

BACHELORARBEIT

**Kommunikation von Pflegenden mit und über Menschen
mit Demenz**

Vorgelegt am 05.11.2021

von Janek Manfraß XXXXXXXXXX

1. Prüferin: Dr. Stefanie Schniering
2. Prüfer: Lars Tamm

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**
Department Pflege und Management
Alexanderstrasse 1
20099 Hamburg

Abstract

Hintergrund: Der demographische Wandel weist weltweit auf einen starken Anstieg der älteren Bevölkerung hin. Damit einhergehend wird auch die Zahl der Menschen mit einer Demenzerkrankung steigen. Dies stellt eine enorme gesundheitspolitische Herausforderung für die Gesellschaft dar. Menschen mit Demenz weisen im Verlauf ihrer Erkrankung, neben kognitiven und körperlichen Symptomen, auch Veränderungen in ihren Kommunikationsfähigkeiten auf. Diese stellen einen erhöhten Pflegebedarf und verstärkte Belastung für Pflegefachpersonen dar. Gelingende Kommunikation kann Pflegefachpersonen einen verstehenden Zugang zu Menschen mit Demenz verschaffen, Problemverhalten bei Menschen mit Demenz reduzieren und ihr Wohlbefinden steigern. Dieses wichtige pflegerische Handlungsfeld soll in dieser Arbeit näher beleuchtet und kommunikative Konzepte sowie Ansätze bei Menschen mit Demenz untersucht werden.

Forschungsziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen, wie sich Kommunikation zwischen Pflegenden und Menschen mit Demenz gestaltet und welche Konzepte mit einem kommunikativen Ansatz in der Pflege Anwendung finden.

Methode: Die Methode dieser Arbeit ist eine systematische Literaturrecherche auf den Datenbanken PubMed und CINAHL, welche mit der Handsuche durch weitere Studien, Empfehlungen und Artikel aus Fachjournals erweitert wird.

Ergebnisse: Kommunikative Konzepte für die Pflege von Menschen mit Demenz sind zahlreich, es fehlt jedoch ein Theorie-Praxis-Transfer. Studien haben gezeigt, dass der Fokus auf dem Verstehen des Verhaltens liegt, um mögliche unerfüllte Bedürfnisse zu ermitteln und individualisierte Maßnahmen anzuwenden.

Schlussfolgerung: Gelungene Kommunikation und Beziehungsgestaltung sind essenziell für die Pflege von Menschen mit Demenz. Kommunikative Ansätze und Konzepte müssen weiterhin auf ihre Wirksamkeit hin untersucht werden.

Schlüsselwörter:

Demenz, Kommunikation, Pflegenden

Dementia, communication, nursing, care

I. Inhaltverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1 Hintergrund und Einführung in die Thematik	1
1.2 Zielsetzung und Aufbau	3
1.3 Methode.....	4
2. Theoretischer Hintergrund	5
2.1 Demenz	5
2.1.2 Symptome der Demenzformen	8
2.1.3 Professionelle Pflege von Menschen mit Demenz	10
2.2 Kommunikation	11
2.2.1 Kommunikationsmodelle	13
2.2.2 Kommunikation bei Menschen mit Demenz	15
2.2.3 Schwierigkeiten in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz <i>oder</i> wenn die Worte fehlen, bleibt der emotionale Ausdruck (Haberstroh et al., 2016).....	17
3. Ergebnisse.....	21
3.1 Studienlage.....	21
3.2 Elderspeak und Pflegeresistenz.....	24
3.3 Kommunikative Konzepte	26
3.3.2 Person-zentrierte Pflege nach Tom Kitwood	30
4. Diskussion	32
5. Fazit und Ausblick.....	35
Quellenverzeichnis:.....	37
Anhang:	45

II. Abkürzungsverzeichnis:

ICN – International Council of Nurses

RKI – Robert-Koch-Institut

VDB - Vocally Disruptive Behavior

WHO – World Health Organisation

III. Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Suchbegriffe Literaturrecherche

IV. Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Misslingende Kommunikation

1. Einleitung

1.1 Hintergrund und Einführung in die Thematik

Der ehemalige US-Präsident Ronald Reagan richtet sich 1994 in einem offenen Brief an die amerikanische Nation, um mitzuteilen, dass bei ihm eine Demenz diagnostiziert wurde (Kastner & Löbach, 2014, S. 2). In offener und ehrlicher Art und Weise möchte er mit diesem Schritt die amerikanische Gesellschaft für den Umgang mit Menschen mit Demenz sensibilisieren und die Krankheit entstigmatisieren. Ein mutiger und (aus Sicht vieler Betroffener sicherlich) wichtiger Schritt, diesen Weg der Kommunikation über die Erkrankung Demenz zu wählen. Diese Einleitung soll den untrennbaren Zusammenhang zwischen Menschen mit Demenz und Kommunikation im Rahmen von Beziehungsgestaltung verdeutlichen.

Demenz gehört zu den größten Gesundheitsproblemen, mit denen die heutige Gesellschaft weltweit konfrontiert ist (Rahman & Howard, 2019). Weltweit leiden 55 Millionen Menschen an einem Demenzsyndrom. Die Gesundheitsversorgung dieser Menschen kostet über 1 Trilliarde US \$ pro Jahr, wobei der Großteil der Pflege von Familienangehörigen geleistet wird. Demenz ist weltweit die siebthäufigste Todesursache. Die Graphen für diese Fakten zeigen alle beunruhigend nach oben und werden in den kommenden Jahrzehnten eine enorme gesundheitspolitische Herausforderung darstellen (WHO, 2012). Auch in Deutschland weist die demographische Entwicklung auf einen starken Anstieg der älteren Bevölkerung in den nächsten Jahren hin. Damit einhergehend steigt auch der Anteil der demenziell Erkrankten (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2020, S.7). Derzeit leben in Deutschland etwa 1,6 Millionen Menschen mit Demenz (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2020, S.1). Diese Entwicklung und deren Folgen stellen große Herausforderungen für die Gesellschaft und speziell das Gesundheitswesen dar und sind verstärkt ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Dies ist eine neue Dimension für Pflege und Fürsorge, deren Bedeutung aufgrund des demographischen Wandels weiterwachsen wird (Bartholomeyczik et al., 2013, S.17).

Laut Robert-Koch-Institut (RKI) sind „Demenzkrankungen [...] die häufigsten neuropsychiatrischen Erkrankungen im höheren Lebensalter und gehen mit erheblichen Belastungen für Betroffene und die Gesellschaft einher.“ (Robert-Koch

Institut, 2015, S.412). „Demenz behindert Kommunikation, Kognition, autonome Entscheidungsfindung, soziale Teilhabe und Unabhängigkeit und hat psychologische und emotionale Auswirkungen auf Beziehungen und Wahrnehmungen des Selbst und der Persönlichkeit, wenn die Krankheit ab einer leichten kognitiven Beeinträchtigung fortschreitet.“ (McKeown et al., 2020). So zeigen Patient*innen mit Demenzerkrankungen neben kognitiven Symptomen auch verschiedene behaviorale und psychologische Symptome auf, welche die Diagnosestellung, die Therapie sowie die Betreuung beeinträchtigen (Rahman & Howard, 2019).

Die pflegerische Betreuung einer wachsenden älteren Bevölkerung, in welcher immer mehr Menschen an einer Demenzerkrankung leiden, wird demnach auch durch Beeinträchtigungen in der Kommunikation erschwert (Haberstroh et al., 2016, S. 11) So stellen die Kommunikationseinschränkungen eine Hürde für die Pflegenden dar, um die Bedürfnisse und den Bedarf richtig zu identifizieren und zu adressieren (Bartholomeyczik & Halek, 2017). Sie können im Verlauf einer Demenzerkrankung mit psychischen Symptomen, Verhaltensauffälligkeiten, verminderten sozialen Aktivitäten, eingeschränktem Wohlbefinden der Betroffenen und ihrer Familien sowie einem gesteigerten Belastungsempfinden der Pflegenden und Angehörigen assoziiert sein. Gehäuft lassen sich zunehmende Wortfindungs- und Sprachverständnisstörungen, Entwicklung inhaltsleerer Sprache sowie Einschränkungen in den pragmatischen Fähigkeiten, wie nachlassende Kohärenz und mangelnde Anpassung an den Gesprächspartner, beobachten. (Dressel & Lange, 2018).

„Die veränderte Persönlichkeitsstruktur der Demenzkranken und [...] die gestörte Kommunikationsfähigkeit stellen besondere Ansprüche an all diejenigen, die an der Versorgung und Betreuung demenzkranker Menschen beteiligt sind.“ (Bartholomeyczik et al., 2013, S.16-17). Kommunikation wird als verstehender Zugang gesehen und als pflegerisch diagnostisches Mittel untersucht. Die verstehende Diagnostik ist nach Bartholomeyczik et al. (2006, S.61) ein

[...] Zugang zu einer Pflegesituation, in der Probleme nicht allein aus der objektivierenden Sicht der professionell oder privat Helfenden, sondern auch aus der der betreffenden Person definiert werden. [...] In Bezug auf

Menschen mit einem Pflegebedarf aufgrund einer Demenz ist dieses Merkmal [...] noch stärker hervorzuheben. (Bartholomeyczik et al., 2013, S.61)

Als Kommunikation werden Verhaltensweisen und Ausdrucksformen bezeichnet, die Menschen bewusst und unbewusst nutzen, um in Beziehung zueinander zu treten (Kojer, 2016). Aus diesem Grund liegt ein erhöhter Forschungs- und Aufklärungsbedarf in diesem pflegerischen Handlungsfeld vor. Der Autor möchte in der vorliegenden Arbeit Kommunikation mit und über Menschen mit Demenz näher beleuchten und wissenschaftliche Konzepte aufzeigen, die eine gelingende Kommunikation ermöglichen und negative Folgen von misslungener Kommunikation reduzieren.

1.2 Zielsetzung und Aufbau

Die größte demographische Herausforderung unserer Zeit ist die Alterung der Gesellschaft und damit verbunden die Frage nach der Qualität der gewonnenen Lebensjahre (Wedding et al., 2007, S. 13) Unter Berücksichtigung dieser Aussage ist das Ziel dieser Arbeit aufzuzeigen, welche Veränderungen sich mit dem Einhergehen einer Demenzerkrankung einstellen, wie professionell Pflegende diesen begegnen können und welche Konzepte mit einem kommunikativen Ansatz Anwendung finden. Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Wie verändert sich Kommunikation von Pflegenden mit und über Menschen mit Demenz?

Dabei wird im Rahmen dieser Arbeit das Hauptaugenmerk auf der verbalen Kommunikation von Pflegenden liegen – wohlwissend, dass bei fortschreitender Demenz sprachliche Fähigkeiten schwinden und in den Hintergrund treten. Die im Verlaufe der Bearbeitung dieses patient*innennahen Themas gewonnenen Kenntnisse sowie die Erweiterung des Wissens haben eine hohe Relevanz für die pflegerische Praxis mit Menschen mit Demenz.

Nachdem vorab der Hintergrund dieser Arbeit sowie die Zielsetzung dargelegt wurden, folgt die Beschreibung des methodischen Vorgehens. Zur Einführung in die Thematik erfolgt eine Begriffserklärung zum besseren Verständnis der Arbeit für die Leser*innen. Dabei werden die Demenzerkrankungen, Ursachen und Symptome der Demenzformen sowie der pflegerische Schwerpunkt dargestellt. Es folgt eine

Einführung in die Kommunikationspsychologie und Darstellung der Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Der Fokus im dritten Kapitel liegt auf den Veränderungen der Kommunikation im Verlaufe einer Demenzerkrankung und wie diesen begegnet werden kann. Hier werden die Ergebnisse der Literaturrecherche und ausgewählte kommunikative Konzepte für Menschen mit Demenz präsentiert. Die Ergebnisse werden in einem Diskussionsteil analysiert und interpretiert, abschließend folgt ein Fazit, in welchem wichtige Erkenntnisse zusammengefasst werden und ein Ausblick auf künftige Forschungsarbeiten gegeben wird.

1.3 Methode

Um die Fragestellung dieser Arbeit evidenzbasiert zu beantworten, wurde im September und Oktober 2021 in den Datenbanken PubMed und CINAHL eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Die identifizierten Suchbegriffe (Tabelle 1) wurden in unterschiedlichen Kombinationen mit den Bool'schen Operatoren AND und OR kombiniert. Zusätzlich erfolgte eine Handsuche.

Suchbegriffe	Synonyme	Englisch
Kommunikation	-	communication
Pflegende	-	nursing, care
Demenz	Demenzerkrankung, Alzheimer Krankheit	Dementia, Alzheimer's, Alzheimer's Disease

Tab. 1 – Suchbegriffe (eigene Darstellung)

Das Vorgehen bei der Durchsicht der gefundenen Literatur wurde anhand eines Flow Schemas abgebildet (siehe Anhang 1). Der Autor hat die Literatur vorerst anhand des Titels, dann nach Sichtung des Abstracts und anschließend anhand der freizugänglichen Volltexte ausgewählt. Die PubMed-Suche ist im Anhang (siehe Anhang 2) veranschaulicht.

Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden ebenfalls vorab definiert. Alle eingeschlossenen Studien mussten einen Abstract enthalten, die verwendeten Suchbegriffe mussten im Titel oder im Abstract vorkommen. Außerdem wurden aus PubMed nur randomized controlled trials, reviews und systematic reviews eingeschlossen.

Es wurden nur Studien in englischer und deutscher Sprache berücksichtigt, welche ab dem Jahr 2000 veröffentlicht wurden, um veraltete Pflegekonzepte oder -interventionen auszuschließen. Es wurden nur Artikel ausgewählt, welche als Population Menschen mit einer diagnostizierten Demenz über 65 Jahre untersuchen. Nach Sichtung der Titel und Abstracts wurden außerdem Studien ausgeschlossen, die sich mit medikamentösen Interventionen, nicht-medikamentösen Therapien und Konzepten, wie zum Beispiel basale Stimulation, Musik-Therapie, Aromatherapie oder Tiertherapie beschäftigen. Grund hierfür war der kommunikative Fokus dieser Arbeit. Eine Vielzahl an Studien befasste sich mit der Kommunikation zwischen Pflegenden bzw. Ärzt*innen und den Angehörigen von Menschen mit Demenz - diese wurden ebenfalls ausgeschlossen. Anschließend wurde die Recherche über eine Handsuche erweitert. Die Quellen der gefundenen Studien wurden nach dem Schneeballverfahren nach relevanter älterer Literatur untersucht.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Demenz

‚Weg vom Geist‘, ‚Torheit‘ oder auch ‚ohne Geist‘ – so lässt sich der Begriff Demenz aus dem Lateinischen übersetzen. Damit ist eines der wesentlichen Merkmale von Demenzerkrankungen bereits beschrieben, nämlich die Abnahme bis hin zum Verlust der geistigen Fähigkeiten (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Die Demenz wird im aktuellen Diagnosekatalog für Krankheiten (International Classification of Diseases) unter „Psychische und Verhaltensstörungen“ geführt (zu Bentheim, 2011). Bei einer Demenzerkrankung handelt es sich um ein erworbenes, psychopathologisches *Syndrom*, das als Folge einer meistens chronischen oder progressiven Erkrankung des Gehirns auftritt. Der Begriff der Demenz umfasst eine Gruppe von Störungen, deren Auslöser multifaktoriell zu betrachten sind (Haberstroh et al., 2016, S.2). „Das Demenzsyndrom basiert auf neurodegenerativen Prozessen, deren Leitsymptomatik kognitive Veränderungen sind, allen voran ein Gedächtnisverlust verbunden mit weiteren Symptomen wie Stimmungsschwankungen, Desorientierung, herausfordernde Verhaltensweisen und Sprachprobleme.“ (Bartholomeyczik & Halek, 2017, S. 51).

2.1.1 Einteilung der Demenzen nach Ursachen

Man unterteilt Demenzen anhand ihrer Ursachen in primäre und sekundäre bzw. zweitrangige Demenzen. Primär bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die ursächlichen Veränderungen im Gehirn zu suchen sind. Als sekundär werden die Demenzerkrankungen bezeichnet, die ihren Ursprung in anderen Krankheitsbildern haben oder deren Ursachen außerhalb des Gehirns liegen. Zu den primären Demenzen zählen die Alzheimer Demenz, die vaskuläre Demenz, die Lewy-Body-Demenz und die frontotemporale Demenz sowie deren Mischformen. Sekundäre Demenzen sind seltener und bilden alle anderen Demenzformen ab (Urselmann & Georg, 2021, Kastner & Löbach, 2014). Sie treten aufgrund von anderen Organerkrankungen auf. Diesen Formen liegen demnach stets exogene Faktoren zugrunde. Zu diesen zählen Schädel-Hirn-Traumata, Infektionen des zentralen Nervensystems, Tumore, Stoffwechselerkrankungen, Vitaminmangelzustände oder Intoxikationen durch Alkohol, Medikamente oder andere Noxen. Auch andere neurodegenerative Erkrankungen können eine sekundäre Demenz hervorrufen, wie z.B. die Parkinson-Demenz. Diese ‚Primärerkrankungen‘ einer sekundären Demenz sind behandelbar und teilweise heilbar, wodurch ein Rückgang der typischen Demenzsymptomatik erreicht werden kann. Eine frühzeitige Diagnosestellung ist bei dieser Form wichtig und handlungsleitend. Etwa zehn Prozent aller diagnostizierten Demenzen sind der sekundären Form zuzuordnen. Dadurch erschließen sich circa 90 Prozent, welche der primären Demenz untergeordnet sind (Bundesministerium für Gesundheit, 2020, Kastner & Löbach, 2014).

Den primären Demenzen liegen hirnorganische Ursachen zugrunde. Die häufigste primäre Demenzform ist die Alzheimer-Demenz – sie macht etwa 50 bis 70 Prozent aller Demenzerkrankungen aus (Bartholomeyczik & Halek, 2017, S.51). Bei der Alzheimer-Demenz werden zerebrale Nervenzellen sowie deren Nervenbahnen unumkehrbar zerstört. Durch das Absterben der Nervenzellen kommt es zu einer Abnahme der Hirnmasse, der sogenannten *Hirnatrophie*, sowie zu einer Abnahme der Vernetzungsdichte der Nervenzellen untereinander (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Darüber hinaus lassen sich Ablagerungen von Eiweißplaques (fehlerhaft gefaltete β -Amyloid-Peptide) innerhalb oder an den Nervenzellen sowie ein Mangel an Acetylcholin, einem wichtigen Neurotransmitter bei der Kommunikation zwischen Nervenzellen, beobachten. Die Ursachen dieser

Demenzform sind bis heute nicht ausreichend erforscht. Genetische Komponenten sind weiterhin Bestandteil des wissenschaftlichen Diskurses, genügen als alleinige Ursache zur Begründung einer Alzheimer-Demenz-Diagnose jedoch nicht (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2020).

Zu den primären Demenzformen gehört auch die vaskuläre, gefäßbedingte, Demenz mit etwa 20 Prozent aller Betroffenen. Die vaskuläre Demenz kommt als Folge einer Durchblutungsstörung und dem damit einhergehenden Absterben von Nervengewebe zustande. Unterschieden wird hierbei nach *Demenz bei Multiinfarktsyndrom* (multiple, größere Infarkte vor allem im Kortex, meist ausgelöst durch wiederholte kardio-embolische Ereignisse), *Demenz nach strategischem Einzelinfarkt* (kleinere bis mittelgroße Infarkte in funktionell kritischen Hirnregionen, ebenfalls durch kardio-embolische Ereignisse ausgelöst) und *Subkortikale vaskuläre Enzephalopathie* (durch Entzündungsprozesse in den Gefäßwänden hervorgerufene Mikroangiopathien, die zu lakunären Infarkten führen) (Wedding et al., 2007, S. 113). Die Hauptursachen der vaskulären Demenz sind auf die Risikofaktoren der Arteriosklerose zurückzuführen: Hypertonie, Diabetes mellitus, Herzerkrankungen und Rauchen. Die beiden häufigsten Demenzformen können auch als Mischform, der sogenannten „gemischten Demenz“, auftreten (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

Bei der Lewy-Body-Demenz kommt es wie bei der Alzheimer-Demenz zu Ablagerung von Plaques im Gehirn. Diese *Lewy-Bodies* unterscheiden sich aber in ihrer Struktur von den *β -Amyloid-Peptiden*. Sie akkumulieren an den Nervenzellen und behindern so den Austausch von Botenstoffen und führen schließlich zu deren Verlust. Wie und warum sie entstehen, ist noch unklar. Eine klare Abgrenzung der Lewy-Body-Demenz von der Alzheimer-Demenz ist schwierig, da sie sich in Symptomatik und Erscheinungsbild stark ähneln (Alzheimer Schweiz, 2021).

Die Frontotemporale Demenz ist durch ein Absterben der Nervenzellen im frontalen und temporalen Lappen der Großhirnrinde gekennzeichnet. Diese Bereiche kontrollieren Emotionen und Sozialverhalten. Dadurch zeigen Betroffene ein auffälliges und unsoziales Verhalten und Veränderungen der Persönlichkeit, wobei das Gedächtnis in der Anfangsphase größtenteils erhalten bleibt. Die Auslöser der frontotemporalen Demenz sind unbekannt; eine genetische Komponente (Mutation

bestimmter Gene) durch Häufung innerhalb mehrerer blutsverwandter Generationen ist Bestandteil der Forschung (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, o.J.).

Aktuell gibt es keine Therapiemöglichkeit zur Heilung von Demenz. Durch medikamentöse Therapien kann der Verlauf der Erkrankung teilweise verlangsamt werden, jedoch sind auch diese Interventionen in ihrer Wirksamkeit begrenzt. Umso wichtiger ist es, neben den medikamentösen Therapien, die nicht-medikamentösen Interventionen und Therapieformen zu beachten und anzuwenden (Dressel & Lange, 2018, S.2).

2.1.2 Symptome der Demenzformen

Die Demenz ist kein einheitliches Krankheitsbild, sondern, wie bereits im vorherigen Kapitel beschrieben, ein klinisches Syndrom. Hierbei weisen eine Reihe von Symptomen auf das Vorliegen einer chronischen Hirnschädigung hin. Hervorzuheben ist, dass neben den unterschiedlichen Formen der Demenz, jede Demenzerkrankung in ihrem Verlauf und in der Symptomatik individuell zu unterscheiden ist. Auch im individuellen Krankheitsverlauf eines Menschen mit Demenz variiert die Symptomatik erheblich. Demenz ist eine fortschreitende Erkrankung, deren Symptomatik sich im gesamten Krankheitsverlauf stetig verändert. Sogar im Tagesverlauf können deutliche Schwankungen festgestellt werden (Haberstroh et al., 2016, S.3). Demnach spielen bei der Symptomatik biografische, psychische, genetische, soziale und auch individuelle Faktoren eine wichtige Rolle und prägen so das Erscheinungsbild der Demenz (Kastner & Löbach, 2018, S. 10).

Die Einteilung der Demenzsymptome erfolgt in fünf Hauptgruppen. Dazu zählen die kognitiven Symptome, psychische Störungen und Verhaltensänderungen bei Demenz, Verhaltensänderungen (herausforderndes Verhalten), psychische Symptome sowie körperliche Symptome. Nicht alle Symptome treten gleichzeitig oder bei allen Menschen mit Demenz auf; sie können in den verschiedenen Phasen bzw. Stadien einer Demenz auftreten. Manche diese Symptome stellen sich stärker heraus als andere, manche treten gar nicht auf (Kastner & Löbach, 2018, S.10).

Störungen der Denkprozesse im Allgemeinen sind die wesentlichen Kennzeichen einer demenziellen Erkrankung und bilden das Leitsymptom der kognitiven

Symptome. Hierzu zählen neben Störungen des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit, der Aufmerksamkeit und der Orientierung auch Einschränkungen von Urteilsvermögen und Problemlösungsfähigkeiten, Aphasien, Apraxien und Agnosien. Kognitive Symptome verschlechtern sich mit dem Verlauf der Krankheit progredient (Kastner & Löbach, 2018, S.11). Ein besonders gravierendes Symptom sind die zunehmenden Kommunikationsschwierigkeiten (Haberstroh et al., 2016, S.11), die in einem späteren Kapitel ausführlich erörtert werden.

Von den kognitiven Symptomen werden die nicht-kognitiven bzw. psychischen Störungen und Verhaltensänderungen abgegrenzt. Aufgrund ihrer herausragenden Bedeutung für die Pflege, Versorgung und Therapie hat man diesen Symptomkomplex unter dem Begriff *BPSD* (engl. behavioral and psychological symptoms of dementia) zusammengefasst. In der Pflegewissenschaft hat sich der Begriff „herausforderndes Verhalten“ etabliert. Weitere psychische Symptome sind Angst, Misstrauen, Stimmungsschwankungen und Depressivität bis hin zu schweren depressiven Episoden, Verkennungen und Halluzinationen sowie Frustrationen. Die psychischen Symptome verstärken sich nicht immer im Krankheitsverlauf, sie können sich jedoch im Verlauf verändern, zurückbilden oder verstärken. Zu den Verhaltensänderungen bei Demenz zählen Unruhe und Agitiertheit, Antriebslosigkeit, Aggressivität, das Sammeln und Verstecken von Gegenständen sowie Veränderungen des sexuellen Verhaltens (Kastner & Löbach, 2018, S.16 - 18).

Im Fortschreiten einer Demenzerkrankung leiden alle Betroffenen unter körperlichen Symptomen. Je nach Demenzart treten diese im Früh- oder Spätstadium auf. Gerade bei den beiden häufigsten Demenzformen leiten körperliche Symptome die schwere Phase ein. Hierzu zählen ein gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus sowie Schlafstörungen, Mobilitätseinschränkungen wie Gangstörungen mit einer Sturzneigung, Schmerzen und Sensibilitätsstörungen, Harninkontinenz als auch Schluck- und Essstörungen, aus denen eine Mangelernährung resultieren kann (Döbele & Schmidt, 2014, S.10, Kastner & Löbach, 2018, S.19 - 24). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Verlauf einer Demenzerkrankung die kognitiven sowie körperlichen Symptome stetig zunehmen, sodass zunehmend Abhängigkeiten bei alltäglichen Verrichtungen entstehen (Sonntag & von Reibnitz, 2014, S.6).

2.1.3 Professionelle Pflege von Menschen mit Demenz

In vielen Fällen sind Menschen mit Demenz im Verlauf ihrer Erkrankung auf professionelle Pflege angewiesen. Teilweise ist die Versorgung zu Hause, auch aufgrund von Überforderung der Angehörigen, nicht mehr möglich. Da Menschen mit Demenz oft frühzeitig in ihrem Krankheitsverlauf Unterstützung in Bereichen der Grundpflege und der Betreuung benötigen, ist das Hinzuziehen von professionell Pflegenden notwendig. Die professionelle Pflege von Menschen mit Demenz kann zum einen durch die ambulante Pflege durchgeführt werden, aber auch in teilstationären Bereichen, Kurzzeitpflege-Einrichtungen, Wohngruppen für Menschen mit Demenz oder in vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen. (Deutscher Ethikrat, 2012, S.40). Einer der Kernaspekt in der Versorgung von Menschen mit Demenz ist eine empathische Grundhaltung, durch welche versucht wird, das Verhalten der Betroffenen zu verstehen, die Gefühle anzuerkennen und zu bestätigen. Die Grundzüge in der Versorgung haben sich von der früher empfohlenen *Realitätsorientierung* weg entwickelt. Das Mensch-Sein ist in den Vordergrund gerückt. Eine personenzentrierte oder personorientierte Pflege gilt als Maßstab einer guten Pflege - nicht nur bei Menschen mit Demenz. (Bartholomeyczik & Halek, 2017, S.53).

Die allgemeinen Ziele der professionellen Pflege von Menschen mit Demenz sind die gleichen wie in jeder anderen pflegerischen Situation auch – die Gesundheit zu fördern und wiederherzustellen, Krankheit zu verhüten, Leiden (und Schmerzen) zu lindern und Achtung vor dem Leben und vor der Würde des zu pflegenden Menschen zu haben. So formuliert es der ICN in seinen Statuten (ICN, 2012). Daraus lässt sich ein etwas konkreterer Ansatz ableiten: Dass professionell Pflegende Unterstützung innerhalb eines Problemlösungs- und Beziehungsprozesses bei der Bewältigung des Alltags, beim Umgang mit Bedürfnissen und beim Streben nach Wohlbefinden, bei der Erhaltung, Anpassung oder Wiederherstellung von physischen, psychischen und sozialen Funktionen und beim Umgang mit existenziellen Erfahrungen gewährleisten (Sauter & Ahrens, 2011, S.51).

Auf die besonderen pflegerischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz bezogen bedeutet das, dass professionell Pflegende den Menschen noch mehr in den Mittelpunkt ihres Handelns stellen. Hier kommt der Ansatz der *personenzentrierten*

Demenzpflege von McCormack und McCance, der sich auf das Werk von Carl Rodgers bezieht, zum Tragen. Dieser inkludiert vier Grundsätze: Personzentriert sein bedeutet 1. Die Würde der Menschen wahren und ihnen mit Respekt und Mitgefühl begegnen, 2. Koordinierte Pflege, Unterstützung oder Behandlung anbieten, 3. Personalisierte Pflege, Unterstützung oder Behandlung anbieten und 4. Ermöglichen und befähigen (McCormack & McCance, 2017). Besonders die beiden letzten Punkte weisen auf die Wichtigkeit einer adäquaten Kommunikations- und Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Patient*innen hin.

Bei der speziellen Versorgung von Menschen mit Demenz spielt die Wiederherstellung von Fähigkeiten eine untergeordnete Rolle; das Augenmerk liegt auf der Förderung des Wohlbefindens der zu pflegenden Person und darauf, einen Ausgleich von Selbstbestimmung und pflegerischer Fürsorglichkeit zu schaffen (Bartholomeyczik & Halek, 2017, S.53).

Ein weiterer wichtiger Aspekt der professionellen Pflege ist die Beziehungsgestaltung. Im Expertenstandard ‚Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz‘ des Deutschen Netzwerkes für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP), heisst es in der Zielsetzung: „Jeder pflegebedürftige Mensch mit Demenz erhält Angebote zur Beziehungsgestaltung, die das Gefühl, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein, erhalten oder fördern.“ (Blumenberg et al., 2018, S.31). So wird angenommen, dass aus Sicht der demenziell Erkrankten, Beziehungen zu den Hauptfaktoren zählen, die die Lebensqualität positiv beeinflussen können. Laut Expertenstandard können so durch personzentrierte Interaktions- und Kommunikationsangebote die Beziehungen zwischen Menschen mit Demenz und Pflegenden erhalten und gefördert werden (Blumenberg et al., 2018, S.31). Neben dem personzentrierten Ansatz kommt dem *Validieren* im Umgang und der Pflege von Menschen mit Demenz eine tragende Rolle zu (Bartholomeyczik & Halek, 2017, S.53). Darauf soll in einem späteren Kapitel vertieft eingegangen werden.

2.2 Kommunikation

Communicamus ergo sum (Wir kommunizieren, also bin ich.) – mit dieser Neuformulierung René Descartes berühmten Satzes *cogito ergo sum* (Ich denke, also bin ich.) ist ein Großteil des (zwischen-)menschlichen Seins der heutigen Zeit

auf den Punkt gebracht. Das (vernunftbegabte) menschliche Individuum in der Mitte der Welt; kommunizierend mit seines Gleichen. Dieser philosophische Ansatz zielt darauf ab, dass Kommunikation nicht nur die Brücke zwischen einzelnen Menschen, sondern auch Quell und Triebkraft menschlicher Entwicklung und Beziehungen ist. Die Begriffe, Zeichen und Formen, durch die wir die Welt um uns herum und auch uns selbst verstehen, sind Produkte eines Jahrtausende alten historischen und kulturellen Austauschprozesses zwischen Menschen, dessen Einfluss auf die sozialen Beziehungen zwischen Menschen bedeutungsvoller nicht sein könnte (Frindte & Geschke, 2019, S. 11). Was Kommunikation ist und wie sie sich gestaltet, soll nun kurz erläutert werden, um in späteren Kapiteln darauf Bezug nehmen zu können (Anmerkung des Autors).

Der Begriff Kommunikation kommt aus dem Lateinischen und leitet sich von *communicatio* ab, was mit ‚Mitteilung‘ oder ‚Unterredung‘ übersetzt werden kann. Sprechen wir von Kommunikation, so meinen wir ‚Verständigung‘ und ‚Austausch‘, die zwischen mindestens zwei Menschen in Form von Sprache und Zeichen abläuft. Dieser Austausch erfolgt verbal, nonverbal und/oder paraverbal. Kommunikation kann direkt oder indirekt erfolgen. Weitere Merkmale von Kommunikation sind, dass eine Nachricht bzw. Botschaft übermittelt wird. Sowohl das Senden als auch das Empfangen von Nachrichten setzen angemessene Mittel bzw. Modalitäten voraus (z.B. bei direkter Kommunikation die Mimik und eine Sprache, die Sender*in und Empfänger*in beide verstehen). Kommunikation findet stets in einem gewissen Kontext statt und hat einen interaktiven Prozesscharakter. Sie ist somit durch wechselseitige Beeinflussung gekennzeichnet und die Beziehung der Kommunizierenden zueinander spielt eine große Rolle. Darüber hinaus muss Kommunikation nicht immer vollständig bewusst erfolgen (Röhner & Schütz, 2016, S. 2 – 6).

Direkte Kommunikation ist ein persönliches Gespräch einschließlich der Gebärdensprache. Indirekte Kommunikation stellt sich in Form eines Briefes (auf Papier, keine E-Mail) oder als Postkarte dar (Frindte & Geschke, 2019, S. 32).

Verbale Kommunikation beinhaltet eine gesprochene Botschaft (Worte) innerhalb der direkten Kommunikation von Angesicht zu Angesicht. Sie macht etwa zehn Prozent der Gesamtbotschaft aus, die beim Gegenüber ankommt. Nonverbale

Kommunikation spielt in der direkten Kommunikation eine große Rolle. Menschen übermitteln über 50 Prozent der zu empfangenen Botschaft über ihren Körper. Dies beinhaltet Mimik, Blick, Gestik, Habitus sowie Körperhaltung. Paraverbale Kommunikation beinhaltet die Stimmlage, die Lautstärke der Stimme, die Aussprache, Betonung und das Sprechtempo sowie die Melodie des gesprochenen Wortes. Wir übermitteln in der direkten Kommunikation etwa ein Drittel der empfangenen Botschaft über die Stimme. Paraverbale und nonverbale Kommunikation machen zusammen über 90 Prozent der gesamten Botschaft aus (Röhner & Schütz, 2016, S. 4 – 6).

2.2.1 Kommunikationsmodelle

Kommunikation ist ein Begriff mit einem weiten Bedeutungsfeld. Sie kann als sozialer Prozess verstanden werden, in dem sich die beteiligten Personen wechselseitig zur Konstruktion von Wirklichkeit anregen (Frindte & Geschke, 2019, S. 15). In der Kommunikationspsychologie werden vier Kommunikationsmodelle unterschieden: *Encoder-/Decoder-Modelle*, *Intentionsorientierte Modelle*, *Perspektivübernahmemodelle* sowie *Dialog-Modelle* (Röhner & Schütz, 2016, S. 20). Diese sollen nun kurz erläutert und ihre prominenten Vertreter*innen vorgestellt werden.

Encoder-/Decoder-Modelle verstehen Kommunikation als einen Prozess, bei dem eine innere Repräsentation mit Hilfe eines Codes (z.B. Sprache) verschlüsselt wird. Die Verschlüsselung wird als Enkodierung bezeichnet. Der verschlüsselte Code wird über den Kommunikationskanal (z.B. Gespräch) zu den Adressierten der Botschaft geleitet und muss dort wieder entschlüsselt werden. Die Entschlüsselung nennt man Dekodierung. Diese Modelle zielen auf ein umfassendes Verständnis bezüglich Verschlüsselung, Übertragung und Entschlüsselung von Botschaften ab und versuchen eine Antwort auf die Frage zu präsentieren, wie eine Botschaft optimal übermittelt werden kann und welchen Störfaktoren sie unterliegt. Das Kommunikationsmodell von Schulz von Thun (2000) fällt in diese Kategorie. Von Thun schlägt vor, menschliche Kommunikation aus jeweils vier Perspektiven zu betrachten. Sender*innen und Empfänger*innen verfügen hierbei über vier „Schnäbel“ bzw. „Ohren“. Jede Botschaft enthält demnach vier simultane Botschaften: Sachinhalt, Selbstoffenbarung, Beziehungsaussage und Appell. Die Kommunikationsqualität hängt nach von Thun davon ab, wie gut die

Entschlüsselung der gesendeten Botschaft dem/der Empfänger*in gelingt (Röhner & Schütz, 2016, S. 23 & 24).

Intentionsorientierte Modelle befassen sich vor allem mit den Absichten der Kommunizierenden, dem/der Rezipierenden das „Gemeinte“ zu übermitteln. Es geht demzufolge „[...] um die grundlegende Frage, wie Kommunikation gelingen kann, d.h. wie Kommunizierende und Rezipierende eine Einigung über das „Gesagte“ erzielen können.“ (Röhner & Schütz, 2016, S. 20). Das Kommunikationsmodell von Paul Grice (1975) wird dieser Kategorie zugeordnet. „Die Grundidee des Grice’schen Ansatzes besteht darin, Kommunikation als kooperatives Handeln zu betrachten. Ziel ist demnach die Verständigung zwischen sendender und empfangender Person. Grice vertritt die Auffassung, dass Kommunikation nicht zustande kommen kann, wenn die Beteiligten kein [...] gemeinsames Interesse verfolgen. Als allgemeines Prinzip der Kommunikation fordert er insofern das Kooperationsprinzip.“ (Röhner & Schütz, 2016, S. 25).

Perspektivübernahmemodelle beschäftigen sich vor allem mit der Frage, wie Menschen sich besser in die Situation des/der anderen versetzen und einander so besser verstehen können. Im Zentrum dieser Modelle steht die Bereitschaft, die Situation durch Augen des Gegenübers zu betrachten. Carl Rogers Regeln gelingender Kommunikation und sein Ansatz der klienten-zentrierten Gesprächspsychotherapie zählen zu dieser Kategorie (Röhner & Schütz, 2016, S. 20). Der *Humanist* Rogers geht davon aus, dass jeder Mensch nach Autonomie und Selbstverwirklichung strebt. Um bei diesem Streben Hilfestellung zu geben, sollen professionell agierende Behandler*innen (auch Pflegende) drei Basismerkmale aufweisen und verinnerlichen: einführendes Verstehen (Empathie), Echtheit (Kongruenz) und emotionale positive Wertschätzung. Die Rolle der Empathie wird besonders hervorgehoben; sie kennzeichnet sich durch die Fähigkeit, sich in das Gegenüber hineinzuversetzen und seine/ihre Gefühle nachzuempfinden (Röhner & Schütz, 2016, S. 28 & 29). An dieser Stelle sei erwähnt, dass sich diese Grundhaltung auch zu großen Teilen in den Statuten des ICN-Ethikkodex für Pflegende widerspiegelt (ICN, 2012) und Grundstein gelingender Beziehungsarbeit von professionell Pflegenden ist (Bartholomeyczik, & Halek, 2017).

Dialog-Modelle beschäftigen sich im Wesentlichen mit der Frage, wie gemeinsame Wirklichkeit zwischen den am Kommunikationsprozess beteiligten Personen konstruiert werden kann. Die Axiome des Kommunikationsmodells von Paul Watzlawick (1969) stehen beispielhaft für den Versuch, die Kernmerkmale dieses Prozesses zu identifizieren (Röhner & Schütz, 2016, S. 20). In Watzlawicks Modell läuft die Kommunikation kreisförmig. So sind Dynamik und Interaktivität besondere Merkmale seines Modells. Seine fünf Axiome besagen: 1. „Man kann nicht *nicht* kommunizieren.“, 2. „Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt.“, 3. „Kommunikationsabläufe werden unterschiedlich strukturiert.“, 4. „Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten.“ und 5. „Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partner*innen auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht.“ (Watzlawick, 2016, S. 13 -32).

2.2.2 Kommunikation bei Menschen mit Demenz

Viele Aspekte der Kommunikation gelingen mit dem Beginn einer Demenz nicht mehr fehlerfrei. Fähigkeiten des Gehirns zum Empfangen und Verarbeiten von Nachrichten sowie das darauf reagieren sind im Verlauf der Erkrankung zunehmend beeinträchtigt. Zudem nimmt auch die Sprachfähigkeit bezogen auf den Inhalt der Botschaften zunehmend ab. Beziehungsaspekte der Kommunikation können dagegen weiterhin wahrgenommen werden. „Das heißt: *Was* gesagt wird, ist nicht mehr so entscheidend wie das *Wie*.“ (Pape-Raschen, 2017, S.21). Die Stärken von Menschen mit Demenz liegen vor allem in der Beziehungsgestaltung; diese Fähigkeiten bleiben bis in späte Stadien der Erkrankung erhalten (Haberstroh et al., 2016, S.34). Grundlegend zu beachten in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz ist, dass die Betroffenen ihre Probleme und Bedürfnisse nicht mehr auf üblichem Wege äußern und sich mitteilen können. Daraus kann eine Veränderung im Verhalten resultieren, um so Aufmerksamkeit zu erhalten (Haberstroh et al., 2016, S.81). Herauszustellen ist, dass die Veränderungen der Kommunikationskompetenzen die sozialen Interaktionen und Dialoge, sowohl für die Betroffenen selbst als auch für das betreuende soziale Umfeld erschweren. Für die professionelle Pflege ist es daher von hoher Bedeutung, Kommunikation mit all den dazugehörigen Bereichen und Aspekten zu kennen und zu nutzen, um

Kommunikationsstörungen zu vermeiden und die gelungene Kommunikation zu fördern (Rahman & Howard, 2019). „Für den Pflegeprozess ist eine reflektierte und wissenschaftlich fundierte Kommunikation die Grundlage; eine nicht gelingende Kommunikation kann den Behandlungserfolg oder die berufliche Akzeptanz gefährden.“ (Elzer et al., 2007, S.38).

Schnabel et al. (2019) fassen die Kommunikation mit Menschen mit Demenz wie folgt zusammen: „Bei der Erklärung des Kommunikationsverhaltens von Menschen mit Demenz verdienen drei theoretische Überlegungen besondere Aufmerksamkeit. Erstens wurde Kommunikation als kontextabhängiges Konstrukt definiert, das eng mit dem Wohlbefinden verbunden ist und sich von funktionalen sprachlichen Fähigkeiten eines Individuums unterscheidet. In Anlehnung an Watzlawicks (2016) weithin anerkanntes erstes Axiom „man kann nicht *nicht* kommunizieren“ ist davon auszugehen, dass auch Patient*innen mit stark eingeschränkten Sprachfähigkeiten kommunikationsfähig sind, wenn auch auf anderen Kanälen. Zweitens wurde Kommunikation als ein Prozess betrachtet, der in vier Phasen unterteilt werden kann: Präsentation, Aufmerksamkeit, Verstehen und Erinnern. Diese Differenzierung wird bei Menschen mit Demenz wichtig, da für jedes Stadium unterschiedliche Ressourcenmuster und Defizite gefunden wurden. Auf der Präsentationsebene repräsentieren beispielsweise Wortfindungsstörungen, Satzfragmente sowie grammatikalische Komplexitätsreduktionen sprachliche Merkmale von Menschen mit Demenz. Drittens, das zweite Axiom von Watzlawick schlägt einen Inhalts- versus einen Beziehungsaspekt vor. Der inhaltliche Aspekt bezieht sich auf das Produzieren und Verstehen von hauptsächlich verbalen Äußerungen; der Beziehungsaspekt bezieht sich auf die zugrunde liegenden affektiven Qualitäten der Kommunikation, die hauptsächlich durch nonverbale stilistische (z. B. Sprechgeschwindigkeit) und tonale Merkmale der Kommunikation (z. B. emotionaler Tonfall) vermittelt werden. Der verbale Inhaltskanal nimmt im Verlauf einer Demenzerkrankung stark ab, während der nonverbale Beziehungskanal länger erhalten bleiben kann. [...]. Haberstroh & Pantel (2011) haben die oben genannten drei theoretischen Überlegungen in das sogenannte TANDEM-Modell integriert, um das Kommunikationsverhalten von Menschen mit Demenz zu beschreiben.“ (Schnabel et al., 2019).

2.2.3 Schwierigkeiten in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz *oder wenn die Worte fehlen, bleibt der emotionale Ausdruck* (Haberstroh et al., 2016)

Oftmals wollen Menschen mit Demenz die eigenen Defizite nicht wahrhaben, verdrängen sie und reagieren aggressiv, wenn sie darauf hingewiesen werden. Besonders gravierend erleben Menschen mit Demenz hierbei die Beeinträchtigungen der Kommunikation. Kommunikation, das bedeutet der Austausch von Gedanken, Emotionen, Wünschen und Vorstellungen, ist für alle Menschen ein grundlegendes Bedürfnis und von fundamentaler Bedeutung. Die Möglichkeit, mit der Außenwelt zu kommunizieren, geht Menschen mit Demenz Schritt für Schritt verloren. Zunächst fallen einzelne Worte nicht mehr ein oder die Frage, was es gestern zu essen gab, kann nicht mehr beantwortet werden. Im letzten Stadium der Erkrankung können Worte weder formuliert noch verstanden werden. Lediglich der emotionale Ausdruck hilft noch zu verstehen, was im jeweils anderen vor sich geht. Missverständnisse, fehlende Worte und weitere Misserfolge in Gesprächen und Kontakten mit anderen Menschen frustrieren die Betroffenen häufig so sehr, dass sie sich mehr und mehr zurückziehen und von ihrer Außenwelt isolieren (Haberstroh et al., 2016, S. 11). Sie verstummen. Menschen mit Demenz können nichts an ihren Kommunikationsschwächen ändern, da diese krankheitsbedingt sind. Dabei sind es ausgerechnet Kommunikation und soziale Aktivitäten, aus denen Menschen mit Demenz maßgeblich ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität schöpfen (Haberstroh & Pantel, 2011, S. 43). Generell kann man sagen, dass Menschen mit Demenz vor allem Schwierigkeiten mit der Darbietung inhaltlicher Informationen haben, während auf der Ebene des Beziehungsaspekts viele Fähigkeiten erhalten bleiben (Haberstroh & Pantel, 2011).

Eine Studie aus Taiwan von Wang et al. aus dem Jahr 2012 untersuchte die Kommunikationsschwierigkeiten von professionell Pflegenden mit Menschen mit Demenz in Langzeitpflegeeinrichtungen. Die Kommunikationsschwierigkeiten wurden analysiert und einzelnen Themenbereichen zugewiesen. Der Bereich `different language` umfasst die Schwierigkeiten, die zwischen Pflegenden und Patient*innen auftraten, wenn eine*r der beiden den Dialekt des Gegenübers nicht verstand (in Taiwan arbeiten in der Pflege viele Chines*innen, sodass es zu Verständigungsproblemen kommen kann). So konnten die Patient*innen den Dialekt (der von Menschen ohne Demenz als geläufig und verständlich eingestuft

wurde) der Pflegenden nicht mehr verstehen bzw. drückten sie sich in ihrem eigenen Dialekt unverständlich aus. Versuche der Pflegenden die sprachlichen Hürden zu überwinden wurden oftmals missgedeutet oder nicht angenommen.

Zu diesem Themenschwerpunkt gehört auch der Unterpunkt `repetitive response´, dieser umfasst das Problem, wenn sowohl Patient*innen als auch Pflegende ihre Aussage wiederholen. Wenn die Patient*innen sich verbal oder nonverbal ausdrückten, konnten die Pflegenden oftmals nicht verstehen, was die Patient*innen mitzuteilen versuchten. Die Pflegenden versuchten dann, unterschiedlich auf die Patient*innen einzugehen. Die Patient*innen reagierten jedoch nicht auf die Bemühungen der Pflegenden, so dass sich das Verhalten der Patient*innen wiederholte oder beibehalten wurde. Oft konnten sich die Patient*innen aufgrund von Gedächtnis- und kognitiven Beeinträchtigungen nicht erinnern oder verstehen, was die Pflegenden gesagt hatten, so dass diese ihre Antworten ständig in einer Sprache wiederholten, die die Patient*innen nicht verstanden. Ein Teufelskreis entstand: „She always repeatedly asks questions about the time of day or when an event will occur. When I told her “you are repeating”, she gets angry.“

Ein weiterer Unterpunkt, `lack of language consensus´, bezieht sich auf den Mangel an sprachlichem Konsens. Wenn unterschiedliche Sprachen für die Kommunikation verwendet werden, müssen sich die Gesprächsparteien auf eine gemeinsame Sprache einigen, damit die Nachrichten effektiv kommuniziert werden können. Geschieht dies nicht, gibt es keinen Sprachkonsens. Als Beispiel wurde angegeben, wenn Patient*innen problematisches Verhalten zeigten (wie herumlaufen, aggressives Verhalten, Horten oder Ablehnen von Essen), versuchten Pflegende, die Patient*innen zu überzeugen oder zu beraten, um eine Verhaltensänderung zu bewirken. Das Verhalten setzte sich jedoch trotz der Bemühungen fort. Darüber hinaus neigten manche Pflegende dazu, wenn Patient*innen desorientiert, verwirrt oder wahnhaft wurden, die Realität zu erklären bzw. im Wahn der Betroffenen nicht *mitzuschwingen* - unabhängig von der Fähigkeit der Patient*innen, ihre Kommunikation zu verstehen. Pflegende verwendeten demnach oft rationale Argumentationsweisen bei Patient*innen, die die Fähigkeit zur rationalen Vernunft verloren hatten.

Der zweite Bereich 'blocked message' bezieht sich darauf, dass die Pflegefachpersonen die tatsächliche Bedeutung hinter der Verhaltensweise der Patient*innen zum Teil nicht verstanden oder das Bedürfnis nicht erkennen konnten. Dieser Bereich unterteilt sich erneut in Subthemen, 'difficulty in accessing emotions' und 'difficulty in understanding needs', welche sich auf die Schwierigkeiten beziehen, Emotionen und Bedürfnisse der Patient*innen zu erkennen und individuell adäquat darauf einzugehen (Wang et al., 2013, S.101-102).

Menschen mit Demenz fällt es sehr schwer, sich eigene Konzepte zu überlegen, sowie die Konzepte anderer zu verstehen. Außerdem fügen sich die Gedanken nicht zusammen und ergeben teilweise keinen Sinn für die Betroffenen. Diese Gedankenstücke, welche teilweise nicht zusammenhängen, verwirren und verunsichern sie. Die (daraus resultierenden) Situationen führen zu Problemen „[...] beim logischen Denken, beim Schlussfolgern und beim Treffen von Entscheidungen, also bei der eigenen Konzeptbildung.“ (Gröning, 2012, S.42). Oftmals werden jene Schwierigkeiten in der Kommunikation durch das Problem verursacht, dass Menschen mit Demenz Erinnerungen und gedankliche Bilder nicht mehr wie gewohnt abrufen können. Das Verhalten und die Kommunikationsweisen sind demnach ein Versuch, in die durcheinander gebrachten Erinnerungen und Bilder eine Ordnung zu bringen (Gröning, 2012, S.43).

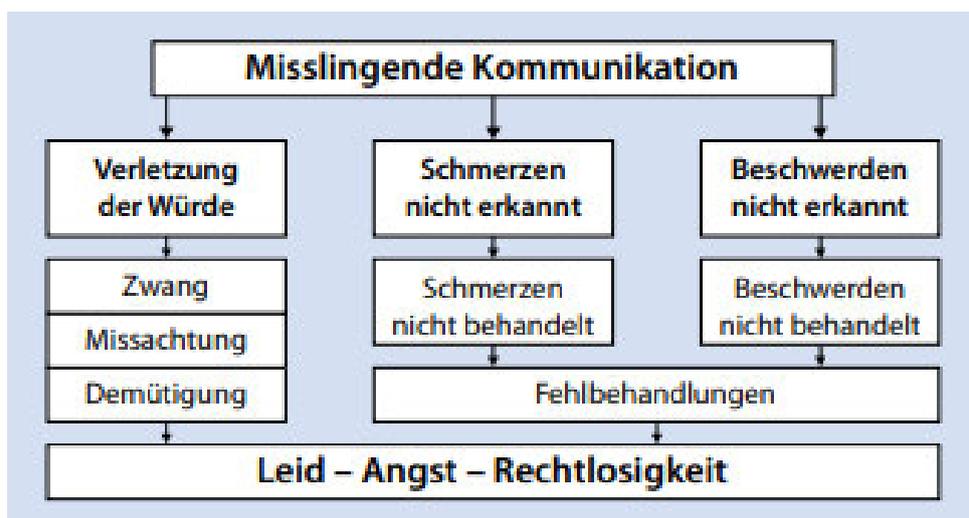


Abbildung 1: Misslingende Kommunikation (Kojer, 2016, S.15)

In Abbildung 1 werden die Folgen misslungener Kommunikation in der Interaktion mit Menschen mit Demenz dargestellt. Eine nicht gelungene Kommunikation kann

zum einen die Würde der Betroffenen verletzen, zum anderen können Schmerzen oder andere Beschwerden nicht erkannt werden. Bei einer misslungenen Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und Menschen mit Demenz kommt es teilweise aufgrund von Hilflosigkeit zu ungewollter Gewalt, Zwang, Demütigung oder Missachtung. Die Betroffenen werden also in ihrer Würde verletzt, dies wiederum führt zu Leid, Angst und Rechtlosigkeit. Unerkannte Schmerzen und andere Beschwerden werden dann nicht behandelt, es kann zu Fehlbehandlungen führen, welche ebenfalls in Leid, Angst und Rechtlosigkeit münden. Wenn Beschwerden oder Schmerzen behandelt oder behoben werden, können Aggressionen und herausforderndes Verhalten reduziert werden. Sobald Beschwerden nicht behandelt oder behoben werden, kann sich dieses Verhalten verstärken oder wiederkehren. Wenn Verhalten wie Schreien, Unruhe oder ablehnende Verhaltensweisen über einen langen Zeitraum anhält, wird versucht, dieses Verhalten zu beheben, anstatt die eigentliche Ursache zu behandeln. Folglich müssen die Betroffenen Fehlbehandlungen erleben, welche neue Beschwerden auslösen. Es beginnt ein Teufelskreis, ausgelöst durch eine misslungene Kommunikation (Kojer, 2016, S.14-15).

Wie bereits benannt ist das Schreien und Rufen eine Herausforderung in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz. So ist „herausforderndes Schreien und Rufen von Menschen mit Demenz in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe ein Phänomen, dem sich die Pflegenden und die Mitbewohner oft nicht entziehen können. Besonders die Schrei- oder Rufintensität, die Lautstärke, die individuellen Schreiausprägungen, die abweichenden Schrei- oder Rufmuster, die Häufigkeit oder die intermittierenden Intervalle werden vielfach als belastend wahrgenommen.“ (Urselmann & Georg, 2021, S. 247) Die zweifelsfreie Zuordnung eines Schreies zu einer bestimmten Ursache bleibt oftmals spekulativ, weil der schreiende oder rufende Mensch den Schreigrund nicht benennen kann. Allein aus diesem Grund lassen sich bisher wissenschaftlich evidenzbasierte Nachweise für die Ätiologie der herausfordernden Verhaltensweisen in Form von Schreien oder Rufen von Menschen mit Demenz nicht finden (Urselmann & Georg, 2021, S. 30).

‘Vocally Disruptive Behavior‘ (VDB) stellt eine ähnlich große Herausforderung in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz dar. Es ist ein Begriff, der Schreien, beleidigende und teilweise sexualisierte Sprache, Stöhnen, Beharrlichkeit und sich

wiederholende und unangemessene Anfragen umfasst. Es ist eine der am schwierigsten zu handhabenden Verhaltensweisen für Pflegeheimpersonal, Pflegekräfte und andere Pflegeheimbewohner*innen. Es ist offensichtlich, dass VDB schädliche Folgen für die Patient*innen selbst und andere haben kann, daher überrascht es, dass keine Studien speziell die Reichweite oder Verbreitung von VDB untersuchen. Die ätiopathogene Forschung zu VDB steckt noch in den Kinderschuhen (von Gunten et al., 2008)

3. Ergebnisse

Die im Rahmen der systematischen Literaturrecherche identifizierten Studien, Handlungsempfehlungen und Konzepte zur Kommunikation mit Menschen mit Demenz werden im Folgenden differenziert dargestellt. In diesem Kapitel sollen vorab allgemeine wissenschaftliche Erkenntnisse im Bereich der Kommunikation mit Menschen mit Demenz dargelegt werden. Elderspeak und Pflegeresistenz werden darauffolgend erläutert und Studienergebnisse präsentiert. Abschließend werden kommunikative Konzepte von Naomi Feil und Tom Kitwood dargestellt und näher beleuchtet.

3.1 Studienlage

Kommunikationsstörungen gehören zu den frühesten Symptomen einer Demenz. Wortfindungs- und Verständnisprobleme können zu Orientierungslosigkeit, Angstzuständen und Verhaltenssymptomen wie Pflegeresistenz oder Rückzug aus der sozialen Interaktion beitragen. Effektive Kommunikation ist daher entscheidend für den Aufbau der Beziehung Pflegeperson/Pflegeempfänger*in, die nachweislich zur Erfüllung des Pflegebedarfs und zur Verbesserung des Verhaltens und des Wohlbefindens der Pflegebedürftigen und sich positiv auf Burnout-Raten bei Pflegenden auswirken kann (Stanyon et al., 2019, Klimova et al., 2015). Es wird geschätzt, dass bei bis zu 90 Prozent der Bewohner*innen von Langzeitpflegeeinrichtungen für Menschen mit Demenz körperliche oder verbale Aggressionen oder Unruhe zeigen, die häufig während der Körperpflege auftreten und auf misslungene Kommunikation zurückzuführen ist (Williams et al., 2017). Kommunikationsherausforderungen betreffen aber auch Pflegekräfte, wodurch die Beziehungsqualität zwischen Pflegenden und Menschen mit Demenz leiden kann und mit größerem Stress der Pflegeperson einhergeht und das Wohlbefinden der Pflegeperson nachteilig beeinflusst werden kann. Fachleute haben die

Notwendigkeit erkannt, eine gute Kommunikation mit anderen Mitgliedern der Pflege aufzubauen, aber auch die Kommunikation zwischen allen Mitgliedern zu verbessern (Tuijt et al., 2020). Somit ist effektive Kommunikation ein Schlüsselfaktor für den erfolgreichen Abschluss von Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs). Viele Pflegende nutzen ADLs als Gelegenheit, soziale Zeit mit den von ihnen betreuten Bewohner*innen zu verbringen. Dies wiederum kann sich in einer Reduktion von Anspannung, Unruhe und Verwirrtheit widerspiegeln (Stanyon et al., 2019).

Kindell et al. (2017) haben alltägliche Konversationen zwischen Pflegenden und Menschen mit Demenz untersucht. Sie verweisen darauf, dass, obwohl viel über Kommunikation bei Demenz geschrieben wurde, die Evidenz, auf der dies beruht, nicht immer eindeutig ist (Kindell et al., 2017). Young et al. (2011) stellen fest, dass „die überwiegende Mehrheit der Ratschläge und die meisten der derzeit verfügbaren Kommunikationsinstrumente oder Schulungsprogramme keine explizite Verbindung zu einem theoretischen Rahmen herstellen“, da es keine untermauernde Kommunikationstheorie oder empirische Grundlage gibt (Young et al., 2011). Die Erforschung der natürlich vorkommenden Konversation kann dazu beitragen, diese Lücke zu schließen. Wichtig ist, dass dieses Forschungsfeld nicht nur die kommunikativen Fähigkeiten und Schwierigkeiten des Menschen mit Demenz in einem bestimmten sozialen Kontext untersucht, sondern auch den Einfluss der/s Gesprächspartnerin/s (Kindell et al., 2017). Weiter merken Kindell et al. (2017) an, dass die wissenschaftliche Untersuchung von Konversationen nicht nur die Möglichkeit bietet, die sich ändernden Bedürfnisse von Menschen mit Demenz im Gespräch zu erforschen, sondern vor allem auch, wie sich andere auf diese Veränderungen einstellen können. Dies trägt dazu bei, Interventionen zu ermöglichen, die empirisch auf den Erfahrungen von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen basieren, einen klaren theoretischen Rahmen haben und auf die individuellen Bedarfe zugeschnitten werden können. Darüber hinaus untermauern personenzentrierte Ansätze die Arbeit aller Disziplinen in der Demenzversorgung, die das soziale Umfeld als wesentlichen Aspekt solcher Philosophien miteinschließen (Kindell et al., 2017).

Die Auswirkungen von Demenz auf alltäglich Gespräche beschreiben Kindell et al. (2017) wie folgt und verweisen auf die Untersuchungen von Hamilton (1994): Über einen Zeitraum von vier Jahren machte Hamilton (1994) Tonaufzeichnungen in

einem Pflegeheim von ihren Gesprächen mit der Bewohnerin Elsie, einer Frau mit Alzheimer-Krankheit, um den Rückgang von Elsies Fähigkeit zu veranschaulichen, ihre Rede für Zuhörende klar zu formulieren. Zum Beispiel nahm Elsies Verwendung von Pronomen ohne klaren Bezug zu und ihre Fähigkeit, Konversationsprobleme zu bemerken und selbst zu beheben, nahm ab. Trotzdem behielt Elsie die mechanischen Aspekte des Abwechselns bei, wobei die automatische Sprache gegenüber Veränderungen widerstandsfähiger zu sein schien. Mit der Zeit stellte Hamilton fest, dass sie selbst immer mehr dafür verantwortlich war, das Gespräch zu erleichtern, und dass sie nicht immer darauf hinwies, wenn sie Elsie nicht verstanden hatte. In diesen Fällen argumentierte sie, dass sie sich dafür entschieden hat, Elsies Gesprächsschwierigkeiten nicht hervorzuheben, sondern stattdessen so handelte, um Elsie das "Gesicht" wahren zu lassen (Kindell et al., 2017). Weiter stellen sie fest, dass trotz erheblicher Gedächtnisprobleme und Schwankungen in der Verständlichkeit bei den untersuchten Teilnehmer*innen Gesprächsfähigkeiten vorhanden waren. Dazu gehörten Abwechslungen und Versuche, Fehlerquellen im Gespräch zu beheben, und obwohl die Themenwechsel abrupt erfolgten, trugen diese zum Fortschreiten des Gesprächs bei. Sie argumentieren, dass im Gespräch unterschiedliche „Erweiterungen“ des Gedächtnisses im Spiel sind. Sodass also das Gedächtnis, um die Wahrnehmung einer Äußerung im Gespräch lange genug zu halten, um sie zu entschlüsseln, in einer Art kreisenden *Runden* das Gesagte innerhalb von zwei oder drei Runden wiederholt und ein Abgleich stattfindet mit Dingen, die im Gespräch bereits etabliert sind, um so das Langzeitgedächtnis zu aktivieren, das sich auf das Leben der Person bezieht (Kindell et al., 2017).

Williams et al. (2017) zeigen auf, dass (gelungene) Kommunikation ein Aspekt der sozialen Interaktion ist, die modifiziert werden kann, um gewisse Verhaltensweisen zu verhindern (das Ausdrücken unerfüllter Bedürfnisse oder Ziele) (Williams et al., 2017). So kam es in Langzeitpflegeeinrichtungen für Menschen mit Demenz, die eine Kommunikationsschulung erhielten, zu einer klinisch bedeutsamen Verringerung des Gebrauchs von Antipsychotika. Messbare Veränderungen im Problemverhalten der Bewohner*innen sowie die Verbesserung der Mitarbeiter*innenkommunikation spiegelten sich in einer Verringerung des Gebrauchs von Antipsychotika wieder (Shaw et al., 2018).

3.2 Elderspeak und Pflegeresistenz

Elderspeak ist ein infantilisierender, generationenübergreifender Kommunikationsstil (sekundär auch Babysprache), der von Pflegepersonal gegenüber älteren Erwachsenen verwendet wird, insbesondere während der Pflegetätigkeiten des täglichen Lebens (Williams et al., 2008). Zu den Merkmalen der Ältestensprache gehören Verkleinerungsformen, unangemessen intime Nominalbezüge wie „Schatz“ und „gutes Mädchen“. Elderspeak zeichnet sich durch verlangsamte Sprache, erhöhte Tonhöhe und Lautstärke sowie unangemessen intime Zärtlichkeiten aus (Kemper & Harden, 1999). Desweiteren ersetzen Kollektivpronomen (Plural) die Pluralreferenz, wenn eine Singularform grammatikalisch korrekt ist und implizieren, dass der ältere Erwachsene nicht unabhängig handeln kann. Zum Beispiel: „Sind *wir* bereit für *unser* Bad?“ Bestätigungsfragen führen zu Antworten der Bewohner*innen, was darauf hindeutet, dass die Bewohner*innen nicht in der Lage sind, selbstständig zu wählen. "Du willst jetzt aufstehen, *nicht wahr?*" Sehr kurze Satzlänge wird als Strategie zur Vereinfachung der Sprache verwendet und vereinfachtes Vokabular und Grammatik sind ebenfalls übliche Modifikationen in der Kommunikation mit älteren Menschen (Williams et al., 2003). Ryan et al. (1986) beschreiben, wie sich Elderspeak aus stereotypen Ansichten ableitet, dass ältere Erwachsene weniger kompetent seien als jüngere und wie Elderspeak diese Stereotype auf Ältere projiziert. Wenn jüngere Erwachsene mit Älteren sprechen, vereinfachen sie die Sprache und verändern den emotionalen Ton (der zugrunde liegenden affektiven Qualität von Nachrichten). Die implizite Botschaft der Inkompetenz setzt dann bei älteren Menschen eine negative Abwärtsspirale in Gang, die mit vermindertem Selbstwertgefühl, Depression, Rückzug und der Annahme abhängigen Verhaltens reagieren (Ryan et al., 1986). Implizite Botschaften der Elderspeak können besonders bedrohlich für die Aufrechterhaltung des Selbstkonzepts und der Persönlichkeit sein, was für das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz von entscheidender Bedeutung ist. Elderspeak kann mit einem positiven Selbstkonzept kollidieren, das ältere Erwachsene mit Demenz nur schwer aufrechterhalten können. (Williams et al., 2008)

Kemper und Harden bestätigten, dass kognitiv intakte ältere Menschen eine negative Wahrnehmung von Elderspeak haben. Ältere Erwachsene, die den

Anweisungen zum Erledigen einer Aufgabe zuhörten (in Elderspeak gesprochen), berichteten, dass die Kommunikation herablassend und erniedrigend war und das Verständnis der Anweisungen erschwerte. Die älteren Erwachsenen, die mit Hilfe von Elderspeak Anweisungen erhielten, waren bei der angeforderten Aufgabe nicht genauer als diejenigen, die in regulärer Sprache Anweisungen erhielten. Obwohl Elderspeak möglicherweise dazu gedacht ist, eine effektive Kommunikation zu fördern und Fürsorge zu zeigen, zeigt die Forschung, dass diese Ziele nicht erreicht werden (Kemper & Harden, 1999).

Forschungsergebnisse von Williams et al. (2008) belegen, dass Elderspeak als bevormundend wahrgenommen wird und bei kognitiv intakten Ältesten zu Kommunikationsstörungen und Problemverhalten führen kann. Es kann bei Menschen mit Demenz einen Widerstand gegen die Pflege auslösen. Pflegeresistenz ist bei älteren Menschen mit Demenz weit verbreitet. Sie stört die Pflege und erhöht die Pflegekosten um bis zu 30 Prozent. Die Wahrscheinlichkeit der Fürsorge- oder Pflegeresistenz variierte signifikant mit der Kommunikation. Eine mehr als doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit der Pflegeresistenz trat bei Elderspeak im Vergleich zu normalen Gesprächen auf. Im Gegensatz dazu fördern einige Sozialwissenschaftler*innen die Verwendung von Komponenten von Elderspeak, um die Kommunikation und Zusammenarbeit in der Demenzversorgung zu verbessern (Williams et al., 2008).

Williams et al. (2008) untersuchten den Zusammenhang von Elderspeak in Bezug auf Pflegeresistenz. Sie bemängeln, dass die Mitarbeiter*innenkommunikation häufig problematisches Verhalten auslöst. Solche problematischen Verhaltensweisen umfassen messbare Aggression, Rückzug, Stimmausbrüche und Umherwandern, die bei 75 bis 90 Prozent der Menschen mit Demenz auftreten. Dieses widerständige Problemverhalten führt zu einer Unterbrechung der Pflege, erhöht den Pflegestress sowie Burnout und Fluktuation beim Pflegepersonal (Williams et al., 2008). In der randomisierten Kontrollstudie von Williams et al. (2017) erhielten Mitarbeiter*innen aus der stationären Langzeitversorgung ein Kommunikationstraining (Changing Talk (CHAT)), um den Einsatz von Elderspeak zu reduzieren. Die CHAT-Intervention soll das Pflegepersonal in der Kommunikation mit älteren Menschen stärken und auf mögliche negative Auswirkungen aufmerksam machen, um dadurch eine effektivere Kommunikation

zu erzielen. Die Studie bestätigte, dass eine Verringerung des Elderspeak-Kommunikationsstils zu einer Verringerung von Problemverhalten führt (Williams et al., 2017). Dieses Ergebnis beleuchtet die wichtige Bedeutung von Kommunikation in der Demenzversorgung.

Im Gegensatz dazu vertreten einige Wissenschaftler*innen in der Demenzversorgung die Auffassung, dass Aspekte der Elderspeak die Zusammenarbeit mit den Bewohner*innen verbessern kann. Einige befürworten die Verwendung familiärer Anredeformen wie „Papa“, um Pflegebedürftige mit Demenz zu trösten. Die Verwendung von kollektiven Pronomensubstitutionen wurde als effektiv befunden, um Kooperation mit Pflegeaktivitäten zu gewinnen. Weiter wurde eine Vereinfachung der Grammatik und des Vokabulars, eine langsame Geschwindigkeit und eine akzentuierte Tonhöhe empfohlen, um die Fähigkeit der Person mit Demenz zu verbessern, gesprochene Kommunikation zu verstehen. Manche älteren Menschen schätzten die Wärme und den Beistand der Elderspeak sogar (Burgio et al., 2005).

Burgio et al. (2005) verweisen des Weiteren darauf, dass ein Zusammenhang zwischen Problemverhalten und Kommunikation durch Beobachtungsstudien hergestellt wurde. Diese zeigten, dass Elderspeak Problemverhalten begünstigt und dass gezielte Pflegeinterventionen Problemverhalten reduzieren können. So deuten Burgio et al. (2005) an, dass eine Studie über Bewohner*innenmerkmale und Verhaltensmanagementstrategien, eine gestörte Kommunikation als primären Prädiktor für körperliche und verbale Aggression implizierte (Burgio et al., 2005).

3.3 Kommunikative Konzepte

In diesem Kapitel werden Konzepte mit einem kommunikativen Ansatz in der Arbeit mit Menschen mit Demenz dargestellt. Hierbei möchte der Autor sich auf zwei Konzepte begrenzen, um diese, dem Umfang der vorliegenden Arbeit entsprechend, genauer zu beleuchten.

Zu den bekannten und weitverbreiteten kommunikativen Konzepten gehören die Verstehende Diagnostik, die Validation nach Naomi Feil, die Integrative Validation nach Nicole Richard, die Personzentrierte Pflege nach Tom Kitwood, die Erinnerungspflege und die Biographiearbeit. Im Zusammenhang mit den anwendbaren kommunikativen Konzepten muss die Bezugspflege als Basis für die

Versorgung von Menschen mit Demenz kurz betrachtet werden. Für Betroffene ist es, besonders im Krankenhaus, bedeutsam, die Anzahl der betreuenden Personen so gering wie möglich zu halten. Die Situation, in welcher Betroffene sich teilweise befinden, ist ohnehin sehr belastend und sollte nicht durch verschiedene Anforderungen oder Kommunikations- und Interaktionsstile verschärft werden. Kontinuität ist in der Betreuung von Menschen mit Demenz ein stabilisierender Faktor, welcher gewahrt werden sollte (Kastner & Löbach, 2018, S.124).

3.3.1 Validation nach Naomi Feil

In den Rahmenempfehlungen vom Bundesgesundheitsministerium wird für die Arbeit mit Menschen mit Demenz, besonders in der Kommunikation, eine validierende, wertschätzende Grundhaltung empfohlen (Bartholomeyczik et al., 2006). In diesem Kapitel soll auf die Validation von Naomi Feil eingegangen werden. Der Vollständigkeit halber muss erwähnt werden, dass es auf Grundlage dieser Validationsform noch abgeänderte Formen wie zum Beispiel die integrative Validation von Nicole Richard gibt.

Die Validation wurde von der US-amerikanischen Sozialarbeiterin Naomi Feil entwickelt. Übersetzt bedeutet Validation etwa *Wertschätzung* oder *Etwas für gültig erklären*. Die Basis der Validation liegt auf einem empathischen und verständnisvollen Ansatz und ist eine anerkannte Methode in der Kommunikation mit desorientierten Menschen. In der Validation wird das Individuum ganzheitlich betrachtet (Schmidt & Döbele, 2016, S.126-128). Feil beschreibt ihre Methode wie folgt: „Jemanden zu validieren bedeutet, seine Gefühle anzuerkennen, ihm zu sagen, dass seine Gefühle wahr sind. Das Ablehnen von Gefühlen verunsichert den anderen. In der Methode der Validation verwendet man Einfühlungsvermögen, um in die innere Erlebniswelt der alten, desorientierten Person vorzudringen. Einfühlungsvermögen „in den Schuhen des anderen gehen“ – schafft Vertrauen. Vertrauen schafft Sicherheit, Sicherheit schafft Stärke – Stärke stellt das Selbstwertgefühl wieder her, Selbstwertgefühl verringert Stress. Validationsanwender haben die Signale des älteren Menschen aufzufangen und in Worte zu kleiden. So validieren sie ihn und geben ihm seine Würde zurück.“ (Feil & de Klerk-Rubin, 2017, S. 15).

Der Validationsbegriff von Feil meint die Ernsthaftigkeit, Akzeptanz, das Annehmen der Gefühle des Menschen mit Demenz, ohne diesen zu bewerten oder zu verbessern. In der Validation nach Feil gibt es drei wesentliche Grundhaltungen/-prinzipien: Akzeptanz, Empathie und Kongruenz (Kojer et al., 2007, S.433). Diese Betreuungsform basiert auf der Grundannahme, dass jeder Mensch wertvoll ist - auch der alte und verwirrte Mensch. Jedes Verhalten der Menschen mit Demenz obliegt einem Grund und die Pflegefachpersonen müssen durch Einfühlungsvermögen die Ursachen der Verhaltensweisen ergründen. Durch Einfühlungsvermögen kann der*die Validationsanwender*in in die Erlebniswelt der desorientierten Person, vordringen (Schmidt & Döbele, 2016, S.126-128). Durch das Aufgreifen der Signale, welche die Betroffenen senden, und das Formulieren dieser in Worte, wird validiert und die Betroffenen erhalten die Würde zurück (Feil & Klerk-Rubin, 2017, S.15). Validation ist auch ein Prozess, durch welchen Menschen mit Demenz verbal und nonverbal kommunizieren können, unabhängig davon, ob die Betroffenen gerade in Gedanken sind oder was sie bewegt. Ziel der Validation ist es, die Betroffenen in jeder Situation zu begleiten. Ob ein Mensch an einer unvollendeten Lebensaufgabe arbeitet, eine Krise durchlebt oder glücklich an einer Aufgabe sitzt, sollte man ihm in seiner Realität begegnen, sodass dieser nicht allein ist. Desorientierte und sehr alte Menschen erwidern die Validation und es erfolgen langsam Veränderungen im Verhalten. Dazu gehören laut Feil und de Klerk-Rubin (2017, S.57), neben einer aufrechteren Sitzhaltung, geöffneten Augen und einer verstärkten sozialen Kontrolle, die Abnahme von Schreien, Auf- und Abgehen und Schlagen, es tritt weniger Wut und Angst auf und das verbale und nonverbale Ausdrucksvermögen nimmt zu. Zusätzlich kann das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl gesteigert werden. Um diese Ziele zu erreichen, müssen die Validationstechniken dem Individuum angepasst werden. Nach Feil und de Klerk-Rubin (2017, S.67) werden die Menschen entsprechend ihrer Verwirrtheit in Validationsstadien eingeteilt. Die Phase I ist die mangelhafte Orientierung (*malorientation*), in welcher die Betroffenen nur teilweise orientiert sind, aber unglücklich. Die Phase II ist die Zeitverwirrtheit (*time confusion*); die Betroffenen erleben einen Verlust der kognitiven Kompetenzen sowie die Orientierung auf der zeitlichen Ebene. Weiterhin gibt es die Phase III, sich wiederholende Bewegungen (*repetitive motion*), sowie die Phase IV, das Vegetieren (*vegetation*), der totale Rückzug nach Innen. Eine gelungene Validierung kann nur erfolgen, wenn die

Phase der Betroffenen bekannt ist. Die Realität der Betroffenen wird zu jeder Zeit wertgeschätzt und anerkannt (Feil & de Klerk-Rubin, 2017, S.67).

Validation kann verbal und nonverbal ausgeübt und angewendet werden. Verbale Validation beinhaltet zum Beispiel das aktive Zuhören, die Identifikation von bevorzugten Worten, das Eingehen auf bevorzugte Sinne, die Verwendung von Fragen mit ‚wer‘, ‚was‘, ‚wo‘, ‚wie‘ und ‚wann‘, anstelle von ‚warum‘, das Wiederholen von Schlüsselworten, Zusammenfassen, Gegenteile anbieten, Extreme anwenden und das Finden von gemeinsamen Lösungen. In der nonverbalen Validation geht es auch um Konzentration, die eigenen Gefühle zurückzulassen und die Gefühle des Gegenübers zu beobachten, gefühlvolles Ansprechen von Dingen, das Spiegeln von Bewegungen und der körperliche Kontakt durch Berührungen (Feil und de Klerk-Rubin, 2017, S.80-82). Besonders wichtige Kommunikationsmethoden in der Validation sind der Blickkontakt und die Berührungen. Wichtig ist demnach auch, dass die Pflegefachperson nach der Ansprache auf einen Laut der Präsenz oder den Blickkontakt wartet. Je weiter die Demenzerkrankung voranschreitet, desto wichtiger werden, neben den Berührungen und dem Blickkontakt, die liebevolle Stimme und die Vermittlung von Sicherheit (Pape-Raschen, 2017, S.33-34).

Sánchez-Martínez et al. (2021) haben in einem Literatur Review diverse Datenbanken nach den Auswirkungen der Validationsmethode nach Feil auf die Arbeitszufriedenheit und Motivation von Pflegenden durchsucht. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass das Training und/oder die Implementierung der Validation Methode Pflegenden Techniken der Beziehungsgestaltung und Kommunikation mit desorientierten älteren Menschen bieten, die es ihnen ermöglichen und ihnen dabei helfen, ihre Pflegearbeit besser zu verwalten, ihre Lebensqualität zu verbessern und als Mittel zum Schutz vor Burnout zu fungieren, da sie Stress und Überlastung reduzieren. Darüber hinaus steigerte das Training das Empathieempfinden und vermittelte Pflegenden ein besseres Verständnis für die Bedeutung des Verhaltens der Bewohner*innen, wodurch die Behandlungsqualität gesteigert wurde, die auf die tatsächlichen Bedürfnisse der älteren Menschen mit Demenz ausgerichtet ist (Sánchez-Martínez et al., 2021).

Abschließend und zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Kernkomponente der Validatio, die Überzeugung ist, dass jede Verhaltensweise einen Grund und eine Bedeutung hat. „Pfleger müssen sich in der Kunst üben, diese Bedeutungen zu verstehen. Der Kern der validierenden Haltung ist Anerkennung und Bestätigung von Gefühlen und damit die Bereitschaft, sich in die innere Welt der Menschen mit Demenz zu begeben.“ (Bartholomeyczik et al., 2006, S.87).

3.3.2 Person-zentrierte Pflege nach Tom Kitwood

Der von dem britischen Psychologen Tom Kitwood (1995) entwickelte Ansatz der person-zentrierten Pflege stellt die Einzigartigkeit der Person, das Subjekt selbst, in den Mittelpunkt aller Betrachtungen. Die Ursprünge dieses Pflegeansatzes gehen auf die Theorie und Praxis der klientenzentrierten Psychotherapie des amerikanischen Psychologen Carl Rogers zurück (Kitwood, 2016).

Kitwood impliziert in seinem Konzept das, was für eine menschenwürdige Pflege selbstverständlich erscheint, aber nicht selbstverständlich ist, nämlich Menschen in ihrem vollen Menschsein anzuerkennen. Dementsprechend formuliert Kitwood: „Unser Bezugsrahmen sollte nicht länger die Person-mit-DEMENZ, sondern die PERSON-mit-Demenz sein.“ (Kitwood, 2008).

Der Erhalt und die Stärkung des Personseins ist sein oberstes Ziel in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Die aus diesem Konzept resultierende Grundhaltung gegenüber Menschen mit Demenz und die positive Arbeit/Beziehung mit der Person bilden seine Basis. Kitwood stellt die Hypothese auf, dass eine personzentrierte Pflege den Prozess einer Demenzerkrankung positiv beeinflussen kann. So stellt der Erhalt des Personseins das oberste Ziel einer qualitativ hochwertigen Demenzpflege dar. Eine Grundvoraussetzung dafür ist die Befriedigung von seelischen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz, da "ein Mensch ohne (deren) Befriedigung nicht einmal minimal als Person funktionieren kann." (Kitwood, 2016).

Kitwood setzt den Erhalt des Personseins mit Wohlbefinden gleich. Folgende vier allumfassende Empfindungszustände (*global sentient states*) gehen seiner Ansicht nach mit Wohlbefinden und somit mit gut erhaltenem Personsein einher:

- das Gefühl, etwas wert zu sein,
- das Gefühl, etwas tun, etwas bewirken zu können,
- das Gefühl, Kontakt zu anderen Menschen zu haben, dazuzugehören

- das Gefühl von Sicherheit, Urvertrauen und Hoffnung

Gute Demenzpflege beinhaltet einen Remenzprozess, der die Wiederherstellung personaler Funktionen unterstützt und dabei grundlegende Bedürfnisse wie Halt und Trost, Nähe und Geborgenheit sowie soziale Verbundenheit stärkt und damit Beschäftigung und Identitätsarbeit ermöglicht. Unter die demenzspezifischen Bedürfnisse fasst er eine Gruppe von Bedürfnissen, die sich nicht klar voneinander trennen lassen, zum Beispiel die Bedürfnisse nach Liebe, Trost, Sicherheit, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität. Diese Bedürfnisse sind unterschiedlich stark ausgeprägt, ihre Befriedigung ermöglicht es dem demenziell veränderten Menschen, sich als Person wahrzunehmen und positive Gefühle (sich wertvoll und geschätzt zu fühlen) zu erleben. Pflegequalität in der Betreuung von Menschen mit Demenz hängt primär von der Qualität der Pflegebeziehung und der Interaktionsfähigkeit des Pflegepersonals ab (Kitwood, 2008).

Es geht in der Pflege von Menschen mit Demenz um die Be(ob)achtung des Wohlbefindens. Hierbei steht nicht die Linderung von Krankheit und Symptombeseitigung, sondern der Erhalt des Personseins im Vordergrund. Personsein und Wohlbefinden umfasst mehr, als die Fähigkeit zu denken und wird insbesondere durch die Gestaltung der Beziehung beeinflusst. Hieraus ergibt sich für die Pflege ein breites Spektrum an Möglichkeiten, denn keine andere Berufsgruppe im Gesundheitswesen hat so häufig und intensiv Kontakt zu Menschen mit Demenz wie die Gruppe der Pflegenden (Schmidt & Döbele, 2016, S. 89).

Die personenzentrierte Pflege gilt allgemein als *Best Practice* in der Demenzversorgung und hält sich an das Prinzip der therapeutischen Kommunikation zwischen Pflegekraft und Menschen mit Demenz. Kitwood erklärt dies, „ähnlich wie ein erfahrener Tennistrainer eine Rallye mit einem weniger erfahrenen Spieler spielt“, müssen Pflegenden ihre Kommunikationsfähigkeiten und -ressourcen einsetzen, um die Interpretation der Bedeutung und das gemeinsame Verständnis zu erleichtern. Daher ist es zwingend erforderlich, dass Pflegekräfte in diesem therapeutischen Ansatz geschult sind und über die nötigen Fähigkeiten verfügen, wenn sie mit einem Menschen mit Demenz in einem pflegerischen Setting sprechen (Stanyon et al., 2019).

Phillips et al. (2010) haben die Effekte von nichtpharmakologischen Interventionen auf die Lebensqualität bei Menschen mit Demenz untersucht. Hierbei wurde das US-amerikanische Storytelling-Programm *TimeSlips* genauer beleuchtet und die Auswirkungen auf eine Interventions- und eine Kontrollgruppe untersucht.

TimeSlips ist ein national anerkanntes Gruppen-Geschichten-Erzähl-Programm für Menschen mit Demenz, das offenes Geschichtenerzählen fördert, indem es die Fantasie anregt, anstatt sich auf sachliche Erinnerungen zu verlassen. Eines der wichtigen Prinzipien von *TimeSlips* ist, dass die Teilnehmer*innen nicht durch kognitive Defizite frustriert sind, da sie auf ihre kreativen Fähigkeiten und nicht auf das Gedächtnis angewiesen sind. *TimeSlips* orientiert sich an Kitwoods Theorie der Demenzpflege, indem es die Selbstdarstellung in einer sicheren, akzeptierenden Umgebung fördert. Kommunikation findet auf natürliche Weise statt, da individuelle Beiträge in einer kollaborativen Umgebung gefördert, anerkannt und validiert werden. Interventionen zum kreativen Ausdruck wie *TimeSlips* betonen die Einzigartigkeit von Personen und ermöglichen ihnen, sich inklusiv, unterstützt und wertgeschätzt zu fühlen (Phillips et al., 2010).

Die Ergebnisse der Studie von Phillips et al. (2010) deuten darauf hin, dass das 6-Wochen-Programm von *TimeSlips* für die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe mit signifikant gesteigerter Freude und besserer Kommunikation verbunden war. Spontane verbale Kommunikation und zwischenmenschlicher Dialog, die sich beide in den FACS-Werten (Functional Assessment of Communication Skills – ein Beobachtungsinstrument zur Bewertung des Kommunikationsverhaltens im Bereich der sozialen Kommunikation; Tagesplanung; Vermittlung von Grundbedürfnissen sowie Lesen, Schreiben und Zahlenkonzepte) widerspiegeln, scheinen durch die positiven Interaktionen, die durch *TimeSlips* ausgelöst werden, die Lebensqualität der Menschen mit Demenz in der Interventionsgruppe positiv beeinflusst zu haben (Phillips et al., 2010).

4. Diskussion

In diesem Kapitel möchte der Autor die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit noch einmal zusammenfassen, interpretieren und einen Blick auf die bestehende Forschung und Empfehlungen für weiterführende Forschungen geben. Die Leitfrage

dieser Arbeit lautete: *Wie verändert sich Kommunikation von Pflegenden mit und über Menschen mit Demenz?*

Die aufgezeigten Studienergebnisse haben gelegt, dass Kommunikationsstörungen zu den frühesten Symptomen einer Demenz gehören. Wortfindungs- und Verständnisprobleme können zu Orientierungslosigkeit, Angstzuständen und Verhaltenssymptomen wie Pflegeresistenz oder Rückzug aus der sozialen Interaktion beitragen. Weiter können körperliche oder verbale Aggressionen auftreten und das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz negativ beeinflussen. Effektive Kommunikation ist daher entscheidend für die Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Menschen mit Demenz. Diese kann nachweislich zur Erfüllung des Pflegebedarfs und zur Verbesserung des Verhaltens und des Wohlbefindens der Pflegebedürftigen beitragen (Stanyon et al., 2019, Williams et al., 2017).

Die Einflüsse von Demenz auf alltäglichen Konversationen haben Kindell et al. (2017) beschrieben und anhand der Studie von Hamilton (1994) veranschaulicht. Demenz hat besonders in der Anfangsphase der Erkrankung Auswirkung auf die Erinnerungsfähigkeit. Das Kurzzeitgedächtnis ist davon besonders betroffen, was sich wiederum in Wortfindungsstörungen äußert (Klimova et al., 2015). So haben Menschen mit Demenz Probleme den Gesprächsfluss eigenständig zu gestalten und geraten ins Stocken. Die Sprache vereinfacht sich, die Satzlänge nimmt ab (Hamilton, 1994, Kindell et al., 2017). Dennoch sind Gesprächsfähigkeiten weiterhin vorhanden. Abwechslungen und Versuche, Fehlerquellen im Gespräch zu beheben wurden beobachtet. Themenwechsel, wenn auch abrupt eingeleitet, erfolgten durch die Gesprächspartner*innen mit Demenz und trugen zum Fortschreiten des Gesprächs bei (Kindell et al., 2017).

Williams et al. (2017) und Shaw et al. (2018) zeigten auf, dass Kommunikation stets modulierbar ist und, wenn richtig angewandt, einen positiven Effekt auf unerwünschte und belastende Verhaltensweisen (wie Pflegeresistenz, Aggression, Unruhe und Anspannung) haben kann. Hierbei können Trainings oder Kommunikationsschulungen für Pflegende von großem Nutzen sein. Nach Absolvieren solcher Schulungen zeigte sich, dass antipsychotische Bedarfsmedikation deutlich selten zum Einsatz kam. Dies wurde mit der messbar

verbesserten Mitarbeiter*innenkommunikation begründet (Williams et al., (2017), (Shaw et al., (2018)).

Eine hervorgehobene Stellung in dieser Arbeit hat die *Elderspeak*. Es konnte aufgezeigt werden, in welchen (Pflege-)Situationen Elderspeak zum Einsatz kommt und wie Pflegende diese artikulieren. So wurde belegt, dass durch verlangsamte Sprache, erhöhte Tonhöhe und Lautstärke, unangemessen intime Zärtlichkeiten sowie das Verwenden von Kollektivpronomen, wenn die Singularform grammatikalisch korrekt wäre, Menschen mit Demenz Abhängigkeit (vom Pflegepersonal) impliziert und Unmündigkeit vermittelt wird (Kemper & Harden (1999), Williams et al. (2008) & Williams et al. (2003)). Durch das Ableiten von Stereotypen in der Verwendung der Elderspeak werden Menschen mit Demenz fälschlicherweise Kommunikationskompetenzen abgesprochen. Dies führt zu einem verminderten Selbstwert, Depression und sozialem Rückzug (Ryan et al., 1986). Die Wahrnehmung der Elderspeak von Menschen mit Demenz wurde als größtenteils herablassend und erniedrigend aufgezeigt. Anweisung von Pflegenden, zum Beispiel während der Körperpflege, wurde missverständlich aufgefasst (Kemper & Harden, 1999). Die Verwendung von Elderspeak ruft des Weiteren bei Menschen mit Demenz Widerstand gegen die Pflege hervor. Pflegeresistenz ist bei älteren Menschen mit Demenz weit verbreitet, stört die Pflege und erhöht die Pflegekosten (Williams et al., 2008). Der Einsatz von Kommunikationsschulungen (wie der CHAT-Intervention) konnte auch hier die Kommunikation nachweislich stärken und Problemverhalten reduzieren (Williams et al. (2017), Burgio et al. (2005)). Der Autor möchte in diesem Zusammenhang, die Wichtigkeit der Auseinandersetzung mit den Entstehungsprozessen des problematischen Verhaltens in der Kommunikation beleuchten. Ein Rückschluss auf die Kommunikationspsychologie (siehe Kapitel 2.2.1) dient hier als Beleg für ein Missverhältnis zwischen Sender*in und Empfänger*in in der Kommunikation. Menschen mit Demenz können dieses Missverhältnis auf Grund ihrer Erkrankung nur sehr geringfügig beeinflussen. Daher sind die Implementierungen von kommunikativen Konzepten für Menschen mit Demenz sicherlich der erste richtige Schritt – eine umfassende Schulung des Pflegefachpersonals muss diesem aber zeitnah folgen.

Die Validation nach Feil, ein wesentlicher Bestandteil im Umgang mit Menschen mit Demenz, wurde durch die Rahmenempfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit dargelegt und für den empathischen und wertschätzenden Umgang mit Menschen mit Demenz empfohlen (Bartholomeyczik et al., 2006). Sánchez-Martínez et al. (2021) haben die positiven Auswirkungen des Implementierens der Validation auf Arbeitszufriedenheit und Motivation von Pflegenden belegt. Jedoch sind die Forschungsergebnisse nicht alle eindeutig positiv. Es bedarf Forschungen in der Validation mit einheitlichen Anwendungsvorgehen und Zielgruppen (Bartholomeyczik et al., 2006).

Der personenzentrierte Pflegeansatz von Tom Kitwood (1995) wurde vorgestellt und veranschaulicht. Die Storytelling-Intervention *TimeSlips* für Menschen mit Demenz zeigten eine verbesserte Kommunikation im Vergleich zur Kontrollgruppe (Kitwood, 2016, Phillips et al. (2010)).

Der Autor sieht ein hohes Potenzial in der Kombination der Validation nach Feil, Kitwoods Pflegeansatz sowie der Anwendung von Kommunikationsschulungen für Pflegende. Wenn diese präventiv zum Einsatz kommen und so Problemverhalten durch gelungene Kommunikation reduziert werden kann, kommt dies einer gesteigerten Lebensqualität der Menschen mit Demenz zugute. Dennoch möchte der Autor anmerken, dass ein Großteil der gefundenen Literatur vorrangig medikamentöse Intervention bei kommunikativem Problemverhalten sowie Anspannung und Unruhe vorschlägt. Die nicht-medikamentösen Interventionen werden hier aus Sicht des Autors vernachlässigt.

Abschließend ist es von großer Bedeutung zu erwähnen, dass alle Konzepte und Interventionen sowohl personal- als auch zeitintensiv sind. Sie stellen hohe Anforderungen an das Pflegefachpersonal dar. Auch aufgrund des zunehmenden Personalnotstandes in der stationären Altenpflege und durch die Zunahme von Pflegenden mit einem geringeren Qualifikationsniveau, stellt die Umsetzung und Implementierung der Konzepte und Interventionen die Pflege vor eine große Herausforderung (Palm et al., 2013).

5. Fazit und Ausblick

In dieser Arbeit wurden die Veränderungen in der Kommunikation von Pflegenden mit und über Menschen mit Demenz betrachtet. Es ist essenziell anzumerken, dass

es neben den aufgezeigten kommunikativen Ansätzen noch viele weitere Therapieansätze für Menschen mit Demenz gibt; diese sollte auch weiterhin in der Forschung beleuchtet und untersucht werden. Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Kommunikation als Instrument der Beziehungsgestaltung und zum Verstehen von Menschen mit Demenz zu. Ohne gelingende Kommunikation ist es für das Pflegefachpersonal unmöglich, das Innere von Menschen mit Demenz zu ergründen und individuelle Interventionen und Maßnahmen einzuleiten, um bestimmte Bedürfnisse zu befriedigen. Der Autor zeigte neben der Wirksamkeit von Kommunikationsschulung und -Interventionen, die Auswirkungen von Elderspeak, die Validation nach Feil sowie den personenzentrierten Pflegeansatz von Kitwood auf. Trotz fehlender Evidenz sind die Validation und Kitwoods Ansatz als wesentliche Bestandteile des pflegerischen Alltags anzusehen und zu empfehlen. Es wurde festgestellt, dass Menschen mit Demenz einen großen Teil ihrer kommunikativen Fähigkeiten im Verlaufe ihrer Erkrankung einbüßen. Ihnen fehlen die Worte, sich und ihre Bedürfnisse adäquat auszudrücken. Diesem zunehmenden Verlust von verbaler Kommunikationsfähigkeit („Verstummung“) können Pflegenden mittels der Validation und Kitwoods Pflegeansatz begegnen. Auch unter Berücksichtigung der Abnahme der verbalen Fähigkeiten im Krankheitsverlauf hin zu einer größtenteils nonverbalen Kommunikation, sieht der Autor die vorgestellten Konzepte und Ansätze als valide an. Primär haben alle hier aufgeführten Ansätze das Ziel, das Verhalten von Menschen mit Demenz zu ergründen und die innere Haltung der Pflegenden anzupassen und zu reflektieren. So können Ungleichgewicht und Schwierigkeiten in der Kommunikation erkannt und moduliert und optimalerweise Interventionen angeboten werden. Darüber hinaus erfordert eine angemessene und der pflegerischen Ziele dienliche Kommunikation ausreichend Zeit für alle Patient*innen. Angesichts des derzeit herrschenden Pflegenotstands sieht der Autor hier die Politik in der Verantwortung, dieser enormen Herausforderung der kommenden Jahrzehnte zu begegnen.

Aufgrund von fehlenden Evidenzen in der Pflegeforschung sieht der Autor ein erhebliches Forschungs- sowie Qualitätsdefizit in den vorhandenen Studien. Durch weitere qualitative Studien mit einheitlichen Mess- oder Assessmentinstrumenten sowie einer evidenzbasierten Übertragbarkeit der Theorien in die Praxis, kann und muss dieses Defizit in der nahen Zukunft kompensiert werden. Es besteht daher

Bedarf an Kommunikationsinstrumenten, die die Bedürfnisse und Präferenzen von Menschen mit Demenz aufzeigen und die Schwierigkeiten vermeiden, Gesundheits- und Sozialpersonal ständig über Gesundheitsprobleme zu informieren. Die Berücksichtigung der Thematik in der generalisierten Pflegeausbildung und dem Pflegestudium sowie in Fort- und Weiterbildung ist notwendig, da Menschen mit Demenz in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung vermehrt mit Pflegefachpersonen in Kontakt treten können. Das Wissen um einen wertschätzenden und empathischen Umgang und die gelingende Kommunikation sind daher von immenser Bedeutung. Den demographischen Wandel, sowie die damit einhergehende stetig wachsende Belastung und Herausforderung für das Pflegefachpersonal sieht der Autor als wichtige Erkenntnis und gesundheitspolitische Chance für die Pflege. Diese Notwendigkeit bedarf Konsequenzen, im Sinne der spezifischeren Forschung und daraus abgeleiteten weiteren Handlungsempfehlungen. Durch eine an die Bedürfnisse angepasste Kommunikation kann Menschen mit Demenz ein würdevolles und selbstbestimmendes Erleben der eigenen Realität gegeben werden.

Quellenverzeichnis:

Alzheimer Schweiz (2021): Lewy-Körper-Demenz https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/163-31D_2020_Lewy-Koerper-Demenz.pdf

Bartholomeyczik, S. & Halek, M. (2017): Pflege von Menschen mit Demenz. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), Pflege-Report 2017: Die Versorgung der Pflegebedürftigen (1. Aufl., S. 51 – 62). Schattauer Verlag, Stuttgart

Bartholomeyczik, S., Halek, M., & Holle, D. (2013): Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz verstehen: Die Verbesserung der Versorgung Demenzkranker durch Qualitätsinstrumente. Von der Arbeit beim Leuchtturmprojekt Demenz des Bundesgesundheitsministeriums (1. Aufl.). Beltz Juventa Verlag, Weinheim Basel. Abgerufen am 13.09.2021.

https://content-select.com/media/moz_viewer/537b0ed8-7e4c-4209-9e44-104d2efc1343/language:de

Bartholomeyczik, S., Halek, M., Sowinski, C., Besselmann, K., Dürrmann, P., Haupt, M., Kuhn, C., Müller-Hergl, C., Perrar, K. M., Riesner, C., Rüsing, D., Schwerdt, R., van der Kooij, C., & Zegelin, A. (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. BMG. Abgerufen am 13.09.2021. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf

Blumenberg, P., Krebs, M., Moers, M., Möller, A., Schiemann, D., Stehling, H., Rausing, E., & Grams, B. (2018): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Hrsg.; Sonderdruck). Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.

Bundesministerium für Gesundheit (2020): Diagnose Demenz: Krankheitsbild und Verlauf. Abgerufen am 19.10.2021

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-demenz/krankheitsbild-und-verlauf.html>

Burgio, L. D., Butler, F. R., Roth, D. L., Hardin, J. M., Hsu, C. C. & Ung, K. (2005): Agitation in nursing home residents: the role of gender and social context. In: *International Psychogeriatrics* (2005, 12 (4), 495 – 511). DOI: 10.1017/s104161020000661x

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.). (2020): Informationsblatt 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Abgerufen am 19.09.2021

https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdfj

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (o.J.): Frontotemporale Demenz. Abgerufen am 14.10.2021.

<https://www.deutsche-alzheimer.de/demenz-wissen/frontotemporale-demenz>

Deutscher Ethikrat (2012): Demenz und Selbstbestimmung - Stellungnahme (1. Auflage, S. 40 - 42). Deutscher Ethikrat, Berlin. Abgerufen am 02.09.2021.

https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/DER_StnDemenz_Online.pdf

Döbele, M., & Schmidt, S. (2014): Demenzbegleiter für Betroffene und Angehörige (1. Auflage, S. 10 – 12). Springer Verlag, Berlin. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-38357-1>

Dressel, K., & Lange, I. (2018): Interventionen bei demenziell bedingten Sprach- und Kommunikationsstörungen. Sprachtherapie aktuell: Forschung - Wissen - Transfer, 1(1), 1–9. <https://doi.org/10.14620/stadbs181206>

Ellis, M., & Astell, A. (2019): Nonverbale Kommunikation mit demenzkranken Menschen. Wie man ohne Sprache kommunizieren kann (S. 22 – 26, 38 & 39, 46 – 50). Hogrefe Verlag, Bern. DOI: 10.1024/85935-000

Elzer, M., Sciborski, C., & Jestädt, P. (2007): Kommunikative Kompetenzen in der Pflege: Theorie und Praxis der verbalen und non-verbalen Interaktion (1. Auflage, S. 38). Verlag Hans Huber, Bern.

Feil, N. & de Klerk-Rubin, V. (2017): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen (11., durchgesehene Auflage, S. 15, 57, 67, 80-82) Ernst Reinhardt Verlag, München Basel.

Frindte, W. & Geschke, D. (2019): Lehrbuch Kommunikationspsychologie (1. Auflage, S. 11, 15, 22, 32) Verlag Beltz Juventa, Weinheim Basel.

Gröning, K. (2012): SPRECHEN SIE DEMENZISCH? Eine Einführung und Vorbereitung auf die Wissenschaftliche Weiterbildung Demenz im Krankenhaus. Abgerufen am 12.09.2021.

https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/studienbriefe/StB_Sprechen_Sie_Demenzisch-2012.pdf

Haberstroh, J. & Pantel, J. (2011): Kommunikation bei Demenz – TANDEM Trainingsmanual (1. Auflage, S. 43). Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York.

Haberstroh, J., Neumeyer, K., Pantel, J. (2016): Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende (2. Auflage, S. 3 - 9). Springer Verlag, Berlin Heidelberg. DOI 10.1007/978-3-662-48026-7

Hamilton, H. E. (1994): Conversations with an Alzheimer's Patient: An Interactional Sociolinguistic Study. Cambridge University Press. DOI:10.1017/cbo9780511627774

ICN (2012): ICN-Ethikkodex für Pflegende, Genf, S. 1 & 2. Abgerufen am 04.10.2021

<https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Ethikkodex-2012-deutsch.pdf>

Kastner, U. & Löbach, R. (2014): Handbuch Demenz. Fachwissen für Pflege und Betreuung (3. Auflage, S. 4 -24, 124 -126). Elsevier Verlag, München.

Kemper, S. & Harden, T. (1999): Experimentally disentangling what's beneficial about elderspeak from what's not. In: American Psychological Association – Psychology and Aging (1999, 14 (4), 656 – 670). <https://doi.org/10.1037/0882-7974.14.4.656>

Kindell, J., Keady, J., Sage, K. & Wilkinson, R. (2017): Everyday conversation in dementia: a review of the literature to inform research and practice. In: International Journal of Language & Communication Disorders (2017, 52 (4), S. 392 – 406). doi: 10.1111/1460-6984.12298

Kitwood, T. (Hrsg.) (2008): Towards a Theory of Dementia Care: The Interpersonal Process. In: Ageing & Society (1993, Vol. 13 (1), S. 51 - 67). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00000647>

Kitwood, T. (2016): Demenz – der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen (7., überarbeitete und ergänzte Auflage). Hogrefe Verlag, Bern.

Klimova, B., Maresova, P., Valis, M., Hort, J. & Kuca, K. (2015): Alzheimer's disease and language impairments: social intervention and medical treatment. In: Clinical Interventions in Aging (2015, Vol. 10, S. 1401 – 1408). doi: 10.2147/CIA.S89714

Kojer, M. (2016): Kommunikation – Kernkompetenz der Palliativen Geriatrie. In: M. Kojer & M. Schmidl (Hrsg.), Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis: Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen (2. Auflage, S. 9–18). Springer Verlag, Berlin. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1851-1_2

Kojer, M., Gutenthaler, U., & Schmidl, M. (2007): Validation nach Naomi Feil. In G. Gatterer (Hrsg.), Multiprofessionelle Altenbetreuung: Ein praxisbezogenes Handbuch (2. Auflage, S. 427–445). Springer Verlag, Berlin. https://doi.org/10.1007/978-3-211-69362-9_26

Leavey, G., Curran, E., Fullerton, D., Todd, S., McIlfatrick, S., Coates, V., Watson, M., Abbott, A. & Corry, D. (2020): Patient and service-related barriers and facilitators to the acceptance and use of interventions to promote communication in health and social care: a realist review. In: BMC Health Service Research (2020 (20), S. 503). doi: 10.1186/s12913-020-05366-4

Levy-Storms, L. (2008): Therapeutic communication training in long-term care institutions: Recommendations for future research. In: Patient Education and Counseling (Vol. 73 (1), S. 8 – 21). Elsevier, Amsterdam.

Mayhew, P. A., Acton, G. J., Yauk, S. & Hopkins, B. A. (2001): Communication from individuals with advanced DAT: Can it provide clues to their sense of self-awareness and well-being? In: Geriatric Nursing (Vol. 22 (2), S. 106 – 110). Elsevier, Amsterdam.

McCormack, B. & McCance, T. (Hrsg.) (2017): Person-Centred Practice in Nursing and Health Care (2nd edition). Wiley-Blackwell, Oxford.

McKeown, A., Turner, A., Angehrn, Z., Gove, D., Ly, A., Nordon, C., Nelson, M., Tochel, C., Mittelstadt, B., Keenan A., Smith, M. & Singh, I. (2020): Health outcome prioritization in Alzheimer’s Disease: Understanding the Ethical Landscape. In: Journal of Alzheimer’s Disease (2020, 77 (1), S. 339 – 353). doi: 10.3233/JAD-191300

Morris, L., Horne, M., McEvoy, P. & Williamson, T. (2017): Communication training interventions for family and professional carers of people living with dementia: a systematic review of effectiveness, acceptability and conceptual basis.

In: *Aging & Mental Health* (2017, Vol. 22 (7), S. 863 – 880).
<https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1399343>

Palm, R., Köhler, K., Dichter, M. N., Bartholomeyczik, S., & Holle, B. (2013): Entwicklung, Umsetzung und Evaluation pflegerischer Interventionen für Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe in Deutschland – eine Literaturstudie. *Pflege* (26(5), S. 337 – 355). <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000317>

Pape-Raschen, K. (2017): 100 Fragen zur Kommunikation mit Menschen mit Demenz (2. Auflage, S. 21, 33 & 34). Brigitte Kunz Verlag, Hagen.

Phillips, L. J., Reid-Arndt, S. A. & Pak, Y. (2010): Effects of a creative expression Intervention on Emotions, Communication, and Quality of Life in Persons with Dementia. In: *Nursing Research* (2010, 59 (6), S. 417 – 425). Verlag Wolters Kluwer. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181faff52

Rahman, S. & Howard, R. (2019): Demenz kompakt. Kurzlehrbuch zur Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz (1. Auflage, S. 19). Verlag Hogrefe, Bern.
<http://doi.org/10.1024/85934-000>

Robert-Koch Institut (Hrsg.). (2015): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Gesundheit in Deutschland. Abgerufen am 18.09.2021.

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile

Röhner, J. & Schütz, A. (2016): Psychologie der Kommunikation (2. Auflage, S. 2-6, 20, 23 – 25, 28 - 33). Reihe Basiswissen Psychologie. Springer Fachmedien, Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-658-10024-7

Ryan, E. B., Giles, H., Bartolucci, G. & Henwood, K. (1986): Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. In: *Language & Communication* (1986, Vol. 6 (1 – 2), S. 1 – 24). Elsevier, Amsterdam.

Sánchez-Martínez, I., Vilar, R., Irujo, J., Ulsamer, D., Cano, D., Casaca Soares, C., Acevedo, Á., Jerez-Roig, J. & Celdrán, M. (2021): Effectiveness of the Validation Method in Work Satisfaction and Motivation of Nursing Home Care

Professionals: A Literature Review. In: International Journal of Environmental Research and Public Health, 18 (1), 2021. Doi: 10.3390/ijerph18010201

Sauter, D., & Ahrens, R. (Hrsg.) (2011): Lehrbuch psychiatrische Pflege (3. Auflage, S. 50 - 54). Verlag Hans Huber, Bern.

Schmidt, S., & Döbele, M. (2016): Demenzbegleiter: Leitfaden für zusätzliche Betreuungskräfte in der Pflege (3. Auflage, S. 89, 126 - 128). Springer Verlag, Berlin. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-52653-8>

Schnabel, E.-L., Wahl, H.-W., Penger, S. & Haberstroh, J. (2019): Communication behavior of cognitively impaired older inpatients. A new setting for validating the CODEM instrument. In: Gerontologie + Geriatrie (2019, Vol. 52 (4), S. 264 – 272). <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01623-2>

Shaw, C., Williams, K. N. & Perkhounkova, Y. (2018): Educating Nursing Home Staff in Dementia Sensitive Communication: Impact on Antipsychotic Medication Use. In: Journal of the American Medical Directors Association (2018, Vol. 19 (12), S. 1129 – 1132). Elsevier, Amsterdam. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.09.030>

Sonntag, K., & von Reibnitz, C. (2014): Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz (1. Auflage, S. 6). Springer Verlag, Berlin. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-43946-3>

Stanyon, M., Thomas, S., Gordon, A. & Griffiths, A. (2019): Effects of care assistant communication style on communicative behaviours of residents with dementia: a systematic multiple case study. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences (Vol. 33 (1), S. 207 – 214). doi: 10.1111/scs.12622

Tuijt, R., Rees, J., Frost, R., Wilcock, J., Manthorpe, J., Rait, G. & Walters, K. (2020): Exploring how triads of people living with dementia, carers and health care professionals function in dementia health care: A systematic qualitative review and thematic synthesis. In: Dementia (2021, 20 (3), S. 1080 – 1104). Sage, London. doi: 10.1177/1471301220915068

Urselmann, H.-W., Georg, J. (2021): Schreien und Rufen. Herausforderndes Vokalisationsverhalten bei Menschen mit Demenz (2., überarbeitete und ergänzte Auflage, S. 19 - 21). Hogrefe Verlag, Bern. <http://doi.org/10.1024/85952-000>

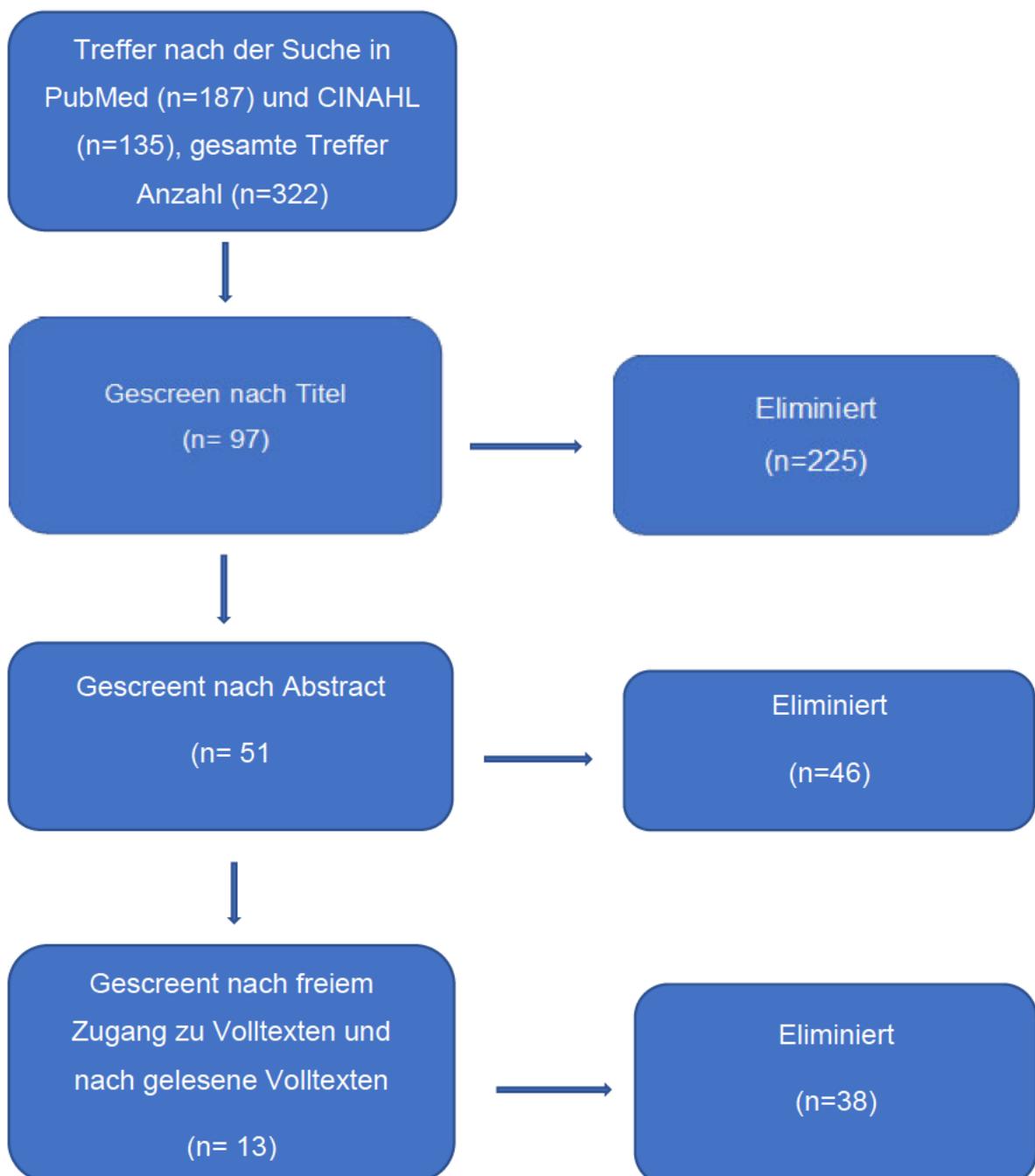
- von Gunten, A., Alnawaqil, A.-M., Abderhalden, C., Needham, I. & Schupbach, B. (2008):** Vocally disruptive behavior in the elderly: a systematic review. In: *International Psychogeriatrics* (2008, 20 (4), S. 653 – 672). Cambridge University Press. DOI: 10.1017/S1041610208006728
- Wang, J.-J., Hsieh, P.-F., & Wang, C.-J. (2013):** Long-term care nurses' communication difficulties with people living with dementia in Taiwan. In: *Asian Nursing Research*, 7(3), S. 99 - 103. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2013.06.001>
- Watzlawick, P. (2016):** Man kann nicht nicht kommunizieren. Das Lesebuch (2. Auflage, S. 13- 32). Hogrefe Verlag, Bern.
- Wedding, U., Pientka, L., Höffken, K. & Strauß, B. (Hrsg.) (2007):** Grundwissen – Medizin des Alterns und des alten Menschen (S. 13, 18 & 19, 109 – 116). Verlag Hans Huber, Bern. ISBN 978-3-456-84226-4
- Williams, K. N. & Herman, R. E. (2010):** Linking Resident Behavior to Dementia Care Communication: Effects of Emotional Tone. In: *Behavior Therapy* (2011, (42 (1), S. 42 – 46). Elsevier, Amsterdam. doi: 10.1016/j.beth.2010.03.003
- Williams, K. N., Herman, R. E., Gajewski, B. & Wilson, K. (2008):** Elderspeak Communication: Impact on Dementia Care. In: *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*® <https://doi.org/10.1177/1533317508318472>
- Williams, K. N., Kemper, S. & Hummert, M. L. (2003):** Improving nursing home communication: An intervention to reduce elderspeak. In: *Gerontologist* (2003, 43 (2), S. 242 – 247). DOI: 10.1093/geront/43.2.242
- Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Herman, R. E. & Bossen, A. (2017):** A Communication Intervention to Reduce Resistiveness in Dementia Care: A Cluster Randomized Controll Trial. In: *The Gerontologist* (2017, 57 (4), S. 707 – 718). doi: 10.1093/geront/gnw047
- Young, T., Manthorpe, C., Howells, D. & Tullo, E. (2011):** Developing a carer communication intervention to support personhood and quality of life in dementia. In: *Ageing and Society* (2011, Vol. 31, S. 1003 – 1025). Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X10001182>

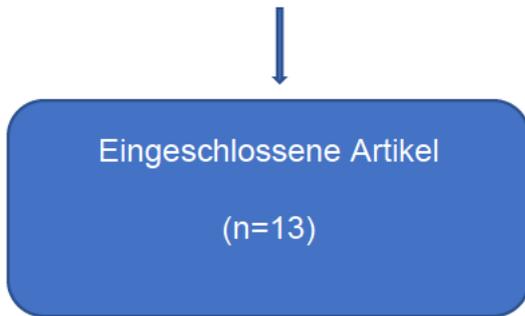
zu **Bentheim, A. (2011)**: Aktueller Begriff Demenz. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages. Abgerufen am 09.09.2021.

<https://www.bundestag.de/resource/blob/192028/e1a6df8f6c0122d29742ff259adb3e5b/demenz-data.pdf>

Anhang:

Anhang 1 – Flow Schema





Anhang 2: PubMed Suche

Frage: Wie ändert sich Kommunikation von Pflegenden mit und über Menschen mit Demenz?

Concept 1: Kommunikation

Keywords: communication

((("Communication"[Mesh:NoExp]) AND "Nonverbal Communication"[Mesh]) AND "Communication Methods, Total"[Mesh] OR „communication*“[tw]

Concept 2: Pflegende

Keywords: nursing, care

(((((("Nursing"[Mesh]) AND "nursing" [Subheading]) AND "Neuroscience Nursing"[Mesh]) AND "Nursing Stations"[Mesh]) AND "Primary Care Nursing"[Mesh]) AND "Advanced Practice Nursing"[Mesh]) AND "Evidence-Based Nursing"[Mesh]) AND "Clinical Nursing Research"[Mesh]) AND "Psychiatric Nursing"[Mesh]) AND "Nursing Care"[Mesh:NoExp] OR nursing*[tw] OR care*[tw]

Concept 3: Demenz

Keywords: dementia

"Dementia"[Mesh] OR dementia*[tw]

PubMed Search:

#1	("Communication"[Mesh:NoExp]) AND "Nonverbal Communication"[Mesh] AND "Communication Methods, Total"[Mesh] OR „communication*“[tw]
#2	(((((((((("Nursing"[Mesh]) AND "nursing" [Subheading]) AND "Neuroscience Nursing"[Mesh]) AND "Nursing Stations"[Mesh]) AND "Primary Care Nursing"[Mesh]) AND "Advanced Practice Nursing"[Mesh]) AND "Evidence-Based Nursing"[Mesh]) AND "Clinical Nursing Research"[Mesh]) AND "Psychiatric Nursing"[Mesh]) AND "Nursing Care"[Mesh:NoExp] OR nursing*[tw] OR care*[tw]
#3	"Dementia"[Mesh] OR dementia*[tw]
#4	#1 AND #2 AND #3

The screenshot shows a web browser window displaying the PubMed search results for the query "#1 AND #2 AND #3". The search bar at the top contains the query, and the results section shows 187 results. A bar chart on the left indicates the number of results by year from 2000 to 2021. The results list includes two articles:

- Epidemiology and Pathophysiology of Dementia-Related Psychosis.**
Aarsland D.
Cite: J Clin Psychiatry. 2020 Sep 15;81(5):AD190388R1C. doi: 10.4088/JCP.AD190388R1C.
PMID: 32936544. [Free article.](#) [Review.](#)
- Postoperative delirium.**
Oh ST, Park JY.
Cite: Korean J Anesthesiol. 2019 Feb;72(1):4-12. doi: 10.4097/kja.d.18.00073.1. Epub 2018 Aug 24.
PMID: 30139213. [Free PMC article.](#) [Review.](#)

Eidesstattliche Erklärung:

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.



Hamburg, den 05. November 2021

(Janek Manfraß)