

DIPLOMARBEIT

Titel der wissenschaftlichen Arbeit

Nonverbale Kommunikation in der Pflege von Demenz- kranken

Verfasserin

Danuse Nastincova

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt

A 057 / 122

Studienrichtung lt. Studienblatt

IDS Pflegewissenschaften

Betreuerin

Mag. Dr. Roswitha Engel

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere:

- 1.) dass ich die Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
- 2.) dass ich diese Diplomarbeit bisher weder im In- oder Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Datum

Unterschrift

Danksagung

An dieser Stelle danke ich all denen, die mich in meinem Vorhaben ermutigt haben und denen, die mich moralisch unterstützt haben. Ich danke meiner Betreuerin Frau Mag. Dr. Roswitha Engel für die Geduld und Enthusiasmus, Frau Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl und Frau Dr. Ilsemarie Walter für die fachliche Unterstützung. Mein Dank gilt der Direktion des Heimes, die mir meine Untersuchungen ermöglicht haben und allen Pflegepersonen, die bereit waren mich zu unterstützen und mir die Interviews gegeben haben. Ich danke meinen Begleiterinnen im Studienprozess und letztendlich meiner Familie, die an mich glaubt.

Abstract (Deutsche Fassung)

Die steigende Tendenz an Langlebigkeit birgt in sich eine heranwachsende Aufgabe an die Gesellschaft. Mit dem fortschreitenden Alter nimmt auch kontinuierlich die Anzahl an Demenz erkrankten Menschen zu. Mit dem veränderten Persönlichkeitsbild und den herabgesetzten Fähigkeiten Demenzkranker verbal zu kommunizieren, wachsen die Anforderungen an die soziale Umgebung sich mit den Betroffenen verständlich zu machen und sie auch richtig zu verstehen da die Betroffenen die Kommunikation vorwiegend auf die nonverbale Ebene verlagern, zudem verstehen die Betroffenen ihre Gesprächspartner selbst oft nicht.

Der Bedarf an Pflegeplätzen übersteigt das Angebot disproportional, so dass die Aufnahme oft sehr spät erfolgt und die Verständigung der Pflegepersonen mit den Demenzkranken sehr schwierig erscheint. Die professionelle Pflege wird im Pflegeheim von dem „Gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege“ und von der „Pflegehilfe“ durchgeführt. Den theoretischen Bezugsrahmen zu der nonverbalen Kommunikation bilden einerseits die Kommunikationstheorien und -modelle, andererseits die Emotionstheorien und Theorien der Gefühle. Im theoretischen Teil werden weiter die Demenzerkrankungen näher erklärt und die Kommunikation als Fachsprache in der Pflege diskutiert.

Der empirische Teil gibt eine Einsicht über die aktuelle praktische Anwendung der Fachsprache im Bezug auf nonverbale Kommunikation mit Demenzkranken. Hierfür wurde der qualitative Forschungsansatz gewählt. Die Untersuchung umfasst acht Interviews mit den Pflegepersonen eines Pflegeheimes. Die Ergebnisse schildern die Landschaft der nonverbalen Kommunikation im Gebrauch der Fachsprache als ein nur marginal bekanntes Land. Es wird von den Pflegepersonen erwartet diese bereits zu beherrschen, wo sie selbst erst nur über die Laienkompetenz verfügen. Die Verantwortung über die Durchführung liegt bei jedem/r im eigenen Ermessen. Die Ausbildung liefert Kompetenz im verbalen Bereich und das Nonverbale geht dabei unter. Es gibt keinen expliziten Auftrag und daher auch keine Planung. Nonverbale Kommunikation bildet im Pflegeprozess derzeit eine Lücke. Die Nachfrage an einer

Erhöhung der Kommunikationskompetenz auf nonverbaler Ebene ergibt sich aus den Wertungen.

Aus der Untersuchung ergeben sich in den Schussfolgerungen und der Diskussion Punkte für die Empfehlungen in den Bereichen der Pflegepraxis, der Institution, der Wissenschaft und der Politik. Es bleibt offen ob und welche weiteren Untersuchungen die Wichtigkeit der Erlangung der professionellen Kommunikationskompetenz im nonverbalen Bereich bestätigen oder widerlegen könnten.

Abstract (English version)

The growing tendency of longevity bears an increasing assignment for the society. With the proceeding seniority the number of people diseased with dementia is steadily increasing. Due to a changed personality and lowered skills of verbal communication the challenges to the social environment are growing. The communication and understandment is difficult because the affected persons often drive their own communication to the nonverbal level and frequently find it uneasy to understand others. The demand of care places exceeds the offer disproportionally, hence the hospitalization is often realized very late and affects the communication of the nursing staff and the dementia patients in a negative way. The professional care in the nursing home is conducted by the upper rank service of the health care and nursing and members of the extending care. The theoretical context to the nonverbal communication arises from communication theories and models, as well as emotion theories and theories of feelings. The theoretical part describes the dementia diseases closer and discusses the communication as a terminology in nursing.

The empirical part provides an insight about the current practical use of the professional terminology in the context of nonverbal communication with dementia diseased people. Henceforth, the qualitative research approach was selected. The research covers eight interviews with the health care staff of a nursing home. The results point to the fact that nonverbal communication remains marginal in the use

of the professional terminology. The nursing staff is expected to carry the knowledge of this subject, even though they have only been provided with insufficient skills.

The amount of responsibility about the implementation depends on personal judgment. The training provides skills on the verbal level, leaving the nonverbal behind. The lack of explicit assignments results in missing planning. Nonverbal communication represents a gap in the care process. The demand for an increase of communication skills at the nonverbal level derives from the valuation of the nursing staff about their significance.

The results of the research point to conclusions, discussion subjects and recommendations in the fields of practical nursing, the institution, science and politics. It remains open if and which further researches could confirm or disprove the importance of professional training of communication skills at the nonverbal level.

Inhaltsverzeichnis

Abstract (Deutsche Fassung)	4
Abstract (English version)	5
Inhaltsverzeichnis.....	7
Einleitung	12
1 Theoretischer Teil	13
1.1 Begriffserklärung und Definitionen	13
1.1.1 Definition der Kommunikation	14
1.2 Kommunikationsebenen.....	16
1.2.1 Verbale Kommunikation	17
1.2.2 Nonverbale Kommunikation.....	22
1.2.3 Verhältnis der verbalen und nonverbalen Kommunikation	30
2 Kommunikationstheorie	32
2.1 Das Organon-Modell der Sprache	32
2.2 Kommunikationstheorie der fünf pragmatischen Axiome	33
2.2.1 Fünf pragmatische Axiome	34
2.3 Kommunikationsmodelle	38
2.3.1 Vier Ohren Modell von Schulz von Thun	38

2.3.2	Das Modell der gewaltfreien Kommunikation.....	44
2.3.3	Massenkommunikationsmodelle	45
3	Emotionstheorie	46
3.1	Arten von Emotionen	48
3.2	Beschreibung von Emotionen	50
3.2.1	Aufgaben von Emotionen	50
3.2.2	Verbale Arten von Emotionen	51
3.2.3	Emotionale Ausdruckstypen und Charakteristika	51
4.2.4	Nonverbale Arten von Emotionen.....	52
3.3	Theorie der Gefühle	53
3.3.1	Positive Gefühle	55
3.3.2	Negative Gefühle	56
3.4	Rolle von Gefühle und Emotionen in der nonverbalen Kommunikation ..	56
4	Demenzerkrankungen	58
4.1	Alzheimer - Krankheit	60
4.2	Multi-Infarkt-Demenz	61
4.3	Lewy - Body - Demenz.....	62
4.4	Morbus Pick.....	63
4.5	Stadien der Demenzerkrankungen und ihre Charakteristik.....	63

4.5.1 Einteilung der Stadien aus medizinischer Sicht	63
4.5.2 Aufteilung der Stadien nach Feil	67
5 Empirische Forschungsarbeiten	71
6 Kommunikation in der Pflegediagnostik.....	77
7 Empirischer Teil	86
7.1 Methodisches Vorgehen	86
7.1.1 Fragestellung der Arbeit / Forschungsfrage.....	86
7.1.2 Relevanz	87
7.1.3 Zielgruppe	87
7.1.4 Zugang zum Forschungsfeld.....	88
7.1.5 Ethische Überlegungen.....	89
7.2 Durchführung der Untersuchung	90
7.2.1 Das Interview (problemzentriert, semistrukturiert).....	90
7.2.2 Datengewinnung.....	91
7.2.3 Demografische Daten	92
7.3 Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	93
7.3.1 Die Datenaufbereitung/Transkription	94
7.4 Darstellung der Ergebnisse	95
7.4.1 Interpretationen nonverbaler Kommunikation.....	95

7.4.1.1 Gestik und Mimik	96
7.4.1.2 Kommunikation ohne Wörter.....	97
7.4.1.3 Wechselseitiger Interaktionsvorgang	97
7.4.1.4 Individuelle Interpretation	100
7.4.2 Wahrnehmung und Auswirkungen seitens der Pflegeperson	101
7.4.2.1 Wahrnehmung ist schwierig	101
7.4.2.2 Wahrnehmung ist unterschiedlich.....	103
7.4.2.3 Auswirkungen auf die Pflegeperson	104
7.4.3 Erfahrungen über nonverbale Kommunikation.....	105
7.4.3.1 Mangel an reflektierten Erfahrungen	106
7.4.3.2 Mangel an der Zeit.....	107
7.4.3.3 Fehlen am Standard Vokabular	108
7.4.4 Erfahrungen beim Dokumentieren.....	108
7.4.4.1 Fehlende Pflegediagnosen für nonverbale Kommunikation.....	109
7.4.4.2 Nonverbale Kommunikation wird nicht/selten dokumentiert	111
7.4.4.3 Nonverbale Kommunikation bildet ein Defizit in der Pflege	112
7.4.5 Empfehlungen von Lehrinhalten für die Ausbildung	113
7.4.5.1 Demenzerkrankungen und Geriatrie.....	114
7.4.5.2 Evaluation und Innovation der Kommunikationskompetenz	115
7.4.5.3 Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis	117

7.4.5.4 Pflegediagnosen und Fachvokabular	117
7.4.5.5 Sensibilisierung der Wahrnehmung	118
7.4.6 Einschätzungen der nonverbalen Kommunikationskompetenz	119
7.4.6.1 Nonverbale Kommunikation hat in Zukunft sehr hohen Wert	119
7.4.6.2 Kommunikationskompetenz wird künftig sehr hoch sein müssen	120
7.4.6.3 Steigerung der Kommunikationskompetenz ist notwendig.....	121
8 Schlussfolgerungen und Diskussion.....	123
9 Empfehlungen und Ausblick für die Pflegepraxis	126
Literaturverzeichnis	127
Abbildungsverzeichnis.....	133
Tabellenverzeichnis	133
Fallbeispiele	133
Abkürzungsverzeichnis	134
Anhang.....	135

Einleitung

Medizinische und technische Fortschritte ermöglichen den Menschen qualitativ und quantitativ länger zu leben. Modernisierung, Veränderungen im Lebensstil, hohe Arbeitsbelastung und viele andere Faktoren wirken gleichsam auf den Gesundheitszustand jedes Einzelnen und der gesamten Gesellschaft. Im hohen Alter ist Multimorbidität ein Begleitphänomen. Statistische Prognosen zeigen stetig anwachsende Zahlen der Hochbetagten voraussichtlich bis zum Jahr 2050 (STATISTIK AUSTRIA 2010, Anhang 01). Parallel dazu wächst auch die Zahl der Menschen mit Demenzerkrankungen. Wohlbefinden und Steigerung der Lebensqualität sowie Würde des Menschen stehen im Mittelpunkt geriatrischer Pflege. Anforderungen auf die Pflegequalität steigen mit den Anforderungen der Gesellschaft auf die Lebensqualität. Das Tätigkeitsprofil der Pflege nimmt demnach in unterschiedlichen Arbeitsfeldern jeweils eine neue Rolle ein. Geriatrische PatientInnen bilden in der Pflege der Zukunft ein an sich heranwachsendes Arbeitsfeld, wobei die Zahl der Menschen mit Demenz, besonders im Bereich der stationären Betreuung, heute wie auch künftig eine überwiegende Mehrheit darstellen wird.

Die Kommunikation mit Demenzkranken stellt mit dem Fortschreiten der Erkrankung ein zentrales und kontinuierlich heranwachsendes Problem für die Pflegepersonen dar. Die Betroffenen verlagern ihre Kommunikation überwiegend in den nonverbalen Bereich (Volicer et.al, 1988, 2010; Feil, 2000, zit. nach Scharb 2005). Das Verstehen und Verstanden-werden bilden in der Kommunikationsbeziehung der Pflegeperson und des/der Demenzkranken die Basis für das positive Erleben des Wohlbefindens und der Lebensqualität. Diese Untersuchung soll zeigen wie die Kommunikation insbesondere auf der Ebene der nonverbalen Kommunikation mit den Demenzkranken im Kontext der stationären Langzeitpflege funktioniert.

1 Theoretischer Teil

1.1 Begriffserklärung und Definitionen

Kommunikation als Begriff stammt aus dem Lateinischen. Unter *communicare* werden Begriffe von *gemeinsam machen, vereinigen, teilen, sich besprechen*, mit aufgezählt. *Communicatio* steht im Latein für Mitteilung (Universal-Wörterbuch Latein, 1998, S. 63).

Communication im anglo-amerikanischen Sprachbereich ist sowohl in der Wissenschaft als auch in der Umgangssprache gängig „communication: the act of communicating; means of passing from one to another; news; intercourse“, „Webster’s new school and office dictionary 1961, S. 168 (zit. nach Maletzke, 1978, S. 16).

Kommunikation im deutschsprachigen Raum wird folgend beschrieben: „1. (ohne Plural) Verständigung, [wechselseitige] Mitteilung. 2. Verbindung; Verkehr.“ (Der kleine Duden Fremdwörter, 2004, S. 249).

„Komunikace“ im tschechischen Sprachraum wird ebenfalls mit mehreren Begriffen erklärt: Verbindung, Übertragung, das Mitteilen, Informationsaustausch, der öffentliche Verkehr, der Verkehrsweg (Slovník cizích slov, 1996, S. 180).

MALETZKE (1978) unterscheidet zwischen der Kommunikation im weiteren und im engeren Sinne. Unter der Kommunikation im weiteren Sinne beschreibt MALETZKE (1987, S.16) „daß Lebewesen mit der Welt in Verbindung stehen“. Kommunikation im engeren Sinne wird nach MALETZKE (1978, S.16) in der Wissenschaft als Begriff so verwendet, „daß Lebewesen *untereinander* in Beziehung stehen, daß sie sich verständigen können, daß sie imstande sind, innere Vorgänge oder Zustände auszudrücken, ihren Mitgeschöpfen Sachverhalte mitzuteilen oder auch andere zu einem bestimmten Verhalten aufzufordern.“

1.1.1 Definition der Kommunikation

Da es für die Kommunikation mehrere Begriffe gibt, die auch unterschiedliche Bedeutungen haben, gibt es keine allgemeine Definition. So befinden sich im www zahlreiche Definitionen im Bezug auf die Mannigfaltigkeit der Verwendung des Begriffes von Kommunikation.

Tabelle 01: Definitionen der Kommunikation

1	„Der Begriff der Kommunikation ist in der Informationstheorie durch das Sender-Empfänger-Modell geprägt: Informationen werden in Zeichen kodiert und dann von einem Sender über einen Übertragungskanal an einen Empfänger übertragen.“ de.wikipedia.org/wiki/Kommunikation_(Informationstheorie)
2	„Der Kommunikationsbegriff in der Biologie kann sich zum einen auf die (zeichenvermittelten) Interaktionen zwischen Zellen, Geweben, Organen und Organismen zum Zwecke der Verhaltenskoordination aber auch auf die Informationsübertragung innerhalb eines Organismus beziehen, ...“ de.wikipedia.org/wiki/Kommunikation_(Biologie)
3	„Als Teil der sozialen Interaktion wird die zwischenmenschliche bzw. interpersonelle Kommunikation verstanden, welche aus soziologischer Sicht äußerlich sichtbares wechselseitiges Aufeinanderwirken zwischen Individuen zum Zwecke der Abstimmung des Denkens und Verhaltens der Beteiligten bzw. des konkreten Handelns von Kooperationspartnern oder Feinden bezeichnet.“ de.wikipedia.org/wiki/Kommunikation_(Soziologie)
4	„In der Psychologie wird der Begriff Kommunikation für den Prozess der Zeichenübermittlung und Verständigung zwischen Menschen (Humankommunikation) verwendet.“ de.wikipedia.org/wiki/Kommunikation_(Psychologie)
5	„Wechselseitiger Austausch von Informationen durch zwei oder mehrere Personen; auch: wechselseitiger Austausch von Daten durch technische Geräte“ wiki.elearning-mv.de/index.php/Glossar
6	„Zwischenmenschliche Verständigung, vor allem durch Sprache als besondere Form sozialer Interaktion; absichtsgelenktes und zielgerichtetes, auf das

	Bewusstsein von Partnern einwirkendes und eigenes Bewusstsein veränderndes sprachliches Handeln“ www.uni-leipzig.de/~kluck/a1/glossar.htm
--	---

(Definitionen der Kommunikation. Online: 13.9.2009 <http://www.google.at/>)

Beispiele von diesen Definitionen aus den diversen Wissenschaften verbinden die Wege der menschlichen Sprache von einem Gesprächspartner zum anderen. Dabei lässt sich aus den angeführten Beispielen folgende gemeinsame Definition festhalten (aus der Sicht der Verfasserin):

„In Zeichen kodierte Informationen treten in Interaktionen, die durch sichtbar wechselseitiges Aufeinanderwirken in einem Prozess den wechselseitigen Austausch von Informationen mittels Sprache vermitteln.“

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

Kommunikation als Begriff ist nach Theodor LEWANDOWSKI (1994, S. 551) „zwischenmenschliche Verständigung, reflexives sprachliches Handeln, intentionales Mitteilen von Zeichen, vor allem durch Sprache als besondere und zugleich fundamentale Form sozialer Interaktion; [...] Übertragung und Verarbeitung von Information, die in der Erzeugung von Bedeutung und Sinn sowie in Arten und Weisen des Verstehens realisiert wird.“

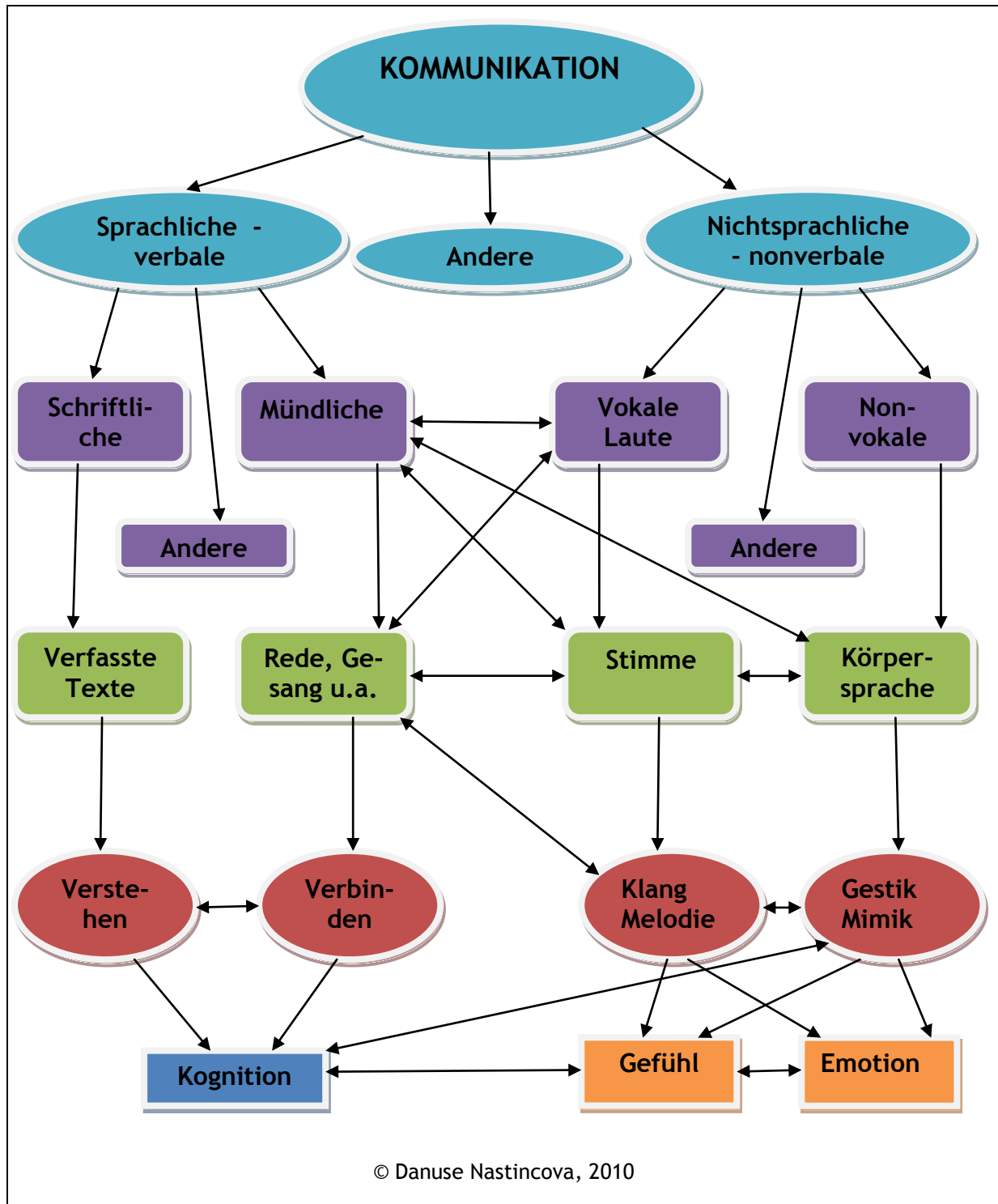
Friedemann SCHULZ von THUN (2005) versteht die zwischenmenschliche Kommunikation als ein komplexes System der menschlichen Verständigung. Sein Modell wird im Kapitel 2.3.1 näher beschrieben.

Wie man sieht, ist die Kommunikation ein mehrdeutiger Begriff. In dieser Arbeit werden die Begriffe der menschlichen Kommunikation aus den verbalen und non-verbalen Ebenen näher beleuchtet.

1.2 Kommunikationsebenen

Kommunikation als solche ist als System von mehreren Ebenen aufgebaut. Wie sich diese Ebenen gliedern und möglicherweise verbinden, zeigt folgende Grafik.

Abbildung 01: Modell der Kommunikationsebenen (eigene Darstellung)



1.2.1 Verbale Kommunikation

Verbal entspringt aus der lateinischen Sprache. Verbum bedeutet im Lateinischen Wort oder Ausdruck, in der Mehrzahl heißt es Worte oder Rede (vgl. Universal-Wörterbuch Latein, 1998, S. 295).

Sprachliche Kommunikation beinhaltet Worte mit Inhalten und Bedeutungen, die dem Gesprochenen einen Sinn verleiht. Daraus lässt sich ableiten: gäbe es im Gesprochenen eine Wortwahl ohne Zusammenhänge, würde die Sprache für die Gesprächspartner nutzlos. Auch zwei verschiedene Sprachen, die genutzt werden, ohne die Bedeutungen der fremden Sprachen zu wissen, würden die Gesprächspartner nicht zusammenführen. Daher ist es unabdingbar, bei der Anwendung der verbalen Kommunikation die jeweilige Wortsprache des Gesprächspartners zu beherrschen und die Inhalte und Begriffsbedeutungen zu kennen. Somit ist verbale Kommunikation auf der inhaltlichen Ebene klar zu erschließen.

Im Kontext des Pflegeheims konnte seitens der Verfasserin als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester auf dem Gebiet der verbalen Kommunikation eine bunte Palette von wertvollen Erfahrungen gemacht werden. Es ist nicht gleichgültig, wie ein Gespräch mit einem alten Mensch geführt wird. Im Hintergrund spielen dabei zahlreiche Faktoren mit, wie beispielsweise die Art der Erkrankung des alten Menschen, das Sprachvermögen, die Funktionstüchtigkeit des Gehörapparates, die kulturelle Abstammung, das Erlebte als solches, die Art der Sprache von zu Hause, die Hauptinhalte des Lebens aus der Sicht des alten Menschen.

Auf der anderen Seite steht die Pflegeperson, wobei auch einige von den bereits erwähnten Faktoren zum Tragen kommen: das Sprachvermögen, die kulturelle Abstammung, das Erlebte als solches, die Art der Sprache von zu Hause, die Hauptinhalte des Lebens der Pflegeperson. In weiterer Folge kommt natürlich auch die Motivation, warum die Pflegeperson gerade im Bereich der Gerontologie beschäftigt ist und welche Hintergründe haben sie dazu bewogen, mit alten Menschen zu arbeiten, zum Tragen. Welchen Sprachwortschatz besitzt die Pflegeperson und in wie weit ist sie daran interessiert, das „alte Leben“ zu erkunden, findet sie bei ih-

rer Arbeit mit dem alten Menschen auch Spaß oder macht sie das bloß als „Arbeit“ wegen dem Verdienst? Alte Menschen haben sehr viel mitzuteilen.

Verbale Kommunikationsgespräche werden bei verschiedenen Pflegekontakten geführt, aber es ist ein Unterschied zwischen verbaler Kommunikation, die in den Pflegesituationen – wie z.B. Anleitung, Unterstützung und teilweise oder volle Übernahme der Selbstpflegetätigkeiten – geführt wird, und verbaler Kommunikation auf der Basis von Unterhaltung, Gesprächsführung oder biografischer Arbeit.

Erst beschriebene Pflegesituationen beinhalten kurze, prägnante Sätze seitens der Pflegeperson zur gepflegten Person. Sie enthalten Informationen über die bevorstehende Pflegetätigkeit, Anweisungen zu kooperativen Handlungen und aktiver Teilnahme bei den Ausführungen von Tätigkeiten, wie sich zu waschen und sauber zu halten, sich anzuziehen oder sich zu bewegen, Aufforderungen zum selbständigen Essen und Trinken. Bei diesen Pflegegesprächen handelt es sich vorwiegend um eine einseitige verbale Kommunikation von Pflegenden zu den Gepflegten. Diese Informationen erfüllen noch einen anderen wichtigen Aspekt, sie bauen bei den Gepflegten Angst ab, sie erhöhen das Selbstwertgefühl und das Selbstbewusstsein. Der alte Mensch gewinnt an Selbstsicherheit und Selbständigkeit im Alltag. Durch diese Art der verbalen Kommunikation werden die Grundbedürfnisse bei alten und pflegebedürftigen Menschen gedeckt.

Die zweite Art der verbalen Kommunikation mit alten und pflegebedürftigen Menschen dreht sich um das seelische Wohlbefinden. Offene Fragen werden gestellt, um in ein Gespräch zu kommen.

- Fragen nach dem allgemeinen Wohlbefinden wie: *„wie geht es Ihnen heute?, wie haben Sie geschlafen?“*,
- Fragen nach dem gesundheitlichen Befinden wie: *„ist alles in Ordnung?, fühlen Sie sich wohl?, haben Sie Schmerzen?, was tut weh?“* und ähnliche.
- Fragen zu der aktuellen Situation, in der sich die beiden Gesprächspartner gerade befinden wie: *„was machen Sie?, was wollen Sie machen?, was gibt es Neues?, kommen Sie mit zum ...?“*.

- Fragen, die die Vergangenheit wieder aufleben lassen, sind ein wichtiger Teil der verbalen Kommunikation. Hier wird auf das Leben in verschiedenen Lebensabschnitten eingegangen und somit wird das Bild des alten Menschen für die Pflegeperson neu gemalt. Bereiche wie Spiritualität, Glaube und religiöse Gewohnheiten, das Familienleben im Kindesalter, Teenager-Zeit, die Ausbildung, der erste Job, der Partner – Ehemann und die eigene Familie, Kinder, Enkelkinder, Freundeskreis, Hobbys und die Freizeitaktivitäten, Essgewohnheiten und nicht zu vergessen die Kriege, werden in der Biografie-Arbeit angesprochen und zur Verarbeitung aufgenommen. Viele alte hochbetagte Menschen sprechen nicht über die Erlebnisse oder Ereignisse, die sie in den Kriegen unmittelbar und hautnah erlebt haben. Diese Zeiten erscheinen in den Biografiebögen nur mit knappen Antworten: „*Es war Krieg*“.

Fallbeispiel 01: Verbale Kommunikation und Beobachtung

In einem Gespräch mit Frau K., die nur mehr ganz kurze Antworten mit drei bis vier Worten geben konnte aufgrund der eingeschränkten Denkfähigkeit und des stark herabgesetzten Wortschatzvermögens (medizinischer Diagnose „senile Demenz“), wurden ein Paar Puzzlesteine gesammelt. Diese Daten konnten das „Bild“ vom Leben der alten Frau verdeutlichen.

Meine ersten Begegnungen mit Frau K.: Diese alte Dame ging den Gang auf und ab, einfach die Wand entlang, sich dabei auf das Geländer stützend. Sie sprach niemanden an, sie suchte auch keinen Kontakt aktiv auf. Ihr Blick war Richtung Fußboden gewendet, sie ging in vorgebeugter Körperhaltung vorwärts. Aus der ärztlichen Anamnese habe ich die Diagnosen und Vorerkrankungen erfahren – wie Status post Cholecystektomie, Status post TEP (Totale Endoprothese – ein künstliches Hüftgelenk) rechts, senile Demenz. Ich habe mich dann weiter in der Pflegedokumentation kundig gemacht. Frau K. wohnte erste seit einem Jahr im Pflegeheim. Sie war Witwe, kinderlos, es gab keine Familienangehörigen mehr, eine ihr bekannte Frau aus der Pfarre war als Vertrauensperson genannt und eine Nachbarin aus dem Wohnhaus kam manchmal zu Besuch.

In den Nachmittagsstunden, bei den Kaffeejause, habe ich mich mit Frau K. über

Themen aus der Vergangenheit unterhalten können. Ich habe erfahren, dass sie am Land auf einem Bauernhof aufgewachsen ist. Ihre Eltern haben viele Tiere gehalten. Frau K. musste bereits als Kind „fest anpacken“ und am Hof mithelfen. Als sie verheiratet war, hat sie „leider keine Kinder bekommen können“. Ihr Ehemann ist im Krieg gefallen. Frau K. war tief gläubig und besaß ein unterzeichnetes Bild des Papstes Johannes Paul des Zweiten. Frau K. sah immer gern hoch zum Bild des Papstes. In der Gemeinde, wo Frau K. nach dem Krieg in Wien gelebt hat, war sie immer gerne mit den anderen Gläubigen zusammen. Ihren Lebensunterhalt hat sie sich bis zur Pension als Bedienerin im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien auf einer Chirurgie – Abteilung verdient.

Meine Erfahrungen aus diesem Fallbeispiel: anfangs habe ich Frau K. gezielt beobachtet, was sie tut, wann sie was macht – am Vormittag oder mittags, Nachmittag oder am Abend, wofür sie sich interessiert. Ich beobachtete des Weiteren, wie sie sich äußert, wie ihr Umgang mit der Umgebung ist, mit den MitbewohnerInnen und mit den PflegerInnen. Ferner interessierte mich, wo sie die meiste Zeit verweilt, wo sie sich wohl fühlt und ein ruhiges und ausgeglichenes Verhalten äußert, an welchen Orten es ihr nicht so gut geht, wo sie durch ihr Verhalten (schnelles Laufen, Blick in die Weite oder ausweichend, stilles und schnelles Antworten, Schulter zusammengedrückt und Rücken gebeugt, Kopf zwischen den Schultern versteckt) Angst und Unwohlbefinden zeigt. Für meine Beobachtungen nutzte ich verschiedene Möglichkeiten in verschiedenen Umgebungen (ihr Zimmer, Gang, Aufenthaltsraum, im Schwesternzimmer auf der Couch, wenn sie im Bett lag, beim Essen, beim Spaziergehen, beim Kaffeetrinken u.ä.) und ich sprach sie an. Zur momentanen aktuellen Situation stellte ich eine kurze Frage und eine neue Frage auf ihre Antwort. Dabei beobachtete ich wie sie sich zeigt und welche Auswirkungen das Gespräch auf ihr Befinden hat. Über Körperhaltung, Mimik und Gesichtsausdruck, die Sprache der Hände habe ich dann *gelesen*, was ungefähr im Inneren von Frau K. vor sich geht. Ich habe versucht in die Haut von Frau K. *zu schlüpfen* und *zu empfinden*, was sie während des Gesprächs fühlt. Danach bin ich wieder in meine Haut zurückgekehrt. Bei diesen Gesprächssituationen hat mir sehr die Anwendung von Validation geholfen, eine Methode der Kommunikation mit Demenzkranken nach

Naomi Feil. Diese Erkenntnisse – durch beobachten, sich hinein fühlen, sich hineinversetzen, die Realität des Demenzkranken zu erkennen und anzunehmen, akzeptieren, im Gespräch Körpersprache, Gestik, Mimik, Gesichtsausdruck, Ausdruck der Augen, die Sprache der Hände, Musik und Melodie der Stimme zu beobachten und wahrzunehmen – haben mir geholfen, Frau K. besser zu verstehen und besser wahrzunehmen.

Eine weitere Art der Kommunikation mit Frau K. war der Austausch der nonverbalen Körpersprache. In verschiedenen Pflegesituationen war es auch unabdingbar, Frau K. zu berühren, sie bei der Hand zu nehmen, sie auch an anderen Stellen des Körpers zu berühren. In Pflegesituationen wie „sich waschen“ oder „sich anziehen“ habe ich vor der Handlung eine kurze verbale Information über das Bevorstehende mitgeteilt. Das hat eine Auswirkung in Form von Angstabbau gehabt und es hat eine Vertrauensbasis geschaffen. Eine Beziehung hat sich nach und nach aufgebaut. In anderen Pflegesituationen, wo es nicht um die Befriedigung der Grundbedürfnisse ging, habe ich Frau K. ins Gespräch geholt, indem ich sie ansah, ihr ein Lächeln sendete, sie sanft an der Hand nahm oder ihr über die Haare und die Schulter streichelte. Ich sagte ihr etwas Schönes und sie gab mir die Antwort entweder verbal und nonverbal oder nur mittels Körpersprache. Die Augen „sprachen“, der Gesichtsausdruck sagte mir wie ich weiter vorgehen soll. Hatte sie Angst signalisiert, habe ich mit einer ruhigen Stimme und mit sanfter Berührung versucht ihr diese zu nehmen. Ich habe aus meinem Inneren so gehandelt, wie ich selbst behandelt werden möchte. Ich habe versucht den Kontakt so aufzunehmen, wie es eine Mutter mit ihrem Baby tut. Ich habe versucht zu verstehen was sie will und was sie braucht.

Das magische Wort „BEOBACHTEN“ und weiter über das Beobachtete „NACHZUDENKEN“, es zu reflektieren und für den anderen versuchen zu interpretieren, bilden aus der Sicht der Verfasserin die Grundlage des Zugangs zur nonverbalen Kommunikation mit demenzkranken Menschen.

1.2.2 Nonverbale Kommunikation

Als älteste Form der Verständigung zwischen den Menschen hat die nonverbale Kommunikation ihre Wurzeln in der Welt der Tiere. Auf der Evolutionsskala ist die höher entwickelte Art mit einer genetischen Basis ausgestattet, die mehr oder minder das Lernen ermöglicht, was für die Art zunehmend wichtiger wird. Tiere entwickeln Kommunikationssysteme, die sich als Verhaltensmuster oder als Teile von diesen entschlüsseln lassen. In bestimmten Situationen werden von Tieren Ersatzhandlungen benutzt. Das regelmäßige Geschehen von diesen Handlungen lässt sich als soziales Signal verstehen. Erlangt ein solches soziales Signal eine Bedeutung, kann es im Sinne von Ritualisierung zur evolutionären Veränderung kommen (vgl. Argyle, 2002, S. 45-47).

ARGYLE (2002, S. 57) unterscheidet zwischen tierischer und menschlicher Kommunikation, wobei die Letztere, obwohl sie auch eine angeborene Komponente hat, größtenteils erlernt wird. „Während menschliche Kommunikation teilweise spontan ist und von niedrigeren Stufen des Zentralnervensystems gelenkt wird, ist sie andernteils mehr überlegt und von höheren kognitiven Prozessen abhängig. Es gibt keine eindeutige Grenzlinie zwischen beiden und oft ist mehr als eine Ebene beteiligt, [...]“.

Menschen können Signale und deren Bedeutungen erlernen und ihre eigenen Signalformen in den Kulturgruppen entwickeln. Daraus folgt, dass verschiedene Menschengruppen auch ganz neue für die Gruppe spezifische soziale Signale entwickeln. Der Unterschied liegt im Kontext, welche Ziele, Vorstellungen, Annahmen oder Regeln für das Gemeinsame eine Rolle spielen. Das alles spiegelt sich in den körperlichen Ausdrucksformen wider. „Nonverbale Kommunikation wird teilweise durch die höheren kognitiven Zentren gesteuert und durch Sprache und Vorstellungen beeinflusst.“ (Argyle, 2002, S. 58).

In der Welt der Menschen wird nonverbale Kommunikation als „Informationsvermittlung mit Hilfe von Blicken, Gesten, Gebärden usw., die ohne Sprache informationshaltig sein können oder das Sprechen oder Zuhören bewußt oder unbewußt begleiten.“ bezeichnet. „Nonverbale Zeichen sind oft sehr individuell (z.B. Seuf-

zen, Räuspern, Zögern, Schweigen usw.); sie werden nicht immer bewußt gebraucht, da man über sie nicht in dem Maße verfügt wie über die eigene Sprache, und können leicht über- oder fehlinterpretiert werden.“ (Lewandowski, 1994, S. 749).

Nonverbale Kommunikation „beschreibt alle Formen der Kommunikation, die sich nicht auf eine sprachliche Informationsvermittlung stützen. Informationen können über alle Sinne kommuniziert werden z.B. durch, Musik, Bilder, Geruch, Geschmack sowie Gesten und Körperhaltung.“ (Gabler Wirtschaftslexikon. Online: 12.10.2009. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/81302/nonverbale-kommunikation-v3.html>).

SCHULZ von THUN (2005, S. 33) beschreibt die nonverbalen Nachrichtenanteile in Form von impliziten Botschaften über den nicht sprachlichen Kanal der Stimme, Betonung der Aussprache, begleitende Mimik und Gestik. Mit implizierten Botschaften meint er „ohne daß es direkt gesagt wird, steckt es doch drin oder kann zumindest <<hinein>> gelegt werden.“. In seinem Nachrichten-Modell lassen sich diese nicht sprachlichen Botschaften an drei Seiten der Nachricht anwenden: an der Selbstoffenbarungsseite, der Beziehungsseite und der Appellseite. Lediglich der Sachinhalt bleibt ohne implizite Botschaften, der Inhalt ist klar. Sind die Nachrichten verwirrend, weisen die Signale nicht in die gleiche Richtung. Solche Nachrichten deuten auf eine Inkongruenz hin – sie stimmen nicht überein mit den implizierten Botschaften und mit den nonverbalen Signalen. (vgl. Schulz von Thun, 2005, S. 34-35).

Die Anwendung der nonverbalen Kommunikation in der menschlichen Gesellschaft findet sich nach ARGYLE (2002, S. 58) in mehreren Bereichen:

- „Unterstützung der Sprache
- Ersatz für die Sprache
- Ausdruck von Emotionen
- Ausdruck von interpersonalen Einstellungen

- Mitteilung über die Person
- in Zeremonien und Riten
- in der Werbung, bei politischen Veranstaltungen und Demonstrationen
- in den Künsten.“

Vokales Verhalten bezeichnet das Verhalten der Stimme. Es wird aus dem Lateinischen abgeleitet und *vocalis* bedeutet: stimmbegabt, klangvoll (vgl. Universal-Wörterbuch Latein, 1998, S. 302).

Klang der Stimme, ihre Melodie, die Begleitmusik, Tiefe, Höhe und Intensität, Pausen oder die Spannung bzw. Tonfall und viele andere Phänomene, die der Stimme Farbe und Lebhaftigkeit verleihen, sind dem vokalen Verhalten zuzuordnen.

Nonvokales Verhalten – diesem ist die Körpersprache zuzuordnen. Der Körper sendet Signale; nimmt ein Anderer diese Signale wahr und antwortet darauf mit einer Reaktion, kann man es eine neue Sprache nennen, der Körper kommuniziert mit seiner Umwelt. Es gibt zwei Ausdrucksformen, die der Körper von sich aus gibt. Zum einem bringt er seine Wünsche zum Ausdruck, die auf seine innere Absicht gerichtet sind, zum anderen drücken sich diese Wünsche als eine Reaktion auf äußere Reize aus. Ausdruck der inneren Bedürfnisse signalisieren einen Wunsch und tragen daher immer einen positiven Charakter. Die Reaktionen auf äußere Reize können sowohl positiven als auch negativen Charakter haben. Diese gesendeten Körpersignale werden Körpersprache genannt (vgl. Molcho, 2001, S. 8).

Nach WATZLAWICK (2007, S. 53) teilt jedes Verhalten etwas dem Anderen mit. In seiner Kommunikationstheorie wird die nonverbale Kommunikation im Axiom „*Man kann nicht nicht kommunizieren*“ indirekt durch das Metakommunikative ausgedrückt. Es ist damit das menschliche Verhalten in sozialen Situationen gemeint. Mehr zu diesem Thema wird im Kapitel 2.2 beschrieben.

Gestik und Mimik sind Körperbewegungen. Gesten werden als Signale verstanden, die entweder gewollt (z.B. Winken) oder ungewollt (z.B. Niesen) geschehen. Gewollte Signale dienen alleine der Kommunikation. Zufällige, beiläufige nicht ge-

wollte Signale sind Handlungen, die eine Funktion haben und gleichzeitig eine Information übermitteln. Bei der Gestik ist entscheidend, wie sie der Empfänger interpretiert. Interpretation ist von den Zusammenhängen des Umfelds abhängig. Beiläufige – sekundäre – Gesten tragen Informationen über unsere Stimmung und unser Befinden. Hierzu zählen Gesten wie gähnen, husten, kratzen, sitzen, hocken, gliederstrecken, liegen, usw. Primäre – gewollte Gesten dagegen sind folgende:

- Ausdrucksgesten – verkörpern Signale des Gesichtsausdrucks und der Gesticulation der Hände
- Mimische Gesten – diese versuchen eine andere Person oder ein Tier, eine Handlung oder ein Objekt zu imitieren. Hier findet eine Unterteilung statt:
 - a) soziale Mimikry – man lügt mit stimulierten Gesten, um einem Anderen zu gefallen
 - b) Theater-Mimikry – schauspielerisches Darstellen
 - c) Teil-Mimikry – Versuche, etwas mit den Händen nachzumachen, was in Wirklichkeit nicht möglich ist, wie beispielsweise das Flattern eines Vogels durch flatternde Bewegungen dargestellt wird
 - d) Leerlauf-Mimikry – eine Handlung wird vorgespielt, ohne das zugehörige Objekt wie beispielsweise essen, trinken oder rauchen
- Schematische Gesten – sind kulturabhängige standardisierte Kürzel von imitierenden Gesten, die durch das Zeichen etwas darstellen wie beispielsweise eine Geste für Hörner, um „Stier“ zu bezeichnen. Die starke Kulturabhängigkeit kann zu Missverständnissen führen
- Symbolische Gesten – deuten abstrakte Gegenstände an wie Gedanken und Stimmungen beispielsweise klug, dumm oder Daumen halten
- Technische Gesten – diese werden von Spezialistengruppen verwendet wie Feuerwehrleuten, Polizisten im Verkehr, Seeleuten, Bahnpersonal u.ä.

- Kodierte Gesten – sind formale Signalsysteme und bilden den Übergang zu echten Sprachen beispielsweise Handzeichen für Zahlen, Buchstaben oder die Zeichensprache von Taubstummen
- Redegesten – sind kulturabhängig unterschiedlich und erfüllen mehrere Signalfunktionen, beispielsweise Betonung, Rederhythmus, Zustimmung oder Ablehnung, Zweifel

(Desmond, M., (1981). Der Mensch mit dem wir leben. Ein Handbuch unseres Verhaltens. zit. nach Payer, M., (2000, überarbeitet 2006). Internationale Kommunikationskulturen. [Elektronische Version]. Online: 17.10.2009. <http://www.payer.de/kommkulturen/kultur042.htm>).

Körper- und Hautkontakt

Der Körper- und Hautkontakt ist bei vollkommener Unselbständigkeit unumgänglich. Deshalb ist es wichtig und sinnvoll vor der Pflegehandlung auch Schwer-Demenzkranken zu informieren und mit ihnen eine Vertrauensbasis aufzubauen. Die Wirkung von Körper- und Hautkontakt kann anhand eines Beispiels dargestellt werden.

Fallbeispiel 02: Körper- und Hautkontakt

Frau T. ist blind, sie liegt seit mehreren Jahren im „Wachkoma“. Sie spricht nicht mehr von sich aus, aber an manchen Tagen gibt sie auf kurze und prägnante Fragen adäquate Antworten wie z.B. „Haben Sie Durst?“ antwortet sie mit „Ja“ oder „Nein“, wenn ich frage „Wie geht es Ihnen heute?“ sagt sie oft „Gut“ oder sie enthält sich der Antwort. Wenn ich ihr Zimmer betrete, begrüße ich sie mit „Guten Morgen Frau T.“ oder „Guten Tag Frau T.“ und manchmal bekomme ich auch einen Gruß zurück, ähnliches geschieht auch wenn ich mich von ihr verabschiede. Aber die wichtigste Art der Kommunikation mit Frau T. geht jedoch auf der Ebene von Körper- und Hautkontakt. Ich spreche mit Frau T. und sage ihr was ich bei ihr tun werde und beobachte dabei ihre Reaktionen am ganzen Körper. Wie sich ihr Gesichtsausdruck ändert, wenn die Berührung mal angenehm ist oder auch nicht. Sie beginnt sofort die Stirn zu runzeln und die Augenbrauen zusammen zu ziehen, wenn

sie unzufrieden ist. Wenn ihr das Essen nicht schmeckt presst sie ihre zahnlose Kiefer ganz fest zusammen, oder zeigt sie einen „sauren Gesichtsausdruck“. Beim geschmacklosen oder unangenehmen Geschmack der Nahrung hat Frau T. auch schon Tränen fließen lassen oder das Essen sogar mit der Zunge aus dem Mund heraus befördert.

Bei der Körperpflege konnte ich folgende Sachverhalte feststellen. Wenn ich sie nicht anspreche und einfach mit der Pflege beginne, d.h. Frau T. bekommt keine Ansprache und Information über das, was ich tun werde, dann erschrickt sie, wenn ich sie abdecke verspannt sich in diesem Moment ihr ganzer Körper und sie versucht die Decke zurückzubekommen, sie deckt sich wieder zu. Hier passiert eindeutig eine Kommunikation nonverbal im Sinne „*ich will nicht, ich bin nicht damit einverstanden, ich bin nicht bereit dazu*“. Ein Zeichen von Angst. Ich spreche Frau T. an und sage ihr, was ich vorhabe, dass sie von mir die Körperpflege bekommt und dass ich sie dafür abdecken muss. Frau T. bleibt im entspannten Zustand und „wehrt sich nicht“ gegen die Pflegehandlung, im Gegenteil, sie ist um Kooperation bemüht. Sie hebt ihre Arme an und „lässt sich abdecken“, das Gleiche geschieht beim An- und Ausziehen, sie bekommt von mir die Information, dass ihr rechter Arm an- oder ausgezogen wird und sie streckt oder beugt ihren Arm entsprechend dem Vorgang. Frau T. ist bei der Körperpflege aktiv mitbeteiligt, sie ist entspannt und somit sind ihre Schmerzen erträglicher. Im Zustand einer Körperverspannung, dann wenn sie die Pflege ohne Information bekommt, reagiert sie mit verbalen Schmerzäußerungen, sie sagt deutlich „au“ oder sie schluchzt, und zeigt Abwehrreaktionen mit noch mehr Verspannung. Und so lassen sich viele andere pflegerische Handlungen und Tätigkeiten bei Frau T. beschreiben. Zuerst muss eine Vertrauensbasis aufgebaut werden, ein verbaler wie auch nonverbaler Kontakt erfolgt, langsam baut Frau T. ihre Angst ab und die gemeinsame Kommunikation und Handlungskooperation gelingt sowohl zu Gunsten von Frau T. als auch der Pflegeperson. Ihr Körper spricht zu mir, so versuche ich auf ihre negativen Reaktionen adäquat zu reagieren. Auch die Tonlage meiner Stimme ist beim Umgang mit Frau T. wichtig. Auf meine ruhige tiefere Tonlage der Stimme reagiert sie ruhig und ausgeglichen entspannt. Sobald die Tonlage höher wird, wird ihr Gesichtsausdruck eher fragend

oder ängstlich, sie zieht ihre Arme gebeugt zur Brust und beginnt sich zu verspannen. Es dauert eine Weile, während ich ruhig und langsam spreche, bis sie wieder ihr Wohlbefinden erlangt.

Gerüche (olfaktorische Kommunikation) haben in der nonverbalen Kommunikation einige wichtige Funktionen. Körpergerüche sind wichtig im Zusammenhang mit Sexualität, Sympathie und Antipathie. Gerüche werden ständig wahrgenommen. Die Wahrnehmung von Gerüchen hat eine Auswirkung auf die Stimmungen bei Menschen. Menschen, die ihren Geruchssinn verloren haben, vermissen den eigenen Geruch und können depressiv werden. Eine sehr wichtige Rolle haben jedoch Gerüche bei der Erinnerung. Es geht dabei um die Erinnerungsfunktion. Das Geruchsgedächtnis ist meist sehr stark mit positiven oder negativen Gefühlen verknüpft. Menschen können sich auch nach Jahrzehnten an verschiedene Gerüche aus der Vergangenheit, wie an den Geruch des Kinderzimmers oder des Lieblingsstofftiers erinnern (Stangl, W., Arbeitsblätter. Olfaktorische Kommunikation, (2009). Online: 6.12.2009. <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION>).

In der Arbeit mit Demenzkranken Menschen wurden besonders beim Einnehmen der Mahlzeiten positive Reaktionen beobachtet durch die Rückmeldung von dem, was der Demenzkranke vermittelte z.B. „Hm das riecht gut!“, aber auch beim Blumen Riechen, beim Baden unter Anwendung verschiedener Pflege- und Bademittel. Die positive Empfindung dabei hat sich im Gesichtsausdruck und auch der Körpersprache widerspiegelt. Der Demenzkranke hatte ein Lächeln im Gesicht und wirkte entspannt.

Geschmack bildet eine wesentliche Rolle in der Pflege von Demenzkranken Menschen. Die Menschen können immer weniger sagen, was ihnen schmeckt und was nicht. Eine Nahrungsaufnahme-Verweigerung kann verschiedene Ursachen haben und muss zuallererst erkundet werden. Einerseits kann es bedeuten „es schmeckt mir nicht“ oder „ich habe genug“, „ich bin satt“ und Ähnliches, andererseits kann auch eine organische Störung oder Erkrankung die Ursache sein. Es liegt viel an der

Erfahrung der Pflegeperson, aber auch durch wiederholende Versuche verschiedene Speisen anzubieten und dadurch herauszufinden, wie es um den Geschmack des Demenzkranken bestellt ist, kann man Aufschluss gewinnen. Auf diesem Gebiet gibt es einen Nachholbedarf, denn bei einer kontinuierlichen Gewichtsabnahme ist oft die Ernährung mittels künstlichen Zugangs unumgänglich. Besonders Demenzkranke, die nicht mehr selbständig essen können und die Nahrung von der Pflegeperson gereicht bekommen, zeigen ihr Geschmacks-Empfinden mittels Gesichtsmimik. Sie pressen die Lippen fest zusammen oder runzeln auch die Stirn und zeigen damit ein Unwohlsein.

Kleiden spielt in der nonverbalen Kommunikation eine besondere Rolle. Durch die Art, wie sich der Mensch kleidet und welchen Schmuck er trägt, drückt dieser den persönlichen Stil, charakteristische und kulturelle Signale der Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe aus, aber auch zeitgenössische Merkmale der sich ständig entwickelnden und ändernden Gesellschaft. Die Rolle der Art der Bekleidung in der Demenzkrankenpflege ist nicht zu unterschätzen. An die Pflegepersonen gibt es für den Zugang zu dieser Aufgabe mehrere Anforderungen.

Aus der Sicht der Pflegeperson soll die Kleidung bequem, nicht eng anliegend und an die Mobilitätsverhältnisse von Demenzkranken sicher angepasst sein. Die Schuhe sollen möglichst geschlossen und rutschfest sein. Auch Schuhe mit hohen Absätzen sind nicht gerade geeignet, denn mit der Wahl der Kleidung und des Schuhwerks soll die Sturzgefahr möglichst gering gehalten werden.

Aus der Sicht der Demenzkranken sieht es schon wieder anders aus. Eine Frau, die ihr Leben lang enge und körperlinienbetonte Damenkleider und Röcke getragen hat und dazu Pumps, wird sich nicht leicht auf breitere Bekleidungsstücke und flache Schuhe gewöhnen können. Es kommt auch öfters vor, dass die Füße der Frau gar nicht mehr an flache Schuhe gewöhnt sind und sich durch das Tragen der hohen Absatzschuhe verformt haben. Die Stellung des Fußes ist jetzt eine andere und passt schwer in einen flachen Schuh.

Augensprache und Augenkontakt. Augen sind die Fenster der Seele, können sprechen und sind der Ausdruck der Augen. Um mit einem Menschen in Kontakt zu tre-

ten, wird zuerst Augenkontakt mit ihm aufgenommen und dann wird er angesprochen. In der Pflege von Demenzkranken ist Augenkontakt sehr wichtig. Oft wird die Pflegeperson erst dann wahrgenommen, wenn sie von dem Demenzkranken gesehen wird. Mit fortschreitendem Grad der Demenzerkrankung, gewinnt die Augensprache an Wichtigkeit. Die Gefühle werden in der Augen-Sprache sichtbar nach außen transportiert. So kann gesehen werden, ob der Demenzkranke in der Pflegesituation Freude oder Unwohlbefinden zeigt, aber auch ob er traurig oder zornig ist. Weit fortgeschrittene Stadien der Demenzerkrankung machen die Augensprache der Demenzkranken zu einer pflegerischen Herausforderung. In der Interpretation liegt der Schlüssel zur pflegerischen Intervention.

Emotionen werden in den Kapiteln 3 Emotionstheorie weiter behandelt. Die Theorien der Gefühle werden im Kapitel 3.3 erklärt.

1.2.3 Verhältnis der verbalen und nonverbalen Kommunikation

MEHRABIAN (1972) hat in zahlreichen Studien verschiedene Aspekte der verbalen, paraverbalen, vokalen und nonverbalen Kommunikation untersucht und die Anteile quantitativ ausgewertet. In den Untersuchungen zu inkongruenten Nachrichten und Sarkasmus hat er in einem linearen Modell für die Deduktion der Haltung von Multikanal-Kommunikation unter Kombination von Effekten die Kongruenz oder Nichtkongruenz der verbal-vokalen Kommunikation und der facial-vokalen Kommunikation einzeln ausgewertet. Zwei getrennte Experimente wurden durchgeführt. Untersuchungen haben die Anteile der einzelnen Variablen in Verhältnissen gezeigt:

$$(1) A \text{ Total} = 0,60 A \text{ Facial} + 0,40 A \text{ Vokal}$$

$$(2) A \text{ Total} = 0,07 A \text{ Verbal} + 0,038 A \text{ Vokal} + 0,55 A \text{ Facial}$$

Die Analysen von Kommunikation im Ausdruck und deren Übertragung veranschaulichen jene allgemeine Funktion in humanem Gedanken. Ausdrucksübertragung ist gebunden an grundlegende und familiäre Aspekte der sinneswahrnehmenden Erfahrungen, welche in den Wissenschaften und bei der Bildung reichlich assoziierend

die Basis für das Verständnis fürs Neue schaffen. Im Bezug auf Interpretation von inkongruenten Nachrichten wurde die Antwort in einem einfachen linearen Modell dargestellt:

„Total liking = 7% verbal liking + 38% vokal liking + 55% facial liking“

Der Gesichtsausdruck hat überwiegende Dominanz, vokale Komponenten bilden zweitgrößte Dominanz und sprachliche Inhalte haben die niedrigste Signifikanz. Der Vergleich mit den Untersuchungen auf Wirksamkeit und Empfindlichkeit in selben Variablen hat gleiches Ergebnis gezeigt (vgl. Mehrabian, 1972, S. 106-108, 181-182).

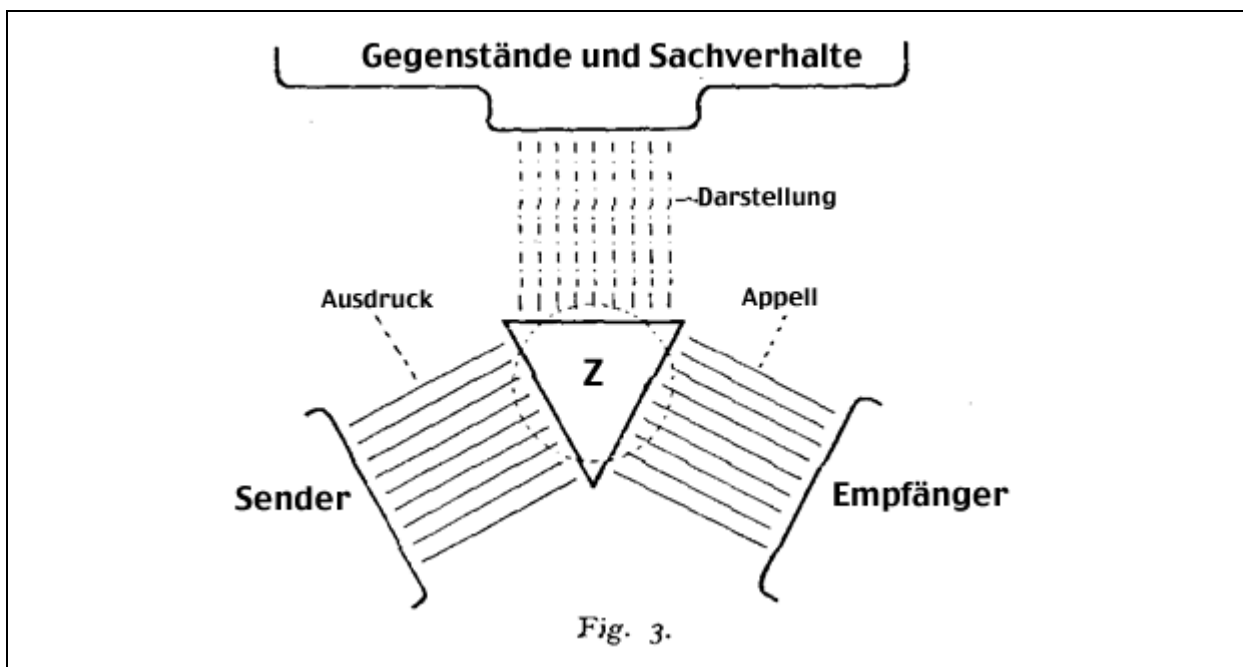
Über die Rolle der nonverbalen Kommunikation und deren Entwicklung in der menschlichen Kommunikation kann ausgehend von MEHRABIAN (1972) bis hin zu ARGYLE (2002) gesagt werden, dass die verbale und nonverbale Kommunikation in einem für die letztere höher gewichteten Verhältnis zueinander stehen. Diese können jedoch in der menschlichen Kommunikation nicht scharf getrennt werden, denn sie ergänzen sich gegenseitig und wenn nur eine ohne der anderen existiert, dann wird die menschliche Verständigung erschweret und nicht einfacher gemacht.

2 Kommunikationstheorie

2.1 Das Organon-Modell der Sprache

Karl BÜHLER (1982, S. 24) hat in der Entwicklung seines Modells bereits in der Philosophie von Platon seine Ansätze gefunden – „[...] die Sprache sei ein *organum*, um einer dem andern etwas mitzuteilen über die Dinge“. BÜHLER sieht in seinem Modell zwei Gesprächspartner, wobei der eine dem anderen Informationen über etwas gibt. Er bezeichnet Sprache als ein Werkzeug mit drei Funktionen des ‚sprachlichen Zeichens‘.

Abbildung 02: Das Organon-Modell (Bühler, 1982, S. 28)



- 1) „Darstellungsfunktion“ bildet die Beziehung zwischen dem „Zeichen“ und dem „Gegenstand und Sachverhalt“.
- 2) Ausdrucksfunktion stellt die Beziehung zwischen dem Zeichen und dem Sender dar.
- 3) Appellfunktion zeichnet die Beziehung zwischen dem Zeichen und dem Empfänger aus.

„Z“ - im Zentrum verkörpert das Zeichen. Das Dreieck stellt drei Beziehungsmomente dar, der Kreis das konkrete Schallphänomen. Die Linien stellen die semantischen – die Bedeutungsfunktionen des Sprachlichen Zeichens dar (Bühler, 1982, S. 28).

2.2 Kommunikationstheorie der fünf pragmatischen Axiome

Paul WATZLAWICK (2007) hat sich auf dem Gebiet der sprachlichen Kommunikation mit den verhaltensmäßigen Wirkungen der menschlichen Kommunikation unter Berücksichtigung von Verhaltensstörungen beschäftigt: Sprache, Kommunikation und Verhalten in Beziehung auf zwischenmenschliche Kontakte und Begegnungen, auf den verschiedensten Verhandlungspartnerebenen, zum Beispiel Mutter und Kind, Mann und Frau, Chef und Angestellter usw.

Paul WATZLAWICK (2007) hat eine Kommunikationstheorie entwickelt, die fünf pragmatische Axiome beinhaltet. Diese beschreiben die reibungslose sprachliche zwischenmenschliche Kommunikation im Idealfall. Daraus werden die Störungen in den fünf pragmatischen Axiomen abgeleitet und die Behandlung von bzw. der Umgang mit gestörter Kommunikation.

2.2.1 Fünf pragmatische Axiome

1. Axiom: „[...] metakommunikatives Axiom: *Man kann nicht nicht kommunizieren.*“ (Watzlawick, 2007, S. 53).

Eine einzelne einseitige Kommunikation hat einen Mitteilungscharakter – die Mitteilung einer Information. Sobald sich zwei Gesprächspartner an einem Austausch von Informationen beteiligen, handelt es sich um Interaktion. Bei einem Informationsaustausch sind aber gleichzeitig viele andere Phänomene beteiligt, wie z.B. Gesichtsausdruck, die Tiefe der Stimme, Tonfall, Körperhaltung, die Melodie, die Aussprache, innere Einstellung usw.

Wesentlichen Anteil an der Kommunikation hat unser Verhalten. Das Verhalten ist allgegenwärtig, ist in jeder Situation vorhanden und hat somit auch einen eigenen Kommunikationscharakter. „Man kann sich nicht *nicht* verhalten. [...] so folgt daraus, daß man, wie immer man es auch versuchen mag, nicht *nicht* kommunizieren kann [...]“ (Watzlawick, 2007, S. 51). Jede Form von Handeln hat einen Mitteilungscharakter und in diesem Sinne drückt es eine Stellungnahme aus. Es geht dabei um Aktion und Re-Aktion, der Sender definiert in seiner Nachricht seine Beziehung zum Empfänger. Der Empfänger analysiert die Mitteilung und re-agiert in seinem Verhalten bzw. Handeln, somit kommuniziert er, sei es selbst ohne Sprachverwendung, metakommunikativ (vgl. Watzlawick, 2007, S. 51-53).

Störungen: Im Verhalten selbst kommt es zu mehr Kommunikation als im sprachlichen Mitteilen. Die Verneinung, der Rückzug, die Tendenz sich aus der verbalen Kommunikation herauszuhalten weisen darauf hin, dass keine Stellungnahme bezogen wird oder Verantwortung übernommen wird. Zum Beispiel das schizophrene Verhalten des einen Gesprächspartners hat für den anderen Gesprächspartner zur Folge seine Wahl der Bedeutung aus vielen Möglichkeiten zu treffen.

Andere Störungen können als Abweisung (schweigen), Annahme (nachgeben, gegen den eigenen Willen am Gespräch teilnehmen), Entwertung (der Aussagen), Vortäuschung von verschiedenen Symptomen (z.B. Schläfrigkeit) beschrieben werden (vgl. Watzlawick, 2007, S. 72-74).

2. Axiom: „Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, derart, daß letzterer den ersteren bestimmt und daher eine Metakommunikation ist.“ (Watzlawick, 2007, S. 56).

Der Inhaltsaspekt ist in der Information enthalten. „Gleichzeitig aber enthält jede Mitteilung einen weiteren Aspekt, der viel weniger augenfällig, doch ebenso wichtig ist-nämlich einen Hinweis darauf, wie ihr Sender sie vom Empfänger verstanden haben möchte. Sie definiert also, wie der Sender die Beziehung zwischen sich und dem Empfänger sieht, und ist in diesem Sinn seine persönliche Stellungnahme zum anderen.“ (Watzlawick, 2007, S. 53).

Der Beziehungsaspekt bestimmt den Inhaltsaspekt und stellt somit eine Kommunikation über die Kommunikation dar, beinhaltet eine mehrdeutige Verstehensanweisung-Metainformation. Um eine ungestörte Kommunikation zwischen den Partnern zu erhalten ist es wichtig, dass die Partner sich über die Sachinhalte einig sind und dass die Beziehung zwischen den Partnern harmonisch, das heißt einig ist.

Störungen: Verschiedene Formen von Störungen wie: Uneinigkeit über den Inhalt, Uneinigkeit auf der Beziehungsebene, Beziehungsprobleme werden auf der Inhaltsstufe zu lösen versucht, Versuche die Wahrnehmungen auf der Inhaltsstufe zu bezweifeln um die Beziehung nicht zu gefährden.

„Im schlechtesten Fall liegt der umgekehrte Sachverhalt vor, d.h., die Partner sind sich sowohl auf der Inhalts- als auch auf der Beziehungsstufe uneinig.“ (Watzlawick, 2007, S. 81).

3. Axiom: „Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt.“ (Watzlawick, 2007, S. 61).

Die Wirklichkeit versteht WATZLAWICK als eine Konstruktion von Ereignisfolgen, die er als Interpunktion bezeichnet (Eichler, W., Pankau, J. (2003). Multimediaprogramm Kommunikation. Kommunikations- und Konflikttraining im Rahmen der Lehreraus- und weiterbildung. Universität Oldenburg. Online: 4.12.2009. http://www.germanistik-kommprojekt.uni-oldenburg.de/sites/1/1_05.html).

Jeder Mitteilungsaustausch zwischen den Kommunikationsteilnehmern weist verschiedene Interaktionen auf. Diese sind von mehreren Faktoren bestimmt wie: Kultur, Verhalten, Rolle (Führer, Geführte). Die Interaktion kann als eine Reiz- Reaktion Kette beschreiben werden. „Auch für das Phänomen der Interpunktion besteht eine mathematische Analogie: der Begriff der <<unendlichen oszillierenden Reihen>>.“ (Watzlawick, 2007, S.60).

Störungen: Partnerkonflikte können aufgrund von widersprüchlichen Interpunktionen von Ereignisabläufen entstehen. Widersprüchliche Annahmen der Partner im Sinne Ursache und Wirkung des Konflikts bilden den Konfliktrahmen. Eine interessante Form der Störung im Bereich der Interpunktion ist die sich „selbsterfüllende Prophezeiung“. Ein bestimmtes Verhalten wirkt sich auf die Kommunikationspartner so aus, dass sie so reagieren, wie es von vornherein erwartet wird. Eine Änderung des ursprünglichen Verhaltens würde die Reaktionen anders aussehen lassen und die ursprünglich erwarteten widerlegen (vgl. Watzlawick, 2007, S. 92-94).

4. Axiom: *„Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten. Digitale Kommunikationen haben eine komplexe und vielseitige logische Syntax, aber eine auf dem Gebiet der Beziehungen unzulängliche Semantik. Analoge Kommunikationen dagegen besitzen dieses semantische Potential, ermangeln aber die für eindeutige Kommunikationen erforderliche logische Syntax.“* (Watzlawick, 2007, S. 68).

Analoge und Digitale Kommunikation stehen in Beziehung zueinander als Formen für künstliche und natürliche Organismen. Analoge Kommunikation befindet sich in Zeichnungen, Zeichensprachen, Ausdrucksgebärden, die auch für andere Kulturen verständlich sind. Als die ältere Art der Kommunikation hat sie allgemeine Gültigkeit und wurde überwiegend von tierischen Vorfahren weiter übernommen. In der fortgeschrittenen Entwicklungsstufe hat sie sich in der Körpersprache deutlich ausgeprägt mit Doppelbedeutungen wie: Tränen (Freude oder Leid), geballte Fäuste (Zorn oder Beherrschung). Diese Doppelbedeutungen bringen den Empfänger in ein Dilemma, er muss sich intuitiv orientieren.

Die digitale Kommunikation ist viel jünger, eine abstraktere Art der Kommunikation. Sie zeichnet sich aus durch Namen, das sind Worte, die aus Buchstaben bestehen, die sich in weiterer Folge kodifizieren lassen. Das Material ist sehr komplex und vielseitig, und hat eine eigene Logik. Digitale Kommunikation übermittelt das Wissen auf die nächsten Generationen (vgl. Watzlawick, 2007, S. 61-63).

Störungen: Diese passieren bei Übersetzungen zwischen den beiden Modalitäten. „Daher ist es nicht nur für den Sender schwierig, digitale Entsprechungen für seine analogen Mitteilungen zu finden, sondern, wenn ein zwischenpersönlicher Konflikt über die Bedeutung von Analogiekommunikationen entsteht, werden Sender wie Empfänger dazu neigen, beim Übersetzen von der einen in die andere Modalität diejenigen Digitalisierungen vorzunehmen, die in Einklang mit ihrer individuellen Sicht der Beziehung stehen, aber durchaus nicht denen des Partners zu entsprechen brauchen.“ (Watzlawick, 2007, S. 97). Es gibt ein breites Spektrum an Kommunikationsstörungen, die sich in der Auslegung der analogen Kommunikation des Senders beim Empfänger abspielen, die über die Verhaltensformen und Beziehungsebenen der Kommunikationsteilnehmer bzw. -partner durch die Interpunktion zum Ausdruck kommen.

5.Axiom: *„Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht.“* (Watzlawick, 2007, S. 70).

Symmetrische Beziehung beruht auf Gleichheit, Verhalten der Partner ist spiegelbildlich, sie streben nach Gleichheit und vermeiden Unterschiedlichkeit. Komplementäre Beziehung beruht auf Unterschiedlichkeit, Verhalten der Partner weist gegenseitige Ergänzungen auf. Partner stehen in zwei unterschiedlichen Positionen zueinander. Primäre Stellung und sekundäre Stellung... „Diese Begriffe dürfen jedoch nicht mit <stark> und <schwach>, <gut> und <schlecht> oder ähnlichen Gegensatzpaaren verquickt werden. Komplementäre Beziehungen beruhen auf gesellschaftlichen oder kulturellen Kontexten (wie z.B. Im Fall von Mutter und Kind, Arzt und Patient, Lehrer und Schüler),[...]“ (Watzlawick, 2007, S. 69).

Störungen: Die Stabilität der symmetrischen und komplementären Beziehung ist Voraussetzung für die reibungslos funktionierende Kommunikation der Beziehungspartner. Sobald diese instabil wird – der eine versucht sich etwas mehr dem anderen anzugleichen oder es kommt zur Reifung des Partners in der komplementären Beziehung und zur Neubildung der Rollen – es wird die Situation an Dynamik zunehmen und ein Konflikt beginnt sich zu entwickeln. So kann unterscheiden werden zwischen symmetrischen Eskalation und starrer Komplementarität. Im ersten Fall sind die Beziehungen mehr oder weniger offener Kampf, meistens geht es um die Verwerfung der Selbstdefinition der Partner. Im zweiten Fall basiert die Ausgangslage auf Ergänzung und klarer Rollenverteilung der Partner. Wenn aber der eine Partner (A) die Bestätigung seiner Selbstdefinition von dem komplementären Partner (B) verlangt „und diese in Widerspruch zu B’s Bild von A ist“ (Watzlawick, 2007, S. 104), entsteht ein Problem. Dies hat dann als Folge meist die Entwertung der Selbstdefinition des Partners. (vgl. Watzlawick, 2007, S. 104).

Die Kommunikationswissenschaftler haben aus den Kommunikationstheorien verschiedene Kommunikationsmodelle abgeleitet.

2.3 Kommunikationsmodelle

2.3.1 Vier Ohren Modell von Schulz von Thun

Friedemann SCHULZ von THUN (2005) hat ein komplexes System von mehreren Aspekten der menschlichen Kommunikation entwickelt. Er gründet sein Modell auf den Fundamenten von Karl BÜHLER (1982) und Paul WATZLAWICK (2007). In seiner Theorie bauen die verschiedenen Aspekte aufeinander auf, sodass jeder sie leicht verstehen kann und für sich im täglichen Leben nützen kann.

Damit eine Kommunikation stattfindet, bedarf es dreier Grundkomponenten: Sender – Nachricht – Empfänger. Wie sind diese drei Komponenten im Kommunikationsprozess miteinander verbunden? Welche Beziehungen, Auseinandersetzungen,

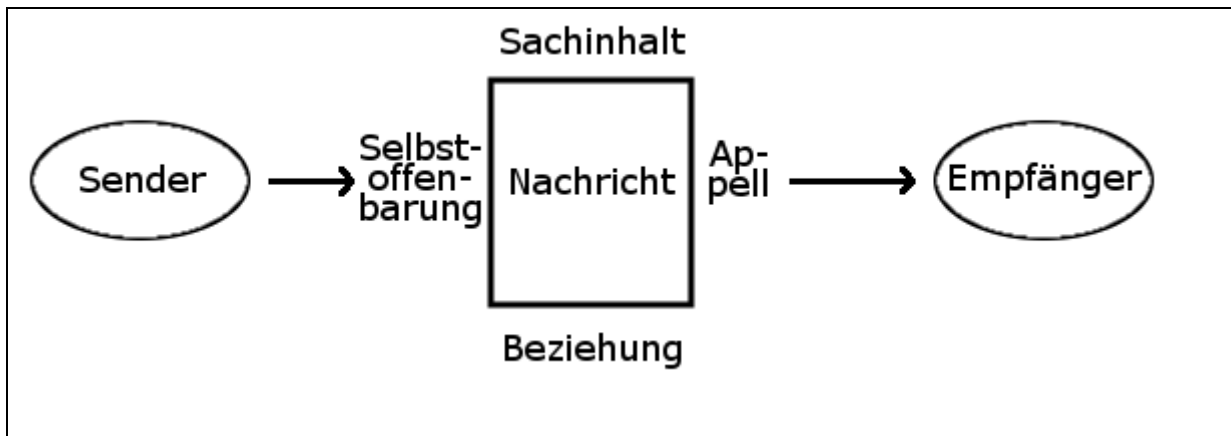
Zusammenhänge, Unklarheiten oder etwa Widersprüche sind in dieser vereinfachten Kommunikationsdarstellung verborgen?

Nachricht

Aus der Sicht der Nachricht: Jede Nachricht enthält vier Aspekte:

- a) Sachinhalt – ist eine sachliche Information, sie ist klar und verständlich.
- b) Selbstoffenbarung – der Sender gibt dadurch eine Information über sich, zum Teil gewollt und zum Teil auch ungewollt, dem Empfänger. In der Selbstoffenbarung steckt eine Persönlichkeitsdarstellung, ein Aspekt der Authentizität (Echtheit), wobei es sich um eine gewollte Selbstdarstellung und eine ungewollte Selbstenthüllung, zum Beispiel Gedanken, Empfindlichkeit, Emotion, handelt.
- c) Beziehung – durch die Art, wie der Sender kommuniziert, drückt er seine Einstellung seinen Mitmenschen gegenüber aus. In der Beziehung zu den Mitmenschen zeigt der Sender, was er von ihnen hält. Dementsprechend fühlt sich der Empfänger akzeptiert, vollwertig, herabgesetzt, bevormundet, nicht ernst genommen, usw. Der Sender bezieht Stellung dem Empfänger gegenüber.
- d) Appell – mit diesem Aspekt will der Sender den Empfänger zum Handeln bringen, ihn beeinflussen oder sogar in eine bestimmte Richtung oder zu einer bestimmten Handlung bringen. „Der manipulierende Sender scheut sich nicht, auch die anderen drei Seiten der Nachricht in den Dienst der Appellwirkung zu stellen.“ (Schulz von Thun, 2005, S. 29). Somit verkompliziert sich die Entschlüsselung für den Empfänger (vgl. Schulz von Thun, 2005, S. 25-27).

Abbildung 03: Vier Seiten einer Nachricht (Schulz von Thun, 2005, S. 30)



(Nonverbale-Kommunikation. Info (2010). Online: 29.11.2010.
<http://www.nonverbale-kommunikation.info/nachrichtenebermittlung.php>).

Sender und Empfänger

Aus der Sicht des Senders verschlüsselt er sein Anliegen in erkennbaren Zeichen und so wird das, was er von sich gibt, als seine Nachricht genannt (vgl. Schulz von Thun, 2005, S. 25).

Aus der Sicht des Empfängers: „Dem *Empfänger* obliegt es, dieses wahrnehmbare Gebilde zu entschlüsseln.“ (Schulz von Thun, 2005, S. 25).

Das ist aber noch nicht alles was hier im Kommunikationsprozess passiert. „Die ‚Nachricht‘ ist das ganze vielseitige Paket mit seinen sprachlichen und nicht - sprachlichen Anteilen. Eine Nachricht enthält viele Botschaften gleichzeitig.“ (Schulz von Thun, 2005, S. 33).

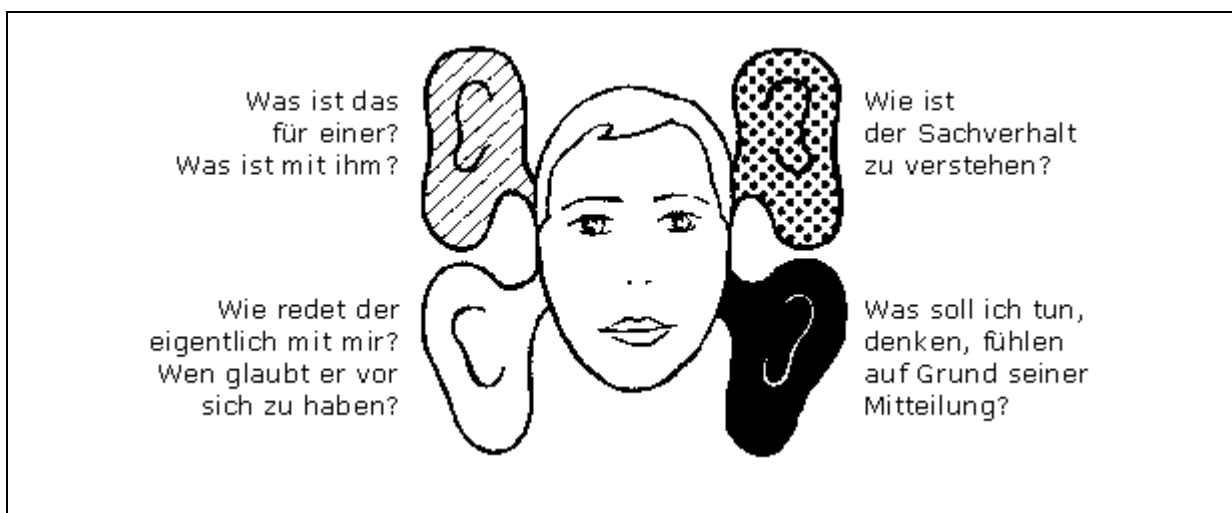
Welche Botschaften enthält eine Nachricht?

- Selbstoffenbarungsaspekt beinhaltet gesendete Ich-Botschaften über den Sender selbst in Form von Selbstdarstellung und Selbstenthüllung.

- Beziehungsaspekt enthält gesendete Du- und Wir-Botschaften über die Beziehung, wie Sender und Empfänger zueinander stehen (vgl. Schulz von Thun, 2005, S. 25-27).
- Explizite Botschaften – sind ausdrücklich formuliert, klar.
- Implizite Botschaften – sind versteckt, nicht direkt gesagt, verstehen sich als selbstverständlich, sie sollen aus dem Kontext herausgefiltert werden.
- Explizite und implizite Botschaften sind bei allen vier Seiten der Nachricht präsent.
- Bei kongruenten Nachrichten sind verbale und nonverbale Signale im Einklang.
- Inkongruente Nachrichten sind im Ungleichgewicht, das Verbale findet nicht die entsprechenden nonverbalen Signale wieder, etwas stimmt nicht, hier ist ein Widerspruch (vgl. Schulz von Thun, 2005, S. 33-35).

Somit kommt es langsam zu einem Kommunikationsdschungel. Beide Kommunikationspartner müssen sich schnell orientieren und verschlüsselte Nachrichten entschlüsseln, um zu reagieren. Aus dem Sender wird Empfänger und das Wechselspiel nimmt an Dynamik zu.

Abbildung 04: Der vierohrige Empfänger (Schulz von Thun, 2005, S. 45)



(Rundnagel, R. (2000). Kommunikation und Information. Gesellschaft Arbeit und Ergonomie – online e. V. (2010). Online: 29.11.2010. <http://www.ergo-online.de>).

Der Empfänger hört und verarbeitet die empfangene Nachricht mit vier Ohren: Sachohr, Selbstoffenbarungsohr, Beziehungsohr und Appellohr. Nicht jede Nachricht wird mit nur einem Ohr empfangen. Der Empfänger selektiert beim Empfang einer Nachricht, die empfangenen Signale werden bewertet und diagnostiziert. Abhängig davon, wie das Zusammenspiel der gesendeten Nachricht in der bestimmten Situation den Empfänger erreicht, wird bei ihm das eine oder das andere Ohr aktiver und dementsprechend wird er auch auf die empfangene Nachricht reagieren. „Bei vielen Empfängern ist – unabhängig von den Situationserfordernissen – ein Ohr auf Kosten der anderen besonders gut ausgebildet.“ (Schulz von Thun, 2005, S. 47). Hier handelt es sich um einseitige Empfangsgewohnheiten. So kann es aber in weiterer Folge leicht passieren, dass wenn die Gesprächspartner über ein Thema sprechen, abhängig davon, auf welchem Ohr der jeweilige Gesprächspartner überwiegend hört, es dazu kommen kann, dass sie aneinander vorbei sprechen.

Die Kommunikation wird indirekt gestört durch einseitiges Hören. Es kann zu unangenehmen Auseinandersetzungen kommen (vgl. Schulz von Thun, 2005, S. 47-49).

Aus diesen Zusammenhängen ist es nachvollziehbar, dass es oft in der Kommunikation zu Unstimmigkeiten und Missverständnissen kommt. Da es sich um eine zweiseitige Kommunikation zwischen mindestens zwei Gesprächspartnern handelt, spielen beide abwechselnde Rollen, in denen sich der Sender und der Empfänger gegenseitig austauschen.

Problemfelder in der Kommunikation

Wo liegen die Problemfelder in der Kommunikation aus der Sicht der Empfänger?
Welche Störungen können auftreten?

- Das Sachohr: „Viele Empfänger (vor allem Männer und Akademiker) sind darauf geeicht, sich auf die Sachseite der Nachricht zu stürzen und das Heil in der Sachauseinandersetzung zu suchen. Dies erweist sich regelmäßig dann als verhängnisvoll, wenn das eigentliche Problem nicht so sehr in einer sachlichen Differenz besteht, sondern auf der zwischenmenschlichen Ebene liegt.“ (Schulz von Thun, 2005, S. 47).

- Das Beziehungsohr: Die Störungen, die hier eintreten können, liegen dann hauptsächlich beim Empfänger selbst in seiner persönlichen Interpretation der empfangenen Nachricht (z.B. Er nimmt alles zu persönlich, wird leicht beleidigt oder fühlt sich gleich angegriffen, wirkt sehr überempfindlich auf seine Umgebung).
- Das Selbstoffenbarungsohr: Ein gut entwickeltes Selbstoffenbarungsohr kann viel über das Gegenüber offenlegen, kann uns gewissermaßen vor der Gefahr, alles zu persönlich zu nehmen, schützen. Störung oder sogar Gefahr besteht dann, wenn es zu ausgeprägt benutzt wird und der Empfänger andere Aspekte und gesendete Botschaften ausblendet und sich nur auf die Selbstoffenbarung des Senders konzentriert. Eine weitere Form der Störung des Empfangs auf dem Selbstoffenbarungsohr stellt das Psychologisieren dar. „Damit ist gemeint: Eine Sachaussage nur danach zu untersuchen und zu <entlarven>, welcher psychische Motor als treibende Kraft dahinter steckt („das sagst du ja nur, weil du ...“) - und zwar ohne das Gesagte sachlich zu würdigen.“ (Schulz von Thun, 2005, S. 57).
- Das Appellohr: Störungen auf der Appellseite im Sinne von: „man kann nicht alles allen Menschen recht machen“, bergen die Gefahr der Selbstverausgabung, Störung des eigenen Selbstwertgefühls und Unmöglichkeit der Selbstabgrenzung. Anders will auch der Sender auf der Appellseite etwas bewirken, zum Ausdruck bringen. Hier besteht aber die Gefahr, dass der Empfänger durch den Ausdruck des Senders manipuliert wird (vgl. Schulz von Thun, 2005, S. 58-59).

SCHULZ von THUN (2005) hat auf den Grundlagen seiner Kommunikationsmodelle verschiedene Kommunikationsstile identifiziert und beschrieben. Seine Kommunikationsstile beschreiben verschiedene Möglichkeiten der menschlichen Kommunikation mit ihren Grundbotschaften.

2.3.2 Das Modell der gewaltfreien Kommunikation

Nach Marshall B. ROSENBERG (2007) besteht das Modell aus vier Komponenten, die dazu verhelfen, möglichst konfliktfrei miteinander zu kommunizieren. Die Grundlage des Modells bilden die sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten. Bewusstes Wahrnehmen und Fühlen der ehemals automatischen und eingewöhnten Reaktionen führt zur respektvollen und einfühlsamen Aufmerksamkeit gegenüber dem anderen. So kommt es auch zum immer besseren Umgang mit den eigenen Bedürfnissen. Durch bewusstes Beobachten der Verhaltensweisen und Umstände in einer bestimmten Situation, in der es stört, wird erkannt, was gebraucht wird. Somit wird gelernt, Dinge klar auszusprechen.

Ziel ist, es einfühlend zu geben und zu nehmen, um zum gemeinsamen Wohlergehen zu gelangen. Das Modell lässt sich auch auf andere Kulturen übertragen und findet auch in der nonverbalen Kommunikation Anwendung (vgl. Rosenberg, 2007, S. 22-24).

Komponente: Beobachtung – Gefühle – Bedürfnisse – Bitten

Im Prozess der gewaltfreien Kommunikation werden konkrete Handlungen beobachtet, die das Wohlbefinden beeinträchtigen. Das eigene Fühlen wird mit dem Beobachteten in Verbindung gesetzt. Die Bedürfnisse, Werte und Wünsche aus denen diese Gefühle entstehen werden sichtbar. Daraus folgend wird um konkrete Handlung gebeten, damit das Leben von allen reicher wird (vgl. Rosenberg, 2007, S. 26). Bewusste Beobachtungen werden dem Gesprächspartner ohne Wertungen mitgeteilt. Gefühle, die bei einer bestimmten Handlung empfunden werden, werden ausgesprochen. Die zu gebrauchenden Wünsche, werden klar definiert. Der Gesprächspartner wird in der Folge gebeten das zu tun, was die Lebensqualität von beiden verbessern würde (vgl. Rosenberg, 2007, S. 25-26).

2.3.3 Massenkommunikationsmodelle

MALETZKE (1998) beschäftigte sich mit Massenkommunikationsmodellen und -theorien. Nach MALETZKE steht die Kommunikationswissenschaft im Paradigmenwechsel: „Daran, daß diese Disziplin mit dem Variablenansatz als Grundmuster in einer Krise steckt und ganz neue Impulse braucht, zweifeln nur wenige.“ (Maletzke, 1998, S.188).

Diese Forschungsfelder von Massenkommunikation sind jedoch so sehr umfangreich und weitläufig, dass sie sich vom Thema der vorliegenden Arbeit zu sehr entfernen; deshalb wird hier auf diese Thematik nicht näher eingegangen.

Das Gebiet der Kommunikation ist sehr umfassend und stellt eine sehr komplexe Herausforderung für jeden einzelnen dar. Im täglichen Gebrauch werden gleichzeitig viele Kommunikationsmodelle praktiziert, sei es bewusst von Seiten der Medien oder unbewusst von Sender oder Empfänger. Je nach dem, wo sich die Gesprächspartner gerade im Kommunikationsprozess befinden, wird von einem der Modelle Gebrauch gemacht. Mit steigenden Anforderungen und steigendem Druck der hochtechnologisch entwickelten Zivilisation ist es notwendig, bestimmte Kommunikationstechniken in bestimmten Situationen zu benützen, um erfolgreich miteinander kommunizieren zu können.

Verbale Kommunikation bildet jedoch nur einen Teil der menschlichen Kommunikation. Der andere Teil beinhaltet alle Aspekte und Ebenen der nonverbalen Kommunikation, die gleichzeitig auf Gefühle und Emotionen aufbaut. Gefühle und Emotionen sind unabdingbarer Teil des menschlichen Verhaltens in der Form von Ausdruck.

Verbale und nonverbale Kommunikation existieren parallel und ergänzen sich gegenseitig. Die eine kann ohne die andere in der menschlichen Verständigung kaum etwas zum Ausdruck bringen, sie bleibt unvollkommen.

3 Emotionstheorie

Es gibt keine einheitliche Definition von Emotionen. Mehrere Autoren beschreiben und definieren Emotionen.

ZIMBARDO (2004, S. 547) beschreibt Emotionen aus Sicht der physiologischen Ebene. „Emotion/Ein komplexes Muster von Veränderungen; es umfasst physiologische Erregung, Gefühle, kognitive Prozesse und Verhaltensreaktionen als Antwort auf eine Situation, die als persönlich bedeutsam wahrgenommen wurde.“

HOLODYNSKI (2006, S. 11) betrachtet Emotionen aus der Paradigmenebene und somit kommt er zu folgendem Ergebnis: „Im strukturalistischen Paradigma wird Emotion als ein spezifischer Zustand des Organismus betrachtet, der eine Reaktion auf einen emotionsspezifischen Anlass darstellt.“

MITMANSGRUBER (2003, S. 9) ordnet Emotionen der Bewusstseins Ebene ein. „Emotionen sind jene Teile unseres bewussten Erlebens, die ihm die Farbe und Intensität geben. Sie machen das Leben großartig, furchtbar oder anstrengend.“

GOLEMAN (1998) hat sich mit der emotionalen Intelligenz beschäftigt. Seine Betrachtung der menschlichen Seele zeigt eine Dichotomie, in der es die rationaldenkende und die emotional-fühlende Ebene gibt. Aus dieser Perspektive betrachtet werden wahrgenommene Signale auf beiden Ebenen aufgenommen und bewertet. Die Art der Reaktion auf das bewertete Signal ist allenfalls ein kognitiver Akt des Verstehens wie auch ein nonverbaler Akt des emotionalen Ausdrucks von Emotion (vgl. Goleman, 1998, S. 25). GOLEMAN definiert emotionale Intelligenz als „...eine *Metafähigkeit*, von der es abhängt, wie gut wir unsere sonstigen Fähigkeiten, darunter auch den reinen Intellekt, zu nutzen verstehen.“ (Goleman, 1998, S. 56).

In seiner Theorie ist Emotionale Intelligenz erlernbar in folgenden fünf Schritten:

- Emotionale Selbstwahrnehmung – durch erkennen und benennen der eigenen Emotionen werden die Ursachen von Gefühlen besser verstanden. Unterschiede zwischen Gefühlen und Taten wahrnehmen und erkennen.
- Umgang mit Emotionen – ermöglicht Verbesserungen in emotionalen Zuständen von beispielsweise Zorn, Frustration, Aggressivität, Angst, Stress.
- Emotionen produktiv nutzen – zum Erreichen eigener Ziele, bewusstes einsetzen bei Konzentration, Leistung, Selbstbeherrschung.
- Empathie: deuten von Emotionen –, um zu wissen was andere fühlen als Grundlage der Menschenkenntnis. Die Kunst, andere besser zu verstehen, in dem der eine imstande ist sich in den anderen hineinzusetzen, einer Person besser zuzuhören, seine Gefühle zu spüren.
- Umgang mit Beziehungen – hier wird die Fähigkeit, Beziehungen zu analysieren und zu verstehen, gesteigert und die Fähigkeit, in Problemlagen oder Konflikten diese besser lösen zu können, verbessert (vgl. Goleman, 1998, S. 355).

Emotionale Kompetenz nach STEINER (2000) verfügt über drei Fähigkeiten:

- die eigenen Gefühle zu verstehen,
- den anderen zuzuhören und sich in deren Gefühle hineinzusetzen,
- Gefühle sinnvoll zum Ausdruck zu bringen.

Emotionale Kompetenz ist lernbar, um im Umgang mit Gefühlen zu profitieren. Die Erfahrungen aus den bewusst eingesetzten Fähigkeiten und das Lernen dieser Kompetenz besteht das ganze Leben lang. Ein emotional kompetenter Mensch kann die Lebensqualität für sich und die Menschen in seiner Umgebung verbessern (vgl. Steiner, 2000, S. 21).

3.1 Arten von Emotionen

Das Entstehen von Emotionen kann als ein Zusammenspiel von drei Komponenten beschrieben werden. Bewusstes Erleben der Emotion (ich habe Angst) führt zu physiologischen Veränderungen (kalte Schauer über den Rücken, kalte Füße), worauf dann in weiterer Folge die sichtbare Reaktion dieser physiologischen Veränderungen zum Ausdruck kommt (gerunzelte Stirn, weit geöffnete Augen, Zittern des Körpers).

In den Emotionsforschungen wurden die Emotionen untersucht und um den Grad des bewussten Erlebens einer Emotion messen zu können, haben einige Wissenschaftler drei Elemente festgestellt:

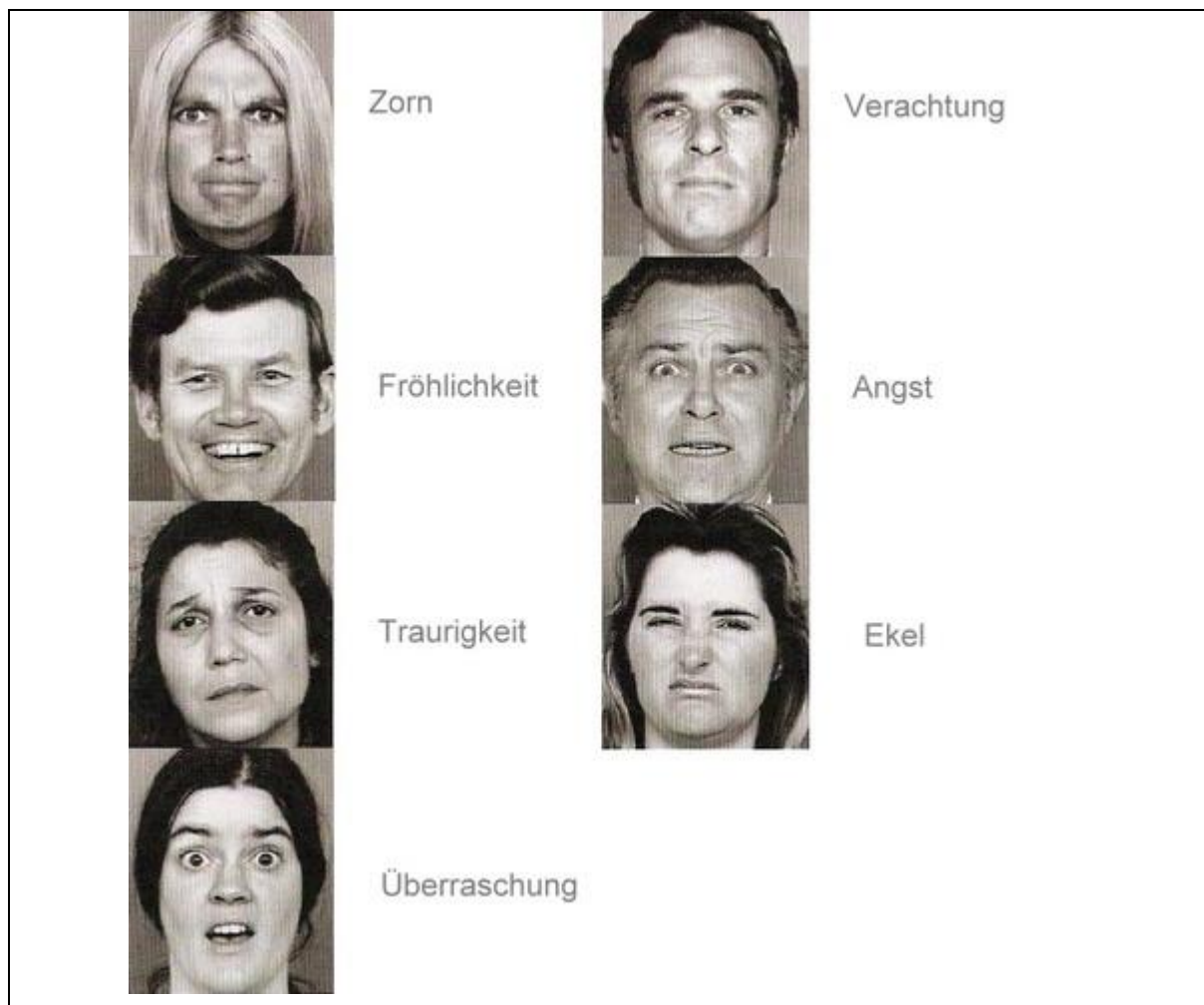
- ihre Intensität,
- ihre positiven Empfindungen und
- ihre Dauer.

Nachdem die Resultate verglichen wurden, ließen sich die Abweichungen festhalten. Somit konnten verschiedene Emotionen beschrieben werden.

Andere Emotionsforscher haben unterschiedliche Grundemotionen erkannt: Freude, Interesse, Aufregung, Überraschung, Traurigkeit, Wut, Ekel, Verachtung, Angst, Scham und Schuld. Werden diese Grundemotionen kombiniert, ergibt sich daraus eine bunte Bandbreite menschlicher Emotionen. In dieser Vielfalt an Emotionen lassen sich kulturellen Nuancen erkennen. Es gab Versuche von einigen Wissenschaftlern, physiologische Veränderungen als Reaktionen des Körpers auf Emotionen zu messen. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die körperlichen Reaktionen nicht bei allen Menschen unter der gleichen emotionellen Situation identisch sind. Bei einer und derselben Person weisen die Reaktionen jedoch kaum Unterschiede auf. Visualisierbare Reaktionen werden in Körperhaltung und Gesichtsausdruck als Spiegelbild des inneren Gefühlslebens nach außen transportiert (vgl. Caldentey, Bados, Riera, Carulla, Figuls, Rodrigues, Solves und Toro, 2001, S. 157-159).

Grundlegende Emotionen, die sich in der Sprache des Gesichts bei allen Menschen weltweit überschneiden, wurden vom Forscher EKMAN (1972) beschrieben. Identifiziert wurden happiness-Freude, surprise-Überraschung, fear-Angst, anger-Zorn, sadness-Traurigkeit, disgust/contempt-Ekel/Verachtung und interest-Interesse. Diese Emotionen werden universell in den Gesichtsausdrücken der Kulturen auf die gleiche Weise ausgedrückt (Abbildung 05). Jedoch gibt es kulturelle Unterschiede in der Wahrnehmung und im Ausdruck (vgl. Ekman, 1972, S. 64).

Abbildung 05: Grundlegende Emotionen



(Schleusner, D., (2007). Online: 8.11.2009 <http://www-e.uni-magdeburg.de/schleuse/halfife2/koerper.html>)

Verschiedenen Autoren trennen die Emotionen Verachtung und Ekel. Die Emotion Interesse wurde im Weiteren nicht berücksichtigt und ein Bild für sie wurde nicht gefunden.

3.2 Beschreibung von Emotionen

3.2.1 Aufgaben von Emotionen

Welche Aufgaben haben Emotionen zu erfüllen und wie sind sie an der menschlichen Kommunikation beteiligt? Warum werden Emotionen geäußert und was bewirken die geäußerten Emotionen bei den Gesprächspartnern? Emotionen fungieren als Träger bestimmter Aufgaben. Sie spiegeln Gefühle, die die Gesprächspartner in der jeweiligen konkreten Situation erleben. Sie liefern den Gesprächspartnern viele Informationen über die Situation selbst, über die Beziehungen der Gesprächspartner zueinander und zu anderen Mitbeteiligten, über den Kontext und das Problem.

FIEHLER (1990) unterscheidet aus der heuristischen Ansicht fünf Typen von Emotionsaufgaben:

- Typisierung der emotionalen Qualität der gegenwärtigen sozialen Situation – Situation wird auf Typus untersucht und die dazugehörige Emotion wird ihr zugeordnet.
- Wechselseitige Darstellung der eigenen momentanen emotionalen Befindlichkeit (und ihrer Bezugspunkte) – bedeutet wechselseitige beständige Verdeutlichung der Interaktionspartner in ihrem aktuellen Erleben.
- Wechselseitige Deutung der momentanen emotionalen Befindlichkeit des Anderen (und ihrer Bezugspunkte) – hier wird das manifestierte Erleben der anderen Person gedeutet.
- Typisierung der Emotionalität der beteiligten Personen – jeder der Gesprächspartner misst die Emotionalität des Gegenübers und in der weiteren Folge ordnet er diesen einem bestimmten Emotionstyp (wie beispielsweise herzlich, ängstlich usw.) zu.
- Typisierung der emotionalen Qualität der Beziehung zwischen den Interagierenden – hier ist die individuelle oder gemeinschaftliche Typisierung am Zug. Für den weiteren Verlauf der Interaktion ist die Manifestation von individueller Typisierung, die in der Regel vorkommt, ausschlaggebend (vgl. Fiehler, 1990, S. 31-32).

In den pflegerelevanten sozialen Situationen laufen mit Hilfe von Emotionsaufgaben zentrale Prozesse ab. Es werden Bewertungen und Stellungnahmen abgegeben und auf der Ebene der Emotionen zwischen den Gesprächspartnern wahrgenommen und ausgetauscht. Die Durchführung der Emotionsaufgaben befähigt die Gesprächspartner zur Handlungsorientierung in der weiteren Kommunikation und Interaktion. Mit Feingefühl und einer bewussten Wahrnehmung kann sich die Pflegeperson ein Bild von dem, was gerade im Inneren des Demenzkranken vor sich geht, machen und entsprechend handeln. Oftmals ist es besonders wichtig für den Demenzkranken, dass er sich einfach nur mitteilen kann und einen Zuhörer und Zuschauer dafür haben kann.

3.2.2 Verbale Arten von Emotionen

Sprachliche Kommunikation spielt im Prozess der Verbalisierungen von Emotionen eine der wichtigsten Rollen. Im Interaktionsprozess zwischen den Gesprächspartnern laufen viele Teilprozesse ab. In diesem Prozess können die Emotionen während des Gesprächs bei beiden Gesprächspartnern beobachtet werden. Je nach der Art, wie die Emotionen zum Ausdruck kommen, können verschiedene emotionelle Ausdruckstypen charakterisiert werden.

3.2.3 Emotionale Ausdruckstypen und Charakteristika

Die Verbalisierung von Emotionen wurde in einer Studie von HERBETTE und RIMÉ (2004) mit chronischen Schmerzkranken untersucht. Die Ergebnisse haben drei emotionale Ausdruckstypen kategorisiert.

- Typ 1 : Menschen, die sich nicht emotional ausdrücken, wenn sie es eigentlich wollen.
- Typ 2 : Menschen, die sich emotional ausdrücken, aber es später bereuen.
- Typ 3 : Menschen, die sich emotional ausdrücken, wenn sie es eigentlich nicht wollen.

Chronisch Schmerzkranken wurden durch Typ 3 charakterisiert. Die Ergebnisse zeigten, dass für Schmerzkranken die Wahrnehmung ihres Schmerzes durch ihr soziales

Umfeld ein sehr wichtiges Gut ist. Die Glaubwürdigkeit spielt für Schmerzranke eine zentrale Rolle und sollte nicht in Frage gestellt werden. Diese Patienten erwarten und brauchen die Aufnahmebereitschaft und das Zuhören ihrer sozialen Umgebung als Voraussetzung für eine gelungene Strategie in der emotionalen Bewältigung. Keineswegs sollte man bezweifeln und somit bagatellisieren oder stigmatisieren (vgl. Herbette & Rimé, 2004, S. 661-676).

In der Pflege von Demenzkranken wurden diese Charakteristika nicht beobachtet. Bei den Betroffenen fallen alle Schranken, was die Ausdrucksweise der Emotionen betrifft. Die Demenzkranken überlegen nicht mehr, ob sie ihre Freude oder Trauer oder Kummer zeigen oder nicht. Sie äußern sich spontan, sie zeigen ihre Befindlichkeitslage unabhängig von den Auswirkungen oder möglichen Reaktionen und Konsequenzen. Die Demenzkranken reagieren auf Reize aus der unmittelbaren Sozialsituation, die aber nicht unbedingt einen Bezug auf diese haben müssen. Diese Reaktionen können durchaus einen direkten Bezug zu einer ähnlichen Sozialsituation haben, die bereits früher in der Vergangenheit ihre Wurzeln hat. Es ist nicht gerade leicht für die Pflegepersonen oder andere Beteiligte, das emotionale Verhalten der Demenzkranken richtig einzustufen, denn es erfordert ein geschultes Ohr und Auge und ein empathisches Verstehen. In den zwischenmenschlichen Sozialsituationen ist jede/r mehr oder minder darin geübt, das Emotionsverhalten unter Kontrolle zu haben bzw. den Emotionen nicht gleich und immer freien Lauf zu lassen. Im Klartext haben die Pflegepersonen keine Übung darin, auf das andere Verhalten der Demenzkranken adäquat zu reagieren. Dies bildet eine Herausforderung und verlangt ein hohes Maß an sozialer, emotionaler und Kommunikationskompetenz der Pflege- und Betreuungspersonen.

4.2.4 Nonverbale Arten von Emotionen

Die verbale Kommunikation und Ausdrucksform von Emotionen ist eigentlich nur eine Seite der Münze. Demenzranke manifestieren sich hauptsächlich in der nonverbalen Körpersprache. Die Demenzkranken reagieren auf die aktuelle Situation und bringen gleichzeitig das Innenleben nach außen. Im Gesicht und in der gesamten Körpersprache der Demenzkranken befinden sich die Züge von Freude, Leid,

Schmerz, Angst und andere. Die manifestierte Körpersprache verrät einem/r aufmerksamen BeobachterIn Indizien zu unausgesprochenen Wünschen und Bedürfnissen. In der Pflege ist es besonders wichtig, ein gutes Beobachtungsvermögen zu haben, bewusst beobachten zu lernen, um auf diese kleinen Hinweise auch adäquat reagieren zu können und mit dem Demenzkranken auf seine persönliche Stimmungs- und Befindlichkeitslage maßgeschneidert einzugehen. Die bewusste Wahrnehmung spielt dabei eine zentrale und entscheidende Rolle.

3.3 Theorie der Gefühle

Was sind Gefühle, woher kommen sie und was bewirken sie beim Mensch? Wie sind die Gefühle zu erkennen und was ist die Ursache ihrer Entstehung? Gefühle begleiten menschliches Dasein in allen denkbaren Momenten und Situationen, bei der sozialen Interaktion sowie auch beim allein sein. Es gibt in der Psychologie bei der Erforschung der Gefühle keine einheitliche Definition.

„Jedes Gefühl ist sozusagen eine kleine Erkenntnis, noch lange ehe es vom Verstand interpretiert wird. Zu jedem Grundgefühl gibt es von den für Emotionen zuständigen Teilen des Gehirns gesteuerte Körperreaktionen“ (Schneider, 1997, S. 90).

Eine andere Definition befindet sich in der Allgemeinen und Integrativen Psychotherapie von SPONSEL (2002). In dieser Theorie werden Gefühle als emotionale Reaktionen auf Bedürfniszustände, Motive, Wünsche, Interessen und ihre Beurteilungen verstanden.

Zwei verschiedene Zugänge der Gefühlstheorie werden von SPONSEL (2002) in der Allgemeinen und Integrativen Gefühlstheorie beschrieben.

- Im Zugang I werden Erfahrungen von äußerem und innerem Geschehen mit subjektiven Bedeutungen für Unversehrtheit und Wohlempfinden interpretiert. Geschehnisse werden zuerst über ein Notfallprogramm geleitet und mit erlebten Bedeutungen verknüpft. Jede Erfahrung wird mit einer dazu zu-

geordneten Bedeutung kodiert. Erlebte Erfahrungen assoziieren/verbinden Vorstellungen mit Erregungsniveau, Körperempfindungen, Verhalten, Handeln, Handlungsschemata, Erinnerungen, Vorstellungen und Phantasien von Möglichkeiten, Gedanken, Beurteilungen und Bewertungen. Das emotionale Erleben und Fühlen ist hier eine elementare psychologische Erlebnisqualität. Die hauptsächlichen Neben-Dimensionen des Fühlens sind zum Beispiel auf physiologischer Ebene bemerkbare körperliche Erscheinungen wie veränderte Atmung, Pulsfrequenz, Blutdruckwerte. Auf der emotionalen Ebene sind es Veränderungen in Verhalten, Gestik, Mimik, Ausdruck und Veränderungen im Handeln, Veränderungen im Bewusstsein und Denken (Sponsel, R., (2002). Online: 13.10.2009. <http://www.sgipt.org/gipt/allpsy/fuehl/theorie.htm>).

- Im Zugang II werden Dimensionen und die Einbettung des emotionalen Erlebens beschrieben. Emotionales Erleben wird vorerst als nicht bewusst wahrgenommen und interpretiert. Somit kann entweder das Programm „Notfall“ oder das Programm „kein Notfall“ ausgelöst werden. Im zweiten Fall werden Bewusstseinsvorgänge mit Hilfe vom WahrnehmungsfILTER bewusst verarbeitet. Die ungünstigen Vorgänge können in der weiteren Folge bewusst ausgetauscht werden. Bewusstsein wird als Fernsehermodell benutzt. Stellt das Bewusstsein ungünstige Bewusstseinsfilme fest, so kann die Kasette bewusst ausgetauscht werden (Sponsel, R., (2002). Online: 13.10.2009. <http://www.sgipt.org/gipt/allpsy/fuehl/theorie.htm>).

3.3.1 Positive Gefühle

In der Wertung der Gefühle stehen positive Gefühle wie beispielsweise Spaß, Freude, Glück, Liebe, Wärme, Erfolg, Zufriedenheit, Geborgenheit, Vertrauen, Zuneigung, Freundschaft und viele andere auf hohem Niveau.

MÜCK (2000) beschreibt positive Gefühle, indem er Freude, Lachen und Lächeln definiert.

- „Freude ist ein positiver (Gefühls-)Zustand, der von jedem Menschen auf seine ganz persönliche Art und Weise erfasst und erfahren wird.“
- „Das Lachen ist eine Reaktion des Körpers, in der dieser sich gegen Vergeistigung, Rationalisierung und Abstraktion behauptet.“
- „Das Lächeln ist eine (weitgehend) aggressionsfreie Kontaktgebärde, ein „mimischer Stoßdämpfer“.“ (Mück, H., (2000). Online: 14.10.2009. <http://www.dr-mueck.de/index.htm>).

Positive Gefühle haben auf den Menschen physische Auswirkungen. So wurde ein Einfluss beispielsweise auf das Immunsystem festgestellt, ferner tritt auch eine Reduzierung von Schmerzen auf. Der Abbau von Stress, Förderung der Durchblutung und der Verdauung wurden ebenfalls beobachtet, bis zum Blutdruckabfall.

- Das Lachen steigert die Lebensfreude. Die Lachforscher haben den Akt des physischen Lachens als eine Art der Befreiung zur Auflösung von Spannungen, Mobilisierung der Selbstheilungskräfte und Erleichterung des Energieflusses in Zusammenhang gebracht (Mück, H., (2000). Online: 14.10.2009. <http://www.dr-mueck.de/index.htm>).

In der Pflege von Demenzkranken sind positive Gefühle sehr wichtig. Demenzkranke reagieren auf die ausgesendeten Gefühlssignale der Pflegeperson. Sendet die Pflegeperson positive Gefühle aus, lassen sich diese auch im Verhalten von Demenzkranken feststellen. Fröhliches Lächeln, entspannte Körperhaltung, Bereitschaft bei der Pflegebehandlung aktiv mitzuwirken und andere positive Reaktionen und Antworten auf der nonverbalen und verbalen Ebene kommen zum Ausdruck.

3.3.2 Negative Gefühle

Warum wird von negativen Gefühlen gesprochen? Welche Gefühle sind das und was rufen sie im Mensch hervor? Eine lange Reihe von Gefühlen, wie zum Beispiel Trübsinnigkeit, Melancholie, Trauer, Schmerz, Einsamkeit, Misstrauen, Hilflosigkeit, Enttäuschung, Eifersucht, Neid aber auch Wut, Zorn, Angst, Leid, Sorgen, Ärger und Furcht, bildet einen bunten Strauß an unangenehmen und nicht gewünschten bzw. nicht energiebringenden Demutszuständen. Der Mensch wird langsam und antriebslos. Der gesamte Organismus gerät ins Ungleichgewicht.

Gefühle zu verstecken kostet sehr viel Energie und erzeugt Druck. Unterdrückte Energie arbeitet im inneren des Körpers und kann Menschen im schlimmsten Fall krank machen. Ein natürlicher Umgang mit Gefühlen ist daher empfehlenswert: Zu seinen Gefühlen zu stehen, sich zu den Gefühlen zu bekennen, sie wahrzunehmen und sie anzunehmen, ist der richtige Weg. Wenn Gefühle geäußert und gezeigt werden, kann über Gefühle gesprochen werden anstatt sie zu unterdrücken. Eine Erleichterung wird gespürt. Auch die negativen Gefühle zu teilen entspricht einem angemessenen Umgang mit den Gefühlen, diese halten die Menschen gesund (Schneider, 1997, S. 8).

Äußerungen der Demenzkranken über negative Gefühle stellen für die Pflegepersonen eine große Herausforderung dar. Wie gehen sie mit diesen Gefühlen um? Was ist zu tun, wenn die negativen Gefühle außer Kontrolle geraten? Auch viele andere Fragen stellen oft bei der Pflegeperson eine Situation der Überforderung dar.

3.4 Rolle von Gefühle und Emotionen in der nonverbalen Kommunikation

Welche Rolle spielen Emotionen im Leben und Erleben des Menschen? Welche Aufgaben haben sie zu erfüllen? In sozialen Situationen werden emotionale Handlungen durch Gefühle geleitet, bevor der Verstand kognitiv bewerten und eingreifen kann. „Gefühle befähigen die Person, Bedeutungen und persönliche Anliegen auszuleben. Sie schaffen erst die Bindungen zur Welt und sind daher eine wichtige Voraussetzung unserer Möglichkeiten.“ (Benner, Wrubel, 1997, S. 205).

Gefühle werden subjektiv empfunden und durch Emotionen kommen sie zum Ausdruck. In der verbalen und nonverbalen Kommunikation lässt sich das Erleben von Emotionen direkt beobachten. Erfahrungen, die durch das Erleben der Gefühle gesammelt werden, sind direkt beteiligt an der Bildung der Verhaltensweisen des Individuums. Emotionen zu verbalisieren, sie zum Ausdruck zu bringen, bildet für das Individuum die Grundlage, zur Bewusstmachung, die Emotionen sichtbar zu outen. Dieser Vorgang ermöglicht es dem Menschen, mit seinen Emotionen konstruktiv arbeiten können.

Es gibt viele Formen von Demenzerkrankungen, auf die im Kapitel 4 näher eingegangen wird. Gefühle und Emotionen stellen besonders in den Anfangsstadien der Demenzerkrankungen sowohl für die Betroffenen als auch für ihre Angehörigen oder auch die Pflegepersonen eine große Herausforderung und Geduldprobe dar.

4 Demenzerkrankungen

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization [WHO], 1948) hat einen internationalen medizinischen Diagnoseschlüssel von Erkrankungen, einschließlich psychischer Störungen – International Classification of Diseases (ICD) –, erarbeitet. Im Jahr 1980 erschien eine deutsche Übersetzung des psychiatrischen Teils der Version ICD-9. In den vergangenen Jahren wurde auf Grund von zahlreichen Besonderheiten dieses Diagnoseschlüssels von der WHO eine vollständig neue ICD-10 Klassifikation erarbeitet. Der psychiatrische Teil der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10-GM Version 2010 behandelt im Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien. Die Diagnose Demenz und ihre klassifizierten Formen sind unter F00-F03 aufgezählt (vgl. Dilling, 2010, S. 6-38).

Die Definition der Demenz bei Alzheimer-Krankheit lautet: „...ist eine primär degenerative zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie und charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Merkmalen. Sie beginnt gewöhnlich schleichend und entwickelt sich langsam aber stetig über Jahre“ (Dilling, 2010, S. 65).

Hierunter werden folgende Formen beschrieben:

- F00.0 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2) – beginnt bereits vor dem 65. Lebensjahr und ist durch eine rasche Verschlechterung und Fortschreiten der Krankheit gekennzeichnet. Im Weiteren wird auch diese als präsenile Demenz oder primär degenerative Demenz vom Alzheimer-Typ diagnostiziert.
- F00.1 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1) – beginnt nach dem 65. Lebensjahr und hat langsame Progredienz. Das Hauptmerkmal dieser Form sind Gedächtnisstörungen. Die Diagnostik lautet unter anderem auch primär degenerative Demenz oder senile Demenz vom Alzheimer-Typ (SDAT).
- Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form – hierin werden Mischformen von vaskulärer und Alzheimer-Krankheit sowie Demen-

zen, die nicht den Beschreibungen und Leitlinien für F00.0 oder F00.1 entsprechen, angeführt.

- Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet – ist in dieser Reihe die letzte und nicht näher spezifizierte Form der Demenzerkrankung.

Unter F01 befinden sich im ICD 10 folgende Formen der Demenzerkrankungen:

- Vaskuläre Demenz – Die Erkrankung beginnt im späteren Lebensalter. Diese Form unterscheidet sich von der Demenz bei Alzheimer-Krankheit durch den Beginn, die klinischen Merkmale und den Verlauf. Ischämische Episoden mit kurzen Bewusstseinsstörungen, flüchtigen Paresen, Visus-Verlust oder akute zerebrovaskuläre Ereignisse stehen oft in der Vorgeschichte.
- Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn – nach mehreren Schlaganfällen entwickelt sich meistens sehr schnell als Folge von zerebrovaskulärer Thrombose, Embolie oder Blutung diese Form der Erkrankung.
- Multiinfarkt-Demenz – nach mehreren vorübergehenden ischämischen Episoden mit Anhäufung von Infarkten im Hirngewebe. Diese betreffen vorwiegend kortikale Areale.
- Subkortikale vaskuläre Demenz – bei dieser Form bleibt die Hirnrinde gewöhnlich intakt. Die ischämischen Geschehen bilden Herde in den Hemisphären. Das klinische Bild ähnelt jedoch der Demenz vom Alzheimer-Typ.

Diese weiteren Diagnosen der vaskulären Demenz werden im ICD 10 nicht näher definiert:

- Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz
- Sonstige vaskuläre Demenz
- Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet

Weitere Demenzformen, bei denen eine andere Ursache als die Alzheimer-Krankheit oder eine zerebrovaskuläre Krankheit vorliegt oder vermutet wird, können in jedem Alter erscheinen, selten aber im höheren Alter.

- Demenz bei Pick-Krankheit – beginnt als progrediente Demenzerkrankung bereits im mittleren Alter. Ihre Charakteristik ist durch frühe und langsam fortschreitende Charakterveränderung und Verlust sozialer Fähigkeiten gekennzeichnet. Beeinträchtigungen des Intellekts, Gedächtnisses und der Sprachfunktionen gefolgt mit Apathie, Euphorie und gelegentlich auch extrapyramidalen Phänomenen ergänzt die Symptomatik.
- Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit – ist eine schnell progrediente Erkrankung. Sie zeichnet sich aus durch vielfältige neurologische Symptome, die als Folge neuropathologischer Veränderungen im mittleren bis höheren Lebensalter auftreten, ist jedoch auch im Erwachsenen-Alter jederzeit möglich. Der subakute Verlauf führt innerhalb von ein bis zwei Jahren zum Tod.
- Demenz bei Chorea Huntington – ist eine erblich bedingte Demenzform. Der Beginn der Erkrankung erfolgt typischerweise im dritten und vierten Lebensjahrzehnt mit ausgeprägter Hirndegenerationssymptomatik. Die Erkrankung verläuft langsam progredient und führt meist innerhalb von 10 bis 15 Jahren zum Tod.
- Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom – entwickelt sich im Verlauf einer Parkinson-Erkrankung. Bis jetzt wurden keine eindeutig kennzeichnenden Merkmale beschrieben.
- Demenz bei HIV-(Humane-Immundefizienz-Virus-)Krankheit – entwickelt sich im Verlauf der HIV-Erkrankung.
- Demenz bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten – als Folge einer Reihe von zerebralen oder anderen körperlichen Krankheitsbildern (vgl. Dilling, 2010, S. 65-75).

4.1 Alzheimer – Krankheit

Am Anfang des 20. Jahrhunderts wurde diese Krankheit vom Neurologen Alois ALZHEIMER zum ersten Mal beschrieben. Genaue Ursachen wurden bisher nicht ausreichend erforscht. Eiweißablagerungen an den Nervenzellen im Gehirn führen zu ei-

nem Funktionsverlust und Absterben der Gehirnzellen. Das Absterben der Gehirnzellen breitet sich im Krankheitsverlauf langsam über das gesamte Gehirn aus. Die Krankheit tritt in der Regel spontan auf und schreitet sehr langsam und schleichend fort. Am Beginn treten Merkfähigkeits- und Wortfindungsstörungen auf, gefolgt von Verhaltensstörungen und psychischen Veränderungen. Pathologische Veränderungen führen zu Störungen der Emotionen. Später kommt es zum Auftreten von körperlichen Symptomen wie Inkontinenz, Bewegungsstörungen, Gangstörung, Schluckbeschwerden bis zur Bettlägerigkeit. Der progrediente Verlauf der Erkrankung führt letztlich zum Tod (vgl. Kastner, 2007, S. 1-2, 30-32).

4.2 Multi-Infarkt-Demenz

Der Begriff wurde 1974 von HACHINSKY, LASSEN und MARSHALL eingeführt. Als Ursache wurden viele kleine und größere Schlaganfälle gesehen. Zu schweren kognitiven Beeinträchtigungen führen beispielsweise jene Gehirnbereichsschädigungen, die besonders wichtige Zentren betreffen, wie zum Beispiel jene im unteren Teil des Scheitel-Lappens, die für die Bildung der Sprache und der Lernfähigkeit verantwortlich sind. Die Patienten leiden an Hypertonie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und hohen Blutfettwerten, in der Anamnese ist ebenso Rauchverhalten und übermäßiger Alkoholenuss zu finden. Multi-Infarkt-Demenz kommt selten in reiner Form vor, sie ist eine von vielen Typen der vaskulären Erkrankungen (vgl. Koukolík und Jiráček, 1999, S. 60-62).

In der Symptomatik erscheint häufig als erstes Zeichen eine zunehmende Vergesslichkeit, manchmal begleitet von Änderung der Stimmungslage, häufiger Gereiztheit oder einer auffälligen Labilität der Stimmung. Die Angehörigen bemerken diese oft als erste auffällige Verhaltensänderungen. Die Betroffenen spüren oft selbst, dass etwas nicht stimmt, und im Laufe der Zeit fällt es ihnen schwerer, die alltäglichen Dinge des Lebens zu meistern. Mit einer Verschlechterung des Zustands verschwindet oft die Erkenntnis der eigenen Erkrankung (Davidsen, O., (2004). Online: 11.2.2010. <http://www.netdokter.at/krankheiten/fakta/multiinfarktdemenz.htm>).

4.3 Lewy – Body – Demenz

Im Jahr 1912 wurden von F. H. LEWY im Hirnstamm von Parkinson-Patienten charakteristische zytoplasmatische Einschlusskörperchen entdeckt. K. KOSAKA hat 1984 eine progressive Demenz mit diffuser Lewy-Body-Verteilung im gesamten Gehirn als eigenes Krankheitsbild beschrieben. Der Begriff "Demenz mit Lewy-Bodies" (DLB) wurde 1995 geprägt. In der klinischen Diagnostik liegt die Rate der dementen Patienten eine Alzheimer-Krankheit bei 60%, einer vaskulären Demenz bei 15%, einer Lewy-Body-Demenz aber nur bei 15%. Tatsächlich, so die neuropathologischen Befunde post mortem, liegt die Häufigkeitsverteilung jedoch bei 45% (Alzheimer-Krankheit), 10% (vaskuläre Demenz) und 30% (DLB). Für die Therapie ist die richtige Diagnose sehr wichtig. Lewy-Body-Demenz zeigt eine enge Verwandtschaft mit Morbus Parkinson. Das Auftreten der Erkrankung weist zwei verschiedene Ausprägungen auf. Ist nur der Hirnstamm betroffen, zeigt sich klinisch das Bild eines Morbus Parkinsons. Im Laufe der Erkrankung können sich die Lewy-Bodies kortikal bilden und der Patient entwickelt Demenz; die zweite Form zeigt zuerst eine DLB und wenn sie dann in weiteren Folge den Hirnstamm befallen hat, kann der Patient M. Parkinson entwickeln (Höflechner, R., (2006). Online: 1.2.2010. <http://www.medizin-medien.at/dynasite.cfm?dssid=4171&dsmid=73654&dspaid=572363> .

Das Krankheitsbild weist eine spezielle Symptomatik und Nähe zu Morbus Parkinson auf. Betroffene stürzen wiederholt mit unklarer Ursache, häufig berichten sie über szenische und optische Halluzinationen. Wechselnder fluktuierender Verlauf der Krankheit lässt die Betroffenen tageweise unbeeinträchtigt erscheinen mit plötzlich wieder auftretender ausgeprägter Symptomatik der Erkrankung. Betroffene reagieren sehr sensibel auf Neuroleptika (Antipsychotika): Bereits mit niedrigen Dosierungen verschlechtert sich mit starken Nebenwirkungen die Beweglichkeit (vgl. Kastner, 2007, S. 37).

DLB ist im ICD-10-GM Diagnoseschlüssel im Kapitel VI Krankheiten des Nervensystems unter Sonstige degenerative Krankheiten unter G31.82 klassifiziert (vgl. Kessler, 2001, S. 253).

4.4 Morbus Pick

Ein Zusammenhang zwischen frontaler oder linkstemporaler Großhirnrindenatrophie und einer Wesensänderung und Aphasie wurde Morbus Pick erstmals vom Arnold PICK 1892 beschrieben. Morbus Pick ist ein Teil der frontotemporalen Demenzen, die international den Überbegriff und Einteilung der Demenzen in frontotemporale lobäre Degeneration (FTLD) im Jahr 1998 in einer Konsensuskonferenz erhielten (vgl. Ibach. In: Mahlberg, 2009, S. 39).

Neuropathologisch zeigt sich ein Bild der Atrophie der Frontal- und Temporallappen. Betroffene werden durch Verhaltens- und Sozialstörungen auffällig. Gedächtnisstörungen treten in den späteren Krankheitsstadien auf. Die Krankheit beginnt gewöhnlich zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr und hat progredienten Charakter (vgl. Dilling, 2010, S. 71).

Die Vielfalt der verschiedenen Formen der Demenzerkrankungen zeichnet sich in der Symptomatik durch mehrere Stadien aus, welche aus zwei professionellen Perspektiven beschreiben werden können. Im nächsten Kapitel werden die Stadien der Demenzerkrankungen einerseits aus der medizinischen und andererseits aus der pflegerischen Sicht betrachtet.

4.5 Stadien der Demenzerkrankungen und ihre Charakteristik

In diesem Kapitel werden die Stadien aus oben genannten Perspektiven vorgestellt und am Ende des Kapitels folgt eine kritische Auseinandersetzung mit den Folgen für die Pflege.

4.5.1 Einteilung der Stadien aus medizinischer Sicht

In den Fachpublikationen werden von verschiedenen Autoren auch unterschiedliche Stadien beschrieben. So teilt VOLICER, FABISZEWSKI, RHEAUME und LASCH (1988) und VOLICER (2010) die Stadien der Alzheimer-Krankheit und anderer Demenzen folgendermaßen ein:

- Frühes Stadium (leichte Beeinträchtigung). Die subtilen Veränderungen sind kaum auffällig. Langzeitgedächtnis und Lebensgewohnheiten mit alt einge-

schliffenen Verhaltensweisen verändern kaum den Alltag. In komplexeren Aktivitäten lassen sich die Betroffenen helfen. Gedächtnisverlust tritt periodisch auf, Umgang mit Geld wird zunehmend schwer, an ein bestimmtes Wort oder den Namen einer bestimmten Person kann sich der/die Betroffene nicht mehr erinnern. In einer fremden Umgebung macht sich der Gedächtnisverlust verstärkt bemerkbar.

- Mittleres Stadium (mäßige Beeinträchtigung). Konkrete einfache Aktivitäten wie Essen sind noch möglich. Strukturierung des Tages wird von den Betreuungspersonen übernommen. Nonverbale Kommunikationstechniken werden zunehmend wichtiger. Gedächtnisverlust ist weit fortgeschritten, so dass die Betroffenen an Aktivitäten wie „sich waschen“, „sich anziehen“ erinnert und dazu aufgefordert werden müssen. Örtliche und zeitliche Orientierung ist häufiger gestört sowie der Tag- und Nachtrhythmus. Sprechstörungen, motorische Koordinationsprobleme und Wahrnehmungsstörungen erschweren den Alltag. Motorische Unruhe, anhaltendes Wandern, Angstzustände und Frustration sind einige Symptome, die die Betroffene begleiten. In diesem Stadium kommt es zu starken emotionalen Reaktionen auf scheinbar harmlose Anlässe. Apathie, Desorientiertheit, Wahnvorstellungen und Verhaltensprobleme beeinflussen die Lebensqualität der Betroffenen mit zunehmender Beeinträchtigung der Kognition, des Denkvermögens, der Urteilsfähigkeit und anfänglicher Harninkontinenz.
- Fortgeschrittenes Stadium (schwere Beeinträchtigung). Es können nur mehr Aktivitäten, welche aus nur einem Schritt bestehen, nach einer Aufforderung und Anleitung durchgeführt werden, wie zum Beispiel „sich kämmen“. Die Betroffenen sind zunehmend abhängig von der emotionalen und körperlichen Unterstützung einer Pflegeperson. Die Sprachfähigkeit verflacht sich auf nur einfache Sätze oder Floskeln. Grob- und Feinmotorik gehen stark verloren. Gehen und Sitzen ist oft nur mit Hilfe möglich. Unterstützung beim Ausscheiden und Sauberhalten auf Grund von Harn- und Stuhlinkontinenz ist notwendig.
- Finales Stadium. In diesem Stadium sind die Betroffenen völlig von anderen abhängig. Sie können sich nicht mehr bewegen, sprechen oder schlucken.

Ein liebevoller Umgang und Zuwendung von Pflegepersonen und anderen ist besonders wichtig (vgl. Volicer, 1988, S.185-199, 2010, S. 1375-85, zit. nach Sifton, 2008, S. 132-135).

Die Autoren BOETSCH, STÜBNER und AUER (2003) beschreiben den Verlauf und das klinische Bild der Demenzerkrankung in Abhängigkeit vom Demenzstadium in Anlehnung an die Global Deterioration Scale (GDS) von REISBERG, FERRIS, de LEON und CROOK (1982). Sieben Demenzstadien werden hier im Zusammenhang mit den Mini-Mental-State-Examination-Mittelwerten (MMSE – Anhang 2) und der durchschnittlichen Dauer der einzelnen Stadien dargestellt.

- 1 Keine kognitiven Leistungseinbußen, MMSE 29,6 +/- 0,7 (Maximalwert 30), keine Diagnose, Prognose sehr gut.
- 2 Zweifelhafte kognitive Leistungseinbußen, MMSE 28,9. Diagnose: normales Altern, Prognose zeigt meist gutartigen Verlauf.
- 3 Geringe kognitive Leistungseinbußen, MMSE 24,6. Diagnose: leichte kognitive Störung, Prognose zeigt Symptomatik zur Entwicklung einer Alzheimer-Krankheit.
- 4 Mäßige kognitive Leistungseinbußen, MMSE 20. Diagnose: leichte AD (Alzheimer-Demenz). Prognose zeigt durchschnittliche Dauer dieses Stadiums von zwei Jahren.
- 5 Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen, MMSE 14,3. Diagnose: mittelgradige AD. Prognose für Dauer dieses Stadiums ist im Durchschnitt eineinhalb Jahre.
- 6 Schwere kognitive Leistungseinbußen, MMSE 8,3. Diagnose: : schwere AD. Prognose: Dauer dieses Stadiums im Mittel zweieinhalb Jahre.
- 7 Sehr schwere kognitive Leistungseinbußen, MMSE 0. Diagnose: sehr schwere AD. Prognose: Patienten sterben nach Beginn dieses Stadiums innerhalb von zwei Jahren, bei optimaler Pflege können diese etwa sieben Jahre oder länger leben (Reisberg et al., 1982, S. 1136-39, zit. nach Boetsch et al., 2003, in Hampel et al. S. 82-88).

KASTNER (2007) unterscheidet drei Stadien der Demenz:

- Leichte Demenz – Frühsymptome der Demenz. Emotionaler Rückzug, Antriebsmangel oder Initiativverlust treten in den Vordergrund. Komplexere und schwierigere Aufgaben wie Rechnen oder Kochen können nicht bewältigt werden. Betroffene können nicht mehr Gesprächen folgen, vergessen ihre Termine, vertraute Dinge werden verlegt. Wortfindungsstörungen in den Gesprächen fallen auf. Inhalte werden ständig wiederholt oder nachgefragt, von länger zurückliegenden Geschehnissen wird ständig erzählt und in bekannter Umgebung fehlt die Orientierung. Das 1. Stadium wird Kognitive Phase genannt.
- Mittlere Demenz – Störung des Alltags. Das Stadium der Verhaltensänderungen. Psychische Symptome nehmen verstärkt zu. Angst, wahnhaftes Erleben, Verhaltensstörungen wie rastloses Umherwandern und verstärkte Unruhe quält die Betroffenen. Örtliche Orientierungsstörung und Erinnerungen an frühere Zeiten führen zu Umherirren und Weglaufen. Die Betroffenen sind leicht reizbar, die Angehörigen überlastet. Es kann zu verbalen oder körperlich aggressiven Auseinandersetzungen kommen. Schlaf- und Wachrhythmus sind gestört. Es treten Probleme bei der Auswahl der Kleidungsstücke auf, die Körperpflege wird vernachlässigt, Betroffene leiden an kognitiver Harninkontinenz, sie finden nicht rechtzeitig die Toilette. Sprachliche Auffälligkeiten wie falsche Wortwahl machen sich bemerkbar.
- Schwere Demenz – schwere körperliche Beeinträchtigung. Dieses Stadium wird als körperliche Störung bezeichnet. Körperlich-neurologische Symptome wie Gangstörungen, wiederholte Stürze, Störungen der Koordination und des Lagesinns, Gangunfähigkeit bis hin zur Bettlägrigkeit und Auftreten von Kontrakturen. Betroffene können sich nicht mehr allein waschen oder kleiden, leiden unter Harn- und Stuhlinkontinenz. Geschmacks- und Geruchsstörungen begleitet mit verminderter Nahrungsaufnahme können zu schweren Schluckstörungen führen. Schwere Störungen der Sprache führen bis zum Sprachverlust (vgl. Kastner, 2007, S. 26-28).

Im ICD-10-GM-Diagnoseschlüssel wird im Kapitel V (F) Internationale Klassifikation Psychischer Störungen Schweregrad der Demenz mit leicht, mittelgradig und schwer bezeichnet (vgl. Dilling, 2010, S.64).

4.5.2 Aufteilung der Stadien nach Feil

Naomi FEIL (2000) hat eine Methode für den Umgang mit dementen oder verwirrten alten Menschen entwickelt. Unter der Bezeichnung Validation basiert diese Methode auf folgenden Grundprinzipien:

- Gefühle des desorientierten Menschen anerkennen
- Vertrauen schaffen durch Einfühlungsvermögen in die innere Erlebniswelt des sehr alten, desorientierten Menschen
- Selbstwertgefühl stärken, Stress verringern
- Signale des Menschen auffangen, in Worte kleiden und dem alten Menschen seine Würde zurück geben (vgl. Feil, 2000, S. 11)

Naomi FEIL hat vier Stadien der Orientierung bei Demenzkranken beschrieben.

Stadium I - „Mangelhafte Orientierung (Unglückliche Orientierung an der Realität)“ (Scharb, 2005, S. 105).

- Im ersten Stadium - befinden sich unter emotionalen Charakteristika Widerstände gegen Veränderungen, Leugnen von Gefühlen wie beispielsweise Einsamkeit, Angst, Eifersucht u.ä., Leugnen von Verlusten wie Seh-, Hör- und Bewegungsvermögen. Die Sprache ist leicht verständlich und Interesse an der Umwelt ist vorhanden. Der/die Demenzkranke erlebt Desorientierung als Bedrohung und ist in der Gesellschaft von verwirrten Menschen fehl am Platz (vgl. Scharb, 2005, S. 106-107).

Demenzkranke in diesem Stadium „... brauchen eine vertrauensvolle Beziehung zu einer fürsorglichen, respektvollen Autorität, die ihnen nicht widerspricht, die sie versteht und nicht beurteilt“ (Feil, 2000, S. 53).

Stadium II - „Zeitverwirrtheit (Verlust der kognitiven Fähigkeiten)“ (Scharb, 2005, S. 105).

- Im zweiten Stadium - sind unter emotionalen Charakteristika folgende Merkmale zu finden: Stimmlage ist meist leise, monoton, es wird langsam gesprochen, Handbewegungen, die zu den Emotionen passen sind oft suchend oder

fragend. Gefühle werden ausgedrückt wobei durch den Verlust von logischem Denkvermögen der Bezug zur Realität verschwommen ist. Zusammenhängendes Denken ist gestört. Es folgt ein Rückzug in die Vergangenheit, da es zu einem Verlust des Kurzzeitgedächtnisses kommt. Neue Wortkombinationen und Lautfolgen werden kreiert. Der/die Demenzkranke hat eine ausgeprägte Intuition und kann Aufrichtigkeit oder Unaufrichtigkeit fühlen. Er/sie reagiert auf Berührung und Blickkontakt und zeigt dabei eine gesteigerte Aktivität und Stressreduktion (vgl. Scharb, 2005, S. 112).

„Zeitverwirrte Menschen kehren zu grundlegenden, universellen Gefühlen zurück: Liebe, Haß, Trauer, Angst vor Trennung, Streben nach Identität. Diese Emotionen äußern alle sehr alten, desorientierten Menschen in Pflegeheimen auf der ganzen Welt.“ (Feil, 2000, S.55)

Stadium III - „Sich wiederholende Bewegung (Ersatz von Sprache durch kinästhetisch dominierte Stereotypen)“ (Scharb, 2005, S. 105).

- Im dritten Stadium - zeigt der/die Demenzkranke unter den emotionalen Charakteristiken vollständigen Identitätsverlust, führt ständig eine Bewegung fort, spricht in unverständlichen Silben oder summt, starrt vor sich hin oder hat geschlossene Augen. Die Reaktion auf Berührung oder auf Blickkontakt erfolgt viel später nach längerem Stimulieren. Konzentration kann nur auf eine Person oder einen Gegenstand gerichtet werden. Gegenwart wird nicht mehr gespeichert, Erinnerungen aus der Vergangenheit an Personen oder Gegenstände sind aufrecht (vgl. Scharb, 2005, S. 122).

In diesem Stadium werden unbewältigte Konflikte der Vergangenheit durch Gefühle ausgedrückt, um sie zu lösen. „Scham, Schuldgefühle, sexuelle Wünsche oder Wut waren ein Leben lang unterdrückt, versteckt, streng unter Kontrolle. Jahrzehnte später, im hohen Alter, kommen sie ans Tageslicht.“ (Feil, 2000, S. 57)

Stadium IV - „Vegetieren (Totaler Rückzug nach innen)“ (Scharb, 2005, S. 105).

- Im vierten Stadium - zeigt sich emotionell folgendes Bild. Geschlossene Augen, beinahe keine Bewegungen. Gesicht zeigt keinen Ausdruck, es kommt zu keiner Reaktion auf Berührung, Stimme oder Blickkontakt. Es tauchen keine Erinnerungen mehr auf, weder aus der Vergangenheit, noch aus der Gegenwart. Der Muskeltonus ist schlaff, der/die Kranke nimmt oft eine embryonale Haltung ein (vgl. Scharb, 2005, S. 130).

Die Demenzkranken erkennen keine nahen Angehörigen und zeigen kaum Gefühle. Der eigene Antrieb reicht nur zum Überleben. Sie „brauchen Berührung, Anerkennung und Fürsorge.“ (Feil, 2000, S. 60-61)

Die Stadien werden aus der Sicht der Medizin nicht nur nach Kognition (Volicer et al., 1988; Kastner, 2007; Boetsch et al., 2003) beurteilt, sondern auch nach der Bewegungssymptomatik. So kommt es zum Verlust der Feinmotorik, der Beweglichkeit und Verhaltenssymptomatik – Verlust der Kontrollfunktion, der durch Verhaltensstörungen sichtbar wird (Volicer et al., 1988; Kastner, 2007); auch andere Grundfunktionen des menschlichen und sozialen Lebens werden beschrieben. Non-verbale Kommunikationstechniken werden zunehmend wichtig (Volicer et al., 1988). Die Änderungen der emotionalen Reaktionen bzw. der emotionale Rückzug (Volicer et al., 1988; Kastner, 2007) begleitet von Geschmacks- und Geruchsstörungen (Kastner, 2007), Sprachstörungen (Volicer et al., 1988; Kastner, 2007), Harn- und Stuhlinkontinenz (Volicer et al., 1988; Kastner, 2007) können in der Summe mit oben beschriebenen Verlusten und Veränderungen in die Abhängigkeit (Volicer et al., 1988; Kastner, 2007) führen.

In der Beschreibung der Stadien nach FEIL werden hier Veränderungen und Verluste auf den Gefühls- und Emotionsebenen beschrieben. Hier treten beispielsweise Veränderungen der Stimmlage auf. Verluste von Seh-, Hör- und Bewegungsvermögen, Veränderungen bis zum Verlust des Sprachvermögens, Gedächtnisstörungen, Inkontinenz bis zum vollkommenen Rückzug aus der Realität mit kaum wahrnehmbaren Bewegungen, keinen eigenen Aktivitäten und kaum gezeigten Gefühlen, meist geschlossenen Augen oder ungerichtetem, leerem Blick. FEIL hebt in ihrer Methode

besonders die Arbeit mit verbalen Fragetechniken hervor, wobei die Pflegeperson die Stimm- und Tonlage, die Körpersprache, die Augenbewegungen von Demenzkranken beobachtet, das bevorzugte Sinnesorgan herausfindet, ausgedrückte Emotionen und Gesichtsausdruck wahrnimmt, Musik verwendet, mit Berührungen, Blickkontakt und der Spiegeltechnik arbeitet: nachahmen der Körperbewegungen. FEIL verwendet bewusst verbale und nonverbale Kommunikationstechniken. Je fortgeschrittener die Demenzerkrankung ist, desto mehr gewinnt die nonverbale Kommunikation an Bedeutung. FEIL geht mit ihrer Methode auf die grundlegenden Gefühle/Emotionen ein: „Zeitverwirrte Menschen kehren zu grundlegenden, universellen Gefühlen zurück: Liebe, Haß, Trauer, Angst vor Trennung, Streben nach Identität. Diese Emotionen äußern alle sehr alten, desorientierten Menschen in Pflegeheimen auf der ganzen Welt.“(Feil, 2000, S. 55). Im Unterschied zu EKMAN lässt sie Emotionen wie beispielsweise happiness-Freude, surprise-Überraschung, anger-Zorn, disgust/contempt-Ekel/Verachtung und interest-Interesse unberücksichtigt. Dagegen werden von FEIL neue grundlegende Emotionen genannt, die in den empirischen Arbeiten über universelle grundlegende Emotionen der Menschen nicht vorkommen.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass aus beiden professionellen Perspektiven die nonverbale Kommunikation im Handlungsfeld der Pflege von Demenzkranken an Bedeutung zunimmt. Die Demenzerkrankung führt zu multifunktionellen Störungen, sodass eine verbale Verständigung mit den Demenzkranken zunehmend schwieriger bis kaum möglich wird. Die nonverbale Kommunikation als Verständigungsmittel mit den Demenzkranken tritt in den Vordergrund. In der Pflegepraxis verlaufen die Stadien bei jedem einzelnen Demenzkranken ganz unterschiedlich und sind nicht scharf getrennt, vielmehr ist die Symptomatik der einzelnen Stadien überlappend. Die Pflegekraft ist demnach in jedem Stadium unterschiedlich gefordert, die/den Demenzkranken nach den momentanen Verhaltensäußerungen adäquat zu behandeln.

5 Empirische Forschungsarbeiten

Kommunikationswissenschaften und Psychologie bilden für diese Arbeit jene Nahtstelle, an der sich die Theorie und die Praxis in den täglichen Kommunikationssituationen treffen. Folgende Studien wurden als anleitend und in deren Denkweisen für das Arbeitsvorhaben relevant gesehen. Im deutschsprachigen Raum wurden folgende Publikationen recherchiert:

ARENS (2005) untersuchte die Kommunikation zwischen Pflegenden und Demenzerkrankten. Die zentrale Frage stellte der kommunikative Umgang mit Emotionen dar. In seiner Studie hat er emotionale Äußerungen von Pflegenden und Demenzkranken in Handlungssituationen unter teilnehmender Beobachtung untersucht. Insbesondere wurden Situationen wie „Umgang mit Gefühlen“, „Umgang mit Störungen“, „Umgang mit Widersprüchen und Konflikten“ und „Umgang mit Machtverhältnissen“ beobachtet. In den Ergebnissen der Datenanalyse wurden nach den Zuschreibungen der Pflegepersonen vier Gruppen von Demenzkranken gebildet. Die Typisierungsdimension der Handlungssituationen „Umgang mit Emotionen“ wurde in sechs Kategorien gegliedert. Es wurden Emotionen von Demenzkranken wie auch von Pflegepersonen analysiert. Emotionen wurden thematisiert und aus verschiedenen Blickwinkeln wie beispielsweise Ausdruck, Deutung und Sprachbilder analysiert. Weiters wurden die Emotionen auf Prävention und Veränderung ausgewertet. ARENS erhebt die Problematik der Zuschreibungen von Pflegepersonen gegenüber den Demenzkranken, die sich verbal nicht mehr äußern können so, dass die Pflegepersonen die tatsächlichen nonverbalen Fähigkeiten der Demenzkranken gar nicht fähig sind zu erkennen. Nonverbale Fähigkeiten der Demenzkranken werden von den Pflegepersonen nicht berücksichtigt beziehungsweise werden keine alternativen Handlungsmöglichkeiten erarbeitet, die der nonverbalen Kommunikationsfähigkeiten der Demenzkranken gerecht würden. Die verbal geäußerten Emotionen von Demenzkranken werden bei den Pflegepersonen rationalisiert und mit vermutlich emotionaler Distanz als professionell verstanden. Die nonverbal geäußerten Emotionen der Demenzkranken werden von den Pflegepersonen nicht als Ausdruck der Emotionen erkannt und interpretiert. Das Handeln der Pflegepersonen ist hierorts oft strategisch und es wird selten ein verbaler oder nonverbaler Kontakt zu den Demenz-

kranken aufgenommen. Im Bezug auf die Deutung von Emotionen, die sich ebenfalls nach non- und paraverbale Kommunikation orientiert, reagieren in den Handlungssituationen sowohl die Demenzkranken auf die Äußerungen der Pflegepersonen, als auch die Pflegepersonen auf die Äußerungen von Demenzkranken. Allerdings unterscheiden sich die Deutungen in den Antworten. Die Pflegepersonen deuten oft das Äußern der Demenzkranken beispielsweise mit Ignorieren. Die Demenzkranke deutet das Ignorieren der Pflegeperson auf derselben Emotionsebene wie bei sich selbst (zum Beispiel Angst). Die Emotionsdeutungen und Interventionen auf Seiten der Pflegepersonen erfordern Anstrengungen, ein hohes Maß an Aktivität, Kreativität und Abweichung vom Alltag, um den Handlungssituationen gerecht zu werden. Sie sind oft von kurzer Dauer. Bei der Prävention von Emotionen versuchen die Pflegepersonen die Perspektive der Demenzkranken einzunehmen und die negativen Emotionen durch verbale Ansprache und den nonverbalen Kontakt zu regulieren. Die Emotionen als Sprachbilder finden ihre Ausprägungen in den Verbalisierungen als Vergleich und Redensarten. Dabei wird das Verhalten der Pflegebedürftigen verniedlichend beschrieben oder mit einem Sprachbild wie zum Beispiel ‚ein Baby‘ verglichen. Die Veränderungen von Emotionen behandeln das wechselnde emotionale Verhalten der Demenzkranken innerhalb einer Handlungssituation.

HOFIRECK (2007) untersuchte wie Pflegepersonen die Kommunikation mit Demenzkranken erleben und was sie für die Bewältigung des Erlebten brauchen. Ihre Ergebnisse beschreiben vier zentrale Kategorien: Erleben der Kommunikation mit Demenzkranken, Empathie, Auslösen bewohnerbezogener Kommunikationsstrukturen und emotionale Belastungen. Die erstgenannte Kategorie enthält drei Unterkategorien: Freude, Hilflosigkeit und Betroffenheit, die sich auf die wahrgenommenen Emotionen seitens der Pflegepersonen beziehen, die die Demenzkranken äußern und die ausgelösten Emotionen bei den Pflegepersonen selbst. Die zweitgenannte Kategorie enthält fünf Unterkategorien, das Einfühlungsvermögen der Pflegepersonen, das Eingehen auf die Demenzkranken und daraus folgende Reaktionen der Pflegepersonen. In der drittgenannten Kategorie wurde das Erleben von ausgelösten Kommunikationsstrukturen in den Vordergrund gestellt als unmittelbare Reaktion auf das Verhalten von Demenzkranken, wobei der Fokus hier auf der nonverbalen Kommunikation lag. Beobachten der Körpersprache, Interpretation der Kör-

persprache und Einsetzen von nonverbaler Kommunikation bilden hier drei Unterkategorien, die aus den Beschreibungen und Beobachtungen der Pflegepersonen heraus kamen. In der viertgenannten Kategorie wurden die emotionalen Belastungen von Pflegepersonen dargestellt, die aus den spezifischen Verhaltensweisen von Demenzkranken resultierten. Die Bewältigungsstrategien beziehen sich auf Institutionelle Rahmenbedingungen und Führungskompetenz der Stationsleitung.

GSERTZ (2007) untersuchte die Nahrungsaufnahme bei Demenzkranken, mit dem Fokus auf Verbesserung der Nahrungsaufnahme. Ein Teil dieser Untersuchung wurde den interaktionsorientierten Konzepten gewidmet. Konzept der Kommunikation zwischen Pflegepersonen und Demenzkranken berührte das Thema nonverbaler Kommunikation, wobei die Wichtigkeit der nonverbalen Signale besonders hervorgehoben wurde. Im Konzept der Interaktion und Beziehungsgestaltung haben Untersuchungen gezeigt, dass verbale Kommunikation im Umgang mit Demenzkranken erst mit nonverbaler Kommunikation wirksam wurde.

Im internationalen nicht deutschsprachigen Raum wurden Studien zur Kommunikation mit Demenzkranken im Bezug auf nonverbale Kommunikation recherchiert.

Eine Untersuchung der verbalen Kommunikation führten SAVUNDRANAYAGAM, RYAN, ANAS und ORANGE (2007) durch. Die ForscherInnen überprüften die Auswirkungen zweier verschiedener Kommunikationsarten des Pflegepersonals mit Demenzkranken. Die Ergebnisse zeigten, dass personenorientierte Strategien positive Einflüsse auf die Empfindungen der BewohnerInnen und des Pflegepersonals hatten. Eine einfache Sprache mit Wiederholungen führte zu einem positiven Einfluss auf die BewohnerInnen.

SABAT und CAGIGAS (1997) erforschten anhand einer Fallstudie die Kompensierung des Verlustes des verbalen Redeflusses mittels anderssprachlicher Kommunikation. Sie führten Beobachtungen mit Videoaufzeichnungen an Alzheimer Erkrankten durch. Die aufgenommenen Gespräche wurden wörtlich transkribiert. Ihre Ergebnisse zeigten, dass die untersuchten Personen trotz hoher Wortfindungsprobleme zu effektiver Kommunikation mittels Gestik, Gesichtsausdrücken, Körperhaltung, Körpersprache sowie Tonlage der Stimme fähig waren. Diese Ergebnisse zeigten deut-

lich auf, dass die nonverbale Kommunikation in der Pflege sehr wichtig und sowohl seitens der Demenzkranken, als auch seitens des Pflegepersonals entwicklungsfähig ist.

Verbale und nonverbale Arten der Kommunikation analysierten NYSTRÖM und LAURITZEN (2005). In einer Pflegeinstitution untersuchten sie unter abweichenden Alltagsbedingungen die Art der Kommunikationsfähigkeit von Demenzerkrankten. Dabei wurden Settings mit Therapeutischen Tanzgruppen auf Video aufgenommen. Die Ergebnisse zeigten sowohl die Entwicklung der Art des Körpergebrauchs, als auch die Möglichkeiten der Ergänzung und der Unterstützung der verbalen Fähigkeiten. Weitere Ergebnisse zeigten die Äußerungen der Denkprozesse, der Erinnerungen und der Emotionen auf. Unter abweichenden Bedingungen haben die Äußerungen der Demenzkranken reichlich an Ausdruck und Inhalt variiert. Diese Studie unterstützt Vermutungen der Verfasserin dieser Arbeit dahingehend, dass die Förderung abwechslungsreicher Reize und Situationsmannigfaltigkeiten für Demenzkranke als auch das Maß der Fähigkeiten von Pflegepersonen, die Deutungen der nonverbalen Kommunikation richtig einzuordnen, von hoher Relevanz sind.

Emotionale Gesichtsausdrücke von Demenzkranken wurden von ASPLUND, JANSSON und NORBERG (1995) untersucht. Vier schwer demente Alzheimer-PatientInnen, zwei männliche und zwei weibliche, wurden in fünf verschiedenen Pflegebehandlungsaktivitäten von zwei Videokameras auf Bänder aufgenommen. Eine Videokamera wurde direkt auf das Gesicht vom Patient gerichtet, die andere hat die Pflegeperson und den Patient aufgenommen. Die Videoaufnahmen wurden dann mit Hilfe von zwei verschiedenen Untersuchungsmethoden analysiert. Die Gesichtsausdrücke wurden mit Hilfe von Facial Action Coding System (FACS) nach EKMAN und FRIESEN (1978) auf sechs Grundemotionen untersucht. Hierzu wurde der Katalog der „action units“ (AUs) zur Auswertung der einzelnen Veränderungen von Muskelgruppen in verschiedenen Gesichtsfeldern herangezogen. Diese Ergebnisse zeigten die höchste Signifikanz von Emotionen Wut, Ekel, Freude, Trauer und Überraschung; Emotion Angst wurde nicht notiert. Als zweite Untersuchungsmethode wurde Unstructured naturalistic judgments of facial expressions (UNM) gewählt. Ergebnisse der UNM haben Beobachtungen von Wut, Ekel, Freude, Trauer und Überraschung

sung aufgezeichnet, aber keine Beobachtungen der Emotion Angst. Beide Methoden wurden miteinander verglichen. Die Endergebnisse brachten eine Übereinstimmung der beiden Untersuchungsmethoden von 48%. Obwohl die Deutlichkeit und Menge von Gesichtsausdruckshinweisen bei den Schwerdemenzkranken reduziert war, konnten die Bedeutungen in den sparsamen und nicht klaren Patientenhinweisen beobachtet werden. Die Interpretation der Patientenhinweise war vom Beobachter abhängig. Am leichtesten wurde die Emotion der Freude aufgezeichnet.

NÁDASKÁ, BOLEDOVIČOVÁ und POLEDNÍKOVÁ, (2004) klassifizierten die Kommunikation mit dem geriatrischen Patienten folgendermaßen. Um eine Kooperation des geriatrischen Patienten mit der Pflegeperson zu erreichen, muss die Kommunikation effektiv, aktiv und positiv sein. Kommunikation mit dem kranken geriatrischen Patienten erfordert von Seiten der Pflegeperson Fachwissen, kommunikative Fähigkeiten, ein großes Maß an Geduld, Empathie und die Fähigkeit des aktiven Zuhörens. Sollte die verbale Kommunikation mit der nonverbalen nicht übereinstimmen, gelten die Signale der nonverbalen Kommunikation. Die Pflegeperson soll daher alles was die verbale Kommunikation begleitet im nonverbalen Ausdruck beobachten.

Unterstützung der positiven Kommunikationsfähigkeiten des betreuenden Personals von Demenzkranken beschrieb JECHOVÁ (2003). Es wurde eine Spezialmethode Videotréníng interakcí (VTI) verwendet, eine Methode Video Home Training aus den Niederlanden. Diese Methode basiert auf Prinzipien der guten Kommunikation und deren gründlichen Analyse. Die Kommunikation ist der Schwerpunkt dieser Methode. Eingeschlossen wurden alle, die einen täglichen Kontakt mit den Demenzkranken pflegten. Die Demenzkranken und das betreuende Personal wurden in ihren Interaktionen auf Video aufgenommen. Die VTI wurde in drei Einrichtungen für geriatrische und Demenzkranke Menschen angewendet. Eines der Ziele hat die Erhebung der Bedürfnisse der Demenzkranken und deren Kommunikationsfähigkeiten und Quellen verfolgt. Die Ergebnisse zeigten unter anderem, dass bei den Demenzkranken, die sich verbal nicht mehr äußerten, mittels Video nonverbale Signale entdeckt werden konnten, die in der täglichen Kommunikation nicht aussagekräftig

genug waren. Das Personal konnte somit diese Signale kennenlernen und lernen diese mit Aufmerksamkeit zu empfangen.

In diesen Studien wurde die nonverbale Kommunikation als ein Teil der Kommunikation mit den Demenzkranken indirekt behandelt. Es zeigte sich einerseits, dass die nonverbale Kommunikation bei den Demenzkranken auch entwicklungsfähig ist. Andererseits wurde auf die Defizite in der Kommunikationskompetenz und die daraus resultierende Handlungsunfähigkeit bei den Pflegepersonen hingewiesen.

6 Kommunikation in der Pflegediagnostik

Der Begriff der Pflegediagnose beschrieb erstmals FREY Virginia (1953) in einer Amerikanischen Pflegefachzeitschrift. Weitere Entwicklungen der Pflegediagnosen greifen in die 1970-er Jahre zurück. Auf der ersten Konferenz der American Nursing Association (ANA) (1973) wurden Klassifikationen von Pflegediagnosen erstmals erarbeitet und als „*Standards of Nursing Practice*“ herausgegeben (Stefan, Allmer 2000, S. 10-11). Die North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) wurde 1982 gegründet. Die NANDA entwickelt in der Zusammenarbeit mit der ANA und anderen internationalen Fachorganisationen laufend neue Pflegediagnosen. Die Definition des Begriffes der Pflegediagnose entwickelte sich ebenfalls. NANDA formulierte 1990 eine allgemein gültige Definition: „*Eine Pflegediagnose ist die klinische Beurteilung der Reaktionen von Einzelpersonen, Familien oder sozialen Gemeinschaften auf aktuelle oder potentielle Probleme der Gesundheit oder im Lebensprozess. Pflegediagnosen liefern die Grundlagen zur Wahl von Pflegehandlungen und zum Erreichen erwarteter Pflegeziele, für welche die Pflegeperson Verantwortung übernimmt.*“ (Stefan, Allmer 2000, S. 13).

In der Pflegepraxis wird zurzeit die NANDA Taxonomie II aus dem Jahr 1998, Version 2005-2006 verwendet. Im Bezug auf Kommunikation kommen für die Pflegeplanung in der Pflege von Demenzkranken folgende Pflegediagnosen vor:

- „Beeinträchtigte verbale Kommunikation.“ Definition: „*Vermindert verzögerte oder fehlende Fähigkeit, ein System von Zeichen und Symbolen zu empfangen/verstehen, zu verarbeiten, weiterzugeben und zu nutzen.*“ Fünfzehn Merkmale sind aufgelistet, mit unter Desorientierung in Bezug auf Ort, Person, Zeit; nicht sprechen können/wollen; Schwierigkeiten, zu sprechen oder sich zu äußern; Schwierigkeiten Wörter oder Sätze zu bilden/formulieren, Gedanken in Worte zu fassen; fehlender Blickkontakt; partielle oder totale Sehstörung; Unfähigkeit oder Schwierigkeit, Mimik und Gestik/Körpersprache einzusetzen. Die möglichen Ursachen oder beeinflussenden Faktoren beschreiben in der Mehrzahl die physischen/organischen Defizite oder Hemmnisse wie verminderte Hirndurchblutung, Hirntumor,

anatomische Defizite, Tracheostomie, u.ä., andererseits psychische, kulturelle oder soziale Faktoren wie Psychose, emotionale Zustände, Stress, kulturelle Unterschiede, Fehlen von Bezugspersonen u.a. (vgl. Georg, 2005, S. 118-119).

- „Wahrnehmungsstörung (zu spezifizieren: visuell, auditiv, kinästhetisch, gustatorisch, taktil, olfaktorisch)“. Die Definition hierfür lautet: *„Eine Veränderung der Anzahl oder Muster eingehender afferenter Reize, begleitet von einer verminderten übermäßigen oder beeinträchtigten Reaktionen auf diese Reize.“* Zu den bestimmenden Merkmalen zählen beispielsweise mangelndes/schlechtes Konzentrationsvermögen, Hörstörungen, Veränderung der gewohnten Reaktionen auf Reize, Unruhe, Reizbarkeit, veränderte Verhaltensmuster, Desorientierung bezüglich Zeit, Ort, Person, weitere Veränderungen der Problemlösungsfähigkeit, Halluzinationen, Sehstörungen und Aussagen über eine Veränderung der Sinnesschärfe oder der Sensorischen Fähigkeiten. Beeinflussende Faktoren beschreiben veränderte sensorische Wahrnehmung und Reizaufnahme, weiters innere Einflüsse (wie Elektrolytverschiebung oder biochemische Veränderungen/Ungleichgewichte) und äußere Einflüsse (wie übermäßige Umgebungsreize, psychischer Stress) (vgl. Georg, 2005, S. 241-242).
- „Beeinträchtigte soziale Interaktion.“ Diese Pflegediagnose wird folgendermaßen definiert: *„Eine ungenügende, übermäßige oder unwirksame Art, am sozialen Austausch teilzunehmen.“* Unter bestimmenden Merkmalen oder Kennzeichen befinden sich zum Beispiel geäußerte oder beobachtete Unfähigkeit, ein zufriedenstellendes Gefühl der Zugehörigkeit, der Anteilnahme, des Interesses oder der gemeinsamen Geschichte zu empfinden oder mitzuteilen; gestörte Interaktion mit Seines-/Ihresgleichen, Familie und/oder anderen Personen. Als beeinflussende Faktoren werden unter anderen Wissens-/Fähigkeitsdefizit über Möglichkeiten, die Gegenseitigkeit und den gegenseitigen Austausch zu fördern; Kommunikationsbarrieren; veränderte Denkprozesse; beeinträchtigte körperliche Mobilität und umweltbedingte Einschränkungen aufgezählt (vgl. Georg, 2005, S. 114).

- „Soziale Isolation“ wird definiert als: *„Ein Zustand des Alleinseins, den ein Mensch als von anderen auferlegt empfindet und negativ oder bedrohlich erlebt.“* Unter objektiven Merkmalen oder Kennzeichen werden feindseliger Ausdruck in Stimme und Verhalten; unkommunikatives Verhalten; Verhaltensweisen, die nicht akzeptiert werden von der dominanten kulturellen Gruppe; wiederholte sinnlose Handlungen; fehlender Blickkontakt; traurige, abgestumpfte Affekte u.a. angeführt. Die subjektiven Merkmale listen Ausdrücke der Gefühle wie Alleingelassen werden, abgelehnt zu werden oder anders als die anderen zu sein; Unsicherheit in der Öffentlichkeit und andere Wertvorstellungen auf. Die beeinflussenden Faktoren sind unter anderen nicht akzeptierte soziale Wertvorstellungen und Verhaltensweisen sowie Veränderung des Geisteszustandes (vgl. Georg, 2005, S. 115-116).
- „Gestörte Denkprozesse“. Definition: *„Eine Störung kognitiver Abläufe und Vorgänge.“* Hier werden als bestimmende Merkmale oder Kennzeichen kognitive Dissonanz; Gedächtnisdefizit oder -probleme; ungenaue Interpretation der Umgebung; erhöhte oder verminderte Wachsamkeit; Ablenkbarkeit; Egozentrik und inadäquates/unrealistisches Denken angeführt. Beeinflussende Faktoren sind in Entwicklung durch die NANDA (vgl. Georg, 2005, S. 54).
- Akute oder Chronische Verwirrtheit sind ebenfalls Pflegediagnosen, die in der Pflege von Demenzkranken benutzt werden. „Akute Verwirrtheit“ wird definiert als *„Das plötzliche Auftreten von umfassenden, wechselnden Veränderungen und Störungen der Aufmerksamkeit, im Denkvermögen, in der psychomotorischen Aktivität, im Bewusstseinsgrad und/oder im Schlaf-/Wachrhythmus.“* Darunter beschriebene Merkmale oder Kennzeichen sind beobachtbare Symptome des veränderten Verhaltens wie wechselhafte psychomotorische Aktivität oder Halluzinationen. Unter beeinflussenden Faktoren sind Alter über 60 Jahre, Demenz, Alkoholmissbrauch, Delirium und Drogen-/Medikamentenmissbrauch aufgelistet (vgl. Georg, 2005, S. 235).
- Die „Chronische Verwirrtheit“ ist *„Eine irreversible, seit langem bestehende und/oder progressive schwere Beeinträchtigung von Intellekt und Persönlichkeit, charakterisiert durch eine Verminderung der Denkfähigkeit und der Fähigkeit, Stimuli aus der Umwelt zu interpretieren, und die sich manifes-*

tiert durch Störungen von Gedächtnis, Orientierung und Verhalten.“ Die beschriebenen Merkmale konzentrieren sich auf eine veränderte Interpretation von/Reaktion auf Umweltreize; klinischer Nachweis einer hirnrorganischen Schädigung; progressive, seit langem bestehende kognitive Beeinträchtigung; Persönlichkeitsveränderung u.a. Beeinflussende Faktoren listen einige medizinische Diagnosen wie Multiinfarkt-Demenz, Korsakoff-Syndrom, Alzheimer-Krankheit (vgl. Georg, 2005, S. 236).

Obengenannte Pflegediagnosen nach NANDA behandeln hauptsächlich verbale Kommunikation und soziale Interaktion. Es werden mögliche objektiv beobachtbare oder wahrnehmbare Symptome bzw. Äußerungen beschrieben sowie mögliche Ursachen, die jedoch stark an organischen, medizinischen oder neurologischen Grundlagen anlehnen. Dies entspricht mehr dem biomedizinischen Verständnis vom Mensch. Nonverbale Kommunikation wird bei NANDA als Pflegediagnose gar nicht definiert. In den beschriebenen Pflegediagnosen kommt sie nur elementar als Merkmal vor. Die aufgelisteten Merkmale und Kennzeichen stellen eine Reihe von fehlenden bzw. defizitären Fähigkeiten des Menschen dar.

STEFAN/ALLMER (2000) verwenden für die Praxis definierte Pflegediagnosen, die anhand von NANDA Pflegediagnosen erstellt wurden (vgl. Stefan/Allmer 2000, S.7). Inzwischen haben die Autoren ihr System der Pflegediagnosen weiter entwickelt, sodass eine neue Klassifikation PraxisOrientiertePflegediagnostik (POP) 2009 eingeführt wurde (vgl. Stefan, Almer, Eberl et.al, 2009, Vorwort). Im Bezug auf Kommunikation sind hier folgende Pflegediagnosen zu finden:

- *„Kommunikation, beeinträchtigt“* – wird hier definiert als *„Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch eine verminderte, verzögerte oder fehlende Fähigkeit hat, Sprache, Symbole und Zeichen der zwischenmenschlichen Kommunikation zu verstehen, zu verarbeiten, zu gebrauchen, weiterzugeben und zu verwenden.“* Die Pflegediagnose wird erweitert um *„(im Detail angeben) verbal, nonverbal (schriftlich, mimisch, gestisch, bildlich)“*. Es folgt eine Reihe von Aufzählungen für die Ätiologie/Ursachen wie zum Beispiel Beeinträchtigungen des Bewusstseins, des Hörsinnes, des Sehsinnes, der

Wahrnehmung, des Gedächtnisses, der Kognition, Medikamentenwirkung, Alkohol-, Drogenkonsum, Tracheostoma, Intubation, kulturelle Unterschiede, Analphabetismus, emotionale Zustände, Stress, Angst, Unsicherheit, umweltbedingte Barrieren u.a. Die Symptome – Merkmale, Kennzeichen werden einerseits aus der Sicht des Patienten – äußert Schwierigkeiten in der verbalen Kommunikation; ersetzt die verbale Kommunikation durch nonverbale Kommunikationstechniken; visuelles Defizit; äußert Wortfindungsstörungen; äußert gestisch oder mimisch, nicht verstanden worden zu sein; äußert verbal, gestisch oder mimisch, nicht zu verstehen, andererseits aus der Sicht der Pflegeperson – u.a. spricht nicht; undeutliche Aussprache; Atemnot; fehlender Augenkontakt; Konzentrationsprobleme und kann Mimik und/oder Gestik nicht einsetzen aufgelistet. Die Autoren fügen weiters die Ressourcen eines Menschen dazu, die sie auf drei Ebenen unterteilen: körperlich-funktionelle (u.a. kann nonverbal kommunizieren), psychische (u.a. möchte sich mitteilen) und soziale (u.a. Zeitressourcen, um geeignete Kommunikationswege zu suchen). In den patientenbezogenen Pflegezielen wird ein *„Übergeordnetes Ziel: Kommuniziert verbal und/oder nonverbal und äußert, zu verstehen und verstanden worden zu sein.“* vorformuliert. Des Weiteren sind verschiedene Teilziele zu den Bereichen Wissen, Motivation und Fähigkeiten angeführt, wobei die Bereiche Wissen und Motivation auf eine intakte Kognition schließen, der Bereich Fähigkeiten listet im Bezug auf nonverbale Kommunikation folgende Ziele: *„Verwendet alternative Kommunikationsformen (spezifizieren); Verwendet Hilfsmittel, die sensorische Beeinträchtigungen ausgleichen (spezifizieren: z.B. Hörgerät, Brille); Übereinstimmung von verbaler und nonverbaler Kommunikation“*. Die Autoren fügen weiters Maßnahmen zu, die sie in vier Kapiteln beschreiben: Ermittlung der ursächlichen oder begünstigenden Faktoren – diese Maßnahmen spiegeln die Ätiologie wider; Unterstützung eine Kommunikationsform zu finden, um Informationen, Bedürfnisse, Wünsche, Ideen und Fragen auszutauschen (u.a. achten auf verbale/nonverbale Verhaltensweisen (Sprache, Gestik, Mimik), verwenden von nonverbalen Kommunikationsmöglichkeiten (z.B. Schreibtafel, Computer), vergewissern, ob die nonverbalen Mitteilungen verstanden

wurden, aufmerksam machen auf die Diskrepanz der verbalen und nonverbalen Kommunikation); Förderung der Kommunikation und der Beziehung – beschriebene Maßnahmen informieren, besprechen, erklären, anleiten und dokumentieren; Förderung des Wohlbefindens – angeführte Maßnahmen informieren, kommunizieren, mitteilen und bieten Gespräche u. ä. (vgl. Stefan, Almer, Eberl et.al, 2009, S. 363-368).

- „Kommunikation, Entwicklung der Ressourcen“ – wird definiert als *„Ein Phänomen, bei dem ein Mensch die Möglichkeiten zum Informations- und Gedankenaustausch mit anderen erweitern und verbessern möchte.“* Im Weiteren wird sie als eine Gesundheitsdiagnose definiert, die keine Ursachen aufweist und nur durch Ressourcen begleitet wird. Beispiele von körperlich-funktionellen Ressourcen beziehen sich auf intakte kognitive Fähigkeiten und intakte Sinneswahrnehmung u.a. wie: *„verwendet und interpretiert nonverbale Zeichen“*. Im Bereich der sozialen Ressourcen steht, dass die Bezugspersonen die nonverbale Kommunikation beherrschen (vgl. Stefan, Almer, Eberl et.al, 2009, S. 369-370).
- „Sinneswahrnehmungen, beeinträchtigt (im Detail angeben) visuell, auditiv, vestibulär, olfaktorisch, gustatorisch, taktil, kinästhetisch“ – definiert als *„Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch verminderte oder veränderte Fähigkeiten aufweist, sensorische Reize zu empfangen und zu interpretieren, begleitet von einer verminderten, übermäßigen, verzerrten oder beeinträchtigten Reaktion auf diese Reize.“* Die Ursachen können organischer oder psychischer Natur sein, weitere Ursachen beziehen sich auf die Umwelt oder andere Fremdeinflüsse. Unter den beschriebenen Symptomen befinden sich Aussagen des/der PatientIn über Veränderungen von Sinneswahrnehmungen oder Angst und Schmerzen. Aus der Sicht der Pflegeperson werden als Symptome beispielsweise ein eingeschränktes Konzentrationsvermögen oder eine eingeschränkte Wahrnehmung, Veränderungen von Reaktionen auf Reize, Desorientierung u. a. genannt. Die Beispiele von Ressourcen listen die möglichen vorhandenen Fähigkeiten auf, wie zum Beispiel: nutzt ein Hörgerät oder kann die Reize zuordnen. Das übergeordnete Patientenbezogene Ziel ist: *„Erkennt die Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung.“* Unter den

geplanten Maßnahmen im Bereich der Förderung der Kommunikation sind Tätigkeiten wie Informieren, Besprechen, Erklären, Anleiten und Dokumentieren aufgelistet. Zuletzt befindet sich eine Verlinkung zu anderen Pflegediagnosen, die den Bereich der Förderung des Wohlbefindens erweitern um die Pflegediagnosen „Angst“, „Denkprozess, verändert“, „Kommunikation, beeinträchtigt“, „Coping des Betroffenen, Entwicklung der Ressourcen“, „Coping der Familie, Entwicklung der Ressourcen“ (vgl. Stefan, Almer, Eberl et.al, 2009, S. 663-667).

- „Soziale Interaktion, beeinträchtigt“ – ist *„Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch in ungenügender, übermäßiger, inadäquater oder unwirksamer Art an sozialen Kontakten beteiligt ist.“* Im Bezug auf Kommunikation beschreiben die Autoren in der Ätiologie Kommunikationsbarrieren, veränderte Denkprozesse und aggressives Verhalten. Unter den Symptomen befinden sich aus der Sicht des Patienten Punkte wie zum Beispiel Aussagen über die Unfähigkeit, über Unbehagen, über die Weigerung von anderen zu kommunizieren. Aus der Sicht der Pflegeperson sind dies Punkte wie beispielsweise Beobachtungen von Verhaltensweisen bei sozialen Interaktionen, verbal inadäquates Verhalten (spezifizieren) und unangemessenes Verhalten in der Kommunikation. In den Ressourcen stehen u. a. kommunikationsbezogene Punkte wie: kann eigene Probleme verbalisieren, spricht über eigene Ängste und hört anderen Menschen zu. Patientenbezogene Pflegeziele tragen das übergeordnete Ziel: *„Spricht über eine zufriedenstellende Interaktion mit anderen Menschen, die diese Ansicht teilen.“* Weitere Teilziele zum Bereich Wissen enthalten Ziele wie nennt oder beschreibt. Im Bereich der Motivation sind Ziele wie äußert Bereitschaft, spricht über und erhält ein positives Feedback. Ziele im Bereich der Fähigkeiten sind zum Beispiel: reflektiert über, verändert zielorientiert Verhaltensweisen, hört anderen Menschen aktiv zu, akzeptiert Wünsche/Gruppenentscheidungen, nimmt an Aktivitäten teil und pflegt wertschätzende zwischenmenschliche Beziehungen. Die Maßnahmen sind von den Autoren in fünf Kapiteln unterteilt. Kommunikation wird im Kapitel II Erkennen des Ausmaßes der Beeinträchtigung in Punkten aktives zuhören und im Kapitel IV Fördern der Kommunikation und der Be-

ziehung in Punkten informieren, besprechen, erklären, anleiten und dokumentieren angesprochen. Ein Verweis auf Pflegediagnose „Aggression gegen andere, Risiko“ liegt als letzter Punkt der Maßnahmen im Kapitel V Fördern des Wohlbefindens vor (vgl. Stefan, Almer, Eberl et.al, 2009, S. 373-377).

- „Soziale Isolation“ – diese Pflegediagnose scheint bei POP nicht auf.
- „Denkprozess, verändert“ – ist definiert als *„Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch eine Beeinträchtigung der Kognitiven Abläufe und Vorgänge (Situationen erfassen, verarbeiten und zuordnen) erlebt und sich daraus Probleme bei der Alltagsbewältigung ergeben.“* Die möglichen Ursachen listen diverse äußere oder innere Einflüsse oder Beeinträchtigungen. Symptome berühren Punkte wie beispielsweise veränderte Wahrnehmung oder paranoide Verarbeitung, kognitive Dissonanzen und Desorientierung. Zum übergeordneten Ziel *„Erfasst Situationen und setzt folgerichtige Handlungen.“* stehen unter anderen Kommunikation und Beziehung fördernde Maßnahmen wie Informieren, Besprechen, Erklären, Anleiten und Dokumentieren. Es folgen auch weitere Verlinkungen zu mehreren Pflegediagnosen von der Selbstpflege oder Trauern, Sinnes- und Realitätswahrnehmungen und Verwirrtheit (vgl. Stefan, Almer, Eberl et.al, 2009, S. 694-699).
- „Verwirrtheit“ – diese Pflegediagnose wird definiert durch diverse Störungen der Wahrnehmungen und des Denkens, die entweder plötzlich auftreten oder lang bis fortschreitend zu Verschlechterung von Intellekt und Persönlichkeit führen. Die Ursachen können entweder organischer/innerer Natur sein oder von anderen Einflussfaktoren abhängig sein. Unter den Symptomen seitens des/der PatientIn steht eine Reihe von Gefühlen und aus der Sicht der Pflegeperson Selbstpfledefizite, verschiedene psychische, Verhaltens- oder physische Störungen. Ressourcen listen die intakten vorhandenen Fähigkeiten und Verhaltensweisen auf. Das übergeordnete Ziel *„Fühlt sich hinsichtlich des eigenen Verhaltens von der Umgebung verstanden und akzeptiert.“* mit den Teilzielen über diverse Gefühlsäußerungen und Bereitschaften des/der PatientIn begleiten Maßnahmen des Ermitteln (Stadium der Verwirrtheit), des Gestaltens (bezüglich der Umwelt und der Sicherheit), der Förderung von Kommunikation und Beziehung (Informieren, Besprechen, Er-

klären, Ansprechen u. ä., Dokumentieren) und der Förderung des Wohlbefindens (u. a. sensorische Stimulation, basale Stimulation, Einsatz pädagogischer Techniken wie Gerontagogik, angenehme Musik abspielen, Kontinuität in der Betreuungssituation) (vgl. Stefan, Almer, Eberl et.al, 2009, S. 686-693).

Aus diesen Pflegediagnosen kann herausgefiltert werden, dass hier die nonverbale Kommunikation etwas häufiger als Begriff vorkommt (sonst nur Elemente Gestik und Mimik). In der erstgenannten Pflegediagnose soll die Art der Kommunikationsbeeinträchtigung im Detail angegeben werden. Die Bezugspersonen sollen die nonverbale Kommunikation beherrschen. Nonverbale Kommunikation wird sowohl als Defizit als auch als Ressource gesehen. Im Sinne der Ressource soll die nonverbale Kommunikation zum erweitern und verbessern beim Informations- und Gedankenaustausch dienen, vorausgesetzt erhaltener intakter kognitiver Fähigkeiten. Bei dieser Anwendung soll die nonverbale Kommunikation zur Gesundheitsförderung beitragen. Die Förderung der Kommunikation basiert exakt auf verbaler Kommunikation von der Pflegeperson zu dem/der PatientIn und die Förderung des Wohlbefindens wird durch Techniken wie basale Stimulation, angenehme Musik oder Gerontagogik empfohlen. Es werden hier keine nonverbalen Kommunikationstechniken explizit genannt. Die Ursachen beschreiben Wahrnehmungsstörungen, äußere oder innere Einflüsse, auch organische und kognitive Störungen, soziale Einflüsse oder Umwelteinflüsse. Symptome zeichnen sich durch diverse Aussagen, Äußerungen oder Veränderungen im Verhalten des/der PatientIn aus. Hier kommen die medizinischen Diagnosen nicht zur Sprache, dafür aber ist der Mensch umgeben von verschiedenen Einflüssen und Störungen. Der Zusammenhang der Pflege und der Medizin scheint nicht gegeben und der Ansatz der Ganzheitlichkeit geht unter.

7 Empirischer Teil

7.1 Methodisches Vorgehen

Den empirischen Teil der Arbeit bildet eine qualitative Untersuchung. Ausgangsbasis der Arbeit stellen acht problemzentrierte semistrukturierte Interviews mit Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eines Pflegeheimes dar. Die Interviews wurden transkribiert und eine qualitative thematische Inhaltsanalyse der Interviews nach MAYRING (2008), interpretativ reduktives Verfahren – deskriptiv, wurde durchgeführt. Der Abschluss dieser Arbeit besteht aus einer Darstellung der Ergebnisse sowie der davon abgeleiteten Handlungsempfehlungen.

7.1.1 Fragestellung der Arbeit / Forschungsfrage

Die ersten Überlegungen zum Thema und zu Forschungsfragen haben sich um die zu Pflegenden als Zentralknoten der Kommunikation gedreht. Weitere Überlegungen galten den kulturellen Kommunikationsbereichen (interkulturell, transkulturell) mit dem Schwerpunkt der nonverbalen Kommunikation. Die kulturellen Aspekte wurden in späterer Folge verworfen, denn die würden den Rahmen der Arbeit sprengen. Weitere Überlegungen galten dem Schwerpunkt nonverbaler Kommunikation.

Aus diesen Vorüberlegungen resultiert eine zentrale Forschungsfrage mit einigen Unterfragen. Die Arbeit wird sich mit folgender Forschungsfrage beschäftigen:

- Welche Rolle spielt die nonverbale Kommunikation in der Pflege von Menschen mit Demenzerkrankungen?

Davon abgeleitet:

- (1) Welche Formen der nonverbalen Kommunikation verwenden die Demenzkranken?
- (2) Welche kommunikative Kompetenzen haben/brauchen die Pflegepersonen?
- (3) Welche ausbildungsrelevanten Inhalte können die nonverbale Kommunikation zwischen den Demenzkranken und den Pflegepersonen verbessern?

7.1.2 Relevanz

Demenzkranke Menschen leben oft alleine zu Hause. Anfänglich der Erkrankung kommen sie mit der Alltagsroutine und den rituellen Gewohnheiten noch zurecht. Wenn aber in den fortschreitenden Stadien der Erkrankung die kognitiven Defizite überhand nehmen, wird es um die Sicherung der Bedürfnisse und der Sicherheiten eng. Oft vergessen sie zu essen und zu trinken, vergessen und verlegen ihre Sachen und können sie dann nicht mehr finden. Aufgrund von zu geringer Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme nehmen sie stark am Gewicht ab und neigen zu Stürzen und das Rad beginnt sich zu drehen in die Unabhängigkeit. Alleine nicht mehr zurecht zu kommen, wiederholte Stürze mit oder ohne Verletzungen sind oft die Ursachen für eine Aufnahme in das Pflegeheim. Die Versorgung im Pflegeheim ist rund um die Uhr gewährleistet. Die Pflege und die soziale Betreuung sind zwischen den Berufsgruppen aufgeteilt. Die professionelle Pflege wird von den Angehörigen des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durchgeführt, die durch Angehörige der Pflegehilfe unterstützt wird. Der Einsatz von Pflegepersonen, sowie das Verhältnis von diplomierten Pflegepersonen zu den Pflegehilfen sind im Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz BGBl. Nr.15/2005 geregelt und je nach dem Pflegebedarf von den Heimbewohnern gestaffelt mittels sogenannten Personalschlüsseln. Jedoch darf der Anteil der Gehobenen Dienste 40% nicht unterschreiten. Da Pflegehilfen mehrheitlich Demenzkranke pflegen, ist es von Relevanz diese neben der Gruppe der Gehobenen Dienste ebenso in die bevorstehende Untersuchung mit einzubeziehen.

7.1.3 Zielgruppe

Die Zielgruppe bilden jene Pflegepersonen, die eine Ausbildung im Gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege (diplomierte Pflegepersonen) oder eine Ausbildung als Pflegehilfe haben. Weitere Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an dieser Untersuchung wurden auf drei Jahre Erfahrung in der stationären Langzeitpflege von Demenzkranken gesetzt. Eine kürzere Erfahrung in der Langzeitpflege von Demenzkranken wurde aufgrund von Ergebnissen aus den ersten Interviews sowie auch der Schwierigkeit der Auswahl der PartizipantInnen vor Ort

(mangelndes Interesse der Pflegepersonen, Angst oder Scheue ein Interview zu geben, wenig Langzeitpflegekräfte auf den Stationen vorhanden) angenommen. Ein weiteres Einschluss- oder Ausschlusskriterium waren gute Kenntnisse der deutschen Sprache, denn ohne dieser Voraussetzung wäre nicht garantiert, dass die gestellten Fragen richtig verstanden worden wären, um auswertbar sinnvolle Ergebnisse zu liefern.

7.1.4 Zugang zum Forschungsfeld

Die persönliche Motivation stammt aus der Verbindung der praktischen Erfahrungen und der im Studium der Pflegewissenschaften erworbenen theoretischen Kenntnisse. Der Ausgangspunkt und Anstoß für dieses Forschungsthema lag im eigenen Tätigkeitsbereich und den jahrelangen Erfahrungen in der Pflege von Demenzkranken. Im Rahmen der wissenschaftlichen Mitarbeit an verschiedenen Studienprojekten der Abteilung Pflegeforschung Wien des Instituts für Pflege und Gesundheitssystemforschung (IPG) der Johannes Kepler Universität Linz und der Fakultät der Soziologie der Universität Wien wurden viele neue Kontakte geknüpft und darunter auch die potenziellen Pflegeforschungsfelder kennengelernt. Das Forschungsvorhaben hat dann nach und nach eine konkretere Gestalt genommen. Nach reifen Überlegungen stand der Entschluss fest. Obwohl die eigene Berufstätigkeit als Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson in einem privaten Pflegeheim ein Forschungsfeld anbot, wurde in erster Linie ein von „außen“ bekanntes Pflegeheim gewählt, als Offerte für das Vorhaben, um den möglichen Verzerrungen in den Pflegepersonenbefragungen und den eventuellen Voreingenommenheiten vorzubeugen. Um den Zugang zum Forschungsfeld zu bekommen, wurde die Pflegedirektion und Hausverwaltung über die Forscherin, das Thema der Pflegeforschung, die Problematik, den Rahmeninhalt und die beabsichtigte Methode, den Zeitrahmen der Feldarbeit und die Auswahl der PartizipantInnen schriftlich in Kenntnis gebracht. Nach einer voraussichtlichen schriftlichen Zusage, wurde ein Termin zu einem persönlichen Gespräch zwecks Einführung in die beabsichtigte Forschungstätigkeit und zum näheren Kennenlernen des Pflegeheimes vereinbart. Ein Zeitrahmen für die Forschungstätigkeit direkt im Forschungsfeld wurde festgelegt. Beide Parteien kamen zu Übereinstimmung und die Zusage für die Pflegeforschungstätigkeit

keit wurde erteilt. Die Direktion und Hausverwaltung des Pflegeheimes äußerte ein großes Interesse die Ergebnisse der Studie nach dem Abschluss an die Mitarbeiter des Pflegeheimes zu präsentieren und letztendlich zu publizieren.

7.1.5 Ethische Überlegungen

Die Thematik der nonverbalen Kommunikation mit Demenzkranken und die Methode der Bearbeitung beinhaltete qualitative Interviews mit den Pflegepersonen. Nach BEAUCHAMP & CHILDRESS (1994) haben die PartizipantInnen Rechte, die sich in vier Prinzipien einordnen lassen:

- Anerkennung der Autonomie – Möglichkeit der freien, selbständigen und informierten Entscheidung
- Schadensvermeidung – der Nutzen muss den gegen den potentiellen Schaden abgewogen werden
- Wohltätigkeit – die Vorteile müssen die Risiken aufwiegen, die für Individuen oder Gesellschaft entstehen
- Rechtmäßigkeit – Forschungsstrategien und -prozeduren müssen fair und redlich sein (vgl. zit. nach Holloway, Wheeler, 1998, S.47-48).

Für die Teilnahme an der Studie wurden die PartizipantInnen über die Anonymität, die Freiwilligkeit, die Möglichkeit jederzeit aussteigen zu können im Voraus informiert. Ein Informed consent (Eiwilligungsformular – siehe Anhang 3, vgl. Holloway, Wheeler, 1998, S. 54) wurde den PartizipantInnen ausgehändigt und mit der Unterschrift bestätigten sie die Bereitschaft für die freiwillige Teilnahme. Alle PartizipantInnen verfügten über Mündigkeit. Die Studie wurde keiner Ethikkommission vorgelegt.

7.2 Durchführung der Untersuchung

7.2.1 Das Interview (problemzentriert, semistrukturiert)

Da es in den Recherchen von empirischen Arbeiten in Thematik der nonverbalen Kommunikation um Beobachtungen der Demenzkranken, Videoaufnahmen oder Befragungen der Pflegepersonen nach dem Erleben bzw. Untersuchungen der verbalen Kommunikation und deren Auswirkungen ging, wurde die selbständige Entwicklung eines Interviewleitfadens als qualitatives Erhebungsinstrument für die Durchführung der Untersuchung notwendig. Die Entwicklung des Interviewleitfadens erfolgte in drei zeitlichen Abständen und Schritten. Erstens wurden Fragen in einem Fragenkatalog gesammelt mit den Themenbereichen: Verständnis der nonverbalen Kommunikation im Allgemeinen, Verständnis der Emotionen und Gefühle, die Pflegediagnose betreffend nonverbale Kommunikation, die Problematik der nonverbalen Kommunikation im Pflegeprozess, nonverbale Kommunikation und Ausbildung, die Zukunftsperspektive der nonverbalen Kommunikation in der Pflege. Zweitens wurden die Fragen in einem Probeinterviewleitfaden geordnet. Ein Probeinterview wurde durchgeführt, um die Fragen zu testen und etwaige Schwachstellen zu entdecken. Danach wurde eine Expertin aus dem Bereich der Pflegeforschung konsultiert. Drittens wurde der Endentwurf des Interviewleitfadens entwickelt.

Das problemzentrierte Interview behandelt all jene Aspekte eines Problems, die als relevant für das Thema/Problem von dem/der ForscherIn für die Forschungsfrage erachtet werden. Der/die Befragte soll möglichst frei zu Wort kommen. Schwerpunkt des Interviews liegt jedoch auf einer bestimmten Problemstellung, deshalb kommt der/die InterviewerIn immer wieder zurück und der/die Befragte wird durch einen Leitfaden auf bestimmte Fragestellungen hingelenkt mit dem Ziel, die persönliche Sichtweise des/der Befragten zu wichtigen Problembereichen innerhalb der Gesellschaft zu erfassen (vgl. Mayer, 2002, S.127).

Ein semistrukturiertes Interview hat einen geringeren Grad der Standardisierung. Der Interviewleitfaden stellt für den/die InterviewerIn eine Hilfestellung dar. Reihenfolge, Neuformulierungen, Zwischen- und Verständnisfragen können der Inter-

viewsituation dabei angepasst und gestellt werden. Semistrukturierte Interviews werden in vielen qualitativen Forschungsarbeiten zur Datenerhebung eingesetzt (vgl. Mayer, 2002, S. 124).

Der problemzentrierte Interviewleitfaden (Anhang 4) weist ein Clustering der Schlüsselfragen mit einzelnen Unterfragen auf. Offene Fragen stehen für die qualitative Forschung grundsätzlich zur Verfügung. Möglichkeit der Stellung von weiteren Fragen zwischen dem offenen Interview bleibt gewährt. Der letzte Fragenthemenblock behandelt die Demographischen Daten.

7.2.2 Datengewinnung

Termine für die Durchführung der Interviews wurden auf den Stationen mit den zuständigen Stationsleitungen persönlich im Voraus vereinbart. Die Stationsleitungen zeigten sich sehr interessiert und kooperativ in der Mitwirkung bei der Auswahl der potenziellen PartizipantInnen. Eine Bestätigung der festgelegten Termine erfolgte telefonisch. Die PartizipantInnen wurden in einem geschlossenen Raum direkt in ihrem Arbeitsumfeld interviewt. Im Bezug auf den laufenden Betrieb kam es zu unbeabsichtigten Unterbrechungen durch das Eintreten der KollegInnen in den Befragungsbereich. Während der Unterbrechung wurde auch das Interview unterbrochen und die Tonbandaufnahme gestoppt. Die Wiederaufnahme des Interviews verlief problemlos.

7.2.3 Demografische Daten

Die Zusammensetzung der PartizipantInnen zeigt folgende Tabelle:

Tabelle 02: Demographische Daten der PartizipantInnen

Partizipant	Alter	Berufsgruppe	x Jahre in der Demenzpflege	Kulturabstammung	Gender	Dauer des Interviews in Minuten
P1	42	PH	10	Österreich	W	68
P2	30	DGKP	6	Deutschland	M	56
P3	42	DGKS	15	Österreich	W	65
P4	34	DGKS	3 Monate	Griechenland	W	52
P5	19	PH	1	Österreich	W	50
P6	21	PH	1,5	Österreich	W	52
P7	41	PH	1,5	Österreich	M	52
P8	26	DGKS	3	Slowakei	W	43

PH – PflegehelferIn

DGKP – Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger

DGKS – Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester

W – weiblich

M – männlich

Es wurden insgesamt acht Pflegepersonen befragt, davon zwei männliche und sechs weibliche. Das durchschnittliche Lebensalter lag bei 31,87 Jahre. Der Anteil der DGKS/P und PH bei der Studie war in Verhältnis 4 DGKS/P und 4 PH. Die durchschnittliche Dauer in der Betreuung der Demenzkranke war 4,78 Jahre. Es wurden

Pflegepersonen aus vier verschiedenen Ländern interviewt. Die durchschnittliche Dauer des Interviews war 54,75 Minuten.

7.3 Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

MAYRING (2008) beschreibt drei Grundformen sprachliches Material zu analysieren. Erste qualitative Technik – die Zusammenfassung hat zum Ziel das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus schaffen, der das Abbild des Grundmaterials bildet. Zweite qualitative Technik – die Explikation zielt darauf ab, durch Heranziehen von zusätzlichem Material einzelne Begriffe, Sätze oder fragliche Textteile zu erweitern um die Textstellen zu erklären. Die dritte qualitative Technik – Strukturierung führt unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material mit dem Ziel bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern. So lässt sich das Material aus verschiedenen Blickwinkeln untersuchen. Diese Analysetechniken können separat oder in Mischformen verwendet werden. Die Explikation und die Strukturierung lassen sich noch in verschiedene Analyseuntergruppen unterscheiden (vgl. Mayring, 2008, S.58-59).

Für die Analyse der durchgeführten und transkribierten Interviews wurde die Technik der Zusammenfassung angewendet. Diese Technik verlief in sieben Schritten. Im ersten und zweiten Schritt wurden die Texte paraphrasiert, danach folgte die Generalisierung der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene so, dass die Inhalte in den neuen Formulierungen implizit erhalten blieben. Weitere Schritte beinhalteten die Reduktion durch Selektion und die Reduktion durch Bündelung. Die letzten zwei Schritte führten zur Bildung eines Kategoriensystems, das sich auf die Fragen im Untersuchungsinstrument stützte und so der Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial diente. Da die Ergebnisse den Sachinhalt darstellen, wurde die angewendete Technik der Datenanalyse mit anderen Techniken nicht weiter verknüpft.

7.3.1 Die Datenaufbereitung/Transkription

Alle Interviews wurden digital aufgenommen. Für die Datenanalyse wurden diese digitalen Aufnahmen protokolliert mittels kommentierter Transkriptionen. Hierfür wurde die Technik mit Sonderzeichen gewählt, die Auffälligkeiten der Sprache sowie auch nichtsprachliche Äußerungen vermerkt und nach einem System von KALLMEYER und SCHÜTZE (1976) geleitet (vgl. zit. nach Mayring, 2002, S. 91-92 und Mayer, 2002, S. 164):

(,)	=	ganz kurzes Absetzen einer Äußerung
..	=	kurze Pause
...	=	mittlere Pause
(Pause)	=	lange Pause
(.)	=	senken der Stimme
(?)	=	Frageintonation
(Lachen)	=	Charakterisierung von nichtsprachlichen Vorgängen
(...),(...)	=	unverständlich
<u>xxxxxx</u>	=	auffällige, starke Betonung wird unterstrichen
(...)	=	Nebensächliches für die Darstellung der Ergebnisse wurde hier ausgelassen

Weil diese Untersuchung die Sachinhalte in den Vordergrund gestellt hat, wurde von weiteren Sonderzeichen im Sinne der Stimme in der Schwebe oder Pausenfüller u.ä. Abstand genommen. Bei der Transkription wurden die grammatikalischen Unausgewogenheiten, die aufgrund von Stottern, Dialektsprache oder mangelnden Deutschkenntnissen stammten ausgebessert, um die Verständlichkeit der Ergebnisse zu erhöhen. Dies spiegelt sich in der Ergebnisdarstellung wider.

7.4 Darstellung der Ergebnisse

Aus dem Datenmaterial, das 132 Seiten umfasste, wurden folgende sechs Kategorien subtrahiert, die eigene Unterkategorien gruppieren. Die Ergebnisse lassen sich in folgender Tabelle darstellen:

Tabelle 03: Darstellung der Ergebnisse (in Kategorien)

1 Interpretationen nonverbaler Kommunikation <ul style="list-style-type: none">▪ Gestik und Mimik▪ Kommunikation ohne Wörter▪ Wechselseitiger Interaktionsvorgang▪ Individuelle Interpretation
2 Wahrnehmung und Auswirkungen seitens der Pflegeperson <ul style="list-style-type: none">▪ Wahrnehmung ist schwierig▪ Wahrnehmung ist unterschiedlich▪ Auswirkungen auf die Pflegeperson
3 Erfahrungen über nonverbale Kommunikation <ul style="list-style-type: none">▪ Mangel an reflektierten Erfahrungen▪ Mangel an der Zeit▪ Fehlen am Standard Vokabular
4 Erfahrungen beim Dokumentieren <ul style="list-style-type: none">▪ Fehlende Pflegediagnose(n) für nonverbale Kommunikation▪ Nonverbale Kommunikation wird nicht/selten dokumentiert▪ Nonverbale Kommunikation bildet ein Defizit in der Pflege
5 Empfehlungen für die Lehrinhalte in der Ausbildung <ul style="list-style-type: none">▪ Demenzerkrankungen und Geriatrie▪ Evaluation und Innovation der Kommunikationskompetenz▪ Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis▪ Pflegediagnosen und Fachvokabular▪ Sensibilisierung der Wahrnehmung
6 Einschätzung der nonverbalen Kommunikationskompetenz <ul style="list-style-type: none">▪ Nonverbale Kommunikation hat in Zukunft sehr hohen Wert▪ Kommunikationskompetenz wird künftig sehr hoch sein müssen▪ Steigerung der Kommunikationskompetenz ist notwendig

7.4.1 Interpretationen nonverbaler Kommunikation

In dieser Kategorie beschreiben Pflegepersonen, wie sie die nonverbale Kommunikation im Allgemeinen verstehen, was sie sich unter diesem Begriff vorstellen, wel-

che Elemente aus der nonverbalen Kommunikation sie kennen und selbst in der Pflege von Demenzkranken verwenden und wie sie die nonverbalen Kommunikationsausdrucksweisen von Demenzkranken verstehen.

7.4.1.1 Gestik und Mimik

Die Pflegepersonen haben zum Begriff ‚nonverbale Kommunikation im Allgemeinen‘ eine selbstfragende Stellung eingenommen und mit der Beschreibung, (des Ausdrucks von Demenzkranken,) Schwierigkeiten geäußert. So wurden einige Elemente der nonverbalen Kommunikation genannt, aber diese nicht weiter erklärt. Es wurden nur kurze bis knappe Antworten definiert. Folgende Textstellen erläutern das Grundwissen über die nonverbale Kommunikation. Manche Pflegepersonen verstehen unter nonverbaler Kommunikation im Allgemeinen die Gestik und Mimik:

„. . . dass ich mehr mit der Gestik und Mimik arbeite (,) wenn er sich verbal nicht mehr artikulieren kann (,) dass er mit mir sprechen kann (,) dann achte ich auf Mimik wenn es verzerrt ist ob er Schmerzen hat oder es gefällt ihm was ich mache (,) ob ihm irgendwas stört“

Von anderen Pflegepersonen wird die Körpersprache als allgemeiner Begriff für nonverbale Kommunikation genannt:

„. . . dass man hauptsächlich mit der Körpersprache arbeitet (,) dass man aufgrund der Körpersprache vom Patient oder Bewohner (,) versucht darauf einzugehen (lacht) (,) schwer zu erklären . . .“

Der Blick- oder Augenkontakt wird von einzelnen Pflegepersonen als Begriff für nonverbale Kommunikation ebenfalls verstanden:

„Na ja (,) mit Augenkontakt (,) mit Gefühle (,) mit Gesichtsmimik (...) und wenn es wichtig ist (,) irgendwie verstehe ich (,) aber wie könnte sagen .. so allgemein mit Mimik und Augenkontakt.“

7.4.1.2 Kommunikation ohne Wörter

Das Verständnis der nonverbalen Kommunikation wurde von einer Pflegeperson breit ausgelegt und gleichzeitig wieder durch Aufzählung einiger Elemente eingengt:

„...sämtliche Kommunikation die zwischen Menschen stattfindet ohne Sprache zu verwenden ohne Worte (,) ohne zu reden (,) gestikulieren (,) Augenkontakt oder Mimik (,) alle solche Sachen.“

Eine andere Pflegeperson drückte sich ganz präzise aus und beschrieb nach ihrem Ermessen den Begriff der nonverbalen Kommunikation als:

„. . . nonverbale Kommunikation ist Kommunikation ohne Wörter.“

7.4.1.3 Wechselseitiger Interaktionsvorgang

Die weiteren Interpretationen erschließen sich aus den alltäglichen Handlungen mit den Demenzkranken und wurden anhand von Beispielen aus dem Pflegealltag beschrieben. So verstehen Pflegepersonen die nonverbale Kommunikation im weiteren Sinne als Reaktionen von Demenzkranken auf die ausgesendete verbale und nonverbale Signale der Pflegeperson und umgekehrt. Nach WATZLAWICK (2007) können Interaktionen als Reiz-Reaktions-Ketten gesehen werden und spiegeln sich in seinem 3. Axiom. Sie können von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden.

Die Reaktionen von Demenzkranken wurden von positiv über negativ bis zu gar nicht beschrieben:

„Zum Beispiel er kann nicken (,) dass er das verstanden hat oder kriege ich nur ein Lachen zurück oder will mich streicheln oder wenn ihm nicht gefällt dann sieht man dass er schon so ängstlich ist oder manche fangen zum Weinen an ohne Grund (,) auch nur so.“

„Hm ... wie reagiert er (?) Eher abweisend (spricht leise) kommt immer auf die Situation darauf an (,) also wenn ihm was nicht gefällt (,) dann ist er sehr abweisend (,) aber sonst sind alle eigentlich eher zugänglich.“

Manche Pflegepersonen beobachten wenig bis gar keine Reaktionen bei den Demenzkranken, weil die tatsächlichen Signale von den Pflegepersonen gar nicht erkannt werden (vgl. Arens, 2005, S. 158) und beschreiben es mit:

„. . . wenn er einmal nicht mehr spricht (,) ist er im gesamten Demenzabbau so weit fortgeschritten (,) dass keine Reflexionen von ihm mehr ausgehen (...) weil dem Bewohner wird es egal sein was da kommt (,) weil das wahrscheinlich nicht mehr erfassen wird können (...) und die Reflexion von ihm ist dann auch immer die gleiche. . .“

Die Pflegepersonen selbst reagieren auf die nonverbalen Signale der Demenzkranken mit verbalen Zuwendungen oder nonverbalen Zugängen, und mit verschiedenen auch selbstentwickelten Techniken bis zum Handlungszwang:

Verbale Techniken und Visualisierung:

„. . . dass ich ihm etwas zeige (,) dass ich ihm den Gegenstand zeige oder mit Schrift (,) falls er noch lesen kann (,) wann das auch möglich ist oder mit (,) dass man langsam mit ihm spricht (,) dass man ihm das erklärt (,) wenn er nicht mehr fähig ist (,) dass er antwortet.“

Die Technik des Spiegelns:

„. . . mit verschiedenen Bewohnern mache ich genauso mit (,) wir haben eine Bewohnerin (,) die kann nicht sprechen und wir machen öfter so (,) zeigen mit der Nase oder mit den Händen . . .“

Technik der Babysprache:

„Wenn ich kenne die Demenzkranke kommt darauf an was die mag (,) also nicht generell (,) (...) ich habe es so versucht >Prinzessin< zu sagen in der früh (,)(...) wenn sie in ihrem Leben Prinzessin war (lächelt) (,) sie mag das und Körperpflege geht ganz gut sie ist sehr zufrieden mit einem Wort (,) aber wenn sie nicht mag (...) versuche Wörter finden (,) mit die sie umgehen kann (,) manchmal sage ich >Babylein< . . .“

Nach Arens (2005) werden Emotionen als Sprachbilder von den Pflegepersonen geäußert und lassen sich als Vergleiche und Redensarten klassifizieren (vgl. Arens, 2005, S. 168).

Fragetechniken deren folgend eine Handlung entsteht:

„Wenn ein Bewohner schreit (,) da geht in ihm was vor (,) vielleicht hat er irgendwas oder will er Aufmerksamkeit oder irgendwie schreit halt laut und da muss man fragen was (?) (,) was passiert (?) um was geht (?) und deutlich sprechen (,) fragen was los ist (,) beruhigen mit ruhigen Ton.“

Die Pflegepersonen reagieren auf geäußerte Emotionen der Demenzkranken, versuchen die gezeigten Emotionen zu deuten, gehen auf sie individuell ein und versuchen diese zu verändern (vgl. Arens, 2005, S. 166-167).

Die nonverbalen Signale der Demenzkranken werden bei den Pflegepersonen empfangen. Die Pflegepersonen bemühen sich es zu verstehen, ob die von ihnen ausgesendete Kommunikation von den Demenzkranken verstanden worden sind:

„Ich erkenne es sofort aber vorwiegend intuitiv nicht wissenschaftlich fundiert (,) sondern mit dem Rüstzeug (,) was ich von Zuhause mitbekommen habe (,) das akzeptiert und so versteht das erfasst man intuitiv (,) auch am Blickkontakt.“

Intuition in der Pflegepraxis passiert täglich, wird aber nicht reflektiert, nicht hinterfragt, oft führt sie zu Annahmen und persönlichen Eindrücken oder Meinungen:

„. . . das eine kann man nicht beschreiben (,) das ist ein Bauchgefühl (,) das weiß ich schon (,) wenn ich ins Zimmer komme und ihm aufwecke oder begrüße (,) dann weiß ich auch seine Stimmungslage mir gegenüber ohne dass er sie artikuliert. . .“

Intuition gehört zu jenen Wissensquellen, die zu den unstrukturierten Quellen zählen. Sie haben keine festgelegten Regeln, hierzu zählen im Weiteren Erfahrung, Versuch und Irrtum, Tradition und Autorität. Intuition ist aber sehr individuell, sie

kann weder gesteuert werden, noch abgerufen werden, sie ist keine Schöpfungsquelle, die systematisch vermehrt werden kann (vgl. Mayer, 2002, S.13).

7.4.1.4 Individuelle Interpretation

Die nonverbalen Verhaltensweisen von Demenzkranken interpretieren die Pflegepersonen individuell unterschiedlich. So beschreiben sie verschiedene Verhaltensweisen von Demenzkranken als Reaktionen auf etwas (Erinnerungen, Störungen, etwas passt nicht, Nicht-verstanden-haben, Nicht-verstanden-wurden, u.ä.), oder Äußerungen von etwas (Hilflosigkeit, Unzufriedenheit, Lichtblicke, Seelenleid, Schmerz, will Aufmerksamkeit, will sich selbst beruhigen, u.ä.). Vier verschiedene Verhaltensweisen wurden befragt: Aggression, Jammern, Schreien und Weinen. Jede Pflegeperson hat mehrere Beispiele zur jeweiligen Verhaltensweise genannt. Manche kamen öfters vor, andere traten nur vereinzelt auf. So wurde beispielsweise Aggression als Reaktion auf Fremde interpretiert:

„. . . wenn man fremdes Gesicht sieht (,) wenn man nicht gewöhnt ist . . .“

Aggression als Reaktionen auf Erinnerungen:

„. . . die hat manche Akzente nicht vertragen (,) weil sie in der Kriegszeit von Russen vergewaltigt wurde (,) für die war ein slawischer Akzent so ein rotes Tuch (,) kann sie nichts dafür (,) kann die slawische Kollegin auch nichts dafür (...) obwohl sie bettlägrig war (,) ist dann das Geschirr durch das Zimmer geflogen und schlimme Worte auch . . .“

Aggression als ein Ausdruck von Allein-sein-wollen:

„. . . Bewohnerin (,) die hat sich nichts machen lassen (,) die war sehr aggressiv (,) die hat uns gekratzt und gespuckt (...) sie will Ruhe haben (,) einfach Ruhe haben (,) sie braucht niemanden bei ihr (,) sie will allein im Zimmer sein und sie braucht niemanden (,) Ruhe (,) einfach Ruhe haben.“

WIßMANN (2005) umschreibt Schreien als ein vielschichtiges Geschehen, was Unmutäußerung und Freude am Klang der eigenen Stimme sein mag oder Hilferuf und

körperliche Stimulation, der Versuch von einer Kontaktaufnahme bzw. ein Existenznachweis ist (vgl. Wißmann, 2005, S. 35).

7.4.2 Wahrnehmung und Auswirkungen seitens der Pflegeperson

Die Demenzkranken verlieren schrittweise ihre kognitiven Fähigkeiten, dennoch nicht ihre emotionalen Fähigkeiten und grundsätzlich sind sie in der Lage bis zum Lebensende nonverbale Botschaften senden und empfangen zu können. Sie sind sensibler für nonverbale Signale und nehmen diese deutlicher wahr (vgl. Sachweh, 2008, S. 86-87).

Wie ist es aber bei der Wahrnehmung der nonverbalen Signale um die Pflegepersonen bestellt? Diese Kategorie beschreibt, dass die Pflegepersonen nicht nur Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung aufzeigen, sondern auch Unterschiede in der Wahrnehmung aufweisen und dass diese Wahrnehmungen verschiedene Auswirkungen bei den Pflegepersonen haben. Untersucht wurde Wahrnehmung der Gefühle und Emotionen, und Wahrnehmung der nonverbalen Kommunikation bei verschiedenen Verhaltensweisen und Äußerungen der Demenzkranken.

7.4.2.1 Wahrnehmung ist schwierig

Die Wahrnehmung von Reizen über die Sinne ist ein Vorgang, der komplex und prozesshaft abläuft. Die soziale Wahrnehmung anderer Personen kann zu vorschnellen und falschen Urteilen führen. Der bewusste Umgang mit der eigenen Wahrnehmung und Wahrnehmung der anderen Menschen ist zur Ausübung der Pflege unerlässlich. Kenntnisse über verschiedene Wahrnehmungsvorgänge und Einflussfaktoren sind hierzu notwendig (vgl. Lauber/Schmalstieg, 2001, S. 4).

Die Unterscheidung zwischen den Begriffen „Gefühle“ und „Emotionen“ stellt bei den Pflegepersonen ein Problem dar, da diese voneinander gar nicht unterscheiden werden. Hiermit zeigt sich, dass bereits die Wahrnehmung dieser sehr schwierig ist:

„Sind Emotionen und Gefühle nicht dasselbe (?) (lacht laut)“

Ebenso ist sehr schwierig die Benennung der wahrgenommenen Gefühle. Eine Pflegeperson beschreibt dies folgendermaßen:

„Was sind die häufigsten Gefühle (?)(,) Wenn ich mich daran vorbereiten hätte können (,) wäre es einfacher gewesen (lacht) (,) aber dann wäre es wahrscheinlich nicht sinnvoll (,) welche Gefühle bringen mir die Demenzkranken entgegen (?) (Pause) (,) ja das ist schwierig jetzt . . .“

Wahrnehmung der Emotionen ist für eine andere Pflegeperson ebenso schwierig zu beantworten:

„Welche Emotionen zeigen die Demenzkranken (?) (Pause) weiß ich nicht (,) wirklich.“

Die Beschreibungen einer wahrgenommenen Emotion stellen für die Pflegepersonen einen besonderen Schwierigkeitsgrad dar, wie sich anhand von einem Beispiel eines schreienden Bewohners zeigt. Die Pflegeperson sieht am Gesichtsausdruck Aggression und auf die Frage, was sie im Gesicht sieht, antwortet sie:

„So eine Gleichgültigkeit (...) ich weiß nicht wie ich das beschreiben soll...“

Aus den grundlegenden Emotionen nach EKMAN (1972) wurden folgende vier Emotionen von den Pflegepersonen als Wahrgenommen genannt: Freude, Wut, Trauer und Angst:

„. . . Trauer haben wir manchmal (,) ja (,) Aggressivität (,) Wut (,) Zorn...“

„. . . also Freude (,) hauptsächlich bekommt man Grinse-gesichter zu sehen oder (,) und Lachen und Weinen (,) depressiv halt . . .“

„. . . Freude (,) dann Schmerzen dann (,) was soll ich noch sagen (,) Angst zeigen sie auch (,) was noch (Pause) (,) ich weiß gar nicht was ich noch sagen soll (Pause) Hunger.“

Im Bezug auf die Doppeldeutigkeit der Emotionen erzählt eine Pflegeperson am Beispiel Weinen den Ausdruck von Freude oder Trauer:

„. . . wir haben eine (,) die fangt gleich zum Lachen an (,) da denkt sie irgendetwas (,) (...) das ist dann irgendwie Freude (...) das ist auch verschieden (,) manche fangen an zum Weinen plötzlich oder wir haben Bewohnerin (,) da gehen wir hin und „grüß dich!“ und nimmt man sie und dann kommen die Tränen (,) (...) das kann auch Freude sein. . .“

Dass die Doppeldeutigkeit von Emotionen oft sehr schwierig zu interpretieren ist, beschreibt eine andere Pflegeperson im Folgenden so:

„. . . dass man das manchmal falsch aufnehmen kann als der Bewohner eigentlich selber sieht (,) als er sich eigentlich selber fühlt (,) weil er kann ja jetzt zum Beispiel weinerlich sein (,) weil er sich über irgendwas freut und du glaubst (,) er ist eigentlich tief traurig.“

7.4.2.2 Wahrnehmung ist unterschiedlich

In den durchgeführten Interviews hat sich gezeigt, dass jede Pflegeperson nur einen Teil der Äußerungen von Demenzkranken fokussiert ist. Über die Entwicklung der visuellen Wahrnehmung bei Kindern wurden zahlreiche Studien von FISCHER (1995) durchgeführt. Unter den Studien wurde gefunden, dass Vorstellungen unterschiedlicher Natur sind und sich in vielfältiger Art und Weise altersabhängig manifestieren (vgl. Fischer, 1995, S. 313).

Es gibt viele Faktoren, die unsere Wahrnehmung beeinflussen. Dazu zählen physische wie beispielsweise Gewohnheitseffekt, Wahrnehmungsschwelle, pathologische Einflussfaktoren auf die Sinnesorgane, sowie psychische wie aktuelle Bedürfnisse, aktueller emotionaler Zustand, Motivation, Interesse, Biografie und Lebenserfahrung, persönliche Charaktereigenschaften, Einstellungen, Wertvorstellungen, soziale Situation, Reizentzug, -überflutung und Habituation (eine fortschreitende Abnahme motorischer und sensorischer Reaktionen wie auch das veränderte Körpergefühl auf einen gleich bleibenden Zustand) (vgl. Lauber/Schmalstieg, 2001, S. 19-27).

Pflegepersonen beschreiben Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung:

„. . . von der Nationalität abhängig (,) von der Erfahrung abhängig (,) die ist von Geschlecht abhängig (,) von den persönlichen Verhältnissen zu den einzelnen Bewohnern abhängig (,) von der Laune (,) von der Tagesverfassung (...) Unterschiede (,) also in der Erziehung wie die aufgewachsen (...) und Geschlecht (...) viele Frauen sind einfach einfühlsamer. . .“

Es wurden weitere Faktoren wie mangelnde Zeit, wenig oder kein Interesse der Pflegeperson und zu wenig deutsche Sprachkenntnisse genannt.

SACHWEH (2006) beschreibt Merkmale von Kommunikation, die eine Ungleichheit der Gesprächspartner aufzeigen wie beispielsweise unterschiedliches Alter, Lebenserfahrungen, Wertvorstellungen, Normen und psychische Verfassung (Lebensanfang, Lebensende), Unterschiede im Bezug auf ihren Gesundheitszustand, unterschiedliche Rollen (aktiv, passiv), Unterschiede im Hinblick auf die Art der Begegnung, unterschiedliches Fachwissen und im Bezug auf die Macht (vgl. Sachweh, 2006, S. 41-46).

7.4.2.3 Auswirkungen auf die Pflegeperson

Die nonverbalen Äußerungen von Demenzkranken führen bei den Pflegepersonen zu verschiedenen Auswirkungen, die sich von positiv-passiv über negativ-aktiv zu abgrenzend-distanziert erstrecken:

„. . .kommt darauf an welche Emotionen (,) wenn er wütend ist oder Wutausbrüche (,) dann muss ich schon reagiert haben auf diese Sache und wenn sie lachen oder wenn lustig ist (,) dann freue ich mich auch (...) wenn sie weinen ist traurig dann irgendwie Mitgefühl (,) mitfühlen (...) man muss das so annehmen und versuchen ein bisschen abgrenzen (,) in dem Fall momentan schon zugeben und wenn das dann vorbei ist irgendwie loslassen und abgrenzen. . .“

Weitere Auswirkungen werden als Ratlosigkeit, Hilflosigkeit oder Unsicherheit und Angst beschrieben:

„. . . Unsicherheit (,) dass ich jetzt nicht weiß wie ich mit der Situation (,) wie ich das wieder entschärfen kann (,) dass ich den Bewohner wieder beruhigen kann. . .“

Andere Auswirkungen führen bei den Pflegepersonen zum Suchen nach Handlungsmöglichkeiten:

„. . . Fragen.(,) was in dem Menschen gerade innen vorgeht, was er gerade für einen Lebensabschnitt durchlebt (,) oft frage dann (,) probiere ich es irgendwie herauszufinden in welchem Abschnitt er sich gerade befindet (,) was ihm bedrückt (,) dass man das vielleicht irgendwie lösen kann.“

Die durchgeführten Untersuchungen von ARENS (2005) haben gezeigt, dass die Pflegepersonen in den Handlungssituationen mit den Demenzkranken, welche sich verbal äußern können, auf die verbal geäußerte Emotionen wie zum Beispiel >Ich habe Angst<, mit Unwohlsein oder Angst reagieren. So haben Pflegepersonen auf verschiedene Emotionen reagiert mit Bedingungen, Erklärungen für den Grund des Unwohlseins, Kompromiss, Abwehrhaltungen und Rationalisierung (Freude oder Dankbarkeit wurde von den Pflegenden rationalisiert und nicht als Kompliment verstanden) vermutlich als Ausdruck der emotionalen Distanz (vgl. Arens, 2005, S. 162-163). Auf die Schmerzäußerungen haben Pflegepersonen mit intensiver Ursachenforschung über Rationalisierung bis Ignoranz reagiert (vgl. Arens, 2005, S. 164).

7.4.3 Erfahrungen über nonverbale Kommunikation

Den Kern dieser Kategorie bilden drei Unterkategorien, die den Ist-zustand, wie es die Pflegepersonen erleben beschreiben lässt. Erfahrungen werden individuell gesammelt in der beruflichen Laufbahn, diese werden allerdings nicht oder nur wenig ausgetauscht, es gibt oft keine Zeit für die Reflexion oder Diskussion darüber, außerdem bemängeln sie ein Standardvokabular.

7.4.3.1 Mangel an reflektierten Erfahrungen

Über positive Erfahrungen wird im Team kaum ein Austausch gemacht, nur in seltenen Fällen, da diese keinen Grund für die Dienstübergabe liefern. Über negative Ereignisse, die nicht gut gelaufen sind, wird ebenso nicht viel diskutiert:

„. . . vielleicht wird schon noch darüber diskutiert (,) aber recht kurz würde ich sagen (,) nicht ausführlich (,) nicht sehr intensiv.“

Besonders am Anfang der beruflichen Laufbahn in der Langzeitpflege von Demenzkranken beklagten sich die Pflegepersonen über Mangel an Erfahrungen, ja sie waren sogar damit überfordert:

„Also mir ist irgendwie (,) mir war am Anfang eigentlich dieses Gefühl für nonverbale (,) ich habe eigentlich nie gewusst (,) was ich mit denen tun soll (!)“

Dass es bereits in der Ausbildung an geübten und reflektierten Erfahrungen mangelt erklärt folgende Äußerung:

„Wir haben da schon über die nonverbale Kommunikation auch was gelernt (,) aber wie man das da richtig jetzt umsetzt oder wie man das macht (,) ist es uns eigentlich nie genau (,) (...) uns ist immer gesagt worden >du als Pflegeperson (,) muss dir eigene Handschrift schreiben (,) Handschrift in der Pflege (,) jede Pflegeperson hat ihre eigene Handschrift< (,) ist uns immer gesagt worden (,) und man lernt es mit der Zeit.“

Die Hauptproblematik an mangelnden reflektierten Erfahrungen liegt vermutlich in dem:

„. . .dass zu wenig Wert auf die nonverbale Kommunikation gelegt wird was den Pflegeprozess betrifft. . .“

Ein weiterer Grund mangelnder reflektierten Erfahrungen ist möglicherweise, dass die Wahrnehmung der nonverbalen Kommunikation nicht bewusst passiert. Die

Pflegepersonen haben oft erwähnt fehlende Erfahrungen in verschiedenen Pflege- settings mit Demenzkranken mit Taubheit, Blindheit und Bewusstseinsstörungen zu haben. Die Ergebnisse von JECHOVÁ (2003) haben gezeigt, wie die Wahrnehmung unter bestimmten Voraussetzungen gelernt und geschärft werden kann bei den Demenzkranken, die sich verbal nicht mehr äußern konnten. Mit Hilfe von der Methode Video Home Training haben die an der Interaktionen beteiligten Pflege- und anderen Personen die Möglichkeit nonverbale Signale von Demenzkranken zu reflektieren erhalten.

7.4.3.2 Mangel an der Zeit

Erfahrungen zu sammeln erfordert genügend Zeit dafür zu haben. Der Pflegealltag ist durch den Pflegeprozess geprägt, um die Befriedigung der individuellen Bedürfnisse von Demenzkranken zu erreichen. Die Pflegepersonen sind in verschiedenen Pflegesettings besonders herausgefordert und fordern hier mehr Zeit, um besser zu verstehen und verstehen zu lernen:

„. . .das müssen wir lernen (,) da muss man sich gegenseitig ja erkennen und von einander miteinander lernen (...)ja schwierige Situationen (,) da fehlt oft auch Erfahrung (,) ja (,) und es fehlt einfach auch Zeit.“

Die Tatsache, dass die Pflegepersonen unter rationiertem Zeitmanagement arbeiten müssen, spiegelt sich in der Bemessung der Pflegestufen und damit verbundenen finanziellen Mitteln wider. Aus den Bemessungen von Pflegestufen (erfolgt in Minuten) wird unter Anwendung der Verordnung für Mindeststandards von Pflegeheimen und Pflegestationen bei Anwendung des Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetzes (WWPG) der tatsächliche Aufwand an das Pflegepersonal mittels Schlüsselrechner errechnet (WWPG Nr.15/2005. Online: 5.12.2010 <http://www.bka.eris.gv.at>). Weitere Berechnungen obliegen dem wirtschaftlichen Einsatz von Arbeitskraft.

Zeitdruck unter Personalknappheit bei fast allen Pflegeeinrichtungen erläutert SACHWEH (2006) und fügt zu, dass die Pflegeversicherungen in den vorgegebenen

Rastern für die einzelnen Hilfestellungen bei BewohnerInnen keine Zeit für Unterhaltungen mit den alten Menschen vorsehen (vgl. Sachweh, 2006, S. 49).

Wenn die verbal-inhaltliche Kommunikation, die auf intakte Kognition gründet, nicht mehr ausreicht, sind die Pflegepersonen herausgefordert eine neue Sprache zu erlernen, die andere Sprache von Demenzkranken. Diese ganz neue Sprache ist vergleichbar mit einer Fremdsprache wie zum Beispiel Japanisch oder Chinesisch (vgl. Wißmann, 2005, S. 36).

7.4.3.3 Fehlen am Standard Vokabular

Für die Formulierung, Austausch, Diskussion und Dokumentation beklagen die Pflegepersonen einerseits die kulturellbedingten sprachlichen Unterschiede. Die Begriffe haben in anderen Sprachen andere Bedeutungen. Andererseits vermissen sie eine für die nonverbale Kommunikation einheitliche Fachsprache, die ihnen die Wortfindung für die beobachtete und der Verständigungsverbesserung relevante nonverbale Äußerungen der Demenzkranken zugänglich machen würde:

„. . .da es bei uns keine Nomenklatura dafür gibt (,) (...) aber wenn ich mich auf einem Kauderwelsch aus Wienerisch (,) hier und da ein bisschen Slowakisch (,) ein bisschen Polnisch (,) ein bisschen Russisch (,) wenn ich mit dieser Suppe ein Menü kochen muss (,) das ist ein Problem (,) weil in anderen Sprachen andere Dinge gemeint sind und das dann zu vermitteln ist ein Problem (,) wenn es dafür kein Standardvokabular gibt.“

Hierzu ausgehend von den dargebotenen Formulierungen in NANDA oder POP Pflegediagnostiken folgt, dass dies die Pflegepersonen bis heute nicht zur Verfügung gestellt bekommen haben.

7.4.4 Erfahrungen beim Dokumentieren

Die Anwendung der Pflegediagnosen in der Pflege ermöglicht eine einheitliche und verständliche Fachsprache für alle Pflegepersonen. Der Pflegeprozess wird anfangs

durch das Assessment/Pflegeanamnese über die Erstellung der Pflegediagnose definiert. Weiters folgt die Ausarbeitung eines Pflegeplanes, mit der Setzung der Pflegeziele. Im nächsten Schritt werden pflegerischen Interventionen/Maßnahmen zur Erreichung der Pflegeziele definiert. Nach bestimmten Zeitabständen wird die Erreichung der Ziele mittels Evaluation überprüft. In dieser Kategorie spiegelt sich, dass die befragten Pflegepersonen im Bezug auf die Planung, Dokumentation und Evaluation der nonverbalen Kommunikation nur wenig notierte aussagekräftige Ergebnisse gebracht haben. Die Pflegepersonen waren eher irritiert, da sie keine exakt auf nonverbale Kommunikation Pflegediagnose nennen konnten. Es wird nur wenig in den Pflegeberichten dokumentiert und es gibt im Grunde keine direkte Pflegeplanung. Obwohl die Pflegepersonen der nonverbalen Kommunikation eine wichtige Rolle zuschreiben, bildet sie zurzeit eine Lücke im Pflegeprozess.

7.4.4.1 Fehlende Pflegediagnosen für nonverbale Kommunikation

Manche Pflegepersonen haben einerseits die Verwendung der Pflegediagnose ‚Kommunikation verbal, beeinträchtigt‘ oder ‚Kommunikation beeinträchtigt‘ genannt, danach wurden sie hellhöriger und nachdenklicher. Begriff ‚nonverbal‘ scheint nicht im Titel auf. Welche Kommunikation ist damit eigentlich gemeint?

„ja es gibt Pflegediagnose Kommunikation beeinträchtigt und bei Maßnahmen gibt es nonverbale Kommunikation. . .“

„Kommunikation verbal beeinträchtigt (...) da bin ich jetzt aber überfragt“

Die meisten Pflegepersonen jedoch, haben sich selbstfragend geäußert und waren richtig irritiert, da sie hier keine Pflegediagnose dafür kennen:

„Für die nonverbale (?) Pflegediagnose (?) Haben wir (?) Jesus Maria (,) jetzt bin ich überfragt (!)“

Eine Pflegeperson hat Pflegediagnose „Soziale Interaktion beeinträchtigt“ genannt:

„Ha (!) Hmm (,) welche wird da verwendet (?) Für die nonverbale (,) was wird das sein (?) Soziale Interaktion oder Kommunikation beeinträchtigt (.)“

Könnte ich ehrlich gesagt aus dem Sack nicht sagen (,) müsste man sich in dem Computer anschauen (,) aber ich schätze irgendwas in dieser Art und Weise (.)“

Alle Pflegepersonen haben die nonverbale Kommunikation eher als Ressource weniger als ein Defizit eingestuft. Ressource ist etwas, was noch vorhanden ist und das kann genutzt und gefördert werden. Als Defizit wurde die nonverbale Kommunikation im Bezug auf nicht gut verstanden oder nicht gut von dem Demenzkranken aufgenommen oder interpretiert gesehen:

„. . .Defizit auf keinen Fall (...) sondern eine Ressource (,) die ausgebaut werden muss (,) natürlich bei einem Demenzkranken werden wir sie nicht so ausbauen können (,) im Gegensatz zum Kind (,) wo jeden Tag was dazu kommt (,) geht beim Demenzkranken jeden Tag was verloren (,) aber als Defizit würde ich es nicht sehen (,) sein Defizit ist es (,) dass er nicht mehr verbal artikulieren kann und kommunizieren kann (,) aber deswegen ist sein Ausweichprogramm kein Defizit.“

Die Entwicklung und Art der nonverbalen Kommunikation der Demenzkranken wurden von NYSTRÖM und LAURITZEN (2005) beschrieben und dass die nonverbale Kommunikation entwicklungsfähig ist, zeigten die Untersuchungen von SABAT und CAGIGAS (1997).

Der Wichtigkeit von nonverbaler Kommunikation als ein Mittel sich zu verständigen wurde von den Pflegepersonen eine hohe Wertung gewährt:

„. . .einen hohen Stellenwert (,) weil je nach Art der Demenz ist das natürlich oft noch der letzte Zugangsweg zu den Dementen (...) und damit muss ich eine Alternative aufbauen“

„. . .sehr großen (!), man kann mit nonverbaler Kommunikation viel weiter kommen (...) oft wesentlich mehr erreichen durch einfache Handzeichen (...) einen hohen Stellenwert.“

Nonverbale Kommunikation ist in manchen Situationen die einzige noch mögliche Art der Kontaktaufnahme, daher hat sie einen bedeutenden Stellenwert (Sachweh, 2006, S. 52).

7.4.4.2 Nonverbale Kommunikation wird nicht/selten dokumentiert

Der verbale Austausch der Pflegepersonen über die nonverbale Kommunikation erwies sich als schwierig, es fehlte an den Wortfindungen, viele Äußerungen oder Verhaltensweisen von Demenzkranken sind sehr schwer zu dokumentieren wie beispielweise Aggression. Die Dokumentation der Gefühle wird als Anstellung von Vermutungen durchgeführt:

„. . .scheint müde zu sein oder scheint zufrieden aus (...) nach meiner Meinung.“

Andere Pflegepersonen haben zu der Dokumentation der nonverbalen Kommunikation nicht viel zu sagen, da sie diese sehr wenig bis gar nicht tun und diese gar nicht so als Maßnahme sehen. Über Emotionen wird auch nur wenig dokumentiert:

„. . .Emotionen wenn derjenige schlecht gelaunt (,) aber so richtige nonverbale Kommunikation (,) also richtig explizit dass ich schreibe >durch nonverbale Kommunikation das und das erreicht< sowas habe ich noch nie geschrieben (,) aber natürlich >ist heute traurig (,) hat (,) heute war ein guter Tag (,) hat viel gelacht< passiert schon öfter (...) auf die Pflegediagnose direkt bezogen (,) dass man da vielleicht mit entsprechende Maßnahmen in der Planung (,) so was mache ich nicht, nein.“

Eine Pflegeperson beschreibt nonverbale Kommunikation wie sie es dokumentiert im Pflegebericht so:

„hat mich bei der Esseneingabe gestreichelt“

Dokumentiert werden Beschreibungen einer Situation wie:

„. . .Bewohner unkooperativ (...) verweigert Hilfe. . .“

Ferner werden Meinungen und Vermutungen der Pflegeperson, Wertungen wie „gut oder schlecht“ und Beobachtungen von Schmerzen, Freude oder Wut dokumentiert:

„Bewohner hat irgendwelche Wutausbrüche oder war er aggressiv (,) oder war (,) zur Zeit hat Freude empfunden oder hat gelacht (...) je nach dem (,) was gemacht.“

Dokumentiert wird wie der Demenzkranke auf die Pflegeperson wirkt:

„Bewohner wirkt aggressiv oder traurig. . .“

Über die Art der Dokumentation der nonverbalen Kommunikation wurde bisher keine Literatur gefunden.

7.4.4.3 Nonverbale Kommunikation bildet ein Defizit in der Pflege

Die nonverbale Kommunikation wird als Routine gesehen und als Solche als „*Stiefkind in der Pflege*“ angesehen.

„. . .diese Dinge sind für mich im Tagesablauf ein Routineprogramm und ich gebe zu (,) bei diesen Dingen bin ich ein wenig schlampig das zu dokumentieren und in den Eintrag einzugeben (,) deswegen ist sicher die nonverbale Kommunikation in der Pflege auch ein Stiefkind (,) gebe ich zu (lacht).“

Routine in der Pflege unter der fehlenden interaktiven Beziehung mangelt an Qualität. Von den Demenzkranken wird sie als Minderung ihrer Lebensqualität erlebt und dementsprechend verweigert. Die Pflegepersonen sehen darin die Sinnlosigkeit einer intensiven Pflege und Betreuung und beschreiben diese Demenzkranken als >schwieriger Bewohner< oder >Problem-Pflegefall< (Lind, 2007, S. 119).

Positive nonverbale Äußerungen der Demenzkranken werden nur selten diskutiert und dokumentiert, da sie kein Defizit bilden und somit es keinen Grund zur Lösung gibt:

„. . .ja weil wenn etwas positiv ist und es dem Bewohner gut geht (,) dann ist das quasi kein Übergabeproblem.“

Die Pflegeplanung im Bezug auf nonverbale Kommunikation liegt in den Ansätzen vor und kommt nur marginal zur Geltung. Die vorhandenen Pflegediagnosen, die verwendet werden, geben den Pflegepersonen nur wenig Rüstzeug:

„Na ja (,) da ist nicht viel vorgesehen (,) wir haben zwar für die Sparte verbale Kommunikation beeinträchtigt und soziale Interaktion beeinträchtigt einige Punkte wie (,) >zum Gespräch motivieren (,) in empathischen Sitzgruppen anordnen (,) in Kleingruppen< und so (,) das ist bla bla (,) das sind theoretische Ansätze (,) man kann aber damit nicht wirklich was anfangen (,) hat aber mit der nonverbalen Kommunikation nichts zu tun (,) also die ist gar nicht angesprochen.“

Der Pflegeprozess selbst kommt bei der Umsetzung auch zu einem Handkuss:

„Wenig Möglichkeiten (,) im Pflegeprozess ist nicht viel (,) schreiben wir nicht viel über nonverbale Kommunikation (,) es ist nicht geplant für das.“

Im Hinblick auf Pflegeziele und Interventionen äußern die Pflegepersonen wie sie sich vorstellen könnten diese zu formulieren im Bezug auf das Wohlbefinden von Demenzkranken und die Lebensqualität. So gesehen kommen die zurzeit gesetzten Handlungen von Pflegepersonen folgend zur Geltung:

„. . . das liegt in meinem persönlichen Verantwortungsbereich (,) dadurch dass ich an sich weder eine Pflegeplanung dafür habe (,) noch eigenen speziellen Auftrag (,) muss ich das umsetzen (,) was ich persönlich für richtig halte.“

7.4.5 Empfehlungen von Lehrinhalten für die Ausbildung

In dieser Kategorie werden die Erwartungen und Forderungen an die Verbesserungen bzw. Erhöhungen der Kommunikationskompetenzen in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege und der Ausbildung der Pflegehilfe in Verbindung zu

theoretischen und praktischen Inhalten von den praktizierenden Pflegepersonen gestellt.

7.4.5.1 Demenzerkrankungen und Geriatrie

Nach dem Abschluss der Ausbildung der allgemeinen Krankenpflege bzw. der Ausbildung der Pflegehilfe und nachdem sie den Beruf in der Langzeitpflege von Demenzkranken begonnen hatten, war es für die Pflegepersonen schwer. Sie haben in der Ausbildung nur wenig Wissen über die Geriatrie und die Erkrankungen im Alter in die Praxis mitbekommen:

„Ich habe auch in der Ausbildung nicht so viel über Demenz und Langzeitpflege Unterricht gehabt (,) ich hab nur Paar Stunden im AKH (,) so fehlt mir auch etwas (,) natürlich Ausbildung über Demenzkranke und Geriatrie.“

Die Erwartungen an die Ausbildung sind hoch gesteckt, die Pflegepersonen haben oft keine oder nur wenig Möglichkeiten sich mit den KollegInnen, die bereits praktische Erfahrungen über längere Zeit in der Demenzkrankenpflege gesammelt haben, auszutauschen oder sich beraten zu lassen:

„. . .ich erwarte viel von Ausbildungen (,) jetzt (,) weil ich fühle mich wirklich fies manchmal auf der Station (,) wenn die Stationschwester nicht da ist (,) oder wenn man nicht da fragen könnte (...) ich fühle mich wirklich schwach manche Zeiten jetzt (,) ok (,) ich bin ausgebildet ich kann viel (,) aber über Geriatrie oder Langzeitpflege oder Demenz (,) das ist ein großes Thema.“

Die Wünsche nach mehr inhaltlich-quantitativen-wissenschaftlichen Wissen in der Thematik der Demenzerkrankungen, altersbedingten Erkrankungen und den Besonderheiten des Älterwerdens an sich lassen sich hierorts heraushören.

7.4.5.2 Evaluation und Innovation der Kommunikationskompetenz

Was den Pflegepersonen in der Ausbildung fehlt sind die theoretischen Grundlagen und die praktischen Übungen zur nonverbalen Kommunikation. Was sie brauchen würden für das künftige Berufsleben lässt sich daraus ableiten:

„. . .in Grundausbildung fehlt die nonverbale Kommunikation als Lerninhalt (,) das Wort wird irgendwo auf die Tafel geschrieben und damit ist das abgehackt (,) aber es wird im Detail nicht darauf eingegangen (,) dass wir sagen (,) dafür gibt es jetzt siebzig Unterrichtseinheiten (,) gibt es nicht. . .“

Was sich die Pflegepersonen aus der Ausbildung in das Berufsleben an Wissen über die nonverbale Kommunikation mitnehmen spiegelt die Antwort einer Pflegeperson:

„Nonverbale Kommunikation (?) also von meiner Ausbildung her (,) kann ich sagen (,) dass es eher untergegangen ist (,) das ist mehr das Verbale (,) wir haben mehr über das Verbale gesprochen (,) als über das Nonverbale.“

Empfohlen werden theoretische Grundlagen auf der einen Seite, auf der anderen Seite die praktischen Übungen anhand von Beispielen. In den schulischen Praktika wird weiter empfohlen sich gegenseitig mit den KollegInnen auszutauschen und mit einem/r Spezialisten/In beraten zu lassen, um die Theorie mit der Praxis verknüpfen zu können und die Erfahrungen bereits in der Ausbildung zu sammeln zu ermöglichen. Aus der heutigen Sicht sieht es im beruflichen noch immer nicht rosig aus:

„Erst auf Grund der mangelhaften Ausbildung die man schulisch mitbekommt (,) muss man es sich selbst erarbeiten und das dauert Monate (,) Jahre (!)“

Der Wunsch nach einer Verbesserung der zurzeit dargebotenen Ausbildungsinhalte in der Krankenpflege im Bezug auf Kommunikationskompetenz erklären die Pflegepersonen folgendermaßen:

„. . .theoretische Ansätze (,) ein Fachvokabular und dann im Verhältnis eins zu eins (,) fifty fifty (,) praktische Beispiele (,) dass man sagt (,) >ich

schaue mir das jetzt auch in der Umsetzung durch einen Profi vor Ort an< (,) und Spiele (,) ein wenig mit das auszuprobieren. . .“

Den Wunsch nach praktischen Erfahrungen dringt stark in den Vordergrund. Die Pflegepersonen würden gerne in anderen Einrichtungen oder auch an speziellen Stationen ein Praktikum haben, wie beispielsweise eine Demenzstation oder eine Palliativstation und sie untermauern dieses mit:

„Nein (,) Theorie ist nicht genug (...) aber die Selbsterfahrung (,) ist das aller Wichtigste (,) finde ich (,) wenn man frisch von der Schule kommt (,) weiß man gar nichts (,) das kann man auch gar nicht umsetzen (,) was man in der Schule (,) da ist man so unsicher (,) wenn man von der Schule auf eine Station kommt (,) tut man sich so wie man gar nichts gelernt hätte (,) weil das alles in der Praxis ist anders (,) wie in der Theorie und ich finde (,) ich denke (,) dass man schon Jahre Erfahrung braucht (,) dass man den Umgang dann besser mit den Demenzkranken mit der nonverbalen Kommunikation (,) da braucht man schon sehr viel Erfahrung.“

Einmal im Berufsleben bereits integriert, wünschen sich die Pflegepersonen mehr Wissen zu erlangen, um besser verstehen zu können und dadurch besser den Demenzkranken entgegen kommen zu können:

„Ich habe gehabt Validation (,) es ist für meine Verhältnisse (,) war es zu wenig (,) also ich hätte gern mehr darüber gewusst (,) und es ist auch wichtig (,) dass man da Fortbildungen weiter macht (,) wenn man dann im Berufsleben schon ist.“

Die Empfehlungen für die Pflegepraxis haben sich die Pflegepersonen überlegt und implizit dadurch die Wünsche und Empfehlungen für Ergänzungen in den Curricula von den Qualifikationen ausgedrückt:

„Für uns ist halt wichtig (,) dass vier viel darüber wissen (,) dass wir auch wissen (,) wie man es einsetzt (,) damit man es richtig einsetzt (.) Was ich sagen würde (,) was wichtig ist (,) dass wir als Team (,) immer diese Gruppengespräche machen und dass man sich da immer austauscht.“

7.4.5.3 Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis

Aus den geführten Gesprächen mit den Pflegepersonen stellt sich heraus, dass es offensichtlich einen Mangel am Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis gibt, dass es an Fort- und Weiterbildungen in der Richtung Kommunikation und nonverbale Kommunikation mangelt und die Erwartung auf praxisbezogene, aus der Forschung gewonnene, neue Methoden oder Techniken gibt, was folgende Aussage treffend beschreibt:

„Und darum wird sehr wichtig sein (,) dass Sie da jetzt forschen und vielleicht dann andere Anhaltspunkte geben (,) dass man dann besser rein findet (,) in das Ganze. . .“

7.4.5.4 Pflegediagnosen und Fachvokabular

Auf dem Weg der Verbesserung der Verständigung mit den Demenzkranken haben sich die Pflegepersonen Gedanken gemacht und viele verschiedene Ideen entwickelt. Was aber am meisten herauszuhören war, ist ein Wunsch nach einer definierten Pflegediagnose für nonverbale Kommunikation und deren Implementierung:

„. . .in Pflegeplanung das zu inkludieren (,) dass jeder es zu Kenntnis nimmt (,) dass wir auch mit den Leuten nonverbal kommunizieren.“

Für die Umsetzung dieses Zieles würden die Pflegepersonen im Weiteren nicht nur die dafür spezifisch formulierten Pflegediagnosen brauchen, sondern auch an die für die Umsetzung und Durchführung nötigen Werkzeuge und Materialien benötigen im Sinne:

„. . .die genaue Wortfindung (,) Vokabular.“

Aus den Interviews ergab sich letztendlich, dass dies einerseits für die PraktikerInnen auf der Wunschliste steht, andererseits diese Aufgabe von den PraktikerInnen selbst nicht zu bewältigen möglich ist. Diese eher eine Herausforderung an die Wissenschaft darstellt und letztendlich eine Aufgabe für die höheren Gesellschaftlichen Ebenen und Politik verinnerlicht:

„. . .aber irgendwer muss das in Bewegung setzen und sagen (,) >es muss Geld da sein für die Ausbildung< (.) (,) Es muss im Pflegeprozess ein unabdingbarer Bestandteil sein müssen (!) (,) es muss darauf geschaut werden (,) dass es auch umgesetzt wird (,) weil die Nachfrage da ist. . .“

7.4.5.5 Sensibilisierung der Wahrnehmung

Die Befragten finden, das es im derzeitigen Stand der Pflegepraxis mehr an bewussten Wahrnehmen bedarf und empfehlen sich gegenseitig im Team mit der Thematik regelmäßig auseinander zu setzen und mit den ausgewählten Beispielen aus dem Alltag direkt zu üben und die gesendeten nonverbalen Signale in den Interaktionen mit den Demenzkranken zu reflektieren:

„Ja (,) sich mühe geben Gesichter zu lesen (,) oder Handlungen bewusster wahrzunehmen (,) und sich mehr bewusstere Gedanken darüber zu machen.“

In der Pflege von Demenzkranken Menschen bedarf es einer gewissen Langsamkeit. Vor dem Handeln muss genau hingeschaut werden und sich auf die körpersprachliche Ebene einlassen um sich selbst die Chance zu geben bewusst auf der gleichen Plattform dem/der Demenzkranken zu begegnen (vgl. Wißmann, 2005, S. 35).

Eine mögliche wissenschaftlich fundierte Methode für die Sensibilisierung der Wahrnehmung stellt die Methode Video Home Training (Jechová, 2003), mit deren Unterstützung die nonverbalen Signale der Demenzkranken, die sich verbal nicht mehr äußern können, verdeutlichen lässt und den Pflegepersonen das Erleben und Lernen der bewussten Wahrnehmung nahe bringt.

Im Weiteren empfehlen die Befragten ein Interesse dafür zu entwickeln, selbst zu lernen, Seminare oder Fortbildungen zu besuchen, Fachzeitschriften zu lesen und im Umgang mit den Demenzkranken mehr Geduld zu haben, einen ruhigen Zugang zu schaffen, gegenseitiges Verständnis einzubringen und lernen richtig zu interpretieren was die/der Demenzkranke will.

7.4.6 Einschätzungen der nonverbalen Kommunikationskompetenz

Einschätzungen der Wichtigkeit und somit des Stellenwertes der nonverbalen Kommunikation in der stationären Langzeitpflege von Demenzkranken ergeben nach Meinung der Befragten aus heutiger Sicht eine bedenkliche Bilanz, die sich aus den genannten Zahlen auf der Skala von null bis zehn, wo null den Stellenwert gar nicht/nicht wichtig und zehn den Stellenwert sehr hoch/sehr wichtig, darstellt. Die Pflegepersonen sind der Ansicht, dass der Stellenwert heute zwischen drei und fünf liegen würde:

„. . . ganz am Rande(,) nur gestreift (,) die (,) die interessiert sind (,) aber sonst hat sie noch keinen Stellenwert (,) oder nicht den (,) den sie haben sollte(...) aus heutiger Sicht auf meiner Station kann ich sagen drei“

„Mitte (,) könnte ich sagen.“

Diese Einschätzungen sind auf die persönlich individuelle Wahrnehmung und Unterschiede in der Kommunikation (vgl. Sachweh, 2006, S.41-46) zurückzuführen. Die letzte Kategorie legt eine mögliche Perspektive für die Entwicklung der Kommunikationskompetenz der Akteure in der Pflege von Demenzkranken breit.

7.4.6.1 Nonverbale Kommunikation hat in Zukunft sehr hohen Wert

Alle befragten Pflegepersonen sind sich einig über die Wichtigkeit der nonverbalen Kommunikation mit den Demenzkranken. Das diese in Zukunft an der Bedeutung zunimmt, könnte man aus den Bewertungen der Befragten ablesen:

„Na zehn (!) Keine Frage (,) nicht (!) nur wo soll ich es her nehmen (?)“

„. . . Richtung zehn (,) dass sie hinauf geht.“

„. . . für die Zukunft(,) bei acht (,) neun.“

Unsere Gesellschaft orientiert sich einseitig an einem rationalistischen Denk- und Weltverständnis, die emotionalen und sinnlichen Erfahrungs- und Kommunikations-ebenen genießen dagegen einen nur geringen Stellenwert, jedoch bewegen sich die

Demenzkranken überwiegend auf einer anderen Ebene. Die Gefühle sowie körperliches und sinnliches Erleben sind im weitesten Sinne hier die zentralen Elemente (vgl. Wißmann, 2005, S. 34).

Die Pflegepersonen wissen, dass die Anzahl der alternden Gesellschaft in den nächsten Jahren rapide zunimmt und es immer anspruchsvoller wird mit der Betreuung, um die individuelle Bedürfnisse und Ansprüche der Demenzkranken für die Erhöhung vom Erleben der Lebensqualität zu Recht zu werden.

Die richtige verbale und nonverbale Kommunikation erhält einen erhöhten Stellenwert wenn Demenzkranke in ihrer verbalen und nonverbalen Kommunikation eingeschränkt sind. Die richtige Beobachtung und die Deutung durch die Pflegepersonen ist von noch größerer Bedeutung (MDS, (Hrsg.).(2009). Grundsatzstellungname. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. S. 73. Köln: asmuth druck + crossmedia gmbh & co. Kg. [Elektronische Version]. Online: 2.7.2010. http://www.mds-ev.de/media/pdf/Demenz-Broschuere_4MB.pdf).

7.4.6.2 Kommunikationskompetenz wird künftig sehr hoch sein müssen

Um den bevorstehenden Anforderungen an die Kommunikationskompetenz in der Zukunft standzuhalten, stellen die Befragten ihre Bewertung des Stellenwertes der Kommunikationskompetenz in den Raum als sicher hoch:

„. . .hoch (,) na sicher auch ein hoher (,) ich denke mir nur (,) in Zukunft werden immer mehr alte Leute geben (,) alte Menschen (,) und eben diese Demenzkranken. . .“

Dass die Kommunikationskompetenz betreffend nonverbale Kommunikation in der Zukunft eine steigende Tendenz aufnehmen sollte, zeigt folgende Aussage:

„Ja (,) ich hoffe (,) dass irgendwann einmal auf zehn ist.“

Zurzeit sehen die Befragten die eigene Kommunikationskompetenz eher als etwas, was schon da ist, von zuhause, etwas was der Mensch hat oder was sich in dem Be-

ruf später entwickelt, als ein Gespür oder ein Bauchgefühl, es wird automatisch in der täglichen Routine gemacht und nicht darüber nachgedacht.

Das Bemühen um kommunikative Kompetenz verdeutlicht auch den Willen zur ganzheitlichen Pflege. Beim Sprechen flexibel auf die Eigenarten und kommunikativen Schwierigkeiten des Einzelnen eingehen zu können, beweist, dass der Respekt vor der Einzigartigkeit jedes Individuums im Zentrum seiner Arbeit steht (vgl. Sachweh, 2006, S. 37-38).

7.4.6.3 Steigerung der Kommunikationskompetenz ist notwendig

Eine Gegenüberstellung wie es um die Kommunikationskompetenz heute und >morgen< steht, sagt deutlich aus, dass da ein Nachholbedarf besteht und dass die Pflegepersonen auch gegenwärtig danach suchen und dieses Wissen und Können in verschiedenen Handlungssituationen und Interaktionen im pflegerischen Alltag zu Nutzen brauchen würden:

„Also jetzt glaube (,) ist sie auch bei zwei (,) (...) überhaupt in der Langzeitpflege (,) man muss das (,) glaube ich (,) nach den pflegerischen Aspekten differenzieren (,) ob ich jetzt auf einer Chirurgie oder Interne bin (,) also es wird nicht überall das Gleiche sein (,) aber jetzt im Hinblick auf die Demenzen (,) dann eher neun bis zehn (,) weil das muss so sein (,) alles andere wäre nicht logisch.“

Den bestehenden Handlungsbedarf drückt folgende Aussage einer Pflegeperson aus:

„Ja (,) dieser Stellenwert wird auch nicht besser werden (,) wenn man nichts macht (!) (...) aber wenn man da sitzt oder wartet (,) wird das nicht besser.“

Die Überlegungen über den Bedarf am Erreichen einer solchen Kommunikationskompetenz auf nonverbaler Ebene, führen zu den Fragestellungen, wer eigentlich diese erlangen sollte? Die Befragten haben dazu ihre Erfahrungen geäußert und im Kontext einer Institution mit der Langzeitpflege sind sie zu dem Ergebnis gekommen, dass sie es:

„. . .dem ganzen Personal im Heim. . .“

„Jedem (,) der mit dem Patient oder Bewohner zu tun hat. . .“

„Allen Disziplinen (,) würde ich (,) allen Berufsgruppen ans Herz legen. . .“

Im Allgemeinen empfehlen die Pflegepersonen eine Ausbildung der Kommunikationskompetenz für Angehörige von allen Berufsgruppen in der institutionellen Hierarchie und es geht weiter hinaus, außerhalb der Berufsgruppen, die Empfehlungen reichen bis zu den Familienangehörigen, die genauso Kontakte mit den Demenzkranken pflegen.

8 Schlussfolgerungen und Diskussion

Ausgehend vom theoretischen Beziehungsrahmen kann auf die formulierten Forschungsfragen im Folgenden eingegangen werden.

Welche Rolle spielt die nonverbale Kommunikation in der Pflege von Menschen mit Demenzerkrankungen?

Aus der Sicht der Pflege wird einerseits die nonverbale Kommunikation als sehr wichtig gesehen, da sie oftmals den einzigen Zugang zu dem/der Demenzkranken ist. Im Weiteren wird sie mehr als Ressource, die genutzt werden soll und aufgebaut werden soll gesehen und eher weniger als Defizit, dort wo der Abbauprozess bei der Erkrankung schon sehr weit fortgeschritten ist. Andererseits spielt sie heute eine geringe Rolle in der Pflege, da es für sie nur wenig Raum gibt und die Wichtigkeit gar nicht so hoch angesehen wird. Im Pflegeprozess hat sie eine untergeordnete Rolle, da sie nur wenig oder selten dokumentiert wird und in der Fachsprache nur als Oberbegriff mit wenigen Elementen vorkommt. So scheint die nonverbale Kommunikation eine implizit erwartete Fähigkeit zu sein und in Augen der Gesellschaft explizit erforderliches Qualitätsmerkmal zu bilden. Was die Zukunft betrifft gibt es eindeutige Signale, die ihren Stellenwert sehr hoch stellen, in Anbindung auf die Professionalität und Qualität.

Eingegangen auf die einzelnen Stadien der Demenzerkrankung, spielt die nonverbale Kommunikation sowohl aus der medizinischen Sicht (Volicer et.al, 1988), als auch aus der Sicht der Pflege (Feil, 2000) eine zunehmende Rolle für die reibungslose Verständigung und Steigerung der Lebensqualität von Demenzkranken.

Um professionell und effektiv zu kommunizieren, müssen Strategien angeeignet werden mit deren Hilfe respektvoll und verständlich mit den Pflegebedürftigen kommuniziert werden kann. Es bedarf sich seiner überlegenen Rolle und der Unterschiede zwischen sich selbst und den BewohnerInnen bewusst werden (Sachweh, 2006, S.46).

Welche Formen der nonverbalen Kommunikation verwenden die Demenzkranken?

Aus den Äußerungen von Demenzkranken werden nur wenige Formen der nonverbalen Kommunikation wahrgenommen. Die Ursachen dafür lassen sich auf viele Faktoren zurückführen, die individuell mehr oder weniger ausgeprägt sind. Die Ungleichheiten in der Kommunikation wie sie SACHWEH (2006) beschreibt, bilden nur einen Teil der Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung. Die Tatsache ist es, dass die Demenzkranken ihre eigene „Sprache“ sprechen, die einer Fremdsprache anzugleichen ist und erlernt werden muss (Wißmann, 2005). Auf der einen Seite bemühen sich die Pflegepersonen die nonverbalen Signale zu erschließen, jedoch haben sie dazu nicht die nötige Reflexion und Übung.

Welche kommunikative Kompetenzen haben/brauchen die Pflegepersonen?

Derzeit verwendete kommunikative Kompetenzen beziehen sich Großteils auf verbale Kommunikation, nonverbale Kompetenzen spielen eine untergeordnete Rolle und werden von den Pflegepersonen intuitiv angewendet. Die Unwissenheit und fehlende Erfahrungen sowie fehlende Reflexion führen oft zur Unsicherheit, Angst, Distanzierung, Rationalisierung oder auch falschen Interpretationen seitens der Pflegepersonen (Arens, 2005). So gesehen haben die Pflegepersonen im Bezug auf nonverbale Kommunikation eine Laienkompetenz, die nur wenig die Lebensqualität der Demenzkranken sowie die Eigene erhöhen kann, ja sogar ist sie oftmals hinderlich, wenn es um die emotionalen und Gefühlsäußerungen von Demenzkranken geht.

Welche ausbildungsrelevanten Inhalte kann die nonverbale Kommunikation zwischen den Demenzkranken und den Pflegepersonen verbessern?

Die aus der Schulbildung gewonnenen kommunikativen Kompetenzen liefern den Pflegepersonen Grundlagen der Kommunikation und der Gesprächsführung,

Grundlagen des Konfliktmanagements und der Konfliktbewältigung, Kommunikationsmodelle wie Watzlawick, Schulz von Thun und Rogers, Feedbackregeln, Stressbewältigung, Kreativitätstraining und Grundlagen der Supervision. Jedoch berichten die Pflegepersonen mit dieser Ausrüstung nicht genügend für die Herausforderung der Pflege von Demenzkranken ausgestattet zu sein. Zum einen würden sie mehr an Fachwissen über verschiedene Formen der Demenzerkrankungen benötigen, zum anderen haben sie hohe Erwartungen an die Weiterbildung, hinsichtlich von Ergänzungen und Verbesserungen der Ausbildung im Sinne der nonverbalen Kommunikation in der Form von Theorie und praktischen Übungen. Für die gelungene Kommunikation mit den Demenzkranken reichen die herkömmlichen Kommunikationsmodelle nicht aus (Sachweh, 2006). Es bedarf an einer Entwicklung eines Kommunikationsmodells für dieses spezielle Pflegesetting.

Der theoretische Teil erklärt den Unterschied zwischen verbaler und nonverbaler Kommunikation, ihr Verhältnis zueinander und den Zusammenhang der Emotionen und Gefühle mit der nonverbalen Kommunikation. Um das Bild der Demenzkrankenpflege aufzuzeichnen, werden im Weiteren die Demenzerkrankungen dem/r LeserIn näher gebracht. Weiters werden die einzelnen Stadien aus beiden Perspektiven der Medizin und der Pflege erklärt. Die Kommunikation in der Pflege wird am Beispiel der Fachsprache von Pflegediagnosen erläutert.

Die Durchführung dieser Untersuchung wurde qualitativ vorgenommen und umfasste nur eine kleine Anzahl von Pflegepersonen aus einem Pflegeheim. Da die Ergebnisse eine gewisse Neugier geweckt haben, wurde die Befragung in einem anderen Pflegeheim um drei Interviews erweitert. Analysen aus diesen Interviews haben die gleichen Ergebnisse geliefert. Jedoch sind diese Ergebnisse nicht als Maßstab zu sehen. Das Ziel dieser Untersuchung war die Erkundung, wie die Pflegepersonen den Umgang mit der nonverbalen Kommunikation wissen und können und wie sie derzeit im Pflegealltag gelebt wird. Da es zu dieser Thematik nur wenig Studien gibt, konnten daher keine Vergleiche gemacht werden, bzw. es konnten einige Hinweise in den Arbeiten von ARENS und HOFIRECK gefunden werden.

9 Empfehlungen und Ausblick für die Pflegepraxis

Aus der durchgeführten Untersuchung lassen sich folgende Punkte ableiten:

Für die Pflegepraxis empfiehlt sich eine bewusstere Wahrnehmung der nonverbalen Kommunikation zu üben und mit den KollegInnen darüber zu diskutieren. Beim verbalisieren der nonverbalen Kommunikation üben und mehr über die nonverbalen Äußerungen in der Dokumentation schriftlich festzuhalten. Die Zeitknappheit im Alltag zu evaluieren und sich bewusst Zeit für die nonverbale Kommunikation einräumen. Eigeninteresse und Eigeninitiative im Sinne der Bildung entwickeln und nach Fachliteratur zum Thema suchen.

Für die Institution empfiehlt sich Fortbildungen zum Thema nonverbale Kommunikation anzubieten, hierfür einen/e SpezialistIn zwecks Übungen und Reflexionsmöglichkeiten herbeiziehen, Fortbildungen zum Thema Demenzerkrankungen und die altersbedingten Veränderungen anzubieten, eine Mitarbeiterbefragung zu machen um neue Ideen und Wünsche der Mitarbeiter zu evaluieren und die Kreativität der Mitarbeiter in Betracht zu ziehen.

Für die Wissenschaft empfiehlt sich die Fachsprache für die nonverbale Kommunikation zu entwickeln, die bestehenden Pflegediagnosen für die Kommunikation zu evaluieren, für die nonverbale Kommunikation eigene Pflegediagnosen zu entwickeln und sie als Bestandteil in den Pflegeprozess zu etablieren und zu implementieren. Ebenso empfehlen sich weitere Untersuchungen in der Thematik durchzuführen. Die Lehrinhalte für die Kommunikation in den Curricula zu evaluieren und um die theoretischen und praktischen Inhalte für nonverbale Kommunikation zu erweitern sowie die Lehrinhalte betreffend der Demenzerkrankungen und altersbedingten Erscheinungen.

Für die Politik empfiehlt sich die Lage der Herausforderung und der Problematik ernst zu nehmen, sich im Arbeitsumfeld und Heimumfeld ein Bild zu machen, Möglichkeiten für Lösungen zu überlegen um die Finanzierung der Qualität in der Ausbildung der Pflegepersonen zu gewährleisten, denn dies ist die Problematik bereits von heute und es betrifft uns alle.

Literaturverzeichnis

ARGYLE, M. (2002). Körpersprache und Kommunikation. Das Handbuch zur nonverbalen Kommunikation. 8. Auflage, Paderborn: Junfermann.

ARENS, F. (2005). Kommunikation zwischen Pflegenden und Dementierenden alten Menschen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

ASPLUND, K., JANSON, L., NORBERG, A. (1995). Facial Expressions of Patient With Dementia: A Comparison of Two Methods of Interpretation. *International Psychogeriatrics*, Vol. 7, (4), 527-532.

BENNER, P., WRUBEL, J. (1997). Pflege, Streß und Bewältigung. Bern: Huber Verlag.

BOETSCH, T., STÜBNER, S., AUER, S., (2003). Klinisches Bild, Verlauf und Prognose (mit Fallbeispielen). In HAMPEL, H., PADBERG, F., MÖLLER, H-J. (Hrsg.), Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien (S. 82-88). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.

BÜHLER, K. (1982). Sprachtheorie. Die Darstellfunktion der Sprache. Stuttgart: Verlag Gustav Fischer.

CALDENTEY, B.S., BADOS, A., RIERA, J.R., CARULLA, L.S., FIGULS, C.S., RODRÍGUES, J.A.G., SOLVES, J.J.M., TORO, J. (2001). Aktiv und erfolgreich mit Psychologie. Klagenfurt: Neuer Kaiser Verlag.

DER KLEINE DUDEN FREMDWÖRTERBUCH. (2004). 5.Auflage. Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG.

DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M. H. (Hrsg.) (2010). 7.Auflage. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Verlag Hans Huber.

EKMAN, P. (1972). Emotion in the human face: guidelines for research and an integration of findings. New York: Pergamon Press Inc.

FEIL, N. (2000). Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 6. Auflage. München: E. Reinhardt Verlag.

FIEHLER, R. (1990). Kommunikation und Emotion. Berlin: Verlag de Gruyter.

FISCHER, H. (1995). Entwicklung der visuellen Wahrnehmung. Weinheim: Beltz.

GEORG, J. (Hrsg.) (2005). NANDA-Pflegediagnosen. Definition und Klassifikation 2005-2006. Bern: Hans Huber Verlag.

GOLEMAN, D. (1998). Emotionale Intelligenz. 5. Auflage, München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

GSERTZ, E., T. (2007). Nahrungsaufnahme bei älteren dementiell veränderten Menschen, Universität Wien, Wien, Diplomarbeit, 2007.

HANKS, G., DOYLE, D., CHERNY, N.I., CALMAN, K. (Hrsg.). (2010). Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4. Auflage, Oxford UK: Oxford University Press.

HAMPEL, H., PADBERG, F., MÖLLER, H-J. (Hrsg.). (2003). Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.

HERBETTE, G. & RIMÉ, B. (2004). Verbalization of Emotion in Chronic Pain Patients and Their Psychological Adjustment. *Journal of Health Psychology, London*. 9 (5), 661-676.

HOFIRECK, S., M. (2007). Das Erleben Pflegender im Umgang mit Demenzkranken, Universität Wien, Wien, Diplomarbeit, 2007.

HOLODYNSKY, M. (2006). Emotionen – Entwicklung und Regulation. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

HOLLOWAY, I., WHEELER, S. (1998). Qualitative Pflegeforschung: Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege. Wiesbaden: Ullstein Medical.

JECHOVÁ, K. (2003). Podpora komunikace mezi zdravotníkem a klientem. *Sestra*, (10) 2003, 31-32.

IBACH, B. In: MAHLBERG, R., GUTZMANN, H. (Hrsg.). (2009). Demenzerkrankungen erkennen, behandeln und versorgen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

KASTNER, U., LÖBACH, R. (2007). Handbuch Demenz. München: Elsevier GmbH.

KESSLER, C., FREYBERGER, H. J. (Hrsg.). (2001). WHO, Internationale Klassifikation neurologischer Erkrankungen. ICD-10 – Kapitel VI (G) „Neurologische Erkrankungen“. Bern: Verlag Hans Huber.

KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. (1999). Diagnostika a léčení syndromu demence. Praha: Grada Publishing.

LAUBER, A., SCHMALSTIEG, P. (Hrsg.). (2001). Wahrnehmen und Beobachten. Stuttgart: Thieme.

LEWANDOWSKI, T. (1994). Linguistisches Wörterbuch 2. 6. Auflage. Heidelberg, Wiesbaden: Quelle & Meyer.

LIND, S. (2007). Demenzkranke Menschen pflegen. Grundlagen – Strategien – Konzepte. 2. Korrigierte und ergänzte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

MAHLBERG, R., GUTZMANN, H. (Hrsg.). (2009). Demenz-erkrankungen erkennen, behandeln und versorgen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

MALETZKE, G. (1998). Kommunikationswissenschaft im Überblick. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag GmbH.

MALETZKE, G. (1978). Psychologie der Massenkommunikation. Hamburg: Hans-Bredow Institut.

MAYER, H. (2002). Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas.

MAYRING, P. (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Weinheim, Basel : Beltz Verlag.

MAYRING, P. (2008). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. neu ausgestattete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

MEHRABIAN, A. (1972). Nonverbal communication. Chicago: Aldine Publishing Company.

MITMANSGRUBER, H.(2003). Kognition und Emotion. Die Regulation von Gefühlen im Alltag und bei psychischen Störungen. Bern: Verlag Hans Huber.

MOLCHO, S. (2001). Alles über Körpersprache. 6. Auflage. München: Wilhelm Goldmann Verlag.

NÁDASKÁ, I., BOLEDOVIČOVÁ, M., POLEDNÍKOVÁ, Ľ. (2004). Komunikace s geriatrickým pacientem. *Sestra*, (11) 2004, 38-39.

NYSTRÖM, K., LAURITZEN, S.O.(2005). Expressive bodies: demented persons' communication in a dance therapy context. *Health*, vol 9(3), 297-317.

REISBERG, B., FERRIS, S.H., de LEON, M.J., CROOK, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, Sep., 139 (9), 1136-39.

ROSENBERG, M. B.(2007). Gewaltfreie Kommunikation. Aufrichtig und einfühlsam miteinander sprechen. 7. Auflage. Paderborn: Junfermann.

SABAT, S.R., CAGIGAS, X.E.(1997). Extralinguistic communication compensates for the loss of verbal fluency: A case study of Alzheimer's disease. *Language & Communication*, vol. 17(4), 341-351.

SACHWEH,S. (2006). Noch ein Löffelchen?. 2.Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

SACHWEH, S. (2008). Spurenlesen im Sprachdschungel. Kommunikation und Verständigung mit demenzkranken Menschen. Bern: Verlag Hans Huber.

SAVUNDRANAYAGAM, M.Y., RYAN, E.B., ANAS, A.P., ORANGE, J.B. (2007). Communication and dementia: staff perceptions of conversational strategies. *Clinical Gerontologist*, vol. 31(2), 47-63.

SCHARB, B. (2005). Spezielle validierende Pflege. 3. Auflage. Wien: Springer.

SCHNEIDER, R. (1997). Gefühle lügen nicht. Die Intelligenz der Emotionen. Frankfurt am Main: Verlag Wolfgang Krüger.

SCHULZ VON THUN, F. (2005). Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Sonderausgabe. Hamburg: Rowohlt.

SIFTON, C.B. (2008). Das Demenz-Buch. Bern: Verlag Hans Huber.

SLOVNÍK CIZÍCH SLOV. (1996). Praha: Encyklopedický dům.

STEFAN, H., ALLMER, F. (2000). Praxis der Pflegediagnosen. 2. Auflage, Wien: Springer-Verlag.

STEFAN, H., ALLMER, F., EBERL, J. (2009). PraxisOrientierte Pflegediagnosen. Wien: Springer-Verlag.

STEINER, C. (2000). Emotionale Kompetenz. 2. Auflage. München: Deutsches Taschenbuch Verlag.

UNIVERSAL-WÖRTERBUCH LATEIN, (1998). Berlin: Langenscheidt.

VOLICER, L., FABISZEWSKI, K. J., RHEAUME, Y. L., LASCH, K. E. (1988). Clinical Management of Alzheimer's Disease. Rockville, Maryland: Aspen Publishers Inc.

VOLICER, L. Palliative medicine in dementia. In: HANKS, G. et al. (Hrsg.), (2010). Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4. Auflage (S. 1375-85). Oxford UK: Oxford University Press.

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. H., JACKSON DON D. (2007). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 11. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

WIßMANN, P. (2005). Wenn Sprache nicht mehr ankommt. Zugang finden zu Menschen mit Demenz. *Pflegen ambulant*. 16, (4), 2005, 33-36.

ZIMBARDO, P. G., GERRIG, R. J. (2004). Psychologie. München: Pearson Studium.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 01: Modell der Kommunikationsebenen (eigene Darstellung)	16
Abbildung 02: Das Organon Modell (Bühler, 1982, S. 28)	32
Abbildung 05: Vier Seiten einer Nachricht (Schulz von Thun, 2005, S. 30)	40
Abbildung 06: Der vierrohrige Empfänger (Schulz von Thun, 2005, S. 45)	41
Abbildung 05: Grundlegende Emotionen	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 01: Definitionen der Kommunikation	14
Tabelle 02: Demografische Daten der Partizipanten	92
Tabelle 03: Darstellung der Ergebnisse (in Kategorien)	95

Fallbeispiele

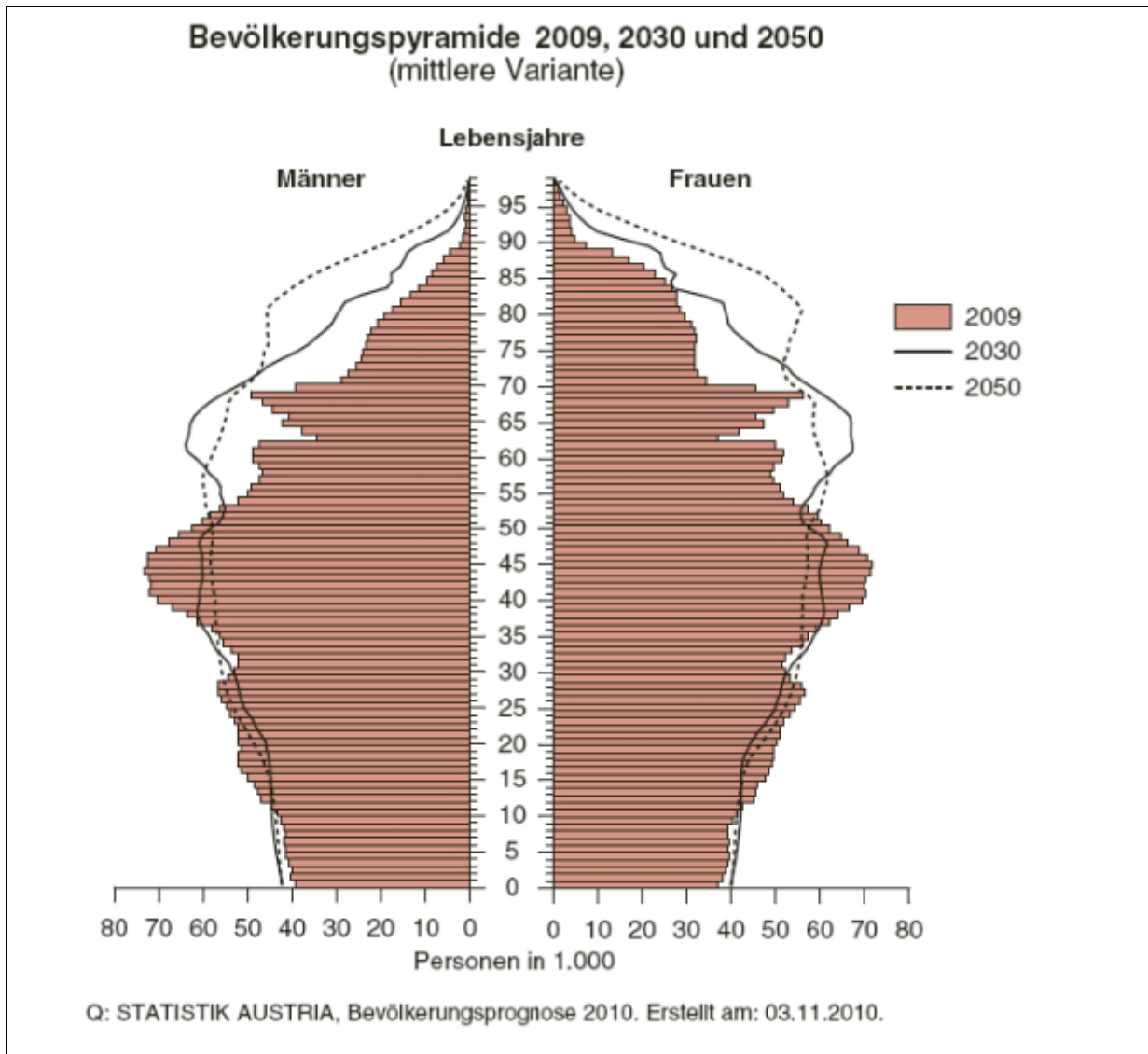
Fallbeispiel 01: Verbale Kommunikation und Beobachtung	19
Fallbeispiel 02: Körper- und Hautkontakt	26

Abkürzungsverzeichnis

AKH	=	Allgemeines Krankenhaus
Bsp.	=	Beispiel
bzw.	=	beziehungsweise
DGKS/P	=	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger
d.h.	=	das heißt
et. al	=	und andere
Hrsg.	=	Herausgeber
KKH	=	Kardinal König Haus
S.	=	Seite
u.a.	=	und andere, unter anderem
u.ä.	=	und ähnlich
usw.	=	und so weiter
vgl.	=	vergleiche
www	=	world wide web
z.B.	=	zum Beispiel
zit.	=	zitiert

Anhang

Anhang 1: Bevölkerungspyramide



STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungspyramide 2009, 2030, 2050, mittlere Variante, (2010), Online: <http://www.statistik.at>, 5.12.2010

Anhang 2: Mini Mental State Examination (MMSE)

Mini Mental State Examination (MMSE)	
Funktionen	Punkte
I. Orientierung	
1. Datum	1 / 0
2. Jahreszeit	1 / 0
3. Jahr	1 / 0
4. Wochentag	1 / 0
5. Monat	1 / 0
Zuerst nach dem Datum fragen, dann gezielt nach den noch fehlenden Punkten (z. B. "Können Sie mir auch sagen, welche Jahreszeit jetzt ist?")	
6. Bundesland	1 / 0
7. Landkreis/Stadt	1 / 0
8. Stadt/Stadtteil	1 / 0
9. Krankenhaus	1 / 0
10. Station/Stockwerk	1 / 0
Zuerst nach dem Namen der Klinik fragen, dann nach Station/Stockwerk, Stadt/Stadtteil usw. fragen. In Großstädten sollte nicht nach Stadt und Landkreis, sondern nach Stadt und Stadtteil gefragt werden. Gefragt wird in jedem Fall nach dem aktuellen Aufenthaltsort und nicht nach dem Wohnort.	
II. Merkfähigkeit	
Der Untersuchte muss zuerst gefragt werden, ob er mit einem kleinen Gedächtnistest einverstanden ist. Er wird darauf hingewiesen, dass er sich 3 Begriffe merken soll. Die Begriffe langsam und deutlich - im Abstand von jeweils ca. 1 Sekunde - nennen. Direkt danach die 3 Begriffe wiederholen lassen, der erste Versuch bestimmt die Punktzahl. Ggf. wiederholen, bis der Untersuchte alle 3 Begriffe gelernt hat. Die Anzahl der notwendigen Versuche zählen und notieren (max. 6 Versuche zu-	

lässig). Wenn nicht alle 3 Begriffe gelernt wurden, kann der Gedächtnistest nicht durchgeführt werden.

11. Apfel 1 / 0

12. Pfennig 1 / 0

13. Tisch 1 / 0

III. Aufmerksamkeit und Rechenfertigkeit

Beginnend bei 100 muss fünfmal jeweils 7 subtrahiert werden. Jeden einzelnen Rechenschritt unabhängig vom vorangehenden beurteilen, damit ein Fehler nicht mehrfach gewertet wird. Alternativ (z. B. wenn der Untersuchte nicht rechnen kann oder will) kann in Ausnahmefällen das Wort "STUHL" rückwärts buchstabiert werden. Das Wort sollte zunächst vorwärts buchstabiert und wenn nötig korrigiert werden. Die Punktzahl ergibt sich dann aus der Anzahl der Buchstaben, die in der richtigen Reihenfolge genannt werden (z. B. "LHTUS" = 3 Punkte).

14. < 93 > 1 / 0

15. < 86 > 1 / 0

16. < 79 > 1 / 0

17. < 72 > 1 / 0

18. < 65 > 1 / 0

19. alternativ: "STUHL" rückwärts buchstabieren LHUTS 5/4/3/2/1/0

IV. Erinnerungsfähigkeit

Der Untersuchte muss die 3 Begriffe nennen, die er sich merken sollte.

20. Apfel 1 / 0

21. Pfennig 1 / 0

22. Tisch 1 / 0

V. Sprache

Eine Uhr und ein Stift werden gezeigt, der Untersuchte muss diese richtig benennen.

23. Armbanduhr benennen 1 / 0

24. Bleistift benennen 1 / 0

25. Nachsprechen des Satzes "kein wenn und oder aber" (max. 3 Wdh.) 1 / 0

Der Satz muss unmittelbar nachgesprochen werden, nur 1 Versuch ist erlaubt. Es ist nicht zulässig, die Redewendung "Kein wenn und aber" zu benutzen.

26. Kommandos befolgen:

- Nehmen Sie bitte das Papier in die Hand 1 / 0

- Falten Sie es in der Mitte 1 / 0

- Lassen Sie es auf den Boden fallen 1 / 0

Der Untersuchte erhält ein Blatt Papier, der dreistufige Befehl wird nur einmal erteilt. 1 Punkt für jeden Teil, der korrekt befolgt wird.

27. Schriftliche Anweisungen befolgen "AUGEN ZU" 1 / 0

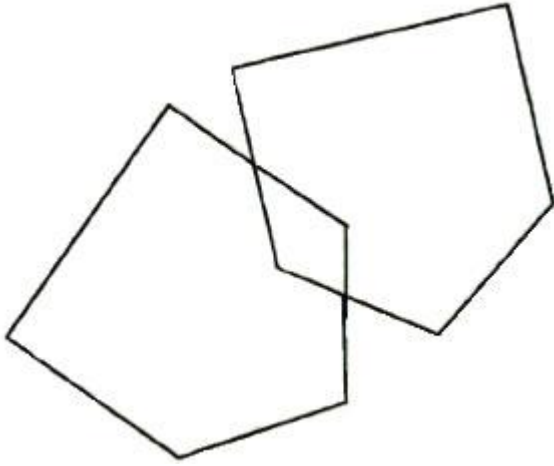
Die Buchstaben ("AUGEN ZU") müssen so groß sein, dass sie auch bei eingeschränktem Visus noch lesbar sind. 1 Punkt wird nur dann gegeben, wenn die Augen wirklich geschlossen sind.

28. Schreiben Sie bitte irgendeinen Satz 1 / 0

Es darf kein Satz diktiert werden, die Ausführung muss spontan erfolgen. Der Satz muss Subjekt und Prädikat enthalten und sinnvoll sein. Korrekte Grammatik und Interpunktion ist nicht gefordert. Das Schreiben von Namen und Anschrift ist nicht ausreichend.

29. Fünfecke nachzeichnen 1 / 0

Auf einem Blatt Papier sind 2 sich überschneidende Fünfecke dargestellt, der Untersuchte soll diese so exakt wie möglich abzeichnen. Alle 10 Ecken müssen wiedergegeben sein und 2 davon sich überschneiden, nur dann wird 1 Punkt gegeben.



Summe maximal

30

(Online: 19.1.2010. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm>).

Anhang 3: Informed Consent

Organisation: Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft

Studie im Rahmen der Diplomarbeit im Individuellen Diplomstudium der Pflegewissenschaften, Diplomarbeitbetreuerin Dr. Roswitha Engel, Wintersemester 2009

Einwilligungsformular

Titel der Diplomarbeit: Kommunikation von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in der Pflege von Menschen mit Demenzerkrankungen. Nonverbale Kommunikation bei Demenz.

Namen der Forscherin: Danuse Nastincova

Stellung der Forscherin: Studentin der Pflegewissenschaften im 9. Semester

Ziel der Studie: Die vorliegende Studie wird die Rolle der nonverbalen Kommunikation beleuchten und die Formen der Verständigung von Pflegepersonen mit Demenzkranken erkunden, um ausbildungsrelevante Inhalte zur Erhöhung der kommunikativen Kompetenzen von Pflegepersonen herauszuarbeiten. Ziel ist die Verbesserung der nonverbalen Kommunikation mit den Demenzkranken.

Interviews mit den Partizipanten werden auf Tonband aufgezeichnet. Die Aufzeichnungen werden nur der oben angeführten Forscherin zugänglich sein. Im abschließenden Forschungsbericht werden Beispiele aus den Interviews angeführt werden, alle Zitate werden jedoch anonym bleiben. Die Namen der Partizipanten werden nicht publiziert. Die Partizipanten sind nicht verpflichtet, alle Fragen zu beantworten und können jederzeit aus dem Interview bzw. dem Projekt ohne Angabe von Gründen aussteigen.

Die Aufzeichnungen werden nach Abschluss der Forschungsstudie vernichtet.

Hiermit willige ich (Name) _____ ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen. Ich bin darüber informiert, dass ich meine Teilnahme jederzeit widerrufen kann und mein Name im Forschungsbericht nicht aufscheinen wird.

Unterschrift der Partizipantin/ des Partizipanten: _____

Unterschrift der Forscherin: _____

Wien am:

Anhang 4: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

1 Was verstehen Sie unter NK im Allgemeinen?

- ✓ Was davon benützen die Demenzranken
- ✓ Was verwenden Sie aus den Elementen der NK im Umgang mit den DK
- ✓ Wie erkennen Sie, dass Sie der DK versteht und woran
- ✓ Wie reagiert der DK auf Ihre NK
- ✓ Wie kommunizieren Sie nonverbal mit den DK, der nicht mehr spricht
- ✓ Wie mit einem Blinden
- ✓ Wie mit einem Tauben
- ✓ Wie mit Bewusstseinsveränderung
- ✓ Was verstehen Sie unter dem schreien, jammern, weinen, Aggression von DK
- ✓ Ein Beispiel erzählen

2 Wie gehen Sie mit Gefühlen und Emotionen der DK im Pflegesetting um?

- ✓ Welche sind die häufigsten Gefühle, die Sie Wahrnehmen
- ✓ Welche sind die häufigsten Emotionen, die Sie wahrnehmen
- ✓ Welche zeigen die DK
- ✓ Wie erkennen Sie sie bei den DK
- ✓ Wie reagieren Sie darauf
- ✓ Was bewirken sie bei Ihnen
- ✓ Wie gehen Sie damit um
- ✓ Ein Beispiel erzählen

3 In welchen Pflegesettings wird die NK verwendet

- ✓ wie verläuft die NK in schwierigen Situationen
- ✓ wovon ist die NK abhängig bei der PP
- ✓ was beeinflusst die NK beim DK

4 Welche Pflegediagnose wird für die NK auf Ihrer Station verwendet

- ✓ welchen Stellenwert hat die NK im Bezug zur Demenz (Ressource, Defizit, förderlich, hinderlich)
- ✓ wie dokumentieren Sie NK in der Pflegedokumentation (Emotionen, Gefühle)
- ✓ was wird im Bezug auf NK für den DK geplant
- ✓ welche Ziele setzen Sie bei der NK mit DK
- ✓ welche Maßnahmen setzen Sie, um die NK zu verbessern
- ✓ wie evaluieren Sie die NK
- ✓ wie wird die NK im Team diskutiert

5 Welche Probleme sehen Sie im nonverbalen Umgang mit den DK

- ✓ Probleme der PP bei der Wahrnehmung der Äußerungen von DK (Bsp.)
- ✓ Reaktionen der DK auf NK-Umgang der Pflegepersonen (Bsp)
- ✓ In der Verschriftlichung von NK in der Pflegedokumentation (Bsp)
- ✓ Im Pflegeprozess bei der Umsetzung (Bsp)
- ✓ In der Informationsweitergabe zwischen den einzelnen KollegInnen (Bsp)

- ✓ Ausbildungs- und Wissensdefizit bei den PP

6 Was fehlt Ihnen bei der nonverbalen Verständigung mit DK

- ✓ Damit dich/ Sie der DK besser verstehen kann
- ✓ Damit Sie den DK besser verstehen können
- ✓ Situationen wo es helfen kann - Beispiel erzählen
- ✓ Was oder wer könnte Ihnen sonst noch helfen

7 Was würden Sie empfehlen, um die nonverbale Kommunikation mit Demenzkranken zu verbessern?

- ✓ Was würden Sie selbst brauchen um Ihre Kommunikationskompetenz zu erhöhen
- ✓ Was würden Sie für alle anderen empfehlen
- ✓ Was können Sie aus Ihrer eigenen Erfahrung empfehlen
- ✓ Wäre eine Ausbildung in Kommunikationskompetenz gut und was sollte sie enthalten
- ✓ Was könnte man sonst noch tun
- ✓ Welchen Berufsangehörigen im Pflegebereich würden Sie eine Ausbildung der Kommunikationskompetenz an das Herz legen

8 Welchen Stellenwert hat die NK in der Pflege von DK

- ✓ Aus heutiger Sicht
- ✓ Für die Zukunft
- ✓ Welchen Stellenwert wird die Kommunikationskompetenz für die Zukunft in der Pflege haben

9 Demographische Daten

- ✓ Alter
- ✓ Berufsgruppe
- ✓ X Jahre in der Demenzpflege
- ✓ Kulturabstammung
- ✓ Gender

Abkürzungen:

Bsp. = Beispiel

DK = Demenzkranken

NK = nonverbale Kommunikation

PP = Pflegeperson



CURRICULUM VITAE

Persönliche Daten

Name Danuse Nastincova
08.07.1962 geboren in Pilsen, Tschechische Republik
e-mail: danuse.nastincova@chello.at

Berufstätigkeit

12/2000-laufend Caritas der Erzdiözese Wien, DGKS, Stationsleitung, -stellvertretung
11/1992 - 12/2000 Gemeinde der Stadt Wien, Pflegeheim Baumgarten, DGKS, Stationsleitungsubvertretung
09 -11/ 1992 Universitätskrankenhaus Prag, Klinik für Anästhesie und Resustitation, Tschechische Republik, DGKS
09/1988 - 08/1992 Poliklinik Sokolov, Tschechische Republik, DGKS, Diplomierete Physiotherapeutin
03/1988 - 09/1988 Familienphase
09/1987 - 03/1988 Zlutice, Tschechische Republik, Lehrerin in der Sonderhauptschule (Mathematik, Physik, Wirtschaftskunde)
09/1981 - 08/1987 Universitätskrankenhaus Prag, Klinik für Chirurgie, Tschechische Republik, DGKS

Freiberufliche/sebständige Tätigkeit

8/2010-laufend	Eurojobs, Pflegegruppe, DGKS in den Pflegeheimen in Wien und Niederösterreich
04-12/2009	VAMED Management und Service GmbH & Co KG Wien, Arbeitsmedizinische Zentrum Kapfenberg d. VAMED, freie Mitarbeiterin, Projektentwicklung und Beratung
01/2002-laufend	Firma GOBEST Schranz GmbH, DGKS, Hauskrankenpflege, privat Klienten zu Hause und im Krankenhaus, Pflegeheime in Wien
04/2002 - 09/2002	Care Crew Pool , DGKS Pooldienste in Pflegeheimen von Wien und Umgebung
11/2001 - 01/2002	Sozial Global, geringfügig beschäftigt, DGKS in der Hauskrankenpflege
01 - 10/2001	Wiener Hauskrankenpflege Soziales Netzwerk in Wien, DGKS in der Hauskrankenpflege

Wissenschaftliche Tätigkeit

10/2007- laufend	Pflegeforschungstätigkeit als freie Mitarbeiterin des Instituts für Pflegeforschung in Wien unter der Leitung von Fr. Univ.- Prof. Dr. Elisabeth Seidl in den Forschungsstudien „Lebensqualität im Pflegeheim“, „Pflege und Betreuung in einer multikulturellen Gesellschaft“, „Das gute Leben im Pflegeheim“
11/2007 - 11/2009	Mitwirkung in den Forschungsstudien „Lebensqualität im Pflegeheim“ des Instituts für Soziologie in Wien und Burgenland unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Anton Aman

Akademische Ausbildung

10/2009- laufend	Universität Wien, Studium der Rechtswissenschaften
2006 - 2007	Medizinische Privatuniversität Paracelsus Salzburg, Universitätslehrgang Palliative Care, Abschluss am 22.09.2007
10/2005 - 2011	Universität Wien, Studium der Pflegewissenschaften

- | | |
|-------------|---|
| 2004 - 2006 | Wirtschaftsuniversität Wien, Universitätslehrgang für Krankenhausmanagement, Abschluss am 4.12.2006 |
| 2003 - 2004 | Akademie für Sozialmanagement des Kardinals Königs Haus Wien, Speziallehrgang für Leitungsfunktionen in der Sozialarbeit, Abschluss am 9.1.2004 |

Berufliche/außerberufliche Fortbildungen

Schwerpunkte: Führungsmanagement, Konfliktmanagement, Rhetorik, Wundmanagement, Hospiz und Palliativ Care, Besonderheiten der geriatrischen und psychisch auffälligen Patienten, Bundespflegegesetz, u.a.

Ausbildungsweg und Schule

- | | |
|--------------|--|
| 03 - 06/1993 | Nostrifizierung der Diplome DGKS und Physiotherapeutin, in Wien an der Krankenpflegeschule im Wilhelminenspital, Abschluss 2.6.1993 |
| 1990 - 1992 | Krankenpflegeschule Plzen, Fach Rehabilitation, Ergotherapie, Physiotherapie und Arbeitstherapie, Matura am 15.6.1992, Tschechische Republik |
| 1977 - 1981 | Krankenpflegeschule Karlovy Vary, Fach Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Matura am 11.6.1981, Tschechische Republik |
| 1968 - 1977 | neunjährige Grundschule, Tschechische Republik |

Sprachkenntnisse: Tschechisch (Muttersprache), Deutsch (fließend), Slowakisch (lesen, verstehen), Russisch (Maturaniveau), English (Level B1), Latein (Grundkenntnisse)

Andere Fähigkeiten/Kenntnisse:

EDV Anwenderkenntnisse, Organisations-, Zeit- und Konfliktlösungsmanagement, Flexibilität, Theorie-Praxis Transferfähigkeiten

Führerschein B

