

Kommunikations-TAnDem

Kommunikations-Training für Angehörige von Demenzkranken

Julia Haberstroh, Katharina Neumeyer, Johannes Pantel

ZUSAMMENFASSUNG. Ziel eines TAnDem-Trainings ist es, die Kommunikationskompetenz von pflegenden Angehörigen gegenüber den betreuten Demenzkranken zu verbessern. Vermittelt über eine Verbesserung der Kommunikation wird angestrebt, die Lebensqualität der Demenzkranken zu steigern und die Belastung der Angehörigen zu reduzieren. Pflegende Angehörige lernen kommunikative Stärken und Schwächen von Demenzkranken kennen. Im gemeinsamen Expertenaustausch erarbeiten die Teilnehmer Strategien, um Stärken zu fördern und Schwächen zu umgehen. Das Kommunikations-TAnDem wurde in mehreren Studien evaluiert. Die Ergebnisse belegen u.a. Wirkungen für die Lebensqualität der Demenzkranken sowie die Kommunikationskompetenz und wahrgenommene Belastung der Angehörigen. Aus den positiven Auswirkungen hinsichtlich der Lebensqualität der Demenzkranken lässt sich schließen, dass das Training der Angehörigen als Alternative angesehen werden kann zu Interventionsprogrammen, die sich direkt an die erkrankten Menschen richten.

Schlüsselwörter: Demenz – Kommunikation – pflegende Angehörige – Training – Interventionsstudie

Einleitung

Problemstellung

Im 20. Jahrhundert hat sich die Lebenserwartung in den Industriestaaten verdoppelt. Dies hat zur Folge, dass auch die Zahl der Menschen, die an der alterskorrelierten Krankheit Demenz leiden, erheblich zunahm und weiter zunimmt. Als häufigste Demenzform gilt die Alzheimer-Demenz.

Da beim derzeitigen Stand der Forschung für die überwiegende Zahl der Demenzerkrankungen keine kausale Therapie verfügbar ist, ist es wichtig, auch nicht-medikamentöse Interventionsmöglichkeiten zur Förderung der erkrankten Menschen zu erforschen (Zsolnay-Wildgruber, 1997). In diesem Kontext ist es von großer Bedeutung, dass das praktische und wissenschaftliche Interesse nicht nur den direkten Interventionsmaßnahmen für die Demenzkranken gilt, sondern auch Angebote für ihre pflegenden Angehörigen entwickelt und evaluiert werden. Diese Notwendigkeit ergibt sich zum einen daraus, dass die Pflege eines demenzkranken Familienmitglieds eine große Belastung darstellt. Zum anderen haben die primären Pflegepersonen den größten Einfluss auf die Lebensqualität demenzkranker Menschen, die durch die Erkrankung stark eingeschränkt ist. Pflegende Angehörige von Menschen mit Alzheimer oder vaskulärer Demenz fühlen

sich insbesondere durch Beeinträchtigungen der Kommunikationsfähigkeit des erkrankten Familienmitglieds sehr belastet (Kurz et al., 1987). Da der Kranke selbst nicht mehr dazu in der Lage ist, seine Defizite gänzlich auszugleichen, liegt es in der Verantwortung der Angehörigen, eine neue Zugangsweise zum Kranken zu finden (Gümmel & Döring, 2002).

Ableitung der Fragestellungen aus der geschilderten Problemstellung

Mit dem Ziel, die primären Pflegepersonen darin zu unterstützen, eine neue Zugangsweise zu ihrem an Demenz erkrankten Familienmitglied zu finden, sollte ein Kommunikationstraining für pflegende Angehörige von Demenzpatienten (Kommunikations-TAnDem) entwickelt, durchgeführt und evaluiert werden. Bei der Entwicklung des Trainings stellte sich zunächst die Frage, wie ein solches Training aufgebaut sein könnte und wie das komplexe Thema „Kommunikation mit Demenzkranken“ in einem anschaulichen Konzept verständlich darzustellen sei.

Bei der Evaluation galt das besondere Interesse der Frage, ob es erreichbar ist, in einem Kommunikationstraining Schlüsselqualifikationen zu vermitteln, die es den pflegenden

Dr. rer. nat. Julia Haberstroh

studierte von 1999-2005 Psychologie an der TU Darmstadt und promovierte 2007 über die beruflichen Belastungen von Altenpflegern in der stationären Betreuung demenzkranker Menschen. Sie ist als Psychologische Trainerin und Supervisorin mit Schwerpunkt Demenz tätig sowie Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Frankfurt/M. Sie gehört zu den Gründungsmitgliedern des Projekts TAnDem und erhielt mehrere Preise für ihr Engagement zur Erhöhung der Lebensqualität von Demenzkranken.



Katharina Neumeyer

studierte 1999-2005 Psychologie an der TU Darmstadt, ist ebenfalls Gründungsmitglied des Projekts TAnDem und zusammen mit Julia Haberstroh Trägerin des Förderpreises der Stiftung Parkwohnstift Bad Kissingen und des Georg-Gottlieb-Studienpreises für angewandte Psychologie. Die Diplom-Psychologin promoviert zurzeit über das Thema „Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Seminars für pflegende Angehörige von Demenzkranken“ an der TU-Darmstadt.



Prof. Dr. med. Johannes Pantel

hat in Münster, Heidelberg und London Philosophie, Psychologie und Humanmedizin studiert. Er ist kommissarischer Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Frankfurt/M. und hat dort den Lehrstuhl für Gerontopsychiatrie inne. Schwerpunkte seiner wissenschaftlichen Arbeit sind die Demenzforschung sowie bildgebende Verfahren in der Psychiatrie. Er gehört ebenfalls zu den Gründungsmitgliedern des 2004 gestarteten TAnDem-Projekts.



Angehörigen ermöglichen, ihre schwierige Situation besser zu bewältigen und gleichzeitig die Lebensqualität der Demenzkranken zu steigern.

Theoretische und praktische Konsequenzen

Inhaltliche Grundlage des Kommunikations-TAnDems bildet das Kommunikationsmodell von *Rüttinger & Sauer* (2000) (Abb. 1). Dieses Modell fand bislang in der Organisationspsychologie und hierbei vorwiegend in der Konfliktforschung Verwendung. Im vorliegenden Projekt wurde dieses Modell erstmals auf die speziellen Schwierigkeiten in der Kommunikation mit Demenzkranken übertragen. Es bietet somit eine Möglichkeit, die Kommunikationsstörungen bei Demenz in einem theoretischen Modell zu strukturieren. Entsprechend diesem Modell lässt sich die Informationsübertragung in vier Schritte unterteilen:

- Die *Darbietung* der Nachricht geht vom Sender aus. Barrieren und Fehler auf dieser Stufe der Informationsübertragung können dazu führen, dass die Information den intendierten Empfänger der Nachricht von vornherein nicht erreicht. Bezogen auf die Sprachdarbietung sind bei Alzheimer-Patienten insbesondere Semantik und Pragmatik beeinträchtigt. Phonologische und syntaktisch-grammatikalische Aspekte der Sprache bleiben dagegen recht lange erhalten.
- Ist die Nachricht vom Sender dargeboten worden, so bedarf es auf Seiten des Empfängers zunächst der *Aufmerksamkeit*. Diese trägt dazu bei, dass aus einer Fülle von Reizen nur ein Teil ausgewählt wird, wodurch einer Reizüberflutung vorgebeugt wird. Dies bedeutet aber auch, dass eine Nachricht nur dann aufgenommen wird, wenn die Aufmerksamkeit auf sie gerichtet ist. Alzheimer-Patienten können zwar ihre Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Stimulus fokussieren, aber die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit von einem Reiz loszulösen und auf einen anderen Reiz zu verlagern, ist eingeschränkt (*Parasuraman et al., 1992*). Des Weiteren ist die geteilte Aufmerksamkeit beeinträchtigt (*Perry & Hodges, 1999*).
- Der dritte Schritt betrifft das *Verstehen* der Nachricht. Hierbei gilt, dass die über-

mittelte Information vom Empfänger anders aufgenommen wird, als es vom Sender intendiert wurde, da sie von diesem je nach dessen Erfahrungen, Einstellungen, Motiven und Interessen sowie intellektueller Kapazität ergänzt und strukturiert wird. Zwar ist das Sprachverständnis zu Beginn der Alzheimer-Demenz recht gut erhalten. Komplexe Sätze und Sprachinhalte bereiten allerdings schon in frühen Stadien Probleme (*Kertesz & Mohs, 1999*). Da die Abstraktionsfähigkeit bei Demenzkranken gestört ist, werden Ausdrücke, die über die rein wörtliche Bedeutung hinausgehen (z.B. Ironie, Sprichwörter und Mehrdeutigkeiten), häufig nicht mehr verstanden.

- Der letzte Schritt betrifft schließlich das *Behalten* der Nachricht. Dies beinhaltet sowohl das kurzfristige Behalten innerhalb der Kommunikation als auch das langfristige Behalten der Nachricht über die Kommunikation hinaus. Insbesondere bei der Alzheimer-Demenz zeigen sich schon in frühen Stadien der Erkrankung Merkfähigkeitsstörungen, was z.B. dazu führen kann, dass unbeabsichtigt immer wieder dieselbe Frage oder Geschichte wiederholt wird (*Rösler et al., 1997*).

Die von *Rüttinger & Sauer* (2000) postulierte erste Stufe der Kommunikation – die Darbietung – wird untergliedert in den Inhalts- (Was wird vermittelt?) und Beziehungsaspekt (Wie wird es vermittelt?) der Mitteilung (*Watzlawick et al., 1967*). Im Verlauf der Demenz gewinnt der Beziehungsaspekt in der Kommunikation zunehmend an Bedeutung, da im Gegensatz zur inhaltlichen Mitteilung die Fähigkeit zur beziehungsbezogenen Mitteilung bis in die tiefsten Stadien der Demenz nicht gänzlich erlischt (*Romero & Kurz, 1989*).

Das Kommunikations-TAnDem setzt auf der ersten Stufe dieses Modells an. Davon ausgehend, dass der Kranke selbst seine Defizite nicht mehr ausgleichen kann, werden den pflegenden Angehörigen (als Sender der Information) im Kommunikationstraining Strategien der funktionalen Darbietung vermittelt. Diese Strategien sollen dazu bei-

tragen, dass noch vorhandene Stärken von Demenzkranken auf den folgenden Stufen des Modells gezielt gefördert und bereits vorhandene Schwächen umgangen werden. Darüber hinaus lernen die pflegenden Angehörigen (als Empfänger der Information) Methoden kennen, mit deren Hilfe Demenzkranken die Darbietung von Informationen erleichtert wird.

Methodik

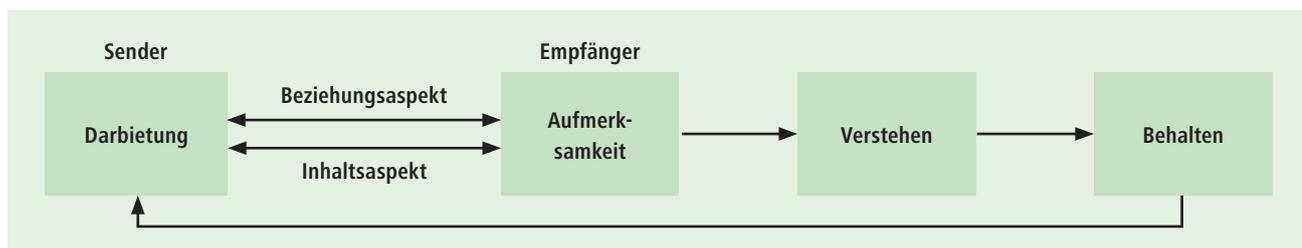
Grundgedanken und didaktisches Konzept

Der unmittelbare Lebenskontext eines Demenzkranken spielt eine wesentliche Rolle im Verlauf der Erkrankung. Das Verhalten von Bezugspersonen kann entscheidend stabilisierend bzw. destabilisierend auf das Befinden des demenzkranken Menschen wirken (*Zsolnay-Wildgruber, 1997*). Die pflegenden Angehörigen haben als Hauptkontaktpersonen den entscheidenden Einfluss auf das Wohlbefinden des erkrankten Familienmitglieds. Im Gegensatz zum Demenzkranken selbst sind sie noch dazu in der Lage, sich an die veränderte Situation anzupassen und ihr Verhalten entsprechend zu optimieren. Des Weiteren fällt es ihnen deutlich leichter, sich den Anforderungen eines Trainingsprogramms zu stellen.

Vermittelt über das Training der pflegenden Angehörigen soll die Lebensqualität der betreuten Demenzkranken gesteigert werden. Hierbei werden die noch vorhandenen Stärken der Demenzkranken in den Mittelpunkt gestellt. Innerhalb des ressourcenorientierten Trainings lernen die Teilnehmer, wie sie die noch vorhandenen Stärken gezielt fördern können und wie sie diese nutzen können, um bereits vorhandene Schwächen zu kompensieren.

Hierdurch sollen der Selbstwert und das Selbstvertrauen der demenzkranken Person aufrechterhalten werden. Ständige Misserfolgserlebnisse und Konfrontation mit eigenen Schwächen und Unzulänglichkeiten führen dazu, dass viele Demenzkranke sich nach und nach von der Außenwelt isolieren. Durch die gezielte Nutzung der Stärken sollen den

■ **Abb. 1: Das TAnDem-Modell (Haberstroh, 2008)**



Tab. 2: Aufbau des Kommunikationstrainings

Sitzung 1	Kennenlernen, Kommunikationsmodell
Sitzung 2	Aufmerksamkeit
Sitzung 3	Verstehen
Sitzung 4	Behalten
Sitzung 5	Initiierung von Selbsthilfe

erkrankten Personen Erfolgserlebnisse vermittelt werden, die neuen Mut geben, Kommunikationen und Tätigkeiten aufzunehmen. Darüber hinaus lernen die pflegenden Angehörigen, wie sie typische Schwächen von Demenzkranken umgehen können, um so Misserfolgserlebnisse zu vermeiden. Menschen sind einzigartig – und demenzkranke Menschen nehmen ihre Einzigartigkeit mit in die Erkrankung. Aufgrund dieser Tatsache werden im Kommunikations-TAN-Dem nicht die Moderatoren der Trainingssitzungen als Experten vorgestellt, sondern die Teilnehmer werden explizit darauf hingewiesen, dass sie selbst die Experten für ihre

an Demenz erkrankten Familienmitglieder sind. Die Moderatoren geben dahingehend Hilfestellung, dass die Angehörigen in ihrem Expertentum unterstützt werden und dieses weiterentwickeln.

Deshalb ist das Training so aufgebaut, dass die Teilnehmer sich zunächst gegenseitig selbst entwickelte Strategien vorstellen. Daraufhin präsentieren die Moderatoren eine Reihe von möglichen Strategien und die Teilnehmer entscheiden dann selbst, welche dieser Verhaltensweisen für sie passend sind. Die pflegenden Angehörigen lernen so, dass es viele Strategien gibt, die die Kommunikation mit demenzkranken Menschen erleichtern und verbessern können. Sie lernen aber auch, dass es im Umgang mit Demenzkranken keine „Rezepte“ gibt, die immer und bei jedem erkrankten Menschen gleichermaßen helfen. Über die individuellen Erfahrungen mit den im Alltag angewendeten Strategien tauschen sich die Teilnehmer wöchentlich zu Beginn jeder Sitzung aus. Hierbei werden Probleme und Erfolge mit den Strategien besprochen. Gleichzeitig werden das Wissen und die eigenen oder weiterentwickelten Strategien der Teilnehmer in das Training integriert.

Trainingsaufbau

Das Kommunikations-TAN-Dem besteht aus insgesamt fünf Trainingssitzungen, die sich an dem dargestellten Kommunikationsmodell orientieren (Tab. 2). Das Thema der ersten Sitzung ist das dem Training zugrundeliegende Kommunikationsmodell. Ziel der drei folgenden Trainingseinheiten ist es, die Teilnehmer in der funktionalen Darbietung (1. Stufe des Kommunikationsmodells) von Informationen zu trainieren, so dass sie vorhandene Schwächen der Demenzkranken auf den Stufen Aufmerksamkeit, Verstehen und Behalten (2.-4. Stufe des Kommunikationsmodells) umgehen und noch vorhandene Stärken gezielt fördern können (siehe Kasten). In der fünften und letzten Trainingseinheit werden Fragen der Teilnehmer behandelt, die nicht notwendigerweise mit „Kommunikation“ an sich zu tun haben und deren Beantwortung der jeweiligen Gruppe besonders am Herzen liegt. Die fünfte Sitzung dient insbesondere dazu, eine Selbsthilfegruppe zu initiieren, um den Trainingserfolg nachhaltig aufrechtzuerhalten.

Damit das Kommunikationstraining überregional eingesetzt werden kann, um pfl-

Problemsituation: Aufmerksamkeit	Problemsituation: Verstehen	Problemsituation: Behalten
<p>Die demenzkranke Hilde Schmidt sitzt im Wohnzimmer und sieht fern. Ihre Tochter ruft ihr aus der Küche zu: „Essen ist fertig. Komm bitte in die Küche!“ Die Mutter reagiert nicht. Sie merkt gar nicht, dass die Tochter mit ihr redet. Ihre ganze Aufmerksamkeit gilt dem Fernseher.</p> <p>Aufmerksamkeits-Stärke</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fokussieren der Aufmerksamkeit (im Bsp.: auf den Fernseher) <p>Aufmerksamkeits-Schwächen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Verlagern der Aufmerksamkeit (im Bsp.: auf die rufende Tochter) ● Teilen der Aufmerksamkeit (im Bsp.: auf Fernseher und rufende Tochter) <p>Auswahl möglicher Strategien</p> <p><i>Präsenz zeigen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sich zeigen ● Blickkontakt aufnehmen ● Mit Namen ansprechen ● In Körperkontakt gehen <p><i>Situation entlasten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aufgaben nacheinander machen ● Evtl. Konkurrenzgeräusche ausschalten, Selbstbestimmung wahren! (im Bsp.: Fernseher nicht über den Kopf der Demenzkranken hinweg ausschalten) 	<p>Die Tochter möchte Hilde Schmidt aktivieren. Sie setzt sich zu ihr und sagt: „Hilde, gleich wird das Mittagessen gebracht und weil noch gar nichts vorbereitet ist, dachte ich mir, du könntest mir vielleicht helfen, den Tisch für Papa und dich zu decken?“ Hilde Schmidt schaut ihre Tochter irritiert an und bleibt reglos sitzen. Sie hat sie scheinbar gar nicht verstanden.</p> <p>Verstehens-Schwächen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Verbal-sprachliche Mitteilung verstehen ● Verständnis von Mehrdeutigkeiten (im Bsp.: „Deck den Tisch“, dieser komplexe Satz beinhaltet viele Informationen, z.B. „Hol die Teller aus dem Schrank“, „Stell die Teller auf den Tisch“, „Hol die Löffel aus der Schublade“...) <p>Verstehens-Stärken</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gefühlsmäßige Mitteilung verstehen ● Eindeutige, „einfache“ Informationen verstehen <p>Auswahl möglicher Strategien</p> <p><i>Auf den Punkt bringen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Langsam, klar und liebevoll sprechen ● Kurze, einfache Sätze ● Nur ein prägnanter Inhalt pro Satz ● Wichtige Wörter betonen ● Inhaltliche Mehrdeutigkeiten vermeiden 	<p>Hilde Schmidt sitzt auf ihrem Lieblingssessel im Wohnzimmer, als ihre Nachbarin eintritt. „Na, Frau Schmidt, was gab es denn heute zum Mittagessen?“ „Nichts“, antwortet Frau Schmidt, „die haben mich mal wieder vergessen.“ Die Nachbarin ist erstaunt, hat sie doch vor zwei Stunden das Essen-auf-Rädern-Auto vor der Tür stehen gesehen. „Was gab es denn früher bei Ihnen zum Mittagessen? Sie waren ja eine großartige Köchin. Ihre Tochter schwärmt immer von Ihren Kartoffelpuffern.“ Frau Schmidt strahlt und berichtet detailliert von Geheimrezepten und Lieblings Speisen.</p> <p>Behaltens-Schwächen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Behalten neuer Informationen ● Behalten inhaltlicher Informationen <p>Behaltens-Stärken</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Behalten alter und lebensthematisch bedeutsamer Informationen ● Behalten emotionaler Informationen <p>Auswahl möglicher Strategien</p> <p><i>Erfolgserlebnisse schaffen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nicht mit Schwächen und Fehlern konfrontieren! ● Keine neuen Erinnerungen abfragen ● An alte Erinnerungen und bedeutsame Lebens-themen anknüpfen <p><i>Probiert mal mit Gemütlichkeit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Zeit einplanen und geben, Pausen machen ● Das Gesagte wiederholen

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

gende Angehörige zu entlasten und die Lebensqualität der betreuten Demenzkranken zu steigern, wurde ein ausführliches Trainingsmanual erstellt (Neumeyer et al., 2006). Dieses Handbuch stellt die Anwendbarkeit in den Vordergrund. Es beinhaltet genaue Erläuterungen zur Planung, Vorbereitung und Organisation des Trainingsprogramms sowie einen ausformulierten Ablaufplan aller Einheiten mit sämtlichen Materialien.

Evaluation

Das Kommunikations-TAnDem wurde inzwischen mehrfach in verschiedenen Kontexten (stationäre vs. häusliche Pflege) und für verschiedene Zielgruppen (pflegende Angehörige, Pflegekräfte, Ehrenamtliche) evaluiert (Haberstroh et al., 2006; Haberstroh, 2008; Haberstroh et al., 2008; Haberstroh et al., 2009). Im Folgenden soll näher auf Evaluation und Ergebnisse der Pilotstudie (Haberstroh et al., 2006) eingegangen werden, in der das Kommunikations-TAnDem für pflegende Angehörige von demenzkranken Menschen angeboten wurde, die in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt werden. Zur Überprüfung des Trainingserfolgs wurde ein Wartekontrollgruppendesign mit Prä-Post-Messung und Prozesserhebung verwendet. An der Trainingsstudie nahmen 22 pflegende Angehörige von Demenzkranken teil, von denen neun der Experimental- und dreizehn der Wartekontrollgruppe zugeteilt wurden.

Die Geschlechtsstruktur der Trainingsteilnehmer war mit zehn männlichen und zwölf weiblichen pflegenden Angehörigen ausgewogen, das durchschnittliche Alter betrug 68,2(±10,1) Jahre. Das mittlere Alter der betreuten Demenzkranken betrug 76,4(±9) Jahre. Bei den meisten der Demenzkranken lag ein mittelgradig ausgeprägtes Demenzsyndrom vor. 77,8% der Demenzkranken litten an einer Alzheimer-Demenz, 16,7% an einer vaskulären Demenz und 5,6% an einer Mischform. Experimental- und Wartekontrollgruppe unterschieden sich in keiner der erfassten demographischen Angaben signifikant.

Es wurden querschnittliche, längsschnittliche und prozessuale Erhebungsinstrumente eingesetzt.

Wichtige Basisdaten wie der aktuelle Schweregrad der Demenz (Mini Mental State-Test, Folstein et al., 1975) und die psychopathologische Symptomatik (Neuropsychiatric Inventory, Cummings, 1994) wurden querschnittlich vor Durchführung des Trainings erfasst. Auf der Ebene der Längsschnittdaten dienten etablierte Erhebungsinstrumente der Erfassung der Lebensqualität der Demenzkranken (Quality of Life in Alzheimer’s Disease, Logsdon et al., 1999) und der Belastung der pflegenden Angehörigen (Häusliche-Pflege-Skala, Gräßel, 2001). Des Weiteren diente ein selbst entwickelter Fragebogen der Erfassung des Wissens über Kommunikation bei Demenz. Zur Erfassung der prozessualen Daten wurde ein Tagebuch eingesetzt, das sich aus selbst entwickelten und aus anderen Studien übernommenen Items (Wilz et al., 1997) zusammensetzte.

Ergebnisse

Die Trainingsteilnehmer wurden u.a. gebeten, den Erfolg des Trainings zu bewerten. Dabei zeigte sich, dass sie insgesamt den Erfolg des Trainings positiv einschätzten. Als stärksten Effekt des Trainings gaben sie die Erweiterung ihres Wissensstandes über Kommunikation bei Demenz an. Des Weiteren fühlten sie sich durch die Teilnahme am Training entlastet und stellten fest, dass die Lebensqualität ihrer demenzkranken Angehörigen gesteigert wurde.

Längsschnittliche Analysen

Zur Überprüfung möglicher Unterschiede zwischen Experimental- und Wartekontrollgruppe wurden die Gruppen zunächst mittels einer einfaktoriellen Varianzanalyse mit dem Faktor Gruppe auf Vorherunterschiede hin-

sichtlich der abhängigen Variablen „Wissen über Kommunikation bei Demenz“, „Belastung in der häuslichen Pflege“ und „Lebensqualität der Demenzkranken“ überprüft.

Hierfür ergaben sich keine signifikanten Unterschiede, so dass für die vergleichenden Analysen zweifaktorielle Varianzanalysen mit den Faktoren „Messzeitpunkt“ und „Gruppe“ für die genannten abhängigen Variablen durchgeführt werden konnten. Es zeigten sich signifikante Effekte des Trainings bezüglich der Variablen „Wissen“ und „Lebensqualität der Demenzkranken“, nicht jedoch für die „Belastung der pflegenden Angehörigen“ (Tab. 2).

Die deutlichsten Effekte auf Unterskalenniveau der Lebensqualität der Demenzkranken ergaben sich hinsichtlich der Unterskala „Fähigkeit, Dinge zu tun, die Freude machen“ (d.f. = 1/20; F = 10.00; p < .05; $\eta^2 = .56$).

Prozessuale Analysen

Zusätzlich zu den längsschnittlichen Analysen wurde eine prozessuale Evaluation auf Basis der aggregierten Tagebuchdaten der Trainingsgruppen durchgeführt. Interessierende Variablen waren hierbei die „Kommunikationskompetenz“ und „Stimmung der pflegenden Angehörigen“. Bei Trendanalysen zeigte sich eine signifikante Zunahme der Kommunikationskompetenz der pflegenden Angehörigen im Laufe des Trainings ($B_{const} = .36$; $B_{int} = .05$; $p(B_{int}) < .001$), während die Stimmung unverändert blieb. In Zeitreihenanalysen ließ sich ein Wochenrhythmus der Variable „Stimmung der pflegenden Angehörigen“ feststellen, der damit einherging, dass die Teilnehmer an Trainingstagen besser gestimmt waren als an Tagen, an denen kein Training stattfand ($B_{const} = -.31$; $B_{int} = .28$; $p(B_{int}) < .05$).

■ **Tab. 2: Ergebnisse der Prä-Post-Vergleiche von Experimental- und Wartekontrollgruppe**

Unabhängige Variablen	Abhängige Variable	df	F	η^2
Messzeitpunkt x Gruppe	Wissen	1/20	7,48**	.28
	Belastung	1/19	n.s.	
	Lebensqualität (Oberskala)	1/20	9,97**	.34

* p < .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Diskussion

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Kommunikations-TAnDem das Wissen über Kommunikation bei Demenz sowie die Kommunikationskompetenz der pflegenden Angehörigen steigert. Darüber hinaus konnte bestätigt werden, dass Wissen über und Kompetenz in der Kommunikation mit Demenzkranken Schlüsselqualifikationen sind, die zu einer Erhöhung der Lebensqualität der Demenzkranken sowie einer direkt wahrgenommenen Entlastung (Querschnittserhebung am Trainingsende) der pflegenden Angehörigen führen. Aus den positiven Auswirkungen hinsichtlich der Lebensqualität der Demenzkranken lässt sich schließen, dass das Training der pflegenden Angehörigen von Demenzkranken als Alternative zu Interventionsprogrammen angesehen werden kann, die sich direkt an die Demenzkranken richten.

Die positiven Ergebnisse der Evaluation belegen, dass mit dem Kommunikations-TAnDem die Grundlage geschaffen wurde für einen neuen Interventionsansatz zur Förderung und Unterstützung von Demenzkranken und ihren Angehörigen, der durch die Manualisierung des Trainingsprogramms breit einsetzbar ist.

Weiterentwicklung des Trainings

Bezüglich der Variablen „Stimmung der pflegenden Angehörigen“ wurde ein Wochenrhythmus festgestellt. So wiesen Angehörige an Trainingstagen signifikant bessere Stimmung auf als an Tagen, an denen kein Training stattfand. Dieses Ergebnis interpretieren wir als direkten Effekt der sozialen Aspekte der Trainingssituation selbst. Das Konzept, Inhaltsvermittlung durch Experten (Moderation durch Psychologen) mit Erfahrungsaustausch im Sinne einer Selbsthilfegruppe zu kombinieren, wird folglich durch die positivere Stimmung der Teilnehmer an Trainingstagen bekräftigt. Für eine Weiterentwicklung des Trainings sollten eben diese positiven Tageseffekte der Gruppensitzungen explizit genutzt und vertieft werden.

Eine Entlastung der Angehörigen wurde in der vorgestellten Pilotstudie zwar querschnittlich festgestellt, konnte aber im längsschnittlichen Gruppenvergleich nicht signifikant nachgewiesen werden. Wir vermuten, dass die letzte Trainingssitzung Gefühle wie „Nach dem Training bin ich wieder auf mich gestellt“ auslöst und dies zu einem vermehrten Belastungserleben zum Zeitpunkt des Post-Tests (letzte Sitzung) beiträgt. Hierdurch könnten eventuelle Trainingseffekte bezüglich der Belastung überlagert werden. Um solchen Gefühlen entgegenzuwirken, wur-

den daher in Folgeprojekten vermehrt Follow-up-Maßnahmen durchgeführt. Hierzu zählt vor allem, dass die Initiierung von Selbsthilfe innerhalb des Trainings mehr Gewicht erhält. Von Neumeyer (in Vorbereitung) wurde hierfür beispielsweise die Anzahl der Gruppensitzungen ausgeweitet und in vier aufeinander folgenden Sitzungen auf die Initiierung einer Selbsthilfegruppe hingearbeitet. Durch die Ausweitung der Gruppensitzung und die langfristige Aufrechterhaltung der sozialen Unterstützung in Form von Selbsthilfegruppensitzungen sollten zudem die positiven Effekte der Gruppensitzungen (bessere Stimmung an Trainingstagen) nachhaltig genutzt und somit zu einer stärkeren Entlastung der pflegenden Angehörigen beigetragen werden. Erste Ergebnisse dieses Projekts sind viel versprechend.

Im aktuell durchgeführten Leuchtturmprojekt Quadem (Haberstroh et al., 2008) wird ebenfalls die Initiierung von Selbsthilfe stärker unterstützt, indem nach Trainingsabschluss die ersten Selbsthilfesitzungen von einer Trainerin begleitet werden und zudem im Rahmen einer Co-Trainerausbildung geeignete Personen darin ausgebildet werden, die Selbsthilfegruppen langfristig aufrechtzuerhalten, aber auch Trainingsinhalte der TAnDem-Trainings innerhalb solcher Selbsthilfegruppensitzungen aufzufrischen und „nachzutrainieren“.

Neuigkeitswert

Ein entscheidender praktischer Neuigkeitswert des Kommunikations-TAnDem ist die Konzeption eines ressourcenorientierten Trainings zur Aufrechterhaltung der Kommunikation mit Demenzkranken. Innovativ ist hierbei zum einen die Fokussierung auf das Thema Kommunikation, das in bisherigen Trainingsstudien weitestgehend vernachlässigt wurde. Zum anderen ist die starke Betonung der noch vorhandenen Stärken von Demenzkranken hervorzuheben. Vorhandene Schwächen werden zwar thematisiert, aber nie ohne auch eine entsprechende Stärke zu nennen, die zur Kompensation der Schwäche genutzt werden kann. Auch die Kombination von Expertenwissen (Moderation durch Psychologen) und der Erfahrungsaustausch im Sinne einer Selbsthilfegruppe sind als innovativ zu bewerten.

Hinzu kommt, dass bislang kein Modell existierte, das die vielfältigen Kommunikationsstörungen bei Demenz zu strukturieren vermochte. Die Übertragung des oben beschriebenen Kommunikationsmodells von Rüttinger & Sauer (2000) auf die speziellen Kommunikationsschwierigkeiten bei Demenz stellt somit einen entscheidenden wissenschaftlichen Neuigkeitswert des Kommunikations-TAnDem dar.

LITERATUR

- Cummings, J.L. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology* 5 (48), 10-16
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 3 (12), 189-198
- Gräbel, E. (2001). *Häusliche-Pflege-Skala*. Ebersberg: Vless
- Gümmer, M. & Döring, J. (2002). *Im Labyrinth des Vergessens: Hilfen für Altersverwirrte und Alzheimer-Kranke*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Haberstroh, J. (2008). *Berufliche psychische Belastungen, Ressourcen und Beanspruchungen von Altenpflegern in der stationären Dementenbetreuung*. Berlin: Logos
- 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* 3 (21), 191-197
- Haberstroh, J., Neumeyer, K., Schmitz, B. & Pantel, J. (2009). Evaluation eines Kommunikationstrainings für Altenpfleger in der stationären Betreuung demenzkranker Menschen (Tandem im Pflegeheim). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2 (42), 108-116
- 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* 5 (39), 358-364
- Kertesz, A. & Mohs, R.C. (1999). Cognition. In: Gauthier, S. (Hrsg.), *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease* (179-196). London: Martin Dunitz
- Kurz, A., Feldmann, R., Müller-Stein, M. & Romero, B. (1987). Der Demenzkranke ältere Mensch in der Familie: Grundzüge der Angehörigenberatung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 4 (20), 248-251
- 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* 1 (5), 21-32
- Neumeyer, K. (in Vorbereitung). *Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Seminars für pflegende Angehörige von Demenzkranken mit dem Ziel der Verbesserung der Lebenssituation der Angehörigen und der Demenzkranken*. Technische Universität Darmstadt: Dissertation
- Neumeyer, K., Haberstroh, J., Schmitz, B., Perels, F. & Pantel, J. (2006). *Kommunikations-TanDem – Kommunikationstraining für Angehörige von Demenzkranken*. *Trainingshandbuch*. Frankfurt: Eigenverlag

- Parasuraman, R., Greenwood, P.M., Haxby, J.V. & Grady, C.L. (1992). Visuospatial attention in dementia of the Alzheimer type. *Brain* 3 (115), 711-733
- Perry, R.J. & Hodges, J.R. (1999). Attention and executive deficits in Alzheimer's disease. A critical review. *Brain* 122, 383-404
- Romero, B. & Kurz, A. (1989). Kommunikationswege für Alzheimer. In: Roth, V. (Hrsg.), *Kommunikation trotz gestörter Sprache: Aphasie, Demenz, Schizophrenie* (129-141). Tübingen: Gunter Narr
- Rösler, M., Retz, W. & Thome, J. (1997). *Alzheimer Krankheit*. Weinheim: Beltz
- Rüttinger, B. & Sauer, J. (2000). *Konflikt und Konfliktlösen*. Leonberg: Rosenberger
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: Norton
- Wilz, G., Adler, C., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (1997). Konzeption, Durchführung und Auswertung von Tagebuchstudien am Beispiel pflegender Angehöriger von Demenzpatienten. In: Wilz, G. & Brähler, E. (Hrsg.), *Tagebücher in Therapie und Forschung* (79-116). Göttingen: Hogrefe
- Zsolnay-Wildgruber, H. (1997). *Alzheimer-Kranke und ihr primäres Bezugssystem: Grundlegende Untersuchungen für ein Kommunikationstraining pflegender Angehöriger*. Freiburg: Lambertus

SUMMARY: TAnDem-Communication – Communication Training for family caregivers of dementia patients.

The goal of TAnDem-Training is to improve communication competence of family caregivers with dementia patients. The intention is to improve the patients quality of life and to reduce the caregivers stresses and strains. Family caregivers learn about communicative strengths and weaknesses of dementia patients. In an expert team exchange strategies are developed how to support strengths and how to avoid weaknesses. TAnDem-Communication has been evaluated in several studies. The results prove effects on the patient's quality of life, communicative competence and the caregivers' stresses and strains. Positive effects on the patients' quality of life show that training family caregivers is a good alternative to intervention programmes addressed directly to the patients.

KEYWORDS: dementia – communication – family caregivers – training – intervention study

Korrespondenzanschrift

Dr. rer. nat. Julia Nicola Haberstroh
Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
60528 Frankfurt/M.
Heinrich-Hoffmann-Str. 10
julia.haberstroh@kgu.de