

Hochschule für Heilpädagogik (HfH)

Studiengang: Psychomotorik 15/18

Modul: G 17 Bachelor These

**Wahrnehmungsstimulation zur Förderung des
Wohlbefindens bei schwerer Demenz**

Ein Hilfsmittel für Angehörige

Bachelorarbeit von Carola Ganz

Betreut von Christina Bär, MSc

Bülach, 23. Mai 2018

Abstract

Thema dieser Arbeit ist die Förderung des Wohlbefindens durch Wahrnehmungsstimulation als Kommunikationsmöglichkeit bei schwerer Demenz. Ausgangslage war die Frage, welche Hilfestellungen man Angehörigen aus psychomotorischer Sicht geben kann, um das Wohlbefinden des Menschen mit Demenz zu fördern. Es zeigte sich, dass die mangelnde Möglichkeit der verbalen Kommunikation das Wohlbefinden der Betroffenen beeinträchtigt und somit den Angehörigen eine neue Form der Kommunikation über die Wahrnehmungsstimulation vermittelt werden soll.

Auf Basis dieses Wissens wurde eine Broschüre erstellt, welche einerseits theoretische Grundlagen, andererseits konkrete Anregungen zur Wahrnehmungsstimulierung der verschiedenen Sinne enthält. Die Anregungen können mit Hilfe eines Evaluationsbogens von den Angehörigen selbst ausgewertet werden, um so die passenden Stimulationen zu finden.

Inhaltsverzeichnis

1.	EINLEITUNG	1
1.1	PROBLEMSTELLUNG UND FRAGESTELLUNG	1
1.2	VORGEHEN	1
1.3	AUFBAU.....	2
2.	DEMENZ	3
2.1	ALZHEIMERDEMENZ	3
2.2	SCHWERE (FORTGESCHRITTENE) DEMENZERKRANKUNG.....	5
2.3	EINZIGARTIGKEIT	6
3.	KOMMUNIKATION BEI SCHWERER DEMENZ	7
3.1	VERBALE UND NONVERBALE KOMMUNIKATION.....	7
3.2	VIER SCHRITTE DER KOMMUNIKATION	8
3.3	KOMMUNIKATIONSSTÄRKEN VON MENSCHEN MIT DEMENZ	8
3.4	DER MENSCH MIT DEMENZERKRANKUNG ALS SENDER.....	9
3.5	DER MENSCH MIT DEMENZERKRANKUNG ALS EMPFÄNGER	9
3.6	KOMMUNIKATION UND WAHRNEHMUNG	11
4.	WAHRNEHMUNG	12
4.1	SINNE	12
4.2	SINNESMODALITÄTEN	12
4.3	WAHRNEHMUNGSSTÖRUNGEN BEI DEMENZIELLER ERKRANKUNG.....	13
4.4	WAHRNEHMUNGSBEDÜRFNISSE VON MENSCHEN MIT DEMENZ.....	15
5.	ZUSAMMENFASSUNG DER ERKENNTNISSE UND BEDEUTUNG DER KOMMUNIKATION FÜR DAS WOHLBEFINDEN DES MENSCHEN MIT DEMENZ	16
5.1	ZUSAMMENFASSUNG DER ERKENNTNISSE	16
5.2	BEDEUTUNG DER KOMMUNIKATION FÜR DEN MENSCHEN MIT SCHWERER DEMENZ.....	17
5.3	WOHLBEFINDEN BEI MENSCHEN MIT SCHWERER DEMENZ	17
5.4	PSYCHOMOTORIK ALS CHANCE ZUR FÖRDERUNG DES WOHLBEFINDENS UND DER KOMMUNIKATION DURCH WAHRNEHMUNGSSTIMULIERUNG	22
6.	SCHWIERIGKEITEN UND CHANCEN FÜR ANGEHÖRIGE VON MENSCHEN MIT SCHWERER DEMENZERKRANKUNG...	24
6.1	SCHWIERIGKEITEN VON ANGEHÖRIGEN VON MENSCHEN MIT SCHWERER DEMENZERKRANKUNG	24
6.2	BEDÜRFNISSE VON ANGEHÖRIGEN VON MENSCHEN MIT SCHWERER DEMENZERKRANKUNG	25
6.3	CHANCEN BEI EINBEZUG VON ANGEHÖRIGEN IN DIE FÖRDERUNG DES WOHLBEFINDENS DURCH KOMMUNIKATION.....	25
7.	WICHTIGE ECKPUNKTE BEIM ERSTELLEN DER BROSCHÜRE	26
7.1	ZIELPUBLIKUM	26
7.2	INHALTLICHE ECKPUNKTE DER BROSCHÜRE.....	26
8.	MÖGLICHKEITEN ZUR FÖRDERUNG DES WOHLBEFINDENS DURCH WAHRNEHMUNGSSTIMULATION UND ERKENNEN DER EMOTIONEN	27
8.1	ÜBERLEGUNGEN ZU DEN AUSGEWÄHLTEN ANREGUNGEN IN DER BROSCHÜRE	27
8.2	ZUSAMMENSTELLUNG DES EVALUATIONSBOGENS IN DER BROSCHÜRE	28
9.	DISKUSSION	30
9.1	ZUSAMMENFASSUNG UND KRITISCHE REFLEXION DER ARBEIT.....	30
9.2	KRITISCHE REFLEXION DER BROSCHÜRE	31
9.3	AUSBLICK	31
10.	LITERATURVERZEICHNIS	33
11.	ANHANG	35

1. Einleitung

In diesem Kapitel wird die Problem- und Fragestellung thematisiert und der Aufbau und das Vorgehen erläutert.

1.1 Problemstellung und Fragestellung

Die heutige Gesellschaft steht vor der Herausforderung, dass es immer mehr ältere Menschen gibt. (BFS, 2015) Dadurch werden wir auch immer mehr mit Krankheiten konfrontiert, welche vorwiegend ältere Menschen betreffen, so auch mit Demenzerkrankungen. Da das Spektrum der Demenzerkrankungen sehr vielfältig ist, werde ich mich bei den Diagnosekriterien auf die schweren Alzheimererkrankungen beschränken, da sie die häufigste Demenzerkrankung ist.

Aus eigener Erfahrung weiss ich, dass gerade bei einer schweren Demenz die Situation für die Angehörigen schwierig sein kann, da sie sich auf eine neue Situation einstellen müssen und der Mensch mit Demenz nach und nach seine Fähigkeiten verliert. Dennoch ist es wichtig, dass die Besuche bei dieser Person aufrechterhalten werden und man neue Formen finden kann, diese Besuche zu gestalten. Oft fällt aber genau dies schwer, da die bekannten Formen des Besuchs nicht mehr funktionieren. Im Rahmen dieser Arbeit soll herausgefunden werden, welche Möglichkeiten man den Angehörigen aus psychomotorischer Sicht im Bereich der Wahrnehmung bieten kann, um die Besuche zu gestalten

Auf Grund dieser Überlegungen komme ich zu folgender Fragestellung:

Wie zeigt sich die Problematik von Menschen mit schwerer Demenzerkrankung im Bereich der Kommunikation und des Wohlbefindens? Welche Möglichkeiten bieten sich, aus psychomotorischer Sicht, den Angehörigen Hilfestellungen zur Förderung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz zu geben?

1.2 Vorgehen

Auf der Suche nach Informationen, was es bisher schon gibt, stiess ich auf einige Ratgeber für Angehörige von Menschen mit Demenz, welche oft viel Theorie aber keine konkreten praktischen Ideen lieferten.

Auch aus dem Bereich der Motogeragogik, einem Konzept der Psychomotorik für betagte Menschen, welches beispielsweise in Österreich oder Deutschland umgesetzt wird, gab es wenig Anhaltspunkte für die Auseinandersetzung mit schwer dementen Menschen, da dort von noch aktiven Personen ausgegangen wird, die sich in einer Gruppe bewegen.

Daher suchte ich Literatur zum Thema Demenz und Kommunikation. Dort fand ich fundierte Literatur, aus welchen auch Kommunikationstrainings entwickelt wurden. Doch auch diese waren noch sehr auf die verbale Ebene fokussiert, jedoch wurde aber das Thema der Wahrnehmungsstimulation erwähnt. So zog ich Literatur zum Thema Wahrnehmungsstimulation bei und wurde insbesondere im Bereich der Ergotherapie und insbesondere der Basalen Stimulation nach A. Fröhlich fündig.

Aus diesen Quellen arbeite ich dann die Informationen und die Anregungen heraus und erstelle daraus eine Broschüre für Angehörige, welche theoretische Grundlagen, das Erkennen von Emotionen, konkrete Anregungen zur Wahrnehmungsstimulation und einen Evaluationsbogen enthält.

1.3 Aufbau

Im nächsten Kapitel werden die Diagnosekriterien einer Demenzerkrankung erläutert. Dabei zeigt sich, dass Kommunikation eine häufige Einschränkung bei schwerer Demenz ist. Daher wird anschliessend das Thema der Kommunikation bei schwerer Demenz thematisiert. So wird der Betroffene einerseits als Sender, andererseits als Empfänger von Informationen betrachtet. Hier liegt ein besonderes Augenmerk auf der Einzigartigkeit jedes Menschen. Dies soll verdeutlichen, dass es schwierig ist, allgemein gültige Aussagen zu machen.

Es zeigte sich, dass bei einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung die Wahrnehmung in der Kommunikation eine grosse Rolle spielt. Daher wurden anschliessend die verschiedenen Sinne thematisiert, aber auch mögliche Schwierigkeiten beziehungsweise Einschränkungen bei einer schweren Demenzerkrankung betrachtet.

Anschliessend wurden die bisherigen Erkenntnisse zusammengefasst und ihre Bedeutung für das Wohlbefinden der Betroffenen thematisiert. In diesem Kapitel wird auch Wohlbefinden definiert und aufgezeigt, wie Wohlbefinden oder Unwohlsein bei Menschen mit Demenz erkannt werden kann.

Dann wird kurz das Thema der Belastung und der Bedürfnisse der Angehörigen angeschnitten. Dieses Thema kann aber im Rahmen dieser Arbeit nicht vollumfänglich berücksichtigt werden, da dies ein sehr grosses Thema ist und in dieser Arbeit der Fokus auf dem Wohlbefinden des Menschen mit Demenz liegt.

Darauffolgend werden die Grundlagen und der Aufbau der Broschüre erläutert, welche sich im Anhang befindet. Hier wird auch detaillierter auf die Auswahl der Anregungen zu Wahrnehmungsstimulation eingegangen und das Erstellen des Evaluationsbogens erläutert.

Abschliessend findet eine Diskussion sowie eine kritische Reflektion der Arbeit und der Broschüre statt, bevor ein Ausblick auf mögliche weitere Folgearbeiten gemacht wird.

2. Demenz

Das Wort „Demenz“ kommt aus dem Lateinischen. Die Vorsilbe de- heisst: „etwas ist weg, abhandengekommen“, und -mens bedeutet: „der Geist, der Verstand“. Als Gesamtes bedeutet das Wort „Demenz“ also „Der Verstand ist weg.“ (vgl. Moreau, 2011, 2.1.1¹)

Es existieren verschiedene Formen von Demenz. Es wird zwischen primären und sekundären Demenzerkrankungen unterschieden. Bei einer primären Demenzerkrankung ist die Ursache eine primäre Erkrankung des Gehirns. Sie werden weiter in die degenerativen, die vaskulären und die Mischformen unterteilt. Zu den degenerativen Demenzformen gehören unter anderem die Alzheimererkrankung, die Fronto-Temporale Degeneration und die Lewy-Body-Demenz. (vgl. Moreau, 2011, 2.1.3.)

Bei sekundären Demenzen liegen die Ursachen entweder ausserhalb des Gehirns (Vitaminmangel, Alkohol, Medikamente, Lösungsmittel, hormonelle Störungen usw.) oder es liegen andere Krankheitsbilder im Gehirn vor (Hirntumor, Hydrozephalus, Hirnentzündung oder -infektion, andere neurologische Erkrankungen usw.). (vgl. ebd.²)

Aufgrund der grossen Unterschiede zwischen den Krankheitsbildern werde ich mich im Folgenden nur noch auf die Alzheimererkrankung beschränken. Dies, da die Alzheimererkrankung die häufigste Demenzform ist. Dennoch lassen sich die Erkenntnisse zur Kommunikations- und Beziehungsförderung durch Wahrnehmungsstimulation auch auf die anderen Demenzformen übertragen. Der Einfachheit halber werde ich in der Arbeit nur von Demenz und nicht von einer Alzheimererkrankung sprechen.

2.1 Alzheimerdemenz

In diesem Unterkapitel werden die Diagnosekriterien einer Alzheimererkrankung aus der ICD-10 und dem DSM- IV betrachtet. Ebenso wird betrachtet, was bei einer schweren Demenzerkrankung für Symptome auftreten können. Auch wird ein Fokus auf die Einzigartigkeit jedes Betroffenen gelegt.

2.1.1 Diagnosekriterien ICD-10

Für eine sichere klinische Diagnose ist es erforderlich, dass die mnestiche³ und kognitive Störung mindestens sechs Monate vorhanden ist. Ansonsten darf die Diagnose nur vorläufig gestellt werden. (vgl. World Health Organisation (n.d.), zitiert nach Schaub & Freyberger, 2012, S.91/92)

Ausserdem wird die Diagnose durch den Nachweis des Abbaus weiterer höherer kortikaler Funktionen, also den komplexeren Hirnfunktionen, gestützt. Zusätzliche psychiatrische Auffälligkeiten, wie Wahn oder Halluzinationen werden zusätzlich dokumentiert. (vgl. ebd.)

¹ Die Literatur Mühlegg-Weibel, A. (2011) Demenz verstehen. Wetzikon: Stiftung Sonnweid. hat keine Seitenzahlen, daher sind bei allen Autoren aus diesem Sammelband die jeweiligen Kapitel angegeben.

² Ebd. Bedeutet „ebenda“ und wird verwendet, wenn gerade eben der gleiche Autor verwendet wurde. Ist es der gleiche Autor aber eine andere Seitenzahl wird dies vermerkt.

³ Gedächtnisfunktionen

Die Schwere des Demenzsyndroms wird ebenfalls dokumentiert. Sie wird nach dem stärksten ausgeprägten Ausmass der mnestischen oder kognitiven Störung bestimmt. (vgl. ebd.)

Ist ein Demenzsyndrom in diesem Sinn vorhanden, kann die Demenzform diagnostiziert werden. Um eine Alzheimererkrankung zu diagnostizieren ist es in der ICD-10 erforderlich, dass sich aus der Anamnese, der körperlichen oder weiteren speziellen Untersuchungen keine Anhaltspunkte für eine andere Ursache der Demenz, eine Systemerkrankung, also eine körperliche Erkrankung oder ein Alkohol- oder Substanzenmissbrauch vorhanden sind, welche die Demenz alleine erklären könnten. Somit handelt es sich im Wesentlichen um eine Ausschlussdiagnose. (vgl. ebd.)

Des Weiteren sieht die Klassifikation der ICD- 10 eine Unterteilung nach dem Zeitpunkt des Beginns der Erkrankung vor. Es wird zwischen einer Alzheimererkrankung mit frühem und mit spätem Beginn unterschieden (vor oder nach dem 65. Altersjahr). (vgl. ebd.)

Für die Alzheimererkrankung mit frühem Beginn wird neben dem Alterskriterium gefordert, dass ein relativ plötzlicher Beginn und eine rasche Progredienz⁴ vorliegt oder zusätzlich zur Gedächtnisstörung eine amnestische⁵ oder sensorische Aphasie⁶, Agrafie⁷, Alexie⁸, Akalkulie⁹ oder Apraxie¹⁰ deutlich werden. (vgl. ebd.)

Bei einer Alzheimererkrankung mit spätem Beginn wird ein langsamer Beginn und eine allmähliche Progredienz oder ein deutliches Überwiegen der mnestischen gegenüber den kognitiven Defiziten als charakteristisch angesehen. (vgl. ebd.)

Des Weiteren gibt es eine Kategorie für die atypische oder gemischte Form der Alzheimererkrankung, wie beispielsweise die frontale oder parietale Variante der Alzheimererkrankung. (vgl. ebd.)

2.1.2 Diagnosekriterien DSM- IV¹¹

Für eine Diagnose der Alzheimererkrankung wird im DSM-IV neben der Ausbildung einer mnestischen Störung die Entwicklung einer Aphasie, einer Apraxie oder einer Agnosie oder die Störung exekutiver Funktionen, welche beide so ausgeprägt sein müssen, dass sie mit den sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen interferieren. Sie können als Abbau eines vorherigen Funktionsniveaus verstanden werden. Als spezifisches Merkmal werden darüber hinaus der schleichende Beginn und ein kontinuierlicher Abbau genannt. Des Weiteren darf die Störung nicht durch andere Ursachen besser erklärbar sein.

⁴ Fortschreiten, Zunehmen

⁵ Zeitlich oder inhaltliche Erinnerungen betreffend

⁶ Sprachstörung

⁷ Unfähigkeit Wörter und Texte zu schreiben, obwohl die Intelligenz und die Beweglichkeit der Hand vorhanden wären.

⁸ Verlust der Lesefähigkeit

⁹ Unfähigkeit zum Umgang mit Zahlen

¹⁰ Störung der Ausführung willkürlicher zielgerichteter oder geordneter Bewegungen, trotz intakter motorischer Funktion

¹¹ Da im DSM-V die Alzheimererkrankung nicht mehr separat erwähnt wird, sondern den Neurokognitiven Störungen zugeordnet wird, wird hier das DSM- IV verwendet.

Auch im DSM-IV werden die Alzheimererkrankungen nach frühem oder spätem Beginn unterschieden. Hier werden aber im Gegensatz zur ICD-10 keine phänomenologischen Unterschiede definiert. Zusätzliche psychische Auffälligkeiten werden als komorbide Diagnosen gestellt. Atypische Formen werden im DSM-IV nicht erwähnt und die gemischten Formen werden separat als eigene Diagnose betrachtet. (vgl. American Psychiatric Association, zitiert nach Schaub & Freyberger, 2012, S. 92)

2.1.3 Symptome

Für die Symptome wird die eigentliche Demenzphase (Isokortikale Stadien) in drei Stadien unterteilt. Diese sind, leichtgradige Demenz, mittelgradige Demenz und fortgeschrittene (schwere) Demenz. vgl. Lauternbacher S & Gauggel S, 2010, S.347-381

In allen Stadien sind Symptome in den Bereichen des Lernens, des Gedächtnisses, der Sprache, der Aufmerksamkeit, der Raumwahrnehmung der Gesichtswiedererkennung und der Praxis¹² vorhanden. Oft sind auch depressive Verstimmungen vorhanden. Mit dem Fortschreiten der Erkrankung nimmt die Schwere der Symptome fortlaufend zu. (vgl. ebd.)

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird detaillierter auf die Symptome bei einer schweren (fortgeschrittenen) Demenzerkrankung eingegangen, da die Ideen zur Wahrnehmungsstimulierung, zur Förderung der Kommunikation und dadurch des Wohlbefindens, hauptsächlich für diesen Bereich der Erkrankung Verwendung finden.

2.2 Schwere (fortgeschrittene) Demenzerkrankung

Kennzeichnend für das späte Erkrankungsstadium ist, dass Betroffene auch einfache Aktivitäten des alltäglichen Lebens nicht mehr alleine bewältigen können und daher auf Betreuung und Pflege angewiesen sind. (vgl. Schmidtke & Otto, 2012, S.210)

Das Erleben hat keine Kontinuität mehr und der Verlust der Sprache schreitet immer weiter voran. Selbst die eigene Wohnung, aber auch die Angehörigen können nicht mehr immer erkannt werden. Ebenso ist ein regelmässiger Schlaf- Wach-Rhythmus oft nur noch mit der Gabe von sedierenden Medikamenten möglich. (vgl. ebd.)

Die betroffenen Personen werden mehrheitlich ruhiger und eine Depression kann in den Hintergrund treten. Gelegentlich können Angst, Unruhe, Schlafstörungen und Gereiztheit aber auch zunehmen. Durch all diese Symptome ist ein normaler Tagesablauf und die Betreuung Zuhause kaum mehr möglich. (vgl. ebd.)

Auch auf körperlicher Ebene werden Symptome sichtbar. Die Betroffenen leiden nun meist unter Urininkontinenz. Es treten Gangunsicherheiten und Schluckstörungen auf. Durch die motorische Unruhe, Schluckstörungen und fehlenden Appetit verlieren viele Kranke fortlaufend an Gewicht. Für das Endstadium sind auch Apathie¹³, Mutismus, und Immobilität charakteristisch. (vgl. ebd.)

¹² Fähigkeit, zweckmässige Bewegungen und Handlungen auszuführen

¹³ Teilnahmelosigkeit

Die Demenzerkrankung an und für sich ist nicht tödlich, jedoch aber die Folgen der Kachexie¹⁴ oder durch interkurrente Erkrankung, welche oft als Begleitung einer Demenz im Endstadium auftreten. (vgl. ebd.)

Diese Arbeit beschränkt sich auf das Stadium der schweren Demenz. Damit sind alle Menschen mit einer Demenzerkrankung gemeint, ab einem Stadium in welchem bereits motorische Einschränkungen auftreten und sie Mühe haben sich verbal mitzuteilen. Ebenso kann die Verarbeitung der Sinneseindrücke, also das Verstehen und Zuordnen der auf verschiedenen Sinneskanälen wahrgenommenen Informationen, bereits eingeschränkt sein. Das Erinnerungsvermögen, insbesondere das Kurzzeitgedächtnis, die kognitive Leistungsfähigkeit, sowie das Bewältigen des Alltags ist stark beeinträchtigt.

2.3 Einzigartigkeit

„Kennt man einen Menschen mit Demenz, kennt man EINEN Menschen mit Demenz“ (Haberstroh et al., 2011, S. 35)

Trotz den genau zugeordneten Symptomen für die Diagnose ist es schwierig, allgemeingültige Aussagen für alle Menschen mit Demenz aufzustellen, da es sich bei Demenz um kein einheitliches Krankheitsbild handelt. So sind bei allen Gemeinsamkeiten doch die Unterschiede zwischen den verschiedenen Demenzformen erheblich, so wie sich auch der Verlauf von Mensch zu Mensch unterschiedlich entwickeln kann. (vgl. ebd.)

Eine Betreuungssituation ist aus unterschiedlichen Gründen einzigartig. Einerseits, da jeder Mensch individuell ist, andererseits spielen noch andere Faktoren eine grosse Rolle. Zu diesen Faktoren gehören das Wissen und der Umgang der Pflegenden mit der Krankheit, die bisherige und aktuelle Beziehung zwischen den Pflegepersonen und dem Pflegebedürftigen, sowie das Vorhandensein anderer Personen zur Unterstützung. Diese Einflüsse können die Betreuungssituation so sehr verändern, dass sehr unterschiedliche Situationen trotz der gleichen Diagnose Demenz entstehen können. (vgl. ebd.)

¹⁴ Kräfteverfall mit Blutarmut und Appetitlosigkeit

3. Kommunikation bei schwerer Demenz

Kommunikation ist für Menschen ein grundlegendes Bedürfnis und von fundamentaler Bedeutung. Unter Kommunikation versteht man den Austausch von Gedanken, Gefühlen, Wünschen und Vorstellungen. Doch gerade diese Fähigkeit mit der Aussenwelt, auf altbekannte Weise, zu kommunizieren geht bei Menschen mit Demenz nach und nach verloren. (vgl. Haberstroh, Neumeyer & Pantel, 2011, S.11)

Zunächst fallen dem Erkrankten¹⁵ einzelne Worte nicht mehr ein oder er kann Fragen über Vergangenes der letzten Tage nicht mehr beantworten. Bei einer fortgeschrittenen Erkrankung können Worte dann weder formuliert noch verstanden werden. Nur noch der emotionale Ausdruck ermöglicht zu verstehen, was im Gegenüber vor sich geht. (vgl. ebd.)

Doch diese Missverständnisse, fehlende Worte und dadurch entstehende Misserfolge im Kontakt mit anderen Menschen frustrieren die Betroffenen oft so sehr, dass sie sich von ihrer Aussenwelt isolieren. Doch gerade Kommunikation und soziale Aktivitäten sind es, welche bei Menschen mit Demenz massgeblich zu ihrem Wohlbefinden und ihrer Lebensqualität beitragen. Somit gilt es andere Wege der Kommunikation zu finden. (vgl. ebd.)

Durch die Einzigartigkeit der Betreuungssituation gibt es keine allgemeingültigen Rezepte, welche eine gelingende Kommunikation versprechen. Es gibt nur die Möglichkeit sich ein vielfältiges Repertoire anzueignen, auf welches man zurückgreifen kann. Es muss aber auch nicht heissen, dass etwas das einmal funktioniert hat, wieder funktioniert. Das gleiche gilt für den umgekehrten Fall. Es bleibt also nur die Möglichkeit, nach Versuch und Irrtum vorzugehen. Mit der Zeit lässt sich aber erkennen, welche Kommunikationswege in welchen Situationen bei einer individuellen Person häufig hilfreich sind. Dadurch gewinnen die Betreuenden Sicherheit im Umgang mit dieser Person. (vgl. Haberstroh et al., 2011, S. 36)

In den weiteren Kapiteln werden die verschiedenen Aspekte von Kommunikation betrachtet und die möglichen Schwierigkeiten und Chancen der Kommunikation bei Menschen mit schwerer Demenz thematisiert.

3.1 Verbale und nonverbale Kommunikation

Kommunikation ist das Transportieren von Informationen. Die Informationen bestehen nicht nur aus Worten, sondern auch aus Bewegungen, Handlungen oder auch Nicht- Handlungen. Man kann verbal mit Worten oder Lauten kommunizieren oder nonverbal mit der Körpersprache, also mit Gestik, Mimik und Handlungen. (vgl. ebd., S.28)

Oft verbinden wir verbale und nonverbale Kommunikation. Ist die Kommunikation mit Worten nicht mehr möglich, so müssen wir auf die nonverbale Kommunikation zurückgreifen. (vgl. ebd.)

¹⁵ Um einen guten Lesefluss zu gewährleisten wird in der ganzen Arbeit nur die männliche Form verwendet. Die weibliche ist aber immer miteingeschlossen.

3.2 Vier Schritte der Kommunikation

Um die Komplexität von Kommunikation zu vereinfachen, schlägt Haberstroh et al. (201, S.28) vor, diese stark vereinfacht auf vier Schritte zu reduzieren:

1. „Darbietung: Ein Sender bietet eine Information dar
2. Aufmerksamkeit: Ein Empfänger richtet seine Aufmerksamkeit auf den Sender und die gegebene Information
3. Verstehen: Der Empfänger versteht die Information
4. Behalten: Der Empfänger behält die Information“

Schenkt der Empfänger der Information des Senders Aufmerksamkeit, kann sie verstehen und behalten, so kann er die Kommunikation auch umdrehen und auf die Information des Senders eine Antwort geben und somit selbst zum Sender werden. Eine Antwort nehmen wir als Zeichen dafür, dass die Kommunikation geglückt ist. (vgl. Haberstroh et al., 2011, S.28)

Für gesunde Menschen scheinen die vier Schritte der Kommunikation selbstverständlich und kinderleicht. Im Verlauf der Demenzerkrankung zeigen sich jedoch Schwierigkeiten bei allen vier Schritten der Kommunikation. Beispielsweise kann es bereits zu Beginn der Demenzerkrankung zu Wortfindungsstörungen kommen, welche die Darbietung beeinträchtigen. Die Aufmerksamkeit kann nicht mehr lang genug aufrechterhalten werden und komplexere Sätze können deshalb nicht mehr verstanden werden. Ebenso bereitet das für die Kommunikation wichtige, kurzzeitige Behalten von Informationen zunehmend mehr Schwierigkeiten. (vgl. ebd., S. 34)

3.3 Kommunikationsstärken von Menschen mit Demenz

Fällt die Fähigkeit weg sich mit Worten mitzuteilen, so bleibt doch noch die Möglichkeit über die nonverbale Ebene und die Beziehungsebene zu kommunizieren. In diesem Bereich haben Menschen mit Demenz bis ins späte Stadium eine grosse Stärke. So können sie die Worte: „Ich habe dich lieb.“ nicht mehr verstehen, können aber fühlen, was gesagt wird, wenn den Worten mit Mimik, Körpersprache und Tonfall zusätzlich Ausdruck verliehen wird. Sie verstehen viele Botschaften auf der Beziehungsebene und sind gesunden Menschen in diesem Bereich durchaus überlegen, da sie sich nicht durch den Wortinhalt täuschen lassen können, sondern nur zwischen den Zeilen, auf der Beziehungsebene die Botschaften verstehen. Diese Stärke kann durch bewusstes Kommunizieren im Krankheitsverlauf genutzt werden, um Erfolgserlebnisse zu schaffen, Mut zu machen, die Kommunikation aufrecht zu erhalten und das Wohlbefinden des Menschen mit Demenz zu fördern. (vgl. ebd.)

3.4 Der Mensch mit Demenzerkrankung als Sender

In einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung, ist eine verbale Kommunikation oft nicht mehr möglich. Teilweise ist es noch möglich bekannte Floskeln zu äussern. Eine gute Möglichkeit ist es aber über die Musik Erinnerungen abzurufen. Es kann sogar möglich sein, ein Lied zu singen, selbst wenn sprechen nicht mehr möglich ist. (vgl. ebd., S. 43- 45)

In diesem Unterkapitel wird thematisiert, was für Möglichkeiten der Mensch mit einer Demenzerkrankung als Sender einer Information hat und was dabei beachtet werden sollte.

3.4.1 Körperhaltung und emotionale Botschaften

Es ist wichtig sich auf die nonverbale Ebene beziehen zu können. So gilt es genau zu beobachten was der Betroffene durch seine Körperhaltung, Gesten, Gesichtsausdruck und Verhalten ausdrücken könnte. Zum Beispiel wird durch eine entspannte Mimik, ruhiges Atmen oder ein Lächeln, Wohlbefinden ausgedrückt. So können wir versuchen die Gefühle zu erspüren, welche den demenzkranken Menschen gerade bewegen. Denn die Gefühle sind der Antrieb seines Handelns.

So können wir auf die wahrgenommenen Gefühle eingehen, sie ernst nehmen und wertschätzen.

In manchen Situationen kann es für den erkrankten Menschen auch hilfreich sein, wenn die Gefühle verbalisiert werden. Dafür bedarf es aber genauer Beobachtung des Betroffenen und viel Sensibilität. Denn manchmal ist es nicht hilfreich oder angebracht die Gefühle eines anderen zu formulieren. Beispielsweise kann es sein, dass es die Person wütend macht, wenn sie sich für die Gefühle schämen oder diese nicht wahrhaben wollen, welche sie spiegeln. (vgl. ebd., S.52- 55)

Mit einer zugewandten Körperhaltung, mit einem Lächeln oder einem Wort der Wertschätzung kann man dem Gegenüber vermitteln, dass man aufmerksam ist und sich Zeit nimmt. (vgl. Haberstroh et al., 2011, S.52- 55)

3.4.2 Spiegeln

Es kann auch hilfreich sein, den Menschen mit Demenz zu spiegeln. Unter spiegeln versteht man die Gefühle des Gegenübers zu benennen und zu bestätigen oder seine Körperhaltung, Gesichtsausdruck oder Gestik andeutungsweise zu imitieren. Das Ähnlich-Werden beispielsweise durch synchrone Bewegungen kann die Begegnung erleichtern. Auch gemeinsames Handeln kann hilfreich sein, zum Beispiel zusammen essen, kochen oder im Garten arbeiten. (vgl. ebd.)

3.5 Der Mensch mit Demenzerkrankung als Empfänger

Möchte man dem Menschen mit Demenz etwas mitteilen, wird dieser zum Empfänger dieser Information, was eine komplexe Hirnleistung erfordert. In diesem Unterkapitel wird thematisiert, welche Stärken und Schwächen ein Mensch mit einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung als Empfänger einer Botschaft hat und was man als Sender der Information beachten sollte.

3.5.1 Stärken und Schwächen

Generell zeigt sich, dass Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung Schwierigkeiten beim Empfangen von inhaltlichen Informationen haben, aber auf der Beziehungs- und Gefühlsebene durchaus viele Fähigkeiten erhalten bleiben. (vgl. ebd., S.56)

Oft gelingt es, die Aufmerksamkeit auf etwas zu richten; die Aufmerksamkeit auf einen anderen Bereich zu verlagern, fällt jedoch schwer. Auch gelingt es nicht mehr, die Aufmerksamkeit auf verschiedenen Dinge gleichzeitig zu richten oder hin und her zu wechseln. (vgl. ebd., S. 57)

Daher ist es wichtig, wenn man eine Kommunikation mit einem Menschen beginnen möchte, zuerst seine Aufmerksamkeit zu erlangen. (vgl. ebd., S. 56- 63)

So ist es wichtig, zunächst einmal sowohl physisch, wie auch mental, präsent zu sein, damit die betroffene Person die Möglichkeit bekommt, zu merken, dass sie angesprochen bzw. Kontakt zu ihr aufgenommen wird. (vgl. ebd., S.63- 65)

Es kann helfen, ins Blickfeld des Menschen mit Demenz zu treten und ihn von vorne anzusprechen. Gleichzeitig kann es hilfreich sein, Blickkontakt aufzunehmen und sich auf Augenhöhe zu begeben, einerseits wortwörtlich, andererseits sich auch mit der Gestik und im Tonfall der angesprochenen Person anzupassen. (vgl. ebd.)

Eine weitere Komponente, die helfen kann, ist die Person mit dem Vornamen anzusprechen, da dieser meist wahrgenommen wird und die Person merkt, dass sie angesprochen wird. Der Effekt ist beim Nachnamen deutlich kleiner. (vgl. ebd.)

Neben den verbalen und visuellen Möglichkeiten ist auch der Weg über andere Sinnesorgane, wie beispielsweise durch Berührung, eine gute Möglichkeit, die Aufmerksamkeit des Menschen mit Demenz zu erlangen und mit ihm zu kommunizieren. So hören sie nicht nur, dass jemand mit ihnen spricht, sondern fühlen dies auch, beispielsweise durch eine Hand auf der Schulter. Gerade im späten Stadium der Erkrankung, wenn durch die visuellen und auditiven Kanäle nur noch wenig Reize aufgenommen und verarbeitet werden können, schätzen es viele Menschen, den körperlichen Kontakt zu haben und so beispielsweise ein Gefühl von Sicherheit zu erhalten. Hier ist es wichtig, zu wissen, dass nicht jede Person berührt werden will und dies auch respektiert werden muss. So ist es beispielsweise wichtig, sich von vorne zu nähern bevor man die Person berührt, um sie nicht mit der Berührung zu erschrecken. (vgl. ebd.)

Um die Aufmerksamkeit eines Menschen mit Demenz zu erlangen und sein Wohlbefinden zu fördern, ist es hilfreich, das bevorzugte Sinnesorgan der Person zu kennen. Viele Leute bevorzugen einen Sinn. Das kann das Hören, das Sehen, der Geruchssinn, der Geschmackssinn oder der Tastsinn sein. Über das bevorzugte Organ gelingt es leichter Vertrauen zu dieser Person aufzubauen. Um herauszufinden, welches Sinnesorgan die Person bevorzugt, gilt es genau hinzuhören und zu beobachten. Oft kann beispielsweise bekannte Musik Personen ansprechen, ihnen Sicherheit und Freude vermitteln und ihnen beispielsweise auch im Alltag helfen, sich zurecht zu finden, wenn beispielsweise vor dem Schlafengehen ein bekanntes Gute-Nacht-Lied gespielt wird. (vgl. ebd. S.65- 66)

3.5.2 Die Achtung des Erkrankten wahren

Für Menschen mit Demenz ist es wichtig, dass sie sich ernst genommen fühlen und man beispielsweise nicht in Babysprache mit ihnen spricht, sondern sie als Erwachsene wahrnimmt. Genauso ist es wichtig, dass man offen mit ihnen spricht und vor allem mit ihnen und nicht über sie. Das direkte Ansprechen soll auch beibehalten werden, wenn sie scheinbar nicht mehr verstehen, was man zu ihnen sagt, da sie eben gerade emotionale Botschaften und die Zugewandtheit noch sehr gut spüren. (vgl. ebd., S.75)

3.5.3 Körperhaltung und emotionale Botschaften

Durch eine zugewandte Körperhaltung signalisieren wir unter anderem Zuneigung und Wertschätzung und können so dem Menschen mit Demenz Sicherheit geben. (vgl. ebd., S.74)

Viele Menschen mit Demenz haben eine sehr hohe Sensibilität für die Atmosphäre und Stimmungen. So merken sie sofort, ob man ihnen wirklich Aufmerksamkeit schenkt oder ihnen nur formal begegnet; so wie sie auch sofort spüren, ob die Gefühle, die einer Botschaft mitschwingen, echt und kongruent sind. (vgl. ebd.)

3.6 Kommunikation und Wahrnehmung

In einem späten Stadium der Demenzerkrankung ändert sich die Kommunikation vom Inhalt des Gesagten zu den emotionalen Botschaften, die zwischen den Zeilen mitschwingen. Um das Wohlbefinden und die Kommunikation zu dem Menschen mit Demenz zu fördern, ist es wichtig die verschiedenen Sinne zu nutzen und herauszufinden, welche Sinne der Erkrankte bevorzugt. So wird der Bereich der Wahrnehmung über verschiedene Sinneskanäle immer wichtiger und zentraler Bestandteil der Kommunikation und ist somit für die Förderung des Wohlbefindens zentral, da er sich so wahrgenommen fühlt und Sicherheit vermittelt bekommen kann. (vgl. ebd.)

4. Wahrnehmung

„Die Aufnahme von Reizen, Verarbeitung und die Antwort auf Sinneseindrücken nennen wir Wahrnehmung.“ (Schaade, 2009, S.29)

Über die Sinnesorgane, wie Augen, Ohren, Nase, Mund, Haut, Muskeln und Sehnen erfahren wir Eindrücke, welche ans Gehirn weitergeleitet werden und dort weiterverarbeitet werden. (vgl. ebd., S.28)

Im Gehirn werden die Reize verarbeitet, die durch die Sinnesorgane erzeugt werden. Es muss dort zu einer sensorischen Integration kommen. Unter sensorischer Integration versteht man das Ordnen und Verarbeiten von sinnlichen Eindrücken und das Erzeugen einer angepassten Körperreaktion, einer sinnvollen Wahrnehmung und Gefühlsreaktion. Die sensorische Integration sortiert, ordnet und vereint alle sinnlichen Eindrücke zu einer vollständigen und umfassenden Hirnfunktion. (vgl. Ayres, 1998, zitiert nach Schaade, 2009, S. 28)

Die Summe der sensorischen Erfahrung ist das, was uns zu dem macht, was wir jeweils sind. Die sensorischen Eindrücke sind der Weg, uns Informationen aus der Umwelt zu beschaffen und sie mit dem eigenen Körper in Verbindung zu bringen. (vgl. Fröhlich, 1979, zitiert nach Schaade, 2009, S.28)

Auf Grund dieser Annahmen werden die Bedeutung der Sinne und die möglichen Einschränkungen in den einzelnen Sinnessystemen thematisiert.

4.1 Sinne

Der Mensch verfügt über verschiedene Sinnesorgane. Die bekanntesten Sinne sind Sehen, Hören, Schmecken, Riechen und tastendes Fühlen. Daneben gibt es aber weitere Rezeptoren, welche wir für das Aufrechterhalten des Gleichgewichts oder den reibungslosen Ablauf von Bewegung benötigen.

Man spricht auch von visueller (sehen), auditiver (hören), gustatorischer (schmecken), olfaktorischer (riechen), taktiler (fühlen), vestibulärer (Gleichgewicht) und kinästhetischer (Tiefensensibilität) Wahrnehmung. (vgl. Schaade, 2009, S. 30-31)

4.2 Sinnesmodalitäten

Zwischen dem Sinneseindruck, der Sinnesempfindung und der Deutung gibt es einen Unterschied. Der Sinneseindruck ist eine Angabe, beispielsweise „süß“. Aber nur mit dieser Information wissen wir ja noch nicht, was wir im Mund haben. Dies wissen wir erst dank der Sinnesempfindung, welche die Summe von allen Sinneseindrücken ist. Denn „süß“ kann beispielsweise Schokolade oder ein Gummibärchen sein. Erst durch die anderen Sinnesinformationen, wie Geruch, Geräusch beim Draufbeissen und die Wahrnehmung der Konsistenz, ergibt sich eine Sinnesempfindung, welche dann gedeutet werden kann. Die Deutung, hängt stark mit den Erfahrungen und dem Gelernten zusammen. Dies alles zusammen bedeutet Wahrnehmung. (vgl. ebd., S. 30)

4.3 Wahrnehmungsstörungen bei demenzieller Erkrankung

Altersbedingt treten schon Veränderungen der Sinnesorgane und der Wahrnehmung auf. Oft sind aber weitere Einschränkungen bei einer Demenzerkrankung zu erwarten, welche über den normalen Alterungsprozess hinausgehen. (vgl. Schaade, 2009, S. 35)

Wichtig ist es zu beobachten, welche Wahrnehmungsbereiche bei der Person mit Demenz am meisten eingeschränkt sind. Im Anschluss werden nun mögliche Einschränkungen dargelegt, welche aber von Person zu Person anders ausgeprägt sein können. (vgl. ebd.)

4.3.1 Störung der auditiven Wahrnehmung

Unter dem Verlust der auditiven Wahrnehmung versteht man, dass Töne oder Geräusche nicht mehr wahrgenommen werden können oder Tonhöhe, Lautstärke und Qualität nicht mehr eingeordnet werden können und Geräuschquellen nicht mehr lokalisiert werden können. (vgl. ebd.)

So kann es sein, dass Geräusche als laut und störend wahrgenommen werden, welche früher für diesen Menschen keineswegs ein Problem darstellten. Dies kann dazu führen, dass der Mensch mit Demenzerkrankung sehr laut und aufgeregt wird. (vgl. Schaade, 2009, S. 35) Dann hilft es nur, die Geräusche, die der Mensch mit Demenz nicht mehr einordnen kann, zu vermeiden und wenn dies nicht möglich ist, zu versuchen, durch Berührungen oder leises Sprechen den Menschen zu beruhigen. Auch kann es helfen, die Aufmerksamkeit der Person auf sich zu lenken und bei der Geräuschlokalisation zu helfen oder sie abzulenken. (vgl. ebd.)

4.3.2 Störung der visuellen Wahrnehmung

Die visuelle Wahrnehmung von Bildern benötigt eine sehr hohe Hirnleistung. Aus diesem Grund ist es bei einem Menschen mit Demenz mit der Zeit oft nicht mehr möglich, ein Bild inhaltlich zu erkennen. Dies entsteht aufgrund einer Schädigung des visuellen Assoziationskortexes. (vgl. ebd., S.36)

Dabei kann es zu einer sogenannten Agnosie kommen. Als Agnosie wird bezeichnet, wenn man ein Objekt das man sieht, nicht mehr benennen kann. So merkt der Erkrankte zwar noch, dass sich ein Objekt in seinem Blickfeld befindet, kann es aber nicht zuordnen oder benennen. Oft werden einfache Grundformen noch länger erkannt und zugeordnet als komplexere Bilder oder Gesichter. (vgl. ebd., S.36)

Das nicht wieder erkennen von bekannten Gesichtern wird auch als Prosopagnosie bezeichnet. (vgl. Schaade, 2009, S. 36) Leider gibt es hier kaum Möglichkeiten auf die Störung einzugehen und ihr entgegenzuwirken. Es kann einzig helfen, Dinge mit Schrift oder verbal zu benennen. Aber es wird mit zunehmender Erkrankung irgendwann auch mit dieser Hilfe nicht mehr möglich sein, den Bildinhalt aufzunehmen. (vgl. ebd., S.36)

4.3.3 Störung der olfaktorischen und gustatorischen Wahrnehmung

Die Wahrnehmung von Geruch und Geschmack liegen sehr eng zusammen, da wir beim Geschmack oft auch eine geruchliche Komponente haben, da Mund und Nase miteinander verbunden sind. (vgl. ebd., S.36)

Während uns der Geschmackssinn lediglich die Informationen süß, salzig, sauer, bitter, und scharf (durch einen Schmerzreiz erzeugt), geben kann, nehmen wir beim Essen über den Geruchssinn viele weitere Informationen über die Nahrung auf, die wir zu uns nehmen. (vgl. ebd., S.36)

Im Verlaufe der Demenzerkrankung kann sich durch die Schädigung des Gehirns die Geschmackswahrnehmung stark verändern. Meist wird nur noch der Geschmack „süß“ erkannt, alles andere schmeckt schal oder salzig. So kann es helfen süße Speisen anzubieten, da diese für sie geschmacklich wahrnehmbar und lecker sind. Auch der Geruchssinn kann sehr stark abnehmen, und eine differenzierte Unterscheidung und Zuordnung von Gerüchen ist nicht mehr möglich. Daher muss man auch mit Aromatherapien sehr vorsichtig sein. (vgl. ebd., S.36)

4.3.4 Störung der taktil- kinästhetischen Wahrnehmung

Manchmal können die Sinnesreize auf der taktilen Ebene noch wahrgenommen, aber nicht zugeordnet werden. So kann es passieren, dass der Mensch mit Demenz verunsichert ist. Dennoch versucht er im Bereich der Wahrnehmung das, was er mal konnte, wieder zu erlangen und sucht deshalb (wie ein Säugling) viele taktile Reize. So wischen sie beispielsweise über Tische oder Wände, reiben die Hände aneinander, nesteln an ihrer Kleidung oder neigen zu Autostimulation in dem sie auf den Kopf schlagen, ständig in Bewegung sind oder alles in die Hand nehmen. Oft werden diese Bewegungen auch wiederholt. (vgl. ebd., S.46-47)

Oft haben die Menschen, insbesondere wenn sie bettlägerig sind, einen Mangel an kinästhetischen Sinneseindrücken, da sie ihre Muskulatur kaum mehr benötigen und die Stellung wenig geändert wird. Auch ohne die Bettlägerigkeit wird die kinästhetische Wahrnehmung immer schwieriger, und es ist für diese Menschen schwierig den Muskeltonus aufrecht zu erhalten und ihre Bewegungen zu koordinieren. Sie verlieren auch viel schneller das Gleichgewicht oder lassen etwas fallen. (vgl. ebd., S.47-49)

4.4 Wahrnehmungsbedürfnisse von Menschen mit Demenz

Basale Stimulation, also die Anregung der grundlegenden Sinne, hat den Zweck eine Orientierungs-, Begleit- und Kommunikationshilfe zu sein. So kann man den Demenzerkrankten ermöglichen sich neu zu zentrieren und eine Aktualisierung des Selbst¹⁶ zu erleben. Dies ist für das Wohlbefinden der einzelnen Person enorm wichtig. Deshalb haben die Menschen mit einer schweren Demenzerkrankung das Bedürfnis nach basaler Wahrnehmung. (Buchholz & Schürenberg, 2013, S. 39)

Die Basale Stimulation ermöglicht es den schwer Demenzerkrankten, welche sich durch Bewegungsunfähigkeit oder eingeschränkte Bewegungs- und Wahrnehmungsfähigkeiten nicht mehr selbst Sinnesstimulationen zuführen können aus der Sinnesisolation herauszuhelfen und ihr Leben durch Sinneseindrücke zu bereichern. Dadurch kann ihnen ein grösseres Wohlbefinden geschaffen werden. (Schaade & Kubny-Lüke, 2005, S. 55)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Wahrnehmung für den schwer Demenzerkrankten von wichtiger Bedeutung ist. Er kann sich aber oft die Sinnesreize nicht mehr selbst zuführen und ist dann auf betreuende Personen angewiesen, welche ihm die Sinnesreize oder Materialien dafür verfügbar machen.

¹⁶ Selbstaktualisierung bedeutet, dass man die Wahrnehmung der eigenen Person mit dem was man aktuell ist und mit dem was man noch sein kann in Übereinstimmung zu bringen.

5. Zusammenfassung der Erkenntnisse und Bedeutung der Kommunikation für das Wohlbefinden des Menschen mit Demenz

In diesem Kapitel werden die bisherigen Erkenntnisse zusammengefasst und die Bedeutung für die Kommunikation thematisiert. Ebenso wird der Zusammenhang zwischen Kommunikation und Wohlbefinden erläutert. Es wird auch definiert, was unter dem Wort Wohlbefinden verstanden wird und wie man Emotionen bei Menschen mit schwerer Demenz erkennen kann.

5.1 Zusammenfassung der Erkenntnisse

Als wichtigster Punkt gilt, dass jeder Mensch mit Demenz einzigartig ist und so auch die Möglichkeiten und Bedürfnisse der Personen. Diese können jedoch auch von Tag zu Tag bei einer Person unterschiedlich sein. Davon sollte man sich nicht verunsichern lassen.

Die Kommunikation funktioniert oft nicht mehr über die uns geläufigen Wege. Verbale Kommunikation wird oft inhaltlich nicht mehr verstanden. Meist gelingt jedoch noch das Erkennen der emotionalen Botschaft.

Oft kann eine Person auch nicht mehr für uns verständlich verbal kommunizieren. Es können auch nur noch einzelne Laute sein oder Worte, die wir im Zusammenhang vielleicht deuten können. Es ist wichtig den Menschen mit Demenz genau zu beobachten, denn oft zeigt er in seinen Handlungen und in seinen nonverbalen Äusserungen, was seine Gefühle und Bedürfnisse sind. In gewissen Situationen kann es auch hilfreich sein den Menschen mit Demenz zu spiegeln.

Gelingt die Kommunikation kaum mehr, da die Person in allen vier von Haberstroh et al. (2011, S.28) genannten Kommunikationsschritten beeinträchtigt ist, so kann es hilfreich sein auf die Ebene der Sinneskanäle zu wechseln und über diesen Weg die Kommunikation mit den Menschen mit Demenz zu suchen und ihm so einen Zugang zu sich und der Aussenwelt zu ermöglichen und sein Wohlbefinden zu fördern.

Hierfür ist es wichtig die bevorzugten Sinnesorgane des Menschen mit Demenz zu kennen und auch zu beachten in welchen Bereichen er bereits Einschränkungen in der Wahrnehmung hat.

Die Einschränkungen können von Person zu Person sehr verschieden sein. Anschliessend werden nun verschiedene mögliche Einschränkungen aufgeführt. Diese müssen aber nicht bei allen Menschen mit schwerer Demenz zutreffen.

So kann es Einschränkungen bei der Aufnahme der Sinneseindrücke oder bei der Verarbeitung dieser geben. Der Geruchs- und Geschmackssinn ist oft früh beeinträchtigt so, dass beispielsweise das Essen oft fade schmeckt, da die geruchliche Komponente fehlt. Oft können Menschen mit Demenz nur noch süsse Speisen geschmacklich zuordnen.

Auch die visuelle Wahrnehmung kann bei der Sinnesaufnahme und der Verarbeitung der Sinneseindrücke schon früh beeinträchtigt sein. Ebenso das Hören.

So gewinnen die körpernahen Sinne, also die taktile und kinästhetische Wahrnehmung, zunehmend an Bedeutung. Hier ist es aber auch wichtig, genau zu beobachten, was der Mensch mit Demenz möchte und was ihm nicht gefällt. Dies ist unbedingt zu respektieren.

Kann der Mensch mit Demenz seine Bedürfnisse nicht mehr verbal kommunizieren, gilt es seine Mimik, Körperspannung, Atmung und Gestik gut zu beobachten und bestmöglich zu interpretieren.

5.2 Bedeutung der Kommunikation für den Menschen mit schwerer Demenz

Kommunikation ist für uns Menschen ein grundlegendes Bedürfnis und von fundamentaler Bedeutung. Denn Kommunikation bedeutet der Austausch von Gedanken, Gefühlen, Wünschen und Vorstellungen. So verlieren die Menschen mit Demenz oft nach und nach den Kontakt zur Aussenwelt. Doch gerade Kommunikation und soziale Aktivitäten sind es, welche bei Menschen mit Demenz die Lebensqualität und das Wohlbefinden massgeblich verbessern. Daher ist es für den Erhalt der Lebensqualität und des Wohlbefindens unbedingt wichtig die Kommunikation mit dem Menschen mit Demenz auf einem für ihn möglichen Weg aufrecht zu erhalten. (vgl. Haberstroh et al., 2011, S.11)

5.3 Wohlbefinden bei Menschen mit schwerer Demenz

In diesem Unterkapitel wird Wohlbefinden definiert und die Bedeutung der Kommunikation für das Wohlbefinden aufgezeigt. Des Weiteren wird erläutert, wie Wohlbefinden oder Unwohlsein beim Menschen mit schwerer Demenz erkannt werden kann.

5.3.1 Definition Wohlbefinden

Wohlbefinden ist als Teil des theoretischen Konstrukts der Lebensqualität zu verstehen. (vgl. Oppikofer, 2008, S.5) Es gehört zum Bereich des subjektiven Erlebens und der emotionalen Befindlichkeit. (vgl. Oppikofer, 2008, S. 44)

Wohlbefinden wird in zwei Bereiche aufgeteilt. Das eine ist das habituelle Wohlbefinden, das andere ist das aktuelle, zeitlich begrenzte Wohlbefinden. Das habituelle Wohlbefinden ist zeitüberdauernd und hängt von objektivierbaren und stabilen Umweltbedingungen ab, von denen ein Zusammenhang mit dem subjektiven Wohlbefinden angenommen werden kann. Dies wird auch als Lebenszufriedenheit bezeichnet. (vgl. ebd., S.5)

Zum anderen gibt es individuell feststellbare Situationen oder Anregungsbedingungen, welche zu einem individuellen und zeitlich begrenzten Anstieg des Wohlbefindens beitragen. (vgl. ebd.)

Das aktuelle, zeitlich begrenzte Wohlbefinden zeigt sich im emotionalen Ausdrucksverhalten. Dazu gehören Mimik, Stimme und Körperbewegungen. (vgl. Re, 2003, zitiert von Oppikofer, 2008, S. 13)

5.3.2 Bedeutung der Kommunikation für das Wohlbefinden

„Mit den Beeinträchtigungen der Kommunikation werden zunehmend das Wohlbefinden und die Lebensqualität eingeschränkt. Um Menschen mit Demenz Lebensqualität zu ermöglichen, muss die Kommunikation mit ihnen aufrechterhalten werden.“ (Haberstroh & Pantel, 2011, S.19)

Für das eigene Wohlbefinden ist die Fähigkeit eigene Gedanken, Bedürfnisse und Gefühle adäquat mitteilen zu können und verstanden zu werden von hoher Bedeutung. Daher lassen die Kommunikationsbeeinträchtigungen in Verbindung mit einer Demenz ein verringertes Wohlbefinden der betroffenen Personen vermuten. Diese Vermutung bestätigt sich, wenn man aktuelle Studien betrachtet, welche signifikante Zusammenhänge zwischen dem Wohlbefinden des demenzkranken Menschen und dem Kommunikationsverhalten zwischen Pflegern und erkrankten Personen gefunden haben. (vgl. Kümmel & Haberstroh, 2011, S. 270)

Die Kommunikation kann bei fehlender Unterstützung in eine Abwärtsspirale geraten. So kann das zunehmende Scheitern in der Interaktion auf Grund der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit zu einer Isolation des demenziell Erkrankten führen. Die Isolation wirkt sich dann aber direkt negativ auf die noch verbliebenen Kommunikationskompetenzen aus. So verstärkt sich die Isolation immer mehr und das Wohlbefinden wird auch negativ beeinflusst. (vgl. ebd.)

Die Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit und die daraus resultierenden herausfordernden Verhaltensweisen demenzkranker Menschen tragen auch nachweislich zu der Belastung der Betreuungspersonen bei. (vgl. ebd.)

Um diesen Prozessen entgegenzuwirken ist es entscheidend, spezifische Kommunikationsmodelle zu entwickeln, um wirksame Interventionen durchführen zu können. So kann die Belastung der Betreuungspersonen gesenkt und das Wohlbefinden des Menschen mit Demenz nachhaltig verbessert werden. (vgl. ebd.)

5.3.3 Erkennen von Wohlbefinden bei Menschen mit schwerer Demenz

Da Menschen mit einer schweren Demenzerkrankung ihr Wohlbefinden und ihre Gefühle oft nicht mehr verbal ausdrücken können, braucht es die genaue Beobachtung der erkrankten Personen, um zu erkennen ob sie sich wohlfühlen. (vgl. Otterstedt, 2005, S.79)

Es gibt einerseits positive Zeichen der nonverbalen Kommunikation, welche auf Wohlbefinden schliessen lassen, andererseits gibt es negative Zeichen, welche beispielsweise als Unwohlsein, Angst, Abwehr, Rückzug, Überforderung oder ähnliches zu verstehen sind. (Buchenholz & Schürenberg, 2013, S. 68) Doch auch diese Anzeichen müssen nicht für alle Demenzerkrankten gleichermassen gelten, denn jeder hat eine individuelle Ausdrucksweise, welche nicht zwingend mit den üblichen Zeichen einer bestimmten Emotion oder Befindlichkeit übereinstimmen müssen. Daher ist es wichtig, den Menschen mit Demenz sensibel wahrzunehmen und, wenn möglich, die Beobachtung auch mit anderen Menschen, welche die Person begleiten zu besprechen. (vgl. ebd.)

Dennoch kann es helfen, die üblichsten Anzeichen für Wohlbefinden aber auch Unwohlsein zu kennen. Daher werden im Anschluss die von verschiedenen Autoren genannten positiven und negativen Zeichen der nonverbalen Kommunikation und des Wohlbefindens aufgezeigt.

Als positive Zeichen nonverbaler Kommunikation und Wohlbefinden sind nach Buchenholz und Schürenberg (2013, S.71) folgende Zeichen zu werten:

- „tiefes Einatmen, mit langer Phase des Ausatmens
- entspanntes Seufzen oder andere stimmliche Äusserungen (z.B. Summen, Singsang)
- leichte Zunahme der Herzfrequenz
- andeutungsweise Zittern, Beben oder leichtes Anspannen der Muskulatur
- körperliches Entspannen (z.B. in die Unterlage sinken)
- Querfalten der Stirn
- ruhiges, leichtes Öffnen von Mund oder Augen
- angedeutete Körperbewegung in Richtung Kontaktperson
- aufmerksame Gespanntheit, statt sonst üblicher Unruhe
- Lächeln“

Otterstedt (2005, S.79) führt ähnliche Anzeichen auf, erwähnt aber auch noch den entspannten Gesichtsausdruck und entspannte Mimik.

In der Observed Emotion Rating Scale, welche die Gefühlszustände von Menschen mit Demenz erfassen möchte, (Lawton, Van Haitsma & Klapper, 1999, S. 3-14) werden fünf Emotionen definiert: „Freude“, „Allgemeine Aufmerksamkeit“, „Ärger“, „Traurigkeit“ und „Angst/Ängstlichkeit“. Als positive Emotionen, welche für Wohlbefinden sprechen sind Freude und Allgemeine Aufmerksamkeit definiert. Die Emotion „Freude“ wird von Lawton et al. (1999, S. 3-14) mittels folgender Zeichen beschrieben:

- „lachen
- singen
- küssen
- andere freundlich berühren oder streicheln
- freundlich nach anderen greifen
- auf Musik reagieren (nur in Kombination mit einem anderen Zeichen von Freude)“

Die Emotion „Allgemeine Aufmerksamkeit“ wird von Lawton et al. (1999, S. 3-14) mittels folgender Zeichen beschrieben:

- „an einer Aufgabe teilnehmen
- Augenkontakt halten
- Augen folgen einem Objekt oder einer Person
- sich im Raum umsehen
- durch Bewegung und Sprache auf etwas reagieren
- Körper drehen oder sich auf eine Person oder Objekt hin zu bewegen“

Es gibt also viele Anzeichen, welche positive Emotionen und somit auch Wohlbefinden ausdrücken. Die Autoren sind sich in den Punkten oft einig, legen vielleicht aber noch einige Schwerpunkte. Im Grundsatz sind die genannten körperlichen Zeichen aber dieselben.

Um die positiven Emotionen besser erkennen zu können, ist es hilfreich, auch die Zeichen von Unwohlsein oder negativen Emotionen zu kennen. Als negative Zeichen der nonverbalen Kommunikation nennen Buchholz und Schürenberg (2013, S. 69) folgende Punkte:

- „unruhige, unregelmässige bis hektische Atmung
- schneller hoher Anstieg der Herzfrequenz
- überschüssendes Erröten
- starkes Schwitzen
- Gänsehaut (in der Schweiz: „Hühnerhaut“)
- deutliche Anspannung der Muskulatur
- Verkrampfen einzelner Gliedmassen, der Hände oder Finger
- Überkreuzen und/ oder anziehen der Beine
- Anpressen der Arme an den Brustkorb
- Verschiessen von Mund und Augen
- Abwenden der Augen
- Wegdrehen des Kopfes von der Kontaktperson.“

Es gibt auch extreme Formen von Mitteilung, wie Erbrechen oder Stuhlgang. Insbesondere, wenn sich die Person verbal nicht mehr äussern kann, denn dann würde die Person die Abwehr vermutlich durch Schreien äussern. Dazu kommen die Gefühlsäusserungen in der Mimik. (vgl. Buchholz & Schürenberg, 2013, S.69)

Als Zeichen des Sich-Verschliessens, für eine Erschöpfung oder Beendigung eines Dialogs nennt Otterstedt (2005, S. 79) folgende Punkte:

- „zunehmend unruhige, unregelmässige oder hektische Atmung
- schneller, hoher Anstieg der Herzfrequenz
- profuses¹⁷ Schwitzen, überschüssendes Erröten, Blasswerden
- deutliches Anspannen der Muskulatur bis zur Verkrampfung
- Verschiessen von Mund und Augen
- Abwenden der Augen und Kopfdrehung zur anderen Seite
- grimmiger Gesichtsausdruck, Zubeissen, Stirnfalten.“

Lewton et al. (1999, S.3-14) unterteilt die negativen Empfindungen in drei Emotionen: „Ärger“, „Angst/ Ängstlichkeit“ und „Traurigkeit“.

Für „Ärger“ werden von Lewton et al. (1999, S. 3-14) folgende Zeichen genannt:

- „körperliche Aggression
- ärgerlich rufen
- schreien
- fluchen
- schimpfen
- Faust schütteln

¹⁷ Reichlich, übermässig, sehr stark

- Augen (Brauen) zusammenziehen
- Zähne zusammenbeißen
- Lippen zusammenkneifen
- distanzierende Geste machen

Für „Angst/ Ängstlichkeit“ werden von Lewton et al. (1999, S. 3-14) folgende Zeichen genannt:

- „kreischen
- wiederholt rufen
- rastlos sein
- zusammenzucken
- Gesicht verziehen
- repetitive oder agitierte¹⁸ Bewegungen
- Linie zwischen den Augenbrauen oder quer über die Stirn
- Händeringen
- zittern
- nervös
- Beine wackeln
- schnell atmend
- Weitung der Augen
- angespannte Gesichtsmuskulatur.“

Für „Traurigkeit“ werden von Lewton et al. (1999, S. 3-14) folgende Zeichen genannt:

- „weinen
- Stirnrunzeln
- Augen matt /herabhängend
- wimmern
- stöhnen
- jammern
- seufzen
- Kopf in der Hand
- Augen/ Kopf gesenkt und ausdrucksloses Gesicht (nur in Kombination mit einem anderen Zeichen für Traurigkeit).“

So sprechen viele Anzeichen für Wohlbefinden oder dagegen. Diese Kodierungen der Emotionen können helfen das Befinden der Person mit Demenz besser lesen zu können. Am wichtigsten scheint aber, dass man versucht, die Empfindungen des Menschen mit Demenz sensibel wahrzunehmen. Oft kann dies helfen die individuelle Ausdrucksweise des Menschen zu verstehen und die aktuelle Gefühlslage zu erkennen. (vgl. Otterstedt, 2005, S.79)

¹⁸ Erregt, unruhig

5.4 Psychomotorik als Chance zur Förderung des Wohlbefindens und der Kommunikation durch Wahrnehmungsstimulierung

Die Psychomotoriktherapie ist in der Schweiz vor allem auf Kinder ausgerichtet. In umliegenden Ländern, ist es aber durchaus üblich, auch mit Erwachsenen und hochbetagten Menschen zu arbeiten.

So werden dort bereits psychomotorisch orientierte Konzepte mit Erwachsenen, älteren Menschen und Menschen mit verschiedenen Behinderungen entwickelt und in der Praxis umgesetzt. Viele der Prinzipien und Ideen der Psychomotorik gelten für die verschiedenen Altersbereiche und Behinderungsgruppen, andere müssen den jeweiligen personalen Bedingungen angepasst werden. (vgl. Möllers, 2006, S. 9)

In der Psychomotorik sind Wahrnehmung und Kommunikation, auch über Bewegung, wichtige Themen. Was hat die Psychomotorik für Möglichkeiten zur Förderung des Wohlbefindens durch Wahrnehmung?

Zimmer beschreibt (2012, S. 23-24) die klassischen Inhalte der Psychomotorik folgendermassen:

- „Körper- Erfahrungen/ Selbst- Erfahrungen,
z.B. Wahrnehmung und Erleben des eigenen Körpers, Sinneserfahrungen, Körperbewusstsein, Erfahren der körperlichen Ausdrucksmöglichkeiten; der Körper als Spiegel des psychischen Erlebens, Akzeptanz der eigenen Person;
- Material-Erfahrungen,
z.B. Auseinandersetzung mit den räumlichen und dinglichen Gegebenheiten der Umwelt, Erfahren physikalischer Gesetzmässigkeiten (z.B. Gleichgewicht, Schwerkraft, Widerstand, Fliehkraft), sich den materialen Eigenschaften der Objekte anpassen bzw. sie sich passend machen, erkundendes und experimentelles Lernen über Bewegung;
- Sozial- Erfahrungen
z.B. mit andern über Bewegung kommunizieren, Regeln aufstellen und flexibel mit ihnen umgehen, Erfahren von Nähe und Distanz, von Kooperation und Konkurrenz.“

In dieser Beschreibung sieht man, dass Wahrnehmung und Sinneserfahrungen, aber auch das Sozio-emotionale, wichtige Komponenten der Psychomotoriktherapie sind.

Auch ist es wichtig, den emotionalen Aspekt von Körpererfahrungen hervorzuheben. So können Sinneswahrnehmung und Bewegung Einfluss auf unsere Gefühlswelt und Stimmung nehmen. Aber auch andersherum kann die Gefühlswelt Einfluss auf die Körperhaltung und den Muskeltonus haben. Auch drücken wir häufig Gefühle über Bewegungen aus, wie bei Körpersprache, Gestik und Mimik. (vgl. Möllers, 2006, S. 77)

So ist die Berücksichtigung der Gefühle in der psychomotorischen Arbeit von besonderer Bedeutung, denn ein positives Körpergefühl ermöglicht das Wohlfühlen und das Bilden eines positiven Selbstkonzeptes. (vgl. ebd.)

Bei Menschen mit einer schweren Behinderung, worunter auch Demenz zu verstehen sein kann, liegt der Schwerpunkt der Erfahrungen im basalen Bereich der Körpererfahrungen. (vgl. ebd., S. 78)

Somit hat die Psychomotorik auch die Möglichkeit nicht nur mit Kindern zu arbeiten, sondern auch mit Menschen mit einer schweren Demenz. Es gilt die Anforderungen an die einzelne Person anzupassen. Dennoch bleibt das Ziel ein positives Körpergefühl zu erlangen, welches zu mehr Wohlbefinden und einem positiven Selbstkonzept führt. Auch ist es wichtig ein Augenmerk auf die Möglichkeit der Kommunikation mit Körpersprache, Gestik und Mimik zu haben. Diese zeigen einem im Austausch sehr gut an, welche Gefühle und Stimmungen das Gegenüber hat, denn die körperliche Ebene ist sehr eng an die Gefühlswelt geknüpft. Die Emotionen lassen sich daher in der Körpersprache, der Gestik und der Mimik nur schwer verbergen.

6. Schwierigkeiten und Chancen für Angehörige von Menschen mit schwerer Demenzerkrankung

Demenz ist eine Erkrankung die nicht nur die erkrankte Person, sondern das gesamte Umfeld betrifft, gerade da die Person sich verändert und nach und nach Fähigkeiten verloren gehen. Dies bringt sowohl für die betroffene Person aber auch für die Angehörigen Schwierigkeiten mit sich. In diesem Kapitel werden daher, die Schwierigkeiten und die Bedürfnisse der Angehörigen von einem Menschen mit Demenzerkrankung kurz thematisiert.

6.1 Schwierigkeiten von Angehörigen von Menschen mit schwerer Demenzerkrankung

Die Belastung und Schwierigkeiten der Angehörigen von Menschen mit Demenz, sind sehr hoch, auch wenn die Person bereits in einer Pflegeeinrichtung untergebracht ist. In dieser Arbeit wird das Thema der Belastung der Angehörigen nur angeschnitten und nicht vollumfänglich thematisiert, da dies den Umfang dieser Arbeit sprengen würde und der Fokus stärker auf dem Menschen mit Demenzerkrankung liegt.

Oft ist es für Angehörige schwierig Abschied zu nehmen von dem Menschen, wie sie ihn vor Ausbruch der Demenz kannten. Dabei handelt es sich um einen grossen emotionalen Verlust, wenn die Person nicht mehr die ist, als die man sie kannte. So sind beispielsweise keine längeren, tiefen Gespräche mehr möglich und es kommt auch zu einer Rollenkehr, so ist es plötzlich nicht mehr der Vater oder die Mutter, welche das Kind versorgen, sondern das Kind, das die Eltern versorgt. (vgl. Haberstroh et al., 2011, S. 12-14)

Auch kann es für die Angehörigen sehr belastend sein, den Menschen nicht mehr selber pflegen zu können, da dies ihre Möglichkeiten übersteigt und ihn in einem Alters- oder Pflegeheim unterbringen zu müssen. Einerseits kann es dadurch zu Schuldgefühlen kommen, andererseits stellt sich die Frage, welche Rolle sie noch übernehmen sollen, da die Pflege durch die Pflegeeinrichtung übernommen wird. So kommen die Angehörigen nur noch zu Besuch, wissen aber oftmals nicht, was sie tun sollten, da sie auch nicht mehr auf den bekannten Wegen mit der Person mit Demenz kommunizieren können. Auch können die Verhaltensauffälligkeiten der Menschen mit schwerer Demenz manchmal nur schwer zu ertragen sein. (Stoppe, 2007, S. 168-172; Schaade & Kubny-Lüke, 2005, S. 30)

6.2 Bedürfnisse von Angehörigen von Menschen mit schwerer Demenzerkrankung

Angehörige haben das Bedürfnis in einer Institution ankommen zu können. Sie brauchen das Gefühl, dort verstanden zu werden und dass man gemeinsam den Angehörigen mit Demenz in den Mittelpunkt stellt. Denn nur so, können die Angehörigen den Menschen mit Demenz mit ruhigem Gewissen in der Institution zurücklassen. (Schmieder, 2011, Kap. 8.3.10)

Oft brauchen die Angehörigen klare Hilfestellungen und praktische Beispiele, um die neuen Wege der Kommunikation zu entdecken und die Besuche mit positiven Erlebnissen zu füllen. Dies wäre aber wichtig, um dem Menschen mit schwerer Demenz noch etwas Gutes tun zu können und nicht nur schweigend neben ihm zu sitzen. Darum brauchen sie Informationen und klare Hilfestellungen wie sie als Laie noch mit dem Menschen mit schwerer Demenz in Kontakt treten können. (Schaade, 2012, S. 64; Schaade, 2009, S. 88)

6.3 Chancen bei Einbezug von Angehörigen in die Förderung des Wohlbefindens durch Kommunikation

Angehörige sind oft die nächsten Bezugspersonen der Menschen mit Demenz und kennen sie sehr gut. Mit konkreten Hilfestellungen und praktischen Beispielen gibt man ihnen die Möglichkeit, einerseits die Besuche durch aktives Handeln zu erleichtern, da sie nicht von Stille und Warten geprägt sind. Andererseits ermöglichen sie dadurch dem Menschen mit schwerer Demenz zu kommunizieren, wenn auch nicht mehr unbedingt verbal, sondern durch Stimulierung der Sinne. Da das Kommunizieren für uns sehr wichtig ist, kann auch durch die Wahrnehmungsstimulierung und der dadurch ermöglichten Kommunikation das Wohlbefinden des Menschen mit Demenz gefördert werden.

So können die Besuche mit positiven Erlebnissen gefüllt werden und sind so sowohl für die Angehörigen wie auch den Menschen mit Demenz ein Gewinn.

7. Wichtige Eckpunkte beim Erstellen der Broschüre

In diesem Kapitel wird thematisiert, was als Grundlage für das Erstellen der Broschüre beachtet werden muss. Dazu gehört, welches Zielpublikum angesprochen werden soll und was das Ziel des Inhalts ist.

7.1 Zielpublikum

Die Ideensammlung und der dazugehörige Evaluationsbogen richten sich an Angehörige von Menschen mit schwerer Demenz. Es kann natürlich auch von anderen Personen, welche im Umfeld Menschen mit schwerer Demenz haben, genutzt werden.

Oft sind die Angehörigen im Bereich der Demenz und der Wahrnehmungsstimulierung Laien. Die Angehörigen sind verschiedenen Bildungsniveaus zu zuordnen und haben unterschiedliches Vorwissen. Aus diesen beiden Gründen ist es wichtig, dass die Botschaften einfach und leicht verständlich formuliert sind und wenn Fachbegriffe verwendet werden, diese erklärt werden.

7.2 Inhaltliche Eckpunkte der Broschüre

Die zentrale Botschaft der Ideensammlung liegt darin, den Angehörigen von Menschen mit schwerer Demenz, Wissen und konkrete Ideen zur Wahrnehmungsstimulierung und der damit verbunden Kommunikation zu vermitteln. Es gilt zu vermitteln, dass dadurch das Wohlbefinden beim Menschen mit Demenz gefördert wird.

Auch ist es wichtig, dass die Angehörigen sich bewusst sind, dass die Ideen nicht bei allen Menschen das gleiche an Emotionen auslösen. Es ist daher wichtig, verschiedene Dinge auszuprobieren und anhand des Evaluationsbogens zu eruieren, welche Ideen dem Menschen mit Demenz, den man gerade vor sich hat, entsprechen und mit welchen Formen der Wahrnehmungsstimulierung man sich selbst wohlfühlt. Beispielsweise kann es für manche schwierig sein, mit dem alten Menschen körperlich in Kontakt zu treten. Somit ist eine wichtige Botschaft nicht nur auf das Befinden des Menschen mit Demenz zu achten, sondern auch auf das eigene Befinden in der Situation.

Auch ist es wichtig, dass verständlich ist, dass es nicht um Übungen mit dem Ziel eines Fortschrittes geht, sondern um Anregungen für die einzelne Situation und das Fördern des Wohlbefindens in dieser Situation.

Um eine verständliche aber trotzdem fachlich fundierte Sprache verwenden zu können, werden Fachbegriffe genutzt, diese aber immer in einfacher Sprache erklärt.

8. Möglichkeiten zur Förderung des Wohlbefindens durch Wahrnehmungsstimulation und Erkennen der Emotionen

Der Mensch hat verschiedene Sinne, welche im Alter und insbesondere mit der Demenz in ihrer Funktionalität abnehmen. Dennoch bietet die Stimulation dieser Sinne eine Möglichkeit, mit dem Menschen mit schwerer Demenz in Kontakt zu treten und so eine Kommunikation entstehen zu lassen, welche ein Grundbedürfnis des Menschen und daher sehr relevant für das Wohlbefinden ist.

Für die Broschüre wurden verschiedenen Anregungen zusammengestellt, welche den Angehörigen ermöglichen soll, die Wahrnehmungsstimulation selbst durchzuführen und sie der einzelnen Person anzupassen. Welche Überlegungen bei der Zusammenstellung angestellt wurden, wird in diesem Kapitel thematisiert.

8.1 Überlegungen zu den ausgewählten Anregungen in der Broschüre

Als Grundlage für die Auswahl der Anregungen wurden verschiedenen Quellen beigezogen, welche zum Teil aus der Ergotherapie, aber auch aus dem Bereich der basalen Stimulation stammen. Dafür wurden folgende Quellen verwendet: Buchholz (2011, Kap. 5.7.); Buchholz & Schürenberg (2013, S.31/ 137); Haberstroh, Neumeyer& Pantel (2011, S.65- 69); Hammerla (2009, S.132-133); Kostrezwa (2013, S.103-132); Minder (2011); Möllers (2006, S.181- 189); Otterstedt (2005, S. 33-66); Schaade & Kuby-Lüke (2005, S.55- 60); Schaade (2009, S.80/ 85/ 126); Schaade (2012, S.19/ 51); Spirig (2011, Kap.6.6.); Stocker (2011, Kap. 6.7.) und Stoppe (2007, S.118).

Die verschiedenen Anregungen aus den verschiedenen Quellen wurden gesammelt und in die verschiedenen Sinne unterteilt. Für die Broschüre wurden die Anregungen in fünf Sinne, einerseits in die körpernahen Sinne, also Fühlen/ Spüren (taktile Wahrnehmung) und Körper- und Tiefenwahrnehmung (kinästhetische Wahrnehmung), andererseits in die körperfernen Sinne, also Riechen/Schmecken (olfaktorische und gustatorische Wahrnehmung), Hören (auditive Wahrnehmung) und Sehen (visuelle Wahrnehmung), unterteilt.

Die sogenannten körpernahen Wahrnehmungen, also die taktile und die kinästhetische Wahrnehmung, funktionieren meist noch am besten. Daher wurden in diesem Bereich am meisten Anregungen zusammengestellt. Da die Möglichkeiten der Wahrnehmung aber von Person zu Person sehr verschieden sein können und nicht jeder Mensch den gleichen Sinneskanal bevorzugt, wurden auch zu den anderen Wahrnehmungsbereichen Anregungen zusammengestellt.

Die Anregungen sind in der Broschüre so aufgebaut, dass sie nach Sinnesbereich geordnet wurden und ihnen dann eine Nummer und eine zum Sinnesbereich gehörende Farbe zugeordnet wurde. Dann wurden die benötigten Materialien aufgelistet, gefolgt von einer Anleitung zur Durchführung, und zuletzt wurde vermerkt, was Besonderes beachtet werden muss oder worauf man achten muss.

Bei der Auswahl der Anregungen wurde darauf geachtet, dass sie wenn möglich mit Alltagsmaterialien oder leicht zu beschaffendem Material umgesetzt werden können und es nicht viel Material benötigt, da dies wichtig ist, damit die Anregungen von den Angehörigen wirklich

umgesetzt werden, da man keinen grossen Aufwand betreiben und auch nicht viel an Material transportieren möchte.

Des Weiteren spielte in die Auswahl hinein, dass es einfach umzusetzende Anregungen sein müssen, welche in einem Besuch von Angehörigen umgesetzt werden können und nicht eine besondere Ausbildung oder besonderes Material benötigt wird.

8.2 Zusammenstellung des Evaluationsbogens in der Broschüre

Die Broschüre und somit der Evaluationsbogen für Angehörige ist, diese meist Laien sind und er einfach anzuwenden sein sollte, versuchte ich eine möglichst einfache Form zu finden, welche leicht verständlich ist. Als Grundidee diente die „Observed Emotion Rating Scale“ von Lewton et al. (n.d.). Dort werden verschiedenen Gefühlszustände mit Anzeichen kodiert und es wird dann nach Länge des Auftretens einer Emotion in zehnmütigen Frequenzen ausgewertet.

Dies schien für die Verwendung in der Broschüre zur Auswertung nicht vollends geeignet. Gut geeignet schienen aber die Anzeichen für die verschiedenen Emotionen. Diese wurden dann, für eine einfache Form des Evaluationsbogens nur in positive und negative Emotionen unterteilt. Von den fünf Emotionen der „Observed Emotion Rating Scale“ wurden „Freude“ und „Allgemeine Aufmerksamkeit“ den positiven Emotionen und „Angst“, „Wut“ und „Traurigkeit“ den negativen Emotionen zugeordnet. (Lewton et al. (n.d.))

Als Ergänzung wurden noch aus weiteren Quellen die Zeichen für positive und negative Emotionen aufgenommen und diese zusammengefasst. Die weiteren Quellen sind Otterstedt (2005, S. 79) und Buchenholz und Schürenberg (2013, S.71). Die genauen Informationen der einzelnen Quellen sind im Kapitel 6.3.3. aufgeführt.

Für den Evaluationsbogen ist es wichtig zu wissen, ob positive oder negative Emotionen ersichtlich waren. Damit der Evaluationsbogen übersichtlich bleibt, sind die Indikatoren für die Emotionen, im Evaluationsbogen, nicht einzeln aufgeführt, sondern es findet ein Verweis auf einen vorhergehenden Abschnitt in der Broschüre statt. Es ist also nur ein „+“ und ein „-“ vermerkt, bei welchem das entsprechende angekreuzt werden kann.

Es sollte einfach ersichtlich sein, welche Anregungen vom selben Sinn sind. Da eine Person oft auf einen bestimmten Wahrnehmungskanal besonders gut reagiert, ist es wichtig, dass die Zugehörigkeit der Anregung zu den Wahrnehmungsbereichen klar ist. Daher wurden sie mit unterschiedlichen Farben markiert, welche unter dem Evaluationsbogen kodiert sind.

Der Übersichtlichkeit halber, wurden die Anregungen in der Broschüre nummeriert und im Evaluationsbogen sind dann nur die entsprechenden Nummern in der entsprechenden Farbe markiert.

Auch ist eine Einschätzung der eigenen Gefühle des Angehörigen wichtig. Es sollen auch Notizen zu den einzelnen Anregungen gemacht werden können. Dafür hat es bei jeder Anregung Platz und für weiterführende Notizen ist anschliessend an den Evaluationsbogen noch eine Seite für Notizen vorgesehen.

Ebenfalls bietet der Evaluationsbogen Platz für das Notieren und Auswerten von eigenen Ideen.

Wie der Evaluationsbogen zu nutzen ist und wo die Zahlen und die Farben kodiert sind, steht in einem einleitenden Text zum Evaluationsbogen.

Durch seine Einfachheit, soll dieser Evaluationsbogen auch Laien ermöglichen, in kurzer Zeit die wichtigsten Informationen zu erfassen und auswerten zu können.

9. Diskussion

In diesem Kapitel werden die Erkenntnisse dieser Arbeit zusammengefasst und die erstellte Broschüre kritisch reflektiert. Anschliessend wird ein Ausblick auf noch offene Themen, welche in einer weiteren Arbeit behandelt werden könnten, gemacht.

9.1 Zusammenfassung und kritische Reflexion der Arbeit

Die Arbeit beschäftigt sich zuerst mit den Grundlagen und Symptomen einer Demenzerkrankung, im speziellen mit der häufigsten Form, die sogenannte Alzheimererkrankung. Dafür werden sowohl die Diagnosekriterien aus dem ICD 10 wie auch dem DSM-IV verwendet. Dabei wird ersichtlich, dass sich die Symptome im Verlauf der Erkrankung verstärken und alle Einschränkungen auf Hirnleistungen zurückzuführen sind, welche nicht mehr funktionieren. Dies betrifft unter anderem Leistungen des Gedächtnisses, des Lernens, der Raumorientierung aber auch der Sprache.

Oft können Menschen mit schwerer Demenz die Inhalte von gesprochen Worten nicht mehr verstehen, was eine verbale Kommunikation stark erschwert. Auch sind sie oft nicht mehr in der Lage, Wörter zu äussern, einerseits weil die Mundmuskulatur nicht mehr so präzise funktioniert, aber auch, weil sie die Bedeutung von Dingen oft nicht mehr erkennen. Es ist den Betroffenen aber sehr wohl möglich, die emotionale Botschaft, die mit den gesagten Worten transportiert wird, zu verstehen. Sie äussern auch ihre Emotionen über körperliche Anzeichen, Mimik und Gestik. Es gilt daher neue Formen der Kommunikation zu finden. Dafür eignet sich die Wahrnehmung und das gemeinsam Handeln sehr gut, denn so kann die Person spüren das jemand da ist und kann sich geborgen fühlen. Auch ermöglicht es dem Betroffenen, sich selbst wahrzunehmen aber auch mit dem Umfeld in Kontakt zu treten. Dieser Austausch mit dem Umfeld ist für das Wohlbefinden von grosser Bedeutung, denn seine Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse mitzuteilen ist für uns Menschen sehr wichtig. Dabei sind die sogenannten körpernahen Sinne oft von grösserer Bedeutung als die körperfernen Sinne, da die oft durch die Demenz bereits stärker beeinträchtigt sind und die Wahrnehmungen weniger gut verarbeitet werden können

Oft können die Menschen mit schwerer Demenz sich diese Sinnesreize nicht mehr selbst zu führen, daher braucht es die Unterstützung einer Bezugsperson, welche diesen Aspekt der Kommunikation übernimmt. Diese muss feinfühlig handeln und den Menschen mit Demenz sowie seine Zeichen von Wohlbefinden oder Unwohlsein wahrnehmen und auf diese Emotionen entsprechend eingehen.

Dies ist eine grosse Herausforderung für die Angehörigen, denn auch sie sind von der Demenz mitbetroffen und müssen sich an die neue Situation und die abnehmenden Fähigkeiten des Betroffenen gewöhnen. Dies ist oft eine sehr hohe Belastung. Gerade wenn die Besuche schwierig werden, da eine verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist und die Besuche schweigend verbracht werden, oder dann auch immer weniger werden, können Schuldgefühle entstehen. Dennoch sind die Angehörigen wichtige Bezugspersonen. Somit ist es wichtig, dass sie konkrete Anregungen bekommen, wie sie die Besuche gestalten können und so das Wohlbefinden des Betroffenen fördern können, aber auch für sich selbst, damit sie die Besuche wieder als

wertvoll und angenehm wahrnehmen können. Den grossen Belastungen und den Thematiken, die bei Angehörigen von Menschen mit Demenz auftreten, konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht vollständig Rechnung getragen werden. So wurde dieses Thema nur angeschnitten, da es den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte und der Fokus dieser Arbeit mehr auf dem Wohlbefinden der Betroffenen lag.

Dennoch ist es ein zentraler Punkt, dass auch die Angehörigen sich während der Durchführung der Wahrnehmungsstimulation wohlfühlen sollen, denn dies ist ein wichtiger Teil für das Schaffen einer positiven Situation, da sonst die negativen Emotionen mitschwingen.

Die Probleme im Bereich der Kommunikation und der Wahrnehmung wurden in dieser Arbeit thematisiert. Auf dieser Grundlage bildet die erstellte Broschüre eine Möglichkeit, wie das Wohlbefinden des Menschen mit schwerer Demenzerkrankung aus psychomotorischer Sicht von den Angehörigen verbessert werden kann. Es gäbe sicher auch weitere Möglichkeiten, wie beispielsweise, dass man für die Angehörigen eine Gruppe haben würde, in welcher sie entsprechend unterstützt würden oder dass man direkt mit den Menschen mit schwerer Demenz arbeiten würde. Dies ist aber in der Schweiz tendenziell etwas schwierig, da man als Psychomotoriktherapeutin nicht von der Krankenkasse anerkannt ist.

9.2 Kritische Reflexion der Broschüre

Die Broschüre wurde auf der Grundlage verschiedener theoretischer Hintergründe erstellt. Sie ist somit fachlich fundiert und der Aufbau und die Inhalte der Arbeit können damit erklärt werden. Sie vermittelt gewisse theoretische Grundlagen welche im Rahmen dieser Arbeit einfach und verständlich aufbereitet wurden. Sie enthält, verschiedene Anregungen zu den verschiedenen Sinnesbereichen, welche aus verschiedenen Quellen zusammengetragen wurden.

Was im Rahmen dieser Arbeit aus zeitlichen Gründen nicht möglich war, ist die Erprobung und Auswertung der Broschüre aber auch der einzelnen Anregungen. Somit kann nicht nachgewiesen werden, welche der Anregungen das Wohlbefinden wirklich positiv beeinflussen und ob der Inhalt der Broschüre für Angehörige, welche sich noch nicht mit dem Thema beschäftigt haben, so verständlich und umsetzbar ist.

Dennoch lässt sich auf Grund der verschiedenen fundierten Quellen, welche auch aus Bezugsdisziplinen der Psychomotorik stammen, also beispielsweise aus der Ergotherapie und auch aus der Basalen Stimulation, annehmen, dass diese Anregungen eine positive Wirkung auf das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz hat.

9.3 Ausblick

Auf Grundlage dieser Arbeit und der daraus entstandenen Broschüre wäre nun zu untersuchen, ob die Broschüre so von Angehörigen verwendet werden kann und welche Anregungen sich besonders gut eignen. Auch sollte untersucht werden ob diese Anregungen das Wohlbefinden der Menschen mit schwerer Demenz tatsächlich signifikant steigern können.

Es wäre auch zu untersuchen, ob die Anregungen und der Evaluationsbogen den Angehörigen bei den Besuchen tatsächlich eine Entlastung bieten, ob sie dies längerfristig umsetzen können und ob sie selbst eine Verbesserung in der Kommunikation sehen.

Nach Abschluss dieser Untersuchungen und entsprechender Anpassung der Broschüre, wäre eine Veröffentlichung, beispielsweise über eine Vereinigung für Angehörige von Demenzkranken, wünschenswert, da dies einer grossen Gruppen von Angehörigen den Zugang zu dieser Broschüre ermöglichen würde.

10. Literaturverzeichnis

- Buchholz, T. & Schürenberg, A. (2013). *Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen, Anregung zur Lebensbegleitung* (4.Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Bundesamt für Statistik (2015). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045*. Zugriff am 13.01.2018 unter <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/35324/master>
- Haberstroh, J. & Neumeyer, K. & Pantel, J. (2011). *Kommunikation bei Demenz*. Berlin: Springer.
- Haberstroh, J. & Pantel, J. (2011). *Kommunikation bei Demenz- TANDEM Trainingsmanual*. Berlin: Springer.
- Kümmel, A. & Haberstroh, J. (2011). *Kommunikationsfähigkeit demenzkranker Menschen*. In J. Haberstroh & J. Pantel (Hrsg.). *Demenz psychosozial behandeln* (S. 269- 280). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft AKA GmbH.
- Lautenbacher, S. & Gauggel, S. (2010). *Neuropsychologie psychischer Störungen* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Lawton, M. P., Van Haitsma, K. & Klapper, J. (1996). *Observed affect in nursing home residents with Alzheimer's disease*. *Journal of Gerontology*, pp. 3-14.
- Lawton, M.P., Van Haitsma, K. & Klapper, J. (n.d.). *Observed Emotion Rating Scale*. Zugriff am 13.01.2018 unter <https://www.abramsoncenter.org/media/1199/observed-emotion-rating-scale.pdf>
- Möllers, J. (2006). *Psychomotorik, Methoden in Heilpädagogik und Heilerziehungspflege*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS GmbH.
- Moreau, J. (2011). *Grundlagen der Demenzmedizin*. In A., Mühlegg-Weibel (2011) *Demenz verstehen*. (Kapitel 2.1.1-2.1.3.). Wetzikon: Stiftung Sonnweid.
- Oppikofer, S. (2008). *Lebensqualität bei Demenz*. Zürich: Universität Zürich.
- Otterstedt, C. (2005). *Der nonverbale Dialog, Für Begleiter von Schwerkranken, Schlaganfall-, Komapatienten und Demenz- Betroffenen mit Übungen zur Wahrnehmungsensibilisierung*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Schaade, G. & Kubny-Lüke, B. (2005). *Demenz, Alzheimererkrankung, Ein Ratgeber für Angehörige und alle, die an Demenzerkrankte Menschen betreuen*, Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Schaade, G. (2009). *Demenz, Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung*. Heidelberg: Springer.
- Schaade, G. (2012). *Ergotherapie bei Demenzerkrankungen* (5. Aufl.). Heideberg: Springer.

- Schmieder, M. (2011). *Grundlagen der Demenzmedizin*. In A., Mühlegg-Weibel (2011) *Demenz verstehen*. (Kapitel 8.3.10). Wetzikon: Stiftung Sonnweid.
- Stoppe, G. (2007). *Demenz, Diagnostik- Beratung- Therapie*. München: Ernst Reinhardt GmbH.
- Wallesch, C-W. & Förstl, H. (2012). *Demenzen* (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Zimmer, R. (2012). *Handbuch Psychomotorik, Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung*. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder GmbH.

11. Anhang

Förderung des Wohlbefindens bei Menschen mit schwerer Demenz

Anregungen zur Wahrnehmungsstimulation durch Angehörige

mit Evaluationsbogen

Einleitung/Vorwort

Liebe Leser und Leserinnen

Wenn ein Mensch an Demenz erkrankt, betrifft das meist das ganze Umfeld. Dies erlebte ich in meiner eigenen Verwandtschaft. Schreitet die Demenz fort und es schwinden immer mehr Fähigkeiten, so werden oft die Besuche beim Menschen mit Demenz schwieriger, denn die Kommunikation funktioniert nicht mehr auf den uns geläufigen Wegen.

Aus diesem Grund entschied ich mich dafür, mich im Rahmen meiner Bachelorarbeit meines Psychomotorikstudiums an der Hochschule für Heilpädagogik damit zu beschäftigen, was für Möglichkeiten es gibt, andere Wege zur Kommunikation zu nutzen und somit das Wohlbefinden bei Menschen mit einer schweren Demenzerkrankung zu fördern.

Es wurde ersichtlich, dass es zwar Ratgeber für Angehörige zum Thema schwere Demenz gibt, diese aber oft keine konkreten Ideen enthalten, die direkt umgesetzt werden können.

Daher sind hier konkrete Anregungen enthalten, welche das Wohlbefinden eines Menschen mit schwerer Demenz fördern können. Gleichzeitig soll es aber auch Sie als Angehöriger¹ entlasten, da es Ihnen verschiedene Möglichkeiten zeigt, den Besuch zu gestalten.

Es geht darum, die noch verblieben Möglichkeiten der Person mit schwerer Demenz zu nutzen und über die verschiedenen Sinne eine Form der Kommunikation zu ermöglichen.

In dieser Broschüre sind einerseits einige theoretischen Hintergründe erläutert, sie enthält aber auch konkrete Anregungen zur Wahrnehmungsstimulation und ein Auswertungsbogen, welcher sich an verschiedenen Anzeichen für positive und negative Emotionen orientiert. Die Broschüre soll auch dazu anregen, selber Ideen zu entwickeln, wie man die Sinne der Person individuell stimulieren kann.

Schlussendlich soll das Ziel sein, dass die Person mit schwerer Demenz, aber auch Sie, als Angehöriger sich wohlfühlen.

¹ Um den Lesefluss zu erleichtern, wird im weiteren Verlauf immer nur die männliche Form verwendet. Die weiblichen Personen sind aber immer miteingeschlossen.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung/Vorwort	1
Hintergrundinformationen	3
<i>Schwere Demenz</i>	3
<i>Kommunikation bei schwerer Demenz</i>	4
<i>Wahrnehmung bei schwerer Demenz</i>	5
<i>Erkennen von Emotionen bei schwerer Demenz</i>	6
Körperliche Reaktion	6
Verbale Äusserung	6
Handlung/ Gestik	7
Mimik.....	7
Anregungen zur Wahrnehmungsstimulation	8
<i>Spüren – Fühlen (Taktile Wahrnehmung)</i>	9
<i>Körperwahrnehmung – Tiefenwahrnehmung (Kinästhetische Wahrnehmung)</i>	11
<i>Hören (Auditive Wahrnehmung)</i>	12
<i>Schmecken – Riechen (Gustatorische und Olfaktorische Wahrnehmung)</i>	13
<i>Sehen (Visuelle Wahrnehmung)</i>	14
Evaluationsbogen	15
Persönliche Notizen	17
Literaturverzeichnis	18

Hintergrundinformationen

Hier sind einige wichtige theoretische Hintergrundinformationen aufgeführt, auf welchen die Anregungen zu Wahrnehmungsstimulierung und der Auswertungsbogen basieren.

Schwere Demenz

Für die Symptome wird die eigentliche Demenzphase in drei Stadien unterteilt. Diese sind leichtgradige Demenz, mittelgradige Demenz und fortgeschrittene (schwere) Demenz.

In allen drei Stadien sind Symptome in den Bereichen des Lernens, des Gedächtnisses, der Sprache, der Aufmerksamkeit, der Raumverarbeitung, der Gesichtswiedererkennung und der Erkennung von Gegenständen vorhanden. Beim Fortschreiten der Erkrankung nimmt die Schwere der Symptome fortlaufend zu. (vgl. Lauternbacher S & Gauggel S, 2010, S.347-381)

Im letzten Stadium, der sogenannten schweren Demenz, können sich die Menschen oft nicht mehr gut selber bewegen oder sind teilweise sogar bettlägerig. Sie können sich nicht mehr mit Worten mitteilen, weil sie Dinge nicht mehr benennen können, oder weil es von der Mundmuskulatur her nicht mehr möglich ist, die Worte auszusprechen. Auch die Verarbeitung der Sinneseindrücke kann eingeschränkt sein. Oft können aber Reize über die sogenannte körpernahen Sinne, also Fühlen, Spüren, Körperwahrnehmung und Tiefenwahrnehmung (z.B. Vibration) noch aufgenommen werden. Die Möglichkeiten der Sinneswahrnehmung ist aber von Person zu Person sehr unterschiedlich. Somit ist es wichtig auszuprobieren und zu beobachten, was bei einer einzelnen Person aktuell noch für Fähigkeiten vorhanden sind. (vgl. Schmidke & Otto, 2012, S.210)

Kommunikation bei schwerer Demenz

Kommunikation ist für uns Menschen ein grundlegendes Bedürfnis und von grosser Bedeutung, denn Kommunikation bedeutet Austausch von Gedanken, Gefühlen, Wünschen und Vorstellungen. So verlieren die Menschen mit Demenz oft nach und nach den Kontakt zur Aussenwelt. Doch gerade Kommunikation und soziale Aktivitäten sind es, welche bei Menschen mit Demenz die Lebensqualität und das Wohlbefinden massgeblich verbessern. Daher ist es für den Erhalt der Lebensqualität und des Wohlbefindens unbedingt wichtig, die Kommunikation mit dem Menschen mit Demenz auf einem für ihn möglichen Weg aufrecht zu erhalten. (vgl. Haberstroh, Neumeyer & Pantel, 2011, S.11)

Da die Kommunikation über Wörter oft nicht mehr möglich ist, gilt es andere Wege zu finden. So kann eine Person mit Demenz beispielsweise den Inhalt des Gesagten nicht mehr verstehen, aber sie kann das Gesagte auf emotionaler Ebene wahrnehmen. Sie kann aber auch noch mit ihren Sinnen wahrnehmen und sich selbst und die Umgebung so erleben. Und gerade dieses Erleben über die Sinne, kann durch die Wahrnehmungsstimulation ermöglicht werden, was für den Menschen mit Demenz eine grosse Bereicherung sein kann und zum Wohlbefinden beiträgt. (vgl. Haberstroh et al., 2011, S. 74-75)

Auch kann er sich vielleicht nicht mehr mit Worten mitteilen, dennoch kann ein Mensch mit schwerer Demenz sich mitteilen, dies geschieht mit Lauten, Mimik, Gestik und Körperreaktionen. (vgl. ebd.)

Wahrnehmung bei schwerer Demenz

Über die Sinnesorgane, wie Augen, Ohren, Nase, Mund, Haut, Muskeln und Sehnen erfahren wir Eindrücke, welche ans Gehirn weitergeleitet werden und dort weiterverarbeitet werden. (vgl. Schaade, 2009, S.28)

Um die Kommunikation und somit das Wohlbefinden zu dem Menschen mit Demenz zu fördern, ist es wichtig, genau diese verschiedenen Sinne zu nutzen und herauszufinden, welche Sinne der Erkrankte bevorzugt. Der Bereich der Wahrnehmung über verschiedene Sinneskanäle wird immer wichtiger und ist oft hauptsächlicher Bestandteil der Kommunikation. Für die Förderung des Wohlbefindens dieser Menschen ist dies somit zentral, denn so fühlt er sich wahrgenommen und bekommt Sicherheit vermittelt. (vgl. Haberstroh et al., 2011, S. 74)

Altersbedingt treten schon Veränderungen der Sinnesorgane und der Wahrnehmung auf. Oft sind aber bei einer Demenzerkrankung weitere Einschränkungen zu erwarten, welche über den normalen Alterungsprozess hinausgehen. (Schaade, 2009, S. 30-35)

Folgende Einschränkungen können, zusätzlich zum normalen Alterungsprozess, möglicherweise bei einem Menschen mit einer schweren Demenz, auftreten:

- Sie können nicht mehr erkennen, was sie mit den Augen sehen, sie können dem Gegenstand oder der Person also keine Bedeutung zu ordnen. Dies wird als Agnosie bezeichnet.
- Auch im Bereich des Riechens und Schmeckens sind oft Einschränkungen vorhanden. Häufig können nur noch süsse Lebensmittel differenziert wahrgenommen werden. Alles andere schmeckt fade.
- Da sie sich nur noch wenig bewegen können, ist es schwierig den Körper wahrzunehmen und sich selbst Reize zuzuführen. (Schaade, 2009, S. 36-47)

Aus diesen Informationen sieht man, dass es für den Menschen mit einer schweren Demenz wichtig ist, von aussen mit Sinnesreizen stimuliert zu werden, um sich selbst und die Umwelt wahrzunehmen, was ein elementarer Faktor für das Wohlbefinden ist. (Schaade & Kubny-Lüke, 2005, S. 55)

Erkennen von Emotionen bei schwerer Demenz

Jeder Mensch bevorzugt andere Sinnesreize und fühlt sich in anderen Situationen wohl. Um zu sehen, ob sich die Person mit schwerer Demenz in einer bestimmten Situation wohlfühlt, ist es wichtig die Zeichen für positive und negative Emotionen zu kennen. In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Zeichen für positive und negative Emotionen aufgelistet. Sie sind in vier Teilbereiche unterteilt: Handlung/ Gestik, körperliche Reaktion, Mimik und verbale Äusserungen.

Anhand dieser Zeichen und ihrem persönlichen Gesamteindruck der Gefühlslage der Person mit schwerer Demenz, ist es möglich zu erkennen, ob sich diese Person in diesem Moment wohlfühlt oder nicht. Dies kann dann im Auswertungsbogen, welcher weiter hinten zu finden ist, zu den einzelnen Anregungen der Wahrnehmungsstimulation eingetragen werden.

Körperliche Reaktion

Zeichen für positive Emotionen (+)	Zeichen für negative Emotionen (-)
Tiefes Einatmen, mit langer Phase des Ausatmens	Unruhige, unregelmässige bis hektische Atmung
Leichte Zunahme der Herzfrequenz	Schneller starker Anstieg der Herzfrequenz
Andeutungsweise Zittern oder leichtes Anspannen der Muskulatur	Überschiessendes Erröten, blass werden oder starkes Schwitzen
Körperliches Entspannen (z.B. in die Unterlage sinken)	Deutliche Anspannung der Muskulatur, Verkrampfung von Händen oder Fingern
Aufmerksame Gespanntheit, statt sonst üblicher Unruhe	Überkreuzen oder Anziehen der Beine, Anpressen der Arme an den Brustkorb
	Hühnerhaut
	Zusammenzucken, Zittern
	Weinen

(vgl. Buchholz und Schürenberg (2013, S.71); Otterstedt (2005, S.79); Lawton, Van Haitsma & Klapper (1999, S. 3-14))

Verbale Äusserung

Zeichen für positive Emotionen (+)	Zeichen für negative Emotionen (-)
Entspanntes Seufzen oder andere stimmliche Äusserungen (z.B. Summen, Singsang, Lachen)	Ärgerlich rufen, schreien, fluchen, schimpfen, kreischen
	wimmern, stöhnen, jammern, seufzen

Handlung/ Gestik

Zeichen für positive Emotionen (+)	Zeichen für negative Emotionen (-)
Angedeutete Körperbewegung in Richtung Kontaktperson	Abwenden der Augen oder des Kopfes
Küssen	Faust schütteln
Andere freundlich berühren, streicheln oder freundlich nach ihnen greifen.	Distanzierende Geste ausführen
Augenkontakt halten	Rastlos sein bzw. repetitive, unruhige Bewegungen
Augen folgen einem Objekt oder einer Person	Kopf in die Hände legen

(vgl. Buchholz und Schürenberg (2013, S.71); Otterstedt (2005, S.79); Lawton, Van Haitsma & Klapper (1999, S. 3-14))

Mimik

Zeichen für positive Emotionen (+)	Zeichen für negative Emotionen (-)
Lächeln	Grimmiger Gesichtsausdruck,
Ruhiges, leichtes Öffnen von Mund oder Augen	Verschliessen von Mund und Augen
Entspannter Gesichtsausdruck, Entspannte Mimik	Stirnfalten, Zähne zusammenbeissen, Lippen zusammenkneifen
	Augen (Brauen) zusammenziehen, oder weite Augen

(vgl. Buchholz und Schürenberg (2013, S.71); Otterstedt (2005, S.79); Lawton, Van Haitsma & Klapper (1999, S. 3-14))

Anregungen zur Wahrnehmungsstimulation

In diesem Abschnitt finden sie konkrete Anregungen zur Wahrnehmungsstimulation. Sie sind in fünf verschiedene Teilbereiche unterteilt: „Spüren - Fühlen“ (grün, Nr.1-9), „Körperwahrnehmung- Tiefenwahrnehmung“ (blau, Nr. 10-14), „Hören“ (orange, Nr.15-18), „Schmecken- Riechen“ (violett, Nr.19-21) und „Sehen“ (rot, Nr. 22-24).

Die Anregungen sind Ideen, welche direkt so umgesetzt oder auch individuell angepasst werden können. Wichtig ist es, die verschiedenen Sinnesbereiche auszuprobieren und so herauszufinden, welchen Sinn die von Demenz betroffene Person bevorzugt, denn jeder Mensch mit Demenz ist und bleibt einzigartig und dies gilt es zu berücksichtigen. Nur so kann das Wohlbefinden positiv beeinflusst werden.

Während allen Anregungen ist es sehr wichtig, die Person genau zu beobachten und falls Zeichen von negativen Emotionen auftreten, die Anregung umgehend abubrechen.

Wichtig ist auch, nur eine Anregung aufs Mal umzusetzen, da der Mensch mit schwerer Demenz ansonsten überfordert sein kann. Auch sollten sie nicht zu starken Reizen, insbesondere Gerüche oder Berührungen, ausgesetzt werden.

Als Hilfe, um herauszufinden welchen Sinnesbereich und welche Anregungen den einzelnen Menschen mit Demenz ansprechen und auch ihnen zusagen, befindet sich weiter hinten im Abschnitt „Evaluationsbogen“ ein Auswertungsbogen. Anhand der Tabellen im Abschnitt „Emotionen bei Menschen mit schwerer Demenz“, kann ermittelt werden, ob sich eine Person bei einer bestimmten Sinnesstimulation wohlfühlt oder nicht und dann im Auswertungsbogen festgehalten werden.

Spüren – Fühlen (Taktile Wahrnehmung)

Nr.	Material	Umsetzung	Besonderes/ Zu beachten
1	Eigene Hände	<ul style="list-style-type: none"> • Langsame, deutliche Berührungen mit der ganzen Handfläche z.B. an den Schultern oder Halten der Hand 	<ul style="list-style-type: none"> • Eignet sich um einen Besuch zu beginnen und Kontakt mit dem Menschen mit Demenzerkrankung aufzunehmen
2	Säcklein oder Kisten, gefüllt mit verschiedenen Materialien, z.B. Alltagsgegenstände, Sand, Steine, Sandpapier, Murmeln etc.	<ul style="list-style-type: none"> • In die Kisten oder Säcklein greifen lassen und spüren, was sich darin befindet, die unterschiedlichen Reize spüren. • Als durchführende Person können sie benennen was es ist, was der Mensch mit Demenzerkrankung gerade fühlt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ev. muss die Hand der Person geführt werden. • Nicht erwarten, dass der Mensch mit Demenzerkrankung erkennt und benenn kann was er fühlt.
3	Patchworkdecke mit verschiedenen Materialien, ev.Taschen, um hineinzugreifen. (sogenannte Nesteldecke)	<ul style="list-style-type: none"> • Nesteldecke in die Hände geben und daran spüren und handeln lassen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dies ist eine Aktivität, welche nur vom Menschen mit Demenzerkrankung ausgeführt wird. • Das Erstellen der Nesteldecke benötigt einen relativ hohen zeitlichen Aufwand
4	Sandsäcklein mit unterschiedlichem Gewicht	<ul style="list-style-type: none"> • Die Sandsäcklein nacheinander an verschiedenen Körperstellen mit etwas Druck auflegen. (z.B. Armen, Hände, Füße, Beine, Schultern etc.) Ev. für die Person mit Demenz benennen, wo man das Säcklein auflegt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht alle Menschen mögen die Säcklein an allen Körperstellen gleich gerne aufgelegt bekommen. → Gut auf die Reaktionen der Person achten.
5	Igelball, Pinsel, Waschlappen, Bürsten	<ul style="list-style-type: none"> • Die Gegenstände der Person in die Hand geben oder ihr damit über z.B. die Arme und Hände fahren. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht alle Menschen mögen die Berührungen mit gleicher Intensität und mit allen Gegenständen → Gut auf die Reaktion der Person achten
6	Rasierschaum (alternativ Schlagrahm) oder Knete	<ul style="list-style-type: none"> • Auf den Tisch oder in die Hände geben und den Menschen mit Demenz spüren und handeln lassen (auch schmieren) • Eignet sich gut um selbst auch mitzumachen. Ev. auch der Person den Rasierschaum mit den eigenen Händen verteilen • Ev. Handlung der Person mit Demenz mit Wörtern benennen 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht alle Menschen mögen Rasierschaum und Knete an den Händen. → Gut auf die Reaktion der Person achten • Reinigungsmöglichkeit für die Hände in der Nähe haben • Nicht erwarten das aus der Knete schöne Figuren entstehen • Rasierschaum riecht je nach Marke sehr stark, im Voraus testen, dass es nur eine leicht riechende Marke ist. • Aufpassen, dass die Finger mit Rasierschaum nicht in den Mund genommen werden

7	Becken für Hand oder Fussbad, unterschiedlich warmes Wasser, ev Duftöle oder Handcreme, Handtuch	<ul style="list-style-type: none"> • Die Hände oder Füße der Person ins Wasser begleiten und die unterschiedlichen Wassertemperaturen fühlen lassen (ev. Benennen: „Achtung, das ist ganz kalt!“) • Am Schluss die Hände mit dem Handtuch abtrocknen und ev. einreiben. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gut auf die Reaktion der Person achten, da gewisse Temperaturen auch unangenehm sein können • Beim Abtrocknen und Eincremen wenn nötig unterstützen
8	Tiere oder Fell/ Plüschtier mit sehr weichem Fell	<ul style="list-style-type: none"> • Streicheln, darüberfahren lassen • Ev. Benennen der Tätigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Abklären ob Tiere in der Pflegeinstitution erlaubt sind • Nur mit Tieren arbeiten, wenn die Person mit Demenz Tiere mag und nicht allergisch darauf ist • Fell oder Plüschtier sind eine gute Alternative, auch wenn es nicht die gleichen Wahrnehmungsmöglichkeiten wie ein Tier bietet (Atmung, Wärme und Reaktion auf das Streicheln)
9	Zusammengeflechtene Stoffstreifen, mit verschiedenen eingeknüpften Bändern, Knöpfen oder Ähnlichem (sogenannter Greifzopf)	<ul style="list-style-type: none"> • Am Greifring oberhalb des Bettes aufhängen, so kann der Mensch mit Demenzerkrankung, daran nesteln, ziehen und fühlen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sicher stellen, dass die Teile fest angemacht sind und auch bei grösserem Zug nicht abfallen. • Beachten, ob die Person noch so weit nach oben greifen kann. → Alternativ den Greifring in den Händen halten und so der Person mit Demenz anbieten. • Nicht hängen lassen sondern wieder abhängen → Kann sonst störend sein

(Buchholz (2011, Kap. 5.7.); Buchholz & Schürenberg (2013, S.31/ 137); Haberstroh, Neumeyer& Pantel (2011, S. 65- 69); Hammerla (2009, S.132-133); Kostrezwa (2013, S.103-132); Minder (2011); Möllers (2006, S.181- 189); Otterstedt (2005, S. 33-66); Schaade & Kuby-Lüke (2005, S.55- 60); Schaade (2009, S.80/ 85/ 126); Schaade (2012, S.19/ 51); Spirig (2011, Kap.6.6.); Stocker (2011, Kap. 6.7.); Stoppe (2007, S.118))

Körperwahrnehmung – Tiefenwahrnehmung (Kinästhetische Wahrnehmung)

Nr.	Material	Umsetzung	Besonderes/ Zu beachten
10	Klangschale, Stimmgabel oder Gegenstände, welche vibrieren	<ul style="list-style-type: none"> Die Klangschale oder Stimmgabel so platzieren, dass die Person die Schwingungen fühlen kann, z.B. direkt am Körper oder auf dem Tisch und die Person mit Demenz die Hände auf den Tisch legen lassen. Die Vibrationsgeräte können an verschiedenen Körperstellen aufgelegt werden. 	<ul style="list-style-type: none"> Gut beobachten an welchen Orten die Person die Vibration mag.
11	Tuch	<ul style="list-style-type: none"> Arm oder Bein in das Tuch legen und sanft hin und herschaukeln 	<ul style="list-style-type: none"> Gut beobachten, wie stark die Person mit Demenz das Schaukeln mag
12	Bett mit höhenverstellbarem Kopfteil	<ul style="list-style-type: none"> Das Kopfteil langsam nach oben stellen, wenn möglich auch das Fussteil in eine andere Position bringen. 	<ul style="list-style-type: none"> Insbesondere hilfreich, wenn die Person mit Demenz bettlägerig ist, da das Verstellen eine Lageveränderung bewirkt und hilft den Körper wieder besser wahrzunehmen
13	Schaukelstuhl oder Ähnliches, das Schaukeln ermöglicht	<ul style="list-style-type: none"> Langsames hin- und herschaukeln 	<ul style="list-style-type: none"> Gut beobachten, ob und wie stark die Person mit Demenz das Schaukeln mag Hilft den Körper besser zu spüren
14	Musik, Ballon	<ul style="list-style-type: none"> Ballon in die Hände der Person mit Demenz geben, die Musik nahe des Ballons abspielen, so dass sich die Vibration auf dem Ballon spüren lässt. Alternativ kann man auch gegen den Ballon sprechen oder singen. Dies erzeugt ebenfalls Vibration 	<ul style="list-style-type: none"> Im Voraus ausprobieren, ob sich die ausgewählte Musik gut fühlen lässt und welche Distanz es zum Ballon braucht.

(Buchholz (2011, Kap. 5.7.); Buchholz & Schürenberg (2013, S.31/ 137); Haberstroh, Neumeyer& Pantel (2011, S. 65- 69); Hammerla (2009, S.132-133); Kostrezwa (2013, S.103-132); Minder (2011); Möllers (2006, S.181- 189); Otterstedt (2005, S. 33-66); Schaade & Kuby-Lüke (2005, S.55- 60); Schaade (2009, S.80/ 85/ 126); Schaade (2012, S.19/ 51); Spirig (2011, Kap.6.6.); Stocker (2011, Kap. 6.7.); Stoppe (2007, S.118))

Hören (Auditive Wahrnehmung)

Nr.	Material	Umsetzung	Besonderes/ Zu beachten
15	Bekannte Musik (eher ruhig), Kinderlieder, Lieblingsmusik, eher instrumentale Musik	<ul style="list-style-type: none"> Die Musik abspielen, ev. mitsummen, mitsingen 	<ul style="list-style-type: none"> Kann mit dem Ballon aus dem Bereich Körperwahrnehmung-Tiefenwahrnehmung kombiniert werden Oft wird instrumentale Musik besser verstanden als Musik mit Text
16	Bekanntes Lied summen	<ul style="list-style-type: none"> In der Nähe der Person ev. während dem Summen die Hand halten oder die Hand auf die Schulter legen 	<ul style="list-style-type: none"> Kann mit dem Ballon aus dem Bereich Körperwahrnehmung – Tiefenwahrnehmung kombiniert werden
17	Glockengeläut, Vogelgezwitscher vorspielen	<ul style="list-style-type: none"> Das gleiche Geräusch eine Weile abspielen lassen, bis man das Gefühl hat, dass die Person das Interesse daran verliert. Ev. kombinieren mit Hand halten oder Hand auf die Schulter legen 	<ul style="list-style-type: none"> Falls man Geräusche kennt, welche von der Person bevorzugt werden, kann auch dieses abgespielt werden
18	Instrumente, Klangschale	<ul style="list-style-type: none"> Auf dem Instrument spielen, ev. die Person die Vibrationen fühlen lassen 	<ul style="list-style-type: none"> Falls die Person selbst ein Instrument gespielt hat, kann diese Instrument besonders anregend sein

(Buchholz (2011, Kap. 5.7.); Buchholz & Schürenberg (2013, S.31/ 137); Haberstroh, Neumeyer& Pantel (2011, S. 65- 69); Hammerla (2009, S.132-133); Kostrezwa (2013, S.103-132); Minder (2011); Möllers (2006, S.181- 189); Otterstedt (2005, S. 33-66); Schaade & Kuby-Lüke (2005, S.55- 60); Schaade (2009, S.80/ 85/ 126); Schaade (2012, S.19/ 51); Spirig (2011, Kap.6.6.); Stocker (2011, Kap. 6.7.); Stoppe (2007, S.118))

Schmecken – Riechen (Gustatorische und Olfaktorische Wahrnehmung)

Nr.	Material	Umsetzung	Besonderes/ Zu beachten
19	Duftöle, Lieblingsparfüm oder Kölnisch Wasser, ev. Taschentuch, Lavendelsäcklein, Duftende Blumen	<ul style="list-style-type: none"> • Duftöle, Parfüm oder Kölnisch Wasser auf ein Taschentuch oder das Handgelenk geben • Lavendelsäcklein, duftende Blumen oder das duftende Taschentuch, der Person mit Demenz zum Riechen geben 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht zu intensive Düfte nehmen (z.B. Melisse eignet sich gut) • Gut beobachten, ob die Person den Geruch mag
20	Lieblingsgetränk (z.B. Kaffee), ev. als Eiswürfel eingefroren	<ul style="list-style-type: none"> • Der Person zu trinken geben • Den Eiswürfel zum Lutschen geben 	<ul style="list-style-type: none"> • Mit dem Pflegepersonal abklären, wie gut das Schlucken noch funktioniert, ev. muss das Getränk angedickt werden.
21	Süße Speise, z.B. Pralinen, Kuchen, Creme	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsames Essen der Speisen • Ev. Essen in den Mund geben 	<ul style="list-style-type: none"> • Achten, dass die Person sich nicht verschluckt • Süße Speisen werden oft noch am ehesten als wohlschmeckend wahrgenommen. Je nach Person können aber auch andere Speisen positive Reaktionen auslösen

(Buchholz (2011, Kap. 5.7.); Buchholz & Schürenberg (2013, S.31/ 137); Haberstroh, Neumeyer& Pantel (2011, S. 65- 69); Hammerla (2009, S.132-133); Kostrezwa (2013, S.103-132); Minder (2011); Möllers (2006, S.181- 189); Otterstedt (2005, S. 33-66); Schaade & Kuby-Lüke (2005, S.55- 60); Schaade (2009, S.80/ 85/ 126); Schaade (2012, S.19/ 51); Spirig (2011, Kap.6.6.); Stocker (2011, Kap. 6.7.); Stoppe (2007, S.118))

Sehen (Visuelle Wahrnehmung)

Nr.	Material	Umsetzung	Besonderes/ Zu beachten
22	Fotos von früher oder von der Person bekannten Personen, Tieren, Orten	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsam die Fotos anschauen • Erzählen sie der Person, was sie auf dem Foto sehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht erwarten, dass die Person die Menschen und Dinge benennen kann
23	Lichtspiel, Lavalampe	<ul style="list-style-type: none"> • Aufmerksamkeit der Person auf das Lichtspiel lenken, gemeinsam das Lichtspiel beobachten • Äussern sie was sie wahrnehmen (verbalisieren) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht zu unruhige Lichtspiele wählen
24	Verschiedene Farben	<ul style="list-style-type: none"> • Farben betrachten • Damit Malen, ev. mit Fingern oder Pinsel • Äussern sie was sie wahrnehmen (verbalisieren) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ev. Hand beim Malen unterstützen • Nicht erwarten, dass etwas „Schönes“, Bildliches entsteht. Es geht um den Prozess, nicht um das Ergebnis • Waschgelegenheit in der Nähe haben

(Buchholz (2011, Kap. 5.7.); Buchholz & Schürenberg (2013, S.31/ 137); Haberstroh, Neumeyer& Pantel (2011, S. 65- 69); Hammerla (2009, S.132-133); Kostrezwa (2013, S.103-132); Minder (2011); Möllers (2006, S.181- 189); Otterstedt (2005, S. 33-66); Schaade & Kuby-Lüke (2005, S.55- 60); Schaade (2009, S.80/ 85/ 126); Schaade (2012, S.19/ 51); Spirig (2011, Kap.6.6.); Stocker (2011, Kap. 6.7.); Stoppe (2007, S.118))

Evaluationsbogen

Die Nummer entspricht den Nummern der Anregungen im Kapitel „Anregungen zur Wahrnehmungsstimulation“. Die Verschiedenen Sinne sind mit verschiedenen Farbe gekennzeichnet, so lässt sich auch hier im Auswertungsbogen leicht erkennen, welche Nummern zum gleichen Bereich gehören.

Es kann jeweils angekreuzt und ev. in Stichworten notiert werden, wie der Mensch mit Demenz auf die Anregung angesprochen hat und ob sie sich dabei wohlgeföhlt haben. Das „+“ steht für positive Emotionen das „-“ steht für negative Emotionen beim Menschen mit schwerer Demenz. Wie die positiven und negativen Emotionen erkannt werden können, kann im Kapitel „Hintergrundinformationen“ im Unterkapitel „Emotionen bei Menschen mit schwerer Demenz“ nachgelesen werden.

Das Ziel des Auswertungsbogens ist es, zu erkennen, welche Sinne oder welche Anregungen dem Menschen mit schwerer Demenz zusagen und wobei auch sie sich wohlföhlen.

So können weitere Anregungen, welche zum bevorzugten Sinn gehören, umgesetzt und auch eigene Ideen entwickelt werden. Natürlich kann auch die selbe Anregung wiederholt werden.

Nr.	+	-	Eigene Gefühle	Notizen/ Bemerkungen
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				

(grün= fühlen/spüren, blau= Körperwahrnehmung/Tiefenwahrnehmung,
orange= hören, violett= schmecken/riechen, rot= sehen)

Literaturverzeichnis

- Buchholz, T. (2011). *Grundlagen der Demenzmedizin*. In A., Mühlegg-Weibel (2011). *Demenz verstehen* (Kap. 5.7). Wetzikon: Stiftung Sonnweid.
- Buchholz, T. & Schürenberg, A. (2013). *Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen, Anregung zur Lebensbegleitung* (4. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Haberstroh, J. & Neumeyer, K. & Pantel, J. (2011). *Kommunikation bei Demenz*. Berlin: Springer.
- Hammerla, M. (2009). *Der Alltag mit demenzerkrankten Menschen. Pflege in den verschiedenen Phasen der Erkrankung*. München: Urban & Fischer.
- Kostrezwa, S. & Kutzner, M. (2013). *Was wir noch tun können!, Basale Stimulation in der Sterbebegleitung* (5. Überarbeitete und ergänzte Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Lautenbacher, S. & Gauggel, S. (2010). *Neuropsychologie psychischer Störungen* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Lawton, M. P., Van Haitsma, K. & Klapper, J. (1996). *Observed affect in nursing home residents with Alzheimer's disease*. Journal of Gerontology
- Minder, R. (2011) *Grundlagen der Demenzmedizin*. In A., Mühlegg-Weibel (2011). *Demenz verstehen* (Kapitel 5.3). Wetzikon: Stiftung Sonnweid.
- Möllers, J. (2006). *Methoden in der Heilpädagogik und Heilerziehungspflege, Psychomotorik*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS GmbH.
- Otterstedt, C. (2005). *Der nonverbale Dialog, Für Begleiter von Schwerkranken, Schlaganfall-, Komapatienten und Demenz- Betroffenen mit Übungen zur Wahrnehmungssensibilisierung*. Dortmund: Verlag modernes lernen.
- Schaade, G. & Kubny-Lüke, B. (2005). *Demenz, Alzheimererkrankung, Ein Ratgeber für Angehörige und alle, die an Demenzerkrankte Menschen betreuen*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Schaade, G. (2009). *Demenz, Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung*. Heidelberg: Springer.
- Schaade, G. (2012). *Ergotherapie bei Demenzerkrankungen* (5. Aufl.). Heideberg: Springer.
- Schmidtke, K. & Otto, M. (2012). *Alzheimer- Demenz*. In Wallesch, C-W. & Förstl, H. *Demenzen* (2. Aufl.), (S. 210). Stuttgart: Thieme.
- Spirig, O. (2011). *Grundlagen der Demenzmedizin*. In A., Mühlegg-Weibel (2011) *Demenz verstehen* (Kap. 6.6). Wetzikon: Stiftung Sonnweid.
- Stocker, B. (2011). *Grundlagen der Demenzmedizin*. In A., Mühlegg-Weibel (2011). *Demenz verstehen* (Kap. 6.7). Wetzikon: Stiftung Sonnweid.
- Stoppe, G. (2007). *Demenz* (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.

Kontakt:

Carola Ganz

Trottensteig 7

8180 Bülach

carola.ganz@gmx.ch