochenplan zu MAK[®]-m

Tägliches Angebot von Montag bis Freitag, ca. 2 Stunden am Vormittag

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
10 Min	Gestaltung der Mitte: Geburtstagskerzen Geburtstagskarte Impuls: Gedicht vorlesen Austauschrunde: „Mein Geburtstag - Grund zum Feiern“	Gestaltung der Mitte: Fotos von berühmten Freunden Impuls: Lied: "Ein Freund, ein guter Freund..." Austauschrunde: „Beste Freunde – Was macht den Freund zum besten Freund?“	Gestaltung der Mitte Märchenbuch Impuls Märchen vorlesen Austauschrunde „Weisheit der Märchen“- Welche Rolle spielen Märchen für Sie? Wo sind Ihnen Märchen begegnet? Sind Märchen nur Unterhaltung oder auch lehrreich?	Gestaltung der Mitte Blumenstrauß Impuls Blumen sehen, riechen und berühren Austauschrunde "Wo Blumen blühen, lächelt die Welt" - Ihre Lieblingsblumen	Gestaltung der Mitte Waage Thermometer Zollstock Maßband Impuls Lied: Der Zylinderhut Austauschrunde „Messen und Wiegen“- Wo haben Sie ein Messinstrument verwendet? Ist es für Sie wichtig, immer exakt und genau zu sein? Meditation/ Achtsamkeit Atemübung
30 Min	Übungen mit Massagerolle Dosenwerfen	Aufwärmen nach Motto, Stapelspiele	Aufwärmen und Lockern, Spiele mit Bällen	Spiegeln, Tanzen nach Farben	Übung mit großem Gymnastikball, Bewegungsgeschichte
10 Min	P A U S E				
30 Min	Gymnastik mit Stiften, Hauptübung	Sortieren, Hauptübung	Fingerübungen, Hauptübung	Schere, Stein, Papier, Hauptübung	Sortieren, Hauptübung
40 Min	Mandelgugelhupf backen – Teil 1	Mandelgugelhupf backen – Teil 2	Ableger ziehen	Gartenarbeit	Schätzaufgabe

Zu „Materialien zur Durchführung der MAKS®-m-Therapie“:

Am Ende des Handbuchs für MAKS®-m ist eine **Materialliste** aufgeführt, die einen Überblick über die Grundausstattung bzw. über alle Materialien gibt, die für die vorgeschlagenen Tagespläne benötigt werden.



Materialliste

Die MAKS®-Materialliste besteht aus der Liste „**Grundausstattung**“ und aus der Liste „**Ausstattung für spezielle Übungen**“. Diese gibt einen Überblick über alle unverderblichen Materialien, die für die MAKS®-Therapie benötigt werden. Alle verderblichen Materialien, wie z. B. Zutaten für Rezepte oder auch benötigte Blumen, Zweige und Pflanzen werden hier nicht aufgeführt.

Bei der Durchführung der MAKS®-m-Therapie sollten die Tagespläne mit den einzelnen Übungen zeitlich so geplant werden, dass die notwendigen Materialien rechtzeitig bereitgestellt oder besorgt werden können. Als Hilfestellung findet sich im Nachgang der Materialliste ein „Notizzettel“, auf dem die benötigten Materialien notiert werden können („Einkaufsliste“).

Materialliste

Einkaufsliste für den Zeitraum von bis
Tagesplan/Einheiten:

Soziales Modul:

.....
.....
.....

(Sensio-)motorisches Modul:

.....
.....
.....
.....

Kognitives Modul:

.....
.....
.....

Alltagspraktisches Modul:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 Wissenschaftlicher Hintergrund zu MAKS®-m

5.1 Gründe dafür, MAKS® regelhaft anzuwenden

- Für Demenz gibt es bisher **kein „Heilmittel“**, d.h. die gegenwärtig zur Therapie der Alzheimer-Demenz zur Verfügung stehenden Arzneimittel besitzen nur eine sehr geringe Wirkstärke (Nachweis: Zeng et al. 2024). Sie können das weitere Nachlassen der kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten nicht aufhalten und sind außerdem mit verschiedenen Nebenwirkungen behaftet.
- Wird keine Behandlungsmaßnahme unternommen, **verschlimmert sich das Krankheitsbild der Demenz** zunehmend (Progression der Erkrankung), bis schließlich der Zustand einer schweren Demenz erreicht wird.
- Die Progression der Erkrankung wirkt sich nicht nur auf die direkt Betroffenen aus, sondern es steigt auch die **Belastung der pflegenden und betreuenden Personen**, insbesondere durch die Zunahme von psychischen und Verhaltenssymptomen (z. B. Aggressivität), die mit zunehmendem Schweregrad der Demenz häufiger werden.
- Untersuchungen haben gezeigt, dass es günstiger (effektiver) ist, wenn statt einer einzelnen Methode, z. B. kognitive Stimulation, mehrere Methoden, wie z. B. kognitives Training und körperliche Aktivierung, miteinander kombiniert werden (Nachweis: Oswald et al. 2001). Bei MAKS® werden vier Module miteinander kombiniert (**Multimodalität**): motorisches, alltags-

praktisches und kognitives Training in einer sozial-kommunikativen Umgebung (Gruppentherapie). Diese vier Komponenten tragen nach dem bio-psycho sozialen Gesundheitsmodell – bestehend aus körperlichen („bio“) und psychologischen Faktoren in einem sozialen Umfeld – erwiesenermaßen zum Erhalt der kognitiven Fähigkeiten bei (Nachweis: Spector und Orrell 2010).

- Während der Anwendung von MAKS® konnte das Fortschreiten der Krankheitssymptome für mindestens 12 Monate nachweislich aufgehalten werden (siehe Kapitel 5.2 „Nachweis der Wirksamkeit von MAKS®-m“). Den Pflege- und Betreuungspersonen, die MAKS® durchführen, steht somit ein wirksames „Instrument“ zur Verfügung, das ihnen eine **erfolgreiche Handlungskompetenz** vermittelt.
- Die **Einrichtungen**, die MAKS® anbieten, können ihren Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Gästen eine **qualitätsgesicherte, wirksame Methode** anbieten.
- MAKS® kommt somit **allen zugute**: den Demenzbetroffenen, den MAKS®-Therapeutinnen und MAKS®-Therapeuten, den Einrichtungen und im ambulanten Umfeld auch den pflegenden An- und Zugehörigen. Von diesem Effekt profitieren schließlich auch Kranken- und Pflegekassen und letztendlich das gesamte Gemeinwesen, die Gesellschaft.

5.2 Nachweis der Wirksamkeit von MAKS®-m

Die Wirksamkeit von MAKS®-m bei Menschen mit **leichter bis mittelschwerer Demenz** ist wissenschaftlich durch zwei randomisiert-kontrollierte* Studien untersucht und belegt worden:

- 1) Die „MAKS®-aktiv“-Studie wurde in den Jahren 2008 bis 2010 in Pflegeheimen (**stationäres** Setting) durchgeführt (finanziell gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der „Leuchtturm Demenz Initiative“).
- 2) Die „DeTaMAKS“-Studie wurde in den Jahren 2014 bis 2017 in Tagespflegen (in einem **teilstationären** Setting) durchgeführt (finanziell gefördert wurde die „DeTaMAKS“ Studie durch den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen und das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention).
[Anmerkung: „De“ steht für Demenz und „Ta“ für Tagespflege]

* Zur Erläuterung: **Warum ist es unerlässlich, eine Therapiestudie unter randomisiert-kontrollierten Bedingungen durchzuführen?**

Die randomisiert-kontrollierte Vorgehensweise ist das entscheidende Qualitätsmerkmal zur Überprüfung einer Therapiemaßnahme und gilt deshalb als wissenschaftlicher „Goldstandard“. Bei diesem Vorgehen werden die Studienteilnehmenden nach dem Zufallsprinzip („randomisiert“) auf zwei Gruppen verteilt, nämlich einerseits auf die sog. Interventionsgruppe, die die Maßnahme erhält (in unseren Studien also MAKS®), und auf die sog. Kontrollgruppe, die die Maßnahme MAKS® **nicht** erhält, ansonsten aber keine Einschränkungen erfährt. Erst durch den Vergleich dieser

beiden Gruppen im Zeitverlauf (Gruppe **mit** MAKS® und Gruppe **ohne** MAKS®) ist zu erkennen, ob die untersuchte Maßnahme (in unseren Studien MAKS®) wirklich zu besseren Werten (Ergebnissen) führt als ohne MAKS®.



Weitere ausführlichere Informationen zu den Ergebnissen beider Studien finden Sie auf der MAKS®-Homepage unter folgendem Link:

<https://www.maks-therapie.de>



Dort können unter der Rubrik „MAKS-Therapien“ die meisten der nachfolgend genannten wissenschaftlichen Arbeiten entweder direkt kostenlos heruntergeladen werden oder sie sind verlinkt.

Nachfolgend sind die wichtigsten wissenschaftlichen Ergebnisse aus beiden Studien in kurzen Stichworten zusammengefasst.

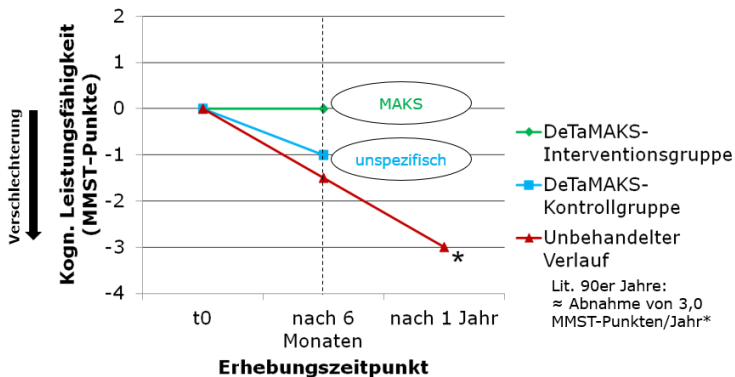
Die **MAKS®-m-Therapie** ...

- stoppt die weitere Verschlechterung verschiedener geistiger Fähigkeiten, bezeichnet als „**globale Kognition**“ – im Pflegeheim untersucht für den Zeitraum von 12 Monaten (Beleg: Graessel et al. 2011);
- stoppt das weitere Nachlassen der **alltagspraktischen Fähigkeiten** – im Pflegeheim untersucht für 12 Monate (Beleg: Graessel et al. 2011);
- verbessert das **soziale Verhalten** – im Pflegeheim untersucht für 6 Monate (Beleg: Luttenberger et al. 2012);
- vermindert **Verhaltensweisen, die von Pflegepersonen als auffordernd** oder belastend empfunden werden – im Pflegeheim untersucht für 6 Monate (Beleg: Luttenberger et al. 2012);
- in der **Tagespflege** sind die Ergebnisse zu Kognition, alltagspraktischen Fähigkeiten und Verhaltensweisen ähnlich positiv wie im Pflegeheim (Beleg: Straubmeier et al. 2017);
- wirkt auch bei Anwendung **außerhalb wissenschaftlicher Studien**, also im „Normalfall“ der Pflege- und Betreuungssituation (Beleg: Gräßel et al. 2022);
- wirkt grundsätzlich – egal in welchem Umfeld MAKS®-m angewandt wird – **ohne Nebenwirkungen** (Beleg: Graessel et al. 2011 und Straubmeier et al. 2017);

- bereitet den Teilnehmenden eine **positiv erlebte Zeit in der Gemeinschaft** (Beleg: ClarCert 2025, Evaluationsauswertung MAKS®);
- ermöglicht den MAKS®-Therapeutinnen und MAKS®-Therapeuten einen **Zugewinn an Handlungskompetenz, Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit** (Beleg: Goller et al. 2025);
- weist im **Vergleich zu den Arzneimitteln**, die gegenwärtig zur Behandlung der Alzheimer-Demenz zugelassen sind, eine Stärke der Wirkungen auf („Effektstärken“), die hinsichtlich kognitiver und alltagspraktischer Fähigkeiten **zwei- bis dreifach stärker** ausgeprägt sind als bei den gegenwärtig verfügbaren Arzneimitteln (Beleg: Graessel et al. 2011 und Straubmeier et al. 2017 im Vergleich zu Zeng et al. 2024).

Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht die Wirksamkeit von MAKSt[®] am Beispiel der kognitiven Fähigkeiten (Kurzzeitgedächtnis und andere geistige Fähigkeiten; gemessen mit Hilfe des Mini-Mental Status Test, MMST):

- Stabilisierung der kognitiven Fähigkeiten (Verhinderung der Progression) mit Hilfe von MAKSt[®] (grüne Linie);
- Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten (Progression) ohne MAKSt[®], jedoch mit der üblichen Betreuung in den Tagespflege-Einrichtungen (blaue Linie);
- Noch ausgeprägtere Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten (stärkere Progression) ganz ohne Betreuungseinfluss („unbehandelter Verlauf“, rote Linie).



* Verlauf unbehandelter Demenz in MMST-Punkten pro Jahr
 2,8 wahrscheinliche Demenz vom Alzheimer-Typ (Salmon et al. 1990)
 3,2 bei allen (einschließlich vaskulärer) Demenzformen (Cohen-Mansfield et al. 1996)
 MMST: Mini-Mental-Status Test.

Abbildung: Verlauf der kognitiven Fähigkeiten während der kontrollierten Phase der MAKSt[®]-Studie in den Tagespflegen (DeTaMAKS-Studie).

5.3 Bewertung der wissenschaftlichen Qualität der MAKS®-Studien

Die Bewertung der wissenschaftlichen Qualität einer Studie ist ein wichtiger Gradmesser dafür, **wie zuverlässig die Ergebnisse sind**, die in dieser Studie ermittelt wurden. Wichtig hierbei ist, dass diese Qualitätsbewertung von Forschenden durchgeführt wird, die keinerlei Beziehungen zu der beurteilten Forschungsgruppe haben; es muss also eine unabhängige, externe Qualitätsbeurteilung sein.

Für die „MAKS®-aktiv“-Studie liegen inzwischen zwei derartiger unabhängiger Qualitätsbeurteilungen vor:

- 1) Überblicksarbeit (systematischer Review) einer japanischen Forschungsgruppe aus dem Jahr 2019, die insgesamt 5 randomisiert-kontrollierte Studien miteinander verglichen hat. Ergebnis: Die „MAKS®-aktiv“-Studie wurde mit dem höchsten Punktwert für die Studienqualität bewertet (Nachweis: Yorozuya et al. 2019, Tabelle 1).
- 2) Metaanalyse (vergleichende Überblicksarbeit) einer kanadischen Forschungsgruppe aus dem Jahr 2024, die insgesamt 28 randomisiert-kontrollierte Studien miteinander verglichen hat. Ergebnis: Die „MAKS®-aktiv“-Studie wurde mit dem zweithöchsten Punktwert für die Studienqualität bewertet (Nachweis: McArthur et al. 2024, Tabelle 2).

Daraus kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die **Ergebnisse der „MAKS®-aktiv“-Studie in hohem Maß zuverlässig** sind. [Anmerkung: Für die „DeTaMAKS“-Studie liegt noch keine externe Qualitätsbeurteilung vor.]

5.4 Erklärungsmodelle für die Wirksamkeit

Für die bereits genannten positiven Wirkungen der MAKS®-Therapie auf die Menschen mit leichter und mittelschwerer Demenz sind zwei mögliche Wirkmechanismen anzunehmen:

1. Psychosoziales Erklärungsmodell

Durch den Einsatz von MAKS® wird eine „Abwärtsspirale“ unterbrochen (siehe nachfolgende Abbildung): Üblicherweise führt das Nachlassen von kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten zu einem Rückzug der betroffenen Person aus dem sozialen Leben, da das Auftreten von fehlerhaften Handlungen vermieden werden soll, um sich nicht zu blamieren. Dieser Rückzug führt zu einer andauernden, verminderten Anregung (fehlende Übung), vor allem im kognitiven und alltagspraktischen Bereich, und somit zu einer Verstärkung des Nachlassens dieser Fähigkeiten. Die MAKS®-m-Therapie unterbricht diese „Abwärtsspirale“ wirkungsvoll.

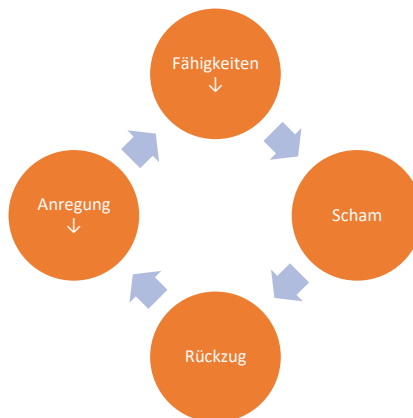


Abbildung: „Abwärtsspirale“ bei Demenz, die ein Nachlassen von kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten zur Folge hat.

2. Biologisches Erklärungsmodell

Der Einsatz von MAKStm führt zu einer Stimulierung (Anregung) des Gehirns, das vorteilhafte biologische (organische) Reaktionen in der menschlichen Hirnrinde auslöst. Es kommt in der Folge zu einer verminderten Abnahme* von Nervenzellen in der Hirnrinde, die die Grundlage für alle geistigen Fähigkeiten sind (*oder sogar zu einem Stopp – für eine gewisse Zeit).

Nachfolgend sind wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse genannt, die diese Aussage untermauern: Kognitives Training kann die Gehirnreserve („brain reserve“) beeinflussen und möglicherweise den kognitiven Abbau bei älteren Erwachsenen verzögern oder verhindern (Quelle: Valenzuela & Sachdev 2009, López-Higes et al. 2018). – Grundlage dafür wiederum ist das Konzept der lebenslangen Plastizität des Gehirns („brain plasticity“), d.h. das Gehirn ist auch im Alter noch prinzipiell in der Lage, vorteilhafte strukturelle Veränderungen zu entwickeln (Quelle: z.B. López-Higes et al. 2018).

5.5 Literaturverzeichnis

Bundesgesetzblatt (2015). „Präventionsgesetz (PrävG)“
Artikel 6: Änderung des SGB XI § 5; Absatz 1, Satz 1,
<https://www.bgbl.de/>.

ClarCert (2025). Evaluationsauswertung MAKStm.
<https://maks-therapie.de/aktuelles-presse/#downloads>

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2025). „Informationsblatt
1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen.“
[https://www.deutsche-
alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/
infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzq.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzq.pdf).

DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in
der Pflege (2019). „Expertenstandard
Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit
Demenz“
[https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/D
aten/Expertenstandards/Demenz/Demenz_AV_Auszug.p
df](https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Daten/Expertenstandards/Demenz/Demenz_AV_Auszug.pdf).

Goller et al. (2025). Evaluation der curricularen MAKStm-
Therapieschulung insbesondere in Bezug auf Schulungs-
outcome und gesundheitsförderliche Effekte für die
Schulungsteilnehmenden im betrieblichen Arbeitskontext –
EvaMAKS (wissenschaftl. Veröffentlichung in Vorbereitung).

GKV-Spitzenverband (2023). „Leitfaden Prävention in
stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“,
[https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/pflege
versicherung/Leitfaden_Praevention_Pflege_2023_barrierefr
ei.pdf](https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/Leitfaden_Praevention_Pflege_2023_barrierefrei.pdf).

Graessel, E., R. Stemmer, B. Eichenseer, S. Pickel, C.
Donath, J. Kornhuber and K. Luttenberger (2011). „Non-

pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: a 12-months randomized, controlled trial". BMC Medicine **9**: 129.

Gräßel, E., C. Donath, A. Pendergrass und K. Luttenberger (2022). „Implementierung und Wirkung der multimodalen psychosozialen MAKS-Intervention in der Tagespflege bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen: Ergebnisse in der offenen Phase nach Beendigung des RCT.“ Das Gesundheitswesen **84**: 1154-1157.

Luttenberger, K., C. Donath, W. Uter and E. Graessel (2012). "Effects of multimodal nondrug therapy on dementia symptoms and need for care in nursing home residents with degenerative dementia: a randomized-controlled study with 6-month follow-up." Journal of the American Geriatrics Society **60**(5): 830-840.

McArthur, C., N. Alizadehsaravi, R. Affoo, K. Cooke, N. Douglas, M. Earl et al. (2024). "Effectiveness of physical rehabilitation for physical functioning and quality of life in long-term care residents with dementia: a systematic review and meta-analysis." JBIC Evidence Synthesis **22**(8): 1460-1535.

Oswald, W. D., B. Hagen und R. Rupprecht (2001). "Nichtmedikamentöse Therapie und Prävention der Alzheimer Krankheit." Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie **34**(2): 116-121.

Spector, A. und M. Orrell (2010). „Using a biopsychosocial model of dementia as a tool to guide clinical practice.“ International Psychogeriatrics **22**(6): 957-965.

Straubmeier, M., E.-M. Behrndt, H. Seidl, D. Özbe, K. Luttenberger und E. Gräßel (2017). "Nichtpharmakologische Therapie bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen.

Ergebnisse der randomisierten kontrollierten German-Day-Care-Studie." Deutsches Ärzteblatt **114**(48): 815-821.

Yorozuya, K., Y. Kubo, N. Tomiyama, S. Yamane and H. Hanaoka (2019). "A systematic review of multimodal non-pharmacological interventions for cognitive function in older people with dementia in nursing homes." Dementia and Geriatric Cognitive Disorders **48**(1-2): 1-16.

Zeng, B., C. Tang, J. Wang, Q. Yang, Q. Ren and X. Liu (2024). „Pharmacologic and nutritional interventions for early Alzheimer’s disease: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials.“ Journal of Alzheimer’s Disease **99**: 1173-1186.

López-Higes, R., M.T. Martín-Aragoneses, S. Rubio-Valdehita, M.L. Delgado-Losada, P. Montejo, M. Montenegro, et al. (2018). „Efficacy of cognitive training in older adults with and without subjective cognitive decline is associated with inhibition efficiency and working memory span, not with cognitive reserve.“ Frontiers in Aging Neuroscience **10**: 23.

Valenzuela, M. and P.S. Sachdev (2009). „Harnessing brain and cognitive reserve for the prevention of dementia.“ Indian Journal Psychiatry **51**(Suppl. 1): S16–S21.



6 Basisinformationen zu MAKS®-mk+

6.1 Was ist MAKS®-mk+?

MAKS®-mk+ ist eine besondere Zusammenstellung von MAKS®-Elementen, die für die Anwendung in ambulant-betreuten Wohngemeinschaften entwickelt wurde. Es wurden kognitive Übungen („k“) mit motorischen Übungen („m“) aus MAKS® kombiniert, wobei die m-Übungen durch Übungen zur Sturzprophylaxe („+“) ergänzt wurden.

Jede MAKS®-mk+-Einheit besteht aus 30 Minuten Bewegungsübungen: montags, mittwochs und freitags werden Übungen zur Sturzprophylaxe („+“) sowie dienstags und donnerstags Aufgaben aus dem motorischen Modul („m“) durchgeführt. Anschließend finden täglich 30 Minuten kognitive Übungen aus dem kognitiven Modul („k“) statt.

Die Übungen zum kognitiven Modul („k“) und zum motorischen Modul („m“) sind aus dem MAKS®-m-Handbuch. Die Übungen zur Sturzprävention („+“) stammen aus dem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kostenfrei herausgegebenem Sturzpräventionsprogramm „Gleichgewicht und Kraft“ – elektronisch oder gedruckt hier erhältlich:



<https://shop.bioeg.de/gleichgewicht-und-kraft-das-uebungsprogramm-fit-und-beweglich-im-a-60582359/>

Dieses Sturzpräventionsprogramm ist international verbreitet und wissenschaftlich ausführlich erprobt.



Das „m“ steht für motorische MAKS[®]-Übungen.

Das „k“ steht für kognitive MAKS[®]-Übungen.

Das „+“ steht für Sturzprophylaxe-Übungen.

Hinweis:

In der Studie wurde davon ausgegangen, dass durch die besondere Struktur und Lebensform in einer ambulant-betreuten Wohngemeinschaft sozial-kommunikative und alltagspraktische Inhalte auch unabhängig von der MAKS[®]-mk+ Maßnahme vermittelt werden. In der Versorgungspraxis außerhalb einer wissenschaftlichen Studie können die sozial-kommunikativen und alltagspraktischen Module von MAKS[®]-m selbstverständlich ebenfalls durchgeführt werden. Dies war sogar die ausdrückliche Empfehlung der meisten MAKS[®]-mk+-Therapeutinnen und -Therapeuten nach der Studie!

6.2 Wer kann MAKS[®]-mk+ anwenden?

MAKS[®]-mk+ können alle durchführen, die die MAKS[®]-m-Schulung erfolgreich absolviert haben. Eine gesonderte Schulung ist nicht notwendig.

6.3 Übersichtsplan zu MAK[®]-mk+

Wochentag 1	Wochentag 2	Wochentag 3	Wochentag 4	Wochentag 5
<p>Sturzprävention (+) <u>Aufwärmen (im Sitzen):</u> S.9: Auf der Stelle gehen S.10: Kopfbewegungen</p> <p><u>Balance – Aufstehen:</u> S.30/S.31: Sitz-> Stand</p> <p><u>Balance – im Stehen:</u> S.16/S.17: Kniebeugen</p> <p><u>Kraft:</u> S.39: Kräftigung Vorderseite Bein S.40: Kräftigung Rückseite Bein</p> <p><u>Dehnen:</u> S.44: Dehnung Waden S.45: Dehnung Oberschenkel</p>	<p>Motorisches Modul (M) <i>Übungen aus dem MAK[®]-Handbuch</i></p>	<p>Sturzprävention (+) <u>Aufwärmen (im Sitzen):</u> S.14: Bewegung im Fußgelenk S.11: Nackendehnung</p> <p><u>Balance – Aufstehen:</u> S.30/S.31: Sitz -> Stand</p> <p><u>Balance – in Stehen:</u> S.24/S.25 Einbeinstand</p> <p><u>Kraft:</u> S.39: Kräftigung Vorderseite Bein S.41: Kräftigung Hüftmuskulatur</p> <p><u>Dehnen:</u> S.44: Dehnung der Waden S.45: Dehnung Oberschenkel</p>	<p>Motorisches Modul (M) <i>Übungen aus dem MAK[®]-Handbuch</i></p>	<p>Sturzprävention (+) <u>Aufwärmen (im Sitzen):</u> S.9: Auf der Stelle gehen S.13: Rumpfdrehungen</p> <p><u>Balance – Aufstehen:</u> S.30/S.31: Sitz-> Stand</p> <p><u>Balance – im Stehen:</u> S.26/S.27: Seitwärtsgehen</p> <p><u>Kraft:</u> S.39: Kräftigung Vorderseite Bein S.42: Kräftigung Wadenmuskulatur</p> <p><u>Dehnen:</u> S.44: Dehnung der Waden S.45: Dehnung Oberschenkel</p>
<p>Kognitives Modul (K) <i>Übungen aus dem MAK[®]-Handbuch</i></p>	<p>Kognitives Modul (K) <i>Übungen aus dem MAK[®]-Handbuch</i></p>	<p>Kognitives Modul (K) <i>Übungen aus dem MAK[®]-Handbuch</i></p>	<p>Kognitives Modul (K) <i>Übungen aus dem MAK[®]-Handbuch</i></p>	<p>Kognitives Modul (K) <i>Übungen aus dem MAK[®]-Handbuch</i></p>

Den Übersichtsplan zu MAKS®-mk+ zum Herunterladen finden Sie online unter:



<https://www.maks-therapie.de/maks-therapien/#maks-mk+>

7 Wissenschaftlicher Hintergrund zu MAKS®-mk+

7.1 Wissenschaftliche Studie zur Ermittlung der Wirksamkeit von MAKS®-mk+

In der randomisiert-kontrollierten Studie „DemWG“ (Demenz in ambulant-betreuten WohnGemeinschaften) wurde MAKS®-mk+ sechs Monate lang regelmäßig an 5 Tagen pro Woche in Gruppen mit 3 bis 12 leicht bis mittelschwer an Demenz erkrankten WG-Bewohnerinnen und -Bewohnern angewandt. In den WGs der Interventionsgruppe führten ein bis zwei speziell geschulte Pflegekräfte MAKS®-mk+ durch.

In der DemWG-Studie wurden zusätzlich zur Durchführung von MAKS®-mk+ das Pflegepersonal in den WGs der Interventionsgruppe sowie die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu Ursachen und Risiken von Krankenhausübertritten bei Demenzbetroffenen durch Informationstexte geschult („komplexe Intervention“). Die WGs der Kontrollgruppe erhielten erst nach Beendigung der Studie die Bestandteile der komplexen Intervention einschließlich MAKS®-mk+ (Vorgehen nach dem Prinzip der „Warte-Kontrollgruppe“).


Die zentralen Studienergebnisse lauten:

MAKS®-mk+ (als wesentlicher Teil der komplexen Intervention) ...

- verringert wesentlich **psychische und Verhaltenssymptome**, insbesondere Rastlosigkeit und Aggression der WG-Bewohnerinnen und -Bewohner (im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne MAKS®-mk+) (Beleg: Donath et al., 2025 zur Veröffentlichung eingereicht);

- führt (zusammen mit den weiteren Schulungselementen) zu einem signifikanten Rückgang der (vermeidbaren) **Krankenhausaufenthalte** innerhalb der ersten 6 Therapiemonate (Beleg: Misonow et al. 2025).

➔ Auf der MAKS®-Therapie-Homepage können unter der Rubrik „MAKS-Therapien“ die nachfolgend genannten wissenschaftlichen Arbeiten entweder direkt kostenlos heruntergeladen werden oder sie sind verlinkt: <https://www.maks-therapie.de>



7.2 Literaturverzeichnis

Donath, C., A. Kratzer, E. Graessel, A. Keck, S. Günay, J. Altona et al. (2025). „Effects of a complex intervention on agitation and aggression in people living with dementia and mild cognitive impairment in shared-housing arrangements: Results for a secondary outcome of the multicenter, cluster-randomized controlled DemWG study.“ BMC Psychiatry, zur Veröffentlichung eingereicht.

Misonow, J., K. Wolf-Ostermann, J. Altona, A. Schmidt, S. Stiefler, S. Guenay et al. (2025). „A complex intervention to reduce hospital admissions for people living with dementia in shared-housing arrangements in Germany: results of the multicenter, cluster-randomized controlled DemWG-study.“ BMC Medicine **23**: 262.

8 Basisinformationen zu MAKS®-s

8.1 Was ist MAKS®-s?

MAKS®-s

motorisch, alltagspraktisch, kognitiv, sozial-kommunikativ

ist eine nicht-medikamentöse Therapie zur Behandlung der schweren Demenz.

Im Grundsatz ist auch MAKS®-s eine nicht-medikamentöse Mehrkomponenten-Gruppentherapie mit motorischer, kognitiver und alltagspraktischer Förderung sowie einer sozial-kommunikativen Einstimmung in fester Reihenfolge (siehe 3.1 „Was ist MAKS®-m?“). Der prinzipielle Ablauf ist ähnlich wie bei MAKS®-m, allerdings mit Inhalten, die speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz angepasst sind. Außerdem ist eine MAKS®-s-Therapieeinheit zeitlich kürzer als bei MAKS®-m (ca. eine Stunde).



Das „s“ (in MAKS®-s) steht für schwere Form der Demenz.

8.2 Welche Ziele hat MAKS®-s?

MAKS®-s zielt einerseits darauf ab, die Situation von Menschen mit schwerer Demenz positiv zu beeinflussen. Andererseits sollen auch das Pflege- und Betreuungspersonals von der MAKS®-s-Schulung und der späteren Anwendung von MAKS®-s profitieren. Deshalb wird

in der MAKS®-s-Schulung neben der Vermittlung der eigentlichen MAKS®-s-Inhalte auch besprochen, die Einstellung gegenüber Menschen mit Demenz und deren Bedürfnisse zu reflektieren und eigene Handlungsrouninen zu hinterfragen. Insgesamt werden die individuellen Kompetenzen der Pflege- und Betreuungskräfte im Umgang mit Menschen mit schwerer Demenz verbessert.

Prinzipiell ist die Schulung für alle Interessenten geeignet, die regelmäßig Umgang mit Menschen mit schwerer Demenz haben. Eine Zertifizierung zum MAKS®-s-Therapeuten bzw. zur MAKS®-s-Therapeutin kann jedoch nur mit gültiger MAKS®-m-Zertifizierung erfolgen.

8.3 MAKS®-s-Therapieeinheit

Eine MAKS®-s-Therapieeinheit dauert ca. 1 Stunde und wird wie folgt durchgeführt:

Soziale Einstimmung

🕒 CA. 10 MINUTEN

Motorische Aktivierung

🕒 CA. 20 MINUTEN

Kognitive Aktivierung

🕒 CA. 10 MINUTEN

Alltagspraktische Aktivierung

🕒 CA. 20 MINUTEN

9 Wissenschaftlicher Hintergrund zu MAKS®-s

9.1 Wissenschaftliche Studie zur Ermittlung der Wirksamkeit von MAKS®-s

MAKS®-s wurde in der randomisiert-kontrollierten „MAKS®-s-Studie“ untersucht. In den 13 Pflegeheimen der Interventions-gruppe sollte MAKS®-s 3-mal pro Woche sechs Monate lang – von Juli bis Dezember 2020 – durchgeführt werden. Die 13 Pflegeheime der Kontrollgruppe erhielten erst nach Beendigung der kontrollierten Phase (Januar 2021) die Möglichkeit, ihr eigenes Personal in MAKS®-s schulen zu lassen (Vorgehen nach dem Prinzip der „Warte-Kontrollgruppe“). Nach weiteren sechs Monaten (im Juli 2021) erfolgte die Nachbefragung der Therapeutinnen und Therapeuten aus der früheren Interventionsgruppe und des ebenfalls in MAKS®-s geschulten Personals der vormaligen Kontrollgruppe.

Bei der Beurteilung der Ergebnisse sind drei wesentliche Aspekte zu berücksichtigen:

1. Die Erhebung der Verlaufsdaten nach der 6-monatigen Interventionsphase durch Befragung des Pflegepersonals erfolgte im Dezember 2020, also zu einer Zeit, als große Herausforderungen durch die Pandemie die Arbeit in den Pflegeheimen stark beeinflusste.
2. Die Erhebung objektiver Leistungstests zur Ermittlung der alltagspraktischen Fähigkeiten der Menschen mit schwerer Demenz war aufgrund der Einschränkungen durch die Pandemie nicht möglich.
3. Die Nachbefragung bei den MAKS®-s-Therapeutinnen und -Therapeuten im Sommer 2021, 12 Monate nach Beginn der Studie, erfolgte zu einer Zeit, in der die Beurteilung der

Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime deutlich weniger von Einschränkungen durch die Pandemie überlagert wurde und somit als deutlich zuverlässiger zu bewerten sind.

Die zentralen Studienergebnisse der Nachbefragung lauten:
MAKS®-s ...

- führt bei einer deutlichen Mehrheit der Therapeutinnen und Therapeuten (62 %) zu der Erfahrung, dass sich durch MAKS®-s die **alltagspraktischen Fähigkeiten** und das **Sozialverhalten** der Menschen mit schwerer Demenz positiv entwickelt haben (Beleg: Diehl et al. 2023);
- führt dann zu den positiven Erfahrungen, wenn es **manualgetreu** durchgeführt wurde, d. h. mindestens zwei Mal pro Woche, mit allen vier Modulen in der vorgegebenen Reihenfolge und ohne zeitliche Verkürzung (Beleg: Diehl et al. 2023).

Hinweis: Die 6-Monats-Ergebnisse der MAKS®-s-Studie (Beleg: Kratzer et al. 2022), in der sich keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zeigten, sind als „Pandemie-Ergebnisse“ zu betrachten und sagen nichts aus über die Wirkung von MAKS®-s in „Normalzeiten“!



Auf der MAKS®-Therapie-Homepage können unter der Rubrik „MAKS-Therapien“ die nachfolgend genannten wissenschaftlichen Arbeiten entweder direkt kostenlos heruntergeladen werden oder sie sind verlinkt.

<https://www.maks-therapie.de>



9.2 Literaturverzeichnis

Kratzer, A., K. Diehl, O. Gefeller, S. Meyer und E. Graessel (2022). „Non-pharmacological, psychosocial MAKS-s intervention for people with severe dementia in nursing homes: results of a cluster-randomised trial.“ BMC Geriatrics **22**: 1001.

Diehl, K., A. Kratzer und E. Graessel (2023). „Unter welchen Bedingungen können Menschen mit schwerer Demenz im Pflegeheim von einer psychosozialen Mehrkomponenten-Intervention profitieren? 12-Monats-Follow-up Ergebnisse im Anschluss an die randomisiert-kontrollierte MAKS®-s Studie.“ Das Gesundheitswesen **85** (Suppl. 3): S218-S225.

10 Über den Autor: Prof. Dr. med. Elmar Gräßel



Herr Prof. Dr. med. Elmar Gräßel ist Arzt und Universitätsprofessor für die Fächer Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Versorgungsforschung. Er besitzt die universitäre Lehrbefugnis (Habilitation) für Medizinische Psychologie (seit 1997) und Medizinische Soziologie (seit 2003). Seit 2011 leitet er das Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung (ZMV) des Uniklinikums Erlangen der Friedrich-Alex-

ander-Universität Erlangen-Nürnberg und seit 2004 den Bereich Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (Forschung & Lehre) der Psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen.

Zu seinen wissenschaftlichen Schwerpunkten gehört insbesondere die Erforschung nicht-medikamentöser Therapien bei Demenzen, insbesondere MAKS®. Hier besteht die seit Jahren bewährte und erfolgreiche Zusammenarbeit mit ClarCert in der Umsetzung von zertifizierten MAKS®-Schulungen.

„Denn es gilt, die vorhandenen Ressourcen von Menschen mit Demenz zu stärken und gleichzeitig ihre Lebensqualität zu erhöhen.“

- Zitat Prof. Dr. med. Elmar Gräßel

Zudem beschäftigt er sich mit der Versorgungsforschung zur Situation pflegender An- und Zugehöriger sowie der Entwicklung und Validierung (Erforschung der Gültigkeit) psychologischer Messinstrumente (Fragebögen und Tests).

„Pflegerische An- und Zugehörige sind so aufopferungsvoll und intensiv in ihre Tätigkeit als Helfende eingebunden, dass sie die Unterstützung und Stärkung von außen dringend benötigen. Es ist eine gesellschaftliche Verpflichtung, ihnen etwas zurückzugeben. Deshalb muss erforscht werden, wie Demenzbetroffenen und ihren pflegenden An- und Zugehörigen am besten geholfen werden kann.“

- Zitat Prof. Dr. med. Elmar Gräßel

In den letzten beiden Jahrzehnten hat er mehrere bedeutende Forschungsprojekte geleitet, darunter drei randomisiert-kontrollierte Studien zu MAKS®: „MAKS-aktiv“ in Pflegeheimen und „DeTaMAKS“ in Tagespflege-Einrichtungen zur Erforschung von MAKS®-m für Menschen mit leichter und moderater Demenz sowie „MAKS®-s“ ebenfalls in Pflegeheimen für Menschen mit schwerer Demenz. Außerdem untersuchte er zusammen mit Kolleginnen und Kollegen die Wirkungen von „MAKS®-mk+“ in ambulant-betreuten Wohngemeinschaften. Zusätzlich ist er aktuell einer der Projektleiter von „digiDEM Bayern“, des Digitalen Demenzregisters in Bayern (seit 2019), sowie von „SinoMAKS“, der randomisiert-kontrollierten Studie zur Erprobung der chinesischen Version von MAKS® (seit 2022).

Neben seiner wissenschaftlichen Arbeit engagierte er sich 25 Jahre lang ehrenamtlich als Vorsitzender der Alzheimer

Gesellschaft Mittelfranken e.V. (von 2000 – 2025). Für dieses Engagement und insbesondere für seine maßgeblichen Studien und Veröffentlichungen zu nicht-medikamentösen Therapien zur Behandlung der Demenz wurde ihm 2025 das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

Herr Professor Gräßels Ziel ist, die Situation und die Lebensbedingungen von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden An- und Zugehörigen spürbar zu verbessern. Dabei ist es unerheblich, ob die betroffenen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu Hause, in einer Wohngruppe oder im Pflegeheim leben beziehungsweise eine Tagespflege besuchen. Sein Motto lautet:

„Helfen, wo nötig und gewünscht!“

- Zitat Prof. Dr. med. Elmar Gräßel

