

# **Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg**

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege & Management

**Dualer Studiengang Pflege (BA)**

## Die Bedeutung von Kommunikation in der Pflege demenziell Erkrankter

- Am Beispiel der Validation nach Naomi Feil -

### **Bachelorarbeit**

Tag der Abgabe: 01.06.2016

Vorgelegt von: Anne Skrollan Born

Matrikelnummer:

Adresse:

Betreuende Prüfende: Frau Prof. Dr. rer. Cur. Kirsten Kopke

Zweite Prüfende: Frau Anne Pommerening

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	1
1.1 Hintergrund und Problemdarstellung.....	1
1.2 Aufbau und Ziel der Arbeit.....	3
<b>2. Methodisches Vorgehen</b> .....	4
<b>3. Geriatrie</b> .....	6
3.1 Der geriatrische Patient.....	7
3.2 Geriatriische Versorgungsstrukturen .....	8
3.3 Geriatriische Pflege.....	9
<b>4. Demenz</b> .....	11
4.1 Definition und Begriffsklärung.....	11
4.2 Symptome .....	15
4.5 Therapeutische Ansätze .....	16
4.6 Auswirkungen von Demenz auf die Kommunikation .....	16
<b>5. Kommunikation</b> .....	17
5.1 Definition Kommunikation.....	18
5.2 Bedeutung von Kommunikation in der Pflege .....	19
5.3 Bedeutung von Kommunikation in der Arbeit mit demenziell Erkrankten.....	20
<b>6. Validation</b> .....	21
6.1 Definition .....	21
6.2 Validation nach N. Feil.....	22
6.2.1 Grundlagen der Validation .....	23
6.2.2 Ziele der Validation.....	27
6.2.3 Anwendung und Techniken der Validation .....	28
6.3 Auswirkungen der Validation .....	31
6.3.1 Auswirkungen auf demenziell erkrankte Menschen .....	32

6.3.2 Auswirkungen auf Validationsanwender/Pflegekräfte.....	35
<b>7. Voraussetzungen für die erfolgreiche Anwendung von .....</b>	<b>36</b>
<b>Validation .....</b>	<b>36</b>
7.1 Anforderungen an die Validationsanwender .....	36
7.2 Ausbildung zum Validationsanwender .....	37
7.3 Zeitaufwand für Validation.....	39
7.4 Die Rolle des interdisziplinären Teams .....	39
<b>8. Diskussion.....</b>	<b>40</b>
<b>9. Fazit .....</b>	<b>45</b>
<b>10. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>48</b>
<b>11. Glossar .....</b>	<b>53</b>
<b>Eidesstattliche Versicherung .....</b>	<b>56</b>

# 1. Einleitung

*„ Es ist an der Zeit, die soziale Seite der Demenz zu entdecken. Ob wir imstande sind, humane, menschenfreundliche Wege des Umgangs mit der Demenz zu entwickeln, wird über unsere kulturelle und soziale Zukunft entscheiden “ (Gronemeyer 2013, S.36).*

## 1.1 Hintergrund und Problemdarstellung

Demenzkrankungen und von ihnen Betroffene sind seit vielen Jahren ein hoch aktuelles und immer wieder auch ein brisantes Thema, welches sowohl die Medizin und die Pflege als auch die Medien und einen beachtlichen Teil der Gesellschaft in verschiedenster Form betrifft und/oder beschäftigt (Sütterlin et al. 2011). In Deutschland leben zurzeit rund 1,3 Millionen Menschen, die an einer Form der Demenz erkrankt sind (ebd.).

Etwa zwei Drittel von ihnen sind von der Alzheimerkrankheit betroffen (ebd.).

Pro Jahr treten mehr als 300.000 Inzidenzfälle auf, sodass sich die Zahl der Prävalenz bis zum Jahr 2050 auf etwa 2,6 Millionen verdoppeln wird und damit fast vier von hundert Einwohnern betroffen sein werden (ebd.). Das bedeutet zudem, dass jeder siebte Bewohner der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2050 80 Jahre oder älter sein wird (ebd.). Infolge des demografischen Wandels kommt es zu weitaus mehr Neuerkrankungen als zu Sterbefällen. Diese kommen zu den bereits Erkrankten hinzu, hierdurch steigt die Zahl der demenziell erkrankten Menschen kontinuierlich an und die Gruppe sowie ihre Versorgung gewinnen zunehmend an Bedeutung (ebd.).

Die Versorgungsstrukturen in Deutschland sind bisher allerdings nicht auf den wachsenden Anteil kognitiv beeinträchtigter Menschen ausgelegt (DGPPN & DGN 2015). Bereits 2020 wird jeder fünfte Patient, der aus verschiedensten Gründen die umfassende medizinische und pflegerische Versorgung eines Krankenhauses benötigt, an einer Form des Demenzsyndroms leiden (DGG 2015).

Die Abläufe in Akutkliniken sind jedoch standardisiert und auf überwiegend somatische Erkrankungen ausgelegt (Pinkert & Holle 2012). Die Versorgungsstrategien sind kaum individualisierbar und ihre Erfolge von der aktiven Mitarbeit der Patienten abhängig (ebd.). Diese Umstände sind nicht für die Behandlung von demenziell erkrankten Menschen geeignet (ebd.). Spezielle geriatrische Stationen oder ganze Häuser, die auf die Versorgung älterer, multimorbider Patienten auch mit Demenz ausgerichtet sind, gibt es in Deutschland jedoch bedeutend zu wenig (DGG 2015), dabei weisen 40% der Patienten in einer geriatrischen Klinik auch eine Demenz auf (Isfort 2013 in Hofmann et al. 2014). Schlussfolgernd kann eine

flächendeckende, professionelle Versorgung demenziell Erkrankter mit zusätzlicher Akut-symptomatik in Deutschland momentan nicht geleistet werden.

Auch die Gruppe der Pflegekräfte und Angehörige stoßen im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen häufig an persönliche Grenzen (Pinkert & Holle 2012, DGPPN & DGN 2015, DGG 2016).

In der Betreuung dieser stellt besonders die Kommunikation immer wieder eine große Hürde zwischen den Betroffenen und ihrer Umwelt dar (McCarthy 2012). Der Pflege gelingt es aufgrund kommunikativer Defizite bisher kaum, einen kommunikativen und verstehenden Zugang zu diesen Menschen zu erlangen (Bräutigam et al. 2005). Durch diesen Umstand gewinnen die Kompetenzen der Pflege, und speziell die der professionellen Kommunikation, zunehmend an Bedeutung (Erdmann & Schnepf 2012, Pinkert & Holle 2012). In den letzten Jahren rücken immer mehr Methoden und Konzepte, welche sich von rein medikamentösen oder freiheitsentziehenden Maßnahmen abgrenzen, in den Fokus der professionellen Pflege (Nocon et al. 2010, Erdmann & Schnepf 2012, Pinkert & Holle 2012). Konzepte wie der „personenzentrierte Ansatz“ von Tom Kitwood, die „klientenzentrierte Gesprächsführung“ von Carl Rogers, die „basale Stimulation“ von Prof. Dr. Andreas Fröhlich oder auch allgemeine Biografiearbeit, welche hier nur als Beispiele dienen sollen, fokussieren die Bedürfnisse, Emotionen und Ressourcen der Erkrankten (Morton 2002). Sie alle bieten einen Ansatz, der das Individuum fokussiert und hierbei den Erhalt der Würde des Menschen als Ziel hat, denn diese ist unantastbar (Morton 2002, GGB Bundesrepublik Deutschland Art. 1).

Bei den oben genannten Konzepten, die häufig vor allem auch in der Betreuung und Begleitung demenziell Erkrankter Anwendung finden, spielt die Kommunikation stets eine besondere, zentrale und bedeutende Rolle (Morton 2002).

Dass die Kommunikation in den letzten Jahren als Kennzeichen professioneller Pflege an Bedeutung gewonnen hat, zeigt sich zum Beispiel in der Anzahl der Studien, die im Zusammenhang mit dieser Thematik durchgeführt wurden. Kommunikation ist mittlerweile ein nicht mehr wegzudenkender Teil eines ganzheitlichen und professionellen Pflegeprozess sowie der dazugehörige Pflegeplanung (Darmann 2000).

Eine der bedeutendsten Kommunikationsmethoden in der Pflege und Betreuung von demenziell Erkrankten ist die Validation (Halek & Bartholomeyczik 2006). Diese wurde in den Jahren 1963-1980 von der amerikanischen Psychologin, Sozialarbeiterin und Gerontologin Naomi Feil entwickelt (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Sie dient dem Verständnis hochbetagter, desorientierter und kognitiv eingeschränkter Personen und verfolgt das Ziel einer von Respekt und Verständnis geprägten Beziehung zwischen Validationsanwender und

Validationsempfänger (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Validation dient im Großen und Ganzen dazu, die individuelle Lebensqualität dieser Personengruppe zu verbessern (Nocon et al. 2010, Feil & de Klerk-Rubin 2013).

## 1.2 Aufbau und Ziel der Arbeit

In dieser Arbeit sollen durch die ausführliche Vorstellung der Validation nach Naomi Feil, die Auswertung der aktuell verfügbaren Literatur und einer kritischen Würdigung der Methode die Möglichkeit des kommunikativen Zugangs zu demenziell Erkrankten im Setting der Geriatrie untersucht werden. Handlungsleitend ist hierbei die Fragestellung:

*„Ist die Methode der Validation nach N. Feil geeignet, um einen kommunikativen Zugang zu demenziell erkrankten Menschen im Setting der Geriatrie zu erhalten, sodass deren Bedürfnisse in Erfahrung gebracht werden können?“*

Um diese Frage beantworten zu können, wird zunächst im zweiten Kapitel das methodische Vorgehen während der durchgeführten Literaturrecherche und -auswertung vorgestellt werden. Zum Einstieg in die eigentliche Thematik ist es anschließend notwendig, dass sowohl das Setting Geriatrie als auch die Erkrankung Demenz vorgestellt und zielführend erläutert werden. In Kapitel vier geht es um das Thema Kommunikation. Hierbei wird ihre Bedeutung in der Pflege und speziell in der Arbeit mit demenziell Erkrankten einen Schwerpunkt darstellen. Das darauf folgende Kapitel beschäftigt sich mit dem Thema Validation. Zunächst findet eine Definition des Begriffs sowie eine kurze Vorstellung der Person Naomi Feil statt. Anschließend wird die von Feil entwickelte Methode ausführlich samt Grundlagen, Zielen und Techniken erläutert. Daran schließt sich eine kritisch würdigende Betrachtung des Konzeptes an, bei der es um die Auswirkungen der Validation auf die Validationsempfänger sowie die Validationsanwender und deren empirische Belegung gehen wird. Kapitel sieben beschäftigt sich mit den Voraussetzungen für die erfolgreiche Anwendung von Validation. Diese sind auf verschiedene Faktoren wie die Anforderungen an die anwendende Person, den Zeitaufwand und die Rolle des interdisziplinären Teams zu überprüfen, um später ein Resümee ziehen und die handlungsleitende Fragestellung beantworten zu können. In Kapitel acht werden die durch diese Arbeit gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich der handlungsleitenden Fragestellung vorgestellt und diskutiert. Es wird argumentativ belegt, unter welchen Umständen die Geriatrie ein geeignetes Setting für das Praktizieren von Validation nach Feil sein kann. Das folgende und letzte Kapitel besteht aus einem Fazit, welches alle wichtigen Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Arbeit zusammenfasst, einen Ausblick auf zukünftige Forschungsaufgaben gibt und die handlungsleitende Frage abschließend beantworten wird.

Die Beschäftigung mit der Thematik dieser Arbeit lässt sich primär durch die brisante und hoch aktuelle Diskussion über die Versorgung demenziell Erkrankter vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in Deutschland begründen. Ein weiterer Aspekt ist das Forschungsdefizit, welches sich bezüglich der Wirkung und Effektivität von Validation nach Feil seit Jahren zeigt, begründen. Trotz dessen, dass Validation mittlerweile in vielen Deutschen stationären oder auch ambulanten Pflegeeinrichtungen praktiziert und angewendet wird, existieren bisher nur wenige Studien, in denen die Umsetzung der Methode explizit in einer Einrichtung untersucht und beschrieben wird (Halek & Bartholomeyczik 2006).

Primäres Ziel dieser Arbeit ist es, eine Antwort auf die handlungsleitende Frage *„Ist die Methode der Validation nach N. Feil geeignet, um einen kommunikativen Zugang zu demenziell erkrankten Menschen im Setting der Geriatrie zu erhalten, sodass deren Bedürfnisse in Erfahrung gebracht werden können?“* zu finden. Zudem kann der Inhalt dazu dienen, einen Gesamtüberblick über das Konzept der Validation zu erhalten und sich eine eigene Meinung zu dessen Umsetzbarkeit zu bilden. Auch Zusammenhänge zwischen den Themenbereichen demografischer Wandel, Kommunikation und Demenz können erschlossen werden.

## **2. Methodisches Vorgehen**

### Systematische Literaturrecherche

Um die zentrale, handlungsleitende Frage dieser Arbeit möglichst zielgerichtet und evidenzbasiert beantworten zu können, und hierfür eine Auswahl an aktueller Literatur zu erhalten, wurde eine umfangreiche systematische Literaturrecherche durchgeführt. Hierfür wurden die Datenbanken PubMed, Cinahl, Cochrane Database of Systematic Reviews, die Springer- und Thieme- Verlagsdatenbank sowie der Bibliothekskatalog Hamburg genutzt. Die Recherche wurde anschließend über eine Handsuche vervollständigt. Hierbei kamen vor allem nationale und internationale Internetseiten von Fachgesellschaften und Verbänden, die sich mit der zu behandelnden Thematik auseinandersetzen, zum Einsatz. Dazu zählen u.a. die Seite des Bundesverband Geriatrie, des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information, des Deutschen statistischen Bundesamtes und die des Validation Training Institute. Auch die literarischen Werke verschiedener Hamburger Bibliotheken wurden für die Bearbeitung der Thematik zu Rate gezogen. Im Verlauf der literarischen Materialsichtung konnte der Bestand der Informationsquellen zum Teil durch das Schneeballverfahren erweitert

werden. Es wurde hauptsächlich nach Publikationen zur Effektivität von Validation nach Feil (im Setting Geriatrie) bei demenziell erkrankten Menschen gesucht.

### Suchbegriffe

Um einen Überblick über die publizierte Literatur zu erhalten, wurde zunächst mit den Begriffen „Demenz“ und/oder „Validation“ gesucht. Die Trefferzahl war dabei sehr hoch und die Ergebnisse häufig unspezifisch.

Um die Anzahl der durch die Suche gewonnenen Ergebnisse einzugrenzen und den thematischen Schwerpunkt zu fixieren, wurden passende deutsche Suchbegriffe mit englischem Pendant festgelegt. Diese wurden anschließend einzeln oder in verschiedenen Kombinationen mit Hilfe Bool'scher Operatoren und Trunkierungen genutzt, was stark zu einer Optimierung der Ergebnisse beitrug.

Die **Grundbegriffe für die Suche** waren:

**Deutsch:** Demenz                      **Englisch:** dementia ; Alzheimer's disease

**Deutsch:** Validation                **Englisch:** validation; validation therapy; validation method

**Deutsch:** Pflege                        **Englisch:** care

**Deutsch:** Kommunikation        **Englisch:** communication

**Deutsch:** Geriatrie                    **Englisch:** geriatric

**Deutsch:** Naomi Feil                **Englisch:** Naomi Feil

Dem Begriff „Validation“ musste hierbei stets ein ergänzendes Wort wie z.B. „care“ hinzugefügt werden, da andernfalls viele der Ergebnisse keinen Bezug zur Pflege aufzeigten, sondern sich meist mit den Validationsmöglichkeiten einer Methode oder einer Studie befassten.

Um auch unter diesen Umständen noch eine möglichst große Anzahl an Treffern und passenden Studien und Artikeln zu erhalten, wurden in den Datenbanken keine weiteren limitierenden Einstellungen vorgenommen.

### Ein- und Ausschlusskriterien

Vorab der Recherche wurden außerdem Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, welche während der Suche und in der Sichtung des Materials ihre Anwendung fanden.

Eingeschlossen wurden deutsch- und englischsprachige Artikel und Studien. Aktuelle Literatur wurde stets bevorzugt, da diese den derzeitigen Stand der Forschung wiedergibt.

Die Ergebnisse der Datenbanksuche, welche hauptsächlich aus Systematic Reviews, Fallstudien, Fall- Kontrollstudien und Fachartikeln bestanden, wurden hinsichtlich ihres Titels und Abstracts begutachtet und anschließend auf ihre Relevanz für die Thematik und insbesondere die handlungsleitende Fragestellung beurteilt.

Einige Artikel und Studien waren in mehreren Datenbanken gelistet.

### Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

Durch die Durchführung der systematischen Literaturrecherche konnte das vorab vermutete Forschungsdefizit bestätigt werden. Es scheint wenige Forschungsarbeiten zu geben, die sich mit den Auswirkungen von Validation nach Feil beschäftigen und nahezu keine, welche die Eignung des Konzepts für das Setting Geriatrie betrachten. Häufiger sind hingegen Artikel in Fachzeitschriften und auf den Internetseiten von Fachverbänden, die sich mit der Kommunikationsproblematik zwischen medizinischem bzw. pflegerischem Personal und demenziell Erkrankten beschäftigen. Validation wird hierbei oft als hilfreiches Mittel zur Bearbeitung dieser Umstände genannt und kurz erläutert, die Auswirkungen werden jedoch selten ausführlich vorgestellt.

Trotz dessen konnten durch die beschriebene Suchstrategie und nach Anwendung aller Ein- und Ausschlusskriterien insgesamt fünf Studien und drei Systematic Reviews, 12 Artikel, 19 Bücher sowie drei Leitlinien und acht Internetseiten ausgemacht werden, welche für die Bearbeitung der Thematik relevant waren. Einige der Ergebnisse sind sowohl in Buch- als auch in PDF-Form im Internet erhältlich.

## **3. Geriatrie**

### Definition

Wörtlich übersetzt bedeutet Geriatrie „Heilung“ und „helfen“ und kommt aus dem Griechischen (Schilder 2014).

Laut der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) ist die Geriatrie eine *„medizinische Spezialdisziplin, die sich mit den körperlichen, geistigen, funktionalen und sozialen Aspekten in der Versorgung von akuten und chronischen Krankheiten, der Rehabilitation und Prävention alter Patientinnen und Patienten sowie deren spezieller Situation am Lebensende befasst“* (DGG 2015 o.S.).

Parallel zur stetig steigenden Lebenserwartung verändert sich auch das Morbiditätsprofil der Gesellschaft und das Phänomen der Multimorbidität nimmt einen zunehmend wichtigeren Platz in der Medizin ein (Neubart 2015).

Ältere und hochbetagte Menschen stellen in ihrer Versorgung besondere Herausforderungen für die Medizin und die Pflege dar und es bedarf spezialisierten, komplexen Könnens und Wissens, um die Multimorbiditätssyndrome richtig zu diagnostizieren und zu therapieren (Böhmer & Füsgen 2008). Doch obwohl diese gesellschaftliche Problematik bekannt ist und der Begriff „Geriatric“ bereits zu Beginn des letzten Jahrhunderts geprägt wurde, wird diesem Zweig der Medizin kaum die Aufmerksamkeit zuteil, der es eigentlich bedürfte (Neubart 2015). Denn trotz der bestehenden und bekannten demografischen Problematik sind in Deutschland von 500.680 (DESTATIS 2016) stationären Behandlungsbetten nur 19.498 (BVG 2013) Betten geriatrisch, wobei nahezu 50% der Pflage tage auf die über 65-jährigen entfallen (MSAGD.RP 2016).

In diesem Kapitel soll die Geriatrie und der geriatrische Patient mit den für ihn typischen Erkrankungen und Merkmalen vorgestellt werden. Der Schwerpunkt wird hierbei auf der geriatrischen Pflege im interdisziplinären Team und den Versorgungsstrukturen liegen, um später im Fazit beurteilen zu können, ob die Geriatrie ein geeignetes Setting ist, um Validation bei demenziell Erkrankten Menschen anwenden zu können und dadurch einen kommunikativen Zugang zu ihnen zu erhalten.

### 3.1 Der geriatrische Patient

Ein geriatrischer Patient definiert sich nicht ausschließlich über das kalendarische Lebensalter, sondern durch eine Problemkonstellation, welche multifaktoriell geprägt ist (Bruder et al. 1991, Neubart 2015).

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. und der Bundesverband Geriatrie e.V. haben folgende *Definition* herausgebracht.

**Geriatrische Patienten** sind definiert durch:

- geriatritypische Multimorbidität und
- ein höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter); die Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen

Oder durch

- ein Alter von 80+ auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z.B. wegen
- des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen,
- der Gefahr der Chronifizierung sowie

- des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus (DGG & BVG 2016)

Aufgrund der multimorbiden Fallkonstellationen (besteht bei mindestens drei relevanten Erkrankungen) in der Geriatrie gibt es typische Problemkonstellationen dieser Patientengruppe. Diese sind vor allem geprägt von Chronizität, Problemen in der Mobilität, Störung der Alltagskompetenz, Behinderungen in der Kommunikation und einem unnormalen Umgang mit der Krankheitsverarbeitung, welcher als Coping bezeichnet wird (Neubart 2015).

### 3.2 Geriatriische Versorgungsstrukturen

In einer geriatrischen Einrichtung erhält der Patient eine fachspezifische und patientenzentrierte Versorgung (Neubart 2015). Nichts destotrotz ist ein vollstationärer Aufenthalt häufig mit negativen Veränderungen verbunden, da der veränderte Lebensrhythmus und eine fremde Umgebung den Heilungsprozess der multimorbiden Patienten erheblich erschweren können (ebd.). Deshalb gilt in der geriatrischen Behandlung stets der Grundsatz: teilstationäre vor vollstationärer Behandlung sowie ambulante vor teilstationärer Therapie (ebd.).

Daher ist eine Versorgung in geriatrischen Kliniken oder Stationen/Abteilungen möglich, welche zu den vollstationären Versorgungsmethoden zählen, oder der Aufenthalt in einer Geriatrischen Tagesklinik. Letztere bietet eine teilstationäre sowie meist auch eine ambulante Versorgung an. Diese Versorgungsstrukturen werden in Deutschland von mobilen Rehabilitationsteams und niedergelassenen Ärzten mit geriatrischer Ausbildung ergänzt (ebd.).

In dieser Arbeit soll es jedoch um die Versorgung in einer geriatrischen Klinik oder Abteilung eines Krankenhauses gehen, deren Strukturen vergleichbar sind.

Die organisatorischen Strukturen sind im Gesundheitswesen durch politische und verwaltungstechnische Rahmenbedingungen geprägt (Runge & Rehfeld 2001). In Deutschland ist die klinisch-geriatrische Versorgung sehr unterschiedlich organisiert, wobei jedes Bundesland und jede Einrichtung verschiedene Regelungen aufweist (Neubart 2015). Die Kliniken sind entweder als Akut- oder als Rehabilitationseinrichtung angemeldet und arbeiten dementsprechend nach verschiedenen Gesetzen (ebd.).

Der Unterschied zwischen der klassischen Akutmedizin im Krankenhaus und der meist rehabilitativ geprägten geriatrischen Medizin ist jedoch die Ausgangslage, denn in der Geriatrie besteht in der Regel kein akuter Handlungsbedarf (Runge & Rehfeld 2001). Diese Situation ermöglicht es, eigene Methoden und Formen der Organisation zu nutzen, um nicht zu einer

„abgespeckten Variante der Inneren Medizin mit einigen aufgepropften Ersatzteilen aus dem Repertoire der anderen Fächer“ (Runge & Rehfeld 2001, S.508) zu werden.

Meist kommt der Patient nach einer Akuterkrankung durch die Überweisung des Akutkrankenhauses zur stationären geriatrischen Rehabilitation (ebd.). Doch auch die Anordnung aus der ambulanten Versorgung, durch einen Hausarzt, ist möglich. Nach einem Aufnahmegespräch durch die Pflege folgt meist eine ärztliche Aufnahmeuntersuchung von der die ärztlichen Verordnungen samt Medikamenten und Therapien abhängig sind (ebd.). Anschließend folgt der stationäre Aufenthalt für ca. drei bis sechs Wochen, währenddessen werden die Behandlungsziele ständig im interdisziplinären Team und in der Regel auch mit dem Patienten und gegebenenfalls Angehörigen evaluiert und gegebenenfalls angepasst (ebd.). Rechtzeitig vor der Entlassung des Patienten erfolgt eine Entlassungsplanung, in die ebenfalls der Patient selbst sowie Angehörige mit einbezogen werden (ebd.). Diese hat zum Ziel, die weitere Versorgung des Betroffenen abzuklären und zu sichern. Dabei spielen besonders Hausärzte und ambulante Pflegedienste eine tragende Rolle (ebd.).

### Tagesablauf

Der Tagesablauf samt aller Aktivitäten in der Geriatrie ist geprägt von dem Ziel der Selbstständigkeit des Patienten und berücksichtigt seine individuellen Lebensumstände nach Ende der geriatrischen Therapie (Neubart 2015). Das bedeutet, dass sich auch der strukturelle und zeitliche Ablauf des Tages an denen des häuslichen Bereichs orientiert. Dazu zählen das morgendliche Aufstehen inklusive Körperpflege und Nahrungsaufnahme ebenso wie das Wahrnehmen von Terminen, z.B. dem Gang zur Therapie (ebd.). Bei all diesen Tätigkeiten erhält der Patient so wenig Unterstützung wie möglich, jedoch so viel wie nötig ist. Dieses Vorgehen fördert die Selbstständigkeit. Ein weiteres Prinzip, welches die Tagesstruktur prägt ist, dass sich kein Patient (außer in begründeten Sonderfällen) tagsüber in seinem Bett aufhalten sollte (ebd.). Eine Ausnahme stellt die Mittagsruhe dar.

Für die Umsetzung dieser Prinzipien ist das gesamte geriatrische Team verantwortlich (ebd.).

## 3.3 Geriatrische Pflege

### Interdisziplinäres Team

Der Bereich „Geriatrie“ ist ein Zweig der Medizin und Pflege mit einem sehr großen Spektrum. Es zeigen sich Probleme und Fragestellungen aus nahezu allen medizinischen Gebieten und aus dem Bereich der palliativen Pflege (DGG 2015). Durch zentrale Thematiken, wie der

Alterungsprozess und das Ende des Lebens, entstehen in der Geriatrie besonders viele Berührungspunkte mit psychologischen, religiösen, ethischen, philosophischen und sozialwissenschaftlichen Komponenten und Fragestellungen (ebd.). Eine weitere Besonderheit an diesem Arbeitsfeld ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit und das Entwickeln integrativer Sichtweisen bezüglich eines Patienten (ebd.). Eine Kooperation im Team ist Voraussetzung, um eine physische und psychische Multimorbidität erkennen und anschließend individuell behandeln zu können (ebd.). Deshalb ist die interdisziplinäre Arbeit im Team ein maßgebendes Charakteristikum für die Geriatrie (Hofmann et al. 2014, Neubart 2015). Die diagnostizierende und therapierende Einheit besteht meist aus Medizinern, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeitern, Logopäden und Seelsorgern (ebd.). Je nach Konzept der Einrichtung können Diätassistenten, Musik- und Kunsttherapeuten oder auch Kommunikationstherapeuten sowie ehrenamtliche Kräfte jeder Art das Angebot ergänzen (ebd.). Bei der Arbeit in einem multiprofessionellen Team ist eine ausgeprägte und geschulte kommunikative Kompetenz unerlässlich (DGG 2015). Ohne sie wäre ein zielgerichtetes Handeln nicht möglich (Hofmann et al. 2014, Neubart 2015). Eine klare Abgrenzung von Bereichen der Verantwortung und Entscheidungsbefugnis gilt als Voraussetzung für die Effektivität und den Erfolg der gemeinsamen Arbeit (Runge & Rehfeld 2001). Durch regelmäßige Konferenzen, bei denen alle beteiligten Berufsgruppen anwesend sind, wird ein großer Teil der Prozessqualität gesichert (Neubart 2015). Diese Sitzungen sind in nahezu allen geriatrischen Fachkliniken in Deutschland fester Bestandteil der Arbeit und finden in Form von täglichen Frühbesprechungen, wöchentlichen Teamsitzungen, individuellen Fallkonferenzen oder Gesprächen auf dem Flur statt (ebd.). Neben den kommunikativen Kompetenzen der Teammitglieder spielen auch die gründliche und fundierte Dokumentation sowie äußerliche Faktoren, wie z.B. genügend Zeit und räumliche Möglichkeiten für Gruppensitzungen, eine große Rolle für die Teamarbeit und dadurch auch für die Versorgungsqualität in der Geriatrie (ebd.). Das Ziel der engen multiprofessionellen Arbeit sind ganzheitliche Behandlungs- und Therapieansätze sowie ein transdisziplinäres Arbeiten, was beinhaltet, dass die verschiedenen Professionen die Methoden der anderen Berufsgruppen in ihre eigene Arbeit mit einfließen lassen (ebd.). In der Geriatrie werden Patienten mit akuten und chronischen Erkrankungen behandelt, aber auch präventive und (früh-)rehabilitative Zielsetzungen sowie palliative Vorkommen können im Mittelpunkt einer geriatrischen Therapie und Pflege stehen (ebd.). Das Aufrechterhalten oder sogar Verbessern der Lebensqualität sowie das Fördern verlorengangener Fähigkeiten, ist also ebenso Ziel und Aufgabe der Geriatrie wie das Heilen von akuten Erkrankungen (Schilder 2014).

## Aufgaben der Pflege

Das Pflegepersonal deckt in der Geriatrie ein großes Feld an Aufgaben ab. Neben der klassischen Grund- und Behandlungspflege ist es vor allem für den rehabilitativen Ansatz durch aktivierende und therapeutische Pflege verantwortlich, welche fließende Übergänge aufzeigen (Neubart 2015). Durch den komplexen Behandlungsprozess übernimmt die Pflege auch einige Aufgaben aus dem medizinischen Bereich, wie z.B. das Wundmanagement, was jedoch in enger Absprache mit der Ärzteschaft geschieht (ebd.). Konkret ist das Pflegeteam für die Aufnahme des Patienten, das Erheben des Pflegestatus mit Hilfe von Pflegeassessmentinstrumenten, das Diagnostizieren und Benennen von Pflegediagnosen, die Kommunikation der dadurch gewonnenen Erkenntnisse im Team, das Festlegen von Pflegezielen, die allgemeine Grund- und Behandlungspflege, das Durchführen therapeutisch pflegerischer Interventionen und teilweise auch die Entlassungs- oder Überleitungsplanung zuständig (ebd.).

Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, sind zahlreiche Kenntnisse und Qualifikationen nötig, die teilweise in Fortbildungen oder Schulungen erlernt oder vertieft werden können. Derzeit ist die Diskussion über die spezifischen Aufgaben der Pflege und ihr Zusammenspiel mit anderen Professionen in der Geriatrie, welche von wissenschaftlichen Fachgesellschaften geführt wird, noch nicht beendet (ebd.).

## **4. Demenz**

In der Gesellschaft kursieren viele falsche Vorstellungen, wenn es um den Begriff „Demenz“ geht. Dabei erscheinen viele der Definitionen als negative Etikettierung (Messer 2009). Um Klarheit in diese irreführende Diskussion zu bringen, soll in diesem Kapitel die komplexe neuropsychologische Störung „Demenz“ vorgestellt werden. Hierbei wird es sowohl um die Benennung der Symptome als auch um therapeutische Ansätze sowie die Auswirkungen der Erkrankung auf die Sprache und Kommunikation gehen. Der Schwerpunkt liegt in diesem Kapitel jedoch nicht auf den pathophysiologischen Vorgängen, die durch die Demenz ablaufen, selbst, sondern eher auf den Auswirkungen und Folgen, die dadurch für die Betroffenen, Angehörigen und Pflegekräfte entstehen.

### **4.1 Definition und Begriffsklärung**

Das Wort Demenz wird auf zwei verschiedene Arten aus dem Lateinischen übersetzt. Es stammt zum einen von dem lateinischen Begriff „dementia“ ab und bedeutet so viel wie „ohne Verstand“ (Sütterlin et al. 2011). Zum anderen kann es mit „weg vom Geist“ übersetzt

werden, wird von dem ebenfalls lateinischen Begriff „de-mens“ (Vorsilbe: „de“ = weg von) und (Wort: „mens“ = Geist) ausgegangen (Universitätsklinikum Freiburg 2014 o.S.).

Der Begriff Demenz umschreibt ein ätiologisch heterogenes Krankheitssyndrom, welches einen Abbau des Gedächtnisses und somit emotionaler und kognitiver Fähigkeiten beinhaltet (ebd.). Das komplexe Symptombild ist von zunehmender Desorientierung, Gedächtnisverlust und Denkstörungen, Veränderungen der Persönlichkeit und körperlichem Abbau geprägt (Menche 2011). Es gibt diverse Definitionen, die das komplexe Syndrom Demenz beschreiben. Die international anerkannte Definition ist im internationalen Klassifikationssystem psychischer Störungen (ICD-10) zu finden.

Das klinische Diagnoseinstrument ICD-10 definiert „Demenz“ wie folgt:

*„Demenz (ICD-10-Code: F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens 6 Monate bestanden haben. Die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen; gelegentlich treten diese Syndrome auch eher auf. Sie kommen bei Alzheimer-Krankheit, Gefäßkrankungen des Gehirns und anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn und die Neuronen betreffen.“* (DIMDI 2016 o.S.)

Auch die World Health Organization (WHO) hat eine Definition zum Begriff „Demenz“ herausgegeben.

Die WHO definiert Demenz als

*„Dementia is a syndrome – usually of a chronic or progressive nature – in which there is deterioration in cognitive function (i.e. the ability to process thought) beyond what might be expected from normal ageing. It affects memory, thinking, orientation, comprehension, calculation, learning capacity, language, and judgement. Consciousness is not affected.“* (WHO 2016 o.S.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Begriff „Demenz“ ein Oberbegriff für Erkrankungsbilder ist, welche mit dem Verlust geistiger Funktionen, wie z.B. denken, sich orientieren, Zusammenhänge herstellen und sich erinnern, zu tun haben. Sind diese Fähigkeiten durch den Fortschritt der Erkrankung eingeschränkt oder ganz abhandengekommen, ist der

Mensch in seinem alltäglichen Leben stark eingeschränkt. Neben der Veränderung kognitiver Funktionen und Fähigkeiten, kann es auch zu einer Veränderung der Persönlichkeit kommen, welche sich je nach Mensch unterschiedlich äußert (Sütterlin et al. 2011). Die Prävalenz von Demenzerkrankungen liegt bei etwa 1,5% in der Gruppe der 50-65-jährigen, bei den über 90-jährigen steigt die Zahl auf über 30% an (Menche 2011).

### Formen der Demenz

Da der Begriff „Demenz“ ausschließlich als Oberbegriff dient, lässt sich daraus schließen, dass es verschiedene Formen der Erkrankung gibt. Man unterscheidet hier in hirnrorganische und nicht- hirnrorganische Ursachen. Hirnrorganische Formen werden als Primärform bezeichnet, nicht-hirnrorganische als Sekundärform (Hofmann 2012).

### Primäre Demenzformen:

90% aller Demenzfälle bei Betroffenen mit einem Alter von über 65 Jahren lassen sich der primären Form der Demenz zuordnen und treten somit am häufigsten auf (DALzG 2016).

Auch hier wird wiederum in drei Unterformen unterschieden. Es gibt eine neurogenerative, eine vaskuläre und eine Mischform.

Degenerieren die Nervenzellen ohne äußerlich erkennbare Ursachen, so spricht der Experte von einer neurodegenerativen Demenz (Sütterlin et al. 2011).

Auch die Demenz vom Alzheimer-Typus, welche ca. 60% der primären Erkrankungen ausmacht, gehört zu diesem Formenkreis (ebd.).

Erleiden die Zellen aufgrund von Durchblutungsstörungen oder mehreren kleinen Insulten (Hirnschlägen) schwere, irreparable Schäden, so liegt eine vaskuläre Form der Demenz vor (ebd.). Die gefäßbedingte Form der Demenz betrifft etwa 15% der Fälle (ebd.) Die Mischform, welche ebenfalls in ca. 15% der Fälle auftritt, beinhaltet Ursachen aus beiden Formen und tritt mit zunehmendem Alter häufiger auf (ebd.).

### Sekundäre Demenzformen:

Bei den sekundären Demenzformen ist der Abbau der geistigen Fähigkeiten Folge einer anderen organischen Erkrankung wie z.B. einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, Infektion des Gehirns, Epilepsie, eines Hirntumors oder einer Verletzung des Gehirns (ebd.). Auch eine falsche Dosierung von Arzneimitteln oder der Missbrauch von Toxika wie Alkohol oder verschiedener Drogen, können eine Demenz verursachen (ebd.). Nach der Behebung oder

Behandlung dieser Ursachen besteht die Chance, dass sich die Hirnleistung wieder normalisiert (ebd.). Somit sind einige dieser Demenzformen reversibel. Bei einer Demenz durch schädlichen Missbrauch von Toxika können sich kognitive Defizite nach einer Abstinenz jedoch auch verschlechtern, sodass es zu einer sogenannten „Alkoholdemenz“ kommt (Menche 2011). Eine weitere Möglichkeit der Unterteilung von Demenzformen bietet sich in dem Zuordnen der Schweregrade. Es wird zwischen drei verschiedene Schweregraden unterschieden (DEGAM 2008).

Bei einer **leichten Demenz** kommt es auf der *kognitiven Ebene* zu Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, Wortfindungsstörungen, beginnenden Schwierigkeiten, sich in fremder Umgebung zurecht zu finden und es ist nur noch ein eingeschränktes Urteilsvermögen vorhanden. Die Störungen im Bereich von *Antrieb und Affekt* zeigen sich durch Stimmungslabilität, fehlende Spontanität, Depression, Reizbarkeit und Antriebsmangel. Der Alltag und eine selbstständige *Lebensführung* sind zwar eingeschränkt, ein unabhängiges Leben ist jedoch noch möglich (DEGAM 2008, Menche 2011).

Die **Mittelschwere Demenz** äußert sich auf der *kognitiven Ebene* durch Störungen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses, zunehmenden Orientierungsstörungen und deutlichem Verlust von Alltagskompetenzen. Es setzt eine beginnende Hilfs- und Aufsichtsbedürftigkeit ein. Der *Affekt und Antrieb* ist geprägt von Unruhe, Wutausbrüchen und aggressiven Verhaltensweisen. Eine unabhängige *Lebensführung* ist nicht mehr möglich, es können jedoch noch einige alltägliche Tätigkeiten selbstständig ausgeführt werden (DEGAM 2008, Menche 2011).

Die **Schwere Demenz** bedeutet für die *kognitive Ebene*, dass der Sprachstil allenfalls noch von wenigen Wörtern geprägt ist und ein fortschreitender Verlust motorischer Fähigkeiten einsetzt. Gedankengänge können nicht mehr nachvollziehbar geäußert und kommuniziert werden. *Affekt und Antrieb* können mit Unruhe, Schreien, Nesteln und Störungen des Tag-Nachtrhythmus beschrieben werden. Eine selbstständige *Lebensführung* ist gänzlich unmöglich (DEGAM 2008, Menche 2011).

Bezüglich der Einteilung nach Schweregraden ist zu beachten, dass die Übergänge zwischen diesen fließend sind, sodass eine eindeutige Zuordnung häufig nicht möglich ist (EGAM 2008). So kann es beispielsweise vorkommen, dass verschiedene Bereiche unterschiedlich stark betroffen sind und die Entwicklungsgeschwindigkeit in ungleichem Tempo voranschreitet (ebd.). Daraus lässt sich schließen, dass für eine professionelle und genaue Beurteilung des Krankheitsverlaufes die individuelle Beschreibung der Einschränkungen in den einzelnen Bereichen Grundlage sein sollte (ebd.).

## 4.2 Symptome

Viele Symptome, die durch eine Demenzerkrankung auftreten, kommen ebenso im natürlichen Alterungsprozess vor (DEGAM 2008). Die kognitiven Fähigkeiten unterliegen einem Wandel. Die fluide Intelligenz (angeborene Fähigkeiten und Reflexe) nimmt ab und die kristalline Intelligenz (Fähigkeiten, die im Leben erlernt werden) bleibt erhalten oder nimmt in seltenen Fällen sogar noch weiter zu (ebd.).

Zu den ersten und somit frühen Symptomen bei Demenz zählt die Amnesie (Abnahme des Erinnerungsvermögens) und die Fähigkeit, strukturiert zu denken und Zusammenhänge zu erschließen (ebd.). Dies zeigt sich zum Beispiel im Vergessen von Erledigungen und Terminen oder den Inhalten von Gesprächen. Hierbei werden erst kürzlich geschehene Dinge zuerst vergessen (Menche 2011). Auch das häufige Wiederholen von Gesprächsinhalten, Aussagen und Geschichten sowie das ständige Verlegen von Gegenständen, wie z.B. der Lesebrille, deuten auf eine Gedächtnisabnahme hin. Viele Betroffene leiden zudem an einer zunehmend verwascheneren und undeutlicheren Sprache. Die Präzision der Aussprache lässt nach und eine Amnesie tritt ein, der Betroffene findet nicht mehr die richtigen Worte für sein Anliegen (DEGAM 2008). Die Leistungsfähigkeit nimmt ab, was sich häufig in der zunehmend nachlässigeren Ausführung von anspruchsvollen Aufgaben, die mehrere Schritte erfordern, zeigt. Typisch für diese Einschränkung ist, dass der Betroffene nicht mehr dazu in der Lage ist, eine Mahlzeit zuzubereiten oder eine Tür mit einem komplexen Schließmechanismus zu öffnen (ebd.). Auch ein emotionaler und sozialer Rückzug, welcher häufig zunächst als Depression gedeutet wird, kann auf eine beginnende Demenz hinweisen (ebd.). Es folgen Orientierungsstörungen. Diese sind zunächst zeitlich, dann örtlich und situativ, vor allem in fremder Umgebung, und zuletzt zur eigenen Person (Gräf & Renz-Polster 2012). Anschließend werden auch einfache Alltagsfähigkeiten wie z.B. das Zähneputzen vergessen (Menche 2011). Die Persönlichkeit bleibt meist lange erhalten, wobei einzelne Charakterzüge stärker hervortreten können (ebd.). Im Endstadium wirkt der Betroffene vollständig verwirrt, er scheint nicht mehr in der Lage zu sein, Gesagtes zu verstehen und erkennt oft selbst enge Vertraute und Angehörige nicht mehr (ebd.). Hinzu kommt meist das Vergessen der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie eine Harn- und Stuhlinkontinenz (ebd.).

Die Ausprägung verschiedener Symptome und der Fortschritt dieser sind sehr individuell, sodass sich ein variables Bild der Erkrankung ergibt.

## 4.5 Therapeutische Ansätze

Aufgrund des facettenreichen Krankheitsbildes und der individuellen Symptome bei Demenz ist die Behandlung und Betreuung Betroffener nur auf einer mehrdimensionalen Ebene und durch ein interdisziplinäres Team möglich (Grond 2014). Die therapeutischen Maßnahmen sollten dem progredienten Prozess der Demenz und somit auch den wechselnden Bedürfnissen des Betroffenen angeglichen und regelmäßig evaluiert werden (ebd.). Dabei gilt grundsätzlich, dass alle Formen der Demenz behandelbar sind, jedoch nicht von Heilung oder Verbesserung des Zustandes ausgegangen werden sollte (ebd.). Der therapeutische Ansatz bei Demenz sollte stets ganzheitlich sein, ansonsten kann nicht mit Erfolg gerechnet werden (ebd.).

Die Therapie bei Demenz umfasst zwei Bereiche. Zum einen die pharmakologische Behandlung und zum anderen psychosoziale Interventionen (DGPPN & DGN 2015). An dieser Stelle sollen die Verfahren ausschließlich benannt und nicht weiter erläutert werden, da dies nicht zielführend wäre.

### ***Psychosoziale Hilfen:***

Beziehungspflege mit kommunikativer Zuwendung und Validation/ Kognitives Training/ Ergotherapie/ Kunsttherapie/ Musiktherapie/ Tanztherapie/ Milieuthérapie  
(Grond 2014, DGPPN & DGN 2015)

### ***Komplementäre Therapien:***

Akupunktur/ Homöopathie/ Reiki/ Aromatherapie/ Snoezelen/ Massagen  
(Grond 2014, DGPPN & DGN 2015)

### ***Medikamentöse Hilfen:***

Antidementiva/ Neuroleptika/ Benzodiazepine/ Antidepressiva  
(Grond 2014, DGPPN & DGN 2015)

Ebenso wie die Diagnosestellung setzt die Therapie das Einverständnis des Betroffenen oder seines juristischen Betreuers voraus (DGPPN & DGN 2015).

## 4.6 Auswirkungen von Demenz auf die Kommunikation

Die komplizierte Technik des Sprechens, welche unter anderem der menschlichen Verständigung dient, ist ein hoch komplizierter Vorgang, der im Kindesalter über viele Jahre erlernt werden muss (Köhler 2010).

Für diese komplexe kognitive Leistung müssen mehrere Hirnareale aktiv sein. Zum Beispiel das Sprachzentrum, das Hörzentrum, das Gefühlszentrum und Bereiche, die für die bewusste

Steuerung der Muskulatur des Mundes und der Zunge verantwortlich sind (ebd.). Auch das Nutzen der Sinne Hören, Sehen und Fühlen ist unerlässlich (ebd.).

Die Sprache gilt als anfälligste Form der Kommunikation, denn wenn ein Bereich gestört ist oder gar ausfällt, ist die verbale Ausdrucksweise in ihrer normalen Funktion gestört (ebd.). So komplex und vielseitig wie die Sprache selbst ist, so verschieden sind auch die Störungsmuster, die in diesem Bereich entstehen können (Domnick 1994).

Sprachstörungen zählen neben weiteren Einschränkungen zu den manifesten Symptomen einer Demenz, auch schon im Frühstadium (ebd.). Da das Sprechen in der Kindheit mit zuletzt erlernt wurde, geht diese Fähigkeit bei demenziell Erkrankten zuerst verloren

(Köhler 2010). Dieser Vorgang macht sich zuerst bei aufwändigeren Prozessen wie dem Halten von Vorträgen, bei dem langes und freies Sprechen gefordert ist, und im Erklären komplizierter Sachverhalte, bemerkbar (ebd.). Mit dem Fortschreiten der Erkrankung verringert sich der Wortschatz und der Satzbau wird von den Betroffenen wesentlich einfacher und kürzer gestaltet (ebd.). Parallel dazu verschlechtert sich das Verstehen komplexer Sätze mit Botschaften oder dem Angebot von Alternativen als Inhalt (ebd.). Beispielhaft für Einschränkungen in der Sprache demenziell Erkrankter sind Wortfindungsstörungen, verschiedenste Störungen der Sprechfähigkeit (Aphasien), die praktische Ausführung des Sprechens ist nicht möglich (Apraxie), Wiederholungen von gehörten oder gedachten Dingen (Echolalie) und das Wiederholen von Gedankenkreisläufen (ebd.). Im schweren Stadium einer Demenzerkrankung zeigt sich häufig, dass die verbale Kommunikation nur noch in Bruchstücken vorhanden ist oder sogar ganz eingestellt wird (Hofmann 2012). In diesem Fall nutzen Betroffene oft individuelle Synonyme wie beispielsweise „Dings“, für das, was sie eigentlich ausdrücken wollten (ebd.). Der Sprachfluss wird häufig unterbrochen und die Sätze bestehen meist nur noch aus einzelnen, nicht zusammenhängenden Worten (ebd.). Wenn das Sprechen schweren Einschränkungen unterliegt, bedeutet das jedoch nicht gleichzeitig, dass ein Mensch sich nicht mehr mitteilen kann und möchte oder Gesagtes nicht versteht

(Köhler 2010). Es bleibt die nonverbale Form der Kommunikation, die durch Gestik und Mimik geprägt ist.

## **5. Kommunikation**

Im folgenden Kapitel wird es um das Thema Kommunikation gehen. Zunächst wird eine Beschreibung vorgenommen, was unter dem Begriff im Allgemeinen verstanden wird. Dies ist Voraussetzung, um anschließend die Bedeutung von Kommunikation in der Pflege

darzustellen zu können und im nächsten Schritt hervorzuheben, welche besondere Bedeutung der Kommunikation, gerade in der pflegerischen Arbeit mit demenziell Erkrankten, zukommt.

## 5.1 Definition Kommunikation

Das Wort „Kommunikation“ stammt vom Lateinischen „comunicatio“ ab (Duden online 2016 o.S.). Es bedeutet so viel wie „*Mitteilung, Unterredung*“ (ebd.) und beinhaltet das Zuhören und Sprechen (McCarthy 2012).

Der Duden definiert Kommunikation als „*Verständigung untereinander; zwischenmenschlicher Verkehr besonders mithilfe von Sprache, Zeichen*“ (Duden online 2016 o.S.).

Kommunikation wird als Form der Verständigung genutzt, welche sowohl verbal (sprachlich), als auch nonverbal (Gestik, Mimik, Körperhaltung) stattfinden kann (Hametner 2010). Die Kommunikation beinhaltet den Austausch von Mitteilungen und wird von Menschen genutzt, um miteinander in Kontakt zu treten (Hofmann 2012). Es werden Inhalte wie Informationen, Kritik oder Erlebnisse vermittelt (ebd.)

In der Kommunikation nimmt je eine Person die Position des Senders und eine die des Empfängers ein (ebd.). Findet die Kommunikation auf verbaler Ebene statt, so ist sie von Worten, Sprachtempo und Sprachmelodie geprägt, auf nonverbaler Ebene durch Mimik, Gestik und Geräusche (ebd.).

Des Weiteren gehen die beteiligten Personen während dieses Prozesses von einer gemeinsamen Grundhaltung aus. Diese ist notwendig, damit das zu vermittelnde Thema so beim Empfänger ankommt, dass es von beiden gleich verstanden wird (ebd.). Der Erfolg des Dialogs hängt vom Erkennen der jeweiligen Mitteilung ab, welches wiederum stark vom Wissen über Kommunikation der Beteiligten und ihrer Wahrnehmungskompetenz geprägt und abhängig ist (Hametner 2010).

„*Nur wenn sich die Partner der unterschiedlichen Mitteilungsebenen ihrer übereinstimmenden oder unterschiedlichen Sprachcodes bewusst sind und sie ihre gegenseitigen Zeichen erkennen und begreifen, entsteht eine erfolgreiche Kommunikation*“ (Hametner 2010, S.43).

Bei dem Prozess der Verständigung sollte zudem stets Paul Watzlawicks Aussage „*Man kann nicht Nicht-Kommunizieren*“ (Watzlawick 1969, S.53) berücksichtigt werden. Dieser Satz sagt aus, dass auch einem Schweigen eine Bedeutung zugemessen (Hofmann 2012) und auch während des nicht Redens etwas mitgeteilt wird (Hametner 2010).

## 5.2 Bedeutung von Kommunikation in der Pflege

*„Wer spricht, pflegt bereits. Pflegen ohne sprechen ist kaum möglich. Reden IST also bereits pflegen und Sprache IST wie Medizin“ (Mantz 2014, S.1).*

Kommunikative Kompetenzen spielen im Berufsfeld der Pflege eine zentrale Rolle, da diese stets in einen kommunikativen Rahmen eingebettet ist (Darmann 2000). Der hilfsbedürftige Patient ist auf Aussagen des Pflegepersonals angewiesen (Mantz 2014).

Die Art der Kommunikation wirkt sich auf das Wohlbefinden und den Genesungsprozess des Patienten aus (ebd.). Auch auf die Berufszufriedenheit der Pflegekraft nimmt sie Einfluss (Darmann 2000). Das Gelingen der Kommunikation entscheidet also über positive oder negative Auswirkungen, sowohl für den Patienten als auch für die Pflegekraft selbst (Mantz 2014). Die Pflegekraft hat mit ihrer Art der Kommunikation die Möglichkeit, die Beziehung zum Gegenüber zu gestalten und besitzt somit Verantwortung und Macht zugleich (ebd.).

Jedem Wort des Pflegenden wird eine Bedeutung zugemessen, es wirkt (ebd.). Kommunikation kann aufbauen, Kraft, Mut und Hoffnung spenden, sie kann jedoch auch Angst hervorrufen, jemanden kränken oder Verunsicherung bewirken (ebd.). Darmann kommt zu dem Ergebnis, dass pflegerische Kommunikation stark durch Machtstrukturen geprägt ist und viele Pflegekräfte eine differenzierende und angemessene Sicht auf die realen Strukturen, und die dadurch entstehenden Erfordernisse, nicht zeigen (Darmann 2000). Neben der richtigen Wortwahl besteht eine weitere Herausforderung in der Kommunikation im Faktor Zeit (Mantz 2014). Die Zeit für Gespräche in der Pflege ist aufgrund diverser komplexer organisatorischer Umstände häufig sehr begrenzt, deshalb sollte der Fokus stets auf die Qualität und nicht die Quantität der Gespräche gesetzt werden (ebd.).

Kommunikation wird in der Pflege für verschiedene Arbeitsbereiche und Situationen benötigt. Die Pflegekraft kommuniziert entweder mit einem oder mehreren Patienten, mit Angehörigen oder mit Kollegen aus dem interdisziplinären Team (ebd.) Hierbei dient der Prozess des Unterhaltens zum Beispiel dazu, um Abläufe zu klären, zur Organisation oder Informationsweitergabe, um Meinungen auszutauschen oder zum Erfragen bestimmter Informationen (ebd.). Im Kontakt mit Patienten können durch Kommunikation z.B. Bedürfnisse erhoben, Abläufe erläutert oder Fragen geklärt werden (ebd.)

In allen Situationen der verbalen oder nonverbalen Kommunikation sollte stets auf bewusstes Sprechen geachtet werden (ebd.). Dies erspart den Beteiligten vor allem Missverständnisse und dadurch Stress (ebd.). Die Folgen einer ungepflegten, nicht professionellen und zumeist

unbewussten, Konversation, sind kräftezehrend für die Beteiligten. Sie schmälert zudem die fachliche Kompetenz der Pflegekraft (ebd.). Schlechte Kommunikation zeigt sich in Sprach- und Verhaltensmustern, wie beispielsweise lautem Sprechen bei offenen Türen, flüchtiger Vorstellung der eigenen Person, lautem Rufen über den Flur oder einander auf dem Flur nicht grüßen (ebd.). Auch der häufige Gebrauch der Wörter „muss“ und „schnell“ deuten auf eine nicht gelungene, negativ geprägte Gesprächssituation hin, da sie Druck und Hektik hervorrufen (ebd.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Kommunikation ein nicht zu unterschätzender, sehr wichtiger Part der Pflege ist, welcher großen Einfluss auf den Patienten und seine Genesung hat. Deshalb sollte stets auf eine professionelle Form der Gesprächsführung geachtet werden und die Pflegekraft sollte sich der möglichen Auswirkung ihrer Worte bewusst sein.

### 5.3 Bedeutung von Kommunikation in der Arbeit mit demenziell Erkrankten

Ohne die Fähigkeit, kommunizieren zu können, hat der Mensch ein Problem damit, eine Beziehung und das Gefühl von Verbundenheit aufzubauen (McCarthy 2012). Genau dieser komplizierten Herausforderung werden Menschen mit Einschränkungen in der Kommunikation, zu denen auch demenziell Erkrankte zählen, im Alltag ausgesetzt (siehe Kapitel 4.6) (ebd.). Die Betroffenen müssen sich mit der Schwierigkeit auseinandersetzen, ihre Gedanken, Wünsche und Bedürfnisse nicht eindeutig mitteilen zu können. Gleichzeitig bereitet es ihnen häufig Probleme, zu verstehen, was das Gegenüber ihnen mitteilen oder verständlich machen möchte (ebd.). Dieser Prozess der Auseinandersetzung produziert häufig Anspannung und sorgt für Gefühle der Frustration auf beiden Seiten (ebd.).

Durch die hirnorganischen Veränderungs- und Abbauprozesse, welche durch die Demenz entstehen (siehe Kapitel 4.2), ist der Erkrankte im Kontakt mit anderen Menschen mit den oben beschriebenen Nöten konfrontiert. Hinzu kommt das Bewusstsein, dass sich Veränderungen in der eigenen Kommunikation eingestellt haben. Es werden Dinge vergessen, von denen der Betroffene spürt, dass er sie eigentlich wissen müsste oder er verliert mitten im Gespräch den Faden (ebd.). Diese Umstände zeigen auf, dass die Unterhaltung mit einem hochbetagten kognitiv eingeschränkten oder gar ganz desorientierten Menschen einer hohen Gesprächskompetenz von Seiten der Pflege bedarf (Mantz 2014). Nur diese ermöglicht einen Zugang in die Welt der demenziell Erkrankten, welcher notwendig ist, um deren Bedürfnisse in Erfahrung zu bringen (ebd.).

Für viele Pflegekräfte zeichnen sich demenziell erkrankte Patienten jedoch hauptsächlich dadurch aus, dass sie sich, sei es verbal oder nonverbal, miss- oder unverständlich

äußern (Steffen-Bürgi 1991). Verstehen ist im Rahmen des Pflegeprozesses allerdings eine unerlässliche Voraussetzung für die pflegerische Bedarfserhebung auf individueller Ebene (Bräutigam et al. 2005). Durch die Ansicht, dass die Veränderungen im Verhalten und der Kommunikation des Menschen ausschließlich Folge seiner Demenz sind, wird jede Lebensäußerung als Symptom der Krankheit angesehen (ebd.). Hierdurch wird der Mensch auf die Rolle eines Symptomträgers reduziert (Taft et al. 1997 in Bräutigam et al. 2005).

Neben wissenschaftlichem Fachwissen steht jedoch vor allem das individuelle Fallverstehen für den Prozess der Professionalisierung in der Pflege (Bräutigam et al. 2005). Daraus lässt sich schließen, dass ein systematischer Versuch unternommen werden muss, einen verstehenden Zugang zu jedem Patienten zu erlangen, um individuelle Maßnahmen einleiten zu können und dabei den Kriterien der Professionalität zu entsprechen (ebd.).

## 6. Validation

*„ Ohne Validation wären Menschen, die nicht mehr verbal kommunizieren können, weil sie alt und krank sind, ganz allein, Sie würden zu „lebenden Toten“ werden.“ (Feil 2008, S.1).*

Professionelle Pflegekräfte, aber auch Angehörige, werden häufig mit der Problematik konfrontiert, verbale und nonverbale Äußerungen von demenziell Erkrankten nicht verstehen und deuten zu können (Alzheimer Angehörigen- Initiative e.V. 2013). Dieses sorgt für eine deutliche Behinderung in der Kommunikation oder führt sogar dazu, dass erst gar keine zustande kommt (ebd.). Um dieses Hindernis zu beheben, hat Naomi Feil die Methode Validation entwickelt. Sie soll einen Zugang zu der Realität des Betroffenen ermöglichen (ebd.).

### 6.1 Definition

Der Begriff „Validation“ bedeutet „wertschätzen“ oder „etwas für gültig erklären“ (Grond 2014). Validation ist eine Methode, die speziell für die Kommunikation mit demenziell erkrankten Menschen entwickelt wurde (Halek & Bartholomeyczik 2006). In den 60er Jahren wurde dieses Konzept von Naomi Feil auf den Prinzipien der klientenzentrierten Gesprächsführung von Carl Rogers und weiteren Erkenntnissen aus verschiedenen psychologischen Theorien aufgebaut (Grond 2014). Feil bezog auch Freuds Erkenntnisse aus seiner Psychoanalyse und Erik Eriksons Modell der acht Lebensphasen mit in ihr Konzept ein (Morton 2002). Sie war der Überzeugung, dass Erfahrungen aus dem frühen Kindesalter sich im Unterbewusstsein festsetzen und diese auch im hohen Alter noch verarbeitet werden (ebd.). Die acht Entwicklungsstadien nach Erikson bilden eine ähnliche Theorie ab, Feil entwickelte diese weiter und behauptet, dass ein Mensch, der einen bestimmten Konflikt in

seinem Leben nicht gelöst hat, nicht in Frieden sterben könne (ebd.). Bei diesem Problemkonstrukt soll die Validation Unterstützung für den Betroffenen bieten und eine Lösung fördern (ebd.). Auch die Berücksichtigung der individuellen Biographie ist für die Anwendung der Validation nach Feil Voraussetzung (ebd.).

Schwerpunkt und zugleich Grundhaltung dieser Methode ist zusammenfassend gesagt die positive Wertschätzung gegenüber demenziell Erkrankten (Grond 2014).

In den vergangenen Jahren wurde das Konzept der Validation nach Feil häufig als Grundlage genutzt, um weitere Formen zu entwickeln (Erdmann & Schnepp 2012). Eine davon ist die Integrative Validation nach Nicole Richard, die ebenfalls große Popularität erlangte und als praxisnäher sowie einfacher anzuwenden gilt (ebd.).

In dieser Arbeit wird es jedoch ausschließlich um die Validation nach Naomi Feil gehen, da diese die Grundlage für alle weiteren Validationsformen darstellt und somit einer genauen Evidenzprüfung unterliegen sollte. Einen weiteren Punkt zur Begründung stellt die Tatsache dar, dass es diese Form der Validation ist, die am häufigsten im Umgang mit demenziell Erkrankten genutzt wird (Halek & Bartholomeyczik 2006).

## 6.2 Validation nach N. Feil

Naomi Feil wurde 1932 in München als Tochter eines Psychologen und einer Sozialarbeiterin geboren und emigrierte 1936 mit ihrer Familie nach Cleveland/Ohio in den USA (Morton 2002, Feil 2008). Sie studierte 1950 an der Columbia Universität in New York City Psychologie, arbeitete dann als Abteilungsleitung in einem New Yorker Krankenhaus und war nebenbei als Off-Broadway Schauspielerin tätig. Anschließend machte sie eine Ausbildung zur Sozialarbeiterin, bis sie 1963 an das Montefiore Heim, welches ihre Eltern betrieben, zurückkehrte (Morton 2002). Dort begann sie als Gruppentherapeutin die Arbeit mit Bewohnern, welche besonders fortgeschritten in ihrer Desorientiertheit waren (ebd.). Hierbei stellte sie fest, dass das Einbringen objektiver Themen wenig sinnvoll war, da die Gruppenmitglieder nicht dazu in der Lage waren, den Übergang von ihrer eigenen in eine für sie äußere, fremde Welt zu finden (ebd.). Es fiel ihr auf, dass die Betroffenen sich immer dann zurückzogen oder auffällig unfreundlich wurden, wenn sie mit der Realität, die für sie unerträglich war, konfrontiert wurden (Feil & de Klerk-Rubin 2010). Aufgrund ihrer praktischen Erfahrungen und dem Ärger über mangelnde, hilfreiche Konzepte im Umgang mit Menschen, welche den Ich-Kontakt zu Realität verloren haben, entwickelte sie über Jahre einen eigenen Ansatz, den sie Anfang der 80er Jahre zum ersten Mal als Validation bezeichnete (Morton 2002). Validation hat unter anderem das Ziel, einen Zugang zu der Realität der

Betroffenen zu schaffen (Alzheimer Angehörigen- Initiative e.V. 2013). Durch den Zugang der Umwelt in die Realität des Betroffenen soll ihm das Gefühl von Wertschätzung und Akzeptanz vermittelt werden (ebd.). Durch eine empathische Grundhaltung soll das Pflegepersonal dazu in der Lage sein, die Gefühle und Bedürfnisse des Gegenübers zu erkennen und sein Verhalten zu deuten oder sogar zu verstehen (ebd.). Durch dieses Entgegenkommen können für beide Seiten positive Erfahrungen und Erfolgserlebnisse entstehen, die einen verständnisvollen Umgang miteinander begünstigen (ebd.).

Schlussfolgernd ist die Validation nach Feil eine Entwicklungstheorie für alte, desorientierte Menschen, zugleich eine Methode, ihr Verhalten richtig einzuschätzen und eine spezielle Technik, die den Betroffenen hilft, durch individuelle Validationsanwendung ihre Würde wiederzuerlangen (ebd.).

### **6.2.1 Grundlagen der Validation**

Eine positive Grundhaltung gegenüber dem Validationsempfänger ist zwar sinnvoll, allerdings nicht ausreichend für die gezielte und professionelle Anwendung der Validation (Fercher & Sramek 2014). Das Konzept beinhaltet drei wichtige Ebenen, erst wenn diese zusammenspielen, kann von Validation gesprochen werden (ebd.).

Die drei Ebenen bestehen aus

- der eigenen Grundhaltung und Einstellung, welche einfühlsam und frei von Vorurteilen sein sollte
- theoretischen Grundlagen und Wissen zur Validation, welche vorhanden sein müssen
- verbalen und nonverbalen Techniken, die gezielt eingesetzt werden sollen (ebd.)

Des Weiteren hat Naomi Feil elf Prinzipien für die Arbeit mit mangelhaft orientierten oder völlig desorientierten Menschen entwickelt. Sie sollen dem Anwender in seiner Handlung helfen und als Grundlage für die Haltung während der Anwendung von Validation dienen (Feil & de Klerk-Rubin 2013).

1. *„Mangelhaft orientierte und desorientierte alte Menschen sind wertvoll und einzigartig“* (Feil & de Klerk-Rubin 2013, S.16).

2. *„Mangelhaft orientierte und desorientierte alte Menschen sollten akzeptiert werden, wie sie sind: Wir versuchen nicht, sie zu verändern“* (Feil & de Klerk-Rubin 2013, S.17).

3. *„Zuhören mit Empathie baut Vertrauen auf, reduziert Angst und gibt die Würde zurück“* (Feil & de Klerk-Rubin 2013, S.17).

4. *„Schmerzhafte Gefühle, ausgedrückt, akzeptiert und validiert und durch einen vertrauensvollen Zuhörer, werden schwächer. Schmerzhafte Gefühle, die ignoriert und unterdrückt werden, werden stärker“* (Feil & de Klerk-Rubin 2013, S.18).

5. *„Es gibt einen Grund hinter dem Verhalten von mangelhaft orientierten und/oder desorientierten Menschen“* (Feil & de Klerk-Rubin 2013, S.18).

6. *„Das Verhalten von mangelhaft orientierten oder desorientierten, sehr alten Menschen kann in einem oder mehreren [...] menschlichen Grundbedürfnisse begründet sein...“* (Feil & de Klerk-Rubin 2013, S.19).

Diese Bedürfnisse sind in Feils Buch „Validation- Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen“ nachzulesen und können hier aus Platzgründen nicht aufgeführt werden.

Die Betroffenen ziehen sich aus der, für sie unverständlichen, Gegenwart zurück, um in der Vergangenheit ihre Bedürfnisse zu erfüllen. Sie sind dabei mit der Aufarbeitung von Problemen, Linderung schmerzlicher Erinnerungen, dem Wiederbeleben von schönen Erinnerungen oder Ausdruck des Selbst beschäftigt“ (Feil & de Klerk-Rubin 2013).

7. *„Früherlerntes Verhalten kehrt zurück, wenn die verbalen Fähigkeiten und das Kurzzeitgedächtnis versagen“* (Feil & de Klerk-Rubin 2013, S.20).

8. *„Persönliche Symbole, die von mangelhaft orientierten oder desorientierten älteren Menschen benutzt werden, sind in der Gegenwart vorhandene Menschen oder Gegenstände, die mit Emotionen beladene Menschen, Gegenstände oder Konzepte aus der Vergangenheit repräsentieren“* (Feil & de Klerk-Rubin 2013, S.20).

9. *„Mangelhaft orientierte und desorientierte ältere Menschen leben auf verschiedenen Bewusstseinssebenen, oftmals zur gleichen Zeit“* (Feil & de Klerk-Rubin 2013, S.21).

10. *„Wenn die fünf Sinne schwinden, stimulieren sich mangelhaft orientierte und desorientierte ältere Menschen selbst und benutzen ihre „inneren Sinne“. Sie sehen mit ihrem inneren Auge und hören Klänge aus der Vergangenheit“* (Feil & de Klerk-Rubin 2013, S.21).

11. *„Ereignisse, Emotionen, Farben, Klänge, Gerüche, Geschmacksrichtungen und Bilder im Hier und Jetzt wecken Emotionen, die dann ähnliche Emotionen aus der Vergangenheit auslösen“* (Feil & de Klerk-Rubin 2013, S.21).

## Die vier Phasen der Desorientierung

Naomi Feil schloss aus verschiedenen Erfahrungen und Ergebnissen von Obduktionen die Erkenntnis, dass Desorientiertheit im hohen Alter nicht auf organische Schäden des Gehirns zurückzuführen sei, sondern dass sich diese Menschen bewusst in die Vergangenheit zurückziehen (Scharb 1999). Dieses geschehe, weil sie die Realität nicht ertragen könnten und zugleich versuchen würden, alte Konflikte aus ihrer Vergangenheit zu klären und zu verarbeiten (ebd.). Feil griff hierbei Erik Eriksons Modell der acht Lebensphasen eines Menschen, in denen jeweils eine bestimmte Krise oder Aufgabe auftritt, in ihrem Konzept mit auf und erweiterte es (Morton 2002). Sie entwickelte daraus die vier Stadien der Desorientierung, welche als Unterstadien der letzten Lebensphase „Die Vergangenheit aufarbeiten statt vegetieren“ gesehen werden können (Fercher & Sramek 2014). Sie sind ein wichtiger Bestandteil der Validation, welcher auf Beobachtungen, Erfahrungen und Erkenntnissen beruht, die sie über Jahre im Umgang mit desorientierten älteren Menschen gesammelt hat (ebd.). Feil bezeichnet sie auch als die vier Aufarbeitungsphasen. Diese beziehen sich auf das Ausmaß kognitiver Möglichkeiten und Einschränkungen sowie dadurch entstehende Veränderungen des Verhaltens (ebd.).

Die erste Phase trägt die Bezeichnung „*Mangelhafte Orientierung*“ (ebd.). Hierunter ist eine nur lückenhaft vorhandene Orientierung zu verstehen, der Betroffene ist häufig sehr unglücklich. Dieses Stadium ist außerdem von vielen hartnäckigen Anschuldigungen gegenüber anderer Personen gekennzeichnet, in denen sich häufig nicht bewältigte Krisen aus einer früheren Lebensphase erkennen lassen (Morton 2002).

Phase zwei heißt „*Zeitverwirrtheit*“, sie ist geprägt vom Verlust kognitiver Fähigkeiten und dem beginnenden Rückzug in die Vergangenheit (Fercher & Sramek 2014). Zeiten, Personen und Orte werden häufig verwechselt und schwere Beeinträchtigungen des Kurzzeitgedächtnisses machen sich bemerkbar (Morton 2002).

Phase drei „*sich wiederholende Bewegungen*“ ist durch eben diese gekennzeichnet, sie ersetzen die sprachliche Äußerung (Fercher & Sramek 2014). Die Alltagsfähigkeiten gehen vollends verloren und lebenslang unterdrückte Gefühle können nun herausbrechen (Morton 2002)

Phase vier ist das „*Vegetieren*“, was einen kompletten Rückzug in die eigene innere Welt bedeutet (Fercher & Sramek 2014). Dieses Stadium entspricht einer schweren Demenz und birgt Passivität (Morton 2002). Eine individuelle Validation ist in dieser Phase ein möglicher Ansatz, jedoch nicht mehr allzu erfolgsversprechend (ebd.).

Die vier Phasen lassen sich mit der medizinischen Einteilung des Schweregrades bei Demenz (siehe Kapitel 4.1) vergleichen. Sie beinhalten den fortschreitenden Rückzug des Betroffenen, an dessen Ende das Dahinvegetieren steht (Fercher & Sramek 2014). Durch Validation soll verhindert werden, dass ein Mensch diese vier Phasen durchläuft und dadurch letztendlich in die Vegetation gelangt (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Das Einordnen eines Betroffenen in eine der vier Phasen ermöglicht es, eine passende Technik, die sich je nach Phase unterscheidet, samt verbaler und nonverbaler Komponenten für ihn zu finden und anzuwenden (Fercher & Sramek 2014). Eine genaue Zuordnung zu einer der Phasen ist jedoch nicht immer möglich (ebd.). Da es einen fließenden Übergang zwischen den Phasen gibt und diese nicht starr sind, kann eine Phase innerhalb eines Tages bei ein und demselben Menschen variieren (ebd.). Meistens befindet sich eine Person jedoch überwiegend in derselben Phase, sodass eine Einteilung trotzdem sinnvoll ist (ebd.).

### Die Bedeutung von Symbolen

Wie Punkt fünf der Prinzipien von Feil aussagt, gibt es immer einen Grund für das Verhalten desorientierter alter Menschen. Um die Verhaltensweisen, die häufig sinnlos und bizarr erscheinen, erklärbar zu machen, hat Feil eine These zu einer universellen Symbolsprache aufgebaut (Morton 2002). Diese besagt, dass vor allem Personen, die der Sprache nicht mehr mächtig sind, auf Symbole zurückgreifen, um sich verständlich zu machen (ebd.). Ein Symbol ist hierbei ein Gegenstand oder eine Person aus der Gegenwart, die für einen wichtigen Gegenstand oder eine bedeutende Person aus der Vergangenheit stehen (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Es wird genutzt, um Gefühlen von Schmerz und Wut, aber auch Sehnsüchten Ausdruck zu verleihen (Morton 2002).

Durch gezieltes Beobachten und das Wissen über die Lebensgeschichte soll diese individuelle Symbolsprache über die Zeit entschlüsselt werden (ebd.) Je weiter die Desorientiertheit fortschreitet, desto individueller sind die Zeichen zu deuten (Feil & de Klerk-Rubin 2013).

Beispiel: Für eine ehemalige Archivmitarbeiterin wird ein Portemonnaie zum Symbol für einen Aktenschrank. Dies erkennt man in dem Füllen der Geldbörse durch sorgfältig zusammengefaltete und eingeordnete Papiertaschentücher, welche sie als wichtige Dokumente wahrnimmt (Feil & de Klerk-Rubin 2013).

## Zielgruppe

Naomi Feil nennt die Gruppe, die von Validation profitiert „*Desorientierte sehr alte Menschen*“ (Feil & de Klerk-Rubin 2013, S.42), womit sie demenziell Erkrankte meint. Diese zeichnen sich nach ihrem Verständnis dadurch aus, dass ihnen ein flexibles Verhalten nicht mehr möglich ist (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Außerdem halten sie an alten Rollenbildern und Sichtweisen fest, müssen regelmäßig mit ihren Gefühlen kämpfen und ihre kognitive Leistung lässt stark nach (ebd.). Aus diesem Grund ziehen sie sich in ihre eigene Welt zurück. Eine Einsicht in das Geschehen ist nicht vorhanden (ebd.). Die Personengruppe zeichnet sich zudem dadurch aus, dass sie ein mehr oder weniger sinnvolles und produktives Leben geführt hat und keine geistige Behinderung aufweist, das Verhalten war unauffällig, bevor die Veränderungen durch die Demenz eingesetzt haben (ebd.). Das Zurückziehen in die eigene Welt verhindert den Schmerz, der beim Eingestehen der Verluste entstehen würde (ebd.). Die Flucht aus der Realität in die Vergangenheit bietet eine Verdrängung des Schmerzes aus der Gegenwart und beinhaltet zugleich ein Gefühl der Geborgenheit beim Eintauchen in alte Erinnerungen und Erlebnisse, es stillt die Sehnsucht (ebd.).

Weitere Charakteristika, die diese Personengruppe aufweist, sind ein Alter von 80 Jahren oder mehr (Ausnahmen sind hierbei jedoch möglich), es sind keine psychischen Vorerkrankung bekannt und die Desorientierung ist nicht die Folge einer physischen Erkrankung wie z.B. Parkinson oder Drogenmissbrauch oder eines organischen Traumas wie z.B. nach einem Schlaganfall (ebd.).

Die genannten Bedingungen, die die Personengruppe, welche zur Validation geeignet ist, beschreiben, dienen als richtungsweisende Faktoren, sollten jedoch nicht als Schema von unumgänglichen Voraussetzungen verstanden werden.

## **6.2.2 Ziele der Validation**

### Ziele für die Betroffenen

Die Validation verfolgt mehrere Ziele. Sie soll vor allem für eine Wiederherstellung oder Stärkung des Selbstwertgefühls sorgen, wodurch auch gleichzeitig Stress, den der Betroffene empfinden könnte, reduziert wird (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Des Weiteren soll sie beim Lösen alter, nicht ausgetragener Konflikte helfen und die nonverbale und verbale Kommunikation verbessern. Hierdurch können ein dauerhafter Rückzug in die eigene Welt und das Vegetieren verhindert werden (ebd.). Positive Effekte, die durch die Validationsanwendung entstehen können und gleichzeitig Ziele des Konzeptes sind, sind zudem die Reduktion von

medikamentösen und physischen Zwangsmaßnahmen sowie das längere Verbleiben im gewohnten Umfeld (ebd.). Weitergefasst können die Befriedigung psychosozialer und physischer Grundbedürfnisse, die individuelle Förderung und insgesamt eine gesteigerte Lebensqualität als Ziele der Validation angegeben werden (Scharb 1999).

#### Ziele für die anwendenden Personen

Auch für die Validationsanwender (VA) soll die Methode Erfolge erzielen. Sie sollen weniger Stress durch die erhöhte Harmonie in der Beziehung zum Validationsempfänger (VE) empfinden und dadurch mehr Freude verspüren sowie Energie erhalten (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Außerdem soll das Konzept den allgemeinen Kontakt und die Kommunikation im Familienverbund fördern (ebd.). Zusätzlich soll die Anwendung von Validation und das dadurch gesenkte Stresspotential aufgrund von Verständnis für das Verhalten der Betroffenen zur Vorbeugung eines Burn-Out-Syndroms dienen (Naomi Feil 2008).

### **6.2.3 Anwendung und Techniken der Validation**

#### Vorbereitungen zur Anwendung von Validation

Das Besondere an Validation ist, dass diese Methode eine Kommunikation mit desorientierten älteren Menschen ermöglicht. Unabhängig davon, ob sie wahre oder scheinbar surreale Dinge behaupten. Gleichzeitig bedeutet Validation jedoch nicht, der Person gegenüber stets Recht zu geben, sondern ihr die eigene Realität zu beschreiben, sie jedoch gleichzeitig in ihrer Wahrnehmung ernst zu nehmen und zu akzeptieren (Morton 2002). Bei der Validation wird also weder konkret einer Aussage wie „Ich muss jetzt los in die Schule“ zugestimmt, noch wird direkt widersprochen. Auch verbale, ablenkende Reaktionen der Pflegekraft wie „Es gibt gleich Abendessen“ sollten vermieden werden (Fercher & Sramek 2014). Es geht stattdessen darum, sich auf das Gefühl zu konzentrieren und einzulassen, welches in der Äußerung und dem Verhalten des Betroffenen gerade im Vordergrund zu stehen scheint. Unabhängig davon, ob die Stimmung eher positiv oder auch gedrückt und negativ ist (ebd.). Dadurch entsteht ein Angebot der Begleitung in der persönlichen Welt des desorientierten Menschen, welche für ihn real ist (ebd.). Diese Authentizität führt dazu, dass der Mensch sich ernst- und wahrgenommen fühlt (ebd.). Um das Angebot der Begleitung in der eigenen Welt realisieren zu können, hat Naomi Feil verschiedene verbale und nonverbale Validationstechniken entwickelt. Diese beinhalten nicht nur eine geeignete Kommunikationsform, sondern z.B. auch eine der Situation angepasste Berührung, einen passenden Gesichtsausdruck oder eine angemessene Körperhaltung (Fercher & Sramek 2014).

Die Validation soll sich dem Rhythmus des Betroffenen anpassen und gelebt werden (ebd.). Nicht jede Technik kann in jedem Stadium der Desorientierung angewendet werden. Die förderliche oder schädliche Auswirkung hängt dabei von den kognitiven Fähigkeiten und dem Grad des Rückzugs des Betroffenen ab (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Diese festzustellen ist einer der drei Schritte, die vor Beginn der Validation erfolgen sollen.

Um den Grad der Desorientierung richtig einschätzen zu können, muss zunächst ein gewisses Wissenskontingent über die Person eingeholt werden, dies ist Schritt eins der validationsvorbereitenden Maßnahmen. Hierbei sind vor allem Kenntnisse über die Lebensgeschichte und Vergangenheit der Person, aber auch über die gegenwärtige Situation und zukünftigen Pläne von großer Bedeutung (ebd.). Diese sind auch nötig, um später den Erfolg der Validation messen und feststellen zu können. Das Erfragen der Informationen bietet gleichzeitig die Möglichkeit, den Grad der vorliegenden Desorientierung einzuschätzen (ebd.).

Das personenbezogene Wissen wird aus Gesprächen mit dem Betroffenen, aber auch mit Angehörigen gewonnen und durch Beobachtungen, auch des physischen Zustands und Verhaltens des desorientierten Menschen, ergänzt. Es sollte über einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen und zu verschiedenen Tageszeiten gesammelt werden, um ein realistisches Bild vom Zustand des Betroffenen zu erhalten (ebd.). Für diesen Vorgang gibt Feil Ratschläge, um möglichst aussagekräftige Antworten zu erhalten und den Betroffenen durch eine direkte Befragung nicht zu verunsichern oder zu deprimieren, wenn er etwas nicht erinnern sollte (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Schritt drei der Maßnahmen vor Beginn der Validation ist, regelmäßig Zeit mit dem Betroffenen zu verbringen und so bereits sein Vertrauen zu gewinnen (ebd.). Hierbei kann auch das bevorzugte sensorische System z.B. visuell, auditiv, kinästhetisch oder auch eine Kombination daraus, des Betroffenen festgestellt werden (Scharb 1999). Durch das Nutzen des bevorzugten Sinnesorgans wird sich der zu Validierende noch eher verstanden fühlen (ebd.).

Jede Technik der Validation beginnt jedoch damit, dass der VA sich zentriert (Fercher & Sramek 2014). Das bedeutet, dass er sich für die Situation der Validation von seinen eigenen Gefühlen lösen und sie zurückstellen muss. Nur so kann ein Verhalten frei von Bewertungen und Urteilen entstehen, eine bewusste Atmung kann diesen Prozess unterstützen (ebd.). Feil beschreibt eine solche mögliche Atemtechnik in ihrem Buch „Validation – ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen“.

Die Validationseinheiten sind alle so konstruiert und aufgebaut, zunächst Vertrauen aufzubauen, dann das Selbstwertgefühl zu stärken, anschließend einfühlsam nachzufragen und zum Schluss den Betroffenen berichten oder erzählen zu lassen (ebd.).

Auch das Beobachten körperlicher Charakteristika, das Zuhören mit Energie, das nicht Anzweifeln von merkwürdigen Aussagen, das Nichturteilen und das Bewusstsein der Privatsphäre des Gegenübers ist Part jeder Validationstechnik und -einheit (Feil & de Klerk-Rubin 2013).

Die Techniken sind, so Naomi Feil, nur Möglichkeiten und Hilfen, um eine Beziehung zu beginnen (ebd.). Da jeder Mensch ein Unikat ist, müssen die Methoden individuell und je nach Phase der Desorientiertheit angepasst werden. Dabei hat der VA die Verantwortung und Aufgabe, die für sich und das Gegenüber am besten geeignetste Technik zu finden.

Naomi Feil hat für die Einzelvalidation, oder auch individuelle Validation genannt, verschiedene verbale und nonverbale Techniken entwickelt. An dieser Stelle sollen nur ausgewählte, häufig genutzte Techniken vorgestellt werden.

**Spiegeln** (nonverbale Technik, besonders geeignet für die dritte Phase der Desorientiertheit): Die Körperhaltung, die Art der Bewegungen und die Atmung des Klienten genau beobachten und anschließend nachahmen, also spiegeln (Morton 2002).

**Umformulieren** (verbale Technik, für das erste, zweite oder dritte Stadium der Desorientierung): Die Bedeutung des vom Klienten Gesagten wird wiederholt und mit Schlüsselworten umschrieben, diese sollten möglichst eine offensichtliche, emotionale Bedeutung haben (Morton 2002).

**Berühren** (nonverbale Technik, für jedes Stadium der Desorientierung geeignet): Intensiver, gezielter Körperkontakt durch empathische, angemessene Berührungen, vermittelt sozialen Kontakt und kann Erinnerungen auslösen (Morton 2002).

### Gruppenvalidation

Eine weitere Form Validation zu praktizieren, ist die Validationstherapie in der Gruppe (Halek & Bartholomeyczik 2006).

Die Gruppenvalidation mit circa fünf bis zehn Betroffenen sollte mindestens einmal pro Woche für 20 bis 60 Minuten durchgeführt werden und findet meist in Form von Diskussionsrunden statt (ebd.). Aber auch das gemeinsame Essen, Musizieren oder Bewegung können zum Inhalt einer Validationsgruppe werden (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Diese sollen vor allem das soziale Rollenverständnis, das Verständnis der eigenen Identität, soziale Kontakte und Interaktionen sowie Kommunikation jeder Art fördern (ebd.). Solch eine Form der Validation funktioniert besonders gut mit Menschen in Phase zwei und drei der Desorientiertheit,

da bei ihnen die Konzentrationsfähigkeit für ein Einzelgespräch zu gering ist (ebd.). Die Gruppe kann diese fehlende Energie ausgleichen und zu einer Kommunikation anregen (ebd.). Ausgeschlossen von der Teilnahme an der Gruppensitzung sind Menschen, die sich den Verlust ihres Kurzzeitgedächtnisses nicht eingestehen können, anderen die Schuld für ihre Situation geben und sehr emotional mit Wut oder Tränen reagieren (ebd.). Diese Personen sollten zunächst in Einzelsitzungen therapiert und auf die Teilnahme an der Gruppe vorbereitet werden. Um eine Gruppentherapie zu organisieren, ist es hilfreich, die Unterstützung von Kollegen zu erhalten (ebd.). Diese können in verschiedenster Weise helfen, indem sie z.B. die Mitglieder zu den Treffen bringen, neue Mitglieder vorschlagen, den Fortschritt der Mitglieder beurteilen und dafür Sorge tragen, dass niemand aus der Gruppensituation zu anderen Terminen herausgeholt wird usw. (ebd.).

Die genauen Auswahlkriterien für Gruppenmitglieder sowie das explizite Vorgehen bei der Gruppenvalidation beschreibt Naomi Feil in dem Buch „Validation- Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen“.

### 6.3 Auswirkungen der Validation

Validation gehört zu den am meisten verbreiteten und in der internationalen Literatur und Leitlinien erwähnten Konzepten, wenn es um die Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen geht (Halek & Bartholomeyczik 2006). Vor allem in Langzeitpflegeeinrichtungen und wenn es um das Auftreten von herausforderndem Verhalten bei dieser Patientengruppe geht, ist es eine oft genutzte Intervention, vor allem in Europa, den USA und Australien (ebd.). Trotzdem sind mangelnde Forschungsergebnisse mit unzureichendem methodologischen Vorgehen nach wie vor einer der größten Kritikpunkte an der Validation, da diese im Rahmen der Evidenzbasierung von Pflege nötig sind, um eine Intervention zu belegen (Feil & de Klerk-Rubin 2013).

Validationstherapie, die über eine bestimmte Zeitspanne gezielt stattfindet, ist forschungsmethodologisch einfacher zu überprüfen als eine grundsätzlich validierende Haltung, deshalb wurden zu dieser Form der Validation mehr wissenschaftliche Studien durchgeführt (Halek & Bartholomeyczik 2006). Hierbei wurde Validation meist in Hinblick auf bestimmte, im Zusammenhang mit Demenz auftretende, Probleme, wie z.B. die Kognition der Betroffenen oder herausforderndes Verhalten, betrachtet. Doch insgesamt sind im Vergleich zur Häufigkeit der Anwendung bislang wenige Studien entstanden, um die Wirksamkeit von Validation zu überprüfen (ebd.). Viele Validationsanwender scheinen aus persönlicher Überzeugung und Meinung nach Feils Konzept zu handeln.

### **6.3.1 Auswirkungen auf demenziell erkrankte Menschen**

Feil selbst begann ihre Methode am Montefiore- Altersheim zu untersuchen (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Hierbei beobachtete sie seit 1971 über einen Zeitraum von fünf Jahren, wie sich das Verhalten von 30 desorientierten, alten Menschen unter der Validation veränderte (ebd.). Sie stellte dabei fest, dass es viele positive Auswirkungen gab. Nach ihren Beobachtungen und Aufzeichnungen verbesserte sich die Inkontinenz, herausforderndes Verhalten wie Schreien und Schlagen konnte reduziert werden, der Gang der Betroffenen wurde aufrechter, Blickkontakt konnte länger gehalten werden, positives Verhalten wie z.B. Lächeln oder einander helfen und der Humor sowie das Bewusstsein bezüglich der Außenwelt nahmen zu, was gleichzeitig auch das Sprechen und soziale Interaktionen förderte (ebd.). Dies alles führte laut Feil zu einer erhöhten Zufriedenheit der Betroffenen (ebd.).

Diese diversen Effekte sind jedoch nur selten durch methodisch anspruchsvolle Studien belegt (Erdmann & Schnepf 2012). Sie sind nahezu identisch mit den Zielen, die Feil für die Validation nennt (siehe 6.2.2). Hinzu kommt, dass Feil keine Quellen für ihre eigenen Studien angibt und auch keine Aussagen bezüglich der Methodik tätigt, was dazu führt, dass ihre Ergebnisse wissenschaftlich nicht nachvollziehbar sind.

Im Jahr 2000 und 2002 entstanden zwei niederländische Studien, die zum Ziel hatten, Validation als pflegerische Haltung zu analysieren (Halek & Bartholomeyczik 2006). Die Größe der Stichprobe lag bei Finnema im Jahr 2000 bei 129 Bewohnern einer Alten- und Pflegeeinrichtung und bei Schrijnemaekers im Jahr 2002 bei 151 Teilnehmern. Die Größe der Gruppe nahm jedoch im Verlauf durch eine Ausfallrate von 24-38% stark ab (ebd.). Die Schwere der Demenz war bei beiden Studien aus medizinischer Sicht mittel bis schwer und der Altersdurchschnitt lag bei 84 Jahren (ebd.). Während der Untersuchungsdauer von sieben bis zwölf Monaten wurden die Studien in den Pflegealltag der Einrichtungen integriert (ebd.). Beide Untersuchungen brachten ähnliche Ergebnisse hervor, die zeigen, dass es Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe bezüglich ängstlichen Verhaltens gibt (ebd.). Diese sind jedoch sehr gering und müssen in Schrijnemaekers Untersuchung als klinisch nicht relevant eingestuft werden, da nicht deutlich wird, ob die Intervention nicht sinnvoll ist oder die Implementierung der Intervention nicht hinreichend durchgeführt wurde (ebd.).

Durch Finnemas Studie stellte sich heraus, dass Validation einen positiven Effekt auf die emotionale Adaption hat und ein positives Selbstbild länger aufrechterhalten werden

kann (ebd.). Allerdings treffen diese Ergebnisse nur auf Betroffene mit einer leichteren Form der Demenz und einem geringen Pflegebedarf zu (ebd.).

Eine der neusten Studien zur Validation nach Feil ist eine Fallstudie von Seviero et al. und wurde 2009 in Italien auf einem Fachkongress der italienischen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie veröffentlicht. In dieser Untersuchung geht es um eine 90jährige Frau, die an einer vaskulären Demenz erkrankt ist und über einen Zeitraum von gut drei Jahren Einzelvalidation erhielt und auch Teil einer Validationsgruppe war (Erdmann & Schnepf 2012, Feil & de Klerk-Rubin 2013). Die Ergebnisse wurden mit Hilfe des Barthel- Index, Mini-Mental Status (MMST) und weiteren Instrumenten gemessen, wobei der MMST über die drei Jahre sank. Trotzdem konnte eine signifikante Veränderung bezüglich problematischer Verhaltensweisen festgestellt werden (ebd.). Die Validationsempfängerin weise laut der Studie ein besseres Verhältnis zum Pflegepersonal auf und habe mit erhöhter Einsatzbereitschaft an Aktivitäten teilgenommen (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Diese Ergebnisse sind nicht zu verallgemeinern, könnten jedoch Hinweise auf Wirkungsweisen der Validation geben und zur weiteren Erforschung der Thematik anregen und ermutigen.

Eine finnische Studie von 2002 diente dazu, 122 Pflegekräfte, die in der Validation ausgebildet waren, bezüglich der Auswirkungen auf ihre Arbeit zu befragen (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Sipola und Lumijärvi fanden dabei heraus, dass Validation als hilfreich für den Pflegealltag empfunden wurde, besonders im Umgang mit schwierigem Verhalten (ebd.). Zudem wurde geäußert, dass sie förderlich für die alten Menschen sei (Erdmann & Schnepf 2012). Sie erleichtere die Kommunikation mit den Betroffenen und sei nützlich im Umgang mit den Angehörigen (ebd.). Dieses machten die Befragten vor allem an einem ruhigeren Verhalten, erhöhtem Vertrauen zwischen Pflegekraft und zu Pflegendem, vermehrtem Selbstvertrauen der Betroffenen und einer gesteigerten Aktivität und körperlichen Belastbarkeit dieser fest (ebd.). Durch ihre gesammelten Daten kommen Sipola und Lumijärvi zu dem Ergebnis, dass die Validation nach Feil für verschiedene Personengruppen geeignet ist. Hierzu zählen ältere, desorientierte Menschen ohne eine diagnostizierte demenzielle Erkrankung, Personen mit vaskulärer Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz und Demenz vom Alzheimer Typ. Ungeeignet sei sie hingegen für junge Demenz-Patienten und Menschen mit einer durch den Alkoholmissbrauch hervorgerufenen Demenz (ebd.). Diese Feststellung bestätigt wiederum Feils Aussagen bezüglich der Zielgruppe für Validation (siehe Kapitel 6.2.1).

Deponate und Missan beschäftigten sich in ihrer Arbeit mit der Effektivität von Validation in der Gruppe im Vergleich zu einem ähnlichen Konzept, der sensorischen Erinnerungstherapie, und einer Kontrollgruppe (Deponate & Missan 2006). Hierfür nahmen sie eine Gruppe von

30 älteren Menschen, die sie nach den Kriterien der diagnostizierten Demenz, einem Einrichtungsaufenthalt seit mindestens sechs Monaten und einem Alter ab 70 Jahren aufwärts ausuchten (ebd.). Drei Teilnehmer verstarben während des Teilnahmezeitraums. Ihre Daten wurden entfernt, sodass die Studie letztendlich 27 teilnehmende Personen verzeichnen konnte. Diese wurden zu zwei Zeitpunkten im Abstand von drei Monaten mit drei Assessmentinstrumenten von ein und derselben Person hinsichtlich ihres physischen und psychischen Zustands getestet. Die Hilfsmittel zur Einschätzung des Zustands der Betroffenen waren der Minimental-Status für die Aussage des kognitiven Status, die Alzheimer Nursing Severity Scale, um das Aktivitätslevel einschätzen zu können und der neuro-psychiatric inventory, welcher Auskunft bezüglich der Stimmung gibt (ebd.). Dabei wurde auch die Gabe und Veränderung der Medikation von Psychopharmaka berücksichtigt (ebd.). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen in allen Gruppen einen gleichbleibenden oder erhöhten Minimental-Status, wobei der Unterschied vom ersten zum zweiten Zeitpunkt in der Gruppe, die eine sensorische Erinnerungstherapie erhielt, am höchsten ausfällt. Der Aktivitätslevel der Teilnehmer zeigt sich auch mit Validationstherapie unverändert (ebd.). Der Wert des neuro-psychiatric inventory zeigt jedoch, dass die Validationstherapie anstrengende Gefühle und Verhalten wie z.B. Angst, Unruhe und Enthemmtheit durchaus verringern kann, der Wert ist hier von 18.9 auf 14.9 gesunken ( $p < 0.03$ ). Die Ergebnisse dieser Studie lassen positive Tendenzen hin zu einer nicht- medikamentösen Therapie bei Demenz erkennen (ebd.).

Verschiedene internationale Leitlinien zum Thema demenzielle Erkrankungen und deren Behandlung treffen keine konkreten Aussagen zur Effektivität von Validation nach Feil (Halek & Bartholomeyczik 2006). In den meisten Fällen wird die Validation im Zusammenhang mit nicht-medikamentöser Therapie genannt und allgemein empfohlen. Sie sei einer medikamentösen Behandlung vorzuziehen (ebd.).

Zusammenfassend zeigt sich, dass aus den bisher veröffentlichten Studien keine generelle Aussage zur Wirksamkeit von Validation getätigt werden kann, eine positive Tendenz, vor allem bezüglich der Wirkung auf herausforderndes Verhalten, jedoch erkennbar ist. Zu einem vergleichbaren abschließenden Ergebnis sind auch Neal und Barton Wright in ihrem 2009 veröffentlichten Review „Validation therapy for dementia“ gekommen (Neal & Barton Wright 2009). Sie sagen aus, dass es zu wenige evidenzbasierte randomisierte Studien gebe, um daraus Schlüsse bezüglich der Wirksamkeit von Validation bei Menschen mit Demenz ableiten zu können (ebd.). Es erweist sich grundsätzlich als schwierig, die Qualität einer menschlichen Beziehung nach wissenschaftlichen Maßstäben zu messen (Morton 2002). Deshalb ist es auch kaum möglich, die Auswirkungen von Validation auf diese zu evaluieren.

### 6.3.2 Auswirkungen auf Validationsanwender/Pflegekräfte

Feil sagt, dass Validation auch für die anwendenden Personen Vorteile mit sich bringt und sie positive Auswirkungen auf diese hat. Die Effekte benennt sie damit, dass ein größeres Vertrauen zwischen Anwender und Empfänger entstehe, dadurch gebe es weniger aggressives Verhalten, was für die Pflegekräfte oder sonstige Validationsanwender angenehm und von Vorteil sei (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Durch das verbesserte Verhältnis und die engere Beziehung sowie größeres Verständnis für den Betroffenen gebe es eine geringere Personalfluktuation. Diese Punkte habe Alprin 1980 in seiner Studie bestätigt (ebd.). Auch Sipola und Lumijärvi konnten diese verbesserte Beziehung und Kommunikation durch die Befragung von 122 in der Validation ausgebildeten Pflegekräften 2002 nachweisen (siehe Kapitel 6.3.1). James T. Dietrich unterstützte 1989 die Aussagen Alprins durch seine Forschungsarbeit „Negative Effekte der Realitätsorientierung“ und fügte noch hinzu, dass die Frustration auf Seiten der Pflege wegfalle, da diese es sich durch Validation nicht mehr zum Ziel mache, die Betroffenen zu verändern (ebd.).

Feil gibt zusätzlich an, dass die Anwendung von Validation durch das erhöhte Verständnis für die Betroffenen den Stress der Pflegekräfte vermindere und dadurch auch das Burn-Out Risiko reduziert werde (Feil & de Klerk-Rubin 2013). In der quantitativen Studie „Naomi Feil Validation in geriatric care“ konnten Pokorná und Sukupová unter anderem jedoch herausfinden, dass kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Dauer der Validationsanwendung und dem Blick auf Burn-out Prävention bei professionellen Pflegekräften und Validationsanwendern besteht ( $p=0.815$ ) (Pokorná & Sukupová 2014). Die Pflegenden, die jedoch erst seit kurzer Zeit die Methode der Validation anwendeten, waren der Meinung, dass diese einen positiven Effekt bezüglich ihrer persönlichen Burn-out Prävention habe (ebd.). Dabei lag der Altersdurchschnitt der Befragten bei 38 Jahren und die Frauenquote bei 89%, diese arbeiteten für vier niederösterreichische Alten- und Pflegeheime. Im Schnitt nutzten die Befragten seit 2 Jahren die Validationsmethode nach Feil im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit.

Günther beschäftigte sich 2004 mit der Auswirkung von Validation auf die Beziehung zwischen Anwender und Empfänger der Validation, hierfür befragte er Teilnehmer einer Ausbildung zum Validationsanwender. Dabei fand er heraus, dass Validation positive Auswirkungen auf die Pflegekräfte und ihr Verhalten hat (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Diese fühlten sich durch Validation dazu in der Lage, auch schwierige Situationen zu bewältigen und verspürten hierbei ein größeres Sicherheitsgefühl. Außerdem sagten sie selber aus, dass sie mehr Verständnis für die Betroffenen hätten und dadurch weniger Konflikte entstünden, was

wiederum die gesamte Atmosphäre angenehmer mache (ebd.). Insgesamt mussten durch die Anwendung von Validation weniger Arzneimittel verabreicht werden (ebd.). Ähnliche Ergebnisse erhielten auch Pokorná und Sukupová 2014. In ihrer Studie kamen sie zu dem Ergebnis, dass 95% der befragten Validationsanwender angaben, dass die Validation einen sehr positiven oder überwiegend positiven Einfluss auf die Beziehung zwischen Validationsanwender und Validationsempfänger habe, die anderen 5% hatten mit „weiß ich nicht“ geantwortet (Pokorná & Sukupová 2014).

Alles in allem scheint es so, dass die Anwendung von Validation nach Feil für die Anwender einen positiven Einfluss auf diese selbst hat. Sie bewirkt scheinbar eine Verbesserung der Beziehung zwischen Anwender und Empfänger, mehr Verständnis für die Situation und das Verhalten des Gegenübers und dadurch auch ein geringeres Stressempfinden, was individuell als Prävention für ein Burn-out-Syndrom gesehen werden kann.

## **7. Voraussetzungen für die erfolgreiche Anwendung von Validation**

Im folgenden Kapitel sollen die Voraussetzungen aufgezeigt werden, die nötig sind, um das Konzept der Validation nach Naomi Feil erfolgreich anwenden zu können. Hierbei wird es sowohl um äußere Faktoren und Umstände, als auch um die innere Einstellung und Haltung der Validationsanwender gehen. Dieses Vorgehen ist notwendig, um in einem späteren Teil der Arbeit den Part der handlungsleitenden Frage beantworten zu können, in dem es darum geht, ob Validation als Methode für den Einsatz in der Geriatrie geeignet ist.

### **7.1 Anforderungen an die Validationsanwender**

Grundvoraussetzung für die erfolgreiche Anwendung von Validation ist die empathische Grundhaltung gegenüber einem anderen Menschen, die der VA verinnerlicht haben sollte. Diese bezieht sich nicht nur auf den Kontakt, in dem die Validation durchgeführt wird, sondern auf seine gesamte Einstellung. Er muss akzeptieren, dass der Rückzug in die eigene, innere Welt ein normaler Bestandteil des Alterns ist und als Strategie dient, um zu überleben (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Der VA muss sich außerdem der Tatsache bewusst sein, dass sich die Lebensziele junger und älterer Menschen unterscheiden und zudem individuell sind (ebd.). Zu den wichtigsten Fähigkeiten des VA gehören also das urteilsfreie Begegnen, das Ernstnehmen des Gegenübers und das Vermögen, sich in einen anderen Menschen

hineinversetzen und seine Gefühle wahrnehmen zu können, was Feil mit den Worten „in den Schuhen des anderen gehen“ beschreibt (ebd.). Er darf niemals lügen, denn das spüren desorientierte, ältere Menschen und es nimmt das Vertrauen (ebd.). Feil sagt, dass jeder Mensch, unabhängig von seinem kognitiven Zustand, beispielsweise ein herablassendes Schulterklopfen von einer liebevollen, ernstgemeinten Berührung an der Schulter unterscheiden kann (ebd.). Respekt gegenüber der anderen Person zu empfinden, egal wie bizarr ihr Verhalten auch sein mag, zählt also auch zu den Anforderungen an einen VA (ebd.).

Um den Betroffenen bei der Erfüllung der letzten Lebensaufgabe helfen zu können, was offiziell eines der wichtigsten Ziele der Validation ist, ist es von Nöten, dass der VA sich mit seiner Person intensiv auseinandersetzt und sich seiner eigenen Gefühle bewusst wird (ebd.). Der VA ist stets für seine Gefühle verantwortlich, auch, wenn diese unangenehm sein sollten. Ohne dieses Bewusstsein wäre er in der Arbeit mit den Gefühlen des Anderen überfordert, er würde eventuell seine eigenen Gefühle auf den Validationsempfänger übertragen und projizieren und die Gefühle dadurch möglicherweise vermischen. Dadurch wäre er nicht mehr dazu in der Lage, dem VE helfend beiseite zu stehen. Um diesen Vorgang des Lösens von eigenen Gefühlen zu erleichtern, hat Feil die Technik des Zentrierens entwickelt (siehe Kapitel 6.2.3).

Ohne die beschriebenen Anforderungen an den VA, ist jede reine Anwendung einer Validationstechnik nutzlos. Jedoch hat jeder VA die Möglichkeit, sich individuell Methoden und Techniken auszuwählen, welche passend für den eigenen Charakter zu sein scheinen. Denn das Wichtigste sei die Ehrlichkeit, die werde der alte Mensch spüren und so möglicherweise auch Fehler des Validationsanwenders verzeihen, sagt Feil (ebd.).

## 7.2 Ausbildung zum Validationsanwender

Die Methode der Validation nach Feil ist sowohl für Familienangehörige, als auch für professionelle Mitglieder eines Helfer- und Betreuungsteams, wie z.B. Pflegekräfte, Physiotherapeuten oder Ärzte, entwickelt worden und zu erlernen und anzuwenden (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Besonders die Angehörigen erhalten durch Validation die Chance, neue Sichtweisen gegenüber den Betroffenen zu entwickeln und durch die neuen Kenntnisse auch professionellen Helfern mit mehr Sicherheit zu begegnen (Fercher & Sramek 2014). Voraussetzung sind nur die unter Punkt 7.1 beschriebenen Fähigkeiten der Empathie. Auf dieser Grundlage können eine validierende Grundhaltung und die dazugehörigen Techniken erlernt werden. Die Haltung alleine ist jedoch nicht ausreichend, um Validation anwenden zu

können (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Die Ausbildung zum Validationsanwender beinhaltet sowohl theoretische Schulungsinhalte zu den Prinzipien als auch praktische Trainingseinheiten, um die erlernten Techniken auch richtig anwenden zu können (VTI 2016). Um sicher gehen zu können, dass alles richtig verstanden und umgesetzt wurde, ist eine reflektierende Kursleitung nötig (Feil & de Klerk- Rubin 2013). Zum Ende des Lehrgangs wird eine schriftliche und praktische Prüfung angesetzt, durch deren Bestehen ein Zertifikat erlangt werden kann. Dieses berechtigt zur Anwendung der Validation nach Feil. Auch das Präsentieren der Methode in kleinen Gruppen und das Unterstützen neuer Validationsschüler werden hierdurch offiziell erlaubt (VTI 2016). Um weitere Qualifikationen, wie z.B. das Lehren von Validation, zu erlangen, sind weitere Fortbildungen nötig. Um die Ausbildungen in der Validation zu organisieren, gründete Feil 1983 das „Validation Training Institute“ (VTI), welches für die Entwicklung verschiedener Lehrgänge und Ausbildungen sowie kontinuierliche Zertifizierungsstandards zuständig ist und über mehrere Jahre ein internationales Netzwerk von Validationszentren aufgebaut hat (ebd.). Dessen Qualität wird stets durch die Überwachung durch das VTI gesichert (ebd.). Auch Naomi Feil selbst gibt trotz ihres hohen Alters weiterhin selber Workshops, um ihre Überzeugungen und die Validationsmethode den Menschen nahe zu bringen. Besonders gute Erfahrungen wurden damit gemacht, wenn sowohl die Angehörigen als auch das Helferteam eines demenziell Erkrankten in der Validation geschult wurden, da die Personengruppen dann nicht gegen- sondern miteinander und für das gleiche Ziel arbeiten (Fercher & Sramek 2014).

Ein Beispiel, bei dem diese Zusammenarbeit gefördert wurde, ist ein Pilotprojekt bei dem das Österreichische Institut für Validation 2012 vom VTI unterstützt wurde, wodurch Schulungen in Validation für Angehörige demenziell erkrankter Menschen vollständig kostendeckend angeboten werden konnten (ebd.). Zusätzlich gab es das Angebot, die Angehörigen während der Schulungszeit mitzubringen und professionell durch Validationsanleiterinnen betreuen zu lassen, da viele Angehörige sonst keine Möglichkeit gehabt hätten, an dem Kurs teilzunehmen. Die Erfahrungen dieses Projektes zeichnen sich als sehr positiv aus, die angebotenen Kurse waren innerhalb kürzester Zeit ausgebucht (ebd.). In Deutschland gibt es zurzeit etwa 50 zertifizierte Validationslehrer nach Feil, denen die Lehre des Konzepts für die Öffentlichkeit gestattet ist (ebd.).

Grundsätzlich bedarf es jedoch nicht zwingend einer vollständigen, offiziell anerkannten Ausbildung in der Validation, um diese anwenden zu können (Morton 2002). Übung in den verschiedenen Techniken und Wissen über die Theorie hinter der Methode sind jedoch sinnvoll (ebd.).

### 7.3 Zeitaufwand für Validation

Es gibt nur sehr wenige Angaben darüber, wie lange eine validierende Einheit dauert, da eine Interaktion zwischen Klient und Pflegekraft häufig nur einen Teilaspekt der Validationstheorie nach Feil beinhaltet (Messer 2009). Mit einer validierenden Grundhaltung findet beispielsweise in jedem Kontakt mit den Betroffenen eine Form der Validation statt. Bei einem gezielten validierenden Gespräch, in dem die Grundhaltung durch spezielle Techniken, wie z.B. das Berücksichtigen des bevorzugten sensorischen Systems, unterstützt wird, zählt die Qualität vor der Quantität (ebd.). Auch wenige Minuten des Kontakts und Gesprächs können für ein Gefühl des Berührtseins bei einem Menschen führen (ebd.) Hinzu kommt, dass Validation Gespräche mit großem Konfliktpotential von Beginn an so verändern kann, dass es gar nicht erst zu Diskussionen kommt. Dadurch kann zusätzlich Zeit im Kontakt miteinander gespart werden (ebd.). Oder die Zeit kann effektiver und erfüllender genutzt werden.

Halek und Bartholomeyczik geben an, dass Einzelvalidation im Schnitt ca. fünf bis zwanzig Minuten täglich pro Person einnahme und die validierende Gruppentherapie etwa 20-60 Minuten pro Woche (Halek & Bartholomeyczik 2006). Aus diesen Aussagen lässt sich schlussfolgern, dass Validation keinen großen zusätzlichen Zeitaufwand für die Pflegekräfte oder andere Anwender bedeutet. Sie kann stets in den Pflegealltag mit eingebunden werden und in einigen Situationen gegebenenfalls sogar zeitsparend wirken.

### 7.4 Die Rolle des interdisziplinären Teams

Da grundsätzlich jeder Mensch die Methode der Validation erlernen oder eine validierende Grundhaltung verinnerlichen und einnehmen kann, ist jedes Berufsbild eines interdisziplinären Teams in der Position, diese anwenden zu können (Feil & de Klerk- Rubin 2013). Es ist sogar von Vorteil, wenn das gesamte Team einer Einrichtung nach ein und derselben Methode arbeitet, da so ein größerer Erfolg erzielt werden kann und eine gemeinsame Basis in der Grundhaltung gegenüber dem Klienten vorliegt. Missverständnisse in Gesprächen mit demenziell Erkrankten können durch Validation vermieden werden (Ärzte Zeitung 2005). Arbeiten Teile des Teams unbewusst mit verschiedenen Kommunikationsmethoden gegeneinander an, so kann das zu einer Zunahme der Verwirrtheit des Betroffenen führen (Fercher & Sramek 2014). Eine validierende Grundhaltung kann also zur Minimierung des (Arbeits-) Stresses aller Beteiligten und somit zu einer positiven Stimmung im Team beitragen (Feil & de Klerk- Rubin 2013).

## 8. Diskussion

Die Validation nach N. Feil gehört seit ihrer Entwicklung zu den am meisten verbreiteten und in der internationalen Literatur und Leitlinien am häufigsten erwähnten Konzepten in der Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen (Halek & Bartholomeyczik 2006). Vor allem in Langzeitpflegeeinrichtungen in den USA, Australien und Europa wird die Interventionsmethode häufig angewendet (ebd.). Trotz ihrer Popularität und der weiten Verbreitung des Konzepts, ist die Validation bis heute nur unzureichend wissenschaftlich untersucht. Es gibt nach wie vor ein Forschungsdefizit in diesem Bereich, was im Zuge der Professionalisierung von Pflege oft als Kritik an Feils Methode gesehen wird (ebd.). Die bisher entstandenen Studien weisen häufig mangelhaftes methodologisches Vorgehen auf und können somit nur als richtungsweisend und nicht endgültig belegend angesehen und gewertet werden.

Auch in der praktischen Anwendung von Validation werden immer wieder Schwierigkeiten und Grenzen wahrgenommen, die zum Teil durch die mangelhafte Entwicklung und Anführungen theoretischer Positionen Feils entstehen (Morton 2002).

Besonders die Einzelvalidation ist in vielen Punkten zu wenig von ihr beschrieben worden, lässt viele Aspekte offen und Fragen unbeantwortet.

Zu den Umständen einer Gruppenvalidation hingegen gibt es klare Angaben (ebd.). Das mag daran liegen, dass Feil diese zuerst praktizierte und sie intensiver in eigenen Projekten erforscht hat.

Grundsätzlich ist bei der Anwendung von Validation stets zu bedenken, dass diese nicht bei jedem Menschen zum Erfolg führt, auch nicht, wenn der Betroffene zu der von Feil beschriebenen Zielgruppe von Validation zählt.

Einige Ziele, die Feil für die Anwendung von Validation benennt, sollten von den Anwendern nicht zu sehr erwartet und angestrebt werden. So birgt z.B. Feils Verständnis von Desorientierung mit der Reduzierung auf unerledigte Aufgaben als entscheidenden Bedingungsfaktor die Gefahr einer Überinterpretation (Messer 2009).

Denn das Lösen von Lebensaufgaben ist nicht immer möglich. Feil setzt das Forschen nach eben diesen voraus, um den Grad der Desorientiertheit richtig einschätzen zu können. Es scheint jedoch ausreichend und angemessen, einen Rahmen und Lösungsansätze für dieses Ziel zu bieten (ebd.). Denn auch dieses kann für den Betroffenen schon eine Erleichterung darstellen (ebd.). Anderenfalls würde der VA sich eventuell zu sehr auf diese Aufgabe konzentrieren und zu viel in biografische Erlebnisse hineininterpretieren (ebd.). Des Weiteren erscheint Feils Verständnis von der Entstehung einer Demenz und den Ursachen der

Desorientiertheit sehr eindimensional und subjektiv. Ihre Perspektive und Theorie beinhalten keine weiteren Einflussfaktoren, wie z.B. die Gestaltung der Umgebung und weitere Erkrankungen, die ebenfalls Auswirkungen auf den Entwicklungsprozess der Demenz haben können.

Auch das Deuten von Symbolen und symbolischen Handlungen, welches in Feils Methode eine große Rolle einnimmt, kann scheinbar etwas vernachlässigt werden (ebd.). Es scheint auszureichen, darauf Acht zu geben, ob ein Mensch einen persönlichen Gegenstand besitzt, welchen er favorisiert und der für ihn eine wichtige Position einnimmt. Das Erraten von Symbolen könnte ansonsten zu viel Zeit im Validationsprozess in Anspruch nehmen, wodurch es einen unangemessen großen Raum erhielte und andere Aspekte der Validation und wichtige aktuelle Probleme des Validationsempfängers zu wenig Beachtung finden würden (Morton 2002). Auch hier ist die Gefahr von Fehlinterpretationen durch den VA, und dadurch einseitiges Therapieren, recht groß.

Eines der Hauptziele von Validation stellt laut Feil das Verhindern des Vegetierens, welches der 4. Stufe der Desorientiertheit entspricht, dar. Diese Theorie ist jedoch nicht mit medizinischen Forschungsergebnissen zu vereinbaren. Denn das medizinische Stufenmodell der fortschreitenden Demenz besagt, dass jeder Mensch, der an einer Form der Demenz erkrankt ist, alle Stadien unweigerlich durchläuft (ebd.). Hierbei gibt es lediglich Unterschiede im Verlauf und der Zeitspanne des fortschreitenden Prozesses (ebd.). Diese starke Abweichung von medizinischen Fakten macht Feils Ansicht und ihr Konzept angreifbar und weniger glaubwürdig.

Es gibt jedoch auch viele Forschungsergebnisse, die sich mit Feils Annahmen zu ihrem Konzept decken und positive Wirkungsweisen der Validation belegen (siehe Kapitel 6.3). Diese beziehen sich sowohl auf die Validationsempfänger als auch auf die Validationsanwender selbst. Nahezu alle positiven Effekte weisen Querverbindungen zueinander auf und beeinflussen sich gegenseitig. Es wurde mehrfach wissenschaftlich belegt, dass das Praktizieren von Validation nach Feils Idee ein erhöhtes Vertrauen zwischen VA und VE entstehen lässt, was zusätzlich eine größere Kommunikationsbereitschaft schafft und dadurch ein insgesamt verbessertes Verhältnis zwischen VA und Klient bewirkt (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Diese von Verständnis geprägte Beziehung kann sich wiederum auf viele weitere Aspekte auswirken. Sie kann dazu führen, dass der alte desorientierte Mensch sein Verhalten dadurch, dass er sich verstanden und ernstgenommen fühlt, verändert. So erklärt sich der positive Einfluss von Validation auf herausforderndes Verhalten. Den VA entspannt es zugleich, nicht mehr das Gefühl und den Druck zu verspüren, krampfhaft eine positive Veränderung der

Realitätswahrnehmung des Betroffenen erwirken zu müssen, sodass er sich weniger gestresst fühlt (ebd.). Hierdurch kann unter anderem einem Burn-Out-Syndrom präventiv entgegen gewirkt werden (ebd.). Diese angenehmere Atmosphäre kann in einer Einrichtung soweit führen, dass eine geringere Personalfuktuation erzielt werden kann. Auch Mitpatienten ohne eine demenzielle Erkrankung können von einer ruhigeren, entspannteren und dadurch angenehmeren Atmosphäre profitieren und würden sich gegebenenfalls wohler fühlen.

Im Hinblick auf die Umsetzung der Validation in der Geriatrie gibt es bislang nur sehr wenige Studien, daher lässt sich nicht mit Sicherheit sagen, ob das Konzept in diesem Setting ebenfalls positive Effekte erzielen kann. Werden die in Kapitel drei beschriebenen Umstände und Arbeitsabläufe in einer stationären geriatrischen Einrichtung berücksichtigt, lässt sich jedoch vermuten, dass auch hier ebensolche auftreten könnten.

Ein positiv zu bewertender Punkt der Validation nach Feil ist, dass es eine Methode darstellt, die nahezu jeder Mensch erlernen kann. Um diese anwenden zu können, sollte der VA dazu in der Lage sein, empathisch zu empfinden und zu handeln. Bei allen Berufsgruppen die in einem interdisziplinären Team in der Geriatrie tätig sind (siehe Kapitel 3.3) kann das Empathievermögen als Voraussetzung für die Ausübung der beruflichen Tätigkeit gesehen werden. Daraus lässt sich schließen, dass Validation für das gesamte Team erlernbar wäre. Dieses hätte den Vorteil, dass sich alle Mitarbeiter auf einem gleichen Wissensstand befänden und dadurch leichter und effektiver für ein gemeinsames Ziel arbeiten könnten. Negativen Effekten, die durch das Anwenden verschiedener, unangemessener Kommunikationsmethoden entstehen können, würde hierdurch vorgebeugt werden. Ein Erfolg, gemessen an den gemeinsam festgelegten Behandlungszielen sowie der Lebensqualität des Klienten, könnte erzielt werden.

Für die Umsetzung von Validation im gesamten Team wäre es jedoch nicht nötig, dass jeder Einzelne eine offizielle Ausbildung mit zertifiziertem Abschluss absolviert (Morton 2002). Es wäre vorstellbar, dass es einen offiziellen Validationsbeauftragten geben könnte, welcher die zertifizierte Ausbildung absolvieren würde und somit auch zum Lehren im internen Rahmen des Hauses bzw. Teams berechtigt wäre. Dieses wäre aus finanzieller Sicht für die Einrichtung wohl eher tragbar als das gesamte Team schulen zu lassen. Auch der Besuch eines Workshops zur Validation nach Feil von einer oder mehrerer Personen aus dem Team könnte hilfreich sein, um das Konzept in die Institution zu integrieren. Aktuelle themenbezogene Literatur und Studien, welche allen Mitarbeitern zugänglich wäre, könnten den Prozess der Implementierung zusätzlich fördern.

Das Anstellen oder Beauftragen einer speziellen Validationsfachkraft sollte jedoch nicht bedeuten, dass sich der Rest des interdisziplinären Teams nicht mit der Methode auseinandersetzt und sie in alltäglichen Kontakten anwenden würde. Die Akzeptanz der Validation im gesamten Team sowie ihre verlässliche Anwendung ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung des Konzeptes.

Durch das Wissen zur Validation wird auch der Kontakt zu Angehörigen, der in der Geriatrie oft stark ausgeprägt ist, erwiesenermaßen positiv beeinflusst (Fercher & Sramek 2014). Durch das Weitergeben des eigenen Wissens oder sogar speziellen Schulungen für Angehörige, angeboten von der Einrichtung oder dem Träger, kann eine verbesserte Zusammenarbeit mit dieser Gruppe bewirkt und Konflikte reduziert werden, da beide Parteien mit einem annähernd gleichen Hintergrundwissen argumentieren könnten. Dieses kann wiederum Einfluss auf das Behandlungsergebnis nehmen und sich im besten Fall auch positiv auf die Lebensqualität des demenziell Erkrankten auswirken.

Zudem könnten viele Arbeitsabläufe für die Pflegekräfte in der Geriatrie durch die Anwendung von Validation vereinfacht werden. Laut Feils Studien bewirkt die Validation eine Verbesserung der Inkontinenz, was weniger Arbeit für die Pflege bedeutet und gleichzeitig Folgeerkrankungen und Probleme wie die Dekubitus- oder Intertrigogefahr verringern kann (Feil & de Klerk- Rubin 2013).

Der geringe Zeitaufwand für die Validation spricht eindeutig für das Konzept. Der Alltag in einer Geriatrie ist stark strukturiert, da ist es von großem Vorteil, dass die Einzelvalidation kaum zusätzlich Zeit im Pflegeprozess benötigt. Die verschiedenen Techniken können individuell und an die Bedürfnisse des Betroffenen angepasst und in die alltägliche Grund- und Behandlungspflege leicht integriert werden. Einzig die Inhalte der validierenden Einheiten sollten protokolliert und somit für das gesamte Team nachvollziehbar gemacht werden. Für diesen Vorgang hat Feil ein einfaches Validationsprotokoll entwickelt, welches der Patientenakte hinzugefügt werden kann (Feil & de Klerk-Rubin). Des Weiteren gäbe es die Möglichkeit, diese Dokumentation des Verlaufs auch für die Angehörigen zugänglich zu machen. Diese könnten sich somit über die Fortschritte oder allgemein den aktuellen Zustand und die Stimmung ihres Familienmitglieds informieren und dementsprechend auf den Kontakt mit ihm vorbereiten.

Ein weiterer Vorteil ist, dass die Validationstechniken keine Vorbereitungen benötigen und spontan angewendet werden können. Die Gruppenvalidation hingegen benötigt gezielte Vorbereitungszeit auf Seiten der Gruppenleitung und es bedarf zusätzlicher Zeit, um diese mit den Klienten durchzuführen (Halek & Bartholomeyczik 2006). Da in der Geriatrie jedoch

häufig Gruppentherapien z.B. in Form von Ergo-oder Musiktherapie stattfinden, wäre es eine Möglichkeit, diese unter dem Konzept von Validation zu gestalten. So könnten verschiedene fördernde Methoden und Therapien miteinander verbunden und dadurch letztendlich Zeit gespart werden.

Gibt es eine zusätzlich angestellte (Pflege-)Kraft mit der Funktion einer Validationsexpertin, wie oben beschrieben, so würde die Ausführung dieser Gruppenvalidation wohl in ihren Aufgabenbereich fallen und den Zeitplan der anderen Kräfte somit nicht ausschlaggebend und nachhaltig beeinflussen .

Es gibt jedoch auch Inhalte und Voraussetzungen der Validation, die wenig zum Setting der Geriatrie passen und sie auf den ersten Blick ungeeignet für dieses erscheinen lassen. So gibt Feil an, dass vor dem Beginn der Validationstherapie ein biografiebezogenes Wissen über den VE eingeholt werden sollte. Dieser Prozess soll über einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen laufen (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Da die Klienten sich im Schnitt jedoch nur drei bis sechs Wochen in diesem Rahmen aufhalten (Runge & Rehfeld 2001), wären die Voraussetzungen zum Erfassen des Wissens verändert und beschränkt. Eine weitere Voraussetzung, für den Beginn einer Validationseinheit mit einem desorientieren alten Menschen ist laut Feil, dass der VA viel Zeit mit diesem verbracht hat, um ihn und seine Verhaltensweisen näher kennenzulernen. In der Geriatrie wird jedoch nicht immer nach einem Bezugspflegekonzept betreut und gepflegt, was einen häufigen Wechsel von verschiedenen zuständigen Pflegekräften mit sich bringt. Entscheidet sich eine Einrichtung gezielt für die Anwendung von Validation und ist überzeugt von dieser, so ließe sich diese ungeeignete Voraussetzung jedoch vermutlich verändern und die Betreuung den Vorstellungen von Feil und ihrer Validation anpassen. Eine weitere Lösung für dieses Problem könnte jedoch auch erneut eine zusätzliche Validationsfachkraft darstellen, welche gezielt Validation mit den Betroffenen betreibt und durch regelmäßige Kontakte, wenn der VE es zulässt, eine enge Beziehung zu diesem aufbaut und führt.

Unabhängig von mangelnden Forschungserkenntnissen und den teilweise, unter medizinischen Erkenntnissen, fragwürdigen Theorien Feils, bietet die Validation mit ihrer empathischen Grundhaltung und den praktisch orientierten Techniken eine praxisnahe Anleitung eines Handlungskonzeptes für die Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen.

## 9. Fazit

Berücksichtigt man die demografischen Entwicklungen und Veränderungen der nächsten Jahre, so wird deutlich, dass Hochaltrigkeit und damit einhergehende Probleme ein zunehmendes gesellschaftliches Phänomen und zugleich eine Herausforderung für diese darstellen. Erkrankungen in Form(en) der Demenz werden unweigerlich zunehmen und eine Veränderung des Betreuungsbedarfes mit sich bringen. Diese Umstände werden früher oder später zwingend zu einem Umdenken in der Gesellschaft, Politik und der Pflege und besonders der pflegerischen Versorgung und ihren Strukturen führen. Seit Jahren sollen die Quantität und vor allem die Qualität der Pflege, und insbesondere die der demenziell Erkrankten, verbessert werden, um den veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gerecht zu werden. Die Forderungen der Politik und des Gesetzes nach Würde für jeden Menschen und das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben fordern neben Veränderungen der Versorgungsstruktur auch ein Umdenken in der (Alten)pflge. Nur geschultes Pflegepersonal, welches Kompetenzen wie Empathie besitzt, scheint dazu in der Lage zu sein, mit speziellen Konzepten und Interventionsmaßnahmen die letzte Lebensphase eines Menschen würdevoll zu gestalten. Besonders für die Pflege von demenziell erkrankten Menschen sind kompetente Pflegefachkräfte und angepasste Versorgungskonzepte unverzichtbar. Eines dieser Konzepte, welches sich mittlerweile im Umgang mit von Demenz Betroffenen bewährt hat, stellt die Validation nach Naomi Feil dar.

Denn trotz aller Kritik, die es an Feils Konzept der Validation nach wie vor gibt, sollte hervorgehoben werden, dass diese einen bedeutenden Beitrag zur Pflege und Betreuung demenziell erkrankter Menschen geleistet und sie nachhaltig geprägt hat. Validation nach Feil ermöglicht dem Pflegepersonal oder anderen Validationsanwendern einen Prozess des Umdenkens, gefolgt von einem Perspektivwechsel, welcher ein erhöhtes Verständnis für das Handeln der Betroffenen ermöglicht. Eine validierende Grundhaltung und Einstellung schafft die Voraussetzung für einen ganzheitlichen Blick auf den demenziell erkrankten Menschen und Respekt für das, was er geleistet und bisher erlebt hat. Diese Sichtweise führt zu einem würdevollen Umgang mit der Person, den jeder Mensch verdient.

Validation bietet die Möglichkeit, durch das Aufbauen von Vertrauen und die Stärkung des Selbstwertgefühls, eine emotionale Öffnung des Klienten zu bewirken. Hierdurch besteht die Chance, dass dieser eine Kommunikation eingeht und seine Gefühle und Bedürfnisse mitteilt. Auch die Symbolsprache, die Teil von Feils Konzept ist, und das aufmerksamere Beobachten des Klienten, welches hierfür gefordert ist, können dazu beitragen, seine Sehnsüchte und

Wünsche leichter zu erkennen und zu deuten. Gleichzeitig können verschiedene Bedürfnisse, die jeder Mensch verspürt, wie z.B. das nach Kommunikation, direkt durch die Validationseinheiten gestillt werden. Diese möglichen Erfolge erleichtern zudem die Arbeit des Betreuung- und Pflegepersonals und können zu einer Reduzierung des individuell empfundenen Stresses führen.

Wie in der Diskussion bereits aufgezeigt wurde, deutet grundsätzlich nichts daraufhin, dass das Konzept der Validation nach Feil in der Geriatrie nicht umgesetzt werden kann. Es gibt möglicherweise individuelle Grenzen in den Einrichtungen, die dazu führen könnten, dass das Pflegekonzept und die Umsetzung der Validation nicht miteinander harmonieren und individuell aneinander angepasst werden müssten. Dennoch scheint die handlungsleitende Frage „*Ist die Methode der Validation nach N. Feil geeignet, um einen kommunikativen Zugang zu demenziell erkrankten Menschen im Setting der Geriatrie zu erhalten, sodass deren Bedürfnisse in Erfahrung gebracht werden können?*“ mit einem hypothesengleichen *ja* beantwortet werden zu können. Hierbei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass jeder Mensch ein Individuum ist und das Ergebnis der Validation von unterschiedlichsten Faktoren wie der Sympathie zum Gegenüber oder der Tagesform der Beteiligten abhängig ist. Auch die individuellen Strukturen und Gegebenheiten einer geriatrischen Einrichtung können das Ergebnis beeinflussen. Die Antwort ist also nicht für jeden Menschen, der in die von Feil definierte Zielgruppe passt, und auch nicht für jede geriatrische Einrichtung gültig.

Eine fundierte Aussage zur Wirksamkeit von Validation im Setting der Geriatrie lässt sich mit den bisher zu diesem Thema veröffentlichten Studien also nicht treffen.

### Ausblick

Um die Frage nach wissenschaftlichen Kriterien verlässlich bejahen und ihr somit den hypothetischen Charakter nehmen zu können, wären groß angelegte Forschungen z.B. Längsschnittstudien in verschiedenen geriatrischen Häusern mit unterschiedlichen Umständen, Voraussetzungen und Konzepten notwendig. Es bräuchte Teilnehmergruppen, in denen Menschen mit unterschiedlich fortgeschrittenen demenziellen Erkrankungen vorhanden wären, die jedoch insgesamt in die von Feil beschriebene Zielgruppe passen würden. Zudem würde ein Assessmentinstrument benötigt werden, welches das Erheben von Bedürfnissen überprüfbar machen würde. Die Auswirkungen von Validation müssten sowohl in Validationgruppen, als auch in einzelnen Validationseinheiten in Erfahrung gebracht werden, um das gesamte Konzept Feils zu evaluieren.

Allgemein lässt sich sagen, dass seit Jahren ein Forschungsdefizit bezüglich der Wirksamkeit und den Auswirkungen von Validation nach Feil besteht. Um die Bedeutung von Feils Arbeit und die ihrer fortschrittlichen Ansichten zu unterstreichen, wären umfangreiche, empirische Untersuchungen Voraussetzung. Diese würden zusätzlich zu der Verbreitung der Methode in der professionellen Pflege beitragen und die bisherigen Anwender müssten ihr Vorgehen nicht mit positiven Gefühlen und Tendenzen begründen, sondern könnten ihre wissenschaftliche Fundierung als Grund angeben.

### Abschlussbemerkung

Trotz der unzulänglichen empirischen Belegung von Validation gibt es mehrere bedeutende Argumente, die für die Umsetzung von Validation in geriatrischen Einrichtungen sprechen. Neben den allgemein positiven Auswirkungen auf die Beziehung zwischen VE und VA, die in bisherigen Studien bereits ansatzweise erwiesen werden konnten, bietet die Validation vor allem die Möglichkeit, einen kommunikativen Zugang zu demenziell Erkrankten erhalten zu können. Auch die mögliche Verringerung des empfundenen Stresses auf beiden Seiten, die dadurch angenehmere Arbeitsatmosphäre und eine allgemein verbindende Grundhaltung im interdisziplinären Team sprechen für die Anwendung von Validation in der Geriatrie.

Hinzu kommen der geringe Zeit- und Personalaufwand der Methode, welche den Ablauf des Behandlungsplans nicht negativ beeinflussen würden. Dieser Aspekt ist vor allem durch das Einstellen einer Validationsfachkraft gesichert und könnte, aus unternehmerischer und finanzieller Sicht, ausschlaggebend in der Argumentation für die Umsetzung von Validation in einer Geriatrie sein.

Abschließend lässt sich sagen, dass das Konzept der Validation nach Feil ein geeigneter Ansatz für den Umgang mit demenziell Erkrankten ist und einen (kommunikativen) Zugang in dessen Welt ermöglichen kann. Er wahrt die Würde des Individuums und führt häufig zur Erkenntnis über die Bedürfnisse des Menschen.

## 10. Literaturverzeichnis

**Alzheimer Angehörigen- Initiative e.V. (2013):** Konzepte zur Verbesserung der Betreuung und Pflege, online verfügbar unter: <http://www.alzheimerforum.de/3/1/6/Andrea-Moseke/DMC-Validation-Basale-Stimulation.pdf>. letzter Zugriff am 20.04.2016

**Ärzte Zeitung N.N. (2005):** Kranken nicht widersprechen! 2005, Nr. 168, S. 1

**Böhmer, F.; Füsgen, I. (2008):** Geriatrie- Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten, Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag Ges.m.b.H. und Co.KG

**Bräutigam, C.; Bergmann-Tyacke, I.; Rustermeier-Holtwick, A.; Schänlau, K.; Sieger, M. (2005):** Verstehen statt Etikettieren: Ein professioneller Zugang zur Situation von Pflegebedürftigen mit Demenz in kommunikativ schwierigen Situationen, In: Pflege & Gesellschaft 2005, Nr. 10, S. 83-89

**Bruder, J.; Lucke, C.; Schramm, A.; Tews, H.P.; Werner, H. (1991):** Was ist Geriatrie? Expertenkommission der DEUSCHEN GESELLSCHAFT FÜR GERIATRIE und DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR GERONTOLOGIE zur Definition des Faches Geriatrie, online verfügbar unter: [http://www.dggeriatrie.de/images/stories/pdf/was\\_ist\\_geriatrie.pdf](http://www.dggeriatrie.de/images/stories/pdf/was_ist_geriatrie.pdf). letzter Zugriff am 17.04.2016

**Bundesverband Geriatrie (BVG) (2013):** 22. Reha Kolloquium 2013 Geriatrie Versorgungstrukturen vs. Zukünftiger Versorgungsbedarf. online verfügbar unter: [http://www.bvgeriatrie.de/Dokumente/Geriatrie%20Reha/Geriatrie%20Versorgungsstrukturen%20vs.%20zuk%FCnftiger%20Versorgungsbedarf\\_Maerz%202013\\_van%20den%20Heuvel.pdf](http://www.bvgeriatrie.de/Dokumente/Geriatrie%20Reha/Geriatrie%20Versorgungsstrukturen%20vs.%20zuk%FCnftiger%20Versorgungsbedarf_Maerz%202013_van%20den%20Heuvel.pdf). letzter Zugriff am 19.04.2016

**Darmann, I. (2000):** Anforderungen der Pflegeberufswirklichkeit an die kommunikative Kompetenz von Pflegekräften, Bern: Hans Huber Verlag

**Deponte, A.; Missan, R. (2006):** Effectivness of validation therapy (VT) in group: Preliminary results, DOI: 10.1016/j.archger.2006.04.001

**Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAzG) (2016):** Andere Demenzformen, online verfügbar unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/andere-demenzformen.html>. letzter Zugriff am 19.04.2016

**Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2008):** Demenz DEGAM- Leitlinie Nr.12, online verfügbar unter: [http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-12\\_Langfassung\\_TJ\\_03\\_korr\\_01.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-12_Langfassung_TJ_03_korr_01.pdf). letzter Zugriff am 20.04.2016

**Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) (2015):** online verfügbar unter: [dggeriatrie.de](http://www.dggeriatrie.de). letzter Zugriff am 17.04.2016

**Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2015):** S3-Leitlinie „Demenzen“ (Langversion-1. Revision, August 2015), online verfügbar unter: [http://www.dgn.org/images/red\\_leitlinien/LL\\_2015/PDFs\\_Download/Demenz/REV\\_S3-leitlinie-demenzen.pdf](http://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2015/PDFs_Download/Demenz/REV_S3-leitlinie-demenzen.pdf). letzter Zugriff am 19.04.2016

**Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2016):** Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), online verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/block-f00-f09.htm>. letzter Zugriff am 11.04.2016

**Deutsches statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2016):** Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung-Krankenhäuser, online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserJahreOhne100000.html;jsessionid=CCAB2E27287EED3971E5E4BA202E52A9.cae4>. letzter Zugriff am 19.04.2016

**Domnick, H. (1994):** Altersdemenz und Kommunikation- eine empirische Untersuchung, Diplomarbeit im Fach Erziehungswissenschaft, Köln: Universität zu Köln- heilpädagogische Fakultät

**Duden online (2016):** online verfügbar unter: <http://www.duden.de/woerterbuch>. letzter Zugriff am 02.04.2016

**Erdmann, A.; Schnepf, W. (2012):** Validation nach Feil oder Richard- Eine systematische Literaturstudie zur Differenzierung zweier Methoden, In: Pflegewissenschaft 2012, Nr.11/12, S. 581-595, DOI: 10.3936/1182

**Feil, N. (2008):** Validation- Demente sind keine „lebenden Toten“- Interview von Sabine Fisch mit Naomi Feil, In: Österreichische Ärztezeitung 2008, Nr.19, S. 1

**Feil, N.; de Klerk-Rubin, V. (2010):** Validation- Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen, 9. überarbeitete und erweiterte Auflage, München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag

**Feil, N.; de Klerk-Rubin, V. (2013):** Validation- Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen, 10. überarbeitete und erweiterte Auflage, München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag

**Fercher, P.; Sramek, G. (2014):** Brücken in die Welt der Demenz- Validation im Alltag, 2. durchgesehene Auflage, München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag

**Gräf, M.; Renz-Polster, H. (2012):** Klinikleitfaden Pflege, 7. aktualisierte Auflage, München: Urban & Fischer Verlag

**Grond, E. (2014):** Pflege Demenzkranker- Impulse für eine wertschätzende Pflege, 5. aktualisierte Auflage, Hannover: Brigitte Kunz Verlag

**Gronemeyer, R. (2013):** Demenz: Wir brauchen eine andere Perspektive!- Essay, In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 63. Jahrgang, 4-5/2013, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung

**Halek, M.; Bartholomeyczik, S. (2006):** Verstehen und Handeln- Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

**Hametner, I. (2010):** 100 Fragen zum Umgang mit Menschen mit Demenz, 2. aktualisierte Auflage, Hannover: Brigitte Kunz Verlag

**Hofmann, C. (2012):** Wir sind in Kontakt miteinander!- Aktivierung von Menschen mit schwerer Demenz, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

**Hofmann, W.; Rösler, A.; Vogel, W.; Nehen, H.G. (2014):** Spezialstation für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten in Deutschland- Positionspapier, In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2014, Nr. 2, S.136-146, DOI: 10.1007/s00391-014-0612-2

**Köhler, F. (2010):** Möglichkeiten der Kommunikation mit dementiell veränderten Menschen, online verfügbar unter: [http://www.lmbhh.de/uploads/media/Moeglichkeiten\\_der\\_Kommunikation\\_mit\\_dementiell\\_veraenderten\\_\\_Menschen.pdf](http://www.lmbhh.de/uploads/media/Moeglichkeiten_der_Kommunikation_mit_dementiell_veraenderten__Menschen.pdf). letzter Zugriff am 14.04.2016

**Mantz, S. (2014):** Kommunizieren in der Pflege, Stuttgart: Kohlhammer Verlag

**McCarthy, B. (2012):** Nur nicht den Verstand verlieren- Gute Kommunikation trotz(t) Demenz, Bern: Hans Huber Verlag

**Menche, N. (2011):** Pflege Heute, 5. aktualisierte Auflage, München: Urban & Fischer Verlag

**Messer, B. (2009):** Pflegeplanung für Menschen mit Demenz, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

**Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (MSAGD.RP) (2016):** Geriatriekonzept des Landes Rheinland-Pfalz, online verfügbar unter: [https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit\\_und\\_Pflege/GP\\_Dokumente/Geriatriekonzept\\_2016\\_Endfassung.pdf](https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Geriatriekonzept_2016_Endfassung.pdf). letzter Zugriff am 19.04.2016

**Morton, I. (2002):** Die Würde wahren- Personenzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz, Stuttgart: J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

**Neal, M.; Barton Wright, P. (2009):** Validation therapy for dementia (Review), DOI: 10.1002/14651858.CD001394.

**Neubart, R. (2015):** Repetitorium Geriatrie- Geriatriische Grundversorgung- Zusatz Weiterbildung Geriatrie- Schwerpunktbezeichnung Geriatrie, Berlin/Heidelberg: Springer Verlag

**Nocon, M.; Roll, S.; Schwarzbach, C.; Vauth, C.; Greiner, W.; Willich, S.N. (2010):** Pflegerische Betreuungskonzepte bei Patienten mit Demenz- Ein systematisches Review, DOI: 10.1007/s00391-010-0109-6

**Pinkert, C.; Holle, B. (2012):** Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus- Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen, In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2012, Nr. 8, S. 728-734, DOI: 10.1007/s00391-012-0319-1

**Pokorná, A.; Sukupová, M. (2014):** Naomi Feil validation in geriatric care, In: Science Direct 2014, Nr. 16, S. 71-78, DOI: 10.1016/j.kontakt.2014.05.004

**Runge, M.; Rehfeld, G. (2001):** Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team, 2. unveränderte Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag

**Scharb, B. (1999):** Spezielle validierende Pflege, Wien/New York: Springer-Verlag

**Schilder, M. (2014):** Geriatrie, Stuttgart: Kohlhammer Verlag

**Schmidt, S. (2015):** Pflegerische Alternativen zu Medikamenten, Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag

**Steffen-Bürge, B. (1991):** „offizielle“ und „inoffizielle“ Inhalte der Pflege: Eine qualitative, beschreibende Pilotstudie, In: Pflege 1991, Nr. 4, S. 45-53

**Sütterlin, S.; Hoßmann, I.; Klingholz, R. (2011):** Demenz Report- Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können, Berlin: Institut für Bevölkerung und Entwicklung

**Universitätsklinikum Freiburg (2014):** Demenz-Leitlinie, online verfügbar unter: <http://www.demenz-leitlinie.de>. letzter Zugriff am 11.04.2016

**Validation Training Institute (VTI) (2016):** online verfügbar unter: <https://vfvalidation.org/>. letzter Zugriff am 04.05.2016

**Watzlawick, P.; Beavin, J.H.; Jackson, D.D. (1969):** Menschliche Kommunikation, Stuttgart/Wien: Huber Bern Verlag

**World Health Organization (WHO) (2016):** Dementia, online verfügbar unter: <http://www.who.int/topics/dementia/en/>. letzter Zugriff am 11.04.2016

## 11. Glossar

<b>Adaption:</b>	Anpassung des Menschen an die jeweilige soziale Umwelt (Duden online 2016)
<b>Affekt:</b>	Gemütszustand (Duden online 2016)
<b>Antidementiva:</b>	Medikamente gegen Demenz (DGPPN & DGN 2015)
<b>Antidepressiva:</b>	Medikamente gegen Depression (Duden online 2016)
<b>Assessment:</b>	Einschätzung, Beurteilung, Abwägung (Bartholomeyczik 2009)
<b>ätiologisch:</b>	ursächlich (Duden online 2016)
<b>Benzodiazepine:</b>	Wirkstoffe mit beruhigender, angsthemmender und entspannender Wirkung (Duden online 2016)
<b>Boo'lscher Operator:</b>	Symbol oder Wort, welches eine Verknüpfung zwischen einzelnen Suchbegriffen beschreibt (Technische Universität Kaiserslautern 2016)
<b>Chronifizierung:</b>	Übergang einer Erkrankung vom vorübergehenden zum dauerhaften Status (Deutsche Enzyklopädie online 2016)
<b>Coping:</b>	Bewältigungsstrategie für den Umgang mit einer Situation oder einem Problem, z.B. einer Erkrankung (Duden online 2016)
<b>Degeneration:</b>	Rückbildung oder Verfall von Zellen oder Gewebe (Duden online 2016)
<b>Dekubitus:</b>	Wunde, die durch Druck, z.B. durch langes Liegen auf der gleichen Stelle, entsteht (Duden online 2016)
<b>Demografischer Wandel:</b>	Veränderungen, besonders der Altersstruktur, in der Zusammensetzung der Bevölkerung und Gesellschaft (Bundeszentrale für politische Bildung 2016)
<b>Evaluation:</b>	fachgerechte Beurteilung und Bewertung (Duden online 2016)
<b>Evidenz:</b>	empirisch erbrachter Nachweis einer Wirkweise/der Wirksamkeit (Duden online 2016)
<b>Fallstudie:</b>	wissenschaftliche Untersuchung eines interessanten Einzelfalls oder Phänomens (Duden online 2016)
<b>Fluktuation:</b>	Das Schwanken/Wechseln (Duden online 2016)

<b>herausforderndes Verhalten:</b>	Verhaltensformen von Menschen mit Demenz, die als schwierig im Umgang gelten, z.B. schreien, nächtliches wandern oder an die Wand klopfen (Halek & Bartholomeyczik 2006)
<b>hochbetagt:</b>	im hohen Lebensalter stehend, sehr alt (Duden online 2016)
<b>Inkontinenz:</b>	Unvermögen, Harn oder Stuhl zu halten (Duden online 2016)
<b>Insult:</b>	Attacke, Anfall; in diesem Fall: Schlaganfall (Duden online 2016)
<b>interdisziplinär:</b>	Zusammenarbeit mehrerer Disziplinen/verschiedener Berufsgruppen betreffend (Duden online 2016)
<b>Intertrigo:</b>	Hautirritation, von Nässe und Jucken geprägt, kommt vor allem in Hautfalten vor (Duden online 2016)
<b>Inzidenz:</b>	Anzahl neu auftretender Erkrankungen (Duden online 2016)
<b>kognitiv:</b>	das Erkennen, Wahrnehmen und Denken betreffend (Duden online 2016)
<b>Morbidität:</b>	Häufigkeit der Erkrankungen in der Gesellschaft oder einer Person (Duden online 2016)
<b>Neuroleptika:</b>	Medikamente zur Behandlung von Psychosen, hemmen motorische Aktivität, Erregung und Aggressivität (Duden online 2016)
<b>palliativ:</b>	Schmerz und Beschwerden lindernde medizinische Behandlung einer Erkrankung, die Ursachen werden jedoch nicht mehr bekämpft (Duden online 2016)
<b>Prävalenz:</b>	Zahl derer, die in einem bestimmten Zeitabschnitt an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind (Duden online 2016)
<b>präventiv:</b>	vorbeugend, verhütend (Duden online 2016)
<b>progredient:</b>	fortschreitend, sich entwickelnd (Duden online 2016)
<b>projizieren:</b>	auf jemanden etwas übertragen (Duden online 2016)
<b>Psychopharmaka:</b>	Arzneimittel, welche auf die Psyche wirken (Duden online 2016)
<b>Rehabilitation:</b>	Wiedereingliederung einer kranken Person, Unterstützung im Genesungsprozess (Duden online 2016)
<b>reversibel:</b>	umkehrbar (Duden online 2016)

<b>Schneeballverfahren:</b>	Verbreitungsart bei der etwas weitergegeben wird; in diesem Fall: von Referenz zu Referenz (Duden online 2016)
<b>Snoezelen:</b>	Spezielle Technik zur Entspannung bei der alle Sinne angeregt werden sollen (Nicole Ling 2016)
<b>Syndrom:</b>	Krankheitsbild, bestehend aus verschiedenen charakteristischen Symptomen (Duden online 2016)
<b>Systematic Review:</b>	systematische Übersichtsarbeit (Cochrane library 2016)
<b>Toxikum:</b>	Giftstoff (Duden online 2016)
<b>transdisziplinär:</b>	Disziplinen übergreifend (Duden online 2016)
<b>Trauma:</b>	Verletzung (v.a. der Psyche) (Duden online 2016)
<b>Trunkierung:</b>	Verwendung eines Platzhalters in einer Abfolge von Zeichen (Duden online 2016)
<b>vaskulär:</b>	(Blut-)gefäße betreffend (Duden online 2016)
<b>vegetieren:</b>	ärmlich, kümmerlich (vor sich hin) leben (Duden online 2016)
<b>Vulnerabilität:</b>	Verletzbarkeit, Verwundbarkeit (Duden online 2016)

## **Eidesstattliche Versicherung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift Anne Skrollan Born