



universität
wien

MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

Im Irrgarten der Wörter

Kommunikative Zugänge zu dementen Menschen finden

Verfasserin

Barbara Lackner, Bakk.phil.

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, im Oktober 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt

A 066 841

Studienrichtung lt. Studienblatt

Publizistik- und Kommunikationswissenschaft

Betreuer:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Friedrich Hausjell

*„Da mein Vater
nicht mehr über die Brücke
in meine Welt gelangen kann,
muss ich hinüber zu ihm.“*

Arno Geiger, 2011

INHALTSVERZEICHNIS

Abstract	S. 1
1. Einleitung	S. 3
1.1. Erkenntnisinteresse	S. 4
1.1.1. Forschungsleitende Fragestellungen.....	S. 5
1.2. Forschungsstand	S. 5
1.3. Aufbau der Arbeit	S. 6

I. THEORETISCHER TEIL

2. Definition Kommunikation	S. 11
2.1. Kommunikationsebenen	S. 12
2.1.1. Verbale Kommunikation.....	S. 12
2.1.2. Nonverbale Kommunikation.....	S. 13
2.2. Kommunikation in der Altenpflege	S. 15
3. Definition Demenz	S. 17
3.1. Primäre und sekundäre Demenzen	S. 19
3.2. Alzheimer-Demenz (AD)	S. 20
3.2.1. Das Gehirn im Verlauf der Alzheimer-Demenz.....	S. 21
3.3. Vaskuläre-Demenz (VD)	S. 23
3.3.1. Das Gehirn im Verlauf der Vaskulären-Demenz.....	S. 23
3.4. Sonstige Demenzformen	S. 24
3.5. Sprachstörungen bei Demenz	S. 24
4. Fakten zur Demenz	S. 27
4.1. Entwicklung	S. 27
4.1.1. Entwicklung der Demenzerkrankung weltweit.....	S. 28
4.1.2. Entwicklung der Demenzerkrankung in Österreich.....	S. 28
4.2. Warnzeichen	S. 29

4.3. Krankheitsverlauf.....	S. 30
4.4. Stadien der Demenzerkrankung.....	S. 31
4.5. Risikofaktoren.....	S. 33
4.5.1. Erbllichkeit.....	S. 33
4.5.2. Alter.....	S. 34
4.5.3. Umwelteinflüsse.....	S. 35
5. Kommunikationstheorie.....	S. 37
5.1. Vier-Ohren-Modell von Schulz von Thun.....	S. 37
5.1.1. Das Nachrichten-Viereck.....	S. 38
5.1.1.1. Die inhaltliche Nachricht.....	S. 38
5.1.1.2. Die Selbstoffenbarung.....	S. 39
5.1.1.3. Die Beziehungsnachricht.....	S. 39
5.1.1.4. Die appellierende Nachricht.....	S. 39
5.1.2. Die Relevanz aller vier Teilbotschaften.....	S. 40
5.1.3. Wenn nicht alle Teilbotschaften richtig ankommen.....	S. 40
6. Verbale und nonverbale Kommunikationsfähigkeit bei Demenz.....	S. 43
6.1. Verbale Kommunikationsfähigkeit bei Demenz.....	S. 43
6.1.1. Probleme verbaler Kommunikationsfähigkeit bei Demenz.....	S. 43
6.1.2. Veränderungen verbaler Kommunikationsfähigkeit bei Demenz.....	S. 45
6.2. Nonverbale Kommunikationsfähigkeit bei Demenz.....	S. 47
6.2.1. Probleme nonverbaler Kommunikationsfähigkeit bei Demenz.....	S. 48
6.2.2. Veränderungen nonverbaler Kommunikationsfähigkeit bei Demenz.....	S. 48
6.3. Kommunikation in den drei Phasen der Demenz.....	S. 50
6.4. Kommunikationsprobleme.....	S. 51
6.4.1. Gleiche Fragen und Geschichten.....	S. 51
6.4.2. Verleugnung von Gedächtnisstörungen.....	S. 51
6.4.3. Halluzinationen.....	S. 52
7. Brücken bauen.....	S. 53
7.1. Wahrnehmung eines Demenzkranken.....	S. 53
7.2. Zugangswege und Kommunikationsformen.....	S. 54
7.3. Die „richtige“ Kommunikation mit dementen Menschen.....	S. 55
7.4. Die „falsche“ Kommunikation mit dementen Menschen.....	S. 56
7.5. Wenn sprechen nicht mehr möglich ist.....	S. 61

8. Validation nach Naomi Feil	S. 63
8.1. Validationsprinzipien	S. 64
8.2. Vier Phasen der Desorientierung	S. 65
8.2.1. Phase I: Mangelhafte/unglückliche Orientierung	S. 65
8.2.2. Phase II: Zeitverwirrtheit	S. 65
8.2.3. Phase III: Sich wiederholende Bewegungen	S. 65
8.2.4. Phase IV: Vegetieren	S. 66
8.3. Techniken der Validation	S. 66
8.3.1. Technik I: Zentrieren	S. 66
8.3.2. Technik II: Verwendung eindeutiger, nichtwertender Wörter	S. 66
8.3.3. Technik III: Umformulieren	S. 67
8.3.4. Technik IV: Extreme einsetzen	S. 67
8.3.5. Technik V: Sich das Gegenteil vorstellen	S. 67
8.3.6. Technik VI: Erinnern	S. 67
8.3.7. Technik VII: Ehrlichen, engen Augenkontakt halten	S. 67
8.3.8. Technik VIII: „Mehrdeutigkeit“ durch unbestimmte Fürwörter	S. 68
8.3.9. Technik IX: Klar, sanft und liebevoll sprechen	S. 68
8.3.10. Technik X: Bewegungen und Gefühle beobachten und spiegeln	S. 68
8.3.11. Technik XI: Grundbedürfnisse, hinter dem Verhalten, beachten	S. 68
8.3.12. Technik XII: Das bevorzugte Sinnesorgan erkennen und benutzen	S. 69
8.3.13. Technik XIII: Berühren	S. 69
8.3.14. Technik XIV: Musik einsetzen	S. 69

II. EMPIRISCHER TEIL

9. Erhebungsmethode	S. 73
9.1. Qualitative Inhaltsanalyse	S. 73
9.2. Kategoriensystem	S. 74

10. Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse	S. 75
---	--------------

11. Beantwortung der forschungsleitenden Fragestellungen	S. 103
---	---------------

12. Resümee	S. 111
13. Quellenverzeichnis	S. 115
13.1. Literaturverzeichnis.....	S. 115
13.2. Internetverzeichnis.....	S. 119
13.3. Abbildungsverzeichnis.....	S. 120
13.4. Tabellenverzeichnis.....	S. 120
14. Anhang	S. 123
14.1. Mini-Mental-Status-Test.....	S. 123

Anmerkung: Für eine bessere Lesbarkeit wurde im Zuge der vorliegenden Arbeit für alle geschlechtsbezogenen Termini die männliche Form der Personennennung verwendet. Gemeint sind ausdrücklich beide Geschlechter.

Abstract

Rund 100.000 Menschen in Österreich leiden an Demenz. Die meisten davon an Alzheimer. Mindestens ebenso viele sind indirekt betroffen, denn Angehörige leiden mit. Probleme entstehen in erster Linie durch die schwindende Kommunikationsfähigkeit der dementen Person und den dadurch unaufhaltsamen Kommunikationsverlust zwischen Erkranktem und Gesundem. Obwohl ein umfassendes Angebot an Ratgeberliteratur zum kommunikativen Umgang mit dementen Menschen zur Verfügung steht, kann gerade dieses Überangebot die Unsicherheit der Antwortsuchenden verstärken, anstatt Hilfestellungen zu geben. In der vorliegenden qualitativen Studie mit dem Titel „Im Irrgarten der Wörter. Kommunikative Zugänge zu dementen Menschen finden“ wurde deshalb versucht Expertenratschläge zum kommunikativen Umgang mit dementen Menschen aus einem Teil der deutschsprachigen Ratgeberliteratur zu bündeln. Entstanden ist ein Ratgeber, der zusammenfügt, was elf unterschiedliche Publikationen an Ratschlägen und Informationen bereithalten und verrät, wie es gelingt, Menschen mit fortgeschrittener Demenz zu erreichen.

Approximately 100,000 people in Austria suffer from dementia. Most of them are afflicted with Alzheimer's disease. Almost the same number of people is indirectly afflicted because relatives are suffering of the consequences of this disease. Problems primarily arise because of the decreasing communication possibilities between the suffering and the caretaker. Although there is an extensive selection of guidebooks for communication with demented persons, this oversupply of information can lead to the uncertainty of the answer-seeking person instead of providing helpful support. The qualitative study at hand „In the labyrinth of words - Find communicative approaches to people suffer from dementia“ tries to bundle many of the expert's advises found in German literature to a set of consistent approaches in communication with demented people. In this study, a guidebook was created which combines eleven different publications of authors who tried to reveal the communication-secrets how to approach people suffering of dementia.

1. Einleitung

Der vom Erdboden verschluckte Hausschlüssel, vertauschte Vornamen, zu gut versteckte Gegenstände. Wenn ich heute darüber nachdenke, zeigten sich die frühesten Anzeichen der Krankheit schon vor etlichen Jahren. Und doch schlichen sich die Veränderungen so langsam ein, dass es uns nicht gelang, die Ursache richtig zu deuten. Erst als Vergesslichkeit und Orientierungsstörungen zunahm und das Alleinleben allmählich zu einem Problem werden ließen, ließ sich auch der gefürchtete Besuch beim Neurologen nicht mehr verzögern. Diagnose: Alzheimer.

„Die hat aber schöne Blumen“, sagt Oma und bäugt diese mit anerkennendem Blick. „Das sind deine Blumen, Oma“, erklären wir. „Vielleicht waren sie das einmal. Gehen wir nach Hause“, sagt sie emotionslos.

„Kennst du mich“, frage ich. „Aber natürlich kenne ich dich“, sagt sie bestimmt. Doch der Name will ihr nicht einfallen. Und das, obwohl ich einen Teil meiner Kindheit im Hause der Großeltern verbracht habe.

Zwei von vielen ähnlichen Situationen, mit denen wir uns nach und nach abgefunden haben. Zu akzeptieren, dass sie heute, nur wenige Wochen nach diesen Begebenheiten, gar nicht mehr spricht, fällt schwerer.

Hautnah habe ich in den vergangenen Wochen, Monaten und Jahren erlebt, wie das unaufhaltsame Fortschreiten der Demenz einen Menschen verändert. Neben den stetig größer werdenden Lücken im Kurzzeitgedächtnis, gingen Sprachverständnis und Wortwahl im Laufe der Erkrankung schließlich verloren. Von Tag zu Tag ein wenig mehr, bis hin zu einem vollständigen Wechsel von verbaler zu nonverbaler Kommunikation.

Aha-Erlebnisse und Bestätigung fand ich in Arno Geigers „Der alte König in seinem Exil“. In der zutiefst berührenden Geschichte seines Vaters erzählt der Literat von einem Menschen, dessen Vitalität und Klugheit mit der Alzheimerkrankheit nicht verschwinden, während er sein Haus und seine Kinder vergessen hat. Informationen, die mich dazu bewogen haben, meine Magisterarbeit dem Thema „Kommunikation mit dementen Menschen“ zu widmen. Eine emotionale Herausforderung.

1.1. Erkenntnisinteresse

Die Materie ist aktueller denn je. Fach- und Ratgeberliteratur rund um Demenzerkrankungen schießen wie Unkraut aus dem Boden. Erstaunlich? Kaum! Denn weltweit leiden rund 35 Millionen Menschen – davon zirka 100.000 in Österreich – an den unterschiedlichsten Formen der bis heute unheilbaren Demenzerkrankung. Dazu gehen Experten davon aus, dass sich die Zahl der Demenzpatienten in den kommenden 20 Jahren verdoppelt. Im Jahr 2050 könnte jeder zwölfte Österreicher über 60 dement sein.

Doch was einerseits in aller Munde, stellt den medizinischen Laien und pflegenden Angehörigen vor große Fragen. Fragen, die oft in erster Linie die Kommunikation mit dem Erkrankten betreffen. Wie kommuniziert man richtig mit dem dementiell veränderten Menschen? Findet man Zugang zum Patienten, wenn Sprache nicht mehr ankommt? Können Menschen mit Demenz auch bei zunehmender Krankheitsdauer Gefühle ihres Gegenübers noch wahrnehmen?

Wenngleich ein umfassendes Angebot an Ratgeberliteratur zur Verfügung steht und die Aktualität des Themas unterstreicht, kann gerade dieses Überangebot an Information die Unsicherheit der Angehörigen verstärken, anstatt Antworten und Hilfestellungen zu geben. Ein großes Problem! Denn Kommunikationsschwierigkeiten führen zu Missverständnissen, Schuldzuweisungen sowie einer Beeinträchtigung des Miteinanders und Wohlbefindens aller Beteiligten. Für uns Gesunde ist die Welt, in der Erkrankte leben, nur noch wenig oder gar nicht zu verstehen. Ihre Reaktion wirkt auf uns manchmal unlogisch, inkonsequent oder absurd. Begleiter dieser Menschen zu sein, zerrt an den Nerven und verlangt den Pflegenden vieles ab.

Im Zuge der vorliegenden Arbeit habe ich mir deshalb zum Ziel gesetzt, ein wenig mehr Licht ins Dunkel zu bringen. Mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring wurden Expertenmeinungen und –ratschläge zum kommunikativen Umgang mit dementen Menschen aus einem Teil der deutschsprachigen Ratgeberliteratur gesammelt, zusammenfasst und verglichen. Somit soll diese Arbeit ein Ratgeber sein, der zusammenfügt, was unterschiedlichste Publikationen zum Thema Demenz an Ratschlägen und Informationen bereithalten. Die Frage, die es zu klären gilt, lautet kurzgefasst: Wie können Pflegepersonen kommunikative Zugänge zu dementen Menschen finden?

1.1.1. Forschungsleitende Fragestellungen

Im Hinblick auf mein Erkenntnisinteresse bilden eine Hauptforschungsfrage und eine Unterforschungsfragen den Ausgangspunkt der Untersuchung.

Hauptforschungsfrage 1: Welche Ratschläge zum kommunikativen Umgang mit Demenz-Patienten hält die themenspezifische Ratgeberliteratur bereit?

Unterforschungsfrage 1.1: Wie muss der Pflegende sein Kommunikationsverhalten für die Interaktion mit Demenz-Patienten laut themenspezifischer Ratgeberliteratur verändern, damit er diesen erreichen kann?

1.2. Forschungsstand

Sprache ist das, was Menschen mit Demenz nach und nach abhandenkommt. Dem liegt die Vermutung nahe, dass das Thema Sprache und Demenz, angesichts der Vielzahl an Erkrankten, auch am Fachbuchmarkt von enormer Bedeutung ist. Überraschenderweise hält sich die Anzahl der deutschsprachigen Publikationen, deren Inhalt sich dem Thema „Kommunikation mit dementen Menschen“ in irgendeiner Form nähert, jedoch in Grenzen – wengleich allgemeine Fach- und Ratgeberliteratur rund um Demenzerkrankungen seit Jahren wie Unkraut aus dem Boden schießt. Im Zuge der Literaturrecherche für meine Magisterarbeit habe ich neben einer Vielzahl an Publikationen zum Thema Demenz im Allgemeinen, folgende, relevante Literatur gefunden, die den Zusammenhang zwischen Kommunikation und Demenzerkrankung behandelt:

- Wir sind in Kontakt miteinander! Aktivierung von Menschen mit schwerer Demenz (Christina Hofmann, 2012)
- Die besten Tipps für die nonverbale Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Wie der bewusste Einsatz nonverbaler Kommunikation herausforderndes Verhalten verhindern kann. (Svenja Sachweh, 2011)
- Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende. (Julia Haberstroh/ Katharina Neumeyer/ Johannes Pantel, 2011)
- Wie war das noch mal? Lernen, Vergessen und die Alzheimer-Krankheit. (Markus Weih, 2011)

- Alzheimer & Demenzen verstehen. Diagnose, Behandlung, Alltag, Betreuung. (Wolfgang Maier/ Jörg B. Schulz/ Sascha Weggen/ Stefanie Wolf, 2010)
- Auswirkungen der Demenz auf zwischenmenschliche Beziehungen. Die Möglichkeiten der Kommunikation mit einem Demenzerkrankten (Heike Bohnes, 2010)
- Richtig sprechen mit dementen Menschen. (Friederike Leuthe, 2009)
- Alzheimer und Demenzen – Unterstützung für Angehörige. Die Beziehung erhalten mit dem neuen Konzept der einfühlsamen Kommunikation. (Sabine Engel, 2006)
- Demenzgerechte Pflege. Pflege und Betreuung, Kommunikation, Lebensraumgestaltung. Ein praxisorientierter Leitfaden für Angehörige und Pflegende sowie Leiter von Demenz- und Pflegeeinrichtungen. (Thomas Flatz/ Rudolf Öhlinger/ Remo Schneider, 2004)
- Demenz und Alzheimer verstehen – mit Betroffenen leben. Ein praktischer Ratgeber. (Huub Buijssen, 2003)
- Im Labyrinth des Vergessens. Hilfe für Altersverwirrte und Alzheimerkranke. (Martina Gümmer/ Joachim Döring, 1996)

Expertenratschläge aus den hier genannten Publikationen werden für die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring und somit für die Beantwortung der Hauptforschungsfrage herangezogen.

1.3. Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Nach der Einleitung mit dem Erkenntnisinteresse, den forschungsleitenden Fragestellungen und dem Forschungsstand in **Kapitel 1**, wird in **Kapitel 2** der Begriff „Kommunikation“ definiert. Es wird darüber hinaus auf die verbale und nonverbale Kommunikation eingegangen und auf deren Bedeutung für das menschliche Dasein hingewiesen.

Es folgt die Darstellung des Begriffes „Demenz“ sowie eine Erläuterung der verschiedenen Erkrankungsformen und eine Beschreibung der erkrankungsbedingten Veränderungen im Gehirn in **Kapitel 3**.

Kapitel 4 beinhaltet allgemeine Fakten in puncto „Demenz“. Darunter die Entwicklung der Erkrankungen, den Krankheitsverlauf, die Stadien der Erkrankung und etwaige Risikofaktoren.

Das Vier-Ohren-Modell von Schulz von Thun findet in **Kapitel 5** Platz.

Kapitel 6 beleuchtet Demenz aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht. Gezielt wird auf die Probleme und Veränderungen der verbalen sowie nonverbalen Kommunikationsfähigkeit eingegangen.

Kapitel 7 geht auf die Bedeutung der Zugangswege zu dementen Menschen ein und beleuchtet, was eine Pflegeperson im Umgang mit Erkrankten „richtig“ und „falsch“ machen kann.

Der Validation nach Naomi Feil wird in **Kapitel 8** viel Platz eingeräumt. Genauer wird auf die Validationsprinzipien, die vier Phasen der Desorientierung sowie die Techniken der Validation eingegangen.

In **Kapitel 9** beginnt mit der Beschreibung der Methodik der empirische Teil dieser Arbeit. Dieser beinhaltet zunächst die Begründung eines qualitativen Vorgehens. Im Anschluss wird die Auswertung der Daten in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring vorgestellt. Auch ist hier das erstellte Kategoriensystem zu finden.

In **Kapitel 10** erfolgt die Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse, deren Ergebnisse schließlich durch die Beantwortung der forschungsleitenden Fragestellungen in **Kapitel 11** dargestellt werden.

Kapitel 12 beinhaltet eine Zusammenfassung der gewonnenen Ergebnisse sowie Limitationen, welche sich aus den Ergebnissen ableiten.

Alle für diese Arbeit herangezogenen Quellen sind in **Kapitel 13** aufgelistet.

I. THEORETISCHER TEIL

2. Definition Kommunikation

Menschen stehen durch unterschiedliche Beziehungen miteinander in Kontakt. Das wichtigste Werkzeug hierfür ist Kommunikation. Auch im Umgang mit dementen Menschen ist sie ein wesentliches Arbeitsmittel. Doch ehe dies in Kapitel 7 präzisiert wird, wird im vorliegenden erst einmal im Groben darauf eingegangen, was Kommunikation überhaupt ist. Eine Spezifizierung des Begriffs ist ein schwieriges Unterfangen. Deshalb werden im Folgenden die Kommunikationsverständnisse verschiedener Wissenschaftler angeführt:

Maletzke (1963) bezeichnet Kommunikation ganz allgemein als „Bedeutungsvermittlung zwischen Lebewesen“ (Maletzke 1963, S. 18; zit.n. Burkart 2002, S. 20). Damit diese stattfinden kann, ist es notwendig, dass mindestens zwei Individuen zueinander in Beziehung treten, also interagieren. (vgl. Burkart 2002, S. 30)

Nach Watzlawick (2007) ist menschliche Kommunikation ein Medium zwischen beobachtbarer Manifestation menschlicher Beziehungen und menschlichem Verhalten. Dabei setzt er die Begriffe Kommunikation und Verhalten gleich. Das Material bilden sowohl Worte und ihre Bedeutungen als auch nichtverbale Verbalerscheinungen, Körpersprache und Verhaltensweisen. (vgl. Watzlawick 2007, S. 22-23)

Seinem vielzitierten Axiom „Man kann nicht nicht kommunizieren“ stellt Burkart (2002) die Behauptung entgegen, dass es dem Menschen sehr wohl möglich ist, Kommunikation willentlich aufzunehmen. Sicher ist es, so Burkart weiter, die allgemeine Intention eines jeden kommunikativ Handelnden, den Mittelungscharakter seiner kommunikativen Handlung verwirklichen zu wollen. Ein Mensch, der kommunikativ handelt, zielt somit darauf ab, Verständigung zwischen sich und seinem Kommunikationspartner herzustellen. Außerdem beschreibt Burkart eine spezielle Intention, wonach der kommunikativ Handelnde seine kommunikative Handlung aus einem bestimmten Interesse heraus setzt. „Erst die jeweils konkreten Interessen sind es ja, die kommunikatives Handeln überhaupt entstehen lassen“ (Burkart 2002, 26-27).

Kommunikation als Begriff bezeichnet Lewandowski (1994) als „zwischenmenschliche Verständigung, reflexives sprachliches Handeln, intentionales Mitteilen von Zeichen, vor

allem durch Sprache als besondere und zugleich fundamentale Form sozialer Interaktion“ (Lewandowski 1994, S. 551).

Sachweh (2008) betont die Überlebensnotwendigkeit der Kommunikation. Menschen sind soziale Wesen, die die Interaktion und die Begegnung mit anderen brauchen, um existieren, sich wohlfühlen und entwickeln zu können. (vgl. Sachweh 2008, S. 11)

Haberstroh u.a. (2011) schreibt, dass Sender und Empfänger im Verlauf der Kommunikation, den sie als Austausch von Mitteilungen zwischen Individuen definieren, immer wieder die Rollen wechseln. Unabdingbar dabei ist, dass ein Sender ganz gezielt Informationen an einen Empfänger weitergibt. (vgl. Haberstroh u.a. 2011, S. 28) Dem widerspricht Leuthe (2009), indem sie beschreibt, dass Kommunikation sehr wohl auch gewohnheitsmäßig, also ohne ein tieferes Bewusstsein, erfolgen kann. So etwa als Begrüßung beim Betreten eines Raumes, in dem sich Menschen aufhalten. (vgl. Leuthe 2009, S. 23)

2.1. Kommunikationsebenen

Ein Austausch ist auf der verbalen Ebene der Kommunikation durch Worte, Sprachmelodie und Sprachtempo und auf der nonverbalen Ebene der Körpersprache durch Mimik, Gestik und Geräusche möglich. (vgl. Hofmann 2012, S. 42-43) Im Folgenden werden die Begriffe der menschlichen Kommunikation aus den verbalen und nonverbalen Ebenen näher beleuchtet.

2.1.1. Verbale Kommunikation

Verbale Kommunikation bezieht sich auf das gesprochene und geschriebene Wort. Menschen verständigen sich untereinander mittels Sprache oder Zeichen, agieren, beeinflussen, reagieren aufeinander, treten in Kontakt und geben Informationen weiter. Dabei kann eine Aussage im verbalen Kommunikationskontext explizit, also direkt und klar formuliert, oder implizit, also versteckt, ausgedrückt werden. (vgl. Kulbe 2009, S. 85) Jedoch wird sprachliche Kommunikation immer von nonverbalen Signalen begleitet, während nonverbale Kommunikation völlig ohne Wort möglich ist. (vgl. Leuthe 2009, S. 24)

Kommunikations- und Übertragungsmittel verbaler Kommunikation sind

- das direkte „face to face“-Gespräch
- Gespräche über das Telefon
- Informationen über die Medien (TV, Radio, Presse, Internet)
- Botschaften durch Fax, E-Mail und Briefe.

(vgl. Kulbe 2009, S. 85)

Brinker (2000) unterteilt verbale Kommunikation in drei Modellklassen, nämlich eher sprecherorientiert, eher rezipientenorientiert und eher prozessorientiert.

(vgl. Brinker 2000, S. 1115)

2.1.2. Nonverbale Kommunikation

Die nonverbale Kommunikation ist die älteste Form der Verständigung und hat ihre Wurzeln in der Tierwelt. (vgl. Argyle 2002, S. 45) Argyle (2002) unterscheidet zwischen tierischer und menschlicher Kommunikation. Letztere hat zwar auch eine angeborene Komponente, wird aber zum Großteil erlernt. „Während menschliche Kommunikation teilweise spontan ist und von niedrigeren Stufen des Zentralnervensystems gelenkt wird, ist sie andernteils mehr überlegt und von höheren kognitiven Prozessen abhängig“ (vgl. Argyle 2002, S. 57). Eine Anwendung findet die nonverbale Kommunikation unter anderem als Unterstützung und Ersatz der Sprache sowie als Ausdruck von Emotionen und interpersonalen Einstellungen. (vgl. Argyle 2002, S. 58) Bohnes (2010) schreibt in diesem Zusammenhang, dass nur 10 % unserer Kommunikation auf das gesprochene Wort entfallen und 90 % auf Gestik und Mimik. (vgl. Bohnes 2010, S. 15)

Kommunikation besteht nicht allein aus Worten, sondern steckt in jeder noch so kleinen Handlung oder auch Nicht-Handlung, wie Watzlawick mit seinem Zitat „Man kann nicht nicht

kommunizieren!“ zum Ausdruck bringt. Demnach transportiert auch ein „Sich-Wegdrehen“ oder „Nicht-Antworten“ eine Information, weil der Empfänger dem Sender damit nonverbal, sei es durch seine Körpersprache, seine Gestik, seine Mimik oder seine Handlung, zum Ausdruck bringt, dass kein Interesse an einem Gespräch gegeben ist. (vgl. Haberstroh u.a. 2011, S. 28) Noch deutlicher wird Leuthe (2009), indem sie betont, dass es überhaupt kein Sprechen gibt, das nicht von Mimik, Gestik, Körperhaltung, Nähe oder Distanz begleitet wird. Ein Großteil der nonverbalen Kommunikation erfolgt unbewusst. (vgl. Leuthe 2009, S. 23-24) Dennoch ist entscheidend, was Menschen über ihre Körpersprache ausdrücken und wichtig, dass das gesprochene Wort zum Gesichtsausdruck passt. Stimmt dies nicht überein, wird das Gegenüber einem in der Regel nicht glauben, schreibt Bohnes (2010). Die Körpersprache ist demnach glaubwürdiger als das gesprochene Wort. (vgl. Bohnes 2010, S. 15)

Menschen lächeln, runzeln die Stirn oder rümpfen die Nasen. Körpersprachliche Phänomene, die mit zwischenmenschlichen Gesprächen einhergehen und nur teilweise bewusst gesteuert werden können. Dabei können Gestik und Mimik verräterisch sein. Nur selten gelingt es, Unsicherheit oder Verlegenheit mithilfe der Körpersprache zu überspielen. Vielmehr wird ein aufgesetztes Lächeln rasch auch als solches entlarvt. Nonverbale Kommunikation ist Teil des menschlichen Kommunikationsalltags und wird deshalb aus einer Selbstverständlichkeit heraus auch dann nicht abgestellt, wenn einen der Gesprächspartner – etwa beim Telefonieren – gar nicht sehen kann. (vgl. Sachweh 2006, S. 51-53)

Kommunikation ist ein mehrdeutiger Begriff. Im Zuge der vorliegenden Arbeit wird Kommunikation ausschließlich unter dem Aspekt des räumlich anwesenden, direkt menschlichen Miteinanders betrachtet.

2.2. Kommunikation in der Altenpflege

Berufsgruppen in der Altenpflege sind Wegbegleiter. Ein Weg, der viele Jahre dauern kann. Die Hauptaufgabe der Pflegepersonen ist dabei die Bestärkung der Selbstpflegebereitschaft, die Aktivierung, die Anleitung, die Führung und die Handlungsübernahme. Sprache ist das universelle Hilfsmittel dieser Kompetenzen. Die Besonderheit der Kommunikation im Bereich der Altenpflege liegt in einer Asymmetrie. Der Pflegende ist dabei jünger, geistig und körperlich beweglicher und mit einem weitgehend gesunden Sprach- und Hörvermögen ausgestattet, während der Pflege empfangende Mensch oft eine eingeschränkte Sprech- und Hörfähigkeit hat. Da auch der Gesichtssinn einen großen Teil der kommunikativen Fähigkeiten ausmacht, geht ein Teil der Gesamtnachricht verloren, wenn ein Mensch im Alter schlechter sieht oder gar erblindet. Eine große Gruppe von Menschen, die eine voranschreitende Einbuße des Erinnerungsvermögens erleben, und damit oft einhergehend einen zunehmenden Verlust der Kommunikationsfähigkeit, sind Personen, die an einer Demenz leiden. Demente Menschen verknüpfen neue Erfahrungen häufig mit Erinnerungem und messen dem gerade Gehörten oder Erlebten eine ausgesprochen subjektive Bedeutung bei. Progredient mindert sich im Verlauf der Krankheit die Fähigkeit, die richtigen Worte zu finden. Meist folgt diesem Verlust in späterer Folge eine sensorische Aphasie, also eine Sprachverständnisstörung. Die Bedingung dafür, dass eine Kommunikation mit betagten Menschen glückt, ist eine umfassende Achtung vor der Integrität des Menschen. (vgl. Leuthe 2009, S. 20-22)

„Eine gelingende Kommunikation in der Pflege zeigt sich dem Beobachter darin, dass die beiden, die da im Gespräch miteinander sind, sich in Tempo und Form aufeinander einstellen. Sie kommen in Kontakt. Sie stimmen sich aufeinander ein“ (Leuthe 2009, S. 22).

3. Definition Demenz

Der Begriff Demenz (lat.: *de mens* = ohne Geist sein, *dementare* = von Sinnen sein) bezeichnet keine spezifische Krankheit, sondern ist der medizinische Ausdruck für ein Syndrom. Dieses Syndrom ist die Folge einer meist chronischen und fortschreitenden Beeinträchtigung des Gehirns. Betroffen sind davon die höher liegenden kortikalen Funktionen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses, sowie unter anderem Orientierung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. (vgl. Kreitmayr 2004, S. 12) Zusammengefasst spricht Steiner (2010) bei Demenz von einer Hirnwerkzeugs-, Hirnorganisations- und Verhaltenskontrollstörung.

Schon im Altertum erfolgte eine erste Unterteilung in körperlich begründbare psychische Störungen und solche ohne körperliche Ursachen. 1797 führt Philippe Pinel den Begriff „démence“ ein. (vgl. Steiner 2010, S. 39; zit.n. Bauer 1994) Eine differenziertere Beschreibung setzte sich gegen Mitte des 19. Jahrhunderts durch. Der französische Nervenarzt Esquirol führte den Begriff *démence senile* ein und unterschied zwischen drei Demenzformen. (vgl. Oesterreich & Wagner 1982; zit.n. Mielke & Kessler 1994, S. 2) Die akute, durch Fieber und Blutungen entstandene Demenz, die chronische, durch Epilepsie und Trunksucht verursachte Form sowie die senile Demenz als eine Folge des Altern. (vgl. Mielke & Kessler 1994, S. 2)

Meist wird für die Demenz ICD-10 die Krankheits-Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwendet. Die Diagnose wird klinisch gestellt. Das heißt, dass der Arzt eine Demenz ohne weitere Hilfsmittel diagnostizieren kann, indem er den Patienten beurteilt. Als Demenz-Kriterien nach ICD-10 gelten Gedächtnisstörungen, Abbau des Denkvermögens, Veränderungen der Persönlichkeit, deutliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit im Alltag, die Dauer der Symptomatik von mindestens sechs Monaten sowie der Ausschluss anderer Ursachen. (vgl. Weih 2011, S. 26-28)

Laut WHO leidet ein Mensch dann an Demenz, wenn folgende Aussagen auf ihn zutreffen:

- Er hat Gedächtnisstörungen.
- Einbußen können sich auch im Bereich seiner Sprachfähigkeit bemerkbar machen.
- Auch beim Ausführen von Handlungen können sich Beeinträchtigungen zeigen, weil die Fähigkeit, einfache Einzelhandlungen zu komplizierten Handlungsmustern zusammensetzen, gestört ist.
- Probleme können auch beim Wiedererkennen und Identifizieren von Objekten auftreten.
- Er hat möglicherweise auch Orientierungsprobleme und Beeinträchtigungen hinsichtlich seiner Urteilsfähigkeit.
- Alle auftretenden Störungen verschlechtern sich schon seit einem längeren Zeitraum von mindestens sechs Monaten und sind bereits so stark, dass sie die Alltagsaktivitäten des Betroffenen beeinträchtigen.

(vgl. Engel 2006, S. 14)

Bei Demenz handelt es sich um einen fortschreitenden, in unterschiedlichem Tempo vorstattgehenden Verlust aller intellektuellen Fähigkeiten. Am häufigsten ist die schleichend einsetzende Alzheimer-Demenz, die auf einem unumkehrbaren und allmählichen Abbau von Nervenzellen und Nervenaktivitäten beruht. Am zweithäufigsten ist die von einem Tag auf den anderen auftretende vaskuläre oder Multiinfarktdemenz. Sie wird durch eine Reihe kleinerer, oft unbemerkter Schlaganfälle ausgelöst und hat das Absterben der dadurch unterversorgten Hirnbereiche zur Folge. (vgl. Sachweh 2006, S. 262-263)

„Das Krankheitsbild ist durch Gedächtnis- und Orientierungsstörungen sowie Störungen des Denk- und Urteilsvermögens gekennzeichnet, welche die Bewältigung des Alltagslebens immer schwieriger machen“ (Tönnies 2007, S. 5). Ein typisches Symptom der Demenz ist, dass das Langzeitgedächtnis oft noch länger intakt bleibt, während das Kurzzeitgedächtnis rapide abbaut. Werden anfangs Namen oder Geburtstage vergessen, erkennen Patienten in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium nicht einmal die nahe Verwandtschaft wieder.

Mit dem Nachlassen des Erinnerungsvermögens geht oft eine zunehmende Desorientierung einher, die dazu führen kann, dass dem Erkrankten seine eigene Wohnung fremd erscheint und er sich selbst irgendwann nicht mehr im Spiegel erkennt. Früher oder später verlernen demenzkranke Menschen nicht nur den Gebrauch von Alltagsgegenständen (Apraxie), sondern auch gezielte Muskelbewegungen, was wiederum dazu führt, dass die Betroffenen mit Verlauf der Krankheit auf einen Rollstuhl angewiesen sind und später bettlägerig werden. (vgl. Sachweh 2006, S. 262-263)

3.1. Primäre und sekundäre Demenzen

In der Wissenschaft werden rund 50 verschiedene Formen von Demenz unterschieden. Eine erste, wichtige Unterteilung erfolgt nach der Ursache der Erkrankung in primäre und sekundäre Demenzen. Liegt das Problem im Hirn selbst, wird von primären Demenzen gesprochen. Dahingegen sind sekundäre Demenzen Folgeerscheinungen, die auf über 50 verschiedene Grunderkrankungen zurückzuführen sind. Die häufigste primäre Form ist die Alzheimer-Demenz (zirka 50% der Erkrankten), gefolgt von den vaskulären Demenzen (zirka 20% der Erkrankten). Sekundäre Demenzen betreffen zirka 10 Prozent der Erkrankten, der Rest entfällt auf Mischformen (zirka 15%) und Pseudo-Demenzen (zirka 5%), die wiederum durch eine schwere Depression bedingt sind. (vgl. Weih 2011, S. 75-76) Primäre Demenzen sind nicht heilbar. (vgl. Haberstroh u.a. 2011, S. 3) Dahingegen sind sekundäre Demenzen heilbar, wenn sie möglichst früh erkannt und rechtzeitig behandelt werden.

Allerdings ist die Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Demenzform schwierig, betont Leuthe (2009). Ebenso schwierig ist bis heute die Diagnose der Demenz, weil es keinen zuverlässigen biologischen Marker gibt. Gedächtnis- und Sprachtests machen die Erkrankung erst in einem fortgeschrittenen Stadium sichtbar. (vgl. Leuthe 2009, S. 60)

3.2. Alzheimer-Demenz (AD)

Die Demenz des Alzheimerstyps ist eine ungeklärte Krankheit, die zu einem langsamen Nachlassen des Denkvermögens führt. Vereinfacht kann die Alzheimer-Krankheit als zunehmendes Hirnversagen bezeichnet werden. Betroffen sind davon aber nicht die unmittelbar lebensnotwendigen Teile des Gehirns, sondern die höheren geistigen Funktionen, die das Denken ausmachen. (vgl. Krämer 2000, S. 15)

Benannt wurde die Erkrankung nach dem deutschen Nervenarzt Alois Alzheimer, der bereits 1907 treffend die Symptome als auch die neuropathologischen Veränderungen wie Plaques und Neurofibrillenveränderungen der später nach ihm benannten Krankheit beschrieben hat. (Cayton 1999, S. 1)

Zu erkennen ist ein fortschreitender Abbau der Gehirnmasse bei einem Menschen, der an Alzheimer-Demenz leidet. Die Nervenzellen und ihre Verbindungen sterben ab. Auch sind die für die Alzheimer-Demenz charakteristischen Eiweißablagerungen im Gehirn festzustellen. (vgl. Haberstroh u.a. 2011, S. 3) Ob diese Ablagerungen im Bereich der Synapsen Ursache oder Folge eines weiteren noch unbekanntes Prozesses sind, ist nicht geklärt. Folge dieser Ablagerung ist jedoch ein diffuser Hirnabbau mit Veränderungen im Hirngewebe. (vgl. Leuthe 2009, S. 60)

Charakteristisch für die Alzheimer-Demenz ist eine allmähliche, aber konstante Verschlechterung der Symptomatik. (vgl. Haberstroh u.a. 2011, S. 4)

Da die Gehirnzellen langsam absterben, wird die Erkrankung als neurodegenerativ bezeichnet. Betroffen von der AD sind hauptsächlich Menschen über 65 Jahre. Als erste Anzeichen gelten Vergesslichkeit, Wortfindungs- und Orientierungsstörungen. Das Bewältigen vertrauter Aufgaben wie kochen, alleine einkaufen gehen oder Zeitung lesen wird allmählich unmöglich. Mit Fortschreiten der Krankheit leben die Betroffenen

zunehmend in der Vergangenheit und bewältigen immer weniger Alltagsaufgaben. Früher oder später werden vertraute Personen nicht mehr erkannt, die Bewegungskoordination ist eingeschränkt, der Schlaf-wach-Rhythmus gestört und Inkontinenz, Schluck- und Schlafstörungen machen schließlich grundlegende Bedürfnisse zum Problem. Eine Lungenentzündung ist die häufigste Todesursache. (vgl. Maier u.a. 2010, S. 27-28)

Nervengewebe, das einmal zerstört ist, ist unwiederbringlich kaputt. Somit ist Alzheimer-Demenz nicht heilbar. Auch wurde noch kein Medikament gefunden, das das Voranschreiten der Erkrankung nachhaltig stoppen könnte. (vgl. Förstl & Kleinschmidt 2009, S. 38) Allenfalls kann der geistige Verfall durch medikamentöse Behandlung verzögert werden, weil Tabletten dazu beitragen, dass von der Krankheit verschonte Nervenzellen besser miteinander kommunizieren. Aber auch das gelingt nur in seltenen Fällen länger als ein Jahr. (vgl. Stollorz 2012, S. 50)

3.2.1. Das Gehirn im Verlauf der Alzheimer-Demenz

Ein Abbau von Gehirnzellen und Gehirngewebe gehört zum herkömmlichen Alterungsprozess. Nervenzellen erreichen ein Alter von 80 bis 100 Jahren, sterben bei einer Alzheimer-Demenz jedoch wesentlich schneller ab. Das heißt, dass das Gehirn regelrecht schrumpft. (vgl. Maier u.a. 2010, S. 72)

Im jahrzehntelangen Verlauf der Alzheimerkrankheit werden Nervenzellen im Gehirn zuerst in ihrer Funktion und dann in ihrer Struktur gestört. Dabei werden giftige, freie Radikale des Sauerstoffes gebildet. Während die Synapsen (Kontaktstellen zwischen Nervenzellen mit chemischer Signalübertragung) in der Umgebung der Plaques (Ablagerungen von Eiweißen bzw. Einweißbruchstücken) noch einmal hyperaktiv werden, nimmt deren Anzahl sowie die Anzahl der Nervenzellen in der Hirnrinde später um 30 bis 50 Prozent ab, bevor die Nervenzellen letztlich untergehen. Wodurch und wie es zu diesem Untergang der Nervenzellen kommt, ist bis heute nicht ganz klar. Klar hingegen ist, dass bei der Alzheimerdemenz, im Unterschied zur Parkinson-Krankheit, immer die gleichen Nervenzellen

untergehen. Demnach beginnt die Krankheit auf der Innenseite des Schläfenlappens und breitet sich von dort über die Hirnbasis und den Hippocampus bis hin zur ganzen Hirnrinde aus. Da die Nervenzellen der Hirnrinde für höhere Denkvorgänge zuständig sind, ist erklärbar, weshalb es bei der Alzheimer-Demenz am Gedächtnis, dem Lernen oder der räumlichen Orientierung mangelt. (vgl. Weih 2011, S. 67-69)

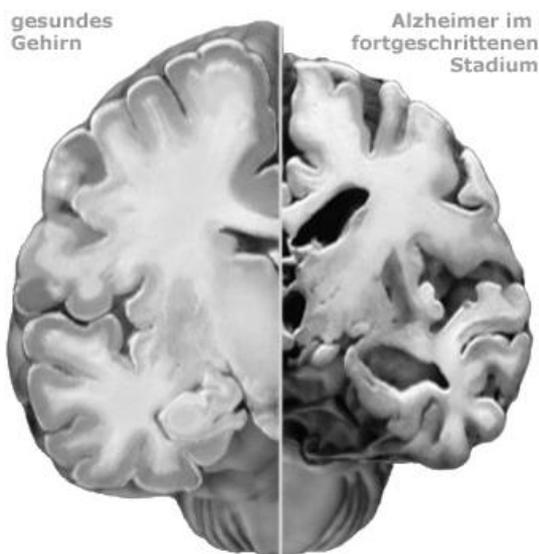


Abb. 1: Atrophie des Gehirns bei AD

Auf der Abbildung sichtbar:

- Die Großhirnrinde schrumpft und schädigt die Bereiche, die am Denken, Planen und Erinnern beteiligt sind.
- Im Hippocampus, dem Bereich der Großhirnrinde, der bei der Bildung neuer Erinnerungen eine wichtige Rolle spielt, ist die Schrumpfung besonders ausgeprägt.
- Die Ventrikel (mit Flüssigkeit gefüllte Hohlräume im Gehirn) vergrößern sich.

(vgl. www.alz.org)

Bis heute sind die Ursachen der Alzheimer-Demenz unklar. Eine verbreitete Hypothese besagt, dass am Anfang der Krankheit Ablagerungen jenes Amyloid-Proteins stehen, das sich im Hirnwasser nachweisen lässt. Testmedikamente, die sich auf dieses Protein richteten,

erwiesen sich allerdings als unwirksam. Deshalb gehen Experten nun davon aus, dass die bisher getesteten Medikamente zu spät eingesetzt wurden, weil schon das Gehirn eines leicht an Demenz erkrankten Patienten in weiten Teilen kaputt ist und die Kabelbrände im Gehirn offensichtlich schon ein bis zwei Jahrzehnte schwelen, ehe erste Gedächtnislücken bemerkt werden. Demnach müssten Ärzte, um den Ausbruch von Alzheimer verschieben oder gar verhindern zu können, erst einmal in der Lage sein, den krank machenden Prozess im Gehirn rechtzeitig zu erkennen. Bislang können jedoch selbst die besten Mediziner beim Blick ins Gehirn nicht sicher feststellen, wer später an Alzheimer erkranken wird und wer nicht. (vgl. Stollorz 2012, S. 50-51)

3.3. Vaskuläre-Demenz (VD)

Die vaskuläre Demenz ist die zweithäufigste primäre Demenz, der meist eine Arteriosklerose zugrunde liegt. Viele Patienten sind oder waren Raucher, haben Diabetes oder einen langjährigen Bluthochdruck. Oder sie leiden an der seltenen, erblichen Form der vaskulären Demenz namens CADASIL (Cerebral autosomal dominant angiopathy with subcortical infarcts and leucoencephalopathy), deren Patienten oft schon einen kleinen Schlaganfall hatten. Die vaskuläre Demenz verläuft schrittweise. Ein oft plötzlich auftretender geistiger Abbau des Patienten kann sich bei dieser Form der Demenz erstaunlicherweise wieder verbessern. Dahingegen zeigt die Alzheimer-Demenz eher einen stetigen Verlauf mit einer langsamen Verschlechterung der Gedächtnisleistung. (vgl. Weih 2011, S. 81)

3.3.1. Das Gehirn im Verlauf der Vaskulären-Demenz

Bei den vaskulären Demenzen verstopfen Blutgefäße. Das hat zur Folge, dass die angrenzenden Hirnregionen nicht mehr genügend Sauerstoff und Nährstoffe erhalten, wodurch Nervenbahnen im Gehirn geschädigt werden. Klassische Anzeichen sind weniger Gedächtnisstörungen, als vielmehr allgemeine Verlangsamung, Denkschwierigkeiten und depressive Symptome. Eine seltene Form der vaskulären Demenz ist die Multi-Infarkt-

Demenz, bei welcher das Gehirn durch viele kleine Schlaganfälle geschädigt wird. Die Krankheitssymptome ähneln der Alzheimer-Krankheit, es können aber körperliche Störungen wie Taubheitsgefühle oder Lähmungserscheinungen dazukommen. (vgl. Maier u.a. 2010, S. 30-31)

3.4. Sonstige Demenzformen

Sonstige Demenzformen kommen deutlich seltener vor und setzen sich aus anderen primären und sekundären Demenzen zusammen. Solche seltenen primären Demenzen sind die Frontotemporale Demen, die Demenz bei der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung oder die Lewy-Körperchen-Demenz. (vgl. Haberstroh u.a. 2011, S. 3) Lewy-Körper sind Kennzeichen der Parkinson-Erkrankung. Etwa zehn Prozent aller Betroffenen leiden an der Lewy-Körperchen-Demenz. Typische Kennzeichen sind starke Schwankungen der geistigen Leistungsfähigkeit, optische Halluzinationen sowie leichte Parkinson-Symptome. Dazu kommen Schlafstörungen und Inkontinenz. Am auffälligsten sind die optischen Halluzinationen, an denen die Betroffenen leiden und die es ihnen im fortgeschrittenen Stadium unmöglich machen, Realität von Halluzinationen zu unterscheiden. (vgl. Maier u.a. 2010, S. 28-29)

3.5. Sprachstörungen bei Demenz

Die Kommunikation mit einem Demenzpatienten wird schwieriger, je weiter die Erkrankung voranschreitet. Langsam schleicht eine regelrechte Sprachlosigkeit ein, die Fähigkeit des Erkrankten, Gespräche zu führen, verkümmert. Die Stimme des Patienten wird monotoner und leiser. Bei einer schweren Demenz spricht er am Ende vielleicht gar nicht mehr. (vgl. Bohnes 2010, S. 15) Die Ursache dafür liegt im Gehirn.

Das menschliche Gehirn ist zweigeteilt. Die beiden Hälften werden als Hemisphären bezeichnet. Diese stehen über einen Strang in Verbindung. Bei nahezu allen Menschen wird die Sprachfähigkeit durch ein bestimmtes Gebiet der linken Gehirnhälfte, die sogenannte Sprachregion, gesteuert. Diese Region zeichnet für das Sprechen, aber auch für das Verstehen von Sprache verantwortlich. Zu Sprachstörungen kommt es dann, wenn ein bedeutender Teil der Gehirnzellen der Sprachregion zerstört wird. Im Verlauf einer Demenzerkrankung sterben Gehirnzellen der Sprachregion ab. Im Falle einer vaskulären Demenz, weil Adern und Äderchen, welche die Sprachregion versorgen, nicht mehr ausreichende Mengen an Blut fördern. Im Falle einer neurodegenerativen Demenz, weil sich Eiweißablagerungen in und zwischen den Zellen der Sprachregion bilden. Die auffallendsten Sprachstörungen Demenzkranker sind Wortfindungsstörungen. (vgl. Engel 2006, S. 72-73)

Mehr zur verbalen und nonverbalen Kommunikationsfähigkeit bei Demenz ist in Kapitel 6 zu finden.

4. Fakten zur Demenz

4.1. Entwicklung

Bevölkerungsprognosen sagen eine starke Zunahme des Anteils älterer Menschen voraus. Dies führt zwangsläufig dazu, dass Alterserkrankungen wie Demenz deutlich zunehmen werden. Wenig verwunderlich ist deshalb, dass immer mehr Menschen Angst vor der Krankheit haben. Laut Baltes (2007) zählt würdevolles Sterben und Demenz „zu den am stärksten beunruhigenden und am wenigsten geklärten Themen des Jahrhunderts“ (Steiner 2010, S. 16; zit.n. Baltes 2007, S. 31). Allein Krebs wird noch mehr gefürchtet als Alzheimer im Alter, besagt eine aktuelle deutsche Umfrage. (vgl. Stollorz 2012, S. 50) Böhme (2008) schreibt gar, dass das Krankheitsbild in den vergangenen hundert Jahren eine grundlegende Bedeutung als Volkskrankheit erlangt hat und mit Recht von einer Krankheit des 21. Jahrhunderts gesprochen werden kann. (vgl. Böhme 2008, S. 9)

Mit der zunehmenden Zahl Betroffener steigt auch die Anforderung an die künftige Pflegesituation. Durch den Übergang von der häuslichen in die institutionalisierte Pflege entstehen hohe Kosten. Noch wird der personelle Einsatz zu einem großen Teil durch die Angehörigen oder „importierte Arbeitskräfte“ geleistet. Steiner (2010) betont dazu, dass aufgrund der Auflösung familiärer Verbundenheit, einer sinkenden Kinderzahl und der steigenden beruflichen Mobilität, die Kindern und Eltern räumlich trennt, zukünftig ein erhebliches Mehr an öffentlicher Betreuung zu erwarten ist. (vgl. Steiner 2010, S. 16-17)

Typischerweise beginnt eine demenzielle Erkrankung im Alter von 65 Jahren. Von da an steigt die Krankheitswahrscheinlichkeit in Fünf-Jahres-Sprüngen jeweils um das Doppelte. Zwischen dem normalen Altern und einer beginnenden Demenz liegt die Stufe des „Mild Cognitive Impairment“. Darin sind kognitive Defizite nachvollziehbar, erreichen aber noch nicht die Schwelle zur Demenz. Klassische erste Anzeichen der Erkrankung sind mitunter die Vermeidung von Erledigungen und Stimmungsschwankungen. Dahingegen fallen der Umgebung in der Phase der Diagnosestellung Veränderungen wie Orientierungsstörungen

und Sprachschwierigkeiten bereits deutlich auf. Nach Steiner (2010) ist zu erwarten, dass aus der Gruppe der 80-Jährigen jeder Zehnte und bei den über 90-Jährigen etwa jeder Dritte an einer Demenz erkrankt ist. (vgl. Steiner 2010, S. 39-40)

4.1.1. Entwicklung der Demenzerkrankung weltweit

Weltweit leiden derzeit rund 35 Millionen Menschen an Demenz. Sollte in den nächsten Jahren trotz aller Forschungsanstrengungen kein Durchbruch in Prävention und Therapie gelingen, sollen 2050 mehr als 80 Millionen Menschen von der Krankheit betroffen sein. (vgl. Maier u.a. 2010, S. 25) Ein wenig Hoffnung bringt die Anfang 2012 verkündete Nachricht der US-Regierung, wonach man hoffe, 2025 wirksame Medikamente zur Behandlung oder Vorbeugung der Alzheimer-Demenz in Händen zu halten. (vgl. Stollorz 2012, S. 50)

4.1.2. Entwicklung der Demenzerkrankung in Österreich

In Österreich sind derzeit etwa 100.000 Menschen von einer Demenz betroffen. (vgl. Böhme 2008, S. 13)

Anfang der 1950-er Jahre kamen auf eine demente Person 120 Erwerbstätige. Hochrechnungen für das Jahr 2050 prognostizieren eine Anzahl von drei Millionen über Sechzigjährige und rund 270.000 an Demenz erkrankte Personen in Österreich. Das entspricht einem Verhältnis zwischen Erwerbstätigen und Dementen von fünfzehn zu eins. (siehe Grafik)

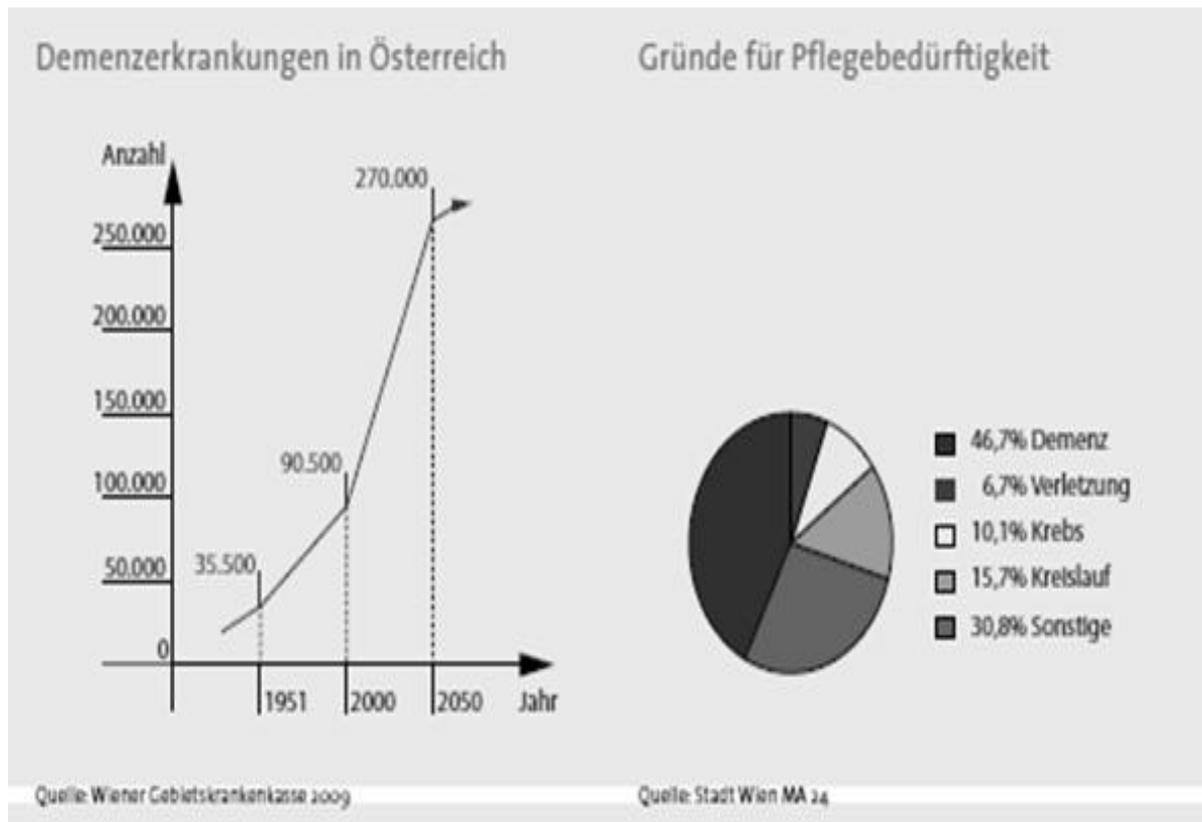


Abb. 2: Entwicklung in Österreich

4.2. Warnzeichen

Förstl & Kleinschmidt (2009) nennen sieben Warnzeichen, die auf eine Demenz hindeuten:

- 1) Der Erkrankte wiederholt immer wieder die gleichen Fragen.
- 2) Der Erkrankte erzählt immer wieder die gleiche kurze Geschichte.
- 3) Der Erkrankte weiß nicht mehr, wie bestimmte alltägliche Verrichtungen wie Kochen, Handhabung der Fernbedienung, etc. gehen.
- 4) Der Erkrankte hat den sicheren Umgang mit Geld, Überweisungen, etc. verloren.
- 5) Der Erkrankte findet viele Gegenstände nicht mehr oder legt sie an ungewöhnliche Orte.
- 6) Der Erkrankte vernachlässigt anhaltend sein Äußeres.
- 7) Der Erkrankte antwortet auf Fragen, indem er die ihm gestellte Frage wiederholt.

(vgl. Förstl & Kleinschmidt 2009, S. 48-49)

4.3. Krankheitsverlauf

„Demenz ist der lange und schmerzhafteste Abschied vom Ich, vom Du und von der Umwelt, der, vor allem in der ersten Phase, teils bewusst wahrgenommen wird“ (Steiner 2010, S. 45).

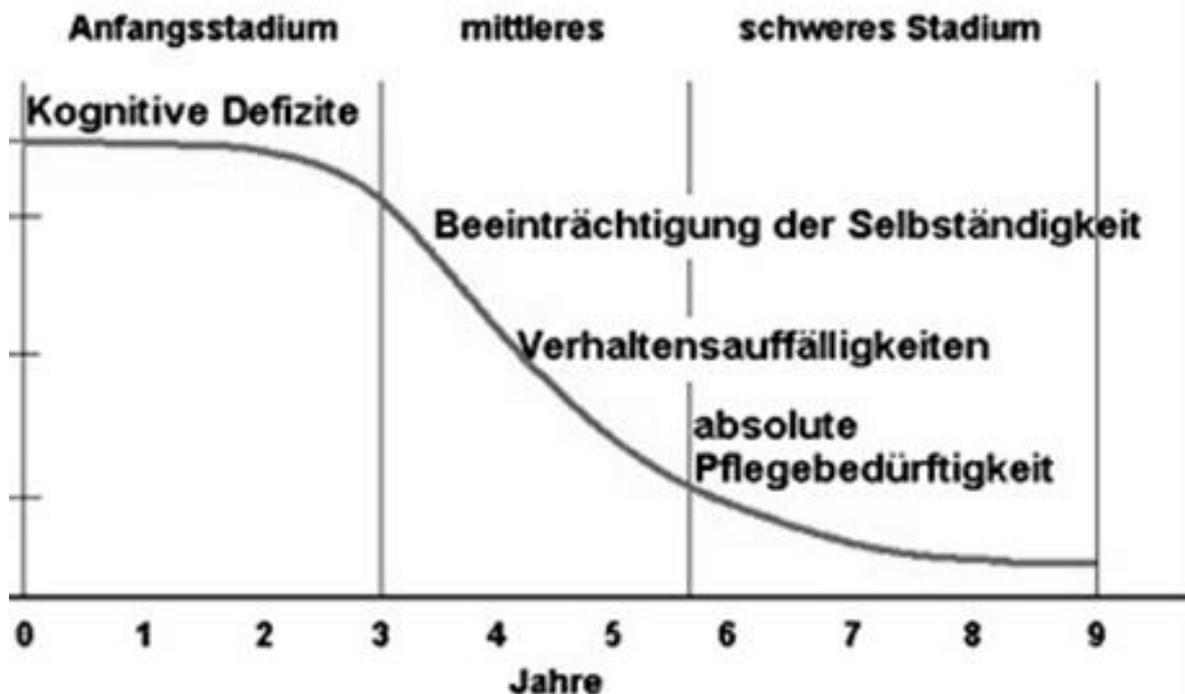


Abb. 3: Krankheitsverlauf

Anfangsstadium: Bedeutende Einschränkungen der Alltagskompetenz manifestieren sich nach etwa 3 Jahren. Davor, also am Beginn der Erkrankung, bringt die Alzheimer-Demenz einen schleichenden Verlust von Gedächtnisleistungen, Orientierung und organisatorischen Handlungsabläufen mit sich.

Mittleres Stadium: Um die Pflegeabhängigkeit zu verzögern oder zu reduzieren, zielt die Therapie mit zunehmender Progression der Demenz auf eine Verbesserung der persönlichen Alltagsfunktionen ab.

Schweres Stadium: Mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung treten häufig auch Verhaltensstörungen wie Aggressivität, optische Halluzinationen oder Affektlabilität auf. Im Schnitt sind unbehandelte Patienten nach sechs Jahren stark pflegeabhängig. (vgl. www.merz.de)

Die Symptomatik einer Demenz verändert sich im gesamten Krankheitsverlauf stetig. Aber auch im individuellen Krankheitsverlauf einer Person mit Demenz variiert die Symptomatik stark. Sogar im Tagesverlauf kann es Schwankungen geben. So wird bei manchen Menschen mit Demenz das sogenannte „sun-downing“, eine Zunahme von Unruhe und Bewegungsdrang zu Abend- und Nachtstunden, beobachtet. (vgl. Haberstroh u.a. 2011, S. 4)

Eine enorme Belastung stellt der voranschreitende Verlauf der Erkrankung vor allem für Angehörige da:

„Das, was meine Mutter einmal ausmachte, löst sich auf. Vor allem die Wesensänderungen sind es, die mir sehr zu schaffen machen, die mir das Gefühl vermitteln, dem langsamen Sterben meiner Mutter zuzusehen. Oft habe ich das Gefühl, es ist ein Abschied zu Lebenszeit, den ich bewältigen muss, und häufig geht mir diese schwere Aufgabe so sehr an die Substanz, dass ich mich damit überfordert fühle“ (Tönnies 2007, S. 10).

4.4. Stadien

Nach Markus Weih (2011) beziehungsweise dem Mini-Mental-Status-Test, bei dem die höchstmögliche Punkteanzahl 30 beträgt, können die Schweregrade der Demenz wie folgt unterteilt werden:

- **Leichte Demenz:** Der Patient ist noch selbstständig, wenngleich Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt sind. Komplizierte Aufgaben können nicht mehr gelöst werden. (Mini-Mental-Status: 21 bis 26 Punkte)
- **Moderate Demenz:** Mithilfe gelegentlicher Anleitung kommt der Patient in den meisten Fällen alleine zurecht. (Mini-Mental-Status: 10 bis 20 Punkte)

- **Mittelgradige Demenz:** Ohne Hilfe kommt der Patient, der nur noch einfache Tätigkeiten ausführen kann, im Alltag nicht mehr zurecht. Neue Informationen gehen rasch verloren, während das Altgedächtnis noch gut funktioniert. (Mini-Mental-Status: 10 bis 14 Punkte)
- **Schwere Demenz:** Der Patient ist nicht mehr in der Lage neue Informationen zu behalten. Enge Verwandte werden nicht mehr erkannt, nur Einzelheiten des Altgedächtnisses sind noch erhalten. (Mini-Mental-Status: weniger als 10 Punkte)

Ein Mini-Mental-Status-Test von zehn oder weniger gilt in der Regel als schwere Demenz. (vgl. Weih 2011, S. 28-29) Im Anhang dieser Arbeit befindet sich ein Mini-Mental-Status-Test.

Maier, Schulz, Weggen und Wolf (2010) unterteilen die Alzheimer-Krankheit in Stadien:

- **Frühstadium:** Im frühen Stadium der Alzheimerkrankheit stehen Gedächtnisstörungen im Vordergrund. Betroffene können sich nur vage an wenige Stunden zurückliegende Ereignisse erinnern, verlegen häufig Gegenstände oder vergessen Verabredungen. Obwohl die Erkrankung stetig fortschreitet, gibt es Tage, in denen man den Eindruck hat, es hätte sich wieder verbessert. Der Betroffene ist häufig bemüht, die Defizite zu überspielen.
- **Mittleres Stadium:** Im mittleren Krankheitsstudium schwindet die Selbstständigkeit, die Erkrankten benötigen zunehmend Aufsicht und Hilfe bei Aufgaben des alltäglichen Lebens wie Einkaufen oder Zubereiten von Mahlzeiten. Beschäftigungen wie Zeitung lesen, Fernsehen oder Leute treffen fallen den Erkrankten schwer und werden daher aufgegeben. Aggressive Verhaltensweisen können entstehen. Störungen des Schlaf-wach-Rhythmus sind häufig.
- **Fortgeschrittenes Stadium:** Im fortgeschrittenen Stadium kommt es zu einem hochgradig geistigen Abbau. Die Sprache verarmt immer mehr und versiegt schließlich ganz. Die Betroffenen sind bei allen Verrichtungen des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen, werden zunehmend apathisch und in späterer Folge bettlägerig. (vgl. Maier u.a. 2010, S. 37-45)

4.5. Risikofaktoren

Dass eine bestimmte Personengruppe ein erhöhtes Risiko für die Alzheimer-Krankheit hat, konnte bis heute nicht nachgewiesen werden. Demnach haben geographische und sozioökonomische Verhältnisse keinen Einfluss auf die Krankheitsentstehung. (Cayton 1999, S. 2) Dennoch beschränkt sich die Erkenntnis zur Prävention auf einige Hinweise über den Nutzen kluger Lebensführung. Eine kürzlich herausgegebene Untersuchung der Universität Berkeley in Kalifornien besagt, dass das Erkrankungsalter auch von der „kognitiven Reserve“ abhängt. Wer demnach in jungen Jahren häufig liest, schreibt oder sein Gehirn auf andere Weise fordert, der entwickelt später weniger von den tückischen Ablagerungen von Amyloid-Beta und Tau-Proteinen und verzögert so eventuell den Ausbruch der Erkrankung. Andere Studien betonen einen Einfluss der emotionalen Grundstimmung. Demnach haben Optimisten bessere Chancen geistig auf der Höhe zu bleiben. (vgl. Stollorz 2012, S. 51) Andere, häufig genannte Risikofaktoren sind:

4.5.1. Erbllichkeit

In den meisten Fällen wird die Krankheit, so Cayton (1999) nicht durch Gene, die von den Eltern empfangen wurden, hervorgerufen. (Cayton 1999, S. 2) Auch Krämer (2000) betont, dass die Vererbung nur bei einem kleinen Teil der Alzheimer-Kranken eine entscheidende Rolle spielt, während die meisten Krankheitsfälle ohne erkennbare erbliche Belastung auftreten. Obwohl die durchschnittliche Krankheitsanlage an eins von zwei Kindern und an eins von vier Enkelkindern weitergegeben wird, beruft sich Krämer auf Befunde, die dafür sprechen, dass eine so genannte autosomal-dominante Vererbung bei Alzheimer-Krankheiten nur selten klar erkennbar ist. Da zudem nur etwa die Hälfte eineiiger Zwillinge erkranken, können genetische Faktoren alleine nicht für das Auftreten der Krankheit verantwortlich gemacht werden. Demnach hängt es nach Krämer von zusätzlichen Einflüssen ab, ob die Krankheit bei ererbter Anlage tatsächlich auftritt oder nicht. (vgl. Krämer 2000, S. 59-60)

Dahingegen schreibt Weih (2011), dass Alzheimer-Demenz – wie die meisten Krankheiten – sehr wohl einen erblichen Anteil hat und dass das Risiko mit der Nähe des Verwandtschaftsgrades zu einem Demenz-Kranken zunimmt. Außerdem steigt das eigene Risiko, je jünger der betroffene Familienangehörige ist. Ist das erkrankte Familienmitglied jünger als 65 Jahre, findet man in 60% der Fälle weitere erkrankte Familienmitglieder. (vgl. Weih 2011, S. 108) Auch Buijssen (2003) betont, dass genetische Faktoren bei der Entstehung von Demenz eine Rolle spielen und Familienangehörige Demenzkranker gar ein doppelt so großes Risiko für die Erkrankung haben als andere. Außerdem haben, so Buijssen, auch Angehörige von Menschen mit dem Down-Syndrom ein erhöhtes Risiko, demenzkrank zu werden. (vgl. Buijssen 2003, S. 20-21)

4.5.2. Alter

Als bedeutendsten Risikofaktor einer Alzheimer-Demenz nennt Weih (2001) das Alter. Es ist zwar eine Fehlannahme, dass jeder Mensch im Alter zwangsläufig leicht dement wird, doch aufgrund der Tatsache, dass die Krankheit in der Regel erst in einem höheren Alter ausbricht, erleben alte Menschen die Krankheit einfach häufiger als solche, die jung sterben. Fakt ist auch, dass die meisten Demenzpatienten in Industrienationen leben. Ein Trend, der durch die zunehmende Lebenserwartung verstärkt wird. Weih (2011) mutmaßt, dass die Demenzen in China, Indien und Nachbarregionen besonders stark zunehmen werden. (vgl. Weih 2011, S. 110-111) Dal-Bianco (2005) bezeichnet das Alter überhaupt als den größten Risikofaktor für Demenz. Bei den 60- bis 70-Jährigen sind etwa drei Prozent an Demenz erkrankt, während über 90-Jährige zu etwa einem Drittel daran leiden. Grundsätzlich sind von den rund 100.000 Demenz-Patienten in Österreich etwa 70.000 Alzheimerpatienten. Bis zum Jahr 2050 soll sich die Zahl, so Dal-Bianco, auf etwa 250.000 Demenzpatienten in Österreich erhöhen. Eine Zunahme, die vor allem mit der steigenden Lebenserwartung einhergeht. Auch sieht der Experte darin den Grund, warum deutlich mehr Frauen als Männer von Alzheimer betroffen sind. Das Verhältnis beträgt 2:1. Die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer liegt zurzeit bei 75, die der Frauen bei 84 Jahren. Es gibt allerdings auch Studienergebnisse, die besagen, dass Frauen prinzipiell gefährdeter für Demenz sind. (vgl. Peter Dal-Bianco 2005, www.netdokter.at)

4.5.3. Umwelteinflüsse

Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung. Was nach den Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen klingt, gilt auch für Demenzen. Im Folgenden werden bedeutende Risikofaktoren einer Demenz erläutert:

- Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass das Risiko einer späteren Demenz durch eine schlechte Schulbildung erhöht wird. Endgültig erforscht ist der Grund dafür nicht. Manche Forscher gehen davon aus, dass man sich durch langes Lernen in der Schule Reserven erwirbt, von denen man später zehren kann.
- Es gibt Beobachtungsstudien, die einen Zusammenhang zwischen Einsamkeit und einem erhöhten Demenzrisiko nahelegen.
- Studien zeigen, dass Raucher häufiger dement werden. Die Rotterdam-Studie brachte das Ergebnis, dass Raucher ein etwa um 50% erhöhtes Demenzrisiko haben.
- Nach den Ergebnissen mehrerer Studien muss davon ausgegangen werden, dass das Risiko einer Alzheimer-Demenz für Diabetiker zirka 1,5-fach erhöht ist.
- Zwar ist Alkohol ein Nervengift und gefährlicher Suchtstoff, doch gibt es Hinweise darauf, dass mäßiger Alkoholkonsum einen schützenden Effekt gegen Demenz sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufweist.
- Beobachtungsstudien legen einen Zusammenhang zwischen Übergewicht und Demenz nahe. Der kausale Zusammenhang ist noch unklar.
- Studien besagen, dass leichte Schädelverletzungen das Demenzrisiko um zirka 50% erhöhen.

(vgl. Weih 2011, S. 115-121)

Förstl, Maelicke & Weichel (2005) nennen hohen Blutdruck, Diabetes mellitus, erhöhte Cholesterinwerte und einen erhöhten Homocysteinspiegel als mögliche kardiovaskuläre Risikofaktoren. Darüber hinaus wird betont, dass ein gesunder Lebenswandel mit fettarmer Ernährung, reichlich Obst und Gemüse sowie ausreichend körperlicher und geistige Aktivität die Kompensationsfähigkeit des Gehirns erhöhen und so den Erkrankungsbeginn hinauszögern kann. (Förstl, Maelicke & Weichel 2005, S. 70)

5. Kommunikationstheorie

In diesem Kapitel wird ein Begründungszusammenhang für die kommunikationstheoretische Verortung dieser Arbeit dargestellt.

5.1. Vier-Ohren-Modell von Schulz von Thun

Warum kommt es zu Missverständnissen und Verständigungsproblemen, obwohl zwei Menschen die gleiche Sprache sprechen? Eine Frage, mit der sich Wissenschaftler seit vielen Jahren beschäftigen und dank derer Kommunikationstheorien entworfen wurden, die verdeutlichen, was zwischen zwei Menschen passiert, die kommunizieren. Aber auch, was passiert, wenn Kommunikationsversuche scheitern und zu Konflikten und Ärger führen. Darüber hinaus lässt sich mithilfe dieser Kommunikationstheorien erklären, wie sich die Verständigungs- und Kommunikationsbedingungen verändern können, wenn einer der beiden Gesprächspartner von einer Demenzerkrankung betroffen ist. Engel (2006) betont in diesem Zusammenhang, dass die Pflegeperson ihr gewohntes Kommunikationsverhalten verändern muss, um die Kommunikation mit Betroffenen aufrechterhalten zu können. Die erforderlichen Anpassungsleistungen lassen sich leichter verstehen, wenn man weiß, wie Verständigungs- und Kommunikationsprozesse funktionieren. (vgl. Engel 2006, S. 93)

Der Psychologe Schulz von Thun geht davon aus, dass eine Nachricht, die von einer Person an eine andere gerichtet ist, aus vier Teilbotschaften besteht. Wenn jemand etwas zu seinem Gegenüber sagt, dann ist diese wörtlich vernehmbare Äußerung nur eine Teilbotschaft, die von drei weiteren, unausgesprochenen Botschaften begleitet wird. (vgl. Engel 2006, S. 93) Dabei kann es als Glücksfall bezeichnet werden, wenn ein Sender seine Mitteilung als Nachricht richtig verschlüsselt und der Empfänger die Nachricht richtig versteht. Denn die Erkenntnis, dass nach dem Vier-Ohren-Modell von Schulz von Thun jede Nachricht vier Botschaften besitzt, ist komplex. Die richtige Entschlüsselung der Nachricht durch den Empfänger setzt voraus, dass er für jede Botschaft einer Nachricht ein eigenes Ohr besitzt. Benötigt werden ein Sachohr, ein Beziehungsohr, ein Selbstoffenbarungsohr und ein Appellohr (siehe Abbildung). (vgl. Geisler 1992, S. 73)

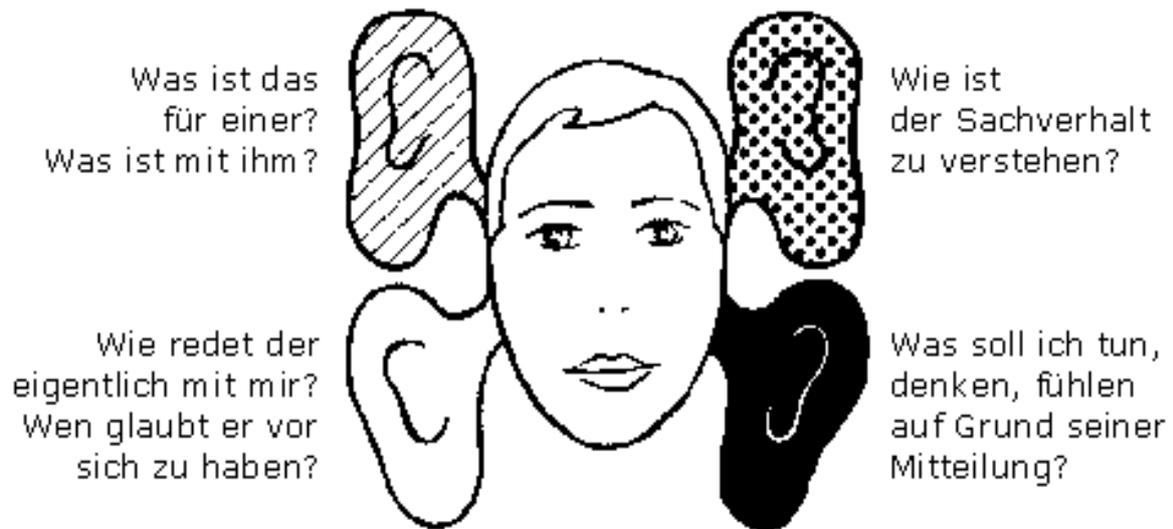


Abb. 4: Der „vierohrige Empfänger“ (Schulz von Thun)

5.1.1. Das Nachrichten-Viereck

Die vier Teilbotschaften, die nach Schulz von Thun das Quadrat einer Äußerung bilden, sollen nun im Einzelnen vorgestellt werden:

5.1.1.1. Die inhaltliche Nachricht

Die Nachricht auf der Inhaltsseite informiert über einen bestimmten Sachverhalt, also über den vom Sprecher gesprochenen Inhalt an sich. Ohne genauer auf die Thematik einzugehen, könnte angenommen werden, dass dies die Botschaft sei, um die es dem Sprecher geht. Berichtet ein Demenzkranker, dass die Nachbarn ihn bestehlen, dann steckt hinter der Sachinformation seiner Äußerung schlicht der Sachverhalt, dass er von den Nachbarn bestohlen wird. (vgl. Engel 2006, S. 94-95)

5.1.1.2. Die Selbstoffenbarung

Mit jeder Äußerung enthüllt der Sprecher etwas über seine Gefühle, Wünsche, Motive und Bedürfnisse. Durch das, was er sagt und durch die Art, wie er es sagt, können sich andere ein Bild von der sprechenden Person machen. Manchmal gibt diese dadurch absichtlich eine bestimmte Gefühlslage preis, manchmal unabsichtlich. Auch hinter der Äußerung eines Demenzkranken steckt immer eine Selbstoffenbarung. So glaubt man durch psychologische Interpretationen zu verstehen, dass sich hinter der Aussage, bestohlen zu werden, tief sitzende Ängste verbergen. Demnach könnte die Selbstoffenbarung dieses Beispiels lauten: „Ich habe Angst, immer mehr zu verlieren und fühle mich unsicher.“ (vgl. Engel 2006, S. 95-96)

5.1.1.3. Die Beziehungsnachricht

Auch transportiert jede Äußerung nach der Theorie Schulz von Thuns eine Botschaft darüber, was der Sprecher vom Hörer hält und wie er die Beziehung zwischen sich und dem Hörer einschätzt. Jener Demenzkranke, der ärgerlich auf die Aufforderung der vergessenen Medikamente reagiert, verschickt vermutlich folgende Nachricht: „Du gehst nicht einfühlsam mit mir um! Dein Verhalten ist für mich enttäuschend.“ (vgl. Engel 2006, S. 96-97)

5.1.1.4. Die appellierende Nachricht

Bei jeder Äußerung erwartet der Sprecher etwas von seinem Kommunikationspartner. Stellt er eine Frage, erwartet er eine Antwort. Erzählt er etwas, möchte er, dass das Gegenüber Interesse an der Erzählung hat. Ein Demenzkranker, der sich über eine Zurechtweisung ärgert, appelliert wahrscheinlich an sein Gegenüber, dass er nicht schon wieder mit seinen Fehlern konfrontiert werden möchte. (vgl. Engel 2006, S. 97)

5.1.2. Die Relevanz aller vier Teilbotschaften

Der Empfänger hört die Nachricht dabei natürlich nicht nur auf einem Ohr, sondern empfängt – jedoch mehr oder weniger gefiltert – alle vier Botschaften der Nachricht gleichzeitig. Ein Kommunikationsproblem besteht jedoch darin, dass es vom Empfänger abhängt, ob er bewusst oder unbewusst auf einem der vier Ohren besonders hellhörig ist und auf welche Botschaften der Nachricht er besonders reagiert. Ein geschäftsgeschulter Empfänger sollte also die Fähigkeit besitzen, die Nachricht des Senders „vierohrig“ zu empfangen. Hört er nur mit einem Ohr, weil er die anderen bewusst oder unbewusst verschließt, können erhebliche Kommunikationsstörungen die Folge sein. Für das aktive Zuhören ist ein gut geschultes Selbstoffenbarungsohr entscheidend. Dieses ermöglicht beispielsweise einem Arzt, aus einer Nachricht jene Teile herauszufiltern, die zu einem besseren Verständnis der Gedanken- und Gefühlswelt seiner Patienten beitragen können. (vgl. Geisler 1992, 74-76)

Das Wissen, daß [sic!] jede Nachricht verschiedene Botschaften enthält, und die Fähigkeit, Nachrichten vierohrig zu empfangen, sind die beste Garantie dafür, daß [sic!] Missverständnisse in der zwischenmenschlichen Kommunikation minimiert werden“ (vgl. Geisler 1992, S. 77).

5.1.3. Wenn nicht alle Teilbotschaften richtig ankommen

Da das akustisch Wahrnehmbare nur ein Teil der Botschaft ist, ist es für den Hörer oftmals nicht so einfach, eine Äußerung vollständig zu verstehen. Immerhin lassen sich die andern Teilbotschaften nur aus dem Klang der Stimme des Sprechers, seinem Gesichtsausdruck, dem Wissen über den Sprecher und seine gesamte Situation interpretieren. Wann immer es also „zu Missverständnissen, Streit oder Konflikten kommt, haben sich Hörer und Sprecher hinsichtlich Selbstoffenbarungsnachricht, Beziehungsnachricht oder appellierender Nachricht missverstanden“ (Engel 2006, S. 98). Somit liegt auf der Hand, dass Missverständnisse zwischen demenzkranken Menschen und deren Pflegepersonen vorprogrammiert sind. Viele fühlen sich außerstande, die unverständlichen Äußerungen eines Demenzpatienten zu verstehen. Die Verständigungsschwierigkeiten können in diesem

Fall zwei Gründe haben. Einerseits werden sie dadurch verursacht, dass die Botschaften des Kranken oft wirklich sehr verschlüsselt sind. Andererseits setzt das richtige Verstehen der nicht hörbaren Nachricht eine Fähigkeit voraus, die als Empathie bezeichnet wird. Empathie heißt Einfühlungsvermögen und ist die Fähigkeit, die benötigt wird, um sich in einen anderen Menschen hineinzusetzen. (vgl. Engel 2006, S. 98)

6. Verbale und nonverbale Kommunikationsfähigkeit bei Demenz

Mit einem anderen Menschen sprechen ist eine Form des Handelns. Diese setzt sich aus den Fähigkeiten, sprechen zu können und Sprache anzuwenden, zusammen. Eine Bedingung für eine gelingende Kommunikation ist, dass beide Personen organisch in der Lage sind zu sprechen, einander zu hören und auch zu sehen. Damit sich zwei Personen also verständigen können, müssen sie sprach- und handlungsfähig sein. (vgl. Leuthe 2009, S. 25) Schritt für Schritt verlieren Menschen mit Demenz diese Fähigkeiten. Fallen dem Erkrankten zunächst nur einzelne Worte nicht mehr ein, können diese im letzten Stadium der Erkrankungen meist weder formuliert noch verstanden werden. (vgl. Haberstroh u.a. 2011, S. 11) Im vorliegenden Kapitel werden die Probleme und Veränderungen der verbalen und nonverbalen Kommunikationsfähigkeit bei Demenz beschrieben.

6.1. Verbale Kommunikationsfähigkeit bei Demenz

6.1.1 Probleme verbaler Kommunikationsfähigkeit bei Demenz

Im Zuge der Alzheimer-Krankheit kommt es zu Verständigungsproblemen, die sich im Laufe der Zeit verschlimmern. Um Einschränkungen oder den Verlust des Verständnisses für die Sprache zu beschreiben, kann das Wort „Aphasie“ verwendet werden. Es ist die Folge einer Schädigung jener Teile des Gehirns, die für die Verständigung verantwortlich sind. Dabei ist nicht ungewöhnlich, dass Demenzkranke einen weniger komplizierten Sprachstil verwenden als vor der Erkrankung, weniger häufig Unterhaltungen beginnen, sich zurückziehen oder das Sprechen mitunter ganz einstellen. Eine Tatsache, die den Patienten zwangsläufig in eine Isolation treibt. (vgl. Cayton 1999, S. 15) Kochdörfer (1998) betont in diesem Zusammenhang, dass eine Verschlechterung des Sprachverstehens auch zu einem normalen Alterungsprozess gehört. Aber die Ausfallserscheinungen heben sich bei Alzheimer-Demenz mindestens gradmäßig dramatisch von denen bei normalem Altern ab. (vgl. Kochendörfer 1998, S. 15)

„Die Verarmung des Interesses findet ihre Entsprechung in einer Verarmung des Wortschatzes, die Minderung des Antriebes führt zum kommunikativen Rückzug“ (Steiner 2010, S. 54).

Auch Sachweh (2006) beschreibt, dass neben dem Lesen und Schreiben die verbalen Sprachfähigkeiten demenzkranker Menschen stark betroffen sind. Häufig sind Wortfindungsstörungen, die dazu führen, dass mehr oder weniger bedeutungsähnliche Ersatzwörter verwendet werden und die Sätze von Erkrankten mit Verlauf der Demenz immer unvollständiger und kürzer werden. Am Ende werden Regeln, nach denen Gesprächssituationen üblicherweise ablaufen, vollkommen missachtet. Menschen mit Demenz haben zudem wachsende Verständnisprobleme. Das heißt, dass sie sehr viel Zeit brauchen, um Gesprochenes zu verstehen. Diese Probleme bewirken, dass der Demenzkranke sich immer weniger aktiv an Gesprächen beteiligt. Irgendwann verstehen Betroffenen dann nur noch die gefühlsmäßigen Botschaften, die körpersprachlich transportiert werden. Deswegen sind Demenzkranke immer mehr darauf angewiesen, dass Pflegende ihre Äußerungen durch sprachbegleitende Gestik und Mimik ergänzen und dass sie ihnen vorzeigen, wozu sie aufgefordert werden. (vgl. Sachweh 2006, S. 264-166)

Bei einer Demenz vom Alzheimer-Typ wird nicht nur das Sprachverhalten durch die Erkrankung beeinflusst, es leidet auch die kognitive Kompetenz, die die gesprochenen Inhalte festlegt. Die Krankheitsverläufe entwickeln sich jedoch selten analog. Zwar ist die sprachliche Kompetenz in allen Stadien der Alzheimer-Krankheit betroffen, doch das Ausfallmuster kann von Patient zu Patient erheblich variieren. Die Symptome gestörter Sprache sind heterogen. Das Frühstadium der Erkrankung ist durch eine Reduktion des Sprechtempos sowie durch Wortfindungs- und Benennungsstörungen gekennzeichnet. Darüber hinaus liegen Schwierigkeiten des Textverständnisses vor. In dieser Phase kommen häufig Floskeln zum Einsatz, komplexe sprachliche Ausdrucksmittel werden reduziert. Im mittleren Stadium treten Wortfindungsstörungen auch bei häufiger benutzten Worten auf. Zunehmend werden nur Satzfragmente gebildet, Nebensätze werden seltener. Darüber hinaus ist das laute Lesen komplexer Sätze gestört, das Lesen einzelner Wörter dagegen aber noch erhalten. Es kommt zu Sprachverständnisstörungen bei einzelnen Worten und Sätzen. Im späten Stadium einer Demenz vom Alzheimer-Typ nimmt die spontane Sprachreduktion

ab. Die Sprache verarmt, korrekte Benennungen werden zunehmend unmöglich. Die sprachunterstützende Gestik nimmt zunehmend ab. Das Sprachverständnis ist immens gestört. (vgl. Gutzmann & Brauer 2007, S. 21-37)

6.1.2. Veränderungen verbaler Kommunikationsfähigkeit bei Demenz

Bourgeois und Hickey (2009) teilen die sprachlich-kommunikativen Ressourcen der Demenz in verschiedene Phasen:

- Frühes Stadium: intakte Phonologie und Syntax, gute Lese- und Schreibfähigkeit, gute Konzentrationsfähigkeit, Fehlerbewusstsein
- Mittleres Stadium: intakte Phonologie und Syntax, gute Lese- und Schreibfähigkeit
- Spätes Stadium: adäquate emotionale Reaktion, ansprechbar für Musik sowie taktile und visuelle Reize, Wunsch nach Kommunikation

(vgl. Steiner 2010, S. 46; zit.n. Bourgeois/Hickey 2009, S. 54)

Die Rückentwicklung der sprachlichen Fähigkeiten verläuft in umgekehrter Reihenfolge der kindlichen Sprachentwicklung. Demnach geht bei einer beginnenden Demenz des Alzheimerstyps zunächst die für die Verständigung nötige sprachliche Fähigkeit zurück. Dem folgen das Schwinden der Fähigkeit, die zur grammatikalisch richtigen Satzbildung notwendig ist sowie eine Reduktion der Fähigkeit, ein Wort richtig zu hören oder überhaupt zu hören. (vgl. Leuthe 2009, S. 61-62) Gesunde Menschen nehmen mit dem Ohr Töne auf, die im Gehirn zu sinnvollen Worten zusammengesetzt werden. Gleichzeitig erkennen Hörende, ob die Worte beispielsweise abweisend oder freundlich gesagt werden. Während der Alzheimer-Kranke die Bedeutung der Worte vergisst, nimmt auch er die Situation und die gefühlsmäßigen Mitteilungen auf. Dadurch ergibt sich die Chance, die Situation des Gesprächs zu gestalten. (vgl. Gümmer & Döring 1996, S. 43)

Maier (2010) nennt folgende Symptome für die Veränderung der verbalen Kommunikationsfähigkeit:

- die Verarmung des spontanen Redens,
- die Abnahme der aktiven Teilnahme an Gesprächen und des Wunsches, sich mitzuteilen,
- Verständnisprobleme und
- Wortfindungsstörungen.

(vgl. Maier u.a. 2010, S. 16)

Zudem lässt die verbale Beweglichkeit nach. Das Tempo des Sprachverständnisses und der Sprachproduktion ist verlangsamt, die Sprache wird flacher, Einzelheiten werden sprachlich weniger genau strukturiert. Darüber hinaus kommt es zu einem vermehrten Einsatz von Bindewörtern wie „und“, „aber“ oder „weil“ in einem wenig sinnvollen Satzzusammenhang. Oft ersetzen Alzheimer demente Menschen Oberbegriffe durch Umschreibungen oder unbestimmte Ausdrücke wie „Ding“ oder „das da“. Pronomina, die ein Substantiv ersetzen (er, sie es) sowie komplexe Sätze können nicht mehr sinngemäß verstanden werden. Auch geht die notwendige Merkspanne für einen längeren Satz verloren, wodurch einem Dementen nur der letzte Teil des Satzes in Erinnerung bleibt. (vgl. Leuthe 2009, S. 62-63) Typisch ist auch, dass ein Erkrankter vielfach kurz hintereinander die dieselbe Frage stellt oder wiederholt dieselbe Geschichte erzählt. Die Ursache dafür liegt wiederum in Gedächtnisstörungen begründet. Handelt ein Demenzkranker so, dann deshalb, weil er die bereits gestellt Frage oder die erhaltene Antwort gleich wieder vergessen hat. Somit ist sein Bedürfnis nach der erfragten Information noch nicht befriedigt. (vgl. Engel 2006, S. 77)

Doch auch dann, wenn die Fähigkeit des sinnvollen Sprechens nicht mehr funktioniert, gelingt es dementen Menschen Gedichte, Gebete oder Lieder in kompletten Sätzen und weitgehend fehlerfrei mitzusprechen oder mitzusingen. Dies ist möglich, weil Sprache hier Wiedererkennungswert hat und möglicherweise an Rhythmus und Melodie

gebunden und daher besser zu erinnern ist. Allerdings können Erkrankte die Inhalte nicht mehr entschlüsseln oder in anderen Worten wiedergeben. (vgl. Leuthe 2009, S. 63)

Leuthe (2009) nennt vier Kennzeichen einer Demenz in Bezug auf Sprache:

- Die zunehmende Beeinträchtigung, Gedächtnisspuren zu ziehen. Dies betrifft zunächst das Kurzzeit-, mit Krankheitsverlauf aber auch das Langzeitgedächtnis.
- Ein früher Verlust der Fähigkeit, komplexe Handlungen zu vollziehen. Einfache Handlungen wie Haare kämmen oder essen gehen erst im fortgeschrittenen Stadium verloren.
- Ein Rückgang der sensorischen Fähigkeiten. Dies zeigt sich in der fortschreitenden Unfähigkeit, Wahrnehmungen wie heiß und kalt zu identifizieren.
- Zunehmende Sprachstörungen. Während Tiefe und Präzision des sprachlichen Ausdrucks verloren gehen, treten unpräzise Oberbegriffe und Floskeln an deren Stelle.

(vgl. Leuthe 2009, S. 64-65)

6.2. Nonverbale Kommunikationsfähigkeit bei Demenz

Im Umgang mit dementen Menschen wird bis heute überwiegend auf allgemeingültige, verbal orientierte Umgangs- und Kommunikationsformen gesetzt. Doch tritt durch die Krankheit die Sprache in ihrer Wertigkeit zurück. Es kommt in den Bereichen Gedächtnis und Sprache zu einem Abbauprozess. Selbst wenn gesprochen wird, geht die inhaltliche Information oft verloren. Zudem gibt es meist mehr keinen Zusammenhang zwischen dem Gesprochenen und der nachfolgenden Handlung. Dadurch gewinnt der Austausch durch körpersprachlichen Ausdruck. (vgl. Wißmann u.a. 2007, S. 21) Ein Teil der nonverbalen Kommunikationsfähigkeit bleibt allerdings erhalten. So kann der emotionale Ausdruck des Gesprächspartners auch bei einer fortgeschrittenen Demenz noch entschlüsselt und das eigene Erleben ausgedrückt werden. (vgl. Steiner 2010, S. 56-57)

6.2.1. Probleme nonverbaler Kommunikationsfähigkeit bei Demenz

Bei den Betroffenen einer Demenzerkrankung nimmt die Vielfalt der Mimik ab. Zudem wird das Gesicht vieler Betroffener ausdruckslos, Blickkontakte seltener aufgenommen und die Stimme häufig monotoner. Dahingegen nehmen zwanghafte Gesten, wie das Glattstreichen einer Serviette oder das Aufknöpfen der eigenen Kleidung, zu. (vgl. Sachweh 2006, S. 266-167) Außerdem nehmen Menschen mit Demenz Bewegungen und Handlungen anderer Personen oft verlangsamt, bruchstückhaft oder falsch wahr. Dadurch kann es zu Fehlinterpretationen und Überreaktionen kommen. (vgl. Sachweh 2011, S. 9)

Zu einem völlig anderen Problem bezüglich der nonverbalen Kommunikationsfähigkeit eines Demenzkranken kommt es dann, wenn die tatsächlichen Fähigkeiten der erkrankten Person von der pflegenden Person nicht in Rechnung gestellt werden. So erhalten dementierende Menschen fälschlicherweise die Zuschreibung stumm, obwohl sie dies nicht grundsätzlich in Bezug auf verbale und nonverbale Fähigkeiten sein müssen. Nonverbale Fähigkeiten wie „steif machen“ (vgl. Oehmen 1999; zit.n. Arens 2005, S. 158) oder ein schmerzverzerrtes Gesicht, werden dabei von den Pflegenden nicht berücksichtigt. Möglicherweise werden die noch nicht vollständig verstummten dementierenden Menschen erst als Reaktion auf das Verhalten der Pflegekraft im verbalen und nonverbalen Sinn stumm. (vgl. Arens 2005, S. 158)

6.2.2. Veränderungen nonverbaler Kommunikationsfähigkeit bei Demenz

Die Demenz verändert jeden Erkrankten individuell. Tendenziell wurde jedoch bei vielen Betroffenen die Entwicklung beobachtet, dass Menschen mit Demenz die Körpersprache anderer aktiv interpretieren. Je mehr sie die Fähigkeit verlieren, selber zu sprechen und Äußerungen zu verstehen, desto intensiver. Bei vielen Demenzpatienten konnte sogar eine gesteigerte Sensibilität für emotionale Signale festgestellt werden. (vgl. Sachweh 2011, S. 5)

„Menschen mit Demenz verlieren krankheitsbedingt die Fähigkeit, Gesichter zu erkennen bzw. diesen Namen zuzuordnen. Aber sie können bis in weit fortgeschrittene Krankheitsstadien emotionale Gesichtsausdrücke deuten: Sie wissen nach wie vor, dass ein Lächeln Entspannung, Freude oder Sympathie ausdrückt. Sie vergessen nicht, dass Tränen ein Anzeichen für Traurigkeit und gerunzelte Augenbrauen sowie ein zusammengekniffener Mund Hinweise auf Ärger, Stress und Ablehnung sind“ (Sachweh 2011, S. 5).

Arens (2005) hat den kommunikativen Umgang Demenzkranker mit Emotionen untersucht. Während viele dementierende Menschen unter dem Verlust kognitiver Fähigkeiten leiden, bleiben die emotionalen Schwingungsfähigkeiten am längsten erhalten. (vgl. Borchardt & Schecker 2000; zit.n. Arens 2005, S. 173) Dabei ist der Ausdruck von Emotionen vornehmlich durch nonverbale und paraverbale Äußerungen geprägt. So machen sich dementierende Menschen steif, jammern, zeigen ein schmerzverzerrtes Gesicht, weinen oder äußern Emotionen in Form von Umarmungen. (vgl. Arens 2005, S. 163)

„Was dem [...] Hörbehinderten Mimik und Gestik sind, ist für den demenzerkrankten Menschen alles Nonverbale“ (Sachweh 2008, S. 86).

Sachweh (2011) geht davon aus, dass Spiegelneuronen, also Nervenzellen, die im Gehirn von Primaten beim Betrachten eines Vorgangs das gleiche Aktivitätsmuster aufweisen, wie es entstünde, wenn dieser Vorgang nicht nur betrachtet, sondern aktiv durchgeführt würde, bei Demenzkranken durchaus noch funktionieren. Dabei gibt es jedoch einen entscheidenden Unterschied zu kognitiv gesunden Menschen. Je weiter die Krankheit fortgeschritten ist, desto weniger gelingt es Demenzkranken, Handlungen und Stimmungen ihres Gegenübers wahrzunehmen, ohne diese zu spiegeln. (vgl. Sachweh 2011, S. 6-8)

Auch weist Bohnes (2010) darauf hin, dass die mimische Ausdrucksfähigkeit zwar grundsätzlich erhalten bleibt, allerdings mit zunehmender Demenz schwächer wird. Manchmal wirkt das Gesicht eines Demenzkranken deshalb wie erstarrt. Zudem können

Erkrankte deutliche Emotionen wie Ärger oder Freude gut, feine Nuancen wie Wohlbefinden oder Unmut jedoch nur noch schwer erkennen. (vgl. Bohnes 2010, S. 18)

6.3. Kommunikation in den drei Phasen der Demenz

Buijssen (2003) teilt die Demenz in drei Phasen. Jene der Begleitungsbedürftigkeit, jene der Versorgungsbedürftigkeit und jene der Pflegebedürftigkeit.

1) Begleitungsbedürftigkeit: In der ersten Phase hat der Erkrankte Mühe, die richtigen Worte zu finden. Außerdem fällt es ihm schwer über zuvor geschehene Ereignisse zu sprechen. Im Gespräch verwendet er immer häufiger unscharfe Begriffe wie „Dings“ oder „jemand“. Macht der Demenzkranke bei der Benennung von Gegenständen auch Fehler, so wählt er doch oft Wörter, die dem richtigen zumindest ähnlich sind. Was ihm gesagt wird, versteht er in dieser Phase jedoch meist noch recht gut.

2) Versorgungsbedürftigkeit: In der mittleren Phase spricht der Erkrankte meist schon viel weniger als zuvor. Für seine Umgebung wird es außerdem immer mühsamer, ihn zu verstehen. In einem Gespräch kann er sich nicht mehr in die Perspektive des Gesprächspartners hineinversetzen. Der Erkrankte setzt Dinge, über die er spricht, beim Gegenüber als bekannt voraus und leitet ein Gespräch nicht mehr ein, sondern fällt gleich mitten hinein. Auch gelingt die Erfassung abstrakter Begriffe wie „Politik“, „Idee“ oder „Chance“ nicht mehr. Korrekte Sätze zu bilden, kostet dem Betroffenen zunehmend große Mühe. Auch gelingt es ihm nicht mehr eine gut aufgebaute Erzählung wiederzugeben, weil er weder an das kurz zuvor Gesagte ankoppeln, noch einen Anschluss zum Folgenden finden kann.

3) Pflegebedürftigkeit: In der letzten Phase ist dem Kranken das Sprechen nicht mehr möglich. Selbst standardisierte Sätze können nicht mehr gebildet werden. Abgesehen von unartikulierten Lauten, ist sein Ausdrucksvermögen fast völlig erloschen. Auch auf Fragen erhält das Gegenüber der dementen Person kaum noch eine Reaktion. (vgl. Buijssen 2003, S. 72-75)

6.4. Kommunikationsprobleme

Buijssen (1994) nennt drei häufig auftretende Kommunikationsprobleme:

6.4.1. Gleiche Fragen und Geschichten

Oft ein und dieselbe Geschichte zu erzählen beziehungsweise die gleiche Frage zu stellen, ist ein wesentliches Merkmal einer Demenz. Ist das gestörte Gedächtnis der dementen Person die Ursache dafür, können sich Pflegekräfte mit Ablenkungsstrategien helfen. Den Erkrankten aufgrund seiner Gedächtnisprobleme zurechtzuweisen, sollte unterlassen werden. Auch gilt es herauszufinden, warum der Demenzkranke immer wieder die gleiche Frage stellt. Nicht immer liegt das am gestörten Gedächtnis. Es ist auch möglich, dass die Frage wiederholt wird, weil eine frühere Antwort zu vage oder unklar war. In einem solchen Fall sollte die Pflegekraft versuchen, die verlangte Information zu geben. Die Aufforderung an den Dementen, die Antwort zu wiederholen, vergrößert die Chance, die Information zu behalten. (vgl. Buijssen 1994, S. 74-75)

6.4.2. Verleugnung von Gedächtnisstörungen

Gerade im Anfangsstadium einer Demenz kommt es häufig zu einer Verleugnung von Gedächtnisstörungen seitens der Erkrankten. Darauf reagiert das Umfeld nicht selten, indem es der dementen Person Unehrlichkeit unterstellt. Dabei ist Verleugnung ein notwendiger psychologischer Abwehrmechanismus. Er schützt die erkrankte Person vor der Wahrheit, die sie noch nicht akzeptieren kann. Anstatt dem Demenzkranken seine Gedächtnisstörung bewusst zu machen, sollte Verständnis aufgebracht werden. Hilfe kann in Form von Gedächtnisstützen oder durch das Geben von Informationen erfolgen. (vgl. Buijssen 1994, S. 75)

6.4.3. Halluzinationen

Als Folge des versagenden Gedächtnisses sehen einige demente Menschen Dinge, die andere nicht sehen oder hören Geräusche, obwohl es nichts zu hören gibt. Dabei wird von Halluzinationen gesprochen, die Folge der beeinträchtigten Hirnfunktion sein können. Dem können aber auch Ursachen wie Infektionen, Diabetes oder Arzneimittel zugrunde liegen. Dabei hat es wenig Sinn, mit jemandem, der halluziniert, eine Diskussion anzufangen. Statt mit Worten zu beruhigen, ist es besser, das Erleben des anderen ernst zu nehmen. Sieht ein Halluzinierender also beispielsweise eine Person am Fußende des Bettes stehen, so sollte man versuchen diese fiktive Person zu verjagen, anstatt die Behauptung in Frage zu stellen. (vgl. Buijssen 1994, S. 75-76)

7. Brücken bauen

Es ist ein Grundbedürfnis des Menschen, mit anderen zu reden und sich auszutauschen. Dieses Bedürfnis haben auch demente Menschen, die im Verlauf ihrer Krankheit nie aufhören zu kommunizieren. Das Kommunikationsverhalten passt sich der Krankheit an. Deshalb ist ein Demenzkranker darauf angewiesen, dass sich sein Gegenüber auf die veränderte Form des Austauschs einlässt. Damit dies gelingt, muss es der Pflegekraft gelingen, mitzugehen und sich auf die Welt des dementen Menschen einzulassen. (vgl. Bohnes 2010, S. 3)

„Nicht, dass sich immer mehr Menschen dementiell verändern ist das eigentliche Problem, sondern vielmehr der Umstand, dass zwischen Menschen mit Demenz und den sogenannten ‚Normalen‘ die Kommunikation nicht funktioniert! (Wißmann 2005, S. 34)“.

7.1. Wahrnehmung eines Demenzkranken

Um Zugang zu einem dementen Menschen zu finden, sollten Angehörige und Pflegekräfte eine Ahnung davon haben, wie sich der Demenzkranke in seiner Welt fühlt und wie er diese wahrnimmt. Hofmann (2012) hat dazu aus einer langjährigen Erfahrung mit dementen Menschen heraus Sätze formuliert, die das Empfinden eines Menschen mit schwerer Demenz widerspiegeln sollen. Die Auflistung soll verdeutlichen, warum Betroffene oft anders reagieren, als es von ihnen erwartet wird. (vgl. Hofmann 2012, S. 44)

- „Ich lebe in meiner eigenen Welt und nehme alles aus dieser Perspektive wahr.
- Was ich sehe, erlebe und verarbeite, ist für mich die Realität.
- Ich merke, wenn jemand mich kränkt oder mich wie ein Kleinkind behandelt.
- Mein Verhalten hat immer einen Sinn, auch wenn dieser meistens nicht sichtbar wird.
- Oftmals fühle ich mich hilflos.
- Ich habe Angst und bin alleine.

- Ich werde oft missverstanden.
- Ich weiß oft nicht, wie ich mich bemerkbar machen und meine Probleme, Gefühle und Bedürfnisse äußern soll.
- Ich habe jahrelange Erfahrungen und bin weise. Darauf kann ich selbst vielleicht nicht mehr zurückgreifen, aber die Betreuenden können so einen Zugang zu mir finden. Somit treten sie in meine Welt und wir können kommunizieren.
- Ich entwickle mich immer mehr zu meinem Ursprung zurück, trotzdem möchte ich nicht wie ein Kind behandelt werden“ (Hofmann 2012, S. 44).

7.2. Zugangswege und Kommunikationsformen

„Wer Menschen mit Demenz begegnen möchte, muss Zugang zu ihrer aus dem Blickwinkel der ‚Normalität‘ fremden Welt finden“ (Wißmann u.a. 2007, S. 30). Demente Menschen sind zur Kommunikation, Interaktion und Begegnung mit anderen Menschen in der Lage. Allerdings taugen gesellschaftlich gültige kulturelle Techniken, die auf verbaler Kommunikation und logischer Argumentation beruhen, dafür nicht. Vielmehr werden non-verbale, körperorientierte und sinnesbezogene Ausdrucks- und Verständigungswege zu einer Brücke zwischen demenziell veränderten und nicht-dementen Menschen. (vgl. Wißmann u.a. 2007, S. 30-31)

„In einer weitgehend kognitiv orientierten und Berührung vermeidenden Gesellschaft wie der unseren wird es zur vorrangigen Aufgabe für all diejenigen, die mit demenziell veränderten Menschen umgehen, non-verbale und körperorientierte Kommunikationsformen zu erlernen“ (Wißmann u.a. 2007, S. 31).

Das heißt, dass Pflegende für den Austausch mit dementen Menschen bekannte Pfade der Kommunikation verlassen müssen. Die wichtigsten Bausteine dafür sind kreative sowie körper- und sinnesbezogene Kommunikations- und Interaktionsformen. Singen, lachen,

gestalten, tanzen, streicheln, Essen zelebrieren und Feste feiern werden zu zentralen Handlungsformen. Die Bedeutung von Musik für demente Menschen ist bekannt. (vgl. Wißmann u.a. 2007, S. 31-34)

7.3. Die „richtige“ Kommunikation mit dementen Menschen

Eine dementielle Erkrankung schränkt die Möglichkeit des Verständnisses und des sprachlichen Ausdrucks immer stärker ein. Dennoch ist es wichtig, im Rahmen der jeweiligen Fähigkeiten des Betroffenen im Gespräch zu bleiben. (vgl. Maier u.a. 2010, S. 128) Damit guter Kontakt mit dementen Menschen gelingt, muss die Bereitschaft entwickelt werden, sich einzufühlen und einzuhören. Sie setzt eine Achtung vor der dementen Person voraus. (vgl. Leuthe 2009, S. 70) Engel (2006) betont die Bedeutung des sogenannten aktiven Zuhörens, weil jede Äußerung einer Person neben der wörtlich wahrnehmbaren Inhaltsnachricht auch eine Selbstoffenbarungsnachricht enthält. Deshalb sollte es dem Hörer gelingen, hinter die wahrnehmbaren Äußerungen des Sprechers zu kommen, also die dahinterliegenden Gefühle herauszuhören. (vgl. Engel 2006, 111-112)

Für einen dementen Menschen ist jede Begegnung wieder ein Erstkontakt. Dieser kann ritualisiert werden, indem der Pflegende nach der A-A-A-Regel immer wieder neu mit ihm in Kontakt tritt. Das A-A-A steht für das Ansprechen mit dem Namen, das Ansehen und das Atmen. (vgl. Leuthe 2009, S. 73; zit.n. Defersdorf 2000, S. 85) Die Ansprache mit Namen sollte auf Augenhöhe geschehen. Reagiert die demente Person nicht darauf, kann der Schritt wiederholt und durch eine Berührung verstärkt werden. Der darauf folgende Blickkontakt verstärkt die Einladung zur Kontaktaufnahme. Dem folgt ein bewusster Atemzug. Dieser gibt insbesondere der Pflegeperson die Zeit, sich zu sammeln und lässt die Stimme, so Defersdorf (2003), klar, fest und warm wirken. (vgl. Leuthe 2009, S. 73-74; zit.n. Defersdorf 2003, S. 77)

Bekommt eine demente Person ausreichend Zeit und wird nicht mit aneinandergereihten Aussagen überhäuft, kann sie durchaus verstehen, was ihr Gegenüber möchte. Während der Erkrankte jedoch darauf angewiesen ist, in einfachen Sätzen und in klarer Sprache angesprochen zu werden, darf er aber nicht zum Kind gemacht werden. Ein Abgleiten in die sogenannte „Babysprache“ erniedrigt ihn. Stattdessen ist eine harmonische, von Geduld geprägte Atmosphäre die beste Medizin für den Alzheimer-Kranken. (vgl. Gümmer & Döring 1996, S. 45-47)

Ist am Beginn der Krankheit ein spezielles therapeutisches Angebot sehr wichtig, reagieren die Kranken mit zunehmendem Verlust der geistigen Fähigkeiten eher auf eine ruhige, freundliche Atmosphäre und emotionale Zuwendung. Um ihre Selbstachtung zu wahren, sollten sie in ihrem „Anderssein“ akzeptiert und nicht bekrittelt oder verbessert werden. (vgl. Flatz u.a. 2004, 70)

„Man hat festgestellt, daß [sic!] sogar in den fortgeschrittenen Stadien der Demenz die Patienten auf sanfte, vertraute Stimmen und auf Berührungen reagieren. Selbst wenn ein Demenzkranker nicht mehr versteht, was Sie sagen, können Sie seine Hand halten oder ihn in den Arm nehmen. Damit drücken Sie vieles aus und geben Sicherheit“ (Cayton 1999, S. 17).

7.4. Die „falsche“ Kommunikation mit dementen Menschen

Angehörige, die mit einer beginnenden Demenz konfrontiert sind, lassen sich anfangs oft auf eine vergebliche „Nein-Doch-Diskussionen“ ein. Sie widersprechen dem Erkrankten, wenn dieser etwas Falsches sagt und fordern so einen Streit heraus, bei dem es nur Verlierer geben kann. Buijssen (2003) nennt es in diesem Zusammenhang als eine der wichtigsten Regeln, Diskussionen mit Demenzkranken möglichst zu vermeiden. Um dazu in der Lage zu sein, muss die nicht erkrankte Person allerdings akzeptiert haben, dass der Geist des an Demenz Leidenden nicht mehr richtig arbeitet. (vgl. Buijssen 2003, S. 77-78)

Bohnes (2010) rät, im Gespräch mit einer dementen Person folgende Bemerkungen möglichst zu vermeiden:

- ➔ „Das habe ich doch gerade gesagt.“
- ➔ „Das hast du doch gerade schon mal gesagt.“
- ➔ „Ich sage es jetzt zum letzten Mal ...“
- ➔ „Nun hör doch mal richtig zu ...“

(vgl. Bohnes 2010, S. 13)

Immer wenn wir demente Menschen nach den Gründen ihres Verhaltens fragen, rufen wir in ihnen Hilfslosigkeit hervor. Ihre Bestürzung resultiert aus dem Bewusstsein, dass sie sich nicht mehr richtig ausdrücken und das Motiv ihrer eigenen Handlungen nicht erklären können. Eine so handelnde Pflegeperson drückt ihre Beziehung zum dementen Menschen unweigerlich in Form eines autoritären Gefälles aus. In Folge dieses Gefälles schwindet die Chance, dem Dementen näher zu kommen, ihn in seinen Bedürfnissen zu verstehen und eine „Ich-Du-Beziehung“ zu ihm aufzubauen. (vgl. Litzka u.a. 2007, S. 34) Da eine demente Person die Bedeutung der Worte oft nicht mehr richtig verstehen kann, wird die Kommunikation zusätzlich erschwert, indem zu viele Inhalte in einem Satz stecken. (vgl. Gümmer & Döring 1996, S. 45)

Gümmer & Döring (1996) bringen dazu folgendes Beispiel:

Frau Weinhhold ruft ihrem Vater, Herrn Angermann, aus der Küche zu: „Vater, wenn du dich mit dem Anziehen beeilst, können wir in zehn Minuten frühstücken!“

Folgende Fehler sind Frau Weinhhold in dieser Situation, die dazu geführt hat, dass der Vater ihre Aufforderung missachtet und aggressiv reagiert, unterlaufen:

- Die Tochter ist nicht im selben Zimmer wie der Vater. Somit kann dieser sich nicht orientieren, weil er nicht so schnell versteht, woher die Töne kommen, wer ruft und wer gemeint ist. Die Situation überfordert Herrn Weinhhold.

- Der Satz beinhaltet fünf Aussagen: „Beeile dich!“, „Zieh dich an!“, „Frühstücken!“ und „...in zehn Minuten!“. Außerdem enthält die Aussage Frau Weinhholds die Bedingung „Wenn..., dann...!“.

(vgl. Gümmer & Döring 1996, S. 45)

Nach Svenja Sachweh (2011) sind es folgende sechs Verhaltensweisen, die am häufigsten Stressreaktionen und falsche Interpretationen bei Demenzkranken auslösen:

1. Unbewusste Gesichtsausdrücke Pflegender

Demenzkranken nehmen ein konzentriertes Gesicht als verärgert, verschlossen und abweisend wahr und reagieren entsprechend.

„Werfen Sie immer mal wieder einen prüfenden Blick in den Spiegel, wenn Sie jemandem im Bad behilflich sind. Setzen Sie den Miesepeter-Konzentrationsfalten mit bewusster Entspannung und Humor aktiv etwas entgegen“ (Sachweh 2011, S. 10).

2. Zu viele und zu laute Geräusche

Eine Dauer-Geräuschkulisse durch permanent laufende Radios oder Fernseher tut insbesondere Menschen im fortgeschrittenen Krankheitsstadium nicht gut. Viel mehr stresst und reizt es sie, wenn sie mit Bildern oder Geräuschen überflutet werden. Diese Form der Überstimulierung fordert Konflikte heraus.

„Sprechen Sie nicht lauter, sondern deutlicher. Bemühen Sie sich um eine eher tiefe Tonlage, wenn Sie emotional und akustisch, ‚gut rüberkommen‘ wollen. Vermeiden Sie es, in Konfliktsituationen lauter zu werden. Flüstern, singen und summen Sie stattdessen, um die Betroffenen abzuregen“ (Sachweh 2011, S. 11).

3. Falsche Tonlage

Die oft im Umgang mit Tieren, Kindern oder alten Menschen eingesetzte hohe, babyhafte oder zu laute Stimmlage, kann von demenzkranken Menschen eventuell nicht als liebevoll und nett, sondern als Angriff oder als Aggression empfunden werden.

„[...] Aber er darf auf keinen Fall zum Kind gemacht werden. Ein Abgleiten in die ‚Babysprache‘ erniedrigt ihn und verletzt seine Würde als erwachsener Mensch. Er muß [sic!] als solcher geachtet und behandelt werden“ (Gümmer & Döring 1996, S. 47).

4. Falsche Annäherung

Häufig sind demenzkranke Menschen auch hör- und sehbehindert. Eine schwierige Situation kann deshalb oft dadurch entstehen, dass der Erkrankte erschreckt, wenn die Pflegekraft bzw. der Angehörige sich von hinten nähert oder den Demenzkranken plötzlich berührt.

„Im Idealfall sollten Sie nur von vorne an sie herantreten, Ihre Bewohner/ Patienten durch ein verbales oder optisches Signal (z.B. Winken) auf sich aufmerksam machen, durch ein freundliches Gesicht zeigen, dass Sie in friedlicher Absicht kommen, sagen, was Sie wollen, und erst dann etwas an oder mit ihren Bewohnern/ Patienten machen“ (Sachweh 2011, S. 12).

5. Unangemessene Geschwindigkeit

Menschen mit Demenz sind in ihrer Handlungs- und Reaktionsfähigkeit oft erheblich verlangsamt. Deshalb kommt es nicht selten zu Gegenwehr, wenn Pflegepersonen nicht abwarten, bis die Betroffenen ihre Handlungsabsicht verstanden haben. So kann ein zügig zum Mund geführter Löffel zur Folge haben, dass der Patient den Kopf wendet oder die Lippen zusammenpresst, weil Menschen mit Demenz eine solche, zu schnell ausgeführte Handlung als Angriff verstehen.

„Je weiter die Demenz fortgeschritten ist und je schlechter der Betroffene sieht und hört, desto mehr Zeit müssen wir ihm lassen, unsere Absichten zu verstehen. Ein im Zeitlupentempo geführter Löffel landet am ehesten im Mund eines Bewohners/ Patienten“ (Sachweh 2011, S. 12).

6. Distanzlosigkeit

Oft entsteht ein Konflikt, weil Pflegende demenzkranken Menschen im Zuge ihrer Arbeit zu nahe kommen (müssen). Auf diese körpernahen Pflegehandlungen reagieren Betroffene oftmals peinlich berührt oder verärgert.

„Schauen Sie genau auf die Reaktionen des betroffenen Menschen mit Demenz und zwingen Sie niemanden in wohlmeinender Absicht Körperkontakt auf. [...] Berühren Sie ‚öffentliche‘ Körperzonen wie Schulter, Oberarm oder Hand“ (Sachweh 2011, S. 14).

(vgl. Sachweh 2011, S. 10-15)

Jede Mitteilung besteht aus einem Inhalts- und einem Beziehungsaspekt. Der Inhaltsaspekt meint die Vermittlung von Informationen. Der Beziehungsaspekt beinhaltet die Stellungnahme des einen Kommunikationspartners zum anderen. Dieser weist gleichzeitig darauf hin, ob der Inhaltsaspekt der Mitteilung als Spaß, Ernst oder etwa Angriff zu verstehen ist. Achten Pflegekräfte mehr auf den Inhalts- als auf den Beziehungsaspekt, provozieren sie zwangsläufig einen Konflikt. Unflexible Versuche, dem Kranken mitzuteilen, dass seine Äußerungen inhaltlich falsch sind, können Panikreaktionen hervorrufen. (vgl. Roth u.a. 1989, S. 134)

“Auch wenn die Angehörigen theoretisch wissen, daß [sic!] es nicht sinnvoll ist, den Kranken von der Unrichtigkeit seiner Behauptungen überzeugen zu wollen, lernen sie nur langsam, darauf zu verzichten. Dahinter steht die gut nachvollziehbare Hoffnung, daß [sic!] der Ehemann doch verstehen könnte, daß [sic!] er hier zu Hause ist und die sinnlose Suche nach der Mutter aufgeben möge“ (Roth u.a. 1989, S. 134-135).

7.5. Wenn sprechen nicht mehr möglich ist

Da im Verlauf der Demenz auch Informationen von früher verschwinden, fühlt der Betroffene sich allmählich immer hilfloser, wenn jemand mit ihm über Früheres spricht. Dennoch bleiben Kontakt und Kommunikation auch in einem weit fortgeschrittenen Demenzprozess möglich. Werden Worte nicht mehr verstanden, kann man die Hand der dementen Person halten, sie liebkosen, streicheln oder anlächeln, betont Buijssen (2003). Immer wird der Demenzkranke zudem die Satzmelodie verstehen und sehr wohl verstehen, ob man etwas Schönes, Böses oder Trauriges sagt. Darüber hinaus kann man mit schwer Demenzkranken auch kommunizieren, indem man einfach nur da ist. Die Gegenwart einer vertrauten Person gibt dem Erkrankten Sicherheit. (vgl. Buijssen 2003, S. 84)

8. Validation nach Naomi Feil

Validation ist eine Therapie- und Umgangsform aus der Sozialen Arbeit, die den Demenzkranken wertschätzt, seine Wahrnehmungen, Sichtweisen und Verhaltensweisen akzeptiert, auch wenn diese aus der Sicht eines gesunden Menschen unangemessen sind. Es geht darum, sich mithilfe von Empathie, Geduld und Toleranz in die Erlebniswelt des Patienten einzufühlen. Durch die Validation wird ermöglicht, dass der Betreuende im Kontakt mit dem Demenzkranken bleibt, auch wenn dieser sich immer stärker in seine Innenwelt oder die Vergangenheit zurückzieht. (vgl. Maier u.a. 2010, S. 112-113)

Die Sozialarbeiterin, Naomi Feil, hat zwischen 1963-1982 eine eigene Methode für einen besseren Umgang mit verwirrten alten Menschen entwickelt und diese 1982 in dem Buch „Validation – The Feil Method. How to help Disoriented Old-Old“ veröffentlicht. Obwohl es bis heute keinen wissenschaftlichen Wirkungsnachweis der Methode gibt, wird diese in vielen themenspezifischen Publikationen als Behandlungsmethode vorgeschlagen. Zur Beantwortung meiner forschungsleitenden Fragestellungen wird Feil deshalb bewusst nicht herangezogen.

In der Literatur wird Validation als Therapie- und Behandlungsmethode genannt, welche das Ziel hat, „das Leben von altersdementen Menschen zu erleichtern, vielleicht sogar ihre Krankheit zu verbessern“ (Litzka u.a. 2007, S. 19). Feil geht davon aus, dass Desorientierung im Alter ein Ausdruck von ungelösten Aufgaben aus der Lebensgeschichte und eine Reaktion auf das Erleben von körperlichen, sozialen und psychischen Verlusten ist. Somit ist Desorientierung nach Feil sozialpsychologisch begründet. Sie unterscheidet deshalb zwischen Demenz in Folge einer körperlichen, hirnorganischen Krankheit und Desorientierung, welche die genannten sozialpsychologischen Ursachen hat. Für diese Gruppe der desorientierten Menschen kann Validation eine Verringerung der demenziellen Symptomatik bewirken. Feil zählt auch die Alzheimer-Demenz, welche erst in höherem Alter auftritt, zu der nicht hirnorganisch bedingten Demenz und begründet dies mit den Ergebnissen verschiedener Studien, welche zeigten, dass die Veränderungen im Gehirn nicht mit der Ausprägung der Symptome von Alzheimer-Demenz einhergingen. (vgl. Feil

2007, S. 45-48) Feil beschreibt Validation als Kommunikationsform und Therapie, die dabei hilft, mit betroffenen Personen in Verbindung zu treten. (vgl. Feil 1993, S. 49) Zusammengefasst sieht Feil hinter der Demenz nicht einfach einen hirnorganischen Defekt, sondern fragt nach der Sinnhaftigkeit des Verhaltens und Erlebens dementer Menschen. Ihr Ansatz richtet sich dabei primär an alte, desorientierte Menschen, bei denen psychosoziale Faktoren im Vordergrund stehen.

Feil nennt in ihren Publikationen acht Validationsprinzipien. Zudem erläutert sie entsprechend der unterschiedlichen vier Desorientierungsstadien konkrete Techniken der Validation:

8.1. Validationsprinzipien

Validation nach Naomi Feil setzt folgende fundamentale Wertvorstellungen voraus:

- Alle Menschen sind einzigartig und müssen als Individuen behandelt werden.
- Alle Menschen sind wertvoll. Unabhängig davon, in welchem Ausmaß sie desorientiert sind.
- Das Verhalten von verwirrten sehr alten Menschen hat einen Grund.
- Verhalten in sehr hohem Alter ist nicht allein die Folge von anatomischen Veränderungen im Gehirn, sondern das Ergebnis einer Kombination aus körperlichen, sozialen und psychischen Veränderungen, die im Laufe des Lebens stattgefunden haben.
- Verhalten kann dann verändert werden, wenn die betreffende Person es will.
- Sehr alte Leute müssen akzeptiert werden, nicht beurteilt.
- Zu jedem Lebensabschnitt gehören bestimmte Aufgaben. Schafft man diese Aufgaben nicht im jeweiligen Lebensabschnitt, kann dies zu psychischen Problemen führen.
- Mitgefühl und Einfühlung schaffen Vertrauen, verringern Angstzustände und stellen die Würde wieder her.

(vgl. Feil 2007, S. 45)

8.2. Vier Phasen der Desorientierung

Obwohl das Ausmaß der Verwirrtheit situationsabhängig ist, sich also binnen Minuten oder zumindest im Laufe eines Tages verändern kann, können doch vier grundsätzliche Phasen unterschieden werden. Um entsprechende Techniken anwenden zu können, ist es wichtig, das vorherrschende Stadium zu erkennen.

8.2.1. Phase I: Mangelhafte/unglückliche Orientierung

Menschen mit einer mangelhaften/unglücklichen Orientierung bemerken ihre Defizite zwar, unterdrücken diese jedoch, indem sie Fehler kaschieren oder andere beschuldigen. Emotionen werden geleugnet, die kognitiven Fähigkeiten aber sind weitgehend noch intakt. In dieser Phase versuchen Patienten krampfhaft, den beginnenden Kontrollverlust zu bekämpfen und halten an den gesellschaftlich vorgeschriebenen Rollen fest. Ihre Gesichts- und Körpermuskeln sind oft sehr angespannt, Bewegungen im Raum sind präzise und gezielt. Sie brauchen Distanz, weisen Berührungen und Intimität ab und beschuldigen andere, wenn die Verluste zu groß werden. (vgl. Feil 1999, S. 52-54)

8.2.2. Phase II: Zeitverwirrtheit

Durch zunehmende körperliche und soziale Verluste ziehen sich zeitverwirrte Menschen schließlich zurück. Die zeitliche und räumliche Orientierung schwindet. Das Gefühl der Nutzlosigkeit treibt Zeitverwirrte dazu, sich in einen früheren Lebensabschnitt, in dem das Leben noch in Ordnung war, zurückzuziehen. Dinge der Gegenwart werden symbolisch gesehen und können Gefühle und Situationen der Vergangenheit wachrufen. Bewegungen und Sprache dieser Menschen verlangsamen. Ein zunehmender Verlust des Kurzzeitgedächtnisses und der Konzentration ist zu beobachten. Während jüngste Ereignisse vergessen sind, erinnern sich Zeitverwirrte ausgezeichnet an vergangene Ereignisse mit emotionalem Inhalt. (vgl. Feil 1999, S. 54-57)

8.2.3. Phase III: Sich wiederholende Bewegungen

Menschen, die in Phase II ihre Gefühle nicht verarbeiten können, ziehen sich noch weiter aus der Wirklichkeit zurück. Dabei brechen lebenslang eingesperrte Gefühle heraus. Bewegungen ersetzen Worte und wiegen demente Menschen in die Vergangenheit. Ferner schaffen permanente Bewegungen Vergnügen, kontrollieren die Angst und mildern

Langeweile. Kommunikation ist nur noch durch körperliche Kontaktaufnahme und direkten Blickkontakt möglich. Charakteristisch für Menschen in dieser Phase sind rhythmische Bewegungen, Tanzen, Singen, entspannte Muskeln, Inkontinenz und oft geschlossene Augen. (vgl. Feil 1999, S. 57-61)

8.2.4. Phase IV: Vegetieren

In dieser Phase verschließt der alte Mensch sich völlig vor der Außenwelt. Der eigene Antrieb reicht gerade, um zu überleben. Menschen in dieser Phase brauchen Berührung und Fürsorge. Körperliche Charakteristika für das Vegetationsstadium sind geschlossene Augen, leerer Blick, Embryonalstellung sowie kaum wahrnehmbare Bewegungen. Zudem erkennen diese Menschen ihre nahen Angehörigen nicht mehr und zeigen kaum Gefühle. (vgl. Feil 1999, S. 60-61)

8.3. Techniken der Validation

Feil beschreibt 14 Techniken, die dabei helfen sollen, die Beziehung zu dementen Menschen aufzubauen und deren Angstzustände zu verringern. Grundsätzlich stellen diese Techniken aber keine Universalformel dar. Welche dieser Techniken hilfreich sind, hängt von den individuellen Gegebenheiten und Phasen ab.

8.3.1. Technik I: Zentrieren

Vor der Begegnung sollte sich der Validationsanwender von eigenen, belastenden Gedanken befreien, um sich auf die Gefühle des Gegenübers einlassen zu können. Dies geschieht durch Konzentration auf die eigene Körpermitte, das bewusste Ein- und Ausatmen durch Nase und Mund, das Loslassen der inneren Dialoge sowie eine achtmalige Wiederholung dieses Vorganges. (vgl. Feil 2007, S. 51-52)

8.3.2. Technik II: Verwendung eindeutiger, nichtwertender Wörter

Die Fragewörter „Wer“, „Was“, „Wo“, „Wann“, „Wie“ sollten verwendet werden, um Fakten zu erkunden. „Warum“, „Weshalb“ und „Wodurch“ sind zu vermeiden, da komplexe

Zusammenhänge nicht mehr verstanden werden können. Stattdessen sollten desorientierte Menschen nach ihren Gefühlen befragt werden, diese wollen sie unmittelbar ausdrücken. (vgl. Feil 2007, S. 52-53)

8.3.3. Technik III: Umformulieren

Die eigenen Worte aus dem Munde eines anderen zu hören, wirkt bestätigend. Dazu sollte die Pflegeperson die Kernaussage wiederholen und dabei möglichst die gleichen Schlüsselworte verwenden. Zudem sollte auch auf die Sprachmelodie eingegangen werden. (vgl. Feil 2007, S. 53)

8.3.4. Technik IV: Extreme einsetzen

Bei dieser Technik motiviert die Pflegeperson den dementen Menschen, sich die beklagte Problematik ins Extreme gesteigert vorzustellen. Dies soll dazu beitragen, die empfundenen Gefühle intensiver und dadurch Erleichterung zu spüren. (vgl. Feil 2007, S. 54)

8.3.5. Technik V: Sich das Gegenteil vorstellen

Die desorientierte Person sollte sich nach Aufforderung an Zeiten erinnern, in denen die beklagte Tatsache nicht vorhanden war. Dadurch wird der Fokus von dem momentanen Problem hin zu der erwünschten Situation verlagert. (vgl. Feil 2007, S. 54-55)

8.3.6. Technik VI: Erinnern

Wie schon bei Technik V sollen auch bewährte Bewältigungsstrategien aus dem Leben der dementen Person wachgerufen werden. Die Vergangenheit zu erkunden tut der Seele gut und kann eine angenehme Beziehung anregen. Worte wie „immer“ und „nie“ können das Erinnern an die Vergangenheit erleichtern. (vgl. Feil 2007, S. 55-56)

8.3.7. Technik VII: Ehrlichen, engen Augenkontakt halten

Blickkontakt vermittelt Sicherheit und Nähe. Auch Leute, die nicht mehr so gut sehen, können den konzentrierten Blick der Pflegeperson spüren. Leute, die ständig herumwandern, weil sie beispielsweise auf der Suche nach einem Elternteil sind, der sich um sie kümmert, hören oft damit auf, wenn eine Pflegeperson ihnen direkt in die Augen schaut.

Aus der Pflegeperson wird dann ein Elternteil und die zeitverwirrten Menschen fühlen sich sicher und geliebt. (vgl. Feil 2007, S. 56)

8.3.8. Technik VIII: „Mehrdeutigkeit“ durch unbestimmte Fürwörter

Verwirrten Menschen verwenden oft Wörter, welche von der Umwelt nicht gedeutet werden können. Manche verständigen sich überhaupt ohne Worte, was das Verstehen noch schwieriger macht. Lässt eine Pflegeperson aber Mehrdeutigkeit zu, kann mit zeitverwirrten Menschen kommuniziert werden, auch wenn ihr Gegenüber gar nicht versteht, was die Person sagt. Feil schlägt vor, anstelle der unverständlichen Wortneubildungen unbestimmte Fürwörter wie „er“, „sie“, „es“, „etwas“ oder „jemand“ einzusetzen, um verschiedene Deutungen offen zu lassen. (vgl. Feil 2007, S. 56-57)

8.3.9. Technik IX: Klar, sanft und liebevoll sprechen

Es ist wichtig, dass mit einer klaren, sanften und liebevollen Stimme zu einem dementen Menschen gesprochen wird. Mit der Stimme wird auch die Stimmung der Pflegeperson transportiert. Eine klare, sanfte und liebevolle Stimme kann die Erinnerung an eine liebevolle Person wecken. Das hilft Stress abzubauen. (vgl. Feil 2007, S. 57-58)

8.3.10. Technik X: Bewegungen und Gefühle beobachten und spiegeln

Der Gesichtsausdruck, die Atmung, die Körperhaltung und die Bewegungen der dementen Person müssen beobachtet werden, um sie dann spiegeln zu können. Dadurch tritt die Pflegeperson ohne Worte in die Welt der zu pflegenden Person ein und zeigt dieser, dass sie die gleiche Sprache sprechen. (vgl. Feil 2007, S. 58-59)

8.3.11. Technik XI: Grundbedürfnisse, hinter dem Verhalten, beachten

Die meisten Menschen haben das Bedürfnis, geliebt und umsorgt zu werden und ihre Gefühle jemandem mitzuteilen, der ihnen zuhört. Demente Menschen drücken ihre Bedürfnisse oft nicht direkt aus, sondern verwenden Ersatzhandlungen. Wenn sehr alte Leute schlagen, auf und ab gehen oder klopfen, kann eine validierende Pflegeperson diese Art von Verhalten einem der menschlichen Grundbedürfnisse zuordnen. (vgl. Feil 2007, S. 59-60)

8.3.12. Technik XII: Das bevorzugte Sinnesorgan erkennen und benutzen

Viele Leute bevorzugen ein bestimmtes Sinnesorgan. Um herauszufinden, welches jemand bevorzugt, muss man beobachten und versuchen, einen Schlüssel zu dem zu finden, was die Person zu sagen versucht. Ein auditiver Typ verwendet Worte wie „hört sich an“, „klingt“ oder „laut“. Visuelle Worte sind „aussehen“, „vorstellen“ oder „Bild“. Die Pflegeperson sollte die Ausdrucksweise des Demenzen übernehmen. Damit wird eine gemeinsame Beziehung aufgebaut. (vgl. Feil 2007, S. 60-61)

8.3.13. Technik XIII: Berühren

Zeitverwirrte Menschen können oft nicht mehr gut hören oder sehen. Was bleibt ist das Bedürfnis, die Gegenwart eines geliebten Menschen zu spüren. Weil sie aber nicht mehr in der Lage sind Personen zu erkennen, unterscheiden sie auch nicht zwischen Personen, die sie ein Leben lang gekannt haben und solchen, die sie noch nie zuvor gesehen haben. Somit kann auch eine Pflegeperson für sie zu einem geliebten Menschen aus der Vergangenheit werden. Um mit diesen Menschen zu kommunizieren, müssen Pflegende sie so berühren, wie sie von einer geliebten Person berührt worden sind. Da Berührungen jedoch etwas sehr Intimes sind, muss diese schon bei den geringsten Anzeichen von Widerstand abgebrochen werden. (vgl. Feil 2007, S. 61-62)

8.3.14. Technik XIV: Musik einsetzen

Melodien, welche früh erlernt worden sind, können auch dann noch in Erinnerung gerufen werden, wenn die gesprochene Sprache längst nicht mehr möglich ist. Musik gibt Menschen in der zweiten und dritten Phase Energie, oft sprechen sie sogar ein paar Worte, nachdem ein bekanntes Lied gesungen wurde. (vgl. Feil 2007, S. 62)

II. EMPIRISCHER TEIL

9. Erhebungsmethode

9.1. Qualitative Inhaltsanalyse

Für die Beantwortung der Hauptforschungsfrage dieser Studie kam die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring zum Einsatz. Ziel dieser ist es, Kommunikation zu analysieren und dabei systematisch, also sowohl regel- als auch theoriegeleitet vorzugehen. Somit macht es sich die Inhaltsanalyse nach Mayring zum Ziel, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen. (vgl. Mayring 2003, S. 13) Mayring unterscheidet dabei zwischen drei Grundformen des Interpretierens: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. Durch die in dieser Arbeit verwendete zusammenfassende Inhaltsanalyse wurde das Material so reduziert, dass wesentliche Inhalte erhalten blieben und ein überschaubarer Text entstand. Diese Form der Inhaltsanalyse bietet sich immer dann an, wenn man an der inhaltlichen Ebene des Materials interessiert ist und eine Komprimierung zu einem überschaubaren Kurztext benötigt. (Mayring 2003, S. 58-63)

Für das Ausgangsmaterial der vorliegenden Erhebung wurden Expertenratschläge aus insgesamt elf Ratgeberpublikationen zum Thema Demenz herangezogen. Die explizite Entscheidung für genau diese elf Experten wurde willkürlich getroffen.

Im Einzelnen handelt es sich um:

- Experte A: Christina Hofmann, 2012
- Experte B: Svenja Sachweh, 2011
- Experte C: Julia Haberstroh u.a., 2011
- Experte D: Markus Weih, 2011
- Experte E: Wolfgang Maier u.a., 2010
- Experte F: Heike Bohnes, 2010
- Experte G: Friederike Leuthe, 2009
- Experte H: Sabine Engel, 2006
- Experte I: Thomas Flatz u.a., 2004
- Experte J: Huub Buijssen, 2003
- Experte K: Martina Gümmer u.a., 1996

9.2. Kategoriensystem

Das erstellte Kategorienschema enthält folgende 15 Kategorien:

1. In Gelassenheit üben
2. Auf Kritik und Ironie verzichten
3. Stärken hervorheben/ Erfolgserlebnisse schaffen
4. Für Regelmäßigkeit und Ruhe sorgen
5. Gedächtnisstörungen nicht bloßstellen
6. Wissensfragen vermeiden
7. Sinnesreize geben
8. Stimme und Körpersprache richtig einsetzen
9. Im Blickfeld bleiben
10. Ernst nehmen
11. Handeln und Fragen richtig deuten
12. Tempo anpassen
13. Kommunikationsregeln
14. Auf Satzbau und Pausen achten
15. Keine neuen Dinge lehren

Den einzelnen Kategorien wurden Expertenratschläge aus der für die Inhaltsanalyse verwendeten Ratgeberliteratur zugeordnet. Danach erfolgte eine Generalisierung der wesentlichen Satzaussagen auf die gleiche Weise und schließlich zwei Reduktionsschritte. Im ersten Reduktionsschritt wurden bedeutungsgleiche Paraphrasen sowie jene, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet wurden, gestrichen. Im Zuge der zweiten Reduktion wurden Paraphrasen mit gleichem oder ähnlichem Gegenstand zu einer Paraphrase zusammengefasst. Auf diese Weise entstanden insgesamt 45 Konstruktionen, die nun einen guten Überblick über die zentralen Aussagen und Ratschläge der verschiedenen Experten liefern. Die Unterforschungsfrage der vorliegenden Arbeit konnte mithilfe einer Literaturstudie beantwortet werden.

10. Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse

Kategorie 1: In Gelassenheit üben				
Experte	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	1	„Versuchen Sie, geduldig zu sein und sich, soweit wie möglich, in den Kranken hineinzusetzen. Versuchen Sie, Ihre eigenen Gefühle im Zaum zu halten, wenn der Kranke einmal gereizt oder aggressiv sein sollte. Durch dieses empathische Vorgehen ersparen Sie dem Kranken viel Stress und verhindern, dass er noch verunsicherter wird.“ (Weih 2011, S. 177)	Eigene Gefühle im Zaum halten.	K1: Halten Sie Ihre eigenen Gefühle im Zaum, auch wenn die demente Person aggressiv oder gereizt ist. So können Sie Streit aus dem Weg gehen. K2: Auch wenn es schwer fällt, sollte
D	2	„Gehen Sie Streit und Stimmungsschwankungen aus dem Weg, auch wenn es Ihnen schwer fällt. (Weih 2011, S. 184)	Streit aus dem Weg gehen.	Verständnis für verletzende und angriffslustige Äußerungen der dementiell erkrankten Person aufgebracht werden.
E	3	„Viele Äußerungen Demenzkranker klingend verletzend oder angriffslustig. [...] Seine Fähigkeit, sich adäquat oder diplomatisch auszudrücken, ist verloren gegangen. [...] Der Betroffene ist nicht mehr in der Lage, sich in Ihre Situation und Sichtweise hineinzusetzen.“ (Maier u.a. 2010, S. 132)	Verständnis für verletzende und angriffslustige Äußerungen aufbringen.	K3: Setzen Sie bei aggressivem Verhalten auf die Strategie der Ablenkung. Schlagen Sie etwas vor, dass die demente Person gerne mag oder tut.
E	4	„Deutend Sie verletzendes Verhalten des Patienten nicht als persönlichen Angriff, wenn er beispielsweise behauptet, Sie seien nicht seine Tochter, obwohl Sie es sind.“ (Maier u.a. 2010, S. 134)	Verständnis für verletzendes Verhalten aufbringen.	
E	5	„In der aggressiven Situation selbst sollten Sie möglichst gelassen bleiben und versuchen, den Demenzkranken zu beruhigen.“ (Maier u.a. 2010, S. 136)	In Gelassenheit üben.	

E	6	„Versuchen Sie, sich nicht persönlich beleidigt zu fühlen.“ (Maier u.a. 2010, S. 136)	Beleidigungen nicht persönlich nehmen.
J	7	„Bedenken Sie, dass Gefühlsausbrüche oft nicht persönlich gemeint, sondern Äußerungen der Ohnmacht sind. Der Kranke erlebt, dass er sein Leben nicht mehr im Griff hat. Diese Verlusterfahrung kann all jene Gefühle hervorrufen, die zu einem normalen Trauerprozess gehören: Aggression, Kummer, Apathie usw.“ (Buijssen 2003, S. 127)	Gefühlsausbrüche des Kranken nicht persönlich nehmen.
E	8	„Wenn es irgendwie geht, sollte man auch bei aggressivem Verhalten die Strategie der Ablenkung verwenden. Machen Sie einen Vorschlag, von dem Sie wissen, dass Ihr Angehöriger es gern tut.“ (Maier u.a. 2010, S. 136)	Auf Ablenkung setzen.

Tab. 1: Gelassenheit

Kategorie 2: Auf Kritik und Ironie verzichten				
Experte	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	1	„Vermeiden Sie, den Kranken zu kritisieren oder zu belehren, da er möglicherweise Ihre logischen, konstruktiven Argumente nicht nachvollziehen kann. Akzeptieren Sie es, wenn er Fehler macht.“ (Weih 2011, S. 177)	Kritik und Belehrung vermeiden.	<p>K4: Im Umgang mit dementen Menschen sollte auf Kritik, Provokation und Belehrung verzichtet werden.</p> <p>K5: Das Auslachen dementiell Erkrankter sowie der Einsatz von Ironie im Kommunikationsprozess sind verboten.</p> <p>K6: Im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen müssen Drohungen, Strafen und Beschimpfungen unterlassen werden.</p>
D	2	„Korrigieren oder verbessern Sie ihn nicht, wenn er falsche Dinge tut oder sagt.“ (Weih 2011, S. 182)	Korrekturen und Verbesserungen unterlassen.	
E	3	„Der Demenzkranke begeht häufig sprachliche Fehler, drückt sich umständlich oder ungenau aus. Es nützt ihm jedoch überhaupt nicht, wenn Sie ihn verbessern oder auf seine Defizite hinweisen. Im Gegenteil, er fühlt sich kontrolliert und bevormundet und wird unter Umständen aggressiv reagieren.“ (Maier u.a. 2010, S. 128)	Verbesserungen und Hinweise auf Defizite vermeiden.	
E	4	„Provozieren Sie den Betroffenen nicht. Auch wenn er ein absurdes Bild abgibt, lachen Sie ihn nicht aus.“ (Maier u.a. 2010, S. 136)	Provokation und Auslachen unterlassen.	
E	5	„Drohen und strafen Sie nicht.“ (Maier u.a. 2010, S. 136)	Keinesfalls drohen oder strafen.	
K	6	„Angst auslösendes Verhalten vermeiden, wie Schimpfen, Zurechtweisen, Ironie. Vielmehr: Sicherheit vermitteln, dass der verwirrte alte Mensch einem als Partner wichtig ist und er ernst genommen wird.“ (Gümmer u.a. 1996, S. 44)	Schimpfen, Zurechtweisen und Ironie lösen Angst aus.	

E	7	„Scherze, bei denen man etwas anderes sagt, als man eigentlich meint, führen zu Verwirrungen. [...] Sagen Sie also grundsätzlich nur das, was Sie tatsächlich meinen.“ (Maier u.a. 2010, S. 130)	Scherze verwirren.
G	8	„Sprachliche und menschliche Kompetenz zeigt sich darin, dass Gesagtes mit Gemeintes übereinstimmt. Ironie und doppeldeutige Bemerkungen sind im Kontakt mit dementen Menschen absolut verboten.“ (Leuthe 2009, S. 111)	Ironie und doppeldeutige Bemerkungen sind verboten.
H	9	„Die Fähigkeit, ironische Bemerkungen als Scherze zu begreifen, setzt die Einsicht voraus, dass der Sprecher etwas anderes sagt, als er meint. Demenzkranke Menschen haben Probleme beim Verstehen solcher Feinheiten. [...] Auch bildhafte Ausdrücke und Redewendungen sind problematisch. Damit teilt ein Sprecher nicht wörtlich mit, was er meint.“ (Engel 2006, S. 89)	Ironische Bemerkungen, bildhafte Ausdrücke und Redewendungen vermeiden.
A	10	„Ironie, Metaphern oder zweideutige Bedeutungen kann der Demenzerkrankte nicht mehr umsetzen. Sie führen somit zur Überforderung und sollten deshalb vermieden werden.“ (Hofmann 2012, S. 45)	Ironie und zweideutige Bedeutungen sind für den Erkrankten nicht fassbar.

Tab. 2: Ironie

Kategorie 3: Stärken hervorheben/ Erfolgserlebnisse schaffen				
Experte	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	1	„Konzentrieren Sie sich auf erhaltene Fähigkeiten und versuchen Sie, sich darüber zu freuen.“ (Weih 2011, S. 177)	Konzentration auf erhaltene Fähigkeiten.	<p>K7: Das Hauptaugenmerk sollte auf die verbliebenen Kompetenzen und Stärken des Erkrankten gelegt werden.</p> <p>K8: Auch kleine Erfolge sollten gewürdigt werden. Erfolgserlebnisse stärken das Selbstwertgefühl des Demenzen.</p> <p>K9: Lachen Sie gemeinsam mit der dementen Person und schenken Sie Ihr glückliche Augenblicke.</p>
D	2	„Ermutigen und loben Sie den Kranken oft. Würdigen Sie kleine Erfolge.“ (Weih 2011, S. 184)	Kleine Erfolge würdigen.	
H	3	„Auch wenn es mir bestimmt nicht immer leicht fällt, wird es uns beiden gut tun, wenn ich lerne, den Kranken in positiver Weise zu unterstützen, seine Stärken hervorzuheben und seine verbliebenen Kompetenzen zu betonen, und mir abgewöhne, ihn auf Fehler oder Defizite hinzuweisen.“ (Engel 2006, S. 83)	Stärken hervorheben, verbliebene Kompetenzen betonen.	
J	4	„Sprechen Sie den Demenzkranken auf das an, was er noch kann. Dies ist von grundlegender Bedeutung für den Erhalt seiner Selbstachtung. Es wäre nicht richtig, ihm etwas aus der Hand zu nehmen, weil es zu langsam geht oder nicht mehr vollständig gelingt. Jeder Mensch, auch ein dementer, braucht die Gewissheit, etwas zu können; darauf basiert zum großen Teil das Selbstwertgefühl.“ (Buijssen 2003, S. 125-126)	Erfolgserlebnisse stärken das Selbstwertgefühl.	
E	5	„Für die Lebenszufriedenheit ist es ungeheuer wichtig, dass der Betroffene, soweit es irgend geht, in die Alltagsaufgaben einbezogen wird, also ‚hilft‘, obwohl Sie es allein meist schneller könnten, und das Gefühl erhält, etwas Sinnvolles getan zu haben.“ (Maier u.a. 2010, S. 138)	Einbeziehen in Alltagsaufgaben bestärkt den Erkrankten.	

E	6	„Suchen Sie Aufgaben und Beschäftigungsmöglichkeiten, die den aktuellen Fähigkeiten des Demenzkranken entsprechen. Ermuntern Sie Ihre Angehörigen, so viele Dinge wie möglich selbstständig zu tun. Unterstützen Sie nur dort, wo es nötig ist.“ (Maier u.a. 2010, S. 138)	Den Fähigkeiten entsprechende Aufgaben stellen.
J	7	„Langeweile und Untätigkeit bekommen keinem Menschen gut, auch dem Demenzkranken nicht. Beschäftigung und Leistung fördern hingegen die Selbstachtung und das Gefühl, sein Leben und Kontrolle zu haben.“ (Buijssen 2003, S. 128)	Beschäftigung fördert die Selbstachtung.
D	8	„Versuchen Sie, für den Kranken eine sinnvolle, einfache Aktivität zu finden, wie Schuhe putzen oder Kartoffeln schälen. Manchmal hilft ein Schluck Wasser oder sogar ein Kaffee. Erst wenn alle diese Möglichkeiten ausgeschöpft sind, sollte der Arzt ein Beruhigungsmittel verschreiben“. (Weih 2011, S. 185)	Einbeziehen in Alltagsaufgaben mithilfe einfacher Aktivitäten.
J	9	„Schwierige Situationen werden leichter, wenn man über sie lachen kann. Auch ein demenzkranker Mensch findet es schön, jemanden lachen zu sehen – zumindest solange er nicht den Eindruck hat, ausgelacht zu werden.“ (Buijssen 2003, S. 126)	Gemeinsam lachen.
J	10	„Lassen Sie sich nicht zu dem Gedanken verleiten: „Was ich auch tue oder sage – es ist sinnlos, denn der Kranke vergisst es ja doch gleich wieder.“ Mit dieser Einstellung nehmen Sie sich die Möglichkeit, ihn hier und jetzt glücklich zu machen oder ihm hin und wieder vergnügliche Augenblicke zu schenken. Denn er kann ja durchaus noch glücklich sein!“ (Buijssen 2003, S. 128)	Glückliche Augenblicke schenken.

Tab. 3: Erfolgserlebnisse

Kategorie 4: Für Regelmäßigkeit und Ruhe sorgen				
Experte	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	1	„Sorgen Sie für eine feste Tagesstruktur, die dem Kranken Orientierung bietet. Bereiten Sie Veränderungen gründlich vor und führen diese langsam durch. [...] Ein Wechsel des Pflegedienstes kann purer Stress für den Patienten sein.“ (Weih 2011, S. 177-178)	Eine feste Tagesstruktur bietet Orientierung.	K10: Feste Rituale, eine gleichbleibende Umgebung und ein strukturierter Tagesablauf schaffen Orientierung und motivieren.
D	2	„Sorgen Sie für eine gleichbleibende Umgebung, feste Rituale und einen regelmäßigen Tagesablauf.“ (Weih 2011, S. 182)	Für eine gleichbleibende Umgebung, feste Rituale und einen regelmäßigen Tagesablauf muss gesorgt sein.	K11: Sorgen Sie für Ruhe. Fernseh-, Spülmaschinen- oder Straßenlärm erschweren die Unterhaltung.
E	3	„Darüber hinaus können eine gleich bleibende Umgebung und ein strukturierter Tagesablauf für Stabilität sorgen und die Bewältigung des Alltags erleichtern.“ (Maier u.a. 2010, S. 134)	Eine gleich bleibende Umgebung und ein strukturierter Tagesablauf sorgen für Stabilität.	K12: Ordnung ist wichtig. Verschlossene Behälter und Schränke beunruhigen.
E	4	„Die Orientierungslosigkeit betrifft nicht nur das Zurechtfinden in räumlicher Hinsicht, sondern auch das Fehlen einer ‚inneren Uhr‘. [...] Allerdings kann man dem Betroffenen die Orientierung erleichtern, indem man die Wohnung demenzgerecht gestaltet und eine gleichbleibende Tagesstruktur einhält, die viele Routinen aufweist.“ (Maier u.a. 2010, S. 140)	Eine Tagesstruktur mit vielen Routinen erleichtert die Orientierung.	
G	5	„Eine klare Tagesstruktur führt zu erhöhter Aufmerksamkeit, Selbstwahrnehmung, Motivation und Ausgeglichenheit.“ (Leuthe 2009, S. 112)	Eine klare Tagesstruktur motiviert und gleicht aus.	

J	6	„Demenzranke haben ein großes Bedürfnis nach Ordnung, Regelmäßigkeit und Ruhe. Versuchen Sie, diesem Bedürfnis möglichst gerecht zu werden.“ (Buijssen 2003, S. 125)	Ordnung, Regelmäßigkeit und Ruhe sind wichtig.
E	7	„Achten Sie auch darauf, dass Ihre Unterhaltung nicht durch einen laufenden Fernseher, die surrenden Spülmaschine oder Straßenlärm erschwert ist.“ (Maier u.a. 2010, S. 129)	Fernseh-, Spülmaschinen- oder Straßenlärm erschwert die Unterhaltung.
I	8	„Die räumliche Umgebung ist überschaubar und offen sowie frei von unnötig verwirrenden und widersprüchlichen Reizen zu gestalten. So scheinen verschlossene Behälter und Schränke viele Demenz-Kranke zu beunruhigen bzw. zu motivieren, an ihnen herumzurütteln.“ (Flatz u.a. 2004, S. 75)	Verschlossene Behälter und Schränke beunruhigen.
H	9	„Wenn Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme die Kommunikation mit dem kranken erschweren, kann ich die Situation verbessern, indem ich Störreize, die Ablenkungen verursachen, abstelle. [...] Außerdem bemühe ich mich, neben der Unterhaltung mit dem Kranken keine anderen Dinge zu tun, weil auch meine eigene Unaufmerksamkeit die Konzentration des Kranken stören kann.“ (Engel 2006, S. 85)	Störreize führen zu Kommunikationsproblemen.

Tab. 4: Regelmäßigkeit

Kategorie 5: Gedächtnisstörungen nicht bloßstellen				
Experte	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	1	„Lenken Sie keine unnötige Aufmerksamkeit auf die Gedächtnisprobleme des Patienten.“ (Weih 2011, S. 182)	Gedächtnisprobleme nicht thematisieren.	K13: Lenken Sie die Aufmerksamkeit nicht auf Fehlleistungen oder Vergessenes. Dies führt lediglich zu Traurigkeit und Ärger, bringt die Erinnerung aber nicht zurück.
C	2	„Ab einem gewissen Schweregrad der Demenz kann die erkrankte Person sich an kürzlich Gesagtes nicht mehr erinnern. [...] Hinweise wie: ‚Das habe ich dir doch schon gesagt!‘, holen die Erinnerung des Menschen mit Demenz nicht zurück [...]. Die Konfrontation mit Schwächen und Unzulänglichkeiten frustriert und führt nicht selten dazu, dass die Person sich aus Angst vor weiterem Misserfolg mehr und mehr zurückzieht.“ (Haberstroh 2011, S. 48)	Ein Hinweis auf Vergessenes bringt die Erinnerung nicht zurück.	
E	3	„Wenn Sie eine Fehlleistung bemerken, sollten Sie nicht unnötig die Aufmerksamkeit darauf lenken. Hat er beispielsweise die Butter in den Herd statt in den Kühlschrank geräumt, sollten Sie ihn nicht auf diesen Fehler hinweisen.“ (Maier u.a. 2010, S. 134)	Die Aufmerksamkeit nicht auf Fehlleistungen lenken.	
J	4	„Konfrontieren Sie den Demenzkranken nicht nachdrücklich mit seinen Fehlern, das würde nur Traurigkeit oder Ärger bewirken. Das bedeutet nicht, dass Sie alle seine Fehler übersehen müssen. [...] Wenn Sie etwas zurechtrücken wollten, tun Sie dies in einem ruhigen Ton und am besten so unauffällig wie möglich, um einen Gesichtsverlust des Betroffenen zu vermeiden.“ (Buijssen 2003, S. 124)	Konfrontation mit Fehlern bewirkt Traurigkeit und Ärger.	

Tab. 5: Gedächtnisstörungen

Kategorie 6: Wissensfragen vermeiden				
Experte	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	1	„Vermeiden sie die typischen W-Fragen: Wer? Wo? Was? Wann? Gehirnjogging und Gedächtnistraining sind nicht sinnvoll, wenn es dem Kranken keinen Spaß macht und ihn nur überfordert.“ (Weih 2011, S. 182)	Typische "Wer-wo-was-wann"-Fragen vermeiden.	K14: "Wer-wo-was-wann"-Fragen sowie "Warum-weshalb-wieso-wozu"-Fragen müssen im Umgang mit dementen Personen vermieden werden.
C	2	„Neue Erinnerungen bereiten demenzkranken Menschen Schwierigkeiten, daher sollten sie auch nicht abgefragt werden. Es beschämt jeden, wenn er Dinge nicht weiß, die er eigentlich wissen müsste.“ (Haberstroh 2011, S. 47)	Neuer Erinnerungen nicht abfragen.	K15: Das Abfragen von neuem Wissen sowie das Abfragen noch vorhandenen Wissens zur Biografie des Dementen sind verboten.
C	3	„Wenn wir einen demenzkranken Menschen mit Fragen zum Erzählen animieren wollen, dann sollten wir ‚Warum-weshalb-wieso-wozu‘-Fragen vermeiden. Die erkrankte Person weiß darauf keine Antwort. Einfacher fallen Menschen mit Demenz Fragen nach dem ‚Wie‘ und ‚Was‘, z.B. ‚Wie geht es dir?‘, ‚Was machst du?‘“ (Haberstroh 2011, S. 47)	Keine "Warum-weshalb-wieso-wozu"-Fragen stellen. Besser sind "Wie-was"-Fragen.	K16: Das Stellen von Fragen mit nur einer richtigen Antwortmöglichkeit ist sinnlos. Besser sind offene Fragen.
G	4	„Das Abfragen noch vorhandenen Wissens zu sich und seiner Biografie ist verboten.“ (Leuthe 2009, S. 81)	Zu unterlassen ist das Abfragen noch vorhandenen Wissens über die Biografie.	
F	5	„Stellen Sie möglichst keine Fragen mit Alternativen. Formulieren Sie besser offene Fragen. Vermeiden Sie alle Fragen, auf die es nur eine richtige Antwort gibt.“ (Bohnes 2010, S. 13)	Offene Fragen sind besser, als solche mit nur einer richtigen Antwortmöglichkeit.	

A	6	<p>„Gleiches gilt für das Stellen von Fragen, die der Mensch mit Demenz nicht beantworten kann sowie das Abfragen von biografischem Wissen. Fragen werden nur dann gestellt, wenn der Sender (Betreuende) weiß, dass der Empfänger (Mensch mit Demenz) zur Beantwortung in der Lage ist.“ (Hofmann 2012, S. 46)</p>	<p>Das Abfragen von biografischem Wissen unterlassen.</p>	
---	---	---	---	--

Tab. 6: Wissensfragen

Kategorie 7: Sinnesreize geben				
Experte	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	1	„Lassen Sie den vergessenen Namen der Tochter immer wieder wie zufällig fallen.“ (Weih 2011, S. 182)	Namen immer wieder zufällig fallen lassen.	K17: Lassen Sie wichtige Namen sowie Kernbegriffe während eines Gespräches öfter fallen und sprechen Sie darüber hinaus auch die demente Person immer mit ihrem Namen an.
D	2	„Stellen Sie kleine Merkhilfen an strategischen Orten wie Türen oder im Flur auf. Nehmen Sie einen möglichst laut tickenden Wecker mit einer großen Anzeige; hängen Sie Familienfotos mit den Namen darunter auf oder schauen Sie regelmäßig Fotoalben an.“ (Weih 2011, S. 182)	Kleine Merkhilfen oder Familienfotos mit den entsprechenden Namen darunter im Wohnraum aufstellen.	K18: Versehen Sie Fotos von Verwandten und Freunden mit Namen und stellen sie diese oder auch Merk- und Notizzettel im Wohnraum der dementen Person auf.
E	3	„Im Anfangsstadium der Erkrankung sind kleine Gedächtnisstützen wie Merk- und Notizzettel, [...], hilfreich. [...] Fotos mit Verwandten oder Freunden könnten mit den entsprechenden Namen verstehen werden.“ (Maier u.a. 2010, S. 134)	Fotos von Verwandten und Freunden mit Namen versehen. Merk- und Notizzettel sind hilfreich.	K19: Wiederholen Sie wichtige Informationen mehrmals und geduldig oder sagen Sie diese etwa in Form einer bestätigenden Frage vor.
G	4	„Der rote Faden eines Gesprächs geht einer dementen Person leicht verloren. Sie helfen ihr, diesem zu folgen, wenn Sie Kernbegriffe öfter wiederholen.“ (Leuthe 2009, S. 152)	Kernbegriffe während eines Gespräches öfter wiederholen.	K20: Bieten Sie Wörter an, wenn der demenziell Erkrankte nach diesen ringt oder verwenden Sie Gegenstände, auf die er zeigen kann.
J	5	„Um den Demenzkranken nicht in Verlegenheit zu bringen, sollte man besser Fragen über kurz zuvor geschehene Dinge vermeiden. Will man dennoch ein Gespräch über etwas beginnen, was am selben Tag oder in derselben Woche geschehen ist, sollte man selbst die wichtigsten Informationen „vorsagen“, etwa in Form einer bestätigenden Frage.“ (Buijssen 2003, S. 79)	Wichtige Informationen "vorsagen".	K21: Alte Erinnerungen, Lebensthemen und das Anknüpfen an das, was einem Menschen wichtig war, weckt Stärken und gibt Anlass zum Gespräch.

F	6	„Denken Sie im Gespräch daran, dass Ihr Angehöriger ein sehr schlechtes Kurzzeitgedächtnis hat. Wiederholen Sie ggf. Gesagtes geduldig, wenn er es vergessen hat.“ (Bohnes 2010, S. 13)	Gesagtes geduldig wiederholen.
A	7	„Bei Wort- und Sprachfindungsstörungen ist es seitens des Betreuenden möglich, bei fehlenden Wörtern, das Wort anzubieten, eine Beschreibung des Wortes hinzuzuziehen oder Gegenstände zu verwenden, auf die gezeigt werden kann. Somit ergibt sich die Möglichkeit, das Gespräch trotz der Wort- und Sprachfindungsstörungen weiter zu führen.“ (Hofmann 2012, S. 47)	Wörter anbieten oder Gegenstände verwenden, auf die gezeigt werden kann.
E	8	„Sinnvoller ist es, die Person, von der Sie sprechen, in jedem Satz namentlich zu nennen. Genauso sollte man für den Angehörigen wichtige Aussagen mehrmals wiederholen.“ (Maier u.a. 2010, S. 129)	Wichtige Aussagen mehrmals wiederholen.
C	9	„Für an Demenz erkrankte Menschen sind alte Erinnerungen und Lebensthemen sicheres Gelände. Sie schaffen Selbstvertrauen und Selbstachtung. Diese Themen bieten Anlass zum Gespräch [...], aber nicht nur Anlass zu einem Gespräch mit Worten, sondern auch Anlass für nonverbale Kommunikation.“ (Haberstroh 2011, S. 47)	Alte Erinnerungen und Lebensthemen bieten Anlass zum Gespräch.
C	10	„Anknüpfen an das, was einem Menschen wert und wichtig war und ist, signalisiert Interesse sowie Wertschätzung und kann Stärken und Wohlbefinden wecken“. (Haberstroh 2011, S. 47)	Anknüpfen an das, was einem Menschen wichtig war, weckt Stärken.

G	11	<p>„Sprechen Sie einen dementen Menschen immer mit seinem Namen an. [...] Sie stärken so die Orientierung zu sich selbst. Der Mensch spürt sich in seinem Namen. Nutzen Sie den Namen als Signal, dem dementen Menschen die Konzentration auf das aktuelle Geschehen zu erleichtern.“ (Leuthe 2009, S. 81)</p>	<p>Das Ansprechen mit dem Namen stärkt die Orientierung.</p>	
---	----	--	--	--

Tab. 7: Sinnesreize

Kategorie 8: Stimme und Körpersprache richtig einsetzen				
Experte	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	1	„In dem Maß, in dem das Sprechen schwerer wird, sollte man vermehrt auf Musik setzen: Singen Sie gemeinsam Lieder; vielleicht haben Sie Lust ein kleines Musikinstrument anzuschaffen.“ (Weih 2011, S. 183)	Gemeinsam Lieder singen, wenn das Sprechen schwer wird.	K22: Singen Sie mit der dementen Person Lieder oder üben Sie Sprichwörter, wenn das Sprechen zunehmend schwer fällt.
D	2	„Bei fortschreitender Krankheit kommt es zu einem zunehmenden Sprachverlust. Versuchen Sie dem entgegen zu wirken, indem Sie z.B. mit dem kranken Sprachen, [...], Sprichwörter üben, Liedtexte singen. Nutzen Sie auch ihre Körpersprache dabei. Ihre Gesten und Mimik helfen dem Kranken, zu verstehen, was Sie wollen.“ (Weih 2011, S. 183)	Sprichwörter üben oder Liedtexte singen. Gestik und Mimik verdeutlichen.	K23: Sprachbegleitende Gestik und Mimik erleichtern die Verständlichkeit, wenn die Fähigkeit des Kranken, Sprache zu verstehen, bereits reduziert ist. K24: Passen Sie Körperhaltung und Körpersprache an die der dementen Person an.
B	3	„Wir müssen uns unserer Körpersprache bewusster werden. Wir müssen Mimik und Berührungen gezielter einsetzen.“ (Sachweh 2011, S. 8)	Mimik gezielt einsetzen.	K25: Flüstern, singen oder summen Sie, um die demente Person in einer Konfliktsituation abzuregen.
B	4	„Sprechen Sie nicht lauter, sondern deutlicher. Bemühen Sie sich um eine eher tiefe Tonlage, wenn Sie emotional und akustisch, ‚gut rüberkommen‘ wollen. Vermeiden Sie es, in Konfliktsituationen lauter zu werden. Flüstern, singen und summen Sie stattdessen, um die Betroffenen abzuregen.“ (Sachweh 2011, S. 11)	Flüstern, singen oder summen, anstatt in Konfliktsituationen lauter werden.	
H	5	„Bei sehr schweren Demenzerkrankungen kann die Fähigkeit des Kranken, Sprache zu verstehen, so reduziert sein, dass ich sprachbegleitend Gestik und Mimik einsetze, um mich verständlich zu machen. Dabei muss ich jedoch darauf achten, dass Gestik und Mimik eindeutig sind und mit dem sprachlich Gesagten übereinstimmen.“ (Engel 2006, S. 90)	Sprachbegleitende Gestik und Mimik erleichtern die Verständlichkeit.	

F	6	„Nehmen sie die gleiche Körperhaltung oder eine ähnliche Körpersprache während des Gesprächs ein, z.B. nicht stehen, wenn Ihr Angehöriger sitzt. Das ist hilfreich.“ (Bohnes 2010, S. 12)	Körperhaltung und Körpersprache anpassen.
A	7	„Bedürfnisse, die sich auf der emotionalen Ebene zeigen, können durch das Übernehmen der Mimik des Menschen mit Demenz gespiegelt werden. Somit fühlt sich der Demenzkranke verstanden und ernst genommen.“ (Hofmann 2012, S. 47)	Mimik des Dementen spiegeln.
F	8	„Sprechen Sie langsam und nicht zu laut.“ (Bohnes 2010, S. 12)	Langsam und nicht zu laut sprechen.
F	9	„Wählen Sie im Gespräch eine eher tiefe als hohe Stimmlage. Hohe Stimmlagen werden in der Regel eher als unangenehm wahrgenommen.“ (Bohnes 2010, S. 12)	Eher tiefe statt hoher Stimmlage verwenden.
F	10	„Versuchen Sie einmal zu flüstern. Besonders wenn ein Gespräch schwierig geworden ist, kann ein ‚vertrautes Flüstern‘ und die damit verbundene Nähe das Gespräch möglicherweise wieder aktivieren.“ (Bohnes 2010, S. 12)	Vertrautes Flüstern kann Gespräch wieder aktivieren.

Tab. 8: Körpersprache

Kategorie 9: Im Blickfeld bleiben/ Berühren				
Experte	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	1	„Sehen Sie dem Kranken in die Augen. Berühren Sie ihn, wenn Sie mit ihm sprechen.“ (Weih 2011, S. 183)	Gespräche mit Blickkontakt und Berührungen verstärken.	K26: Im Idealfall sollten Sie immer von vorne an die demente Person herantreten und durch ein Signal (optisch oder verbal) auf sich aufmerksam machen.
C	2	„Wir erleichtern einem anderen Menschen die Kontaktaufnahme, wenn wir mit unserer Körperhaltung Offenheit und Interesse signalisieren, z.B. durch eine zugewandte und offene Körperhaltung (keine verschränkten Arme), durch Blickkontakt, durch leicht hochgezogene Augenbrauen, durch ruhige Bewegungen und freundliches Lächeln.“ (Haberstroh 2011, S. 48)	Blickkontakt erleichtert die Kontaktaufnahme.	K27: Zwingen Sie der dementiell erkrankten Person keinen Körperkontakt auf und berühren Sie nur "öffentliche"
B	3	„Im Idealfall sollten Sie nur von vorne an sie herantreten, Ihre Bewohner/ Patienten durch ein verbales oder optisches Signal (z.B. Winken) auf sich aufmerksam machen, durch ein freundliches Gesicht zeigen, dass Sie in friedlicher Absicht kommen, sagen, was Sie wollen, und erst dann etwas an oder mit ihren Bewohnern/ Patienten machen.“ (Sachweh 2011, S. 12)	Von vorne an die demente Person herantreten.	Körperzonen wie Schultern, Oberarme und Hände. K28: Blickkontakt sowie begleitende Berührungen während eines Gespräches fördern das sprachliche Verständnis des Dementen.
B	4	„Wenn es nötig ist, das Gesicht eines Menschen mit Demenz nach der Nahrungsaufnahme zu säubern, [...], sollten Sie diese Handlung unbedingt vorher ankündigen.“ (Sachweh 2011, S. 14)	Körperliche Handlungen wie Waschen vorher ankündigen.	K29: Kündigen Sie Berührungen im Rahmen pflegerischer Aktivitäten stets im Vorfeld an.
B	5	„Schauen Sie genau auf die Reaktionen des betroffenen Menschen mit Demenz und zwingen Sie niemanden in wohlmeinender Absicht Körperkontakt auf. [...] Berühren Sie ‚öffentliche‘ Körperzonen wie Schulter, Oberarm oder Hand.“ (Sachweh 2011, S. 14)	Keinen Körperkontakt aufzwingen. "Öffentliche" Körperzonen berühren.	

B	6	„Wenn Sie Katastrophenreaktionen, Wutausbrüche und Panikattacken verhindern wollen, müssen Berührungen im Rahmen pflegerischer Aktivitäten angekündigt werden, für den Betroffenen sichtbar und langsam erfolgen.“ (Sachweh 2011, S. 15)	Berührungen im Rahmen pflegerischer Aktivitäten ankündigen.
I	7	„Begleitende Berührungen und Blicke fördern das sprachliche Verständnis des Dementen, vermitteln das Erlebnis von Nähe und fördern die Speicherung von Information.“ (Flatz u.a. 2004, S. 76)	Begleitende Berührungen und Blicke fördern das Verständnis.
I	8	„Es kann für einen Demenz-Kranken vor pflegerischen Handlungen sehr beängstigend sein, wenn „im Block“ zwei Gestalten frontal auf ihn zu marschieren. Die Situation entspannt sich für ihn möglicherweise schon dadurch, dass die beiden Abstand halten und nach Ankündigung nacheinander von der Seite und deutlich erkennbar an ihn herantreten.“ (Flatz u.a. 2004, S. 76)	Nur deutlich erkennbar herantreten.
K	9	„Den verwirrten alten Menschen immer von vorne ansprechen, damit er gleichzeitig sieht, wer mit ihm spricht. Damit erhält er auch Zeit, um sich in der Situation zu orientieren.“ (Gümmer u.a. 1996, S. 44)	Von vorne ansprechen.
K	10	„Blickkontakt aufnehmen. Dazu ist es notwendig, sich mit dem Gesicht auf seine Augenhöhe zu begeben. Es ist eine Binsenweisheit, dass man sich im Gespräch erst dann wohlfühlt, wenn man dem Partner in die Augen sehen kann.“ (Gümmer u.a. 1996, S. 44)	Blickkontakt erhöht den Wohlfühlfaktor im Gespräch.

K	11	„Das Gefühl von Sicherheit vermittelt vor allem der Tastsinn. Denn das Sinnesorgan für das Fühlen ist die Haut. Will man den Demenzen fühlen lassen, dass jemand mit ihm spricht, nimmt man z.B. seine Hand oder legt die eigene Hand auf sein Knie.“ (Gümmer u.a. 1996, S. 44)	Berührungen vermitteln ein Gefühl von Sicherheit.
H	12	„Leidet der Kranke an starken Aufmerksamkeitsstörungen, versuche ich mich in seinem Blickfeld aufzuhalten, solange ich mich mit ihm unterhalte.“ (Engel 2006, S. 85)	Blickkontakt fördert die Aufmerksamkeit.
F	13	„Gehen Sie auf Augenhöhe und sprechen Sie Ihren Angehörigen von vorn und nicht von der Seite oder gar von hinten an.“ (Bohnes 2010, S. 12)	Ansprechen von vorne.
A	14	„Das Gespräch sollte immer mit Blickkontakt zum Menschen mit Demenz stattfinden. Auch sollte der Demenzbetroffene direkt und mit Namen angesprochen und abgewartet werden, ob eine Reaktion seinerseits und wenn ja, welche erfolgt.“ (Hofmann 2012, S. 44)	Gespräch sollte immer mit Blickkontakt stattfinden.

Tab. 9: Blickfeld

Kategorie 10: Ernst nehmen				
Experte	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
J	1	„Wenn der Demenzkranke halluziniert, ist das Beste, das Sie tun können, um ihn zu beruhigen, seine Bilder und Ängste ernst zu nehmen. Geben Sie nicht vor, dasselbe zu sehen oder zu hören, sondern versuchen Sie, ihn zu beruhigen.“ (Buijssen 2003, S. 123)	Bilder und Ängste des Kranken ernst nehmen.	K30: Behandeln Sie den Dementen wie einen Erwachsenen und nehmen Sie seine Ängste und Tagesschwankungen ernst. K31: Versuchen Sie zu beruhigen, wenn die demente Person halluziniert, aber geben Sie nicht vor, dasselbe zu sehen.
A	2	„Nicht immer ist dieselbe Form der Kontaktabstimmung passend. Menschen mit Demenz sind im Laufe eines Tages auf unterschiedliche Ebenen ansprechbar, reagieren unterschiedlich gut auf die Angebote, die ihnen unterbreitet werden. Das stellt eine Herausforderung für den Betreuenden dar, der seine Kontaktaufnahme jedes Mal prüfen und reflektieren muss.“ (Hofmann 2012, S. 48)	Kontaktabstimmung an die Tagesverfassung anpassen.	
J	3	„Nehmen Sie ihn ernst und behandeln Sie ihn wie einen Erwachsenen. Auch wenn sein Gefühl für äußeren Anstand teilweise verloren gegangen ist, kann er Schamgefühle haben, zum Beispiel beim Auskleiden vor dem Waschen. Ein Demenzkranke nimmt auch sehr wohl wahr, wenn Sie in seiner Anwesenheit über ihn sprechen.“ (Buijssen 2003, S. 126)	Wie einen Erwachsenen behandeln.	

Tab. 10: Ernst nehmen

Kategorie 11: Handeln und Fragen richtig deuten				
Experte	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	1	„Viele Demenzkranke fragen von morgens bis abends immer wieder dasselbe. Oft geht es dabei um Essen. Das ist natürlich äußerst anstrengend. Überlegen Sie dennoch, was dahinterstecken könnte. Geben Sie eine Antwort und beruhigen Sie den Kranken, denn meist verbirgt hinter den Fragen eine Sorge.“ (Weih 2011, S. 184)	Oft steckt Sorge hinter einer Frage.	K32: Bedenken Sie bei aggressivem Verhalten, dass es sich um die Folge eines Missverständnisses handeln kann. K33: Oft steckt hinter einem Nein die Tatsache, dass der Demente die Situation nicht versteht oder einschätzen kann.
A	2	„Oftmals sagen Demenzkranke zu etwas Nein, da sie die Situation nicht verstehen oder nicht einschätzen können. Wenn der Betreuende dies erkennt, ist er durch erneutes Anbahnen des Kontakts und eines unterstützenden, taktilen Impulses vielleicht in der Lage, das gerade bestehende Bedürfnis herauszufinden.“ (Hofmann 2012, S. 46)	Ein Nein muss richtig gedeutet werden.	K34: Bedenken Sie, dass sich hinter einer immer und immer wieder gestellten Frage meist eine Sorge steckt.
G	3	„Denken Sie bei aggressivem Verhalten immer daran, dass es die Folge von Missverständnissen sein kann. Überprüfen Sie ihren Kommunikationsstil. Bedenken Sie immer, dass ein dementer Mensch auf nonverbale Nachrichten reagiert, wenn er die verbale Botschaft nicht versteht.“ (Leuthe 2009, S. 96-97)	Aggressives Verhalten kann auf einem Missverständnis beruhen.	

Tab. 11: Fragen

Kategorie 12: Tempo anpassen				
Experte	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
B	1	„Je weiter die Demenz fortgeschritten ist und je schlechter der Betroffene sieht und hört, desto mehr Zeit müssen wir ihm lassen, unsere Absichten zu verstehen. Ein im Zeitlupentempo geführter Löffel landet am ehesten im Mund eines Bewohners/ Patienten.“ (Sachweh 2011, S. 12)	Zeit lassen, damit Absichten verstanden werden.	K35: Passen Sie sich dem Tempo der dementen Person an und geben Sie ihr Zeit, ihre Absichten zu verstehen und zu verarbeiten. K36: Fallen Sie dem Demenzkranken nicht vorschnell ins Wort, wenn dieser nach einer Formulierung sucht und vollenden Sie auch seinen angefangenen Satz nicht.
J	2	„Passen Sie sich dem Tempo des Betroffenen an. Alles verläuft bei ihm langsamer, so auch sein Denkprozess. Da er fast alles, was er erlebt, sofort wieder vergisst, ist für ihn sehr vieles neu und unbekannt, was uns bekannt und vertraut ist.“ (Buijsen 2003, S .123)	Tempo anpassen.	K37: Schlagen Sie dem Dementen ein Wort erst dann vor, wenn Sie den Eindruck haben, dass er nicht mehr von selbst draufkommt.
E	3	„Es dauert oft eine Weile, bis ein Demenzkranker ein bestimmtes Wort oder eine Formulierungen gefunden hat, die er sucht. Man sollte ihm nicht vorschnell ins Wort fallen oder versuchen, den Satz für ihn zu beenden. [...] Erst wenn Sie den Eindruck haben, er kommt einfach nicht mehr selbst drauf, könnten Sie ihm ein passendes Wort vorschlagen und nachfragen, ob dies das gesuchte Wort war.“ (Maier u.a. 2010, S. 128-129)	Nicht ins Wort fallen oder vorschnell beim Satzbau helfen. Höchstens ein passendes Wort vorschlagen.	

H	4	<p>„Wortfindungsstörungen behindern nicht selten die Kommunikationsfähigkeit des Demenzkranken. Als Angehörige möchte ich ihm in Situationen, in der er um die gesuchten Worte ringt, helfen und spreche ihm das Wort vor, von dem ich glaube, dass er es sagen will, oder vollende seinen angefangenen Satz gleich ganz. [...] Viel sinnvoller ist es in diesem Fall, Geduld zu zeigen und zu warten, ob dem Kranken das gesuchte Wort noch einfällt. Erst, wenn einige Momente erfolglosen Suchens vergangen sind, kann ich vorsichtig Hilfestellungen geben, indem ich ein Wort vorschlage oder frage, ob er dieses Wort gemeint habe.“ (Engel 2006, S. 84)</p>	<p>Wörter nicht vorsprechen. Hilfestellungen geben.</p>
F	5	<p>„Reden Sie ohne Hektik und Ungeduld. Geben Sie ihrem Angehörigen Zeit zur Aufnahme und Verarbeitung Ihrer Worte.“ (Bohnes 2010, S. 13)</p>	<p>Zeit zur Aufnahme und Verarbeitung geben.</p>

Tab. 12: Tempo

Kategorie 13: Kommunikationsregeln				
Experte	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
G	1	„Meiden Sie „wir“ und „man“ im Gespräch mit dementen Menschen. Sprechen sie von „ich“ und „Sie“. Nutzen Sie den Eigennamen.“ (Leuthe 2009, S. 96)	"Wir" und "man" meiden."Ich" und "Sie" verwenden.	K38: Hilfsverben wie "müssen" und "sollten" sowie Füllwörter wie "etwa" und "vielleicht" verschleiern die Absicht einer Aussage und verwirren.
G	2	„Füllwörter (Modalpartikel) sind zum Beispiel: aber, auch, bloß, denn, doch, eben, eigentlich, etwa, halt, ja, mal, nur, schon, vielleicht, wohl, irgendwas, irgendwer, irgendwo. Füllwörter verschleiern die wahre Absicht. Der Gebrauch von Füllwörtern steigert die Verwirrung, die Aggression, die Resignation.“ (Leuthe 2009, S. 119)	Füllwörter verschleiern die wahre Absicht und steigern die Verwirrung.	K39: Sprechen Sie von "ich" und "Sie" und meiden Sie "wir" und "man" im Gespräch mit dementen Menschen.
G	3	„Formulierungen mit den Hilfsverben „müssen“ und „sollen“ erzeugen leicht Druck und Stress. Viele Hilfsverben verschleiern die wahre Absicht einer Aussage. Solche Sätze verstärken die Verwirrung.“ (Leuthe 2009, S. 124)	Hilfsverben verschleiern die wahre Absicht und steigern die Verwirrung.	K40: Verwenden Sie im Gespräch mit einer dementen Person Nomen statt Pronomen und verzichten Sie auf abstrakte Begriffe sowie Begriffshäufungen.
G	4	„Nennen Sie Dinge beim Namen. Benutzen Sie Nomen (Hauptwörter) statt Pronomen (Fürwörter). Demente Menschen erkennen den Ersatz eines Nomen (Hauptwort) durch ein Pronomen (Fürwort) nicht mehr. Scheuen Sie sich nicht vor Wiederholungen.“ (Leuthe 2009, S. 143)	Nomen statt Pronomen verwenden.	K41: Sprechen Sie mit der demenziell erkrankten Person jenen Dialekt, den sie gewohnt ist und vermeiden Sie "Babysprache".
I	5	„Die Umwelt des Dementen muss einfach, überschaubar und unkompliziert sein. Dazu gehören eindeutige Mitteilungen, kurze Sätze, Verzicht auf abstrakte Begriffe, „wenn-dann“-Sätze und Häufungen von Eigenschaftswörtern.“ (Flatz u.a. 2004, S. 75)	Abstrakte Begriffe, "wenn-dann"-Sätze und Häufungen von Eigenschaftswörtern vermeiden.	

H	6	„Das Verstehen von Pronomen erfordert gute Kurzzeitgedächtnisleistungen und kann Demenzkranken daher Schwierigkeiten bereiten. [...] Um dem Kranken nun das Verstehen zu erleichtern, ist es also sehr förderlich, wenn ich mich nicht durch Pronomen auf ein bereits benanntes Subjekt beziehe, sondern das Subjekt immer wieder explizit benenne.“ (Engel 2006, S. 87)	Das Subjekt immer explizit benennen, anstatt Pronomen zu verwenden.
F	9	„Sprechen Sie mit ihrem Angehörigen den Dialekt, den er gewohnt ist.“ (Bohnes 2010, S. 12)	In gewohntem Dialekt sprechen.
F	11	„Vermeiden Sie eine „Babysprache“. Sie sprechen mit einem erwachsenen Menschen. Eine kindliche Sprache ist – bis auf wenige Ausnahmen – unangebracht.“ (Bohnes 2010, S. 13)	"Babysprache" vermeiden.
F	12	„Wiederholen Sie! Rücksichtsvolle Wiederholungen sind für Ihren Angehörigen angenehm und helfen ihm zu verstehen. Vermeiden Sie Begriffshäufungen oder ausschweifende Erklärungen.“ (Bohnes 2010, S. 13)	Begriffshäufungen und ausschweifende Erklärungen vermeiden.

Tab. 13: Kommunikationsregeln

Kategorie 14: Auf Satzbau und Pausen achten				
Experte	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
A	1	„Generell ist es von Vorteil, langsam, deutlich und in kurzen, prägnanten Sätzen zu sprechen. Das bedeutet, dass die Geschwindigkeit des Demenzkranken auch die Geschwindigkeit des Betreuenden sein sollte.“ (Hofmann 2012, S. 45)	Langsam, deutlich und in kurzen, prägnanten Sätzen sprechen.	<p>K42: Sprechen Sie deutlich, ruhig und vermeiden Sie schwierige Wörter sowie lange Sätze.</p> <p>K43: Konstruieren Sie Sätze, die nur eine Aussage enthalten und setzen Sie die wichtigste Botschaft an das Satzende.</p> <p>K44: Sprechpausen erleichtern der dementen Person die gehörte Information besser zu verarbeiten.</p>
A	2	„Sprechpausen sind ein wichtiger Bestandteil der Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Damit sind sie in der Lage, die einzelnen, kurzen Sätze besser zu verarbeiten, zu verstehen und sich auf die aktuelle Situation einzustellen.“ (Hofmann 2012, S. 45)	Sprechpausen erleichtern das Verarbeiten des Gesagten.	
E	3	„Am einfachsten sind Sätze zu verstehen, die nur eine Aussage haben.“ (Maier u.a. 2010, S. 129)	Sätze mit einer Aussage bilden.	
H	4	„Einfach ist ein Satz dann, wenn er nur eine Aussage enthält und sein Aufbau auf Anheb zu verstehen ist. Als Angehöriger sollte ich daher in der Unterhaltung mit dem Kranken Sätze so einfach konstruieren, dass sie immer nur eine Aussage beinhalten.“ (Engel 2006, S. 86)	Sätze mit nur einer Aussage konstruieren.	
H	5	„Wenn das Kurzzeitgedächtnis eines Demenzkranken sehr stark beeinträchtigt ist, versteht er längere Sätze kaum noch. Und auch bei kurzen Sätzen bleibt das Satzende am besten in Erinnerung. Daher versuchen ich am Ende der Äußerung das wichtige Schlüsselwort mitzuteilen, das ich zur Verstärkung auch noch betonen kann.“ (Engel 2006, S. 90)	Die wichtigste Botschaft am Satzende platzieren	

D	6	"Sprechen Sie langsam und deutlich und wiederholen Sie häufiger. Vermeiden Sie schwierige Wörter, undeutliche Aussprache und lange Sätze." (Weih 2011, S. 183)	Langsam und deutlich Sprechen. Wiederholen. Schwierige Wörter, undeutliche Aussprache und lange Sätze vermeiden.
K	7	„In kurzen, einfachen Sätzen sprechen. Immer nur einen Inhalt in einen Satz fassen. Wenn die Mitteilung nicht sofort verstanden wird, den Satz genauso noch einmal wiederholen.“ (Gümmer u.a. 1996, S. 46)	Kurze und einfache Sätze bilden. Immer nur einen Inhalt in einen Satz fassen.
K	8	„Pausen machen. Deutlich und langsam sprechen, in ruhigem Tonfall.“ (Gümmer u.a. 1996, S. 46)	Deutlich und langsam sprechen.
F	9	Wählen Sie kurze, einfache Sätze. Machen Sie konkrete Aussagen, denn eindeutige Formulierungen helfen Ihrem Angehörigen.“ (Bohnes 2010, S. 13)	Kurze und einfache Sätze verwenden.

Tab. 14: Satzbau

Kategorie 15: Keine neuen Dinge lehren				
Experte	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
J	1	„Versuchen Sie nicht, dem Demenzkranken noch neue Dinge zu lehren – das wäre Energieverschwendung. Tätigkeiten, die er kurz zuvor noch bewältigen konnte, jetzt aber nicht mehr, da sie zu kompliziert geworden sind, können nicht mehr neu gelernt werden, da das Gedächtnis dafür nicht mehr ausreicht.“ (Buijssen 2003, S. 124)	Verloren gegangene Fähigkeiten sind nicht wieder erlernbar.	K45: Akzeptieren Sie, dass sie der dementen Person verloren gegangene Fähigkeiten nicht wieder lehren können.

Tab. 15: Energieverschwendung

11. Beantwortung der forschungsleitenden Fragestellungen

Hauptforschungsfrage 1: Welche Ratschläge zum kommunikativen Umgang mit Demenzpatienten hält die themenspezifische Ratgeberliteratur bereit?

Durch die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring konnte das Ausgangsmaterial aus elf themenspezifischen Ratgeberpublikationen so reduziert und in 15 Kategorien eingeteilt werden, dass von insgesamt 115 Expertenratschlägen zum kommunikativen Umgang mit dementen Menschen 45 Konstruktionen (K1-K45) übrig blieben. Diese lauten:

Kategorie 1: In Gelassenheit üben

K1: Halten Sie Ihre eigenen Gefühle im Zaum, wenn die demente Person aggressiv oder gereizt reagiert und gehen Sie so Streit aus dem Weg.

K2: Auch wenn es schwer fällt, sollte Verständnis für verletzende und angriffslustige Äußerungen der dementiell erkrankten Person aufgebracht werden.

K3: Setzen Sie bei aggressivem Verhalten auf die Strategie der Ablenkung. Schlagen Sie etwas vor, dass die demente Person gerne mag oder tut.

Kategorie 2: Auf Kritik und Ironie verzichten

K4: Im Umgang mit dementen Menschen sollte auf Kritik, Provokation und Belehrung verzichtet werden.

K5: Das Auslachen dementiell Erkrankter sowie der Einsatz von Ironie im Kommunikationsprozess sind verboten.

K6: Im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen müssen Drohungen, Strafen und Beschimpfungen unterlassen werden.

Kategorie 3: Stärken hervorheben/ Erfolgserlebnisse schaffen

K7: Das Hauptaugenmerk sollte auf die verbliebenen Kompetenzen und Stärken des Erkrankten gelegt werden.

K8: Auch kleine Erfolge sollten gewürdigt werden. Erfolgserlebnisse stärken das Selbstwertgefühl des Dementen.

K9: Lachen Sie gemeinsam mit der dementen Person und schenken Sie Ihr glückliche Augenblicke.

Kategorie 4: Für Regelmäßigkeit und Ruhe sorgen

K10: Feste Rituale, eine gleichbleibende Umgebung und ein strukturierter Tagesablauf schaffen Orientierung und motivieren.

K11: Sorgen Sie für Ruhe. Fernseh-, Spülmaschinen- oder Straßenlärm erschweren die Unterhaltung.

K12: Ordnung ist wichtig. Verschlossene Behälter und Schränke beunruhigen.

Kategorie 5: Gedächtnisstörungen nicht bloßstellen

K13: Lenken Sie die Aufmerksamkeit nicht auf Fehlleistungen oder Vergessenes. Dies führt lediglich zu Traurigkeit und Ärger, bringt die Erinnerung aber nicht zurück.

Kategorie 6: Wissensfragen vermeiden

K14: "Wer-wo-was-wann"-Fragen sowie "Warum-weshalb-wieso-wozu"-Fragen müssen im Umgang mit dementen Personen vermieden werden.

K15: Das Abfragen von neuem Wissen sowie das Abfragen noch vorhandenen Wissens zur Biografie des Dementen sind verboten.

K16: Das Stellen von Fragen mit nur einer richtigen Antwortmöglichkeit ist sinnlos. Besser sind offene Fragen.

Kategorie 7: Sinnesreize geben

K17: Lassen Sie wichtige Namen sowie Kernbegriffe während eines Gespräches öfter fallen und sprechen Sie darüber hinaus auch die demente Person immer mit ihrem Namen an.

K18: Versehen Sie Fotos von Verwandten und Freunden mit Namen und stellen sie diese oder auch Merk- und Notizzettel im Wohnraum der dementen Person auf.

K19: Wiederholen Sie wichtige Informationen mehrmals und geduldig bzw. sagen Sie diese in etwa in Form einer bestätigenden Frage vor.

K20: Bieten Sie Wörter an, wenn der demenziell Erkrankte nach diesen ringt oder verwenden Sie Gegenstände, auf die er zeigen kann.

K21: Alte Erinnerungen, Lebensthemen und das Anknüpfen an das, was einem Menschen wichtig war, weckt Stärken und gibt Anlass zum Gespräch.

Kategorie 8: Stimme und Körpersprache richtig einsetzen

K22: Singen Sie mit der dementen Person Lieder oder üben Sie Sprichwörter, wenn das Sprechen zunehmend schwer fällt.

K23: Sprachbegleitende Gestik und Mimik erleichtern die Verständlichkeit, wenn die Fähigkeit des Kranken, Sprache zu verstehen, bereits reduziert ist.

K24: Passen Sie Körperhaltung und Körpersprache an die der dementen Person an.

K25: Flüstern, singen oder summen Sie, um die demente Person in einer Konfliktsituation abzuregen.

Kategorie 9: Im Blickfeld bleiben

K26: Im Idealfall sollten Sie immer von vorne an die demente Person herantreten und durch ein Signal (optisch oder verbal) auf sich aufmerksam machen.

K27: Zwingen Sie der dementiell erkrankten Person keinen Körperkontakt auf und berühren Sie nur "öffentliche" Körperzonen wie Schultern, Oberarme und Hände.

K28: Blickkontakt sowie begleitende Berührungen während eines Gespräches fördern das sprachliche Verständnis des Dementen.

K29: Kündigen Sie Berührungen im Rahmen pflegerischer Aktivitäten stets im Vorfeld an.

Kategorie 10: Ernst nehmen

K30: Behandeln Sie den Dementen wie einen Erwachsenen und nehmen Sie seine Ängste und Tagesschwankungen ernst.

K31: Versuchen Sie zu beruhigen, wenn die demente Person halluziniert, aber geben Sie nicht vor, dasselbe zu sehen.

Kategorie 11: Handeln und Fragen richtig deuten

K32: Bedenken Sie bei aggressivem Verhalten, dass es sich um die Folge eines Missverständnisses handeln kann.

K33: Oft steckt hinter einem Nein die Tatsache, dass der Demente die Situation nicht versteht oder einschätzen kann.

K34: Bedenken Sie, dass sich hinter einer immer und immer wieder gestellten Frage meist eine Sorge steckt.

Kategorie 12: Tempo anpassen

K35: Passen Sie sich dem Tempo der dementen Person an und geben Sie ihr Zeit, ihre Absichten zu verstehen und zu verarbeiten.

K36: Fallen Sie dem Demenzkranken nicht vorschnell ins Wort, wenn dieser nach einer Formulierung sucht und vollenden Sie auch seinen angefangenen Satz nicht.

K37: Schlagen Sie dem Dementen ein Wort erst dann vor, wenn Sie den Eindruck haben, dass er nicht mehr von selbst draufkommt.

Kategorie 13: Kommunikationsregeln

K38: Hilfsverben wie "müssen" und "sollten" sowie Füllwörter wie "etwa" und "vielleicht" verschleiern die Absicht einer Aussage und verwirren.

K39: Sprechen Sie von "ich" und "Sie" und meiden Sie "wir" und "man" im Gespräch mit dementen Menschen.

K40: Verwenden Sie im Gespräch mit einer dementen Person Nomen statt Pronomen und verzichten Sie auf abstrakte Begriffe sowie Begriffshäufungen.

K41: Sprechen Sie mit der demenziell erkrankten Person jenen Dialekt, den sie gewohnt ist und vermeiden Sie "Babysprache".

Kategorie 14: Auf Satzbau und Pausen achten

K42: Sprechen Sie deutlich, ruhig und vermeiden Sie schwierige Wörter sowie lange Sätze.

K43: Konstruieren Sie Sätze, die nur eine Aussage enthalten und setzen Sie die wichtigste Botschaft an das Satzende.

K44: Sprechpausen erleichtern der dementen Person die gehörte Information besser zu verarbeiten.

Kategorie 15: Keine neuen Dinge lehren

K45: Akzeptieren Sie, dass Sie der dementen Person verloren gegangene Fähigkeiten nicht wieder lehren können.

Unterforschungsfrage 1.1: Wie muss der Pflegende sein Kommunikationsverhalten für die Interaktion mit Demenzpatienten laut themenspezifischer Ratgeberliteratur verändern, damit er diesen erreichen kann?

Es ist ein Grundbedürfnis des Menschen, mit anderen in Kontakt zu bleiben. Dieses Bedürfnis haben auch demente Menschen. Wenngleich sich mit dem Voranschreiten der Erkrankung eine regelrechte Sprachlosigkeit einschleicht und die Fähigkeit, Gespräche zu führen, verkümmert, hören sie im Verlauf ihrer Krankheit nie auf zu kommunizieren. Mehr als jeder andere ist ein Demenzkranker dann darauf angewiesen, dass sich sein Gegenüber auf eine veränderte Form des Austauschs einlässt, denn dementiell Erkrankte sind sehr wohl zur Kommunikation, Interaktion und Begegnung mit anderen Menschen in der Lage.

Um sie zu erreichen und ihnen begegnen zu können, muss der Pflegende einen Zugang zu ihrer aus dem Blickwinkel der „Normalität“ fremden Welt finden, schreiben Wißmann u.a. (2007). Gesellschaftlich gültige kulturelle Techniken, die auf verbaler Kommunikation und logischer Argumentation beruhen, taugen dafür nicht. (vgl. Wißmann u.a. 2007, S. 30-31) Damit der Austausch dennoch gelingt, muss der Pflegende bekannte Pfade der Kommunikation verlassen, mitgehen und sich völlig auf die Welt des dementen Menschen einlassen. Die wichtigsten Bausteine dafür sind kreative sowie körper- und sinnesbezogene Kommunikations- und Interaktionsformen. Singen, lachen, gestalten, tanzen, streicheln, Essen zelebrieren und Feste feiern werden zu zentralen Handlungsformen und einer Brücke zwischen demenziell veränderten und nicht-dementen Menschen. (vgl. Wißmann u.a. 2007, S. 31-34)

Auch Buijssen (2003) beschreibt, dass Kontakt und Kommunikation in einem weit fortgeschrittenen Demenzprozess möglich bleiben. Werden Worte nicht mehr verstanden, kann man die Hand der dementen Person halten, sie liebkosen, streicheln oder anlächeln. Immer wird der Demenzkranke zudem die Satzmelodie verstehen und sehr wohl begreifen, ob man etwas Schönes, Böses oder Trauriges sagt. Darüber hinaus kann man mit Demenzkranken kommunizieren, indem man einfach nur da ist. Die Gegenwart einer vertrauten Person gibt dem Erkrankten Sicherheit. (vgl. Buijssen 2003, S. 84)

Ebenso thematisiert Sachweh (2006), dass Betroffene irgendwann nur noch gefühlsmäßige Botschaften, die körpersprachlich transportiert werden, verstehen. Sie bringt zudem noch einen anderen Aspekt ein. Obwohl die Demenz jeden Erkrankten individuell verändert, konnte tendenziell die Entwicklung beobachtet werden, dass Menschen mit Demenz die Körpersprache anderer aktiv interpretieren. Je mehr sie die Fähigkeit verlieren, selber zu sprechen und Äußerungen zu verstehen, desto intensiver. Bei vielen Demenzpatienten konnte sogar eine gesteigerte Sensibilität für emotionale Signale festgestellt werden. Bis in weit fortgeschrittenes Krankheitsstadium wissen sie, dass ein Lächeln Entspannung, Freude oder Sympathie ausdrückt und vergessen nicht, dass Tränen ein Zeichen für Traurigkeit sind. (vgl. Sachweh 2011, S. 5).

Arens (2005) hat den kommunikativen Umgang Demenzkranker mit Emotionen untersucht. Während viele dementierende Menschen unter dem Verlust kognitiver Fähigkeiten leiden, bleiben die emotionalen Schwingungsfähigkeiten am längsten erhalten. (vgl. Borchardt & Schecker 2000; zit.n. Arens 2005, S. 173) Dabei ist der Ausdruck von Emotionen vornehmlich durch nonverbale und paraverbale Äußerungen geprägt. So machen sich dementierende Menschen steif, jammern, zeigen ein schmerzverzerrtes Gesicht, weinen oder äußern Emotionen in Form von Umarmungen. (vgl. Arens 2005, S. 163)

Für einen dementen Menschen ist jede Begegnung, so Defersdorf (2003), wieder ein Erstkontakt. Dieser kann ritualisiert werden, indem der Pflegende nach der A-A-A-Regel immer wieder neu mit ihm in Kontakt tritt. Das A-A-A steht für das Ansprechen mit dem Namen, das Ansehen und das Atmen. Die Ansprache mit Namen sollte auf Augenhöhe geschehen. Reagiert die demente Person nicht darauf, kann der Schritt wiederholt und durch eine Berührung verstärkt werden. Der darauf folgende Blickkontakt verstärkt die Einladung zur Kontaktaufnahme. Dem folgt ein bewusster Atemzug. Dieser gibt insbesondere der Pflegeperson die Zeit, sich zu sammeln und lässt die Stimme klar, fest und warm wirken. (vgl. Leuthe 2009, S. 73-74; zit.n. Defersdorf 2003, S. 77-85)

12. Resümee

Vieles, was ein dementer Mensch empfindet und sagt, bezieht sich auf ferne Erinnerungen. Gehen sie ihm entgegen! Mit dieser simplen Aussage kann zusammengefasst werden, was hunderte Publikationen zum kommunikativen Umgang mit demenziell veränderten Menschen implizieren.



Abb. 5: Begegnen

Die Zielstellung dieser Arbeit beruhte auf der Erstellung eines Ratgebers zur Verbesserung des kommunikativen Umgangs mit dementen Menschen. Entstanden sind 45 Konstruktionen aus insgesamt 115 Expertenratschlägen, die den Kommunikationsprozess zwischen einer dementen Person und ihrem Gegenüber erleichtern können. Im Folgenden sind diese noch einmal zusammengefasst dargestellt:

1: Halten Sie Ihre eigenen Gefühle im Zaum, wenn die demente Person aggressiv oder gereizt reagiert und gehen Sie so Streit aus dem Weg.	K2: Auch wenn es schwer fällt, sollte Verständnis für verletzte und angriffslustige Äußerungen der demenziell erkrankten Person aufgebracht werden.	K3: Setzen Sie bei aggressivem Verhalten auf die Strategie der Ablenkung. Schlagen Sie etwas vor, dass die demente Person gerne mag oder tut.
K4: Im Umgang mit dementen Menschen sollte auf Kritik, Provokation und Belehrung verzichtet werden.	K5: Das Auslachen demenziell Erkrankter sowie der Einsatz von Ironie im Kommunikationsprozess sind verboten.	K6: Im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen müssen Drohungen, Strafen und Beschimpfungen unterlassen werden.
K7: Das Hauptaugenmerk sollte auf die verbliebenen Kompetenzen und Stärken des Erkrankten gelegt werden.	K8: Auch kleine Erfolge sollten gewürdigt werden. Erfolgserlebnisse stärken das Selbstwertgefühl des Dementen.	K9: Lachen Sie gemeinsam mit der dementen Person und schenken Sie Ihr glückliche Augenblicke.
K10: Feste Rituale, eine gleichbleibende Umgebung und ein strukturierter Tagesablauf schaffen Orientierung und motivieren.	K11: Sorgen Sie für Ruhe. Fernseh-, Spülmaschinen- oder Straßenlärm erschweren die Unterhaltung.	K12: Ordnung ist wichtig. Verschlossene Behälter und Schränke beunruhigen.

<p>K13: Lenken Sie die Aufmerksamkeit nicht auf Fehlleistungen oder Vergessenes. Dies führt lediglich zu Traurigkeit und Ärger, bringt die Erinnerung aber nicht zurück.</p>	<p>K14: "Wer-wo-was-wann"-Fragen sowie "Warum-weshalb-wieso-wozu"-Fragen müssen im Umgang mit dementen Personen vermieden werden.</p>	<p>K15: Das Abfragen von neuem Wissen sowie das Abfragen noch vorhandenen Wissens zur Biografie des Dementen sind verboten.</p>
<p>K16: Das Stellen von Fragen mit nur einer richtigen Antwortmöglichkeit ist sinnlos. Besser sind offene Fragen.</p>	<p>K17: Lassen Sie wichtige Namen sowie Kernbegriffe während eines Gesprächs öfter fallen und sprechen Sie darüber hinaus auch die demente Person immer mit ihrem Namen an.</p>	<p>K18: Versehen Sie Fotos von Verwandten und Freunden mit Namen und stellen sie diese oder auch Merk- und Notizzettel im Wohnraum der dementen Person auf.</p>
<p>K19: Wiederholen Sie wichtige Informationen mehrmals und geduldig bzw. sagen Sie diese in etwa in Form einer bestätigenden Frage vor.</p>	<p>K20: Bieten Sie Wörter an, wenn der demenziell Erkrankte nach diesen ringt oder verwenden Sie Gegenstände, auf die er zeigen kann.</p>	<p>K21: Alte Erinnerungen, Lebensthemen und das Anknüpfen an das, was einem Menschen wichtig war, weckt Stärken und gibt Anlass zum Gespräch.</p>
<p>K22: Singen Sie mit der dementen Person Lieder oder üben Sie Sprichwörter, wenn das Sprechen zunehmend schwer fällt.</p>	<p>K23: Sprachbegleitende Gestik und Mimik erleichtern die Verständlichkeit, wenn die Fähigkeit des Kranken, Sprache zu verstehen, bereits reduziert ist.</p>	<p>K24: Passen Sie Körperhaltung und Körpersprache an die der dementen Person an.</p>
<p>K25: Flüstern, singen oder summen Sie, um die demente Person in einer Konfliktsituation abzuregen.</p>	<p>K26: Im Idealfall sollten Sie immer von vorne an die demente Person herantreten und durch ein Signal (optisch oder verbal) auf sich aufmerksam machen.</p>	<p>K27: Zwingen Sie der demenziell erkrankten Person keinen Körperkontakt auf und berühren Sie nur "öffentliche" Körperzonen wie Schultern, Oberarme und Hände.</p>
<p>K28: Blickkontakt sowie begleitende Berührungen während eines Gesprächs fördern das sprachliche Verständnis des Dementen.</p>	<p>K29: Kündigen Sie Berührungen im Rahmen pflegerischer Aktivitäten stets im Vorfeld an.</p>	<p>K30: Behandeln Sie den Dementen wie einen Erwachsenen und nehmen Sie seine Ängste und Tagesschwankungen ernst.</p>
<p>K31: Versuchen Sie zu beruhigen, wenn die demente Person halluziniert, aber geben Sie nicht vor, dasselbe zu sehen.</p>	<p>K32: Bedenken Sie bei aggressivem Verhalten, dass es sich um die Folge eines Missverständnisses handeln kann.</p>	<p>K33: Oft steckt hinter einem Nein die Tatsache, dass der Demente die Situation nicht versteht oder einschätzen kann.</p>
<p>K34: Bedenken Sie, dass sich hinter einer immer und immer wieder gestellten Frage meist eine Sorge steckt.</p>	<p>K35: Passen Sie sich dem Tempo der dementen Person an und geben Sie ihr Zeit, ihre Absichten zu verstehen und zu verarbeiten.</p>	<p>K36: Fallen Sie dem Demenzkranken nicht vorschnell ins Wort, wenn dieser nach einer Formulierung sucht und vollenden Sie auch seinen angefangenen Satz nicht.</p>
<p>K37: Schlagen Sie dem Dementen ein Wort erst dann vor, wenn Sie den Eindruck haben, dass er nicht mehr von selbst draufkommt.</p>	<p>K38: Hilfsverben wie "müssen" und "sollten" sowie Füllwörter wie "etwa" und "vielleicht" verschleiern die Absicht einer Aussage und verwirren.</p>	<p>K39: Sprechen Sie von "ich" und "Sie" und meiden Sie "wir" und "man" im Gespräch mit dementen Menschen.</p>
<p>K40: Verwenden Sie im Gespräch mit einer dementen Person Nomen statt Pronomen und verzichten Sie auf abstrakte Begriffe sowie Begriffshäufungen.</p>	<p>K41: Sprechen Sie mit der demenziell erkrankten Person jenen Dialekt, den sie gewohnt ist und vermeiden Sie "Babysprache".</p>	<p>K42: Sprechen Sie deutlich, ruhig und vermeiden Sie schwierige Wörter sowie lange Sätze.</p>
<p>K43: Konstruieren Sie Sätze, die nur eine Aussage enthalten und setzen Sie die wichtigste Botschaft an das Satzende.</p>	<p>K44: Sprechpausen erleichtern der dementen Person die gehörte Information besser zu verarbeiten.</p>	<p>K45: Akzeptieren Sie, dass Sie der dementen Person verloren gegangene Fähigkeiten nicht wieder lehren können.</p>

All diese 45 Konstruktionen erleichtern die Kommunikation mit dementen Menschen. Mehr noch. Durch den bewusst achtsamen Einsatz dieser Ratschläge wandeln sich das Handeln und die begleitende Person selbst. Eine solche Persönlichkeitsformung kann die Grundlage für eine neue Qualität in der Begleitung von dementen Menschen sein.

Allerdings funktioniert der Einsatz dieser Konstruktionen nur dann, wenn die Fähigkeit des Erkrankten, Gespräche zu führen, noch nicht verkümmert ist. Eine andere Ausgangssituation ist gegeben, wenn sich durch die Krankheit bereits eine regelrechte Sprachlosigkeit eingeschlichen hat. Auf den ersten Blick gestaltet sich ein Austausch mit solchen Patienten dann als schwierig bis unmöglich. Doch die Realität ist eine andere. Dementiell Erkrankte sind sehr wohl zur Kommunikation, Interaktion und Begegnung mit anderen Menschen in der Lage. Essenziell dafür ist lediglich der Wille des Pflegenden, sich auf eine veränderte Form der Interaktion einzulassen.

Grob gesagt kommt es zu einem Wandel von verbaler zu nonverbaler Kommunikation. Die Bausteine dafür sind kreative sowie körper- und sinnesbezogene Interaktionsformen. Denn obwohl dementierende Menschen unter dem Verlust kognitiver Fähigkeiten leiden, bleiben emotionale Schwingungsfähigkeiten erhalten. Singen, lachen, gestalten, tanzen und streicheln werden zu zentralen Handlungsformen und zu einer Brücke zwischen Gesundem und Krankem. Immer wird der Demenzkranke zudem die Satzmelodie seines Gegenübers verstehen und begreifen, ob etwas Schönes, Böses oder Trauriges gesagt wird. Bis in weit fortgeschrittene Krankheitsstadien wissen Demenzpatienten, dass ein Lächeln Entspannung, Freude oder Sympathie ausdrückt und Tränen ein Zeichen für Traurigkeit sind. Darüber hinaus kann man mit Demenzkranken kommunizieren, indem man einfach nur da ist. Die Gegenwart einer vertrauten Person gibt dem Erkrankten Sicherheit.

Wir Menschen erachten die Fähigkeit des Sprechens als etwas Selbstverständliches und neigen dazu, den eigenen Äußerungsstil als unveränderbar anzusehen. Das Ergebnis dieser Magisterarbeit soll zeigen, dass die Sprechweise im Interaktionsprozess mit einem dementiell erkrankten Menschen bewusst gewandelt werden muss. Etwas, das nur gelingt, wenn wir alle Sinne, vor allem aber den Hör- und Sehsinn schärfen und eine feine Beobachtungsgabe entfalten. Experten gehen davon aus, dass sich die Zahl der Demenzpatienten in den kommenden 20 Jahren verdoppelt. Damit verdoppelt sich auch die Anzahl der Begleitpersonen alternder und dementer Menschen. Immer mehr wird es deshalb zur Aufgabe der Gesellschaft sowie einer Schlüsselqualifikation in der Altenpflegeausbildung, Wert auf die Ausformung der Sinne und auf einen bewussteren Einsatz nonverbaler Kommunikation zu legen.

13. Quellenverzeichnis

13.1. Literaturverzeichnis

Arens, Frank (2005). Kommunikation zwischen Pflegenden und dementierenden alten Menschen. Eine qualitative Studie. Mabuse-Verlag. Frankfurt/Main.

Argyle, Michael (2002). Körpersprache und Kommunikation. Das Handbuch zur nonverbalen Kommunikation. 8. Auflage. Junfermann. Paderborn.

Baltes, Paul P. (2007). Alter(n) als Balanceakt. Im Schnittpunkt von Fortschritt und Würde. In: Gruss, P. (Hrsg.): Die Zukunft des Alters. Beck, München, 15-34.

Bauer, Joachim (1994). Die Alzheimer-Krankheit: Neurobiologie, Psychosomatik, Diagnostik und Therapie. Schattauer. Stuttgart und New York.

Bohnes, Heike (2010). Auswirkungen der Demenz auf zwischenmenschliche Beziehungen. Die Möglichkeiten der Kommunikation mit einem Demenzerkrankten. PRO PflegeManagement Verlag. Bonn. (Broschiert)

Borchardt, Dietrich & Schecker Michael (2000). „Stadien und Verlauf der Alzheimer-Krankheit“, in: Hock, C./ Hüll, M./ Schecker, M. (Hrsg.): Die Alzheimer-Krankheit. Narr-Verlag. Tübingen.

Bourgeois, Michelle S. & Hickey, Ellen (2009). Dementia. From Diagnosis to Management – A functional Approach. Taylor/Francis. New York.

Böhme, Gerhard (2008). Förderung der kommunikativen Fähigkeiten bei Demenz. Verlag Hans Huber. Bern.

Brinker, Klaus (2000). Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. Gruyter Verlag. Berlin.

Buijssen, Huub (2003). Demenz und Alzheimer verstehen – mit Betroffenen leben. Ein praktischer Ratgeber. Beltz Verlag. Weinheim, Basel und Berlin.

Buijssen, Huub (1994). Senile Demenz. Eine praktische Anleitung für den Umgang mit Alzheimer-Patienten. Beltz Verlag. Weinheim.

Burkart, Roland (2002). Kommunikationswissenschaft. Grundlagen und Problemfelder. Umriss einer interdisziplinären Sozialwissenschaft. 4. Auflage. Böhlau Verlag. Wien.

Cayton, Harry (1999). Alzheimer Europe. Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer-Patienten. Hrsg. von Alzheimer Europe. Stuttgart.

Defersdorf, Roswitha (2000). Deutlich Reden wirksam handeln. Kindern zeigen, wie Leben geht. Herder. Freiburg, Basel und Wien.

Defersdorf, Roswitha (2003). Frischer Wind in der Partnerschaft. Besser miteinander reden. Herder. Freiburg, Basel und Wien.

Engel, Sabine (2006). Alzheimer und Demenzen – Unterstützung für Angehörige. Die Beziehung erhalten mit dem neuen Konzept der einfühlsamen Kommunikation. Trias Verlag. Stuttgart.

Feil, Naomi (1993). Ausbruch in die Menschenwürde. Altern & Kultur. Wien.

Feil, Naomi (1999). Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 5. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag. München und Basel.

Feil, Naomi (2007). Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen. 5. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag. München und Basel.

Flatz, Thomas & Öhlinger, Rudolf & Schneider, Remo (2004). Demenzgerechte Pflege. Pflege und Betreuung, Kommunikation, Lebensraumgestaltung. Ein praxisorientierter Leitfaden für Angehörige und Pflegenden sowie Leiter von Demenz- und Pflegeeinrichtungen. Neuer Wissenschaftlicher Verlag. Wien und Graz.

Förstl, Hans & Kleinschmidt, Carola (2009). Das Anti-Alzheimer-Buch. Ängste, Fakten, Präventionsmöglichkeiten. Kösel-Verlag. München.

Förstl, Hans & Maelicke, Alfred & Weichel, Claus (2005). Demenz. Taschenatlas spezial. Thieme-Verlag. Stuttgart.

Geiger, Arno (2011). Der alte König in seinem Exil. Carl Hanser Verlag. München.

Geisler, Linus (1992). Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege. 3. Auflage. Pharma Verlag. Frankfurt/Main.

Gümmer, Martina & **Döring**, Joachim (1996). Im Labyrinth des Vergessens. Hilfe für Altersverwirrte und Alzheimerkranke. 2. Auflage. Psychiatrie-Verlag. Bonn.

Haberstroh, Julia & **Neumeyer**, Katharina & **Pantel**, Johannes (2011). Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegenden. Springer Medizin Verlag. Berlin. Heidelberg.

Hofmann, Christina (2012). Wir sind in Kontakt miteinander! Aktivierung von Menschen mit schwerer Demenz. Schlütersche Verlagsgesellschaft. Hannover.

Kochendörfer, Günter (1998). Sprachverarbeitung bei Alzheimer-Demenz. Hypothesen aus neuronalen Modellen. Gunter Narr Verlag. Tübingen.

Krämer, Günter (2000). Alzheimer-Krankheit. Antworten auf die häufigsten Fragen. Hilfreiche Informationen für Interessierte und Betroffene. Trias-Verlag. Stuttgart.

Kreitmayr, Veronika (2004). Alltagsaktivitäten bei Demenzen des Alzheimer-Typs. Der Zusammenhang zwischen subjektiver Fremdeinschätzung und objektiven kognitiven Testverfahren. Dipl.-Arbeit an der Universität Wien.

Kulbe, Annette (2009). Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik: Lehrbuch für Pflegeberufe. 2. Auflage. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.

Leuthe, Friederike (2009). Richtig sprechen mit dementen Menschen. Reinhardt-Verlag. München.

Lewandowski, Theodor (1994). Linguistisches Wörterbuch 2. 6. Auflage. Quelle & Meyer. Heidelberg. Wiesbaden.

Litzka, Traude & Michael **Rath** & Elisabeth **Seligo** (2007). In einer anderen Welt. Wegweiser für Begleiter altersdementer Menschen. Böhlau-Verlag. Wien.

Maier, Wolfgang & **Schulz**, Jörg B. & **Weggen**, Sascha & **Wolf**, Stefanie (2010). Alzheimer & Demenzen verstehen. Diagnose, Behandlung, Alltag, Betreuung. Trias-Verlag. Stuttgart.

Maletzke, Gerhard (1963). Psychologie der Massenkommunikation. Hamburg.

Mayring, Philipp (2003). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Auflage. Beltz Verlag. Weinheim und Basel.

Mayring, Philipp (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Beltz Verlag. Weinheim und Basel.

Mielke, Rüdiger & **Kessler**, Josef (1994). Alzheimersche Erkrankung und andere Demenzen. Hogrefe-Verlag. Göttingen.

Oehmen, Stefan (1999). Pflegebeziehungen gestalten. Über den Umgang mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen im häuslichen Umfeld. Kohlhammer-Verlag. Stuttgart.

Oesterreich, K. & **Wagner**, O. (1982). Psychopathologie des Alterns und der Voralterung – Historische Entwicklung der Begriffsbildung. Zeitschrift für Gerontologie, 15, 314-320.

Pross, Harry (1972). Medienforschung. Darmstadt.

Roth, M. Volkbert (1989). Kommunikation trotz gestörter Sprache. Aphasie – Demenz – Schizophrenie. Gunter Narr Verlag. Tübingen.

Sachweh, Svenja (2011). Die besten Tipps für die nonverbale Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Wie der bewusste Einsatz nonverbaler Kommunikation herausforderndes Verhalten verhindern kann. PRO PflegeManagement-Verlag. Bonn. (Broschiert)

Sachweh, Svenja (2008). Spurenlesen im Sprachdschungel. Kommunikation und Verständigung mit demenzkranken Menschen. Huber-Verlag. Bern.

Sachweh, Svenja (2006). "Noch ein Löffelchen?" Effektive Kommunikation in der Altenpflege. 2. Auflage. Huber-Verlag. Bern.

Steiner, Jürgen (2010). Sprachtherapie bei Demenz. Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis. Ernst Reinhardt Verlag. München und Basel.

Stollorz, Volker (2012). Die Katastrophe im Kopf. In: Stern. Nr. 6 vom 2. Februar 2012. S. 50-51.

Tönnies, Inga (2007). Abschied zu Lebzeiten. Wie Angehörige mit Demenzkranken leben. Balance-Buch-und-Medien-Verlag. Bonn.

Watzlawick, Paul & Beavin, Janet H. & Jackson, Don D. (2007). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 11. Auflage. Verlag Hans Huber. Bern.

Weih, Markus (2011). Wie war das noch mal? Lernen, Vergessen und die Alzheimer-Krankheit. Verlag Hans Huber. Bern.

Wißmann, Peter (2005). Wenn Sprache nicht mehr ankommt. Zugang finden zu Menschen mit Demenz. In: Pflegen ambulant. 16, (4), 33-36.

Wißmann, Peter u.a. (2007). Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Demenzkranken begegnen. Verlag Hans Huber. Bern.

13.2. Internetverzeichnis

Krankheitsverlauf, URL:

http://www.merz.de/presse/pb_zns/pb_zns_pressemappen/alzheimer_1/verlauf_1/index.jsp, zugegriffen am 22. März 2012

Veränderungen im Gehirn, URL:

http://www.alz.org/brain_german/09.asp, zugegriffen am 20. Mai 2012

Ursache Alter, URL:

http://www.netdokter.at/sprechstunde/interview_dalbianco.htm, zugegriffen am 1. Juli 2012

13.3. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Atrophie des Gehirns bei AD, URL:

<http://www.ebn24.com/?id=35355>, zugegriffen am 17. April 2012.....S. 22

Abb. 2: Entwicklung in Österreich, URL:

<http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/veranstaltungen/ausstellungen/ganzeleben/pdf/ausstellung-geriatriekonzept-02.pdf>, zugegriffen am 30. März 2012S. 29

Abb. 3: Krankheitsverlauf, URL:

http://www.merz.de/presse/pb_zns/pb_zns_pressemappen/alzheimer_1/verlauf_1/index.jsp, zugegriffen am 22. März 2012.....S. 30

Abb. 4: Der „vierohrige Empfänger“ (Schulz von Thun), URL:

http://www.hyperkommunikation.ch/todesco/vortraege/basel_spital2.htm, zugegriffen am 20. Mai 2011
.....S. 38

Abb.5: Begegnen, URL:

<http://www.demenz-kompakt.com/Validation.php?xid=ms-DEZ>, zugegriffen am 10. Oktober 2012.....S. 111

13.4. Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Gelassenheit.....S. 75

Tab. 2: Ironie.....S. 77

Tab. 3: Erfolgserlebnisse.....S. 79

Tab. 4: Regelmäßigkeit.....S. 81

Tab. 5: Gedächtnisstörungen.....S. 83

Tab. 6: Wissensfragen.....S. 84

Tab. 7: Sinnesreize.....S. 86

Tab. 8: Körpersprache.....	S. 89
Tab. 9: Blickfeld.....	S. 91
Tab. 10: Ernst nehmen.....	S. 94
Tab. 11: Fragen.....	S. 95
Tab. 12: Tempo.....	S. 96
Tab. 13: Kommunikationsregeln.....	S. 98
Tab. 14: Satzbau.....	S. 100
Tab. 15: Energieverschwendung.....	S. 102

14. Anhang

14.1. Mini-Mental-Status-Test

		Richtige	
		Antwort = 1	Total
		Punkt	Punkte
<hr/>			
<i>Orientierungsvermögen</i>			
1. Fragen Sie nach:	Jahr	.....	1
	Jahreszeit	.....	1
	Monat	.....	1
	Datum	.....	1
	Wochentag	.....	1
2. Fragen Sie nach:	Staat	.....	1
	Bundesland	.....	1
	Stadt bzw. Ortschaft	.....	1
	Spital	.....	1
	Stockwerk	.....	1
<hr/>			
<i>Merkfähigkeit</i>			
3. Nennen Sie 3 Gegenstände (z.B. Uhr, Schilling, Boot). Der Patient soll sie wiederholen (1 Punkt für jede korrekte Antwort). Wiederholen Sie die 3 Begriffe, bis der Patient alle gelernt hat.		.....	3
<hr/>			
<i>Aufmerksamkeit und Rechnen</i>			
4. Beginnend mit 100, jeweils 7 subtrahieren (1 Punkt für jede korrekte Antwort; Stopp nach 5 Antworten). Andere Möglichkeit: Lassen Sie ein Wort mit 5 Buchstaben rückwärts buchstabieren (z.B. WIESE).		.....	5
<hr/>			

Erinnerungsfähigkeit

5. Fragen Sie nach den Namen der unter (3) genannten Gegenstände (1 Punkt für jeden richtigen Begriff). 3

Sprachvermögen und Verständnis

6. Zeigen Sie einen Bleistift und eine Uhr. Der Patient soll diese benennen (1 Punkt pro richtiger Antwort). 2

7. Lassen Sie nachsprechen: "Bitte kein Wenn und Aber." 1

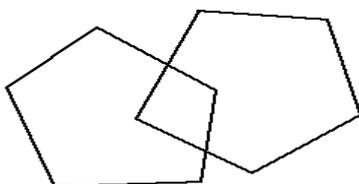
8. Lassen Sie eine 3teilige Anweisung ausführen, z.B. "Nehmen Sie das Blatt Papier in die rechte Hand, falten Sie es in der Mitte und legen Sie es auf den Boden" 3

9. Der Patient soll folgende auf einem Blatt (groß!) geschriebene Aufforderung lesen und sie befolgen: "Schließen Sie die Augen." 1

10. Lassen Sie den Patienten einen Satz eigener Wahl schreiben: mit Subjekt und Prädikat; soll einen Sinn ergeben. (Bei der Bewertung spielen Schreibfehler keine Rolle.) 1

11. Lassen Sie den Patienten unten stehende Abb. nachzeichnen (1 Punkt, wenn alle Seiten und Winkel richtig sind und die Überschneidungen ein Viereck bilden). 1

Total Punkte **30**



Danksagung!

Wer Diplomarbeit schreibt, braucht ein Thema, ein Ziel und einen langen Atem. Wer Diplomarbeit schreibt, braucht vor allem aber Menschen, die durch ihre Motivationsarbeit dazu beitragen, dass das Ziel vor Augen sichtbar bleibt.

Danke an alle, die dazu beigetragen haben!

Danke an Herrn Professor Fritz Hausjell!