

Trier University  
of Applied Sciences

H O C H  
S C H U L E  
T R I E R

Hochschule Trier

Fachbereich Informatik; Therapiewissenschaften  
Logopädie (B.Sc.)

Betreuer: Prof. Dr. Juliane Leinweber, Bianca Spelter

## **Kommunikations-TAnDem bei pflegenden Angehörigen**

Auswirkungen auf die Kommunikation und Aktivität der  
Patienten mit Demenz im Alltag

Bachelorarbeit

Katharina Schmitt

Matrikelnummer: 963507

E-Mail: schmittk@hochschule-trier.de

6. Semester

Abgabedatum: 01.08.18

## **Abstract**

*Einleitung:* Die Demenz nimmt im logopädischen Arbeitsfeld eine immer bedeutendere Rolle ein. Die Zielsetzung verschiebt sich infolge der Progredienz der Symptomatik von der Restitution zur Kompensation und Adaption von gestörten Funktionen. Hierbei nehmen die pflegenden Angehörigen eine maßgebende Rolle ein.

*Fragestellung:* Sind nach der Durchführung des Kommunikations-TAnDems (Kommunikationstraining für Angehörige von Demenzpatienten) bei pflegenden Angehörigen Verbesserungen in der alltäglichen Kommunikation der Patienten mit Demenz anhand des Z-FAKA (Zürcher Fragebogen zur Aktivität und Kommunikation im Alltag) erkennbar?

*Methode:* Zwei Probandinnen mit einem Durchschnittsalter von 72.5 ( $\pm 0.71$ ) Jahren, die ihre Ehemänner mit Demenz pflegten, nahmen an dem Training teil und bildeten die Interventionsgruppe. Im Prätest-Posttest-Design wurden die Ergebnisse des Z-FAKA unmittelbar vor und eine Woche nach dem sechswöchigen Training erhoben.

*Ergebnisse:* Die Probandinnen zeigten im Posttest eine minimale Steigerung des Gesamtergebnisses im Vergleich zum Prätest. Eine Probandin erreichte eine Steigerung um einen Punkt, während die zweite ein um fünf Punkte verbessertes Gesamtergebnis aufwies.

*Diskussion:* Aufgrund der geringen Probandenzahl und methodischer Beschränkungen im Studiendesign ist dieses Ergebnis nicht repräsentativ. Für zukünftige Studien sind Verbesserungen sowohl in der methodischen Qualität der Studie als auch in der Umsetzung des Kommunikations-TAnDems denkbar.

*Fazit:* Das Kommunikations-TAnDem ist ein geeignetes Training um die Kommunikationskompetenzen der pflegenden Angehörigen zu verbessern. Allerdings kann anhand dieser Studie keine fundierte Aussage über die Wirksamkeit auf die sprachliche Aktivität und Kommunikation des Menschen mit Demenz getroffen werden. Dies sollte in zukünftigen Studien näher untersucht werden.

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abstract	i
Inhaltsverzeichnis	ii
Abbildungsverzeichnis	iv
Tabellenverzeichnis	v
1. Einleitung	1
2. Logopädie und Demenz	4
2.1 Sprachliche Veränderungen bei Demenz	4
2.2 Logopädisches Arbeitsfeld in der Demenztherapie	6
3. Kommunikationstraining für pflegende Angehörige	9
3.1. Die Rolle der pflegenden Angehörigen	9
3.2. Wirksamkeit von Interventionen für Angehörige	12
3.3. Aktueller Forschungsstand des Kommunikations - TAnDems	15
4. Methode	17
4.1. Prozedere	17
4.2 Probanden	18
4.3 Trainingsaufbau	20
4.4 Evaluation	23
5. Ergebnisse	25
6. Diskussion	29
6.1 Beschränkungen und Hinweise für zukünftige Studien	31
6.2 Vor- und Nachteile des Kommunikations-TAnDems	34
6.3 Zukünftige Umsetzungsmöglichkeiten des Kommunikations-TAnDems	36
7. Fazit	40
Literaturverzeichnis	41
Abkürzungsverzeichnis	49

Anhang A: Probandeninformation	54
Anhang B: Probandeneinwilligung	59
Anhang C: Anamnesebogen	61
Anhang D: Z-FAKA	63

## Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Sprachliche Defizite im Verlauf der Demenz	4
Abbildung 2: Einflussfaktoren auf das Belastungsempfinden pflegender Angehöriger	10
Abbildung 3: Modulplan des Kommunikations-TAnDems	21
Abbildung 4: Kommunikationsmodell des Trainings	22
Abbildung 5: Prätest-Posttest-Vergleich der Mittelwerte des Z-FAKA	26
Abbildung 6: Bewertungsstruktur im Prätest-Posttest-Vergleich	27

## **Tabellenverzeichnis**

	Seite
Tabelle 1: Probandendaten	19
Tabelle 2: Aufbau des Z-FAKA	23
Tabelle 3: Prätest-Posttest-Vergleich der Punktzahlen im Z-FAKA	25

## 1. Einleitung

Weltweit leiden circa 50 Millionen Menschen an Demenz, die somit der häufigste Grund für eine Beeinträchtigung oder Abhängigkeit im höheren Alter ist (World Health Organization [WHO], 2017). In Deutschland sind circa 1.6 Millionen Menschen von Demenz betroffen und die Inzidenz liegt bei circa 300 000 Menschen pro Jahr (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. [DAIzG], 2016). Die Prävalenzraten stehen in direktem Zusammenhang mit dem Alter, denn im Abstand von etwa fünf Jahren verdoppelt sich die Anzahl der Erkrankten, von denen außerdem 70 % weiblich sind (DAIzG, 2016). Obwohl das Erkrankungsrisiko nicht ansteigt, nimmt die Zahl der Menschen mit Demenz aufgrund des demografischen Wandels und der gesteigerten Lebenserwartung zu (DAIzG, 2016). Somit muss die medizinische Versorgung, besonders die logopädische mit dem Auftrag des Kommunikationserhalts, auf diese Patientengruppe angepasst und weiterentwickelt werden (Steiner & Haag, 2012).

Die WHO beschreibt die Demenz als ein Syndrom, das durch den funktionalen Abbau des Gedächtnisses, des Denkens, des Verhaltens und der Fähigkeit Alltagsaktivitäten durchzuführen, gekennzeichnet ist (WHO, 2017). In der Definition der ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems) wird der Abbau vieler höherer kortikaler Funktionen zusätzlich um den meist chronischen bzw. fortschreitenden Faktor ergänzt, der typisch für die Demenz ist (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2017). Diesem Syndrom kann eine primäre oder sekundäre neurologische Ursache zugrunde liegen (DIMDI, 2017). Zu der ersten Gruppe gehört die Vaskuläre- und die Alzheimer-Demenz, von denen Letztere bei circa 60 - 70 % der Patienten mit Demenz vorliegt (WHO, 2017). Andere Formen der Demenz entstehen sekundär als Folge von Erkrankungen wie Morbus Parkinson (DIMDI, 2017). Demnach ist das Erscheinungsbild der Demenz individuell unterschiedlich und hat einen körperlichen, psychologischen, sozialen und ökonomischen Einfluss auf das Leben der Betroffenen (WHO, 2017). Diese Einschränkungen betreffen jedoch nicht nur die Patienten, sondern wirken sich auch auf das Leben der Angehörigen aus (WHO, 2017).

Aufgrund dessen und da etwa drei Viertel der Menschen mit Demenz zu Hause von ihren Angehörigen versorgt werden (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2018), sollten ebenfalls die Angehörigen mit in die Therapie einbezogen werden (Haberstroh, Neumeyer & Pantel, 2009). Einerseits ist die körperliche und psychische Belastung eines pflegenden Angehörigen groß, sodass Unterstützungsangebote notwendig sind (Haberstroh et al., 2009). Andererseits ist durch den direkten Kontakt auch der Einfluss der Angehörigen auf die Lebensqualität des Menschen mit Demenz zu berücksichtigen (Haberstroh et al., 2009).

Die logopädische Zielsetzung verschiebt sich von einer Verbesserung der sprachlichen Funktionen zu der Optimierung von Umweltfaktoren, um bestehende Defizite zu kompensieren und die Aktivität und Partizipation des Patienten am täglichen Leben aufrecht zu erhalten (American Speech-Language-Hearing Association [ASHA], 2018). Der Mensch mit Demenz ist infolge der kognitiven Defizite nicht mehr in der Lage, kompensatorische Kommunikationsstrategien selbstständig einzusetzen (Knels, 2018). Daher ist eine Verbesserung der Kommunikation durch den pflegenden Angehörigen anzustreben (Haberstroh, Neumeyer, Krause, Franzmann & Pantel, 2011).

Diese Ziele werden mithilfe des *Kommunikations – Trainings für pflegende Angehörige von Demenzpatienten (Kommunikations-TAnDem)* (Haberstroh & Pantel, 2011c) verfolgt. Die bisher veröffentlichten Studien zur Wirksamkeit des Kommunikations-TAnDems haben gezeigt, dass eine Durchführung bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz die Kommunikationskompetenzen und das Wissen über Kommunikation bei Demenz verbessert (Haberstroh et al., 2009; Haberstroh, Neumeyer, Schmitz, Perels & Pantel, 2006; Neumeyer, 2012). Daraus resultiert eine Steigerung der Lebensqualität der Menschen mit Demenz und eine Reduktion der direkt wahrgenommenen Belastung der Angehörigen (Haberstroh et al., 2009).

Im Forschungsfeld der Demenz, spezifisch in der Angehörigenberatung und so auch in der Wirksamkeitsprüfung des Kommunikations-TAnDems, haben bisherige Studien zwar die Auswirkungen auf die Belastung der Angehörigen und die Lebensqualität derer und des Menschen mit Demenz erhoben, aber weniger die Veränderungen in der alltäglichen Kommunikation des Betroffenen (Egan, Bérubé, Racine, Leonard & Rochon, 2010; Haberstroh et al., 2009).



Somit werden in dieser Bachelorarbeit die Effekte des Kommunikations-TAnDems auf die sprachliche Aktivität des Menschen mit Demenz untersucht. Da es sich bei der Demenz um eine fortschreitende Erkrankung handelt und keine Verbesserungen in den sprachlichen Funktionen zu erwarten sind (Steiner & Haag, 2012), ist es interessant zu untersuchen, ob der Patient von den Kompensationsstrategien, die die Angehörigen erlernen, in kommunikativen Situationen profitiert. Mithilfe der Resultate kann das logopädische Arbeitsfeld in der Demenztherapie zukünftig erweitert und angepasst werden.

Im Verlauf dieser Bachelorarbeit wird die Frage geklärt, ob nach der Durchführung des Kommunikations-TAnDems bei pflegenden Angehörigen Verbesserungen in der alltäglichen Kommunikation der Menschen mit Demenz anhand des *Zürcher Fragebogen zur Aktivität und Kommunikation im Alltag (Z-FAKA; Steiner, 2008b/2010)* erkennbar sind.

## 2. Logopädie und Demenz

### 2.1 Sprachliche Veränderungen bei Demenz

Die Demenz zeigt sich in verschiedenen kognitiven Defiziten, wobei das komplexe System der Sprache meist schon im frühen Stadium beeinträchtigt ist (Gutzmann, 2008). Weitere Verhaltensauffälligkeiten infolge von neuropsychologischen Veränderungen wie beispielsweise Wahnvorstellungen oder Halluzinationen können die Kommunikation zusätzlich negativ beeinflussen (ASHA, 2018). Meist treten die sprachlichen Defizite daher sekundär als Folge des kognitiven Abbaus, insbesondere der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses auf (Heidler, 2007). Nach Heidler (2007) werden diese Symptome unter dem Begriff der *Kognitiven Dysphasie mit dementieller Genese* zusammengefasst. Da die Alzheimer-Demenz die größte Gruppe der Demenzformen einnimmt und für diese Bachelorarbeit Relevanz hat, wird im Folgenden vorrangig deren sprachliche Symptomatik thematisiert. Wie in Abbildung 1 dargestellt, ist angesichts der Progredienz der Erkrankung eine Einteilung in ein frühes, mittleres und spätes Erkrankungsstadium zur Beschreibung der Symptomatik sinnvoll (Gutzmann, 2008; Knels, 2018). Diese Einteilung sollte dennoch nur als erste Orientierung gelten, da sich die sprachlichen Defizite bei der Demenz meist atypisch verändern und daher eine individuelle Betrachtung der Beeinträchtigungen und Ressourcen nötig ist (Gutzmann, 2008).

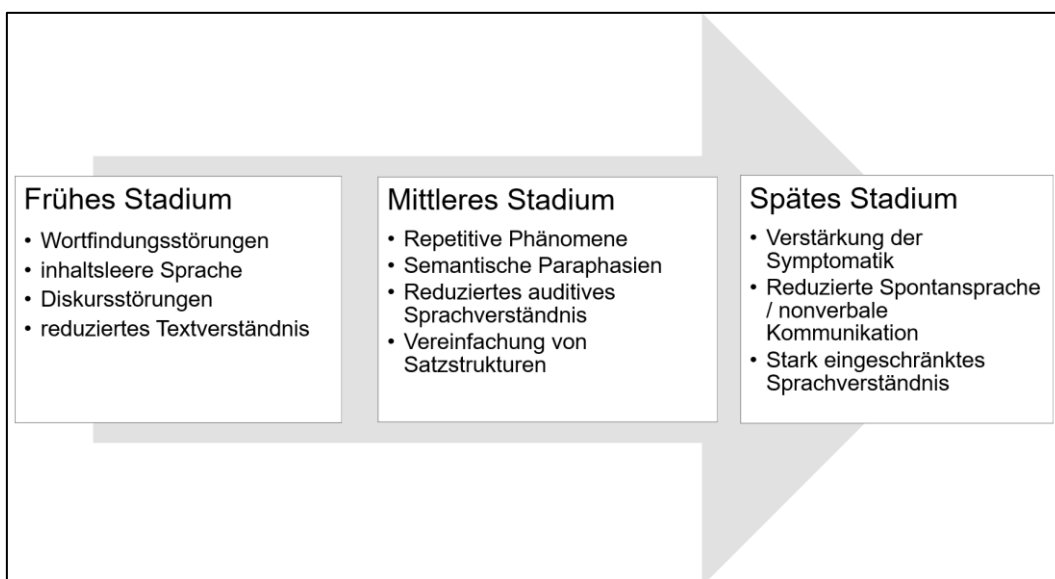


Abbildung 1: Sprachliche Defizite im Verlauf der Demenz

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Gutzmann (2008, S.8) und Knels (2018, S.37)

Im frühen Stadium der Alzheimer-Demenz treten semantisch-lexikalische Störungen und pragmatische Defizite in Form von Diskursstörungen und Weitschweifigkeit auf (Knels, 2018). Auch Wortfindungsstörungen und inhaltsleere Sprache wie Floskeln sind im frühen Stadium kennzeichnend und treten kombiniert mit einem reduzierten Sprachtempo auf (Knels, 2018). Das Textverständnis ist bei komplexen Inhalten eingeschränkt, während das Verständnis semantisch eindeutiger Items und einfacher Sätze erhalten bleibt (Gutzmann, 2008; Knels, 2018). Weitere sprachliche Ressourcen sind die weitestgehend intakte Aufmerksamkeit und bezüglich der Sprachproduktion eine meist intakte Artikulation und syntaktisch korrekte Sätze (Knels, 2018).

Im mittleren Stadium treten neben Wortfindungsstörungen vermehrt repetitive Phänomene auf und die Expression semantischer Paraphasien und Floskeln nimmt zu (Gutzmann, 2008; Knels, 2018). Einschränkungen des Sprachverständnisses zeigen sich besonders bei auditiv dargebotenem Input, während das Lesesinnverständnis noch erhalten bleibt (Gutzmann, 2008; Knels, 2018). Des Weiteren werden komplexere Satzstrukturen wie Nebensätze vereinfacht oder ausgelassen (Gutzmann, 2008). Kommunikative Ressourcen sind in dieser Phase auf das Verständnis und die Produktion nonverbaler Sprache konzentriert (Knels, 2018).

Im späten Stadium der Alzheimer-Demenz ist die spontane Sprachproduktion deutlich reduziert (Gutzmann, 2008; Knels, 2018). Gleichzeitig treten die bereits bestehenden Symptome aus den vorherigen Stadien vermehrt auf, sodass beispielsweise das konkrete Benennen kaum möglich ist (Gutzmann, 2008). Eine Aufrechterhaltung der Kommunikation ist wegen des eingeschränkten Sprachverständnisses nicht mehr gegeben (Gutzmann, 2008). In diesem Stadium ist eine Kommunikation hauptsächlich über die Beziehungsebene möglich, d.h. emotionale Aspekte wie Augenkontakt, Prosodie sowie Mimik und Gestik können als kommunikative Ressourcen genutzt werden (Knels, 2018).

## 2.2 Logopädisches Arbeitsfeld in der Demenztherapie

Der logopädische Handlungsraum muss angesichts der Veränderungen in gesundheitspolitischer und gesellschaftlicher Hinsicht neu bewertet und angepasst werden (Schuster, 2016). Im Bereich der Demenz ist aufgrund der auftretenden kommunikativen Einschränkungen sowohl der Bedarf an Beratung, Diagnostik und Therapie von Patienten und deren Angehörigen vorhanden, als auch an interdisziplinärer Zusammenarbeit (Schuster, 2016). So nimmt die Demenztherapie im logopädischen Handlungsfeld circa 15 % der Erwachsenentherapie ein (ASHA, 2017). Die Logopädie ist jedoch bei vielen Hausärzten und Neurologen noch nicht als mögliche Behandlung implementiert (Heidler, 2015). Ebenso wird sie in der S3-Leitlinie zur Demenz aufgrund mangelnder Wirksamkeitsnachweise nicht konkret als sprachtherapeutische Intervention empfohlen und ist den kognitiven Verfahren untergeordnet (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN] & Deutsche Gesellschaft für Neurologie [DGN], 2016). Dahingegen ist sie im Rahmen der auftretenden Dysphagie als Therapiemöglichkeit erwähnt (DGPPN & DGN, 2016). Das Ziel der Demenztherapie, die Kontaktfähigkeit und Orientierung zu erhalten, kann jedoch direkt durch die logopädische Behandlung der Sprache und Kommunikationsfähigkeit unterstützt werden (Steiner, 2010). Als Bezugsrahmen gilt die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health; WHO, 2001), auf deren Basis das Gesundheitsproblem des Patienten von verschiedenen Seiten analysiert wird (Steiner, 2010). Auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen werden alle individuellen Symptome der Demenz zusammengefasst, die wiederum die Aktivität und Partizipation am sozialen Leben des Menschen mit Demenz einschränken (ASHA, 2015; Steiner, 2010). Die kommunikativen Defizite führen ggf. zu einer sozialen Isolation und dem Verlust der Selbstständigkeit (ASHA, 2015). Dies kann durch die Analyse und Optimierung von Umweltfaktoren verhindert bzw. hinausgezögert werden (ASHA, 2015).

Im Heilmittelkatalog ist die Demenz als degenerative Erkrankung dem Indikationsschlüssel „SP5 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung“ (Heilmittel-Richtlinie und Heilmittel-Katalog, 2017, S.82) zuzuordnen. Im Therapieziel ist u.a. formuliert, dass die logopädische Therapie eine Verbesserung der sprachlichen Fähigkeiten anstrebt (Heilmittel-Richtlinie und Heilmittel-Katalog, 2017). Allerdings unterscheidet sich die therapeutische

Herangehensweise bei Menschen mit Demenz deutlich von der bei anderen neurologischen Erkrankungen (Steiner, 2010). Dabei liegt ein Schwerpunkt auf der Prävention und Behandlung von Schluckstörungen und ein zweiter auf der zwischenmenschlichen Kommunikation, sodass die sprachliche Aktivität und Partizipation am sozialen Leben der Patienten bestmöglich aufrechterhalten wird (Schuster, 2016). Im Gegensatz zu anderen neurologischen Erkrankungen ist bei der Demenz davon auszugehen, dass verlorene Fähigkeiten nicht reaktiviert werden können (Schuster, 2016). Somit liegt der Fokus der logopädischen Behandlung auf der Aufrechterhaltung von Funktionen und der Kompensation von Defiziten durch Ressourcenaktivierung (ASHA, 2018; Grün, 2015; Schuster, 2016). Anstatt die Verzögerung des sprachlichen Abbaus zu fokussieren, sollte der Erhalt der Alltagskompetenzen sowie die Verbesserung der Lebensqualität und des psychischen und physischen Wohlbefindens im Vordergrund stehen (Heidler, 2015). Dies kann zu einer besseren Implementierung der Logopädie in der Demenztherapie führen (Heidler, 2015). Neben der sprachlichen Aktivierung sind psychologische Bereiche wie die kommunikative Interaktion durch Ausrichtung der Interventionen auf die Kommunikationspartner von großer Bedeutung (Steiner, 2010).

Zudem hat die Logopädie eine Beratungsfunktion, die sich je nach Demenzstadium verändert (ASHA, 2018; Grün, 2015; Steiner, 2010). Sowohl Primär- als auch Sekundärbetroffene fordern Informationen und Instruktionen ein, die ihnen das alltägliche Leben erleichtern (Steiner, 2010). Bei beginnender Demenz sind die Primärbetroffenen zu informieren, während im späteren Demenzstadium die Sekundärbetroffenen, häufig die pflegenden Angehörigen, fokussiert werden (Steiner, 2010). Dazu gehört die Vermittlung von Informationen über typische Kommunikationsschwierigkeiten und gleichzeitig eine Schulung in Strategien zur Fazilitation der Kommunikation (ASHA, 2018; Grün, 2015). Die Logopädie zeigt außerdem Berührungspunkte mit der Öffentlichkeitsarbeit und der Selbsthilfe (Steiner & Haag, 2012), weshalb Gruppentherapien und Gesprächscoachings der klassischen Einzeltherapie des Patienten in vielen Fällen vorzuziehen sind (Steiner & Haag, 2012).

Der progressive Verlauf der Demenz erfordert eine ständige Anpassung der Therapieansätze, die in den unterschiedlichen Stadien evaluiert werden müssen (Swan et al., 2018). Insgesamt liegt allerdings eine geringe Quantität und Qualität

an Studien vor, die direkte und indirekte sprachtherapeutische Verfahren spezifisch für die unterschiedlichen Stadien der Demenz evaluieren (Swan et al., 2018).

Im Hinblick auf die Individualität des dementiellen Störungsbilds hat die Logopädie die Aufgabe, kommunikative Defizite zu identifizieren, einen passenden Behandlungsplan zu entwickeln und diesen regelmäßig an die Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen anzupassen (ASHA, 2018). Dazu gehören auch indirekte Interventionen, die beispielsweise auf pflegende Angehörige ausgerichtet sind, um eine Adaptation der Umweltfaktoren an die kommunikativen Defizite des Menschen mit Demenz zu erreichen (ASHA, 2018).

### **3. Kommunikationstraining für pflegende Angehörige**

#### **3.1. Die Rolle der pflegenden Angehörigen**

Die Pflege von Menschen mit Demenz findet in etwa drei Vierteln der Fälle im häuslichen Umfeld durch die Angehörigen statt, die somit die Hauptlast der Pflege und Betreuung über einen Zeitraum von drei bis 15 Jahren tragen (Grass-Kapanke, Kunczik & Gutzmann, 2008; Destatis, 2018). Um dieser Belastung langfristig standhalten zu können, werden umfassende Beratungs- und Unterstützungsangebote benötigt, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordern (Grass-Kapanke et al., 2008). Dieses Unterstützungsnetzwerk ist jedoch in vielen Bereichen noch nicht effektiv. Dementsprechend wird die Überforderung der Angehörigen als Hauptgrund für die Institutionalisierung, d.h. den Umzug des Menschen mit Demenz in eine stationäre Einrichtung, angegeben (Grass-Kapanke et al., 2008). Die Demenz hat für die pflegenden Angehörigen private, gesundheitsökonomische und soziale Folgen (Bindel & Pantel, 2012). Die möglichst lange Pflege im häuslichen Umfeld spart jedoch nicht nur Kosten im Gesundheitssystem, sondern erhält auch die Lebensqualität der Menschen mit Demenz aufrecht, die in ihrem vertrauten Umfeld bleiben können (Bindel & Pantel, 2012; Haberstroh & Pantel, 2011a). Der pflegende Angehörige kann als direkte Kontaktperson individuelle Defizite und Kompetenzen des Menschen mit Demenz identifizieren und gezielt zur Kommunikation nutzen (Haberstroh & Pantel, 2011a). Im Sinne der ICF können die pflegenden Angehörigen den Umweltfaktoren zugeordnet werden, die entscheidend für die Partizipation am sozialen Leben und somit für die Lebensqualität sind (Badarunisa, Sebastian, Rangasayee & Kala, 2016). Die Angehörigen nehmen folglich neben der Rolle des Pflegenden zusätzlich die des Initiators von Kommunikation ein (Badarunisa et al., 2016).

Die Belastung führt zu einem höheren Risiko für das Auftreten depressiver Symptome oder anderer körperlicher Gesundheitsschädigungen bei den pflegenden Angehörigen und ist auf ein komplexes Entstehungskonstrukt zurückzuführen, das in Abbildung 2 vereinfacht dargestellt ist (Kurz & Wilz, 2011). Neben der Erkrankung des Angehörigen spielen auch Kontextfaktoren, wie das Alter und Geschlecht der Pflegeperson oder die sozioökonomischen Verhältnisse sowie psychologische Faktoren, eine erhebliche Rolle (Chiao, Wu, & Hsiao, 2015; Kurz & Wilz, 2011).

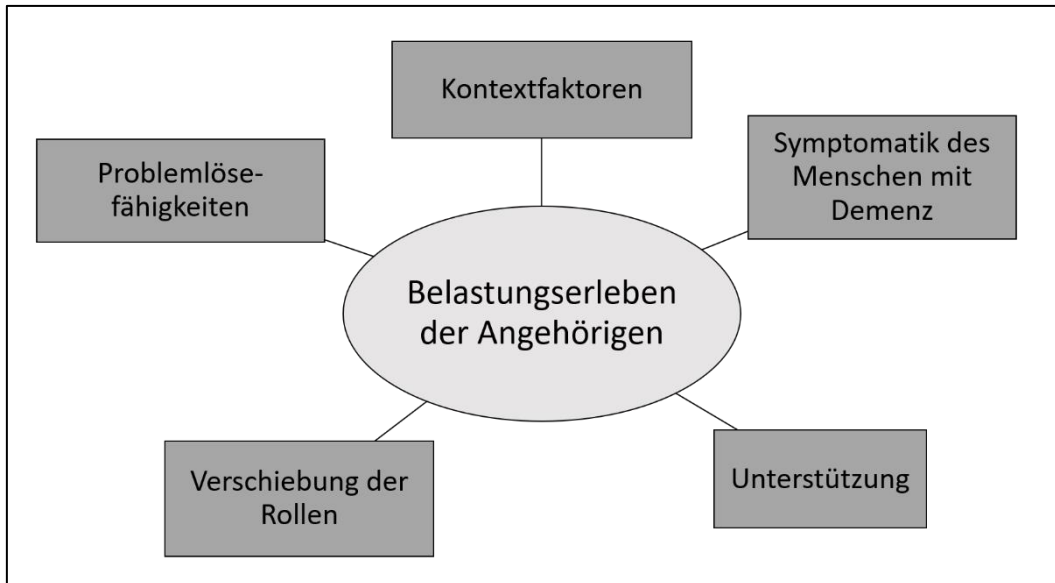


Abbildung 2: Einflussfaktoren auf das Belastungserleben pflegender Angehöriger  
 Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kurz & Wilz (2011, S.338) und Chiao et al. (2015, S.346-347)

Die Angehörigen schätzen weniger die kognitiven Symptome, sondern vielmehr den Verlust der Selbstständigkeit und die Veränderung der Persönlichkeit des Menschen mit Demenz als belastend ein (Kurz & Wilz, 2011). Diese hat großen Einfluss auf die zwischenmenschliche Beziehung und die Rollenverteilung in der Partnerschaft, die wiederum die Kommunikation betrifft (Kurz & Wilz, 2011).

Die psychische Belastung der pflegenden Angehörigen ist des Weiteren abhängig von den Problemlösefähigkeiten und persönlichen Einstellungen dieser (Chiao et al., 2015; Kurz & Wilz, 2011). Die Pflege eines Menschen mit Demenz kann von den pflegenden Angehörigen, neben den thematisierten negativen Faktoren, ebenso als Bereicherung wahrgenommen werden (Abdollahpour, Nedjat, & Salimi, 2018). Infolgedessen wird eine tiefere emotionale Bindung innerhalb der Familie aufgebaut und die Pflegenden haben das Gefühl, weiterhin relevant und gefragt zu sein (Abdollahpour et al., 2018). Unter Berücksichtigung dieser Faktoren sollten Interventionen die Vermittlung von problem- und emotionsorientierende Strategien fokussieren, um eine Akzeptanz unveränderlicher Gegebenheiten bei gleichzeitiger Aktivierung von Ressourcen zu erreichen (Kurz & Wilz, 2011). Das Erlernen von Problemlösestrategien und Selbstwirksamkeitstechniken schafft außerdem eine Basis für die Wahrnehmung positiver Aspekte und reduziert folglich das Belastungserleben (Abdollahpour et al., 2018).



Einerseits fehlt es an ausreichenden Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige, andererseits werden diese aufgrund unterschiedlicher persönlicher Faktoren häufig nicht von der Zielgruppe angenommen (Bindel & Pantel, 2012). Außerdem kommt es in vielen Fällen zu einem frühen Drop-Out der Teilnehmer, da weder unmittelbare Effekte erkennbar sind, noch eine aktive Teilnahme am Entlastungsprozess gegeben ist (Mantovan, Ausserhofer, Huber, Schulc & Them, 2010). Es ist daher empfehlenswert, Interventionsangebote für pflegende Angehörige so zu gestalten, dass individuelle Differenzen ausgeglichen werden und die Angehörigen die Inhalte aktiv mitgestalten können (Bindel & Pantel, 2012; Mantovan et al., 2010). Insgesamt besteht bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz ein großer Bedarf an individuellen Beratungsangeboten und an Möglichkeiten zum Austausch mit anderen Angehörigen, dem mit angepassten Angeboten entgegengetreten werden sollte (Bindel & Pantel, 2012).

### 3.2. Wirksamkeit von Interventionen für Angehörige

Die Belastung der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz erlangt zunehmend an Beachtung, sodass über mehrere Jahre verschiedene Unterstützungsangebote entwickelt wurden (Haberstroh & Pantel, 2011c). Dazu gehören neben Angeboten zur Pflegeentlastung wie die Kurzzeitpflege verschiedene psychoedukative Schulungsprogramme oder auch Selbsthilfegruppen (Haberstroh & Pantel, 2011c). Die gezielte Schulung der Angehörigen zu einem bestimmten Thema kann das Belastungsempfinden dieser reduzieren und die Lebensqualität seitens des Menschen mit Demenz steigern (Eggenberger, Heimerl & Bennett, 2013; Haberstroh et al., 2011; Haberstroh et al., 2009; Neumeyer, 2012; Whitlatch & Orsulic-Jeras, 2018).

Insgesamt haben mehrere Autoren einen Mangel an ausreichender Quantität und Qualität von Studien, die sich mit der Wirksamkeit von Angehörigengruppen beschäftigen, beschrieben (Clarkson et al., 2017; Eggenberger et al., 2013; Mantovan et al., 2010). Außerdem ist eine Lücke zwischen Forschung und Praxis dahingehend erkennbar, dass der Fokus bei Studien überwiegend auf der Schulung professioneller Pflegekräfte in Einrichtungen liegt, obwohl die meisten Menschen mit Demenz zu Hause versorgt werden (Eggenberger et al., 2013).

Um Interventionseffekte zu erheben, ist die Auswahl der Messinstrumente entscheidend (Williams, Newman & Hammar, 2018). Bisherige Studien von Unterstützungsangeboten für Angehörige haben die Wirksamkeit im Hinblick auf die Belastung der Angehörigen und die Lebensqualität des Menschen mit Demenz untersucht (Egan et al., 2010). Empfehlenswert ist hingegen eine stärkere Fokussierung auf die kommunikativen Faktoren der Interaktion (Williams et al., 2018) und die sprachlichen Fähigkeiten eines Menschen mit Demenz, da diese die Lebensqualität wesentlich beeinflussen (Egan et al., 2010).

Die Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige unterscheiden sich je nach Zielsetzung und Rahmenbedingungen der Intervention grundlegend und haben dementsprechend unterschiedliche Effekte (Mantovan et al., 2010). In einer Systematischen Übersichtsarbeit von Mantovan et al. (2010) wurde dargestellt, dass die verschiedenen Interventionen positive Effekte auf das jeweils vermittelte Wissen, das subjektive Wohlbefinden und die Symptome der Pflegebedürftigen haben. Somit kann die Belastung reduziert und eine Institutionalisierung der

Menschen mit Demenz herausgezögert werden, sodass diese Interventionen auch aus gesundheitspolitischer Sicht gerechtfertigt sind (Mantovan et al., 2010). Trotz der Schwierigkeiten das subjektive Belastungsempfinden zu messen, kann festgehalten werden, dass besonders psychoedukative Interventionen mit aktiver Beteiligung der pflegenden Angehörigen positive Effekte erzeugen, zu denen das Kommunikations-TAnDem gehört (Mantovan et al., 2010). Außerdem ist eine Anpassung der zeitlichen Strukturen und eine flexible inhaltliche Gestaltung dieser Programme notwendig, die außerdem intensiv, langandauernd, interdisziplinär und praxisnah sein sollten, um eine individuelle Beratung der Teilnehmer zu ermöglichen und diese zur aktiven Teilnahme an den Interventionen anzuregen (Kurz & Wilz, 2011). Außerdem sollte nicht nur die Wissensvermittlung im Fokus stehen, sondern auch die praktische Anwendung des theoretischen Inputs (Kurz & Wilz, 2011). Je nach Zielstellung eines Unterstützungsangebots sind die Rahmenbedingungen unterschiedlich festzulegen, da z.B. die Förderung von Problemlösefähigkeiten im Einzelformat und der Erfahrungsaustausch im Gruppenformat größere Erfolge erzielt (Kurz & Wilz, 2011).

Die Methodik des Trainings für Angehörige spielt eine bedeutsame Rolle für die Umsetzbarkeit der Inhalte im Pflegealltag (Kuo et al., 2017). Im direkten Vergleich einer Trainingsgruppe, bei der die Informationsvermittlung im persönlichen (häuslichen) Kontakt stattfand, mit einer Gruppe, die die Inhalte schriftlich erarbeitete, zeigten sich deutliche Unterschiede in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit beständiger depressiver Symptome seitens der Angehörigen (Kuo et al., 2017). Auch 18 Monate nach dem Training hatten die Probanden in der Gruppe mit persönlichem Kontakt ein geringeres Risiko für das Auftreten beständiger depressiver Symptome (Kuo et al., 2017). In einer weiteren Studie stand der Vergleich eines psychoedukativen Programms mit spezifisch ausgewählter Ratgeberliteratur im Fokus (Engel & Reiter-Jaeschke, 2015). Ersteres erreichte positivere Effekte in Bezug auf die emotionale Einstellung zum Menschen mit Demenz, die persönliche Einschätzung des Kommunikationsverhaltens und das Belastungsempfinden sowie auf die depressive Symptomatik der pflegenden Angehörigen (Engel & Reiter-Jaeschke, 2015). Dieser Effekt ist auf die Anpassungsmöglichkeit der Interventionen mit direktem Kontakt zurückzuführen, sodass die inhaltliche Darbietung individuell auf die Bedürfnisse der Teilnehmer ausgerichtet werden kann (Engel & Reiter-Jaeschke, 2015; Kuo et al., 2017).

In Bezug auf die Reduktion des Belastungserlebens der pflegenden Angehörigen ist es sinnvoll, bevorzugt individuelle Ressourcen zu analysieren anstatt eine stressorientierte Betrachtungsweise zu nutzen (Mischke, 2012). Das Ziel der Angehörigenunterstützung sollte demnach eine Ressourcenstärkung nach dem Prinzip des Empowerments sein um Gesundheitsrisiken zu minimieren (Mischke, 2012). Besonders die Optimierung von individuellen Verhaltens- und Copingstrategien wirkt sich positiv auf die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen aus (Whitlatch & Orsulic-Jeras, 2018). Eine frühe Unterstützung der Ressourcen führt dazu, dass bei den pflegenden Angehörigen im weiteren Krankheitsverlauf ausreichende Kapazitäten vorhanden sind, um beispielsweise Kommunikationsstrategien gezielt anzuwenden (Whitlatch & Orsulic-Jeras, 2018).

### 3.3. Aktueller Forschungsstand des Kommunikations - TAnDems

Das Kommunikations-TAnDem wurde in verschiedenen Studien evaluiert und mehrmals weiterentwickelt bzw. anhand der Ergebnisse angepasst (Haberstroh et al., 2011; Haberstroh et al., 2009; Haberstroh et al., 2006; Neumeyer, 2012)

In einer Veröffentlichung von Haberstroh et al. (2006) wurde die Effektivität des Trainings bei pflegenden Angehörigen mithilfe einer kontrollierten Trainingsstudie mit Wartekontrollgruppendesign und Prozesserhebung nachgewiesen. 22 Probanden nahmen an dem Training teil, bei dem verschiedene längs- und querschnittliche Evaluationsinstrumente genutzt wurden, um die umfassende Wirksamkeit zu belegen (Haberstroh et al., 2006). Die Ergebnisse zeigen, dass die Durchführung des Kommunikations-TAnDems bei pflegenden Angehörigen zu einer Verbesserung der Kommunikationskompetenzen und des Wissens über die Kommunikation bei Demenz führt (Haberstroh et al., 2006). Außerdem nimmt die direkt wahrgenommene Belastung der Angehörigen ab und gleichzeitig steigt die Lebensqualität der Menschen mit Demenz (Haberstroh et al., 2006).

Auch 2011 konnten diese Effekte mit 24 pflegenden Angehörigen anhand eines Prä-Post-Kontrollgruppendesign mit Time-Series-Analyse bestätigt werden (Haberstroh et al., 2011). Die Ergebnisse verdeutlichen eine signifikante Frequenzsteigerung der angewandten kommunikativen Strategien und bessere Ergebnisse im *Quality of Life in Alzheimer's Disease* (Logsdon, Gibbons, McCurry, & Teri, 1999) in der Interventionsgruppe (Haberstroh et al., 2011). Zwar konnte keine signifikante Belastungssenkung der Angehörigen erzielt werden, jedoch führten die Autoren dieses Ergebnis auf die genutzten Messinstrumente zurück, da die *Häusliche Pflege-Skala* (Gräßel, 2001) verwendet wurde, die auf pflegende Angehörige im Allgemeinen und nicht spezifisch auf Pflegende von Menschen mit Demenz ausgerichtet ist (Haberstroh et al., 2011).

Eine Weiterentwicklung des Kommunikations-TAnDems wurde ebenfalls von Neumeyer (2012) evaluiert. Der Vergleich des Kommunikationstrainings mit einem Training zu herausforderndem Verhalten fand mithilfe einer Kombination aus prozessuellem und längsschnittlichem Design statt (Neumeyer, 2012). Die Ergebnisse zeigen zwar eine Stagnation bzw. Steigerung der objektiv beurteilten Belastung der Angehörigen, allerdings kann durch das Kommunikations-TAnDem die subjektiv wahrgenommene Beanspruchung positiv beeinflusst werden (Neumeyer, 2012). Die Ressourcenorientierung des Konzepts wird dahingehend

verdeutlicht, dass sowohl das Wissen als auch die Kompetenz der Teilnehmer zu den jeweiligen Trainingsinhalten verbessert wurde (Neumeyer, 2012). Die Untersuchungen zu den Menschen mit Demenz zeigen keine Verbesserung der Lebensqualität und teilweise eine Verschlechterung der emotionalen Stimmung (Neumeyer, 2012). Dennoch stehen diese Ergebnisse nicht unbedingt in direktem Zusammenhang mit den Trainingseinheiten, sondern sind vielmehr durch die veränderten Referenzitems zu erklären, die auf eine gleichzeitige Verschlechterung der dementiellen Symptomatik hindeuten (Neumeyer, 2012). Außerdem konnten Langzeiteffekte nicht signifikant nachgewiesen werden, da die Angehörigen häufig nach Beendigung des Trainings in alte Muster zurückfielen (Neumeyer, 2012).

## 4. Methode

### 4.1. Prozedere

Die Wirksamkeit des Kommunikations-TAnDems auf die sprachliche Aktivität und Kommunikation des Menschen mit Demenz wurde anhand eines Prätest-Posttest-Designs mit einer Interventionsgruppe und zwei Messzeitpunkten ermittelt. Das Training für Angehörige besteht aus drei Modulen, die in insgesamt sechs Sitzungen mit einer Dauer von je 90 bis 120 Minuten nach den Vorgaben des Trainingsmanuals von Haberstroh und Pantel (2011c) bearbeitet wurden. Dazu trafen sich die Teilnehmer in sechs aufeinanderfolgenden Wochen je einmal für den angegebenen Zeitraum. Da eine Kooperation mit dem Demenzentrum Trier e.V. bestand, konnte das Training in den dortigen Räumlichkeiten stattfinden. Gleichzeitig war eine Versorgung der Menschen mit Demenz gewährleistet, die während des Trainings in bestehenden Betreuungsgruppen untergebracht waren. Das für diese Studie ausgewählte Erhebungsinstrument Z-FAKA (Steiner, 2008b/2010; Anhang D) wurde vor Beginn und eine Woche nach Beendigung des Trainings von den Probanden ausgefüllt. Zusätzlich wurde zur Erhebung verschiedener soziodemografischer Daten ein Anamnesebogen (Anhang C) genutzt, der ebenfalls vor Beginn des Trainings von allen Teilnehmenden auszufüllen war.

Im Voraus war die Stellung eines Ethikantrags bei der dbs-Ethikkommission notwendig, der mit einem positiven Votum bestätigt wurde. Die Mitglieder der Ethikkommission prüften die Formulare zur Probandeninformation (Anhang A) und zur Einverständniserklärung der Probanden (Anhang B).

## 4.2 Probanden

Die Teilnehmenden der Studie wurden über das Demenzzentrum Trier e.V. rekrutiert, indem das Konzept in bereits bestehenden Sport-Gruppen vorgestellt wurde. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind an den Vorgaben des Trainingsmanuals orientiert, sodass die Gruppe bezüglich Alter, Geschlechterverteilung und Verhältnis zum Menschen mit Demenz nicht homogen sein musste (Haberstroh & Pantel, 2011c). Nach Haberstroh & Pantel (2011c) profitiere die Gruppe vom Austausch verschiedener Perspektiven und individuell unterschiedlicher Pflegesituationen. Die Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie waren die Pflege eines Angehörigen, bei dem eine Alzheimer- oder Vaskuläre Demenz bzw. eine Mischform diagnostiziert war, und die Motivation, neue Kommunikationskompetenzen zu erlernen und umzusetzen (Haberstroh & Pantel, 2011c). Personen, deren Angehörige an einer anderen Form der Demenz erkrankt waren bzw. diese im Rahmen einer anderen Grunderkrankung auftrat, wurden von der Teilnahme ausgeschlossen, da die auftretenden Kommunikationsschwierigkeiten zu unterschiedlich sein könnten. Ein weiteres Ausschlusskriterium war eine psychische Erkrankung des Menschen mit Demenz oder des pflegenden Angehörigen, um mögliche Einflüsse auf die alltägliche Kommunikation, die aus dieser Erkrankung resultieren, auszuschließen. Des Weiteren durften die Probanden das gleiche oder ein ähnliches Training zu Kommunikationsstrategien bei Demenz noch nicht absolviert haben, da andernfalls Wissen aus anderen psychoedukativen Programmen o. Ä. die Ergebnisse verfälschen kann.

Das Kommunikations-TAnDem startete mit vier Teilnehmenden, von denen eine Probandin nach dem ersten Training aus organisatorischen Gründen die Teilnahme abbrach. Eine weitere Probandin konnte nach der dritten Sitzung das Training aufgrund von Krankheit nicht fortsetzen.

Die Probandendaten sind in Tabelle 1 dargestellt, daraus ergibt sich ein Durchschnittsalter der Probandinnen von 72.5 ( $\pm 0.71$ ) Jahren. Es handelte sich bei allen Teilnehmenden um Ehefrauen, die täglich mit ihrem an Demenz erkrankten Ehemann in Kontakt waren. Bisherige Unterstützungsangebote wurden über das Demenzzentrum Trier e.V. und bei einer Probandin zusätzlich über die Compass Pflegeberatung in Anspruch genommen. Eine Probandin nahm bereits an Vorträgen zum Krankheitsbild der Demenz teil, die jedoch nicht die Kommunikation



thematisierten. Die zu pflegenden Menschen mit Demenz hatten ein durchschnittliches Alter von 76.5 ( $\pm 0.71$ ) Jahren und litten an Alzheimer-Demenz bzw. an einer gemischten Demenz. Der Diagnosezeitpunkt lag bei beiden Männern drei Jahre zurück und die Angehörigen schätzten den Schweregrad der Demenz als mittelgradig ein.

Tabelle 1: Probandendaten (MmD = Mensch mit Demenz)

<b>Proband</b>	<b>TAnDem_A02</b>	<b>TAnDem_A04</b>
<b>Alter</b>	73	72
<b>Geschlecht</b>	weiblich	weiblich
<b>Beziehung zum MmD</b>	Ehepaar	Ehepaar
<b>Kontaktzeit zum MmD</b>	täglich	täglich
<b>Unterstützung</b>	Demenzzentrum Trier e.V.	Demenzzentrum Trier e.V.; Compass Pflegeberatung
<b>Kenntnisse</b>	Vorträge über Demenz	keine
<b>Alter des MmD</b>	76	77
<b>Geschlecht des MmD</b>	männlich	männlich
<b>Art der Demenz</b>	Alzheimer-Demenz	Gemischte Demenz
<b>Diagnosezeitpunkt</b>	2015	2015
<b>Schweregrad der Demenz</b>	mittel	mittel

Quelle: Eigene Darstellung

### 4.3 Trainingsaufbau

Das Kommunikations-TAnDem (Haberstroh & Pantel, 2011c) ist ein Konzept, das ressourcenorientiert die Aufrechterhaltung der Kommunikation bei Menschen mit Demenz anstrebt, indem die pflegenden Angehörigen an dem psychoedukativen Training teilnehmen (Haberstroh et al., 2009). Dabei steht nicht nur die Wissensvermittlung über Kommunikation im Vordergrund, sondern auch der gemeinsame Expertenaustausch in einer Gruppe von pflegenden Angehörigen (Haberstroh et al., 2009). Die kommunikativen Stärken und Schwächen eines Menschen mit Demenz können somit identifiziert und die Kommunikationsstrategien angepasst werden (Haberstroh et al., 2009). Das Konzept ist besonders hervorzuheben, da es zum einen die sprachlichen Veränderungen bei Demenz thematisiert und sich zum anderen an den kommunikativen Stärken des Patienten orientiert, um diese spezifisch zu fördern (Haberstroh et al., 2009). So wird der therapeutische Fokus von der Defizitorientierung zur Ressourcenorientierung verschoben (Haberstroh et al., 2009).

Das Kommunikations-TAnDem ist in verschiedenen Ausführungen bei professionellem Pflegepersonal sowie bei pflegenden Angehörigen durchführbar, die in direktem Kontakt zum Menschen mit Demenz stehen (Haberstroh et al., 2009). Die Durchführung des in der Studie untersuchten Trainings für Angehörige fand nach den Vorgaben des Manuals und mithilfe der bereitgestellten Power Point Präsentationen, Handouts und Sequenzpläne statt (Haberstroh & Pantel, 2011c). Im Manual sind die Angaben zur Vermittlung von kommunikativen Strategien kleinschrittig angegeben und der Trainer wird dazu angeleitet, die Darbietung der Trainingsinhalte optimal an die Bedürfnisse der Teilnehmer anzupassen (Haberstroh & Pantel, 2011c). Im Kommunikations-TAnDem besteht in eingeplanten Zeiträumen regelmäßig die Möglichkeit zum Austausch unter den Teilnehmern um individuelle Fragen und Situationen im Plenum zu besprechen (Haberstroh & Pantel, 2011c).

TAnDem, wir fahren los!	1. Kennenlernen
Demenz betrifft uns alle	2. Und was ist Demenz? 3. Für sich selbst sorgen
Kommunikation mit Menschen mit Demenz	4. Mensch mit Demenz als Sender 5. Mensch mit Demenz als Empfänger
Kommunikation und Kooperation mit Pflegekräften	6. Kommunikation und Kooperation mit Pflegekräften

Abbildung 3: Modulplan des Kommunikations-TAnDems (Modul: Sitzung)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Haberstroh & Pantel (2011c, S.143)

Die Themen der einzelnen Sitzungen sind in Abbildung 3 auf der rechten Seite dargestellt und können zu den vier Modulen zusammengefasst werden. In jeder Sitzung wurde ein anderes Thema bearbeitet, das zu einer Verbesserung der Kommunikationskompetenzen beitragen sollte. In der ersten Sitzung stand der Aufbau einer Vertrauensbasis im Vordergrund. Zudem bestand die Möglichkeit, eigene Wünsche für das Training zu äußern (Haberstroh & Pantel, 2011c). In der zweiten Sitzung fand die Erarbeitung des Krankheitsbilds in Bezug auf Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten statt (Haberstroh & Pantel, 2011c). Die dritte Sitzung stellte die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen und mögliche Unterstützungsangebote in den Mittelpunkt und sollte die Teilnehmer dazu befähigen, sich im Alltag Zeit für eigene Interessen zu nehmen und einen individuell optimalen Umgang mit der Pflegesituation zu schaffen (Haberstroh & Pantel, 2011c). Die Kommunikation mit dem Menschen mit Demenz wurde in der vierten und fünften Sitzung anhand des Kommunikationsmodells, das in Abbildung 4 dargestellt ist, analysiert. Dazu erfolgte die Betrachtung des Betroffenen als Sender bzw. Empfänger von Informationen (Haberstroh & Pantel, 2011c). Das Ziel dieser Sitzungen war die Förderung der kommunikativen Kompetenzen der Teilnehmenden, sodass diese dem Menschen mit Demenz individuell das Senden bzw. Empfangen von Informationen erleichtern können (Haberstroh & Pantel, 2011c).

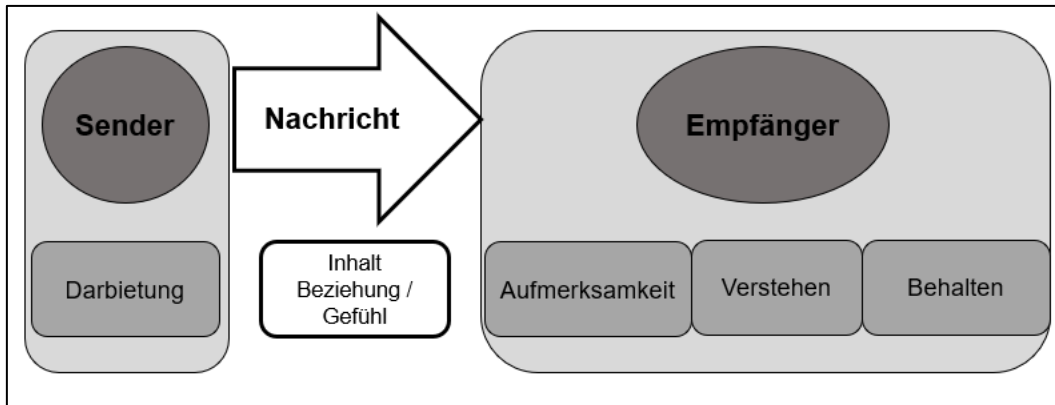


Abbildung 4: Kommunikationsmodell des Trainings

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Haberstroh & Pantel (2011c, S.40)

In der letzten Sitzung wurde die Kommunikation und Kooperation mit Pflegekräften thematisiert, indem die Angehörigen lernten mithilfe von Ich-Botschaften ihre Anliegen auszudrücken und zu vertreten (Haberstroh & Pantel, 2011c).

Der strukturelle Aufbau der Sitzungen war identisch, z.B. wurde zu Beginn ein Überblick über die aktuellen Inhalte gegeben und die Zielstellung der Sitzung formuliert (Haberstroh & Pantel, 2011c). Danach folgte der theoretische Input durch die Trainerin, der mit unterschiedlichen Modalitäten gestaltet wurde, um die Inhalte den Angehörigen möglichst nachvollziehbar und anschaulich darzustellen (Haberstroh & Pantel, 2011c). Im anschließenden Erfahrungsaustausch schilderten die Teilnehmer persönliche Situationen im Umgang mit dem Menschen mit Demenz. Daraufhin wurden gemeinsam Strategien zur Implementierung des theoretischen Wissens in den Alltag entwickelt (Haberstroh & Pantel, 2011c). Anschließend hatte jeder Teilnehmer die Möglichkeit, spezifische Strategien auszuwählen, die für seine Situation förderlich sind und die er in Zukunft umsetzen möchte (Haberstroh & Pantel, 2011c). Die Feedbackrunde für die Trainerin und der Ausblick auf das nächste Sitzungsthema bildeten das Ende jeder Sitzung (Haberstroh & Pantel, 2011c).

#### 4.4 Evaluation

Vor Beginn der ersten Sitzung vervollständigten die Probanden einen Anamnesebogen, um allgemeine soziodemografische Daten zu erfassen (Anhang C). Außerdem wurden die Probanden in die Evaluation mittels des Z-FAKA (Steiner, 2008b/2010; Anhang D) eingeführt, der direkt ausgefüllt werden sollte. Am Ende der letzten Sitzung wurde der Fragebogen Z-FAKA allen Probanden mitgegeben, der eine Woche nach dem letzten Training ausgefüllt werden sollte, um einen Vergleichswert zum ersten Messzeitpunkt zu erhalten. Alle Daten wurden pseudonymisiert erhoben und weiterverarbeitet, um den Datenschutz zu gewährleisten.

Der Z-FAKA ist ein Teil der *Zürcher DemenzDiagnostik* (Steiner, 2008b/2010) und wurde als quantitatives Erhebungsinstrument dieser Studie ausgewählt, da die schriftliche Befragung der Sekundärbetroffenen eine Beurteilung von Art und Umfang der laut- und schriftsprachlichen Aktivitäten im Alltag des Menschen mit Demenz ermöglicht (Steiner, 2008b/2010). Der Fragebogen besteht aus vier Teilen, die in Tabelle 2 dargestellt sind.

Tabelle 2: Aufbau des Z-FAKA

Untertest	Titel	Items
<b>A</b>	Gespräche in vertrauten Zusammenhängen im Vergleich zu früher	1 – 12
<b>B</b>	Kommunikativer Kontakt und Verantwortung in Gesprächen des Partners im Vergleich zu früher	13 – 22
<b>C</b>	Potenzial in der Schriftsprache des Partners	23 – 33
<b>D</b>	Einschätzung des kommunikativen Potenzials	34 – 43

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Steiner (2008b/2010)

In den Untertests A, B und C sind je bis zu zwölf Aussagen formuliert, die auf einer Skala von 0 bis 3 bewertet werden, somit ist eine Gesamtpunktzahl von höchstens 96 Punkten möglich (Steiner, 2008b/2010). Der Fokus liegt dabei auf dem Vorliegen bzw. Nichtvorliegen einer kommunikativen Einschränkung im Vergleich zu früher und inwiefern dieses als störend empfunden wird (Steiner, 2008b/2010). Demnach entsprechen 0 bis 2 Punkte dem Vorliegen eines Symptoms (0 = stört erheblich, 1 = stört etwas, 2 = stört nicht), während eine Punktzahl von 3 das Zutreffen der Aussage ablehnt (Steiner, 2008b/2010).

Für die Gesamtpunktzahl der Teile A, B und C liegt eine normativ gesetzte Einschätzung des Grades der Minderung von Aktivität und Kommunikation im Alltag vor, die jedoch nicht evaluiert wurde (Steiner, 2016). In Teil D sollen dem Angehörigen mithilfe von zehn offenen Fragen therapeutische Perspektiven erläutert und Therapieziele erfasst werden, daher ist für diesen Teil nur eine qualitative Auswertung möglich (Steiner, 2008b/2010).

Die Ergebnisse wurden mithilfe eines Prätest-Posttest-Vergleichs analysiert. Da eine kleine Stichprobe vorlag, wurde keine statistische Bewertung durchgeführt. Es fand sowohl ein Vergleich der Gesamtpunktzahl des Z-FAKA als auch der erreichten Punktwerte in den einzelnen Untertests vor und nach dem Training statt. Dieser quantitative Vergleich zeigte die Veränderungen der kommunikativen Aktivität und Partizipation der Menschen mit Demenz im Alltag vor und nach dem Training der pflegenden Angehörigen. Außerdem wurden die Ergebnisse der einzelnen Probanden untereinander verglichen. Somit konnten mögliche Veränderungen, die auf individuelle Unterschiede zurückzuführen sind, identifiziert werden. Des Weiteren wurden einzelne für diese Arbeit interessante Items qualitativ bewertet. Da in Untertest D eine offene Fragestellung vorliegt, deren Antworten nicht mit Punkten zu bewerten sind, wurde dieser nicht in die Darstellung der Ergebnisse mit einbezogen.

## 5. Ergebnisse

Die Prätest-Ergebnisse des Z-FAKA zeigten, dass die meisten Items bei beiden Probandinnen bestätigt wurden, d.h. dass die meisten sprachlichen Einschränkungen bei den Ehemännern mit Demenz auftraten. Probandin „TAnDem\_A02“ empfand nur Item 6 (Ich führe weniger Telefonate als früher.) als nicht zutreffend. Auch Probandin „TAnDem\_A04“ gab an, dass nur Item 24 (Ich lese meinem Partner Zeitungsartikel (oder anderes) nicht laut vor.) nicht zutrifft. Beide bewerteten die Defizite bzw. verminderte kommunikative Aktivität des Menschen mit Demenz ausschließlich mit „erheblich“ oder „etwas“ störend, sodass die Punktzahl 2 bei keinem Item erreicht wurde. Somit wurde bei beiden Probandinnen ein Gesamtergebnis von unter 65 Punkten erreicht, der nach Steiner (2008b/2010) für eine erhebliche Beeinträchtigung der Aktivität und Kommunikation im Alltag spricht.

Tabelle 3: Prätest-Posttest-Vergleich der Punktzahlen im Z-FAKA

Probanden-ID	Untertest	Prätest	Posttest
TAnDem_A02	A	5	5
	B	1	1
	C	1	2
	Gesamt	7	8
TAnDem_A04	A	5	9
	B	2	2
	C	5	6
	Gesamt	12	17

Quelle: Eigene Darstellung

Der Vergleich der Gesamtergebnisse des Z-FAKA vor und nach dem Training zeigt, wie in Tabelle 3 dargestellt, eine minimale Steigerung der Punktwerte. Die Probandin „TAnDem\_A02“ gab im Untertest C (Potenzial in der Schriftsprache des Partners) einen Punkt mehr an und bei Probandin „TAnDem\_A04“ ließ sich eine gesteigerte Punktzahl in den Untertests A (Gespräche in vertrauten Zusammenhängen im Vergleich zu früher) und C erkennen. Diese Veränderungen zeigten sich ebenfalls im Vergleich der Mittelwerte vor und nach der Interventionsphase, die in Abbildung 5 dargestellt sind.

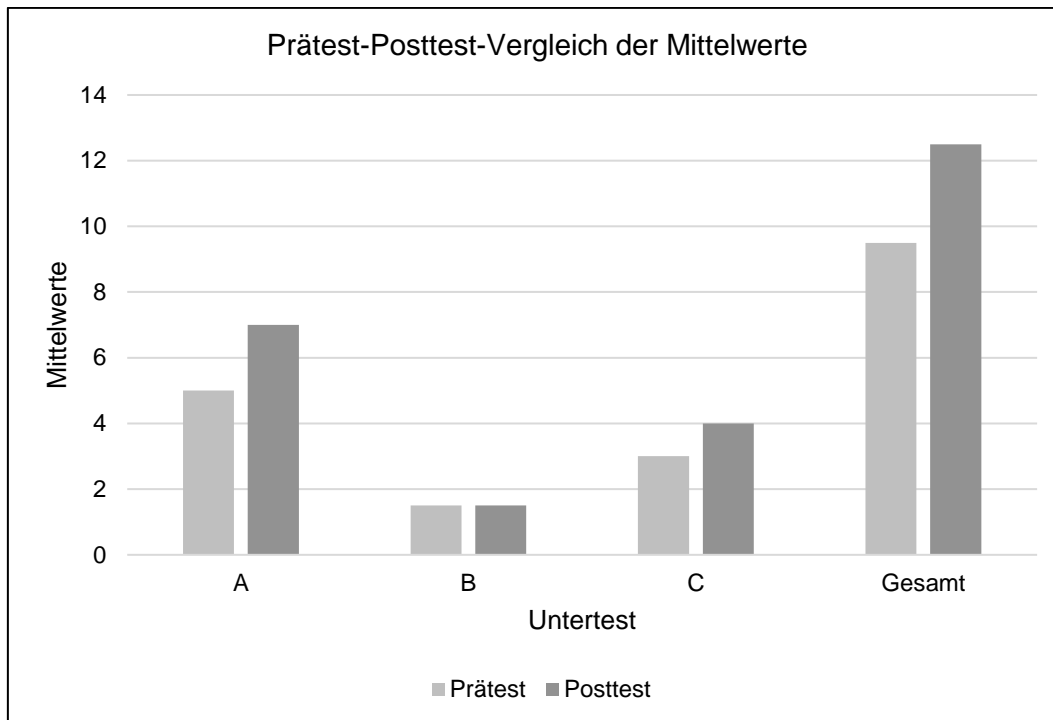


Abbildung 5: Prätest-Posttest-Vergleich der Mittelwerte des Z-FAKA

Quelle: Eigene Darstellung

Die Leistungen des Menschen mit Demenz, die sich auf den kommunikativen Kontakt und die Verantwortung in Gesprächen des Partners beziehen (Untertest B) blieben bei beiden Probandinnen gleich. Die alltägliche Kommunikation und sprachliche Aktivität der Menschen mit Demenz spiegelte sich vor allem in den Ergebnissen der Untertests A und B wider. Diese zeigten, dass minimale bzw. keine Verbesserungen erkennbar sind. Bei Probandin „TAnDem\_A02“ blieben die Gesamtpunktwerte der Untertests gleich, während bei Probandin „TAnDem\_A04“ eine Steigerung in Untertest A um 4 Punkte erkennbar war.

Das Bewertungsmuster im Prätest änderte sich, wie in Abbildung 6 dargestellt, dahingehend, dass Probandin „TAnDem\_A04“ im Posttest den Punktwert 2 bei den Items 23 (Mein Partner übernimmt keine Verantwortung für das Schreiben einer Einkaufsliste.) und 24 (Ich lese meinem Partner Zeitungsartikel (oder anderes) nicht laut vor.) vergab. Auch bei Probandin „TAnDem\_A02“ zeigte sich eine gesteigerte Anzahl der Bewertung mit „trifft zu und stört etwas“ bei gleichzeitiger Abnahme der Häufigkeit der Bewertung „trifft zu und stört erheblich“ im Prätest-Posttest-Vergleich.



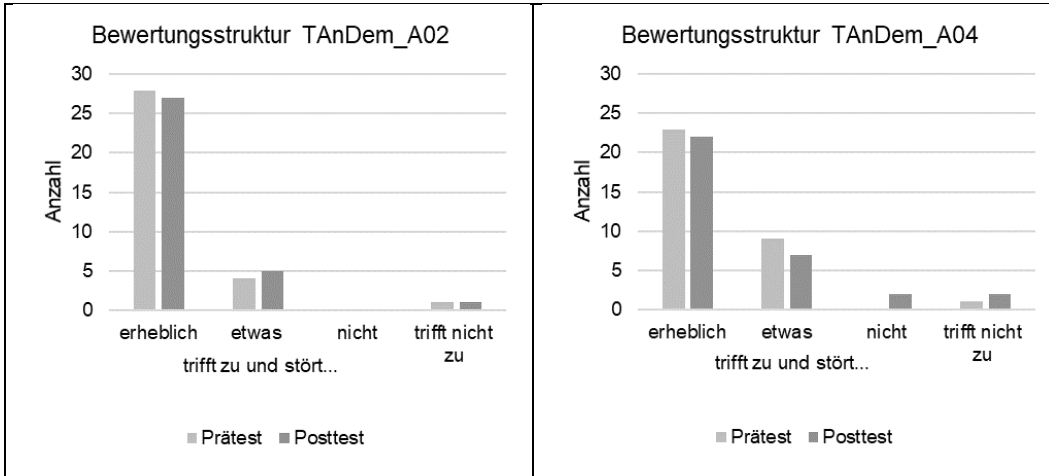


Abbildung 6: Bewertungsstruktur im Prätest-Posttest-Vergleich

Quelle: Eigene Darstellung

Betrachtet man die einzeln bewerteten Items der Probandinnen genauer, zeigt sich, dass bei Probandin „TAnDem\_A02“ der Untertest A vollständig unverändert im Vergleich der einzelnen Items vor und nach dem Training blieb. Ebenso wurden in Untertest B alle Items weiterhin als zutreffend angegeben, wobei die Aufgabe der Vereinsaktivität (Item 19) im Posttest als „erheblich“ anstatt „etwas“ störend und der seltene Besuch von Vorträgen, Fortbildungen und Kursen als „etwas“ anstatt „erheblich“ störend eingeschätzt wurde. Im Untertest C schließlich war eine Veränderung bezüglich Item 33 erkennbar. Die Probandin gab an, dass ihr Ehepartner nicht in der Lage war, Preisschilder und Packungsbeilagen zu lesen, empfand diese Tatsache im Posttest aber nicht mehr als „erheblich“ sondern als „etwas“ störend.

Die Probandin „TAnDem\_A04“ erreichte zwar in den einzelnen Untertests ähnliche Punktzahlen, die sich jedoch im Prätest-Posttest-Vergleich unterschiedlich zusammensetzten. So gab sie in Untertest A an, dass das Ehepaar weiterhin weniger Gäste zu sich einlud (Item 4), allerdings störte sie das nach dem Training nur noch „etwas“ statt „erheblich“. Dafür wurden die im Prätest noch als zutreffend angegebenen Items 6 (Ich führe weniger Telefonate als früher.) und 11 (Wir spielen seltener miteinander.) im Posttest mit dem Punktwert 3 (trifft nicht zu) bewertet. Eine Verschlechterung war hinsichtlich der Gesprächsaktivität über die Themen Menü, Einkäufe und Kochen (Item 12) erkennbar, da dieses Item weiterhin zutraf und im Posttest nun „erheblich“ stört, obwohl es im Prätest noch als „etwas“ störend angegeben wurde. Im Untertest B kam es ebenfalls zu einer Verschiebung der Punktzahlen, obwohl der Gesamtwert des Untertests unverändert blieben. So

gab die Probandin an, dass sie die verminderte Wunschäußerung ihres Partners bei Geschäften (Item 14) im Prätest „erheblich“ und im Posttest „etwas“ störte. Dafür schätzte sie die Vereinsaufgabe ihres Mannes im Posttest nun als „erheblich“ statt „etwas“ störend ein. Im Untertest C kam es zu einer Steigerung der Gesamtpunktzahl, da die Probandin es nicht mehr als „erheblich“ störend empfand, dass ihr Mann keine Verantwortung für das Schreiben einer Einkaufsliste übernahm (Item 23), sondern dieses Symptom als „etwas“ störend einschätzte. Dafür trat eine Verschlechterung dahingehend auf, dass sie im Vergleich zum Prätest ihrem Partner keine Zeitungsartikel mehr vorlas (Item 24) und dieses als „nicht störend“ einstuft.

## 6. Diskussion

Das Ziel dieser Studie war die Beantwortung der Frage, ob durch das Kommunikations-TAnDem nach Haberstroh und Pantel (2011c), welches bei den pflegenden Angehörigen durchgeführt wurde, eine Verbesserung der alltäglichen Kommunikation der Menschen mit Demenz erreicht werden kann. Diese wurde mittels einer Interventionsgruppe im Prätest-Posttest-Design überprüft, indem die Teilnehmenden den Z-FAKA (Steiner, 2008b/2010) direkt vor und eine Woche nach dem sechswöchigen Training ausfüllten. Der Vergleich der erreichten Punktzahlen aus den Untertests A, B und C zeigte eine minimale Steigerung der Punktzahl, diese war allerdings nicht ausreichend hoch, um eine sichere Aussage über die Effektivität des Trainings treffen zu können.

Zwar änderten sich die kommunikativen Beeinträchtigungen der Menschen mit Demenz nicht wesentlich, jedoch wurden diese teilweise von den teilnehmenden Angehörigen anders wahrgenommen. So führte vermutlich die Aufklärung bezüglich der demenziellen Symptomatik und des Umgangs mit dieser zu einer größeren Toleranz der Verhaltensweisen. Beispielsweise verbesserte sich die Wahrnehmung der Probandin „TAnDem\_A02“ bei zwei Items von „erheblich“ nach „etwas“ störend und nur in einem Fall umgekehrt. Bei der Probandin „TAnDem\_A04“ war eine Veränderung der Bewertung von „erheblich“ nach „etwas“ störend bei drei Items erkennbar und nur bei zwei Items veränderte sich die Bewertung der Defizite im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt von „etwas“ zu „erheblich“ störend. Bei dieser Probandin konnten außerdem zwei sprachliche Aktivitäten wiederhergestellt werden. So führte sie nach dem Kommunikations-TAnDem wieder regelmäßig Telefonate und spielte mit ihrem Mann häufiger. Hier lässt sich die Wirkung des Trainings dahingehend vermuten, dass die Teilnehmerin für die Demenz mit ihren Folgen und Risikofaktoren auch für die pflegenden Angehörigen sensibilisiert wurde. Besonders die dritte Sitzung „Für sich selbst sorgen“ beinhaltet bedeutende Aspekte und Möglichkeiten für die pflegenden Angehörigen, besser mit der Pflegesituation zurechtzukommen und sich neben der täglichen Pflege ebenso Zeit für sich zu nehmen. Die Vermittlung dieser Inhalte spiegelte sich zudem in den Ergebnissen des Untertests D wider, der durch offene Fragen das Potenzial der Kommunikation zwischen dem Menschen mit Demenz und dem Angehörigen erfragen sollte. Im Vergleich zum Prätest waren im Posttest beispielsweise die Antworten auf die Fragen nach der

Erweiterung des Aktivitätsradius oder Änderungswünschen konkreter und spezifischer. Die pflegenden Angehörigen konnten sich nach dem Training klare Ziele wie die Integration eines ehrenamtlichen Betreuers oder den regelmäßigen Austausch mit Freunden und anderen pflegenden Angehörigen setzen. Aus den Fragen zur Kommunikation bei wichtigen Entscheidungen und Missverständnissen ging außerdem hervor, dass diese nach dem Training effektiver stattfand. So beschrieb eine Probandin vor dem Training, bei Missverständnissen laut zu werden. Im Verlauf des Trainings wurde ihr jedoch die Bedeutung der Prosodie und damit der Beziehungsebene der Kommunikation verdeutlicht. Aus diesem Grund gab sie im Posttest an, dass sie mit ihrem Ehemann in angemessener Lautstärke und mit kontrollierter Prosodie kommuniziert und sich ihr Management bei Missverständnissen verbessert hat. Obwohl nur kleine Veränderungen erkennbar waren, können diese schon als Erfolg verzeichnet werden, da möglicherweise Denkanstöße gegeben wurden. Diese können sich in Zukunft weiterentwickeln und zu einer Verbesserung der Kommunikation und Lebensqualität sowohl des Menschen mit Demenz als auch des pflegenden Angehörigen führen.

Die Ergebnisse sind nicht eindeutig auf die Wirksamkeit des psychoedukativen Trainings zurückzuführen. Andere Faktoren wie eine mögliche Verschlechterung der sprachlichen Symptomatik der Menschen mit Demenz aufgrund der Progredienz der Erkrankung oder das Gefühl seitens der pflegenden Angehörigen nach dem Training wieder alleine gelassen zu werden, könnten die Bewertung der sprachlichen Aktivität negativ beeinflussen. Abgesehen davon sind positive Einflussfaktoren wie die Gruppenbildung und der Austausch mit Betroffenen sowie die Entlastung von der Pflegesituation durch die parallele Versorgung der Menschen mit Demenz zu berücksichtigen. Weitere mögliche Einflussfaktoren auf das Ergebnis sind die Persönlichkeit des Menschen mit Demenz in Bezug auf die frühere sprachliche Aktivität und den Umgang mit der Erkrankung. Außerdem verläuft jede Demenz anders, d.h. bei jedem Patienten treten individuelle Symptome auf, die medizinisch unterschiedlich behandelt werden. Zusätzlich ist die Wirkung von Medikamenten oder anderer Therapiemethoden auf die Wirksamkeit des Kommunikations-TAnDems zu berücksichtigen.

## 6.1 Beschränkungen und Hinweise für zukünftige Studien

In Bezug auf die Stichprobengröße und das Studiendesign lassen sich Beschränkungen erkennen, die die Aussagekraft der Ergebnisse limitieren. Im Trainingsmanual des Kommunikations-TAnDems wird eine Gruppengröße von sechs bis zwölf Teilnehmern empfohlen (Haberstroh & Pantel, 2011c), die im Rahmen dieser Studie nicht erreicht werden konnte. Die Problematik der Teilnehmer-rekrutierung wurde bereits in vorigen Studien dargestellt (Bindel & Pantel, 2012; Mantovan et al., 2010), sodass die Unterstützung von Angehörigen beispielsweise mithilfe des Kommunikations-TAnDems erschwert ist. In diese Studie wurden ausschließlich Probanden einbezogen, die bereits im Demenzzentrum Trier e.V. integriert waren und somit schon Unterstützungsangebote nutzten. Viele pflegende Angehörige kommen nicht in Kontakt mit dieser Institution und können folglich nicht von dem Angebot profitieren. Zukünftig sollten Möglichkeiten entwickelt werden auch diese Angehörigen zu erreichen, z.B. über Kliniken oder Neurologen. Bezüglich der Geschlechterverteilung in der Stichprobe zeigte sich ein Ungleichgewicht durch die ausschließliche Teilnahme von Frauen. Dies repräsentiert zwar aktuelle Daten, dass mehr Frauen als Männer die Pflege eines Angehörigen übernehmen (Klaus & Tesch-Römer, 2016), schränkt jedoch die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf größere Angehörigengruppen ein.

Ein Vorteil der kleinen Stichprobe ist das schnell entwickelte Vertrauen untereinander, das zu einer emotionalen Offenheit beitrug. Dadurch war es für den Trainer möglich, intensiv auf individuelle Bedürfnisse einzugehen und die Sitzungen an die Bedürfnisse der Teilnehmenden anzupassen. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass besonders die Individualisierung der Interventionen zu größeren Wirksamkeitseffekten führt (Kurz & Witz, 2011; Mantovan et al., 2010). Des Weiteren empfehlen die Autoren des Kommunikations-TAnDems die Gründung einer Selbsthilfegruppe aus den bestehenden Mitgliedern, um den Austausch über die allgemeine häusliche Pflegesituation sowie über die erlernten Kommunikationsstrategien aufrecht zu erhalten und somit Langzeiteffekte zu ermöglichen (Haberstroh & Pantel, 2011c). Die Nachhaltigkeit des Trainings in dieser Studie wurde dahingehend unterstützt, dass sich die Teilnehmerinnen regelmäßig zu anderen Aktivitäten im Demenzzentrum sehen und sich dabei austauschen können. Außerdem war eine

Weiterführung der einmal wöchentlich stattfindenden Betreuung der Ehemänner mit Demenz geplant, sodass zukünftig regelmäßige Treffen möglich sind.

Ein weiterer beschränkender Faktor für die Interpretation der Ergebnisse ist das Studiendesign. Da die Studie im Rahmen einer Bachelorarbeit stattfand, war der Vergleich mit einer Kontrollgruppe nicht möglich. Außerdem können Studien, die psychosoziale Interventionen wie das Kommunikations-TAnDem evaluieren, nur schwer verblindet und randomisiert durchgeführt werden (Haberstroh & Pantel, 2011b). So geht einerseits aus bisheriger Forschung hervor, dass die Trainingsprogramme für pflegende Angehörige möglichst flexibel gestaltet und individuell auf die Bedürfnisse der Teilnehmer angepasst werden sollen (Mantovan et al., 2010). Andererseits ist die Effektivität bei standardisierten Programmen eindeutiger und wissenschaftlich fundierter nachzuweisen, da der Einfluss von Störfaktoren oder anderer Wirkfaktoren reduziert wird (Haberstroh & Pantel, 2011a). Dieser Problematik kann mit einer großen Stichprobe und dem Vergleich mit einer Kontrollgruppe entgegengewirkt werden, indem die methodischen Bedingungen optimiert werden.

In dieser Studie wurde gezielt ein Messinstrument zur Beurteilung der sprachlichen Aktivität des Menschen mit Demenz im Alltag ausgewählt, sodass der Einfluss der Angehörigen auf die kommunikative Interaktion in der Pflegesituation beurteilt werden konnte. Der Z-FAKA ist ein geeigneter Fragebogen um die Gesprächssituation zwischen dem Angehörigen und dem Menschen mit Demenz zu beurteilen (Steiner, 2008b/2010), jedoch ist besonders die Aussagekraft des Untertests C „Potenzial in der Schriftsprache des Partners“ für die Wirksamkeitsprüfung des Kommunikations-TAnDems zu hinterfragen. Schriftsprachliche Fähigkeiten werden in dem Training nicht thematisiert, daher zeigte sich bei beiden Probandinnen im Prätest-Posttest-Vergleich nur eine Steigerung der Punktzahl um einen Punkt. Es gilt außerdem zu beachten, dass die Einschätzung der kommunikativen Fähigkeiten indirekt erfolgt, d.h. durch den pflegenden Angehörigen. So kann zwar anhand normativ gesetzter Vergleichswerte die Verminderung der Aktivität und Kommunikation im Alltag beurteilt werden, allerdings nur durch die subjektive Bewertung der Bezugsperson. Eine zusätzliche objektive Erhebung der kommunikativen Fähigkeiten, beispielsweise durch die Beobachtung einer Gesprächssituation mithilfe der *Zürcher Checkliste für Alltagsdialoge (Z-CADA; Steiner, 2008a/2010)*, ist für

zukünftige Studien sinnvoll. Wie Williams et al. (2018) zeigten, ist zusätzlich die Integration von Videoanalysen denkbar. Mithilfe verschiedener Bewertungsinstrumente, die sich auf kommunikationsfördernde bzw. -hemmende Faktoren konzentrieren, ist eine objektive Bewertung durch unabhängige Beobachter möglich und könnte die Wirksamkeit des Kommunikations-TAnDems in Zukunft mit höherer Forschungsqualität nachweisen. Außerdem ist die Betrachtung von Langzeiteffekten für zukünftige Studien interessant, insbesondere die Frequenz der angewandten Kommunikationsstrategien und Auswirkungen auf die sprachlichen Fähigkeiten des Menschen mit Demenz beispielsweise ein Jahr nach Beendigung des Trainings.

Zusammenfassend sind bezüglich des Studiendesigns, der Probandenrekrutierung und der Auswahl der Messinstrumente in zukünftigen Studien Optimierungen möglich. Der Vergleich mit einer Kontrollgruppe, die entweder ein anderes Kommunikationstraining absolviert oder erst nach der Interventionsphase an dem Kommunikation-TAnDem teilnimmt, trifft eine fundiertere Aussage über die Wirksamkeit des Trainings. Durch den individuell unterschiedlichen Krankheitsverlauf der Demenz sind die kommunikativen Probleme sehr heterogen und folglich profitieren manche Angehörige mehr oder weniger von den Kommunikationsstrategien. Durch eine größere Stichprobe und eine gezieltere Formulierung der Ein- und Ausschlusskriterien, z.B. nach dem Schweregrad der Demenz, können diese Einflussfaktoren reduziert werden. Die Nutzung subjektiver Messinstrumente ist bei dieser Form des Trainings nicht gänzlich abzulehnen, sollte jedoch durch weitere objektive Verfahren und eine Messung der Langzeiteffekte erweitert werden.

## 6.2 Vor- und Nachteile des Kommunikations-TAnDems

Das Kommunikations-TAnDem enthält einige ressourcenfördernde Elemente, die u.a. von Mischke (2012) und Whitlatch & Orsulic-Jeras (2018) als wirksamkeitsfördernd für die Effekte eines Angehörigentrainings eingeschätzt wurden. Dazu zählt die Anregung zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten, der Aufbau von Kontakten zu anderen pflegenden Angehörigen und durch die Verbesserung der Kommunikation eine Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben (Haberstroh & Pantel, 2011c). Die Ressourcenorientierung ist in dem Training nicht nur in Bezug auf die Förderung der Fähigkeiten der Angehörigen sondern auch auf die sprachliche Symptomatik der Menschen mit Demenz erkennbar (Haberstroh & Pantel, 2011c). Wie in der Demenztherapie angebracht, fokussiert sich die Analyse von kommunikativen Einschränkungen auf die bestehenden Ressourcen (Schuster, 2016). Die Identifikation, Nutzung und Förderung bestehender kommunikativer Stärken unterstützt die logopädische Zielsetzung optimal (Haberstroh & Pantel, 2011c; Steiner, 2010). Der Patient wird im Sinne der ICF als Mensch betrachtet, dessen Krankheitsproblem von verschiedenen Faktoren abhängig ist. Die pflegenden Angehörigen gehören zu den Umweltfaktoren und können direkt auf die Aktivität und Partizipation des Menschen mit Demenz einwirken, indem sie durch gezielte Kompensations- und Adaptationsstrategien bestehende Defizite ausgleichen (ASHA, 2015).

Das Trainingskonzept erfüllt viele der beschriebenen Rahmenbedingungen zur Durchführung eines effektiven Angehörigentrainings, sodass psychische Belastungsfolgen seitens der Angehörigen reduziert bzw. verhindert werden können (Kurz & Wilz, 2011). Das hat ebenfalls aus gesundheitspolitischer Sicht positive Effekte, da eine Institutionalisierung der Menschen mit Demenz verzögert werden kann (Grass-Kapanke et al., 2008). Darüber hinaus sind die Kosten für die Trainingsdurchführung gering. Die zur Verfügung gestellten Materialien des Trainingsmanuals sind online mit dem beiliegenden Zugangscode verfügbar und insgesamt entstehen wenig Materialkosten. Durch den Trainer als Multiplikator können die theoretischen Inhalte und psychologischen Elemente schnell und kostengünstig verbreitet und den pflegenden Angehörigen zugänglich gemacht werden.



Ein Nachteil des Kommunikations-TAnDems ist die Fokussierung des Konzepts auf eine Zielgruppe, die entweder aus pflegenden Angehörigen oder professionellen Pflegekräfte besteht (Haberstroh & Pantel, 2011c). Für eine optimale Betreuung der Menschen mit Demenz ist jedoch eine Kooperation zwischen pflegenden Angehörigen, professionell und ehrenamtlich tätigen Pflegenden erforderlich (Haberstroh, Ehret, Kruse, Schröder, & Pantel, 2008).

Des Weiteren sind die Ein- und Ausschlusskriterien für die Trainingsteilnahme kritisch zu hinterfragen. Es wird eine möglichst große Diversität der Gruppe vorgeschlagen, damit die Teilnehmer unterschiedliche Erfahrungen und Strategien austauschen können (Haberstroh & Pantel, 2011c). Aufgrund der individuell unterschiedlichen Pflegesituationen besteht ebenso die Gefahr, dass manche Inhalte von den Angehörigen als nutzlos eingeschätzt werden und somit die Motivation zur Teilnahme an Unterstützungsangeboten reduziert wird. Dieser Effekt sollte an einer größeren Stichprobe untersucht und das Training ggf. angepasst werden.

Mantovan et al. (2010) begründen frühe Drop-Outs bei Angehörigentrainings mit der fehlenden aktiven Teilnahme am Entlastungsprozess und damit, dass Effekte nicht unmittelbar erkennbar sind. Zwar ist im Kommunikations-TAnDem die aktive Teilnahme gegeben, jedoch sind kommunikative Veränderungen erst im Verlauf des Trainings und nur bei aktiver Anwendung der Strategien durch die Teilnehmenden erkennbar. Den pflegenden Angehörigen ist der Bedarf an Unterstützungsangeboten häufig erst dann bewusst, wenn bereits negative Belastungsfolgen auftreten (Bindel & Pantel, 2012). Mit Transparenz und Information bezüglich der Risiken für pflegende Angehörige, des spezifischen Trainingsaufbaus und zu erwartender Effekte auch auf den Menschen mit Demenz könnte diesen Problemen entgegengewirkt werden.

### 6.3 Zukünftige Umsetzungsmöglichkeiten des Kommunikations-TAnDems

Um eine optimale Patientenversorgung zu ermöglichen, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich, die im Rahmen von gemeinsamen Fortbildungen bzw. Unterstützungsangeboten angebahnt werden kann (Haberstroh et al., 2008). Besonders multimodale Interventionen führen zu einer Verzögerung der Institutionalisierung bei gleichzeitiger Reduktion für die Demenz typischer Verhaltensweisen (Mantovan et al., 2010). Eine Verknüpfung des Kommunikations-TAnDems mit anderen Unterstützungsangeboten wie z.B. *THELIA (Thematische Lebenswegbegleitung im Alter und bei Demenz; Institut für Gerontologie, 2009)* bietet nicht nur eine Steigerung der inhaltlichen Wissensvermittlung, sondern neben zielgruppenspezifischen auch zielgruppenübergreifende Elemente (Haberstroh et al., 2008). In dem Projekt *QUADEM (Qualifizierungsmaßnahmen zur Steigerung der Lebensqualität demenzkranker Menschen über eine Förderung der Kommunikation und Kooperation in der ambulanten Altenpflege; Haberstroh et al., 2008)* wurden diese Unterstützungsangebote erstmals miteinander verbunden und je nach Zielgruppe sind darüber hinaus andere Kombinationen denkbar.

Da viele Unterstützungsangebote von pflegenden Angehörige nicht angenommen werden (Bindel & Pantel, 2012) und in dieser Studie ebenso eine geringe Teilnehmerzahl zu verzeichnen ist, sollten alternative Umsetzungsmöglichkeiten des Kommunikations-TAnDems entwickelt werden.

Haberstroh et al. (2011) stellten beispielsweise fest, dass das Prinzip des Tagebuchs, abgesehen von der Funktion als Messinstrument, zur Förderung der Reflexionsfähigkeit beitragen kann. Die pflegenden Angehörigen führen während des Trainings täglich Tagebuch über Kommunikationssituationen und kommunikative Hemmnisse bzw. Förderfaktoren (Haberstroh et al., 2011). Durch das schriftliche Ausformulieren und die gleichzeitige Reflexion bestimmter kommunikativer Situationen könnte in den darauffolgenden Sitzungen des Kommunikations-TAnDems gezielt auf individuelle Probleme eingegangen werden und die Entwicklung optimierter Strategien erfolgen. Im Hinblick auf den großen Betreuungsaufwand ist somit eine alltägliche Auseinandersetzung mit den Kommunikationsstrategien gewährleistet und die Angehörigen lernen, diese langfristig in den Alltag zu integrieren.

Eine weitere Möglichkeit ist die Erweiterung des Kommunikations-TAnDems um telefonische Einheiten. In der Angehörigenunterstützung gibt es bereits verschiedene Ansätze Telefongespräche beratend oder therapeutisch einzusetzen (Berwig et al., 2017; Lins et al., 2014; Wilz, Reder, Meichsner, & Soellner, 2018). Die Wirksamkeit dieser Verfahren zur Beratung konnte noch nicht eindeutig nachgewiesen werden, doch bisherige Studien deuten auf positive Effekte bezüglich des Belastungsempfindens der pflegenden Angehörigen hin (Lins et al., 2014). In der kognitiven Verhaltenstherapie konnte anhand einer telefonischen Therapie für Angehörige von Menschen mit Demenz nachgewiesen werden, dass u.a. die Lebensqualität und die Anwendung von Bewältigungsstrategien im selben Ausmaß wie durch die direkte Face-to-Face-Therapie gesteigert wurden (Wilz et al., 2018). Das Kommunikations-TAnDem könnte beispielsweise durch persönliche Telefongespräche mit dem Trainer ergänzt werden, in denen die gemeinsame Erarbeitung kommunikativer Strategien möglich ist. Zudem sind Telefonkonferenzen mit den anderen Mitgliedern umsetzbar, um Erfahrungen auszutauschen und somit zeitliche und örtliche Barrieren zu reduzieren. Die Wissensvermittlung scheint zwar über telefonische Gespräche erschwert, jedoch ist hierfür die Entwicklung von Trainingsbüchern denkbar. Außerdem könnte eine DVD-gestützte Wissensvermittlung genutzt werden, um die Inhalte anschaulich darzustellen, wie eine Studie von Broughton et al. (2011) zeigte. Statt persönlicher Trainings wurden Unterstützungsstrategien für Gedächtnis und Kommunikation über ein DVD-basiertes Training vermittelt und die Probanden zeigten ebenfalls eine Steigerung des Wissens in diesem Bereich (Broughton et al., 2011). Zwar ist der Aufwand für die Entwicklung eines solchen Programmes sehr hoch, hingegen könnten mehr Angehörige und andere Zielgruppen, die mit den Menschen mit Demenz in Kontakt sind, erreicht und in Kombination mit anderen Modalitäten unterstützt werden.

In Zukunft ist es außerdem sinnvoll, das Internet in die Angehörigenunterstützung mit einzubeziehen. Dieses ermöglicht durch verschiedene Modelle die Steigerung der sozialen Unterstützung innerhalb einer Gruppe und die Förderung der positiven Interaktion und Offenheit (Dam, Boxtel, Rozendaal, Verhey & Vugt, 2017). Dabei sind besonders Konzepte zu nennen, die verschiedene Komponenten wie die Informationsvermittlung, den Austausch von angepassten Pflegestrategien und den Kontakt mit anderen Betroffenen miteinander verknüpfen (Boots, Vugt, Knippenberg, Kempen & Verhey, 2014). Durch diese Angebote ist

eine Verbesserung der Selbstwirksamkeit und des Selbstvertrauens bei gleichzeitiger Reduktion von Stress, Belastungsempfinden und depressiven Symptomen erkennbar (Boots et al., 2014). Allerdings sind diese noch in der Entwicklungsphase, wie eine Studie zu der Social Media Plattform *Inlife* zeigte (Dam et al., 2017). Den Mitgliedern wurde über diese Plattform die Möglichkeit zur sozialen Unterstützung, Interaktion und Informationen über Demenz bereitgestellt (Dam et al., 2017). Obwohl die Aktivität der Studienteilnehmer in der Plattform relativ gering war, bewerteten sie diese als hilfreich und gut realisierbar (Dam et al., 2017). Die Flexibilität bei gleichzeitiger Anonymität ermöglichte es den Mitgliedern, sich offen über die Pflegesituation auszutauschen, obwohl auch Probleme wie technische Voraussetzungen, Zeitmangel und teilweise fehlende Rückmeldung angegeben wurden (Dam et al., 2017). Ebenso könnte das Kommunikations-TAnDem zu einer internetbasierte Form erweitert werden, sodass die theoretischen Inhalte beispielsweise in Kurzvideos erklärt werden und ein anschließender Austausch der Teilnehmer über einen Chat erfolgt. Dementsprechend könnten zeitliche und örtliche Barrieren überwunden werden und somit die Motivation zur Teilnahme seitens der pflegenden Angehörigen ansteigen. Während die pflegenden Angehörigen diese Angebote nutzen, müssten die Menschen mit Demenz keine Betreuung durch andere in Anspruch nehmen. Dies reduziert zwar den organisatorischen Aufwand, jedoch fällt damit gleichzeitig die von den Angehörigen oft als erleichternd beschriebene Auszeit von der Pflegesituation weg. Des Weiteren ist über das Internet die Einbeziehung eines Experten oder eines Vertreters einer Organisation möglich, sodass direkt Kontakte geknüpft werden können. Das Kommunikations-TAnDem bleibt somit individuell anpassbar bei gleichzeitiger Optimierung der Rahmenbedingungen. Trotzdem gilt es zu bedenken, dass der persönliche Kontakt fehlt bzw. reduziert wird und Missverständnisse infolge der ausschließlich schriftlichen Kommunikation auftreten können.

Technologiegestützte Beratungselemente können ebenfalls in Form der Virtual-Reality-Technologie genutzt werden, um den pflegenden Angehörigen einen Einblick in die Wahrnehmung des Menschen mit Demenz zu ermöglichen (Wijma, Veerbeek, Prins, Pot & Willemse, 2017). Somit steigt nicht nur das Verständnis für bestimmte Verhaltensweisen, sondern auch die Sicherheit in der Durchführung versorgender Tätigkeiten und das Stattfinden von positiver Interaktion (Wijma et al., 2017). In einer Studie von Wijma et al. (2017) zeigten die Probanden nach

einer 13-minütigen 360°-Simulation alltäglicher Situationen, in der ihnen Gedanken und Gefühle sowie die Wahrnehmung des Menschen mit Demenz verdeutlicht wurden, eine gesteigerte Empathie gegenüber ihrer Angehörigen mit Demenz. Ein solches Verfahren ist ergänzend auch für das Kommunikations-TAnDem denkbar, indem kurze Gesprächseinheiten simuliert werden. Den Angehörigen werden kommunikative Defizite und Stärken des Menschen mit Demenz verdeutlicht und somit eine bessere Grundlage für die Entwicklung individueller Kommunikationsstrategien geschaffen. Die Interventionseinheiten sind zeitlich begrenzt und könnten webbasiert (Wijma et al., 2017) oder persönlich reflektiert werden. Demgegenüber stehen die hohen Kosten und die aufwendige Entwicklung für die Umsetzung einer Virtual-Reality-Technologie.

Eine Erweiterung des Kommunikations-TAnDems ist in viele verschiedene Richtungen denkbar, daher sollten die unterschiedlichen Umsetzungsformen in zukünftigen Studien evaluiert werden, um eine optimale Versorgung der Menschen mit Demenz und deren Angehörigen gewährleisten zu können.

## 7. Fazit

Die Demenz nimmt infolge des demografischen Wandels einen immer größeren Stellenwert im logopädischen Arbeitsfeld ein (ASHA, 2017). Aufgrund der progredienten Symptomatik, die primär höhere kortikale Funktionen betrifft (DIMDI, 2017), treten im Verlauf der Demenz auch verschiedene sprachliche und kommunikative Symptome auf (Knels, 2018). Diese wirken sich u.a. auf die Kommunikation und Interaktion mit den Angehörigen aus, die meist die Pflege übernehmen (Grass-Kapanke et al., 2008). Der pflegende Angehörige ist über lange Zeit großen Belastungen ausgesetzt (Kurz & Wilz, 2011), denen mit gezielten Unterstützungsangeboten entgegengewirkt werden sollte (Bindel & Pantel, 2012). Die Aufgabe der Logopädie besteht im Bereich der Demenztherapie somit nicht nur in der patientenzentrierten Einzeltherapie, sondern auch in der Beratung der pflegenden Angehörigen (Steiner, 2010). Außerdem liegt in der Schulung der pflegenden Angehörigen ein großes Potenzial bezüglich der Auswirkungen auf die sprachliche Aktivität und Partizipation am sozialen Leben des Menschen mit Demenz (Haberstroh et al., 2011). Das Kommunikations-TAnDem ist ein geeignetes psychoedukatives Training um die Belastung der pflegenden Angehörigen zu reduzieren und gleichzeitig die Lebensqualität der Menschen mit Demenz zu verbessern (Haberstroh et al., 2011; Haberstroh et al., 2006).

Im Rahmen dieser Studie wurden die Effekte des Kommunikations-TAnDems auf die Aktivität und Kommunikation des Menschen mit Demenz anhand des Fragebogens Z-FAKA untersucht. Die Ergebnisse zeigen zwar eine geringe Steigerung der Punktzahl im Z-FAKA, jedoch sind diese aufgrund der methodischen Schwächen und der geringen Probandenzahl nicht repräsentativ.

Der Auftrag an die Logopädie ist daher die zukünftige wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Wirksamkeit von Therapie- und Beratungsmethoden bei Demenz. Folglich kann eine Implementierung der Logopädie in der evidenzbasierten Demenztherapie erfolgen und die Rolle der kommunikativen Kompetenzen und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen und der Angehörigen verdeutlicht werden. Die Schulung und Beratung von pflegenden Angehörigen nimmt besonders bei diesem Störungsbild eine bedeutende Rolle ein und sollte im Sinne der ICF weiter untersucht werden.

## Literaturverzeichnis

- Abdollahpour, I., Nedjat, S. & Salimi, Y. (2018). Positive Aspects of Caregiving and Caregiver Burden: A Study of Caregivers of Patients With Dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 31(1), 34–38. DOI: 10.1177/0891988717743590.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2018). Dementia. [Online] unter: <https://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Dementia/>, [20.07.18].
- American Speech-Language-Hearing Association. (2015). Person-Centered Focus on Function: Dementia. [Online] unter: <https://www.asha.org/uploadedFiles/ICF-Dementia.pdf>, [20.07.18].
- American Speech-Language-Hearing Association. (2017). SLP Health Care Survey 2017: Caseload Characteristics. [Online] unter: <https://www.asha.org/uploadedFiles/2017-SLP-Health-Care-Survey-Caseload-Characteristics.pdf>, [20.07.18].
- Badarunisa, M. B., Sebastian, D., Rangasayee, R. R. & Kala, B. (2016). ICF-Based Analysis of Communication Disorders in Dementia of Alzheimer's Type. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 5(3), 459–469. DOI: 10.1159/000441183.
- Berwig, M., Dichter, M. N., Albers, B., Wermke, K., Trutschel, D., Seismann-Petersen, S. & Halek, M. (2017). Feasibility and effectiveness of a telephone-based social support intervention for informal caregivers of people with dementia: Study protocol of the TALKING TIME project. *BMC Health Services Research*, 17(1), 280. DOI: 10.1186/s12913-017-2231-2.
- Bindel, K. & Pantel, J. (2012). *InA: Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten für versorgende Angehörige von Menschen mit Demenz* (Psychosoziale Interventionen zur Prävention und Therapie der Demenz: Vol. 8). Berlin: Logos.
- Boots, L. M. M., Vugt, M. E. de, Knippenberg, R. J. M. van, Kempen, G. I. J. M. & Verhey, F. R. J. (2014). A systematic review of Internet-based supportive interventions for caregivers of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(4), 331–344. DOI: 10.1002/gps.4016.

- Broughton, M., Smith, E. R., Baker, R., Angwin, A. J., Pachana, N. A., Copland, D. A., ... & Chenery, H. J. (2011). Evaluation of a caregiver education program to support memory and communication in dementia: A controlled pretest-posttest study with nursing home staff. *International Journal of Nursing Studies*, 48(11), 1436–1444. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.05.007.
- Chiao, C.-Y., Wu, H.-S. & Hsiao, C.-Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Review*, 62(3), 340–350. DOI: 10.1111/inr.12194.
- Clarkson, P., Hughes, J., Xie, C., Larbey, M., Roe, B., Giebel, C. M., ... & Challis, D. (2017). Overview of systematic reviews: Effective home support in dementia care, components and impacts - Stage 1, psychosocial interventions for dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 2845–2863. DOI: 10.1111/jan.13362.
- Dam, A. E. H., Boxtel, M.P.J. van, Rozendaal, N., Verhey, F. R. J. & Vugt, M. E. de. (2017). Development and feasibility of Inlife: A pilot study of an online social support intervention for informal caregivers of people with dementia. *PLOS ONE*, 12(9), e0183386. DOI: 10.1371/journal.pone.0183386.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2016). Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen: Informationsblatt 1. [Online] unter: [https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1\\_haeufigkeit\\_demenzerkrankungen\\_dalzg.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf), [20.07.18].
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2016). S3-Leitlinie "Demenzen": Langversion-Januar 2016. [Online] unter: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-013\\_S3-Demenzen-2016-07.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013_S3-Demenzen-2016-07.pdf), [20.07.18].
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2017). Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99): Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09). [Online] unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f00-f09.htm>, [20.07.18].



- Egan, M., Bérubé, D., Racine, G., Leonard, C. & Rochon, E. (2010). Methods to Enhance Verbal Communication between Individuals with Alzheimer's Disease and Their Formal and Informal Caregivers: A Systematic Review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2010(6), 1-12. DOI: 10.4061/2010/906818.
- Eggenberger, E., Heimerl, K. & Bennett, M. I. (2013). Communication skills training in dementia care: A systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 345–358. DOI: 10.1017/S1041610212001664.
- Engel, S. & Reiter-Jaeschke, A. (2015). Überprüfung der Wirksamkeit von „EduKationDemenz“, einem psychoedukativen Schulungsprogramm für Angehörige Demenzerkrankter: Abschlussbericht. [Online] unter: <http://schulung-demenz.de/html/img/pool/ueberpruefung-der-wirksamkeit-von-EduKationDemenz.pdf>, [20.07.18].
- Gräßel, E. (2001). *Häusliche Pflege-Skala HPS: Zur Erfassung der subjektiven Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen* (2. Aufl.). Ebersberg: Vless.
- Grass-Kapanke, B., Kunczik, T. & Gutzmann, H. (2008). *Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor – DIAS* (Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie [DGGPP]: Bd. 7). Wiehl: DGGPP.
- Grün, H. D. (2015) Aus der Praxis für die Praxis: Logopädische Behandlung demenzbedingter Sprachstörungen. [Schwerpunktthema: Aus der Praxis für die Praxis 2] *Sprachtherapie aktuell*, e2015-02. DOI: 10.14620/stadbs150902.
- Gutzmann, H. (2008). Sprache und Demenzerkrankungen. *Forum Logopädie*, 21(6), 6–13.

- Haberstroh, J., Ehret, S., Kruse, A., Schröder, J., & Pantel, J. (2008). Qualifizierungsmaßnahmen zur Steigerung der Lebensqualität demenzkranker Menschen über eine Förderung der Kommunikation und Kooperation in der ambulanten Altenpflege (Quadem). *Zeitschrift Für Gerontopsychologie & -Psychiatrie*, 21(3), 191–197. DOI: 10.1024/1011-6877.21.3.191.
- Haberstroh, J., Neumeyer, K., Krause, K., Franzmann, J. & Pantel, J. (2011). TANDEM: Communication training for informal caregivers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 15(3), 405–413. DOI: 10.1080/13607863.2010.536135.
- Haberstroh, J., Neumeyer, K., & Pantel, J. (2009). Kommunikations-TAnDem: Kommunikations-Training für Angehörige von Demenzkranken. *Forum Logopädie*, 23(5), 12–17.
- Haberstroh, J., Neumeyer, K., Schmitz, B., Perels, F., & Pantel, J. (2006). Kommunikations-TAnDem: Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Kommunikations-Trainings für pflegende Angehörige von Demenzpatienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(5), 358–364. DOI: 10.1007/s00391-006-0381-7.
- Haberstroh, J. & Pantel, J. (2011a). Einbezug der Pflegepersonen als psychosoziale Intervention. In J. Haberstroh & J. Pantel (Hrsg.), *Demenz psychosozial behandeln: Psychosoziale Interventionen bei Demenz in Praxis und Forschung* (S. 151–153). Heidelberg: AKA.
- Haberstroh, J. & Pantel, J. (2011b). Evaluation psychosozialer Interventionen. In J. Haberstroh & J. Pantel (Hrsg.), *Demenz psychosozial behandeln: Psychosoziale Interventionen bei Demenz in Praxis und Forschung* (S. 335–336). Heidelberg: AKA.
- Haberstroh, J. & Pantel, J. (2011c). *Kommunikation bei Demenz – TANDEM Trainingsmanual*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Haberstroh, J. & Pantel, J. (Hrsg.) (2011). *Demenz psychosozial behandeln: Psychosoziale Interventionen bei Demenz in Praxis und Forschung*. Heidelberg: AKA.

- Heidler, M.-D. (2007). "Kognitive Dysphasien" - Klassifikation, Diagnostik und Therapie nichtaphasischer zentraler Sprachstörungen. *Forum Logopädie*, 21(1), 20–27.
- Heidler, M.-D. (2015). *Demenz: Einteilung, Diagnostik und therapeutisches Management*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Heilmittel-Richtlinie und Heilmittel-Katalog* (2017): Mit ICD-10 Zuordnungen, besonderen Verordnungsbedarfen und Diagnosen für langfristigen Heilmittelbedarf : physikalische Therapie, podologische Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie (Deutsche Originalausgabe, 11. Auflage). Schwentinal: Buchner.
- Institut für Gerontologie (2009). Projekt THELIA. [Online] unter: <https://www.gero.uni-heidelberg.de/forschung/thelia.html>, [20.07.18].
- Klaus, D. & Tesch-Römer, C. (2016). Pflege und Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen: Welchen Beitrag leisten Personen in der zweiten Lebenshälfte für andere? In K. Mahne, J. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutsche Alterssurvey (DEAS)* (S. 191–207). Wiesbaden: Springer.
- Knels, C. (2018). Demenzformen und ihre Auswirkungen auf Sprache und Kommunikation. In C. Knels (Hrsg.). *Sprache und Ernährung bei Demenz: Klinik, Diagnostik und Therapie* (S. 32–64). Stuttgart: Thieme.
- Knels, C. (Hrsg.) (2018). *Sprache und Ernährung bei Demenz: Klinik, Diagnostik und Therapie*. Stuttgart: Thieme.
- Kuo, L.-M., Huang, H.-L., Liang, J., Kwok, Y.-T., Hsu, W.-C., Su, P.-L. & Shyu, Y.-I. L. (2017). A randomized controlled trial of a home-based training programme to decrease depression in family caregivers of persons with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 73(3), 585–598. DOI: 10.1111/jan.13157.
- Kurz, A. & Wilz, G. (2011). Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz: Entstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten. *Der Nervenarzt*, 82(3), 336–342. DOI: 10.1007/s00115-010-3108-3.

- Lins, S., Hayder-Beichel, D., Rücker, G., Motschall, E., Antes, G., Meyer, G. & Langer, G. (2014). Efficacy and experiences of telephone counselling for informal carers of people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 48(3), 173. DOI: 10.1002/14651858.CD009126.pub2.
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M. & Teri, L. (1999). Quality of Life in Alzheimer's Disease: Patient and Caregiver Reports. *Journal of Mental Health and Aging*, 5(1), 21–32.
- Mahne, K., Wolff, J., Simonson, J. & Tesch-Römer, C. (Hrsg.) (2016). *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutsche Alterssurvey (DEAS)*. Wiesbaden: Springer.
- Mantovan, F., Ausserhofer, D., Huber, M., Schulc, E. & Them, C. (2010). Interventionen und deren Effekte auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz – Eine systematische Literaturübersicht. *Pflege*, 23(4), 223–239. DOI: 10.1024/1012-5302/a000050.
- Mischke, C. (2012). Ressourcen pflegender Angehöriger - eine Forschungslücke? Gesundheitssoziologische und empirische Annäherung an ein bislang vernachlässigtes Forschungsfeld. *Pflege*, 25(3), 163–174. DOI: 10.1024/1012-5302/a000199.
- Neumeyer, K. (2012). *Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Trainings für versorgende Angehörige von Menschen mit Demenz zur Verbesserung der Lebenssituation der Angehörigen und des erkrankten Familienmitglieds* (Dissertation). Technische Universität Darmstadt, Psychosoziale Interventionen zur Prävention und Therapie der Demenz: Vol. 6. Berlin: Logos.
- Schuster, P. (2016). Logopädie im Arbeitsfeld Demenz: Herausforderungen und Chancen - Aufgaben und Kompetenzen. *Forum Logopädie*, 30(5), 12–17.
- Statistisches Bundesamt (2018). Pflegebedürftige: Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegestufe 2015. [Online] unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Tabellen/PflegebeduerftigePflegestufe.html>, [20.07.18].

- Steiner, J. (2008a/2010). Z-DD Zürcher Demenz Diagnostik: Z-CADA. [Online] unter: [https://www.hfh.ch/fileadmin/files/documents/Dokumente\\_Expertenwissenonline/Sprache\\_und\\_Demenz/Z-CADA\\_dialogbeobachtung\\_062018\\_str\\_nb.pdf](https://www.hfh.ch/fileadmin/files/documents/Dokumente_Expertenwissenonline/Sprache_und_Demenz/Z-CADA_dialogbeobachtung_062018_str_nb.pdf), [20-07.18].
- Steiner, J. (2008b/2010). Z-DD Zürcher Demenz Diagnostik: Z-FAKA. [Online] unter: <http://www.aphasie.org/de/3-fachpersonen/3.3-frageboegen/fragebogen-7-z-faka.pdf>, [20.07.18].
- Steiner, J. (2010). *Sprachtherapie bei Demenz: Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Steiner, J. & Haag, F. (2012). Demenzerkrankungen: Auftrag an die Logopädie. *Sprache Stimme Gehör*, 36(03), e60-e64. DOI: 10.1055/s-0032-1321741.
- Swan, K., Hopper, M., Wenke, R., Jackson, C., Till, T. & Conway, E. (2018). Speech-Language Pathologist Interventions for Communication in Moderate-Severe Dementia: A Systematic Review. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(2), 1–17. DOI: 10.1044/2017\_AJSLP-17-0043.
- Whitlatch, C. J. & Orsulic-Jeras, S. (2018). Meeting the Informational, Educational, and Psychosocial Support Needs of Persons Living With Dementia and Their Family Caregivers. *The Gerontologist*, 58(S1), S58-S73. DOI: 10.1093/geront/gnx162.
- Wijma, E. M., Veerbeek, M. A., Prins, M., Pot, A. M. & Willemse, B. M. (2017). A virtual reality intervention to improve the understanding and empathy for people with dementia in informal caregivers: results of a pilot study. *Aging & Mental Health*, 8(1), 1–9. DOI: 10.1080/13607863.2017.1348470.
- Williams, C. L., Newman, D. & Hammar, L. M. (2018). Preliminary study of a communication intervention for family caregivers and spouses with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(2), e343-e349. DOI: 10.1002/gps.4816.
- Wilz, G., Reder, M., Meichsner, F. & Soellner, R. (2018). The Tele.TAnDem Intervention: Telephone-based CBT for Family Caregivers of People With Dementia. *The Gerontologist*, 58(2), e118-e129. DOI: 10.1093/geront/gnx183.

World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2017). Dementia. [Online] unter: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>, [20.07.18].

## Abkürzungsverzeichnis

ASHA	American Speech-Language-Hearing Association
DAIzG	Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Destatis	Statistisches Bundesamt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Version 10
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
Kommunikations-TAnDem	Kommunikationstraining für Angehörige von Demenzpatienten
MmD	Mensch mit Demenz
Quadem	Qualifizierungsmaßnahmen zur Steigerung der Lebensqualität demenzkranker Menschen über eine Förderung der Kommunikation und Kooperation in der ambulanten Altenpflege
THELIA	Thematische Lebenswegbegleitung im Alter und bei Demenz
WHO	World Health Organization

Z-CADA

Zürcher Checkliste für Alltagsdialoge

Z-FAKA

Zürcher Fragebogen zur Aktivität und  
Kommunikation im Alltag



## Anhang A: Probandeninformation

### Information für Teilnehmende für die Studie

#### ***Kommunikations-TAnDem bei pflegenden Angehörigen Auswirkungen auf die Kommunikation und Aktivität der Patienten mit Demenz im Alltag***

#### **zur Vorbereitung der mündlichen Aufklärung durch den Untersucher<sup>1</sup>**

Sehr geehrte Studieninteressierte,

wir möchten Ihnen anbieten, an einer Studie im Bereich der Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluckwissenschaften teilzunehmen. Diese Information dient dazu, Ihnen die Ziele und Hintergründe dieser Studie zu erläutern und Sie über verwendete Methoden zu informieren.

Der nachfolgende Text soll Ihnen die Ziele und den Ablauf der Studie erläutern. Anschließend wird der Untersucher das Aufklärungsgespräch mit Ihnen führen. Bitte zögern Sie nicht, alle Punkte anzusprechen, die Ihnen unklar sind. Sie werden danach ausreichend Bedenkzeit erhalten, um über Ihre Teilnahme zu entscheiden.

#### **1. Von wem wird die Studie finanziert und organisiert?**

Die Studie, die wir Ihnen hier vorstellen, wurde von der dbSEthikkommission zustimmend bewertet (wird unter Aktenzeichen: #18-TEMP807068-KA-gesE geführt). Diese Studie wird im Demenzzentrum e.V. Trier durchgeführt; es sollen insgesamt 6 bis 12 Personen daran teilnehmen. Die Studie findet im Rahmen einer Abschlussarbeit des Studiengangs Logopädie (B.Sc.) an der Hochschule Trier statt.

#### **2. Warum wird diese Studie durchgeführt?**

##### Hintergrund

Bei der Demenz kommt es neben kognitiven auch zu kommunikativen Einschränkungen, die die Lebensqualität des Demenzpatienten negativ beeinflussen können. In die Behandlung von Demenzpatienten hat die Beratung von pflegenden Angehörigen auch in Bezug auf die Kommunikation einen hohen Stellenwert. Zum Einen, da die Belastung eines pflegenden Angehörigen sehr groß ist und zum Anderen, aufgrund des direkten Kontakts zum Betroffenen. Denn somit hat der Angehörige die Möglichkeit, die Kommunikationsstrukturen und die Lebensqualität des Demenzpatienten positiv zu beeinflussen. Speziell dafür wurde das Kommunikations-TAnDem (Kommunikationstraining für pflegende Angehörige von Demenzpatienten nach Haberstroh und Pantel) entwickelt (Haberstroh & Pantel, 2011).

##### Zielsetzung

Ziel des Kommunikations-TAnDems ist die Förderung der Kommunikationskompetenzen pflegender Angehöriger von Demenzpatienten. Es geht dabei nicht nur um das Erlangen von Informationen über Kommunikation, sondern auch um den gemeinsamen Expertenaustausch in der Gruppe. Die kommunikativen Stärken und Schwächen eines Demenzpatienten können somit herausgearbeitet und die Kommunikationsstrategien angepasst werden.

---

<sup>1</sup> Die Personenbezeichnungen erfolgen zur besseren Lesbarkeit in der generischen (grammatisch männlichen) Form, womit keinerlei Aussagen über das natürliche Geschlecht dieser Personen getroffen werden.

### 3. Wie ist der Ablauf der Studie und was muss ich bei Teilnahme beachten?

#### Ablauf

Sie nehmen gemeinsam mit bis zu elf weiteren Teilnehmern einmal wöchentlich an einem Kommunikationstraining im Demenzzentrum e.V. Trier teil. Vor Beginn des Trainings und nach Beendigung des Trainings füllen Sie einen Fragebogen aus, der die sprachliche Aktivität Ihres demenzkranken Angehörigen erfasst. Es besteht jederzeit die Möglichkeit, individuelle Anregungen und Probleme in das Training einzubringen, die dann gemeinsam bearbeitet werden. In jeder Sitzung erhalten Sie ein Handout, sodass Sie die Inhalte im Alltag besser anwenden können.

#### Dauer der Untersuchung insgesamt

Das Training ist für 6 Sitzungen à 90 bis 120 Minuten konzipiert, die einmal wöchentlich stattfinden. Dies ist für den Zeitraum 14.05. – 25.06.18 geplant. Der Fragebogen ist in höchstens 15 Minuten auszufüllen.

#### Nennung Methoden

Es findet die Durchführung des Kommunikations-TAnDems (Haberstroh und Pantel, 2011) statt. Die Vor- und Nachmessung erfolgt durch den Einsatz des standardisierten Fragebogens „Zürcher Fragebogen zur Aktivität und Kommunikation im Alltag“ (Z-FAKA ;Steiner, 2010)

Besonderheiten: Keine.

### 4. Wie funktionieren die Untersuchungsmethoden, und was sind ihre Risiken?

Das Kommunikations-TAnDem wird entsprechend der standardisierten Anleitung und mithilfe der bereitgestellten Power Point Präsentationen, Handouts und Sequenzplänen durchgeführt (Haberstroh & Pantel, 2011). In Tabelle 1 sind die Module und die dazugehörigen Sitzungen dargestellt.

<b>Modul</b>	<b>Sitzung (je 90-120 Minuten)</b>
TAnDem, wir fahren los!	1. Kennenlernen
Demenz betrifft uns alle	2. Und was ist Demenz?
	3. Für sich selbst sorgen
Kommunikation mit demenzkranken Menschen	4. Mensch mit Demenz als Sender
	5. Mensch mit Demenz als Empfänger
Kommunikation und Kooperation mit Pflegekräften	6. Kommunikation und Kooperation mit Pflegekräften

Tabelle 1: Modulplan des Kommunikations-TAnDems (Haberstroh & Pantel, 2011)

Durch eine schriftliche Befragung, die Sie ausfüllen, sollen Art und Umfang der laut- und schriftsprachlichen Aktivitäten im Alltag Ihres Angehörigen mit Demenz erhoben werden). Der Z-FAKA (Steiner, 2008/2010) besteht aus vier Teilen:

- A. Gespräche in vertrauten Zusammenhängen im Vergleich zu früher
- B. Kommunikativer Kontakt und Verantwortung in Gesprächen des Partners im Vergleich zu früher
- C. Potenzial in der Schriftsprache des Partners
- D. Einschätzung des kommunikativen Potenzials

Die Gesamtpunktzahl der Teile A, B und C kann zur Einschätzung der Minderung alltäglicher Kommunikationsfähigkeiten dienen (Steiner, 2008/2010).

Sowohl bei der Durchführung des TAnDems als auch beim Z-FAKA sind keine außergewöhnlichen Risiken zu erwarten.

Wenn Sie durch die Teilnahme an der Studie eine besondere Belastung psychischer oder physischer Natur feststellen, informieren Sie bitte umgehend den Untersucher. Dieser wird dann gegebenenfalls geeignete Maßnahmen veranlassen.

## 5. Welchen persönlichen Nutzen habe ich von der Teilnahme an der Studie?

Sie werden durch die Teilnahme an dieser Studie voraussichtlich einen persönlichen Nutzen haben, der sich vor allem in der Stärkung Ihrer Kommunikationskompetenzen zeigen kann. Im Verlauf des Trainings lernen Sie nicht nur die Kommunikation mit dem Menschen mit Demenz zu verbessern, sondern auch mit Pflegekräften oder Ärzten. So können Sie zunächst kommunikative Stärken und Schwächen Ihres demenzkranken Angehörigen herausarbeiten und im nächsten Schritt diese nutzen, um die Kommunikation miteinander zu verbessern bzw. zu ermöglichen. Ziel ist dabei, Ihre Lebensqualität und die Ihres Angehörigen zu verbessern.

Als pflegender Angehöriger eines Menschen mit Demenz sind Sie großen Belastungen ausgesetzt, die besonders durch ein individuelles und intensives Training verringert werden können. Durch eine Förderung der Problemlösefertigkeiten und den Bezug auf Ihre spezifische Situation im Alltag, können Sie nachhaltig von dem Training profitieren (Kurz, 2011).

Sie werden durch die Teilnahme an dieser Studie voraussichtlich keinen persönlichen Gesundheitsnutzen haben.

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich nicht um eine Untersuchung mit diagnostischer Fragestellung.

Sollten mögliche behandlungsbedürftige Auffälligkeiten im Rahmen der Studie erkannt werden, bin ich damit einverstanden, dass mir diese mitgeteilt werden, so dass ich diese ggf. weiter abklären lassen kann.

Der Untersucher wird mich bei der Suche nach einem geeigneten Ansprechpartner unterstützen.

Ich wurde darüber informiert, dass die Information über auffällige Befunde unter Umständen mit versicherungsrechtlichen Konsequenzen für mich verbunden sein kann.

## 6. Wer darf an dieser Studie teilnehmen bzw. nicht teilnehmen?

Sie können an dieser Studie nur teilnehmen, wenn Sie einen Angehörigen pflegen, der an Alzheimer- oder vaskulärer Demenz erkrankt ist und motiviert sind, in neue Kommunikationskompetenzen zu erlernen und im Alltag umzusetzen. Dabei spielt das genaue Beziehungsverhältnis zu Ihrem Angehörigen keine Rolle.

Inklusionskriterien (Einschlusskriterien)

- Pflege eines Angehörigen, der an Alzheimer- oder vaskulärer Demenz erkrankt ist
- Motivation, neue Kommunikationskompetenzen zu erlernen und umzusetzen

Sie können nicht teilnehmen, wenn Ihr demenzkranker Angehöriger an einer Frontotemporalen Demenz, Lewy-Körper-Demenz, der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit oder dem Korsakow-Syndrom leidet. Auch Angehörige von Patienten, bei denen die Demenz im Rahmen einer anderen Grunderkrankung wie beispielsweise Morbus Parkinson auftritt, können nicht in die Studie mit einbezogen werden. Leidet Ihr erkrankter Angehöriger zusätzlich oder leiden Sie an einer psychischen Erkrankung, können Sie ebenfalls nicht an der Studie teilnehmen. Da es in der Studie um die Veränderung der sprachlichen Aktivitäten geht, sollen mögliche Einflüsse durch psychische Komponenten vermieden werden. Außerdem können Vorkenntnisse zu Kommunikationsstrategien bei Demenz das Ergebnis der Studie verfälschen, da Verbesserungen in der sprachlichen Aktivität aufgrund einer anderen Fortbildung u.a. möglich wären. Um diesen Effekt auszuschließen, können Sie nicht an der Studie teilnehmen, wenn Sie bereits an einem ähnlichen oder dem gleichen Training zur Förderung der Kommunikationskompetenzen teilgenommen haben.

Exklusionskriterien (Ausschlusskriterien)

- erkrankter Angehöriger leidet an einer anderen Demenzform als der Alzheimer- oder vaskulären Demenz
- erkrankter Angehöriger leidet an einer Demenz im Rahmen einer anderen Grunderkrankung (z.B. M.Parkinson)
- Vorliegen einer psychischen Erkrankung bei Ihnen oder bei Ihrem Angehörigen
- Teilnahme an einem ähnlichen Training oder Fortbildungen zur Förderung der Kommunikationskompetenzen pflegender Angehöriger

### **7. Entstehen für mich Kosten durch die Teilnahme an der Studie? Erhalte ich eine Aufwandsentschädigung?**

Die Teilnahme an den sechs Terminen ist kostenlos. Eventuell durch Ihre Teilnahme entstehende Kosten (Reisekosten) werden nicht erstattet.

Bitte beachten Sie mögliche sozial- und abgaberechtliche Regelungen, die bezüglich der Aufwandsentschädigung bestehen können. Bitte informieren Sie sich ggf. beim zuständigen Finanzamt oder der zuständigen Stelle der Agentur für Arbeit.

### **8. Bin ich während der Studie versichert?**

Es besteht während der Teilnahme an der Studie kein gesonderter Versicherungsschutz. Sie nehmen als Privatperson an der Studie teil.

### **9. Kann meine Teilnahme an der Studie vorzeitig beendet werden?**

Sie können jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, Ihre Teilnahme beenden (mündlich, schriftlich oder per Email), ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ausschlusskriterien (vgl. Punkt 5), die während der Teilnahme an der Studie auftreten/ entstehen, sollten einem Ansprechpartner der Studie mitgeteilt werden, um einen möglicherweise notwendigen Ausschluss aus der Studie zu prüfen.

Weiterhin können der Studienleiter, der Untersucher und die dbs-Ethik-Kommission Ihre Teilnahme an der Studie vorzeitig beenden, wenn neue Information zeigen, dass Ihre Teilnahme nicht in Ihrem besten Interesse oder zielführend für die Studie ist.

Bitte informieren Sie den Untersucher unverzüglich, sollten Sie irgendwelche unerwarteten Reaktionen im Rahmen der Studie an sich feststellen.

### **10. Was geschieht mit meinen Daten?**

Während der Studie werden Befunde und persönliche Informationen von Ihnen erhoben und in der Prüfstelle elektronisch und in Papierform gespeichert. Ihre personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt. Die für die klinische Prüfung wichtigen Daten werden zusätzlich in pseudonymisierter Form gespeichert, ausgewertet und gegebenenfalls weitergegeben.

Die Aufzeichnung und Auswertung der Daten erfolgt pseudonymisiert, d. h. unter Verwendung einer Nummer und ohne Angabe ihres Namens. Es existiert eine Kodierliste, die ihren Namen mit dieser Nummer verbindet. Diese Kodierliste ist nur dem Versuchsleiter zugänglich und wird nach Abschluss der Datenauswertung gelöscht. Ihnen ist bekannt, dass Sie ihr Einverständnis zur Aufbewahrung bzw. Speicherung dieser Daten widerrufen können, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Sie sind darüber informiert worden, dass Sie jederzeit eine Löschung all ihrer Daten verlangen können. Wenn allerdings die Kodierliste bereits gelöscht ist, kann ihr Datensatz nicht mehr identifiziert und also auch nicht mehr gelöscht werden. Ihre Daten sind dann anonymisiert. Sie erklären sich damit einverstanden, dass ihre anonymisierten Daten zu Forschungszwecken weiter verwendet werden können und mindestens 10 Jahre gespeichert bleiben.

Für die Datenverarbeitung verantwortlich ist in dieser Studie: Katharina Schmitt,  
Email: [kschmitt@hochschule-trier.de](mailto:kschmitt@hochschule-trier.de)

Die Dokumentationsbögen, Einverständniserklärung sowie weitere wichtige Studienunterlagen werden mindestens 10 Jahre lang aufbewahrt, wie es die Vorschriften GCP-Verordnung (Good Clinical Practice Verordnung) bestimmen. Danach werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit nicht gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

**Weitere Einzelheiten, insbesondere zur Möglichkeit eines Widerrufs, entnehmen Sie bitte der Einwilligungserklärung, die im Anschluss an diese Probandeninformation abgedruckt ist.**

Die Studienergebnisse werden ohne Bezug zu Ihrer Person veröffentlicht.

#### **11. An wen wende ich mich bei weiteren Fragen?**

Falls Sie weitere Rückfragen haben, wenden Sie sich bitte an:

Katharina Schmitt, Hochschule Trier

Email: [schmittk@hochschule-trier.de](mailto:schmittk@hochschule-trier.de)

Eine Kopie des Informationsschreibens und der unterschriebenen Einwilligungserklärung wird Ihnen ausgehändigt.

## Anhang B: Probandeneinwilligung

### Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie

#### **Kommunikations-TAnDem bei pflegenden Angehörigen Auswirkungen auf die Kommunikation und Aktivität der Patienten mit Demenz im Alltag**

.....  
Name des Teilnehmers in Druckbuchstaben

geb. am .....

Ich bin in einem persönlichen Gespräch ausführlich und verständlich über Wesen, Bedeutung, Risiken und Tragweite der Studie aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text der Teilnehmerinformation sowie die hier nachfolgend abgedruckte Datenschutzerklärung gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit, mit dem Untersucher über die Durchführung der Studie zu sprechen. Alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme jederzeit von beiden Seiten ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass keine medizinische Diagnostik durchgeführt wird und die erhobenen Daten auch nicht zur medizinischen Diagnostik verwendet werden. Es ist trotzdem möglich, dass behandlungsbedürftige Auffälligkeiten bemerkt werden. In diesem Fall bin ich damit einverstanden, dass mir dies mitgeteilt wird.

#### **Versicherungen**

Ich wurde informiert, dass keine gesonderte Versicherung abgeschlossen wurde. Es besteht während der Teilnahme an der Studie kein gesonderter Versicherungsschutz. Mir ist bewusst, dass ich als Privatperson an der Studie teilnehme.

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten pseudonymisiert für Folgeanalysen und zukünftige wissenschaftliche Studien der Hochschule Trier zur Verfügung gestellt werden können.

Ja             Nein



## Anhang C: Anamnesebogen

### Angaben zu Ihrer Person

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

2. Alter: \_\_\_\_\_

3. Geschlecht: \_\_\_\_\_

4. Telefon: \_\_\_\_\_

5. Beziehung zu Ihrem demenzkranken Angehörigen

*Mein demenzkranker Angehöriger ist ...*

- mein Vater / meine Mutter.
- mein Ehemann / meine Ehefrau.
- mein Lebensgefährte / meine Lebensgefährtin.
- sonstiges: \_\_\_\_\_

6. Wie oft sehen Sie Ihren Angehörigen?

- täglich
- 5-6 Mal pro Woche
- 3-4 Mal pro Woche
- 1-2 Mal pro Woche

7. Werden Sie in der Betreuung Ihres an Demenz erkrankten Angehörigen unterstützt?

- Ja

Von wem?

\_\_\_\_\_

- Nein

8. Haben Sie schon einmal an einem Seminar zum Thema Demenz teilgenommen?

- Ja

Welche Themen wurden

behandelt? \_\_\_\_\_

- Nein



## Angaben zu Ihrem an Demenz erkrankten Angehörigen

1. Alter: \_\_\_\_\_
2. Geschlecht: \_\_\_\_\_
3. Art der Demenz: \_\_\_\_\_
4. Erkrankungsbeginn: \_\_\_\_\_

## Schweregrad der Demenz

Welche der folgenden Beschreibungen trifft auf Ihren erkrankten Angehörigen am besten zu? Bitte kreuzen Sie nur eine der Möglichkeiten an.

### Leichte Demenz:

Arbeiten und soziale Aktivitäten sind deutlich beeinträchtigt. Die Fähigkeit, unabhängig zu leben, ist jedoch noch erhalten. Beispiele: selbstständige Körperpflege und intaktes Urteilsvermögen.

### Mittlere Demenz:

Eine selbstständige Lebensführung ist mit Schwierigkeiten möglich. Ein gewisses Ausmaß an Aufsicht ist erforderlich.

### Schwere Demenz:

Die Aktivitäten des täglichen Lebens sind so stark beeinträchtigt, dass eine kontinuierliche Aufsicht benötigt wird. Eine selbstständige Lebensführung ist nicht mehr möglich. Beispiele: Hilfe notwendig beim Ankleiden, Waschen und bei der Toilette; der Demenzkranke spricht nur noch wenig bzw. das Gesprochene ist unzusammenhängend und wirr.

*aus: Neumeyer, K. (2012). Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Trainings für versorgende Angehörige von Menschen mit Demenz zur Verbesserung der Lebenssituation der Angehörigen und des erkrankten Familienmitglieds. Zugl.: Technische Universität Darmstadt, Diss. Psychosoziale Interventionen zur Prävention und Therapie der Demenz: Vol. 6. S. A2;A8;A9. Berlin: Logos.*

## Anhang D: Z-FAKA



### Z-DD Zürcher Demenz Diagnostik (Version 2\*)

### Z-FAKA Zürcher Fragebogen zur Aktivität und Kommunikation im Alltag

Erfassung der Sprachaktivität im Alltag  
Sprachabbau bei beginnender Demenz, SAD

Jürgen Steiner © 2008 / 2010

Ein Produkt der  
Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik, HfH  
Postfach 5850  
CH – 8057 Zürich

[www.hfh.ch](http://www.hfh.ch)  
[juergen.steiner@hfh.ch](mailto:juergen.steiner@hfh.ch)  
Tel.: +41 (0)44 - 3171128

---

#### Z-FAKA: Zürcher Fragebogen zur Aktivität und Kommunikation im Alltag

##### Erläuterungen:

Z-FAKA ist ein Instrument zur Erfassung der Art und des Umfangs der Sprachaktivität im Alltag in den Systemen Laut- und Schriftsprache mit Eröffnung einer therapeutischen Perspektive (Befragungsteil D). Konzipiert für die logopädische Demenzdiagnostik ist er auch anderweitig (z. B. Diagnostik bei Aphasie) einsetzbar. Im Vergleich zu früher verändern sich die Gespräche infolge einer Schädigung des Gehirns; Z-FAKA ist eine Hilfe, diese Veränderungen zu erfassen.

##### Durchführung:

Mündlich befragt wird der Sekundärbetroffene (Angehörige, Partner, evtl. Pflegende). Der Befragung sollte eine anamnestiche Erhebung vorausgehen (z.B. Z-PASA, Zürcher Protokollbogen Anamnese im Alter, Steiner 2008/2010); sie sollte aufgrund der zwangsläufigen Subjektivität des Befragungsergebnisses ergänzt werden durch eine Beobachtung (z. B. Z-CADA, Zürcher Checkliste für Alltagsfaloge, Steiner 2008/2010). Die Antworten in den Kategorien A-B-C des Fragebogens werden skaliert, Kategorie D führt zu einer qualitativen Erfassung.

##### Ergebnis:

Durch die Befragung erhält die Therapeutin eine Einschätzung der Gesprächssituation; es ist möglich im gemeinsamen Gespräch einzelne Items als Ziele einer dialogisch-biographischen Therapie festzulegen. Die Gesamtpunktzahl in den Kategorien A-B-C kann einer normativ gesetzten Einschätzung des Grades an Minderung von Aktivität und Kommunikation im Alltag zugeführt werden.

---

\* Dieses Tool wurde einer Qualitätsprüfung unterzogen und modifiziert. Die Evaluation wurde im Frühjahr 2009 durchgeführt; befragt wurden 5 langjährig in der Geriatrie tätige Logopädinnen. Die Expertinnenvoten wurden als Überarbeitungen in Version 2 eingebracht.

**Z-FAKA: Zürcher Fragebogen zur Aktivität und Kommunikation im Alltag**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
des Befragten des Primärbetroffenen

Befragt / Nachbefragt am: \_\_\_\_\_

A.	Gespräche in vertrauten Zusammenhängen im Vergleich zu früher	trifft zu und stört			trifft nicht zu
		erheblich	etwas	nicht	
		0	1	2	3
1.	Wir führen weniger Gespräche				
2.	Die Gespräche haben andere / reduzierte Themen				
3.	Die Gespräche haben weniger Tiefgang				
4.	Wir laden seltener Gäste zu uns ein				
5.	Wir werden seltener eingeladen				
6.	Ich führe weniger Telefonate als früher				
7.	Mein Partner führt weniger Telefonate als früher				
8.	Das Fernsehprogramm sprechen wir nicht mehr miteinander ab				
9.	Wir sprechen seltener über Fernseh-/ Radiosendungen (Talkshows, Quiz) im Anschluss				
10.	Wir unterhalten uns seltener über Gelesenes (Buch, Zeitung, Illustrierte, Zeitschrift)				
11.	Wir spielen seltener miteinander				
12.	Wir sprechen seltener über Menü / Einkäufe / Kochen				

B.	Kommunikativer Kontakt und Verantwortung in Gesprächen des Partners im Vergleich zu früher	trifft zu und stört			trifft nicht zu
		erheblich	etwas	nicht	
		0	1	2	3
13.	Mein Partner führt weniger Gespräche mit Nachbarn				
14.	Mein Partner äußert in Geschäften seltener Wünsche und stellt keine Fragen				
15.	Mein Partner übernimmt seltener Verantwortung bezüglich Beratungsgesprächen bei Bank, Behörden, Versicherung u.a.				
16.	Mein Partner übernimmt seltener Verantwortung bei Essensbestellung im Restaurant				
17.	Mein Partner übernimmt seltener Verantwortung zur Freizeitplanung (Ausflüge, Kino, Museum, Film, Theater)				
18.	Wir besuchen seltener den Gottesdienst				
19.	Mein Partner hat seine Vereinsaktivität aufgegeben				
20.	Wir besuchen seltener Vorträge, Fortbildungen, Kurse				
21.	Mein Partner übernimmt seltener Verantwortung im Arztgespräch				
22.	Mein Partner übernimmt seltener Verantwortung zur (telefonischen) Organisation von Reparaturen				

C. Potenzial in der Schriftsprache des Partners	trifft zu und stört			trifft nicht zu
	erheblich	etwas	nicht	
	0	1	2	3
23. Mein Partner übernimmt keine Verantwortung für das Schreiben einer Einkaufsliste				
24. Ich lese meinem Partner Zeitungsartikel (oder anderes) nicht laut vor				
25. Mein Partner übernimmt keine Vorleseaktivität für Kinder (z.B. eigenes Kind, Enkel)				
26. Mein Partner übernimmt keine Initiative zum Kauf von Roman, Illustrierte, Fachbuch u.a.				
27. Mein Partner übernimmt keine Initiative etwas im Internet herauszusuchen, zum Lesen / Verfassen von Mails oder SMS oder zum Chatten				
28. Mein Partner zeigt keine Aktivität für SUDOKU, Kreuzworträtsel				
29. Mein Partner zeigt keine Verantwortung für Formulare ausfüllen, Brief verfassen (Bank, Behörde, Versicherung)				
30. Mein Partner zeigt Probleme beim Zurechtfinden in der Stadt (Schilder lesen, Fahrpläne herausuchen)				
31. Mein Partner schreibt keine Notizzettel				
32. Mein Partner schreibt keine Postkarten / Briefe				
33. Mein Partner kann die Preisschilder / Packungsbeilagen nicht lesen				

Gesamt bei max. 96 Punkten: \_\_\_\_\_

Bewertung: >90 Normalbereich

80-90 leichte Beeinträchtigung der Aktivität und Kommunikation im Alltag

65-79 mittelgradige Beeinträchtigung der Aktivität und Kommunikation im Alltag

<65 erhebliche der Aktivität und Kommunikation im Alltag

D. Einschätzung des kommunikativen Potentials	
34. Welche Veränderungen gegenüber früher sind für Sie am bedeutsamsten?	
35. In welchen Punkten sehen Sie Veränderungsmöglichkeiten?	
36. Was sind die Stärken und Möglichkeiten bei Ihnen, bei Ihrem Partner, in der Umgebung?	
37. Welche Aktivitäten und Kontakte haben sich seit den letzten eineinhalb Jahren neu ergeben?	

D. Einschätzung des kommunikativen Potentials	
38.	Wie könnten Sie Ihren eigenen Aktivitätsradius erweitern? Wie strukturieren Sie den Tag?
39.	Wie könnte ihr Partner seinen Aktivitätsradius erweitern?
40.	Wie kommen für die Partnerschaft und den Alltag wichtige Entscheidungen zu Stande?
41.	Wie ist das „Management“ bei Missverständnissen?
42.	Was wünschen Sie sich am meisten, was sich für Sie ändern möge?
43.	Was wünschen Sie am meisten, was sich für Ihren Partner ändern möge?

© Steiner 2008 / 2010

**Literatur:**

Barthel, G. (2005) Modellorientierte Sprachtherapie und Aachener Sprachanalyse: Evaluation bei Patienten mit chronischer Aphasie. Dissertation Universität Konstanz, Fachbereich Psychologie

Schubert, K. (2005) Evaluation eines verhaltensorientierten Therapieprogramms zur Behandlung aphasischer Störungen. Dissertation Universität Jena, Fakultät Sozial- und Verhaltenswissenschaften

Steiner, J. (2010) Sprachtherapie bei Demenz: Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis. Praxis der Sprachtherapie und Sprachheilpädagogik Bd. 5. München: Reinhardt.

**Autor:**

Hochschule für Heilpaedagogik, HfH  
Prof. Dr. habil. Juergen Steiner  
Leiter Fachbereich Logopaedie  
Schaffhauserstrasse 239, Postfach 5850  
8050 Zürich  
SCHWEIZ

Telefon: +41 (0)44 3171 128  
oder: +41 (0)44 3171 161  
[juergen.steiner@hfh.ch](mailto:juergen.steiner@hfh.ch)  
[www.hfh.ch](http://www.hfh.ch)  
[www.logopaedieundpraevention-hfh.ch](http://www.logopaedieundpraevention-hfh.ch)  
In Bearbeitung: [www.demenzsprache-hfh.ch](http://www.demenzsprache-hfh.ch)

## Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst, ganz oder in Teilen noch nicht als Prüfungsleistung vorgelegt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe. Wörtliche oder sinngemäße Zitate sind als solche gekennzeichnet.

Trier, 30.07.18

---

Ort, Datum



---

Unterschrift (Katharina Schmitt)