

Bachelorarbeit

Nonverbale Kommunikation in der Pflege von Menschen mit fortgeschrittener Demenz

Eingereicht von
Hannah Edelsbrunner

Zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Nursing Science
(BScN)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Doris Eglseer, BBSch MSc

Graz, 25.03.2019

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

25.03.2019

Hannah Edelsbrunner, eh.

Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	IV
Zusammenfassung.....	V
Abstract.....	VI
1. Einleitung.....	1
1.1. Demenz.....	2
1.1.2. Formen der Demenz.....	3
1.1.3. Risikofaktoren und Prävention.....	4
1.1.4. Krankheitsverlauf.....	5
1.1.5. Therapieformen.....	7
1.1.6. Pflege von Menschen mit Demenz.....	8
1.2. Nonverbale Kommunikation.....	9
1.2.1. Formen der nonverbalen Kommunikation.....	10
1.2.2. Veränderungen der Kommunikation bei Demenz.....	11
1.3. Pflegerelevanz des Themas.....	12
1.4. Ziel und Fragestellung.....	13
2. Methode.....	14
2.3. Literaturrecherche.....	14
2.4. Limitationen und Einschlusskriterien.....	15
2.5. Auswahl der Studien.....	15
2.6. Bewertung der ausgewählten Studien.....	17
3. Ergebnisse.....	18
3.1. Charakteristika der ausgewählten Studien.....	18
3.2. Möglichkeiten nonverbaler Kommunikation.....	22
3.2.1. Grundlagen der Kommunikation mit Demenzerkrankten.....	22

3.2.2.	Mimik und Emotionen	23
3.2.3.	Gestik und Berührung	25
3.2.4.	Lautäußerungen.....	26
3.3.	Maßnahmen zur Erleichterung der nonverbalen Kommunikation.....	27
3.3.1.	Adaptive Interaktion	27
3.3.2.	Ausbildung von Pflegepersonal.....	31
3.3.3.	Kommunikationsfördernde Maßnahmen in Pflegeheimen	29
4.	Diskussion	33
4.1.	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	33
4.2.	Diskussion der Methodik	34
4.3.	Diskussion der Ergebnisse.....	34
4.4.	Stärken und Schwächen der Arbeit.....	42
5.	Schlussfolgerung	43
5.1.	Praxisempfehlung	44
5.2.	Forschungsempfehlung.....	45
6.	Literaturverzeichnis.....	46
7.	Anhang	49

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm zum Ablauf der Literaturrecherche (angelehnt nach Mohrer et al., 2011).....	16
--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchanfragen in den Datenbanken	14
Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien	19

Zusammenfassung

Hintergrund: Aufgrund des demographischen Wandels erkranken immer mehr Menschen an Demenz, die Tendenz ist steigend und somit auch der Pflegebedarf. Bei diesem Krankheitsbild spielt die Pflege eine sehr wichtige Rolle, vor allem im fortgeschrittenen Stadium sind die Patienten auf fremde Hilfe angewiesen. Dementiell erkrankte Personen sind in ihrer Kommunikationsfähigkeit häufig eingeschränkt. Daher ist es für Pflegende umso wichtiger zu wissen, welche alternativen Möglichkeiten zur Kommunikation mit dementiell erkrankten Personen angewendet werden können.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es, die Möglichkeiten nonverbaler Kommunikation zwischen Menschen mit fortgeschrittener Demenz und dem Pflegepersonal aufzuzeigen sowie Maßnahmen zur Erleichterung der nonverbalen Kommunikation darzustellen.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde in den wissenschaftlichen Datenbanken PubMed und CINAHL sowie in Google Scholar ein Literaturreview durchgeführt. Es wurde nach Publikationen gesucht, die sich mit der nonverbalen Kommunikation dementiell erkrankter Personen befassen. Nach Beurteilung der Studien nach dem Bewertungsbogen von Hawker et al. (2002) konnten acht Studien zur Ergebnisdarstellung herangezogen werden.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der acht Studien zeigen die Komplexität der nonverbalen Kommunikation mit Demenzkranken auf. Möglichkeiten nonverbaler Kommunikation sind beispielsweise Blickkontakt, Gestik, Berührung, Mimik und Lautäußerungen. Des Weiteren werden spezielle Maßnahmen der Kommunikationsförderung für Pflegeheimbewohner sowie die Ausbildung von Pflegepersonal thematisiert.

Schlussfolgerung: Durch die Ergebnisse wurde ersichtlich, dass Menschen, die sich nicht mehr verbal äußern können, versuchen sich anderswertig auszudrücken. Dabei ist es für das Pflegepersonal wichtig, diese nonverbalen Ausdrucksmöglichkeiten wahrzunehmen und individuell auf jeden Patienten einzugehen.

Schlüsselwörter: Fortgeschrittene Demenz, nonverbale Kommunikation, Pflegeinterventionen

Abstract

Background: Due to the demographic change of the population, more and more people suffer from dementia. The tendency is rising and thus also the need for care. For persons suffering from dementia nursing care plays a very important role. Especially in advanced stages, patients are dependent on help from others. Dementia often leads to a limited ability to communicate. Therefore, it is important for nurses to know which alternative ways of communication with persons with dementia can be used.

Aim: The aim of this bachelor thesis is to summarize possibilities of nonverbal communication between people with advanced dementia and caregivers as well as measures to facilitate nonverbal communication.

Method: To answer the research question a literature review was carried out in the scientific databases PubMed, CINAHL and in Google Scholar. It was searched for publications which included persons with dementia and dealt with nonverbal communication. The included studies were evaluated critically based on the evaluation sheet of Hawker et al. (2002). After that, eight studies could be included and used to present the results.

Results: The results of the eight included studies show the complexity of nonverbal communication with dementia patients. The possibilities of nonverbal communication include eye contact, gestures, touch, facial expressions and vocalisations. In addition, group interventions, special measures for nursing home residents and the training of nursing staff are discussed.

Conclusion: The results showed that people who are no longer able to communicate verbally try to express themselves in a different way. It is important for the nursing staff to perceive these nonverbal expressions and to respond individually to each patient.

Keywords: advanced dementia, nonverbal communication, nursing interventions

1. Einleitung

Die demografische Situation hat sich in den letzten Jahrzehnten in Österreich deutlich verändert. Die Bevölkerung wird zunehmend älter, während auch die Lebenserwartung immer weiter ansteigt. Durch diesen Wachstum der alternden Bevölkerung steigt die Zahl der chronischen Erkrankungen und somit auch der Pflegebedarf (Höfler et al. 2015).

Zu einer der häufigsten Erkrankungen im Alter zählt die Demenz. In Europa sind ungefähr 7,1 Millionen Menschen von Demenz betroffen, diese Zahl wird sich laut Schätzungen in den nächsten 50 Jahren auf 16,9 Millionen, das wäre mehr als die Hälfte, erhöhen. In Österreich leiden rund 130.000 Menschen an einer demenziellen Erkrankung. Es wird davon ausgegangen, dass sich diese Anzahl bis zum Jahr 2050 verdoppelt (Höfler et al. 2015). Dadurch, dass die Menschen immer älter werden und die Lebenserwartung steigt, kommt es zu mehr Neuerkrankungen als zu Sterbefällen unter den Demenzkranken. Aufgrund dessen nimmt die Anzahl der Demenzkranken beständig zu (Bickel 2016).

Demenzerkrankungen sind meist irreversibel und können die verbleibende Lebenserwartung verkürzen. Die Dauer der Erkrankung kann jedoch nicht genau bestimmt werden, da die Demenz von Mensch zu Mensch anders verläuft und davon abhängt, in welchem Lebensalter eine demenzielle Erkrankung auftritt. Europäischen Studien zufolge beträgt die mittlere Lebenserwartung mit einer Demenzerkrankung 3 – 6 Jahre (Bickel 2016).

Da es sich bei der Demenz um eine unheilbare Krankheit handelt, sind die Betroffenen bis ans Lebensende auf ein hohes Ausmaß an Pflege und Unterstützung angewiesen. Die meisten Menschen äußern den Wunsch, bei bestehender demenzieller Erkrankung zu Hause gepflegt zu werden. Untersuchungen zufolge leben tatsächlich nur 15 – 20 Prozent der Demenzkranken in stationären Einrichtungen. Bis dato zeigten die Angehörigen eine hohe Bereitschaft die Pflege der Demenzerkrankten zu übernehmen. In Zukunft wird dieser Einsatz vor allem durch die mangelnde Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und informeller Pflege abnehmen. Durch diese Entwicklung tritt die Gewährleistung von Pflege und Betreuung in den Fokus der Demenzversorgung (Höfler et al. 2015).

1.1. Demenz

In der Literatur gibt es zahlreiche Definitionen von Demenz. In dieser Arbeit wird die Demenz nach der allgemein anerkannten internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wie folgt definiert.

„Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen (ICD-10-GM 2018).“

Die Demenz ist ein Überbegriff für viele Erkrankungen. Derzeit sind rund 50 Krankheiten bekannt, die zu einer demenziellen Erkrankung führen können (Gleichweit & Rossa 2009). Die häufigsten Ursachen aller Demenzerkrankungen sind neurodegenerative Störungen des Gehirns. Dabei sterben allmählich die Nervenzellen ab, die jedoch nicht wieder neu generiert werden können. Der Grund für dieses Absterben der Zellen ist noch teilweise unbekannt. Aus der Literatur geht jedoch hervor, dass die Demenz durch eine Schädigung der Hirnrinde, durch eine Störung der Verbindungsbahnen im Gehirn oder durch fehlerhaft verarbeitete Eiweißbestandteile, die sich an den Nervenzellen anlagern und diese schädigen, entsteht. Am zweithäufigsten führen Erkrankungen der Blutgefäße zu einer demenziellen Erkrankung. Weitere, jedoch weitaus seltenere Ursachen können neurologische Erkrankungen, Infektionen, Tumore, Vitamin- und Hormonmangelzustände oder Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes sein (Kurz et al. 2017).

1.1.2. Formen der Demenz

Es gibt unterschiedliche Formen der Demenz, generell werden jedoch die primäre und die sekundäre Demenz voneinander unterschieden. Primäre Demenzen entstehen durch eine Schädigung des Hirngewebes, während die sekundären Demenzen durch Erkrankungen, die nicht im Gehirn selbst ausgelöst wurden, entstehen. Eine sekundäre Demenz wird beispielsweise durch Medikamente, Schädel-Hirn-Traumen oder Alkohol ausgelöst (Gleichweit et al. 2009).

Im Folgenden werden die häufigsten Formen der Demenz beschrieben.

Alzheimer-Demenz:

Die häufigste Form der Demenz ist die Alzheimer-Demenz. Sie wird als eine chronisch degenerative unheilbare Krankheit beschrieben, verläuft progressiv und führt letztendlich zum Tod. Typischerweise beginnt die Erkrankung mit einer Störung der Emotionen, im weiteren Verlauf besteht Verlust von Merkfähigkeit, Urteilsvermögen, Orientierung, Kommunikation und motorischen Fähigkeiten. Häufig treten dabei Persönlichkeitsveränderungen, sowie Angst-, Erregungszustände oder Paranoia auf. Die Erkrankten reagieren oft mit Gewalt, was die Pflege bei Alzheimer-Demenz enorm belastet (Gleichweit et al. 2009).

Vaskuläre Demenz:

Am zweithäufigsten kommt die vaskuläre Demenz vor. Dabei treten Veränderungen der hirnversorgenden Blutgefäße auf. Diese Veränderungen können sich durch Bluthochdruck, Diabetes Mellitus, Fettstoffwechselstörungen (Erhöhte Blutfette wie Cholesterin) und Rauchen durch eine Verengung der Gefäße zeigen. Teile des Gehirns können dadurch nicht mehr ausreichend durchblutet werden und es kommt zu Defekten des Hirngewebes und Schädigung der Nervenzellen (Kurz et al. 2017). Die Symptome unterscheiden sich je nach Lokalisation der Gehirnschädigung. Häufig kommen jedoch kognitive, motorische und sprachliche Störungen, sowie Amnesien, Apraxien und Ungeschicklichkeit vor (Gleichweit et al. 2009).

Lewy-Körperchen-Demenz:

Bei der Lewy-Körperchen-Krankheit wird der Verlust der Nervenzellen durch Zusammenballen der Einschlusskörper hervorgerufen. Diese Einschlusskörper werden Lewy-Körper genannt. Die Nervenzellen, vor allem der Großhirnrinde, werden zerstört und somit die Bildung des Botenstoffes Dopamin beeinträchtigt.

Daraus resultieren in erster Linie Bewegungseinschränkungen, zu denen Steifheit der Gliedmaßen, unsichere Körperhaltung und verlangsamte Bewegungsabläufe gezählt werden. Aber auch kognitive Störungen wie Nachlassen der Aufmerksamkeit, des Denkvermögens oder optische Sinnestäuschungen treten bei der Lewy-Körperchen-Demenz auf (Kurz et al. 2017).

Frontotemporale Demenz:

Unter einer frontotemporalen Demenz werden Ausfälle in den Nervenzellen im Stirn- und Schläfenlappen verstanden. Die Symptome hängen von dem betroffenen Abschnitt des Gehirns ab. Es können jedoch drei Formen der Symptome beschrieben werden:

- Verhaltensvariante: Es bestehen Veränderungen der Persönlichkeit und des Sozialverhaltens. Die Betroffenen verlieren die Empathie, halten soziale Umgangsformen nicht ein und nehmen keine Rücksicht auf andere.
- Nicht-flüssige progrediente Aphasie: Einschränkungen der sprachlichen Ausdrucksweise äußern sich durch Wortfindungsstörungen, fehlerhafter Grammatik und falscher Aussprache. Die kognitiven Fähigkeiten bleiben jedoch über Jahre erhalten.
- Semantische Demenz: Durch Einschränkungen des Sprachverständnisses verlieren die Betroffenen das Wissen über die Bedeutung von Wörtern, die Fähigkeit der korrekten Aussprache und Grammatik bleibt jedoch erhalten (Kurz et al. 2017).

1.1.3. Risikofaktoren und Prävention

Es werden drei Hauptrisikofaktoren für die Entstehung einer Demenz beschrieben. Einer der wichtigsten Risikofaktoren ist das Alter. Je höher das Alter, desto eher steigt die Wahrscheinlichkeit für eine demenzielle Erkrankung. Auch das Geschlecht kann als Risikofaktor bezeichnet werden. Demnach erkranken Frauen allgemein häufiger an einer demenziellen Erkrankung als Männer. Ein weiterer Risikofaktor sind genetische Ursachen, denen jedoch nur eine kleine Anzahl an Demenzen zuzuschreiben ist (Gleichweit et al. 2009).

Durch die Prävention kann das Ausbrechen der Erkrankung verzögert oder gar verhindert werden. Dazu zählen Vorsorgeuntersuchungen bei denen der Blutdruck,

Blutzucker und Cholesterinwert kontrolliert werden um vaskuläre Risikofaktoren auszuschließen. Des Weiteren solle bereits die Schulbildung als Prävention bezeichnet werden, da besser Gebildete ein niedrigeres Demenzrisiko aufweisen. Auch der Beruf kann sich auf eine demenzielle Erkrankung auswirken. Die Wahrscheinlichkeit bei einer vorwiegend körperlichen Arbeit an Demenz zu erkranken sei demnach häufiger als bei Menschen, die einer geistigen Arbeit nachgehen. Auch das soziale Networking kann einen Risikofaktor darstellen, denn bei Menschen, die alleine leben oder wenig soziale Kontakte pflegen, steigt das Demenzrisiko um rund 60 Prozent. Weitere Risikofaktoren können Rauchen, Alkohol, Hormonsubstitution oder Medikamente sein (Gleichweit et al. 2009).

1.1.4. Krankheitsverlauf

Es gibt verschiedene Möglichkeiten den Schweregrad einer demenziellen Erkrankung einzuteilen. Die am häufigsten verbreitete Einteilung erfolgt durch drei Stufen: leichte, mittlere und schwere Demenz. Diese Einteilung gilt jedoch nur als Richtlinie und ist nicht allgemein auf jeden Patienten anwendbar. Die Demenz kann je nach Fall und Erkrankung individuell verschieden verlaufen (Gleichweit et al. 2009).

Um die Demenz in die drei Stadien einteilen zu können, kann ein Test angewendet werden, wie zum Beispiel die Mini-Mental-State-Examination (MMSE). Dabei werden zu folgenden Bereichen insgesamt 30 Fragen gestellt: Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Konzentration, Sprache, Benennen und konstruktive Fähigkeiten. Die Höchstpunktezahl die erreicht werden kann, sind 30 Punkte. Je weniger Punkte erreicht werden, desto fortgeschrittener ist die demenzielle Erkrankung. Bei der leichten Demenz werden 21 – 26 Punkte, bei der mittleren Demenz 12 – 20 Punkte und bei der schweren Demenz 0 – 11 Punkte erreicht (Höfler et al. 2015).

Leichte Demenz:

Am Beginn der Erkrankung sind die Betroffenen in sozialen Aktivitäten leicht eingeschränkt und können Gesprächen immer schwerer folgen. Die Lebensführung lässt sich noch im Großen und Ganzen unabhängig gestalten, häufiger können

jedoch Fehlhandlungen im Haushalt bei komplexeren Aufgaben auftreten (Gleichweit et al. 2009).

Mittlere Demenz:

In der zweiten Phase der Erkrankung wird es immer schwieriger im Alltag selbstständig zurechtzukommen. Einfache Abläufe wie die Auswahl der Kleidungsstücke oder Körperpflege können nicht mehr ohne Probleme bewältigt werden. Es treten vermehrt Orientierungsstörungen und psychische Anzeichen wie Angst, Unruhe, Ratlosigkeit und wahnhaftes Erleben auf. Bei Versuch, die Fehler des Erkrankten anzusprechen oder auszubessern treten häufig aggressive Reaktionen auf (Gleichweit et al. 2009).

Schwere Demenz:

In der letzten Phase der Demenz ist die Selbstständigkeit enorm beeinträchtigt. Die Betroffenen benötigen eine konstante Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Die motorischen Funktionen nehmen immer mehr ab bis hin zur Bettlägerigkeit. Körperfunktionen wie Schlucken und Ausscheidung sind zunehmend erschwert und können zu einer verminderten Nahrungsaufnahme und Inkontinenz führen. Die Kommunikation ist schwer beeinträchtigt, es treten Sprachstörungen und im weiteren Verlauf völliger Verlust der verbalen Kommunikation auf (Gleichweit et al. 2009).

Des Weiteren beschrieb Barry Reisberg die Global Deterioration Scale (GDS), in welcher 7 Phasen der Demenz aufgezeigt werden. Dabei wird der Fokus auf die Fähigkeiten des Demenzkranken gelegt und deren Abbau im Laufe der Erkrankung beschrieben (Reisberg et al. 1982).

- 1. Keine kognitive Einschränkung:** Die Patienten weisen keinen Gedächtnisverlust auf.
- 2. Sehr leichte kognitive Einschränkung:** In dieser Phase ist die Merkfähigkeit beeinträchtigt, Betroffene verlegen Gegenstände oder vergessen Namen.
- 3. Leichte kognitive Einschränkung:** Die Konzentrationsfähigkeit, räumliche Orientierung und die Arbeitsleistung sind eingeschränkt.

- 4. Mittlere kognitive Einschränkung:** Komplexe Handlungen können nicht mehr effizient selbstständig durchgeführt werden. Auch Erinnerungen an persönliche Ereignisse können eingeschränkt sein, die erkrankte Person leidet oft psychisch am Verlust der kognitiven Fähigkeiten.
- 5. Mittelschwere kognitive Einschränkung:** Diese Phase wird auch als „frühe Demenz“ bezeichnet. Die Person benötigt bereits Hilfe im alltäglichen Leben, wie beispielsweise bei der Auswahl der Kleidung. Die zeitliche Orientierung ist eingeschränkt und auch die eigene Adresse oder Telefonnummer kann nicht mehr korrekt wiedergegeben werden.
- 6. Schwere kognitive Einschränkung:** Die Namen von nahestehenden Angehörigen und Ereignisse im eigenen Leben werden vergessen. Betroffene benötigen zunehmend Hilfe bei der Bewältigung von Aktivitäten des täglichen Lebens. Auch persönliche und emotionale Veränderungen lassen sich in dieser Phase erkennen.
- 7. Sehr schwere kognitive Einschränkung:** In der letzten und fortgeschrittenen Phase der Demenz gehen alle verbalen Fähigkeiten verloren. Die Gehfähigkeit, das Essen und die Kontinenz sind beeinträchtigt. Das Gehirn ist nicht mehr in der Lage dem Körper Befehle zu geben (Reisberg et al. 1982).

1.1.5. Therapieformen

Die Therapiemaßnahmen bei demenziellen Erkrankungen umfassen ein weites Spektrum. Trotz jahrzehntelanger Forschung konnte kein Medikament zur Heilung der Demenz entwickelt werden, jedoch bestehen durch heutiges Wissen Interventionen, mit denen der Krankheitsverlauf verlangsamt und die Lebensqualität verbessert werden kann (Höfler et al. 2015).

In erster Linie soll darauf geachtet werden, dass die Patienten keine Schmerzen erleiden, genug Nahrung und Flüssigkeit zu sich nehmen und Bewegungseinschränkungen durch regelmäßige Übungen vorzubeugen oder zu behandeln. Des Weiteren müssen mögliche Ursachen der Demenz wie Infektionen des Gehirns, Vitaminmangelzustände oder operable Tumore behandelt werden (Kurz et al. 2017).

Medikamentöse Behandlung von Demenz:

Medikamente zur Aufrechterhaltung von kognitiven Leistungen und Alltagsfähigkeiten verbessern die Signalübertragung zwischen den Nervenzellen und werden bei leichter bis mittlerer Demenz verschrieben. Dabei können die kognitiven Leistungen bis zu einem Jahr und die Alltagsfähigkeiten für einige Monate beibehalten werden. Um die Verhaltensstörungen, die im Laufe einer Demenz auftreten können zu therapieren, werden Neuroleptika oder Antidepressiva eingesetzt. Diese Medikamente bringen jedoch eine Menge von Nebenwirkungen mit sich und sollten deshalb mit Vorsicht gehandhabt werden (Kurz et al. 2017).

Nicht-medikamentöse Behandlung von Demenz:

Für nicht-medikamentöse Maßnahmen gibt es eine Vielzahl an Möglichkeiten. Von Hirnleistungstraining, Aufrechterhaltung der Alltagsfähigkeiten durch Ergotherapie, Förderung der körperlichen Leistungsfähigkeit durch Physiotherapie, Verhaltenstherapie, Erinnerungstherapie bis hin zur Musiktherapie gibt es ein weites Spektrum, um die Lebensqualität der Erkrankten zu verbessern. Ein wichtiger Bestandteil der nicht-medikamentösen Behandlung ist auch die Unterstützung und Entlastung der Angehörigen (Kurz et al. 2017).

1.1.6. Pflege von Menschen mit Demenz

Je nach Stadium der Demenzerkrankung ist die Lebensführung und Selbstständigkeit der Betroffenen unterschiedlich beeinträchtigt. Daraus lässt sich auch die benötigte Pflege und Unterstützung ableiten. Bei der leichten Demenz ist eine Hilfestellung durch Außenstehende nur bedingt nötig. Menschen, die sich in der mittelgradigen Demenz befinden, benötigen bereits Hilfe für eine selbstständige Lebensführung, sie müssen jedoch nicht zwingend über den ganzen Tag betreut werden. Eine kontinuierliche Betreuung und Hilfestellung in allen Lebensaktivitäten wird bei der schweren Demenz notwendig (Gleichweit et al. 2009).

Zurzeit werden ungefähr 80 Prozent der Demenzkranken zu Hause durch Angehörige gepflegt. Die Betreuung einer an Demenz erkrankten Person durch Familienmitglieder beschränkt sich nicht nur auf die pflegerische Grundversorgung sondern bedeutet auch die Begleitung des/der Pflegebedürftigen in allen Bereichen des Lebens (Höfler et al. 2015).

Eine weitere Möglichkeit, eine Demenzerkrankte/einen Demenzerkrankten zu betreuen, ist beispielsweise ein Besuchsdienst. Dabei besuchen freiwillig Engagierte die Erkrankten zu Hause oder in Betreuungseinrichtungen und beschäftigen sie mit diversen Aktivitäten. Im fortgeschrittenen Stadium kann eine 24-Stunden-Betreuung eingesetzt werden, welche bei der Haushalts- und der Lebensführung unterstützt. Auch eine mobile Personenbetreuung oder ein Hospizdienst werden in Österreich angeboten (Höfler et al. 2015). Wenn die Betreuung im häuslichen Umfeld nicht mehr möglich ist, können Tageszentren, Rehabilitationszentren oder Langzeiteinrichtungen wie Wohn- und Pflegeheime in Anspruch genommen werden (Gleichweit et al. 2009).

1.2. Nonverbale Kommunikation

Die nonverbale Kommunikation wird als Kommunikationsverhalten ohne linguistischen Inhalt definiert, das bedeutet, dass Informationen ohne Worte an das Gegenüber gesendet werden (Mast & Cousin 2013). Das nonverbale Verhalten wird typischerweise durch den Körper geäußert. Darunter versteht man Gesichtsausdrücke wie Lächeln oder Stirnrunzeln, Körperhaltung oder Gesten wie „Daumen hoch“, Nicken oder Händeschütteln. Dazu zählt auch die Lautstärke, Höhe und Geschwindigkeit des Gesprochenen. Die nonverbale Kommunikation erfüllt somit viele verschiedene Zwecke wie die Koordination der Sprache, zwischenmenschliche Interaktionen, das Ausdrücken von Emotionen und Vermittlung der Körperhaltung (Mast et al. 2013).

Bei der nonverbalen Kommunikation werden unterschiedliche Funktionen unterschieden:

- Die Äußerung von Emotionen geschieht hauptsächlich durch Gesicht, Stimme und Körper.
- Die Mitteilung von Einstellungen zu einer Person wird durch Nähe, Tonfall, Berührung oder Blickverhalten geäußert.
- Die Begleitung von sprachlichen Äußerungen wird beispielsweise als Kopfnicken, Blickkontakt oder Lautäußerungen während dem Gespräch verstanden.
- Die Selbstdarstellung wird durch das eigene Aussehen oder auch durch die Stimme nach außen getragen.

- Auch Rituale wie Händeschütteln bei Begrüßungen sind Zeichen einer nonverbalen Kommunikation (Argyle 2013).

1.2.1. Formen der nonverbalen Kommunikation

Bei jeder Begegnung zwischen zwei Menschen werden, auch trotz verbaler Kommunikation, ununterbrochen nonverbale Körpersignale gesendet. Dabei können 9 Formen der nonverbalen Kommunikation beschrieben werden.

Gestik: Sprechen und gestisches Verhalten beeinflussen sich gegenseitig, Aussagen können somit verstärkt oder abgeschwächt werden. Für Menschen, denen es schwer fällt dem Gesprochenen zu folgen, können Gesten das Verständnis erleichtern (Steinmetz 2006).

Mimik: Das Gesicht bildet einen wesentlichen Bestandteil der Kommunikation. Aufgrund der komplexen Muskulatur ist eine Vielzahl an Gesichtsausdrücken möglich. Durch die Mimik werden hauptsächlich Emotionen ausgedrückt. Bei Menschen, die ihre Emotionen nicht mehr verbal ausdrücken können, kann die Mimik Aufschluss darüber geben. Aber auch wenn keine Regung des Gesichtes mehr möglich ist, bedeutet dies nicht, dass keine Empfindungen gespürt werden (Steinmetz 2006).

Blickkontakt: Die Augen sind in der Kommunikation nicht wegzudenken, denn durch das gegenseitige Anschauen entwickelt sich eine bestimmte Beziehung zwischen zwei Menschen. Wenn eine Gesprächspartnerin/ein Gesprächspartner nicht zu sehen ist, wird die Kommunikation dadurch erschwert. Bei Personen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit ist der Blickkontakt umso wichtiger, denn somit wird eine Art von Sicherheit übermittelt (Steinmetz 2006).

Geruch: Gerüche können sich je nach empfinden positiv oder negativ auf die Kommunikation auswirken. Ein unangenehmer Geruch kann somit eine Beeinträchtigung des Gespräches darstellen. Erkrankte Menschen nehmen Gerüche oft intensiver wahr (Steinmetz 2006).

Körperhaltung: Die Körperhaltung beschreibt den Zustand des Körpers eines Menschen, wie beispielsweise sitzen, stehen, liegen oder gehen. Ein Wechsel der Körperhaltung strukturiert die Kommunikation und gibt Auskunft darüber, wie eine Person zur anderen eingestellt ist (Steinmetz 2006).

Nähe-Distanz-Verhalten: Dabei versteht man den Abstand zwischen zwei Gesprächspartnern und die Richtung in welcher sie sich zuwenden. Jeder Mensch verfügt über ein Maß an Nähe, die akzeptiert wird. Tritt ein Mensch dem anderen zu Nahe, können Anspannung oder gar Aggression die Folge sein (Steinmetz 2006).

Berührung: Durch die Berührung wird ein persönlicher Kontakt zwischen zwei Menschen hergestellt. Dabei ist es wichtig, die Person anzusprechen, bevor sie berührt wird, damit sie sich auf die Nähe einstellen kann (Steinmetz 2006).

Körperspannung: Die Körperspannung wird als eine Verbindung zwischen Emotionen und der Körpersprache beschrieben. Bei Unbehagen oder Angst wird die Muskelspannung eher auftreten, als wenn sich die Person wohlfühlt (Steinmetz 2006).

Atmung: Die Form Atmung hängt eng mit dem körperlichen und seelischen Befinden einer Person zusammen. So wird die Atmung beispielsweise bei Aufregung flach und bei Entspannung langsam und tief (Steinmetz 2006).

1.2.2. Veränderungen der Kommunikation bei Demenz

Im Laufe einer demenziellen Erkrankung erleben die Betroffenen ein weites Spektrum der Abnahme von vielen Fähigkeiten. Die beeinträchtigte verbale Kommunikation ist ein bedeutendes Merkmal der fortgeschrittenen Demenz (Samuelsson & Hydén 2011).

Es können verschiedene Kommunikationsprobleme auftreten, diese hängen vor allem mit dem Demenztyp und dem Stadium zusammen. Es werden Wortfindungsstörungen, falsches Einsetzen der Grammatik und beeinträchtigte Bildung eines pragmatisch korrekten Satzes beschrieben. Die Sprachprobleme beziehen sich auf eine kognitive Beeinträchtigung, besonders des semantischen und episodischen Gedächtnisses. Das semantische Gedächtnis verfügt über das Weltwissen eines Menschen und beinhaltet unter anderem das Wissen über Bedeutung von Wörtern, Begriffen und Zusammenhänge, während das episodische Gedächtnis die persönlichen Erinnerungen trägt (Samuelsson et al. 2011).

In fortgeschrittenen Stadien werden die Patienten oft stumm, wiederholen mehrmals Wörter oder Sätze oder sprechen vorgesagte Wörter nach, die jedoch meistens keinen zusammenhängenden Sinn ergeben. Des Weiteren können Betroffene auch

abnormale lachartige Laute oder andere Geräusche von sich geben, welche automatisch anstatt von Sprache entstehen (Samuelsson et al. 2011).

Im Folgenden wird die Abnahme der verbalen Fähigkeiten in Bezug auf die Formen der Demenz zusammengefasst (Currie 2018):

Alzheimer-Demenz: Dabei treten Schwierigkeiten der Wortfindung, Benennen von Objekten und führen von fließenden Gesprächen auf. Im weiteren Verlauf kommen Verständnisprobleme von Gesprächsinhalten vor.

Vaskuläre Demenz: Die Veränderungen der Kommunikation ähneln sich mit der Alzheimer-Demenz, jedoch kann zusätzlich undeutliches Sprechen vorkommen.

Lewy-Körperchen-Demenz: Auch bei dieser Form der Demenz ähneln sich die sprachlichen Symptome die der Alzheimer-Demenz. Hinzu kommen eine langsame undeutliche und abgehackte Sprache, sowie eine leise Stimme.

Frontotemporale Demenz: Die Einschränkungen der Sprache variieren je nach Typ und Lokalisation. Häufig sind langsame und zögerliche Sprache, grammatikalische Fehler und eingeschränktes Vokabular (Currie 2018).

1.3. Pflegerelevanz des Themas

Bei Menschen mit Demenz nimmt die verbale Kommunikationsfähigkeit im Laufe der Erkrankung immer weiter ab. Für die Pflegenden, ob beruflich oder privat, treten häufig Verständigungsprobleme auf, welche die Betreuung enorm beeinträchtigen können (Powell 2000). Vor allem in der fortgeschrittenen Demenz wird es immer schwieriger, den Äußerungen der Demenzerkrankten zu folgen und somit auf ihre Bedürfnisse einzugehen (Asplund 1991). Wenn die verbale Kommunikation zwischen den Pflegenden und der Patientin/dem Patienten versagt, treten dabei oft Missverständnisse auf. Daraus resultiert, dass sich die/der Erkrankte ausgeschlossen fühlt, immer mehr zurückzieht und frustriert wird. Auch wichtige Signale wie Ängste, Schmerzen oder seelische Bedürfnisse können oft nicht erkannt werden. Wie jede/jeder andere, haben auch Demenzerkrankte ein Recht auf Kommunikation, daher ist das Wissen, wie Kommunikation auch ohne Worte gelingen kann, für Pflegende enorm wichtig (Kojer 2006). Studien zeigen, dass Pflegende oft nicht auf die nonverbalen Zeichen der Demenzerkrankten eingehen. Die Betroffenen können dadurch nur wenig soziale Interaktionen erfahren. Eine Studie konnte auch einen

Mangel an Motivation und Ausbildung von Pflegepersonen in Bezug auf die Kommunikation mit Menschen mit Demenz feststellen (Ellis & Astell 2017).

Professionelles Pflegepersonal und auch pflegende Angehörige stoßen bei der Pflege von Demenzerkrankten, vor allem im fortgeschrittenen Stadium, oft an ihre Grenzen. Der Kommunikation wird durch eine Vielzahl an notwendigen pflegerischen Tätigkeiten wie beispielsweise Körperpflege, Nahrungsaufnahme oder Mobilisation häufig nicht die oberste Priorität eingeräumt. Wenn die verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist, gibt es einige Arten sich auch nonverbal zu verständigen (Powell 2000).

Es gibt zwar bereits einige Studien, die die nonverbale Kommunikation bei Demenz beleuchten, jedoch wird die nonverbale Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und den Demenzerkrankten nicht ausreichend thematisiert. Es gibt keinen aktuellen Review, der das derzeitige Wissen in Bezug auf die Möglichkeiten der nonverbalen Kommunikation zwischen Menschen mit fortgeschrittener Demenz und dem Pflegepersonal zusammenfasst und darstellt.

1.4. Ziel und Fragestellung

Ziel dieser Arbeit ist es, die Möglichkeiten nonverbaler Kommunikation zwischen Menschen mit fortgeschrittener Demenz und dem Pflegepersonal aufzuzeigen sowie Maßnahmen zur Erleichterung der nonverbalen Kommunikation darzustellen.

Fragestellung:

Welche Möglichkeiten zur nonverbalen Kommunikation zwischen Menschen mit fortgeschrittener Demenz und dem Pflegepersonal gibt es und welche Maßnahmen zur Erleichterung der nonverbalen Kommunikation können daraus abgeleitet werden?

2. Methode

Um die vorliegende Forschungsfrage zu beantworten, wurde ein Literaturreview als Design herangezogen. Ein Literaturreview dient dazu, bereits vorhandenes Wissen von publizierten Forschungsergebnissen zusammenzufassen, objektiv darzulegen und sich kritisch damit auseinanderzusetzen (Fink 2014).

2.3. Literaturrecherche

Die Literaturrecherche fand im Zeitraum von Oktober und November 2018 in den wissenschaftlichen Datenbanken „Public Medical Literature On-Line“ (PubMed) und „Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature“ (CINAHL) statt. Außerdem wurde eine Handsuche in der Suchmaschine „Google Scholar“ und in den Referenzlisten der ausgewählten Studien durchgeführt.

Die Suche in den wissenschaftlichen Datenbanken wurde mithilfe von Schlüsselwörtern in englischer Sprache durchgeführt. Verwendet wurden folgende Schlüsselwörter: „dementia“, „Alzheimer Disease“, „advanced dementia“, „severe dementia“, „nonverbal communication“, „body language“ und „nursing interventions“. Einige davon wurden, wenn verfügbar, als Medical Subject Headings (MeSH) beziehungsweise als Medical Subject Term verwendet. Um eine geeignete Suchstrategie zu bilden, wurden die Schlüsselwörter mit den Booleschen Operatoren „AND“, „OR“ oder „NOT“ verknüpft. Der Operator „NOT“ wurde in Verbindung mit dem Wort „pain“ in die Suchstrategie eingefügt, da sich viele Studien mit der Schmerzerfassung im Zusammenhang mit fortgeschrittener Demenz befassten.

Tabelle 1: Suchanfragen in den Datenbanken

PubMed	((("Dementia"[Mesh]) OR "Alzheimer Disease"[Mesh]) OR "advanced dementia") AND ("Nonverbal Communication"[Mesh]) NOT "pain"	146 Treffer
CINAHL	MH "Dementia" OR advanced dementia OR severe dementia AND nonverbal communication OR body language AND nursing interventions NOT pain	127 Treffer
Google Scholar	"advanced dementia AND nonverbal communication AND nursing interventions"	2 Treffer

In der Internetdatenbank Google Scholar ergab die Suche ungefähr 19.800 Treffer, wobei nur die ersten 10 Seiten, demnach 100 Treffer, gescreent wurden. Dadurch wurden zwei passende Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage ausgewählt. Nach Auswahl der Studien wurden die Referenzlisten zusätzlich durchsucht. Dabei konnten jedoch keine relevanten Artikel gefunden werden.

2.4. Limitationen und Einschlusskriterien

Bei der Literaturrecherche in den beiden wissenschaftlichen Datenbanken wurden Limitationen gesetzt um möglichst aktuelle Literatur einzuschließen. Die Artikel mussten in englischer oder deutscher Sprache und zwischen 2008 und 2018 publiziert worden sein. Studien, in denen es sich hauptsächlich um Schmerz bzw. Schmerzerfassung im Zusammenhang mit der fortgeschrittenen Demenz handelte, wurden nicht herangezogen. Des Weiteren waren Artikel, die als Review, Leitlinien oder Editorials veröffentlicht wurden, für diese Arbeit nicht relevant. Es sind ausschließlich Artikel mit quantitativen oder qualitativen Originaldatenerhebungen verwendet worden. Eingeschlossen wurden Studien, die sich mit der fortgeschrittenen Demenz im Zusammenhang mit der nonverbalen Kommunikation beschäftigten. Dabei wurde jedes pflegerische Setting und jede Form der Demenz berücksichtigt.

2.5. Auswahl der Studien

Im Zuge der Literaturrecherche in den genannten Datenbanken wurden 275 Ergebnisse erzielt, davon wurden 3 Duplikate ausgeschlossen. Bei den verbleibenden 272 Studien wurde ein Titelscreening durchgeführt, wobei 225 Studien keine Relevanz aufzeigen konnten. Nach dem Abstractscreening aus den übrigen 47 Studien verblieben 20, da sie inhaltlich die festgelegten Kriterien erfüllten. Diese 20 Studien wurden einem Volltextscreening unterzogen. Bei Artikel, die nicht als Volltext verfügbar waren, wurde der Erstautor kontaktiert und um eine Zusendung des Volltextes gebeten. Nach Lesen des Volltextes wurden neun passende Studien für die kritische Bewertung ausgewählt. Gründe für den Ausschluss der übrigen 11 Studien waren, dass die Angaben zur Methodik und Stichprobe unvollständig waren oder die gewünschte Thematik in den Ergebnissen nicht ausreichend behandelt wurde.

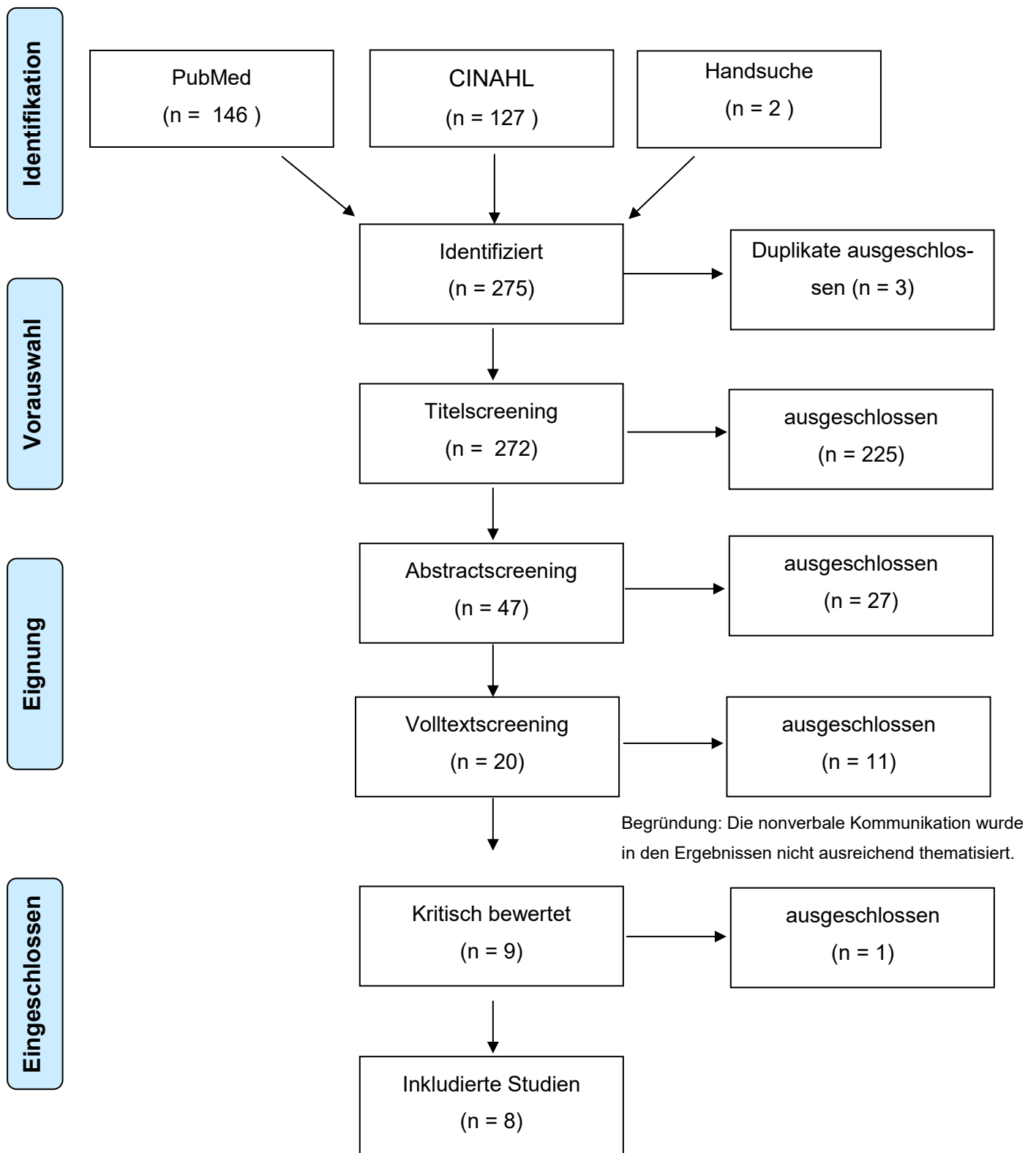


Abbildung 1: Flussdiagramm zum Ablauf der Literaturrecherche (angelehnt nach Mohrer et al., 2011)

2.6. Bewertung der ausgewählten Studien

Um die Qualität der acht inkludierten Studien zu überprüfen, wurde der standardisierte Bewertungsbogen von Hawker et al. (2002) herangezogen. Dieser Bewertungsbogen dient der kritischen Beurteilung von quantitativen und qualitativen Studien. Er beinhaltet neun Kategorien, die im Grunde den Teilbereichen eines wissenschaftlichen Artikels entsprechen und einzeln beurteilt wurden. In jeder dieser Kategorien werden Punkte von 1 – 4 für die jeweiligen Stufen *Good* = 4, *Fair* = 3, *Poor* = 2 und *Very Poor* = 1 vergeben. Die Summe dieser Punkte wird in Prozent angegeben und entspricht dem Qualitätsscore der Studien.

In dieses vorliegende Literaturreview wurden Studien eingeschlossen, die nicht weniger als 80% der Punkteanzahl (entspricht 29 Punkte) aufweisen konnten. Acht der neun Studien, die kritisch bewertet wurden, konnten in diese Arbeit inkludiert werden. Eine Studie erlangte bei der Bewertung nur 72,2% und wurde somit ausgeschlossen. Der Grund für den Ausschluss waren Mängel in der Beschreibung der Methode.

Die Bewertungsbögen der neun Studien sind im Anhang zu finden.

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Charakteristika sowie die Ergebnisse der acht inkludierten Studien zusammengefasst. Die Möglichkeiten sowie die Maßnahmen der nonverbalen Kommunikation, die in den jeweiligen Studien beschrieben wurden, werden in Kategorien eingeteilt.

3.1. Charakteristika der ausgewählten Studien

Von den acht Studien werden fünf als qualitativ und drei als quantitativ beschrieben. Je zwei Studien wurden in Kanada und in der Schweiz und je eine in Schweden, Norwegen, England und Nordamerika durchgeführt. Die Studien setzten sich aus drei Fallstudien (Ellis et al. 2017; Hydén 2011; Montagne et al. 2016), zwei Fall-Kontroll-Studien (Guaita et al. 2009; Guzmán-Vélez et al. 2014), einer Längsschnittstudie (Strøm et al. 2018), einer phänomenologischen Studie (Wilson et al. 2012) und einer Interventionsstudie (Naughton et al. 2018) zusammen.

In der Tabelle 2 sind nähere Informationen wie Autorinnen/Autoren, Erscheinungsjahr, das Forschungsziel, Studiendesign, Setting, Stichprobe, Erhebung und die wichtigsten Ergebnisse zu den einzelnen Studien zu finden.

Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien

Autorin- nen/Autoren, Land	Jahr	Forschungsziel	Forschungs- design	Setting, Sample	Erhebung	Ergebnis
Ellis M., Astell A. Kanada	2016	Ziel der Studie war es zu untersuchen, ob die <i>Adaptive Interaktion</i> als allgemeines Instrument für nonverbale Kommunikation bei Menschen mit Demenz, die nicht mehr sprechen können, verwendet werden kann.	Quantitative Studie, Fallstudie	Pflegeheim, 5 Teilnehmer (77-89a), die seit 3 Jahren im Pflegeheim wohnen, an fortgeschrittener Demenz leiden und kaum bis nicht verbal kommunizieren können.	1. Phase: Die Teilnehmer wurden an zwei Tagen für 6 Stunden beobachtet. 2. Phase: Es fanden Interaktionen zwischen dem Studienleiter und den Teilnehmern statt. Zuerst Standard-Interaktionen und danach die <i>Adaptive Interaktion</i> .	Die Anwendung der <i>Adaptiven Interaktion</i> erweiterte das Repertoire der kommunikativen Fähigkeiten der Demenzkranken. Die Ergebnisse zeigten, dass die adaptive Interaktion ein besseres Outcome als die Standard-Interaktion darstellte.
Hyden L. Schweden	2011	Das Ziel dieser Studie war herauszufinden, inwieweit Lautäußerungen von Demenzkranken die Interaktion beeinträchtigen und ob sie von den anderen Bewohnern des Pflegeheimes oder dem Pflegepersonal berücksichtigt werden.	Qualitative Studie, Fallstudie	Pflegeheim, 1 Teilnehmer (85a), leidet an der Alzheimer-Krankheit, befindet sich im fortgeschrittenen Stadium und weist Sprachschwierigkeiten auf.	Es wurden zwei Situationen (Mittagessen und nach dem Frühstück) aufgezeichnet. Dabei fanden Interaktionen zwischen der Demenzerkrankten, der Pflegeperson und anderen Bewohnern des Pflegeheimes statt.	Aus den aufgezeichneten Interaktionen ging hervor, dass die anderen Pflegeheimbewohner auf die Lautäußerungen der Demenzerkrankten anfangs eingingen, später wurden diese jedoch ignoriert und als störend empfunden. Wenn diese Lautäußerungen von der Pflegeperson als wichtig erachtet wurden, wurden sie auch von den anderen Bewohnern als wichtig wahrgenommen.

Autorin- nen/Autoren, Land	Jahr	Forschungsziel	Forschungs- design	Setting, Sample	Erhebung	Ergebnis
Guaita A. et al. Schweiz	2009	Das Ziel dieser Studie ist die Fähigkeit der Erkennung und Reaktion auf emotionale Ausdrücke bei Menschen mit Demenz und Menschen ohne Demenz zu vergleichen.	Quantitative Studie, Fall-Kontroll-Studie	3 geriatrische Krankenhäuser Interventionsgruppe: 79 Patienten mit einer demenziellen Erkrankung. Kontrollgruppe: 64 ältere Personen ohne eine dementielle Erkrankung.	Den Teilnehmern wurden 14 Bilder mit verschiedenen emotionalen Gesichtsausdrücken gezeigt und die Reaktionen per Video aufgenommen.	Das Ergebnis zeigt, dass bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz die Fähigkeit der Erkennung von Emotionen weitaus erhalten bleibt. Es gab nur kleine Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe.
Naughton C. et al. England	2017	Das Ziel dieser Studie ist es, ein Demenz-Kommunikations-Training für Pflegeschüler basierend auf dem VERA-Framework zu evaluieren.	Qualitative Studie, Interventionsstudie	Ausbildungskrankenhäuser, in denen die Krankenpflegeschüler ein Praktikum absolvierten. 51 Krankenpflegeschüler	<ul style="list-style-type: none"> • 14 Training-Sessions • Feedback durch einen semistrukturierten Fragebogen • 4 Fokusgruppeninterviews 	Die Pflegeschüler gaben an, dass sie durch das Training sicherer in der Kommunikation wurden und ein besserer Umgang mit Demenzerkrankten möglich sei.
Wilson R. et al. Kanada	2012	Das Ziel ist es herauszufinden, welche Kommunikationsstrategien Pflegepersonen während der täglichen Pflege bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz anwenden und als effektiv erachten.	Qualitative Studie, Phänomenologische Studie	2 Pflegeheime, 10 Pflegepersonen, die mit Bewohnern mit mittlerer bis schwerer Demenz arbeiten.	Es wurden zwei semistrukturierte Fokusgruppen-Interviews für jeweils eine Stunde mit 5 Teilnehmern durchgeführt.	Die Ergebnisse der Studie werden in die Kategorien aufgabenfokussierte, soziale und sonstige Kommunikationsstrategien gliedert. Dabei werden verbale und nonverbale Kommunikationsformen zwischen den Demenzerkrankten und dem Pflegepersonal aufgelistet.

Autorinnen/Autoren, Land	Jahr	Forschungsziel	Forschungsdesign	Setting, Sample	Erhebung	Ergebnis
Montagne P. A. et al. Schweiz	2015	Das Ziel dieser Studie ist, durch Aktivitäten, die am Boden durchgeführt werden die Kommunikationsfähigkeit bei Menschen mit schwerer Demenz zu verbessern.	Qualitative Studie, Fallstudie	Pflegeheim, 2 Personen, die mindestens seit 15 Jahren an Demenz leiden, nur mehr nonverbal kommunizieren und Hilfe in allen Lebensaktivitäten benötigen.	Beobachtung der beiden Teilnehmer und Aufnahme einzelner Sequenzen. Das Experiment wurde für 4 Monate, einmal in der Woche für jeweils eine Stunde durchgeführt.	Hauptergebnisse dieser Studie sind, dass die Patienten während des Experiments vermehrt nonverbal mit den Pflegepersonen interagierten und ihre Gefühle besser und verständlicher ausdrücken konnten.
Strom B. S. et al. Norwegen	2018	Das Ziel dieser Studie ist es herauszufinden, ob sich die Kommunikation und die kognitive Fähigkeit von Menschen mit fortgeschrittener Demenz durch das <i>Sonas Programm</i> verändern.	Quantitative Studie, Längsschnittstudie	Pflegeheim, 56 Personen, die an fortgeschrittener Demenz leiden und über 65 Jahre alt sind.	Eine Gruppensitzung für 45min, zweimal in der Woche für 24 Wochen lang.	Das Ergebnis dieser Studie zeigt, dass sich die Kommunikationsfähigkeiten, besonders die Nonverbalen, während des Programmes verbesserten, nach 16 Wochen jedoch konstant blieben.
Guzmán-Vélez E. et al. Nordamerika	2014	Ziel dieser Studie ist es herauszufinden, ob Menschen mit Alzheimer-Demenz die Emotionen einer bestimmten Situation trotz Verlust der Erinnerung daran beibehalten können.	Quantitative Studie, Fall-Kontroll-Studie	University of Iowa Hospital, Fallgruppe: 17 Patienten mit Alzheimer-Demenz Kontrollgruppe: 17 Patienten ohne kognitive Einschränkung	Den Teilnehmerinnen/Teilnehmern wurden emotionsauslösende Videoclips (Traurigkeit und Freude) gezeigt. Danach Erhebung der Emotion und des Erinnerungsvermögens.	Das Ergebnis dieser Studie zeigt, dass die Emotionen von demenzkranke Personen für mindestens 30 Minuten erhalten bleibt, obwohl die Erinnerung an die emotionsauslösende Situation verloren gegangen ist.

3.2. Möglichkeiten nonverbaler Kommunikation

In den inkludierten Studien wurden vielseitige Möglichkeiten aufgezeigt, wie die nonverbale Kommunikation zwischen demenziell erkrankten Personen und dem Pflegepersonal erfolgen kann. Im Folgenden werden die generellen Grundlagen der Kommunikation mit schwer Demenzkranken beschrieben. Des Weiteren kommen Formen der nonverbalen Kommunikation wie Mimik, Gestik, Berührung oder Lautäußerung hinzu und es wird dargestellt, wie diese in der Pflege eingesetzt werden können.

3.2.1. Grundlagen der Kommunikation mit Demenzerkrankten

Laut der Studie von Wilson et al. (2012) wird der richtige Umgang mit den Demenzerkrankten als ein Grundbaustein in der Kommunikation beschrieben. In dieser Studie wurden zehn Pflegepersonen, die sich täglich mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz beschäftigen, zu ihren persönlichen Kommunikationsstrategien in der täglichen Pflege befragt. Dabei wurden zwei semistrukturierte Fokusgruppeninterviews zu je fünf Personen durchgeführt, wobei sich die Teilnehmerinnen/Teilnehmer in ihrem Wissen austauschen konnten. Die Interviews wurden aufgezeichnet und mithilfe des *Multidimensional Observation Coding Scheme (MOCS)* aus den Aussagen der Pflegepersonen Kommunikationsstrategien identifiziert. Daraus folgte eine Einteilung in drei Untergruppen: Aufgabenfokussierte Kommunikationsstrategien, soziale Kommunikationsstrategien und sonstige Kommunikationsstrategien.

Die Ergebnisse dieser Studie, die den generellen kommunikativen Umgang mit Demenzkranken aufzeigen, sind in der Kategorie *sonstige Kommunikationsstrategien* zu finden. Hierbei gab der Großteil der Pflegepersonen an, dass der Augenkontakt mit dem Gegenüber am Anfang einer Pflgetätigkeit nicht fehlen darf. Dies signalisiere der Patientin/dem Patienten, dass ihr/ihm Aufmerksamkeit geschenkt wird und diene gleichzeitig als Begrüßung und Herstellung einer gewissen Verbindung zwischen der demenzerkrankten Person und der Pflegeperson. Wichtig sei auch, die Aufmerksamkeit der Patientin/des Patienten zu erhalten. Eine Pflegeperson gab an, dass je mehr die Patientin/der

Patient kognitiv eingeschränkt ist, desto schwieriger sei es deren/dessen Aufmerksamkeit zu bekommen (Wilson et al. 2012).

Als weitere mögliche Maßnahmen wurde von den Pflegepersonen vorgeschlagen, während einer Pfl egetätigkeit vor der Patientin/dem Patienten zu stehen, Nähe zu vermitteln und jeden einzelnen Schritt der durchgeführt wird, zu erklären. Patientinnen/Patienten, die sich im fortgeschrittenen Stadium der Demenz befinden, fällt es oft schwer, sofort auf Aufforderungen zu reagieren. Wenn der demenzerkrankten Person nicht genügend Zeit für eine Reaktion zur Verfügung gestellt wird, wird eine mangelnde kognitive Fähigkeit oft fehlinterpretiert. Daher sei es von großer Wichtigkeit, der Patientin/dem Patienten gegenüber geduldig zu sein und Zeit für Reaktionen oder Antworten zu lassen. Auch auf die Tonhöhe und die Lautstärke solle geachtet werden. Eine ruhigere und einfühlsame Stimme sorge demnach für eine bessere Kooperation der/des Demenzkranken. Als wichtigen Teil im Umgang mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz wird laut den Pflegepersonen die Interpretation der nonverbalen Kommunikation gezählt. Dabei sei es wichtig auf die Körpersprache einzugehen und zu versuchen, verbal darauf zu antworten. Ob die Patientin/der Patient darauf wieder nonverbal reagiert, komme auf deren/dessen kognitive Fähigkeit an (Wilson et al. 2012).

3.2.2. Mimik und Emotionen

In der Fall-Kontroll-Studie von Guaita et al. (2009) wurde die Fähigkeit der Erkennung von Emotionen bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz (Interventionsgruppe, n=79) und bei älteren Menschen ohne eine kognitive Einschränkung (Kontrollgruppe, n=64) untersucht. Dabei wurden die Gesichtsausdrücke wie Ärger, Ekel, Freude, Angst, Traurigkeit, Überraschung und Langeweile nach den Basisemotionen nach Ekman gewählt. Diese Gesichtsausdrücke wurden von Pflegepersonen aus den teilnehmenden drei geriatrischen Krankenhäusern fotografisch aufgenommen. Die 14 aussagekräftigsten Bilder, je sieben von weiblichen und männlichen Pflegepersonen, wurden von den Forschern sorgfältig ausgewählt und jeder Teilnehmerin/jedem Teilnehmer der Interventions- sowie der Kontrollgruppe gezeigt. Dabei wurde darauf geachtet, ob die Probandinnen/Probanden die

Emotionen, die auf den Bildern zu sehen sind, erkennen konnten. Die Reaktionen wurden in vier Stufen klassifiziert: 1 = korrekte Definition der Emotion, 2 = Erkennung der Emotion, 3 = benötigt Hilfe bei der Erkennung der Emotion, 4 = unfähig, Emotionen zu erkennen.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Kontrollgruppe eher dazu fähig war, Emotionen zu erkennen als die Personen mit Demenz. Der Unterschied war jedoch nur sehr gering. Drei Personen der Interventionsgruppe konnten keine Reaktion auf die dargestellten Emotionen aufweisen, während zwei Teilnehmerinnen/Teilnehmer in der Lage waren, 11 der 14 Emotionen richtig zu deuten. Rund die Hälfte der Demenzkranken konnte im Schnitt fünf Emotionen erkennen und definieren. Am häufigsten trat jedoch der Fall ein (36,7%), dass die Teilnehmerinnen/Teilnehmer der Interventionsgruppe Hilfe bei der Erkennung benötigten. Im Vergleich mit der Kontrollgruppe konnten nur minimale Unterschiede erkannt werden, jedoch werden zu den Stufen 3 und 4 häufiger die teilnehmenden Personen mit Demenz zugeordnet. Abschließend wird festgehalten, dass sowohl Menschen mit einer kognitiven Einschränkung in der Lage sind, Emotionen zu erkennen und somit nonverbal mit ihrem Umfeld kommunizieren können. Pflegepersonen wird demnach empfohlen, besonders auf die Gesichtsausdrücke während einer Interaktion mit dementiell Erkrankten zu achten und diese der Situation entsprechend einzusetzen (Guaita et al. 2009).

In der Studie von Guzmán-Vélez et al. (2014) wurde untersucht, ob die Emotionen von Personen mit einer Alzheimererkrankung erhalten bleiben, obwohl die Erinnerung an die emotionsauslösende Situation verloren gegangen ist. An dieser Studie nahmen 34 Personen teil, wobei 17 davon an Alzheimer erkrankt sind und 17 an keiner kognitiven Einschränkung leiden. Den Teilnehmerinnen/Teilnehmern wurden Videoclips gezeigt, die Traurigkeit und Freude auslösen. Ein Emotionstest wurde vor dem Abspielen der Videos, unmittelbar danach, sowie 10-15 Minuten und 20-30 Minuten danach durchgeführt. Dabei wurden zwei Skalen, die *Visual Analog Scale (VAS)* sowie die *Differential Emotion Scale (DES)* verwendet. Zusätzlich unterzogen sich die Teilnehmerinnen/Teilnehmer fünf Minuten nach Ende der Videoclips einem Gedächtnistest. Dieser Gedächtnistest bestand aus freiem Nacherzählen, Multiple Choice Fragen und einer Bilder-Erkennung.

Aus dieser Studie ergab sich, dass die Teilnehmerinnen/Teilnehmer mit einer demenziellen Erkrankung die traurigen sowie die fröhlichen Videoclips schlechter nacherzählen konnten als die Gruppe ohne kognitive Einschränkung. Vier Personen mit Demenz konnten sich bereits nach fünf Minuten nicht mehr an den Inhalt der Videos erinnern. Bei dem Emotionstest hingegen konnten keine signifikanten Unterschiede ($P < 0,001$) der beiden Gruppen erkannt werden. Auch 30 Minuten nach den Videoclips konnte bei den Demenzkranken als auch bei der gesunden Gruppe die Emotionen Traurigkeit und Freude nachgewiesen werden. Die vier Personen, die sich an die Videoclips nicht mehr erinnern konnten, wiesen trotzdem die Emotionen, auch noch nach 30 Minuten, auf (Guzmán-Vélez et al. 2014).

3.2.3. Gestik und Berührung

In der Studie von Wilson et al. (2012) wurden in dem Kapitel *Grundlagen der Kommunikation mit Demenzkranken* Möglichkeiten der nonverbalen Kommunikation zwischen Pflegepersonen und Demenzkranken in Bezug auf Gestik und Berührung aufgezeigt. Die interviewten Pflegepersonen gaben an, am Anfang einer Pfl egetätigkeit eine Initialberührung, vorzugsweise auf der Schulter zu geben, um den Patienten zu verdeutlichen, dass jemand da ist. Bei Durchführung einer Pfl egetätigkeit, an der die Patientin/der Patient mithelfen kann, kann der Gegenstand hingereicht werden. Beispielsweise kann beim Zähneputzen der Patientin/dem Patienten die Zahnbürste in die Hand gegeben werden um eine taktile Aufforderung zu bewirken. Wenn die Aufmerksamkeit der Patientin/des Patienten während der Pfl egetätigkeit verloren geht, könne eine Berührung der Hand zum Weitermachen anregen. Des Weiteren wird zwischen geführtem und komfortablem Kontakt unterschieden. Während bei dem geführten Kontakt die Pflegeperson die Hand der Patientin/des Patienten zu einem Gegenstand hinführt um zur gewünschten Aktivität anzuleiten, wird bei dem komfortablen Kontakt Unterstützung und Bestätigung mittels Berührung der Schulter oder Hände ausgedrückt. Um der/dem Demenzkranken zu verdeutlichen, welcher Gegenstand für den nächsten Schritt der Pfl egetätigkeit benötigt wird, könne das Deuten in dessen Richtung Abhilfe schaffen. Im Stadium der fortgeschrittenen Demenz besteht oft der Fall, dass die Erkrankten durch Deuten oder Hinleiten zu einem Gegenstand nicht wissen, was sie damit machen können. Daher könne eine gestische Demonstration

der Aktivität durch die Pflegeperson, beispielsweise das Zähneputzen oder das Abtrocknen mit einem Handtuch vorzuzeigen, hilfreich sein (Wilson et al. 2012).

3.2.4. Lautäußerungen

In der Fallstudie von Hydén (2011) werden die Lautäußerungen von Menschen mit fortgeschrittener Demenz thematisiert. Dabei wurde eine an Alzheimer erkrankte Dame in einem Pflegeheim in zwei verschiedenen Situationen in Hinblick auf ihre nonverbalen Lautäußerungen beobachtet. Die erste Situation spielte sich während dem Mittagessen und die zweite nach dem Frühstück ab, wobei jedes Mal andere Pflegeheimbewohner und eine Pflegeperson gemeinsam am Tisch saßen. Das Ziel war es zu beobachten, in welcher Form sich die Demenzkranke interaktiv beteiligte und welche Faktoren die Interaktion erschwerten oder erleichterten.

Die erste Situation fand während dem Mittagessen statt, die teilnehmenden Personen kannten sich schon jahrelang und aßen jeden Tag gemeinsam, daher stellte dies keine befremdliche Situation dar. Zu beobachten war, dass sich die Probandin durch ihre Körperbewegungen und Blickkontakte in die Interaktion der anderen einzubauen versuchte. Zwischendurch antwortete sie mit Lautäußerungen wie „hmm“ oder „ayaya“ auf Fragen der Pflegeperson oder anderer Pflegeheimbewohner, hin und wieder zeigte sie jedoch keine Reaktion. Die Äußerungen, die von der Demenzkranken getätigt wurden, wurden von den anderen Pflegeheimbewohnern als bedeutungslos und nahezu störend empfunden.

In der zweiten Situation, die nach dem Frühstück stattfand, gab die Probandin gesangsähnliche Laute von sich. Laut dem Autor ist es damit vergleichbar, ein Lied zu singen, den Text jedoch nicht genau zu kennen. Dieses Verhalten wurde von den anderen Pflegeheimbewohnern kaum toleriert und sie versuchten sie zu beruhigen. Es wurde beobachtet, dass die Pflegeheimbewohner viel Wert darauf legten, welcher Meinung die Pflegeperson ist. Wenn die Pflegeperson auf die Lautäußerungen einging und versuchte, mit der Demenzkranken zu interagieren, gaben sich auch die anderen dabei Mühe. Wenn die Pflegeperson sich nicht in die Interaktion einbaute, versuchten die Bewohner die Lautäußerungen zu stoppen, da sie als Unterbrechung der Unterhaltung empfunden wurden. Sobald die

Pflegeperson jedoch auf diese Lautäußerungen einging, begannen auch die Bewohner diese Äußerungen als wichtig zu erachten (Hydén 2011).

3.3. Maßnahmen zur Erleichterung der nonverbalen Kommunikation

Zunächst wurden die Möglichkeiten der nonverbalen Kommunikation aufgezeigt. Im Folgenden werden Maßnahmen beschrieben, die die nonverbale Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und Menschen mit Demenz erleichtern sollten. Dazu zählen die *Adaptive Interaktion*, das *Sonas Programm* sowie die *Pflege am Boden*.

3.3.1. Adaptive Interaktion

In der Fallstudie von Ellis et al. (2016) wurde eine bestimmte Art von Interaktion bei fünf demenzkranken Pflegeheimbewohnern, die sich nicht mehr verbal äußern können, angewendet. Diese Form der Kommunikation wird als *Adaptive Interaktion* bezeichnet. Hierbei handelt es sich um eine nonverbale Kommunikationsform, in der die Lautäußerungen und das nonverbale Verhalten der/des Demenzkranken die Basis für die Interaktion bilden. Die Pflegeperson solle sich auf die aktuelle Situation der/des Demenzkranken einlassen und sich an jede Veränderung der Kommunikation anpassen. Diese Interaktion geschieht „im Moment“ und erfordere für Menschen mit Demenz kein Wissen über vorherige Interaktionen. Das Ziel dieser Studie war herauszufinden, ob die *Adaptive Interaktion* als Kommunikationsmaßnahme für Menschen mit fortgeschrittener Demenz angewendet werden kann und ob die Kommunikation damit besser gelingt als mit der Standard-Interaktion.

Diese Studie wurde in zwei Phasen durchgeführt. Zuvor wurden die fünf Teilnehmerinnen/Teilnehmer für zwei Tage in ihrer täglichen Routine im Pflegeheim beobachtet. Dabei wurde das Beobachtungsinstrument *DOB (Direct Observation of Behavior)* verwendet. Das Ziel dieser Beobachtung war es herauszufinden, wie viel verschiedene Muster in Verhalten und Interaktion Demenzkranke über den Tag aufweisen.

In der zweiten Phase wurden Interaktionen zwischen der Studienleiterin/dem Studienleiter und den Teilnehmerinnen/Teilnehmern durchgeführt. Es fanden abwechselnd die Standard-Interaktion und die *Adaptive Interaktion* in insgesamt sechs Sitzungen statt. In den Standard-Interaktionen kommunizierte der Autor verbal mittels geschlossenen Fragen wie „*Haben sie das Wetter draußen gesehen?*“ mit den Probandinnen/Probanden. Geschlossene Fragen wurden gewählt, da Personen, die nicht in der Lage sind verbal zu antworten, mit Nicken oder Kopfschütteln darauf reagieren können. Bei der *Adaptiven Interaktion* versuchte der Autor die Lautäußerungen und das nonverbale Verhalten des jeweiligen Teilnehmers als Basis der Kommunikation zu verwenden und auf die gleiche Art und Weise zu antworten.

Die Ergebnisse dieser Studie wurden in drei Teile gegliedert: *Beobachtung des Verhaltens*, *individuelles Kommunikationsrepertoire* und *Gruppenvergleiche*. Bei der Beobachtung mittels *DOB* wurde aufgezeigt, dass die Personen mit fortgeschrittener Demenz zwei Drittel des Tages „neutral“ verbringen. Dies bedeutet, dass die Personen in dieser Zeit schlafen oder keiner Aktivität nachgehen. Am zweithäufigsten kommt soziales Engagement und Selbstpflege im Tagesablauf vor. In keinem der Fälle wurde antisoziales Verhalten beobachtet, dies bedeutet, dass die Pflegeheimbewohner immer auf ihre eigene Art mit der Umgebung kommunizieren.

Das individuelle Kommunikationsverhalten der Teilnehmerinnen/Teilnehmer konnte in die Kategorien Blickkontakt, Lautäußerungen, Bewegungen und Gesichtsausdrücke eingeteilt werden. Innerhalb dieser Kategorien wurden weitere unterschiedliche Variationen des Verhaltens dargelegt. Jede Teilnehmerin/jeder Teilnehmer verwendete individuelle nonverbale Formen um mit dem Autor zu kommunizieren. Diese variierten von knurrenden oder sehr hohen Lauten, den Gesprächspartner berühren, die Zunge herausstrecken, am Kinn kratzen, zwinkern, Stirnrunzeln, etc. Gemeinsamkeiten aller fünf Teilnehmerinnen/Teilnehmer, die im Gruppenvergleich erkannt wurden, waren Blickkontakt mit dem Gesprächspartner, Lautäußerungen und lächeln. Drei Teilnehmerinnen/Teilnehmer zeigten auf einen Gegenstand, lachten, husteten und schlossen die Augen, während zwei Teilnehmerinnen/Teilnehmer den Kopf schüttelten, nickten und die Stirn runzelten.

Daraus ließ sich schließen, dass jeder Mensch seine eigene Form der nonverbalen Kommunikation entwickelt. Laut den Ergebnissen drückte jede einzelne Teilnehmerin/jeder einzelne Teilnehmer bei der Adaptiven Interaktion mehr nonverbales Verhalten aus und war eher in der Lage mit dem Autor zu kommunizieren (Ellis et al. 2017).

3.3.2. Kommunikationsfördernde Maßnahmen in Pflegeheimen

Zwei Studien von Strom et al. (2018) und Montagne et al. (2015) beschreiben Maßnahmen, die zur Kommunikationsförderung, vor allem nonverbal, von Menschen mit fortgeschrittener Demenz im Langzeitsetting angewendet werden können.

In der Längsschnittstudie von Strom et al. (2018) wurde das *Sonas Programm* mit Menschen mit mittlerer bis schwerer Demenz, die Einschränkungen in der Kommunikation aufwiesen, angewendet. Die 56 Teilnehmerinnen/Teilnehmer wurden in sieben Gruppen eingeteilt und besuchten zweimal die Woche für 24 Wochen lang je 45 Minuten die Sonas Gruppensitzung. Dabei wurden multisensorische Übungen durchgeführt, die die fünf Sinne Sehen, Hören, Schmecken, Tasten und Riechen miteinbeziehen. Der Sinn dieses Sonas Programmes sei es, das mögliche Potenzial von Menschen mit Demenz zu erwecken, um die eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit zu verbessern. Außerdem gehe es darum, die Umgebung so zu gestalten, dass die Kommunikation leichter gelingt. Diese Gruppensitzung besteht aus elf Inhalten, wobei bei jeder Sitzung die gleichen Inhalte vorkommen. Damit solle den Teilnehmerinnen/Teilnehmern eine Routine vorgegeben werden um eine Wiedererkennung zu erzielen.

Zur Analyse der Kommunikationsfähigkeiten wurde das Instrument TCT (Threatgold Communication Tool) verwendet, welches eigens für Menschen mit Demenz nach Teilnahme des *Sonas Programmes* abgestimmt wurde. In diesem Instrument werden 14 Situationen bewertet, wobei jeder einzelnen Situation 0 – 4 Punkte vergeben werden können. Diese Einteilung erfolgt von *keine Beweise* bis *häufige*

Beweise einer nonverbalen Kommunikation. Die höchste Punkteanzahl die dabei erreicht werden konnte, ist 56. Im Durchschnitt starteten die Teilnehmerinnen/Teilnehmer bei einem TCT Score von 30.

Aus den Ergebnissen konnte erkannt werden, dass die Teilnehmerinnen/Teilnehmer in den ersten 16 Wochen ihre Kommunikationsfähigkeiten verbessern konnten (TCT Score von ca. 30 auf 45), danach jedoch konstant blieben. Die Aufmerksamkeit der Demenzkranken wurde von Woche zu Woche als steigend eingestuft. Die nonverbale Kommunikation verbesserte sich deutlicher als die verbale, dennoch zeigte sich auch in den nonverbalen Fähigkeiten keine Steigerung nach den 16 Wochen. Die verbale Kommunikation steigerte sich nur sehr schwach und nahezu linear, während die nonverbale Kommunikation eine sehr schnelle Besserung aufzeigte. Ein Unterschied zwischen den Teilnehmerinnen/Teilnehmern mit mittlerer und denen mit schwerer Demenz, mit Ausnahme der eingeschränkteren kognitiven Fähigkeiten bei schwerer Demenz, konnte nicht nachgewiesen werden (Strøm et al. 2018).

Montagne et al. (2015) führten eine Fallstudie mit zwei Pflegeheimbewohnerinnen, die an Alzheimer erkrankt sind, durch. Das Ziel dabei war es, die Fähigkeit der Kommunikation zu verbessern indem die kognitiven Fähigkeiten gestärkt werden und die Autonomie der Bewohnerinnen im Mittelpunkt steht. Die beiden Pflegeheimbewohnerinnen wurden ausgewählt, da sie an dem fortgeschrittenen Verlauf der Krankheit litten, nur mehr nonverbal kommunizieren konnten und in allen Lebensaktivitäten Hilfe benötigen. Die Teilnehmerinnen wurden mit der *Neuro-Psychiatric Interventory Scale (NPI)* und dem *Cohen Mansfield Inventory (CMAI)* eingeschätzt. Diese beiden Instrumente dienen der Einschätzung von herausforderndem Verhalten und neurodegenerativen Zuständen (NPI) sowie der Einschätzung der Intensität von agitiertem Verhalten bei demenziell Erkrankten (CMAI).

Das Experiment fand in einem 9m² großen Zimmer im Pflegeheim statt. Darin wurden zwei Matten auf den Boden gelegt und darüber zur eigenständigen Mobilisation eine Querstange montiert. Des Weiteren waren Objekte wie Bälle,

Wolle oder Spiele am Boden verteilt und im Hintergrund wurde beruhigende Musik gespielt. In einer Periode von 4 Wochen konnten die Teilnehmerinnen einmal in der Woche für eine Stunde diesen Raum erkunden. Sie wurden in dieser Zeit auf den Matten am Boden platziert und konnten mit der Umgebung, der zweiten Bewohnerin oder mit dem Pflegepersonal interagieren, sowie sich entspannen oder versuchen sich selbstständig zu mobilisieren. Nach dieser Periode wurde die Einschätzung mittels *NPI* und *CMAI* erneut durchgeführt. Dabei wurde erkannt, dass der Punktestand eher stabil geblieben ist. Im Durchschnitt wurde das Ergebnis der Einschätzung der beiden Teilnehmerinnen jedoch auf drei Punkte erhöht.

Es konnte beobachtet werden, dass die Bewohnerinnen eine bessere Schlafqualität aufwiesen und weniger physische Aggressionen ausdrückten. Eine Teilnehmerin zeigte in ihrem Verhalten, dass sie die Umgebung und die bereitgestellten Objekte nutzte, um mit der Pflegeperson zu kommunizieren. Sie suchte den körperlichen Kontakt mit der Pflegeperson und drückte eine weite Palette an Emotionen wie Freude, Frustration und Zuneigung aus. Von Woche zu Woche konnte ein Fortschritt der nonverbalen Kommunikationsfähigkeit der Teilnehmerin erkannt werden. Die zweite Teilnehmerin verhielt sich während dem Experiment sehr ruhig und lächelte während der visuellen Erkundung des Raumes. Sie versuchte zunehmend mit der anderen Teilnehmerin Kontakt aufzunehmen indem sie sie berührte oder Bälle zurollen lies. Obwohl die Bewohnerin sich normalerweise nicht verbal äußerte, konnte sie mit der Pflegeperson ein paar sinngemäße Wörter sprechen (Montagne et al. 2016).

3.4. Ausbildung von Pflegepersonal

In der Interventionsstudie von Naughton et al. (2017) nahmen 51 Krankenpflegeschülerinnen/Krankenpflegeschüler teil, die praktische Übungen zur nonverbalen Kommunikation mit Demenzkranken basierend an dem VERA-Konzeptrahmen absolvierten. Danach wurde diese Intervention durch die Schülerinnen/Schüler mittels semistrukturierten Interviews evaluiert. Der VERA-Konzeptrahmen wurde entwickelt, um die Kommunikation mit Demenzkranken anhand eines Schritt-für-Schritt Prozesses zu verbessern. Die einzelnen Konzepte sind Validation, Emotion, Beruhigung und Aktivität.

Die Teilnehmerinnen/Teilnehmer wurden zuvor in die Thematik des VERA-Konzeptrahmens eingeführt und konnten diese Methode zur Kommunikation mit Demenzkranken im Rahmen von Übungseinheiten praktisch erlernen. Nach Abschluss des Praktikums wurden die Auszubildenden zu ihren Erfahrungen befragt. Alle Teilnehmerinnen/Teilnehmer (100%) empfanden dieses Training als hilfreich und würden diese erlernten Fähigkeiten an andere weiterempfehlen. Jene Schülerinnen/Schüler, die sich am Ende der Ausbildung befanden, hätten sich dieses Training eher am Anfang der Ausbildung gewünscht, da sich bereits bei vorherigen Praktika Schwierigkeiten mit der Kommunikation mit Demenzkranken zeigten. Knapp 80% der Teilnehmerinnen/Teilnehmer würden Lernvideos auf einer Online-Plattform als hilfreich erachten. Aus den Interviews ging hervor, dass dieser Konzeptrahmen in die Pflegeausbildung inkludiert werden sollte, um einen besseren und sichereren Umgang in der Kommunikation mit Demenzkranken in der professionellen Pflege zu gewährleisten.

4. Diskussion

Das vorliegende Literaturreview fasst Möglichkeiten sowie potentielle Maßnahmen zusammen, die aufzeigen, wie die nonverbale Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und Menschen mit fortgeschrittener Demenz erleichtert werden kann. In dem folgenden Kapitel werden die Ergebnisse dieses Literaturreviews zusammengefasst, verglichen und kritisch diskutiert.

4.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Der Ergebnisteil dieser Arbeit wurde in zwei Untergruppen gegliedert: Möglichkeiten der nonverbalen Kommunikation und Maßnahmen zur Erleichterung der nonverbalen Kommunikation bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz.

Anfangs konnten laut der Studie von Wilson et al. (2012) grundlegende nonverbale Kommunikationsformen mit Demenzkranken aufgezeigt werden. In derselben Studie wurden Möglichkeiten hinsichtlich der Gestik und der Berührung dargelegt. In der Studie von Guaita et al. (2009), wurde die Mimik und die Erkennung von Emotionen bei Demenzkranken beschrieben. Mit der Erhaltung der Emotionen trotz Verlust der Erinnerung an die emotionsauslösende Situation beschäftigten sich Guzmán Vélez et al. (2014). Die Lautäußerungen von Menschen mit fortgeschrittener Demenz wurden in der Fallstudie von Hydén (2011) beleuchtet und beschrieben, wie Pflegepersonen die Situation verbessern können.

Mögliche Maßnahmen zur Erleichterung der nonverbalen Kommunikation wurden in drei Studien dargelegt. Eine Form der Interaktion, die sogenannte *Adaptive Interaktion* wurde in der Fallstudie von Ellis et al. (2017) erprobt. Zwei Studien (Montagne et al. 2016; Strøm et al. 2018) zeigten zwei kommunikationsfördernde Konzepte, das *Sonas Programm* und die *Pflege am Boden*, die in Pflegeheimen angewendet werden können. Abschließend wurde in der Interventionsstudie von Naughton et al. (2017) beschrieben, welche ausbildungsspezifischen Verbesserungen in der Kommunikation mit Demenzkranken gesetzt werden könnten.

4.2. Diskussion der Methodik der einzelnen Studien

In dieser Arbeit wurden fünf qualitative Studien inkludiert, daher wurden hauptsächlich subjektive Ergebnisse dargestellt. Davon wurden drei Fallstudien eingeschlossen, welche eine geringe Aussagekraft auf die Gesamtpopulation haben. Zusätzlich können in Fallstudien Einzel- oder Extremfälle vorkommen, welche zu falschen Schlussfolgerungen führen können. Positive Aspekte der inkludierten Fallstudien sind die natürlichen Situationen, in denen die Probandinnen/Probanden beobachtet wurden. Beispielsweise beim Mittagessen oder während des gewohnten Tagesablaufs im Pflegeheim (Ellis et al. 2017; Hydén 2011). Die Teilnehmeranzahl der inkludierten Studien war sehr gering und reichte von nur einer Teilnehmerin (Hydén 2011) bis hin zu 143 Probandinnen/Probanden (Guaita et al. 2009). Durch diese geringe Anzahl besteht eine beschränkte Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Bei der Auswahl der Teilnehmerinnen/Teilnehmer wurden hauptsächlich Menschen mit der Alzheimer-Krankheit berücksichtigt. Durch Vergleiche mit anderen Demenzformen wären möglicherweise Unterschiede in der Kommunikation erkannt worden. Dadurch hätten in der vorliegenden Arbeit Maßnahmen der nonverbalen Kommunikation für die einzelnen Formen der Demenz beschrieben werden können.

4.3. Diskussion der Ergebnisse

4.3.1. Möglichkeiten nonverbaler Kommunikation

Die Studie von Wilson et al. (2012) beleuchtet generelle nonverbale Kommunikationsstrategien und Empfehlungen für die Gestik und Berührung bei Demenz während der Durchführung von Pflegetätigkeiten. Dabei wurden Pflegepersonen nach ihren Erfahrungen und Strategien befragt, diese wurden jedoch nicht auf ihre Wirksamkeit erprobt. In einem Literaturreview von de Vries (2013), in dem verschiedene Kommunikationsstrategien für Pflegepersonen in der Arbeit mit dementiell Erkrankten beschrieben werden, werden teilweise die gleichen oder ähnlichen nonverbalen Kommunikationsstrategien aufgezeigt. Möglichkeiten der generellen nonverbalen Kommunikationsstrategien sind das Halten des Augenkontakts mit der Gesprächspartnerin/dem Gesprächspartner, die Verwendung einer ruhigen Stimme, geduldig zu sein und der Patientin/dem Patienten Zeit zu geben. Die Strategien für Gestik und Berührung wie demonstrative

Gesten und geführter Kontakt werden ebenfalls von de Vries (2013) beschrieben. Unter den demonstrativen Gesten wird hierbei verstanden, dass die Pflegeperson durch ihre Gestik dem/der Erkrankten hilft, die Aufforderung für eine Pflögetätigkeit besser zu verstehen. Der geführte Kontakt dient dem/der Demenzkranken dazu, beispielsweise die Hand der Patientin/des Patienten zu einem Gegenstand hinzuföhren, um zu verdeutlichen, dass dieser Gegenstand für die Pflögetätigkeit benötigt wird. In dem Literaturreview von de Vries (2013) wurden nicht nur ähnliche oder gleiche Kommunikationsstrategien beschrieben sondern auch neue Erkenntnisse wie das Verwenden von langsamen Bewegungen während einer Interaktion oder das Abschirmen von möglichen Ablenkungen. Besonders wird die Kommunikation von Angesicht zu Angesicht hervorgehoben, da dies, genauso wie der Augenkontakt, den Grundbaustein der Kommunikation darstellt (de Vries 2013).

Diese Maßnahmen zur nonverbalen Kommunikation können der/dem Demenzkranken sowie der Pflegeperson die alltägliche Pflege erleichtern. Die Selbstständigkeit der Patientin/des Patienten wird durch die Demonstrationen und Führungen gefördert. Wenn diese Selbstständigkeit nicht mehr möglich ist, kann für die Demenzkranke/den Demenzkranken durch dieses Vorzeigen der Tätigkeit verständlicher werden, was um sie/ihn geschieht. Diese Möglichkeiten der nonverbalen Kommunikation mit demenzkranken Personen sind für das Pflegepersonal einfach umzusetzen und können trotzdem Verbesserungen der Kommunikation bewirken (Wilson et al. 2012).

Die Wichtigkeit der Erkennung von Mimik und Emotionen wurde in der Studie von Guatia et al. (2009) bestätigt. Daraus lässt sich schließen, dass nicht nur mit Gestik und Beröhörung nonverbal kommuniziert werden kann, sondern sehr wohl auch mit dem Ausdruck von Mimik und Emotionen. Laut dem Literaturreview von de Vries (2013) solle man die Gesichtsausdrücke auf betonte und übertriebene Art und Weise äußern, damit die Betroffenen diese besser verstehen und nachvollziehen können (de Vries 2013). In der Fall-Kontrollstudie von Guaita et al. (2009) wurde der Fokus auf die Fähigkeit der Erkennung von Emotionen gelegt. Daraus kann abgeleitet werden, welche Emotionen besonders gut und welche eher weniger von schwer demenzkranken Personen erkannt werden können. Demnach geben die Autorinnen/Autoren an, dass das Ausdrücken von Emotionen während der

Pflegetätigkeiten nicht unterlassen werden sollte. Die Emotionen mittels Gesichtsausdrücke zu zeigen, ist eine wichtige Form der nonverbalen Kommunikation und sollte von den Pflegepersonen bewusst eingesetzt werden. Besonders positive Emotionen wie beispielsweise Lächeln können Gefühle wie Wärme und Sicherheit vermitteln.

In einer älteren und daher nicht in dieses Review einbezogenen Studie von Re (2003) wurde das emotionale Ausdrucksverhalten von Demenzkranken untersucht. Dabei wurde beobachtet, dass die Teilnehmerinnen/Teilnehmer adäquat auf die gegebene Situation emotional reagierten. Die Ausdrucksmuster der an fortgeschrittener Demenz Erkrankten wurden als sehr komplex beschrieben (Re 2003). Die Mimik und der Ausdruck von Emotionen sind somit in der nonverbalen Kommunikation mit Demenzkranken wichtige Bestandteile und können sehr wohl auch im fortgeschrittenen Stadium als Verständigungsformen genutzt werden.

Die Ergebnisse der Studie von Guzmán-Vélez et al. (2014) bestätigen ebenfalls die Annahme, dass die Emotionen trotz schwerer kognitiver Einschränkung eine große Rolle spielen. Dabei wurden Personen, die an fortgeschrittener Alzheimer-Krankheit leiden, Videoclips gezeigt, deren Inhalt Freude und Trauer auslöst. Nur einige Minuten später konnte der Inhalt der Videoclips nicht mehr wiedergegeben werden. Die Emotionen, die durch diese Filme ausgelöst wurden, blieben jedoch für längere Zeit bestehen. Dieses Ergebnis bedeutet für den pflegerischen Alltag, viel mehr auf die emotionale Ausdrucksweise der demenkranken Patientin/ des demenzkranken Patienten zu achten. Pflegepersonen sollten sich demnach auch bewusst sein, dass die Patientin/der Patient die Umgebung und das Hier und Jetzt sehr wohl wahrnehmen kann. Auch wenn eine kognitive Einschränkung und ein rascher Erinnerungsverlust bestehen, spielen die Gefühle der demenzkranken Patientin/des demenzkranken Patienten eine wichtige Rolle. Durch den mimischen und emotionalen Ausdruck kann der Gesprächspartner viel von sich Preis geben und alleine dadurch eine Form der Kommunikation entwickeln. Auf dieser Ebene ist es demnach für Demenzkranke möglich sich mitzuteilen sowie das Befinden des Gesprächspartners zu erfassen (Guzmán-Vélez et al. 2014). Laut den oben genannten Studien (Guaita et al. 2009; Guzmán-Vélez et al. 2014; Re 2003) besteht bei schwer dementiell erkrankten Personen die Fähigkeit der Erkennung von

Emotionen, die situationsgerechte emotionale Reaktion und die Erhaltung der Emotionen trotz des Verlustes der Erinnerung an die auslösende Situation.

Nicht nur die Gestik und die Mimik sind Ausdrucksformen nonverbaler Kommunikation bei Demenzkranken. Wenn die Produktion von sinngemäßen Wörtern und Sätzen durch eine Erkrankung nicht mehr möglich ist, können trotzdem Lautäußerungen wie Schreien, Murmeln oder Summen ein Zeichen der Kommunikation darstellen. In der Studie von Hydén (2011) wird beobachtet, dass diese Lautäußerungen von den Pflegeheimbewohnerinnen/Pflegeheimmitbewohnern der Teilnehmerin als störend empfunden wurden und versucht wurde, diese zu stoppen oder zu ignorieren. In der Fallstudie von Ellis et al. (2017) wurde beschrieben, dass Lautäußerungen von Demenzkranken in fortgeschrittenen Stadien auch oft von dem Pflegepersonal ignoriert werden, da dies nicht als Form der Kommunikation wahrgenommen wird. Die Teilnehmerin, die in der Studie von Hydén (2011) während Alltagssituationen beobachtet wurde, zeigte deutlich, dass sie sich durch das Verwenden von bestimmten Lauten in die Interaktion der anderen einbauen wollte. Möglich wäre auch, dass die Personen durch dieses Verhalten auf sich aufmerksam machen wollen, da sie anderswertig keine Optionen mehr sehen. In der Studie wurde ebenso aufgezeigt, dass das Eingehen auf diese Äußerungen sehr wichtig sei. Während die anderen Pflegeheimbewohnerinnen/Pflegeheimbewohner die demenzkranke Dame immer wieder aufforderten aufzuhören, versuchte die Pflegeperson auf diese Laute einzugehen und sie in ein Gespräch einzubauen. Daraufhin wurden die Lautäußerungen beendet und die Demenzkranke versuchte gezielt auf die Fragen der Pflegeperson zu antworten (Hydén 2011). Diese Studie beleuchtete zwar nur einen einzigen Fall und ist daher nicht generalisierbar, jedoch könne aus diesen Ergebnissen interpretiert werden, dass Menschen mit Demenz viel Zuwendung benötigen, um mit ihnen kommunizieren zu können. Die Ignoranz und die abweisende Haltung können sehr wohl von Demenzkranken erkannt werden und die Situation verschlimmern.

In der Pflegepraxis werden diese Vokalisationen oft als inadäquate Störfaktoren oder als Symptom von psychischen Erkrankungen bezeichnet. Diese Lautäußerungen müssen jedoch nicht immer als eine psychische Störung

angesehen werden. Laut List et al. (2009) werden Äußerungen wie Schreien oder Murmeln bei Demenzkranken verwendet um auf Faktoren wie Hunger, Durst, Schmerzen, Hitze, Kälte etc. aufmerksam zu machen. Ein anderer Ausweg ist bei Verlust der Verwendung von adäquaten Wörtern oft nicht mehr möglich (List & Supprian 2009). Zu erkennen, welche Probleme die/der Demenzkranke der Pflegeperson mitteilen möchte, ist eine sehr große Herausforderung. Eine allgemein gültige Richtlinie, nach welcher gehandelt werden kann, ist demnach schwer zu erstellen, da jede Person ihre individuelle Art und Weise der Vokalisation aufweist. Eine wichtige Maßnahme ist jedoch, auf den Patienten einzugehen und die Äußerung als Kommunikationsversuch zu interpretieren (Hydén 2011; List et al. 2009). Darüber hinaus beschreiben List et al. (2009), dass die Umgebung sowie die Anwesenheit von weiteren Personen mit einer demenziellen Erkrankung und ähnlichen Symptomen die Vokalisationen verstärken können. Eine auf die betroffene Person abgestimmte Umgebungsgestaltung könne somit zu einer Besserung der Situation beitragen. Die Art und die Gründe der Lautäußerung sind demnach von Mensch zu Mensch unterschiedlich und es erfordert viel Zeit und Einfühlungsvermögen der Pflegepersonen um diese zu verstehen. Eine Aufklärung, dass diese Äußerungen beachtet und ernst genommen werden sollten, ist für Pflegende im geriatrischen Bereich enorm wichtig um die Qualität der Demenzpflege zu verbessern (Hydén 2011).

4.3.2. Maßnahmen zur Erleichterung der nonverbalen

Kommunikation

In drei der inkludierten Studien konnten durch gesetzte Maßnahmen Verbesserungen der nonverbalen Kommunikation zwischen Menschen mit fortgeschrittener Demenz und dem Pflegepersonal erzielt werden. In diesen Studien wurden Konzepte auf deren Wirksamkeit erprobt (Ellis et al. 2017; Montagne et al. 2016; Strøm et al. 2018).

In der Fallstudie von Ellis et al. (2017) wurde die *Adaptive Interaktion* bei fünf Pflegeheimbewohnerinnen/Pflegeheimbewohnern angewendet. Die Intervention war effektiv, da das kommunikative Repertoire der Demenzkranken erweitert wurde. Darüber hinaus konnte die Kommunikation besser gelingen als mit der Standard-

Kommunikation. Wenn Menschen krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sind, sich durch verbale Sprache auszudrücken, werden dessen Bewegungen und Gesichtsausdrücke zur Grundlage der Kommunikation (Currie 2018). Die *Adaptive Interaktion* erzielt genau diesen Ansatz, indem das Verhalten des Demenzkranken imitiert wird und somit eine nonverbale Kommunikation aufgebaut wird. In der Studie von Ellis et al. (2017) wird hervorgehoben, dass für Menschen mit fortgeschrittener Demenz und eingeschränkter verbaler Kommunikation jede begonnene Interaktion als neu empfunden wird, da sich an vorangegangene Interaktionen meist nicht mehr erinnert werden kann. Das Hineinversetzen in die aktuelle Situation ist somit die Grundvoraussetzung der *Adaptiven Interaktion*. Trotz erfolgreicher Ergebnisse der *Adaptiven Interaktion* bedeutet dies nicht, dass diese Form der Kommunikation für jede einzelne demenzkranke Person anwendbar ist. Nicht jeder Mensch wird auf diesen Ansatz ansprechen und auch nicht jede Pflegeperson wird sich mit Anwendung dieser Kommunikationstechnik wohlfühlen. Die Individualität der Personen wird bei Anwendung dieser Interaktion groß geschrieben und beansprucht viel Zeit und Übung der Pflegeperson.

Andererseits stellt diese Form der Interaktion für die Patientin/den Patienten möglicherweise mehr Sicherheit und Wohlbefinden in der Kommunikation mit den Pflegepersonen dar. Aufgrund der Verwendung von gewohnten Ausdrucksformen wie Laute, Gesten oder Mimik durch die Pflegende/den Pflegenden kann die übermittelte Information besser verstanden werden und somit eine Interaktion besser gelingen. Laut Ellis et al. (2017) wurde durch die *Adaptive Interaktion* eine neue Tür zur Kommunikation mit Demenzkranken geöffnet, die durch die Standardkommunikation nicht zum Ausdruck gebracht wurde. Je kognitiv eingeschränkter die Person ist, desto eher wurden die Veränderungen erkannt. Diese Form der Interaktion eignet sich somit besonders im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung und stellt eine bedeutsame Maßnahme zur nonverbalen Kommunikation dar (Ellis et al. 2017).

Das *Sonas Programm* wurde für 24 Wochen durchgeführt. Innerhalb der ersten 16 Wochen konnte eine deutliche Steigerung der Kommunikationsfähigkeit der Teilnehmerinnen/Teilnehmer festgestellt werden. Nach diesen 16 Wochen konnte jedoch keine Steigerung der Kommunikation mehr erkannt werden, sondern blieb

konstant bestehen. Grund dafür könnte sein, dass die maximalen Fähigkeiten der teilnehmenden Personen durch diesen Workshop bereits nach 16 Wochen ausgeschöpft wurden. Andererseits könnte die Vorgehensweise dieses Programmes einen möglichen Grund darstellen. Es könnte angenommen werden, dass nach einer gewissen Zeitspanne Langeweile bei den Demenzkranken einkehrte, da bei jedem Workshop der gleiche Ablauf stattfand. Verwundernd ist jedoch, dass nach diesen 16 Wochen bei jeder einzelnen Teilnehmerin/jedem einzelnen Teilnehmer die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit endete. Die Autoren dieser Studie können sich dieses Ergebnis nicht erklären und möchten hinsichtlich des *Sonas Programms* weitere Forschung betreiben. Eine vorhergehende Studie derselben Autoren kam bei der Anwendung des *Sonas Programmes* bei Demenzkranken auf gegensätzliche Ergebnisse (Strøm et al. 2017). Während bei der randomisiert kontrollierten Studie von Strom et al. (2017) keine Änderung der Kommunikation nach der Anwendung des *Sonas Programmes* für 24 Wochen zu erkennen war, konnten bei der Längsschnittstudie von Strom et al. (2018) unter gleichen Bedingungen sehr wohl Änderungen erzielt werden. Der einzige Unterschied auf welchen die verschiedenen Ergebnisse zurückzuführen wären, sind die Messinstrumente der beiden Studien. In der Studie von 2017 wurde die HCS (Holden Communication Scale) verwendet, wobei ein Jahr später das TCT (Threadgold Communication Tool) für die Analyse angewendet wurde. Das Instrument TCT wurde jedoch eigens auf das *Sonas Programm* für Demenzkranke abgestimmt, somit sind die Ergebnisse dieser Studie signifikanter (Strøm et al. 2017).

Dieses Programm stellt einen guten Ansatz für die Förderung der Kommunikationsfähigkeit demenzkranker Personen dar und könnte in diversen Pflegeeinrichtungen angeboten werden. Für Pflegepersonen könnte dies bedeuten, dass die Kommunikation mit Demenzkranken besser gelingen kann und weniger Verständigungs- und Pflegeprobleme auftreten. Nicht nur die Pflegepersonen würden davon profitieren, auch die Teilnehmerinnen/Teilnehmer des *Sonas Programms* (Strøm et al. 2017).

In der Studie von Montagne et al. (2016) zeigte die Intervention *Pflege am Boden* ein positives Outcome für die beiden demenzkranken Teilnehmerinnen. Diese

Intervention beansprucht wenig Platz und Gegenstände um durchgeführt zu werden. Ein einziger zeitlicher Anspruch für die Pflegeperson ist gegeben, da diese während der Intervention anwesend sein sollte. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass in schwer demenziell erkrankten Personen oft noch mehr steckt als man denkt. Wenn die Autonomie zugelassen wird und die Patientin/der Patient selbst entscheidet, was sie/er tun möchte, können möglicherweise durch die Krankheit verlorene Fähigkeiten wieder zurückkehren. Beispielsweise konnte sich eine der Teilnehmerinnen, welche sich seit Jahren nicht mehr verbal geäußert hat, während dieser Intervention mithilfe von wenigen Worten mit der Pflegeperson unterhalten. Die Interaktion zwischen Patientin/Patienten und Pflegeperson geschieht demnach leichter, wenn sich beide Gesprächspartner auf gleicher Ebene befinden. Dies zeigt, dass Aktivitäten mit schwer demenzkranken Personen ebenso Fortschritte zeigen können. Die Methode, die Patientin/den Patienten auf den Boden zu platzieren und von dort aus Aktivitäten anzubieten, klingt vorerst eigenartig. Das Outcome dieser Intervention ist jedoch überraschend positiv und empfehlenswert (Montagne et al. 2016).

Ein Mangel an Wissen über die nonverbale Kommunikation mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz kann oft zu Problemen und Unsicherheiten führen. In der Studie von Naughton et al. (2018) wurde daher ein Demenz-Kommunikationstraining für Auszubildende in der Pflege erprobt. Dieses Training basierte an dem VERA-Konzeptrahmen. Dieses Konzept besteht aus der Validation, Emotion, Beruhigung und der Aktivität. Validation bedeutet, den Menschen wertzuschätzen und versuchen, sich in ihn hineinzusetzen. Die zweite Phase ist die Emotion, dabei sollte auf die emotionale Befindlichkeit der Person geachtet werden. Besonders die Körpersprache, Stimmlage und Gesichtsausdrücke sind hierbei wichtige Bestandteile. Die Beruhigung spielt bei verwirrten Personen eine große Rolle. Durch verbalen Zuspruch oder nonverbale Gesten wie die Hand halten oder lächeln kann die emotionale Situation oft schnell verbessert werden. Zuletzt sollte eine Aktivität mit der/dem Demenzkranken gemeinsam unternommen werden. Dies kann von einer einfachen Pflegetätigkeit bis hin zu einem Spaziergang reichen (Blackhall et al. 2011).

Die Pflegeschüler erlernten und führten in der Interventionsstudie von Naughton et al. (2018) diese Technik der Interaktion mit demenzkranken Patientinnen/Patienten durch. Das Ergebnis dieser Intervention war für die Teilnehmerinnen/Teilnehmer sehr zufriedenstellend. Der VERA-Konzeptrahmen ist in der Demenzpflege bereits weit verbreitet und wird in einzelnen Pflegeeinrichtungen standardmäßig praktiziert (Blackhall et al. 2011). Durch die positiven Evaluierungen der Teilnehmerinnen/Teilnehmer der Studie von Naughton et al. (2018) wäre die Aufnahme dieses Konzeptes in das Curriculum der Pflegeausbildung bedenkenswert. Die Kommunikation mit Demenzerkrankten im fortgeschrittenen Stadium stellt in der Pflege immer wieder Schwierigkeiten dar. Eine angemessene Schulung wird dahingehend eher mangelnd angeboten. Konzepte, die in der Kommunikation bei Demenzkranken als Anhaltspunkt verwendet werden können, sollten ein Teil des Curriculums in der Ausbildung von Pflegepersonal werden. Nicht nur die Demenzkranken würden davon profitieren, auch das Pflegepersonal würde mehr Sicherheit zeigen und einen besseren Umgang gewährleisten.

4.4. Stärken und Schwächen der Arbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit weist diverse Stärken sowie auch Schwächen auf. Stärken sind beispielsweise die systematische Vorgehensweise bei der Literaturrecherche und die kritische Beurteilung der Qualität der Studien durch den standardisierten Bewertungsbogen von Hawker et al. (2002). Zudem sind die inkludierten Studien nicht älter als zehn Jahre, wobei auf die Aktualität der Literatur zu schließen ist. Eine weitere Stärke ist, dass aus den gewonnenen Ergebnissen Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden können.

Eine Schwäche dieser Arbeit ist, dass die Literaturrecherche in nur zwei verschiedenen medizinischen Datenbanken sowie im Google Scholar stattfand. Als weitere Schwäche wird die geringe Anzahl an inkludierten Studien gezählt sowie die qualitative Bewertung der Studien durch nur eine Person. Zudem könnte die Durchführung einer Literaturrecherche durch eine Einzelperson geführt haben, dass bedeutende Studien übersehen wurden. Außerdem wurde nur nach Studien in englischer und deutscher Sprache gesucht, was bedeutet, dass mögliche wichtige Ergebnisse fehlen könnten.

5. Schlussfolgerung

Die Kommunikation ist eine wichtige Komponente in der Pflege von Menschen mit einer dementiellen Erkrankung. Sobald eine Interaktion aufgrund von Verlust verbaler Fähigkeiten nur mehr nonverbal geschehen kann, kommen oft Schwierigkeiten in der Pflege auf. Dieses Literaturreview beschreibt, welche Möglichkeiten der nonverbalen Kommunikation mit dementiell erkrankten Personen bestehen und welche Maßnahmen diese verbessern könnten.

Aus den Ergebnissen wird ersichtlich, dass viele verschiedene Faktoren wie Gestik, Berührung, Mimik und Lautäußerungen wichtige Bestandteile der nonverbalen Kommunikation mit Demenzkranken bilden. Zudem wird bei der nonverbalen Kommunikation die Individualität groß geschrieben, da jede/jeder einzelne Demenzkranke unterschiedliche Symptome zeigt, sowie verschieden auf Kommunikationstechniken ansprechen kann. Die *Adaptive Interaktion*, in der der Patient im Mittelpunkt steht und sich die Pflegeperson auf das Kommunikationsverhalten der Demenzerkrankten anpasst, kann eine Möglichkeit zur Verbesserung der nonverbalen Kommunikation darstellen. Eine bedeutende Rolle in der Kommunikation mit Demenzkranken spielt ebenso die Ausbildung von Pflegepersonal. Ohne eine angemessene Schulung ist eine erfolgreiche Interaktion mit Demenzkranken im fortgeschrittenen Stadium nur schwer möglich.

Die nonverbale Kommunikation stellt eine große Herausforderung für Pflegende im Umgang mit schwer demenzkranken Personen dar. Durch die vorgeschlagenen Kommunikationsmöglichkeiten und -maßnahmen in den angeführten Studien kann die Interaktion durchaus erleichtert werden. Allgemein gültige Maßnahmen können in diesem Kontext jedoch schwierig eingesetzt werden, eine individuelle Betreuung wird bei einer demenziellen Erkrankung immer gefordert sein.

5.1. Praxisempfehlung

Basierend auf den Ergebnissen der vorliegenden Bachelorarbeit können Empfehlungen für die Pflegepraxis abgeleitet werden. Darunter sind die grundlegenden Aspekte der nonverbalen Kommunikation mit Menschen mit einer fortgeschrittenen demenziellen Erkrankung bis hin zu detaillierteren Möglichkeiten der Kommunikation wie Gestik, Berührung, Mimik und den Lautäußerungen zu finden. Eine der wichtigsten Grundlagen der nonverbalen Kommunikation bilden der Augenkontakt mit der Patientin/dem Patienten sowie das Schenken der Aufmerksamkeit. Eine weitere Empfehlung für die Praxis ist das Erklären jedes einzelnen Schrittes der Pfl egetätigkeit und wenn notwendig, den Pfl egevorgang demonstrativ vorzeigen. Die Emotionen und mimischen Ausdrücke sollten von den Pflegepersonen während Interaktionen stark betont werden. Als mögliche Maßnahme für die nonverbale Kommunikation mit Demenzkranken wird empfohlen, auf Lautäußerungen der Patientin/des Patienten einzugehen, diese als Kommunikationsversuch zu interpretieren und sie/ihn in Gespräche zu integrieren. Diese Anwendungsmöglichkeiten der Kommunikation können von jeder Pflegeperson in jedem Bereich angewendet werden.

Die *Adaptive Interaktion* benötigt viel Zeit und Einfühlungsvermögen der Pflegepersonen. Bei Vorhandensein dieser Ressourcen ist diese Form der Interaktion besonders zu empfehlen, da die zu pflegende Person das Kommunikationsverhalten auf ihre eigene Art und Weise beibehalten kann.

Pflegepersonen, die in Pflegeheimen tätig sind, können von Gruppeninterventionen wie das *Sonas Programm* oder von der *Pflege am Boden* profitieren. Diese beiden Interventionen benötigen wenig Aufwand können laut den Studienergebnissen Besserungen der nonverbalen Kommunikation erzielen.

5.2. Forschungsempfehlung

Die Maßnahmen für nonverbale Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und Menschen mit fortgeschrittener Demenz sind in nur wenigen Studien zu finden. Vielmehr wird in Studien darauf eingegangen, welche Fähigkeiten der Kommunikation bei Demenzkranken erhalten sind und wie diese zum Ausdruck gebracht werden.

Zukünftig sollten vermehrt prospektive Interventionsstudien mit adäquater Stichprobengröße durchgeführt werden, welche unterschiedliche Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit dementiell erkrankten Personen thematisieren. Des Weiteren ist die bisherige Forschung auf diesem Gebiet auf die Alzheimer-Krankheit beschränkt. Vergleiche zwischen den verschiedenen Demenzformen in Hinsicht auf Kommunikationsmöglichkeiten und -maßnahmen wären daher zu empfehlen. Des Weiteren beschränken sich die Settings der inkludierten Studien hauptsächlich auf Langzeiteinrichtungen. Möglichkeiten der nonverbalen Kommunikation mit Demenzkranken im Krankenhaussetting oder im ambulanten Bereich sollten ebenso in den Fokus der Forschung gebracht werden. Weitere Forschung sollte auch zu den Aus- und Weiterbildungsprogrammen für Pflegenden im Umgang mit der Kommunikationsbarriere in der Demenzpflege betrieben werden.

6. Literaturverzeichnis

Argyle, M 2013, *Körpersprache & Kommunikation. Nonverbaler Ausdruck und soziale Interaktionen*, Junfermann Verlag, Paderborn.

Asplund, K 1991, 'The experience of meaning in the care of patients in the terminal stage of dementia of the alzheimer type : interpretation of non-verbal communication and ethical demands ', *Department of Advanced Nursing, University of Umeå*,

Bickel, H 2016, 'Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen', *Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz*,

Blackhall, A, Hawkes, D, Hingley, D & Wood, S 2011, 'VERA framework: communicating with people who have dementia', *Nurs Stand*, vol. 26, no. 10, pp. 35-9, doi:10.7748/ns2011.11.26.10.35.c8818

Currie, L 2018, 'Adaptive interaction as a method of non-verbal communication in individuals with dementia', *Practice Nursing*, vol. 29, no. 4, pp. 176-80, doi:10.12968/pnur.2018.29.4.176

de Vries, K 2013, 'Communicating with older people with dementia', *Nurs Older People*, vol. 25, no. 4, pp. 30-7

Ellis, M & Astell, A 2017, 'Communicating with people living with dementia who are nonverbal: The creation of Adaptive Interaction', *PLoS One*, vol. 12, no. 8, p. e0180395, doi:10.1371/journal.pone.0180395

Fink, A 2014, *Conducting research literature reviews: From the Internet to paper* Los Angeles.

Gleichweit, S & Rossa, M 2009, 'Erster Österreichischer Demenzbericht – Teil 1: Analyse der Versorgungssituation durch das CC, Integrierte Versorgung der Österreichischen Sozialversicherung, ' *Wiener Gebietskrankenkasse*,

Guaita, A, Malnati, M, Vaccaro, R, Pezzati, R, Marcionetti, J, Vitali, SF & Colombo, M 2009, 'Impaired facial emotion recognition and preserved reactivity to facial expressions in people with severe dementia', *Arch Gerontol Geriatr*, vol. 49 Suppl 1, pp. 135-46, doi:10.1016/j.archger.2009.09.023

Guzmán-Vélez, E, Feinstein, JS & Tranel, D 2014, 'Feelings Without Memory in Alzheimer Disease', *Cognitive and Behavioral Neurology*, vol. 27, no. 3, pp. 117-29, doi:10.1097/wnn.0000000000000020

Höfler, S, Bengough, T, Winkler, P & Griebler, R 2015, *Österreichischer Demenzbericht 2014, Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium*, Wien.

Hydén, L-C 2011, 'Non-verbal vocalizations, dementia and social interaction', *Communication & Medicine (Equinox Publishing Group)*, vol. 8, no. 2, pp. 135-44, doi:10.1558/cam.v8i2.135

ICD-10-GM 2018, *Systematisches Verzeichnis internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision*, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, viewed 15.10.2018, <http://www.icd-code.de/icd/code/F03.html>

Kojer, M 2006, 'Kommunikation bei demenzerkrankten Palliativpatienten', *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2006/7,

Kurz, A, Freter, H-J, Saxl, S & Nickel, E 2017, *Demenz. Das Wichtigste - Ein kompakter Ratgeber*, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Berlin.

List, M & Supprian, T 2009, *Inadäquate Vokalisationen bei Demenzkranken: Interventionsmöglichkeiten beim Schreien und anderen Lautäußerungen von Demenzpatienten*, vol. 22.

Mast, M & Cousin, G 2013, *The role of nonverbal communication in medical interactions: Empirical results, theoretical bases, and methodological issues*.

Montagne, PA, Igier, S & Vincent, A 2016, 'A new caring by the ground for severe stage of dementia', *Aging Clin Exp Res*, vol. 28, no. 4, pp. 787-9, doi:10.1007/s40520-015-0456-7

Naughton, C, Beard, C, Tzouvara, V, Pegram, A, Verity, R, Eley, R & Hingley, D 2018, 'A dementia communication training intervention based on the VERA framework for pre-registration nurses: Part I developing and testing an implementation strategy', *Nurse Educ Today*, vol. 63, pp. 94-100, doi:10.1016/j.nedt.2018.01.023

Powell, J 2000, 'Care to Communicate: Helping the Older Person with Dementia', *Journal of Dementia Care*,

Re, S 2003, *Emotionales Ausdrucksverhalten bei schweren demenziellen Erkrankungen*, vol. 36.

Reisberg, B, Ferris, SH, de Leon, MJ & Crook, T 1982, 'The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia', *Am J Psychiatry*, vol. 139, no. 9, pp. 1136-9, doi:10.1176/ajp.139.9.1136

Samuelsson, C & Hydén, LC 2011, 'Intonational Patterns of Nonverbal Vocalizations in People With Dementia', *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, vol. 26, no. 7, pp. 563-72, doi:10.1177/1533317511428152

Steinmetz, A 2006, *Kommunikation ohne Worte - KoW® Offenburg*.

Strøm, BS, Engedal, K, Benth, JS & Grov, EK 2017, 'Effect of the Sonas Programme on Communication in People with Dementia: A Randomized Controlled Trial', *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, vol. 7, no. 1, pp. 122-35, doi:10.1159/000468147

Strøm, BS, Šaltyté Benth, J & Engedal, K 2018, 'Impact of the Sonas Programme on Communication over a Period of 24 Weeks in People with Moderate-to-Severe Dementia', *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, pp. 238-47, doi:10.1159/000489041

Wilson, R, Rochon, E, Leonard, C & Mihailidis, A 2012, 'Formal Caregivers' Perceptions of Effective Communication Strategies while Assisting Residents with Alzheimer's Disease During Activities of Daily Living', *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, vol. 36, no. 4, pp. 314-31

7. Anhang

Kritische Bewertung der Studien mittels Bewertungsbogen von Hawker et al. (2002)

Maggie Ellis, Arlene Astell (2017) Communicating with people living with dementia who are nonverbal: The creation of Adaptive Interaction

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Ja, im Titel sind alle relevanten Keywords der Studie vorhanden, somit bekommt man bereits beim Lesen des Titels einen guten Einblick in den Inhalt des Artikels. Der Abstract ist gut gegliedert und beinhaltet alle Bestandteile.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Der Hintergrund des Problems wurde in der Einleitung sehr ausführlich und genau beschrieben. Dabei wurde auch die bisherige Literatur verwendet und die Lücke in der Literatur aufgezeigt. Die Einleitung schließt mit dem Forschungsziel ab.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Ja, die Methode ist angemessen und wird sehr ausführlich, auch mit Beispielen, erklärt.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Ja, das Sampling war für diese Studie angemessen. Die 5 Teilnehmer werden einzeln vorgestellt und ihre kommunikativen und sozialen Fähigkeiten genau beschrieben. Sie wurden vom Pflegeheimleiter ausgewählt, da diese 5 Personen den Anforderungen der Studie entsprachen.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse wird nur überblicksmäßig und nicht sehr genau beschrieben. Es sind zwar alle Analyseverfahren angegeben, jedoch wird darauf nicht genauer eingegangen.	Poor 2

<p>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?</p>	<p>Good 4</p>
<p>Die Einwilligung durch ein Ethikkomitee sowohl die Zustimmung der nahestehenden Familienmitglieder der Partizipanten ist angegeben. Die ethischen Belange wurden aufgezeigt.</p>	
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p>	<p>Good 4</p>
<p>Ja, die Ergebnisse werden in Unterüberschriften unterteilt und genau beschrieben. Die Tabellen sind gut verständlich und werden im Text erklärt.</p>	
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p>	<p>Fair 3</p>
<p>Die Ergebnisse dieser Studie können sehr wohl auf eine größere Population übertragen werden, jedoch wäre eine weitere Forschung mit mehreren Probanden empfehlenswert.</p>	
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p>	<p>Good 4</p>
<p>Die Ergebnisse sind sehr hilfreich für die Praxis. Die Praxisempfehlungen werden zwar nicht explizit angegeben, jedoch können diese vom Leser implizit hergeleitet werden. Eine Empfehlung für weitere Forschung wird angegeben.</p>	
<p>Total:</p>	<p>33 (91,7%)</p>

Lars-Christen Hyden (2011) Non-verbal vocalizations, dementia and social interaction

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p> <p>Der Titel ist sehr kurz und prägnant gestaltet, die wichtigsten Aspekte sind enthalten. Im Abstract werden keine Hinweise auf die Methode angegeben. Im Übrigen ist der Abstract gut strukturiert.</p>	Fair 3
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <p>Ja, der Hintergrund wurde sehr ausführlich und verständlich aufbereitet. Das bisherige Wissen über dieses Thema wurde durch die bereits vorhandene Literatur gut dargestellt. Auch das Ziel und die beiden Forschungsfragen gehen klar aus der Einleitung hervor.</p>	Good 4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p> <p>Ja, die Methode wird leicht verständlich und detailliert beschrieben.</p>	Good 4
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <p>Für diese Studie wurde nur ein Teilnehmer herangezogen. Dieser Teilnehmer wurde jedoch in der Studie detailgetreu vorgestellt. Der Rekrutierungsvorgang des Teilnehmers wurde nicht beschrieben.</p>	Poor 2
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p>Nein, die Datenanalyse wurde sehr lückenhaft beschrieben.</p>	Poor 2
<p>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?</p> <p>Ja, die Einwilligung durch ein Ethikkomitee wurde angegeben. Die Namen, die in der Studie angegeben wurden, wurden geändert, um die Privatsphäre der Teilnehmer zu schützen.</p>	Good 4
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p> <p>Ja, die Ergebnisse werden genau und verständlich beschrieben. Die aufgezeichneten Gespräche werden in Abbildungen dargestellt und im Text beschrieben. Die Ergebnisse können die beiden Forschungsfragen gut beantworten.</p>	Good 4

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
In dieser Studie wird angegeben, dass die Ergebnisse nicht auf die gesamte Population der Alzheimer-Erkrankten verallgemeinert werden können. Vielmehr besteht der Sinn dieser Studie darin, die Wichtigkeit der Lautäußerungen darzustellen.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Diese Studie ist hilfreich für das Verständnis, dass Lautäußerungen von Menschen mit Demenz eine Form zu kommunizieren sind und keine Unterbrechungen oder Störungen der Konversation darstellen sollten. Empfehlungen für die Praxis sowie für weitere Forschung werden angegeben.	Good 4
Total:	30 (83,3%)

Guaita et al. (2009) Impaired facial emotion recognition and preserved reactivity to facial expressions in people with severe dementia

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p>	
<p>Der Titel ist etwas lang, jedoch beschreibt er den Inhalt der Studie genau und man weiß bereits beim Lesen den Titels worum es geht. Der Abstract ist gut gegliedert und beinhaltet alle wichtigen Informationen.</p>	Good 4
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p>	
<p>Ja, in der Einleitung werden die wichtigsten Aspekte des Forschungsproblems beleuchtet und in einem kurzen Review der Stand der Wissenschaft nähergebracht. Zum Schluss wurden auch die Forschungslücke sowie das Forschungsziel beschrieben.</p>	Good 4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p>	
<p>Ja, die Methode ist für diese Studie angemessen. Die Beschreibung der Vorgehensweise ist zwar verständlich beschrieben, könnte jedoch detaillierter gestaltet werden.</p>	Fair 3
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	
<p>Ja, in diesem Artikel wird die Rekrutierung der Teilnehmer ausführlich beschrieben und die Anzahl erweist sich als angemessen. Ein- und Ausschlusskriterien wurden detailliert angegeben. Jedoch fehlt die Angabe des durchschnittlichen Alters der Teilnehmer.</p>	Fair 3
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	
<p>Ja, die Datenanalyse wurde genau, verständlich und vollständig beschrieben.</p>	Good 4
<p>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?</p>	
<p>Es werden keine ethischen Belange oder Einwilligung durch ein Ethikkomitee thematisiert.</p>	Very Poor 1
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p>	

Die Ergebnisse sind gut verständlich aufbereitet und auf die Tabellen und Abbildungen wird im Text Bezug genommen und erklärt. Die Forschungsfrage kann mit den Ergebnissen gut beantwortet werden.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Good 4
Ja, die Ergebnisse können auf eine weitere Population übertragen und verallgemeinert werden. Die Studie könnte mit anderen ähnlichen Studien verglichen werden.	
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Poor 2
Die Ergebnisse in dieser Studie sind mit bereits erfolgten Studien zu vergleichen. Daraus lässt sich schließen, dass kaum neues Wissen aus dieser Studie hervorgeht. Empfehlungen für weitere Forschung werden daher auch nicht angeführt. Implikationen für die Praxis werden jedoch angegeben.	
Total:	29 (80,6%)

Wilson et al. (2012) Formal Caregivers' perception of effective communication strategies while assisting residents with Alzheimer's Disease during Activities of Daily Living

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p>	
<p>Im Titel sind alle wichtigen Keywords enthalten und der Inhalt der Studie ist daraus gut ersichtlich. Der Abstract ist gut gegliedert und enthält alle wesentlichen Informationen.</p>	Good 4
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p>	
<p>Die Einleitung geht vom Allgemeinen ins Spezifische, wobei das bereits vorhandene Wissen über dieses Thema ausführlich dargelegt und diskutiert wird. Eine Wissenslücke in der Forschung sowie das Forschungsziel werden angegeben.</p>	Good 4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p>	
<p>Ja, die Methode ist angemessen um die gewünschten Ergebnissen zu erlangen. Der Vorgang der Studie wird im Methodenteil detailgetreu und mit Beispielen der gestellten Fragen beschrieben.</p>	Good 4
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	
<p>Ja, die Samplingstrategie wurde genau beschrieben und die Samplinggröße ist für diese Studie angemessen. Details wie Alter, Geschlecht oder Profession der Teilnehmer wurden in einer Tabelle aufgelistet.</p>	Good 4
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	
<p>Ja, die Beschreibung der Datenanalyse erfolgte sehr genau mit Einbezug der Transkription und Kodierung der Interviews sowie der verwendeten Instrumente.</p>	Good 4
<p>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?</p>	Fair 3
<p>Eine Einwilligung durch das Ethikkomitee wird angegeben. Eine ausreichende Information über das Vorgehen der Studie sowohl eine</p>	

mündliche und schriftliche Zustimmung der Teilnehmer wird beschrieben. Die weiteren ethischen Belange oder die Beziehung zwischen den Teilnehmern und den Autoren wurden nicht angegeben.	
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Ja, die Ergebnisse werden klar und logisch dargelegt. Sie werden in zwei Kategorien gegliedert und ausführlich beschrieben. Die Tabellen werden im Text erklärt und es kommen Beispiele der Interviews vor. Die Ergebnisse beziehen sich auf das Forschungsziel.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Ja, es wird genügend Information über das Setting und die Teilnehmer der Studie angegeben um mit anderen Studien verglichen zu werden.	Good 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind wichtig für die Praxis und es wurden in dieser Studie neue Ergebnisse erzielt. Eine Empfehlung für weitere Forschung wurde gegeben, um das Wissen über dieses Thema zu erweitern.	Good 4
Total:	35 (97,2%)

Naughton et al. (2018) A dementia communication training intervention based on the VERA framework for pre-registration nurses

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p>	
<p>Der Titel beinhaltet die wichtigsten Keywords und man bekommt beim Lesen des Titels einen guten Einblick in den Inhalt der Studie. Der Abstract ist gut gegliedert und beinhaltet alle relevanten Informationen.</p>	Good 4
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p>	
<p>Ja, der Hintergrund wurde gut verständlich aufbereitet und das vorhandene Wissen aus anderen Studien über dieses Thema wurde dargelegt. Auch das „VERA Framework“ wurde definiert und erklärt.</p>	Good 4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p>	
<p>Ja, die Methode ist angemessen und wurde genau beschrieben. Jede einzelne Phase der Datenerhebung wird als eigenen Punkt angeführt.</p>	Good 4
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	
<p>Ja, die Samplingstrategie und Größe sind angemessen um das Forschungsziel zu erreichen. Nähere Details wie Alter, Geschlecht und Ausbildungstyp werden angegeben.</p>	Good 4
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	
<p>Auf die Datenanalyse wird nur sehr kurz in zwei Sätzen eingegangen. Die notwendigen Informationen sind darin zwar enthalten, eine etwas genauere Beschreibung wäre für das bessere Verständnis jedoch vorteilhaft.</p>	Fair 3
<p>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?</p>	
<p>Eine Einwilligung durch das Ethikkomitee erfolgte, jedoch werden die ethischen Belange nicht angegeben.</p>	Fair 3
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p>	

Ja, die Ergebnisse beziehen sich auf das Forschungsziel und sind leicht verständlich. Es werden Beispiele von den Aussagen der Pflegeschüler angeführt.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Good 4
Ja, die Ergebnisse können mit einer größeren Population verglichen und verallgemeinert werden.	
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Good 4
Die Ergebnisse der Studie könnten herangezogen werden, um ein Demenz-basiertes-Kommunikationstraining in das Curriculum der Pflegeausbildung aufzunehmen. Jedoch müsste für eine solche Implementierung weitere Forschung erfolgen.	
Total:	34 (94,4%)

Montagne et al. (2015) A new caring by the ground for severe stage of dementia

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p>	
<p>Der Titel ist kurz gehalten, beim Lesen kann nicht genau auf den Inhalt der Studie geschlossen werden. Dieser erweckt jedoch das Interesse der Leser, auch den Abstract zu lesen. Der Abstract ist gut gegliedert und enthält relevante Informationen, jedoch wird die Methode nicht angegeben.</p>	Fair 3
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p>	
<p>Ja, der Hintergrund des Forschungsproblems wurde nachvollziehbar mit Einbezug aktueller Literatur aufbereitet. Das Forschungsziel wurde nicht explizit in der Einleitung erwähnt, jedoch wird beim Lesen klar, welches Ziel durch diese Studie erreicht werden sollte.</p>	Fair 3
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p>	
<p>Ja, die Methode ist für diese Studie angemessen, sie wird jedoch nicht ausreichend beschrieben, um einen guten Überblick zu erlangen.</p>	Fair 3
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	
<p>Die Samplinggröße ist mit zwei Teilnehmern etwas zu klein für diese Studie. Die beiden Teilnehmer werden genau mit Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung und kognitive und psychischen Symptome beschrieben.</p>	Fair 3
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	
<p>Ja, die gewonnen Daten werden in dieser Studie analysiert. Jedoch fehlen genauere Angaben dazu im Text.</p>	Poor 2
<p>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?</p>	
<p>Ja, die ethischen Belange wurden diskutiert und seitens eines Ethikkomitees genehmigt. Des Weiteren wurde eine informierte Zustimmung der teilnehmenden Personen erbracht.</p>	Good 4
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p>	

Ja, die Ergebnisse werden gut und verständlich dargestellt. Es wurden genügend Daten gesammelt um die Forschungsfrage beantworten zu können.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Fair 3
Die Samplinggröße dieses Experiments war zu klein, um die Ergebnisse verallgemeinern zu können. Jedoch wurde genügend Information über das Setting und den Kontext der Studie gegeben.	
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Good 4
Das Ergebnis könnte wichtig für die Pflegepraxis sein und eine Methode, um die Kommunikationsfähigkeit bei Menschen mit schwerer Demenz so gut wie möglich wiederzuerlangen. Für solch eine Implementierung wird jedoch eine Empfehlung für weitere Forschung gegeben.	
Total:	29 (80,6%)

Strom et al. (2018) Impact of the Sonas Programme on Communication over a Period of 24 Weeks in people with moderate-to-severe Dementia

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p>	
<p>Der Titel ist gut formuliert, beinhalten alle wichtigen Keywords, jedoch etwas zu lange gehalten. Der Abstract ist gut gegliedert, leicht verständlich und enthält alle wichtigen Informationen.</p>	Good 4
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p>	
<p>Ja, die Einleitung geht vom Allgemeinen ins Spezifische und das bisherige Wissen zu dem Thema wird gut aufbereitet. Das Sonas Programm wird ausreichend definiert und erklärt. Zum Schluss wird das Forschungsziel beschrieben.</p>	Good 4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p>	
<p>Ja, die Methode ist angemessen und wird in der Studie genau beschrieben.</p>	Good 4
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	
<p>Ja, die Stichprobe ist angemessen und es wird angegeben, warum, wie und in welchem Zeitraum die Personen rekrutiert wurden. Die Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie wurden angegeben.</p>	Good 4
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	
<p>Ja, die Datenanalyse wurde genau beschrieben und gründlich durchgeführt. Die verwendeten Instrumente wurden angeführt.</p>	Good 4
<p>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?</p>	
<p>Ja, die Einwilligung durch ein Ethikkomitee sowie die informierte Zustimmung der Teilnehmer oder durch deren nächsten Verwandten ist erfolgt.</p>	Good 4
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p>	

Ja, die Ergebnisse werden klar und mit Unterüberschriften dargestellt. Die Abbildungen werden im Text erklärt. Durch die gewonnenen Ergebnisse konnte die Forschungsziele erreicht werden.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Ja, die Ergebnisse können mit einer weiteren Population verglichen werden. Es sind genug Informationen über das Setting und der Stichprobe vorhanden.	Good 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse dieser Studie ergaben neue Kenntnisse und können auch in der Praxis angewendet werden. Eine weitere Forschung wird von den Autoren empfohlen.	Good 4
Total:	36 (100%)

Edmarie Guzmán-Vélez et al. (2014) Feelings Without Memory in Alzheimer Disease

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p>	<p align="center">Good 4</p>
<p>Der Titel ist kurz und knapp gehalten. Man kann daraus jedoch schließen, um was sich die Studie handelt. Der Abstract ist gut und übersichtlich gegliedert, leicht verständlich und enthält die wichtigsten Informationen.</p>	
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p>	<p align="center">Good 4</p>
<p>Ja, der Hintergrund des Themas wurde klar dargelegt und geht vom Spezifischen ins Allgemeine. Das bisherige Wissen wurde mittels up-to-date Studien gut aufbereitet. Zum Schluss der Einleitung wird das Ziel der Studie genau beschrieben.</p>	
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p>	<p align="center">Good 4</p>
<p>Ja, die Methode wird sehr ausführlich beschrieben. Auf die Durchführung der Emotions- und der Gedächtnistests wird detailliert eingegangen.</p>	
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	<p align="center">Good 4</p>
<p>Ja, die Samplingstrategie war angemessen. Die 17 Personen mit Alzheimer wurden aus den University of Iowa Hospitals and Clinics rekrutiert, wobei die 17, nicht kognitiv eingeschränkten Personen von dem Cognitive Neuroscience Register der Universität von Iowa rekrutiert wurden.</p>	
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	<p align="center">Good 4</p>
<p>Ja, die Datenanalyse wird sehr detailliert beschrieben. Die verwendeten Instrumente und Programme wurden angeführt.</p>	
<p>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?</p>	<p align="center">Good 4</p>
<p>Die Studie wurde von der University of Iowa Institutional Review Board genehmigt. Alle Partizipantinnen/Partizipanten stimmten schriftlich an der Teilnahme zu. Für Personen, die nicht in der Lage waren</p>	

selbstständig zuzustimmen, erbrachten die zuständigen Pflegepersonen eine schriftliche Zustimmung.	
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	Good 4
Ja, die Ergebnisse werden klar beschrieben und mit Zahlen dargelegt. Die Ergebnisse werden in zwei Untergruppen gegliedert und sorgen damit für bessere Verständlichkeit.	
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Fair 3
Ja, die Ergebnisse können an eine größere Population transferiert werden. Jedoch nahmen an dieser Studie nur 34 Personen teil. Um diese Studie generalisieren zu können, müsste eine größere Anzahl an Probanden teilnehmen.	
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Good 4
Die Ergebnisse sind für die Praxis sehr wichtig, da verdeutlicht wird, dass Emotionen von demenzkranken Personen genauso gut beibehalten wird wie von kognitiv gesunden Personen.	
Total:	35 (97,2%)

Ulrich Seidl et al. (2012) Facial Expression in Alzheimer's Disease: Impact of Cognitive Deficits and Neuropsychiatric Symptoms

10. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Fair 3
Der Titel ist klar gestaltet und gibt einen guten ersten Einblick in den Inhalt der Studie. Der Abstract ist gut gegliedert, jedoch fehlen Hinweise auf die Methode.	
11. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Good 4
Ja, der Hintergrund wurde in der Einleitung mit dem Wissen von aktuellen Studien gut aufbereitet. Zum Schluss wurde das Forschungsziel beschrieben.	
12. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Fair 3
Ja, die Methode wird in dieser Studie gut beschrieben. Die Vorgehensweise, Datensammlung und die Aufzeichnung könnten jedoch zum besseren Verständnis detaillierter angegeben werden.	
13. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Poor 2
Ja, die Sampling-Strategie sowie die Sampling-Größe waren für diese Studie angemessen. Die Rekrutierung der 47 Teilnehmer sowie die Ein- und Ausschlusskriterien wurde nicht genau beschrieben. Nähere Details wie Alter oder Geschlecht der Probanden wurden ebenso nicht angegeben.	
14. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	Poor 2
Die verwendeten Instrumente wurden zwar erwähnt, jedoch wurde nicht näher darauf eingegangen.	
15. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	Fair 3
Die Studie wurde durch das Ethikkomitee der Universität Heidelberg genehmigt. Eine schriftliche Einverständniserklärung der Probanden	

war Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie. Die ethischen Belange wurden jedoch nicht angegeben.	
16. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Ja, die Ergebnisse sind gut und logisch aufgelistet. Jedoch ist der Ergebnisteil sehr kurz gehalten. Die Tabellen und Abbildungen werden im Text erwähnt jedoch wird nicht näher darauf eingegangen. Die Ergebnisse nehmen Bezug auf das Forschungsziel.	Fair 3
17. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Ja, die Ergebnisse sind für die Population der an fortgeschrittenen Alzheimererkrankten bedeutend. Im späteren Verlauf der Krankheit spielen kognitive Defizite sowie die nonverbale Kommunikation eine große Rolle. Für eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse dieser Studie müsse jedoch weitere Forschung stattfinden.	Fair 3
18. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Diese Ergebnisse sind wichtig für das Verständnis, dass sich sogar die emotionalen Gesichtsausdrücke im Verlauf der Alzheimer-Krankheit ändern bzw. abnehmen. Es werden Empfehlungen für weitere Forschung und auch für die Praxis angegeben.	Good 4
Total:	26 (72,2%)