

Marina Kojer

Wege der Kommunikation mit fortgeschritten Demenzkranken

Ways to Communicate with Patients with the Severe Dementia

Zusammenfassung

Schwer Demenzkranke erleben die Welt ausschließlich auf der Gefühlsebene. Nur auf dieser Ebene können wir versuchen, ihnen zu begegnen. Voraussetzung dafür ist eine respektvolle und wertschätzende Grundhaltung, das heißt, die Bereitschaft die Kranken als gleichwertig zu akzeptieren. Das allein ist indes zu wenig: Wer laufend Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz zu betreuen hat, muss, um eine Beziehung zu den Betroffenen herstellen zu können, lernen, mit den „sprachlos“ gewordenen Kranken zu kommunizieren. Seit vielen Jahren hat sich die Validation nach Naomi Feil als bestens geeigneter Zugangsweg für jede Phase der Demenz bewährt. Als sehr hilfreich für den nonverbalen Kontakt mit weit fortgeschritten Demenzkranken erweist sich auch die Basale Stimulation.

Schlüsselwörter: Nonverbale Kommunikation, Beziehung, Empathie, ethisches Handeln

Abstract

Patients suffering from severe dementia experience the world on a purely emotional level. Therefore, the only way for us to connect with them is on this level. However, this requires a respectful attitude that accepts the patient as an equal. Furthermore, those who provide constant care to persons with highly advanced dementia must learn to communicate with them. There is no other way to develop a relationship. According to Naomi Feil, the method of “validation” has proven to be the best approach in every stage of dementia. Basal stimulation has also been found to be a helpful tool for establishing non-verbal communication.

Keywords: non-verbal communication, relationship, empathy, ethical conduct

Dr. med. Dr. phil. Marina Kojer
Honorarprofessorin der IFF (Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung) der Universität Klagenfurt in Wien
Privat:
Ernst Karl Winter-Weg 8/6, A-1190 Wien
marina.kojer@me.com

„Je intensiver die Beziehung zwischen dem Anderen und mir ist, desto angemessener wird mein Handeln und meine Entscheidung sein.“

Klaus Dörner¹

Wenn die Demenz immer weiter fortschreitet, verlieren die Betroffenen allmählich nicht nur ihr Gedächtnis, sie können auch nicht mehr denken und sich nicht mehr in ihrem Leben orientieren. Mit der Zeit reduziert sich die Fähigkeit, sich verbal auszudrücken, stetig weiter. Immer häufiger fehlen die richtigen Worte, schließlich versiegt die Sprache ganz. Die Betroffenen können allgemein gebräuchliche Kommunikationsroutinen nicht mehr bedienen. Sie sind in allen Belangen desorientiert, können ihre Eindrücke nicht mehr zuordnen, ihre Schmerzen nicht mehr orten, ihre Wünsche und Bedürfnisse nicht mehr formulieren. Angehörige stehen in der Regel ratlos vor diesen Veränderungen und sehen sich laufend mit neuen Schwierigkeiten konfrontiert, die sie nicht verstehen und mit denen sie nicht zurechtkommen. Auch Betreuerinnen und Betreuer aller Berufsgruppen sind häufig nur unzureichend oder gar nicht für die Aufgabe ausgebildet, mit Demenzkranken zu kommunizieren, ihr Vertrauen zu gewinnen, ihre Signale zu verstehen und ihnen zu helfen, trotz ihrer schweren Krankheit ein gutes Leben zu führen.

Dass der Verlust eines Großteils der Hirnleistungsfähigkeit und schließlich auch der Sprache die Kommunikation mit den Kranken erschwert, ist selbstverständlich. Wege zum besseren Verständnis von Menschen mit fortschreitender Demenz und zur Etablierung tragfähiger Beziehungen mit ihnen können nur mehr über eine gemeinsame Gefühlsebene eröffnet werden. Weder Glücksgefühle, Freude und Heiterkeit, noch Angst, Enttäuschung, Trauer oder Schmerz sind an ein funktionsfähiges Denksystem gebunden. Auch wenn Gedächtnis und Denken verlorengehen – Sensibilität und Gefühlsreichtum der Betroffenen bleiben über die gesamte Krankheitsdauer erhalten, ja sie nehmen sogar noch zu! Über diese Schiene gelingt es auch

mit weit fortgeschritten Demenzkranken in eine lebendige Gefühlsbeziehung zu treten und auf diese Weise zu kommunizieren.

Kommunikation – ein Menschenrecht

Wie fühlt es sich für die Betroffenen an, wenn sie mit ihrer Art um Hilfe zu bitten auf Unverständnis, Gleichgültigkeit und Abwehr stoßen? Wenn der Zustand länger anhält, erleben sie vermutlich die Hölle auf Erden. Dauerhaft von der Kommunikation mit seinen Mitmenschen ausgeschlossen zu sein, entspricht dem Zustand eines Menschen in Einzelhaft und ist schon für sich allein genommen ein mehr als ausreichender Grund, „herausforderndes Verhalten“ zu provozieren. In einem Sozialstaat sollte das Recht auf eine dem Zustand der Betroffenen angepasste kommunikative Grundversorgung² eigentlich selbstverständlich sein. In anderen Bereichen geschieht viel, um dieses Recht zu gewährleisten: Betreuer und Lehrer von Gehörlosen müssen die Gebärdensprache beherrschen, Asylsuchende können sich über einen Dolmetscher verständigen und erhalten so schnell es geht Unterricht in der Landessprache. Wenn Demenzkranke sich nicht mehr „normal“ verständigen können, ist kaum jemandem bewusst, dass es die Pflicht ihrer Betreuerinnen und Betreuer wäre, ihre „Sprache“ zu erlernen. Die Kunst der gelingenden Kommunikation mit Demenzkranken hat einen hohen Stellenwert! Das Erlernen einer geeigneten Kommunikationsmethode darf daher keine Kürleistung für wenige Auserwählte sein, sie muss selbstverständliches Pflichtprogramm für alle werden, die in diesen Berufen arbeiten. Das Erlernen einer gemeinsamen Sprache für den Umgang mit Demenzkranken sollte ebenso selbstverständlich werden, wie es das Beherrschen der Gebärdensprache schon längst für alle ist, die mit Gehörlosen arbeiten. Es ist daher eine vorrangige Aufgabe für Pflegekräfte, die in Heimen oder in ambulanten Diensten beschäftigt sind, und auch für alle, die Demenzkranke ärztlich oder therapeutisch betreuen, alles dazuzutun, um zu „Kommunikatoren der Hilfe“ zu werden.

Die beste mir bekannte Kommunikationsmethode für den Umgang mit Menschen mit Demenz ist die bereits seit Jahrzehnten bewährte Validation nach Naomi Feil (Feil und de Klerk Rubin 2013,³ Feil 2010,⁴ Fercher und Sramek 2013⁵).

Ohne Worte in Beziehung sein

Kommunikation ist der Kitt, der ein Leben in Gemeinschaft erst möglich macht, denn sie allein gibt uns die Chance, andere zu verstehen und von ihnen verstanden zu werden, Gefühle auszudrücken, einander beizustehen, von einander zu lernen und gemeinsame Ziele zu verwirklichen. Die Grundfunktion der Kommunikation besteht darin, Beziehungen zwischen Menschen entstehen und wachsen zu lassen. Wir sind nicht dazu geschaffen, als Einsiedler zu leben, wir haben nicht genug persönliche Ressourcen, um ganz auf uns allein gestellt ein unabhängiges Leben zu führen. Wenn unsere Worte und Handlungen ohne Echo aus unserer Umwelt verhallen, fühlen wir uns sehr verunsichert; wir können uns nicht mehr richtig positionieren, wir wissen nicht, wo wir mit unseren Meinungen und Leistungen stehen. Die Möglichkeit, andere zu fragen, ihre Meinung einzuholen, sich immer wieder mit ihnen auszutauschen, ist eine nicht wegzudenkende Voraussetzung guter Lebensqualität. Mit anderen in Beziehung zu treten und auf tragfähige Beziehungen vertrauen zu dürfen, gehört zu den Grundbedürfnissen der Menschen. Das soziale Netz, in das wir eingebettet sind, ist aus Beziehungen geknüpft. Es schenkt uns die Sicherheit und Geborgenheit, die wir brauchen, um unseren Alltag angstfrei zu bewältigen.

In den vielen Jahren meiner Arbeit als Geriaterin habe ich sehr oft den – meist von einem bedauernden Achselzucken begleiteten – Satz gehört: „mit der/dem kann man nicht mehr kommunizieren“. Damit war in der Regel gemeint, dass eine bestimmte Person nicht mehr sprechen kann. Kommunikation ist aber bei weitem nicht gleichbedeutend mit „miteinander sprechen“. Zu kommunizieren bedeutet vielmehr die Fähigkeit, sich

anderen in vielfältiger Weise mitzuteilen, sie zu verstehen, von ihnen verstanden zu werden und auf eigene Lebensäußerungen Antwort zu bekommen. Schon ein Blick kann inhaltsschwer sein und dem Adressaten vieles mitteilen. Er kann besagen „ich liebe dich“, „du tust mir leid“, „ich fühle mich unsicher“, „bitte hilf mir!“ oder „mit dir will ich nichts zu tun haben“. Wir erleben jeden Tag mehrfach Situationen, in denen wir einen Mitmenschen ohne ein Wort „ansprechen“ und auf dem gleichen Weg Antwort bekommen. Wenn sich mein Blick in der U-Bahn mit dem meines Gegenübers kreuzt und wir einander ein paar Sekunden zulächeln, wissen wir beide, dass wir nicht allein, sondern Teil einer Gemeinschaft sind. Wenn meine Tochter, kaum dass ich die Tür öffne, aus meiner Haltung erkennt, dass ich bedrückt bin und mich daraufhin in die Arme schließt, spüre ich, dass ich geliebt werde und dass sie mit mir fühlt. Mit allem, was wir sagen, mit allem, was wir tun, ja mit allem, was wir in einem bestimmten Augenblick sind, teilen wir uns anderen Menschen mit. Es braucht keine Worte, um den anderen fühlen zu lassen, „ich mag dich“, „ich bin für dich da“ oder „du kommst jetzt ungelegen“.

Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz haben einen großen Teil ihrer Hirnleistungsfähigkeit verloren, sie haben keine Worte mehr für das, was ihnen weh tut oder Freude macht. Für sie bedeutet die positive Beziehung zu anderen, als Ich, als Individuum, als Person wahr- und ernst genommen zu werden,⁶ am Leben teilzuhaben und nicht allein und verloren zu sein in einer für sie unfassbar gewordenen Welt. Ein Mensch, der in jeder Hinsicht orientierungslos, ratlos geworden ist, alle Bewältigungsstrategien verloren hat, braucht die tragfähige Beziehung zu anderen, braucht deren Wertschätzung, Zuwendung und Nähe noch viel notwendiger als zerebral Gesunde. Die Betroffenen können sich nicht mehr gegen Verletzungen schützen; sie sind Respektlosigkeit und Missachtung der Umwelt wehrlos ausgeliefert. Vor kurzem wurde ich in einem Pflegeheim Zeugin einer Szene, die mir dies sehr deutlich vor Augen geführt hat:

Eine Pflegekraft sitzt mit zwei hochbetagten Damen an einem Tisch. Eine der beiden Damen leidet an einer weit fortgeschrittenen Demenz. Sie sitzt lächelnd da und schiebt konzentriert den vor ihr stehenden Trinkbecher immer wieder auf dem Tisch hin und her. Die zweite Frau schaut einen Augenblick lang voller Verachtung zu und bemerkt dann empört zu der Schwester: „Die gehört nicht hierher! Die gehört ins Narrenhaus!“ Die Angesprochene seufzt, schüttelt den Kopf und erwidert: „die gehört schon her, weil sie halt alt ist. Das Gehirn ist ganz weg, aber so lange das Herz schlägt, muss man sie versorgen“. Die demenzkranke alte Dame senkt den Kopf und schließt die Augen. Sie spürt die menschenverachtende Haltung ganz genau und hat keinen anderen Ausweg, als sich noch tiefer in ihre innere Emigration zurückzuziehen.

Wer mit Demenzkranken arbeitet, weiß und erlebt immer wieder, dass sie wesentlich sensibler sind als durchschnittliche „Normaldenker“. Sie reagieren mit Freude, wenn wir uns ihnen herzlich zuwenden, verschließen sich oder wehren uns ab, wenn wir sie wie ein Objekt behandeln. Wie ein-drucksvoll sich selbst ein kleines Fehlverhalten auswirkt, zeigt das folgende Beispiel aus meiner ehrenamtlichen Tätigkeit in einem Pflegeheim:

Im Vorbeigehen sah ich, wie eine sichtlich unter Zeitdruck stehende Pflegekraft einer hochbetagten Dame mit sehr weit fortgeschrittener Demenz zu Mittag die Suppe reichte. Ich bot ihr an sie abzulösen; sichtlich erleichtert drückte sie mir den Löffel in die Hand und wandte sich anderen Aufgaben zu. Ich setzte mich zu der alten Dame und wollte ihr sofort den nächsten Löffel Suppe reichen. Die alte Dame schloss die Augen, drehte den Kopf zur Seite und presste den Mund zusammen. Ich verstand sogleich, was sie mir mitteilen wollte: „So respektlos wie am Fließband geht das bei mir nicht, meine Liebe!“ Beschämt legte ich den Löffel weg. Nach ein paar Augenblicken der Besinnung bemühte ich mich ehrlich darum, mit der alten Dame in Beziehung zu treten. Ich rückte ganz nahe zu ihr, begrüßte sie mit ihrem Namen, umfasste mit sanftem Druck ihre Schultern und wartete, bis der Blickkontakt mit ihr gelang. Es dauerte nicht länger als eine oder zwei Minuten – Demenzkranke sind nicht nachtragend. Die alte Dame sah mich an und

lächelte. Erst jetzt bot ich ihr nochmals etwas von der Suppe an. Sie machte den Mund auf und aß sichtlich mit Genuss den ganzen Teller leer.

Mangel an Beziehung schafft Leid

Die Geschichte lehrt uns, dass die schlimmsten Taten, die unzählige andere in tiefstes Leid stürzten und/oder das Leben kosteten, dann begangen wurden, wenn die Betroffenen nicht mehr als gleichwertige Mitmenschen oder überhaupt nicht als Menschen wahrgenommen wurden. Niemals wären die Verbrechen in den nationalsozialistischen Konzentrationslagern, den sibirischen Arbeitslagern oder – in jüngerer Vergangenheit – in den Kriegen im ehemaligen Jugoslawien – verübt worden, niemals wären Terrorakte möglich, die ungezählte Menschen in den Tod reißen, hätten die Täter den Gedanken zugelassen, dass ihre Opfer gleichwertige und gleichwürdige Menschen sind, dass sie Eltern und Kinder haben, dass sie fühlen und leiden.

Beziehung auf Augenhöhe herzustellen und auf Basis dieser Beziehung zu handeln und zu entscheiden, gehört zu unseren Hauptaufgaben, wenn wir Verantwortung für hilflose Menschen übernehmen müssen. Den Betreuenden aller Berufsgruppen ist meist nicht ausreichend bewusst, wie viel seelisches und körperliches Leid demenzkranker alter Menschen sie verursachen oder in Kauf nehmen, wenn sie sie respektlos, wie minderwertige Objekte behandeln. Die Brutalität, die ein Mangel an echter Beziehung mit sich bringt, zeigt das folgende Beispiel mit aller Deutlichkeit auf:

Die fortgeschritten demenzkranke 84-jährige Frau Anni bekommt Besuch von ihrer früheren Nachbarin. Die Besucherin versucht vergeblich, sich mit Frau Anni zu unterhalten. „Spricht sie denn gar nicht mehr?“ fragt sie eine vorbeikommende Schwester. „So gut wie nicht“, antwortet die Schwester, „aber mir gelingt es meistens, dass sie wenigstens ihren Namen sagt“. Sie setzt sich zu der alten Frau, legt ihr mit einer gönnerhaften Geste einen Arm um die Schulter und spricht sie mit sehr lauter Stimme in einem Tonfall an, den man – wenn überhaupt

– bestenfalls im Umgang mit einem Kleinkind verwendet: „Sag schön, wie du heißt!“ Frau Anni schaut die Schwester ernst und stumm an. Diese wiederholt noch lauter „na sag schön, wie du heißt“. Die alte Frau senkt den Kopf. Nach jeder Wiederholung dieser Aufforderung sinkt der Kopf etwas tiefer, die Hände liegen jetzt verkrampft auf dem Schoß. Schließlich sagt Frau Anni ganz leise mit gepresster Stimme „Anni“. Die Schwester schaut die Besucherin triumphierend an, „na also, man muss nur etwas Geduld haben!“

Sprachlos gewordene Menschen können sich nur über ihren Körper und durch ihr Verhalten ausdrücken. Wenn sie Hunger oder Durst, eine volle Blase, Schmerzen oder Angst haben, verändert sich ihr Verhalten. Diese Signale werden dann oft von der Umwelt als „störend“ oder – in modernerer Terminologie – „herausfordernd“ wahrgenommen.⁷ Agitation, anhaltendes Rufen oder „Aggression“ (besser Abwehrverhalten) gelten als klassische Symptome der Demenz. Man versucht sie häufig mit geeigneten pharmakologischen Mitteln zu bekämpfen. Diese Sicht der Dinge und die Vorgangsweise, die sie mit sich bringt, hat für Demenzkranke häufig verhängnisvolle Konsequenzen: Signale, die uns zeigen sollten, dass es den Betroffenen nicht gut geht, werden als demenztypisch „normal“ angesehen. Dahinter verborgene körperliche und seelische Leiden gehen unbemerkt unter. Schon lange bekannte Diagnosen, die auf bestimmte Beschwerden hinweisen könnten, werden von dem herausfordernden Verhalten überdeckt und geraten darüber in Vergessenheit.

Verhaltensauffälligkeiten lassen sich nicht allein durch die Diagnose Demenz erklären. Sie haben immer einen Grund. Charakteristisch für die Krankheit ist nur die Art und Weise, in der die Betroffenen ihre Not ausdrücken. Verursachend kann alles sein, was die augenblickliche Befindlichkeit negativ beeinflusst:

- Körperliche Beeinträchtigungen wie Schmerzen, Juckreiz oder „Kleinigkeiten“ wie eine schlechte Sitzposition oder drückende Kleidungsstücke

- Fehlverhalten der Betreuenden wie Respektlosigkeit, Missachtung oder Mangel an Zuwendung
- Ungünstige Umweltfaktoren z. B. Reizüberflutung durch anhaltenden Radiolärm oder Licht- und Reizmangel
- Belastende Erlebnisse aus der Vergangenheit (z. B. Kriegserlebnisse), die wieder in das Bewusstsein treten.

Unsere Aufgabe ist es herauszufinden, was die Betroffenen quält. Das ist häufig alles andere als einfach. Wenn wir uns bemühen, gelingt es aber sehr oft – wenn auch nicht immer – eine Ursache für das Verhalten zu finden und Abhilfe zu schaffen. Die Voraussetzung für das Verstehen der Signale eines sprachlos gewordenen Menschen ist das Aussteigen aus der gewohnten Routine und die Reflexion der eigenen Denkläufe sowie des eigenen Verhaltens:

- Welcher Frage gehe ich nach, bevor ich über eine pflegerische oder therapeutische Maßnahme entscheide? Frage ich mich wirklich ernsthaft, was die/den Betroffene/n quälen könnte, oder beschäftige ich mich ausschließlich mit den für mich und andere belastenden Konsequenzen des herausfordernden Verhaltens?
- Denke ich darüber nach, wie ich diesem Menschen am besten helfen könnte? Oder geht es mir vor allem darum, die störende Situation so gut es geht in den Griff zu bekommen und so schnell wie möglich zu beenden?
- Stelle ich mir jemals die Frage, ob medikamentös „beruhigte“ Demenzkranke sich tatsächlich wohler fühlen, ob ich ihnen mit meinen Maßnahmen etwas Gutes getan, ob ich ihnen tatsächlich geholfen habe? Oder höre ich mit dem Ende der Störung auch auf, mich mit den Betroffenen zu beschäftigen?
- Frage ich mich manchmal, ob mir das fremde Leid, dem ich in meinem Beruf Tag für Tag begegne, überhaupt noch nahegeht?

Persönliche Voraussetzungen für die gelingende Kommunikation mit Demenzkranken

Nur, wenn wir es schaffen, mit den Kranken in eine tragfähige Beziehung einzutreten und ihnen so weit wie möglich in ihre Welt zu folgen, beginnen wir sie allmählich besser in ihrem So-Sein zu verstehen, lernen wir mit der Zeit, ihre unglaublich reichen Gefühlsressourcen kennen und schätzen. Schon allein aus diesem Grund ist es ein verhängnisvoller, wenn auch leider weit verbreiteter Irrtum zu meinen, dass die Betreuung Demenzkranker keiner besonderen Eignung bedarf und eigentlich von jedem Menschen erbracht werden kann, der dazu bereit ist, diesen Job auf sich zu nehmen.

Das Gegenteil ist der Fall: Die Arbeit mit Demenzkranken gehört zu den schwierigsten und verantwortungsreichsten Tätigkeiten in unserem Gesundheitswesen, haben wir es doch dabei mit unerhört verletzlichen Menschen zu tun, die sich gegen keine unserer Übergriffigkeiten zur Wehr setzen können. Wesentlich für diese Arbeit ist nicht nur die notwendige berufliche Qualifikation, mindestens ebenso wichtig sind menschliche Reife, die Auseinandersetzung mit dem zukünftigen eigenen Alter und das Zulassen des Gedankens an die nicht unbeträchtliche Wahrscheinlichkeit, später einmal auch selbst an Demenz zu erkranken.

Im Folgenden sollen die wichtigsten Voraussetzungen für die gelingende Kommunikation und die Etablierung positiver Beziehungen zu demenziell erkrankten Menschen besprochen werden.

Menschenbild und Haltung

Die Haltung, in der wir Menschen mit Demenz begegnen, schafft die unabdingbare Voraussetzung für den erfolgreichen Versuch, in den Schuhen des anderen zu gehen. Ein Menschenbild, das Wert und Würde von Kranken von deren Denk- und Urteilsfähigkeit abhängig macht, disqualifiziert seine Träger für die Arbeit mit Demenzkranken. Grundpfeiler der erforderlichen Haltung sind bedingungsloser Respekt und die Akzeptanz der Anderen ohne Wenn und Aber. Die Betroffenen

können nicht anders sein als sie durch ihre Krankheit geworden sind! Für Menschen, die täglich mit Demenzkranken konfrontiert sind, bildet diese bedingungslose Akzeptanz eine nicht zu unterschätzende ethische Herausforderung. Es ist vermutlich für niemanden möglich, Menschen, deren Verhalten einem gerade das Leben schwer macht, in jedem Augenblick bedingungslos zu respektieren, wertzuschätzen und ihnen einfühlsam zu begegnen. Die Einsicht in unsere eigenen Schwächen und Ängste hilft uns aber immer wieder dabei, in der Gebrochenheit und Hilflosigkeit der/s anderen etwas von uns selbst wiederzufinden und über dieses Gemeinsame das Trennende zu überwinden.

Einfühlungsvermögen und Empathie

Menschen mit Demenz sind sehr feinfühlig, sie erspüren mühelos, wie es uns gerade geht, in welcher Haltung wir ihnen begegnen und was wir ihnen gegenüber empfinden. Mittels ihrer hohen „emotionalen Intelligenz“ sind sie nicht selten sogar in der Lage, komplexe Zusammenhänge zu erfassen.

In der Zeit der Trauer nach dem Tod meines Mannes konnte mich niemand verständnisvoller trösten als eine fortgeschritten demenzkranke alte Dame. Wenn ich mich zu ihr setzte, „wusste“ sie ohne Worte sofort, dass ich traurig bin und einen Menschen brauche, der mit mir fühlt, ohne mir gute Ratschläge zu erteilen oder das Leid wegtrösten zu wollen. Ich spürte stets, dass diese hochbetagte, völlig desorientierte Frau meine Trauer mit mir teilt, dass sie ganz „mit mir“ ist. Sie drückte mich ohne ein Wort mit großer Selbstverständlichkeit an sich, hielt mich und streichelte meine Wange. Es tat so wohl.

Diese alte Dame schaffte mühelos etwas, was so vielen von uns unendlich schwer fällt: Sie konnte mit mir fühlen, obwohl sie nicht wissen konnte, warum ich traurig bin. Genau diese Art von Mitgefühl, das Einfühlen in die augenblickliche Befindlichkeit eines anderen Menschen und die Fähigkeit, seine Freude oder sein Leid zu teilen, es für kurze Zeit mit ihm zu tragen, brauchen wir im Umgang mit Demenzkranken. Dafür gibt es kein Patentrezept. Muss

man denn wirklich die Ursache für das starke Gefühl eines anderen kennen, um mit ihm zu fühlen? Wir waren doch alle selbst schon sehr traurig und wissen genau, wie sich das anfühlt. Jeder von uns hat schon etwas Wunderschönes erlebt und ist von einer Welle der Freude erfasst worden. Wir alle wissen auch aus eigener Erfahrung, wie wichtig es für jeden Menschen ist mit seinen Gefühlen, mit Freuden, Ängsten und Trauer nicht allein zu sein.

Für mich war es immer sehr hilfreich, mich im Geist in die Lage des Menschen zu versetzen, dem ich gerade begegne. In den vielen Jahren meiner Arbeit mit demenziell erkrankten Hochbetagten habe ich mich oft und oft gefragt: „Wie würde ich mich jetzt fühlen, wenn ich an seiner/ihrer Stelle wäre?“ Was empfinde ich, wenn eine Schwester oder die Ärztin an mir vorbeieilt, als wäre ich gar nicht da. Wie wäre es für mich, wenn mich jemand mit gleichgültigen Händen wortlos aus dem Bett holt, ohne mir auch nur ins Gesicht zu schauen? Wie fühlt es sich an, nicht beachtet, missachtet, verachtet zu werden? Welche Art des Umgangs mit mir werde ich mir wünschen, wenn ich sehr alt, schwach, dement und hilflos bin?

Ethisches Handeln im Alltag

„Was aber ist der Mensch? Er ist das Wesen, das immer entscheidet, [...] wer er im nächsten Augenblick sein wird“ (Frankl 1982⁸).

Alle, die demenziell Erkrankte betreuen, stehen jeden Tag vor kleinen ethischen Entscheidungen, die ihnen im beruflichen Alltag meist gar nicht wirklich bewusst werden. Wir entscheiden in jedem Augenblick darüber, wie wir hier und jetzt dem Menschen vor uns begegnen. Mit oft kaum reflektierten, unscheinbaren Weichenstellungen unseres Verhaltens übernehmen wir Mitverantwortung dafür, wie es den Kranken geht. Sind wir wirklich aufmerksam für ihre Bedürfnisse? Begegnen wir ihnen so, dass sie sich gehalten, sicher und geborgen fühlen können oder verstärken wir ihre Angst und Unsicherheit noch? Berücksichtigen wir, dass Menschen mit zunehmendem Alter langsamer wer-

den und dass die Orientierungslosigkeit Demenzkranker diese Langsamkeit noch verstärkt? Gelingt es uns, uns für kurze Zeit zu „entschleunigen“ und uns damit auf das Tempo der Kranken einzulassen oder „überfallen“ wir sie und fegen in der Eile und Routine unseres Berufsalltags über ihre Bedürftigkeit hinweg? Begegnen wir demenziell Erkrankten herablassend und abschätzig? Sprechen wir z. B. mit anderen in ihrer Anwesenheit über sie, als ob sie gar nicht da wären? („das bekommt die nicht mehr mit“, „der schluckt die Tabletten nicht“, „die macht es auch nicht mehr lang“...). Wie berühre ich die alte Dame mit weit fortgeschrittener Demenz, wenn ich sie als Pflegekraft wasche, kämme, anleide, wenn ich sie als Ärztin untersuche? Nehme ich mir die kurze dafür erforderliche Zeit für eine Begegnung und trete behutsam mit ihr in Kontakt? Wende ich mich ihr für die Zeit dieser Begegnung von innen heraus zu, oder führe ich meine vielfach geübte Tätigkeit nur mit beruflich-routinierten Händen aus, ohne wirklich bei ihr zu sein? Bin ich wirklich achtsam und fürsorglich oder nur mehr routiniert professionell? Versuche ich in der von schwerer Demenz gezeichneten Person noch den einmaligen und einzigartigen Menschen zu erkennen? Woran orientiere ich mich bei den unzähligen kleinen Entscheidungen und Handlungen meines beruflichen Alltags?

Eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen dieser nur scheinbar kleinen Alltagsethik bildet die Erkenntnis, wie sehr wir selbst auf andere angewiesen sind, wie oft wir ihre Hilfe brauchen. Das Wort „dienen“ ist zu Unrecht in Verruf geraten. Dienen heißt, sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Menschen zu orientieren, in deren Dienst man sich gestellt hat. Der Menschheit, den Menschen, einem kranken Menschen zu dienen ist eine anspruchsvolle und ethisch hochstehende gesellschaftliche Aufgabe. Ethische Haltung im Kontext von Demenz ist durch die Bereitschaft gekennzeichnet, den an Demenz Erkrankten in diesem Sinne nach bestem Wissen und Gewissen zu dienen (Schmidl 2009⁹; Schmidl und Weissenberger-Leduc 2011¹⁰).

Wortlose Wege vom Ich zum Du

„Der Körper ist der Handschuh der Seele, seine Sprache ist das Wort des Herzens“ (Samy Molcho“).

Berührungen in der Validation

Die Entdeckung, dass Berührungen für Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz die eigentlichen Träger der Kommunikation sind, gehört zu den großen Verdiensten der Validation. Je weiter die Demenz fortschreitet, desto mehr und desto ausschließlicher sind die Kranken auf körperliche Nähe und Berührung durch zugewandte Menschen angewiesen. Dagegen verliert das gesprochene Wort immer mehr an Bedeutung. Das Bedürfnis zerebral intakter Menschen nach einer gewissen Distanz geht mit fortschreitender Demenz allmählich ganz verloren. Die Kranken brauchen das Gefühl der Geborgenheit, das große körperliche Nähe vermittelt. Menschen mit ausgeprägten Berührungsängsten sind daher für die Betreuung von Demenzkranken nicht geeignet. Das einfühlsame Spiegeln von Mimik, Körperspannung und Körpersprache teilt den Betroffenen mit „ich nehme dich ernst“ und „ich fühle mit dir“. Die Berührung mit beseelten Händen sagt ihnen „ich bin bei dir“, „ich verstehe dich“ und „du brauchst keine Angst zu haben“.

Nicht jede Berührung ist sinnvoll und erwünscht. Mit zunehmender Demenz gehen nach und nach Teile der Körperwahrnehmung verloren. Je weiter entfernt vom Kopf eine Körperpartie ist, desto früher wird sie nicht mehr sicher als zum eigenen Ich gehörig erkannt. Bei weit fortgeschrittener Demenz können Berührungen nur noch dann sicher wahrgenommen und auf sich bezogen werden, wenn sie an Schultern, Nacken, in den oberen Abschnitten von Brustkorb und Rücken und im Bereich des Kopfes erfolgen. Das Gesicht bleibt auch für schwer Demenzkranke bis zuletzt ein sehr intimer Bereich; Berührungen sollten daher niemals dort, sondern in einem „öffentlichen“ Bereich – z. B. am Oberarm oder an der Schulter beginnen. Der Mund, (vor allem das Mundinnere)

ist für jeden Menschen – ob dement oder zerebral intakt – eine ganz private Zone. Die so wichtige Mundpflege ist daher immer auch als eine sehr intime Kontaktaufnahme zu verstehen und erfordert ganz besondere Behutsamkeit.

Basale Stimulation als nonverbale Kommunikationsmethode

Basale Stimulation²² ist eine nonverbale, primär über die Hände der Pflegenden vermittelte Methode, die mithilfe, wieder besser mit sich selbst, mit den Mitmenschen und mit der Umwelt in Kontakt zu treten. Die Methode wendet sich an alle in Wahrnehmung, Orientierung, Bewegung und Ausdrucksmöglichkeiten gestörten Menschen. Ihre besondere Bedeutung für die Betreuung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz gewinnt die Basale Stimulation in erster Linie als nonverbale Kommunikationsmethode. Gezielte Berührungen helfen den Betroffenen, den eigenen Körper wahrzunehmen, sich selbst wieder zu spüren. Zu fühlen „das bin ich“ ist gleichsam die Wiederentdeckung einer kommunikativen Beziehung zum eigenen Ich und verbessert zugleich die Möglichkeit, auch anderen zu begegnen und mit der Umwelt in Wechselwirkung zu treten.

Die basale Kommunikation beginnt mit einer stets gleichbleibenden Initialberührung an Oberarm oder Schulter. Die Berührung darf nicht flüchtig und beiläufig sein; sie erfolgt mit sanftem, warmem Druck und enthält die Mitteilung „ich bin da, wir beide treten jetzt in Kontakt miteinander“. Berührung schafft Beziehung, sie vermittelt Begegnung mit sich selbst und mit einem Du, schenkt die Gewissheit, nicht allein und verloren zu sein und macht Mut, wieder am Leben teilzunehmen. Ein schönes Beispiel dafür, welche an Wunder grenzenden Veränderungen mit Hilfe von Validation und Basaler Stimulation möglich werden, ist einem Team meiner früheren Abteilung mit Frau Marias Rückkehr ins Leben gelungen (Gutenthaler 2009³³):

Frau Maria, eine hochbetagte Dame wurde – wie es schien – in der Endphase der Demenz, in denkbar

schlechtem Zustand, todesnah bei uns aufgenommen. Sie war hochgradig kachektisch, hatte schwere Arm- und Beinkontraktionen und einen beginnenden Dekubitus. Ihre Augen waren geschlossen oder blickten ins Leere. Frau Maria reagierte weder auf Ansprache noch auf Berührung. Ein halbes Jahr lang bemühte sich das gesamte Team, Frau Maria mit viel Zuwendung und allen Techniken, die die Validation bietet, aus diesem Zustand herauszuholen. Nach zwei Monaten zeigten sich zaghaft erste kleine Erfolge. Doch bald verhinderte eine unbeherrschbare, schwere und selbstgefährdende motorische Unruhe weitere Fortschritte. Frau Maria wirkte getrieben und voller Angst. In dieser Situation begann Schwester Ursula, die Stationsleitung, mit viel Liebe und großer Geduld mit regelmäßiger Basaler Stimulation. Im Zuge dieser gemeinsamen Aktivitäten vertiefte sich die Beziehung zwischen den beiden Menschen. Frau Maria vertraute sich den Händen der Schwester an und verlor im Laufe der nächsten Monate ihre Angst. Ihre Kontraktionen besserten sich weitgehend, und sie eroberte erstaunlich viel an Beweglichkeit und Körperbeherrschung zurück. Mit der Zeit begann sie auch mit anderen Mitgliedern des Teams in ihrer Weise zu kommunizieren. Schließlich fing sie sogar wieder ein wenig zu sprechen an. Frau Maria nahm wieder freudvoll am Leben teil. Sie lebte noch vier Jahre bei uns und fühlte sich in dieser Zeit sichtlich wohl, geliebt und geborgen.

Referenzen

- 1 Dörner K., *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*, Schattauer, Stuttgart (2001), S. 54
- 2 Kojer M., *Das Recht auf kommunikative Grundversorgung*, in: Kojer M., Schmidl M. (Hrsg.), *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis*, Springer, 2. Auflage, Heidelberg (2015) in Druck
- 3 Feil N., de Klerk-Rubin V., *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*, Reinhardt, 10. Auflage, München (2013)
- 4 Feil N., *Validation in Anwendung und Beispielen*, Reinhardt, 6. Auflage, München (2010)
- 5 Fercher P., Sramek G., *Brücken in die Welt der Demenz: Validation im Alltag*, Reinhardt, München (2013)
- 6 Kitwood T., *Dementia reconsidered. The person comes first*, Open University Press, Buckingham (1997)
- 7 Kojer M., Gutenthaler U., *Gestörtes Verhalten – Verhalten, das uns stört?* in: Kojer M., Schmidl M. (Hrsg.), *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis*, Springer, 2. Auflage, Heidelberg (2015) in Druck
- 8 Frankl V., *Der Wille zum Sinn*, Huber, 3. Auflage, Bern (1982), S. 82
- 9 Schmidl M., „Kleine Ethik“ für alle Tage, in: Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie, Lambertus, 3. Auflage, Freiburg i. Br. (2009), S. 71-77
- 10 Schmidl M., Weissenberger-Leduc M., *Die „kleine Ethik“ – Überlegungen einer Ärztin und einer Pflegeperson*, in: Kojer M., Schmidl M. (Hrsg.), *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis*, Springer, 2. Auflage, Heidelberg (2015) in Druck
- 11 Molcho S., www.samy-molcho.at/bdki.htm (letzter Zugriff am 9. November 2015)
- 12 Bienstein C., Fröhlich A., *Basale Stimulation in der Pflege*, Hans Huber, 6. Auflage, Bern (2010); Nydahl P., *Basale Stimulation in der Intensivpflege. Pflege als Basis zur Kommunikation*, Pflegezeitschrift 4/99, Kohlhammerverlag, Stuttgart (1999), <http://www.estimulacionbasal.net/pdf/alemb.pdf> (letzter Zugriff am 9. November 2015)
- 13 Gutenthaler M., *Maria M., 85 Jahre alt – eine lebende Tote*, in: Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie, Lambertus, 3. Auflage, Freiburg i. Br. (2009), S. 133-138