GQMG
Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V.

Arbeitshilfe Bessere Kommunikation #8

Kommunikation bei Demenz

1. Auflage, 12.7.2020
© GQMG/AG Kommunikation im Qualitätsmanagement und Risikomanagement

Henrichs M, Herbig N, Neufang A, Enseleit I, Heun S, Holtel M, Josuks H, Pilz S, Pivernetz K, Poimann H, Rode S, Schulhoff I, Stapenhorst K, Weber H, Zeien K

1. Hintergrund und Evidenz

Als organisch-psychische Störung ist das Syndrom Demenz die Folge einer chronischen bzw. voranschreitenden Hirnschädigung, welche Auswirkungen auf das Denken im Allgemeinen, die Gedächtnisleistung, die Wahrnehmung, die Fähigkeit zu Lernen, die Rechen-, Orientierungs-, Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit sowie die Sprache hat. Die kognitiven Veränderungen führen zu nachlassender emotionaler Kontrollfähigkeit und Motivation und einem veränderten Sozialverhalten (Steinmetz 2016; L EL/Dilling 2008; L EL/DIMDI 2018; L EL).

Für die Diagnose muss eine verminderte Gedächtnisleistung und eine Beeinträchtigung im Denken vorliegen, die den Alltag der betroffenen Person beeinflussen (Gutzmann & Brauer 2007; L EL). Es wird zwischen primärer und sekundärer Demenz unterschieden. Die sekundäre Demenz ist in manchen Fällen behandelbar bzw. ausheilbar. Primäre Demenz umfasst 80 bis 90 % aller Demenzfälle, sie ist nur begrenzt therapiefähig und derzeit unheilbar (DIMDI 2018; L EL/Dilling 2008; L EL).

Die häufigste Form der Demenz mit 50 bis 60 % ist die Alzheimerkrankheit. An zweiter Stelle mit 15 bis 20 % steht die vaskuläre Demenz aufgrund von Durchblutungsstörungen bzw. Schädigungen an Blutgefäßen (Zaudig 1995; L EL). Zudem existieren Mischformen (Kruse 2008; L EL).

Gemäß der Deutschen Alzheimer Gesellschaft leben heute 1,7 Millionen demente Menschen in Deutschland. Der demographische Wandel führt dazu, dass im Verhältnis mehr Menschen neu erkranken, als dass bereits Erkrankte sterben.

„Sofern kein Durchbruch in Prävention und Therapie gelingt, wird sich nach Vorausberechnungen der Bevölkerungsentwicklung die Krankenzahl bis zum Jahr 2050 auf rund 3 Millionen erhöhen. Dies entspricht einem mittleren Anstieg der Zahl der Erkrankten um 40.000 pro Jahr oder um mehr als 100 pro Tag.“ (Bickel 2018; L EL)

Die Versorgung von dementen Menschen wird immer relevanter. Kommunikation ist dabei ein wichtiger Aspekt, sie erfüllt unterschiedliche Funktionen. Nach Watzlawick et al. (Watzlawick, Beavin & Jackson 1974; L EL) führt nicht nur Sprache zu Kommunikation, sondern jegliches Verhalten. Immer begleitet die nonverba-

le Kommunikation die verbale. Sie kann unterstützen, vervollständigen, Schwerpunkte setzen, aber auch widersprechen. Zum nonverbalen Kommunizieren gehören Blickkontakt oder dessen Ausbleiben, Körpersprache, Mimik, räumliche Distanz, Schweigen, Berührung, paraverbale Zeichen der Stimme (Betonung, Klangfarbe, Sprechgeschwindigkeit usw.), Kleidung, Statussymbole und das Umfeld der Kommunikation (Frindte 2001; L EL/Rode et al. 2016; L I). Sozialer Vergleich, soziale Kontrolle, Beeinflussung von anderen und Abgleich der eigenen Wirklichkeit mit fremden Wirklichkeiten sind ebenfalls bedeutsam (Frindte 2001; L EL/Knebel 2013; L EL).

Sprach- und Sprechstörungen gehören neben Lernschwierigkeiten, motorischen Störungen und Problemen im visuell-räumlichen Bereich zu den grundlegenden Beeinträchtigungen jeder Demenzerkrankung. Mit Fortschreiten der Erkrankung nehmen Sprachvermögen, Sprachverarbeitung und Sprechvermögen der Betroffenen immer mehr ab (Gutzmann & Brauer 2007; L EL/Siegler 2009; L EL). Diese Veränderungen stören die Kommunikation und beeinflussen so das soziale Leben bis hin zur Isolation (Füsgen 2003; L EL).

Die meisten Studien liegen zur Alzheimerdemenz vor, nur wenige zur vaskulären Demenz (Siegler 2009; L EL). Einige Studien berichten von einem Zusammenhang zwischen Ausprägungsgrad und Sprachstörung. Man geht davon aus, dass die Krankheit unterschiedlich verläuft und die Sprachdefizite sich individuell entwickeln. Ein allgemeiner Verlust an Geschwindigkeit zeigt sich sowohl kognitiv als auch sprachlich (Gutzmann & Brauer 2007; L EL).

Die Krankheit beginnt mit Wortfindungs- und Benennstörungen. Bei Tests, z. B. durch Vorlage von Bildern, werden häufig semantisch verwandte bzw. sehr ähnliche Wörter genannt. Besonders schwer zu benennen sind neuere Wörter, die noch nicht lange im Wortschatz der Patientinnen vorhanden sind (Fabbro 1999; L EL/Domnick 1994; L IV). Die Gründe für diese Störungen sind allerdings so verschieden wie die Gründe für die Erkrankung (Siegler 2009; L EL).

Zusätzlich finden sich Störungen im Arbeitsgedächtnis (Speicher für Denkvorgänge, auch für die Sprache relevant), in der Aufmerksamkeit, in der Sprachstruktur (Variationsarmut, einfache Sprache, viele Floskeln) oder im Sprachverständnis (Priorisierung fällt schwer, generelle Informationsarmut) (Knebel 2013; L EL).

Insbesondere der fortschreitende Abbau im kognitiven Bereich, der Wahrnehmung, Gedächtnis, Sprache, Sprechen, Denken oder Entscheidungsfindung beeinflusst, beeinträchtigt die Kommunikation mit den Betroffenen (Knebel 2013; L EL/Bayles & Tomoeda 2007; L EL). Kommunikative Kompetenzen auf der verbalen

Worum es geht

Mit dementen Menschen zu kommunizieren wird im Verlauf der Erkrankung immer schwieriger. Pflegende und Angehörige sind mitunter hilflos. Eine wertschätzende, achtsame Haltung und die richtigen Kommunikationsstrategien und Methoden unterstützen die Beziehung zu den Erkrankten.

What it's about

Communicating with people with dementia becomes increasingly difficult as the disease progresses. Carers and relatives are sometimes helpless. An appreciative, respectful attitude and the right communication strategies and methods support the relationship with the person with dementia.

Die verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für alle Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind.

Ebene lassen zu Beginn der Erkrankung stärker nach als beim Altern ohne Demenz (Förstl, Kurz & Hartmann 2009; L EL/Knebel 2013; L EL). Die sogenannte Vienna List, die als Instrument zur Erfassung der Lebensqualität von dementen Menschen in einem späten Stadium dient, führt Kommunikation an erster Stelle auf (Porzsolt et al. 2004; L EL).

Den dementen Menschen bleiben Ressourcen in der verbalen Sprache wie die Fähigkeit zum Sprecherwechsel (Orange & Purves 1996; L EL), ebenso Phonologie und Syntax, emotionale Ansprechbarkeit durch Musik und andere Reize und vor allem der Wunsch der Patientinnen nach Kommunikation (Steiner 2010; L EL). Die nonverbale Kommunikation wird zwar ebenfalls durch die Erkrankung beeinträchtigt, Verhaltensbeobachtungen weisen jedoch auf erhaltene Ressourcen hin. Emotionen sind nach Bowlby Sifton offensichtlich sehr bedeutsam für Demenzpatientinnen. Sie nehmen nonverbale und emotionale Zeichen sensibel wahr und kommunizieren darüber (Bowlby Sifton 2008; L EL/Knebel 2013; L EL).

Schwieriges Verhalten der dementen Menschen ist häufig auf Probleme in der Kommunikation zurückzuführen (Savundranayagam, Hummert & Montgomery 2005; L EL). Kommunikations- und Konfliktlösungsschulungen wirken sich positiv auf schwierige Verhaltensweisen von Demenzpatientinnen aus (Robison et al. 2007; L EL). Haberstroh et al. zeigten, dass Kommunikationstrainings für Pflegekräfte zum Umgang mit dementen Menschen und mit Kolleginnen zu einer höheren erlebten sozialen Kompetenz führen. Dies wirkt sich

positiv auf die Lebensqualität der Patientinnen und die psychische Beanspruchung der Pflegerinnen aus (Haberstroh, Neumeyer & Pantel 2011; L EL/Knebel 2013; L EL). Demente Menschen äußern häufig selbst ihr Kommunikationsbedürfnis (Batsch NL & Mittelman MS 2012; L EL).

Die zentrale Rolle der Kommunikation und der Gestaltung der Beziehung zu dementen Menschen wird nicht zuletzt deutlich am Titel des Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): *Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz* und seiner 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“* (DNQP 2019; L EL).

Die wesentlichste Grundlage der bestehenden Arbeiten zum Thema Demenz und dem Umgang mit dementen Menschen lieferte Tom Kitwood. Er entwickelte in den 1980er und 1990er Jahren den Ansatz des *person-centred care* (Kitwood & Bredin 1992; L EL). Der Expertenstandard *Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz* unterstreicht die zentrale Rolle dieses Ansatzes mit dem Strukturkriterium S1a: *„Die Pflegefachkraft hat eine person-zentrierte Haltung in der Pflege von Menschen mit Demenz entwickelt.“*

Kitwood entwickelte eine neue Methode zur Evaluation der Pflegequalität (*Dementia Care Mapping*) mit dem Ziel, den Standpunkt der dementen Person einzunehmen. Hauptaufgabe der Demenzpflege war für Kitwood der *„Erhalt des Personseins angesichts versagender Geisteskräfte“* (Kitwood 2000; L EL)

2. Ziele

- Die kommunikativen Kompetenzen von Mitarbeitenden in Gesundheitseinrichtungen, von Bezugs- und Betreuungspersonen im Umgang mit dementen Menschen sollen gefördert werden.
- Sie sollen in der Lage sein, intensive Beziehungsarbeit zu leisten, da Respekt, Anerkennung, Verständnis und Nähe unerlässlich für eine gelingende Kommunikation mit dementen Menschen sind.
- Sie sollen nonverbale wie emotionale Ressourcen der Patientinnen nutzen und Methoden erlernen, die die verbale Kommunikation unterstützen.
- Das übergeordnete Ziel der Förderung ist – soweit möglich – die Erhaltung der kommunikativen Fertigkeiten von dementen Menschen, um Rückzug und Vereinsamung vorzubeugen.

3. Voraussetzungen

Eine auf Verständigung mit Patientinnen und Bewohnerinnen gerichtete Kommunikation in einer Einrichtung muss von der Leitung bewusst implementiert werden, sie ergibt sich nicht von allein.

Eine wertschätzende Grundhaltung wird durch die Arbeitsbedingungen unterstützt. Arbeiten mit ausreichend qualifiziertem Personal, gute Sprachkenntnisse und adäquate Ausstattung unterstützen die Kommunikation mit dementen Menschen.

Um eine demenzfreundliche Kommunikation in einer Einrichtung zu fördern, sind Schulungen der Mitarbeiter zu wertschätzender Kommunikation, zur Erkrankung und zu konkreten Methoden wichtig.

4. Haltung und Verhaltensstrategie

Wertschätzung

Eine wertschätzende Grundhaltung und achtsames Verhalten sind elementar. Die Würde der erkrankten Person ist ein zu schützendes Gut, das unbedingt bewahrt werden muss (Fuhrmann et al. 1995; L EL), besonders wenn ihre sprachlichen Einschränkungen größer werden.

Besondere Herausforderungen

Das bewusste Wahrnehmen der kommunikativen Asymmetrie zwischen Pflegenden und Patientinnen ist von besonderer Bedeutung. Die erkrankte Person ist grundlegend verletzlich, wenn Entscheidungen über sie getroffen werden, die sie nicht beeinflussen oder nachvollziehen kann. Dies lässt sich über gelingende Kommunikation ausgleichen (Hirsch 1997; L EL).

Mit dem Fortschreiten einer Demenz wird der Dialog zwischen der pflegenden Person und der Patientin zunehmend erschwert und begrenzt. Der Sprachabbau nimmt weiter zu. Die Wahrnehmung der Patientin weicht stärker von der der Pflegenden ab. Sie bewegt sich aufgrund der Schwierigkeiten im Kurzzeitgedächtnis gedanklich immer mehr in der Vergangenheit. Es entstehen unterschiedliche Wirklichkeiten. Förderung und Erhalt von kommunikativen Fähigkeiten stellt eine immer größere Herausforderung dar.

Zusätzliche Erschwernis bringt die Tatsache, dass sich ein alter und kranker Mensch nun mit dem Thema Tod auseinandersetzen muss. Dies kann viele Ängste und Sorgen hervorrufen. Verständigungsschwierigkeiten führen hier zu weiteren Herausforderungen.

Beziehungsarbeit

Psychische Versorgung ist wie die physische ein wichtiger Bestandteil der Pflege (Vorderwülbecke 2005; L EL). Ob im Krankenhaus, im Pflegeheim oder in der Versor-

gung zu Hause durch Angehörige oder Pflegedienste – die betreuende Person verbringt die meiste Zeit mit der Patientin, sie ist immer die wichtigste Bezugsperson für sie. Insbesondere ein kranker und alter Mensch ist auf eine liebevolle und zuwendende Art angewiesen. Oberste Priorität sollte die kommunikative Einbindung in ein soziales Gefüge sein, sodass es nicht zu Einsamkeit und zu einem völligen Rückzug der erkrankten Person kommt. Die Betreuenden leisten Beziehungsarbeit, die fehlende Angehörigenunterstützung ausgleichen kann. Nonverbale Kommunikation wird besonders relevant, da die Sprachfertigkeit der Patientin abnimmt.

Die Ressourcenorientierung sollte im Mittelpunkt der Versorgung stehen und so zeitig wie möglich beginnen (Vorderwülbecke 2005; L EL). Empathie ist grundlegend für den Umgang mit einer Demenzpatientin. Sich in die zu pflegende Person einzufühlen, erfordert die Fähigkeit, ihr Verhalten nicht direkt zu bewerten, sondern die Situation und die Person geduldig und in Ruhe zu beobachten. Gelingende Kommunikation wirkt sich positiv auf den gesundheitlichen Zustand der Patientin aus. Auch die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden steigt (Darmann 2000; L EL).

5. Methode, Anwendungsszenarien, Vorbereitung, Durchführung

5.1. Grundlagen in der Kommunikation mit dementen Menschen

Grundsätzlich existiert in Bezug auf die Kommunikation mit dementen Menschen kein Rezeptwissen. Jede Beziehung, jeder Behandlungsplan sowie die Kommunikation müssen individuell gestaltet werden.

Beziehungspflege ist im Umgang mit dementen Menschen von besonderer Bedeutung, denn sie kann in allen Stadien der Demenz die Symptome abmildern. Negative Momente in der Beziehung zu pflegenden oder unterstützenden Personen können hingegen zu ihrer Verstärkung führen. Zu diesen Symptomen zählen Unruhe, Angst, ständiges Umherlaufen, Depressionen, Apathie, Aggressionen, das Gefühl bestohlen worden zu sein, Schlafstörungen, Wahn oder Halluzinationen.

Besonders hilfreich sind folgende drei Aspekte der personenzentrierten Begegnung (Grond 2000; L EL):

- Echtheit und Wahrhaftigkeit: kein Verstehen vortäuschen.
- Validation: die erkrankte Person wertschätzend wahrnehmen, sie ernst nehmen und akzeptieren, wie sie ist.
- Empathie: sich in die erkrankte Person einfühlen und versuchen diese zu verstehen; dazu sind die Biographie, das individuelle Krankheitserleben und das Beziehungsgefüge wichtig.

Laut Kitwood sind zwei Dinge von essentieller Bedeutung:

„Das erste besteht darin, einigermaßen detailliert über die Lebensgeschichte einer jeden Person Bescheid zu wissen; selbst wenn jemand nicht in der Lage ist, an seiner narrativen Identität festzuhalten, so können dies andere immer noch tun. Das zweite besteht in Empathie, die es ermöglicht, auf eine Person in der Einzigartigkeit ihres Seins als Du zu reagieren.“

Der Expertenstandard des DNQP greift dies in allen Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien auf, z. B. in P2: *„Die Pflegefachkraft plant auf Basis einer Verstehenshypothese unter Einbeziehung des Menschen mit Demenz und seiner Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen individuell angepasste beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen.“*

Als wichtiges Instrument wird hier u. a. die Fallbesprechung gesehen, um daraus eine auf den betroffenen Menschen abgestimmte Pflegeplanung zu erstellen. Die Fragestellungen: *„Wie erlebt die Person sich selbst, andere Menschen, ihre Welt? Aus welchem Denken, Fühlen, Erleben heraus ergeben die Verhaltensweisen, Befindlichkeiten und Erscheinungsweisen einen subjektiven Sinn? Was ist die Funktion von Verhaltensweisen, was wird mit dem Verhalten kompensiert, auf welche inneren Antriebe, Fragen, Themen ist das Verhalten eine Antwort?“* sind dabei wichtige Eckpunkte (DNQP 2019; L EL).

Häufig wird ein dementer Mensch nicht ernst genommen oder es wird davon ausgegangen, dass er nichts mehr „mitbekommt“. Trotz kognitiver Einbußen ist er aber bis in das späte Stadium der Erkrankung hinein in der Lage, sich in Situationen einzufühlen.

Gerade auf der Beziehungsebene nimmt er noch sehr viel wahr. Er hat zwar häufig Probleme damit, eine Handlung einzuleiten und zu beginnen, jedoch weiterhin das Bedürfnis, sich nützlich zu machen und eigenständig zu handeln. Hier ist es hilfreich, wenn die Pflegende dies erkennt und einen Anreiz zur Handlung schafft.

Pflegende sollten darin gestärkt werden, mit der Desorientierung eines dementen Menschen umzugehen und mehr auf nonverbale Botschaften zu achten. Häufig fehlt dafür die Zeit. Außerdem ist eine feste Tagesstruktur wichtig. Aktivierung, Lob, Hilfe zur Selbstpflege, Lächeln und teilweise Berührung sind außerdem hilfreich (Grond 2000; L EL).

Bezugspersonen

- verzichten auf Pronomen – statt: *Ihre Tochter hat angerufen. Sie kommt gegen Mittag vorbei.* besser:

Ihre Tochter hat angerufen. Ihre Tochter kommt gegen Mittag vorbei.

- sprechen in „Ich-Form“ über alles, was sie vorhaben – *Ich möchte nun mit Ihnen in den Garten gehen.* – *Ich bringe Sie nun in Ihr Zimmer.*
- vermeiden Verneinungen.
- sprechen in wenigen Worten, kurzen und klaren Aussagen und wiederholen das Gesagte geduldig.
- stellen Fragen, die eher präzisieren – *Wie? Was? Wann? Wo?* – als nach Ursachen zu suchen – *Warum?*
- ermutigen die Betroffene, mit *Ja* und *Nein* zu antworten.
- sprechen möglicherweise im Dialekt der Betroffenen.
- sprechen ruhig und langsam zu und mit ihnen und vermeiden hohe Stimmlagen.
- wechseln in angespannten Situationen vielleicht in einen Flüsterton – das ruft das Gefühl eines vertrauten Miteinanders hervor.
- lassen der Betroffenen Zeit zu denken und zu antworten.
- sprechen einen dementen Menschen stets auf Augenhöhe und von vorne an (Bohnes 2010; L EL).
- spiegeln im Gespräch die Körperhaltung des dementen Menschen, wenn z. B. jemand steht, dann kommunizieren sie im Stehen.
- reagieren authentisch.
- beschreiben während einer Handlung kurz, aber dennoch klar, was sie tun. Wenn die Person nicht direkt versteht, was gemeint ist, wiederholen sie langsam und geduldig, was sie gesagt haben.
- agieren wertschätzend und versuchen, die Gefühle der Betroffenen in Sprache zu übersetzen.

Auch wenn manche kommunikativen Handlungen für die betreuende Person keinen Sinn ergeben, beispielsweise ein häufiges Wiederholen des Gesagten, ist das Wichtigste, die erkrankte Person nicht verbessern oder verändern zu wollen, sondern sie mit all ihren Verhaltensweisen anzunehmen (Berghaus, Knapic & Sievert 1999; L EL).

In jedem Fall ist es wichtig, verbale und nonverbale Kommunikation in Einklang miteinander zu nutzen und keine Widersprüche zu schaffen (Josuks 2018; L EL).

5.2. Angepasste Kommunikation

Für sieben verschiedene Interaktionsstufen, angepasst an das Fortschreiten der Erkrankung, schlägt Böhm entsprechende Kommunikationsarten vor (Böhm 1992; L EL):

1. Sozialisation

Noch keine kognitiven Störungen. Ein übliches Gespräch ist auf verbaler Ebene möglich.

2. Mutterwitz

Leichte kognitive Beeinträchtigungen und erste Erinnerungslücken. Hier ist es sinnvoll, über den Dialekt der betroffenen Person zu kommunizieren oder über eine Art von Humor, die sie von früher kennt. Ansonsten ist es weiterhin möglich, die üblichen Kommunikationsregeln zu verwenden.

3. Emotionale Grundbedürfnisse

Die Betroffene orientiert sich stärker an vertrauten Dingen, wie Muttersprache, Dialekt, Gerüchen, an vertrauten Sätzen oder Sprichwörtern. Es bestehen teilweise kognitive Ausfälle.

4. Prägungen

Normen und Rituale, die für die Person wichtig waren, werden relevant. Es bestehen ein leichtes kognitives Defizit und ausgeprägte Störungen in verschiedenen Bereichen. So ist die Betroffene nicht mehr über aktuelle Nachrichten informiert, hat eine reduzierte Erinnerung an die Vergangenheit und kann sich nicht mehr gut konzentrieren. Sie befindet sich nun etwa auf dem Entwicklungsniveau eines Vorschulkindes. Auf der emotionalen Ebene, in Verbindung mit frühen Erinnerungen, ist die Betroffene aber durchaus ansprechbar. So bietet es sich an, nach Kindheitserinnerungen zu fragen, die emotional behaftet sind, wie z. B. das erste Fahrrad oder die Einschulung.

Auch Erinnerungsstücke wie Fotos, Karten oder Ähnliches können hinzugezogen werden. Biographisches Wissen ist hilfreich, um Erinnerungen zu aktivieren (Josuks 2018; L EL).

5. Höhere und niedere Triebe

Es besteht eine mittlere kognitive Störung. Verbale und nonverbale Kommunikation sollten von dort an spezifisch an die Prägungen der Patientin angepasst werden. Die Tagesstruktur sollte früheren Ritualen entsprechen.

6. Intuition

Ab Stufe 6 ist der betroffene Mensch auf dem Entwicklungsstand eines Säuglings. Der kognitive Abbau ist weit vorangeschritten. Hier können Bräuche, Glaube und Aberglaube oder andere Bereiche dieser Art relevant werden. Die Patientin lässt sich gut über Märchen oder gemeinsames „zu Gott sprechen“ erreichen. Zudem ist der Tonfall, in dem die Bezugsperson spricht, relevant um ein vertrautes Gefühl herzustellen.

7. Urkommunikation

Ab Interaktionsstufe 7 lässt sich gut mit den Sinnen arbeiten, da Kommunikation im üblichen Sinne nicht mehr möglich ist. Um die Sinne anzuregen, eignen sich Berührungen am Körperstamm (z. B. Einreibungen,

Massagen), Bilder, Musik, Geräusche oder Düfte (Josuks 2018; L EL).

5.3. FOCUSED

Mitte der 90er Jahre wurde eines der ersten Programme für eine verbesserte Kommunikation mit dementen Menschen in den USA entwickelt (Ripich et al. 2000; L IV). In sieben Einheiten werden wesentliche Vorgehensweisen für einen erfolgreichen Austausch mit den Betroffenen vermittelt. Das Akronym FOCUSED nennt die sieben Buchstaben für die Kommunikationsstrategien:

F = Face to face

Dem dementen Menschen direkt gegenübertreten; Blickkontakt aufnehmen; die Person auf sich aufmerksam machen.

O = Orientation

Orientierung geben: Wichtige Begriffe und Sätze mehrfach wiederholen, der Person Zeit geben, das Gesagte zu verstehen.

C = Continuity

Gesprächsthemen nicht abrupt wechseln, ein neues Thema vorher ankündigen.

U = Unsticking

Unterstützen bei Wortfindungsproblemen, indem man den Satz der Person mit dem korrekten Wort paraphrasiert: *Meinst du …?*.

S = Structure

Möglichst kurze, geschlossene Fragen stellen. So kann der demente Mensch einfache Antworten geben. Entscheidungen auf zwei Optionen begrenzen: *Dies oder das?*

E = Exchange

Gespräche mit angenehmen, alltäglichen Themen beginnen. Fragen stellen, die die Betroffene leicht verstehen und beantworten kann. Hinweise geben, wenn sie Hilfe braucht, um die Antwort zu finden.

D = Direct

Kurze, einfache Sätze wählen, Gestik, Mimik und Bildsprache einsetzen.

5.4. ABC-Methode

Die ABC-Methode wird insbesondere für Situationen genutzt, in denen die Betroffene aggressives Verhalten zeigt. Sie gibt der Betroffenen das Gefühl, dass sie in ihrer Selbstständigkeit nicht in Frage gestellt wird.

A – Avoid confrontation

A steht dafür, Konfrontationen zu vermeiden. Es ist nicht hilfreich, einen dementen Menschen auf seine Fehler hinzuweisen. Es soll eher versucht werden, dies zu umgehen und auszuweichen. Es dürfen jedoch keine unwahren Aussagen gegenüber der Patientin getroffen werden. Dies würde eher verwirren als helfen.

B – Be practical

B steht dafür, dass die Pflegende vorausschauend agieren soll. Wenn sie wahrnimmt, dass es zu einer schwierigen Situation kommen könnte, soll sie ausweichen oder das Thema wechseln.

C – Clarify the feelings and comfort

Bei C geht es darum, dass die Pflegende versuchen soll, die beobachteten Gefühle des dementen Menschen in Worte zu fassen und ihm tröstend zur Seite zu stehen. Häufig wird die Betroffene in der Folge ruhiger und weniger ängstlich.

Bei der ABC-Methode wird erneut klar, dass für einen demente Menschen das Gefühl, ernst genommen zu werden, ebenso von Bedeutung ist wie das Gefühl, verstanden zu werden und selbstständig zu sein (Josuks 2018; L EL).

5.5. Kommunikations-TAnDem

In Deutschland wird ein evaluiertes Trainingsprogramm für Angehörige von Menschen mit Demenz mit dem Namen *Kommunikations-TAnDem* eingesetzt (Haberstroh, Neumeyer & Pantel 2011; L EL).

Im *Kommunikations-TAnDem* durchlaufen die Bezugspersonen ein psychoedukatives Training. Ihnen wird Wissen über Kommunikation vermittelt und ein konstruktiver Austausch in der Gruppe der Bezugspersonen ermöglicht. So können diese die Stärken und Schwächen von dementen Menschen identifizieren und ihr eigenes Kommunikationsverhalten darauf ausrichten. Der Vorteil dieses Konzepts besteht darin, dass es auf sprachliche Veränderungen bei Demenz eingeht und sich an den Stärken der Patientinnen orientiert.

5.6. Validation und Integrative Validation

Eine weitere Methode ist die Validation. Mit ihrer Hilfe sucht man Zugang zum Erleben des dementen Menschen. Feil nennt dies: *„In den Schuhen des anderen gehen“*. Ziel ist es, die Bedürfnisse zu erkennen, die hinter den Äußerungen des dementen Menschen liegen. Ein Beispiel: Die Erkrankte äußert, sie wolle nach Hause. Wenn sie bereits zuhause ist, verbirgt sich dahinter möglicherweise das Bedürfnis nach Geborgenheit (Feil & de Klerk-Rubin 2017; L EL).

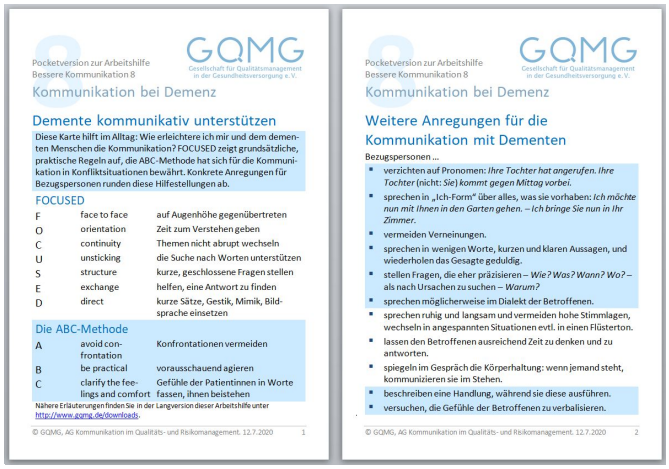
Die Grundsätze der Validation sind:

- kurze Sätze bilden
- W-Fragen stellen: *Wer? Wie? Wann? Was? Wo?* – jedoch nicht: *Warum?*, denn damit fragt man nach kausalen Zusammenhängen, die der demente Mensch vielleicht nicht mehr herstellen kann
- nonverbal mit Gestik, Mimik und Tonfall unterstützen
- Zeit für Antworten lassen
- von vorne und auf Augenhöhe mit der Erkrankten sprechen
- verständlich, respektvoll und ruhig kommunizieren
- Äußerungen akzeptieren und nicht widersprechen
- authentisch sein, nicht lügen, denn die Erkrankte würde das merken
- auf die Bedürfnisse und Gefühle der Erkrankten achten, nicht so sehr auf den Wortsinn

Ein desorientierter Mensch strebt danach, die unerledigten Aufgaben seines Lebens aufzuarbeiten. Es ist Aufgabe der Betreuungskraft, sie darin zu unterstützen. In Deutschland wurde die Methode der Validation durch Nicole Richard zur *Integrativen Validation® (IVA)* weiterentwickelt (Richard et al. 2016; L EL). Im Zentrum stehen Formen der Kommunikation mit dementen Menschen, durch die eine wertschätzende Beziehung hergestellt wird. Integriert wurden Bestandteile anderer Konzepte wie z. B. die Biographiearbeit. Die Methodik ist inzwischen anerkannt und wird genutzt, wenn ein Sprachvermögen noch vorhanden ist und die Betreuungskraft das Gefühl erkennt, das hinter einer Aussage oder Handlung des Erkrankten steht.

6. Pocketversion

Diese Arbeitshilfe finden Sie zum Download unter www.gqmg.de/downloads.


Pocketversion zur Arbeitshilfe Bessere Kommunikation 8

Kommunikation bei Demenz

Demente kommunikativ unterstützen

Diese Karte hilft im Alltag: Wie erleichtere ich mir und dem dementen Menschen die Kommunikation? FOCUSED zeigt grundsätzliche, praktische Regeln auf, die ABC-Methode hat sich für die Kommunikation in Konfliktsituationen bewährt. Konkrete Anregungen für Bezugspersonen runden diese Hilfestellungen ab.

FOCUSED

F	face to face	auf Augenhöhe gegenübertreten
O	orientation	Zeit zum Verstehen geben
C	continuity	Themen nicht abrupt wechseln
U	unsticking	die Suche nach Worten unterstützen
S	structure	kurze, geschlossene Fragen stellen
E	exchange	helfen, eine Antwort zu finden
D	direct	kurze Sätze, Gestik, Mimik, Bildsprache einsetzen

Die ABC-Methode

A	avoid confrontation	Konfrontationen vermeiden
B	be practical	vorausschauend agieren
C	clarify the feelings and comfort	Gefühle der Patientinnen in Worte fassen, ihnen beistehen

Nähere Erläuterungen finden Sie in der Langversion dieser Arbeitshilfe unter http://www.gqmg.de/downloads.

© GQMG, AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement. 12.7.2020 1

Pocketversion zur Arbeitshilfe Bessere Kommunikation 8

Kommunikation bei Demenz

Weitere Anregungen für die Kommunikation mit Dementen

Bezugspersonen …

- verzichten auf Pronomen: *Ihre Tochter hat angerufen. Ihre Tochter* (nicht: Sie) *kommt gegen Mittag vorbei.*
- sprechen in „Ich-Form" über alles, was sie vorhaben: *Ich möchte nun mit Ihnen in den Garten gehen. – Ich bringe Sie nun in Ihr Zimmer.*
- vermeiden Verneinungen.
- sprechen in wenigen Worte, kurzen und klaren Aussagen, und wiederholen das Gesagte geduldig.
- stellen Fragen, die eher präzisieren – *Wie? Was? Wann? Wo?* – als nach Ursachen zu suchen – *Warum?*
- sprechen möglicherweise im Dialekt der Betroffenen.
- sprechen ruhig und langsam und vermeiden hohe Stimmlagen, wechseln in angespannten Situationen evtl. in einen Flüsterton.
- lassen den Betroffenen ausreichend Zeit zu denken und zu antworten.
- spiegeln im Gespräch die Körperhaltung: wenn jemand steht, kommunizieren sie im Stehen.
- beschreiben eine Handlung, während sie diese ausführen.
- versuchen, die Gefühle der Betroffenen zu verbalisieren.

© GQMG, AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement. 12.7.2020 2

Als Erinnerungsstütze für die Kitteltasche gibt es eine Pocketversion dieser Arbeitshilfe in Form einer beidseits bedruckten Postkarte. Sie erhalten sie über die Geschäftsstelle der GQMG:

Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG)
Industriestraße 154
D-50996 Köln
Telefon +49 2236 9696188
Fax +49 2236 9696189
info@gqmg.de

Eine veränderbare Datei zur Anpassung an Ihre lokalen Gegebenheiten erhalten Sie über die AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement der GQMG: www.gqmg.de/gqmg_leistung/kommunikation.

7. Literatur

- Batsch NL & Mittelman MS (2012): World Alzheimer report 2012. Overcoming the stigma of dementia. London: Alzheimer's Disease International (Level EL).
- Bayles KA & Tomoeda CK (2007): Cognitive-Communication disorders of dementia. San Diego: Plural Publishing (Level EL).
- Berghaus HC, Knapic K-H & Sievert U (1999): Kommunikation und Kooperation in der Altenhilfe. Vorträge und Arbeitsberichte der 9. Fachtagung „Behinderung und Alter" an der Heilpädagogischen Fakultät zu Köln. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Level EL).
- Bickel H (2018): Informationsblatt 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Informationsblatt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (9.9.2019) (Level IV).
- Böhm E (1992): Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege. 6. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag (Level EL).
- Bohnes H (2010): Die Möglichkeiten der Kommunikation mit einem Demenzerkrankten. Aus der Reihe: DEMENZ – Pflege und Betreuung zuhause. Bonn: Verlag PRO PflegeManagement (Level EL).
- Bowlby Sifton C (2008): Das Demenz-Buch. Bern: Hans Huber (Level EL).
- Darmann I (2000): Anforderungen der Pflegeberufswirklichkeit an die kommunikative Kompetenz von Pflegekräften. Pflege 13. 219-225 (Level EL).
- Dilling H (2008): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. 6. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2004/2008.). Bern: Hans Huber (Level EL).
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (2018): ICD-10-GM Version 2019, 10. Revision. Köln (Level EL).
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Hrsg.) (2019): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück (Level EL).
- Domnick H (1994): Altersdemenz und Kommunikation: Eine empirische Untersuchung. Köln: Diplomarbeit (Level IV).
- Fabbro F (Hrsg.) (1999): Concise encyclopedia of language pathology. Oxford: Elsevier (Level EL).
- Feil N & de Klerk-Rubin V (2017): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 11. Aufl. München: Ernst Reinhardt (Level EL).
- Förstl H, Kurz A & Hartmann T (2009): Alzheimer-Demenz. In:

Förstl H (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. 3. Aufl. Heidelberg: Springer (Level EL).
- Frindte W (2001): Einführung in die Kommunikationspsychologie. Weinheim: Beltz (Level EL).
- Fuhrmann I, Gutzmann H, Neumann E-M & Niemann-Mirmehdi M (1995): Abschied vom Ich – Stationen der Alzheimer Krankheit. Freiburg im Breisgau: Herder (Level EL).
- Füsgen I (2003): Sprech- und Schluckstörungen bei Alzheimer-Demenz. In: Füsgen I (Hrsg.): Sprech- und Schluckstörungen – Problemfeld in der Demenztherapie. Frankfurt am Main: Zukunftsforum Demenz 11–18 (Level EL).
- Grond E (2000): Altenpflege als Beziehungs- oder Bezugspersonenpflege. Ein interaktionelles Pflegekonzept. 2. Aufl. Hagen: Brigitte Kunz (Level EL).
- Gutzmann H & Brauer T (2007): Sprache und Demenz: Diagnose und Therapie aus psychiatrischer und logopädischer Sicht. Idstein: Schulz-Kirchner (Level EL).
- Haberstroh J, Neumeyer K & Pantel J (2011): Kommunikation bei Demenz. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin (Level EL).
- Hirsch A M (1997): Psychologie für Altenpfleger. Bd 2. Kommunikative Kompetenz. München: Medizin/Quintessenz (Level EL).
- Josuks H (2018): Kommunikation mit an Demenz erkrankten Personen. In: Rogall-Adam R, Josuks H, Adam G & Schleinitz G: Professionelle Kommunikation in Pflege und Management: Ein praxisnaher Leitfaden. 3. Aufl. Hannover: Schlütersche 118–126 (Level EL).
- Kitwood T & Bredin K (1992): Person to Person: A guide to the care of those with failing mental powers. Loughton: Gale Centre (Level EL).
- Kitwood T (2000): Demenz: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Hans Huber (Level EL).
- Knebel M (2013): Kommunikation bei Demenz. Validierung eines Instruments zur Erfassung kommunikativer Verhaltensweisen bei Demenzen. Berlin: Logos (Level EL).
- Kruse A (2008): Demenz: medizinisch-pflegerische, psychologische, ethische Überlegungen. In: Kirchenamt der EKD (Hrsg.): Leben mit Demenz. Beiträge aus medizinisch-pflegerischer, theologischer und lebenspraktischer Sicht. EKD-Texte Bd. 98. Hannover: EKD 45–79 (Level EL).
- National Health and Medical Research Council (NHMRC) (2009): NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines, https://www.mja.com.au/sites/default/files/NHMRC.levels.of.evidence.2008-09.pdf (Level EL).
- Orange JB & Purves B (1996): Conversational discourse and cognition: implications for Alzheimer's disease. Int J Speech Lang Pathol Audiol 20: 139–150 (Level EL).
- Porzsolt F, Kojer M, Schmidl M, Greimel ER, Sigle J, Richter J & Eisemann M (2004): A new instrument to describe indicators of well-being in old-old patients with severe dementia – the Vienna List. Health Qual Life Outcomes 2: 207–218 (Level EL).
- Richard N, Richard M & Gunzelmann T (2016): Integrative Validation nach Richard® – Menschen mit Demenz wertschätzend begegnen, 2. Aufl. Bollendorf: Institut für Integrative Validation (Level EL).
- Ripich DN, Ziol E, Fritsch T & Durand EJ (2000): Training Alzheimer's disease caregivers for successful communication. Clin Gerontol 21: 37-56 (Level IV).
- Robison J, Curry L, Gruman C, Porter M, Henderson C R & Pillemer K (2007): Partners in caregiving in a special care environment: cooperative communication between staff and families on dementia units. Gerontologist 47: 504-515 (Level EL).
- Rode S, Heun S, Holtel M, König U, Pilz S, Pivernetz K, Poimann H, Stapenhorst K, Tatzel C & Weber H (2016): Grundregeln der Kommunikation (Arbeitshilfe Bessere Kommunikation 1). Stuttgart (Level I).
- Savundranayagam MY, Hummert ML & Montgomery RJV (2005): Investigating the effects of communication problems on caregiver burden. The journals of gerontology. Series B. Psychological sciences and social sciences 60: 48-55 (Level EL).
- Siegler B (2009): Wortabrufgeschwindigkeit unter dem Einfluss von Alter und Demenz. München: Inaugural-Dissertation (Level EL).
- Steiner J (2010): Sprachtherapie bei Demenz. Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis. München: Ernst Reinhardt (Level EL).
- Steinmetz A (2016): Nonverbale Interaktion mit Demenzkranken und palliativen Patienten. Kommunikation ohne Worte – KoW®. Wiesbaden: Springer Fachmedien (Level EL).
- Vorderwülbecke N (2005): Erschwernisse in der Kommunikation mit alternden Menschen im Rahmen einer Demenz. Welches Hilfsangebot kann die Sprachheilpädagogik zur Unterstützung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Dementen bereithalten? Seedorf, Hamburg: Signum (Level EL).
- Watzlawick P, Beavin JH & Jackson DD (1974): Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. 4. Aufl. Bern: Hans Huber (Level EL).
- Zaudig M (Hrsg.) (1995): Demenz und leichte kognitive Beeinträchtigung im Alter. Diagnostik, Früherkennung und Therapie. Bern: Hans Huber (Level EL).

Mit der Literatur wird das Evidenzlevel der jeweiligen Quelle genannt. Die Einteilung stammt vom australischen *National Health and Medical Research Council* (NHMRC 2009). Zusätzlich hat die AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement das Level *EL* für Expertenwissen eingeführt. Das Level III wird nicht in drei Stufen differenziert.

Level	Bezeichnung	Erläuterung
I	Systematischer Review-Artikel	Übersicht über randomisierte Kontrollstudien
II	Randomisierte Kontrollstudie	Unabhängige Doppelblindstudie
III-1	Pseudorandomisierte Kontrollstudie	Kontrollstudie im Vergleich mit validiertem Referenzstandard
III-2	Vergleichsstudie	Kohortenstudie im Vergleich mit Referenzstandard
III-3	Verlaufsstudie	Retrospektive Kohortenstudie ohne Kontrollgruppe und Referenzstandard
IV	Fallstudie	Ergebnisse einer Fallstudie oder Vorher-nachher-Vergleich, jeweils ohne Referenzstandard
EL	Expertenlevel	Intensive Auseinandersetzung mit einer Thematik durch Fachexperten

8. Anschrift für die Verfasser

Dr. Nicola Herbig, LVR-Klinik Köln, Wilhelm-Griesinger-Str. 23, 51109 Köln
nicola.herbig@lvr.de