

**MARIANNE MUNCH**

Licensed Marte Meo Supervisor; Leiterin der Aus- und Fortbildungsabteilung des NKS Olaviken Alderspsykiatriske Sykehus, Bergen, Norway

März 2013 | Art. 32G

## Marte Meo-Beratung

### **Eine unterstützende Kommunikationshaltung gegenüber älteren Menschen mit eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten**



#### **Kurzdarstellung:**

*Nachdem ich seit mittlerweile fünf Jahren mit Marte Meo arbeite, möchte ich an dieser Stelle gerne einige meiner Erfahrungen mitteilen. Ich werde versuchen, die Notwendigkeit interaktiver Fähigkeiten zu vermitteln, wenn auf Menschen mit Demenz mit geringen Kommunikationsfähigkeiten und unverständlichem Verhalten zugegangen wird. Ich werde die Elemente unterstützender Kommunikation anhand von Interaktionsbeispielen aus Alltagssituationen beschreiben, auf die wir uns konzentrieren, wenn wir Filmausschnitte in Beratungsgesprächen besprechen. Wir werden unsere Aufmerksamkeit auch auf den Lernprozess der Pflegekraft in Beratungssitzungen richten. Des Weiteren werden Ergebnisse, zukünftige Herausforderungen, Einverständniserklärungen erwähnt.*

*Die Begriffe Patient, Bewohner, Mensch mit Demenz werden synonym benutzt.*

## 1. Einführung

Der Begriff Pflegekraft (*caregiver*) in der Langzeitpflege umfasst in Norwegen verschiedene Berufsgruppen wie examinierte Schwestern, Schwesterhelferinnen, Sozialerzieher und ungelernte Kräfte. Der Begriff herausforderndes Verhalten wird genutzt anstelle von Verhaltens- und psychologischen Symptome bei Demenz (BPSD).

Pflegekräfte von Demenzkranken müssen Fähigkeiten für den Umgang und die Kommunikation entwickeln, die die Würde und die Unversehrtheit des Menschen mit Demenz bewahren. Vermindertes Kommunikationsvermögen und Wahrnehmungsstörungen machen die Menschen mit Demenz in Interaktionsmomenten verletzlich. In den letzten Jahren hat es Forderungen gegeben, lösungsorientierte Methoden mit Blick auf die Stärkung der Interaktionsfähigkeiten von Pflegekräften zu vermitteln. An verschiedenen Kursen teilzunehmen, mag das Wissen der Pflegekräfte über Demenz vergrößern, aber das gewährleistet nicht, dass die Pflegenden dieses Wissen auch anwenden. Die Marte Meo-Methode ist ein Ansatz, der sich auf die guten Interaktionsmomente konzentriert. Das scheint die Beziehungs- und Interaktionsfähigkeiten der Pflegekraft zu verbessern und zu stärken. Wenn Pflegekräfte sich der unterstützenden Elemente der Kommunikations- und Interaktionsmomente bewusst werden und angeleitet werden, sie anzuwenden, scheinen die Initiativen und die Bewältigungsstrategien der Patienten zu steigen. Ein Rückgang von Verhaltensauffälligkeiten wird ebenfalls beobachtet.<sup>(1)</sup>

Wir nehmen an, dass die Pflegekräfte durch die Stärkung der Interaktionsfähigkeiten eine persönlichere und personenbezogenere Pflege entwickeln werden.<sup>(2)</sup> Eine am Menschen orientierte Pflege im Gegensatz zur aufgabenorientierten Pflege ermöglicht eine menschlichere Pflege von Menschen mit Demenz. Hoffentlich führt dies zu einer Verbesserung der Lebensqualität im Krankheitsverlauf.

### 1.1. Folgen der Demenz

Demenz umfasst eine Reihe von Hirnerkrankungen, häufigste Form ist die Alzheimer Krankheit (AD). Der Ausdruck Demenz wird in diesem Artikel für alle Formen der Demenz gebraucht. Demenz ist eine chronische Erkrankung, charakteristisch ist der fortschreitende Abbau der kognitiven, emotionalen und motorischen Fähigkeiten.<sup>(3)</sup> Die Erkrankung hat enorme Folgen für den Einzelnen. In der subjektiven Wahrnehmung sind die Folgen für den Einzelnen gewaltig. Der Verlust des verbalen Kommunikations-

vermögens stellt im Verlauf der Erkrankung eine Herausforderung für die Menschen mit Demenz, für die Familie und für die Pflegekraft dar. Eine Frau mit fortgeschrittener Demenz, deren Sprechvermögen abnimmt, drückt es so aus:

»... Nein. Ich kann... Was wollte ich machen... Nein, ich habe vergessen, was ich machen wollte. Da ist diese Sache, dass ich vergesse, was ich sagen wollte.«<sup>(4)</sup> Die Pflegekräfte beschreiben ihrerseits die Kommunikationsstörung als einen der anstrengendsten Faktoren in der Pflege von Demenzkranken.<sup>(5)</sup>

### 1.2. Die Kosten der Demenz

In Norwegen leben 40% der Menschen mit leichter bis fortgeschritten Demenz in Langzeitpflege.<sup>(3)</sup> Die Kompetenz der Pflegekraft in der Pflege Demenzkranker im Allgemeinen und speziell die Kommunikationsfähigkeiten mit Patienten mit Demenz haben Auswirkung auf jeden Einzelnen der 26.000 Menschen mit Demenz in Langzeitpflege. Die Gesundheitspflege für ältere Menschen mit Folgeerkrankungen ist eine sehr anspruchsvolle Tätigkeit. Allein in Norwegen werden die Kosten für die Pflege von Demenzkranken mit 2 Milliarden Dollar pro Jahr angesetzt. Laut den Ergebnissen von *Winblad et al.*<sup>(6)</sup>, die am 20. Juni 2005 bei einem Kongress der internationalen Alzheimervereinigung zur Vorbeugung von Demenz in Washington, D.C., vorgestellt wurden, betragen die Kosten weltweit für die Behandlung von Demenz etwa 195 Milliarden Dollar. Ebenfalls laut *Winblad et al.*<sup>(6)</sup>, ist die Pflege für Demenzkranke die kostenintensivste Erkrankung unserer Gesellschaft, die höhere Kosten verursacht als Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen zusammen.

Es sollte daher im gesamtgesellschaftlichen Interesse sein, sicherzustellen, dass diese Ressourcen effektiv eingesetzt werden, damit Patienten eine sowohl menschliche als auch professionelle Pflege erhalten.

## 2. Die Marte Meo-Methode

Unsere Erfahrung mit der Marte Meo-Methode im »NKS Olaviken Alderspsykiatriske Sykehus« (Erdal, Norway), einem gerontopsychiatrischen Krankenhaus begann um das Jahr 2000. Auch wenn Marte Meo schon in verschiedenen Bereichen eingesetzt wurde, in der Behandlung von Menschen mit Demenz kam sie 2000 in Norwegen noch nicht zum Einsatz. Eine Abteilung unseres Krankenhauses und sechs Stationen in Langzeitpflegeheimen wurden in dieses Pilot-

projekt mit einbezogen. Die Erfolge waren viel versprechend(?) und im Jahr 2003 wurde entschieden, mehr Aufwand in die Implementierung der Methode in Einrichtungen zu stecken. Die Ausbildungs- und Praktikumsabteilungen entwickelten ihre eigenen Marte Meo-Ausbildungsprogramme.

### 2.1. Entwicklungsunterstützende Elemente

Marte Meo ist eine Beratungsmethode, die auf der Entwicklungspsychologie basiert und auf Studien über Kommunikationselemente, die Teil der natürlichen Eltern-Kind-Interaktion sind. Sie nutzt Filmmaterial als Arbeitsinstrument.(6)

Marte Meo ist abgeleitet aus dem Lateinischen von »*mars, martis*« und bedeutet »aus eigener Kraft«. Die Methode wurde von Maria Aarts aus den Niederlanden entwickelt.(7) Sie studierte bis in alle Einzelheiten, wie gut funktionierende Eltern die Entwicklung ihrer Kinder in Alltagssituationen unterstützen und formulierte einige grundlegende Elemente der Kommunikation. »Rezepte der Natur« nennt *Maria Aarts* die entwicklungsunterstützenden Elemente, die in einer natürlichen und normalen Eltern-Kind-Interaktion sichtbar werden (Entwicklungsunterstützender Dialog). Als sie diese Elemente nutzte, die sie in der Interaktion mit autistischen Kindern entdeckt hatte, war die Wirkung erstaunlich.(7) Auf einfache und verständliche Weise diese Information Eltern und Pflegekräften vorzustellen und zu vermitteln, wurde eines ihrer Ziele.

Die Methode wurde um 1980 in den Niederlanden eingeführt und hat sich seitdem international verbreitet. Es entstand eine Vielfalt von Marte Meo-Programmen und -Zentren, die in so unterschiedlichen Länder wie Australien, Indien und Norwegen entwickelt wurden. Einige dieser Zentren haben Beratungsfunktion auf Regierungsebene.(8)

In Norwegen wurde die Methode um 1989 durch das Psychologische Institut der Universität Bergen eingeführt. In Skandinavien wurde die Methode in vielfältigen Bereichen angewandt: Mütter- und Gesundheitszentren, Tagesbetreuung, Jugendämter, Kindergärten, Schulen, Dienste für Menschen mit Entwicklungsstörungen, Familientherapie, Eheberatung, Psychiatrie und seit kurzem auch im Bereich der Pflege von Demenzkranken.

Theorien über Entwicklung von Säuglingen und Kindern wie auch Forschung über Säuglingsentwicklung bestätigen die Arbeit von *Maria Aarts*, auch wenn

sie selbst ihre Methode keiner Empirie noch Theorie zuordnet.(7)

In ihrem Buch »*The Marte Meo Method and Developmental Supportive Dialogues*« (Die Marte Meo-Methode und Entwicklungsunterstützungsdialoge) beschreiben *Hafstad* und *Øvreeide*, dass das Marte Meo-Modell auf der Idee eines natürlichen, prototypischen Entwicklungsprozesses zwischen Eltern und Kleinkindern aufbaut.(9) Sie beschreiben die Methode als speziell entwickelten Leitfaden, der die Kraft natürlicher Entwicklungsmodelle und natürlicher Entwicklungsunterstützungsdialoge sichtbar macht. Er ist zugeschnitten auf eine Aktivierung dialogischer Ressourcen der Erwachsenen in alltäglichen Beziehungsmomenten – bei Mahlzeiten, in Zubettge-situationen, bei Spielen, in alltäglichen »Krisen«, im Unterricht, in besonderen Unterrichtssituationen, das heißt in allen Interaktionen von Erwachsenen und Kindern.

### 2.2. Verbleibende Ressourcen bewahren

Der Entwicklungsunterstützungsdialog ist aufgeteilt in einige grundlegende Elemente oder Grundsätze der Kommunikation. Diese grundlegenden Elemente bestimmen das kommunikative Handeln auf Seiten der Eltern bzw. der Erwachsenen. Die Elemente werden einzeln oder zusammen genutzt, abhängig von den Bedürfnissen des Kindes in der spezifischen Interaktionssituation. Da sich die Beziehung zwischen Mutter/Vater und Kind auf die Entwicklung des Säuglings bzw. Kindes orientiert, ist der Dialog entwicklungs- wie auch unterstützungsorientiert. In der Pflege Demenzkranker liegt unser Augenmerk nicht auf Entwicklung sondern auf Bewahrung der verbleibenden Ressourcen des Menschen mit Demenz. Das geschieht, indem sein Bewältigungsverhalten gefördert und die Erfahrung der eigenen Identität gestärkt wird und durch die Unterstützung der schwachen Kommunikationsinitiativen, die Menschen mit Demenz in alltäglichen Situationen zeigen.

Für Pflegekräfte stellt das Deuten und Verstehen wollen, was Menschen mit Demenz auszudrücken ver suchen, oft eine Herausforderung dar. Wenn man in einem Interaktionsmoment verletzlich und völlig abhängig ist von der Hilfe anderer, sogar in den persönlichsten und intimsten Bereichen, dann richtet sich die Sensibilität dieses Menschen mit Demenzen auf die Qualität der Interaktionssignale. Es sind die Nuancen in der Stimme, das Tempo und die zeitliche

Abstimmung in einer Interaktion: ein ungeduldiger Blick, ein abwesender Ausdruck, die Gewandtheit; für diese Verhaltensweisen ist der Mensch mit Demenz empfänglich.(4)

### 2.3. Verhalten/Sprache eines Menschen mit Demenz kann verständlich werden

Wenn Menschen mit Demenz weder die Fähigkeit noch die Möglichkeit haben, das auszudrücken, was sie wollen und wie sie es wollen, wenn sie nicht konstruktiv reagieren können und wenn sie sich behandelt fühlen, als wären sie krank, haben sie kaum Wege, ihr Erleben auszudrücken. Das kann zu verbaler oder physischer Aggression führen. Herausforderndes Verhalten tritt nicht selten auf im Verlauf der Demenz.(5)

Trotz ihrer Sprache und der kognitiven Beeinträchtigungen, spürt man bei den meisten Menschen mit Demenz deutlich Wunsch und Wille, Bedeutendes auszudrücken und Bedeutung zu erfahren.(4) In einer Interaktionssituation bedeutet dies, dass die Pflegeperson dem Patienten in der Erwartung begegnen sollte, dass hinter jeglichem Verhalten des Patienten eine Intention liegt. Unverständliches Verhalten und Sprache können definiert werden als Symptome oder unbeabsichtigtes Verhalten. Mit dem richtigen Blick, mit der Fähigkeit, Gefühle und Erfahrungen zu teilen und mit Geduld, können das Verhalten und die Sprache eines Menschen mit Demenz verständlich werden.(10)

### 2.4. Keine leichte Aufgabe in Pflegeheimen

Es ist äußerst wichtig, Informationen über das persönliche Erleben des Patienten von seiner Krankheit zu haben, wenn die Interaktion zwischen Pflegeperson und Patient individuell gestaltet werden soll. Das gibt der Pflegeperson die Gelegenheit die Verzweiflung, den Ärger, die Resignation und die Isolation wahrzunehmen/zu teilen. Das ist keine leichte Aufgabe in Pflegeheimen, wo die Pflegekräfte den hohen Anforderungen an Produktivität Rechnung tragen müssen. Pflegekräfte sind häufig zwischen ihrem Gewissen und der Notwendigkeit hin und her gerissen, auf ihrer Station »mit der Arbeit voranzukommen«. In dieser Situation kann es geschehen, dass die Pflegenden das problematische Verhalten dem Charakter des Patienten zuschreiben.(4)

Die wahre Bedeutung des subjektiven Erlebens des Patienten wertzuschätzen, braucht mehr Aufmerk-

samkeit. Wie nehmen Patienten mit Demenz eine Situation wahr, in der sie vom Pflegepersonal nicht verstanden werden? Was sagen sie oder was drücken sie aus?

Sich nonverbal mit Hilfe von Körper und Mimik auszudrücken, ist oft ihre einzige Möglichkeit, dem Betreuer das eigene Erleben zu übermitteln. Auf der anderen Seite hat das Pflegepersonal auf einer geschäftigen Demenzstation viele Aufgaben zu erledigen. Die meisten Pflegekräfte, denen wir in unseren Marte Meo-Kursen begegnen, empfinden den aufrichtigen Wunsch nach guter Pflege der Patienten. Sie weisen darauf hin, dass sie häufig die Aufmerksamkeit auf viele Dinge gleichzeitig richten müssen. Das Verhalten und die Bedürfnisse mehrerer Patienten gleichzeitig zu deuten, ist keine leichte Aufgabe.

### 2.5. Marte Meo: Beobachten im Detail

In der Marte Meo-Beratung können die Mimik und das Verhalten eines Patienten im Detail beobachtet werden. Eine Filmbesprechung eröffnet die Möglichkeit, die nonverbalen Äußerungen zu lesen und über das Verhalten des Patienten nachzudenken. Sie ermöglicht auch, die Reaktionen des Patienten in einer spezifischen Situation auf das Verhalten der Pflegeperson zu sehen (Interaktionsanalyse), mit anderen Worten zu sehen, was die Botschaft hinter dem Verhalten ist.(9) Die Grundlage, um Bedürfnisse des Patienten in einer spezifischen Situation zu deuten, und das Wissen, wie diesen Bedürfnissen begegnet werden kann, sind die Elemente der unterstützenden Kommunikation (ESC: Elements of Supportive Communication). Diese Gelegenheit für Pflegekräfte, beim Patienten zu verweilen und über seine Mimik, seine Reaktionen und sein Verhalten nachzudenken, scheint auf ihrer Seite eine Neugier dafür zu wecken, was sie tun können, um die Situation des Patienten zu verbessern.(10)

## 3. Elemente der unterstützenden Kommunikation (ESC)

Die in der Arbeit mit Kindern angewendeten grundlegenden entwicklungsunterstützenden Elemente der Kommunikation können übertragen werden auf Elemente der unterstützenden Kommunikation in der Interaktion mit Demenzpatienten.(11)

### *3.1. Struktur und eine positive Atmosphäre steigern das Bewältigungsvermögen des Patienten und tragen zu einem Gefühl der Vorhersagbarkeit und Sicherheit bei*

Es ist wichtig, die Umgebung des Patienten zu gestalten. Das steigert die Möglichkeiten des Patienten zu verstehen, was vor sich geht.

*Ein Beispiel:* Wird der Patient beim Zähneputzen ans Waschbecken gesetzt anstatt dabei im Bett liegen gelassen, hat er bessere Chancen, die Zahnpflege-Situation wieder zu erkennen und zu verstehen. Vor Beginn einer Tätigkeit geht die Pflegeperson mit einem Lächeln oder einem freundlichen Gesicht auf den Patienten zu. Das trägt zu seiner emotionalen Sicherheit bei.

### *3.2. Die Pflegekraft strebt danach, die Aufmerksamkeit des Patienten auf etwas zu richten und zu bestätigen*

Die Pflegekraft erhält Informationen über die Bedürfnisse des Patienten, indem sie dem Aufmerksamkeitsfokus des Patienten folgt. Der Aufmerksamkeitsfokus kann auf die Pflegeperson, auf einen anderen Patienten, auf ein Objekt, das nichts mit der Situation zu tun hat oder auf ein inneres emotionales Erleben oder Bedürfnis des Patienten gerichtet sein.<sup>(12)</sup> Bestätigt der Pflegende den Aufmerksamkeitsfokus des Patienten verbal oder nonverbal, trägt dies zu einem Gefühl der Anerkennung bei, was möglicherweise zu einer Erwiderung des Patienten führt. Wenn der Patient etwas erwidert, richtet er seine Aufmerksamkeit auf die Pflegeperson. Das führt zu einem Moment gemeinsamer Aufmerksamkeit und einer Erwartungshaltung beim Patienten. Die Pflegekraft hat dadurch die Gelegenheit, eine Handlung anzukündigen.

*Ein Beispiel:* Während einer Mahlzeit, hört ein Patient auf zu essen und schaut auf etwas am Boden. Die Pflegeperson folgt dem Blick des Patienten und stellt fest, dass die Serviette des Patienten auf den Boden gefallen ist: »Ich sehe, dass deine Serviette auf dem Boden liegt.«

Wenn der Patient die Pflegeperson anschaut, hat sie seine Aufmerksamkeit und kann fortfahren: »Du kannst sie jetzt aufheben«, oder: »Ich kann sie für dich aufheben.«

Hätte die Pflegeperson dagegen darauf bestanden, dass der Patient weiter isst, anstatt einen gemeinsamen Fokus herzustellen, wäre der Patient möglicher-

weise ärgerlich geworden und hätte sich verbal und nonverbal aggressiv verhalten.

*Lone Bakke*<sup>(13)</sup>, eine dänische lizenzierte Marte Meo-Supervisorin mit großer Erfahrung in der Anwendung der Methode im Demenzbereich, betont die Bedeutung der gemeinsamen Aufmerksamkeit von Patient und Pflegekraft, bevor eine Handlung beginnt. Sie legt dar: Wenn eine Pflegeperson einen Menschen mit Demenz eine Tätigkeit aufzwingt, entweder indem sie eine bloße Anweisung gibt oder schon beginnt, ohne sich zu vergewissern, dass sie einen gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus haben, kann dies zu herausforderndem Verhalten führen. Der Mensch mit Demenz erhält so keine Gelegenheit zu verstehen, was geschieht. Das kann als bedrohlich erlebt werden, vor allem wenn es um die Intimsphäre des Menschen geht. Laut *Bakke*<sup>(13)</sup> und *Aarts*<sup>(7)</sup> stellen der Abbruch des gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus, die schlechte zeitliche Abstimmung der Interaktion, das fehlende Benennen der anstehenden oder auch der aktuellen Tätigkeit und das Fehlen einer Sprechmelodie einige der entscheidenden Beziehungsfaktoren dar, die zu herausforderndem Verhalten beitragen.

### *3.3. Der Patient erhält Unterstützung in einem Rhythmus zu bleiben, wenn die Pflegeperson die Initiativen des Patienten unterstützt und auf seine Reaktionen wartet*

Der Rhythmus von »Aktion und Reaktion« in einem Dialog und das »Sich-Abwechseln« von Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung dauern in der Regel so lange, wie es die involvierten Personen passend finden.

Benennt die Pflegeperson in einer Interaktion, worauf der Patient seine Aufmerksamkeit richtet, führt dies möglicherweise dazu, dass der Patient reagiert. Gibt die Pflegeperson dem Patienten Zeit zu reagieren, schafft sie Raum für weitere Kommunikation. Reagiert die Pflegeperson direkt auf die Reaktion des Patienten, verbal, durch einen Laut oder bloßes Nicken, erfährt der Patient ein Gefühl der Bestätigung. Diese Unterstützung kann dem Patienten ausreichend Vertrauen und Energie geben, um eine neue Initiative zu ergreifen und so weiter. Die Form, die dieser Dialog annimmt und der Prozess des »Sich-Abwechselns« haben ihren eigenen Wert. Einen höheren Wert als den verbalen Inhalt der Nachricht. Die Bedeutung eines Dialogs mag manchmal schwer zu verstehen sein, weil die Äußerungen des Patienten unverständlich sind. Durch das Wiederholen der Töne, Worte oder

Gesten des Patienten, bestätigt die Pflegeperson die Initiative des Patienten.

*Ein Beispiel:* Carl, ein Bewohner eines Pflegeheims, zeigt aggressives Verhalten während der Morgen-toilette, als die Pflegeperson ihm behilflich sein möchte, damit er sich selber waschen kann.

Carl sitzt auf dem Bettrand. Die Pflegekraft steht vor ihm und fragt: »Möchten Sie, dass ich Ihnen Ihr Gesicht waschen? Möchten Sie, dass ich Ihr Gesicht wasche?«

Carl sagt »Ja«, aber er weicht zurück, als die Pflegeperson beginnt, sein Gesicht zu waschen. Sein Gesichtsausdruck zeigt, dass er ärgerlich ist und er sendet Signale, dass er nicht kooperieren möchte.

Die Pflegeperson hört mit dem Waschen nicht auf, und Carl beginnt zu schreien und schlägt sie.

Einem Menschen mit fortgeschrittener Demenz, mit Sprechschwierigkeiten, Fragen zu stellen, konfrontiert ihn mit seinen beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten. Anders ausgedrückt, stellt man einem Patienten Fragen, die er nicht versteht, wird gerade der kranke Teil des Organismus herausfordert. Keine Fragen zu stellen, scheint für Pflegekräfte eine Herausforderung darzustellen: »Was möchten Sie essen? Müssen sie zur Toilette?«

Fragen zu stellen ist für viele Pflegekräfte ganz selbstverständlicher Teil ihres üblichen Kommunikationsmusters. In Fällen schwerer Demenz kann es eine Herausforderung darstellen, Fragen beantworten müssen. Auswahlmöglichkeiten zu haben, führt zu Verwirrung. Der Patient erkennt an der Stimme, dass eine Frage gestellt wird, aber häufig kann er den Inhalt der Frage nicht verstehen oder ist nicht mehr in der Lage, zu wählen. Wenn ein Patient erlebt, dass er nicht weiß, was von ihm verlangt wird, kann es gut sein, dass er mit Frustration und einem Abbruch der Kommunikation reagiert.

*Eine Idee einer Schwester in einer Marte Meo-Beratungssituation:*

In einer Marte Meo-Beratungssituation über den Film-ausschnitt von Carl auf dem Bettrand, hatte eine Schwester während des Reviews eine Idee, die sie ausprobieren wollte. Wir vereinbarten, sie solle ihre Idee in der nächsten Filmsituation ausprobieren. Im nächsten Film könnten wir dann überprüfen, welchen Effekt der Einsatz der unterstützenden Elemente in der gleichen Interaktionssituation hatte.

Carl sitzt wieder auf der Bettkante. Die Pflegerin sitzt vor ihm auf gleicher Höhe, damit er ihren Gesichtsausdruck sehen kann.

Die Tatsache, dass sie auf gleicher Höhe sitzt anstatt über ihm zu stehen, wird möglicherweise Einfluss auf das Erleben des Patienten von Macht oder Kontrolle haben. Ist es möglich, dass eine stehende Pflegeperson beim Patienten das Erleben von Macht und Kontrolle herausfordert? Ist es möglich, dass der Patient Ausdruck und Absicht der Pflegeperson leichter deuten kann, wenn diese sich auf gleiche Höhe begibt, und auf Armeslänge entfernt?

Die Pflegekräfte tauschen einige ihrer Überlegungen während des Filmreviews in der Beratungssituation aus. Wir sehen, wie die Schwester die Anfangssituation benennt. Sie sagt: »Carl, da ist etwas unter Ihrem Auge. Lassen Sie es uns wegmachen!«

Die Pflegerin wischt mit einem Waschlappen behutsam »etwas« von seiner rechten Wange ab. Carl weicht nicht zurück, er sitzt ganz still und die Schwester sagt: »Ja, und von Ihrer linken Wange.«

Carl sitzt weiterhin still.

Die Pflegerin sagt: »Aaaaah, merken Sie, wie gut das tut?«

Carl bewegt sein Gesicht auf ihre Hand mit dem Waschlappen zu, er schließt seine Augen und sagt irgendetwas Unverständliches.

Die Pflegerin bestätigt, dass sie ihn gehört hat, indem sie »Ja« sagt, während sie fortfährt, sein Gesicht gründlich zu waschen.

Carl sagt: »Das ist etwas anderes.«

Die Pflegerin wiederholt: »Etwas anderes.«

Carl sagt: »Mach das jeden Tag.«

Die Pflegerin bestätigt: »Ja, das machen Sie jeden Tag.«

Im Verlauf dieses Dialogs schließt Carl manchmal die Augen und manchmal öffnet er sie und schaut die Pflegerin an. Die Interaktion setzt sich in diesem Rhythmus fort, ohne einen Moment herausfordernden Verhaltens.

*3.4. Dem Patienten werden Beginn und Verlauf von Aktionen und Ereignissen benannt.*

*Der Patient erhält schrittweise Bestätigung im Verlauf der Handlung*

Handlungen zu benennen, sowohl die der Pflegekraft als auch die des Patienten, gibt dem Patienten die Chance zu verstehen, was vor sich geht. Es ist für den Patienten einfacher, sich zu konzentrieren, wenn

die Handlung schrittweise benannt wird, und nicht mehrere Anweisungen in lange Sätze verpackt werden. Sonst kann er sich in all den Anweisungen verlieren. Leiten und Folgen im Gleichgewicht halten und die Aufmerksamkeit des Patienten auf die Situation hier und jetzt aufrecht halten, beugt Verwirrung vor. Einen Handlungsablauf in kleine Sequenzen unterteilen, den Handlungen Worte geben, und schließlich den Patienten bestätigen, wenn er seine Handlungen ausgeführt hat, scheint dem Patienten ausreichend Selbstvertrauen und Energie zu geben, fortzufahren. Die Pflegeperson sagt beispielsweise: »Anne, hier ist Ihre Gabel.«

Wenn Anne die Gabel anschaut, sagt die Pflegeperson: »Sie können sie halten.«

Wenn Anne die Gabel nimmt, fährt sie fort: »Gut. Jetzt können Sie Butter auf dein Brot schmieren.«

Während Anne ihr Brot schmiert, bestätigt die Pflegeperson Annes Verhalten und sagt: »Ja. Gut.«

Oder sie kann sagen: »Jetzt schmieren Sie Ihr Brot, gut.«

Falls Anne selbst aufhört, sobald die Aufgabe erledigt ist, sagt die Pflegekraft: »Schön, jetzt können Sie Ihr Brot schneiden.«

Während sie ihr Brot schneidet, kann die Pflegeperson bestätigend nicken, aufmunternd lächeln und sagen: »Ja, das ist richtig.«

### 3.5. Die Pflegeperson denkt über die Gefühle des Klienten nach

Im Review von Filmausschnitten sehen wir den Gesichtsausdruck der Patientin und die nonverbalen Reaktionen, wenn sie die Situation bewältigt hat. Die Pflegerin sieht das Lächeln der Patientin, als sie Bestätigung erfährt. Für Pflegekräfte ist das die Bestätigung, dass sie das Richtige im richtigen Moment tun. Für die Entwicklung von Empathie und Verständnis ist es wichtig, bei den ruhigen Bildern eines Ausschnitts zu verweilen, da sie deutlich die emotionale Reaktion der Patientin zeigen. Das gibt der Pflegekraft die Gelegenheit, darüber nachzudenken, was die Patientin genau in diesem Moment denkt. Wie ist es, Anne zu sein, genau in diesem Moment, wenn sie lächelt. Oder, wie ist es Carl zu sein, genau jetzt, wenn er schreit und wütend guckt?

Schließen die Pflegekräfte ihre Augen während des Reviews, wenn Carl schreit und wütend guckt, hören sie die emotionale Färbung der Stimme des Patienten. Sie werden feststellen und verstehen, dass die Schreie der Patienten möglicherweise ihre Ängste

und Sorgen ausdrücken.

Die Körpersprache des Patienten gibt der Pflegekraft Aufschluss darüber, ob ihre Herangehensweise erfolgreich war.

### 3.6. Der Patient erhält Unterstützung, eine Handlung zu beginnen und zu beenden

In sozialen Situationen gibt es einen kontinuierlichen Rhythmus von Beginn, Austausch und Beenden einer Interaktion. Bei fortgeschrittener Demenz ist die Fähigkeit zu beginnen und aufzuhören, reduziert. Um den Patienten in diesem Prozess zu unterstützen, sollte die Pflegeperson den Patienten eine Handlung zu Ende bringen lassen, bevor eine neue Handlung begonnen wird. Um das Ende einer Handlung deutlich zu machen, sind die Sprechmelodie und das Timing sehr wichtig. Wenn eine Handlung zu Ende geht, signalisiert die Pflegekraft das durch Senken der Stimme. Wenn eine Handlung beginnt, signalisiert sie das durch die Wahl höherer Töne.

### 3.7. Der Patient erhält Unterstützung, sich anderen gegenüber zu präsentieren, in dem die Pflegeperson Aktion und Reaktion von ihm und seinen Mitpatienten benennt

In der Langzeitpflege erleben wir häufig, dass sich bestimmte Kommunikationsmuster durch die Eins-zu-Eins-Kommunikation mit den Patienten herausgebildet haben. Patienten mit fortgeschrittener Demenz und geringen Kommunikationsfähigkeiten ergreifen nicht die Initiative, sich miteinander zu unterhalten. Wenn die Pflegekraft Patienten einander vorstellt und dabei Verbindungen zu spezifischen Gegebenheiten der Situation herstellt, fördert sie die Bereitschaft, an sozialer Interaktion teilzunehmen.

Die Pflegeperson regt soziale Interaktion an, indem sie sagt: »Mrs. Wilson...«

Die Pflegekraft wartet; ist die Pflegekraft sich ihrer Aufmerksamkeit sicher, fährt sie fort: »Mr. Carr, der neben Ihnen sitzt, möchte noch Kaffee.«

Die Pflegeperson wartet ab, ob Mrs. Wilson die Initiative ergreift, um den Kaffee weiter zu reichen. Macht sie es nicht, sagt die Pflegeperson: »Die Kaffeekanne steht rechts von Ihnen.«

Um die Nachricht zu bekräftigen, kann sie auf die Kaffeekanne zeigen, während sie es sagt.

Reicht Mrs. Wilson Mr. Carr die Kaffeekanne, kann die Pflegerin sagen: »Mr. Carr, Mrs. Wilson reicht Ihnen die Kaffeekanne.«

Mr. Carr könnte sagen: »Danke.«

Tut er es nicht, bestärkt die Pflegerin Mrs. Wilson und

sagt: »Das war freundlich von Ihnen, Mrs. Wilson. Ich sehe, Mr. Carr ist Ihnen sehr dankbar.«

### 3.8. Das Bedürfnis des Patienten nach Körperkontakt

Der Patient braucht möglicherweise Anleitung bei der Bewältigung einer Aufgabe, wenn er verbale Anweisungen nicht mehr verstehen kann. Darüber hinaus haben einige Patienten mit Demenz ein größeres Bedürfnis nach Körperkontakt. Eine Pflegeperson, die nah beim Patienten sitzt und einen Arm um ihn legt oder seine Hand hält, wird möglicherweise sein Sicherheitsgefühl vergrößern. Andere Patienten fühlen sich bei dieser Nähe nicht wohl. Das Bewusstsein, dass Patienten individuelle Bedürfnisse nach Körperkontakt haben, ist eine Möglichkeit, die Würde des Patienten aufrecht zu erhalten.

## 4. Reviews von Filmsequenzen

Im Verlauf der Videoberatung sehen wir kurze Videosequenzen von fünf bis zehn Minuten einer Interaktion von Patienten und Pflegepersonen aus einer Alltagssituation, die als schwierig beschrieben wird. Der Marte Meo-Berater hebt solche Momente hervor, in denen die Reaktion des Patienten auf die Aktion der Pflegeperson zu einer Lösung führen anstatt Momente zu betrachten, die fehlende Fähigkeiten der Pflegeperson zeigen.

Die richtigen Interaktionsmomente einer Pflegeperson zu unterstützen, scheint ihre Beziehungs- und Interaktionsfähigkeiten zu verbessern. In der Interaktionsanalyse richten wir unser Augenmerk auf die verbalen und nonverbalen Äußerungen des Patienten. Was versucht der Patient uns zu vermitteln? Was drückt das Verhalten des Patienten aus?

Wir versuchen, die Bedürfnisse des Patienten zu erkennen und den Weg, wie diese Bedürfnisse im Licht der Elemente der unterstützenden Kommunikation erfüllt werden können. Wir heben das Bewältigungsvermögen hervor und die Zeichen von Zufriedenheit, wenn die Bedürfnisse befriedigt wurden.

Wenn wir diese Wirkung auswerten, schauen wir nach Veränderungen im Verhalten der Pflegeperson und des Patienten.<sup>(14)</sup>

Normalerweise brauchen wir drei Reviews für ein Interaktionsproblem, aber manchmal sind die Lösung und der Umgang mit dem Problem schon nach einer Review-Sitzung durchführbar. Zu anderen Zeiten sind mehr als drei Review-Sitzungen notwendig.

### 4.1. Positive Reaktion der Pflegekräfte

Die Wirkung und die Erfolge kommen in den Filmausschnitten klar zum Ausdruck. Das Benennen der Anfangs- und der laufenden Situationen geschieht häufiger und es werden weniger Fragen gestellt. Die Pflegekräfte haben zunehmend das Gefühl, der Interaktion mit dementiellen Patienten gewachsen zu sein. Sie setzen die Elemente unterstützender Kommunikation auch bei anderen Patienten ein. Sie sagen, sie nehmen die Reaktionen und Bedürfnisse der Patienten eher wahr und sind neugierig darauf. Wir beobachten eine Verminderung herausfordernden Verhaltens der Patienten; dies wird sowohl im Film dokumentiert als auch an seinem Verhalten festgestellt. Die Pflegekräfte berichten, dass der Patient häufiger Initiativen in sozialen Interaktionen ergreift und dass einige von ihnen bei der Mahlzeit mehr essen.

### 4.2. Die Qualität der Interaktion sichern

Nach Angaben der leitenden Schwester einer der Langzeitpflegestationen, die die Methode seit 2002 systematisch einsetzen, haben die Mitarbeiter die unterstützenden Elemente der Kommunikation so in ihre Arbeit integriert, dass sie in den meisten alltäglichen Interaktionsmomenten genutzt wird. Für jeden Patient, der spezielle Bedürfnisse in Bezug auf die Kommunikation hat, wird ein Patientenblatt angelegt. Dieses Patientenblatt beschreibt die Elemente der unterstützenden Kommunikation, die in einer bestimmten Situation besonders nützlich sind und wie sie angewandt werden können. Sie brauchen nicht mehr bei jeder Besprechung Filmausschnitte hinzuzuziehen, weil alle festangestellten Mitarbeiter ein Bewusstsein für die Reaktionen der Patienten entwickelt haben. Vor dem Urlaub werden die Filmausschnitte mit den geeigneten Lösungen besprochen, damit neue Pflegepersonen die Qualität der Interaktion sicherstellen können.

Immer wenn Pflegepersonen von dem im Patientenblatt beschriebenen Verhalten abweichen, zeigen einige Patienten herausforderndes Verhalten oder es kommt zu anderen Reaktionen, die einen Kommunikationsabbruch anzeigen.

Eine examinierte Krankenschwester auf dieser Station ist eine zertifizierte Marte Meo-Beraterin und die Pflegeleitung nimmt zurzeit am Marte Meo-Ausbildungsprogramm teil. Beide Mitarbeiterinnen setzen die Marte Meo-Methode ein, damit die Mitarbeiter ihre Haltung und ihre Interaktionsfähigkeiten entwickeln

und aufrechterhalten können. Zur Auswertung der Auswirkungen der Marte Meo-Methode oder anderer Interventionen, die zur Bewältigung von herausfordernden Problemsituationen eingesetzt werden, dokumentiert die Station das Verhalten des Patienten eine Woche vor und eine Woche nach der Intervention.

## 5. Einverständnis einholen

Unser Krankenhaus hat in Zusammenarbeit mit dem Berater des Chief Administrative Health Office ein Formblatt entwickelt, mit dem die Angehörigen von Patienten mit schwerer Demenz ihre Zustimmung für das Filmen geben können, weil die Patienten selbst nicht mehr die Bedeutung und die Konsequenzen dieses Vorgangs beurteilen können. Der zuständige Arzt ermisst die Einverständnisbefugnis. Die Videoaufnahmen sind sehr sensibles Material und werden daher in den Krankenbericht des Patienten mit aufgenommen.

## 6. Zukünftige Herausforderungen

Bis heute ist wissenschaftliche Forschung über die Wirksamkeit der Marte Meo-Methode selten.<sup>(14, 15)</sup> Es gibt aber einige Studien. Eine Doktorarbeit (PhD) wurde von der Dozentin und psychiatrischen Krankenschwester *Rigmor E. Alnes* am University College in Ålesund, Norwegen durchgeführt. Die Studie untersucht die Wirkung des Einsatzes der Marte Meo-Methode in einer Demenzabteilung eines Pflegeheims.

- *Maria Aarts-Randnotizen:* Dieser Artikel wurde 2005 von Marianne Munch geschrieben. Das Marte Meo Handbuch, 2. und 3. Ausgabe<sup>(16)</sup>, und mehrere Artikel des MARTE MEO Magazines zeigen bereits, dass sich die Situation seit 2005 in Bezug auf Forschung und Veröffentlichungen zusehends verändert hat. Zum damaligen Zeitpunkt war wissenschaftliche Forschung über die Wirksamkeit der Marte Meo-Methode noch recht selten. Es gab zwar mehrere Studien in Europa, die Quellen waren jedoch nur schwer zugänglich.

Inzwischen liegen Dutzende von Studien vor. Besonders hervorheben möchte ich die folgenden: Colette O'Donovan: Marte Meo-Training in Kommunikationsfähigkeiten: Erfahrungen von Public Health Nurses.<sup>(17)</sup> Auf Englisch: Public Health Nurses' Experiences of Training in Marte Meo Communication Skills.<sup>(18)</sup>

Die im Artikel erwähnte Untersuchung von Rigmor E. Alnes ist mittlerweile abgeschlossen und veröffentlicht:

Rigmor Einang Alnes, Marit Kirkevold, Kirsti Skovdahl: »*Insights gained through Marte Meo counselling: experiences of nurses in dementia specific care units.*«<sup>(19)</sup>

## Literaturhinweise:

- (1) LUNDE, L.H.; HYLDOM, I. *Samspill i focus*. Aldring og Livsløp 4, 8-11, 2002.
- (2) KITWOOD, T. *Dementia reconsidered – the person comes first*. Buckingham: Open University Press, 1997.
- (3) ENGEDAL, K.; HAAUGEN, P.K. *Demens. Fakta og utfordringer*. Sem: INFO-Banken, 2004.
- (4) WOGN-HENRIKSEN, K. *Siden blir det vel verre...* Sem: INFO-Banken, 1997.
- (5) RIPICH, D. *Functional communication with AD patients: A caregiver training program*. Alzheimer Disease and Associated Disorders 8, 1994.
- (6) WINBLAD, B. ET SEQ. *Worldwide Alzheimer's care carries staggering costs: 28 million suffer at a direct care cost of \$156 billion annually*. In: Health Day News, 6 by A. Mozes, Washington (DC), 2005.
- (7) AARTS, M. *Marte Meo. Basic Manual* (1. Ausgabe). Harderwijk: Aarts Productions, 2000. (2. Ausgabe wurde 2008 veröffentlicht. M.A.)
- (8) Siehe Kap. 2.3 in »*Marte Meo – Basic Manual*«, 2. Ausgabe von MARIA AARTS, ISBN 978-90-75455-16-8, S. 67ff; Eindhoven: Aarts Publications (2008). Und weiterhin von MARIA AARTS: »*Marte Meo – Ein Handbuch*«, 3. Ausgabe, Kap. 3, S. 87ff; Eindhoven: Aarts Productions (2011).
- (9) HAFSTAD, R.; ØVREEIDE, H. *The Marte Meo Method and developmental supportive dialogues*. Harderwijk: Aarts Productions, 1996.
- (10) SABAT, S. *Excess disability and malignant social psychology: A case study of Alzheimer's disease*. Journal of Community & Applied Social Psychology 4, 1994.
- (11) HYLDOM, I.; NORDHUS, I.H.; HAFSTAD, R. *Marte Meo: En veiledningsmetode anvendt i demensomsorgen*. Tidskrift for den Norske Psykologforening 41 (2004), S. 16-20.
- (12) HAFSTAD, R. *Funksjonsstøttende kommunikasjon med eldre som har svake og vanskelig tolkbare signaler*. IFRU-compendium 4, 2002.
- (13) BAKKE, L. *Marte Meo makes care for demented people manageable and satisfactory*. MARTE MEO

Magazine 2005/2 (Vol. 31), S. 17-22.

- (14) KRISTENSEN, H.I. *Use of the Marte Meo Method in Danish Public Health Care: Effect and process evaluation*. MARTE MEO Newsletter 2003/27, S. 5-25.
- (15) SOLLIED, S. *En analyse av samspillet mellom et døvblindfødt barn og hans mor*. Virum DK; Vicom, 1998.
- (16) AARTS, MARIA. *Marte Meo – Ein Handbuch*, 2. Ausgabe, ISBN 978-90-75455-14-4; Eindhoven: Aarts Productions (2009), und: AARTS, MARIA. *Marte Meo – Ein Handbuch*, 3. Ausgabe, ISBN 978-90-75455-26-7; Eindhoven: Aarts Productions (2011).
- (17) O'DONOVAN, COLETTE (2013, Deutsche Übersetzung). *Marte Meo Magazine* 2013, Art. 26G. Eindhoven: Aarts Productions, 2003. (Siehe Website: <http://www.martemeo.com/de/magazine/>).
- (18) O'DONOVAN, COLETTE (2012, englische Urfassung). *Marte Meo Magazine* 2012, Art. 26E. Eindhoven: Aarts Productions, 2002. (Siehe Website: <http://www.martemeo.com/en/magazine/>).
- (19) ALNES, RIGMOR EINANG et al.: *Insights gained through Marte Meo counselling: experiences of nurses in dementia specific care units*. International Journal of Older People Nursing. 2011; 6(2): 123-32.

#### HAUPTSTICHWORT:

Demenz

#### NEBENSTICHWÖRTER:

- Ältere Menschen
- Interaktion, alltägliche
- Kommunikationsfähigkeit, schwache
- Kommunikationsfähigkeit, unterstützende
- Review
- Senioren

#### Kurzwörter:

- |          |  |
|----------|--|
| AD       | Alzheimer's Disease (Alzheimer Krankheit)  |
| BPSD     | Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (Psychische und Verhaltensstörungen bei Demenz) |
| Dr. med. | Dokter der Medizin   |
| ESC      | Elements of Supportive Communication (Elemente unterstützender Kommunikation)                      |
| MSc      | Master of Science in Clinical Research   |
| PhD      | Doctor of Philosophy   |

#### Weitere Informationen:

**MARIANNE MUNCH, MSC** | Geriatriefachkraft; Licensed Marte Meo Supervisor; Leiterin der Aus- und Fortbildungsabteilung des NKS Olaviken Alderspsykiatriske Sykehus, Bergen, Norwegen

Tel.: (+47)-(0)56 15 10 58 (oo)  
 E-mail: [marianne.munch@olaviken.no](mailto:marianne.munch@olaviken.no)  
 Website: [www.olaviken.no](http://www.olaviken.no)

© 2013, Marianne Munch | Bergen & Aarts Productions | Eindhoven

This »MARTE MEO Magazine« article is copyrighted. The moral right of the author has been asserted. For information, mail to the publisher: [aartsproductions@martemeo.com](mailto:aartsproductions@martemeo.com)

**Deutsche Übersetzung:** Dr. med. URSULA BECKER & MADELEINE BELL.

Die Erstveröffentlichung dieses Artikel erfolgte auf Englisch in: *Marte Meo Magazine* 2006/1, Vol. 34, S. 4-14; auf Deutsch in: *Marte Meo – Ein Handbuch*, 2. Ausgabe (2009), S. 148-160. ISBN 978-90-75455-14-4.

#### Zitierweise:

Marianne Munch, »Eine unterstützende Kommunikationshaltung gegenüber älteren Menschen mit eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten«, *Marte Meo Magazine* 2013, Art. 32G, S. ...