



Mehr als Worte

Gelingende Kommunikation
mit Menschen mit Demenz

Eine Publikationsreihe der



**Regionalbüros
Alter, Pflege und Demenz**

Eine gemeinsame Initiative zur Strukturentwicklung der
Landesregierung und der Träger der Pflegeversicherung NRW

Gefördert von:

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



LANDESVERBÄNDE
DER PFLEGEKASSEN

PKV
Verband der Privaten
Krankenversicherung

Inhalt

Einleitung	4
1. Das Krankheitsbild Demenz	5
1.1 Was ist Demenz?	5
1.2 Demenzformen und Krankheitsverlauf	6
2. Demenz und Kommunikation – wie sich die Krankheit auf die Kommunikation auswirkt	9
2.1 Das Gedächtnis	9
2.2 Kommunikationsfresser	10
2.3 Sozialer Rückzug	15
2.4 Krise	16
3. Innere Haltung und Kommunikation mit Menschen mit Demenz	19
3.1 Demenz und kommunikative Erreichbarkeit	19
3.2 Person, Würde und Wertschätzung	20
3.3 Stärken, nicht schwächen	21
3.4 Würdigen, was ist	22
3.5 Das große UND	23
3.6 Sich würdigen	25
3.7 Wahrhaftigkeit	26
3.8 Humor	27
3.9 Mut zum Experimentieren und Improvisieren	28
3.10 Erst andocken, dann kommunizieren	29
4. Hilfreiche Modelle für die Kommunikation und ihre Umsetzung	30
4.1 Das unterschiedliche Zeiterleben	31
4.2 Sinnliche Kommunikation und Bewertungstraining	32
4.3 Sinnliche Kommunikation und Spürende Begegnungen	34
4.4 Gefühlswürdigung und Validation	38
4.5 Wertschätzende Kommunikation	40
4.6 Die eigenen Resonanzen achten	42
4.7 Triangel	43

5. Demenz und (Sinnes-)Beeinträchtigungen: Besondere Herausforderungen und Ansätze für die Kommunikation	45
5.1 Kommunikation mit Menschen mit Hörbehinderung und Demenz	46
5.2 Sehbehinderung und Demenz	51
5.3 Taubblindheit, Hörsehbehinderung und Demenz	54
5.4 Aphasie bei Menschen mit Demenz	55
6. Die Gestaltung kultursensibler Kommunikation mit Menschen mit Demenz	59
6.1 Was ist Kultur?	59
6.2 Welche Kommunikationsmodelle gibt es im Kontext Kultur?	60
6.3 Wie beeinflusst eine demenzielle Veränderung die kultursensible Kommunikation?	61
6.4 Fremde Sprache	62
6.5 Fremde Welt	62
6.6 Wie können kulturspezifische Missverständnisse in der Praxis verringert werden?	64
6.7 Was bedeutet dies für die Begegnung mit Menschen mit Demenz und Migrationsgeschichte?	66
7. Türöffner für eine gelingende Kommunikation mit Menschen mit Demenz	68
7.1 Türöffner für die Kommunikation: Begegnung mit der Natur	68
7.2 Hunde als Türöffner in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz	72
7.3 Technische Hilfsmittel als Türöffner für Kommunikation	75
7.4 Musik öffnet die Herzen von Menschen mit Demenz	80
8. Wie geht es weiter?	85
Autor*innenverzeichnis	86
Literaturverzeichnis	88
Das sind wir	92
Das wollen wir erreichen	92
Das bieten wir an	92
Impressum	95

Einleitung

Die Begleitung von Menschen mit Demenz kann für alle Beteiligten mit hohen Anforderungen einhergehen und auch Schwierigkeiten umfassen. Dabei kommt es gerade im Bereich der Kommunikation immer wieder zu Missverständnissen und Konflikten. Wie schnell es dazu kommen kann, soll ein Beispiel verdeutlichen, das so oder so ähnlich in der Praxis immer wieder vorkommt. Darin berichtet die Honorarkraft einer Senioreneinrichtung von einer Situation, die sie auf dem Weg zum Einsatzort beobachtete:

Eine alte Dame, 94 Jahre alt, mit fortgeschrittener Demenz steht im Flur vor dem Aufzug und ruft mit weinerlicher, kindlicher Stimme immerfort: „Ich will zu meiner Mama, ich muss nach Hause, Mama, Mama!“ Es ist erst einmal niemand in der Nähe, der reagiert, der versucht, zu beruhigen und die spürbare Not zu lindern. Mit einem Mal stürmt dann eine Pflegekraft aus dem Dienstzimmer und „herrscht“ die Dame heftig an: „Also Frau Marks, jetzt ist Schluss! Sie sind 94 Jahre alt, was meinen Sie denn, wo Ihre Mutter jetzt ist? Auf dem Friedhof können Sie die besuchen und jetzt ist hier Ruhe!“ Nach diesen Worten verschwand die Pflegekraft wieder im Dienstzimmer. Nach einem Moment, der einer Schockstarre glich, brach die alte Dame dann in ein haltloses Weinen aus und rief immer wieder: „Mama, Mama, meine Mama ist tot!“ Eine spätere Nachfrage ergab: Die alte Dame konnte sich nicht mehr beruhigen. Es musste ein Arzt gerufen werden, der ihr eine Beruhigungsspritze gab, und die alte Dame ist erst danach vor Erschöpfung eingeschlafen.

Dieses Beispiel zeigt deutlich, wie wichtig soziale und emotionale Kompetenzen in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz sind und welche negativen Auswirkungen Kommunikationsschwierigkeiten mit sich bringen können. In einer einzelnen Situation können verschiedene problematische Faktoren aufeinandertreffen. Damit diese und ähnliche Probleme verhindert werden können, benötigt man neben einem grundlegenden Verständnis von Kommunikation aber auch Wissen über Demenz und das Verhalten demenziell veränderten Menschen. Dies sind Voraussetzungen für eine angemessene, einfühlsame, ressourcenorientierte Kommunikation. Mittlerweile gibt es viele unterschiedliche Ansätze, mit denen man die Kommunikation mit Menschen mit Demenz positiv und gemeinsam gestalten kann. Diese Broschüre möchte Ihnen diese Ansätze vermitteln und Tipps für die Kommunikation geben.

Gelingende Kommunikation mit Menschen mit Demenz muss die Betroffenen da abholen, wo sie sich emotional und gedanklich gerade befinden. Die situative Realitätsebene des Menschen mit Demenz bestimmt den Kommunikationsverlauf. Ganz wesentlich dafür ist die Haltung, die das Gegenüber von Menschen mit Demenz entwickeln muss. Die Bereitschaft, sich mit Wertschätzung, Achtsamkeit, Empathie, Echtheit und Kongruenz einzufühlen und einzulassen auf das, was emotional-inhaltlich vom Menschen mit Demenz gesendet wird, ist der Schlüssel für gelingende Kommunikation mit von Demenz Betroffenen. Verbale Äußerungen dürfen nie ohne Berücksichtigung der nonverbalen Kommunikationskanäle und den Subtext, also das, was „zwischen den Zeilen“ ausgedrückt wird, wahrgenommen werden. Gefühle und Resonanzen, die mitschwingen, die als Gegenüber wahrgenommen werden in den Äußerungen von Menschen mit Demenz bestimmen die Reaktion und die Aussagen.

Fragen, die die Broschüre beantworten will:

- ✓ Wie wird Kommunikation durch Demenz beeinflusst und beeinträchtigt?
- ✓ Welche Rolle spielen Haltung und Emotionen für die Kommunikation?
- ✓ Welche Konzepte sind für eine gelingende Kommunikation hilfreich?
Wie können diese praktisch umgesetzt werden?
- ✓ Welche weiteren (Sinnes-)Beeinträchtigungen können in diesem Kontext hinzukommen und wie geht man mit diesen um?
- ✓ Wie kann ich Kommunikation über gemeinsame Aktivitäten initiieren?

Antworten auf diese Fragen gibt Ihnen die Broschüre mithilfe anwendungsorientierter Tipps und Fallbeispielen. Zudem finden Sie immer wieder Verweise auf weiterführende Materialien und Medien, die Ihnen künftig als Wissensquelle dienen können.

1. Das Krankheitsbild Demenz

Dr. Gabriele Frick-Baer und Dr. Udo Baer

1.1 Was ist Demenz?

Demenz ist zunächst einmal ein Sammelbegriff für unterschiedliche Krankheitsbilder, die in Deutschland sehr verbreitet sind (Stechl et al. 2012). Von demenziellen Veränderungen sind ca. 1,6 Millionen Menschen betroffen. Der Anstieg der Diagnosen an demenziellen Veränderungen in den Altersgruppen zwischen 60 und 90 Jahren ist exponentiell. Von den 60-Jährigen ist rund ein Prozent betroffen, bei den (über) 90-Jährigen ein Drittel (Bickel 2018). Die Sterberaten der Menschen mit Demenz sind im Vergleich zu den gleichaltrigen, nicht dementen Menschen um das Zwei- bis Dreifache erhöht. Eine Überlebenszeit, also die Zeit zwischen dem Beginn der Demenz und dem Tod, kann nicht allgemeingültig angegeben werden. Die häufig genannte mittlere Krankheitsdauer von sechs Jahren variiert je nach Alter. Erkrankten Menschen mit 60 Jahren an einer spezifischen Form der Demenz, der Alzheimer-Demenz, beträgt ihre mittlere Überlebenszeit zehn Jahre, wenn sie 75 Jahre alt sind, sind es sechs Jahre; mit 85 Jahren vier Jahre und später noch kürzer (Bickel 2018).

In der Diagnostik der „International Classification of Diseases and Related Health Problems“ (kurz: ICD), in der alle Krankheitsbilder allgemeingültig erfasst werden, wird die Demenz nicht als spezifische Erkrankung, sondern als Syndrom bezeichnet. Syndrome sind Bündel von bestimmten Symptomen, die jeweils in unterschiedlichen Ursachen wurzeln können. Um entsprechend der ICD-10 (Dilling et al. 2015) eine Demenz zu diagnostizieren, sind folgende vier Merkmale notwendig:

- 1 a. Beim Lernen neuer Informationen nimmt das Gedächtnis ab und in schwereren Fällen wird auch die Erinnerung an früher erlernte Informationen beeinträchtigt.
- 1 b. Andere kognitive Fähigkeiten nehmen ab. Offensichtlich wird dies durch eine verminderte Urteilsfähigkeit und ein vermindertes Denkvermögen. Die Merkmale 1 und 2 beeinträchtigen die täglichen Aktivitäten, die Leistungsfähigkeit im Alltag wird verringert.
2. Die Wahrnehmung der Umgebung bleibt weiter erhalten. Es liegen also keine Bewusstseinsstörungen vor.
3. Die Betroffenen sind emotional labil, reizbarer als vorher oder apathisch und ihr Sozialverhalten „vergrößert“ sich.
4. Das erste Merkmal sollte mindestens sechs Monate vorhanden sein, damit eine Demenz diagnostiziert werden kann.

1.2 Demenzformen und Krankheitsverlauf

Bereits im Unterkapitel 1.1 wurde deutlich, dass es unterschiedliche Demenzformen gibt. Den allermeisten von ihnen gemein ist, dass sie in ihrem Verlauf irreversibel sind, was auch Auswirkungen auf den Umgang mit der Beeinträchtigung bzw. der Therapie hat.

Häufig werden demenzielle Veränderungen angesichts der vielfachen Ursachen in primäre und sekundäre Demenzen unterteilt (Darnstädt 2008). Unter primäre Demenzen fallen hauptsächlich zwei Formen: Zum einen solche, die durch eine Degeneration von Nervenzellen im Gehirn entstehen und zum Zweiten nicht degenerative Demenzen, die durch andere Erkrankungen hervorgerufen werden und bei Behandlung zum Teil heilbar sind (Kastner & Löbach 2014). Sekundäre Demenzen haben ihre Ursachen meist nicht im Gehirn und werden durch andere Krankheitsfaktoren ausgelöst. Je nach vorliegender Ursache kann bei Durchführung einer Behandlung die Beeinträchtigung zum Teil oder vollständig zurückgebildet werden (Bickel & Weyerer 2006). Zu behandelbaren Ursachen gehören vor allem schwere Depressionen, substanzinduzierte Störungen unter anderem durch Medikamente oder Alkohol, Stoffwechselstörungen oder intrakranielle Erkrankungen. In diesem Zusammenhang ist keine genaue Angabe zum Anteil der potenziell reversiblen Störungen aller Demenzarten möglich, was vor allem in diagnostischen Schwierigkeiten begründet liegt (Weyerer & Bickel 2006). Im Folgenden werden die Ausprägungen der unterschiedlichen Demenzen genauer vorgestellt (Ausführungen in Anlehnung an DGPPN & DGN 2016).

In den westlichen Ländern ist die Alzheimer-Demenz die häufigste Form der Demenz. Die Anteile liegen zwischen 50 und 80 Prozent. In den höheren Altersstufen treten oft Mischformen auf. Die Alzheimer-Demenz zeichnet sich neuropathologisch vor allen Dingen mit dem Befund aus, dass die Dichte der Ablagerungen zwischen den Neuronen stärker ist als bei gesunden Menschen. In manchen Bereichen des Gehirns finden sich Prozesse der Schrumpfung und ein Verlust von Nervenzellen. Viele der neuropathologischen Prozesse sind auch Bestandteile des Alterungsprozesses, führen aber bei der Alzheimer-Erkrankung zu einer Schädigung und einem Verlust der Synapsen zwischen den Neuronen im Gehirn. Wenn im Vorlauf einer Alzheimer-Demenz Kompetenzen und Orientierungsfähigkeit allmählich abgebaut werden, wird dies anfangs oft durch die persönlichen „Reserven“ und die betreuenden Angehörigen kaschiert. Dies geht häufig in eine leichte kognitive Störung über, in der die beschriebenen Symptome sich schon zeigen, aber die Möglichkeiten, den Alltag zu bewältigen, noch nicht aktiv beeinflussen.

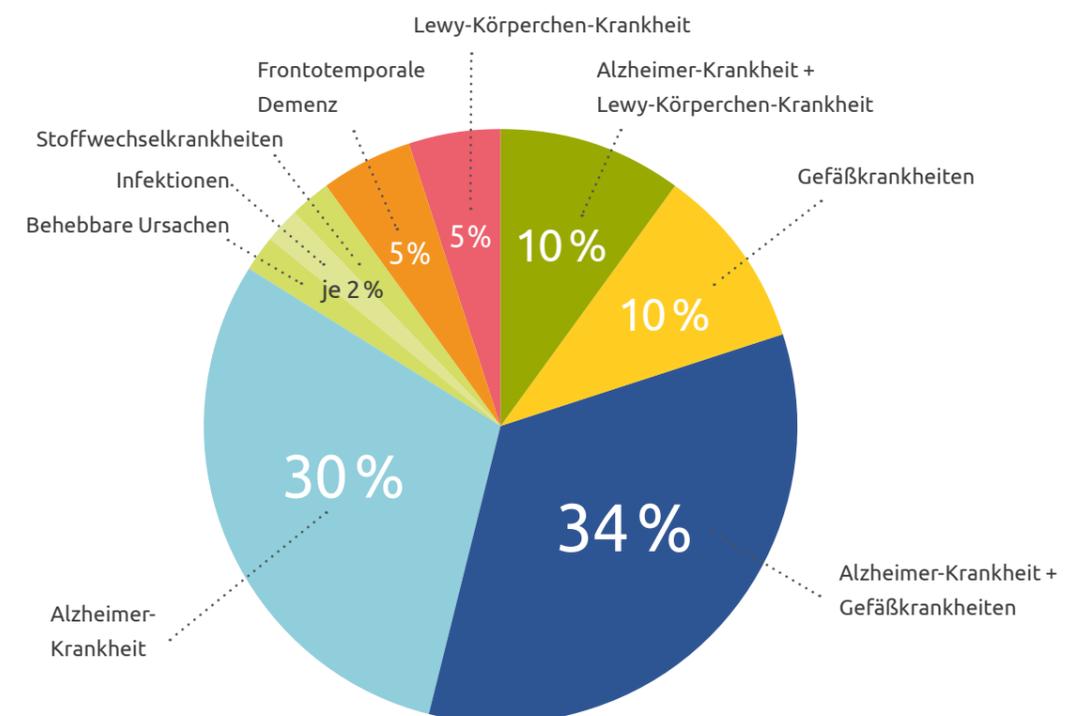
Es gibt zahlreiche Untersuchungen, die darauf abzielen, Risikofaktoren für eine Alzheimer-Erkrankung zu identifizieren. Lang andauernde Depressionen im mittleren Lebensalter sowie fettreiche Ernährung und erhöhte Kalorienaufnahme ebenfalls über einen langen Zeitraum verstärken demnach das Auftreten von Alzheimer-Demenzen, ebenfalls das Rauchen, vor allem bei Männern. Herzerkrankungen fördern sowohl das Risiko der Erkrankung an einer Alzheimer-Demenz als auch an anderen Demenzformen. Üblicherweise werden Amyloid-Eiweiß-Ablagerungen zwischen den Neuronen im Gehirn als Hauptursache für das Entstehen von Alzheimer-Demenzen bezeichnet. Doch die vielfältigen und intensiven Forschungen haben zu keinen klaren Nachweisen geführt – und dementsprechend auch nicht zu darauf aufbauenden medikamentösen Hilfen. Wallesch & Förstl (2017) kommen daher zur Einschätzung, dass „eine Differenzierung zwischen Ursache und Wirkung von pathophysiologisch relevanten Prozessen bei der Alzheimer-Erkrankung schwierig [ist], da enge Interaktionen zwischen den oben beschriebenen Prozessen bestehen und die pathologischen Prozesse wohl nicht immer zwingend zu (klinisch relevanter) Neurodegeneration führen“ (Wallesch & Förstl 2017: 44).

Eine zweite Form der Demenz ist die „Demenz mit Lewy-Körperchen“. Im Hirnstamm und im Neokortex befinden sich bei ca. 20 Prozent der Betroffenen mit fortschreitender Demenz Lewy-Körperchen. Bei der Lewy-Körperchen-Demenz treten im Unterschied zu Alzheimer-Erkrankungen im frühen Stadium oft visuelle Halluzinationen auf. Die Aufmerksamkeit und der Antrieb sind häufig deutlich verlangsamt.

Frontotemporalen Lobärdegeneration (FTLD) zählen auch zu den Demenzen. Sie werden so bezeichnet, weil die Veränderungen im Gehirn ihren Ausgangspunkt im Stirn-Schläfen-Lappen (frontotemporal lobär) haben. Die betroffenen Menschen wirken allmählich oberflächlich und desinteressiert. Ihr Antrieb verringert sich und soziale Kontakte werden aufgegeben. Teilweise entsteht auch ein gegenteiliges Verhalten, das von Enthemmungen und Distanzlosigkeit gezeichnet ist. Meist verändert sich die Persönlichkeit, was bei den Angehörigen großes Leid hervorruft, da die betroffene Person für sie „eine ganz andere“ wird. In Deutschland sind drei bis neun Prozent der demenziell veränderten Menschen von der FTLD-Demenz betroffen.

Eine zahlenmäßig größere Gruppe der Demenzerkrankungen sind die vaskulären Demenzen. Vaskulär bedeutet: die Blutgefäße betreffend. Als vaskuläre Demenzen werden demenzielle Erkrankungen bezeichnet, die durch eine gestörte Durchblutung des Gehirns hervorgerufen werden. Die vaskulären Demenzen sind die zweithäufigste Demenzursache. Sie machen 10 bis 15 Prozent der Demenzerkrankungen aus, weitere 20 Prozent sind Mischformen von vaskulärer und Alzheimer-Demenz. Nach einem Schlaganfall treten vaskuläre Demenzen jährlich bei rund drei Prozent bei den Patient*innen auf, die einen Schlaganfall überlebt haben. Es gibt eine Reihe weiterer anderer Erkrankungen, die vaskuläre Symptome hervorrufen können, die wiederum zu Demenz-Symptomen führen können. Sie reichen von Parkinson bis zu Folgen von Diabetes mellitus, Infektionen, Schilddrüsenerkrankungen und anderen. Die Persönlichkeit wird von vaskulären Demenzen nicht beeinträchtigt. Es treten aber Konzentrationsstörungen, Stimmungsschwankungen, Lähmungen, Gangstörungen, Veränderungen von Muskelreflexen und Blasenprobleme auf.

Abbildung 1: Ursachen der Demenz



Quelle: Schneider et al. (2007: 2197–2004), Neurology 69 (24) – zitiert nach: deutsche-alzheimer.de

Es gibt einige Medikamente, die nicht unmittelbar auf die Demenz einwirken, aber die Folgen der demenziellen Veränderung, insbesondere der Alzheimer-Demenz, positiv beeinflussen sollen, vor allem die Lernfähigkeit und die Denkprozesse. Diese Medikamente können die demenzielle Entwicklung nicht aufhalten. Als Erfolg wird gewertet, wenn sich die Defizite zeitweise nicht verschlimmern. Über die Wirkung der nicht medikamentösen Therapie gibt es bislang nur wenige Studien. Es existieren allerdings Studien, die zeigen, dass Anregungen, die demenziell veränderten Menschen über die Sinne ermöglicht werden, also kreative Aktivitäten zum Beispiel in der Musik- und Kunsttherapie sowie die Intensivierung des sozialen Kontaktes, positive Wirkungen zeigen.

Wie verläuft die Erkrankung?

So wie es nicht „die Demenz“ gibt, so gibt es auch nicht „den Verlauf“. Der Verlauf einer Alzheimer-Demenz kann sich anders darstellen als bei einer durchblutungsbedingten (vaskulären) Demenz: Während die Alzheimer-Demenz oft mit einer schleichenden Verschlechterung einhergeht, sind bei der gefäßbedingten vaskulären Demenz abrupte und rasche Verschlechterungen möglich, manchmal auch leichte Verbesserungen (DGPPN & DGN 2016). Selbst innerhalb einer Demenzform kann die Erkrankung bei jedem Menschen individuell anders verlaufen.

Zu Beginn einer Demenz stehen vor allem die Gedächtnisstörungen sowie die Orientierungsprobleme im Vordergrund. Betroffene vergessen nicht nur das, was neu für sie ist, sondern sie vergessen mehr und mehr das, was ihnen im Alltag selbstverständlich war. Kenntnisse über die Handlungsabläufe bei alltäglichen Dingen gehen ebenfalls zunehmend verloren. Schon zu Beginn einer Demenz kann es dazu kommen, dass Betroffene Sprache nicht mehr adäquat einsetzen können. Worte werden vergessen und Gegenstände oder Ereignisse umschrieben. Kommunikationsprobleme nehmen im Verlauf der Demenz zu und können mitunter zu großer Frustration bei den Menschen mit Demenz führen. Im späteren Verlauf ist eine Verständigung mit Worten meist kaum möglich. Deshalb gewinnen nonverbale Zugänge zum Beispiel über Musik und einfühlsame Berührungen an Bedeutung für Menschen mit Demenz. Nicht bei jedem treten immer alle Anzeichen auf. Eine verminderte geistige Leistungsfähigkeit ist jedoch immer vorhanden. Ob darüber hinaus aber Unruhe, Wahnvorstellungen oder Halluzinationen auftreten, ist sehr unterschiedlich. Manche Menschen sind eher getrieben und unruhig, andere sind sehr lethargisch und kaum zu einer Aktivität zu bewegen.



2. Demenz und Kommunikation – wie sich die Krankheit auf die Kommunikation auswirkt

2.1 Das Gedächtnis

Wenn Sie sich an einen Urlaub am Mittelmeer erinnern, dann tauchen in Ihnen wahrscheinlich Bilder auf von Sonne und Strand, Spaziergängen und Wohlbefinden, nettem Essen und froher Geselligkeit, vielleicht auch von familiären Zwistigkeiten und schlechtem Wetter. Wenn Sie dann jemand fragt, wann Sie denn in Urlaub waren und in welchem Ort genau und wie lange, dann mögen Sie sich vielleicht daran erinnern, manchmal wissen Sie es aber auch nicht mehr – doch die Bilder, Düfte, Klänge und Atmosphären des Urlaubs bleiben im Gedächtnis.

Diese beiden Aspekte des Erinnerns beschreiben grob zwei unterschiedliche Gedächtnissysteme, über die jeder Mensch verfügt. Das eine ist das Gedächtnis der Fakten, Daten und Reihenfolgen. Bei diesem Beispiel betrifft es die Dauer und die Daten des Urlaubs, den Ort, an dem Sie waren, und vielleicht die Frage, ob es der Urlaub war, den Sie zuletzt am Mittelmeer verbracht haben, oder der vorletzte. Dieses Gedächtnis wird auch kognitives oder explizites Gedächtnis genannt. Menschen mit demenziellen Veränderungen haben in diesem Gedächtnis zunehmend Schwierigkeiten. Das kognitive Gedächtnis wird gleichsam porös. Es fehlen Aspekte und die Reihenfolgen werden durcheinandergeworfen. Dieser Prozess ist fortschreitend und verstärkt sich mit der Dauer der Erkrankung.

Das andere Gedächtnissystem wird implizites Gedächtnis oder Leibgedächtnis genannt. Es ist das Gedächtnis des Erlebens. Das Wort „Leib“ geht auf das mittelhochdeutsche „lib“ zurück und ist sowohl in den Wörtern „Leben“ als auch in „Erleben, lebendig“ enthalten. Dieses Gedächtnis umfasst Sinneseindrücke, Gefühle, Körpererleben, Atmosphären mit den entsprechenden Bildern und Stimmungen. In der Schlussphase der demenziellen Veränderungen wird auch dieses Gedächtnis in Mitleidenschaft gezogen. Doch es bleibt lange Zeit intakt, viel länger als das explizite Gedächtnis.



© Peter Gaymann, www.gaymann.de

Das kognitive Gedächtnis und das Leibgedächtnis sind miteinander verbunden, existieren aber von ihrem Kern her nebeneinander. Die unterschiedliche Entwicklung der Gedächtnissysteme bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen hat Auswirkungen auf deren Fähigkeit zur Kommunikation. Sie erinnern sich zumindest in vielen Situationen an ihr Erleben, aber nicht mehr an die Daten und Fakten. Werden sie nach Fakten gefragt, können sie diese Frage nicht beantworten, fühlen sich schwach und verwirrt.

Eine Frau erzählt: „Wenn ich jemanden treffe, bin ich oft ganz durcheinander. Ich weiß den Namen nicht. Ich weiß nicht, wer das ist, und gleichzeitig ist es aber so, dass der Mensch mir bekannt vorkommt.“

Eine Kommunikation über kognitive Informationen ist mit demenziell veränderten Menschen kaum möglich. Sich auf sie zu beschränken oder sie in den Vordergrund zu stellen, bringt Menschen mit demenziellen Veränderungen in Schwierigkeiten und beschämt sie oft.

Der Ehemann fragt seine Frau, die von Demenz betroffen ist: „Gib mir doch mal die Fernbedienung herüber!“ Die Frau blickt suchend um sich und reagiert nicht. Der Mann wird ungehalten: „Du hast sie doch zuletzt gehabt! Wo hast du sie denn hingelegt?“ Die Frau weiß es nicht mehr. Sie schämt sich wegen ihrer Vergesslichkeit und geht wortlos aus dem Wohnzimmer.

Wenn Menschen mit demenziellen Veränderungen auf kognitive Anforderungen nicht angemessen antworten können, reagieren sie oft, indem sie erstarren, aggressiv werden oder wie hier den Raum verlassen.

2.2 Kommunikationsfresser

An einer Demenz zu erkranken, ruft vielerlei Gefühle hervor. Manche Menschen bekommen Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung, andere sind traurig, dass sie manches, was sie in ihrem Leben vorhaben, nicht mehr umsetzen können. Einige Gefühle werden verstärkt, andere geraten in den Hintergrund – das gesamte Gefühlsleben verändert sich. Diese Gefühle zu teilen, hilft allen, Betroffenen wie Angehörigen. Doch es werden auch Gefühle mächtig, die Auswirkungen auf die Kommunikation haben und die Möglichkeiten, mit anderen zu kommunizieren, einschränken (Baer & Frick-Baer 2020).

Fünf Gefühle sind in dieser Hinsicht als „Kommunikationskiller“ besonders bedeutsam:

- ✘ Scham und Beschämung
- ✘ Schuldgefühle
- ✘ Hilflosigkeit
- ✘ Kontrollverlust
- ✘ Verzweiflung und Aggressivität

Im Folgenden werden diese Gefühle anhand von konkreten Praxisbeispielen beschrieben mit Tipps zum Umgang damit.

Scham und Beschämung

Scham hat einen Doppelcharakter. Das Gefühl, das entsteht, wenn Menschen etwas zeigen, was sie eigentlich für sich behalten wollen, ist die natürliche Scham. Dieses Schamgefühl ist der Wächter der Intimität. Wenn Menschen mit demenziellen Veränderungen nicht mehr wissen, wo sie sind und wem sie begegnen, dann ist ihnen das peinlich. Sie schämen sich, denn die meisten wollen ihre Unzulänglichkeiten nicht zeigen. Zumeist ist diese Scham stumm und findet keine Worte. Die betroffenen Menschen ziehen sich zurück und finden Ausreden.

Der Sohn erzählt über seinen demenziellen Vater, dass dieser zeit seines Lebens immer sehr viel gelesen hat. Vor allem das Lesen der Zeitung gehörte zu seinen täglichen Ritualen. Nun hat er das Zeitungslesen aufgegeben. Man sah ihm an, wie er vorher oft vergeblich darum gekämpft hatte, die Worte oder Sätze zu einem sinnvollen Ganzen zusammenzufügen. Er schämte sich wegen dieses Verlustes. Zu seinem Sohn sagte er: „Ich habe einfach zu viel zu tun. Ich komme gar nicht mehr dazu, die Zeitung zu lesen.“

Andere Menschen mit demenziellen Veränderungen verstummen ganz und ziehen sich schamvoll in ihre inneren Welten zurück.

Die Pflegerin des ambulanten Pflegedienstes versucht immer wieder, der demenziell veränderten alten Frau den Gedanken nahezubringen, Tag und Nacht Windeln zu tragen – schon der pflegenden Tochter zuliebe, die unter der Verweigerung leidet. Die Enkelin, die die Not und den Ärger ihrer Mutter gut verstehen kann, bringt sie auf eine hilfreiche Spur. „Ich glaube, Mama, dass die Oma sich schämt. Sie hat doch immer so viel Wert auf gutes, elegantes und gepflegtes Aussehen gelegt... – ich glaube, sie erträgt das nicht, dass sie mit Windeln gesehen wird.“ „Ja, aber wenn ich ihr wieder mal die Buxe wechseln muss, dann seh ich doch, wie sie vollkommen verständnislos auf das Pfützchen starrt und wie sie im Boden versinken möchte – und dann denke ich, dass sie sich doch dafür viel mehr schämt. Ich würde ihr das so gerne ersparen. Und ehrlich gesagt mir auch.“

Für das Gefühl der Scham gibt es, wie bei allen Gefühlen, nur ein individuelles Maß. Und ebenso sind die Auslöser für Schamgefühle jedem Menschen trotz kultureller Prägung höchst eigen. Gerade Menschen mit Demenz neigen dazu, ihre Schamgefühle nur unbeholfen ausdrücken zu können, um ihre natürliche Scham zu schützen und zu verteidigen.

Es gibt obendrein neben der natürlichen Scham noch die Beschämung. Viele Menschen mit Demenz fühlen sich jedes Mal, wenn sie mit etwas konfrontiert werden, was sie nicht mehr können, beschämt. Der Unterschied zwischen der natürlichen Scham als Wächterin des intimen Raums und der Beschämung besteht darin, dass die natürliche Scham von innen kommt, die Beschämung aber von außen: „Du bist zu schlau. Du bist zu dumm. Du bist zu dick. Du bist zu langsam. Du bist zu schnell. Du bist zu vergesslich. Du bist dieses oder jenes ...“ Wenn Unzulänglichkeiten oder scheinbare Unzulänglichkeiten ans Licht der Öffentlichkeit gezerzt werden, dann fühlen sich Menschen beschämt. Sie befürchten, ausgelacht und verspottet zu werden, wie das viele in früheren Zeiten erfahren haben. Je häufiger Menschen mit Demenz in ihrer Kindheit, ihrer Jugend und ihrem Erwachsenenalter beschämt wurden, desto stärker sind die Schamgefühle im Alter. Wenn sie sich dann aus der Kommunikation zurückziehen, ist das nicht böser Wille, sondern Selbstschutz vor neuen Beschämungserfahrungen.

Vielleicht kommen Ihnen solche Ausreden wie die folgenden aus Ihrem Umfeld bekannt vor:

- „Ich kann heute nicht mit zum Ausflug, ich bekomme doch Besuch von meinem Sohn.“
- „Ich habe so viel zu tun. Ich kann deswegen nicht wie früher zum Kartenspielen gehen.“
- „Ich brauche keine Windeln. Ich mache nie in die Hose.“

Sie sind allesamt keine Lügen, sondern Schutzbehauptungen, die für die Betroffenen notwendig sind und die Not der Beschämungserfahrungen abwenden sollen.

Schuldgefühle

Schuldgefühle können wie ein atmosphärisch, drückendes und bedrückendes „schwarzes Dach“ über den Beziehungen liegen, viel Anstrengung kosten und viel Kraft von beiden Seiten absorbieren. Wer sich schuldig fühlt, reagiert unterschiedlich. Manchmal ziehen sich Menschen mit Demenz zurück, auch Angehörige. Andere reagieren mit Beschuldigungen:

Herr S. machte bei seiner Mutter alles falsch – zumindest behandelte sie ihn so. Eigentlich hatten sie immer ein gutes Verhältnis gehabt. Doch seit sie von Demenz betroffen war, bekam er den Eindruck, ständig alles falsch zu machen. Sie beschuldigte ihn, nicht oft genug bei ihr zu sein. Und wenn er dann da war, warf sie ihm vor, dass er sie nicht in Ruhe ließ. Das Essen, das er kochte oder ihr mitbrachte, schmeckte ihr angeblich nicht, obwohl es vorher ihre Lieblings Speisen waren. Die Pflegerin hatte er falsch ausgesucht... Er verstand die Welt nicht mehr, zumindest nicht seine Mutter.

In Gesprächen wurde deutlich, dass er sich vorwarf, nicht rechtzeitig genug auf die zunehmende Vergesslichkeit seiner Mutter reagiert zu haben. Er hatte deswegen Schuldgefühle. Auch die Mutter fühlte sich schuldig, dass sie ihren Sohn so sehr belastete. Mit Schuldgefühlen offen umzugehen, hatte sie nie gelernt. Deswegen beschuldigte sie ihren Sohn ziemlich wahllos. Man nennt dies „verquere Kommunikation“: Die eigenen Schuldgefühle werden auf andere geworfen. Wie das Beispiel verdeutlicht, können Schuldgefühle die Kommunikation negativ beeinflussen, manchmal sogar bestimmen.

Hilflosigkeit

Kein Mensch fühlt sich gerne hilflos. Dieses Gefühl gehört – ähnlich wie Ohnmachtsgefühle – zu den unbeliebtesten Gefühlen überhaupt. Menschen mit Demenz sind oft hilflos und sie fühlen sich entsprechend. Das Gefühl der Hilflosigkeit ruft den Impuls hervor, nach Hilfe zu suchen. Wer allein nicht zurechtkommt, braucht Unterstützung. Doch viele Menschen der älteren Generation, die unter demenziellen Veränderungen leiden, haben es kaum gelernt, Hilfe anzunehmen. Die Haltung, man müsse alles selbst schaffen, oder die, nach Hilfe zu suchen, sei ein Ausdruck von Schwäche und Versagen, ist in dieser Generation weit verbreitet. Umso schwieriger ist es für diese Menschen, mit der Hilflosigkeit umzugehen, die demenzielle Veränderungen begleitet.

Frau M. lebt in einem Altenheim. Sie braucht Hilfe, um aufzustehen und sich mit dem Rollator im Raum zu bewegen. Wenn ihr diese Hilfe angeboten wird, wird Frau M. unwirsch, ja manchmal aggressiv ablehnend. Sie bleibt oft lieber sitzen, als sich unterstützen zu lassen.

Wer nicht in der Lage ist, sich Hilfe zu suchen und auch unverlangte Hilfsangebote anzunehmen, kann darüber nicht kommunizieren. Hilfe zu suchen, wird dann ein schwarzes Loch der Kommunikation, das von einer Fassade des „Ich kann das schon allein!“ und der scheinbaren Stärke umhüllt wird. Das wurzelt in früheren Erfahrungen der heutigen alten Generation, aus deren Reihen die demenziell veränderten Menschen überwiegend stammen. In den Zeiten während und nach dem Zweiten Weltkrieg war es für die meisten überlebenswichtig, allein zurechtkommen, denn es gab keine oder kaum Hilfen. „Verlass dich auf andere und du bist verlassen“, „Vertraue niemandem“, „Jeder ist sich selbst am nächsten“: Diese Leitsätze und Erfahrungen prägen die Haltung. Ebenso die elterlichen Vorbilder. Wem vorgelebt wurde, immer alles allein schaffen zu müssen, hält zumeist auch daran fest, wenn er oder sie von Demenz betroffen ist. Zumindest solange das gelingt – und dann auch oft darüber hinaus. Sie verletzen damit oft unbeabsichtigt die Menschen, die sie lieben, sich um sie sorgen, die nicht verstehen, warum ihre Fürsorge und Hilfsbereitschaft auf Ablehnung stößt.

Kontrollverlust

Zu den Symptomen einer demenziellen Veränderung gehört eine Desorientierung. Die betroffenen Menschen fühlen, dass sie zunehmend die Kontrolle darüber verlieren, wie sie leben, wie sie handeln. Gleichzeitig steigt die Abhängigkeit von Angehörigen und Pflegekräften. Manche demenziell veränderten Personen reagieren auf das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren, mit extrem verstärkten Kontrollbemühungen. Bei anderen tritt die Unsicherheit in den Vordergrund, bei wieder anderen schlägt der Kontrollverlust in Aggressivität um. All das kann die Kommunikation massiv beeinträchtigen. Der Kontrollverlust kann aber auch die Kommunikation fördern. Das gilt vor allem für Menschen, die Strenge und Disziplin und gleichzeitig sehr selbstbestimmt und lebendig ihr Leben gelebt haben:

In einem Interview mit Johanna Adorján beschreibt der Schauspieler Clemens Schick auf die Frage „Was für ein Mensch war Ihre Mutter vor ihrer Erkrankung?“ seine Mutter und ihr Leben folgendermaßen: „Meine Mutter hatte eine enorme Kraft. Sie hat fünf Kinder allein großgezogen. Ich kannte niemanden, der größere Feste gefeiert hat, als meine Mutter. Teilweise kamen bis zu fünfzig, hundert Leute zu uns nach Hause, wir hatten eine sehr große Wohnung, eine Opernsängerin hat gesungen, eine Jazzband gespielt, es ging bis spät in die Nacht. Es kam vor, dass meine Mutter schon schlafen ging und dann doch noch mal auf zurück auf die Terrasse kam, mit Matratze. Aber meine Mutter war auch sehr streng. Alleinerziehend und mit fünf Kindern, ich nehme an, das geht nicht ohne ein gewisses Maß an Disziplin.“

„Wie sind Sie damit umgegangen, wenn Ihre Mutter unglücklich war? Oder aggressiv?“

„Aggressiv war meine Mutter glücklicherweise nie. Das gibt es ja häufig bei dieser Erkrankung, die auch wesenverändernd ist. Meine Mutter aber wurde immer milder. (...) Wenn man sie gefragt hat, wie es ihr geht, hat sie auch immer gesagt: ‚Gut.‘ Das hätte sie früher nicht gesagt.“

„Sondern?“

„Frag nicht so.‘ (lacht) Meine Mutter wurde 1935 geboren, sie hatte ein sehr herausforderndes Leben. Wie soll ich sagen? Emotionale Bekundungen waren bei uns nicht unbedingt Teil der Erziehung. Ihre letzten fünf Jahre waren sehr friedlich. Zwischen uns wurden Sachen ausgesprochen, die früher undenkbar gewesen wären. Das hatte etwas Versöhnendes“. (Adorján 2021)

Verzweiflung und Aggressivität

Aggressive Gefühle wie Ärger, Wut und Zorn und andere gehen häufig mit einer demenziellen Veränderung einher. Es ist wichtig, die Quellen dieser aggressiven Gefühle zu erkennen.

Ein älterer Herr mit Alzheimer-Demenz (Herr S.) sitzt am Tisch und versucht, sein Brot zu schmieren. Heute zittert seine Hand und es gelingt ihm nicht. Er kämpft darum und versucht es immer wieder, doch schließlich wirft er sein Besteck und seinen Teller auf den Boden und erhebt sich – laut schimpfend über das schlechte Essen, das ihm hier vorgesetzt wird.

Das Beispiel verdeutlicht, dass Herr S. hilflos und verzweifelt über seine Unfähigkeit ist, sein Brot wie sonst jeden Abend selbst zu schmieren. Dieses Gefühl kann er nicht ausdrücken und kommunizieren, also verwandelt er es unbewusst in Aggressivität, die sich in seinen Handlungen und in seinem Schimpfen äußert. Es ist wichtig zu versuchen, diesen Subtext von aggressiven Äußerungen zu verstehen, weil nur so auf die aggressiven Äußerungen eingegangen werden kann. Wenn man mit Herrn S. über seine aggressiven Äußerungen sprechen möchte, wird einem das kaum gelingen. Reaktionen wie „Hier wird nicht geschimpft. Und schon gar nicht mit Tellern geworfen. Was ist denn das für ein Benehmen?“ wären verständlich, werden aber der Not, die in seiner Aggressivität liegt, nicht gerecht. Vielmehr verhindern sie eine gute Auflösung der Situation. Fühlt man sich hingegen dem Subtext verbunden, nämlich der Hilflosigkeit und der Verzweiflung von Herrn S., dann kann man eine Verbindung zu ihm herstellen und auf diese Art und Weise der Aggressivität den Boden entziehen. Wie das gehen kann? Vielleicht, indem man sich kurz die Frage stellt: „Wenn ich Selbstzweifel habe und an mir und meiner Hilflosigkeit verzweifle, was brauche ich dann von anderen?“ Wahrscheinlich liegt die Antwort nicht in einer bestimmten Reaktion, sondern in einer grundsätzlichen Haltung der Achtung und des Respekts vor dem anderen Menschen und seiner Not.

Die Verzweiflung des Menschen mit Demenz äußert sich manchmal auch in Hass, der begleitende und pflegende Menschen treffen kann. Er zeigt sich gerade bei alten Menschen oft weniger in der verbalen Kommunikation als in der über Blicke. Der Hass blitzt in einem Moment auf – „Wenn Blicke töten könnten“ – und verliert im nächsten Moment wieder seine aggressive Kraft vonseiten des Menschen mit Demenz. Meist hat er aber damit nachhaltig verstörende Folgen bei den Begleitenden und Pflegenden, weil es sie oft „mitten ins Herz trifft“. Deshalb ist es auch hier wichtig und notwendig, zu verstehen, dass die demenziellen Veränderungen in unterschiedlicher Weise zu aggressiven Äußerungen, zu dem auch der Hass gehört, führen können. Zu vermuten ist, dass auch er sowohl aus dem aktuellen Verlusterleben von Fähigkeiten dieser Person herrührt als auch aus ihren vielfältigen entwürdigenden Lebenserfahrungen.

Verzweiflung ist oft auch der Kern von aggressiv wirkendem Hin- und Herrennen, gerne zu nachtschlafender Zeit. Vor allem in der Phase des Übergangs in die demenzielle Veränderung ist die aggressive Unruhe ein Zeichen der inneren Qual, die oft die anderen Mitbewohner*innen oder Angehörige quält oder zumindest nervt und belästigt. Damit dies wiederum nicht aggressive Reaktionen aufseiten der Umwelt hervorruft, was die aggressive Atmosphäre befördert, ist der Blick auf die Not des Menschen mit Demenz hilfreich.

Eine häufige Folge demenzieller Erkrankungen vor allem in der mittleren Phase besteht darin, dass die Menschen sehr angespannt sind. Es ist beängstigend, aufregend und anspannend, sich immer wieder neu orientieren zu müssen, keine Sicherheit und Geborgenheit zu haben, wer und wo man ist, was man tun kann und was nicht, wo man zu Hause ist. Insbesondere wenn es viele neue Kontakte gibt, kann die Grundspannung der erkrankten Menschen sich so steigern, dass sie stark angespannt sind wie ein straffes Seil, „wie ein Flitzebogen“, wie eine ältere Dame sagte. Gibt es dann irgendeinen Auslöser, der im Erleben der Menschen zu viel ist, kann sich diese Spannung plötzlich entladen. Sie bricht dann in aggressiven Äußerungen hervor. Auch hier ist das eigentliche Thema nicht die Aggressivität, auch wenn es in der Kommunikation so erscheint, sondern die fortwährende und sich steigernde Grundanspannung.

Solche und andere Subtexte aggressiver Kommunikation entspringen der demenziellen Erkrankung. Erwähnt werden muss allerdings auch, dass es Menschen gibt, die ihr Leben lang aggressiv, jähzornig, gewalttätig und roh waren und andere Menschen erniedrigten und in aggressiver Weise entwürdigten. Diese Menschen werden nicht zu besseren Menschen, weil sie an Demenz erkranken. Sie bleiben verroht und da kann es nur um ein klares Stopp gehen, um sich und andere zu schützen und die Würde zu verteidigen.

2.3 Sozialer Rückzug

Wenn Menschen sich schämen und verunsichert sind, ziehen sie sich meist zurück. Wer Angst hat zu vergessen, wer er ist und von wem er begleitet wird, wird gehemmt sein, sich unter andere Leute zu begeben. Wer vielleicht schon früher erfahren hat, dass die Welt beängstigend und gefährlich ist, wird jetzt, da die Welt noch undurchschaubarer wird und die Menschen weniger einzuschätzen sind, versuchen, sich dem allen nicht mehr auszusetzen. Wer seine Fähigkeiten und Kompetenzen und damit seine Selbstwertschätzung, Selbstsicherheit und Selbstachtung verloren hat oder Angst hat, sie zu verlieren, wird je nach Persönlichkeit und erlernten Bewältigungsstrategien dazu neigen, sich der Menschheit und neuen Situationen zu entziehen. Demenzielle Erkrankungen führen deshalb oft zu sozialem Rückzug, manche sprechen von einem „sozialen Tod“.

Frau W. ging immer gern spazieren. In der letzten Zeit nicht mehr. Mal war das „schmerzende Knie“ der Grund, mal fühlte sie sich „nicht so gut“. Dann meinte sie, sie wolle „lieber Fernseh gucken“ – was sie dann aber nicht tat. Die Kinder fragten nach, ob sie nicht mehr gern spazieren ginge. Sie bekamen aber keine Antwort, die ihnen schlüssig vorkam. Offenbar hatte Frau W. Angst, etwas „falsch“ zu machen oder jemanden nicht wiederzuerkennen, der ihr begegnete.

Solche Verhaltensweisen kann man bei Menschen mit Demenz häufig beobachten. Wer grundlegend verunsichert ist, geht nicht mehr freudig und neugierig auf andere Menschen zu, sondern neigt zum Rückzug. Das hat oft Folgen. Zum einen kann dies eine Kettenreaktion auslösen: Wer keine positiven Erfahrungen mit sozialen Kontakten mehr macht, wird umso ängstlicher und unsicherer vor neuen Begegnungen sein. Das wiederum verstärkt den sozialen Rückzug – und so geht es weiter und weiter.

Abbildung 2: Kettenreaktion sozialer Rückzug



Eine weitere Folge des sozialen Rückzugs beschreibt das alte Sprichwort: „Wer rastet, der rostet“. Wenn Muskeln nicht oder weniger gebraucht werden, werden sie schwächer. Das gilt auch für Fähigkeiten der Orientierung und der Kommunikation. Wer verstummt, verlernt Fähigkeiten, sich sprachlich auszudrücken. Wer nicht mehr mit anderen Menschen in Kontakt tritt, schwächt seine Möglichkeiten, Kontakt auszubauen und zuzulassen.

Hinzu kommt, dass viele Menschen in ihrer Lebensumwelt, gerade diejenigen, die nicht verletzen oder entwürdigen wollen, unsicher sind, wie sie Menschen mit Demenz begegnen können. Sie überfordern sie oft, merken das, wissen nicht, was sie „richtiger“ machen könnten – und ziehen sich ihrerseits dann zurück. Oder sie unterfordern sie, was ebenfalls verunsichert und was die demenziell veränderten Menschen irgendwie spüren und nicht einzuordnen wissen, aber auf sich beziehen. So können Verunsicherungen der kognitiv beeinträchtigten und der sie begleitenden Menschen aufeinandertreffen und sich gegenseitig verstärken. Eine wesentliche Aufgabe ist es also, ein „richtiges“ Maß zu finden.

2.4 Krise

Viele Menschen mit Demenz erleben den fortschreitenden Prozess vor allem in der ersten und zweiten Phase der Demenz als Krise, manche schon von Beginn an. In einer Krise beginnt der Boden, auf dem Menschen stehen, zu schwanken. Die innere Ordnung und Orientierung der Person werden brüchig. Die Entscheidungsfähigkeit schwindet. Die Brücken zur Umwelt werden nicht mehr als zuverlässig erfahren. Das gilt für alle Krisen, die Menschen erleben. Doch die meisten Menschen in Krisen haben die Hoffnung, manchmal die Gewissheit, dass die Krisen vorübergehen. Das gilt für die meisten Menschen mit Demenz nicht. Ihr Krisenerleben wird dadurch vertieft, dass die Zuversicht abhandenkommt. So wichtig es ist, dass in der Öffentlichkeit immer mehr Informationen über demenzielle Erkrankungen vorhanden sind, so belastend kann die Information sein, dass die demenziellen Erkrankungen nicht heilbar sind, zumindest nicht die Alzheimer-Demenz. Das kann Menschen bis in ihre Grundfesten erschüttern.

Bei manchen beginnt die Krise plötzlich mit der Diagnose oder bricht einige Tage oder Wochen danach aus. Bei anderen entwickelt sie sich schleichend. Über die Krise hinaus, die durch die demenzielle Veränderung hervorgerufen wird, müssen die Menschen im Alter auch andere Krisen erleben und bewältigen, größere und kleinere. Der Arbeitsplatzverlust des Sohnes oder die Scheidung der Tochter kann ebenso als Krise erfahren werden wie eine andere Erkrankung, der Verlust der Wohnung und der Einzug in ein Heim. Auch ein Krankenhausaufenthalt ruft oft ein Krisenerleben hervor. All diese Krisen „stapeln“ sich aufeinander, vertiefen das Krisenerleben und verstärken seine Folgen.

Eine Krise ruft bei allen Menschen Veränderungen in der Kommunikation hervor. Dazu gehört, dass die Menschen ihre Aufmerksamkeit und ihre Aktivitäten auf die mögliche Bedrohung fokussieren, während gleichzeitig das, was als positiv erlebt wird, weitgehend ausgeblendet wird. Hinzu kommen Schübe mit Verwirrungen, verringerter Fähigkeit der Konzentration und Desorientierung. Auch nicht demenziell veränderte Menschen haben in Krisenzeiten zumeist Schwierigkeiten, Prioritäten zu setzen. Für Menschen mit Demenz trifft all dies oft verstärkt zu. Zur demenziellen Desorientierung kommt diejenige hinzu, die durch eine Krise hervorgerufen wird. Auch die krisenhafte Hochspannung und Hoherregung können sich in sehr erregten und aggressiven Kommunikationsäußerungen offenbaren oder in Rückzug und/oder Erstarren.

Jeder Mensch reagiert auf Krisen unterschiedlich. Die Bewältigungsstrategien haben allerdings für die meisten Menschen mit oder ohne demenzielle Veränderungen drei Schwerpunkte:

- ⊗ Kämpfen
- ⊗ Fliehen
- ⊗ Erstarren

Sie zu kennen, erhöht das Verständnis für die Besonderheiten der Kommunikation von Menschen mit Demenz.

Kämpfen

Viele Menschen kämpfen gegen das, was als Bedrohung erlebt wird. Oft ist die Bedrohung nicht zu fassen, wie zum Beispiel der schleichende Orientierungsverlust in der Alzheimer-Demenz. Also richten sich der Kampf und die Aggressivität diffus gegen die Umwelt, oft auch gegen die Menschen, die die Betroffenen begleiten, Angehörige oder professionell Pflegenden, Nachbarn oder andere Kontaktpersonen.

Frau J. war immer eine Kämpferin. Wenn sie etwas vergaß oder sich in der beginnenden Demenz nicht zu recht fand, schimpfte sie mit sich selbst und versuchte, sich zusammenzureißen. „Du musst das hinkriegen“, murmelte sie oft vor sich hin. „Reiß dich zusammen. Wär doch gelacht! Zeig's denen! Du kannst das! Du schaffst das!“ In dem Maße, wie ihr das immer seltener gelang, wurde sie gegenüber ihrer Familie immer misstrauischer und aggressiver. Sie gab ihr die Schuld, wenn sie zum Beispiel ihre Geldbörse nicht fand, und beschuldigte andere Menschen, die Börse gestohlen oder versteckt zu haben.

Gerade viele ältere Menschen sind es gewohnt, gegen Krankheiten zu „kämpfen“, um sie zu „besiegen“. Das mag im Einzelfall sinnvoll sein, ist aber in der Demenz meist unmöglich und kann die Lebensqualität der betroffenen Personen einschränken: Statt Gelassenheit und Freude an einem friedvollen Miteinander prägen dann Kampf und Hochspannung die Lebensatmosphäre. Und das Tragische dabei ist: eine Demenz lässt sich nicht besiegen. Das Scheitern ist sicher.

Fliehen

Es ist prinzipiell eine normale Reaktion und eine sinnvolle Bewältigungsstrategie, wenn man vor einer Bedrohung flieht. Man versucht so, sich ihr zu entziehen. Die häufig beobachtete Unruhe demenziell veränderter Menschen kann ein Ausdruck dieses Versuchs sein, eine Krise zu bewältigen.

Seit Beginn seiner demenziellen Veränderung konnte Herr S. nicht mehr ruhig sitzen. Er war beunruhigt und lief, so gut er es körperlich vermochte, hin und her. Wenn ihm jemand begegnete und erst recht, wenn ihn jemand ansprach, drehte er sich abrupt um und lief weg. Er machte einen tief erschrockenen Eindruck, so als sei sein Gegenüber, selbst wenn es sich in freundlicher, fürsorglicher Absicht genähert hatte, sein Feind.

Doch vor der Demenz wegzulaufen, gelingt nicht. So findet das Weglaufen kein Ende. Eine Form des Fliehens ist das Leugnen, sowohl bei den betroffenen Menschen als auch bei Angehörigen. Sie wollen die Erkrankung nicht wahrhaben, leugnen die Diagnosen und versuchen, die Krankheitsanzeichen zu überspielen. Dieses „So-tun-als-ob“ kann eine Zeitlang gelingen, aber nicht auf Dauer. Und es ist anstrengend.

Erstarren

Wer die Welt als bedrohlich und sich als existenziell gefährdet erlebt, erstarrt oft vor Schreck und Angst. Auch dem begegnen wir in besonderer Weise bei manchen Menschen mit demenziellen Veränderungen. Sie resignieren, sie geben auf, sie erstarren auf ihrem Platz. Sie schränken ihren Bewegungsradius und ihre sozialen Kontakte ein.

*Stefanie N. war eigentlich mobil. Anfänglich, zu Beginn ihres Heimaufenthaltes, legte sie noch Wert darauf, zum gemeinsamen Essenstisch oder in den Aufenthalts- und Fernsehraum allein zu gehen. Doch mit zunehmender demenzieller Veränderung saß sie, wenn man sie ließ, nur noch in ihrem Sessel in ihrem Zimmer und starrte aus dem Fenster und starrte und starrte ... Wenn man sie ansprach und sie dazu bewegen wollte, aufzustehen, um sich in die anderen Räume zu bewegen, reagierte sie anfangs noch mit Zeichen des Unwillens, dann nur noch mit einem Schulterzucken, dann gar nicht mehr. Selbst dann, wenn man sie in den Rollstuhl hievte, starrte sie vor sich hin und wirkte wie eingefroren. Die Kommunikation zwischen ihr und den Pfleger*innen und vor allem mit den Angehörigen, die sich trotz ihres fürsorglichen Bemühens nicht mehr von ihr wahrgenommen fühlten, drohte einzufrieren.*

Diese drei Krisenbewältigungsstrategien (die auch als sogenanntes *coping* bezeichnet werden) sind archaische Impulse im menschlichen Organismus, die sich in frühen Vorzeiten entwickelt haben, als Menschen zum Beispiel von Säbelzähntigern und von anderen Tieren bedroht wurden. Gegen einen Säbelzähntiger kann man kämpfen oder man kann fliehen und versuchen wegzulaufen oder man erstarbt und versucht, sich vielleicht durch Unbeweglichkeit zu verbergen. Diese Bewältigungsstrategien können sich auch abwechseln und miteinander vermischt werden. Sie können die Kommunikation der betroffenen Menschen mit anderen deutlich beeinflussen.

Jede Krise, die Menschen erfahren, ruft Bedürfnisse hervor, die notwendig sind, also die Not wenden sollen.

Menschen in der Krise und damit auch Menschen, die von Demenz betroffen sind, brauchen Halt. Alles, was Sicherheit gibt, hilft. Rituale und Zuverlässigkeit sind wichtig. Halt geben kann die Erlaubnis zur Schonung sein, auch die Erlaubnis zum Rückzug, zu Pausen, die Entpflichtung. Halt geben kann aber auch die Verpflichtung, die Ermutigung, sinnvolle Arbeiten zu übernehmen und dabei Erfolgserlebnisse zu erfahren. Der wichtigste Halt, den Menschen in Krisen erfahren können, ist die Begegnung mit anderen Menschen. Sie wollen ernst genommen werden, sie brauchen Vertrautheit, Verständnis, die Erlaubnis, so sein zu dürfen, wie sie sind, und Zuwendungen jeder Art. Der Leitsatz, dass „Begegnung heilt“, hat nirgendwo eine größere Existenzberechtigung als für Menschen, die sich in einer Krise erleben.

Jedes Krisenerleben ruft eine Auseinandersetzung mit Sinnfragen hervor:

- ? Was ist der Sinn meines Lebens?
- ? Hat mein Leben überhaupt noch einen Sinn?
- ? Wo gehe ich hin? Was kann ich aus meinem Leben noch machen?
- ? Welchen Sinn kann ich der Erkrankung für mich geben?
- ? Macht mein Leben noch Sinn für andere?

Häufig formulieren die betroffenen Menschen mit Demenz diese Sinnfragen nicht, können sie auch irgendwann nicht mehr formulieren, aber – und da können wir sicher sein – sie denken darüber nach bzw. beschäftigen sich innerlich auf ihre Art und Weise mit diesen Fragen zu ihrem Dasein und sehnen sich nach Antworten. Ebenso wie alle Menschen, die eine Krise überstehen müssen.



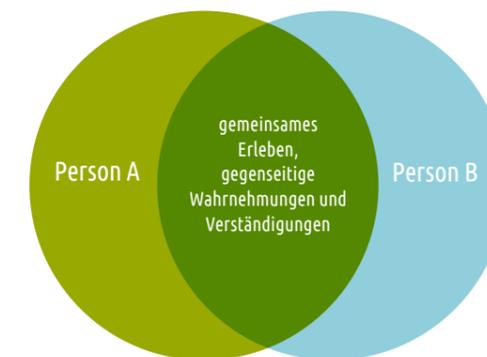
3. Innere Haltung und Kommunikation mit Menschen mit Demenz

Kapitel 2 hat die umfassenden Auswirkungen der Demenzen auf die Kommunikation verdeutlicht. Dies ist ein wichtiges Grundwissen, will man die eigene Kommunikation mit Menschen mit Demenz verbessern. Gleichwohl gilt es, die eigene innere Haltung zu hinterfragen, da zur Kommunikation nicht eine Person allein gehört.

3.1 Demenz und kommunikative Erreichbarkeit

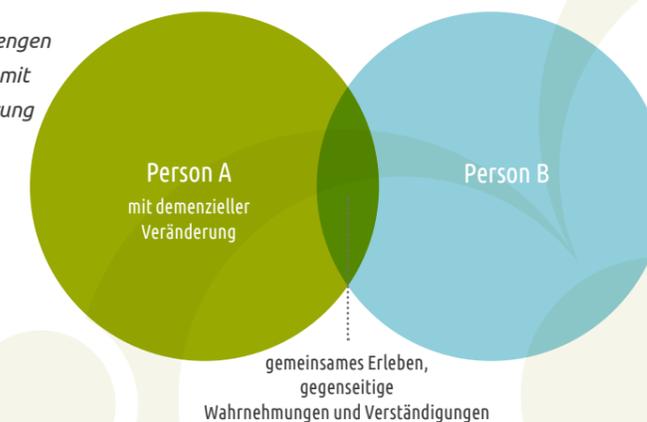
Wenn zwei Menschen miteinander kommunizieren, erreichen sie sich gegenseitig nie in vollem Umfang. Immer bleibt etwas geheim, intim, verschlossen. Eine vollständige und umfassende Kommunikation ist bestenfalls eine Illusion. Es gibt Überschneidungen im gemeinsamen Erleben, gegenseitige Wahrnehmungen und Verständigungen, die in der Kommunikation transparent und erweitert werden. Bildlich kann dies vereinfacht in Form von zwei Kreisen dargestellt werden, die sich überschneiden.

Abbildung 3: Schnittmengen in der Kommunikation ohne demenzielle Veränderung



In der Kommunikation mit Menschen mit Demenz verringert sich die Schnittmenge deutlich und fortschreitend, wie oben beschrieben wurde.

Abbildung 4: Schnittmengen in der Kommunikation mit demenzieller Veränderung



Umso wichtiger ist es, dass wir uns in den eingeschränkten Kommunikations- und Verständigungsmöglichkeiten auf die Elemente konzentrieren, die am ehesten Verständigung ermöglichen: den emotionalen und den sinnlichen Kontakt. Wie das gehen kann – davon später mehr. Doch zunächst einmal soll es um die innere Haltung und das Menschenbild gehen, die einer würdigen Kommunikation mit Menschen mit Demenz zugrunde liegen und sie ermöglichen.

3.2 Person, Würde und Wertschätzung

Kommunikation erfolgt zwischen zwei oder mehr Menschen. Sie ist Ausdruck der Beziehung zwischen Menschen. Diese wird nicht nur von den Erfahrungen mit konkreten Begegnungen dieser Person bzw. dieser Personen geprägt, sondern auch von dem Menschenbild, auf dessen Grundlage sie miteinander kommunizieren. Deshalb ist es wichtig, sich an dieser Stelle besonders mit dem Menschenbild und der inneren Haltung der Personen, die als Angehörige, Pflegende und Begleitende hauptsächlich zum Gelingen der Kommunikation mit demenziell veränderten Menschen beitragen können, zu beschäftigen.

Das Bild, das viele von Menschen mit Demenz haben, ist geprägt durch die Symptome der Demenz und das Leiden an ihnen. Es geht wie so oft in der Medizin vor allem um Verluste und Störungen. Davon wird ebenfalls die Diagnostik bestimmt. Auch die Betroffenen selbst sind davon nicht unbeeinflusst, weil sich das, was sie nicht mehr können, mehr in den Vordergrund der Aufmerksamkeit drängt als die Fähigkeiten, über die sie weiterhin verfügen. Angehörigen fallen vor allem die Veränderungen auf, die zunehmende Desorientierung und Vergesslichkeit und die anderen Folgeerscheinungen von Demenz – all dies schiebt sich in den Vordergrund der Aufmerksamkeit.

Die Selbstverunsicherung der Menschen mit Demenz, und die von außen kommende Fokussierung der Betroffenen auf deren Symptome kann zu einem Menschenbild führen, das die Kommunikation bestimmt. Wenn das Bild des Menschen mit Demenz in erster Linie von den Störungen und Unzulänglichkeiten geprägt wird, wird dies von den Betroffenen als abwertend und entwürdigend erlebt. Schon 1994 hat D.F. McGowin, die selbst an Alzheimer-Demenz erkrankt war, diese Gedanken im Gespräch mit ihrer Tochter geäußert. Gemeinsam hielten sie diese fest:

„Wenn ich keine Frau mehr bin, warum fühle ich mich dann noch wie eine? Wenn ich nicht mehr wert bin, gehalten zu werden, warum sehne ich mich danach? Wenn ich nicht länger empfindsam bin, warum freue ich mich an der Weichheit von Seide auf meiner Haut? ... Jedes Molekül in mir scheint zu schreien, dass es mich wirklich gibt und dass diese Existenz von irgendjemandem gewürdigt werden muss! Wie kann ich den Rest dieser Reise ins Ungewisse ertragen ohne jemanden, der dieses Labyrinth an meiner Seite durchwandert, ohne die Berührung eines Mitreisenden, der mein Bedürfnis, etwas wert zu sein, wirklich versteht?“ (McGowin & Schönberger-Klar 1994: 141).

Gegen das Menschenbild, von Demenz betroffene Personen vor allem als Bündel von Unzulänglichkeiten und Krankheitssymptomen zu betrachten und zu behandeln, wehrte sich bereits in den 1980er-Jahren Tom Kitwood (Kitwood 2008). Er forderte, dass demenziell veränderte Menschen selbstverständlich in ihrem vollen Menschsein anzuerkennen sind.

„Unser Bezugsrahmen sollte nicht länger die Personen-mit-DEMENZ, sondern die PERSONEN-mit-Demenz sein.“ (Kitwood 2008: 25)

Er lenkte vehement den Blick darauf, dass Menschen mit Demenz Menschen sind in all ihrer Vielfalt, die Gefühle haben und diese zeigen, die lieben und leiden, die in ihrem sozialen Netzwerk leben und lebendig sind:

„Die Person entzieht sich gänzlich jeder Objektivierung, weil sie aus dieser zwischenmenschlichen Begegnung – im Dialog – erst wird, was sie ist“ (Kitwood 2008: 72)

Dieser zutiefst humanistische Ansatz prägt seitdem zahlreiche weitere Überlegungen zur Kommunikation und zum Umgang mit Menschen mit Demenz. Dieses Menschenbild hat sich im besten Sinne als humanistisch erwiesen, denn es würdigt die Menschen.

Würde ist ein großes Wort. Dass die Würde des Menschen unantastbar sein sollte, steht als programmatische Forderung am Anfang des Grundgesetzes. Sie wurde dort aufgenommen angesichts der massenhaften Entwürdigungen des nationalsozialistischen Regimes. Doch Würde ist nicht nur etwas für Deklarationen und Sonntagsreden, Würde muss konkret immer wieder erkämpft, verteidigt und eingefordert werden. Im Großen wie im Kleinen. Die große Errungenschaft der bürgerlichen Revolutionen sind die Menschenrechte. Sie beinhalten vom Kern her, dass jeder Mensch ein Recht auf Würdigung hat, ganz gleich, welcher Religion oder welchem Geschlecht er angehört, ob er reich ist oder arm, von Adel oder Arbeiter, gesund oder krank. Das Wort „Würde“ geht auf mittelhochdeutsch „Wert“ zurück – dementsprechend haben alle Menschen, selbstverständlich auch Menschen mit Demenz, grundsätzlich ein Recht auf Wertschätzung, ein Recht darauf, dass wir ihnen mit einer wertschätzenden Haltung begegnen. Würde lebt im menschlichen Miteinander, in menschlichen Beziehungen, vom aktiven Würdigen und Wertschätzen des einen Menschen angesichts des anderen. Gerade weil Menschen mit Demenz immer weniger in der Lage sind, die Würdigung ihrer Person, ihr Selbstwertgefühl und ihre Selbstwertschätzung zu verteidigen und den Respekt für ihre Bedürfnisse einzufordern, sind sie auf die würdigende Unterstützung der ihnen zugewandten Menschen angewiesen. Zu denken, „die bekommen doch sowieso nichts mehr mit“, ist falsch, wie Untersuchungen und Erfahrungen beweisen, und entsprechend zu handeln und sie auf ihre Demenzsymptome zu reduzieren, ist entwürdigend.

3.3 Stärken, nicht schwächen

Jeder Mensch ist vielfältig. Er hat Schwächen und Stärken. Er kann vieles gut und manches weniger gut oder gar nicht. Auch Gesundheit und Krankheit sind in vielen Aspekten nebeneinander lebendig. Dieses Nebeneinander gilt auch für Menschen mit Demenz. Sie sind kognitiv beeinträchtigt, sie vergessen vieles. Sie haben Orientierungsschwierigkeiten und andere Symptome sowie Verhaltensweisen UND sie haben gleichzeitig Fähigkeiten zu fühlen, zu lachen, zu staunen, zu lieben, andere Menschen zu berühren und sich berühren zu lassen. Wenn wir Menschen als Personen betrachten und würdigen wollen, dann müssen wir diese Vielfalt beachten und respektieren. In unserem Verhalten und gerade in unserer Kommunikation den Menschen gegenüber sollte auf dieser Grundlage die Hauptabsicht darin bestehen, sie zu stärken und nicht zu schwächen. Ein Beispiel:

Die Tochter findet unter den Nachthemden ihrer Mutter in deren Kleiderschrank zwei angeschimmelte, alte Brötchen. Sie schimpft mit der Mutter: „Ich habe dir doch schon so oft gesagt, du sollst mir deine Brötchen geben oder wegwerfen und nicht dort verstecken. Was machst du denn immer? Willst du mich verärgern? Du bekommst hier doch immer genug zu essen. Was soll das denn?“

Für die Mutter ist ihr Verhalten normal. Sie hat in der Nachkriegszeit Hunger gelitten und den Wert von Nahrungsmitteln als knappes und überlebenswichtiges Gut erfahren. Sie ist deswegen nicht in der Lage und willens, Lebensmittel wegzuwerfen. Sie hebt sie auf, versteckt sie sogar, damit niemand anderes sie ihr entwenden kann – und dann vergisst sie dies. Durch das Schimpfen der Tochter wird sie mit dieser Vergesslichkeit, aber auch mit diffusen Erinnerungen an schreckliche Zeiten konfrontiert. Die Verwirrung steigt und ihr Selbstwertgefühl wird noch geringer, als es zuvor schon war.

Die Empörung der Tochter ist verständlich. Doch es wäre sinnvoll, zumindest zu versuchen, die von Demenz betroffene Mutter eher zu stärken als zu schwächen. Eine solche Kritik oder Empörung schwächt sie und verstärkt die Demenz. Die Tochter könnte stillschweigend über das, was sie im Kleiderschrank gefunden hat, hinweggehen. Oder sie könnte sagen: „Ich nehme deine guten Vorräte mit und stelle sie in den Lebensmittelschrank oder Kühlschranks. Die anderen hier sind schon verdorben. Die werfe ich weg. Dafür bekommst du neue. Dafür Sorge ich.“ Will man den von Demenz betroffenen Menschen stärken, ist es prinzipiell sinnvoll, sich die Frage zu stellen, welchen Sinn das scheinbar unverständliche Verhalten der beeinträchtigten Person für diese haben könnte. Wenn wie in unserem Beispiel die Tochter ihre Mutter danach fragen würde, bekäme sie sicherlich keine Antwort, zumindest keine, die sie zufriedenstellen könnte. Dann hilft Empathie, dann ist es sinnvoll zu versuchen, sich in den demenziell veränderten Menschen, hier in die Mutter, hineinzusetzen, um die Motive zu ergründen, zumindest zu erraten.

Wenn Menschen mit Demenz etwas tun, was die Angehörigen oder Pflegenden erfreut, dann ist es wichtig, ihnen das zurückzumelden.

Man könnte zum Beispiel sagen:

- ✔ „Ihr Lächeln ist heute besonders schön!“
- ✔ „Die Bluse steht dir gut!“
- ✔ „Es ist großartig, dass Sie Ihr Brot selbst schmieren können.“

Solche Rückmeldungen mögen banal klingen, sie sind es aber nicht, wenn sie wahrhaftig und achtungsvoll sind. Sie würdigen und betonen die Kompetenzen, Fähigkeiten und Ausdrucksweisen der Menschen mit Demenz, ohne deren Unzulänglichkeiten und Schwierigkeiten zu ignorieren. Sie stärken sie.

3.4 Würdigen, was ist

Die innere Haltung in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz sollte davon geprägt sein, dass wir wahrnehmen und ernst nehmen, was gegenwärtig in deren Erleben und Verhalten vorhanden ist, also zu „würdigen, was ist“. Viele Menschen neigen dazu – und das ist gerade in der Begegnung mit einer demenziell veränderten, nahestehenden Person verständlich, – sich von dem leiten zu lassen, was sein sollte, oder von dem, was war. Viele sehnen sich danach, dass es „wieder so wird, wie es war“, dass die Mutter, der Vater, die Großmutter, die geliebte Tante wieder so sein möge, wie sie sie kannten. Doch dies ist meistens unmöglich. Demenzielle Erkrankungen sind in der Regel ein fortschreitender Prozess und es gilt, in dieser Zeit ein möglichst gutes Leben miteinander zu leben. Wenn der Fokus zu sehr auf die Person der Vergangenheit oder auf eine unrealistische Zukunft gelegt wird, kann dies ein erfüllendes Miteinander in der Gegenwart erschweren.

Es ist traurig, dass manches verloren geht, dass sich die Beziehungen ändern, dass die Kommunikation eingeschränkt wird. Diese Trauer ist Ausdruck und Bestandteil des Loslassens. Dieses Loslassen ist notwendig. Wenn wir Menschen uns vor allem daran orientieren, wie der Mensch war oder (wieder) sein sollte, dann können wir in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz diese nicht würdigen, weil sich unsere eigenen Erwartungen wie eine Schablone zwischen uns und diese Menschen schiebt. Das führt zu Ärger und Missverständnissen, zu Frustrationen und Enttäuschungen. Zu würdigen, was ist, bedeutet, sich auf die Gegenwart zu fokussieren und die Widersprüchlichkeiten der Menschen mit Demenz zu sehen und so gut es geht zu akzeptieren.

Der demenziell veränderte Vater würde gerne einen Film im Fernsehen schauen. Der Sohn setzt sich dazu. Es läuft eine Serie, die der Vater immer gern gesehen hat. Doch diesmal ist ihm alles zu viel und zu schnell. Er kann den Gang der Handlung nicht verfolgen. Das zeigt sich in Äußerungen, mit denen er den Film kommentiert. Und an der Unruhe und Fahrigkeit, die sich in seinen Bewegungen äußert. Der Sohn ist entsetzt und erschrocken und schlägt dem Vater vor, den Fernseher auszumachen und mit ihm spazieren zu gehen. Doch der Vater möchte unbedingt den Film schauen und beharrt darauf.

Wie bei allen Menschen sind gerade auch bei Menschen mit Demenz viele widersprüchliche Aspekte des Erlebens vorhanden. Der Vater möchte gerne den Film schauen UND das Ansehen des Films überfordert ihn. Beides ist vorhanden und beides sollte, so gut es geht, akzeptiert werden. Daraus ergeben sich keine konkreten Handlungsanweisungen für den Sohn, sondern eine Haltung, von der aus er mit dem Vater kommunizieren kann. Vielleicht reicht es schon zu sagen: „Ja, ich verstehe, dass du gerne den Film sehen möchtest, aber heute macht mich der Film irgendwie ein bisschen durcheinander. Lass uns ihn doch in den nächsten Tagen noch einmal ansehen. Oder dann vielleicht auch einen anderen. Lass uns jetzt etwas anderes unternehmen.“ Eine solche Aussage zum Beispiel wäre nicht „gelogen“, aber Ausdruck eines respektvollen und behutsamen Kommunikationsstils.

3.5 Das große UND

Wenn Angehörige oder pflegende Fachkräfte solchen Widersprüchlichkeiten, solchen Doppelbotschaften begegnen und sich darum bemühen, sie als Doppelwahrheiten zu würdigen, ist die Haltung des großen UND hilfreich, wie wir im obigen Beispiel bereits angesprochen haben. Wir Menschen sind es oft gewohnt, in Entweder-oder-Kategorien zu denken und zu handeln: entweder gut oder schlecht, falsch oder richtig, wütend oder traurig, brav oder aufsässig usw., entweder dieses oder jenes. Oft haben wir den Anspruch an uns gelernt oder richten ihn an andere, dass wir uns entscheiden (können) müssen. Das prägt unsere Wahrnehmung und unsere Kommunikation und bringt Menschen vor allem in schwierigen Situationen in Entscheidungsnot. Doch wenn wir würdigen wollen, was ist, und die Menschen mit Demenz, die sich besonders schwer darin tun, ihren inneren Widersprüchlichkeiten eine Stimme und Sprache zu geben, respektieren, dann lassen sich widersprüchliche Aspekte in den meisten Fällen mit einem großen UND verknüpfen:

„Ich liebe meine Mutter, pflege sie gerne UND manchmal wird mir alles zu viel.“

„Meine von Demenz betroffene Partnerin kann sich manchmal nicht an meinen Namen erinnern und schaut mich an, als ob ich ein Fremder wäre, und das ist schrecklich. UND oft lächelt sie mich an und strahlt mit ihren Augen, das ist wunderschön. Dann spüre ich, dass sie mir vertraut. Das sind die glücklichen Momente.“

„Mein Mann kann nicht mehr allein essen UND er weiß noch, was ihm schmeckt und was nicht.“

„Die Oma erinnert sich an vieles nicht mehr UND doch kann sie ihre Gefühle leben und zeigen. Wenn sie zum Beispiel trotzig wird, weil ihr irgendwas nicht passt, dann ist sie ganz die Alte. Dann muss ich immer lächeln.“

Wenn eine solche Haltung des großen UND den Stil und die Atmosphäre der Begegnungen und Beziehungen bestimmt, dann wird die Kommunikation leichter für alle Beteiligten. Selbstverständlich gilt das große UND nicht für alle Aspekte des Erlebens und der Kommunikation miteinander. Wenn man Zeug*in einer Situation wird, in der ein Mensch oder Menschen mit Demenz entwürdigt werden, wenn ihnen Gewalt angetan wird, sie in ihrem Menschsein beschämt, erniedrigt, gedemütigt oder ihrer Hilflosigkeit überlassen werden, dann gibt es kein großes UND, sondern die Verpflichtung, dagegen einzuschreiten. Dann gilt es, die Schutzbedürftigkeit des Menschen mit Demenz und die Parteilichkeit für ihn in den Mittelpunkt des Handelns zu stellen. Da gibt es unserer Auffassung nach keinen Entscheidungsspielraum für das Ob, lediglich für das Wie, für die Art und Weise, STOPP zu sagen.

Aber auch Menschen mit Demenz brauchen manchmal ein Stopp. Ein deutlicher Hinweis genügt meistens, wenn sie wegen Desorientierung und unwillentlich andere verletzen. Ein beherrschtes Eingreifen zugunsten der Angegriffenen, seien es andere oder man selbst, ist wichtig und notwendig, wenn Menschen mit Demenz aus welchen Gründen auch immer andere verletzen, durch böswillige Worte, respektloses oder verachtendes Benehmen oder körperliche Übergriffigkeit. Das große UND findet seine Grenzen, wo die Entwürdigung beginnt.

Das hört sich leichter an, als es ist. Vor allem in Einrichtungen der Altenhilfe stehen Pfleger*innen und Begleiter*innen oft „zwischen vielen Stühlen“, müssen versuchen, die eine zu betreuende Person UND die andere zu betreuende Person UND vielleicht Kolleg*innen UND sich selbst und die jeweiligen Bedürfnisse zu achten, zu beachten und zu würdigen. Und dann stehen sie immer mal wieder vor der Herausforderung, sich zu entscheiden, wer von ihren Anempfohlenen in Auseinandersetzungen und entwürdigenden Situationen ihres Schutzes bedürfen und wem sie ein Stopp entgegensetzen.

*In einem Altenheim trafen zum nachmittäglichen Kaffeetrinken und Kuchenessen einige Männer und Frauen mit unterschiedlicher Ausprägung ihrer demenziellen Veränderung aufeinander. Einige Männer übertrafen sich jeden Nachmittag aufs Neue in bruchstückhaften Erzählungen ihrer Helden- und Frauengeschichten, amüsierten sich offensichtlich königlich über irgendwelche Witze, die dem wörtlichen Inhalt nach nur sie verstanden. Ihre Worte waren offensichtlich an die Frauen am Tisch adressiert UND gleichzeitig ignorierten sie die Frauen, machten sie „zu Luft“. Einige Frauen „verstanden“ die Männer sehr wohl, spürten den verachtungsvollen Subtext und verstummten. Den Pfleger*innen, die diese Frauen auf ihre Zimmer zurückbegleiteten, fiel deren nachhaltige Verstörtheit auf. Sie suchten nach den Ursachen – und entschieden sich dann, die Männer, die auch nach einigen Versuchen nicht verbal erreichbar waren, von den Frauen zu trennen und ihnen für ihre Zusammenkunft und Gespräche einen anderen Raum zur Verfügung zu stellen.*

3.6 Sich würdigen

Zum großen UND gehört, andere zu würdigen UND sich selbst. Menschen mit Demenz sind Menschen und haben einen Wert. Diesen Wert auch in der Kommunikation zu zeigen und zu leben, bedeutet, sie zu würdigen. Doch auch diejenigen, die Menschen mit demenziellen Veränderungen begleiten und pflegen, sind Menschen und haben Wert. Auch ihre Gefühle und Empfindungen müssen und sollten gewürdigt werden.

Eine pflegende Angehörige erzählt: „Manchmal bin ich fertig und dann kann ich nicht mehr. Ich habe meine Mutter sehr gerne. Aber oft ist sie so aggressiv und verletzt mich, wehrt meine Hilfe ab ... Dann bin ich durch. Ich habe immer gedacht, ich muss sie doch lieben und darf mich nicht über sie aufregen. Jetzt weiß ich, dass beides geht, dass ich beides nötig habe. Ich liebe, schätze und mag sie UND ich finde sie manchmal schräg und verletzend und das tut mir dann weh und ärgert mich.“

Jede Wunde schmerzt, jede Verletzung tut weh, ganz gleich ob bei pflegenden Angehörigen, bei professionellen Pflegekräften und Begleiter*innen oder bei anderen Menschen, die Menschen mit Demenz begegnen. All dies ruft Gefühle hervor. Und diese Gefühle dürfen sein. Würden die negativen Gefühle einfach nur übertüncht, dann wäre die Kommunikation von Falschheit geprägt, von einem So-tun-als-Ob. Deswegen sollten wir Zuneigung und Ärger, Verletzlichkeit und Kraft, Hilflosigkeit und Engagement mit dem großen UND verbinden.

*Frau W. will sich im Fortschreiten ihrer Demenz nicht mehr duschen lassen. Weder von ihrer Tochter noch von den Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes. Alle Versuche, mit ihr zu reden und sie zu überzeugen, gehen ins Leere oder rufen noch mehr Widerstand hervor. Die Tochter ist aufgelöst und versteht ihre Mutter nicht. „Du weißt doch, dass du duschen musst. Du hast doch immer so gern geduscht. Was soll das denn?! Du bringst mich zur Verzweiflung. Ich will dich doch nicht zwingen.“ Die Mitarbeiterin des Pflegedienstes, die die Not der Tochter mitbekommt, schlägt ihr vor, ihrer beider Bemühungen aufzugeben: „Ich werde sie wie nebenbei regelmäßig waschen und dabei immer ein Lied singen. Ich weiß, das mag sie. Sie hört mich gerne singen. Das geht schon.“*

Menschen, die demenziell veränderte Personen begleiten, begleiten diese nicht nur beim Scheitern und beim Kampf gegen ihr Scheitern, sondern scheitern selbst auch oft, und das ist ein unangenehmes Gefühl. Niemand scheitert gerne. Niemand mag sich dies gerne eingestehen. Doch auch das gehört zum Leben mit demenziell veränderten Menschen dazu. Es gelingt vieles und manches gelingt nicht. Pflegende und Angehörige können viel erreichen UND in mancher Hinsicht scheitern sie. Über beides sollten Menschen reden. Und beides sollten sie zeigen.

Das Wichtige ist, vom vielen „Müssen“ loszulassen, gnädiger zu werden mit den eigenen Unzulänglichkeiten angesichts des anderen, demenziell veränderten Menschen. Den anderen ernst nehmen, ihn verantwortungsvoll und liebevoll pflegen und begleiten zu wollen, verträgt sich vor allem vonseiten pflegender Angehöriger gut, wahrscheinlich öfter als man denkt, mit lockereren Regeln im Alltagsleben. Die Kommunikation, die sich aus dieser Einstellung und inneren Haltung ergibt: Sie würdigt den anderen Menschen und die eigene Person.

3.7 Wahrhaftigkeit

Kein Mensch wird gern belogen. Sicher, es gibt Notlügen, Lügen, die die Not des Menschen mit Demenz erfassen und dementsprechend notwendig sind, um sie zu schützen. Eine Pflegerin in einer Einrichtung der Altenhilfe wird gut daran tun, der demenziell veränderten Frau, die sie noch kurz zuvor auf den lang-ersehnten Besuch ihres Sohnes vorbereitet hat, nicht zu sagen: „Wenn Sie wüssten, wie lange wir darum gekämpft haben, dass Ihr Sohn Sie einmal besuchen kommt! Wir haben ihn gebeten, trotz aller Konflikte aus der Vergangenheit einmal über seinen Schatten zu springen und zu kommen, bevor Sie zunehmend in der Demenz verloren zu gehen drohen. Dann hat er es notgedrungen zugesagt – und nun sagt er aus ganz fadenscheinigen Gründen ab. So kurzfristig, weil er wahrscheinlich zu feige ist, sich uns zu stellen. Ich bin sehr ärgerlich und es tut mir für Sie sehr leid.“

Stattdessen nimmt sie Zuflucht zu einer Notlüge, die diesen Begriff verdient: „Oh, Frau A., gerade hat uns Ihr Sohn angerufen. Es tut ihm sehr leid, dass er nicht kommen kann. Wenn ich ihn recht verstanden habe, dann braucht gerade seine Tochter, wissen Sie, Ihre Enkelin Julia, die Sie ja oft besuchen kommt, seine Hilfe. Er will seinen Besuch bei Ihnen so schnell wie möglich nachholen. Ja, das ist traurig, das finde ich auch. Aber da Sie sich jetzt schon mal so besonders schön gemacht haben, gehen wir jetzt mal Frau ... oder Herrn ... besuchen, ja?! Wir gucken mal, wo wir sie finden.“

Und dann gibt es noch Lügen, die als Notlügen oder Unwahrheiten in der Konsequenz eher dem eigenen Schutz dienen als dem Schutz des Menschen mit Demenz. Verständliche und oft gut gemeinte Notlügen, aber dennoch in ihrer Wirkung das Gegenteil des Beabsichtigten.

Herr S. hadert mit sich, weil er wieder vergessen hat, was er eigentlich gerade tun wollte. Er spürt „die Leere im Kopf“, wie er diesen Moment des Vergessens seiner Ärztin beschrieben hatte. Er weiß, dass er an beginnender Alzheimer-Demenz leidet. Seine Frau versucht, ihn zu trösten, und sagt: „Das ist nur gerade der Stress. Das wird schon wieder.“ Herr S. weiß oder ahnt zumindest in diesem Moment, dass es nicht „schon wieder wird“. Er ärgert sich, mehr noch, er fühlt sich alleingelassen und enttäuscht, äußert das aber nicht seiner Frau gegenüber. Er glaubt, er würde ihr mit seiner kognitiven Beeinträchtigung zur Last fallen und will ihr nicht noch mehr aufbürden. So verstummen beide.

Dieser Mann versteht, was seine Frau ganz sicher nicht beabsichtigt hat, nämlich dass er „nicht mehr für voll genommen“ wird. Er kann ihr (nicht mehr) Täuschung oder Irrtum vorwerfen, sondern fühlt sich stattdessen in seinem Selbstwertgefühl und in seiner Selbstachtung angegriffen.

Wenn Menschen mit dem, was sie denken und fühlen, nicht wahrhaftig sind, beeinträchtigt das die Kommunikation. Sie wird belastet oder verstummt. Hier wäre es vielleicht hilfreich gewesen, wenn beide mit dem großen UND kommuniziert hätten. Die Frau zum Beispiel: „Ja, dass du das vergessen hast, ist ärgerlich für dich. UND mir macht es nichts aus, es gibt ja noch viel anderes.“ Und er zum Beispiel: „Ich will nicht, dass du dir und mir etwas vormachst. Und ich weiß, dass du es gut meinst und mich trösten möchtest.“ Um so kommunizieren zu können, gehört noch eine andere Fähigkeit dazu, die wir an dieser Stelle nur kurz skizzieren wollen: die Fähigkeit, sich der eigenen Gefühle bewusst zu sein, ihnen gegenüber wahrhaftig zu sein und auch noch Ausdruck geben zu können. Und diese Fähigkeit will gelernt und gelebt sein. Kein einfaches Kapitel, weder für die Frau im obigen Beispiel noch für ihren Mann, dem es mit zunehmender demenzieller Veränderung immer schwerer fallen wird, seinen Gefühlen Ausdruck zu verleihen:

wirklich getäuscht zu werden, entwürdigt und erniedrigt. Wenn Menschen mit Demenz auf der Suche nach ihrer Heimat auf einer Wartebank neben einer Bushaltestelle, die ein Fake ist, sozusagen abgestellt und alleingelassen werden mit der Aussage: „Warten Sie hier. Der Bus kommt gleich und bringt Sie nach Hause.“, dann ist das menschenunwürdig. Pflegenden in Einrichtungen der Altenhilfe, Angehörigen und alle anderen, die Personen mit Demenz begleiten oder mit ihnen leben, sollten so wahrhaftig sein, wie es ihnen möglich ist. Wahrhaftigkeit darf kein Zwang werden im Sinne von: „Immer muss man die reine Wahrheit sagen!“ – aber das Streben nach Wahrhaftigkeit sollte als Orientierung in der Kommunikation gelten. Das ist der Ausdruck einer würdigen Haltung.

3.8 Humor

Humor in der Kommunikation ist ein heikles Thema, da im hohen Maße individuell geprägt und aus der Unplanbarkeit und Spontaneität geboren. Er ist nicht verwandt mit Hämme und Beschämung; das Schmunzeln oder Lachen, das aus ihm entsteht, ist kein Auslachen, das den anderen Menschen beschädigt. An dem Sprichwort „Humor ist, wenn man trotzdem lacht“ ist etwas sehr Wahres und in der zwischenmenschlichen Kommunikation kann er manchmal etwas sehr Verbindendes haben, gerade zwischen Angehörigen und den ihnen anvertrauten Menschen mit Demenz.

Manche Angehörige verbieten sich jede humorvolle Äußerung, weil eine demenzielle Veränderung ja „etwas Ernstes“ ist. Dabei kann man so oft Zeug*in werden von wunderbaren, manchmal skurrilen, unorthodoxen und dennoch stimmigen Wortschöpfungen für Sachverhalte, die man selbst nicht hätte besser ausdrücken können.



Eine Frau sitzt mit anderen betroffenen Frauen am Mittagstisch. Ihre Tochter sitzt neben ihr, eine kleine Pause ist eingetreten, alle warten auf den Nachtisch. Die Tochter ist der Mutter zugewandt. Plötzlich lacht die Mutter, nicht laut, aber freundlich – die Tochter kennt dieses Lachen aus Zeiten, in denen ihre Mutter als Geschäftsfrau ihren Kundinnen gegenüberstand –, winkt dabei in Richtung ihres Gegenübers und sagt höflich lächelnd: „Hallo. Guten Tag. Ich glaube, ich kenne Sie.“ Die Tochter schaut, an wen sich ihre Mutter wendet, und sieht, dass die demenziell veränderte Frau gegenüber unablässig ihren Zeigefinger hin- und herbewegt, vollkommen in ihrer eigenen Welt versunken. Die Tochter muss so herzhaft und „rein“ lachen über diese Szene, in der sie ihre Mutter und sich selbst und ihre gemeinsame Lebenswelt wiedererkennt, dass ihre Mutter mit einstimmt, auch wenn sie offensichtlich nicht weiß, was der Anlass ist. Lachen steckt eben an. Es ist ein befreiendes Lachen für beide – ein erlösendes Lachen in einer ansonsten eher bedrückenden Atmosphäre.

Auch manche demenziell veränderten Personen trauen sich oft nicht zu lachen, obwohl in ihrer Wahrnehmung und ihrer Erlebenswelt sicher manches, was ihre Angehörigen oder betreuenden Personen tun, auch skurril oder zum Lachen ist. Und sicher haben manche auch Schuldgefühle, was sie ihren Liebsten mit ihrer kognitiven Beeinträchtigung an Last zumuten, und meinen, dass diese „nichts zu lachen“ haben und dass man dann nicht lachen dürfe. Doch das Gegenteil ist der Fall. Lachen und Humor verbinden und lösen Spannungen. Man sollte den Humor und die Fähigkeit von demenziell veränderten Menschen nicht unterschätzen, über sich selbst zu lachen.

Ein alter Herr erzählt: „Seit ich Alzheimer habe, gibt es für mich im Fernsehen keine Wiederholungen mehr. Alles ist immer wieder neu, weil ich nicht mehr weiß, was ich schon gesehen habe.“ Und er lacht ein wenig vergnügt über sich selbst.

Tränen und Lachen, alle Gefühlsäußerungen gehören zu einem wahrhaftigen Leben und einem guten Miteinander und haben ein Recht, gelebt und gewürdigt zu werden.

3.9 Mut zum Experimentieren und Improvisieren

In der Kommunikation mit Menschen mit Demenz ist es einerseits sinnvoll, alle Kommunikationsarten und -stile, die der Vertrautheit, Sicherheit und Orientierung dienen, zu bewahren und zu pflegen. UND andererseits ist es ebenso wichtig, eine experimentelle Haltung einzunehmen, also den Mut zu haben, auszuprobieren, was geht, wenn die gewohnte Kommunikation gerade nicht oder nicht mehr geht. Angehörige, Pflegende und Begleitende können oft nur ausprobieren, welche Kommunikation gerade gelingt und welche nicht.

Der Mann einer demenziell veränderten Frau erzählt: „An manchen Tagen gelingt alles. Da erreiche ich sie. Da ist sie auch manchmal ganz klar und sagt mir auch etwas. Vor allem aber versteht sie mich. Zum Beispiel, wenn ich mit ihr zusammen spazieren gehen will und ihr ihren Mantel hinhalte oder mit ihr zusammen das Abendessen richte. Da ist eine Verbindung. Und dann wieder, wenn ich am nächsten Tag genau das Gleiche mache, dann gelingt gar nichts. Dann gehe ich ins Leere. Sie tut so, als wäre ich nicht vorhanden oder schlimmer noch, als sei ich ein Fremder. Manchmal kommt es mir so vor, als würde ich gegen eine Wand rennen, als wären die Fäden zwischen uns zerschnitten.“

Solche Erfahrungen machen viele, die mit Menschen mit Demenz kommunizieren. Das, was heute gilt, muss morgen nicht gelingen. Viele versuchen dann, sich besonders anzustrengen, zweifeln an sich selbst und machen sich selbst Vorwürfe und haben Schuldgefühle, wenn ihre Kommunikationsbemühungen nicht so gelingen, wie sie sich dies vorstellen und wünschen. Die Gefahr ist, dass diese Atmosphäre der Anstrengung, der Unfähigkeit und der Schuldgefühle die Kommunikation ganz unmerklich, aber spürbar belastet und beschwert. Und gerade Menschen mit Demenz, die in ihrer Orientierungsfähigkeit und in ihrer Fähigkeit, andere Menschen zu verstehen und sich auf sie einzulassen, schwanken, reagieren sehr sensibel auf Atmosphären. Deswegen ist Improvisieren gefragt; deshalb ist es notwendig, immer wieder neu auszuprobieren, wie Kommunikation gelingen kann. Sie ist nicht stabil, sondern entwickelt sich in Wellen, mit Auf und Ab. Eine experimentelle, offene und am anderen Menschen und an sich selbst interessierte innere Haltung ist deshalb eine wesentliche Voraussetzung für einen würdigen Umgang in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Es hilft, etwas auszuprobieren. Wenn es gelingt, ist es gut. Wenn nicht, dann sollte ein anderer Zugang versucht werden. Immer bei dem zu bleiben, was gerade nicht gelingt, führt leicht zu Sturheit und verhärteten „Fronten“ statt zu „weichen“, lebendigen und den Moment feiernden Begegnungen.

3.10 Erst andocken, dann kommunizieren

Jede Art von Kommunikation ist Ausdruck einer Beziehung zwischen zwei und mehr Menschen. Um Informationen auszutauschen oder sich über andere Inhalte zu verständigen, braucht es eine grundlegende Verbindung zwischen den kommunizierenden Menschen. Dazu gehört die Bereitschaft, sich zumindest wahrzunehmen, möglichst sogar sich gegenseitig zuzuhören, und dazu gehört eine Offenheit für das, was die anderen mitteilen möchten. Dafür braucht man grundlegendes Vertrauen. Ist dies nicht vorhanden, geht Kommunikation ins Leere oder wird so von Angst und Druck überlagert, dass ein gegenseitiges Verstehen und entsprechendes Reagieren gar nicht möglich sind. Das gilt auch für Menschen ohne Demenz, aber für diese erst recht, weil bei ihnen der Boden der Verunsicherung zumeist größer ist als bei anderen.

Wenn wir mit Menschen mit Demenz kommunizieren möchten, dann gilt es, zunächst und vorrangig diesen Boden der Kommunikation herzustellen. Man braucht als Erstes ein Andocken. Wenn ein Schiff in einem Hafen andockt, dann werden die Pier und das Schiff mit Seilen verbunden und es werden Brücken ausgelegt oder Fallreeps heruntergelassen, über die Menschen am Pier auf das Schiff oder vom Schiff in den Hafen gehen können. Ähnliches gilt für das Andocken in der Kommunikation. Vielleicht besteht das Andocken in einem Blickkontakt, in einer Berührung, in einer Ansprache mit einem bestimmten Tonfall oder in einer bestimmten Stimmlage. Bevor zum Beispiel Sätze fallen wie „Bitte, kommen Sie jetzt zum Essen“ oder „Wir müssen dir jetzt mal die Haare kämmen“, ist es oft sinnvoll, zunächst irgendeine Art von Verbindung herzustellen, damit diese Aufforderung nicht als überraschend erlebt wird und im Erleben der demenziell veränderten Person überfallartig auf sie hineinstürzt. Wer von Demenz betroffen ist, weiß nicht sofort, von wem eine Aussage oder eine solche Aufforderung bzw. Einladung kommt. Diese Menschen brauchen Zeit zur Orientierung. Deswegen ist es notwendig, zunächst einmal alles zu tun, was möglich ist, um überhaupt eine Verbindung zu dem Menschen mit Demenz herzustellen.



Worin diese Verbindung bestehen kann, ist abhängig von den Beteiligten und von der Situation. Wer wiederholt mit einer bestimmten demenziell veränderten Person zu tun hat, wird aufgrund der gemachten Erfahrungen wissen, wie das Andocken zu ihr erfolgen kann. Auch da kann es, wie schon erwähnt, Überraschungen geben und Wechsel erforderlich machen in dem, was geht und was nicht. Dann muss die Kontaktaufnahme auf eine andere persönliche und individuell angemessene Art und Weise ausprobiert werden, die ein Andocken ermöglicht und damit eine Brücke zwischen den Beteiligten schafft, auf der sich die weitere Kommunikation entfalten kann.

4. Hilfreiche Modelle für die Kommunikation und ihre Umsetzung

In den klassischen Modellen wird Kommunikation als das Senden und Empfangen von Informationen beschrieben. Dieses Verständnis übergeht viele Aspekte der Kommunikation, auch zwischen Menschen ohne Erkrankungen. Wenn ein Säugling nach der Geburt die Mutter anschaut, dann findet in ihrer Kommunikation, in dem Wechselspiel der Augen, kein oder allenfalls am Rande ein Informationsaustausch statt. In diesem Dialog öffnen sich zwei Herzen und zwei Seelen. Das gemeinsame Lauschen des Vogelgezwitschers oder die Berührung der Hände zweier Liebender sind Kommunikation und weit mehr als ein Senden und Empfangen von Informationen. Bei Menschen mit Demenz gilt dieses Modell noch weniger, denn zum einen werden die Situationen, in denen es auf Informationsaustausch ankommt, mit zunehmender kognitiver Beeinträchtigung immer seltener. Zum anderen ist die Kommunikation auf diesem „Kanal“ der Person immer unwürdiger.

Eine Altenpflegerin betritt das Zimmer einer demenziell veränderten Dame. Sie sagt zu ihr: „Guten Morgen, Frau M. Ich werde Sie jetzt waschen.“ Frau Müller versteht sie nicht. Sie schaut die Pflegerin verwirrt an. Als diese sich dem Bett nähert und das Bettlaken aufschlägt, um Frau Müller aus dem Bett zu helfen, hält Frau Müller ihre Bettwäsche fest, klammert sich an sie und wehrt die Altenpflegerin ab. Diese geht noch näher an das Bett heran und zieht noch entschlossener an dem Betttuch und sagt dabei: „Frau M., ich will Ihnen doch nichts. Es ist doch alles gut. Ich will Sie doch nur waschen.“ Es entwickelt sich ein Kampf zwischen der Pflegerin und Frau M., die immer aufgeregter wird und beginnt, um sich zu schlagen, als müsse sie sich verteidigen. Als ginge es um ihr Leben.

Hier ist offensichtlich die Kommunikation misslungen. Frau M. hat die Worte der Altenpflegerin nicht verstanden. Damit ist eine Voraussetzung des klassischen Kommunikationsmodells hinfällig. Es setzt nämlich voraus, dass es zwischen Sender und Empfänger ein „gemeinsames Zeichensystem“ gibt. Das sind hier die Worte, die durch die Demenz nicht mehr verstanden werden können. Doch das Missverständnis und Unverständnis geht noch über die Worte hinaus. Die Bewegung der Altenpflegerin zum Bett hin und deren Griff nach dem Betttuch ist ebenfalls ein „Zeichen“. Die Altenpflegerin meinte es als Startsignal, um mit dem Aufstehen, Waschen und Ankleiden zu beginnen. Frau M. fasste es als Bedrohung, Angriff und Verletzung ihrer Intimität auf. Die Pflegerin wiederum verstand die Zeichen von Frau M. nicht. Solche Missverständnisse erstrecken sich wie hier häufig nicht nur auf Worte und Sätze, sondern auch auf die Körpersprache, Gesten und andere Bestandteile der Kommunikation. Wenn durch die Demenz zwei oder mehr Menschen nicht mehr in der Lage sind, diese Zeichen zumindest so weit zu verstehen, dass sie sich gemeinsam darauf beziehen können, dann verliert das klassische Kommunikationsmodell endgültig seine Voraussetzungen. Es braucht also Modelle, die darüber hinausgehen oder Aspekte beleuchten, die die Vielfalt, Vielschichtigkeit und Verwobenheit menschlicher Kommunikation besser zu erfassen vermögen. Im Folgenden sollen einige vorgestellt werden, die nützlich sind, um Kommunikation mit Menschen mit Demenz zu ermöglichen.

4.1 Das unterschiedliche Zeiterleben

Die Uhrzeit gilt für alle Menschen. Sie wird in Zeitmessern angezeigt, auf der Uhr, auf dem Handy, im Fernseher und anderswo. Sie ist messbar und für alle Menschen gleich, aufgeteilt in Sekunden, Minuten, Stunden, Tage, Wochen, Monate und Jahre. Das ist die objektive Zeit. Daneben gibt es das subjektive Zeiterleben. Wahrscheinlich kennen Sie es auch, dass manche Zeiten sich so anfühlen, als würden sie nie enden, während andere viel zu schnell vorbei sind. Dieses Zeiterleben ist nicht messbar, sondern wird von jedem Menschen unterschiedlich erfahren und gespürt. Es ist nicht objektiv, sondern wird von den Personen als subjektiv erlebt. Wir können also von „erlebter Zeit“ sprechen.

Durch die demenzielle Veränderung wird das Zeiterleben der meisten betroffenen Menschen beeinträchtigt. Das gilt vor allem für die objektive Zeit. Auch sie wird wie das Denk- und Erinnerungsvermögen und die Selbstgewissheit porös. Nicht nur die Reihenfolge der Daten und Fakten wird oft durcheinander geworfen, auch das Band, an dem sich die Reihenfolge von Geschehnissen orientiert, verliert seine Kraft und Sicherheit. Menschen vergessen, dass sie schon gegessen haben. Sie beginnen schon eine halbe Stunde nach dem Frühstück zu fragen, wann es denn endlich das Mittagessen gibt. Manchmal wird die Nacht zum Tag und demenziell veränderte Menschen laufen nachts in ihrem Zimmer hin und her, unterhalten sich laut, weil sie sich in einer anderen Zeit wähnen. Wenn man dann auf die Uhr verweist, kann dies bei Beginn der Alzheimer-Demenz helfen. Doch mit jedem weiteren Fortschreiten reagieren die betroffenen Menschen nur verständnislos und verwirrt. Vielleicht laufen sie ihrer nächtlichen Angst davon, ohne diesen Grund zu wissen. Eine Kommunikation über die objektive Zeit wird zunehmend unmöglich. Das Zeiterleben der meisten Menschen mit Demenz ist bedeutend langsamer, verzögerter und schwerfälliger als das derjenigen, die sie begleiten. Dies ist genereller Ausdruck der veränderten Orientierung in Zeit und Raum.

Dass sich die Orientierungsschwäche räumlich zeigt, fällt auf und ist sichtbar, wenn Herr M. sein Zimmer nicht findet und im Altenheim umherirrt. Doch die Desorientierung betrifft auch das Zeitempfinden. Herr M. weiß oft nicht, ob es vormittags oder nachmittags ist. Vor allem aber vergeht für ihn die Zeit langsamer als für andere und er braucht für alle seine Impulse, Bewegungen und Entscheidungen deutlich länger als andere Menschen. Herr M. sitzt beispielsweise an einem Tag im Aufenthaltsraum. Eine Service-Mitarbeiterin bringt ihm Kaffee. Sie fragt: „Wollen Sie Milch in den Kaffee?“ Er schaut sie an und reagiert nicht. Sie nimmt das als „Nein“ und geht zum nächsten Tisch. Immerhin fragt sie ihn und gießt ihm nicht einfach einen Milchkaffee ein, wie das oft geschieht, „weil die meisten den Kaffee mit Milch wollen“. Doch sie kann mit seiner Art zu antworten nicht umgehen. Die Kommunikation misslingt, weil ihr Zeiterleben unterschiedlich gepolt ist. Als sie sich abwendet, nickt er. Er wollte Milch, aber er brauchte schlicht mehr Zeit, als die Mitarbeiterin aufbringen konnte oder als sie für die Antwort erwartete.

Nichts zu antworten, bedeutet oft keine Verneinung, sondern ist einfach Ausdruck davon, dass die Menschen mit Demenz mehr Zeit als andere benötigen, um zu antworten. Es ist notwendig zu wissen und zu berücksichtigen, dass die Uhr zwar in der gleichen Geschwindigkeit tickt, aber das Zeiterleben von Menschen mit Demenz in der Regel verlangsamt ist. In seinem Erleben hat Herr M. in „normaler“ Geschwindigkeit geantwortet. Im Zeiterleben der Mitarbeiterin war es mindestens Zeitlupe. Mitarbeiter*innen und Angehörige bringen sich oft um positive Erfahrungen, wenn sie zu schnell sind. So wird manchmal das „Danke“, das mit Verspätung kommt, nicht mehr gehört, weil die Person, der es gilt, sich oft schon abgewendet hat.

Das Modell des unterschiedlichen Zeiterlebens zu kennen und zu berücksichtigen, ist eine unabdingbare Voraussetzung, um eine Kommunikation mit Menschen mit Demenz zu ermöglichen. Und dann gibt es noch eine andere wichtige Dimension des Zeiterlebens, das Menschen mit Demenz vor allem mit traumatisierten Menschen gemeinsam haben: das Phänomen des Zeitkollapses. In der Kombination von Störungen des Gedächtniserlebens und des Zeiterlebens wännen sich Menschen mit Demenz oft in einer anderen Zeit als in der, in der sich die Pflegenden und Angehörigen befinden. Unterschiedliche Zeiten „fallen ineinander“, die eine „kollabiert“ in die andere.

Die Tochter besucht die Mutter in einem Pflegeheim. Die Mutter leidet unter fortgeschrittener Alzheimer-Demenz. Als die Tochter sich an den Tisch der Mutter setzt, an dem diese im Gemeinschaftsraum gerade ein Stück Kuchen isst, reagiert die Mutter aggressiv. „Na, willst du mir wieder den Kuchen klauen, Helga?“ Die Tochter heißt Ines. Die Mutter verwechselt sie mit ihrer Schwester, mit der sie ein sehr zwiespältiges Verhältnis hatte und hat. In der Kindheit gab es viel Streit, weil im Erleben der Mutter ihre Schwester ihr immer wieder Süßigkeiten gestohlen hat, ihr, wie sie früher erzählt hatte, ihr angeblich „das Schwarze unter dem Fingernagel nicht gegönnt“ habe.

Die Tochter ist gekränkt, dass sie von ihrer Mutter mit dieser Schwester verwechselt wird, und betont mehrmals, fast flehentlich, dass sie doch die Tochter ist, dass sie Ines heißt, und dass die Mutter sie doch kennen müsse. Doch vergeblich. Die Mutter steht irgendwann auf und geht mit ihrer Gehhilfe weg, empört, dass ihre Schwester sie so beleidigt ...

Diese demenziell veränderte Frau lebt in diesem Moment in einer anderen Zeit. Die gegenwärtige Zeit kollabiert sozusagen, sie fällt in die frühere, vergangene und offenbar prägende Zeit. Sie wähnt sich darin. Für sie ist diese andere Zeit Realität, subjektiv greifbare, erlebte Realität. Diese subjektiv erlebte Zeit der Mutter ist anders als die der Tochter. Die alte Kränkung der Mutter durch ihre Schwester kränkt durch die Art der Kommunikation verständlicherweise die Tochter. Wenn sie diesen Zusammenhang nicht weiß, wird die Kränkung nachhaltige Wirkung haben und die Kommunikation und Beziehung zu ihrer Mutter erschüttern, zumindest verunsichern. Wird dieser Zusammenhang nicht erkannt und berücksichtigt, kann dies generell fast jede Kommunikation unmöglich machen. Wissen und Berücksichtigung des unterschiedlichen Zeiterlebens tragen nicht nur zum Verständnis der demenziell veränderten Person bei, sondern auch zum Verständnis der eigenen Verwundbarkeit als Angehörige*r, Pflegende*r oder Begleitende*r. Das lässt in einem nächsten Schritt wieder die aktive (Mit-)Gestaltung der Kommunikation zu.

4.2 Sinnliche Kommunikation und Bewertungstraining

Jede Kommunikation ist immer auch ein sinnlicher Kontakt. Beim Sprechen ist im besonderen Maße der Hörsinn beteiligt. Die Sprache gibt nicht nur Informationen weiter, sondern trifft immer auch Aussagen über die Beziehungen der Sprechenden und Hörenden (Schulz von Thun 2010). Je nach Tonfall kann ein „Guten Morgen“ beiläufig erklingen oder herzlich. Die angesprochene Person kann sich freundlich begrüßt fühlen oder herumkommandiert. Auch der Augenkontakt gehört zu jeder Kommunikation. Menschen können auffordernd blicken oder abwertend. Selbst wenn Menschen im kommunikativen Austausch nicht angeschaut werden oder sich nicht anschauen, ist dies eine Aussage über die Art der Kommunikation zwischen ihnen. Aus dieser selbstverständlich klingenden Tatsache ergeben sich für die Kommunikation mit Menschen mit Demenz drei Aspekte.

Erstens: Wir sollten die Beteiligung der Sinne in der Kommunikation mit demenziell veränderten alten Menschen nutzen und gezielt einsetzen:

*Ein Mitarbeiter eines Altenstiftes betritt den Raum, in dem einige Männer und Frauen im Kreis sitzen. Alle sind von Demenz betroffen. Sie treffen sich zu ihrem regelmäßigen Gruppentreffen und wurden von den Pfleger*innen in den Raum gebracht. Der Mitarbeiter begrüßt sie und sagt: „Guten Tag!“ Es gibt kaum Reaktionen. Dann geht er im Kreis herum, kauert sich auf Augenhöhe zu den demenziell veränderten Menschen, schaut ihnen in die Augen, gibt ihnen die Hand und wiederholt: „Guten Tag, Herr Schmitz!“. Er spricht sie alle mit ihrem Namen an. Hier gibt es nun andere Reaktionen als zuvor. Die Menschen schauen auf, blicken ihm in die Augen. Manche sagen ebenfalls „Guten Tag!“, ein Herr lächelt freundlich.*

Der Mitarbeiter hat sich nicht auf verbale Kommunikation beschränkt, sondern hat Körper- und Blickkontakt gesucht, den Abstand zu den jeweiligen Menschen verringert und sie mit dem Namen freundlich angesprochen. Er hat alle Sinne genutzt und schon waren die Reaktionen anders. Dann geht er noch einen Schritt weiter.

Er sagt: „Ich komme gleich wieder. Ich habe heute etwas für Sie mitgebracht.“ Er holt aus dem Nebenraum einen Strauß voller Blumen. Er hat sich vorher in einem Blumenladen einen Strauß aus unterschiedlichen Blumen zusammenstellen lassen, von jeder Art nur eine oder höchstens zwei. Als er den Blumenstrauß in den Raum bringt und in die Mitte des Sitzkreises stellt, weckt dieser sofort die Aufmerksamkeit aller Beteiligten. Alle Blicke wenden sich den Blumen zu, von dort wieder zu dem Mitarbeiter und dann wieder zu den Blumen. Manche sagen: „Oh, wie schön!“ Viele freuen sich. Der Ausdruck der Menschen wird offener und interessierter.

Der Blumenstrauß hat die Sinne zusätzlich aktiviert und damit auch die Verbindung innerhalb der Gruppe und zwischen der Gruppe und dem Mitarbeiter intensiviert. Die Kommunikation hat sich erweitert und vertieft. Doch auch in dieser Hinsicht geht noch mehr.

Der Mitarbeiter sagt: „Ich gehe jetzt herum und bitte Sie, sich jeweils eine Blume auszusuchen, die Ihnen am besten gefällt.“ Er steht auf, nimmt den Blumenstrauß und geht zu der links von ihm sitzenden Dame. Diese schaut ihn verwirrt an. Als er seine Aufforderung wiederholt, fragt sie: „Darf ich wirklich? Ich?!“ Als er das bestätigt, greift sie nach einer Rose und hält sie lächelnd in ihrer Hand. Dann geht es reihum weiter. Ein Herr sagt: „Ich weiß aber nicht, wie die Blume heißt.“ Der Mitarbeiter erwidert: „Ich auch nicht. Aber das ist auch egal. Wichtig ist, ob sie Ihnen gefällt oder nicht. Nehmen Sie das, was Sie mögen und was Ihnen gefällt.“ Der Mann greift zu. Die Frau neben ihm weiß, wie die Blume heißt, und sagt ein wenig scheu, aber deutlich: „Eine Ranunkel“ – und greift dann selbst zu einer anderen ...

Nun beginnen einige der Beteiligten zu erzählen. Der Mitarbeiter muss gar nicht viel nachfragen, nur kleine Anstöße geben.

Die Dame mit der Rose sagt: „Oh. Diese Rose hat Stacheln. Die habe ich auch. Das sieht man mir gar nicht an. Aber die hat Stacheln.“ Eine andere erzählt zu ihrer Blume: „Die habe ich von meinem Anton geschenkt bekommen, als wir uns verlobt haben ...“ Ein Mann sagt: „Diese Blume wächst immer am Wegesrand, man sieht sie kaum, aber sie ist wunderschön. Aber sie findet wenig Beachtung und wird oft übersehen.“ Es klingt an, als würde er über sich und sein Leben reden.

Die Beschäftigung mit den Blumen erweitert die Kommunikation um eine weitere Dimension, die biografische. Hätte der Mitarbeiter gesagt: „Erzählen Sie mal aus Ihrem Leben!“, hätte er wahrscheinlich nur wenige Antworten erhalten. Die Blumen mobilisieren Teile des Leibgedächtnisses der demenziell veränderten Menschen, die die Kommunikation nun um biografische Erfahrungen bereichern. Dies ist ein wesentlicher, zweiter Aspekt der sinnlichen Kommunikation.

Ein dritter Klang auch schon an: Es geht in diesem Prozess nicht um Informationen und um den Austausch des Wissens zum Beispiel von Blumennamen, sondern es geht um Bewertungen. Sinnliche Begegnungen sind nur selten neutral, sondern fast immer mit Bewertungen verbunden und damit mit Gefühlen. Entscheidend ist hier nicht zu wissen, wie die Blume heißt, sondern ob die Beteiligten sie jeweils mögen oder nicht. „Bewertungs- und Gedächtnissysteme hängen untrennbar zusammen, denn Gedächtnis ist nicht ohne Bewertung möglich und jede Bewertung geschieht aufgrund des Gedächtnisses, das heißt früherer Erfahrungen und Bewertungen“ (Roth 1994: 198).

In demenziellen Erkrankungen ist das Gedächtnissystem gestört und damit offensichtlich auch das Bewertungssystem. Umso wichtiger ist es, eine Art „Bewertungstraining“ anzubieten, einen „inneren Ort der Bewertung“ zu stärken und zu unterstützen. Carl Rogers (2015) bezeichnete so eine Instanz, die in allen Menschen existiert und von der aus wir entscheiden, was wir mögen und was wir ablehnen. Den inneren Ort der Bewertung zu stärken, bedeutet, ihm immer wieder Anlass und Gelegenheit zu geben, ihn zu brauchen, immer wieder zu fragen und für die Antworten Raum zu geben, was Menschen mögen und was sie nicht mögen, was sie ablehnen, was sie befürworten, wozu sie Ja sagen, wozu sie Nein sagen. Oft ist das Nein bei fortgeschrittener demenzieller Veränderung nicht mehr so zu artikulieren, wie es sonst üblich ist. Aber Menschen mit Demenz zeigen es auf ihre jeweils eigene Art und Weise. Sie können bewerten.

Wenn sinnliche Kommunikation genutzt wird, ergeben sich Möglichkeiten der Kommunikation über das Wort hinaus. Kommunikation über die Sinne nützt dem Gedächtnis und erweitert damit die Kommunikationsmöglichkeiten. Und sinnliche Kommunikation stützt, wenn sie nicht als Gedächtnistraining, sondern als Bewertungstraining genutzt wird, den inneren Ort der Bewertung und damit die Entscheidungs- und Orientierungsfähigkeit der Menschen mit Demenz.

4.3 Sinnliche Kommunikation und Spürende Begegnungen

Die Bedeutung der sinnlichen Kommunikation mit Menschen mit Demenz wird auch in dem Konzept betont und genutzt, das sich *Spürende Begegnungen* nennt. Dieses Konzept ist eine der Hauptmethoden von SMEI (Sensorische erlebniszentrierte Interaktion) (u. a. Baer 2007; Baer & Schotte-Lange 2017). In den *Spürenden Begegnungen* werden grundlegende, lebenslang bedeutsame Begegnungen des Erlebens zusammengefasst:

- ✓ Schauen und Gesehen-Werden
- ✓ Tönen, Hören und Gehört-Werden
- ✓ Greifen
- ✓ Drücken
- ✓ Lehnen

Frau L. ist unruhig. Sie ist 72 und leidet an einer Alzheimer-Demenz. Wenn ihre Tochter Frau L. so anspricht, wie dies üblicherweise früher gelungen ist, kann sie ihre Mutter nicht erreichen. „Dann rausche ich an ihr vorbei“, sagt sie. Einmal war sie darüber so enttäuscht und traurig, dass sie das Gesicht ihrer Mutter in beide Hände nahm, ihr fest in die Augen blickte und sagte: „Mutti, ich bin es!“ Sie erzählte danach: „Da passierte etwas mit unseren Blicken. Irgendwie kam ich durch die Unruhe durch. Ich sah sie und sie mich. Es war nicht ein Sehen wie sonst, sondern ein tiefes Sehen. Seitdem mache ich das häufiger. Ich halte ihr Gesicht zart und fest, schaue ihr in die Augen und sage irgendetwas. Dann macht es ‚Plopp‘ und wir erreichen uns.“

Das Schauen und Gesehen-Werden ist eine der *Spürenden Begegnungen*. Hier geht es, wie das Beispiel zeigt, nicht nur um Informationsaufnahme und -austausch. Hier geht es um Erleben von Begegnung. Menschen brauchen es, dass sie sich gesehen fühlen, und nicht, dass über sie hinweggesehen wird. Letzteres ist prinzipiell für jeden Menschen verletzend und entwürdigend, auch und gerade für Menschen mit Demenz. Verletzt und traurig fühlt sich auch die Tochter in unserem Beispiel, aber sie fühlt sich nicht entwürdigt, weil sie weiß, dass das Nicht-angeschaut-Werden vonseiten ihrer Mutter auf deren kognitiver Beeinträchtigung beruht. Sie zieht die gute und liebevolle Konsequenz daraus, aktiv einen anderen Kommunikationszugang zu ihrer Mutter zu suchen und auszuprobieren.

Blicke können auch strafend, gewalttätig oder abwertend sein. Und Blicke können ins Leere gehen. Viele Menschen haben in ihrer Biografie auch diese verletzenden und entwürdigenden Erfahrungen machen müssen. Oft zeigen die leeren Blicke von Menschen mit Demenz allerdings, dass sie sich in einer anderen subjektiven Wirklichkeit bzw. in einer anderen Zeit befinden. Dann ist Begegnung, dann ist jede Art von Kommunikation kaum noch möglich. Es braucht tiefen und intensiven Blickkontakt, um diese Begegnung herzustellen.

Angehörige und andere pflegende und begleitende Menschen können im Kontakt mit demenziell veränderten Personen auch einmal genervt und überfordert schauen. Hier ist es wichtig, den Blick nicht zu verstellen und nicht nur so „zu tun, als ob“. Der falsche Blick, der etwas vortäuscht, den kennen auch Menschen mit Demenz oft genug aus ihrem Leben, und das spüren sie, auch wenn sie kognitiv beeinträchtigt sind.

Die zweite der *Spürenden Begegnungen* ist das Tönen, Hören und Gehört-Werden. Schon bei Säuglingen können wir an ihrem Geschrei hören, ob sie hungrig sind, ob sie wimmern, ob sie etwas fordern oder sich in den Schlaf knöttern. In ihren Tönen geben Menschen, junge wie alte, ihr Innerstes nach außen. Wir Menschen brauchen es, gehört und erhört zu werden. Das gilt auch für Menschen mit Demenz. Sie verstehen unsere Worte oft nicht, aber sie hören die Bedrohlichkeit oder die liebevolle Zuwendung in unserer Stimme, unsere Stimmung, den Klang all unserer Äußerungen.

Manche Menschen mit Demenz sind verstummt. Andere plappern und reden unaufhörlich. Mit ihnen gemeinsam zu singen, gibt ihnen das Gefühl, gehört zu werden, und fördert, dass sie hörbar werden. Tönen, Hören und Gehört-Werden sind Aspekte der Begegnung und damit der Kommunikation. Deshalb können

Klänge vom leisen Summen bis zum Hören eines Lieds von Udo Jürge n oder was auch immer die individuellen musikalischen Vorlieben sind, Begegnungen fördern oder erst erschaffen. Auch in der Pflege oder in der Begleitung und im Zusammenleben mit Menschen mit Demenz kann man sich längere Zeiträume des Zusammenseins getrost durch immer wiederholende Begrüßungen mit einer Art Wiedererkennungsmelodie für beide Seiten erleichtern. Die *Spürende Begegnung* über das Tönen und Hören, bewusst eingesetzt, dient somit dem „kommunikativen Brückenbau“.

Die dritte *Spürende Begegnung* ist das Greifen. Auch Kinder greifen nach der Welt – sie „be-greifen“ ihre Umgebung. Menschen mit Demenz machen oft greifende, manchmal suchend greifende Bewegungen. Wenn Menschen bei ihrem Greifen ins Leere gehen, tut das weh. Dann verlieren sie Halt und Orientierung. Das kann zur Resignation führen oder auch in Aggressivität münden. Wenn Menschen, auch alte Menschen, nicht mehr in die Welt hinausgreifen können, dann ersticken ihre Neugier und ihr Interesse und werden durch Niedergeschlagenheit und Zurückhaltung ersetzt.

„Ergriffen“ zu sein, bedeutet auch, dass eine Atmosphäre, ein Lied, ein Bild, eine Geste uns Menschen berührt und bewegt. Auch alte und demenziell veränderte Menschen haben oft Sehnsucht, ergriffen zu werden im übertragenen Sinn. Sie wünschen sich, ganz konkret von anderen Menschen umarmt, berührt zu werden. Gleichzeitig haben viele von ihnen schlechte Erfahrungen damit gemacht, dass sie gewalttätig verletzt wurden, dass sie durch *Über-Griffe* entwürdigt worden sind. Manche haben deshalb einerseits Sehnsucht, andererseits scheuen sie vor Berührungen und Greif-Kontakten zurück. Das ist wichtig zu wissen und zu respektieren. Denn in diesem Zurückscheuen zeigen sich Essenzen biografischer Erfahrung.

Eine Zeitlang, nachdem bei Herrn Ö. eine Alzheimer-Demenz diagnostiziert wurde, begann er alles anzufassen. Er griff nach diesem und jenem, nahm vieles in die Hand, was er schon seit Langem nicht mehr berührt hatte. Seine Frau wollte dies unterbinden und sagte: „Du musst doch nicht alles anfassen. Was soll das denn? Ich muss immer wieder hinter dir herräumen, weil du etwas nicht wieder auf den gleichen Platz stellst, wo es war.“ Doch Herr Ö. blieb dabei. Als die Ehefrau mit ihren Kindern darüber sprach und sich beklagte, erkannten diese einerseits mehr oder weniger verständnisvoll, wie schwer dieses Verhalten für ihre auf strenge Ordnung bedachte Mutter zu ertragen sein musste. Andererseits hatten sie großes Mitgefühl mit ihrem Vater und Unbehagen in Bezug auf die Reaktion ihrer Mutter. Deshalb überlegten sie, worin denn der Sinn dieses Verhaltens ihres Vaters bestehen könne. Die Tochter meinte: „Ich glaube, er ist durch seine Demenz sehr unsicher. Das zeigt er ja in jeder Hinsicht. Mir scheint es so, als bräuchte er es, alles anzupacken, um sich irgendwie seiner Welt zu vergewissern. Dass alles noch da ist, was er irgendwie kennt, auch wenn er vielleicht die Worte dafür nicht mehr kennt.“

Diese Spur war richtig, denn viele Menschen mit Demenz vergewissern sich im Greifen ihrer Welt, derer sie nicht mehr sicher sind. Deswegen ist es sinnvoll, das Bedürfnis des Greifens und Ergriffen-Werdens bei Menschen mit demenziellen Veränderungen nicht nur zuzulassen, sondern sogar zu fördern. Es gibt ihnen Sicherheit und es ist eine der zentralen Grundlagen der Kommunikation, weil sich über das Greifen Menschen mit anderen Menschen berühren und begegnen. Das darf natürlich nur in dem Rahmen gelten, in dem Menschen Berührungen zulassen. Wenn dies nicht möglich oder nur eingeschränkt möglich ist, hilft es, ihnen anzubieten, zum Beispiel nach einem Stück Stoff oder einem Tuch zu greifen, das man gegebenenfalls auch noch selbst in der Hand hält, oder nach einem anderen Gegenstand aus Holz oder Stein. Wenn die *Spürende Begegnung* mit anderen Menschen behindert ist, hilft der „Umweg“ über einen anderen materiellen, konkret zu (er-)fassenden Gegenstand.

Der vierte zentrale Bestandteil der *Spürenden Begegnungen* ist das Drücken. Dazu gehört auch das Ziehen und das Gedrückt-Werden. Das Drücken wirkt sowohl auf einer motorischen Ebene als auch auf einer Ebene des Erlebens. Menschen können motorisch etwas oder jemanden mit unterschiedlicher Intensität drücken, fest und sanft, weich und kraftvoll. Das Drücken kann in unterschiedliche Richtungen erfolgen. Man kann jemanden und etwas an sich heranziehen oder auch wegdrücken. Das schnelle Wegdrücken kann zum Stoßen und Wegstoßen werden. Menschen und auch alte Menschen mit demenziellen Veränderungen kennen das Drücken vor allem darin, dass andere Menschen sich zurückziehen, weil sie „keinen Druck ausüben möchten“. Oder sie spüren, dass andere an ihnen „herumziehen“ oder „herumzerren“. Manche Menschen kennen Drücken nur als Druck und haben Drücken und Gedrückt-Werden als Beengung oder Gewalt, als Festgehalten-Werden gegen ihren Willen, erfahren. Andere wiederum empfinden Drücken, Gedrückt- und Gehalten-Werden als Halt, Sicherheit und Geborgenheit.

Spürende Begegnungen und Berührungen über das Drücken und Gedrückt-Werden sind oft eine gute Vorbeugung gegen aggressive Schübe:

*Eine Altenpflegerin erzählt: „Wenn Frau B. anfängt zu zittern und nervös wirkt, dann gehe ich zu ihr und sage: ‚Darf ich Sie einfach mal in den Arm nehmen?‘ Wenn ich sie dann umarme und dabei leise ein bisschen vor mich hinrede, hilft das fast immer. Sie beruhigt sich dann. Ich weiß, wenn ich diese Vorboten nicht ernst nehme und nicht einschreite, dann werden ihr innerer Druck und ihre Not so groß, dass sie nur noch um sich schlägt. Dann wird es irgendwann schwerer, dazwischenzukommen und ihr Halt zu geben. Ich habe festgestellt, dass es auch anderen Bewohner*innen guttut, wenn ich ihnen einfach mal die Hand gebe und sie drücke.“*

Auch beim Drücken spielen Vorerfahrungen eine Rolle, sodass die Möglichkeiten, andere Menschen zu drücken und von ihnen gedrückt zu werden, sehr individuell unterschiedlich sind je nach biografischen Erfahrungen. Das gilt für beide Seiten. Auch hier kann es, wenn Umarmungen und Drücken aus welchen Gründen auch immer nicht angesagt sind, helfen, den Menschen mit Demenz etwas in die Hand zu geben, zum Beispiel ein Stück Ton, ein weiches Tuch oder ein Stück Holz, das sie festhalten und an dem sie sich gleichzeitig festhalten können. Zu drücken und gedrückt zu werden, festzuhalten und festgehalten zu werden kann innere Erregung und Druck abbauen, die bei den meisten Menschen mit Demenz ständige Wegbegleiter sind.

Die fünfte *Spürende Begegnung* ist das Lehnen. Sich an einen anderen Menschen anzulehnen, entspannt und setzt eine vertrauensvolle Beziehung voraus. Wenn ich mich mit meinen Händen, mit meinem Kopf, mit meinem Körper an jemanden lehne, dann begeben sich in „dessen Hände“, und das ist vertrauensvoll. Gleichzeitig wird das Vertrauen in die Beziehungen gefestigt, wenn Menschen sich aneinander anlehnen können. Viele Menschen mit Demenz haben es in ihrem ganzen Leben kaum kennenlernen dürfen, dass sie sich ruhig und gelassen an jemanden lehnen konnten. Oft war die Not in den Kriegs- und Nachkriegszeiten und auch oft später noch so groß, dass sie mit großer Willensanstrengung Leistung bringen mussten für ihre Familie, in der Arbeit, im Privatleben – immer wieder und überall. Die Sehnsucht, sich anzulehnen, war – so sie überhaupt gespürt wurde – oft dem Urlaub vorbehalten – so es ihn überhaupt gab – und auch dort gelang das Anlehnen an einen anderen Menschen bzw. das Hineinlehnen in Muße und Entspannung nur selten. Deswegen ist es für viele Menschen im Alter und auch im hohen Alter sehr schwierig, sich anzulehnen und das Lehnen zuzulassen. Umso wichtiger ist die *Spürende Begegnung* des Lehnehmens, weil sie nicht nur die motorische Entspannung der Muskeln und Sinnesorgane umfasst, sondern auch eine Beziehungsqualität, die Menschen spüren und erleben können.

Wenn Stefan L. seine Mutter besuchte, wiederholten sie häufig ein Ritual. Er nahm ihre Hände und legte sie in seine und sie schwiegen eine Minute. Das entspannte sie beide und schuf eine innige Verbindung. Manchmal war dies nicht möglich, weil die Mutter zu unruhig war. Dann drückte er fest ihre Hand und auch dies tat ihr gut. Doch wenn das Lehnen gelang – und sei es „nur“ über die Hände, zog ein Lächeln über ihr Gesicht. Er lächelte mit.

Das Konzept der *Spürenden Begegnungen* lädt in seiner konkreten, gelebten Umsetzung dazu ein, Kommunikation zu ermöglichen bzw. sie zu vertiefen. Wenn eine der fünf zentralen *Spürenden Begegnungen* in einer bestimmten Situation nicht möglich ist, dann ist es ratsam, eine andere auszuprobieren. Wenn es zum Beispiel nicht gelingt, Unruhe oder aggressive Schübe wie geschildert durch Umarmung und Festhalten oder Handreichen abzumildern oder zu beenden, dann gelingt es vielleicht durch eine klare und beruhigende Stimme oder durch so etwas Überraschendes wie Flüstern oder Blickkontaktsuche „auf Augenhöhe“. Entscheidend ist nicht, möglichst viele und möglichst lange sinnliche Kontakte und *Spürende Begegnungen* zu schaffen, sondern den Menschen mit Demenz und Kommunikationseinschränkungen eine *Spürende Begegnung* zu ermöglichen, vor allem dann, wenn man sie ansonsten hilflos ihrer Einsamkeit und Desorientierung überlassen würde. Es bedarf der Achtsamkeit für den anderen, von Demenz betroffenen Menschen und seine Regungen, es bedarf der Achtsamkeit für die eigenen Regungen und es bedarf der Achtsamkeit für die Begegnung.

4.4 Gefühlswürdigung und Validation

Jede Kommunikation beinhaltet in unterschiedlich ausgeprägtem Maß auch emotionale Anteile. Auf die Bedeutung der Gefühle von Menschen mit Demenz aufmerksam gemacht zu haben, ist vor allem ein Verdienst von Naomi Feil (*Feil & De Klerk-Rubin 2010*). Sie entwickelte die Validation in den 1960er- und 1970er-Jahren in den USA vor allem aus der Praxis der Begleitung von Menschen mit Demenz. Theoretisch bezog sie sich auf das psychoanalytisch geprägte Modell der unterschiedlichen Lebensaufgaben für unterschiedliche Lebensalter von Erik Erikson (1902–1994). Feil erklärte demenzielle Erkrankungen einerseits neurobiologisch, andererseits als Ausdruck unerledigter Lebensaufgaben in den verschiedenen Lebensphasen. Damit erklärte sie unter anderem die zeitliche Desorientierung und entwickelte ein relativ starres System verschiedener Phasen der demenziellen Entwicklung, in denen ihrer Ansicht nach das „Unerledigte“ nachgeholt werden sollte.

Diese theoretischen Kontexte und manche ihrer Methoden sind mittlerweile überholt oder widerlegt. Geblieben sind vor allem die Betonung der grundlegenden Haltung, Menschen mit Demenz wertschätzend zu begegnen und dabei insbesondere deren Gefühle zu beobachten und zu beachten. In Deutschland entwickelte Nicole Richard in den 1990er-Jahren die *Integrative Validation* (*Richard et al. 2016*) als Weiterentwicklung der Integrationstechniken und Haltungen von Naomi Feil. Die *Integrative Validation* verzichtet auf die biografischen Bezüge und versucht, ausschließlich im konkreten, gegenwärtigen Kontext der Begegnung mit demenziell veränderten Menschen deren Ressourcen zu stärken. Antrieb und Gefühle dieser Menschen sollen erkannt, benannt und somit gespiegelt werden.

Problematisch bei allen Validationsansätzen ist, dass bei manchen Menschen mit Demenz das Spiegeln ihrer Gefühle („*Ich sehe, dass Sie ärgerlich sind.*“) durchaus eine Basis für weitergehende Kommunikation schaffen kann, während andere den Kommunikationsstil, ihre Aussagen, so sie sie getroffen haben, zu wiederholen und ihre Gefühle zu benennen, als „Masche“ und „unecht“ empfinden, was noch mehr Distanz oder Ärger hervorruft.

Und bei wieder anderen, vor allem bei den Menschen mit Demenz, die sich gegen die Gefühlsinterpretationen ihres Gegenübers nicht mehr mit einem Nein wehren können, lösen diese Interventionen oft verstärkte Ratlosigkeit und Not hervor. Denn was, wie beschrieben, zum Beispiel wie Ärger aussieht, muss noch lange nicht Ärger sein, sondern kann der Ausdruck von Angst, Verzweiflung und Kummer sein. Bei Aggressionen und Gewalttätigkeiten gegenüber Angehörigen, Pflegenden oder anderen demenziell veränderten Menschen reicht es nicht oder ist es kontraproduktiv, Gefühle wiederholend zu benennen. Es ist notwendig, diese Prozesse durch ein klares Stopp oder andere Formen der Grenzsetzung (z. B. durch *Spürende Begegnungen*, wie wir sie in Unterkapitel 4.3 geschildert haben) zu unterbrechen, um sich und andere zu schützen.

Problematisch bei dem Modell der *Integrativen Validation* ist, dass es den Lebenserfahrungen, also der Vergangenheit, wie sie in die Gegenwart der demenziell veränderten Menschen hineinwirkt, zu wenig Beachtung schenkt. Unzweifelhaft ist es richtig, die Betonung auf die Stärkung der Ressourcen in der Gegenwart zu legen. Aber es braucht darüber hinaus ein Verständnis für die Funktion des Leibgedächtnisses und die Wichtigkeit, die es für das Fühlen und Handeln und die Kommunikationsmöglichkeiten eines jeden Menschen und ganz besonders für Menschen mit Demenz hat. Verdienstvoll bleibt in jedem Fall, um es noch einmal hervorzuheben, bei beiden Validationsformen, dass eine grundlegend wertschätzende Haltung gegenüber den betroffenen Menschen gefordert und gefördert wird sowie den Gefühlen für die Kommunikation mit Menschen mit Demenz große Bedeutung zugemessen wird. Demenzielle Erkrankungen beeinflussen das Gefühlsleben und können es verändern. Manche Gefühle werden gleichsam freigelegt, weil viele alltägliche Ablenkungen und Überforderungen nicht mehr vorhanden sind.

Eine ältere Frau, deren Mann von Demenz betroffen ist, erzählt: „Mein Mann ist, seit er Alzheimer hat, viel liebevoller. Das war am Anfang so, als wir uns kennengelernt haben, aber dann lange nicht mehr. Jetzt guckt er mich an, versucht mir zuzuhören, seine Augen reden und er ist freundlich. Das kannte ich gar nicht mehr. Und das ist toll!“

Bei anderen ruft die kognitive Beeinträchtigung Unsicherheiten hervor, die sich in aggressivem Verhalten entladen kann.

*Frau N. ist verwirrt. Sie läuft unruhig und hektisch umher und die Blicke gehen suchend umher. Sie sucht nach ihrer Tochter und fragt jede*n: „Wo ist Renate? Haben Sie Renate gesehen?“ Als sie Herrn J., der auch von Demenz betroffen ist, begegnet und er den Weg nicht schnell genug freimacht, schreit sie ihn an, rempelt ihn so an, dass er verschreckt ausweicht, und ruft in aggressivem Tonfall: „Weg da, weg da, ich muss zu Renate! Mach den Weg frei!“ Ob Renate in der Gegenwart tatsächlich irgendwo in der Nähe anwesend ist oder „die Renate“ aus einem anderen Lebensabschnitt von Frau N. ist, hat für das Erleben und die Kommunikation beider, von Frau N. und Herrn J., in diesem Moment und in ihrer Realität keine Bedeutung.*

Das Gefühlsleben der betroffenen Menschen bleibt lebendig und aktiv, selbst wenn die kognitiven Fähigkeiten allmählich schwinden oder schon stark nachgelassen haben. Scham und Schuldgefühle, Angst und Verzweiflung, Trauer, Liebe und die Sehnsucht nach Geborgenheit beeinflussen die Begegnung mit anderen Menschen und damit jede Art der Kommunikation. Dies zu erkennen und zu würdigen, erhält für die Kommunikation mit Menschen mit Demenz und dem fortschreitenden Krankheitsverlauf immer größere Bedeutung (*Baer & Schotte-Lange 2017*).

Insbesondere bei aggressiven Gefühlen und Handlungen ist es notwendig, deren Subtext zu untersuchen, so gut dies geht. Aggressive Gefühle können der Hilflosigkeit entspringen oder einer Traurigkeit, die keinen Ausdruck findet und nicht mit anderen geteilt werden kann. Sie können auch in früheren, traumatischen Erfahrungen wurzeln, die wieder lebendig werden oder einen Ausbruch lang zurückgehaltener Verunsicherung bilden. Je nachdem, welchen Quellen die Aggressivität entspringt, sollte unterschiedlich mit ihr umgegangen werden. Zum Beispiel ist es oft sinnlos, bei einer Aggressivität, die aus Hilflosigkeit entsteht, sich nur mit dem aggressiven Verhalten zu beschäftigen. Viel wichtiger und erfolgversprechender ist es, auf die Hilflosigkeit einzugehen. Auch das haben wir an anderer Stelle schon beschrieben.

Die Lebendigkeit der Menschen mit Demenz zeigt sich in den Gefühlen und in deren Ausdruck. Um sie zu würdigen, reichen Worte oft nicht, sondern es braucht Gesten, Klänge, Berührungen und andere nonverbale Kommunikationsformen, vor allem Empathie, die die Gefühle wertschätzt.

4.5 Wertschätzende Kommunikation

Das Konzept der wertschätzenden Kommunikation (oft auch „gewaltfreie Kommunikation“ genannt) wurde von Marshall B. Rosenberg, einem US-amerikanischen Psychologen, seit den 1980er-Jahren entwickelt (Rosenberg & Holler 2016). Er entwickelte sein Konzept vor allem aus seinen Erfahrungen als Bürgerrechtler, wobei er sich vor allem für die Überwindung der Rassentrennung und des Rassismus einsetzte. Später wurde die wertschätzende Kommunikation auf zahlreiche andere Bereiche übertragen. Die Voraussetzung für die Anwendung dieses Konzeptes ist die Empathie, die Fähigkeit, sich in andere Menschen hineinzufühlen und deren Emotionen zu verstehen. Als Symbol für die wertschätzende Kommunikation gilt bei Rosenberg die Giraffe, als Symbol für eine gewalttätige Kommunikation der Wolf. Um zu erläutern, was damit gemeint ist, greifen wir ein Beispiel auf, das wir schon einmal im Unterkapitel 3.3: „Stärken, nicht schwächen“ geschildert haben:



Abbildung 5: 4 Schritte der Wertschätzenden Kommunikation

Wenn die Tochter sieht, dass die demenziell veränderte Mutter unter ihrer Wäsche im Schrank verschimmelte Brötchen liegen hat, besteht nach diesem Modell die Reaktion im Wolfsmodus darin, mit der Mutter zu schimpfen und ihr Vorwürfe zu machen. Diese Art wäre Ausdruck einer gewalttätigen Kommunikation.

Die wertschätzende Kommunikation nach Rosenberg im Giraffenmodus dagegen besteht aus vier Schritten: Erstens ist die Situation wertfrei zu beobachten und diese Beobachtungen sind wertfrei zu beschreiben. Hier wäre das in etwa: „Unter der Wäsche im Schrank liegen alte Brötchen.“ Im zweiten Schritt sollen die Gefühle der anderen und vor allem auch der eigenen Person festgestellt und benannt werden. Die Tochter könnte sagen: „Ich bin ärgerlich, dass die Brötchen dort liegen. Das macht mich auch traurig.“ In einem dritten Schritt sollen die eigenen Bedürfnisse herausgefunden und benannt werden, wie zum Beispiel: „Ich möchte mich

nicht ekeln.“ Im vierten Schritt sollen diese Bedürfnisse in Form einer Bitte geäußert werden. Das könnte in diesem Beispiel in der Giraffensprache bedeuten: „Statt die verschimmelten Brötchen wegzuworfen und die Wäsche neu zu waschen, würde ich viel lieber mit dir spazieren gehen. Lass uns das doch tun.“

Die grundlegenden Gedanken der wertschätzenden Kommunikation sind auch im Umgang mit Menschen mit Demenz ohne Zweifel wichtig und richtig, da Vorwürfe kontraproduktiv sind und die Kommunikationsmöglichkeiten verschlechtern, statt sie zu verbessern. Das problematische Verhalten möglichst wertfrei zu beschreiben und Änderungswünsche positiv zu formulieren, kann Begegnung und Kommunikation in der Regel durchaus fördern. Doch bei Menschen mit Demenz kann dies schwierig bzw. gerade in angespannten Situationen unmöglich zu formulieren sein. An diesem Beispiel wird das deutlich: Bemüht sich die Tochter um Neutralität und Wertfreiheit, kann sie ihrer Mutter und deren Verhalten nicht gerecht werden. Die Gewaltfreiheit und Wertschätzung in der Kommunikation mit ihr als demenziell veränderter Person liegt gerade im Einfühlen in ihre Gefühls- und Erlebenswelt. Es ist wahrscheinlich, dass die Mutter in Kriegs- und Nachkriegszeiten Hunger erlebt hat, wie viele andere alte Menschen auch damals Hunger erleben mussten und deswegen nicht in der Lage sind, Nahrungsmittel wegzuworfen, sondern das Bestreben haben, sie zu horten und dabei auch vor anderen, die sie ihnen eventuell wegnehmen könnten, zu verstecken. Dies ist der tiefere Sinn hinter diesem Verhalten. Danach vergessen sie das Versteck und die Nahrungsmittel, wie hier die Brötchen, verschimmeln, was bei anderen Menschen Unverständnis und Ärger hervorruft. Diesen Kontext zu verstehen, hilft, den Sinn des anscheinend sinnlosen Handelns der demenziell veränderten Mutter zu erfassen. Wenn die Tochter diesen Sinn erkennt und aufgreift, kann es hilfreich sein, auszuprobieren, ob ihre Mutter ein anderes Versteck annehmen kann, zum Beispiel den Kühlschrank. Doch die Wahrscheinlichkeit ist relativ groß, dass die Mutter dieses Versteck ebenfalls vergisst. Auch dafür braucht die Tochter erneut Wissen und Verständnis. Eine andere, vielleicht wirksamere Möglichkeit besteht darin, das Lieblingsversteck der Mutter mit Plastikfolie auszulegen und so auszustatten, dass möglichst wenig Schaden entstehen kann und die Tochter möglichst wenig Aufwand betreiben muss, auch emotional. So wertvoll die Orientierung an den einzelnen Schritten der wertschätzenden Kommunikation nach Rosenberg, so sehr müssen diese den jeweiligen Situationen und Bedingungen der Menschen mit Demenz angepasst werden.

Um das Kommunikationsmodell nach Rosenberg noch einmal zusammenfassend einzuordnen und auf seine Tauglichkeit für die Kommunikation mit Menschen mit Demenz zu bewerten, sei noch gesagt, dass das Bemühen um neutrale Beobachtung ein generell schwieriges Unterfangen ist. Denn es gibt bei keinem Menschen wirklich neutrale Beobachtungen. Bei jeder Wahrnehmung, das zeigt die Hirnforschung, sind Gefühle und damit Bewertungen beteiligt. Man kann sich um relativ neutrale Wahrnehmungen bemühen und versuchen, sofortige, schnelle und krasse Bewertungen zu reduzieren bzw. zurückzuhalten. Doch einen absoluten Anspruch auf neutrale Wahrnehmung zu formulieren, ist unrealistisch und entspricht nicht den Möglichkeiten des menschlichen Gehirns.

Es ist richtig und notwendig, auf aggressives Verhalten von Menschen mit Demenz nicht mit eigenen Aggressionen zu reagieren. Doch wenn eine Tochter oder eine Pflegerin geschlagen oder bespuckt wird, bleiben diese nicht neutral, sondern das aggressive Verhalten ruft in ihnen Gefühle hervor. Vielleicht Gefühle der Traurigkeit, der Verzweiflung, des Ärgers oder der Wut. Auch diese Gefühle verdienen Würdigung. So sinnvoll es ist, sie beiseitezustellen, so wichtig ist es, dass sie auch Platz finden. Wenn nicht bei der demenziell betroffenen Person, so dann doch bei Kolleg*innen oder anderen Angehörigen. Wer seine eigene Emotionalität abstellt und seine Gefühle vergräbt, wird verbittern und damit letztlich auch die Kommunikation mit dem demenziell veränderten Menschen beschädigen.

4.6 Die eigenen Resonanzen achten

Kommunikation – wir haben es hinlänglich beschrieben – besteht nicht nur aus einem Informationsaustausch zwischen Sender und Empfänger. Wenn zwei Menschen sich begegnen, schwingt etwas in ihnen und zwischen ihnen hin und her. Das wird mit dem Wort Resonanz beschrieben. geht auf das lateinische Verb „resonare“ zurück. „Sonare“ heißt schwingen/klingen und „re“ bedeutet hin und zurück. Der Begriff „Resonanz“ beinhaltet, dass es nicht, wie bei einem Funkgerät, lediglich ein Signal gibt, auf das dann ein anderes Funkgerät antwortet, sondern dass es Schwingungen gibt, die gleichzeitig, parallel zueinander erfolgen. Das Resonanz-Modell (Cramer 1998) wurde aus der Physik in die zwischenmenschlichen Beziehungen übertragen. Ein Beispiel:

Ein älterer Herr, der von Demenz betroffen ist, sitzt in der Cafeteria einer stationären Einrichtung. Plötzlich beginnt er zu rufen: „Hey! Hey!“ Immer wieder und immer lauter. Ein Pfleger eilt hinzu und fragt ihn, was er denn wolle. Doch der Pfleger erhält keine Antwort. Der alte Mann schreit weiter.

Solche Situationen gibt es in der Begleitung von Menschen mit Demenz öfters. Es entwickelt sich eine Situation, die die Begleitenden nicht verstehen können. Auf ihre Fragen erhalten sie keine Antworten. Hier bleibt nur, den atmosphärischen Schwingungen und den eigenen Resonanzen darauf nachzuspüren.

Der Pfleger lässt das Schreien des dementen Mannes einen Moment auf sich wirken. Klingt es traurig oder fordernd? Hört er Einsamkeit oder Verunsicherung? Der Pfleger spürt eher Hilflosigkeit und bemüht sich um den alten Herrn: „Wie kann ich Ihnen helfen?“ Er bietet ihm ein Glas Wasser an und versucht, als das nicht angenommen wird, dem Herrn seinen Arm zu reichen, damit er aufstehen kann. Damit hat er das Richtige getroffen.

Das persönliche Mitschwingen, also die eigenen Resonanzen sind oft der einzige Weg, der übrig bleibt, wenn alles andere scheitert, um Zugänge zu Menschen mit Demenz zu entdecken und mit ihnen zu kommunizieren. Dies wird besonders deutlich, wenn alte Traumata aus Kriegs- oder anderen Zeiten im demenziell veränderten Menschen wieder lebendig werden und der Schrecken seinen neuen Ausdruck findet.

Frau C. galt von ihrem Wesen her lebenslang als eine ruhige Frau und blieb dies auch während ihrer demenziellen Veränderung. Als sie immer schwächer wurde, sich der letzten Lebensphase näherte und der Sterbeprozess begann, fing sie an zu schreien. Ununterbrochen schrie sie, sodass andere Menschen es kaum noch aushielten. Sie konnte mit Beruhigungsmitteln „stillgelegt“ werden, doch sobald sich deren Wirkung abschwächte, begann das Schreien wieder. Ein Mitarbeiter eines sozialen Dienstes, dem sie sehr eng verbunden war, setzte sich neben ihr Bett und hörte der schreienden Frau zu. Nach einer Weile meinte er: „Frau C., ich habe den Eindruck, dass Sie noch etwas loswerden müssen, dass Sie etwas herausschreien müssen, was bisher keine Stimme gefunden hat. Ich sitze bei Ihnen und höre zu ... Darf ich dabei Ihre Hand halten?“ Er bekam keine Antwort. Frau C. schrie weiter. Er ergriff ihre Hand und sie ließ dies zu. Der Mitarbeiter hörte zu. Dabei entstanden in ihm Bilder. Bilder vom Krieg, von Bunkern, Bombenangriffen, Feuer und anderem. Nach einer Weile sagte er: „Ich weiß nicht, warum Sie schreien. Aber in mir entstehen Bilder vom Krieg und von Bombenangriffen. Damals waren Sie noch sehr klein. Vielleicht durften Sie damals nicht schreien? Müssen Ihre alten Schreie noch heraus? Ich weiß es nicht. Ich kann Ihnen nur sagen, welche Bilder in mir entstehen. Jetzt passe ich mit auf Sie auf. Ich halte Ihre Hand, während Sie schreien.“ Nach einigen Minuten wurden die Schreie schwächer und verebten langsam.

Wie diese Frau haben zwei Drittel derjenigen, die den Zweiten Weltkrieg bzw. sein Ende und die Nachkriegszeit erlebt haben, traumatische Erfahrungen machen müssen. (Dies betrifft einen großen Teil derjenigen, die heute Demenz haben.) Die meisten noch Lebenden waren damals Kinder. Und es ist bekannt, dass vielen dieser Kinder im Bunker der Mund zugehalten wurde, damit sie nicht schrien. Viele wurden Zeug*innen von Gewalt in jeder Form, mussten sich verstecken und leise sein, um sich und die Mütter, manchmal auch die Väter, Geschwister, Großeltern und Nachbar*innen nicht zu gefährden. Oder sie gingen als Kinder auf der Flucht verloren und konnten nur in der Unauffälligkeit ihr Leben retten (Baer & Frick-Baer 2017). Manchmal werden diese ungelebten Schreie und der Schrecken dieser Zeiten wieder lebendig in der Demenz oder im Sterbeprozess. Oft können dann die betroffenen Menschen nicht mehr darüber reden. Gerade bei demenziellen Erkrankungen fehlen ihnen dann die Worte. So sind die Begleitenden – Resonanzbereitschaft vorausgesetzt – auf ihre eigenen Bilder und Resonanzen angewiesen. Ob diese eigenen Resonanzen, die inneren Bilder, Klänge, Fantasien, Gedanken und Gefühle „richtig“ sind, lässt sich nur danach entscheiden, ob sie eine Verbindung zu dem anderen Menschen herstellen können, ob das Hin- und Herschwingen möglich ist. Mehr Sicherheiten gibt es nicht. Die gleichen oder dieselben Empfindungen können es nie sein, denn um die Innenwelten aneinander anzugleichen, wären zumindest Worte der Verständigung und des Abgleichens nötig. Diese Sicherheit braucht es aber auch nicht, weil es nur darum geht, die eigenen Resonanzen und Empfindungen als Hinweis zu nehmen, Kommunikation zu versuchen und verstehendes Mitgefühl für die Person mit Demenz zu entwickeln. Dazu braucht es den Mut, sich in eigener Resonanzfähigkeit zu üben, um das Vertrauen in Resonanzen als Bindeglied und Mittel in der Kommunikation zwischen Menschen zu stärken. Nicht mehr – aber auch nicht weniger.

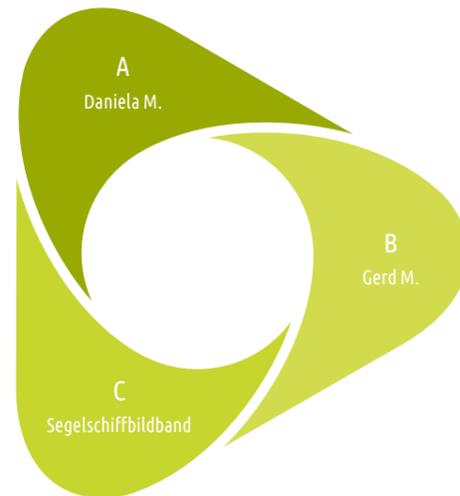
4.7 Triangel

Wenn zwei Menschen, von denen einer von Demenz betroffen ist, versuchen, miteinander zu kommunizieren, treten oft unerwünschte Schwierigkeiten und Blockaden auf. Das Konzept der Triangel kann dabei im alltäglichen, pflegerischen, sozialen, pädagogischen und therapeutischen Zusammenhang relativ unproblematisch und leicht neue Möglichkeiten eröffnen.

Daniela M. versucht, mit ihrem Mann, der zunehmend an Alzheimer-Demenz leidet, ins Gespräch zu kommen. Oft ist ihr das gut gelungen, doch heute antwortet er nicht auf ihre Frage, wie es ihm denn gehe. Vielleicht hat er sie nicht verstanden. Vielleicht fürchtet er, etwas Falsches zu sagen, oder findet keine Worte und ist deshalb verstummt. Dann holt sie einen Bildband aus dem Bücherregal, in dem unterschiedliche kleine Segelschiffe abgebildet sind. Ihr Mann war ein begeisterter Segler, solange er noch segeln konnte. Sie war nie mit ihm auf dem Boot gewesen, weil sie zu schnell seekrank wurde, hatte sich aber an seiner Leidenschaft erfreut. Beide beugen sich über das Buch und beginnen zu blättern. In der daraus entstehenden Vertrautheit beginnt ihr Mann zu erzählen. Von früher, aber auch, wie es ihm jetzt geht, alles ein bisschen durcheinander, aber für seine Frau emotional und assoziativ nachvollziehbar. Er beschreibt seine Stimmung sogar poetisch als „stürmische See“ und dann mal wieder als „Flaute“.

Was war geschehen? Beide bezogen sich auf etwas Drittes. Es entstand in ihrer Kommunikation eine Triangel. Wenn wir Daniela M. als A bezeichnen, ihren Mann Gerd M. als B, so ist der Segelschiffbildband das C, auf das sich A und B beziehen.

Abbildung 6:
Kommunikationstriangel



Die oft gemachte Erfahrung lautet: Wenn A und B sich auf etwas gemeinsam Interessierendes, auf C, beziehen, verändert sich auch etwas zwischen A und B. Es entstehen Schwingungen, die sich zu einem gemeinsamen Boden der Kommunikation verdichten. Dieses Konzept der Triangel entspringt den vielfältigsten Alltagserfahrungen im Umgang mit Menschen mit Demenz – und nicht nur ihnen. Die theoretische Grundlage dieses Konzeptes hat Michael Tomasello (Tomasello & Schröder 2011) entwickelt. Der amerikanische Anthropologe und Verhaltensforscher hat untersucht, wie die anfangs sehr ähnliche Entwicklung der Säuglinge von Primaten und von Menschen irgendwann deutlich differenzierte Wege einschlägt. Dafür mag es viele unterschiedliche Gründe geben.

Hier interessiert sein Konzept der „geteilten Intentionalität“, der menschlichen Fähigkeit, sich auf etwas zu beziehen. Wenn ein Säugling etwas möchte oder seine Aufmerksamkeit und die der anderen auf etwas lenken möchte, zeigt er darauf. Auch Eltern weisen auf die Schuhe, die ein Kind anziehen soll, oder auf das Bett, in das das Kind gleich hineingelegt werden wird. Das ist gestische Kommunikation, die es bei Primaten so nicht gibt, und sie führt zum Verstehen der Absichten des Gegenübers. „Dieses Verständnis ermöglicht es ihnen, sich in die geistige Welt einer anderen Person hineinzusetzen, sodass sie nicht nur vom anderen, sondern auch durch den anderen lernen können“ (Tomasello & Schröder 2016). Die „Intentionalität“ stellt eine Verbindung zwischen den Beteiligten her und fördert das Verständnis untereinander. Das gilt für Kinder und Erwachsene in allen Lebensabschnitten und Altersstufen. Wenn demenziell veränderte und andere Menschen gemeinsam kochen, beziehen sie sich auf etwas Drittes, auf die Zubereitung der Nahrungsmittel und schließlich auf das fertiggestellte Gericht.

Sinnliche Eindrücke spielen dabei eine Rolle. Die Gerüche und das Anfassen der Lebensmittel stellen eine Verbindung zu vertrauten Erfahrungen und Bewegungen wie dem Kartoffelschälen her, die Menschen mit Demenz nicht verlieren, auch wenn sie das Wort „Kartoffel“ vergessen haben sollten. Trialogische Begegnungen zu schaffen und zu nutzen, unterstützt und fördert würdigende und würdige Kommunikation zwischen demenziell veränderten Menschen und ihren Angehörigen, Pflegenden und Begleitenden.

5. Demenz und (Sinnes-)Beeinträchtigungen: Besondere Herausforderungen und Ansätze für die Kommunikation

Unsere Sinne übernehmen wichtige Funktionen in unserem Alltag. Möglichkeiten, am Leben teilzunehmen, verringern sich durch Beeinträchtigungen. Daraus resultiert Frustration, Depression, Isolation. Aus diesem Grund sollen Sinnesbeeinträchtigungen auch im Kontext von Kommunikation aufgegriffen werden. Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn Sinnesbehinderungen und Demenzen gleichzeitig auftreten. Dieses Kapitel widmet sich daher einzelnen Sinnesbehinderungen in jeweils einem Unterkapitel. Konkret werden folgende Aspekte aufgegriffen:

- ✓ Hörbehinderung
- ✓ Sehbehinderung
- ✓ Taubblindheit und Hörbeeinträchtigung
- ✓ Aphasie

Alle Unterkapitel folgen dafür einem einheitlichen Aufbau: Zunächst werden die jeweiligen Arten der Behinderung beschrieben, um im Anschluss daran darauf einzugehen, wie man mit diesen entsprechend umgehen bzw. darauf reagieren kann im Sinne einer gelingenden Kommunikation. Außerdem wird der Einsatz von Hilfsmitteln diskutiert.



© Peter Gaymann, www.gaymann.de

5.1 Kommunikation mit Menschen mit Hörbehinderung und Demenz

Lisa Stockleben, Anne Gelhardt, Nele Büchler und Thomas Kaul

5.1.1 Menschen mit Hörbehinderung – unterschiedliche Voraussetzungen und Bedürfnisse in der Kommunikation

In Deutschland haben 19 Prozent der Bevölkerung eine Hörbehinderung (Jürgenshaus & Sohn 2001), dies sind ca. 15,8 Millionen Menschen, berechnet auf der Grundlage der Einwohnerzahl (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2021). Die Auswirkungen der verschiedenen Formen von Hörbehinderungen und damit auch die Ressourcen, Bedürfnisse und kommunikativen Präferenzen sind sehr unterschiedlich und werden von folgenden Faktoren beeinflusst:

- ✔ Ist der Zeitpunkt bekannt, seit wann eine Person weniger oder schlechter oder nichts (mehr) hört, lassen sich daraus Rückschlüsse ziehen auf den Einfluss, den dies auf Sprache und Kommunikation hat. Es macht einen Unterschied, ob ein Mensch schon seit der Geburt, seiner Jugend oder Lebensmitte schwerhörig oder taub ist oder ob er erst im Alter schwerhörig wird.
- ✔ Daneben ist als zweiter Faktor auch entscheidend, wie stark die Einschränkung des Hörens ausgeprägt ist. Dafür ist es wichtig zu wissen, ob Lautsprache – mit technischen Hörhilfen – über das Ohr verstanden werden kann und ob und in welchem Maße Umgebungsgeräusche wahrgenommen werden können.
- ✔ Des Weiteren hat das kulturelle und sprachliche Umfeld einen entscheidenden Einfluss, ob eine Person bevorzugt in einer Gebärdensprache, wie zum Beispiel der Deutschen Gebärdensprache, kommuniziert und Zugang zur Gebärdensprachgemeinschaft hat oder eher lautsprachlich kommuniziert und in einem hörenden Umfeld verwurzelt ist.



Mit Blick auf die zentrale Bedeutung der kommunikativen Bedürfnisse und Ressourcen scheint die Unterscheidung nach der bevorzugten Kommunikationsform sinnvoll: Dies sind zum einen gehörlose Menschen, die häufig eher gebärdensprachliche Kommunikation (z. B. Deutsche Gebärdensprache) bevorzugen, und zum anderen schwerhörige und ertaubte Menschen, die eher die Kommunikation in Lautsprache (z. B. gesprochenes und geschriebenes Deutsch) wählen. Beide sollen im Folgenden kurz skizziert werden.

Gehörlose Menschen (gebärdensprachliche Kommunikation)

Gehörlose Menschen sind seit ihrer Geburt taub oder an Taubheit grenzend schwerhörig. Sie kommunizieren bevorzugt in einer Gebärdensprache, wie zum Beispiel der Deutschen Gebärdensprache. Gebärdensprachen sind vollwertige Sprachen, die eine vollumfängliche Kommunikation ermöglichen. Die Verwendung einer Gebärdensprache ermöglicht ihnen nicht nur eine entspannte Kommunikation und ein soziales Miteinander mit anderen gebärdensprachkompetenten Menschen, sie ist auch Grundlage beim Austausch von Informationen und beim Erwerb von Handlungskompetenz. Aufgrund des hohen Stellenwerts der Deutschen Gebärdensprache kommt dem sozialen Netzwerk der Gehörlosengemeinschaft eine zentrale Rolle zu, denn hier ist ein entspannter Austausch in einer gemeinsamen Sprache mit Menschen möglich, die einen ähnlichen Erfahrungshintergrund haben.

Der Erwerb der deutschen Lautsprache, ist nicht auf natürlichem Weg möglich. Dies kann zu eingeschränkten Fähigkeiten beim Lesen und Schreiben führen. Mit hörenden Menschen misslingt die Kommunikation daher oft, da zwar jeder für sich eine vollständige Sprache beherrscht, diese aber nicht dieselbe ist. Die Wahrnehmung gesprochener Sprache ist gehörlosen Menschen zunächst nur über das Absehen vom Mund möglich, allerdings ist diese Form der Verständigung sehr anfällig für Missverständnisse und vor allem für komplexe Mitteilungen nicht geeignet. In der Kommunikation mit hörenden Menschen sind daher Gebärdensprachdolmetscher*innen eine wichtige Kommunikationshilfe. Hier ist jedoch zu beachten, dass insbesondere alte gehörlose Menschen häufig nicht mit (dem recht jungen Berufsfeld der) professionellen Gebärdensprachdolmetscher*innen vertraut sind und auch bei einer demenziellen Veränderung die Kommunikation über eine dritte Person mit großen Herausforderungen verbunden ist (Kaul et al. 2009).

Ertaubte und schwerhörige Menschen (laut- und schriftsprachliche Kommunikation)

Auch ertaubte Menschen können gesprochene Sprache nicht mehr über das Ohr verstehen, sie haben jedoch - im Unterschied zu vielen gehörlosen Menschen - in der Regel eine sichere Basis in der deutschen Lautsprache, weil sie die Hörfähigkeit erst später verloren haben, also nach dem Schuleintrittsalter, als Jugendliche oder Erwachsene. Der entscheidende Unterschied liegt also hier im Zeitpunkt.

Aufgrund der Ertaubung sind die Sprachwahrnehmung und die Kommunikation umfassend beeinträchtigt, Kenntnisse zu Grammatik oder Wortschatz der Lautsprache gehen jedoch nicht verloren. Schriftliche Mitteilungen sind daher meistens eine sichere Form der Kommunikation. Die Gebärdensprache ist für ertaubte Menschen zum Zeitpunkt der Ertaubung in der Regel eine Fremdsprache, die auch vom sozialen Umfeld nicht beherrscht wird, sodass trotz massiver Herausforderungen die Lautsprache das bevorzugte Kommunikationsmittel bleibt. Auch die psychosoziale Situation unterscheidet sich deutlich von der gehörloser Menschen. Für ertaubte Menschen bedeutet der Verlust des Hörvermögens einen Bruch der Lebenslinie und hat gravierende Auswirkungen auf das bis dato geführte Leben. Die Kommunikation mit vertrauten Personen im familiären Umfeld oder Freundeskreis ist nach der Ertaubung – zunächst – nicht mehr möglich. Ein Cochlea-Implantat (CI) kann mit einer entsprechenden Rehabilitation wieder Höreindrücke vermitteln und damit auch Kommunikation eröffnen.

Schwerhörigkeit kann von Geburt oder früher Kindheit an bestehen oder später im Leben erworben werden. Schwerhörige Menschen können je nach Grad der Hörbehinderung mit technischen Hilfsmitteln wie zum Beispiel einem Hörgerät gesprochene Sprache wahrnehmen. Man unterscheidet zwischen einer leichtgradigen, mittelgradigen und hochgradigen Schwerhörigkeit. Ein Hörgerät oder andere technische Hilfen wie ein Innenohr-Implantat können eine hochgradige Hörbehinderung nur begrenzt ausgleichen. Schwerhörige Menschen sind deshalb auch mit einer Hörhilfe kommunikativ eingeschränkt. Mit Blick auf die kommunikativen Präferenzen und die psychosoziale Situation sind die Ausprägung der Schwerhörigkeit und der Zeitpunkt von entscheidendem Einfluss. Manchmal kommunizieren auch schwerhörige Menschen gebärdensprachlich und fühlen sich der Gruppe gehörloser Menschen zugehörig, zum Beispiel dann, wenn sie intensiven Kontakt zur Gehörlosengemeinschaft haben und damit einen Zugang zur Gebärdensprache. Oftmals bevorzugen schwerhörige Menschen jedoch die lautsprachliche Kommunikation, auch wenn diese anfällig für Missverständnisse ist und ein hohes Maß an Aufmerksamkeit erfordert, was zu einer großen Anstrengung führen kann. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko einer Schwerhörigkeit deutlich an (Tesch-Römer & Wahl 1996), sodass die größte Gruppe unter den schwerhörigen Menschen diejenige mit einer Altersschwerhörigkeit darstellt.

5.1.2 Menschen mit Hörbehinderung und Demenz

Hörverlust wird als Risikofaktor für eine demenzielle Veränderung diskutiert (Livingston et al. 2020). Der Zusammenhang zwischen einer Hörbehinderung und einer Demenz muss dabei differenziert betrachtet werden: Wenn der Hörsinn beeinträchtigt ist, kann eine Aktivierung und Stimulation kognitiver Funktionen durch akustische Reize vollständig wegfallen. Darunter fallen vor allem auch Aktivitäten, die Kommunikation und Sprache benötigen. In ein Gespräch vertieft sein, einer Diskussion lauschen oder die Nachrichtensendung aufmerksam verfolgen, sind Aktivitäten, die die Kognition fördern und den Menschen aktivieren. Mit einer Hörbehinderung sind diese auf das Akustische ausgerichtete Aktivitäten nur sehr eingeschränkt möglich.

Eine verminderte Hörfähigkeit in einer hörenden Mehrheitsgesellschaft zu kompensieren, bedeutet eine erhöhte kognitive Belastung. Dies bindet Energie und Aufmerksamkeit und kann negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben (Leven 2018; Richtberg 1990; Wirth 2009). In der Gemeinschaft mit anderen Menschen mit Hörbehinderung können diese Auswirkungen kompensiert werden (Gerich & Fellingner 2012). Nicht ein Hörverlust an sich begünstigt daher eine demenzielle Veränderung, sondern die daraus folgende fehlende Aktivierung und kognitive Stimulation sowie psychosoziale Faktoren. Um dem entgegenzuwirken, müssen sich die Kommunikation und aktivierende Angebote an die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen der Person anpassen. Hier gilt es erneut zwischen gehörlosen Menschen und der Gruppe der Schwerhörigen und Ertaubten zu unterscheiden.

Gehörlose Menschen mit Demenz

Eine demenzielle Veränderung erhöht die Vulnerabilität gehörloser Menschen zusätzlich. Eine bedürfnis- und ressourcenorientierte Versorgung sowie eine gemeinsame Sprache und vertraute Gemeinschaft sind elementar. Wie auch hörende Menschen zeigen gehörlose Menschen mit Demenz die derzeit bekannte Symptomatik von Demenzformen, wie unter anderem Probleme des Gedächtnisses, Schwierigkeiten in der Orientierung, Veränderung in der Sprache und im Verhalten (Atkinson et al. 2015; Rantapää & Pekala 2016). Eine speziell auf gehörlose Menschen ausgerichtete Versorgung braucht daher keine inhaltlich anderen Angebote, jedoch ist die Sprache, in der die Angebote durchgeführt werden, entscheidend. Gehörlose Menschen mit Demenz benötigen ein Umfeld, das ihnen barrierearme Kommunikation und Interaktion ermöglicht. Angebote wie ein Gesprächskreis oder Biografiearbeit, die in der Deutschen Gebärdensprache durchgeführt werden, wirken kognitiv stimulierend und aktivierend.

Barrieren in der Kommunikation verhindern die angestrebte Aktivierung und führen letztlich auch zu einer weiteren Entfremdung zwischen der Person mit Demenz und dem Umfeld (Young et al. 2014). Zur Aktivierung ist Kommunikation von entscheidender Bedeutung. Daher ist es unumgänglich, dass das Umfeld sich an die jeweiligen kommunikativen Bedürfnisse anpasst und sensibel einschätzt, welche Veränderungen eventuell auch die demenzielle Veränderung in Kombination mit der Hörbehinderung mit sich bringt (Kaul et al. 2009).

Voraussetzung für eine adäquate Versorgung ist daher eine hohe Gebärdensprachkompetenz im Umfeld gehörloser Menschen mit Demenz (Kaul et al. 2018). Dies ist notwendig, um Veränderungen in der (gebärdensprachlichen) Kommunikation wahrnehmen und einschätzen und gegebenenfalls darauf reagieren zu können.

Aktuell ist die Versorgung, stationär und ambulant, nicht zufriedenstellend und erhöht das Risiko, dass gehörlose Menschen im Verlauf ihrer Demenz nicht angemessen versorgt werden und vereinsamen.

Schwerhörige und ertaubte Menschen mit Demenz

Bei schwerhörigen und ertaubten Menschen ist der Zeitpunkt entscheidend, zu dem der Hörverlust bzw. die demenzielle Veränderung eingetreten sind. Bei der Altersschwerhörigkeit etwa kann das verminderte Hörvermögen zu einer zunehmend schwieriger werdenden Kommunikation, zu sozialem Rückzug und grundsätzlichen Veränderungen im Verhalten führen. Diese Symptome können ebenfalls im Zusammenhang mit einer Demenz auftreten. Unerkannte Altersschwerhörigkeit kann daher schnell als Demenz fehlinterpretiert werden. Demenz kann aber auch in Wechselwirkung mit einer Altersschwerhörigkeit stehen (Cosh et al. 2019; Gurgel et al. 2014).

Wenn die Altersschwerhörigkeit erkannt wird, besteht die Möglichkeit der Versorgung mit Hörgeräten und anderen technischen Hilfen. Auch wenn diese die Hörbehinderung nie gänzlich ausgleichen können, sind sie eine wichtige Hilfe, um Kommunikation und den Lebensalltag zu erleichtern.

Das Tragen eines Hörgerätes und der Umgang damit sind besonders für ältere Menschen, insbesondere mit Demenz, aber neu und eine große Umstellung. Das andere Hören kann verwirrend sein. Hörgeräte scheinen kompliziert und die Gewöhnung daran fällt ebenso wie der alltägliche Gebrauch schwer (Cohen-Mansfield & Taylor 2004; Dawes et al. 2014). Um zu verhindern, dass das Gerät in der Schublade landet und nicht genutzt wird, ist häufig Unterstützung notwendig.

Wenn Menschen dagegen schon länger mit einer Schwerhörigkeit leben, sind sie den Umgang mit Hörgeräten in der Regel gewohnt und haben auch eher Strategien in der Kommunikation entwickelt. Wenn eine demenzielle Veränderung hinzukommt, kann sich dies jedoch verändern und eine sensible Unterstützung notwendig machen.

Auch bei ertaubten Menschen mit Demenz ist der Blick darauf entscheidend, wie lange und mit welchen (kommunikativen) Hilfen sie schon mit ihrem Hörverlust vor der Demenz gelebt haben. Unterschiedliche Strategien, um Kommunikation zu gestalten, können durch demenzielle Veränderungen zunehmend schwieriger werden und gegebenenfalls gänzlich misslingen. So kann zum Beispiel die Kommunikation mittels schriftlicher Mitteilungen schwieriger werden.

Exkurs: Demenzdiagnostik bei Menschen mit Hörbehinderung

Eine Demenzdiagnostik bedarf einer gründlichen Untersuchung, die mithilfe von Sprache durchgeführt wird. Bereits das Anamnesegespräch und die Durchführung eines Demenzscreeningtests wie der Uhrentest (Shulman et al. 1993), der Mini-Mental-Status-Test (Folstein et al. 1975) und der DemTect (Kessler et al. 2000) sind abhängig von gelingender Kommunikation. Darüber hinaus werden Testinstrumente, wie zum Beispiel kognitive Screeningtests für eine Demenz, sprachlich und kulturell für eine Zielgruppe entwickelt und normiert. Bei gehörlosen, schwerhörigen und ertaubten Menschen sind die Ergebnisse der bestehenden Screeningtests nicht zuverlässig, da eine sprachliche (und im Falle gehörloser Menschen auch eine kulturelle) Barriere besteht (Atkinson et al. 2015). Derzeit fehlt es an standardisierten Diagnoseverfahren, die insbesondere die sprachlichen Herausforderungen berücksichtigen und denen Normen der jeweiligen Zielgruppe zugrunde liegen. Für die Gruppe der schwerhörigen Menschen, für die lautsprachliche Kommunikation noch nutzbar sein kann, wurde bislang ein Testinstrument entwickelt, das die spezifischen Anforderungen berücksichtigt: der DemTect Eye+Ear (Brünecke et al. 2018). Für die Gruppe gehörloser Menschen wird derzeit ein Demenzscreeningtest in Deutscher Gebärdensprache entwickelt.¹

Über die reine Entwicklung von geeigneten Testinstrumenten hinaus braucht es in der Versorgungslandschaft das entsprechende Bewusstsein, dass spezifische Diagnostik und Angebote für Menschen mit Hörbehinderung, die zusätzlich eine Demenz haben, dringend notwendig sind. Die bisherige Versorgung deckt diese Bedarfe nicht ab (Sommer 2012). Entscheidend ist dabei, dass im Falle einer Demenzdiagnostik stets überprüft wird, ob eine und welche Hörbehinderung vorliegt (Hardy et al. 2016) und dementsprechend angepasste Testinstrumente verwendet werden müssen.

5.1.3 Umgang und Kommunikation: Praktische Tipps für die Kommunikation

Wie sich ein schwerhöriger, ertaubter oder gehörloser Mensch am besten verständigen kann, ist individuell unterschiedlich und hängt außerdem vom Inhalt des Gesprächs und der Gesprächssituation ab. Eine Demenz führt zudem dazu, dass sich die sprachlichen Fähigkeiten verändern: Worte und Gebärden werden verändert oder vergessen. Für eine bedürfnisgerechte Versorgung ist es daher unerlässlich, die bevorzugte Kommunikationsform jeweils individuell einzuschätzen und sich daran anzupassen. Daneben gibt es einige wichtige Tipps, die grundsätzlich die Verständigung erleichtern können.

Gute Sichtverhältnisse schaffen: Je weniger Orientierung und Verständigung über das Gehör möglich ist, umso wichtiger wird die visuelle Wahrnehmung. Dazu sind gute Lichtverhältnisse, freie Sicht und klare räumliche Strukturen wichtig. Gutes Sehen erfordert auch die Überprüfung und Anpassung von Sehhilfen.

Blickkontakt herstellen: Das Absehen vom Mund kann beim Verstehen unterstützen, dazu sollte der Abstand nicht zu gering und nicht zu groß sein.

Mimik und Körpersprache einsetzen: Emotionen lassen sich eindeutig und authentisch über Mimik und Körpersprache ausdrücken. Mit Gesten lassen sich Aussagen und Bitten gut unterstreichen.

¹ Projektlaufzeit 2019–2022: <http://grow.uni-koeln.de/31860.html>

Darüber hinaus kann man sich auch mit weiteren (technischen) Hilfsmitteln im Alltag ausstatten, die einen wertvollen Beitrag für die Kommunikation leisten können. Dazu zählen:

Technische Hilfen im Alltag: Akustische Signale wie zum Beispiel Klingeln, Türklopfen oder auch Feuermelder lassen sich in visuelle oder taktile Reize umsetzen.

Kommunikationshilfen: Für schwerhörige Menschen sind Hörhilfen wie zum Beispiel Hörgeräte ein wichtiges Mittel zur Orientierung und Verständigung. Diese Hilfsmittel sollten individuell angepasst und funktionstüchtig sein. Eine Demenz kann jedoch Einfluss auf den Umgang mit Hörgeräten oder anderen technischen Hilfen haben, die Handhabung ist möglicherweise nicht mehr selbstverständlich möglich. Wenn jemand ein Hörgerät trägt, sollte man sich bewusst machen, dass die Person trotzdem schlechter hört als ein Mensch ohne Hörbehinderung. Außerdem muss man wissen, dass die meisten Hörgeräte auch Hintergrundgeräusche verstärken. Wenn man mit einem schwerhörigen Menschen ein Gespräch führen möchte, sollte man diese Geräusche minimieren und zum Beispiel Fernseher und Radio ausschalten.

Für gehörlose Menschen, die Deutsche Gebärdensprache nutzen, ist diese in der Regel die sicherste Form der Verständigung. Daher ist es dringend notwendig, Grundgebärden zu erlernen und Kontakt mit gebärdensprachkompetenten Fachleuten aufzunehmen. Bei der Vermittlung komplexer Informationen sind professionelle Gebärdensprachdolmetscher*innen erforderlich. Zu beachten ist, dass einige alte und sehr alte gehörlose Menschen nicht vertraut mit deren professioneller Rolle sind. Nach Möglichkeit sollten die eingesetzten Dolmetscher*innen daher Erfahrungen mit gehörlosen alten Menschen und möglichen Auswirkungen einer Demenz haben.

Weiterführende Informationen

Eine Fachstelle zum Thema hörbehinderte Menschen im Alter, mit Demenz oder Pflegebedarf gibt es in Deutschland aktuell nur für NRW: das Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Hörschädigung in Essen: <https://alter-pflege-demenz-nrw.de/regionalbueros/menschen-mit-hoerschaedigung/>

Spezifische Angebote der Beratung, Pflege und Diagnostik für Menschen mit Hörbehinderung wie Sozialberatungsstellen für Menschen mit Hörbehinderung auf kommunaler Ebene oder Altenheime, die sich an gehörlose Menschen richten: www.kompetenzzentren-gia.de².

5.2 Sehbehinderung und Demenz

Ramona Armbrust

Ein selbstbestimmtes Leben trotz Sehbehinderung oder Blindheit im Alter zu führen, ist durchaus mit Herausforderungen verbunden, aber nicht unmöglich. Gibt es neben der Sehbehinderung eine Begleiterkrankung wie Demenz, stehen Ratsuchende und Beratende vor einer großen Aufgabe. Die folgende Darstellung skizziert einige wichtige Aspekte und soll den Leser*innen einen ersten Einblick in dieses umfangreiche Feld ermöglichen.

² Die Plattform entstand im Rahmen von Projekten an der Universität zu Köln mit dem Ziel, die Versorgungssituation gehörloser Menschen im Alter zu verbessern (2006–2017, gefördert vom BMFSFJ). Hier finden sich auch weitere Informationen zum Thema gehörlose Menschen im Alter, auch in Deutscher Gebärdensprache, und Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation.

5.2.1 Definition: Kommunikation und Umgang zwischen Menschen mit und ohne Sehbehinderung

In Deutschland unterscheidet man gesetzlich zwischen den Abstufungen „Blindheit“ und „Sehbehinderung“. Blindheit bedeutet bzw. als blind gelten Personen mit einem Visus (Sehschärfe) von unter 0,02, oder Menschen, die eine Einschränkung des Gesichtsfelds von unter 5 Grad haben. Im Vergleich dazu spricht man von Sehbehinderung bzw. von einer hochgradigen Sehbehinderung bei einem Visus zwischen 0,02 und 0,05. Bei einer Sehschärfe zwischen 0,05 und 0,3 gilt man als sehbehindert. Alle Angaben werden mit der Korrektur durch Sehhilfen (Kontaktlinsen und Brillen) und auf dem besseren Auge gemessen. Eine Person mit einem Visus von 0,015 gilt vor dem Gesetz als blind, kann aber noch 1,5 Prozent sehen (BSVN 2021). Blindheit und Sehbehinderung sind häufig im Laufe des Lebens „erworben“. Dies bedeutet, dass die betroffene Person bei der Geburt nicht oder weniger stark sehbehindert war. Durch Krankheiten oder Unfälle tritt dann eine Sehbehinderung ein oder verschlimmert sich.

Die Kommunikation zwischen Menschen mit und ohne Sehbehinderung bedarf einiger Regeln und Sensibilität. Da neben der Lautsprache die nonverbale Kommunikation entscheidend ist und laut Mehrribian-Formel 55 Prozent des Gesprochenen ausmacht (Nagel 2012: 43), sollten einige Aspekte der Mimik und Gestik versprachlicht werden:

- ✔ Verbalisieren Sie Ihre Handlungen: „Ich gebe Ihnen die Hand zur Begrüßung“.
- ✔ Halten Sie Blickkontakt.
- ✔ Nennen Sie Ihren Namen, bevor Sie sprechen.
- ✔ Benutzen Sie Redewendungen ganz normal: „Wir sehen uns morgen!“.
- ✔ Teilen Sie immer mit, dass Sie einen Raum betreten, verlassen oder einen neuen Gegenstand, zum Beispiel ein Trinkglas, hingestellt haben.



Exkurs: Mehrribian-Formel:

Albert Mehrribian fand 1968 in einer Studie heraus, dass die Stimme rund 5,5-mal wichtiger ist als der gesprochene Inhalt. Die Körpersprache ist wiederum 1,5-mal wichtiger als die Stimme. Daraus ergab sich die 7-38-55-Formel, auch Mehrribian-Formel genannt, die besagt, dass nonverbale Kommunikation ein wichtiger Faktor bei der Kommunikation mit anderen ist (55%), während die Stimme (38%) und der Inhalt (7%) etwas geringeren Einfluss nehmen.

In diesem Zusammenhang ist ein Exkurs in die schriftliche Kommunikation hilfreich. Insbesondere Dokumente können von Menschen mit Sehbehinderung auf zwei Arten gelesen werden:

- ✔ Ist ein Restsehvermögen vorhanden, kann mit Vergrößerungshilfen gearbeitet werden. Diese gibt es sowohl manuell (Lupen, Vergrößerungsgläser etc.) als auch digital (Vergrößerung eines Dokumentes am PC oder Vergrößerung der Schrift am Smartphone).
- ✔ Die andere Möglichkeit sind sogenannte Screenreader. Ein Screenreader ist eine Software, die Dokumente und Websites vorlesen kann. Damit der Screenreader ein Dokument korrekt vorlesen kann, muss das Dokument barrierefrei erstellt werden.
- ✔ Handschriftliches sollte in einem hohen Kontrast (weißes Blatt, schwarzer Filzstift), groß und leserlich aufgeschrieben werden.

5.2.2 Sehbehinderung und Demenz

Das Grundgerüst eines selbstbestimmten Lebens für einen Menschen mit Sehbehinderung beruht auf einem Fundament aus Erinnerungen. Die blinde Person merkt sich markante Punkte zur Orientierung, zählt Schritte, lernt die Brailleschrift auswendig und erkennt bekannte Personen an der Stimme wieder. Ebendieses ist durch die Demenz nicht mehr oder nur eingeschränkt möglich. Darüber hinaus entstehen schon vorab Schwierigkeiten, denn die Diagnostik zur Feststellung einer Demenz besteht größtenteils aus optischen Elementen. Die mehrfache Belastung durch Demenz und Sehbehinderung wirkt sich auf alle Lebensbereiche aus: „Das Gehirn kann die minimalen optischen Eindrücke nicht mehr korrekt ergänzen und deuten. Spiegelungen und Schatten, nicht zuordenbare Kontraste und Formen werden zum Ausgangspunkt für Halluzinationen und machen Angst“ (Widmann 2010).

Tauchen bei Menschen Sehbehinderung und Demenz gleichermaßen auf, ist es empfehlenswert, optische Orientierungshilfen durch taktile oder akustische zu ersetzen (taktile Türschilder, Uhren mit akustischem Signal etc.) und auch der Geruchssinn kann eine Tagesstruktur einläuten (Kaffeegeruch = Frühstückszeit). Obwohl es gerade im Bereich der Hilfsmittel für blinde und sehbehinderte Menschen nützliche hochtechnische Geräte gibt, sollte man immer individuell betrachten, was für den Betroffenen praktikabel ist: „Ein Handy kann er vielleicht nicht bedienen, ein Telefon mit Wählscheibe aber durchaus“ (Zurek 2012). Des Weiteren sollte eine Betreuungseinrichtung ausgewählt werden, die auf beide Fachrichtungen spezialisiert ist. In der Begleitung von demenziell beeinträchtigten sehbehinderten Menschen sollte mit dem System der Bezugspflege gearbeitet werden, um den Betroffenen mehr Sicherheit zu gewährleisten (vgl. ebd.).

5.2.3 Finanzielle Unterstützung

Für blinde und sehbehinderte Menschen gibt es verschiedene finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten:

- ✔ Blindengeld als Nachteilsausgleich (je nach Bundesland)
- ✔ Blindenhilfe (nach § 72 SGB XII und nachrangig zu landesgesetzlichen Regelungen)
- ✔ Leistungen für hochgradig sehbehinderte Menschen als Nachteilsausgleich (je nach Bundesland)



Gut zu wissen!

Können Alzheimer-Patient*innen wegen ihrer Hirnschädigung optische Reize nicht verarbeiten, haben sie grundsätzlich Anspruch auf Blindengeld. Ein Anspruch ist allerdings dann ausgeschlossen, wenn ein Krankheitsbild zusätzliche Aufwendungen wegen der Blindheit von vornherein ausschließt, etwa dauerhafte Bewusstlosigkeit.

Lautsprache: Lautsprachlich orientierte höresehbehinderte Menschen sind mithilfe von Hörgeräten oder Cochlea-Implantaten in der Lage, die gesprochenen Inhalte zu verstehen und in Lautsprache zu kommunizieren.

Schriftsprache: Das Gegenstück zur Lautsprache ist die Schriftsprache. Hierbei werden Informationen in schriftlicher Form wiedergegeben, zum Beispiel anhand technischer Geräte oder ganz traditionell mit Papier und Stift. Es gibt Hilfsmittel, die die Schrift auch in auditiver Form wiedergeben (Screenreader, VoiceOver).

5.3 Taubblindheit, Hörsehbehinderung und Demenz

Kristin Reker, Melanie Wegerhoff

Nichts sehen und nichts hören können? Für viele Menschen einfach unvorstellbar. Jedoch gibt es auch für taubblinde Menschen vielfältige Kommunikationsstrategien: Die Hände sind dabei das wichtigste Kommunikationsmittel. Damit können sich taubblinde und hochgradig höresehbehinderte Menschen via Berührung miteinander verständigen und aktiv am Leben teilnehmen. Von einer Taubblindheit spricht man, wenn bei einer Person zu einer Hörbehinderung zusätzlich auch eine Sehbehinderung hinzukommt. Hierbei sind sowohl der Hör- als auch der Sehsinn so stark beeinträchtigt, dass ein Sinn nicht durch den anderen ausgeglichen oder kompensiert werden kann. Ein Mensch mit einer Sehbehinderung kann über ein gutes Gehör den beeinträchtigten Sinn annähernd ausgleichen. Andersherum kann eine höresehbehinderte Person die Beeinträchtigung visuell kompensieren. Taubblinde Menschen können das nicht.

Bei Taubblindheit handelt es sich um eine anerkannte, eigenständige Behinderungsart (Arbeitsgemeinschaft Taubblinden e.V.o.J.). Die Gruppe taubblinder Menschen ist sehr heterogen, da die Beeinträchtigung des Hörens und des Sehens in unterschiedlichen Ausprägungen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten auftreten können:

1. Menschen mit erworbener Taubblindheit sind meist von Geburt an gehörlos oder schwerhörig und erwerben im Laufe des Lebens eine Sehbehinderung oder Blindheit dazu.
2. Umgekehrt gibt es auch Menschen mit erworbener Taubblindheit, die von Geburt an blind oder sehbehindert sind und bei denen die Schwerhörigkeit bzw. Gehörlosigkeit später hinzukommt.
3. Taubblindheit kann auch durch Unfall oder Krankheit verursacht werden.
4. Alterstaubblindheit
5. Menschen mit angeborener Taubblindheit, wobei beide Beeinträchtigungen von Geburt an vorhanden sind. Oftmals haben diese Menschen noch weitere Behinderungen.

Neben einer gelingenden Kommunikation ist für taubblinde Menschen auch der adäquate Zugang zu Informationen von elementarer Bedeutung. Dazu gehören auch eine weitestgehend selbstständige Mobilität und Orientierung sowie eine selbstbestimmte Teilhabe an allen Lebensbereichen. Die Auswirkungen der Taubblindheit auf einzelne Personen sollten daher stets individuell betrachtet und berücksichtigt werden.

Der Grad der Hörsehbeeinträchtigung hat auch unterschiedliche Auswirkungen auf die Kommunikation. Je nach Beeinträchtigung kommunizieren die Personen bevorzugt lautsprachlich, visuell und/oder taktil. Die gängigen Kommunikationsformen von taubblinden und höresehbehinderten Menschen sind:

Wie schon in Kapitel 5.1 angesprochen, ist die Deutsche Gebärdensprache (DGS) generell noch sehr jung. Die DGS und taktile Gebärden sind erst seit 2002 in Deutschland als eine eigenständige Sprache im Behindertengleichstellungsgesetz verankert und werden von Menschen mit Hörbehinderung zur natürlichen Kommunikation verwendet (*Deutscher Gehörlosen-Bund e. V. o. J.*). Wenn sowohl die visuelle als auch akustische Wahrnehmung (Sehen und Hören) eingeschränkt sind, kann die Kommunikation in Gebärdensprache auch über Berührung erfolgen. Gebärdensprachlich orientierte Menschen mit Taubblindheit erhalten über den taktilen Weg Zugang zur Kommunikation, indem sie ihre Hände auf die des Gesprächspartners auflegen. Bis auf wenige Ausnahmen ist die Struktur der taktilen Gebärdensprache mit der „visuellen“ Gebärdensprache identisch. Lediglich visuell wahrnehmbare Mimik und Gestik, beispielsweise um eine Fragestellung zu signalisieren, werden in der taktilen Gebärdensprache zusätzlich gebärdet oder als Blockschrift auf der Handinnenfläche mit einem Fragezeichen verdeutlicht. Außerdem etabliert sich in Deutschland langsam auch eine sozialhaptische Kommunikationsform. Diese Form stellt eine weitere Möglichkeit diskreter Informationsweitergabe dar.

Hilfreiche „Ergänzung“ zu der Kommunikation ist die sozialhaptische Kommunikation („Haptic Body Signs“), die eine weitere Form diskreter Informationsweitergabe darstellt und in Kombination mit anderen Kommunikationsformen wie Laut- oder Gebärdensprache angewendet wird. Hier werden die visuell wahrnehmbaren Signale und Merkmale auf den Körper der taubblinden Person „gezeichnet“, in der Regel am oberen Bereich des Rückens oder auf den Unterarm. Die visuellen Informationen wie Mimik, Raumbeschreibung oder Atmosphäre der Umgebung werden während der Kommunikationssituation zeitgleich beschrieben, sodass die Kommunikation nicht unterbrochen werden muss.

Es gibt ein Online-Lexikon der haptischen Kommunikationsformen. Dort werden insgesamt ca. 300 Signale gezeigt, zum Beispiel für „Achtung!“, „Es gibt Kaffee!“ oder „Ich komme gleich wieder!“; <https://hapticbodysigns.de/de>. Darüber hinaus ist das Lormen ein Verständigungsmittel, bei dem mithilfe eines Tast-Alphabets auf der Handfläche des Empfängers buchstabiert werden kann.

Umfassende Tipps zum Umgang mit taubblinden Menschen können Sie sich online zum KSL-Türanhänger-Projekt anlesen: <https://ksl-msi-nrw.de/public/ksl/msi/downloads/Infoblatt-Taubblindheit.pdf>

5.4 Aphasie bei Menschen mit Demenz

Uwe Johansson, Bert Schulz

Sprache ist die natürlichste Art der Kommunikation zwischen Menschen. Zwar werden viele Inhalte auch nonverbal vermittelt, jedoch ist die Fähigkeit zu sprechen in uns Menschen genetisch verwurzelt. Bereits Darwin erkannte, dass die Fähigkeit zu sprechen in jedem Säugling angelegt ist. Dennoch muss das komplexe System der Sprache erst von jedem erlernt werden. Jeder, der schon einmal aufgrund einer Erkältung oder einer Rachenentzündung auf das Sprechen verzichten musste, kann nachempfinden, wie sehr Sprache den Alltag bestimmt und wie schmerzlich der Ausfall dieser Kommunikation ist.

5.4.1 Was ist eine Aphasie?

Eine Aphasie bedeutet nicht nur den Verlust der sprachlichen Fähigkeiten, sondern auch das Verständnis, das Lesen und das Schreiben. Das innere Denken, persönliches und allgemeines Wissen sind nicht immer mit betroffen. Aphasie ist also zunächst eine Störung des Sprechens und des Sprachverständnisses und keine Denkstörung. Menschen mit einer aphasischen Störung leiden oft unter Begleitsymptomen: Die Planung von Bewegung und Handlung gelingt nicht mehr automatisiert, alltägliche Tätigkeiten bei der Körperpflege, beim Essen oder im Haushalt geraten durcheinander. Oft ist auch die Aufmerksamkeit eingeschränkt. Nicht zu vergessen ist, dass der Verlust und die Störung der eigenen Muttersprache oft seelisch nur schwer zu verarbeiten sind; viele Betroffene verzweifeln und zeigen Symptome einer Depression. Manchmal werden sie auch aggressiv. Für die Angehörigen, Freunde und das Umfeld der Betroffenen ist es schwierig, sich an die veränderte Situation anzupassen.

Die Kommunikation mit betroffenen Menschen erfordert Zeit, Geduld und sehr viel Einfühlungsvermögen. Soziale Isolation ist oft die Folge einer Aphasie. Je nach Art und Ausmaß der Störung sind die Fähigkeiten für schnelles, vollständiges und genaues Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben in unterschiedlicher Art und Weise betroffen.



Störungen in der Sprachproduktion äußern sich überwiegend in einer allgemeinen Verlangsamung der Sprache. Demenziell veränderte Menschen sprechen oft mühevoll und suchen nach Wörtern oder bilden Sätze im Telegrammstil. Andere sprechen jedoch flüssig, verwechseln aber Laute oder vertauschen Wortbedeutungen. Bei Störungen des Sprachverständnisses kommt es zu unterschiedlichen Ausfällen. Im Extremfall zeigen Menschen mit Demenz nur noch eine Wahrnehmung der Wörter nach dem Klang, ohne deren Bedeutung zu erfassen. Andere Betroffene verstehen zwar einzelne Wörter, aber der genaue Zusammenhang in Satz und Text erschließt sich ihnen nicht. Ähnliche Wörter werden oft verwechselt. Dies beruht dann nicht auf einer Hörstörung, mit der die Veränderung häufig verwechselt wird, sondern darauf, dass die Betroffenen das Gesagte nicht richtig verstehen, ähnlich wie ein Besucher in einem fremden Land. Bei Störung in der Schriftsprache sieht es ähnlich aus wie beim Sprachverständnis. Das heißt, dass viele Betroffene Wörter nur mühsam Buchstabe für Buchstabe erfassen, sich ihnen aber der Sinnzusammenhang des Satzes nicht erschließt.

Aphasien sind also Störungen der Sprache, die sich durch eine Beeinträchtigung der Sprachproduktion und des Sprachverständnisses und auch der Schriftsprache äußern können. Daher können Sprachstörungen die Interaktion und die Verständigung zwischen der betroffenen Person und ihrer Umwelt sehr empfindlich stören.



© Peter Gaymann, www.gaymann.de

5.4.2 Neurodegenerative Formen von Aphasie

Zu den häufigen Erkrankungen, die zu einer Aphasie führen können, zählen neben dem Schlaganfall, einer Hirnblutung und/oder Hirntumoren, auch kognitive Abbaukrankungen, wie zum Beispiel eine Demenz. Wie bereits in Kapitel 1 dargelegt, werden unter dem klinischen Syndrom einer Demenz viele verschiedene Demenzformen zusammengefasst. Störungen der Sprache können bei jeder Demenzform auftreten und zeigen insgesamt ein klinisch heterogenes Bild bei den unterschiedlichen Demenzformen, welches durch das jeweilig betroffene Hirnareal abgebildet wird. Dennoch finden sich häufig Gemeinsamkeiten im Verlauf der jeweiligen Störung. Zum einen beginnen viele Sprachstörungen bei Menschen mit Demenz mit der Unfähigkeit des Betroffenen, sich auf neue Gesprächspartner oder Gesprächsinhalte einzustellen. Die Flexibilität der Kommunikation nimmt also ab. Im weiteren Verlauf zeigen sich dann auch Störungen des Inhalts, sodass die Gespräche häufig inhaltsleerer erscheinen.

Es gibt mehrere neurodegenerative Erkrankungen, die mit einer Aphasie einhergehen können.

Zum einen gibt es die semantische Demenz (SD). Diese führt bei dem Betroffenen zu einem zunehmenden Verlust der Wortbedeutung. Der Krankheitsprozess ist im Bereich der Spitze des linken Schläfenlappens angesiedelt. Diese Unterform findet sich häufig bei der frontotemporalen Demenz. Insbesondere das nicht richtige Erfassen der Wortbedeutung und eine Benennstörung stehen hierbei im Vordergrund. Ebenso zur Gruppe der frontotemporalen Demenz gehört die progrediente nicht flüssige Aphasie (PNFA). Hierbei kommt es zu einer Verlangsamung der Sprachproduktion mit Veränderungen der Wortlaute und einem sogenannten Telegrammstil. Untersuchungen zeigen, dass bei der progredienten nicht flüssigen Aphasie Nervengewebe in der vorderen Sprachregion des Gehirns betroffen ist.

Die dritte neurodegenerative Form ist die logopenische Aphasie. Hierbei ist die Sprache sehr langsam und von langen Pausen unterbrochen. Satzbau und Grammatik sind meist erhalten, aber das Verständnis der Sprache und insbesondere das Nachsprechen ganzer Sätze sind deutlich beeinträchtigt. Diese spezielle Form findet sich auch bei der Alzheimer-Demenz.

Zu den genannten Formen der Aphasie bei Demenzerkrankungen gibt es bislang keine kurativen Behandlungsverfahren. Die Behandlung von Aphasien bei Menschen mit Demenz sollte daher weniger störungsspezifisch, sondern eher eine ressourcenorientierte Therapie sein. Alle Therapieansätze haben das Ziel, die Teilhabe am sozialen Leben und die Aktivität der Patient*innen in Bezug auf Kommunikation, das Führen von Gesprächen, Lesen und Schreiben möglichst lange zu erhalten und/oder zu verbessern. Es gilt, den „Status quo“ möglichst lange aufrechtzuerhalten.

Zudem sollten andere Kommunikationswege gefördert und eingeübt werden. Eine Beteiligung der Angehörigen ist daher essenziell. Neben den üblichen medikamentösen Behandlungen im Rahmen einer Demenz ist also eine spezifische Logopädie als individuelle, strukturierte Behandlung auf der Basis zuvor erhobener Daten sinnvoll. Sie sollte sich aber auf allgemeine Kommunikationsstrategien und das Arrangement des Betroffenen und seiner Angehörigen mit der sprachlichen Behinderung konzentrieren. Ein schulisches Üben von Sprachaufgaben sollte man vermeiden. Die Inhalte der Therapie werden ständig und individuell auf die Veränderungen des Schweregrads der kognitiven Beeinträchtigung und somit des Störungsbildes abgestimmt. Angehörige werden hierbei einbezogen und angeleitet.



6. Die Gestaltung kultursensibler Kommunikation mit Menschen mit Demenz

Suzan Tütüncübası, Friederike Arps, Sabine Mierelmeier

6.1 Was ist Kultur?

Als Kultur sind vom Menschen gemachte Resultate zu verstehen, die durch Fähigkeiten, Fertigkeiten oder Handlungsmuster gestaltet, (weiter-)entwickelt und weitergegeben werden. Der Kulturbegriff wird somit je nach Zusammenhang unterschiedlich verwendet, da er verschiedene Lebensweisen individueller Gemeinschaften und deren Perspektiven umfassen kann. Kultur kann auch als Summe von Erfahrungen, Haltungen und Werten einer Gemeinschaft verstanden werden, die nicht ausschließlich auf eine Herkunft im ethnischen Sinne begrenzt sind. Die Kultur einer Gemeinschaft entsteht vielmehr durch die Sozialisationⁱ ebendieser Gemeinschaft. Es werden bestimmte Kommunikationsregeln und Verhaltenskodexe definiert und entwickelt, die auch die verbale sowie nonverbale Kommunikation beeinflussen und in der Interaktion zwischen Menschen innerhalb einer Kultur Vertrauen schaffen können, zwischen unterschiedlicher „Kulturen“ allerdings zu einem Missverstehen oder Nichtverstehen führen kann. Die „kultursensible Kommunikation“ unterstützt diese Herausforderungen des Missverstehens oder Nichtverstehens. Das reine Lernen von Symbolen oder Ausdrucksformen von Kommunikation (z.B. Händeschütteln) ist allerdings als Lösung zu einfach gedacht. Ein alleiniger Fokus auf kulturelle Merkmale einer Gemeinschaft berücksichtigt nicht die Heterogenität innerhalb dieser Gemeinschaft, die durch verschiedene sichtbare sowie nicht sichtbare Diversitätsmerkmaleⁱ geprägt ist. Hierzu zählen neben Alter, Geschlecht und Hautfarbe (sichtbare Diversitätsmerkmale) auch sozioökonomische und gesundheitliche Aspekte (nicht sichtbare Diversitätsmerkmale), die zur Diversität unserer Gesellschaft beitragen und unterschiedliche Bedürfnisse sowie Bedarfe bedingen können. Der Fokus auf die kulturelle Sozialisation und die Diversität einer Gemeinschaft ist notwendig, um soziale und gesundheitliche Ungleichheiten erkennen und berücksichtigen zu können (Broszinsky-Schwabe 2017; Brzoska et al. 2018).

i

Was ist Sozialisation?

Sozialisation beschreibt den Prozess des Hineinwachsens in ein soziales Umfeld und das hieraus seiner selbst bewusst werdende Individuum.

Die drei Dimensionen des Sozialisationsprozesses:

1. Personalität durch die gesellschaftliche Einflussnahme
2. Individualität durch individuell kennzeichnende Besonderheiten
3. Subjektivität durch entwickelte Sprach-, Handlungs- und Selbstbestimmungsfähigkeiten

(Quelle: Scherr 2018: 409).



Was ist Diversität?

Der Begriff „Diversität“ entstand durch die amerikanische Bürgerrechtsbewegung, die sich gegen Rassismus und für Chancengleichheit benachteiligter Gruppen einsetzte. Auch die Europäische Union verwendet seit Ende der 1990er-Jahre das daraus resultierende Antidiskriminierungsrecht (Affirmative Action) als Leitbild.

(Quelle: Leontiy & Schulz 2020: 1)

Diversität wird auch als Heterogenität, Vielfalt, Mehrfachzugehörigkeit oder Mehrfachkategorisierung einer Persönlichkeit verstanden, die vier Dimensionen umfassen kann:

1. Persönlichkeit
2. Innere Dimensionen (z. B. Alter, Geschlecht, Hautfarbe, sexuelle Orientierung)
3. Äußere Dimensionen (z. B. sozioökonomische Faktoren, Aussehen, Weltanschauung)
4. Organisationale Dimensionen (z. B. Arbeitssetting, Netzwerke)

(Quelle: The 4 Layers of Diversity von Lee Gardenswartz und Anita Rowe 2003)

<https://erwachsenenbildung.at/themen/diversitymanagement/grundlagen/dimensionen.php>

<https://medium.com/org-hacking/the-4-layers-of-diversity-gardenswartz-rowe-47013e42070f>

6.2 Welche Kommunikationsmodelle gibt es im Kontext Kultur?

Eisberg-Theorie von Edward T. Hall (1976)

Es gibt verschiedene Kommunikationsmodelle, die die Herausforderungen einer kultursensiblen Kommunikation verbildlichen können. Edward T. Hall betrachtete 1976 Kultur als Eisberg, wonach der Großteil relevanter Bestandteile für eine Seite innerhalb des Informationsaustauschs unter der Wasseroberfläche nicht ersichtlich ist und somit blinde Flecken entstehen können. Missverständnisse und Konflikte sind demnach ein Bestandteil von Kommunikation, insbesondere wenn sich individuelle und kulturelle Erfahrungen und Werte unterscheiden (Walter & Matar 2018: 37).

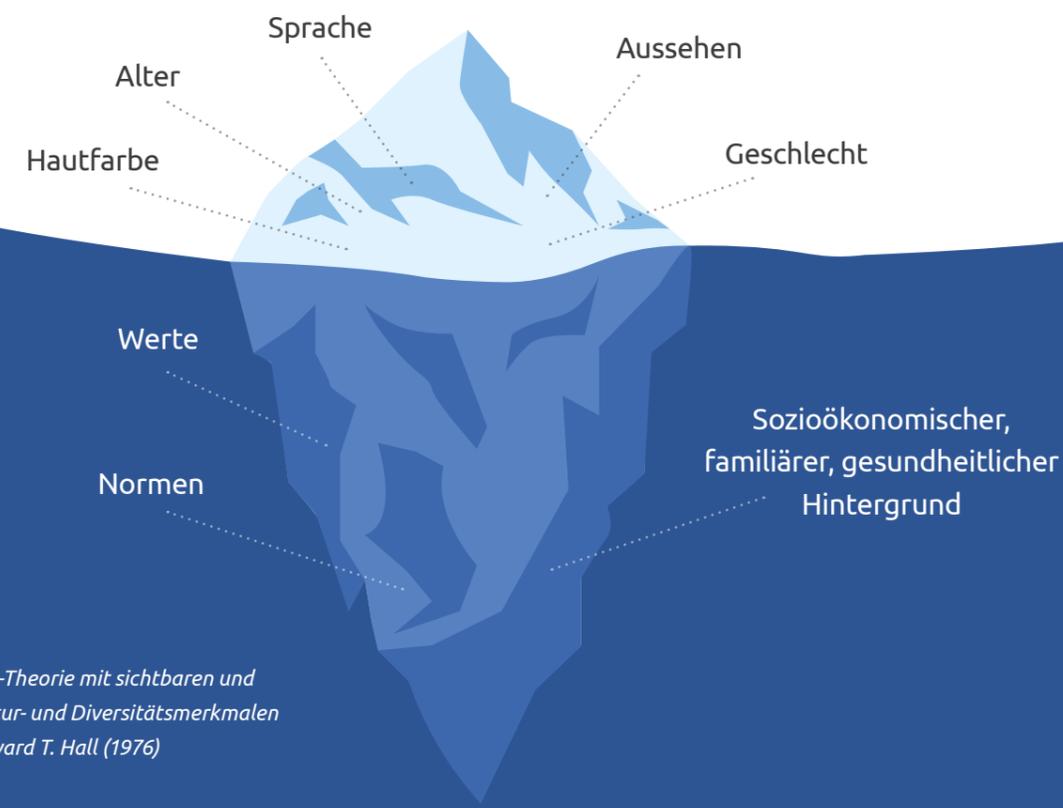
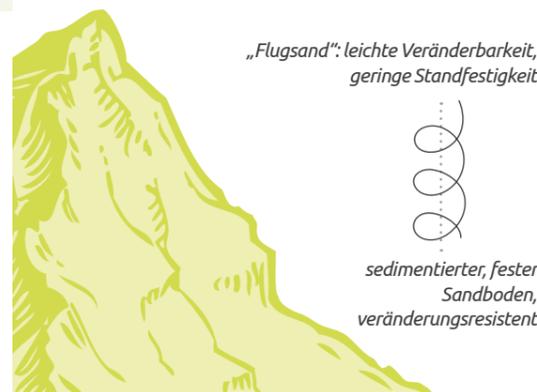


Abbildung 7: Eisberg-Theorie mit sichtbaren und nicht sichtbaren Kultur- und Diversitätsmerkmalen in Anlehnung an Edward T. Hall (1976)

Sandberg-Metapher von Jürgen Bolten (2014)

Ein weiteres Kommunikationsmodell, entwickelt von Jürgen Bolten, stellt das „Dune Model“ (Sandberg-Metapher) dar. Hier liegt der Fokus auf Verhaltens- und Handlungsregeln, die sich über Jahrzehnte in einer Kultur oder Gesellschaft etabliert haben und als Normen die Grundlage darstellen, die sich innerhalb einer „Kultur“ kaum unterscheiden. Darauf aufbauend befinden sich Handlungsregeln, die sich innerhalb einer „Kultur“ eher häufiger oder häufig unterscheiden können und weniger als verbindlich angesehen werden. Hierzu können zum Beispiel Rituale oder allgemeine Verhaltensregeln zählen. An der Spitze des Sandbergs handelt es sich wiederum um Handlungsregeln, die eine prozesshafte Dynamik aufweisen und individuell stattfinden können, wie zum Beispiel kontextspezifische Übereinkünfte oder gruppenspezifische Verhaltensmuster beispielsweise von Begrüßungen (Walter & Matar 2018: 37).

Abbildung 8: Die Sandberg-Metapher nach Jürgen Bolten (2014)



Regelungstyp	Geregelt durch:	Kollektive Verbindlichkeit
Kann	kontextspezifische Übereinkünfte oder gruppenspezifische Verhaltensmuster (z. B. bei Begrüßungen)	gering, individuell verhandelbar (stark kontextabhängig), hohe Prozessdynamik
Soll	Allgemeingültige Verhaltensregeln oder Rituale	relativ hoch, im Kern längerfristig gültig
Muss	Normen, Gesetze, Gebote/Verbote, natürliche Umweltbedingungen	sehr hoch, festgeschrieben (generalisierbar), ausgeprägte Strukturiertheit, geringe Prozessdynamik „naturgegeben“

Quelle: Walter & Matar 2018: 40; Original: https://www.researchgate.net/publication/311425195_The_Dune_Model_-_or_How_to_Describe_Cultures

6.3 Wie beeinflusst eine demenzielle Veränderung die kultursensible Kommunikation?

Eine Migrationserfahrung¹ ist ein einschneidendes Ereignis im Leben von Menschen, was auch Auswirkungen auf ihr Leben im Alter hat. Sie ist eine Erfahrung, die als ein Diversitätsmerkmal das Leben prägt. Die Kombination von verschiedenen Diversitätsmerkmalen, wie die Migrationserfahrung und die demenzielle Veränderung, beeinflussen auf besondere Art Kommunikationssituationen und die Möglichkeit, sich verständigen zu können.

Man spricht in diesem Zusammenhang von dem vorherrschenden Gefühl einer „dreifachen bzw. vierfachen Fremdheit“, die die Betroffenen erleben. Dreifache Fremdheit, weil zu der Grenzerfahrung des Alters noch die der demenziellen Veränderung und der Migrationserfahrung hinzukommen. Vierfache Fremdheit, weil der frühe Verlust der Zweitsprache als weiteres spezifisches Fremdheitsgefühl zählt. Die Auswirkungen dieser Fremdheitsgefühle erfordern besondere Aufmerksamkeit bei der Betreuung und Versorgung.

Es sind vor allem zwei Hauptmerkmale, die Auswirkungen auf die Kommunikation mit Menschen mit Demenz und einer Migrationserfahrung haben. Das ist der Verlust der zu einem späten Zeitpunkt gelernten Sprache und die Migrationserfahrung selbst, die wieder in den Fokus, in die Gegenwart rücken kann, da sich Menschen mit Demenz vor allem an die Kindheit, Jugend und das frühe Erwachsenenalter erinnern.

6.4 Fremde Sprache

Bezogen auf die Sprache bedeutet das, dass Menschen mit Demenz Stück für Stück die Zweitsprache nicht mehr erinnern und sich in der Betreuungs- und Versorgungssituation immer fremder fühlen. Die Auswirkungen betreffen auch die nonverbale Kommunikation, die jedoch noch am längsten erinnert wird. Da die nonverbale Kommunikation von Kultur zu Kultur variiert, sind die Betroffenen auch mit Gesten und Mimik immer schwerer erreichbar. Generell ist das Vergessen und damit der Verlust der Sprache bei Demenz immer ein Thema, hat aber in diesem Fall eine besondere Relevanz, weil sich das Vergessen in zwei Etappen vollzieht. Zunächst wird die später gelernte, zweite Sprache vergessen und dann auch Stück für Stück die Erstgelernte.

Das Fremdheitsgefühl setzt somit bei Menschen mit einer Migrationserfahrung und einer Demenz sehr früh ein. Durch das Gefühl der Fremdheit, sich nicht mehr verständigen zu können, entsteht bei den Betroffenen Scham und sie ziehen sich immer mehr aus dem sozialen Leben zurück. Das kann leicht zu einer Fehleinschätzung des Gesundheitszustands durch die Betreuenden führen. Dieser Rückzug wird fälschlicherweise häufig als eine rapide Verschlechterung des Gesundheitszustands gewertet, dabei deutet er vielmehr auf die fehlende Möglichkeit hin, sich in der Zweitsprache verständigen zu können. Eine kultursensible Kommunikation ist deshalb essenziell, um den Betroffenen in ihrer erstgelernten Sprache Sicherheit zu geben, sie erreichen und die Kommunikation individuell an die Bedürfnisse anpassen zu können. Missverständnisse können so auf beiden Seiten vermieden werden.

Anwendungsbeispiel

Um sich in die Situation von Menschen mit Migrationserfahrung und einer demenziellen Veränderung hineinversetzen zu können, stellen Sie sich folgendes Szenario vor:

Sie ziehen in eine Ihnen unbekannte Umgebung, deren Sprache und Lebensgewohnheiten Ihnen fremd ist. Die fremden Verhaltensmuster, Sprache und Kommunikationsregeln adaptieren Sie immer mehr und werden Teil der Gemeinschaft. Eines Tages beginnt ein neuer Prozess. Von Tag zu Tag verstehen Sie die Menschen immer weniger und die Umgebung wird wieder unbekannter. Zwischendurch und vor allem am Anfang können Sie die Menschen noch verstehen, aber Tag für Tag ein bisschen weniger. Sie können (noch) kommunizieren, aber Ihre Sprache wird nicht mehr von Ihrer Umgebung verstanden.

Wie fühlen Sie sich in dieser Situation?

Wie wirkt sich dies auf Ihr Verhalten aus?

Wie gut, wenn dann jemand etwas Ihnen Vertrautes macht oder auch nur ein Wort sagt, wodurch Sie sich verstanden fühlen.

6.5 Fremde Welt

Neben dem frühen Verlust der zweitgelernten Sprache führt die zunehmende Erinnerung an die Kindheit und Jugend dazu, dass Sie sich nicht nur in der Sprache, sondern auch in der Umgebung fremd fühlen, weil sie ihre Kindheit und Jugend häufig in einem anderen Land verbracht haben. Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang die Arbeit mit den Angehörigen und Bezugspersonen, um mehr über die Lebensgewohnheiten und die Lebenswelt zu erfahren und dieses Wissen in die Betreuung einbinden zu können.

Eine detaillierte Biografiearbeit spielt in diesem Fall eine zentrale Rolle. Die Wohnumgebung und auch die Gestaltung des Alltags sollten im Idealfall einen Bezug zu diesem früheren Leben darstellen und so angepasst sein, dass sie den Betroffenen Sicherheit bieten kann.

Der „Migrationsakt“ selbst, das Wegziehen aus einem anderen Land und das Ankommen im neuen Land, kann auch besonders die Lebenswelt der Menschen mit Demenz prägen, weil er zu „kritischen Lebensereignissen“ zählt, also zu den einschneidenden Ereignissen im Leben von Menschen, die auch bei einer Demenzerkrankung selten in Vergessenheit geraten. Dies können sowohl negative als auch positive Erfahrungen sein. Die vielfältigen Emotionen, die bei der Vorbereitung und während des Migrationsakts sowie im Anschluss empfunden wurden, können in dieser Intensität wieder in den Vordergrund rücken. Die Migration ist mit vielfältigen Emotionen verbunden. Vereinfacht dargestellt, vermischt sich bei einer freiwilligen Migration das Interesse am Neuen mit der Angst davor. Vor allem nach dem Migrationsakt sind diese Menschen einer erhöhten Vulnerabilität (Verwundbarkeit) ausgesetzt, die bestimmt wird durch die Angst vor dem Neuen, die Auseinandersetzung mit dem Fremden und die Trauer über die Verluste. Diese unterschiedlichen Emotionen können leicht bei Menschen mit Demenz und einer Migrationserfahrung getriggert werden und sind leider häufig negativ, da der Migrationsakt an sich oft mit Diskriminierungserfahrungen verbunden war.

Wenn die Migrationserfahrung erneut in ebendieser Intensität erlebt wird, kann bei Menschen mit Migrationshintergrund und einer demenziellen Veränderung davon ausgegangen werden, dass es zu einer Retraumatisierung kommen, mit der in der Betreuung und Versorgung sehr sensibel umgegangen werden sollte. Und auch hier zeigt sich, dass eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen und Bezugspersonen dringend notwendig ist, um eine angemessene Betreuung ermöglichen zu können. Die Erfahrungen der Migration und das Wissen über das Land, in dem die Menschen die erste Zeit ihres Lebens verbracht haben, können vor allem durch sie ergänzt werden und hilfreiche Informationen für eine angemessene Betreuung und Kommunikation bieten.

Entscheidend ist, dass eine Sensibilisierung für die Anforderungen an eine adäquate Betreuung von Menschen mit heterogenen Diversitätsmerkmalen, wie einer Migrationserfahrung und einer demenziellen Veränderung, stattfindet, um passende Unterstützungsangebote etablieren zu können.

Was bedeutet Migration?

Menschen mit Einwanderungsgeschichte/Migrationsgeschichte/Migrationshintergrund/Zuwanderungsgeschichte: Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde.

Menschen mit Zuwanderungserfahrung/Migrationserfahrung:

Eine Person hat eine eigene Migrationserfahrung. Sie ist im Ausland geboren und zugewandert.

Definition: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Glossar/migrationshintergrund.html>
Weiterführende Literatur: <https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/laenderprofile/304523/migrationshintergrund>

6.6 Wie können kulturspezifische Missverständnisse in der Praxis verringert werden?

Die Begegnung mit Menschen mit Demenz wird als schwierig empfunden, da die vermeintlichen Sicherheitsleinen der Logik und der Sprache nur sehr eingeschränkt Hilfestellung geben. Zusätzliche kulturelle Unterschiede können als hinzukommende Hürde empfunden werden und die Kontaktaufnahme mit Menschen mit Demenz zusätzlich erschweren. Es können Fragen aufkommen, wie zum Beispiel „Was darf ich sagen?“, „Wie kann ich es sagen?“, „Wie kann ich mein Gegenüber verstehen?“, „Was ist kulturell okay?“.

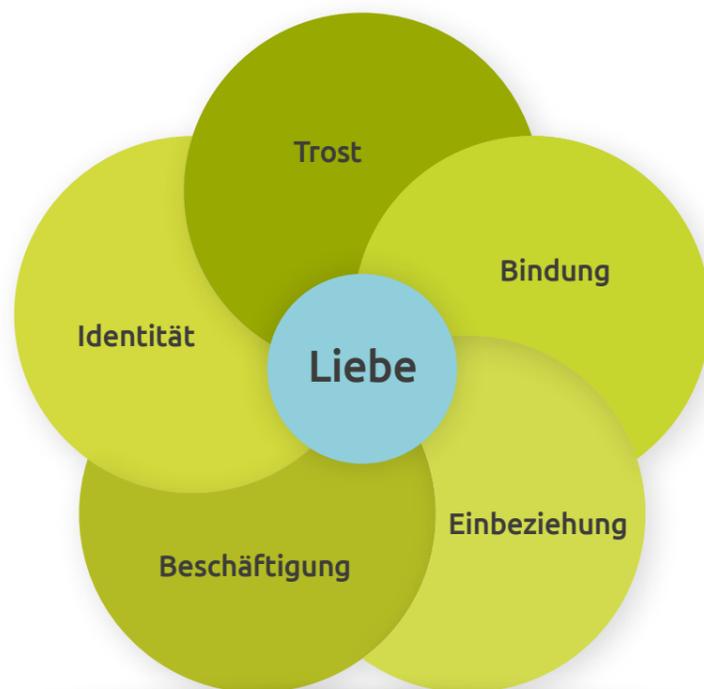
Der britische Psychologe Tom Kitwood hat in einem zentralen Satz seiner personenzentrierten Haltung formuliert, worum es bei dem Zugang zu Menschen mit Demenz geht:

*„Unser Bezugsrahmen sollte nicht länger die Person-mit-DEMENZ, sondern die PERSON-mit-Demenz sein.“
(Kitwood 2019)*

Die von ihm postulierte Haltung, den Menschen in den Fokus zu stellen und nicht die kognitive Beeinträchtigung, fußt auf den drei Grundpfeilern von Carl Rogers: Empathie (einführendes Verstehen), Akzeptanz (Wertschätzung) und Kongruenz (Echtheit).

Kitwood hat fünf zentrale Grundbedürfnisse identifiziert, die sich gegenseitig überlappen und sich in dem zentralen Bedürfnis nach großzügiger, bedingungsloser, verzeihender Annahme – nach Liebe – verbinden.

Abbildung 9: Bedürfnisblume nach Tom Kitwood



1. Blatt – Liebe

Damit ist ein emotionales Geben von ganzem Herzen, ein verzeihendes und bedingungsloses Annehmen des anderen gemeint. Menschen mit Demenz bringen ihr Bedürfnis nach Liebe oft sehr offen und auf eine beinahe kindliche Art zum Ausdruck.

2. Blatt – Trost

Dieses Bedürfnis ist aufgrund der vielfältigen Verlusterfahrungen bei Menschen mit Demenz stark ausgeprägt. Zu trösten bedeutet, durch einführendes Verstehen, Anteilnahme und Nähe die emotionalen Schmerzen, wie Angst und Trauer, zu lindern.

3. Blatt – Bindung

Da es für Menschen mit Demenz im Laufe der Erkrankung immer schwieriger wird, ihre Umwelt zu verstehen, sehnen sie sich im besonderen Maße nach Sicherheit und Schutz. Sie sind auf Menschen angewiesen, die mit ihnen in Kontakt treten und ihnen Nähe und Geborgenheit vermitteln.

4. Blatt – Einbeziehung

Teil einer Gruppe zu sein und dazugehören ist ein elementares menschliches Bedürfnis. Weil im Laufe der Demenz aber die Fähigkeit abnimmt, soziale Kontakte und Beziehungen aufrechtzuerhalten, sind diese Menschen auf andere angewiesen, um nicht ausgegrenzt und isoliert zu werden und an gemeinschaftlichen Aktivitäten teilnehmen zu können.

5. Blatt – Beschäftigung

Die Fähigkeit, etwas geleistet und geschafft zu haben, wirkt sich positiv auf das Selbstwertgefühl aus. Menschen mit Demenz bringen das Bedürfnis nach Beschäftigung durch vielfältige Weise zum Ausdruck. Sie bieten anderen ihre Hilfe an, räumen die Tische im Gemeinschaftsraum ab oder beteiligen sich eifrig an gemeinsamen Aktivitäten. Je bekannter die Gewohnheiten und Vorlieben (Biografiearbeit) des Menschen mit Demenz sind, desto besser kann dieses Bedürfnis befriedigt werden.

6. Blatt – Identität

Identität meint das Wissen, wer man ist und woher man kommt, sowohl im Erkennen als auch im Fühlen. Dieser rote Faden durch die eigene Lebensgeschichte geht im Laufe der Demenz verloren, was zu Angst und Hilflosigkeit seitens des Betroffenen führen kann. Menschen mit Demenz sind daher darauf angewiesen, dass andere ihre Identität mittels detaillierter Kenntnisse über ihre individuelle Lebensgeschichte und einer empathischen Grundhaltung bewahren (Kitwood 2008: 121–125).

6.7 Was bedeutet dies für die Begegnung mit Menschen mit Demenz und Migrationsgeschichte?

Erinnerungsarbeit

Grundvoraussetzung für eine gelingende Begegnung zweier Menschen ist die Kontaktaufnahme. Speziell bei Menschen mit Migrationsgeschichte und einer demenziellen Veränderung ist es erleichternd, biografisches Wissen über die zu kontaktierende Person zu haben, um kultursensible Missverständnisse bestenfalls vermeiden zu können. Mögliche Quellen für dieses biografische Wissen sind die direkten Angehörigen der betroffenen Person, die über ihre Vorlieben, Interessen und ihren beruflichen Werdegang Auskunft geben könnten.

Ein Erinnerungsbuch kann in diesem Fall helfen, Erinnerungen aus der Kindheit, gegebenenfalls dem Herkunftsland, oder auch aus dem zurückliegenden Arbeitsleben hervorzurufen und dadurch gemeinsame Kommunikationsansätze zu finden.



Angehörige/Bezugspersonen

Die Einbeziehung der Angehörigen von Menschen mit Demenz als „begleitende Brückenbauer*innen“ kann für den Kommunikationszugang hilfreich sein. Insbesondere dann, wenn der verbale Austausch ausschließlich in der Erstsprache der Betroffenen erfolgt. Mögliche sprachliche Barrieren sollten jedoch nicht daran hindern, in der eigenen Erstsprache zu kommunizieren, da die paraverbale Komponente der Sprache (Stimmfarbe, Modulation, Sprechtempo) und die damit verbundene begleitende Mimik und Gestik die ECHTHEIT (Kongruenz) des Sprechenden vermittelt. Echtheit vermittelt Vertrauen und öffnet die Tür zu einem empathischen Kontakt.

Nonverbale Kommunikation

Die Mimik und Gestik sowie die Körperhaltung, also die nonverbale Komponente von Sprache, können ebenfalls unterstützend eingesetzt werden. Allerdings gilt hier: „In der Ruhe liegt die Kraft“ und „Weniger ist mehr“. Eine Verlangsamung der Ausführungsgeschwindigkeit der einzelnen Geste sowie ein kurzes Verharren an deren Endposition erleichtert dem Gegenüber das Nachvollziehen und Verstehen. Überforderungssituationen aufgrund von Reizüberflutung können dadurch minimiert werden.

Reflexion der eigenen Kommunikation

In der Interaktion mit anderen setzen wir vielfach auf die verbale Komponente der Sprache. Verstehen wir das gesprochene Wort nicht oder falsch, entsteht häufig ein Gefühl der Unsicherheit und des Unwohlseins, das in einem Gefühl der Hilflosigkeit gipfeln kann. Unsicherheit und Hilflosigkeit sind Gefühlszustände, die wir als negativ bewerten und so schnell wie möglich beenden wollen.

Häufigste Reaktion auf diese Situation:

1. Variante = lautes und schnelles Sprechen mit verstärkter und beschleunigter Gestik
2. Variante = schweigender Rückzug aus der Situation

Beide Varianten führen in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz zu einer Überforderung des Gegenübers.

Zielführender für die eigene Kommunikation im Sinne der Echtheit, Empathie und Wertschätzung ist die Annahme dieses vermeintlich negativen Gefühls. Das Zulassen des eigenen Gefühls der Unsicherheit und Hilflosigkeit ermöglicht einen Perspektivwechsel innerhalb der Kommunikation mit Menschen mit Demenz – nicht verstanden zu werden bzw. nicht zu verstehen ist eines der Grundgefühle von Menschen mit kognitiven Einschränkungen.

Empathie kann neue Kommunikationskanäle eröffnen und bei beiden Gesprächspartner*innen ungeahnte Kompetenzen freisetzen bzw. sichtbar machen. Dies kann auch bedeuten, dem/der vermeintlich schwächeren Gesprächspartner*in die Führung des Gesprächs zu überlassen.

Wichtig in der kultursensiblen Kommunikation mit Menschen mit Demenz ist, dass es nicht DIE eine Lösung gibt. Es gibt Unterstützungen, wie zum Beispiel Praxistipps, die in der Kommunikation sowie im Umgang helfen können. Hierbei gilt es immer Folgendes zu beachten:

- ✓ Individualität und Sozialisation berücksichtigen
- ✓ Angehörige/Bezugspersonen miteinbeziehen
- ✓ Zeit und Geduld mitzubringen für den Vertrauensaufbau
- ✓ Hürden und Grenzen von Zugängen berücksichtigen



© Peter Gaymann, www.gaymann.de

7. Türöffner für eine gelingende Kommunikation mit Menschen mit Demenz

Über eine gemeinsame Aktivität fällt es oft leichter, miteinander zu kommunizieren. Nachdem Sie nun schon viele Voraussetzungen und Tipps für die Kommunikation erhalten haben, möchten wir Ihnen in diesem Kapitel einige Türöffner vorstellen, die Ihnen den Zugang zu Menschen erleichtern und Kommunikation fördern sollen. Die hier vorgestellten Themen sind als Beispiele zu verstehen. Sie sollen als Impuls dienen und dafür sensibilisieren, gemeinsame Aktivitäten zu entdecken und zu initiieren.

7.1 Türöffner für die Kommunikation: Begegnung mit der Natur

Mathilde Tepper



Die warme Sonne auf der Haut, der Wind in den Haaren, der Duft von frischem Heu in der Nase, weiches Gras unter den Füßen, der Gesang der Vögel in den Ohren ... Begegnung mit der Natur ist eine ganzheitliche und sinnliche Erfahrung, die Körper Geist und Seele guttun kann. Schon Hermann Hesse sagte: *„Die Beschäftigung mit Erde und Pflanzen kann der Seele eine ähnliche Entlastung und Ruhe geben wie die Meditation“* (1992).

Die positive Wirkung von Naturbegegnung und Naturerleben auf den Menschen ist schon lange wissenschaftlich belegt (Cervinka & Schwab 2019). Abbau von Stress, Förderung der kognitiven Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden, Verminderung von Ängsten, Depression und Aggression sind nur einige Beispiele der möglichen nachgewiesenen Aspekte (Cervinka & Schwab 2019: 198). Ebenso kann Kontakt mit der Natur für den Einzelnen das Empfinden von Lebensqualität und Selbstwirksamkeit fördern sowie Kontakt und Teilhabe ermöglichen.

Das sind alles Elemente, die auch für Menschen mit Demenz von großer Bedeutung sind. Menschen mit einer demenziellen Veränderung müssen in deren Verlauf vielfältige Verluste und Einschränkungen ihrer Möglichkeiten erleben und verarbeiten. Sie bedürfen daher zunehmend individueller, wertschätzender Unterstützung und Begleitung bei der Kompensation ihrer Fähigkeiten, die mehr und mehr abnehmen und über die sie aus sich selbst heraus nicht mehr oder nur sehr eingeschränkt verfügen. Gleichzeitig nimmt im Fortschreiten der Demenz die Empfänglichkeit für die sinnesanregenden Erlebensräume zu. Hier bieten Naturbegegnungen mit ihren vielfältigen Möglichkeiten ein breites Spektrum an. Cervinka & Schwab betonen: *„Ausblicke und Aufenthalte in der Natur gehen mit einer Reihe wichtiger sinnlicher Erfahrungen und emotionaler Erlebnisse einher. Naturerfahrungen bieten für Menschen mit Demenz Abwechslung im Alltag und Kontakt zu anderen Personen“* (2019: 200). Im Kontakt mit der Natur zu sein, kann ein Gefühl von gelebter Normalität und von Teilhabe wecken. Naturbegegnungen stellen somit für Menschen mit Demenz einen guten Türöffner zur Kommunikation dar.

Die Nutzung von Natur und Naturerlebnissen als kommunikativer Türöffner zu Menschen mit Demenz bedarf selbstverständlich positiver gemeinsamer Interaktionen, wie zum Beispiel eines Spaziergangs oder gemeinsamer Arbeit im Garten. Was im Rahmen von Naturbegegnungen dann als positiv gesehen wird, ist sehr individuell und auch biografisch ausgeprägt. Ein extremes Beispiel mag dies verdeutlichen: Für eine Person sind Gewitter etwas Faszinierendes und für eine andere Person sind sie angstausslösend und unheimlich.

Interaktionen in der Natur mit Menschen mit Demenz lassen sich in unterschiedlicher Weise gestalten. Das können Spaziergänge sein, gemeinsame Arbeit im Garten, Pflege von Zimmerpflanzen, das Umarmen eines Baums, und vieles mehr. Wichtig ist: Das gemeinsame Erleben und Tun sind dabei der Schlüssel zum Menschen mit Demenz und haben Vorrang. Das eigentliche Ergebnis (z. B. ein gepflegtes Blumenbeet) ist nachrangig. Über das Miteinander-Tun im Rahmen dieser wohlwollenden Atmosphäre können bei Menschen mit Demenz Gefühle von Verbundenheit und Zugehörigkeit entstehen und Erinnerungen wachgerufen werden, die es ihnen ermöglichen, an verloren geglaubte Fähigkeiten anzuknüpfen.

Ein Beispiel zur Verdeutlichung: Frau Kluge, eine Dame mit weit fortgeschrittener Demenz, kann auf Fragen so gut wie nie konkrete Antworten geben. Bei einem gemeinsamen Spaziergang durch den Garten führte der Weg durch einen Rosenbogen mit rot blühenden Rosen, die intensiv dufteten. Auf die Frage: *„Was sind das für Blumen?“* kam von Frau Kluge keinerlei Antwort. Sie wurde dann ermuntert, eine der schönen Rosenblüten anzufassen, zu befühlen und an der Blüte zu schnuppern. Das tat sie sichtlich gerne. Auf die Frage *„Mögen Sie das?“* antwortete Frau Kluge dann: *„Ja, sehr. So schöne rote Rosen hatte ich in meinem Brautstrauß und jedes Jahr hat mir mein Mann zum Hochzeitstag solche Rosen geschenkt.“* Dabei lächelte sie. Während des weiteren Spaziergangs erzählte Frau Kluge dann von ihrer Hochzeitsfeier.

Dieses Beispiel verdeutlicht sehr anschaulich, dass Menschen mit Demenz häufig nicht in der Lage sind, konkrete Wissensfragen zu beantworten. Wenn sie aber die Möglichkeit bekommen, sinnliche Erfahrungen zu machen und dabei nach ihrer Bewertung gefragt werden („Mögen Sie das?“), also selbstwirksam zu sein, durch die Möglichkeit eine Entscheidung zu treffen, kann dies plötzlich ein Zugang zum Menschen mit Demenz sein (Baer & Schotte-Lange 2017).

Die Natur bietet eine Fülle von sinnlichen Begegnungsmöglichkeiten. Auch deshalb eignen sich gemeinsame Interaktionen in und mit der Natur so hervorragend als Zugangsweg zu Menschen mit Demenz. Wie kann das in der praktischen Umsetzung konkret aussehen? Nachfolgend wird dazu aus der Fülle der Möglichkeiten eine kleine Auswahl von praktischen Einheiten beschrieben. Diese sind als Anregung gedacht und sollen zur Entwicklung eigener Ideen ermutigen.

7.1.1 Spaziergänge

Ein gemeinsamer Spaziergang mit einem Menschen mit Demenz kann über die Ermöglichung von Sinnesanregungen zu einem kommunikativen und verbindenden Ereignis werden. Dies tun wir häufig schon „automatisch“, indem wir uns beim gemeinsamen Laufen gegenseitig auf Dinge hinweisen, die unsere Aufmerksamkeit erregen. Bei Menschen mit Demenz kann sich im Krankheitsverlauf die Wahrnehmungsfähigkeit reduzieren, weil sich das Sichtfeld verengt. In der Folge wird dann die Umgebung weniger wahrgenommen. Sehr lohnenswert ist es deshalb, aus dem Spaziergang eine sinnesanregende Interaktion zu gestalten. Im Verlauf des Spaziergangs sollten bei Menschen mit Demenz dosiert mehrere Sinneskanäle nacheinander angesprochen werden, immer mit einem neuen Objekt und mit Pausen zwischendurch. Sehr wichtig ist es, Zeit für die Wahrnehmung zu lassen.

Beispiel für einen möglichen Ablauf:

- ✔ „Schau mal/Schauen Sie mal die leuchtend grünen Blätter an diesem Strauch.“
(Pause) „Gefallen sie dir/Ihnen?“
- ✔ An einer anderen Stelle: „Riech mal/Riechen Sie mal, der Flieder duftet ganz stark.“
(Pause) „Magst du/Mögen Sie den Duft?“
- ✔ An einer weiteren Stelle: „Der Baum ist auf dieser Seite mit Moos bewachsen.
Magst du/Mögen Sie mal fühlen?“ (Pause) „Ganz weich ... Fühlt sich das schön an?“
- ✔ Ebenso können Anregungen zum Lauschen
(z. B. Vogelgesang, Rauschen des Windes in den Bäumen etc.) gegeben werden.

Vielleicht entstehen jeweils kleine Gespräche oder es kommt eine Erinnerung, die erzählt wird, vielleicht passiert auch nichts. Alles darf, nichts muss. Auf jeden Fall kann miteinander eine Verbindung entstehen durch diese Form des gemeinsamen Erlebens.

7.1.2 Gartenarbeit



Der Aufenthalt und die Arbeit im Garten können sich positiv auf das physische und psychische Wohlbefinden auswirken. Viele Menschen haben das für sich selbst schon herausgefunden. Es ist aber auch wissenschaftlich bewiesen (Kreuer 2020).

Bei Menschen mit Demenz hat Gartenarbeit neben gesundheitlichen Wirkungen weitere positive Aspekte, die Kreuer mit Blick auf eine Studie von Jarrot, Kwack und Relf aus dem Jahr 2002 wie folgt beschreibt: „Sie suchten während der Gartenarbeit häufiger das Gespräch mit anderen und schliefen seltener ein, ebenso zeigten sie allgemein eine höhere Aktivität und produktives Verhalten wie Singen und Essen nahmen zu“ (2020: 174). Als Fazit der Wissenschaftler formuliert Kreuer, dass Gartenarbeit aktiviert und diese Aktivierung weit über die gärtnerische Beschäftigung hinausgeht (2020). Im Kontakt mit der Erde oder mit den Pflanzen

können Menschen mit Demenz dann häufig an ihr Wissen anknüpfen und Wirksamkeit erleben. Kommunikation ergibt sich somit fast von allein. Dabei ist es nicht wichtig, dass der Garten bzw. das Beet nachher in einem perfekt gepflegten Zustand ist. Es geht um das gemeinsame Tun, auch wenn es vielleicht nur für eine kurze Zeitspanne ist.

Die hier beschriebenen Effekte entstehen ebenso, wenn Menschen mit Demenz bei der Gartenarbeit zuschauen, weil sie körperlich nicht mehr in der Lage sind, aktiv im Garten zu arbeiten. Das Beobachten von Gartenarbeit lässt über die sogenannten Spiegelneuronen bei Menschen mit Demenz das Empfinden entstehen, selbst im Garten aktiv zu arbeiten. Die Spiegelneuronen wurden durch italienische Psychologen zufällig entdeckt (Kreuer 2020). Spiegelneuronen sind Nerven, die „in unserem Gehirn aktiv werden, wenn wir anderen beim Ausführen einer Handlung zusehen. Neurologisch betrachtet scheinen wir die Handlung selbst auszuführen“ (Kreuer 2020: 168). Diese, über die Spiegelneuronen entstehende, innerliche Aktivität kann bei Menschen mit Demenz Erinnerungen wecken und ihnen so Zugang zu ihrem Wissen ermöglichen, welches sie dann in ein Gespräch einfließen lassen können.

7.1.3 Naturbegegnung über Kräuter, Gemüse und Obst

Aus frischem Obst, Gemüse und Kräutern gemeinsam mit Menschen mit Demenz einen Smoothie zuzubereiten, ist eine andere Form der Naturbegegnung. Vielleicht stehen hierfür dann selbst geerntete Zutaten aus dem eigenen Garten zur Verfügung. Ebenso ist es aber auch möglich, gemeinsam den Markt zu besuchen und die Zutaten einzukaufen. Die einzelnen Zutaten bewusst zu sehen, zu fühlen, zu riechen und dann für den Mixvorgang vorzubereiten, bieten für Menschen mit Demenz viele Anknüpfungspunkte für Wahrnehmungserfahrungen, die wiederum in Gesprächen ausgetauscht werden können.



Ebenso kann das gemeinsame Herstellen eines Kräutersalzes eine kommunikative Naturbegegnung darstellen: gemeinsam durch den Garten gehen, Kräuter betrachten, fühlen, riechen und entscheiden, welche Kräuter in das Salz gemischt werden sollen. Sind Kenntnisse über Wildkräuter vorhanden, können diese dann auf einem Spaziergang gesammelt werden. Nach der Ernte werden die Kräuter gereinigt und zerkleinert und mit grobem Meersalz in einem Mörser miteinander vermischt. Die fertige Mischung muss dann je nach Feuchtegehalt einige Tage trocknen. Bei all diesen Tätigkeiten können Menschen mit Demenz aktiv einbezogen werden. Aber auch durch das reine Zuschauen entstehen innere Bilder und inneres Erleben, welche kommunikationsanregend wirken können.

Hier wurden jetzt nur zwei Beispiele für diese Art der Naturbegegnung beschrieben. Es gibt eine Vielzahl von Varianten, wie zum Beispiel Kräuter ernten und trocknen für Teemischungen, Lavendelblüten abrispeln und Duftsäckchen erstellen, auf dem Feld Erdbeeren pflücken und Marmelade kochen und vieles mehr.

7.1.4 Naturbegegnung über Tastbilder

Auch das Betrachten von Kunstwerken mit Naturdarstellungen, Naturfotografien sowie das Betrachten und Ertasten von Naturmaterialien bieten Möglichkeiten von Naturbegegnungen mit kommunikationsförderndem Charakter. Diese Form ist besonders eine gute Möglichkeit, Natur zu erleben, wenn die Wohnung nicht verlassen werden kann.

Sehr leicht lassen sich schöne Tastbilder selbst herstellen. Diese können dann in der Wohnung aufgehängt werden und so immer wieder zu Begegnungen mit der Natur einladen. Benötigt werden dafür eine Holzplatte, ein Naturfoto und ein dazu passendes Naturmaterial, zum Beispiel Moos. Basis ist eine Holzplatte, die etwas größer ist als das Bild. Auf dieser Platte wird das Foto aufgeklebt. Anschließend wird das Naturmaterial befestigt. Hierfür eignet sich sehr gut die Heißklebepistole. Bei der Herstellung der Tastbilder können Menschen mit Demenz gut eingebunden werden. Wenn die Möglichkeit besteht, können die Naturmaterialien auf Spaziergängen gemeinsam gesammelt werden. Ebenso kann man gemeinsam schauen, welches Naturmaterial zu welchem Naturfoto passt, wenn mehrere Fotos zur Verfügung stehen. Bilder von Naturkalendern eignen sich sehr gut dafür.

7.1.5 Naturbegegnung über das Lavendel-Körner-Fingerbad

Als letztes Beispiel für Möglichkeiten der kommunikativen Naturbegegnung mit Menschen mit Demenz wird hier das Lavendel-Körner-Fingerbad vorgestellt. In einer Schüssel von ca. 35 bis 40 cm Durchmesser werden Weizenkörner mit getrocknetem Lavendel gemischt. Es können auch noch getrocknete Rosenblüten zugegeben werden. Auch dabei ist es möglich, den Lavendel dafür im eigenen Garten zu ernten und zutrocknen, ebenso die Rosenblüten. Schon dabei entstehen Sinnesanregung und Aktivierung.

Genutzt wird die Mischung dann für ein wohltuendes, die Sinne anregendes Fingerbad, indem die Mischung mit den Händen bewegt wird. Viele Menschen erleben dies als sehr angenehm und wohltuend. Hier können sich auch wieder Fragen anschließen wie zum Beispiel: „Gefällt dir/Gefällt Ihnen das?“ oder auch „Ist das angenehm?“ Gespräche über das Erleben können so möglicherweise entstehen und sich mit anderen Themen verknüpfen.

7.1.6 Fazit

Im Rahmen dieses Beitrages musste ob der Fülle der Möglichkeiten eine Auswahl getroffen werden, denn Naturerlebnisse und Naturbegegnungen sind in vielfältiger Weise möglich. Sie bieten ein großes Potenzial als Türöffner für die Kommunikation mit Menschen mit Demenz zu fungieren. Es war die Absicht dieses Beitrags, dies zu verdeutlichen, aber auch dazu ermutigen, Zugang zu Menschen mit Demenz über den Kontakt mit der Natur zu öffnen. Es auszuprobieren, lohnt sich, denn es ermöglicht wohltuende Begegnung und Beziehung für alle Beteiligten. Versuchens Sie's.

7.2 Hunde als Türöffner in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz

Änne Türke

Im Verlauf einer demenziellen Erkrankung stößt die zwischenmenschliche Kommunikation häufig an ihre Grenzen. Die bloße Anwesenheit eines Tieres kann dagegen ausreichen, um Menschen mit Demenz wieder besser mit ihrer Umwelt in Kontakt treten zu lassen. Tiere vermitteln uns Wärme, spenden Trost und schenken Freude. Vor allem Hunde sind für diese Aufgabe besonders gut geeignet. Ihnen gelingt es, womit wir Menschen uns manchmal schwertun. Sie gehen unbefangen auf Menschen mit Demenz zu. Haben diese im Laufe ihres Lebens positive Erfahrungen mit Hunden gesammelt, ermöglicht diese Begegnung eine Verständigung, die auf einer tiefen emotionalen Ebene abläuft und ein Schlüssel zur Aktivierung von Ressourcen und zur Förderung von Kommunikation sein kann. Die nonverbale Ausdrucksweise von Hunden kommt der eher emotional geprägten Kommunikation von Menschen mit Demenz sehr entgegen. Hunde reagieren auf unsere Ansprache, Mimik und Gestik und verfügen selbst über ein hohes Maß an körperlichem Ausdrucksverhalten, was uns zur Kommunikation miteinander einlädt und ein bedingungsloses und unangestregtes Gefühl von Nähe vermitteln kann.

Menschen und Hunde leben eng zusammen, doch im Alter und mit einer demenziellen Veränderung können sich viele Menschen nicht mehr angemessen um das eigene Haustier kümmern. Ein Hundebesuchsdienst kann hier eine Brücke sein, um Menschen mit Demenz die Begegnung mit Hunden zu ermöglichen. Dabei sollte das Angebot Bezug nehmen auf die individuelle Lebenssituation und die biografischen Erfahrungen der Person, die besucht wird. Individuelle und bedürfnisorientierte Angebote unterstützen den Erhalt der Identität von Menschen mit Demenz.

Studien zu tiergestützten Aktivitäten belegen den positiven Einfluss auf Sozialverhalten und Emotionalität (z. B. *Wesenberg 2015*). Sie zeigen, dass der Hund als sozialer Katalysator fungieren und er das Vertrauen in menschliche Interaktionspartner stärken kann (*Kramer et al.*). Auch enge und dauerhafte Bindungen können entscheidend zum Wohlbefinden von Menschen mit Demenz beitragen (*Kitwood 2013*).

Die nachfolgenden Erfahrungen und Beobachtungen resultieren aus der Arbeit des Hundebesuchsdienstes für Menschen mit Demenz „4 Pfoten für Sie“, der seit 2009 in Köln und Umgebung tätig ist und die Besuche von ca. 80 Ehrenamtlichen und ihren Hunden koordiniert. Die Hundebesuche finden in der Häuslichkeit oder in Einrichtungen statt und sie sind ausnahmslos Einzelbetreuungen. Die Vermittlung von Mensch und Hund zu Menschen mit Demenz wird durch ein Fachteam begleitet, welches im Vorfeld die Auswahl, Eignung und Qualifizierung des Besuchsteams sicherstellt. Durch ein Erstgespräch wird die aktuelle Lebenssituation erhoben, biografische Aspekte werden erfragt und alles zusammen für eine individuelle Vermittlung im Besuchsdienst berücksichtigt.

Durch diese ganz individuelle Vermittlung von Mensch und Hund gelingt es, eine gute Passung von dem/der Ehrenamtlichen, dem Hund und dem/der Besuchten herzustellen. Wenn die Chemie zwischen allen dreien stimmt, kann von einer kontinuierlichen und tragfähigen Beziehung ausgegangen werden, die sich im Laufe der Besuche entwickelt und von der alle Beteiligten profitieren. So kann es zum Beispiel schon entscheidend sein, welche Art von Hund für den Besuch ausgewählt wird. Das kann die optischen Kriterien, wie die Größe, die Farbe und die Beschaffenheit des Fells des Hundes betreffen, aber auch seine Charaktereigenschaften, die zu den Bedürfnissen der besuchten Person und zu den Aktivitäten, die im Besuchsdienst durchgeführt werden, passen sollten.

Eine Studentin des Fachbereichs Soziale Arbeit hat im Rahmen ihres Praktikums bei „4 Pfoten für Sie“ eine Befragung von Angehörigen, gesetzlichen Betreuern und sozialen Diensten in stationären Einrichtungen zur Wirkung der tiergestützten Einsätze bei den besuchten Menschen mit Demenz durchgeführt. Insgesamt wurden 35 Personen befragt. Unter anderem sollten sie aufgrund ihrer Beobachtungen einschätzen, welche Auswirkungen der Hundekontakt auf ihre Angehörigen, Betreuten und Bewohner*innen hat. Die häufigsten Nennungen waren in den Kategorien „verbesserte Aufmerksamkeit“, „aktivierte Motorik“, „Ausdruck von Wohlbefinden“, „Zeigen von Freude“ und „aktiver verbale und nonverbale Kommunikation“ zu finden. Einige wissenschaftliche Studien in diesem Bereich und auch solche subjektiven Eindrücke und Beobachtungen des sozialen Umfeldes lassen uns davon ausgehen, dass die tierischen Besuche Menschen mit Demenz Freude bringen und ihre Ressourcen aktivieren (u. a. *Hegedusch & Hegedusch 2007; Kahlisch-Markgraf 2011 und 2020; Otterstedt 2013*).

Des Weiteren bekommen sie mit dem ehrenamtlichen Hundehalter auch einen verlässlichen und regelmäßigen menschlichen Besucher von außen, der Zeit und Empathie für sie mitbringt. Und das ist mindestens genauso wichtig. Der Hund hilft uns in der Begegnung mit Menschen mit Demenz, besser mit ihnen in Kontakt zu treten. Hundehalter haben oftmals einen Sympathiebonus, vor allem wenn das Gegenüber erlebt, dass man liebe- und respektvoll mit seinem Hund kommuniziert und auf seine Bedürfnisse Rücksicht nimmt. Das schafft Vertrauen, bei dieser Person ebenfalls „in guten Händen zu sein“.



7.2.1 Beziehung als Türöffner zur Kommunikation

Der Beziehungsaspekt, in dem auch die beiden Menschen in einer Besuchsdienstsituation mit Hund aufeinandertreffen, spielt somit eine entscheidende Rolle bei der Förderung von Kommunikation mit Menschen mit Demenz und trägt zu einem guten Gelingen dieser bei. Das zeigen auch die Ergebnisse von Schlappal (2017), die vier leitfadengestützte Interviews mit Ehrenamtlichen des Hundebesuchsdienstes geführt und diese im Rahmen einer qualitativen Analyse ausgewertet hat. Die Autorin hat dabei vorwiegend nach dem Charakter der Beziehung der Menschen im Besuchsdienst gefragt und welche Rolle die Ehrenamtlichen dabei ihrem Hund zuschreiben. Als Annahme wurde zunächst vermutet, dass der Hundebesuchsdienst langfristige, tragfähige Beziehungen zwischen den Beteiligten (Ehrenamtlichen, Mensch mit Demenz, Hund) entstehen lässt, die positive Wirkungen auf alle haben. Die Befragung hat ergeben, dass die Ehrenamtlichen in der Beziehung zu einem Menschen mit Demenz emotional involviert sind und persönlichen Gewinn aus den Besuchen ziehen. Sie haben Freude an der Freude des Gegenübers und zeigen emotionale Anteilnahme und Sorge um das Befinden der besuchten Person. Sie werden insgesamt aufmerksamer für die Bedürfnisse älterer Menschen und erweitern vor allem im Umgang mit Menschen mit Demenz ihre wertschätzende und authentische Kommunikation. Die Besuche mit dem Hund bei Menschen mit Demenz werden von den Ehrenamtlichen in der Regel als sehr sinnstiftend erlebt, was glücklich macht. Sie berichten von positiven Auswirkungen auf Sprache, Erinnerungsfähigkeit und Wohlbefinden, zum Beispiel durch das Zeigen spontaner Freude, Vorfreude, Initiative, Humor, Entspannung, die Suche und das Zulassen von Körperkontakt.

Dabei wird der eigene Hund als Ressource für Kommunikation und Aktivität gesehen, vor allem dann, wenn die sprachliche Kommunikationsfähigkeit der besuchten Person nachlässt. Hier ist der Hund oft erster Adressat des besuchten Menschen. Diese Personen sprechen ihr menschliches Gegenüber sehr viel weniger an als den Hund oder sprechen den Menschen indirekt über den Hund an. Zum Beispiel: Eine Frau mit mittelschwerer Demenz ist in fast permanentem Körperkontakt mit dem Hund. Sie sucht zwar auch den Kontakt zur menschlichen Begleiterin, angesprochen wird aber ausschließlich der Hund, den sie als „ihren Freund“ bezeichnet. In einem weiteren Beispiel spricht ein Mann, der unter starken Wortfindungsstörungen leidet, vollständige Sätze immer dann, wenn er sie an den Hund richtet. Auch werden die Hunde häufig mit verbalen Liebkosungen angesprochen. Die Befragten stellen sich die Besuche bei Menschen mit stark beeinträchtigter Sprachfähigkeit ohne Hund als weniger gewinnbringend vor. Der Körperkontakt ist eine wichtige Kategorie, wenn es um die Interaktion zwischen dem Hund und Menschen mit Demenz geht. Er steht oft im Zusammenhang mit Kategorien wie Ruhe, Entspannung sowie Lachen und Humor. Dabei sind vor allem Phasen freier Interaktion zwischen der besuchten Person und dem Hund besonders bedeutsam. Der Hund ist ein Adressat, der angesprochen wird und dessen Verhalten als Mitteilung interpretiert wird. Auch er freut sich auf die Begegnung und sucht den Kontakt zum Menschen auf seine Art. Innerhalb der Beziehung zu den Menschen zeigt der Hund soziale Kompetenzen und er wird als echter Beziehungspartner angesehen.

7.2.2 Tiergestützte Angebote für gehörlose Menschen mit Demenz

Gehörlose Menschen mit Demenz brauchen Betreuungs- und Aktivierungsangebote, die ihre kommunikativen und sozialen Bedürfnisse erfüllen sowie an ihren besonderen Wahrnehmungsbedingungen ausgerichtet sind. Die Brücke zu Emotionen und Erinnerungen über das Hören fällt weg, dementsprechend sind gemeinsame Aktivitäten wie Singen, Sprichworte und Vorlesen für gehörlose Menschen gänzlich ungeeignet. Sehr gut geeignet sind dagegen Angebote, welche die anderen Sinne ansprechen wie zum Beispiel tiergestützte Aktivitäten. Im Miteinander mit Tieren sind Hören und Sprechen nicht entscheidend. Dagegen sind Körpersprache und nonverbaler Ausdruck umso wichtiger, da hier Ressourcen genutzt werden können, über die viele gehörlose Menschen verfügen. Hilfreich für die Kommunikation zwischen Mensch und Mensch ist zudem, wenn der begleitende Mensch gebärdensprachkompetent ist und über Kenntnisse zur Biografie gehörloser Menschen im Alter verfügt.

7.2.3 Trotz und wegen aller Vorteile für uns Menschen: Der Schutz des Tierwohls ist Grundvoraussetzung für tiergestützte Angebote

Auch wenn der Einsatz von Tieren bei älteren Menschen und insbesondere bei Menschen mit Demenz viele positive Effekte hat und auch die begleitenden Menschen eine sehr sinnvolle Aufgabe durch die gemeinsame Begegnung erfahren, ist zu beachten: Eine entspannte Kommunikation untereinander und eine tragfähige Beziehung zueinander ist nur möglich, wenn auch das Wohl der eingesetzten Tiere beachtet wird. Ein Tier kann nur gut mitarbeiten, wenn seine arttypischen und seine individuellen Bedürfnisse befriedigt sind und es Spaß am Kontakt mit (anderen) Menschen hat. Der handelnde Mensch muss gute Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit dem eingesetzten Tier haben, auf Stresssignale achten und gegebenenfalls auch bereit sein, den Einsatz abzubrechen bzw. zu entscheiden, dass mit diesem Tier keine Besuche bei älteren Menschen möglich sind.

7.3 Technische Hilfsmittel als Türöffner für Kommunikation

Annika Kron

Technische Hilfsmittel sind aus unserem Alltag nicht mehr wegzudenken. Von der Waschmaschine über das elektrische Bügeleisen bis hin zum Smartphone nutzen wir technische Geräte ganz selbstverständlich und routiniert. Sie erleichtern den Alltag und ermöglichen es, in Kontakt zu bleiben. Für Menschen mit Demenz gehören technische Hilfsmittel ebenfalls zur Normalität.

Schreitet die Demenz voran, wird die Nutzung technischer Alltagsgegenstände oftmals schwieriger. Die Komplexität dieser Geräte kann für Menschen mit Demenz zu einer großen Herausforderung werden. Eine falsche oder zweckentfremdete Nutzung technischer Alltagsgegenstände kann dazu führen, dass Geräte kaputtgehen, sich Menschen mit Demenz überfordert fühlen oder gar verletzen. Deshalb besteht häufig eine grundlegende Skepsis beim Einsatz von Technik für und mit Menschen mit Demenz. Richtig eingesetzt, ermöglichen technische Hilfsmittel Menschen mit Demenz jedoch ein selbstbestimmtes Leben, Ängste abzubauen und in Beziehung zu anderen Personen zu bleiben. Dies gelingt besonders gut im Bereich der Kommunikation.

7.3.1 Kommunikation heißt, in Kontakt kommen

Im Verlauf einer demenziellen Erkrankung verändert sich die Sprachfähigkeit der Betroffenen. Dies geschieht sehr individuell. Manche Menschen vergessen einzelne Wörter, andere haben Schwierigkeiten mit komplexen Sätzen, sie verwechseln Wörter oder platzieren sie an einer unpassenden Stelle. Die non-verbale Kommunikation wird deshalb immer wichtiger und ist in manchen Fällen die einzige Möglichkeit, um sich einem Gegenüber mitzuteilen. Je weniger sich Menschen mit Demenz verstanden fühlen und je schwieriger es für sie wird, sich anderen Menschen mitzuteilen, umso mehr ziehen sie sich zurück. Verschiedene Türöffner können dann helfen, wieder in Kontakt zu treten und positive Erfahrungen in der Kommunikation mit anderen zu machen. Technische Hilfsmittel sind eine Möglichkeit von vielen, um Kommunikation anzuregen und wieder in Beziehung zueinander zu treten. Dabei kommt es auf den richtigen Einsatz an. Technische Hilfsmittel sollen nicht der Berieselung dienen, wie etwa ein ständig laufendes Radio oder ein Fernseher, sondern über die Gefühlsebene und Erinnerungen dazu animieren, Kommunikation zuzulassen und aufzubauen.

7.3.2 Smartphones, Tablets und Co.

Um frühzeitig einem sozialen Rückzug entgegenzuwirken, können verschiedene Hilfsmittel, wie

- ✔ Seniorentelefone
- ✔ Smartphones
- ✔ Tablets

helfen, die Kommunikation mit anderen Menschen aufrechtzuerhalten. Dabei geht es zunächst nicht darum, Kommunikation wieder zu fördern, wenn diese bereits deutlich erschwert ist. Vielmehr geht es darum, einen Austausch mit anderen Menschen überhaupt zu ermöglichen. Nicht alle Menschen mit Demenz leben in der Nähe ihrer Kinder oder haben ein gut funktionierendes örtliches soziales Netzwerk. Telefone und Tablets jeglicher Art ermöglichen erst einmal nur, dass Menschen mit Demenz mit anderen kommunizieren können.

Seniorentelefone

Telefone und Handys für Senior*innen haben größere Tasten und sind auf die wichtigsten Funktionen reduziert. Die Geräte sind häufig zudem an die Bedürfnisse von Menschen mit Hörgeräten angepasst. Kurzwahltasten für die wichtigsten Telefonnummern sind entweder mit großen Zahlen oder Bildern hinterlegt, was die Nutzung für Menschen mit Demenz deutlich erleichtert. Ist auf dem Telefon das Gesicht des Hausarztes oder des Sohns abgebildet, fällt es vielen Betroffenen leichter, mit den entsprechenden Personen in Kontakt zu treten. Seniorentelefone eignen sich sehr gut für Menschen, die nur wenig Interesse an der Nutzung neuer, digitaler Technik haben und lieber auf Bekanntes und Altbewährtes setzen.

Smartphones

Haben Menschen mit Demenz schon vor den ersten Symptomen einer Demenz Smartphones genutzt, bietet es sich an, bei Smartphones zu bleiben. Auch Smartphones können in Seniorenvarianten genutzt werden. Diese haben eine intuitive Benutzeroberfläche mit nur wenigen Symbolbildern, sogenannten Icons. Dadurch wird die Nutzung deutlich vereinfacht. Eine gut funktionierende Sprachassistentin erleichtert ebenfalls die Bedienung. Auf Smartphones können gängige Apps, wie Whatsapp, Signal, Zoom oder Skype usw., installiert werden, welche die Kommunikation zu Freund*innen und Familie erleichtern können. Man sollte sich aber nur für einen Anbieter entscheiden, damit sich nicht zu viele Icons auf dem

Smartphone befinden und für Menschen mit Demenz klar ist, worauf sie drücken müssen, um mit einer anderen Person Kontakt aufzunehmen. Mithilfe von Apps können Angehörige auch aus der Ferne auf Smartphones zugreifen und damit bei Problemen unterstützen. Die App asina beispielsweise, ermöglicht es Angehörigen oder anderen Unterstützungspersonen, Fotos, Termine und andere wichtige Informationen auf dem Smartphone des Betroffenen einzuspeisen und so an Termine zu erinnern.

Tablets

Tablets haben ein breiteres Spektrum an Einsatzmöglichkeiten als Seniorentelefone oder Smartphones. Dadurch, dass sie größer sind, bieten sie eine vereinfachte Möglichkeit, Videotelefonie zu nutzen oder mit unterschiedlichen Apps die eigenen sprachlichen Fähigkeiten zu trainieren. Auch ein spielerisches Gedächtnistraining ist mit Tablets möglich.

7.3.3 Technologie als Eisbrecher

Besonders Tablets können genutzt werden, um über Erinnerungen, Erfahrungen und Elemente der jeweiligen Biografie Kommunikation mit Menschen mit Demenz zu fördern. Dabei steht nicht, wie im vorherigen Beispiel, die Möglichkeit zum gemeinsamen Austausch mit anderen im Vordergrund. Es geht darum, eine Möglichkeit zu finden, das Eis zu brechen und in Kontakt zu kommen. Besonders wenn Menschen mit Demenz sich zunehmend zurückziehen, können Tablets und andere technische Geräte hilfreich sein. Mit einem kurzen Video über die Heimatregion einer Person können beispielsweise Erinnerungen geweckt werden, wodurch ein Gespräch entstehen kann. Fotos von Familienangehörigen können mit einer Lieblingsmelodie hinterlegt und gemeinsam betrachtet werden. Tablets bieten auch die Möglichkeit des Gedächtnistrainings und des gemeinsamen Spielens. Dadurch, dass sie an den Fernseher angeschlossen werden können, ermöglichen Tablets auch Menschen mit Demenz und einer Sehbeeinträchtigung die Nutzung. So können auch Bücher und Artikel aus Zeitschriften vergrößert gelesen werden.

Frau Gerber sitzt auf ihrem Sessel und schaut aus dem Fenster, als Frau Ligotti sie zu einem gemeinsamen Spaziergang abholen möchte. Frau Ligotti begrüßt Frau Gerber, die kaum reagiert. So geht es schon seit einigen Wochen. Frau Gerber spricht kaum noch und wirkt immer mehr abwesend. Frische Luft tut Frau Gerber eigentlich gut. Sie ist dann wacher und schaut sich die Bäume an. Besonders wenn ein kleiner Hund vorbeikommt, wirkt Frau Gerber wach und interessiert. Frau Ligotti hat schon versucht, einen Hund mitzubringen. Sie konnte nur leider bisher keinen geeigneten Hund finden und sie selbst hat keine Haustiere. Der Weg zum nächsten Tierheim ist zu weit. Als Frau Ligotti nicht mehr wusste, wie sie zu Frau Gerber durchdringen sollte, nahm sie kurzerhand ihr Smartphone und suchte nach einem Hundevideo. Sie fand eins mit kleinen Beagle-Welpen und zeigte es Frau Gerber, weil sie sich daran erinnerte, dass die Familie früher selbst einen Beagle hatte. Frau Gerbers Mann war Jäger und nahm den Hund stets mit in den Wald. Frau Ligotti legte Frau Gerber das Smartphone mit dem Video auf den Schoß und wartete ab. Frau Gerber schaute erst weiter aus dem Fenster. Als eins der Welpen plötzlich bellte, schaute Frau Gerber auf das Smartphone und lächelte. Sie betrachtete den Film zehn Minuten lang und war sichtlich wach und konzentriert. Frau Gerber nahm das Smartphone in die Hand und schaute genau zu, was dort geschah. Frau Ligotti war sehr gerührt und bringt seitdem ihr Tablet mit. An Regentagen schließt sie das Tablet an den Fernseher an und die beiden Frauen schauen gemeinsam Hunde-Videos. Danach gibt es einen Kaffee und manchmal eine kurze Unterhaltung über Tomy, den Beagle, den Frau Gerber früher im Haus hatte.

Herr Berg hat, solange er sich erinnern kann, die Kreuzworträtsel in der Zeitung gelöst. Auf das Rätsel am Sonntag hat er sich immer am meisten gefreut. Im Verlauf seiner demenziellen Veränderung ist ihm das Rätsel lösen immer schwerer gefallen. Als er das Sonntagsrätsel zum ersten Mal nicht mehr lösen konnte, war er sehr traurig. Herr Berg schämte sich und wollte plötzlich nicht mehr rätseln. Er zog sich immer mehr zurück. Zweimal pro Woche kommt Frau Reichert zu ihm. An diesen Tagen geht seine Frau in Ruhe einkaufen, zum Friseur usw. Frau Reichert hat erfahren, dass Herr Berg früher gerne Rätsel gelöst hat, und ihm einen Rätselblock besorgt. Den hat Herr Berg weggestoßen. Frau Reichert wollte nicht aufgeben und brachte beim nächsten Besuch ihr Tablet mit. Auf diesem hatte sie zwei Apps mit Quizfragen installiert. Während sie mit Herrn Berg einen Kaffee trank, legte sie das Tablet auf den Tisch und begann mit einem Quiz. Sie ärgerte sich etwas übertrieben, wenn sie eine Antwort nicht wusste, und fragte Herrn Berg, ob er ihr helfen kann. Herr Berg war etwas skeptisch und meinte, sie solle ihm mal eine Frage stellen, so schwer könne das ja nicht sein. Frau Reichert setzte sich neben Herrn Berg und zeigte ihm eine der Quizfragen. Herr Berg wusste die Antwort und drückte auf den richtigen Button. Eine fröhliche Melodie ertönte und das Tablet gratulierte mit Konfetti im Hintergrund zur richtigen Antwort. Herr Berg lächelte und meinte: „Na, das war doch einfach. Warum weißt du so was denn nicht? Zeig mal her. Was wollen die denn noch wissen?“ Das Eis war gebrochen. Seitdem beantworten Herr Berg und Frau Reichert 2-mal pro Woche Quizfragen und necken sich, wenn einer mal eine Frage nicht beantworten kann.

Natürlich ist es möglich ein Fotoalbum mit Bildern anzusehen und dabei eine CD laufen zu lassen. Auch gemeinsame Fragen kann man ohne ein Tablet beantworten. Technische Hilfsmittel sind nicht für jede Person gleich gut geeignet und müssen nicht eingesetzt werden, nur weil es sie gibt. Manchmal erleichtern sie aber den Zugang und ermöglichen Menschen mit Demenz die Teilnahme an Gesprächen oder anderen Aktivitäten. Herr Berg aus dem Praxisbeispiel konnte das Rätsel aus der Zeitung nicht mehr lösen, weil die Fragen sehr komplex waren und das Aufschreiben der richtigen Lösung ihn zusätzlich herausforderte. Das Drücken auf den Bildschirm mit etwas leichteren Fragen ermöglichte ihm, eine frühere Leidenschaft wieder aufleben zu lassen. Frau Ligotti hätte auch einfach Videos mit Hunden kaufen können, um diese gemeinsam anzusehen. Digitale Medien ermöglichen einen einfachen und meistens kostenlosen Zugang zu den unterschiedlichsten Materialien, wie Filmen, Musik, Spielen usw. Dadurch wird nicht nur Geld, sondern auch Zeit gespart, die den Menschen mit Demenz zugutekommt.

7.3.4 Technik im Bereich der Freizeitgestaltung

Für Menschen mit Demenz gibt es mittlerweile zahlreiche technische Freizeitangebote. Wichtig ist, sich immer die Frage zu stellen, wozu sie eingesetzt werden und welchen Nutzen Menschen mit Demenz tatsächlich vom Einsatz technischer Hilfsmittel haben. Erleben Menschen mit Demenz digitale Medien als Täuschung, wie beispielsweise Zugabteile, in denen ein Landschaftsfilm abgespielt wird, der suggerieren soll, dass sich eine Person mit Demenz auf einer Reise mit dem Zug befindet, hat dies nur selten einen positiven Aspekt. Auch das „Parken“ vor technischen Geräten, ohne dass die Inhalte Menschen mit Demenz wirklich interessieren oder anregen, ist kein adäquater Einsatz. Technische Hilfsmittel sollten beim Einsatz grundsätzlich begleitet werden. Nur so kann es zu Kommunikation und einem gemeinsamen Erleben kommen. Bei der Vielfalt an digitalen und technischen Möglichkeiten spielt das Miteinander immer eine bedeutsame Rolle und sollte stets berücksichtigt werden.

Apps für Menschen mit Demenz	Einsatzmöglichkeiten für Menschen mit Demenz
Auguste	Diese App wurde von der Alzheimergesellschaft Niedersachsen entwickelt und bietet viele unterhaltsame Spiele für Menschen mit Demenz und deren Angehörige.
NeuroNation	Ein spielerisches Gehirntraining, das man auf dem Computer oder per App nutzen kann. Es wurde mit wissenschaftlicher Unterstützung entwickelt und passt sich automatisch an die Leistungsfähigkeit der Nutzer*innen an.
Lumosity	Diese App trainiert spielerisch das Gedächtnis mit verschiedenen Schwierigkeitsgraden. Es werden eher grafische Formen und Bildfolgen anstatt Sprache genutzt.
Quizduell	Diese App ermöglicht es Menschen mit Demenz, ihr Gedächtnis zu trainieren und sich gleichzeitig mit anderen Spieler*innen zu vernetzen und gegeneinander anzutreten. Eignet sich für Menschen mit einer beginnenden Demenz.
Wortsuche	In dieser App müssen die Spieler*innen aus einer großen Anzahl an Buchstaben vorgegebene Wörter suchen und markieren.
Galgenmännchen	Mit dieser App wird das alte Kinderspiel reaktiviert. Es wird sowohl das Gedächtnis als auch die Wortfindung trainiert.

Übersicht mit Beispielen geeigneter Apps für Menschen mit Demenz

7.3.5 Technik für den (teil-)stationären Bedarf

Es gibt heute viele Produkte für Menschen mit Demenz auf dem Markt, die Kommunikation nachweislich fördern, aufgrund ihres Anschaffungspreises jedoch eher im (teil-)stationären Bereich, wie der Tagespflege, in Betreuungsgruppen oder stationären Einrichtungen, zu finden sind. Die hier beispielhaft aufgeführten Produkte lassen sich auch im häuslichen Bereich einsetzen.

1. Ichó®

Der interaktive Therapieball Ichó® wurde entwickelt, um kognitive und motorische Fähigkeiten auf spielerische Art und Weise zu fördern. Der Ball reagiert auf Berührung und Bewegung, verändert durch diese seine Farbe und auch das jeweilige Programm. Je nach individuellen Vorlieben spielt der Ball Musik, bietet die Möglichkeit zum Gedächtnistraining, erzählt Geschichten oder regt zu abwechslungsreichen Spielen an. Menschen mit Demenz werden durch die unterschiedlichen Farben des Balls sowie die vielfältige Einsetzbarkeit animiert und selbst eher zurückgezogene Personen reagieren zum Beispiel auf die Musik, die der Ball in ihren Händen spielt. Dadurch eröffnen sich neue Möglichkeiten der Kommunikation und Interaktion.

2. inmuRelax und inmuDance

Diese beiden Klangkissen sprechen verschiedene Sinne von Menschen mit Demenz an. Während das Relax-Kissen beruhigend wirkt, regt das Dance-Kissen zur Bewegung an. Die Kissen haben einen weichen Bezug und liegen leicht in der Hand. Sie reagieren mit Musik und Vibration auf Bewegungen und Berührung. Legt sich ein Mensch mit Demenz zum Beispiel das Relax-Kissen auf die Brust, ertönt eine leise Musik, die an Meditationsmusik erinnert, und es entsteht eine leichte Vibration, die sich durch den ganzen Körper bewegt. Dadurch werden Menschen mit Demenz ruhiger und entspannt, aber auch euphorisch und heiter. Die Reaktionen sind sehr unterschiedlich, aber immer ein Grund, um miteinander in Kommunikation zu treten.

3. Qwiek.up

Das Quiek.up ist ein mobiler Projektor, mit dem Bilder und Filme auf jede Wand projiziert werden können. Das Besondere ist, dass der Projektor auch Bilder an die Zimmerdecke projizieren kann und verschiedene Module entweder zur Entspannung oder Aktivierung anregen. Quiek.up ist besonders für Menschen mit Demenz geeignet, bei denen eine deutliche Bewegungseinschränkung vorhanden ist. Über den Projektor können zum Beispiel Filme gesehen werden, die einen Parkspaziergang oder einen Ausflug in einen Tierpark zeigen. Darüber hinaus kann das Produkt um Videotelefonie und eine interaktive Musiksäule namens Quiek.melody erweitert werden, die Vorbeikommende zum Zuhören und Tanzen animiert.

Es gibt noch viele weitere Produkte, wie zum Beispiel die Tovertafel, DeBeleefTV oder SilverFit Alois, die sich als Türöffner für Kommunikation mit Menschen mit Demenz eignen. Auch die Sprachbox Alexa kann im Alltag helfen, an Termine zu denken, sich die Uhrzeit ansagen zu lassen oder dazu genutzt werden, einfach nur mit jemandem zu sprechen. Bei der Auswahl der Geräte ist die Orientierung an bekannten und vielleicht bereits eingeübten Geräten hilfreich. Generell gilt jedoch: Technische Hilfsmittel ersetzen aber nie die Kommunikation und Interaktion mit einer realen Person und sollten bei all ihren positiven Effekten trotzdem nur zur Unterstützung eingesetzt werden.

7.4 Musik öffnet die Herzen von Menschen mit Demenz

Annika Kron

„Music was my first love and it will be my last. Music of the future and music of the past. To live without music would be impossible to do. In this world of troubles, my music pulls me through“ singt John Miles schon 1976 und bringt damit auf den Punkt, wie und warum Musik für Menschen mit (und ohne) Demenz so besonders ist. Musik bringt Menschen zum Lachen und zum Weinen. Sie bereitet Freude, sie tröstet, sie lässt Menschen singen, tanzen und ausgeglichen miteinander in Kontakt kommen. Musik löst aus, dass Menschen klatschen, auf Gegenständen trommeln und sich sekundenschnell verbunden fühlen. Sie ist Zeichen von gemeinsamer Solidarität, etwa bei Fangesängen oder Konzerten, und kann für eine bestimmte kulturelle Identität stehen. Deshalb eignet sich Musik hervorragend als Türöffner für die Kommunikation mit Menschen mit Demenz.

7.4.1 Musik verbindet Nervenzellen

Hören wir Musik oder musizieren wir kommt es zunächst zu einer Ausschüttung von Endorphinen, unseren körpereigenen Glückshormonen, und zu einer Verringerung des Stresshormons Cortisol. Zudem wird vermehrt der Neurotransmitter Dopamin ausgeschüttet, der eine wichtige Rolle im Belohnungssystem unseres Gehirns spielt. Das bedeutet, dass Musik das Wohlbefinden verbessert, unabhängig davon, in welcher Stimmung man sich befindet. Aber nicht nur das. Gemeinsames Musikmachen mit anderen Personen stimuliert nachweislich die Ausschüttung des Bindungshormons Oxytocin, das das Vertrauen und die Sympathie zwischen Personen fördert. All diese hirnchemischen Veränderungen blockieren Schmerzen und bauen Stress ab. Musikalische Reize sorgen darüber hinaus dafür, dass sich Nervenzellen des Gehirns neu vernetzen und die beiden Hirnhälften besser miteinander kommunizieren können. Musik ist also nicht nur Balsam für die Seele, sondern auch ein Stimulator des Gehirns. Kein Wunder also, dass Menschen mit Demenz positiv auf Musik reagieren. Selbst Betroffene, die im Alltag eher wenig sprechen und manchmal etwas abwesend wirken, zeigen körperliche Reaktionen, zum Beispiel in Form eines Lächelns, eines Fußwippen oder indem sie ein Lied spontan mitsingen. Die Ausschüttung von Endorphinen und Dopamin erfolgt auch bei Menschen mit Demenz. Musik verbessert also auch das Wohlbefinden für Menschen mit Demenz.

7.4.2 Musik weckt Erinnerungen

Annika Kron

Erinnerungen und Erfahrungen sind ein wesentlicher Bestandteil unserer Identität als Menschen. Das Gute-Nacht-Lied, das die Mutter beim Ins-Bett-bringen vorgesungen hat, Weihnachtslieder, die gemeinsam mit der Familie an Heiligabend gesungen wurden, das Lied beim ersten Tanz mit der großen Liebe oder das erste richtige Konzert: All das sind Erinnerungen, die durch Musik wachgerufen werden können. Während Menschen mit Demenz im Verlauf der Erkrankung Ereignisse, die erst vor wenigen Minuten oder Stunden geschehen sind, leicht vergessen, bleiben diese wichtigen Lebenserinnerungen lange Zeit bestehen. So sind Menschen mit Demenz, die die Verbindung zu sich selbst verloren haben und zunehmend in sich gekehrt sind, sehr häufig noch in der Lage, ein fünfstrophiges Volkslied problemlos mitzusingen. Die Erfahrung, dies noch zu können, trägt zur Erhaltung der Identität bei und stärkt das Selbstbewusstsein. Mit Musik können Emotionen wachgerufen werden. Geschieht dies mit einem Lied oder einer Melodie, erhöhen sich oftmals die Wachheit und die Verbalisierungsfähigkeit von Menschen mit Demenz. Kommunikation mit und über Musik ermöglicht in vielen Fällen kurze Gespräche über frühere Erlebnisse. Durch Musik können aber auch negative Erinnerungen wachgerufen werden. Etwa Erinnerungen an einen strengen Lehrer in der Schule, an Warnsignale im Krieg oder andere negative Ereignisse, die durch Musik begleitet wurden und für einen Menschen mit Demenz damit in Verbindung stehen. Es ist deshalb immer wichtig, sich mit der Lebensgeschichte einer Person auseinanderzusetzen. Manches ist nicht möglich, im Vorfeld herauszufinden. Reagiert eine Person mit Demenz auf eine bestimmte Melodie unruhig, aufgeregt oder gar ängstlich, sollte diese Musik erst einmal nicht mehr gespielt werden.

Als Frau Lange ein Kind war, machte sie jeden Tag einen Ausflug mit den anderen Kindern aus dem Kindergarten. Alle Kinder hielten sich an einem Seil mit Schlaufen links und rechts fest und marschierten los. 50 Kinder liefen so gemeinsam durch den Ort und in den Wald. Eine Erzieherin lief vorne und eine hinten, um den Überblick zu behalten. Nach ein paar Schritten stimmten die Erzieherinnen Wanderlieder an. Hört Frau Lange heute Lieder wie „Mein Vater war ein Wandersmann“ oder „Mädel, draußen ist es schön“, erinnert sie sich an diese Zeit und läuft fast wie von selbst mit ihrem Rollator. Dabei summt oder singt sie und sie lächelt. Es ist einfach Kontakt zu ihr herzustellen und sie zu etwas Bewegung zu animieren. Die Musik und damit die Erinnerung an das gemeinsame Spazierengehen, ermöglichen Frau Lange eine Teilhabe an vielen Aktivitäten, denn ohne den Gesang läuft Frau Lange kaum noch.

Herr Richter wuchs in Leipzig auf. Nach dem Krieg nahm er dort wie die meisten Jugendlichen Tanzstunden. Jeden Freitag ging er in ein Tanzlokal, wo er seine Frau Elisabeth kennenlernte. Die beiden tanzten jedes Wochenende zusammen und Musik spielte auch später eine wichtige Rolle in ihrem Leben. Bevor er ins Tanzlokal ging, hatte Herr Richter als Jugendlicher ein Ritual. Er nahm ein Bad, rasierte sich, trug Parfüm auf und zog sich frische Kleidung an. Dazu hörte er Radio und übte vor dem Spiegel ein paar Tanzschritte. Heute vergisst Herr Richter das Duschen und Baden oft. Hygiene ist ihm nicht mehr so wichtig. Wenn aber das Radio im Bad läuft und Frau Schneider, die ihm etwas im Alltag hilft, sagt, dass er sich noch fürs Tanzlokal frisch machen wollte, dann tanzt Herr Richter immer noch ein wenig vor dem Spiegel, wenn Frau Schneider ihm beim Waschen hilft.

7.4.3 Sicherheit durch Musik

Musik ermöglicht die Verknüpfung zwischen der Gegenwart und der Vergangenheit. Dies kann im Alltag vieles erleichtern. Wird Musik als Türöffner genutzt, kann es schnell zu einem Gefühl von Zugehörigkeit und Gemeinschaft kommen. Menschen mit Demenz machen oftmals die Erfahrung, dass ihnen zwischenmenschlicher Kontakt nicht gelingt. Durch die Musik fällt dieser Kontakt leichter, wodurch es zu einer Übereinstimmung im Erleben und Tun kommt, was Menschen mit Demenz Sicherheit gibt.

7.4.4 Rhythmus als Strukturgeber

Frau Fellweger sitzt oft am Tisch und klopft mit einer Hand auf die Holzplatte. „Bum-bumbum-bum“ macht es über viele Minuten hinweg. Manchmal wechselt sie dabei die Hand und manchmal klopft sie auch auf ihren Oberschenkel. In Gesprächen antwortet sie oft in kurzen, rhythmischen Sätzen. Sie liegt zum Beispiel im Bett und sagt zu sich selbst: „Ich lieg in meinem Bett.“, „Ich lieg in meinem Bett“. Wenn sie eine Frage nicht direkt versteht, reagiert sie häufig mit einer energischen, sich wiederholenden Gegenfrage, wie zum Beispiel „Wo ist mein Glas?“, „Wo ist mein Glas?“, „Wo ist mein Glas?“ auf die Frage, ob sie etwas trinken wolle. Frau Fellweger nutzt Rhythmus als Strukturgeber. Das taktvolle Sprechen und Klopfen gibt ihr Halt und hilft, in schwierigen Situationen zu deeskalieren. Verfällt ihre Tochter in eine rhythmische Antwort während eines Konfliktgesprächs, wird Frau Fellweger direkt ruhiger und entspannter. Auf melodische Musik reagiert sie dagegen überhaupt nicht. Das Radio stört sie und auf Singen hat sie keine Lust. Sprechgesang, Klopfen, Klatschen, einen Rhythmus mit einem Klanginstrument spielen bereiten ihr hingegen große Freude. Besonders das taktvolle Sprechen geben ihr Halt und Sicherheit. Musik kann in ganz unterschiedlicher Form als Türöffner fungieren und eingesetzt werden. Nicht alle Menschen reagieren gleich auf Melodien und Rhythmen. Für manche Menschen war Musik in ihrem bisherigen Leben gar nicht bedeutsam. In diesem Fall gibt es andere Türöffner, die genutzt werden können. Ist ein bestimmter Türöffner einmal entdeckt, zum Beispiel in Form eines bestimmten Lieds oder Rhythmus, bedeutet es nicht, dass dieser auch überdauernd wirkt. Schlüsselreize verändern sich im Laufe einer demenziellen Erkrankung. Dadurch bleibt die Suche nach einem passenden Türöffner eine fortdauernde Herausforderung und Aufgabe von pflegenden Angehörigen und anderen Betreuungspersonen.

7.4.5 Gemeinsam musizieren

Das Erlernen eines Instruments ist keine Voraussetzung für gemeinsames Musizieren. Musik ist ein dynamischer Prozess, welcher sich im Tun entwickelt. Eine Person summt eine Melodie und eine andere Person beginnt mit dem Fuß zu wippen, während andere im Raum klatschen oder zum Beispiel auf eine Trommel schlagen. Daraus entsteht ein Rhythmus, eine Melodie oder ein ganzes Lied. Durch die Schwingungen entsteht Bewegung, körperlich, geistig und emotional, wodurch das gemeinsame Musikmachen zu einem ganz natürlichen Prozess wird. Manche Menschen wehren sich zunächst gegen das Musizieren, weil sie denken, dass sie nichts mehr können, kein Instrument spielen und nichts wert sind. Durch die Dynamik der Musik beginnen aber auch diese Menschen nach einiger Zeit, ihren Körper meist unbewusst zum Takt der Musik zu bewegen.

Percussion-Instrumente eignen sich sehr gut, um Rhythmen zu erzeugen und zum Beispiel als Gruppe über die Instrumente miteinander zu kommunizieren. Denn gemeinsames Musizieren ist eine Form der Kommunikation. Innerhalb einer Gruppe entscheidet sich unbewusst und nebenbei, wer den Takt angibt, wann er geändert wird, in welcher Lautstärke gespielt wird, ob zum Rhythmus gesummt oder gesungen wird usw. Menschen mit Demenz kommen so mit anderen in Kontakt, ohne die Sprache nutzen zu müssen. Dies stärkt das Selbstbewusstsein und gibt Menschen mit (und ohne) Demenz das Gefühl, etwas bewirken zu können und Teil von etwas zu sein.

7.4.6 Praktische Tipps zur Nutzung von Musik als Türöffner

Beim Einsatz von Musik sind erst einmal wenig Grenzen gesetzt. Gemeinsames Singen, Tanzen, Bewegen zur Musik oder Musizieren sind sowohl in einer Gruppe als auch in einer Einzelbetreuung möglich. Um Musik als Türöffner einzusetzen, bedarf es keiner besonderen Ausbildung. Selbst musikaffin zu sein ist jedoch sicherlich von Vorteil. Lieder, Melodien und Rhythmen können sehr niedrigschwellig eingesetzt werden. Das Summen eines beliebten Liedes oder das gezielte Hören eines Radiosenders mit der Lieblingsmusik eines Menschen mit Demenz kann ausreichen, um in einen gemeinsamen Kontakt zu kommen. Manchen Menschen helfen Rituale, um eine Struktur in ihren Alltag zu integrieren. Das ist bei Menschen mit Demenz nicht anders. Musik eignet sich dazu sehr gut. Ein Ritual kann sein, nach dem Aufstehen das Lied „Guten Morgen, guten Morgen, guten Morgen Sonnenschein“ oder ein anderes Lied zu singen, um damit den Prozess des Aufstehens klar zu definieren. Auch in der Grundpflege können musikalische Rituale sinnvoll zu sein, um die Situation angenehmer zu gestalten und sich auf die Ressourcen des Menschen mit Demenz zu konzentrieren. Dabei muss nicht ein ganzes Lied gesungen werden, das Summen oder An-singen reicht vollkommen aus. Beim Einsatz von Musik geht es nicht darum, etwas richtig zu machen oder den Ton korrekt zu treffen. Die gemeinsame Begegnung steht stets im Vordergrund. Es tut Menschen mit Demenz sogar manchmal gut, wenn sie merken, dass ihr Gegenüber auch nicht komplett textsicher ist oder mal einen schiefen Ton anstimmt.

Radiohits für jede Generation

„Achtung, Achtung! Hier ist die Sendestelle Berlin im Vox-Haus auf Welle 400 Meter.“ Mit diesen Worten nahm der erste deutsche Radiosender am 29.10.1923 den Betrieb auf. Neben Musik wurden auch Hörspiele, Vorträge und Nachrichten gesendet. In den 1930er-Jahren wurde das Radiohören zu einer gemeinschaftlichen Aktivität, in den 1950er-Jahren gab es erste tragbare Geräte, die man mit an den See oder zu Freunden nehmen konnten und ab den 1970er-Jahren saßen Jugendliche weltweit vor dem Radio, um mit einem Tonband oder einem Kassettenrekorder ihre Lieblingslieder aufzunehmen. Das Radio und damit auch die Musik begleitete viele Generationen und ermöglichte einer breiten Masse den Zugriff auf die unterschiedlichsten Arten von Musik. Jede Generation hat Lieder, die eigentlich jeder kennt. Diese können gut als Türöffner im Alltag eingesetzt werden, zum Mitsingen, Tanzen oder um in ein Gespräch zu kommen.

Kinderlieder (1920–1939)

- ✔ Fuchs du hast die Gans gestohlen
- ✔ Suse, liebe Suse, was raschelt im Stroh
- ✔ Mein Hut, der hat drei Ecken
- ✔ Ein Männlein steht im Walde
- ✔ Hopp, hopp, hopp, Pferdchen lauf Galopp
- ✔ Hänschen klein ging allein
- ✔ Hoppe, hoppe Reiter

Schlager (1920–1939)

- ✔ Lili Marleen
- ✔ Veronika, der Lenz ist da
- ✔ Ein Freund, ein guter Freund
- ✔ Zwei Herzen im Dreivierteltakt
- ✔ Ich bin von Kopf bis Fuß auf Liebe eingestellt
- ✔ Ein Lied geht um die Welt
- ✔ Ob blond, ob braun, ich liebe alle Frauen
- ✔ Auf der Reeperbahn nachts um halb eins

Schlager (1950–1960)

- ✔ Caprifischer
- ✔ Ich brauche keine Millionen
- ✔ Ohne Krimi geht die Mimi nie ins Bett
- ✔ Schön war die Zeit
- ✔ Schuld war nur der Bossanova
- ✔ Mit 17 hat man noch Träume
- ✔ Ich will nen Cowboy als Mann
- ✔ Bella Bella Donna
- ✔ Pack die Badehose ein
- ✔ Man müsste noch mal 20 sein

Rock and Roll (1950–1960)

- ✔ It's Now or Never
- ✔ Red river rock
- ✔ See you later alligator
- ✔ Rock around the clock
- ✔ Jailhouse Rock
- ✔ Tutti Frutti
- ✔ Only You
- ✔ Roll over Beethoven



Musikalische Highlights für Menschen mit Demenz

Neben einem niedrighschwelligen Einsatz von Musik besteht die Möglichkeit, diese auch gezielt einzusetzen. Manche Menschen mit Demenz reagieren positiv auf die Resonanz und die Schwingungen von Klangschalen als Mittel zur Entspannung. Andere entspannen sich bei einem klassischen Konzert, welches auch gemeinsam besucht werden kann. Manche Orchester bieten zum Beispiel an, bei den Proben kostenlos zuzuhören. Dies ist ein wunderbares Erlebnis, was jedoch nicht den ganzen Abend dauert und so eine eventuelle Überforderung vermeidet. Hat ein Mensch mit Demenz früher im Chor gesungen, ist es möglich, dies weiterzuführen: etwa in einem speziellen Chor für Menschen mit Demenz, in Generationen-Chören oder in einem Chor für Senior*innen. Die Stimme verändert sich im Laufe des Alters. Deshalb sollte ein passender Chor gesucht werden, damit kein Leistungsdruck entsteht. Natürlich ist es auch möglich, eine Musikgruppe oder eine kleine Band zu gründen, in der Menschen mit Demenz mitspielen, wenn sie ein Instrument beherrschen.

Egal, wie Musik im Alltag von Menschen mit Demenz eingesetzt wird, das gemeinsame Tun, die Verbundenheit und das In-Kontakt-Sein stehen immer im Vordergrund. Trauen Sie sich ran! Es lohnt sich.

8. Wie geht es weiter?

Kommunikation ist etwas, was man im Alltag vermeintlich selbstverständlich tut. Dabei kann es immer wieder zu Missverständnissen und Herausforderungen kommen. Beim Lesen der Broschüre sind daher wahrscheinlich immer wieder Aspekte vorgekommen, bei denen man sich als Leser*in wiedergefunden hat. Doch fehlt im Alltag meist die Zeit, die eigene Kommunikation wirklich zu hinterfragen. Es war das Ziel dieser Broschüre, diesen Prozess bei Ihnen als Leser*in anzuregen. Die Inhalte sollen als Schlüssel fungieren, um Türen zur gelingenden Kommunikation und Interaktion mit Menschen im Alltag zu öffnen und Sensibilität dafür zu schaffen, wie eine Demenz diese Situation beeinflussen und auch verändern kann.

Je nach Kontext kann die Broschüre ein Impuls sein, Neues zu wagen und eigene Muster zu hinterfragen. Allen Leser*innen wünschen wir viel Freude beim Austesten der Tipps und beim Finden eigener Türöffner in der Kommunikation. Denn von diesen gibt es noch viel mehr und jede*r bringt aus seiner eigenen Biografie eigene Schlüssel zum Öffnen der Tür mit.

Denken Sie daran: Herausforderungen in der Kommunikation müssen Sie nicht allein bewältigen. Hierfür ist es manchmal hilfreich, einen Schritt zurückzutreten und sich selbst und das eigene Verhalten zu reflektieren. Tipps zum Weiterlesen finden Sie im umfangreichen Literaturverzeichnis. Für Fragen und Hinweise stehen Ihnen unsere Ansprechpartner*innen in den Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz in NRW zur Verfügung.

Autor*innenverzeichnis

Ramona Armbrust

Kompetenzzentrum Selbstbestimmt Leben –
Fachbereich „Sehen“

Hollestraße 1 · 45127 Essen
Telefon: 0201/43 75 57 72
Mobil: 0160/53 97 188
E-Mail: ramona.armbrust@ksl-msi-nrw.de

Friederike Arps

Projektmitarbeiterin, Gerontologin
Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz
Region Köln und das südliche Rheinland

Auf der Kaiserbitz 3 · 51147 Köln
Telefon: 02203/358 95-12
E-Mail: f.arps@alexianer.de

Nele Büchler

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Universität zu Köln – Lehrstuhl Pädagogik und
Didaktik hörgeschädigter Menschen
unter besonderer Berücksichtigung
der Gebärdensprache und ihrer Didaktik

Klosterstr. 79b · Brieffach 8 · 50931 Köln
Telefon: 0221/470-83 24
E-Mail: nele.buechler@uni-koeln.de

Dr. Gabriele Frick-Baer und Dr. Udo Baer

Baer & Frick-Baer – Bücher, Vorträge, Blogs

Schillerpromenade 8 · 12049 Berlin
E-Mail: info@baer-frick-baer.de

Anne Gelhardt

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Universität zu Köln – Lehrstuhl Pädagogik und
Didaktik hörgeschädigter Menschen
unter besonderer Berücksichtigung
der Gebärdensprache und ihrer Didaktik

Klosterstr. 79b · Brieffach 8 · 50931 Köln
Telefon: 0221/470-74 99
Fax: 0221/470-55 79
E-Mail: anne.gelhardt@uni-koeln.de

Prof. Dr. Thomas Kaul

Universität zu Köln – Lehrstuhl Pädagogik und
Didaktik hörgeschädigter Menschen
unter besonderer Berücksichtigung
der Gebärdensprache und ihrer Didaktik

Klosterstr. 79b · Brieffach 8 · 50931 Köln
Telefon: 0221/470-55 68
Fax: 0221/470-55 79
E-Mail: thomas.kaul@uni-koeln.de

Annika Kron

Dipl.-Sozialpädagogin, M.Sc.,
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Kuratorium Deutsche Altershilfe

Gürzenichstraße 25 · 50667 Köln
Telefon: 030/221 82 98-25
E-Mail: annika.kron@kda.de

Sabine Mierelmeier

Projektmitarbeiterin, Dipl. Sozialarbeiterin
Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz
Region Münsterland

Telefon: 02382/94 09 97 16
Mobil: 0179/238 11 98
E-Mail: s.mierelmeier@rb-apd.de

Kristin Reker

Kompetenzzentrum Selbstbestimmt Leben –
Fachbereich „Taubblind“

Hollestraße 1 · 45127 Essen
SMS/iMessage: 0160/849 20 34
Fax: 0201/38 43 75 33
E-Mail/Skype: kristin.reker@ksl-msi-nrw.de

Lisa Stockleben

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Universität zu Köln – Lehrstuhl Pädagogik und
Didaktik hörgeschädigter Menschen
unter besonderer Berücksichtigung
der Gebärdensprache und ihrer Didaktik

Klosterstr. 79b · Brieffach 8 · 50931 Köln
Telefon: 0221/470-83 24
E-Mail: lisa.stockleben@uni-koeln.de

Mathilde Tepper

Projektmitarbeiterin, Dipl.-Sozialarbeiterin
Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz
Region Münsterland

Telefon: 02382/94 09 97 17
Mobil: 0179/238 11 85
E-Mail: m.tepper@rb-apd.de

Änne Türke

Koordinatorin, Dipl.-Sozialarbeiterin, Altenpflegerin
Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz
für Köln und das südliche Rheinland

Auf der Kaiserbitz 3 · 51147 Köln
Telefon: 02203/358 95-10
E-Mail: a.tuerke@alexianer.de

Suzan Tütüncübasi

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Kuratorium Deutsche Altershilfe

Gürzenichstraße 25 · 50667 Köln
Telefon: 030/221 82 98-40
E-Mail: suzan.tuetuencuebasi@kda.de

Melanie Wegerhoff

Kompetenzzentrum Selbstbestimmt Leben –
Fachbereich „Taubblind“

Hollestraße 1 · 45127 Essen
Telesign: 069/900 16 03 33
SMS/iMessage: 0160/848 79 39
Fax: 0201/38 43 75 33
E-Mail/Skype: melanie.wegerhoff@ksl-msi-nrw.de

Uwe Johansson

Chefarzt Gerontopsychiatrie LWL-Klinik Dortmund

Marsbruchstr. 179 · 44287 Dortmund
Telefon: 0231/45 03 01
E-Mail: uwe.johansson@lwl.org

Bert Schulz

Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz Dortmund
Dipl.-Pädagoge, exam. Krankenpfleger

Kleppingstr. 26 · 44135 Dortmund
Telefon: 0231/502 56 94
E-Mail: bertschulz@stadtdo.de

Literaturverzeichnis

Adorján, Johanna (2021): Clemens Schick über Demenz, in: Süddeutsche Zeitung, 24.04.2021.

Arbeitsgemeinschaft Taubblinden e. V. (o. J.): INFOBLATT über das Merkzeichen „TBl“ für Menschen mit Hörsehbehinderung/Taubblindheit, Arbeitsgemeinschaft Taubblinden, online unter: http://bundesarbeitsgemeinschaft-taubblinden.de/wp-content/uploads/Infoblatt_TBl_final.pdf [letzter Zugriff am 13.07.2021].

Atkinson, Joanna/Denmark, Tanja/Marshall, Jane/Mummery, Cath & Bencie Woll (2015): Detecting Cognitive Impairment and Dementia in Deaf People: The British Sign Language Cognitive Screening Test, in: Archives of Clinical Neuropsychology, Jg. 30, Nr. 7, S. 649–711.

Baer, Udo (2007): Innenwelten der Demenz: Das SMEI-Konzept (Fachbücher therapie kreativ). 2. Aufl., Berlin: Semnos Verlag.

Baer, Udo (2017): Edition Alter & Würde, Band 1, SMEI – Sensomotorische Erlebniszentrierte Interaktion – Grundlagen und Hauptmethoden. Berlin: Semnos Verlag.

Baer, Udo/Frick-Baer, Gabriele (2020): Das große Buch der Gefühle. 4. Aufl., Weinheim: Beltz Verlag.

Baer, Udo/Frick-Baer, Gabriele (2017): Kriegserbe in der Seele: Was Kindern und Enkeln der Kriegsgeneration wirklich hilft. Weinheim: Beltz Verlag.

Baer, Udo/Schotte-Lange, Gabi (2017): Das Herz wird nicht dement: Rat für Pflegende und Angehörige. 9. Aufl., Weinheim: Beltz Verlag.

Bickel, Horst (2018): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Infoblätter. Selbsthilfe Demenz. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., online unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf [letzter Zugriff am 12.07.2021].

Bickel, Horst/Weyerer, Siegfried (2006): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Stuttgart: Kohlhammer.

BSVN – Blinden- und Sehbehindertenverband Nordrhein e.V. – (2021): Sehbehindert, hochgradig sehbehindert oder blind?, online unter: <https://www.bsv-nordrhein.de/rund-um-das-auge/a-z/wer-ist-sehbehindert-oder-blind.php> [letzter Zugriff am 14.05.2021].

Broszinsky-Schwabe, Edith (2017): Interkulturelle Kommunikation: Missverständnisse und Verständigung. 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Brünecke, Isabel/Hölsken, Stefanie & Josef Kessler (2018): Der DemTect Eye+Ear – Neues kognitives Screeningverfahren bei schwerhörigen Menschen mit Demenzverdacht, in: Zeitschrift für Audiologie, Jg. 57, Nr. 3, S. 121.

Brzoska, Patrick/Yilmaz-Aslan, Yüce & Stephan Probst (2018): Umgang mit Diversität in der Pflege und Palliativversorgung am Beispiel von Menschen mit Migrationshintergrund, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Nr. 51, S. 636–641, online unter: doi:10.1007/s00391-017-1265-8 [letzter Zugriff am 12.09.2021].

Cervinka, Renate/Schwab, Markus (2019): Natur und Demenz, in: Doris Gebhard/Eva Mir (Hrsg.), Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz: Grundlagen und Interventionen. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 195–210.

Cohen-Mansfield Jiska/Taylor, Judith W. (2004): Hearing Aid Use in Nursing Homes, Part 2: Barriers to Effective Utilization of Hearing Aids, in: Journal of the American Medical Directors Association, Jg. 5, Nr. 5, S. 289–296.

Cosh, Suzanne/Helmer, Catherine/Delcourt, Cecile/Robins, Tamara G. & Phillip J. Tully (2019): Depression in elderly patients with hearing loss: current perspectives, in: Clinical Interventions in Aging, Jg. 14, S. 1471–1480.

Cramer, Friedrich (1998): Symphonie des Lebendigen. Versuch einer allgemeinen Resonanztheorie. Berlin: Insel Verlag.

Darnstädt, Patricia (2008): Die Pflegeversicherung im Kontext neuer Steuerungsmodelle. Herausforderungen für das Qualitätsmanagement am Beispiel der stationären Versorgung von Menschen mit Demenz. Saarbrücken: VDM.

Dawes, Piers/Maslin, Michael & Kevin J. Munro (2014): 'Getting used to' hearing aids from the perspective of adult hearing-aid users, in: International Journal of Audiology, Jg. 53, Nr. 12, S. 861–870.

Deutscher Gehörlosen-Bund e.V. (o. J.): Deutsche Gebärdensprache FAQ, online unter: [https://www.gehoerlosen-bund.de/faq/deutsche%20geb%C3%A4rdensprache%20\(dgs\)](https://www.gehoerlosen-bund.de/faq/deutsche%20geb%C3%A4rdensprache%20(dgs)) [letzter Zugriff am 06.07.2021].

DGPPN & DGN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2016): S3-Leitlinie „Demenzen“, zuletzt aktualisiert am 2016, zuletzt geprüft am 12.07.2021.

Dilling, Horst/Mombour, Werner & Martin Schmidt (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Aufl., Göttingen: Hogrefe Verlag.

Feil, Naomi/De Klerk-Rubin, Vicki (2010): Validation: Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 9. Aufl., München: Ernst Reinhardt Verlag.

Folstein, Marshal F./Folstein, Susan E. & Paul R. McHugh (1975): «Mini-mental state»: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, in: Journal of psychiatric research, Jg. 12, Nr. 3, S. 189–198.

Gerich, Joachim/Fellinger, Johannes (2012): Effects of Social Networks on the Quality of Life in an Elder and Middle-Aged Deaf Community Sample, in: Journal of Deaf Studies and Deaf Education, Jg. 17, Nr. 1, S. 102–115.

Gurgel, Richard K./Ward, P. Daniel/Schwartz, Sarah/Norton, Maria. C./Foster, Norman. L. & JoAnn T. Tschanz (2014): Relationship of hearing loss and dementia: a prospective, population-based study, in: Otology & Neurotology, Jg. 35, Nr. 5, S. 775–781.

Hardy, Chris J. D./Marshall, Charles M./Golden, Hannah L./Clark, Camilla N./Mummery, Catherine J./Griffiths, Timothy D./Bamiou, Doris-Eva & Jadon D. Warren (2016): Hearing and Dementia, in: Journal of Neurology, Jg. 263, Nr. 11, S. 2339–2354.

Hegedusch, Eileen/Hegedusch, Lars (2007): Tiergestützte Therapie bei Demenz: Die gesundheitsförderliche Wirkung von Tieren auf demenziell erkrankte Menschen. Hannover: Verlag Schlütersche.

Hesse, Hermann (1992): Freude am Garten: Betrachtungen, Gedichte und Fotografien. Volker Michels (Hrsg.), 12. Aufl., Frankfurt am Main, Leipzig: Insel Verlag.

Jörgenshaus, W./Sohn, W. (2001): Schwerhörigkeit in Deutschland, in: Zeitschrift für Allgemeine Medizin, Nr. 77, S. 143–147.

Kahlisch-Markgraf, Anne (2011): Tiergestützte Therapie in Senioren- und Pflegeheimen. Ein Wegweiser mit Praxisbeispielen für Besuchshundeteams. Mürtenbach: Kynos Verlag.

Kahlisch-Markgraf, Anne (2020): Tiergestützte Interventionen für Menschen mit Demenz. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Kastner, Ulrich/Rita Löbach (2014): Handbuch Demenz. 3. Aufl., München: Urban & Fischer Verlag/ Elsevier GmbH.

Kaul, Thomas/Büchler, Nele/Gelhardt, Anne & Frank Menzel (2018): Handlungsperspektiven zur Verbesserung der Versorgungssituation gehörloser Menschen im Alter. Universität zu Köln.

Kaul, Thomas/Gelhardt, Anne/Klinner, Susanne & Frank Menzel (2009): Zur Situation gehörloser Menschen im Alter (SIGMA): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Untersuchung, Abschlussbericht. Universität zu Köln.

Kessler, Josef/Calabrese, Pasquale/Kalbe, Elke & Frank M. Berger (2000): DemTect: Ein neues Screening-Verfahren zur Unterstützung der Demenzdiagnostik, in: *Psycho*, Jg. 26, Nr. 6, S. 343–347.

Kitwood, Tom (2008): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 5. erg. Aufl., Bern: Huber.

Kitwood, Tom (2013): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 6. erg. Aufl., Bern: Huber.

Kitwood, Tom (2019): Demenz: Der personzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, in: Christian Müller-Hergl/Helen Güther (Hrsg.), 8. überarb. u. erw. Aufl., Bern: Hogrefe.

Kramer, Stephen C./Friedmann, Erika & Penny L. Bernstein (2009): Comparison of the Effect of Human Interaction, Animal-Assisted Therapy, and AIBO-Assisted Therapy on Long-Term Care Residents with Dementia, in: *Anthrozoös*, Bd. 22, Nr. 1, S. 43–57, online unter: doi:10.2752/175303708x390464 [letzter Zugriff am 12.09.2021].

Kreuer, Ulrike (2020): Gartengestaltung für Menschen mit Demenz: Ein Praxisbuch für den Alltag. Bern: Haupt.

Leontiy, Halyna/Schulz, Miklas (2020): Die Vielfältigkeit der Diversität – Eine Einführung, in: Halyna Leontiy/Miklas Schulz (Hrsg.), *Ethnographie und Diversität. Wissensproduktion an den Grenzen und die Grenzen der Wissensproduktion*. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, S. 1–22.

Leven, Regina (2018): Gehörlose und schwerhörige Menschen mit psychischen Störungen. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.

Livingston, Gill/Huntley, Jonathan/Sommerlad, Andrew/... & Naheed Mukadam (2020): Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission, in: *The Lancet*, Bd. 396, Nr. 10248, S. 413–446, online unter: doi:10.1016/S0140-6736(20)30367-6 [letzter Zugriff am 12.09.2021].

McGowin, Diana Friel/Schönberger-Klar, Gabriela (1994): Wie in einem Labyrinth – Leben mit der Alzheimer-Krankheit. München: Droemer Knaur.

Nagel, Friederike (2012): Wie wirken verbale und nonverbale Informationen zusammen? Das Paradigma von der Übermacht des Visuellen und des Nonverbalen, in: *Die Wirkung verbaler und nonverbaler Kommunikation in TV-Duellen*. S. 43–47, online unter: doi:10.1007/978-3-531-93497-6_3 [letzter Zugriff am 12.09.2021].

Otterstedt, Carola (2013): Demenz – Ein neuer Weg der Aktivierung. Tiergestützte Intervention. Hannover: Vincentz Verlag.

Rantapää, Minna/Pekkala, Seija (2016): Changes in communication of Deaf people with dementia: A thematic interview with a close family member, in: *Dementia*, Jg. 15, Nr. 5, S. 1205–1218.

Richard, Nicole/Richard, Monika & Thomas Gunzelmann (2016): Integrative Validation nach Richard: Menschen mit Demenz wertschätzend begegnen. 2. Aufl., Bollendorf: Eigenverlag Institut für Integrative Validation GbR.

Richtberg, Werner (1990): Was schwerhörig sein bedeutet. Großburgwedel: Kind.

Rogers, Carl/Stein, Brigitte (2015): Der neue Mensch (Konzepte der Humanwissenschaften). 10. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta/J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger.

Rosenberg, Marshall/Holler, Ingrid (2016): Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens. 12. Aufl., Paderborn: Junfermann Verlag.

Roth, Gerhard (1994): Das Gehirn und seine Wirklichkeit: Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen. Erstausgabe, Berlin: Suhrkamp Verlag.

Scherr, Albert (2018): Sozialisation, in: Johannes Kopp/Anja Steinbach (Hrsg.), *Grundbegriffe der Soziologie*. 12. Aufl. Wiesbaden: Springer VS, S. 409–414.

Schlappal, Babette (2017): Beziehungserleben von BesucherInnen innerhalb eines Hundebesuchsprogramms für Menschen mit Demenz, Masterarbeit im Studiengang Gerontologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

Schulz von Thun, Friedemann (2010): Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen: Allgemeine Psychologie der Kommunikation. 48. Aufl., Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.

Shulman, Kenneth I./Pushkar Gold, Dolores/Cohen, Carole A. & Carla A. Zuccherro (1993): Clock-drawing and dementia in the community: A longitudinal study, in: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 8, Nr. 6, S. 487–496.

Sommer, Lina (2012): Demenz bei gehörlosen Senioren – Aspekte der Diagnostik (1), in: *Das ZEICHEN*, Jg. 26, Nr. 91, S. 294–308.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021): Bevölkerungsstand, online unter: https://www.destatis.de/error_path/400.html?al_req_id=YOQJgsTaWzEvR16gUfdZHQAAB3w [letzter Zugriff am 27.05.2021].

Stechl, Elisabeth/Knüvener, Catarina/Lämmler, Gernot/Steinhagen-Thiessen, Elisabeth & Gabriele Brasse (2012): *Praxishandbuch Demenz. Erkennen – Verstehen – Behandeln*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Tesch-Römer, Clemens/Wahl, Hans-Werner (1996): Was es bedeutet, (nicht) hören und sehen zu können, in: Clemens Tesch-Römer/Wahl, Hans-Werner (Hrsg.), *Seh- und Höreinbußen älterer Menschen. Herausforderungen in Medizin, Psychologie und Rehabilitation*. Darmstadt: Steinkopff, S. 1–12.

Tomasello, Michael/Schröder, Jürgen (2011): *Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation*. 4. Aufl., Berlin: Suhrkamp Verlag.

Tomasello, Michael/Schröder, Jürgen (2016): *Eine Naturgeschichte der menschlichen Moral*. Berlin: Suhrkamp Verlag.

Wallesch, Claus-Werner/Förstl, Hans (2017): *Demenzen (Referenzreihe Neurologie)*. 3. unveränd. Aufl., Leipzig: Thieme.

Walter, Cornelia/Matar, Zeina (2018): *Interkulturelle Kommunikation in der Gesundheitswirtschaft. Herausforderungen, Chancen und Fallbeispiele*. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Wesenberg, Sandra (2015): *Tiergestützte Interventionen in der Demenzbetreuung*. Wiesbaden: Springer VS.

Widmann, Konrad (2010): Dement und blind: Wie kann ich mich noch orientieren?, in: *Lebenswelt Heim*, Nr. 45, S. 34–35, online unter: https://www.lebensweltheim.at/images/lwh-medien/dokumente/0507-lwh_45_dement-und-blind.pdf [letzter Zugriff am 12.09.2021].

Wirth, Wolfgang (2009): *Schwerhörigkeit – Trauma und Coping – Qualitative Untersuchung einer diagnostischen Fragestellung*. Heidelberg: Median.

Young, Alys/Ferguson-Coleman, Emma & John Keady (2014): Understanding the personhood of Deaf people with dementia: Methodological issues, in: *Journal of Aging Studies*, Bd. 31, S. 62–69, online unter: doi:10.1016/j.jaging.2014.08.006 [letzter Zugriff am 12.09.2021].

Zurek, Maggie (2012): Ein altes Telefon kann Wunder wirken, in: *Pfaffenhofener Kurier*, 27.03.2012, online unter: <https://www.donaukurier.de/lokales/pfaffenhofen/Pfaffenhofen-Ein-altes-Telefon-kann-Wunder-wirken;art600,2583001> [letzter Zugriff am 12.07.2021].

Das sind wir

Die Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz – Eine gemeinsame Initiative zur Strukturentwicklung der Landesregierung und der Träger der Pflegeversicherung NRW sind ein landesweites Netzwerk. Insgesamt arbeiten in Nordrhein-Westfalen zwölf Regionalbüros in unterschiedlicher Trägerschaft zusammen mit einer Fach- und Koordinierungsstelle.

Das wollen wir erreichen

Das Ziel ist es, gemeinsam mit Unterstützenden vor Ort die Versorgungsstrukturen für Menschen mit Pflegebedarf und für pflegende Angehörige in Nordrhein-Westfalen zu verbessern.

Das bieten wir an

Im Zentrum unserer Arbeit stehen die Information, Beratung, Begleitung, Qualifikation und Vernetzung von haupt- und ehrenamtlich engagierten Menschen und Organisationen.

Dabei konzentrieren wir uns insbesondere auf

- Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI),
- Pflegeberatung,
- Schwerpunktthemen Demenz, Migration, Behinderung, pflegende Angehörige.

Regionalbüro Niederrhein

Stadt Krefeld, Kreise Kleve, Viersen und Wesel

Hünxer Str. 380, 46537 Dinslaken

Tel.: 02064 / 477 11 55

Regionalbüro Düsseldorf

Städte Düsseldorf und Mönchengladbach, Kreis Mettmann und Rhein-Kreis Neuss

Willi-Becker-Allee 8, 40227 Düsseldorf

Tel.: 0211/89-222 28

Regionalbüro Aachen/Eifel

StädteRegion Aachen, Kreise Düren, Euskirchen und Heinsberg

Luisenstraße 35 (Luisenpassage)

52477 Alsdorf

Tel.: 02404/903 27 80

Regionalbüro Köln und das südliche Rheinland

Städte Köln, Bonn und Leverkusen, Rhein-Sieg-Kreis und Rhein-Erft-Kreis

Auf der Kaiserbitz 3, 51147 Köln

Tel.: 02203/358 95-10

Regionalbüro Münster und das westliche Münsterland

Stadt Münster, Kreise Borken, Coesfeld und Steinfurt

Achtermannstr. 11, 48143 Münster

Tel.: 0251/98 16 89-233 40

Regionalbüro Münsterland

Stadt Hamm, Kreise Warendorf und Soest

Wilhelmstr. 5, 59227 Ahlen

Tel.: 02382/94 09 97-10

Regionalbüro Ostwestfalen-Lippe

Stadt Bielefeld, Kreise Paderborn, Herford, Minden-Lübbecke, Lippe, Höxter und Gütersloh

Engelbert-Kaempfer-Str. 10, 33605 Bielefeld

Tel.: 0521 / 92 16 456

Regionalbüro Ruhr

Städte Bochum, Gelsenkirchen und Herne, Ennepe-Ruhr-Kreis und Kreis Recklinghausen

Westring 25, 44787 Bochum

Tel.: 0234/79 63 15 13

Regionalbüro Dortmund

Städte Dortmund und Hagen, Kreis Unna und Märkischer Kreis

Kleppingstraße 26, 44135 Dortmund

Tel.: 0231/50-256 94

Regionalbüro Südwestfalen

Kreise Siegen-Wittgenstein, Olpe und Hochsauerlandkreis

Eichertstraße 7, 57080 Siegen

Tel.: 0271/234 17 81 49

Regionalbüro Bergisches Land

Städte Remscheid, Wuppertal und Solingen, Oberbergischer Kreis, Rheinisch-Bergischer Kreis

Friedrichstr. 1–3, 42655 Solingen

Tel.: 0212/233 65 52

Regionalbüro Westliches Ruhrgebiet

Städte Bottrop, Duisburg, Essen, Mülheim an der Ruhr und Oberhausen

Bonhoefferstraße 21a, 47138 Duisburg

Tel.: 0203/298 20 16

Für die Zusammenarbeit vor Ort wenden Sie sich an eines der zwölf Regionalbüros.

Weitere Informationen und Kontaktdaten finden Sie unter:

www.alter-pflege-demenz-nrw.de/regionalbueros



Impressum

Herausgeber:

Fach- und Koordinierungsstelle der
Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz
*Eine gemeinsame Initiative zur Strukturentwicklung
der Landesregierung und der Träger
der Pflegeversicherung Nordrhein-Westfalen*

im Kuratorium Deutsche Altershilfe
KDA gGmbH, Regionalbüro Köln
Gürzenichstraße 25 · 50667 Köln

Tel. 030/221 82 98-27
info@rb-apd.de
www.alter-pflege-demenz-nrw.de

© 2021

Verantwortlich für die Inhalte:

Kompetenzgruppe Demenz
Weitere Informationen zur Kompetenzgruppe und
deren Ansprechpartner*innen finden Sie unter:
<https://alter-pflege-demenz-nrw.de/akteure/themen/demenz/>

Satz und Gestaltung:

M!STRAL marketing
Wilhelmstraße 15m · 57518 Betzdorf
Tel. 0 27 41/97 01 51
www.mistral-marketing.de

Informieren Sie sich weiter

Mehr Informationen zur gemeinsamen Initiative sowie den Kontakt zu den jeweiligen *Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz* und zur *Fach- und Koordinierungsstelle* finden Sie unter **www.alter-pflege-demenz-nrw.de**



Gefördert von:

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



LANDESVERBÄNDE
DER PFLEGEKASSEN

