

Bachelorarbeit

Auswirkungen von Elderspeak auf die pflegerische Demenzversorgung: Ein Literaturreview

eingereicht von

Angelika Hubmann

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ scient.med. Franziska Großschädl, MSc, BSc

Graz, März 2020

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.

Graz, März 2020

Angelika Hubmann, e.h.“

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	V
Zusammenfassung	VI
Abstract	VIII
1 Einleitung	1
1.1 Altersdiskriminierung	3
1.2 Elderspeak	5
1.3 Demenz	8
1.3.1 Demenzformen	9
1.3.2 Symptomatik und Verlauf demenzieller Erkrankungen	10
1.3.3 Pflege von Menschen mit Demenz	14
1.4 Relevanz der Thematik und Forschungslücke	15
1.5 Forschungsziel und Forschungsfrage	16
2 Methode	17
2.2 Suchstrategie	17
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien	18
2.4 Auswahl der Studien	19
2.5 Kritische Bewertung	21
3 Ergebnisse	22
3.1 Charakteristiken der Studien	22
3.2 Schwierigkeiten in der Kommunikation mit Demenz	27
3.2.1 Andere Sprache	28

3.2.2	Blockierte Nachrichten.....	28
3.3	Widerstand gegen die Pflege.....	29
4	Diskussion.....	33
4.1	Implikationen für die Forschung.....	35
4.2	Implikationen für die Praxis.....	36
4.3	Stärken und Limitationen.....	37
5	Schlussfolgerung.....	38
	Literaturverzeichnis.....	IX
	Anhang.....	XIV

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungspyramide (Statistik Austria 2019)	1
Abbildung 2: Prävalenz von Demenz in Europa (Alzheimer Europe, 2013)	2
Abbildung 3: Demenzformen und Prävalenz (Sütterlin et al., 2011)	9
Abbildung 4: Flowchart.....	20
Abbildung 5: Wahrscheinlichkeit für RTC bei verschiedenen Kommunikationstechniken (Williams et al., 2009)	30

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Symptome der Demenz (Kastner & Löbach, 2018)	11
Tabelle 2: Verlauf demenzieller Erkrankungen mit Symptomen (Höfler et al., 2015)	12
Tabelle 3: Suchstrategien.....	18
Tabelle 4: Charakteristika der ausgewählten Studien	23

Zusammenfassung

Hintergrund: Durch den bevorstehenden demographischen Wandel und den dadurch steigenden Anteil der älteren Bevölkerung ist ein Bedarfszuwachs in der pflegerischen Versorgung zu erwarten. Neben physiologischen Veränderungen des Alters erhöhen chronische Erkrankungen wie Demenz den Pflege- und Betreuungsbedarf erheblich. Aufgrund von negativen Einstellungen und Vorurteilen gegenüber älteren Mitmenschen wenden Pflegefachkräfte in der Interaktion mit Demenzerkrankten häufig Elderspeak an, eine verbale Form der Altersdiskriminierung.

Ziel: Ziel dieser wissenschaftlichen Abhandlung ist es aufzuzeigen, was der Gebrauch von Elderspeak-Kommunikation durch das betreuende Pflegepersonal für die Versorgung und das Verhalten demenziell Erkrankter bedeutet.

Methode: Das Studiendesign dieser Bachelorarbeit ist ein Literaturreview. Die Recherche erfolgte in den wissenschaftlichen Datenbanken PubMed und CINAHL sowie durch eine Handsuche in Google Scholar. Die Auswahl der Abhandlungen wurde nach den vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien getroffen. Die fünf inkludierten Studien wurden anschließend mit dem Bewertungsinstrument von Hong et al. (2018) kritisch begutachtet.

Ergebnisse: Das Demenzsyndrom birgt viele Herausforderungen und Barrieren für das betreuende Pflegepersonal. Ein großes Hindernis bilden die Kommunikation und Interaktion mit den Erkrankten, weshalb es häufig bewusst oder unbewusst zu Altersdiskriminierung in Form von Elderspeak kommt. Der Gebrauch von Elderspeak in der pflegerischen Versorgung Demenzerkrankter führt zu einer verstärkten Widerstandshaltung der Pflegebedürftigen, welche sich durch Aggression, Rückzugsverhalten, und vokale Ausbrüche äußert.

Schlussfolgerung: Durch die Wissensbereitstellung zum Thema Kommunikation bei Demenz in Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften kann die Kommunikation optimiert, das auftretende Widerstandsverhalten reduziert und folglich die Lebens- sowie Pflegequalität der Erkrankten verbessert werden. Verstärkte öffentliche Aufklärung und gesellschaftliches Umdenken in Bezug auf

Altersdiskriminierung und Elderspeak ist notwendig, um den Menschen ein gesundes Altern zu ermöglichen.

Schlüsselwörter: elderspeak, Demenz, Pflegeperson

Abstract

Background: Due to the upcoming demographic change and the resulting increase in the proportion of the elderly population, an increased demand for nursing care is to be expected. In addition to physiological changes of aging, chronic diseases such as dementia raise the need for nursing and care considerably. Due to negative attitudes and prejudices towards older people, nursing professionals often use elderspeak, a verbal form of age discrimination, in their interactions with dementia patients.

Aim: This scientific paper aims at showing how the use of elderspeak communication by caregivers in charge affects the nursing care as well as the behaviour of dementia patients.

Method: The study design of this bachelor thesis is a literature review. The research was done in the scientific databases PubMed and CINAHL as well as in Google Scholar. The selection of the studies was based on predefined inclusion and exclusion criteria. The five studies included were critically reviewed afterwards using the assessment tool by Hong et al (2018).

Results: Due to dementia syndrome, caregivers in charge are confronted with many challenges and barriers. Communication and interaction with patients are seen as major obstacles which can consciously or unconsciously cause age discrimination in form of elderspeak. The use of elderspeak within nursing care leads to increased resistance of dementia patients which is expressed by aggression, withdrawal and vocal outbursts.

Conclusion: The provided knowledge about communication in dementia in education, further education and training of nursing specialists will help to optimise communication and to reduce resistance behaviour; therefore, the patients' quality of life and nursing care will be improved. Increased public enlightenment and social rethinking about age discrimination and elderspeak is needed in order to make healthy ageing possible.

Keywords: elderspeak, dementia, caregiver

1 Einleitung

Aufgrund der anhaltenden Zuwanderung, stagnierenden Geburtenzahlen sowie einer weiterhin steigenden Lebenserwartung wird prognostiziert, dass die österreichische Bevölkerung in den kommenden Jahren wächst aber auch altert. Diese Prognose wird anhand des Verlaufs der Bevölkerungspyramide für 2018, 2030 und 2060 in Abbildung 1 dargestellt. Die Bevölkerungszahl wird bis 2040 um 7% auf 9,43 Millionen und bis 2080 um 12% auf 9,93 Millionen anwachsen. Einen Anstieg von 18,8% (2018) auf 29,3% (2080) verzeichnet der Anteil der über 65-Jährigen in der Bevölkerung. Der stärkste Zuwachs wird langfristig gesehen in der Gruppe der betagten und hochbetagten Personen im Alter von 85 und mehr beobachtbar sein. Ausgehend vom Stand 2018 zählt diese Bevölkerungsgruppe rund 225.000 Personen, bis 2040 soll laut Prognosen die Zahl der Hochbetagten um 80,9% auf 407.000 Personen anwachsen (Statistik Austria, 2019).

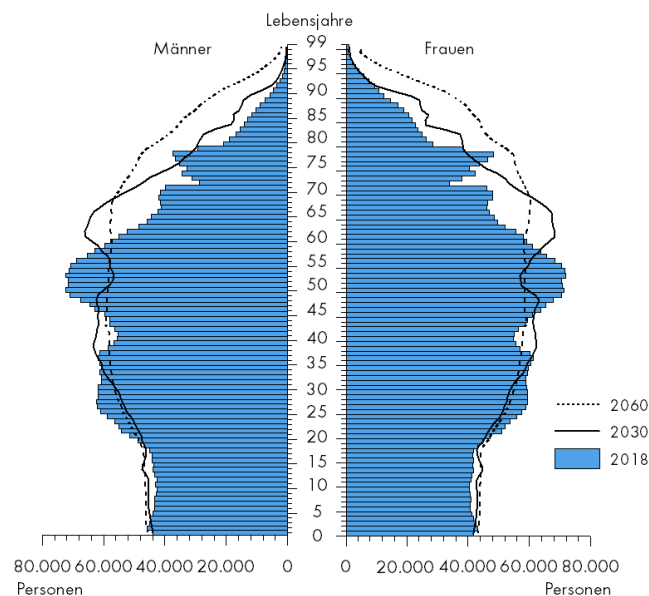


Abbildung 1: Bevölkerungspyramide (Statistik Austria 2019)

Chronische Gesundheitsprobleme nehmen mit steigendem Alter deutlich zu, dazu zählen auch demenzielle Erkrankungen. Laut österreichischer Gesundheitsbefragung 2014 treffen dauerhafte gesundheitliche Probleme auf die Hälfte der über 74-Jährigen zu (Statistik Austria, 2014).

Aktuellen Schätzungen zufolge leiden 130.000 Österreicher und Österreicherinnen an Demenz. Die Betroffenzahl wird sich aufgrund des kontinuierlichen Altersanstiegs bis zum Jahr 2050 verdoppeln, was auch eine Steigerung des Betreuungs- und Pflegebedarfs mit sich zieht (Sütterlin et al., 2011). Mit zunehmendem Alter steigen Prävalenz und Inzidenzzahlen an (Höfler et al., 2015). Abbildung 2 veranschaulicht die Häufigkeit von Demenz nach Altersgruppen in Europa, die Daten stammen aus dem Jahr 2013.

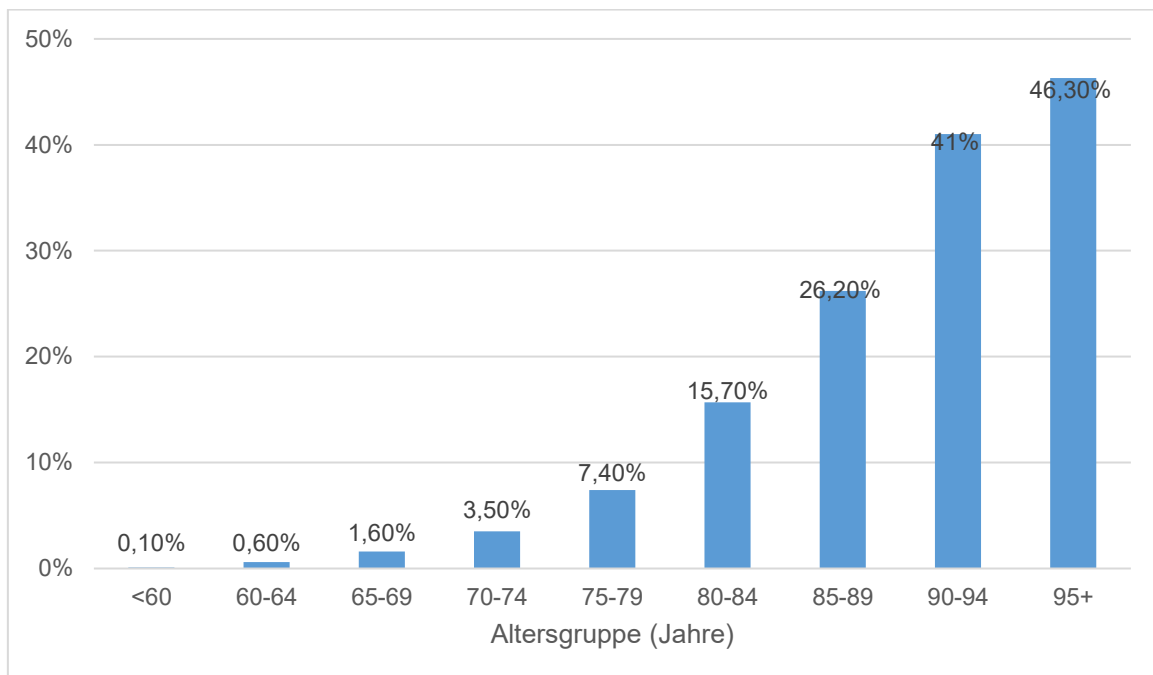


Abbildung 2: Prävalenz von Demenz in Europa (Alzheimer Europe, 2013)

Neben anderen chronischen Erkrankungen oder physiologischen Veränderungen, welche mit zunehmendem Alter auftreten, bringt Demenz den höchsten Grad der Pflegeabhängigkeit mit sich (Prince et al., 2013). Zu Beginn demenzieller Erkrankungen treten geringe Probleme im Alltag auf, mit Verlauf der Krankheit werden die Beeinträchtigungen immer stärker. Aus diesem Grund ist der bzw. die Erkrankte zunehmend auf fremde Hilfe angewiesen, bis im fortgeschrittenen Stadium eine dauerhafte Betreuung und Pflege erforderlich ist (Winkler et al., 2012).

Die demographische Entwicklung wird häufig mit negativen Attributen belegt und als Bedrohung gesehen, dadurch können negative Altersbilder entstehen oder vorherrschende negative Altersstereotype bestärkt werden. Die Sichtweisen auf das

Alter und Altern wirken sich auf die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen und dadurch auch auf ihre Lebensqualität aus (Berner & Moormann, 2019).

1.1 Altersdiskriminierung

Der Terminus Altersdiskriminierung bezeichnet die Benachteiligung von Menschen aufgrund ihres (hohen) Alters, was eine Verletzung von Rechten und legitimen Ansprüchen sowie soziale oder ökonomische Diskriminierung mit sich bringen kann. Prinzipiell kann diese Form der Erniedrigung alle Altersgruppen treffen, neben älteren Personen insbesondere Kinder und Jugendliche. Der Begriff Altersdiskriminierung wird in der Fachliteratur vergleichsweise selten verwendet, häufiger taucht in diesem Zusammenhang der englische Ausdruck „Ageism“ auf, welcher vom amerikanischen Gerontologen Robert Butler geprägt ist (Rothermund & Mayer, 2009).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert wie folgt:

„Ageism is the stereotyping, prejudice, and discrimination against people on the basis of their age. Ageism is widespread and an insidious practice which has harmful effects on the health of older adults. For older people, ageism is an everyday challenge. Overlooked for employment, restricted from social services and stereotyped in the media, ageism marginalises and excludes older people in their communities.“ (World Health Organization, 2019)

R. Butler beschreibt Ageism als ein umfassendes gesellschaftliches Phänomen. Es schließt drei miteinander verknüpfte Facetten ein: Vorurteile gegenüber älteren Menschen, soziale Diskriminierung Älterer im Alltag sowie institutionelle und politische Richtlinien und Praktiken, die stereotype Überzeugungen aufrechterhalten (Rothermund & Mayer, 2009).

Stereotype Rollenbilder, die meist Auslöser von Ageism sind, werden durch Medienberichte und politische Diskussionen zur Finanzierung von Gesundheits- und Rentensystemen, in welchen ältere Menschen als Last für die jüngere Generation dargestellt werden, verstärkt. Dies führt folglich dazu, dass viele ältere Personen sich selbst als nutz- und wertlos für die Gesellschaft sehen. Altersdiskriminierung greift in die Lebensführung der Betroffenen ein, indem die Einbindung in die Gesellschaft und die Möglichkeit sein Handeln selbst zu bestimmen eingeschränkt wird (Grabovac et al., 2018).

In Zeiten des demographischen Wandels wird die Bekämpfung von Altersdiskriminierung zu einem bedeutenden Thema. Die Statistik der Antidiskriminierungsstelle Steiermark zeigt, dass im Jahr 2018 10,8% der gemeldeten Diskriminierungsfälle das Alter betrafen, 2012 waren es im Vergleich dazu nur 3,53% (Grabovac et al., 2018).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) warnt vor den physischen und psychischen Konsequenzen der Altersdiskriminierung für den Betroffenen bzw. die Betroffene. Älteren Personen, die sich als Last für die Gesellschaft sehen oder sich nicht gebraucht und verstanden fühlen, drohen Depressionen und Einsamkeit (World Health Organization, 2019). Die Studie von Levy et al. (2002) zeigt, dass ältere Erwachsene, die ihr eigenes Altern als vorwiegend negativ sehen, durchschnittlich 7,5 Jahre früher sterben als jene mit einer positiven Einstellung zum Alter. Basierend auf dem „Age Stereotypes in Interactions Model“ (ASI) von Hummert (1994) wird vermutet, dass Patienten bzw. Patientinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen verstärkt altersdiskriminierenden Äußerungen ausgesetzt sind (Hummert et al., 2004).

Stereotype und Vorurteile haben auch Einfluss auf die intergenerative Kommunikation. Höheres Alter kann zu verschiedenen physiologisch oder pathologisch bedingten Kommunikationsdefiziten führen. Durchgeführte Forschung auf diesem Gebiet hat gezeigt, dass die Einstellung zu diesen Defiziten einen wesentlichen Einfluss auf die Kommunikation zwischen jüngeren und älteren Erwachsenen haben kann (Hummert et al., 2004). Im Pflege- und Betreuungsbereich zeigt sich Altersdiskriminierung vor allem im Interaktions- und Kommunikationsverhalten von Pflegekräften (Rothermund & Mayer, 2009). In diesem Zusammenhang tritt häufig der Begriff „Elderspeak“ auf, ein infantilisierender bevormundender Sprechstil, der häufig durch Angehörige der Gesundheitsberufe im Gespräch mit Pflegebedürftigen ausgeübt wird (Kemper, 1994).

Für diese Arbeit wird auf die deutsche Übersetzung des Begriffes „Elderspeak“ verzichtet und der englische Terminus verwendet.

1.2 Elderspeak

Elderspeak ist eine spezielle Ausdrucksform der Altersdiskriminierung. Es bezeichnet ein Sprechmuster, das durch die Kontrolle und Bevormundung älterer Personen durch jüngere Pflegekräfte gekennzeichnet ist (Rothermund & Mayer, 2009). Dieses Sprachverhalten wird in der Annahme verwendet, dass es die Verständigung erleichtere. Als Auslöser gelten Veränderungen des Alters wie körperliches Gebrechen, langsame Bewegungen, Schwerhörigkeit oder veränderte Stimmqualität, wodurch stereotype Erwartungen ausgelöst werden. Aufgrund ihrer Vorstellung, dass ältere Personen nicht nur körperlich gebrechlich, sondern auch in ihrer geistigen Wahrnehmungsleistung eingeschränkt sind, zeigen Pflegekräfte verändertes Verhalten, was abhängigkeitsunterstützend wirken kann (Brose, 2003).

Elderspeak zeigt verbale und nonverbale bzw. paraverbale Charakteristika. Zu den verbalen Merkmalen zählen eine vereinfachte Wortwahl und Grammatik, die Form der Anrede und der Gesprächsinhalt. Die Wortwahl der jüngeren Gesprächspartner bzw. -partnerinnen beschränkt sich auf gebräuchliche Begriffe, kurze und einfache Wörter, infantile Ausdrücke, Diminutiva wie ein angehängtes „-chen“ oder „-lein“ sowie die Verwendung des Wortes „wir“ statt „Sie“. Die vereinfachte Grammatik zeigt sich in einfacher, kurzer Satzbildung, häufigen Wiederholungen, Imperativen und angefügten Fragen (z.B. „nicht wahr?“). Weiters werden die älteren Interaktionspartner und -partnerinnen geduzt bzw. mit Vor- oder Spitznamen angesprochen und verniedlichte Anreden, wie z.B. „meine Liebe“ gebraucht. Die thematische Gestaltung der Interaktion ist durch eine eingeschränkte Themenwahl charakterisiert, wie sich etwa in vergangenheitsbezogenen, oberflächlichen oder übermäßig persönlichen Gesprächen zeigt. Hinzu kommt häufiges Unterbrechen des älteren Gesprächspartners bzw. der -partnerin und herablassende, überfürsorgliche oder bestimmende Äußerungen (Rothermund & Mayer, 2009).

Die nonverbalen Kennzeichen von Elderspeak umfassen Modulationen der Stimmqualität, den Blickkontakt, die Nähe-Distanz-Regulation, mimische Ausdrücke sowie Gestik und Körperkontakt. Die Interaktion ist durch eine hohe Lautstärke und Stimmlage, geringe Sprechgeschwindigkeit und übertriebene Intonation seitens jüngerer Personen charakterisiert. Diese vermeiden Blickkontakt und zeigen entweder physischen Abstand oder zu geringe körperliche Distanz zum

Gesprächspartner bzw. zur Gesprächspartnerin. Ihre Mimik und Gestik schildern beispielsweise ein übertriebenes „aufgesetztes“ Lächeln und verschränkte Arme. Ein weiteres paraverbales Kennzeichen für Elderspeak ist die Aufnahme von Körperkontakt durch den jüngeren Interaktionspartner bzw. die Interaktionspartnerin, welche durch Berührungen an Kopf, Arme oder Schultern vermittelt wird (Rothermund and Mayer, 2009).

Untersuchungen von Kemper (1994) zeigen, dass Pflegekräfte und auch Dienstleistende ihre Sprache anpassen, wenn sie sich mit älteren Personen unterhalten. Beide Gruppen, sowohl die Dienstleister und Dienstleisterinnen, die nur zeitweise mit älteren Menschen interagierten, als auch die Fachkräfte, welche sich tagtäglich mit dieser Altersgruppe befassten, sprachen unterschiedlich mit jungen und alten Personen. Sie reduzierten die Länge und Komplexität ihrer Äußerungen, verwendeten kürzere Wörter, wiederholten sich häufiger und sprachen langsamer mit älteren Zuhörern und Zuhörerinnen. Eine Studie aus dem Jahr 2018 bestätigt diese Ergebnisse. Dazu wurden 40 Ärzte und Ärztinnen bzw. Medizinstudenten und -studentinnen darum gebeten, zwei fiktive Patienten unterschiedlichen Alters (40- und 70-jährig) über eine Therapieform aufzuklären. Die Resultate zeigten, dass die Teilnehmer und Teilnehmerinnen, wenn sie dem älteren Patienten die Behandlung erläuterten, kürzere Äußerungen verwendeten und mehr Wiederholungen tätigten. Des Weiteren kam es zur Verwendung von Elderspeak in der Interaktion mit dem 70-jährigen Patienten. Probanden und Probandinnen mit einer negativen Einstellung zum Alter sprachen auch unbewusst langsamer und tätigten kürzere Äußerungen im Gespräch mit dem 40-jährigen Patienten (Schroyen et al., 2018).

Grimme et al. (2015) erforschten die Bedingungen und Absichten für Elderspeak seitens professionell Pflegender. In der durchgeführten Studie wurden 26 Pflegeassistenten und -assistentinnen in Langzeitpflegeeinrichtungen mittels semi-strukturierter Interviews befragt. Die Ergebnisse legten dar, dass der Zweck von Elderspeak ihrer Ansicht nach darin bestand, das Wohlbefinden der Bewohner und Bewohnerinnen zu erhöhen, die Pflegekräfte freundlicher erscheinen zu lassen, den Pflegebedürftigen zu helfen die verbale Kommunikation besser zu verstehen und eine gute Zusammenarbeit während der Pflege zu gewährleisten. Darüber hinaus berichteten ca. 50% der Befragten, dass Elderspeak für Personen mit Demenz ihrer Meinung nach geeigneter wäre.

Die besondere Gefahr dieser Kommunikationsart liegt darin, dass ältere Personen die ihnen gegenüber bestehenden Stereotype und Vorstellungen – dass sie sowohl körperlich, als auch geistig eingeschränkt und hilfsbedürftig sind – internalisieren und die ihnen zugeschriebenen Merkmale annehmen (Feezel & Hawkins, 1988). Elderspeak kann somit negative Stereotype verstärken, die Kommunikationsmöglichkeiten der älteren Menschen einschränken und ihren kognitiven und körperlichen Verfall fördern, wobei die Wahrnehmung dieser kognitiven Defizite wiederum Elderspeak auslöst (Kemper, 1994). Implizite Botschaften von Elderspeak können die Aufrechterhaltung des Selbstbewusstseins und der Persönlichkeit gefährden, was für das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz von entscheidender Bedeutung ist (Kitwood & Bredin, 1992).

Derartige bevormundende Sprechmuster werden von den älteren (potenziellen) Adressaten und Adressatinnen, aber auch von jüngeren Beobachtern und Beobachterinnen als unangemessen und respektlos wahrgenommen (Rothermund & Mayer, 2009). Kemper und Harden (1999) bestätigten, dass kognitiv intakte ältere Erwachsene eine negative Wahrnehmung von Elderspeak haben. Probanden und Probandinnen, die Anweisungen zur Erledigung einer Aufgabe unter Elderspeak erhielten, nahmen die Kommunikation als bevormundend und erniedrigend wahr. Obwohl dieser Sprachstil in der Annahme verwendet wird, dass effektive Kommunikation gefördert und Fürsorge gezeigt wird, beweist die Forschung, dass dieses Ziel dadurch nicht erreicht wird. Einer Umfrage der WHO zufolge glauben rund 60% der Probanden und Probandinnen, dass ältere Mitmenschen heutzutage nicht mehr genügend Respekt und Akzeptanz erhalten (Officer et al., 2016).

1.3 Demenz

Der Begriff „Demenz“ leitet sich von dem lateinischen Wort „dementia“ ab, was „ohne Geist“ bedeutet und steht, wörtlich übersetzt, für den Verlust der kognitiven Fähigkeit. Erkrankte leiden unter einer fortschreitenden Leistungseinschränkung des Gehirns, die durch den Ausfall des funktionsfähigen Gewebes des Organs verursacht wird (Matholycz, 2016). Im Vergleich zur Altersnorm kennzeichnet sich die Erkrankung durch eine längerfristige Störung der kognitiven Fähigkeit, die ein Absinken des individuellen Leistungsniveaus bewirkt und den beruflichen und sozialen Alltag beeinträchtigt. Zur Diagnosestellung müssen diese Symptome länger als sechs Monate andauern (Kastner & Löbach, 2018).

Für diese Arbeit wurde die Begriffserklärung des ICD-10, des Systematischen Verzeichnisses internationaler statistischer Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme herangezogen, welches durch die Weltgesundheitsorganisation publiziert wird.

Der ICD-10 (2019) der WHO definiert Demenz wie folgt:

„Demenz 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, 2019)

Wie in der angeführten Begriffserklärung bereits erwähnt, handelt es sich bei Demenz um ein Syndrom, ein durch das gemeinsame Auftreten bestimmter Symptome gekennzeichnetes Krankheitsbild. In der Literatur wird es deshalb häufig als demenzielles Syndrom bzw. Demenzsyndrom bezeichnet.

1.3.1 Demenzformen

In der Fachliteratur wird zwischen primären (hirnorganischen/kortikalen) und sekundären (nicht-hirnorganischen) demenziellen Erkrankungen differenziert. Primäre Demenzformen sind die Folge pathologischer Vorgänge im Gehirn, dazu zählen die Alzheimer-Krankheit, Vaskuläre Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz, Frontotemporale Demenz und neurologische Erkrankungen (Kastner & Löbach, 2018). In Abbildung 1 werden die weltweit am häufigsten vorkommenden Demenzformen und ihre Prävalenz veranschaulicht. Die genauen statistischen Werte schwanken je nach Quelle.

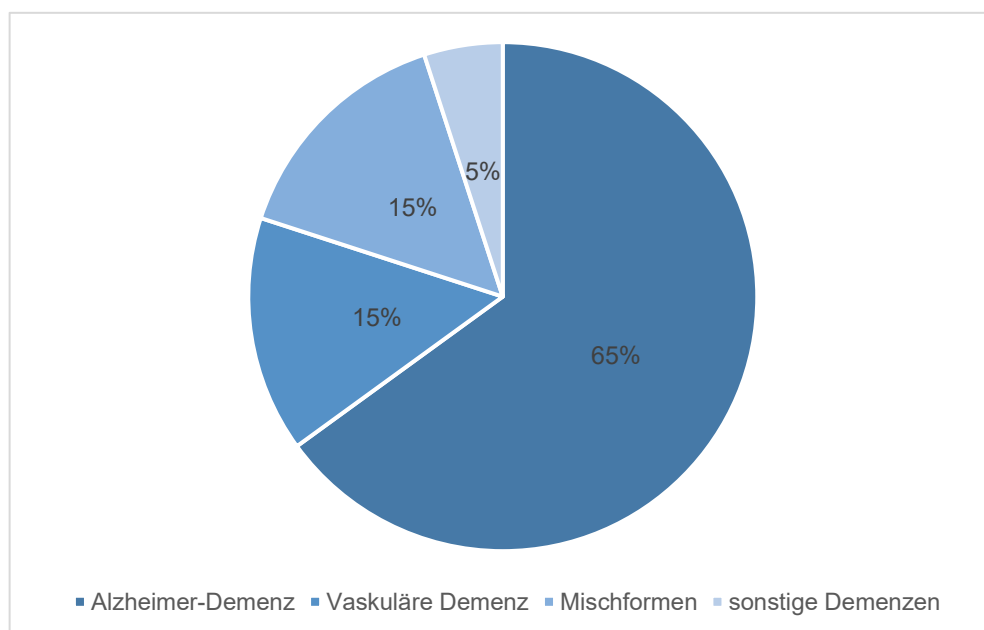


Abbildung 3: Demenzformen und Prävalenz (Sütterlin et al., 2011)

Mit einem Prozentanteil von 65 gilt die **Alzheimer-Krankheit** als die häufigste Demenzform. Diese ist durch einen langsamen, schleichenden Krankheitsverlauf gekennzeichnet und als wichtigster Risikofaktor gilt das Alter. Der typische, unverwechselbare Symptomverlauf führt anfänglich zu Störungen der Emotionen, gefolgt von Merkfähigkeit, Gedächtnis sowie sprachlichen und motorischen Fähigkeiten. Im späteren Stadium kommt es zu Inkontinenz, Bewegungsstörungen und beeinträchtigter Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Die Alzheimer-Krankheit schreitet progredient fort und verläuft letal (Kastner & Löbach, 2018).

Als Auslöser von **vaskulären Demenzen** gelten Erkrankungen der zerebralen Blutgefäße, häufig handelt es sich dabei um Folgen eines Infarkts oder um längerfristige Schädigungen durch mikroangiopathische Veränderungen z.B. im

Rahmen von Diabetes Mellitus. Im Gegensatz zur Alzheimer-Krankheit beginnt die vaskuläre Demenz abrupt, zumeist nach einem Hirninfarkt und zeichnet sich durch eine stufenweise Verschlechterung im Zusammenhang mit weiteren ischämischen Ereignissen aus (Matholycz, 2016; Kastner & Löbach, 2018).

Die **Lewy-Körperchen-Demenz** bzw. Lewy-Body-Demenz entsteht durch Einschlusskörperchen, sogenannte Lewy-Körperchen, die zum Untergang von Nervenzellen des Hirnstammes führen und ist charakterisiert durch einen fluktuierenden Krankheitsverlauf. Es zeigen sich Schwankungen der kognitiven Fähigkeiten im Tagesverlauf, visuelle Halluzinationen sowie Störungen der Motorik und neurologische Symptome, wie z.B. Rigor, Tremor und/oder Akinese (Matholycz, 2016).

Der Untergang von Nervenzellen im Frontalhirn führt zur **frontotemporalen Demenz**. Bei dieser Demenzform treten die Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsveränderungen vor den kognitiven Defiziten auf (Matholycz, 2016; Höfler et al., 2015).

Die Ätiologie sekundärer demenzieller Erkrankungen liegt außerhalb des Gehirns. Diese Demenzformen haben ihren Ursprung in anderen Krankheitsbildern wie beispielsweise Schädel-Hirn-Trauma, Infektionen, Intoxikationen, Tumoren, Alkohol, Hydrozephalus, Medikamenten oder Stoffwechselstörungen (Kastner & Löbach, 2018).

1.3.2 Symptomatik und Verlauf demenzieller Erkrankungen

Eine Diagnose der Demenzerkrankung macht erst die genaue Symptombeschreibung im richtigen zeitlichen Zusammenhang möglich. Die Kategorisierung der Demenzsymptome erfolgt lt. Kastner und Löbach (2018) in drei Hauptgruppen, wie in Tabelle 1 veranschaulicht wird. Die Hauptsymptomgruppen umfassen kognitive Defizite, psychische Störungen und Verhaltensänderungen bei Demenz sowie körperliche Symptome.

Störungen der Denkprozesse bzw. **kognitive Symptome** sind wesentliche Charakteristika einer demenziellen Erkrankung. Dabei herrschen je nach geschädigtem Hirnbereich verschiedene Einzelsymptome vor, die in den meisten Fällen bereits im Frühstadium der Erkrankung erkennbar sind (Kastner & Löbach, 2018).

Psychische Symptome und Verhaltensänderungen werden unter dem englischen Begriff **BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia)** zusammengefasst. Im Krankheitsverlauf steigt die Häufigkeit für Verhaltensstörungen, aus diesem Grund hat sich in der Pflege der Begriff „herausforderndes Verhalten“ etabliert (Kastner & Löbach, 2018).

Im zumeist fortgeschrittenen Stadium des Demenzsyndroms leiden die Betroffenen auch unter **körperlichen Symptomen**. In dieser Phase steht vor allem die pflegerische Versorgung im Fokus (Kastner & Löbach, 2018).

Tabelle 1: Symptome der Demenz (Kastner & Löbach, 2018)

Hauptgruppe	Symptome
Kognitive Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • Gedächtnisstörungen (v.a. Veränderungen der Merkfähigkeit) • Orientierungsstörungen • Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen • Aphasie (Sprachstörung) • Apraxie (Werkzeugstörung) • Agnosie (Störung des Wiedererkennens) etc.
Psychische Störungen und Verhaltensänderungen bei Demenz (BPSD)	<p>Psychische Symptome</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angst, Misstrauen, Furcht • Depressivität • Illusionäre Verkennungen bis zu Halluzinationen • Frustration <p>Verhaltensänderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unruhe und Agitiertheit (typischerweise Tag-Nacht-Umkehr und Sundowning-Syndrom) • Wandern (Checking, Trailing, Pottering) • Aggressivität • Sammeln und Verstecken von Gegenständen • Veränderungen des sexuellen Verhaltens

Körperliche Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • Gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus/Schlafstörungen • Mobilitätseinschränkungen/Gangstörungen mit wiederholten Stürzen • Schmerzen und Sensibilitätsstörungen • Inkontinenz • Schluck- und Essstörungen
----------------------	--

Die Retrogenese-Theorie nach B. Reisberg beschreibt das Fortschreiten der Demenzerkrankung als eine Rückentwicklung d.h. der Entwicklung vom Erwachsenen zurück zum Säugling (Höfler et al., 2015). Im Verlauf der Erkrankung nehmen nicht nur die geistigen, sondern auch die funktionellen Fähigkeiten im Alltag des bzw. der Betroffenen zunehmend ab. Dies geschieht in der umgekehrten Reihenfolge, wie diese Fertigkeiten in der kindlichen Entwicklung erworben werden (Held & Ermini-Fünfschilling, 2006).

Die Symptomentwicklung im zeitlichen Verlauf der Erkrankung zeigt Störungen der Kognition, der Alltagsfertigkeiten, des Erlebens, des Befindens und des Verhaltens. Das Demenzsyndrom wird in drei Schweregrade unterteilt: leichte, mittelschwere und schwere Demenz. Die Einschätzung erfolgt anhand der klinischen Symptomatik und mittels Mini-Mental State Examination (MMSE), welches als weltweit häufigstes Verfahren zur klinischen Demenzdiagnostik gilt. Diese Untersuchung prüft die zeitliche und örtliche Orientierung, die Merkfähigkeit, die Aufmerksamkeit, die Konzentration, das Benennen, das Sprachverständnis sowie die Visiokonstruktion des bzw. der Erkrankten. Dabei können bis zu 30 Punkte erreicht werden und je nach Punkteverlust erfolgt die Schweregradeinteilung (Höfler et al., 2015). In der nachfolgenden Tabelle werden die Demenzschweregrade mit entsprechenden Symptomen und Punkteverteilung nach MMSE dargestellt.

Tabelle 2: Verlauf demenzieller Erkrankungen mit Symptomen (Höfler et al., 2015)

Schweregrad	Punktezahl MMSE	Symptome
Leichte Demenz	21 bis 26	<ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigte Merkfähigkeit, Vergesslichkeit, beeinträchtiges Kurzzeitgedächtnis, Verlegen von Dingen

		<ul style="list-style-type: none"> • Zeitliche und örtliche Orientierungsprobleme • Schwierigkeiten bei „komplexen“ Aufgaben wie Reisen an neue Orte, Einkaufen, Finanzen, Kochen, Bedienen von Geräten • Wortfindungsstörungen • Verleugnen oder nicht realisieren von Defiziten
Mittelschwere Demenz	12 bis 20	<ul style="list-style-type: none"> • Desorientierung zu Ort und Zeit • Beeinträchtigung des Langzeitgedächtnisses • Probleme bei der Auswahl von adäquater Kleidung; Vernachlässigung der Körperpflege und Ernährung (beginnende Selbstfürsorge-Defizite) • Sprachliche Auffälligkeiten, falsche Wortwahl • Vermehrte Störung des Erlebens, Befindens und Verhaltens (Angst, Unruhe, Verfolgungswahn bzw. paranoide Vorstellungen, Aggression etc.)
Schwere Demenz	0 bis 11	<ul style="list-style-type: none"> • Lückenhafte Erinnerung an die eigene Vergangenheit • Verkennen von nahestehenden Personen • Körperpflege und Ankleiden erfordert Unterstützung • Harn- und Stuhlinkontinenz • Verlust des Sprechvermögens, der Gehfähigkeit, der Fähigkeit zu Sitzen bis zur Bettlägerigkeit • Massive Persönlichkeitsveränderungen,

		Störungen des Erlebens, Befindens und Verhaltens
--	--	--

Die einzelnen Stadien erfolgen nicht immer chronologisch, denn der Verlauf ist abhängig von der Demenzform und äußeren Einflüssen wie z.B. körperlichen Erkrankungen, Über- oder Unterforderung, Einsamkeit, Depression, unerwarteten Ereignissen, Stress oder Verlassen der gewohnten Umgebung mit gewohnten Abläufen. Entsprechend der Symptomatik und des Krankheitsverlaufes ändern sich die Erfordernisse an Unterstützung, Betreuung und Pflege im Alltag des bzw. der Erkrankten (Höfler et al., 2015).

1.3.3 Pflege von Menschen mit Demenz

Die Versorgung von demenzerkrankten Personen, insbesondere der Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen gehört zu den größten Herausforderungen in der professionellen Betreuung und Pflege. Etwa 15% der Demenzkranken in Österreich mit Betreuungs- und Pflegebedarf leben in einer vollstationären Einrichtung. Rund 80% der Betroffenen werden in ihrem privaten Umfeld von Angehörigen und/oder mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten versorgt (Höfler et al., 2015).

Eine Studie von Rüsing et al. (2008) behandelte den Umgang mit Demenzkranken in der (teil)stationären, ambulanten und Akutversorgung. Die Ergebnisse zeigen, dass 62% der teilnehmenden Pflegepersonen die Kommunikation als häufigste Problemsituation im Umgang mit Demenzerkrankten schilderten und fast 60% wünschten sich hierzu mehr Wissen.

Bei Personen, die an Demenz leiden nimmt besonders die verbale Kommunikationsfähigkeit im Verlauf der Erkrankung immer weiter ab. In Abhängigkeit von Demenztyp und Stadium bzw. Schweregrad können verschiedene Sprachprobleme auftreten (Potkins et al., 2003). Darunter fallen Wortfindungsstörungen, falsche Grammatik und Schwierigkeiten bei der Bildung eines pragmatisch korrekten Satzes. Im fortgeschrittenen Stadium werden die Erkrankten oft stumm, wiederholen mehrmals Wörter oder Sätze oder sprechen Vorgesagtes nach (Samuelsson & Hydén, 2011). Für die professionell Pflegenden sowie Angehörigen treten dadurch häufig Verständigungsprobleme auf, welche die

Betreuung massiv erschweren. Mit Fortschreiten der Demenz entstehen Schwierigkeiten dabei, die Äußerungen und Verhaltensweisen der Erkrankten zu verstehen und somit adäquat auf die Bedürfnisse zu reagieren (Powell, 2000).

Durch die krankheitsbedingte fortschreitende Beeinträchtigung und den Verlust von kommunikativen Fähigkeiten sind Menschen mit Demenz besonders gefährdet, von der Kommunikation mit anderen Personen und ihrer Umwelt abgeschnitten zu werden. Die Folgen sind seelische und soziale Isolation, das Fehlen von positiven und aktivierenden Erfahrungen und ein massiver Einschnitt in die Lebensqualität. Eine effektive Kommunikation bedarf fundierten Kenntnissen, gezielter Aufmerksamkeit und dem Nutzen von noch vorhandenen Ressourcen seitens betreuender Personen (Haberstroh et al., 2011).

1.4 Relevanz der Thematik und Forschungslücke

Durch die demographische und epidemiologische Entwicklung ist ein Bedarfszuwachs in der pflegerischen Versorgung zu erwarten. Bis zu 65 % der Pflegeheimbewohner und -bewohnerinnen zeigen demenzielle Veränderungen, damit steigt der Betreuungs-, Pflege- und Unterstützungsbedarf bei gleichzeitig immer knapper werdenden Ressourcen. Eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Demenz ist aufgrund der Personalknappheit eine große Herausforderung, v.a. in Hinblick auf finanzielle Ressourcen (Sütterlin et al., 2011). Es zeigt sich, dass Gesundheitsdienstleister und -dienstleisterinnen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung vermehrt negative Altersbilder aufweisen. Dies könnte dazu führen, dass ältere Personen schlechtere Behandlung und Pflege erhalten (Officer et al., 2016).

In der Gesellschaft liegen stereotype Überzeugungen und darauf basierende negative Einstellungen zum Alter und Altern vor, welche unerwünschte Folgen nach sich ziehen können. Aus diesen Annahmen resultieren negative Handlungsweisen und Aussagen gegenüber älteren Menschen, die sich im Pflege- und Betreuungsbereich in Form von „elderspeak“ widerspiegeln. Die Gefahr dieser Art der Altersdiskriminierung besteht darin, dass betroffene ältere Personen die ihnen zugeschriebenen Vorurteile annehmen. Folglich wird die Möglichkeit für eine adäquate Kommunikation immer weiter eingeschränkt und es kommt zum sozialen Rückzug. Hinzu kommt, dass auch die geistige Stabilität auf Dauer nicht ohne die

Kommunikation mit anderen Menschen aufrechterhalten werden kann (Brose, 2003).

Die Weltgesundheitsorganisation warnt vor physischen und psychischen Folgen von Altersdiskriminierung für den Betroffenen bzw. die Betroffene. Negative Annahmen und Stereotype über ältere Mitmenschen wie Gebrechlichkeit, Abhängigkeit und Belastung sind allgegenwärtig. Älteren Personen, die das Gefühl hatten, anderen eine Last zu sein, drohten laut einer Studie Depression und Einsamkeit. Des Weiteren zeigen wissenschaftliche Daten, dass sich ältere Menschen mit negativen Selbststereotypen, welche durch Ageism verursacht werden, schlechter von einer Erkrankung oder Einschränkung erholen und auch früher versterben (Officer et al., 2016). Diese Forschungsergebnisse beziehen sich auf die Gesamtheit der älteren Bevölkerung und betreffen alle Formen der Altersdiskriminierung. Die vorliegende Arbeit fokussiert sich speziell auf die Gruppe der demenzkranken älteren Personen in der Gesellschaft. Da es kaum aktuelle Fachliteratur über den Zusammenhang von Elderspeak und Demenz gibt und dies eine häufig auftretende Erscheinungsform der Altersdiskriminierung im Pflege- und Betreuungsbereich darstellt, wird in diesem Literaturreview die derzeitige Datenlage ausgearbeitet und dargestellt.

1.5 Forschungsziel und Forschungsfrage

Diese Literaturübersicht soll den Einfluss und die Auswirkungen verbaler Altersdiskriminierung auf das Verhalten und die Pflege demenzkranker Personen verdeutlichen. Dadurch soll die angeführte Forschungslücke verkleinert und weitere Empfehlungen für Forschung und Praxis abgeleitet werden.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Bedeutung von Elderspeak durch Pflegepersonen in Hinblick auf demenziell Erkrankte aufzuzeigen.

Aus dieser Zielformulierung ergibt sich folgende Forschungsfrage:
Welche Bedeutung hat Elderspeak durch Pflegepersonen für die Pflege von demenziell Erkrankten?

2 Methode

Zur Erreichung des Forschungsziels bzw. zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Literaturreview durchgeführt. Darunter wird eine Zusammenfassung von bereits vorhandenen Forschungsergebnissen zu einem bestimmten Thema verstanden. Das Ziel dieses Literaturüberblicks ist es, den aktuellen Wissensstand festzustellen, zusammenzufassen und kritisch zu bewerten (Polit & Beck, 2017).

2.2 Suchstrategie

Von Oktober bis Anfang Dezember fand die Literaturrecherche statt. Dazu wurden die wissenschaftlichen Datenbanken PubMed (Public Medical Literature Online) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) herangezogen sowie eine Handsuche in Google Scholar und die Sichtung der Referenzlisten eingeschlossener Studien durchgeführt.

Im Zuge der Recherchen wurden Suchstrategien entwickelt, welche in Tabelle 3 mit entsprechender Trefferzahl dargestellt werden. Da die Treffer und relevanten Studien gering ausfielen, wurden zwei Strategien pro Datenbank gewählt. Folgende „keywords“ wurden in englischer Sprache festgelegt: *elderspeak*, *nursing care* und *dementia*. Entsprechende Synonyme und MeSH-Terms bzw. Subheadings wurden ebenfalls in die Suche inkludiert und mit den festgelegten Schlüsselwörtern verbunden. Trunkierungen wurden für den Suchbegriff *nurs** eingesetzt. Die Keywords wurden an die jeweilige Datenbank angepasst und mit den Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verknüpft. Um adäquate Ergebnisse zu erzielen wurde in PubMed in „title/abstract“ gescreent und in der Datenbank CINAHL die Limitation „Abstract“ gewählt.

Zusätzlich zur Literatursichtung in den Datenbanken wurde eine Handsuche in Google Scholar mit den Begriffen *elderspeak*, *dementia* und *nursing care* durchgeführt. Aufgrund der hohen Trefferzahl erfolgte ein Titelscreening der ersten fünf Seiten der Googlesuche. Anschließend fand die Sichtung der Referenzlisten der bereits inkludierten Studien statt. Die Referenzen wurden anhand des Titels sowie des Veröffentlichungszeitraumes (1999-2019) auf ihre Relevanz hin geprüft.

Zur Inklusion aktueller Daten und Medienberichten bezüglich Altersdiskriminierung fand ein Informationsaustausch mit der Altersdiskriminierungsstelle Steiermark statt, welche zusätzliches konstruktives Material bereitstellte.

Tabelle 3: Suchstrategien

Datenbank	Suchstrategien	Treffer
PubMed	(elderspeak[Title/Abstract]) AND nurs*[Title/Abstract] AND dementia[Title/Abstract]	9
	(((((elderspeak[Title/Abstract] OR "ageism"[MeSH Terms]) OR "verbal behavior"[Title/Abstract]) OR communication[Title/Abstract]) AND "nursing care"[MeSH Terms]) AND "dementia"[MeSH Terms])	68
CINAHL	AB elderspeak AND AB (nursing care or nursing interventions) AND AB (dementia or alzheimers)	7
	AB elderspeak OR AB voicing ageism OR AB ageism AND AB (dementia or alzheimers or cognitive impairment) AND AB (nursing care or nursing interventions)	29

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Um die Auswahl der Studien zu konkretisieren, wurden für die Literatursuche Ein- sowie Ausschlusskriterien definiert. Integriert wurden lediglich Publikationen, die sich mit dem Zusammenhang von Elderspeak und Demenz beschäftigen. Die herangezogenen Daten fokussieren sich ausschließlich auf Pflegepersonen, Angaben anderer Berufsgruppen wie Ärzte und Therapeuten wurden exkludiert.

Zu Beginn der Recherche wurden Publikationen der letzten 10 Jahre eingeschlossen, um die Aktualität der Daten zu gewährleisten. Die zeitliche Limitation musste aufgrund des Literaturmangels im Laufe der Suche auf 15-20 Jahre ausgeweitet werden, dies generierte zusätzliche relevante Treffer. Des Weiteren wurden aufgrund des Sprachverständnisses für diese Bachelorarbeit nur deutsch- und englischsprachige Werke herangezogen. Im Rahmen der Recherche wurden systematische Übersichtsarbeiten (systematic reviews) ausgeschlossen, da diese nicht kritisch bewertbar sind.

2.4 Auswahl der Studien

Mit den in Tabelle 3 angeführten Suchstrategien konnten in den herangezogenen Datenbanken insgesamt 129 Studien identifiziert werden. Diese wurden im Literaturverwaltungsprogramm Endnote X9.3.1 gesammelt, Duplikate entfernt und die verbliebenen Abhandlungen selektiert. Anhand des Titels und Abstracts der Publikationen wurde eine Vorauswahl getroffen. Studien, welche in diesem Schritt des Auswahlprozesses exkludiert wurden, waren für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht geeignet. Durch die anschließende Volltextsichtung wurden die sieben verbliebenen Studien auf ihre Eignung überprüft.

Nach erfolgtem Titel -, Abstract- sowie Volltextscreening wurden fünf Publikationen ausgewählt und nachfolgend einer kritischen Bewertung nach Hong et al. (2018) unterzogen. Der Auswahlprozess ist in Abbildung 4 als Flow-Chart dargestellt.

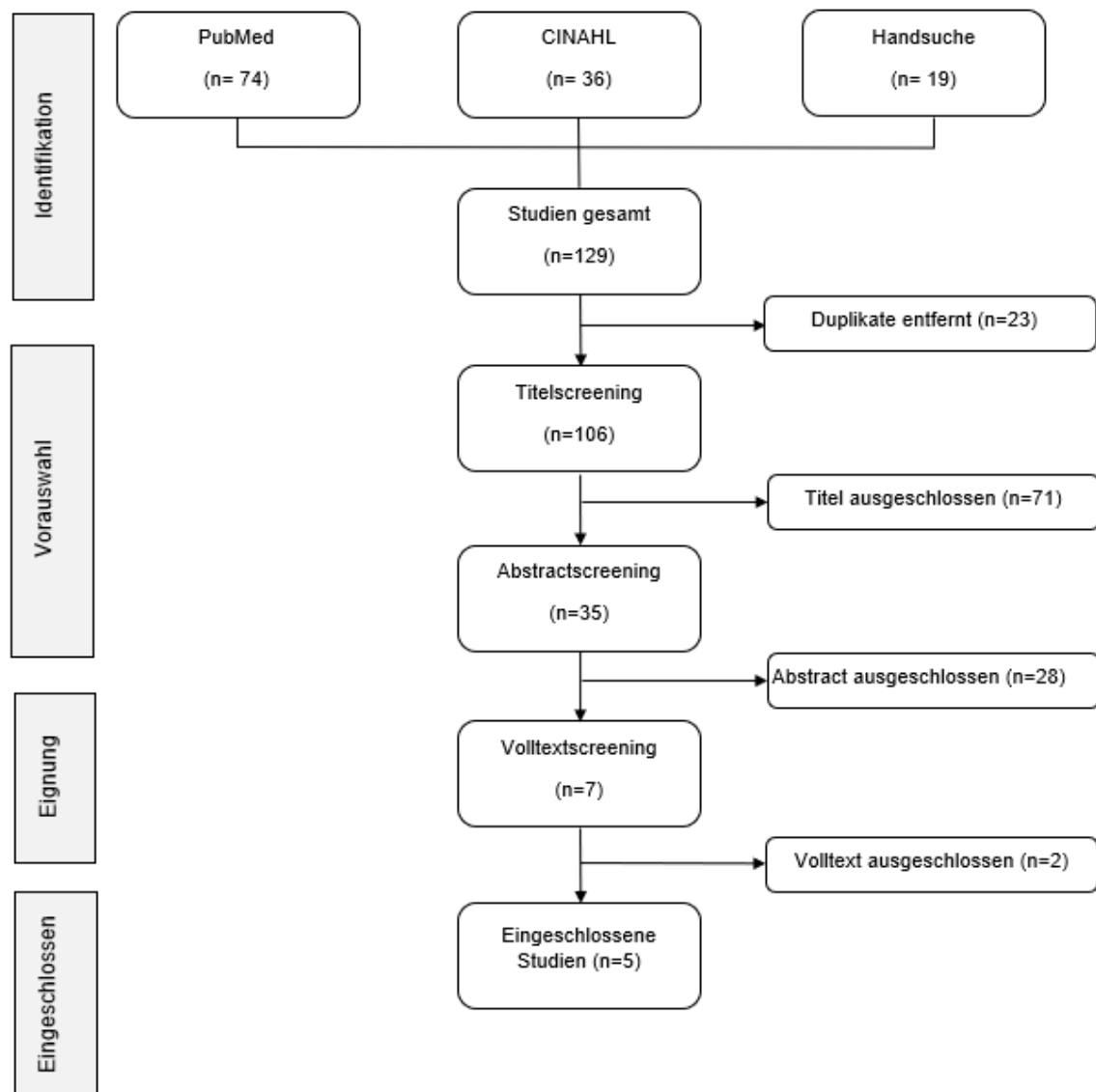


Abbildung 4: Flowchart

2.5 Kritische Bewertung

Zur kritischen Beurteilung der Literatur wurde das Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Version 2018 von Hong et al. (2018) herangezogen. Das MMAT ist ein kritisches Bewertungsinstrument, welches für die systematische Qualitätsüberprüfung qualitativer, quantitativer und gemischter Studiendesigns verwendet werden kann. Es beinhaltet die methodische Bewertung von folgenden fünf Studienarten: qualitativer Forschung, randomisierten kontrollierten Studien, nichtrandomisierten kontrollierten Studien, quantitativen deskriptiven Studien und Mixed-Method-Studies. Das MMAT ermöglicht die Überprüfung empirischer Studien, darunter versteht man Primärforschung, welche auf Experimenten, Simulationen und Beobachtungen basiert. Nicht empirische Arbeiten wie Reviews können nicht bewertet werden, aus diesem Grund befinden sich diese unter den Ausschlusskriterien der Literaturrecherche dieser Arbeit.

Im Zuge der Bewertung mit Hong et al. (2018) muss aus jeder eingeschlossenen Studie das Design ermittelt werden, indem die angewandte Datenerhebungsmethode herausgearbeitet wird. Nachfolgend müssen die entsprechende Kategorie ausgewählt und die Kriterien beantwortet werden.

Diese Beurteilungsmethode wurde gewählt, da das Instrument sowohl an qualitativen und quantitativen als auch an gemischt-methodischen Studien anwendbar ist. Alle fünf bewerteten Abhandlungen wurden in die Literaturübersicht dieser Arbeit integriert. Der Bewertungsbogen sowie die Beurteilungen der einzelnen Studien befinden sich im Anhang.

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die relevantesten Ergebnisse und Charakteristika der inkludierten Abhandlungen präsentiert. Dazu wurden die Resultate der einzelnen Studien analysiert, verglichen und nach übergeordneten Themen zusammengefasst.

3.1 Charakteristiken der Studien

Im Anschluss an die kritische Bewertung wurden die Daten der integrierten Studien nach AutorInnen, Publikationsjahr, Studiendesign, Stichprobe/Setting, Datenerhebungsmethode, Ziel und den wichtigsten Ergebnissen extrahiert. Eine Übersicht dieser Charakteristika ist in Tabelle 4 in chronologischer Reihenfolge hinsichtlich des Erscheinungsjahrs ersichtlich.

Tabelle 4: Charakteristika der ausgewählten Studien

AutorInnen (Jahr)	Design	Sample/Setting	Methode der Datenerhebung	Ziel	Hauptergebnisse
Cunningham und Williams (2007)	Qualitativ (Case Study)	78-jährige Demenzkranke und drei Pflegepersonen / Langzeitpflegeeinrichtung	Beobachtung mittels Videoaufnahmen	Ziel war es zu untersuchen, wie die demenzkranke Person auf Elderspeak durch das betreuende Personal reagiert.	Der Proband zeigte sowohl unter Elderspeak als auch unter einem bevormundenden kontrollierenden Kommunikationsstil seitens der Pflegekräfte vermehrt Widerstandsverhalten.
Williams et al. (2009)	Qualitativ	Pflegekräfte (n=52) und demenzkranke BewohnerInnen (n=20) / Langzeitpflegeeinrichtungen für Demenzerkrankungen	Beobachtung mittels Videoaufzeichnungen während der täglichen Grundpflege	Ziel war es, die Auswirkungen von Elderspeak durch Pflegepersonen auf das Verhalten von Menschen mit Demenz zu erforschen.	<ul style="list-style-type: none"> • RTC¹ trat nach der Verwendung von Elderspeak deutlich häufiger auf als nach anderen Kommunikationsarten (Stille und normale Sprache). • Die Wahrscheinlichkeit für RTC bei Demenzkranken unter der Verwendung von Elderspeak lag bei 55%.

¹ RTC = Resistiveness To Care

					<ul style="list-style-type: none"> • Zeigten die BewohnerInnen RTC antworteten die Pflegepersonen zu 36% mit Elderspeak. Neutrales und kooperatives Verhalten seitens der Demenzkranken ist im höheren Maß mit Elderspeak durch die betreuenden Pflegepersonen verbunden (44-72%).
Herman und Williams (2009)	Qualitativ	Pflegekräfte (n=52) und demenzkranke BewohnerInnen (n=20) / Langzeitpflegeeinrichtungen für Demenzerkrankungen	Beobachtung mittels Videoaufzeichnungen	Ziel der Studie war es festzustellen, welche spezifischen Widerstandshandlungen in direktem Zusammenhang mit dem Gebrauch von Elderspeak durch das Pflegepersonal stehen.	<ul style="list-style-type: none"> • Die Kommunikation der MitarbeiterInnen und das Verhalten der BewohnerInnen waren je nach Aktivität (Baden, Anziehen, Mundpflege etc.) unterschiedlich • Die ProbandInnen reagierten auf Elderspeak vor allem mit negativen Lautäußerungen (wie schreien, weinen, negativen Verbalisierungen)

					<ul style="list-style-type: none"> • Bei Stille während der Pflegeaktivitäten reagierten die Demenzerkrankten aber am häufigsten • Die Ergebnisse zeigen, dass Elderspeak von Demenzerkrankten als negativ wahrgenommen wird. • In der Praxis herrscht Elderspeak vor, gefolgt von Stille und normalen Gesprächen
Williams und Herman (2011)	Qualitativ	demenzerkrankte BewohnerInnen (n=16) / Langzeitpflegeeinrichtungen	Beobachtung mittels Videoaufnahmen während der Körperpflege	Ziel war es herauszufinden, welche Auswirkungen implizite Nachrichten durch die betreuenden Pflegepersonen auf das RTC-Verhalten der BewohnerInnen haben.	<ul style="list-style-type: none"> • Die kontrollierende Tondimension korrelierte mit einem verstärkten RTC-Verhalten. • Die Pflege- und Respektdimensionen wirkten sich nicht auf das RTC-Verhalten der ProbandInnen aus.
Wang et al. (2013)	Qualitativ (Phänomenologischer Ansatz)	15 Pflegepersonen mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der Pflege von Demenzerkrankten	Semi-strukturierte Interviews	Ziel dieser Studie ist es, die Schwierigkeiten in der Kommunikation mit dementiell Erkrankten	Aus den Resultaten entstanden zwei Themen:

		/ Langzeitpflegeeinrichtungen		aus Sicht der Pflegerpersonen zu identifizieren.	<ul style="list-style-type: none">• „Andere Sprache“: wiederholte Nachrichten und mangelnder Sprachkonsens• „Blockierte Nachrichten“: Schwierigkeiten beim Interpretieren von Emotionen und Verstehen von Bedürfnissen
--	--	----------------------------------	--	--	---

Alle integrierten Studien beinhalten einen qualitativen Forschungsansatz, mit dem sie den Zusammenhang von Elderspeak bzw. Kommunikation des Pflegepersonals und Demenz erforschen. Zur Beantwortung der Forschungsfrage werden die Ergebnisse in den nachfolgend angeführten Absätzen in „Schwierigkeiten in der Kommunikation mit Demenz“ und „Widerstand gegen die Pflege“ unterteilt und zusammengefasst. Im ersten Absatz werden die Herausforderungen in der Kommunikation mit demenzkranken Personen seitens des betreuenden Fachpersonals beschrieben. Anknüpfend folgt eine Erläuterung des Begriffes Resistiveness to Care, darunter werden problematische Verhaltensweisen von Pflegebedürftigen verstanden, welche häufig zu Störung der Pflege führen und eine Belastung für die Betreuer- und Betreuerinnen darstellen.

3.2 Schwierigkeiten in der Kommunikation mit Demenz

Beeinträchtigungen der Wortfindung, der Sprachkenntnisse und des Gedächtnisses bei Demenzerkrankten bilden Hindernisse und Herausforderungen für Angehörige der Gesundheitsberufe. Eine wirksame und optimale Versorgung kann dadurch oft nicht gewährleistet werden. Durch die erschwerte Kommunikation kann zusätzlich die Entwicklung von störenden Verhaltensweisen begünstigt werden (Wang et al., 2013).

Die Studie von Wang et al. (2013) befasste sich mit den Herausforderungen und Schwierigkeiten von professionell Pflegenden in der Verständigung mit demenzerkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen in Langzeitpflegeeinrichtungen. Dazu wurden 15 Pflegepersonen rekrutiert und mittels semi-strukturierter Interviews nach ihrer Sichtweise befragt. Aus den Ergebnissen resultierten zwei Hauptthemen, welche Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Demenzerkrankten und deren Betreuern und Betreuerinnen zusammenfassen: Einerseits beschrieben die Befragten die „Andere Sprache“ der Erkrankten, wodurch es zu wiederholten Antworten und mangelndem Sprachkonsens kommt. Des Weiteren wurden Schwierigkeiten im Zugang von Emotionen sowie Probleme beim Verstehen von Bedürfnissen der Erkrankten genannt, die unter dem Unterpunkt „Blockierte Nachrichten“ zusammengefasst werden.

3.2.1 Andere Sprache

Die Probanden und Probandinnen beschrieben es als herausfordernd, dass die Erkrankten eine „andere“ Sprache sprechen, da sie durch die Pflegepersonen übermittelte Nachrichten oft nicht nachvollziehen können. Aufgrund krankheitsbedingter kognitiver Defizite und beeinträchtigter Gedächtnisleistung der Betroffenen ist häufig eine Wiederholung des Gesprochenen notwendig, da Gesagtes vergessen oder nicht verstanden wird (Wang et al., 2013).

Hinzu kommt, dass ein fehlender sprachlicher Konsens eine effektive Kommunikation behindert. Zeigt ein Bewohner bzw. eine Bewohnerin beispielsweise problematisches Verhalten wie demenztypisches „umherwandern“, um sein bzw. ihr Bedürfnis auszudrücken, versuchen Pflegepersonen häufig dieses Verhalten zu verändern oder zu unterbinden. Die Handlungsweise setzt sich jedoch trotz Bemühungen zur Änderung fort. Eine Probandin beschrieb eine Situation wie folgt: „We try all kinds of measures to persuade some patients to eat a meal but they are still in vain! They keep saying ‘No! I don’t want to eat!’“ (Wang et al., 2013). Dieses Beispiel zeigt, dass ein sprachlicher Konsens nicht entstehen kann, wenn beide Parteien auf ihrer Ansicht bzw. Absicht beharren, ein häufiges Problem in der Betreuung von demenzerkrankten Personen (Wang et al., 2013).

3.2.2 Blockierte Nachrichten

Die Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen schilderten in den durchgeführten Interviews eine Unfähigkeit dabei, die wahre zugrunde liegende Bedeutung von Informationen bzw. die Bedürfnisse der Demenzerkrankten zu verstehen. Sie zeigten Schwierigkeiten dabei, sich einen Einblick in die innere Welt des bzw. der Betroffenen zu schaffen. Pflegepersonen können oft die Bedürfnisse der Erkrankten nicht erfüllen, da sie nicht in der Lage sind die Verhaltensweisen adäquat zu deuten. Eine Probandin beschrieb eine Situation mit einem Demenzerkrankten in der Endphase: „I don’t understand what he means, don’t know what he needs. He makes some noise but I cannot help him“ (Wang et al., 2013).

Des Weiteren gab es Probleme in der Interpretation von Emotionen und Verhaltensweisen der Betroffenen. Demenzerkrankte können aufgrund des fortschreitenden Sprachverlustes ihre emotionalen Botschaften oft nicht mehr verbal vermitteln. Das macht es für betreuende Personen schwierig die emotionale

Gesundheit der Erkrankten einschätzen zu können. Beispielsweise fühlten sich einige der Probanden und Probandinnen überfordert und hilflos, wenn Menschen mit Demenz in Tränen ausbrachen, da sie die Bedeutung hinter diesem emotionalen Verhalten nicht korrekt interpretieren konnten. Eine der Pflegepersonen beschrieb eine Situation mit einer Bewohnerin folgendermaßen: „I never get to know her feelings from her face. She always appears apathetic!“ (Wang et al., 2013).

Aufgrund dieser Herausforderungen und Barrieren, die eine effektive Kommunikation verhindern, wenden viele Pflegepersonen im Gespräch mit Demenzerkrankten Elderspeak an. Die Forschungsergebnisse von Williams et al. (2009) zeigten, dass der Gebrauch von Elderspeak durch die betreuenden Pflegepersonen zu Widerstandsverhalten bei Menschen mit Demenz führen kann.

3.3 Widerstand gegen die Pflege

Resistiveness to Care (RTC) bedeutet Widerstand gegen die Pflege und tritt häufig bei älteren Menschen mit Demenz auf. Es wird vermutet, dass solche herausfordernde Verhaltensweisen auf unerfüllte Wünsche und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen hinweisen. Diese Widerstandshaltung gegenüber der Pflege erhöht die subjektive und objektive Belastung des Personals und der Familienmitglieder erheblich und kann durch Umweltfaktoren einschließlich Kommunikation ausgelöst werden. Beobachtungsstudien zur Pflege bei Demenz zeigen, dass die Kommunikation durch das Betreuungspersonal häufig zum Auftreten von Problemverhalten führt (Cunningham & Williams, 2007; Burgio et al., 2000; Talerico et al., 2002).

RTC zeigt sich durch Aggression, Rückzugsverhalten, vokale (Wut-)Ausbrüche und/oder demenztypisches „Umherwandern“ und tritt bei 75-90% der Erkrankten auf. Eine derartige Widerstandshaltung der Pflegebedürftigen führt folglich zu einer Unterbrechung der pflegerischen Tätigkeit bzw. zu einem verlängerten Zeitaufwand, Stress, Burn-Out und steigenden Pflegekosten. Des Weiteren wird dadurch die Unterbringung in einer Langzeitpflegeeinrichtung beschleunigt, insofern Erkrankte noch im häuslichen Bereich versorgt sind (Schneider Beerli et al., 2002).

Wie bereits erwähnt, wird der Zusammenhang zwischen Problemverhalten und Kommunikation des Pflegepersonals durch wissenschaftliche Abhandlungen in Form von Beobachtungsstudien belegt. Laut einer dieser Forschungen gelten

Kommunikationsschwierigkeiten als der primäre Auslöser für körperliche und verbale Aggression bei Pflegebedürftigen (Williams et al., 2009; Talerico et al., 2002).

Williams et al. (2009) untersuchte, mit welchen Verhaltensweisen demenzkranke Bewohner- und Bewohnerinnen von Langzeitpflegeeinrichtungen der Elderspeak-Kommunikation des Pflegepersonals begegnen. Dazu wurden 20 Pflegeheimbewohner- und bewohnerinnen sowie 52 Pflegepersonen rekrutiert und während der täglichen Grundpflege Videoaufzeichnungen angefertigt. Die Interaktionen wurden auf das Auftreten von RTC-Verhalten der Probanden bzw. Probandinnen überprüft und bewertet. Die Resultate der Studie zeigten, dass Widerstandsverhalten nach der Anwendung von Elderspeak durch das betreuende Personal mit einer Wahrscheinlichkeit von 55% auftrat. Bei normaler Kommunikation reagierten 26% der Bewohner- und Bewohnerinnen mit RTC, bei Schweigen bzw. keiner Kommunikation während der pflegerischen Tätigkeit 36%. Abbildung 5 zeigt ein Boxplot der Wahrscheinlichkeiten für das Auftreten von RTC während verschiedener Kommunikationsarten des Personals.

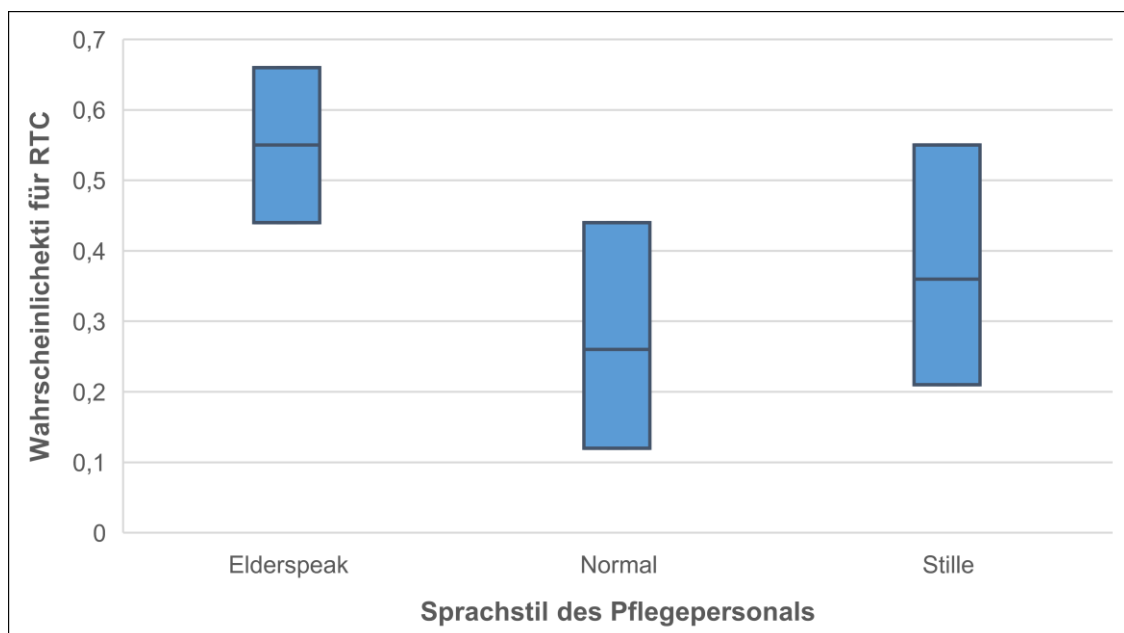


Abbildung 5: Wahrscheinlichkeit für RTC bei verschiedenen Kommunikationstechniken (Williams et al., 2009)

Des Weiteren wurde erforscht, inwiefern das Pflegepersonal Elderspeak bei Problemverhalten der Bewohner und Bewohnerinnen anwendet. Die Analyse der Videoaufnahmen zeigte, dass die Verwendung von infantilisierender Sprache je nach Verhalten der Pflegebedürftigen variiert. Nachdem Bewohner und Bewohnerinnen Widerstandshaltung präsentierten, reagierten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit einer Wahrscheinlichkeit von 36% mit Elderspeak-Kommunikationen. Waren die Pflegebedürftigen hingegen kooperativ, trat Elderspeak zu 44% auf. Neutrales Verhalten der Bewohner und Bewohnerinnen führte mit 72%-iger Wahrscheinlichkeit zur personellen Ausübung des spezifischen Sprechmusters. Jede Videosequenz begann mit neutralem Verhalten der Pflegebedürftigen und neutraler Kommunikation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Diese setzten Elderspeak vorwiegend zur Einleitung ihrer Gespräche mit dem bzw. der Demenzkranken ein (Williams et al., 2009).

Auch die Beobachtungsstudie von Herman und Williams (2009) befasste sich mit dem Zusammenhang von Widerstandsverhalten und Elderspeak in der Pflege-Patienten-Beziehung. Erforscht wurde, mit welchen spezifischen Verhaltensmustern Demenzerkrankte auf Elderspeak durch ihre betreuenden Pfleger und Pflegerinnen reagierten. Es wurde in dieser Studie ebenfalls beobachtet, dass der Kommunikationsstil des Gesundheitspersonals und das RTC-Verhalten ein hohes Maß an Synchronität aufweisen. Probanden und Probandinnen entgegneten Elderspeak vor allem mit Lautäußerungen wie schreien, weinen und negativen Verbalisierungen. Stille Kommunikation durch die betreuenden Pflegefachkräfte führte zu Widerstandsverhalten in Form von schreien und dem Greifen nach Personen oder erreichbaren Gegenständen. Die Resultate dieser Untersuchung lassen darauf schließen, dass Elderspeak von Demenzkranken als negativ wahrgenommen wird.

Die Reaktion von Elderspeak-Kommunikation auf das Verhalten von Demenzerkrankten wurde auch in der Fallstudie von Cunningham und Williams (2007) beobachtet. Das Handeln der 78-jährigen Probandin mit Diagnose Alzheimer Demenz wurde in vier Videoaufzeichnungen während Interaktionen mit Pflegepersonen analysiert. Das Beobachtungsmaterial wurde mittels Resistivity to

Care-Skala, Emotional Tone Rating-Skala und anhand von vorab definierten Elderspeak-Kriterien bewertet. Die von Mahoney et al. (1999) entwickelte RTC-Skala umfasst 13 beobachtbare Verhaltensreaktionen, die auf Widerstand gegen die Pflege hinweisen und nach Häufigkeit und Dauer beurteilt werden. Die Verhaltensweisen umfassen: abwenden, wegziehen, wegschieben, schieben/ziehen, Objekt greifen, Person greifen, adduzieren/heranziehen, schlagen oder treten, nein sagen, weinen, drohen, schreien und den Mund zusammenpressen. Sprachen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen auf der Fürsorge-Dimension oder Respekt-Dimension wirkte sich dies positiv auf das Verhalten der Probandin aus, RTC trat nicht ein. Aus den Daten ging hervor, dass die Pflegebedürftige sowohl unter Elderspeak-Kommunikation als auch unter einem kontrollierenden bevormundenden Kommunikationsstil seitens des betreuenden Personals vermehrt Widerstandsverhalten zeigte (Cunningham & Williams, 2007).

Eine Studie der University of Kansas School of Nursing stellte einen Zusammenhang zwischen dem emotionalen Ton und dem Widerstandsverhalten gegen die Pflege fest. Implizite affektive Nachrichten d.h. versteckte Botschaften bzw. Andeutungen in der Kommunikation des Pflegepersonals wurden anhand der Emotional Tone Rating-Skala und Resistiveness to Care-Skala analysiert. Bei der Emotional Tone Rating-Skala handelt es sich um eine Likert-Skala mit 12 Deskriptoren, welche drei Dimensionen repräsentieren: Fürsorge-Dimension (Pflege, Fürsorge, Wärme und Unterstützung), Respekt-Dimension (höflich, bestätigend, respektvoll und bevormundend) und Kontroll-Dimension (dominierend, kontrollierend, herrisch und richtungsweisend). Innerhalb eines institutionellen Rahmens kommuniziert das Personal oft in der kontrollierenden und abhängigkeitsverstärkenden Sprachdimension. Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit zeigten, dass ein kontrollierender emotionaler Ton der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen signifikant mit einer erhöhten Widerstandshaltung der demenzerkrankten Bewohner und Bewohnerinnen korrelierte. Das Kommunizieren auf den Pflege- und Respektdimensionen wirkte sich hingegen nicht verstärkend auf das RTC-Verhalten der Probanden und Probandinnen aus. Der in dieser Studie festgestellte Zusammenhang zwischen emotionalem Ton und RTC-Verhalten legt nahe, dass dies ein wichtiger Part optimaler Pflege ist (Williams & Herman, 2011).

4 Diskussion

Ziel dieser Literaturübersicht war es herauszufinden, was Elderspeak durch Pflegepersonen für die Pflege von demenziell Erkrankten bedeutet. Das Demenzsyndrom birgt viele Herausforderungen für das betreuende Personal und den Erkrankten bzw. die Erkrankte selbst, ein großes Hindernis bilden die Kommunikation und Interaktion. Durch den demenziellen Abbau im Verlauf der Erkrankung zeigen Betroffene Defizite und starke Beeinträchtigungen in Gedächtnisleistung, Aufmerksamkeit, Urteilsvermögen, Einsicht und Abstraktion (Paquay et al., 2007). Aufgrund vieler Herausforderungen und Barrieren in der pflegerischen Betreuung von Demenzerkrankten wenden Pflegepersonen häufig Elderspeak an. Die Ergebnisse der fünf inkludierten Studien zeigen, dass an Demenz leidende Personen unter dem Einfluss dieses Sprechstils häufig mit störenden Verhaltensweisen wie schreien, weinen oder negativen Verbalisierungen reagieren. Die Erkrankten können dadurch ihr Missfallen an der bevormundenden Kommunikation des Betreuungspersonals zeigen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass der Gebrauch von Elderspeak durch Pflegepersonen von Erkrankten als negativ wahrgenommen wird und die Widerstandshaltung gegen die Pflege verstärkt (Williams et al., 2009; Herman & Williams, 2009). Dieses Verhalten führt in weiterer Folge zu einer Herausforderung und Belastung für die Pflegekräfte, was zusätzliches benachteiligendes Verhalten ihrerseits herbeiführen kann.

Kommunikation und Informationsaustausch, ob nonverbal oder verbal, ist ein Grundbedürfnis des Menschen sowie ein Schlüsselfaktor für die Bewahrung der Persönlichkeit, des Selbstbewusstseins und der Bindung zu anderen. Der Wunsch, zu interagieren und verstanden zu werden gilt sowohl für den Betroffenen bzw. die Betroffene selbst als auch für seine bzw. ihre Betreuer und Betreuerinnen. Über soziale Kontakte nimmt der bzw. die Erkrankte am gesellschaftlichen Leben teil und es kommt folglich zu keiner sozialen Isolation. Pflegenden Personen müssen ihre Kommunikation mit Erkrankten der Situation und dem Stadium der Demenz anpassen (Pape-Raschen, 2012; Williams, 2006).

Pflegekräfte gelten als Schlüsselpersonen in der Kommunikation mit erkrankten Personen (Kao, 2004). Effektive Kommunikationsstrategien der Pflege sind essenziell für die Erhaltung der Lebensqualität des bzw. der Betroffenen.

Pflegeheimbewohner und -bewohnerinnen berichteten, dass die zwischenmenschliche Beziehung und vor allem die Kommunikation mit dem betreuenden Personal ein entscheidender Faktor für die Zufriedenheit in der Langzeitpflegeeinrichtung ist (Grau et al., 1995). Studienergebnisse zeigen, dass durch Beziehungsaufbau mit den Bewohnern und Bewohnerinnen die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen steigt und die Fluktuationsrate sinkt (Parsons et al., 2003).

Eine Hauptursache für die Schwierigkeiten in der Verständigung scheint ein Mangel an patientenzentrierter Kommunikation zu sein (Savundranayagam et al., 2007). Die Ergebnisse von Wang et al. (2013) deuten darauf hin, dass Pflegepersonen vorwiegend aufgabenorientiert agieren und kommunizieren. Aufgrund mangelnder zeitlicher und personeller Ressourcen fokussieren sich die Gespräche mit den zu Betreuenden vorwiegend auf pflegerische Tätigkeiten. Um Bedürfnisse und Verhaltensweisen des bzw. der Demenzerkrankten verstehen und darauf adäquat reagieren zu können, ist die Implementation einer personenzentrierten Kommunikation notwendig. Diese Art der Kommunikation integriert die Persönlichkeit, das Wissen und die Autonomie des bzw. der Erkrankten und fördert zwischenmenschliche Beziehungen und ein unterstützendes Umfeld (White et al., 2008).

Obwohl ein Zusammenhang zwischen dem sprachlichen Austausch und RTC-Verhalten bei Demenz bewiesen wurde, werden meist keine Pflegeinterventionen zur Optimierung der Kommunikation in der Demenzversorgung gesetzt (Burgio et al., 2000; Talerico et al., 2002). Die problematischen Verhaltensweisen führen zu Überlastung des Personals, einer verminderten Pflege- sowie Lebensqualität für den Betroffenen bzw. die Betroffene, vermehrten Einsatz von Psychopharmaka und erhöhen die Pflegekosten um ca. 25-35% (Beerli et al., 2002; Gerdner & Buckwalter, 1994). Studien zur Anwendung von Kommunikationstraining zeigen, dass diese den Gebrauch von Elderspeak verringern und folglich das RTC-Verhalten der Demenzerkrankten reduzieren. Diese Kommunikationsstrategien zur Vermeidung von Elderspeak bieten eine wirksame nichtpharmakologische Methode zur Kontrolle und Steuerung von problematischen Verhaltensweisen und Verbesserung der Qualität in der Demenzversorgung (Williams et al., 2017; Williams et al., 2003). Interventionen zur Reduktion von Elderspeak und Verbesserung der

Kommunikation in der Pflegepraxis und -ausbildung sind erforderlich, um den Bedürfnissen der Demenzerkrankten gerecht zu werden und deren Pflege- sowie Lebensqualität zu erhöhen.

In Zukunft muss vermehrt Fokus auf die Aufklärung von Ageism und dessen Folgen gelegt werden, um Elderspeak-Kommunikation sowie weitere Formen von Altersdiskriminierung zu vermeiden. Infolge der demographischen Entwicklung werden künftig vermutlich mehr Menschen unter Einschränkungen und Diskriminierungen aufgrund ihres Alters leiden. Die Gestaltung der Bedingungen in der Gesellschaft orientieren sich vorwiegend an den Bedürfnissen junger Menschen und sind nicht auf die ältere Bevölkerung zugeschnitten. Die gesamtgesellschaftlichen Lebensbedingungen alter Menschen unterscheiden sich systematisch und zu ihrem Nachteil von jenen der jüngeren Personen (Klein & Stahlmann, 2019). Laut WHO könnte die Bekämpfung von Ageism die geistige und körperliche Gesundheit älterer Personen verbessern und ein „gesundes Altern“ ermöglichen, dies erfordert jedoch ein neues Verständnis des Alters seitens der Gesellschaft (Officer et al., 2016).

Basierend auf den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit können Empfehlungen für die Forschung und Pflegepraxis abgeleitet werden.

4.1 Implikationen für die Forschung

Aufgrund des demographischen Wandels und der alternden Bevölkerung sollten Themen wie Ageism und Elderspeak vermehrt wissenschaftlich behandelt werden. Nach Durchsichtung und Ausarbeitung der vorhandenen Literatur zeigte sich, dass es wenig aktuelle Forschung zur Thematik gibt. Die in diese Arbeit inkludierten Studien belaufen sich auf Daten aus den Jahren 2007 bis 2013, aktuellere Quellen fehlen.

Die bereits durchgeführte Forschung zum Thema Elderspeak fokussierte sich vorwiegend auf die Langzeitpflege. Da sich die zunehmende Prävalenz der Demenz auch auf die Akutpflege auswirken wird, sollte die zukünftige Forschung vermehrt dieses Setting bearbeiten. Beständige Bezugspersonen, konstante räumliche Gegebenheiten und strukturierte Tagesabläufe werden mit Fortschreiten der Erkrankung immer wichtiger. Demenzerkrankte reagieren besonders sensibel auf Veränderungen der gewohnten Lebensumstände wie beispielsweise Ortswechsel.

Häufig verstärken oder verschlechtern sich durch dieses stressige Ereignis ihre Symptome, was zu großen Herausforderungen für das betreuende Pflegepersonal im Akutsetting führt. Weitere Forschung könnte aufzeigen, ob und in welcher Form Elderspeak durch Pflegedienstleister und Pflegedienstleisterinnen in der Akutversorgung auftritt und welche Auswirkungen die Sprache auf das Verhalten, die Demenzsymptome, die Genesung sowie die Aufenthaltsdauer der Patienten und Patientinnen hat.

4.2 Implikationen für die Praxis

Pflegepersonen nehmen eine bedeutsame Schlüsselrolle in der Kommunikation mit Demenzerkrankten ein. Ca 75% der Kommunikation eines Pflegeheimbewohners bzw. einer -bewohnerin findet in Interaktionen mit den betreuenden Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen statt. (Feldt & Ryden, 1992).

In der Weiterbildung der Fachkräfte und Ausbildung zukünftiger Pflegepersonen sollte ein besonderer Fokus auf die Verständigung und Interaktion mit alten Menschen, speziell mit demenzerkrankten Personen gelegt werden. Aufgrund der Bedeutsamkeit von individualisierter Kommunikation in der Demenzversorgung für die Gesundheit und das Wohlbefinden des bzw. der Erkrankten sollte diese Thematik verstärkt und vertieft im Curriculum behandelt werden. Pflegekräfte in Ausbildung müssen Kenntnisse und Fähigkeiten erlernen, um effektiv zu kommunizieren und die Emotionen und Verhaltensweisen von Erkrankten adäquat deuten zu können. Eine individualisierte Kommunikation bei Demenzerkrankten ist essenziell für die Förderung einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung.

Wie Interventionsstudien von Williams et. al (2003, 2017) zeigen, kann Kommunikationstraining zur Reduktion von Elderspeak führen und folglich das Auftreten von Widerstandsverhalten verringern. Fortbildungen im Bereich Kommunikation und Vermeidung von Elderspeak sowie die Anwendung von evidenzbasierten Strategien zur Optimierung der Verständigung könnten Fachkräfte in der Praxis dabei unterstützen, herausfordernde Verhaltensweisen bei Demenzerkrankten zu reduzieren und somit auch Überlastungen und gesundheitlichen Folgen für das Personal entgegen zu wirken.

Des Weiteren sollte bereits in der Ausbildung sowie im Zuge von Fort- und Weiterbildungen des Pflegepersonals der Fachbereich der Geriatrie und

Langzeitpflege attraktiver dargestellt und vermehrt über die Themen Altersdiskriminierung und Elderspeak aufgeklärt werden.

4.3 Stärken und Limitationen

Als Stärke dieser Arbeit kann die Aktualität und Relevanz der behandelten Thematik genannt werden. Auf Basis der Abhandlung wird versucht auf eine vorhandene Forschungslücke hinzuweisen und bestehende Studien zu präsentieren. Es bietet sich eine Übersicht vorhandener literarischer Ergebnisse und eine Grundlage für weitere Forschung. Ein limitierender Faktor ist die begrenzte Zahl an relevanten Ergebnissen durch den Mangel an entsprechender Literatur. Die Suche erfolgte lediglich in zwei wissenschaftlichen Datenbanken, sowie der Handsuche in Google Scholar. Da Arbeiten aus anderen Datenbanken nicht überprüft wurden, limitierte sich die Anzahl der inkludierten Studien. Des Weiteren erfolgte die Literatursichtung durch die Verfasserin dieser Arbeit ausschließlich in deutscher und englischer Sprache, weshalb eventuell weitere bedeutsame anderssprachige wissenschaftliche Abhandlungen nicht inkludiert wurden. Das zeitliche Limit der Recherche wurde auf die letzten 20 Jahre beschränkt, um einerseits möglichst aktuelle Daten sowie auch ältere Studien mit relevanten Ergebnissen in dieser Literaturübersicht zu präsentieren. Da die Recherche und Bewertung der Studien ausschließlich durch eine Gutachterin erfolgten, stellt diese Arbeit keine systematische Literaturübersicht dar. Die Qualität der inkludierten Studien kann als gut befunden werden, da eine Bewertung nach Hong et al. (2018) durchgeführt wurde. Als positiv zu vermerken ist, dass das angewendete Bewertungsinstrument zur Beurteilung sämtlicher Studiendesigns herangezogen werden kann.

5 Schlussfolgerung

Durch diese Literaturübersichtsarbeit konnte aufgezeigt werden, welche Bedeutung Kommunikation und die Anwendung von Elderspeak durch das Pflegepersonal für die Versorgung und das Verhalten von demenzerkrankten Personen haben.

Aufgrund der in Zukunft auftretenden demographischen Veränderungen werden künftig vermutlich mehr Menschen Benachteiligungen und Ungerechtigkeiten aufgrund ihres Alters erfahren. Durch vermehrte Aufklärung, Bewusstmachung und Änderung der gesellschaftlich geprägten Altersstereotype kann Altersdiskriminierung sowohl verbal als auch in anderer Form reduziert und letztlich bekämpft werden. Besonders Berufe des Gesundheitswesens müssen ihre vorwiegend negative Einstellung und Sichtweise zur alternden Bevölkerung sowie zu chronisch erkrankten Personen ändern, um optimale Betreuungsleistungen erbringen zu können.

Personenzentrierte Kommunikation und zwischenmenschliche Beziehungen sind auch essenziell für die Erhaltung einer optimalen Lebens- sowie Pflegequalität. Physiologisch oder pathologisch eintretende körperliche und kognitive Veränderungen des Alters sowie institutionelle Faktoren bilden Hindernisse für eine effektive Kommunikation zwischen Pflegebedürftigen und Fachpersonal. Durch die Anwendung von evidenzbasierten Kommunikationsstrategien sowie Fort- und Weiterbildung im Bereich Kommunikation bei Demenz kann die interpersonelle Interaktion optimiert und somit die Qualität der Betreuung für den Erkrankten bzw. die Erkrankte verbessert werden.

Literaturverzeichnis

- ALZHEIMER EUROPE. 2013. *Prevalence of dementia in Europe* [Online]. Luxemburg: Alzheimer Europe. Available: <https://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia/Prevalence-of-dementia-in-Europe> [Accessed 02.11.2019].
- BEERI, M. S., WERNER, P., DAVIDSON, M. & NOY, S. 2002. The cost of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in community dwelling Alzheimer's disease patients. *Int J Geriatr Psychiatry*, 17, 403-8.
- BERNER, F. & MOORMANN, J. 2019. Eine neue Kultur des Alterns: Altersbilder in der Gesellschaft. In: BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, S., FRAUEN UND JUGEND (ed.) 10th ed. Berlin: BMFSFJ.
- BROSE, R. 2003. Lebenssituation und Sprache. In: FIEHLER, R. & THIMM, C. (eds.) *Sprache und Kommunikation im Alter*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsführung.
- BURGIO, L. D., BUTLER, F. R., ROTH, D. L., HARDIN, J. M., HSU, C. C. & UNG, K. 2000. Agitation in nursing home residents: the role of gender and social context. *Int Psychogeriatr*, 12, 495-511.
- CUNNINGHAM, J. & WILLIAMS, K. N. 2007. A case study of resistiveness to care and elderspeak. *Research & Theory for Nursing Practice*, 21, 45-56.
- FEEZEL, J. & HAWKINS, R. 1988. Myths and stereotypes: Communication breakdowns. In: CARMICHAEL, C. W., BOTAN, C. H. & HAWKINS, R. (eds.) *Human Communication and the aging process*. Waveland Press.
- FELDT, K. S. & RYDEN, M. B. 1992. Aggressive behavior. Educating nursing assistants. *J Gerontol Nurs*, 18, 3-12.
- GERDNER, L. A. & BUCKWALTER, K. C. 1994. A nursing challenge: Assessment and management of agitation in Alzheimer's patients. *J Gerontol Nurs*, 20, 11-20.
- GRABOVAC, D., MILLER, C., RAIDL, M., RIESEL-SOUMARÉ, P., HERZOG, A., ERBER, J. & BREITSCHIEDL, L. 2018. Altersdiskriminierungsbericht Steiermark 2018. Graz.
- GRAU, L., CHANDLER, B. & SAUNDERS, C. 1995. Nursing home residents' perceptions of the quality of their care. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 33, 34-41.
- GRIMME, T. M., BUCHANAN, J. & AFFLERBACH, S. 2015. Understanding Elderspeak from the Perspective of Certified Nursing Assistants. *Journal of Gerontological Nursing*, 41, 42-49.

- HABERSTROH, J., NEUMEYER, K. & PANTEL, J. 2011. *Kommunikation bei Demenz: Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende*, Berlin-Heidelberg, Springer Medizin Verlag.
- HERMAN, R. E. & WILLIAMS, K. N. 2009. Elderspeak's influence on resistiveness to care: focus on behavioral events. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 24, 417-423.
- HÖFLER, S., BENGOUGH, T., WINKLER, P. & GRIEBLER, R. 2015. Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien.
- HONG, Q. N., PLUYE, P., FÀBREGUES, S., BARTLETT, G., BOARDMAN, F., CARGO, M., DAGENAIS, P., GAGNON, M.-P., GRIFFITHS, F., NICOLAU, B., O'CATHAIN, A., ROUSSEAU, M.-C. & VEDEL, I. 2018. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT): Version 2018. Canada.
- HUMMERT, M. L., GARSTKA, T. A., BOUCHARD RYAN, E. & BONNESEN, J. L. 2004. The Role of Age Stereotypes in Interpersonal Communication. In: NUSSBAUM, J. F. & COUPLAND, J. (eds.) *Handbook of communication and aging research*. 2nd ed. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- ICD-10-GM. 2019. *Systematisches Verzeichnis internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* [Online]. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Available: <https://www.icd-code.de/icd/code/F00-F09.html> [Accessed 11.11.2019].
- KAO, C. C. 2004. The problematic behaviors of institutionalized elders with dementia. *The Journal of Long Term Care* 8(2), 251-261.
- KASTNER, K. & LÖBACH, R. 2018. *Handbuch Demenz: Fachwissen für Pflege und Betreuung*, München, Urban & Fischer.
- KEMPER, S. 1994. Elderspeak: Speech Accommodations to Older Adult. *Aging, Neuropsychology and Cognition: A Journal on Normal and Dysfunctional Development*, 1, 17-28.
- KEMPER, S. & HARDEN, T. 1999. Experimentally disentangling what's beneficial about elderspeak from what's not. *Psychology and Aging*, 14 (4), 656-670.
- KITWOOD, T. & BREDIN, K. 1992. Towards a Theory of Dementia Care: Personhood and Well-being. *Ageing and Society*, 12, 269-287.
- KLEIN, L. & STAHLMANN, A. 2019. "ICH? Zu alt?": Diskriminierung älterer Menschen. Frankfurt am Main.
- LEVY, B. R., SLADE, M. D., KUNKEL, S. R. & KASL, S. V. 2002. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *J Pers Soc Psychol*, 83, 261-70.

- MAHONEY, E. K., HURLEY, A. C., VOLICER, L., BELL, M., GIANOTIS, P. & HARTSHORN, M. 1999. Development and testing of the resistiveness to care scale. *Research in Nursing and Health*, 22, 27-38.
- MATHOLYCZ, E. 2016. *Pflege von alten Menschen*, Berlin Heidelberg, Springer Verlag.
- OFFICER, A., SCHNEIDERS, M. L., WU, D., NASH, P., THIYAGARAJAN, J. A. & BEARD, J. R. 2016. Valuing older people: time for a global campaign to combat ageism. Switzerland.
- PAPE-RASCHEN, K. 2012. *100 Fragen zur Kommunikation mit Menschen mit Demenz*, Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- PAQUAY, L., DE LEPELEIRE, J., MILISEN, K., YLIEFF, M., FONTAINE, O. & BUNTINX, F. 2007. Tasks performance by registered nurses and care assistants in nursing homes: A quantitative comparison of survey data. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1459-1467.
- PARSONS, S. K., SIMMONS, W. P., PENN, K. & FURLOUGH, M. 2003. Determinants of satisfaction and turnover among nursing assistants. The results of a statewide survey. *J Gerontol Nurs*, 29, 51-8.
- POLIT, D. F. & BECK, C. T. 2017. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, Philadelphia, Wolters Kluwer.
- POTKINS, D., MYINT, P., BANNISTER, C., TADROS, G., CHITHRAMOHAN, R., SWANN, A., O'BRIEN, J., FOSSEY, J., GEORGE, E., BALLARD, C. & MARGALLO-LANA, M. 2003. Language impairment in dementia: impact on symptoms and care needs in residential homes. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18, 1002-6.
- POWELL, J. 2000. *Care to Communicate: Helping the Older Person with Dementia*, Hawker Publications Limited.
- PRINCE, M., PRINA, M. & GUERCHET, M. 2013. World Alzheimer Report 2013: Journey of Caring. An analysis of long-term care for dementia. London.
- ROTHERMUND, K. & MAYER, A. 2009. *Altersdiskriminierung: Erscheinungsformen, Erklärungen und Interventionsansätze*, Stuttgart, W. Kohlhammer GmbH.
- RÜSING, D., HERDER, K., MÜLLER-HERGL C & C, R. 2008. Der Umgang mit Menschen mit Demenz in der (teil)stationären, ambulanten und Akutversorgung: Problematische Situationen, Wissensbedarfe und Selbsteinschätzung. *Pflege und Gesellschaft* 13.
- SAMUELSSON, C. & HYDÉN, L. C. 2011. Intonational Patterns of Nonverbal Vocalizations in People With Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementiasr*, 26, 563-572.

- SAVUNDRANAYAGAM, M. Y., RYAN, E. B., ANAS, A. P. & ORANGE, J. B. 2007. Communication and Dementia. *Clinical Gerontologist*, 31, 47-63.
- SCHNAIDER BEERI, M., WERNER, P., DAVIDSON, M. & NOY, S. 2002. The cost of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in community dwelling Alzheimer's disease patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 403-408.
- SCHROYEN, S., ADAM, S., MARQUET, M., JERUSALEM, G., THIEL, S., GIRAUDET, A. L. & MISSOTTEN, P. 2018. Communication of healthcare professionals: Is there ageism? *European Journal of Cancer Care*, 27, 1-1.
- STATISTIK AUSTRIA. 2014. *Chronische Krankheiten* [Online]. Bundesanstalt Statistik Österreich. Available: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html#index1 [Accessed 23.11.2019].
- STATISTIK AUSTRIA. 2019. *Ergebnisse der Bevölkerungsprognose 2019* [Online]. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich. Available: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html#index1 [Accessed 15.11.2019].
- SÜTTERLIN, S., HOßMANN, I. & KLINGHOLZ, R. 2011. Demenz-Report: Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. 1st ed. Berlin.
- TALERICO, K. A., EVANS, L. K. & STRUMPF, N. E. 2002. Mental health correlates of aggression in nursing home residents with dementia. *Gerontologist*, 42, 169-77.
- WANG, J.-J., HSIEH, P.-F. & WANG, C.-J. 2013. Long-term Care Nurses' Communication Difficulties with People Living with Dementia in Taiwan. *Asian Nursing Research*, 7, 99-103.
- WHITE, D. L., NEWTON-CURTIS, L. & LYONS, K. S. 2008. Development and initial testing of a measure of person-directed care. *Gerontologist*, 48 Spec No 1, 114-23.
- WILLIAMS, K., KEMPER, S. & HUMMERT, M. L. 2003. Improving Nursing Home Communication: An Intervention to Reduce Elderspeak. *The Gerontologist*, 43, 242-247.
- WILLIAMS, K. N. 2006. Improving outcomes of nursing home interactions. *Research in Nursing & Health*, 29, 121-133.
- WILLIAMS, K. N., HERMAN, R., GAJEWSKI, B. & WILSON, K. 2009. Elderspeak communication: impact on dementia care. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 24, 11-20.

- WILLIAMS, K. N. & HERMAN, R. E. 2011. Linking resident behavior to dementia care communication: effects of emotional tone. *Behavior Therapy*, 42, 42-6.
- WILLIAMS, K. N., PERKHOUNKOVA, Y., HERMAN, R. & BOSSEN, A. 2017. A Communication Intervention to Reduce Resistiveness in Dementia Care: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Gerontologist*, 57, 707-718.
- WINKLER, P., POCHOBRADSKY, E. & WIRL, C. 2012. Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich. Wien.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2019. *Ageing and life-course* [Online]. Available: <https://www.who.int/ageing/ageism/en/> [Accessed 20.11.2019].

Anhang

Studie: WILLIAMS, K. N., HERMAN, R., GAJEWSKI, B. & WILSON, K. 2009. Elderspeak communication: impact on dementia care. <i>American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias</i> , 24, 11-20.					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	*			Das Forschungsziel wird in der Einleitung angeführt, es wurde keine Forschungsfrage definiert.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	*			Die Resultate der Studie erlauben die Erreichung der Zielsetzung.
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	*			Es handelt sich in diesem Fall um eine Grounded Theory. Dieser gewählte Forschungsansatz ist angemessen zur Erreichung des Forschungsziels, da die Verhaltensweisen der Demenzerkrankten und der

					Interaktionsprozess zwischen Pflegepersonal und Pflegebedürftigen erforscht wurde.
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	*			Die Datenerhebung erfolgte durch Beobachtung der aufgezeichneten Videosequenzen.
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	*			Zur Analyse und Auswertung der Daten wurde die verallgemeinerte Schätzgleichung (generalized estimating equation) gewählt.
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	*			Die Interpretation der Ergebnisse wurde durch die gesammelten Daten begründet.
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	*			Die Studie zeigt eine klare Verbindung zwischen Forschungsansatz, Datensammlung, Analyse sowie Interpretation.
2. Quantitative randomized controlled	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				

trials	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				

5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				
---	--	--	--	--

Studie: HERMAN, R. E. & WILLIAMS, K. N. 2009. Elderspeak's influence on resistiveness to care: focus on behavioral events. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 24, 417-423.

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	*			Das Forschungsziel ist in der Einleitung klar definiert. Eine Forschungsfrage wurde nicht aufgestellt.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	*			Die Ergebnisse beantworten die annehmbare Forschungsfrage.
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	*			Der Forschungsansatz ist die Grounded Theory: Die Forscher beschäftigten sich mit dem spezifischen resistiven Verhalten der Probanden und Probandinnen, welches im Zusammenhang mit Elderspeak entstehen kann.

	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	*			Die Daten wurden durch Videoaufzeichnungen erhoben. Diese Datenerhebungsmethode ist angemessen, da es sich um eine Beobachtungsstudie handelt und das Verhalten dadurch analysiert werden kann.
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	*			Die Videoanalyse erfolgte durch das Computerprogramm GSEQ, dieses wird für die Analyse von Interaktionssequenzen verwendet.
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	*			Die Studienergebnisse wurden adäquat interpretiert. Jedoch könnten die Resultate ausführlicher geschildert werden.
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	*			Ein Zusammenhang ist erkennbar.
2. Quantitative randomized controlled	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				

trials	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				

5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				
---	--	--	--	--

Studie: CUNNINGHAM, J. & WILLIAMS, K. N. 2007. A case study of resistiveness to care and elderspeak. *Research & Theory for Nursing Practice*, 21, 45-56.

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	*			Das Forschungsziel wird in der Einleitung angeführt: “ <i>This study was undertaken to examine how one elderly nursing home resident with dementia responded to nursing staff use of elderspeak communication</i> ” (Cunningham & Williams, 2007).
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	*			Die erhobenen Daten erfüllen das Forschungsziel.
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	*			Es handelt sich um eine Fallstudie (Case study), da die Betrachtung eines

				Einzelfalls durchgeführt wurde.
1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	*			Die Daten wurden mittels Videos aufgezeichnet und analysiert. Diese Erhebungsmethode ist angemessen, da das Verhalten der Probandin erforscht wurde. Allerdings wurden nur vier Videobänder zu je einer bis fünf Minute(n) angefertigt.
1.3. Are the findings adequately derived from the data?			*	Diese Fallstudie wurde durch eine qualitative Beschreibung der Autoren ausgewertet. Jede Videoaufnahme wurde unter Verwendung der RTC-, Emotional Tone- und Elderspeak-Skala beurteilt, um eine Gesamtbewertung basierend auf Dauer und Schweregrad des Zielverhaltens zu erhalten.

	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	*			Die gesammelten Daten wurden adäquat interpretiert und detailliert dargeboten. Es wurden auch Abbildungen angefertigt. Die Resultate sind aber nicht generalisierbar.
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	*			Ja, ein Zusammenhang ist sichtbar und zieht sich durch die gesamte Abhandlung.
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5 Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				

	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Studie: WILLIAMS, K. N. & HERMAN, R. E. 2011. Linking resident behavior to dementia care communication: effects of emotional tone. *Behavior Therapy*, 42, 42-6.

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	*			Das Forschungsziel ist klar definiert, die Frage wurde nicht angeführt.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	*			Durch die erforschten Daten kann das Ziel erreicht werden.
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	*			Die Studie behandelte soziale Prozesse und Interaktionen, somit ist der Forschungsansatz der Grounded Theory angemessen.
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	*			Es wurden 16 Videoaufzeichnungen angefertigt und ausgewertet. Diese

				Datenerhebungsmethode ist angebracht, um das Verhalten zu beurteilen.
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?		*	Jede Videointeraktion wurde mittels RTC- und Emotional Tone-Skala durch 20 neutrale Bewerter analysiert.
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	*		Die Interpretation wurde aus den gewonnenen Daten korrekt abgeleitet, ist allerdings sehr knapp gehalten. Sie wurde aber mit Daten begründet.
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	*		Ja ein Zusammenhang ist ersichtlich.
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?			
	2.2. Are the groups comparable at baseline?			
	2.3. Are there complete outcome data?			
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?			
	2.5 Did the participants adhere to the assigned intervention?			
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?			
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?			
	3.3. Are there complete outcome data?			
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?			

	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Studie: WANG, J.-J., HSIEH, P.-F. & WANG, C.-J. 2013. Long-term Care Nurses' Communication Difficulties with People Living with Dementia in Taiwan. *Asian Nursing Research*, 7, 99-103.

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	*			Das Forschungsziel befindet sich am Ende der Einleitung: <i>"Therefore, the purpose of this study was to identify nurses' difficulties in communicating with dementia patients"</i> (Wang et al., 2013).
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	*			Die erhobenen Daten erfüllen das festgelegte Ziel.
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	*			Der phänomenologische Ansatz ist passend, da sich die Forschung auf Erfahrungen und Perspektiven der einzelnen Probanden und Probandinnen fokussierte.

1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	*			Semi-strukturierte Interviews wurden verwendet. Dies ist eine adäquate Datenerhebungsmethode, da durch eine offene Fragestellung Erfahrungen und Erlebnisse der Probanden und Probandinnen besser erfasst werden können.
1.3. Are the findings adequately derived from the data?	*			Die konventionelle Inhaltsanalyse ist ein gängiges Analyseverfahren in der Phänomenologie, um ein Phänomen zu erforschen - in diesem Fall die Kommunikationsschwierigkeiten aus Sicht des Pflegepersonals.
1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	*			Die Interpretation der erhobenen Interviews war angemessen und wurde durch die erworbenen Daten begründet. Die Ergebnisse und Teile der geführten Interviews werden übersichtlich in themengebundene Kapitel gegliedert.

	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	*			Ein Zusammenhang ist ersichtlich.
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				

5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				