

Clinical (Short) Topic

**Kommunikation bei Demenz –  
Zusammenfassung einer  
narrativen Literaturübersicht**

Accepted: September 16, 2024

DOI: 10.61872/sdj-2024-04x-02

2024, Vol. 134

CC BY-ND 4.0

**Sheila Pellegrino<sup>1</sup>, Christian Emanuel Besimo<sup>1\*</sup>**

<sup>1</sup> Klinik für Oral Health & Medicine, Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel UZB, Universität Basel, Schweiz

\*Correspondence: Prof. Dr. med. dent. Christian E. Besimo, Klinik für Oral Health & Medicine, Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel UZB, Mattenstrasse 40, 4058 Basel. email: [christiane.besimo@unibas.ch](mailto:christiane.besimo@unibas.ch)

**Keywords**

Demenz, Kommunikation, Musikintervention, mono- und multisensorische Stimulation, Kommunikationstraining, Validierung

## **Abstract**

A scoping review investigated the effectiveness of different communicative interventions for patients with dementia. It demonstrated that communication between caregivers and dementia patients is improved by music, multisensory stimulation, and communication training. As a result agitation, mania, fear, anger and corrective touching are reduced, and fluency, spontaneous speech, eye contact, smiling and affective touching are enhanced. The recommendations, summarized in a fact sheet, also contribute to improved therapeutic decision making with bystanders and oral health of people with dementia.

## **Zusammenfassung**

Eine standardisierte Literaturrecherche untersuchte die Wirksamkeit unterschiedlicher kommunikativer Interventionen bei an Demenz erkrankten Menschen. Sie vermochte nachzuweisen, dass die Kommunikation zwischen betreuenden Fachpersonen und Demenzkranken durch Musik, multisensorische Stimulationen sowie Kommunikationstraining verbessert wird. Agitation, Wahn, Angst, Ärger und korrigierende Berührungen traten in der Folge reduziert auf. Redefluss, Sprachkompetenz, spontane Wortmeldungen, Blickkontakt, Lächeln und affektive Berührungen werden gefördert. Die in einem Merkblatt zusammengefassten Empfehlungen tragen zudem zu einer Verbesserung der therapeutischen Entscheidungsfindung mit Beiständen sowie der Mundgesundheit von Menschen mit Demenz bei.

## Einleitung

Neuropsychiatrische Erkrankungen treten im Alter sehr häufig auf (RAINER 2018). Mehr als 60 % der 65-jährigen und älteren Menschen sind von dementiellen Syndromen und /oder oft auch von anderen psychischen Erkrankungen wie Depression (> 30 %) betroffen. Die Prävalenz von Demenzen nimmt infolge der zunehmenden Zahl älterer Menschen exponentiell zu, obwohl das Risiko einer Demenz aufgrund der sich verbessernden Gesundheitsprävention sowie durch das steigende Bildungsniveau und die aktivere Lebensführung der Älteren sinkt (SATIZABAL ET AL. 2016). Demenzerkrankungen stellen deshalb eine grosse soziale und medizinische Herausforderung für die Zukunft dar (HÖPFLINGER 2020).

Lediglich rund die Hälfte der Menschen mit Demenz haben eine Diagnose (ALZHEIMER SCHWEIZ 2020). Aus diesem Grund genügt es im Rahmen der regelmässig wiederholten Anamneseerhebung nicht, lediglich nach dem Vorhandensein dieser Krankheit zu fragen. Vielmehr sind zahnmedizinische Teams in zunehmendem Mass gefordert, Veränderungen der Kognition alternder Menschen möglichst frühzeitig selbst wahrzunehmen, um eine präventionsorientierte Langzeitbetreuung aufrechterhalten und die heute bei Demenz nach wie vor vorherrschende, palliative Therapiestrategie möglichst vermeiden zu können (BESIMO 2017).

Die demographische Bedeutung von Demenzerkrankungen und der damit verbundenen kognitiven sowie neuropsychiatrischen Symptomatik zeigen mit aller Deutlichkeit auf, dass die zahnärztliche Alltagspraxis sich dringend dieser wachsenden Herausforderung stellen muss. Alle zahnmedizinischen Berufsgruppen stehen dabei nicht nur vor komplexen diagnostischen und therapeutischen Aufgaben, sondern werden zuallererst mit kommunikativen Herausforderungen konfrontiert, die bewältigt werden müssen, um die orale Betreuung dieser Menschen überhaupt nachhaltig sicherstellen zu können (BESIMO-MEYER 2015).

Die vorliegende Arbeit beruhte auf einer Masterarbeit zum Thema «Kommunikation mit an Demenz erkrankten Menschen im zahnmedizinischen Kontext». Diese untersuchte die Wirksamkeit unterschiedlicher kommunikativer Interventionen im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen. Anhand der Resultate konnte aufgezeigt werden, wie durch gezielten Einsatz von Musik, mono- und multisensorische Stimulationen sowie Kommunikationstraining die zwischenmenschlichen Herausforderungen bei Demenz im zahnmedizinischen Praxisalltag bewusster und erfolgreicher bewältigt werden können (PELLEGRINO & BESIMO 2023). Die Ergebnisse sind in dieser Arbeit zusammengefasst.

## Ausgewertete Studien

Für die Suchstrategie wurden die Begriffe «communication», «dementia» und «nursing home» verwendet. Dentale Suchwörter (dental office, dental practice, dental clinic, gerodontology) bewirkten bei der Literaturrecherche keine zusätzlichen Treffer. Dieser Sachverhalt wies darauf hin, dass das Bewusstsein für kommunikative Herausforderungen bei der Betreuung von Menschen mit Demenz im zahnmedizinischen Kontext nach wie vor fehlt.

In diese Literaturübersicht wurden kontrollierte klinische Studien (controlled clinical trials) und randomisiert kontrollierte klinische Studien (randomized controlled trials) einbezogen. Für die vergleichende Diskussion wurden zudem Meta-Analysen und systematische Reviews eingeschlossen. Die Literaturrecherche wurde auf den Zeitraum zwischen 01.01.2000 und

31.08.2021 festgelegt und erfolgte über die Datenbank PubMed. Die in diese systematische Literaturübersicht eingeschlossenen experimentellen Studien mussten Methoden untersuchen, die die Verbesserung der Kommunikation mit an Demenz erkrankten Menschen im medizinischen oder institutionellen Kontext zum Ziel hatten. Die untersuchten Verfahren mussten zudem in den zahnmedizinischen Praxisalltag übertragbar sein. Die in dieser Arbeit inkludierten Studien sollten weiter eine Kontrollgruppe aufweisen, die mit interventionellen Gruppen verglichen wurde. Im Zentrum dieser Literaturübersicht standen (zahn-) ärztliche bzw. pflegende Fachpersonen sowie von Demenz betroffene Menschen, die die Kommunikation im Praxisalltag durch ihre Erkrankung zu einer speziellen Herausforderung machten. Die eingeschlossenen Studien mussten Ergebnisse über die Verbesserung der Kommunikation zwischen Fachpersonen und Menschen mit Demenz im Vergleich zur Kontrollgruppe ergeben. Dabei sollten objektiv messbare Parameter verwendet werden, die auch validierte Fragebögen umfassen konnten. Methoden und Ergebnisse mussten in den zahnmedizinischen Praxiskontext übertragbar sein.

### **Ergebnisse und Diskussion ihrer Bedeutung für die Praxis**

Die Auswertung der Studien ergab, dass bei Menschen mit Demenz eine randomisierte Zuteilung der Testpersonen in Untersuchungsgruppen problematisch war, da etablierte Beziehungen zwischen Pflegenden und Kranken das Wohlbefinden in einer Pflegeeinrichtung förderten. Es bestand deshalb die Gefahr, dass ein durch Randomisierung bedingter Wechsel der Bezugspersonen die Studienergebnisse negativ beeinflussten (HELD 2013). Eine Randomisierung schuf zudem oft Probleme bei der Abstimmung der Arbeitspläne der Pflegekräfte mit den Studienprotokollen, was wiederum Auswirkungen auf das Wohlbefinden der von Demenz Betroffenen haben konnte. Deshalb wurden auch Studien in die Untersuchung einbezogen, die auf eine Randomisierung verzichtet hatten. Aus dem Pool von initial 97 erfassten Publikationen wiesen deshalb nur acht der ausgewerteten 18 Studien eine Verblindung auf (Abb. 1). Davon waren sechs doppelt und zwei einfach verblindet. Nur in sechs Studien wurde eine Aussage zur Verlustrate von Versuchspersonen gemacht. Diese betrug zwischen 0.8 % (VAN WEERT ET AL. 2005) und 33.3 % (VAN DIEPEN ET AL. 2002). Die Hauptgründe waren Todesfälle und akute Verlegungen in Krankenhäuser. In keiner dieser sechs Untersuchungen führte ein fehlendes Zurechtfinden mit den Studienbedingungen zu einer Verweigerung der Kooperation durch Menschen mit Demenz. Die 18 Studien liessen sich in drei Interventionsgruppen unterteilen (Tab. 1). Die unterschiedlichen Interventionen führten zu einer Verbesserung der Kommunikation der Fachpersonen mit den an Demenz erkrankten Menschen.

#### *Musikintervention*

Musik wurde in vier Studien als alleinige Stimulation oder in Kombination mit anderen Sinnesreize eingesetzt und erwies sich als eine wichtige Intervention in der Kommunikation mit Betroffenen. Denn selbst Menschen mit einer stark fortgeschrittenen Demenzerkrankung reagieren gut auf musikalische Reize (ROTHGANG & MÜLLER 2021). Der Einsatz von Musik reduzierte Agitation, Wahn, Angst, Apathie und Reizbarkeit der Menschen mit Demenz und induzierte ein Lächeln (SUNG ET AL. 2006, RAGLIO ET AL. 2008). Zudem wurden mit Musik Re-  
defluss und positive Reaktionen wie spontane Wortmeldungen gefördert (BROTONS & KOGER

2000). Durch Auswahl individuell bevorzugter Musik konnte dieser Effekt verstärkt werden. Weiter war es möglich, durch Musikintervention die Verordnung von Medikamenten zu reduzieren.

Die eigene klinische Erfahrung hat gezeigt, dass empathisches Summen bzw. Gesang auch im zahnmedizinischen Kontext eine einfache und immer verfügbare Ressource zur Förderung der Kooperation von Menschen mit Demenz darstellt. Sollte Musik zur Linderung z. B. von Unruhe oder Bewegungsdrang nicht ausreichen, sollen diese Verhaltensweisen vorerst akzeptiert und durch einen Rundgang in den Praxisräumlichkeiten befriedigt werden, um danach mit Hilfe z. B. von empathischem Summen oder Singen eines Liedes eine Behandlung eher fortführen zu können. Dagegen ist Argumentieren als Versuch zur Regulation der subjektiven Realität, in der sich Menschen mit Demenz gerade befinden, nicht hilfreich und deshalb konfliktfördernd. In diesem Zusammenhang ist die Erkenntnis wichtig, dass positive Interaktionen mit Pflegenden sich als bedeutender für das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz erwiesen haben als der Schweregrad der Erkrankung selbst (RIDDER ET AL. 2013).

### *Multi- und monosensorische Stimulation*

Die multisensorische Stimulation, also die gleichzeitige und gleichbedeutende positive Reizung mehrerer Sinne, auch Snoezelen (Holländisch) genannt, wirkte sich ebenfalls positiv auf die Kommunikation mit von Demenz betroffenen Menschen aus. Drei Studien befassten sich mit dieser Interventionsart. Je mehr gleichbedeutende positive Sinnesreize (Synchronie) regelrecht aufeinander folgend eingesetzt wurden, desto eher konnte kooperatives Verhalten der Menschen mit Demenz erwartet werden. Durch Snoezelen wurde die Autonomie der Kranken im Pflegealltag erhöht (BAKER ET AL. 2001, VAN WEERT ET AL. 2005). Nonverbale Signale wie Lächeln, Blickkontakt und empathische Berührungen lösten vermehrt und verstärkt affektiv positive Signale aus. Gleichzeitig wurden Ärger und Zahl korrigierender Handlungen reduziert (VAN WEERT ET AL. 2005). Die Integration des Snoezelens in Pflege oder Behandlung verbesserte eindeutig nicht nur die Kooperationsfähigkeit von Menschen mit Demenz, sondern erhöhte auch ihr Wohlbefinden (BAKER ET AL. 2001). Diese erlaubte jedoch keine Zeitersparnis. Die Autoren konnten zudem zeigen, dass eine Anleitung von Fachpersonen in der Anwendung der multisensorischen Stimulation die positiven Kommunikationseffekte verstärkte.

Es wurde grosser Wert daraufgelegt, dass bei der Patientenbetreuung verbale und nonverbale Verhaltensweisen bewusst wahrgenommen und sorgfältig interpretiert wurden, damit diese durch Snoezelen positiv reguliert werden konnten. Die Reaktionsfähigkeit der von Demenz betroffenen Menschen musste durch geduldiges Warten auf eine Antwort unterstützt werden. Korrekturen der subjektiven Realität der Menschen mit Demenz und kognitiv überfordernde Informationen sowie Handlungen wurden vermieden.

Im Allgemeinen konnte man feststellen, dass Ruhe und Stille wichtige Faktoren für eine erfolgreiche Durchführung des Snoezelens und der Pflege waren. Deshalb sollte unbedingt darauf geachtet werden, dass der zahnmedizinische Praxiskontext und das Verhalten des Behandlungsteams keine irritierende Reizüberflutung bei Menschen mit Demenz verursacht. Entsprechend drängte sich bei der Untersuchung von VAN DIEPEN ET AL. (2002), die mit Snoezelen keine eindeutigen Untersuchungsergebnisse erreichte, die Frage auf, ob das gewählte

Studiendesign einen ausreichend geschützten Kontext gewährleistet und Reizüberflutungen die Messresultate störend beeinflusst hatten. Die positiven Effekte des Snoezelens lassen sich in der zahnmedizinischen Praxis durch das individualisierte Angebot von taktilen Objekten, Musik, Bildern sowie positiv wirkenden Geruchs- und Geschmacksempfindungen (vor allem süß) weiter verstärken.

Die von YOSHIYAMA ET AL. (2015) getestete monosensorische Stimulation mittels Aromaintervention vermochte nur in der Tendenz Unruhe und depressive Symptome zu reduzieren bzw. Alltagskompetenzen zu verbessern. Mögliche Ursache für das Fehlen eindeutiger Signifikanz der Resultate könnte in der Beschränkung auf die Stimulation eines einzigen Sinnesorgans bzw. an einer krankheitsbedingt fortgeschrittenen Beeinträchtigung des Geruchsinnns gelegen haben.

### *Kommunikationstraining*

Zehn Studien untersuchten Kommunikationstraining und Validierung durch Supervision der betreuenden Fachpersonen. Die Schulung umfasste das Erkennen und Regulieren verbaler und nonverbaler Verhaltensäusserungen der Menschen mit Demenz (z. B. Aufmerksamkeit und Interesse, Freude, Ängstlichkeit und Angst, Ärger und Traurigkeit) (WILLIAMS 2003, VAN WEERT ET AL. 2005, HABERSTROH ET AL. 2009). DONE & THOMAS (2010) wiesen nach, dass ein Merkblatt als Checkliste und Grundinformation vorteilhaft, jedoch einem Kommunikationstraining des Personals eindeutig unterlegen war und dieses nicht zu ersetzen vermochte. Die Supervision des Personals verhinderte eine Reizüberflutung und Überforderung der von Demenz betroffenen Menschen durch die Anwendung der neu erlernten kommunikativen Kompetenzen (HABERSTROH ET AL. 2009, HUSEBØ ET AL. 2019). Das Kommunikationstraining war insbesondere in der langfristigen Reduktion einer bevormundenden Kommunikation erfolgreich (WILLIAMS 2003, WILLIAMS ET AL. 2017). Der emotionale Umgangston verbesserte sich. Er wurde respektvoller, weniger korrigierend und fürsorglicher. Jedoch war die Rückfallrate erhöht, was darauf hinwies, dass wiederholtes Training notwendig ist, um einen nachhaltig positiven Effekt zu erreichen (WILLIAMS 2003). BURGIO ET AL. (2001) zeigten, dass Pflegefachkräfte, die in der Anwendung eines Gedächtnistagebuchs geschult wurden, welches Erinnerungen und Vorlieben der Menschen mit Demenz dokumentierte, häufiger und besser mit Betroffenen kommunizierten, vermehrt positive Aussagen machten und diese weniger korrigierten.

BÄR ET AL. (2006) und WILLIAMS ET AL. (2017) befassten sich insbesondere mit der Reduktion widerständigen Verhaltens durch Kommunikationstraining. Bei noch vorhandener kognitiver und verbaler Fähigkeit der Menschen mit Demenz war empathische Zuwendung durch Gespräche und gezieltes Wachrufen von Erinnerungen erfolgreich, bei reduzierter kognitiver und verbaler Kompetenz gewann die Zuwendung durch körperliche Nähe, Musik und multisensorische Stimulation an Bedeutung (BÄR ET AL. 2006). Erkennen, Deuten und positive Regulation widerständigen Verhaltens spielten auch bei der erfolgreichen Umsetzung der Mundhygiene und somit der Verbesserung der Mundgesundheit eine zentrale Rolle (JABLONSKI ET AL. 2011). Therapeutische Entscheidungen müssen in der Demenzpflege vielfach mit Beiständen getroffen werden. Eine entsprechende Schulung von Fachpersonen vermochte nicht nur

Information und Entscheidungsfindung, sondern auch das Wohlbefinden der von Demenz Betroffenen sowie der für sie Verantwortlichen zu verbessern (HANSON ET AL. 2017).

## Zusammenfassung

Zusammenfassend darf festgestellt werden, dass für eine erfolgreiche zahnmedizinische Betreuung von Menschen mit Demenz die operative Kompetenz der Fachpersonen allein nicht ausreicht. Von ebenso zentraler Bedeutung ist, dass ein Behandlungskontext angeboten werden kann, welcher der Persönlichkeit und Biographie sowie der subjektiven Realität des Erkrankten zu entsprechen vermag. Von grundlegender Bedeutung ist die Fähigkeit, die mit Fortschreiten der Erkrankung immer subtiler werdenden nonverbalen, paraverbalen sowie verbalen Signale zu erkennen, richtig zu interpretieren und bei Bedarf positiv zu regulieren (WILLIAMS 2003, VAN WEERT ET AL. 2005, HABERSTROH ET AL. 2009). Dies kann nur durch eine gezielte und regelmässig vertiefte Schulung und durch fortlaufende Supervision sowie Validierung des gesamten zahnmedizinischen Praxisteams nachhaltig erreicht werden (BURGIO ET AL. 2001, WILLIAMS 2003, HABERSTROH ET AL. 2009, DONE & THOMAS 2010, WILLIAMS ET AL. 2017, HUSEBØ ET AL. 2019). Das im Rahmen dieser Literaturuntersuchung erarbeitete Merkblatt für die zahnmedizinische Praxis ist deshalb nur als Leitlinie für die geforderten Kompetenzen – gedacht und kann eine fachkundige Schulung des Personals nicht ersetzen (DONE & THOMAS 2010) (Tab. 2). Deshalb ist vorgesehen, in einer weiteren Arbeit ein für den zahnmedizinischen Praxiskontext geeignetes Schulungs-, Supervisions- und Validierungsprogramm zu entwickeln.

In der zahnmedizinischen Praxis hat sich in Anlehnung an die Arbeit von BURGIO ET AL. (2001) die digitale Verwendung eines sogenannten *Ressourcenbogens* für Freitext bewährt, auf dem stichwortartig alle Informationen und sich über die Zeit verändernden Kompetenzen festgehalten werden, die den Zugang zum an Demenz erkrankten Menschen erleichtern. Ein solches Hilfsmittel kann mühelos im Rahmen der wiederkehrenden Anamnese und durch Austausch mit Fachpersonen und Angehörigen in den Praxisalltag integriert werden.

## Referenzen

1. Alzheimer Schweiz. Demenz in der Schweiz 2020. Zahlen und Fakten. Alzheimer Schweiz, Bern, 2020: <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/ueber-demenz/beitrag/demenz-in-der-schweiz#:~:text=Aktuell%20leben%20146'500%20Menschen,Menschen%20mit%20Demenz%20sind%20Frauen.>
2. Bär M, Böggemann M, Kaspar R, et al. Demenzkranke Menschen in individuell bedeutsamen Alltagssituationen. *Z Gerontol Geriatr*, 2006, 39: 173-182.
3. Baker R, Bell S, Baker E, et al. A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *Br J Clin Psychol*, 2001, 40: 81–96.
4. Besimo C E, Besimo-Meyer R. Orale Gesundheit von Menschen mit Demenz. *Schweiz Z Ganzheitsmed*, 2015, 27: 44-49.
5. Besimo C E. Paradigmenwechsel zugunsten einer besseren oralen Gesundheit im Alter. *Swiss Dental J*, 2017, 125: 599-604.
6. Brotons M, Koger S M. The impact of music therapy on language functioning in dementia. *J Music Ther*, 2000, 37: 183–195.

7. Burgio L D, Allen-Burge R, Roth D L, et al. Come talk with me: improving communication between nursing assistants and nursing home residents during care routines. *Gerontologist*, 2001, 41: 449–460.
8. Done D J, Thomas J A. Training in communication skills for informal carers of people suffering from dementia: a cluster randomized clinical trial comparing a therapist led workshop and a booklet. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2010, 16: 816–821.
9. Haberstroh J, Neumeyer K, Schmitz B, Pantel J. Evaluation eines Kommunikationstrainings für Altenpfleger in der stationären Betreuung demenzkranker Menschen (Tandem im Pflegeheim). *Z Gerontol Geriat*, 2009, 42: 108–116.
10. Hanson L C, Zimmermann S, Song M, et al. Effect of the goals of care intervention for advanced dementia: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*, 2017, 177: 24–31.
11. Held C. Was ist «gute» Demenzpflege? Demenz als dissoziatives Erleben – Ein Praxishandbuch für Pflegenden. 2. Aufl. Hogrefe, Bern, 2013.
12. Höpflinger F. Leben im Alter – aktuelle Feststellungen und zentrale Entwicklungen. Programm Socius, Zürich, 2020: [https://www.igestiftung.ch/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/Hilfsmittel\\_und\\_Werkzeuge/Socius2\\_Leben\\_im\\_Alter\\_aktuelle\\_Feststellungen.pdf](https://www.igestiftung.ch/fileadmin/user_upload/Publikationen/Hilfsmittel_und_Werkzeuge/Socius2_Leben_im_Alter_aktuelle_Feststellungen.pdf).
13. Husebø B S, Ballard C, Aarsland D, et al. The effect of a multi-component intervention on quality of life in residents of nursing homes: a randomized controlled trial (COSMOS). *J Am Med Dir Assoc*, 2019, 20: 330–339.
14. Jablonski R A, Kolanowski A, Therrien B, Mahoney E K, Kassab C, Leslie D L. Reducing care-resistant behaviors during oral hygiene in persons with dementia. *BMC oral health*, 2011, 11: 30 doi: 10.1186/1472-6831-11-30.
15. Pellegrino S, Besimo C E. Kommunikation mit an Demenz erkrankten Menschen im zahnmedizinischen Kontext. *Quintessenz*, 2023, 1: 52–62.
16. Phillips L J, Reid-Arndt S A, Pak Y. Effects of a creative expression intervention on emotions, communication, and quality of life in persons with dementia. *Nurs Res*, 2010, 59: 417–425.
17. Raglio A, Bellelli G, Traficante D, et al. Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 2008, 22: 158–162.
18. Rainer M. Psychiatrisches Krankheitsbild im Alter. Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie Wien, 2018: <https://oegpb.at/2018/04/04/psychiatrische-krankheitsbilder-im-alter>.
19. Ridder H M, Stige B, Qvale L G, Gold C. Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging Ment Health*, 2013, 17: 667–678.
20. Rothgang H, Müller R. Wirkungen der Pflegeformen und Zukunftstrends. Barmer Pflegeraport 2021. In: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd 32. Barmer, Berlin, 2021: <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reporte/pflegereport/pflegereport-2021-1059412>.
21. Satizabal CL, Beiser AS, Chouraki V, Chêne G, Dufouil C, Seshadri S. Incidence of dementia over three decades in the Framingham Heart Study. *N Engl J Med*, 2016, 374: 523–532.
22. Sung H C, Chang A M, Abbey J. The effects of preferred music on agitation of older people with dementia in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2006, 21: 999–1000.
23. Van Diepen E, Baillon S, Redman J, Rooke N, Spencer D, Prettyman R. A pilot study of the physiological and behavioural effects of snoezelen in dementia. *Br J of Occup Ther*, 2002, 65: 61–66.
24. Van Weert J C, Van Dulmen A M, Spreeuwenberg P M, Ribbe M W, Bensing J M. Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. *Patient Educ Couns*, 2005, 58: 312–326.
25. Williams K N. Improving outcomes of nursing home interactions. *Res Nurs Health*, 2003, 29: 121–133.



26. Williams K N, Perkhounkova Y, Herman R, Bossen A. A communication intervention to reduce resistiveness in dementia care: a cluster randomized controlled trial. *Gerontologist*, 2017, 57: 707–718.
27. Yoshiyama K, Arita H, Suzuki J. The effect of aroma hand massage therapy for people with dementia. *J Altern Complement Med*, 2015, 21: 759-65.
28. Zenebe Y, Akele B, W/selassie M, Necho M. Prevalence and determinants of depression among old age: A systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 2021, 20: 55. <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00375-x>.

**Tabelle 1.** Ausgewertete Studien zu den drei untersuchten kommunikativen Interventionsarten.

Intervention	Literatur	Jahr
Musikintervention	BROTONS & KOGER	2000
	SUNG ET AL.	2006
	RAGLIO ET AL.	2008
	RIDDER ET AL.	2013
Mono- und multisensorische Stimulation	BAKER ET AL.	2001
	VAN DIEPEN ET AL.	2002
	VAN WEERT ET AL.	2005
	YOSHIYAMA ET AL.	2015
Kommunikationstraining und Supervision (Validierung) des Pflegepersonals	BURGIO ET AL.	2001
	WILLIAMS	2003
	BÄR ET AL.	2006
	HABERSTROH ET AL.	2009
	DONE & THOMAS	2010
	PHILLIPS ET AL.	2010
	JABLONSKI ET AL.	2011
	HANSON ET AL.	2017
	WILLIAMS ET AL.	2017
	WILLIAMS ET AL.	2017
HUSEBØ ET AL.	2019	

**Tabelle 2.** Merkblatt mit Empfehlungen für die zahnmedizinische Praxis (Pellegrino & Besimo 2023).

**Empfehlung zur Kommunikation mit an Demenz erkrankten Menschen im zahnmedizinischen Kontext**

Mehr als 60 % der 1.6 Millionen 65-jährigen und Älteren in der Schweiz leiden an einer demenziellen und / oder anderen psychischen Erkrankung. Die oft fehlende oder nicht kommunizierte Diagnose einer Demenz führt dazu, dass in der Zahnmedizin kognitive Beeinträchtigungen nicht oder zu spät erkannt werden. Zudem stellt die Kommunikation mit an Demenz erkrankten Menschen für das zahnmedizinische Team eine spezielle Herausforderung dar. Die vorliegenden Empfehlungen ermöglichen eine erfolgreichere und nachhaltigere Kommunikation und zahnmedizinische Betreuung von Menschen mit Demenz.

**Negative Veränderungen als mögliche Hinweise für Demenz**

<b>Erscheinungsbild</b>	negative Veränderungen in Kleidung und Körperpflege
<b>Verhalten</b>	Umständlichkeit, Weitschweifigkeit, motorische Unruhe, Angst, Teilnahmslosigkeit, Verwirrung, Wahnvorstellungen
<b>Orientierung</b>	zeitlich sowie räumlich
<b>Gedächtnis</b>	Merkfähigkeit für Informationen oder Instruktionen
<b>Erkennen</b>	von bekannten oder neuen Gebrauchsgegenständen
<b>Planung und Durchführung</b>	komplexer Handlungen wie Handhabung von Zahnersatz und Mundhygienemassnahmen
<b>Gleichzeitige Ausführung</b>	von Handlungen (Multitasking), z. B. Sprechen beim Gehen
<b>Sprechen, Lesen, Schreiben</b>	Satz- und Wortbildung, sinnfremde Verwendung von Worten, Lesen von Merkblättern und Anleitungen, Notieren von Terminen
<b>Selbstständigkeit</b>	abnehmend (Begleitung, Delegation von Aufgaben)
<b>Vermeidungsverhalten</b>	als Ausdruck verloren gegangener Kompetenzen

**Was Sie tun können:**

<b>Anamnese</b>	Frage nach Demenz, Fremdanamnese (oft fehlende Krankheitseinsicht)
<b>Training und Validieren</b>	des gesamten Teams bei der Beobachtung kognitiver Auffälligkeiten
<b>Interdisziplinäre Vernetzung</b>	mit behandelndem Arzt bei Hinweisen auf eine kognitive Beeinträchtigung

**Anpassung des Praxiskontextes**

<b>Beaufsichtigung</b>	Menschen mit Demenz nie unbeaufsichtigt lassen
<b>Persönliche Gegenstände</b>	in Sichtweite des Kranken deponieren, Hör- und Sehhilfen belassen
<b>Kurze Wartezeiten</b>	dafür mehr Konsultationszeit einplanen
<b>Herantreten von vorne</b>	Vermeiden von Überraschung und Angst
<b>Musik und Gesang</b>	Keine allgemeine Hintergrundmusik, dafür vom Demenzkranken bevorzugte Musik sowie Summen oder Singen der Fachperson zur Stimulation nutzen
<b>Ruhige Umgebung</b>	friedvolle Stimmung, Anwesenheit nur therapeutisch relevanter Fachpersonen und bei Bedarf einer Begleitperson mit positivem Beziehungskontext
<b>Austauschen</b>	von Fachpersonen bei fehlender Akzeptanz durch den an Demenz Erkrankten

### Verbale und paraverbale Kommunikation:

<b>Vorstellung</b>	aller Personen des Behandlungsteams mit Namen und Funktion
<b>Ansprechen mit Namen</b>	Wahrnehmen der Patient*in als lebenserfahrene Persönlichkeit
<b>Einfache Sätze, eine Aussage, geschlossene Fragen</b>	langsame und deutliche Sprache, auf logische Abfolge von Aktion und Reaktion achten, genügend Zeit für Reaktion geben, maximal zwei Wahlmöglichkeiten anbieten
<b>Normale Erwachsenensprache</b>	Vermeiden von Diminutiven und hohen Stimmlagen
<b>Sanfte, empathische Stimme</b>	vertrauensvolle Atmosphäre schaffen
<b>Positive, stärkende Aussagen</b>	Loben, Komplimente machen
<b>Defizite und falsche Aussagen</b>	akzeptieren und nicht korrigieren, vorhandene Ressourcen suchen und fördern
<b>Schriftliche Anweisungen</b>	Lesefähigkeit überprüfen
<b>Nur immer eine Person spricht</b>	Vermeiden von Verwirrung und Überforderung
<b>Keine Kommunikation über Patient*in hinweg</b>	Gespräche mit Begleitperson separat vor oder nach Behandlung oder per Telefon

### Nonverbale Kommunikation:

<b>Blickkontakt auf Augenhöhe</b>	innerhalb des Gesichtsfeldes, Vermummung mit Mundschutz, Lupenbrille und Handschuhen falls notwendig erst nach Schaffen von Vertrauen
<b>Lächeln</b>	authentisch und von Herzen kommend
<b>Berührungen</b>	Sanft und empathisch fördern das Wohlbefinden und stärken die Handlungsfähigkeit
<b>Vormachen</b>	Verbessern des Verständnisses und der Handlungsfähigkeit
<b>Überbrücken</b>	gleichen Gegenstand auch in die Hand der Patient*in geben, Fördern des Verständnisses und der Kompetenz
<b>Akzeptanz</b>	der Persönlichkeit, der subjektiven Realität und Widerständigkeit
<b>Umdeuten</b>	Situation einen neuen positiven Rahmen geben
<b>Am Spiegel arbeiten</b>	Patient*in und Fachperson hintereinander sichtbar, Fördern des Verständnisses und der Handlungsfähigkeit
<b>Vertraute Gegenstände / Reize</b>	Schaffen eines gewohnten und vertrauten Kontextes
<b>Handlungswunsch erkennen</b>	und aufnehmen, z. B. Bewegungsdrang durch Rundgang in der Praxis, um danach Therapie fortführen zu können
<b>Multisensorische Stimulation</b>	Möglichst viele der fünf Sinne auf gleichbedeutende Weise gleichzeitig stimulieren (Synchronie der Reize)

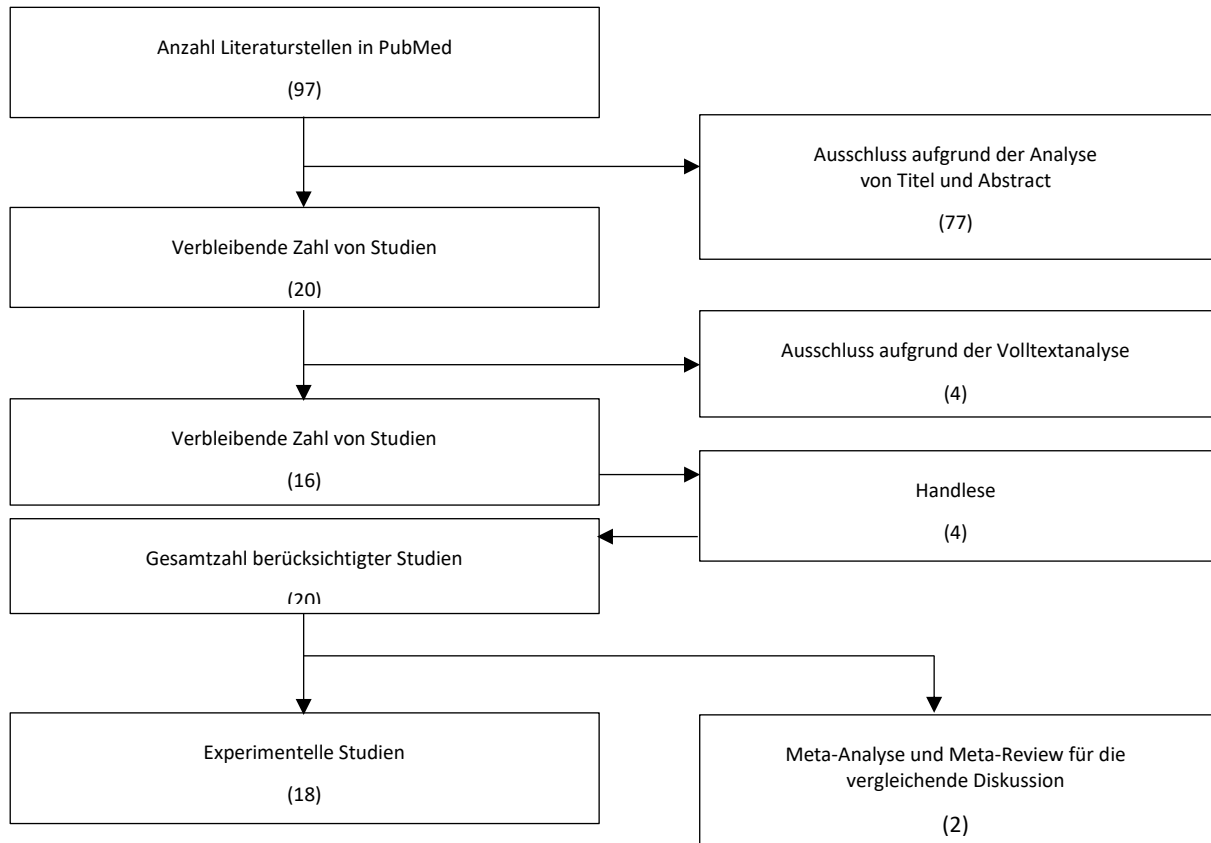


Abbildung 1. Flussdiagramm zur Studienselektion.