

MASTERTHESIS

Kommunikation im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen. Validation, ein neuer Ansatz für betreuende und pflegende Angehörige - eine explorative Studie

Prof. Dipl.-Psych. Irmgard Teske
Prof. Dr. phil., M.A. Anja Klimsa

Masterstudiengang Gesundheitsförderung
Matrikel Nummer: 25607

Miriam Klinger
Oberweiler 43
72124 Pliezhausen

11. Februar 2016

„Was ist dir das Wichtigste im Leben, Papa?

Das weiß ich nicht. Ich habe schon vieles erlebt. Aber wichtig?

Fällt dir etwas ein?

Wichtig ist, dass man um dich herum freundlich redet. Dann geht vieles.

Und was magst du weniger?

Wenn ich folgen muss. Ich mag es nicht, wenn man mich herumhetzt.“

(Geiger 2011: 93)

INHALTSVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	IV
TABELLENVERZEICHNIS	V
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	VI
DANKSAGUNG	1
KURZZUSAMMENFASSUNG	2
1 EINLEITUNG	3
TEIL I: THEORETISCHER HINTERGRUND	5
2 DATEN UND GESUNDHEITSPANUNG DURCH DAS GESUNDHEITSAMT 5	
2.1 DATENGRUNDLAGE	5
2.2 AUFGABE DES GESUNDHEITSAMTES	8
3 DEMENZ	11
3.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG	11
3.2 DIAGNOSTISCHE KRITERIEN	12
3.3 FORMEN DER DEMENZ	13
3.4 URSACHEN, RISIKOFAKTOREN UND VERLAUF	16
3.5 MÖGLICHKEITEN DER PRÄVENTION	18
4 ANGEHÖRIGE VON MENSCHEN MIT DEMENZ	21
4.1 WAS BEDEUTET DEMENZ FÜR ANGEHÖRIGE?	21
4.2 „HERAUSFORDERNDES VERHALTEN“	24
4.3 DEMENZ ALS HERAUSFORDERUNG.....	27
5 BEHANDLUNGSANSÄTZE	30
5.1 MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNGSANSÄTZE	30
5.2 NICHTMEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNGSANSÄTZE	31
6 VALIDATION, EINE KOMMUNIKATIONSMETHODE	33
6.1 HISTORISCHER RÜCKBLICK (FEIL, KITWOOD, RICHARD)	33
6.2 BEGRIFFSBESTIMMUNG, DER VALIDATION NACH FEIL	36
6.3 WAS BEDEUTET VALIDATION?.....	36
6.4 DIE GRUNDPRINZIPIEN DER VALIDATION.....	38
6.5 DIE GRUNDBEDÜRFNISSE DES MENSCHEN – MASLOWS PYRAMIDE.....	39
6.6 DIE VIER PHASEN IM STADIUM DER AUFARBEITUNG	40
6.7 TECHNIKEN DER VALIDATION FÜR ANGEHÖRIGE BZW. PFLEGEKRÄFTE	41
6.8 DISKUSSION DER METHODEN NACH FEIL UND RICHARD	43
TEIL II: EMPIRISCHER TEIL	46
7 METHODISCHE VORGEHENSWEISE	46
7.1 FORSCHUNGSFRAGE UND FORSCHUNGSINTERESSE	46
7.2 FORSCHUNGSDESIGN.....	46
7.3 KURS „WERTSCHÄTZENDER UMGANG MIT MENSCHEN MIT DEMENZ“	47
7.3.1 STICHPROBE	47
7.3.2 ENTWICKLUNG DES QUALITATIVEN FRAGEBOGENS.....	47
7.3.3 DURCHFÜHRUNG DER QUALITATIVEN FRAGEBOGENERHEBUNG	48

7.3.4	ERGEBNISSE DER QUALITATIVEN FRAGEBOGENERHEBUNG.....	48
7.4	DAS EXPERTENINTERVIEW	60
7.4.1	STICHPROBE	61
7.4.2	ENTWICKLUNG DES INTERVIEWLEITFADENS	61
7.4.3	DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS	62
7.4.4	VORGEHENSWEISE DER AUSWERTUNG	63
7.4.5	ERGEBNISSE DER EXPERTENINTERVIEWS.....	64
8	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	77
9	FAZIT/ HANDLUNGSEMPFEHLUNG	80
	LITERATURVERZEICHNIS	84
	ANHANG.....	88
	INTERVIEWFRAGEN	88
	TRANSKRIBIERTE INTERVIEWS	89
	REDUKTION DER INTERVIEWS	108
	FRAGEBOGEN.....	117
	AUSWERTUNG DES FRAGEBOGENS.....	121
	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	130

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland. Quelle: BMFSJ, 2012 (http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Bilder__jpeg/grafik-demografischer-wandel-1,property=bild,bereich=bmfsfj,sprache=de.jpg)	5
Abbildung 2: Demenz-Kranke weltweit. Quelle: tagesschau.de, 2015 (https://www.tagesschau.de/ausland/alzheimer-demenz-101.html)	7
Abbildung 3: Demenzerkrankungen in Deutschland. Quelle: Gesundheitsamt Bremen, 2010 (http://www.gesundheitsamt.bremen.de/fastmedia/12/demenz.gif)	8
Abbildung 4: Verlust von geistigen Fähigkeiten und Alltagskompetenz bei einer dementiellen Erkrankung. Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2010	12
Abbildung 5: Demenzformen und Häufigkeiten. Quelle: Eigene Darstellung, basierend auf Kastner et al., 2014, S. 35	14
Abbildung 6: Das NDB-Modell (need driven dementia compromised behaviour model). Quelle: Kolanowski, 1999	26
Abbildung 7: Tripot der Validation. Quelle: Eigene Darstellung	36
Abbildung 8: Bedürfnispyramide nach Abraham Harold Maslow. Quelle: Maslow, 2013 (abraham-maslow.de/beduerfnispyramide.shtml)	40
Abbildung 9: Prozentanzahl der beantworteten Fragebögen (nach männlich, weiblich). Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung	48
Abbildung 10: Das Alter der Befragten. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung	49
Abbildung 11: Familienstand der Angehörigen. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung	49
Abbildung 12: Derzeitige Tätigkeit der befragten Personen: Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung	50
Abbildung 13: Verwandtschaftliches oder sonstiges Verhältnis der zu betreuenden Person. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung	50
Abbildung 14: Der Stresslevel der betreuenden Personen vor und nach dem Kurs. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung	56
Abbildung 15: Die Hermeneutische Spirale. Quelle: 2016 (http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/ERZIEHUNGSWISSENSCHAFTGEIST/HermeneutikZirkel.shtml)	64

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Alter der betreuenden Person. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung.....	51
Tabelle 2: Wohnort der betreuenden Person. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung.	51
Tabelle 3: Phase der betreuenden Person nach Naomi Feil. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung	51
Tabelle 4: Gewusst welche Aufgaben auf die betreuende Person zukommt? Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung.....	52
Tabelle 5: Betreuungszeit pro Tag. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung	53
Tabelle 6: Überlastung bei der Betreuungsarbeit. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung	53
Tabelle 7: Ausreichende Unterstützung bei der Betreuung. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung	54
Tabelle 8: Sind Kraftquellen vorhanden? Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung.....	55
Tabelle 9: Fehlende Hilfs- und Unterstützungsangebote. Quelle: Eigene Darstellung	58
Tabelle 10: Wünschenswerte Hilfs- und Unterstützungsangebote in Bezug auf Menschen mit Demenz. Quelle: Eigene Darstellung	58
Tabelle 11: Wünsche in Bezug auf betreuende und pflegende Angehörige. Quelle: Eigene Darstellung	59

Abkürzungsverzeichnis

bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DCM	Dementia Care Mapping
d.h.	Das heißt
et al.	und andere
etc.	et cetera
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
Mio.	Millionen
s.	siehe
SIMA Studie	Selbstständig im Alter - Gedächtnistraining bei älteren Menschen
SGB	Sozialgesetzbuch
Std.	Stunden
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich während der Anfertigung meiner Masterthesis fachlich und persönlich begleitet, unterstützt und motiviert haben.

Zuerst gebührt mein Dank Frau Prof. Teske, die meine Masterthesis betreut und als Erstbetreuerin begutachtet hat. Für die hilfreichen Anregungen und die konstruktive Kritik bei der Erstellung dieser Arbeit möchte ich mich herzlich bedanken. Zudem gilt mein Dank Frau Prof. Dr. Klimsa, die mir als Zweitbetreuerin zur Seite stand.

Ebenfalls möchte ich mich beim Gesundheitsamt Reutlingen für die gute Kooperation mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz bedanken, besonders bei Frau Voigt-Grau und Frau Firsching, die maßgeblich dazu beigetragen haben, dass diese Masterthesis zu diesem Thema und in dieser Form vorliegt.

Ganz besonders gilt mein Dank Frau Maser, ohne sie hätte ich nicht so viel theoretisches und praktisches über Validation erfahren und lernen können. Herzlichen Dank für die gute und kontinuierliche Betreuung und Hilfe.

Daneben gilt mein Dank allen Teilnehmern meiner Befragung, ohne die diese Arbeit nicht hätte entstehen können.

Abschließend möchte ich mich bei meinen Eltern und meiner Schwester bedanken, auf deren Unterstützung ich immer zählen konnte und die mich kontinuierlich motiviert und zur Vollendung meiner Arbeit beigetragen haben.

Kurzzusammenfassung

Die vorliegende Ausarbeitung beschäftigt sich mit dem Thema Validation, einer Kommunikationsmethode nach Naomi Feil und deren immense Bedeutung für Angehörige von Menschen mit Demenz. Betrachtet werden soll inwieweit Validation unterstützend und hilfreich sowohl für Angehörige als auch Betroffene sein kann und inwiefern sich dadurch der Umgang miteinander verbessert.

Ein Schwerpunkt dieser Masterthesis liegt dabei auf der Befragung der Angehörigen, die einen dementiell erkrankten Menschen betreuen oder pflegen, sowie der Experten, die sich auf demente Menschen und Validation spezialisiert haben. Um herauszufinden wie hilfreich und unterstützend Validation ist, wurde zur Datenakquise neben der Interviewbefragung von Experten auch Angehörige, die einen Kurs zum wertschätzenden Umgang dementiell erkrankter Menschen besuchen, mittels eines Fragebogens, befragt.

Die Expertenaussagen deuten darauf hin, dass die eigene wertschätzende Haltung, das Akzeptieren und Respektieren des Betroffenen erste Voraussetzungen für einen besseren Umgang miteinander sind. Damit einhergehend kann Vertrauen aufgebaut und hergestellt werden. Des Weiteren scheint das Wissen um die Validationstechniken und um die Anwendung der entsprechenden Technik, je nach Phase und Gemütszustand des Betroffenen, von großer Bedeutung zu sein.

Die Befragung der Angehörigen mithilfe des Fragebogens ergab, wie auch schon die Experten bestätigten, dass sich fast ausschließlich Frauen für den Kurs für Angehörige und Interessierte anmelden und diesen besuchen. Das Wissen um die Krankheit und dass man nicht allein damit ist, hilflos und überfordert zu sein, nehmen alle Angehörigen als sehr entlastend wahr. Zudem haben sie im Kurs die Möglichkeit sich auszutauschen. Mit ihren vielen Fragen können sie sich an eine Expertin wenden. Sie können sich Validationstechniken aneignen und diese innerhalb von fünf Wochen üben. Dies bewirkt, dass sie entspannter im Umgang mit den Betroffenen werden, sich ihre Belastungssituationen verringern und dadurch auch die Betroffenen ruhiger werden, da sie mit ihren Bedürfnissen anerkannt werden und sich wertgeschätzt fühlen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich Validation als Umgangs- und Kommunikationsmethode sehr gut eignet, um mit dem dementiell erkrankten Menschen, der in den Anfängen der Demenz vorwiegend von Angehörigen betreut wird, wieder eine gelingende Kommunikation herzustellen und ihm Würde und Wertschätzung entgegen zu bringen. Validation und das Wissen um eine Demenzerkrankung schaffen Erleichterung und ein verbessertes Wohlbefinden bei den Angehörigen und deren Betroffenen. Deshalb kann schlussendlich gesagt werden, dass Validation nicht nur für Experten, sondern gerade für Angehörige eine hilfreiche und unterstützende Methode ist. Gerade deshalb sollte die

Möglichkeit bestehen, dass noch mehr Angehörige und nicht nur Frauen im mittleren Alter, sondern in jedem Alter und auch Männer die Chance ergreifen, einen Kurs für Angehörige zu besuchen. Infolgedessen sollten genügend Angebote diesbezüglich zur Verfügung stehen. Jeder Angehörige sollte sich die Informationen holen können, die er braucht, die ihn unterstützen und für ihn hilfreich sind, ohne sich schämen zu müssen und noch bevor er nervlich am Ende ist.

1 Einleitung

Die vorliegende Ausarbeitung beschäftigt sich mit Angehörigen und deren Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen, sowie der Methode der Validation. Rund 1,5 Millionen Menschen sind in Deutschland an Demenz erkrankt. (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2015: 1) Noch immer ist eine dementielle Erkrankung ein ‚Tabu-Thema‘ in unserer Gesellschaft, weshalb die Betroffenen und ihre Angehörigen das Thema größtenteils verschweigen. Häufig wird die Diagnose Demenz von den Betroffenen als Schicksalsschlag wahrgenommen, was wiederum Angst, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit auslösen kann. Eine gesellschaftliche Akzeptanz ist somit eine wichtige Voraussetzung, damit sich die Sichtweise auf dieses Thema positiv und nachhaltig ändern kann. Dazu kann auch das Wissen über medizinische, pflegerische sowie therapeutische Versorgung beitragen. Alzheimer und andere Formen von Demenz lassen sich derzeit nicht heilen, und gerade deshalb ist eine unterstützende Behandlung, medizinisch und therapeutisch, von Bedeutung. Immer mehr Familien werden mit einem an Demenz erkrankten Angehörigen konfrontiert und sind oft mit dieser Situation überfordert. Welches Wissen könnte sie unterstützen und entlasten? Eine gute Möglichkeit mit Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, zu kommunizieren, ist die Methode der Validation. Naomi Feil, die Begründerin dieser Kommunikationsmethode möchte sowohl den Betroffenen als auch den Angehörigen den Umgang miteinander erleichtern. Verwirrte und dementiell erkrankte Menschen haben vor allem den Wunsch wahrgenommen zu werden und dass man ihnen zuhört. Je nach Stadium sind nur wenige Minuten notwendig, um dem Betroffenen das Gefühl der Wertschätzung und damit ein Gefühl der Zufriedenheit zu geben. Damit verbessert sich sofort das Lebensgefühl. Die Grundhaltung der Validation sollte allen Personen, Pflegekräften und Angehörigen vermittelt werden, die mit an Demenz erkrankten Menschen in Kontakt sind, damit auf beiden Seiten ein entspanntes und zufriedenes Aufeinandertreffen geschehen kann und Gefühle der Angst oder auch Aggression minimiert werden. Inwiefern Validation nicht nur im Seniorenheim eine sinnvolle Methode darstellt, sondern auch für pflegende Angehörige, wird mit dieser Arbeit untersucht. Grundlagen sind Befragungsergebnisse von Angehörigen nach der Teilnahme an einem Validationskurs sowie Interviews mit erfahrenen Experten von Validationskursen und Demenzberatungen.

Zentraler Bestandteil dieser Masterthesis ist die Fragestellung: „Inwiefern kann Validation für Angehörige, die an Demenz erkrankte Menschen betreuen, hilfreich und entlastend sein?“

Die als erstes angeführte „Kurzzusammenfassung“ dient als Überblick. Nach einer Einleitung folgt in Teil I der „Theoretischer Hintergrund“, welcher fünf Hauptteile umfasst. Das Kapitel „Daten und Gesundheitsplanung durch das Gesundheitsamt“ bezieht sich auf den gesellschaftlichen Hintergrund. In den darauf folgenden Kapiteln werden „Demenz“, „Angehörige von Menschen mit Demenz“ und mögliche „Behandlungsansätze“ beschrieben. Im letzten Kapitel wird auf den Behandlungsansatz der Validation, einer Kommunikationsmethode, im Besonderen eingegangen.

Anschließend wird im Teil II, dem Empirischen Teil die Methodische Vorgehensweise beschrieben, bevor die Forschungsfrage und das Forschungsinteresse dargestellt werden, sowie das Forschungsdesign. Im Unterkapitel 7.3 wird der Kurs „Wertschätzender Umgang mit Menschen mit Demenz“ dargestellt. Dabei spielt die Stichprobe, die Entwicklung des qualitativen Fragebogens und dessen Durchführung eine Rolle. Danach werden die Ergebnisse des qualitativen Fragebogens analysiert. Im Unterkapitel 7.4 wird das Experteninterview dargestellt. Hier folgen ebenso die Erläuterung der Stichprobe, die Entwicklung des Interviewleitfadens, die Durchführung der Interviews sowie die Vorgehensweise der Auswertung. Beendet wird dieses Kapitel mit den Ergebnissen der Experteninterviews.

In Kapitel 8 folgt die Diskussion der Ergebnisse und im Fazit wird die zu Beginn entworfene Frage beantwortet.

Im Interesse der besseren Lesbarkeit beziehen sich Personen und Funktionsbezeichnungen auf beide Geschlechter, soweit sich aus dem Sinn der vorliegenden Masterthesis nichts anderes ergibt.

Teil I: Theoretischer Hintergrund

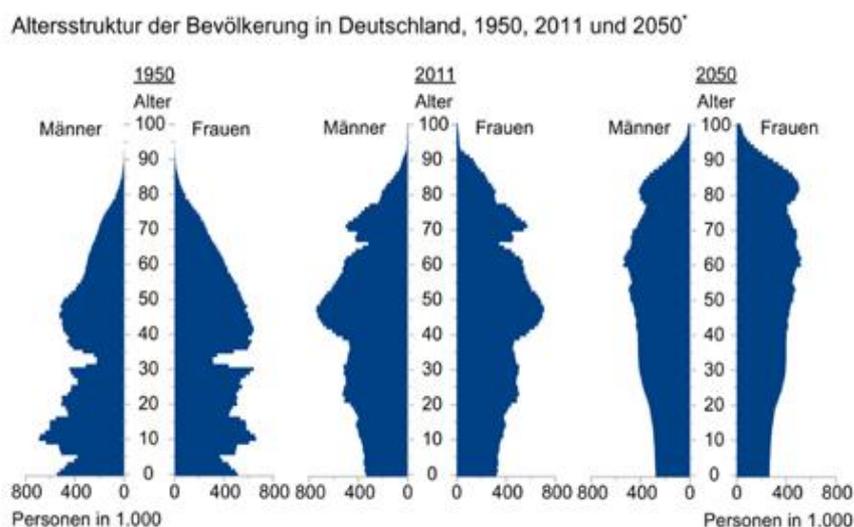
2 Daten und Gesundheitsplanung durch das Gesundheitsamt

In diesem Kapitel wird die Datengrundlage bezüglich des demografischen Wandels beschrieben, sowie die daraus folgende bedarfsgerechte Gesundheitsplanung als eine wesentliche Aufgabe des Gesundheitsamtes in Reutlingen.

2.1 Datengrundlage

Deutschland wurde und wird vom demografischen Wandel sehr geprägt. Für moderne Gesellschaften ist dieser Wandel keinesfalls ungewöhnlich, jedoch ist diese Entwicklung in Deutschland am weitesten fortgeschritten. Prozentual gesehen leben in keinem anderen europäischen Land mehr Menschen, die 65 Jahre alt und älter sind. Das Statistische Bundesamt erfasste die Bevölkerung im Jahr 2014 mit 80,8 Millionen Einwohnern, wovon 15,8% 65 Jahre und älter waren. (Destatis 2015: online) Deutschlands Bevölkerungsstruktur wird sich weiter stark verändern, alte Menschen werden immer älter und es werden immer weniger Kinder geboren, so dass die gesamte Gesellschaft älter wird, (BMFSFJ 2014: 17) wie sich auch in Abbildung 1 deutlich zeigt. Der demografische Wandel stellt für die Gesellschaft eine große Herausforderung dar sowohl im Allgemeinen, im politischen, wirtschaftlichen und sozialen Bereich als auch für jedes Individuum. Die Altersstruktur wird sich in den nächsten Jahren weiter verändern. Es wird zunehmend mehr ältere und hochbetagte Menschen geben, siehe Abbildung 1. (BMFSFJ 2014: 17)

Abbildung 1: Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland. Quelle: BMFSJ, 2012 (http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Bilder___jpeg/grafik-demografischer-wandel-1,property=bild,bereich=bmfsfj,sprache=de.jpg)



Die Jüngeren werden veränderte und längere Arbeitszeiten haben, während die ältere Generation neue Aufgaben hinsichtlich Familie und Gesellschaft bekommen wird. Ein primäres Ziel ist es deshalb zum Beispiel die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen zu

ermöglichen, was auch deren Lebensqualität erhöhen kann. Darüber hinaus sollen neue Ideen im Bereich Bildung entstehen, damit die älter werdenden Menschen mit ihren Erfahrungen einen Beitrag für die Gesellschaft sowohl für die Zukunft als auch für den Wohlstand leisten können. (BMBF 2015: online)

Im Jahr 2009 lebten 82 Millionen Menschen in Deutschland. Davon waren 17 Millionen 65 Jahre oder sogar älter. Jede fünfte Person in Deutschland ist schon im Rentenalter angekommen. Von den 17 Millionen Menschen sind 57% Frauen und 43% Männer. Diese Disparität lässt sich auf zweierlei Ursachen zurückführen. Zum einen profitieren Frauen von einer höheren Lebenserwartung, zum anderen sind dies immer noch Folgen des zweiten Weltkrieges. (Haustein et al. 2011: 7)

Nichtsdestotrotz birgt das Alter auch gesundheitliche Einschränkungen, so dass das Leben beschwerlicher und mühsamer wird. Aus diesem Grund sind Prävention und Gesundheitsförderung besonders bei älteren Menschen sinnvoll und effektiv. Erstaunlicherweise nimmt jedoch die Lebenszufriedenheit im Alter nicht ab. 65% der 40- bis 54-Jährigen gaben 2008 an, hochzufrieden mit ihrem Leben zu sein. Bei den 55- bis 69-Jährigen betrug der Anteil 61%. Bei den 70- bis 85-Jährigen betrug der Anteil sogar 62%. Das ist darauf zurückzuführen, dass die meisten Menschen diese veränderten Lebensumstände gut annehmen und akzeptieren. (Haustein et al. 2011: 37) Die Lebenszufriedenheit hängt auch mit dem erreichten Bildungsabschluss zusammen, d.h. eine gute Ausbildung korreliert mit einem zufriedeneren Leben. (Haustein et al. 2011: 7)

Durch den Anstieg der Lebenserwartung wird auch die Anzahl der Pflegebedürftigen zunehmen. Der Anteil der Männer und Frauen, die gepflegt werden, ist bis zum 75. Lebensjahr recht ähnlich. Ist das 75. Lebensjahr erreicht, sind Frauen pflegebedürftiger als Männer. Im Jahre 2009 lag die Pflegequote der 85- bis 89-jährigen Frauen bei 42% bei Männern nur bei 28%. Dies kann daran liegen, dass Frauen häufiger allein leben, da z.B. der Ehemann schon gestorben ist und sie somit früher fremde Hilfe annehmen müssen als Männer, die meistens von ihren Frauen, die eine höhere Lebenserwartung haben, versorgt und gepflegt werden und somit zunächst auf eine Antragsstellung und der daraus resultierenden Pflegeleistung verzichten können. Die Männer, die von ihren Frauen gepflegt werden, werden dann auch nicht in der Statistik erfasst. (Haustein et al. 2011: 82)

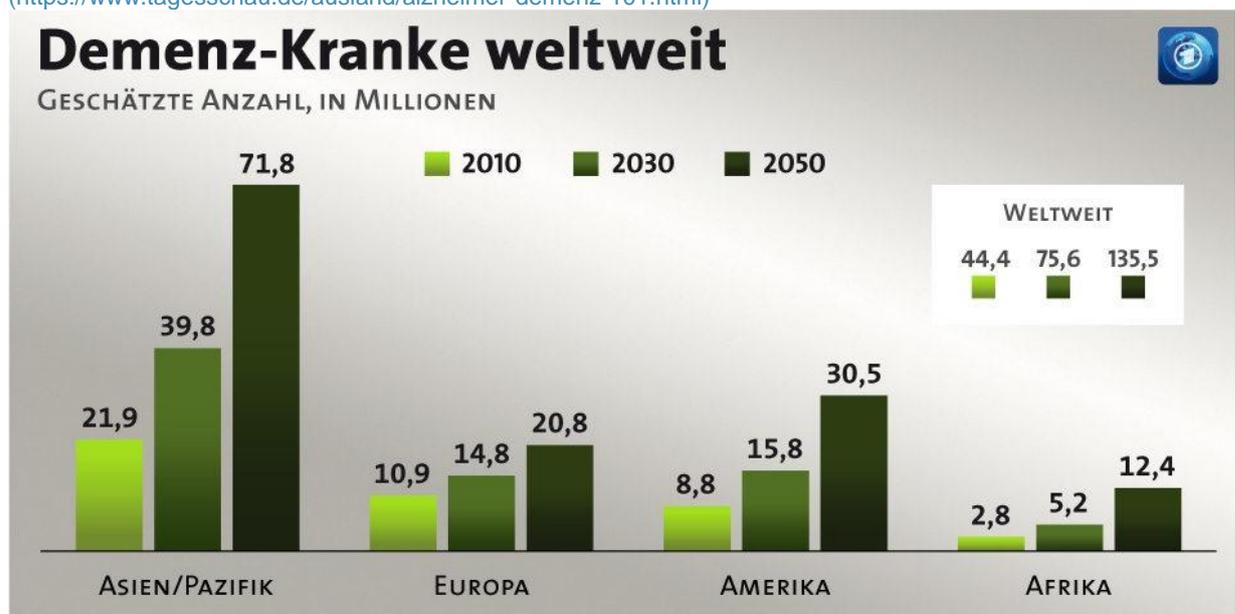
2009 wurden 1,6 Millionen Menschen, das entspricht 69% der Pflegebedürftigen, zuhause versorgt und gepflegt. Davon bekamen 1 Million der Betroffenen Pflegegeld, was deutlich macht, dass sie von Angehörigen zuhause versorgt wurden. Bei 555.000, die auch zuhause lebten, erfolgte die Pflege zum Teil oder komplett vollständig durch ambulante Pflegedienste. Allgemein kann gesagt werden, dass mehr als zwei Drittel der Betroffenen zuhause gepflegt werden. Bei den 65- bis 69-Jährigen wurden 24% der Pflegebedürftigen im Heim versorgt,

bei den ab 90-Jährigen waren es 48%. Je älter die Menschen werden, desto eher leben sie in einer stationären Einrichtung. (Haustein et al. 2011: 83)

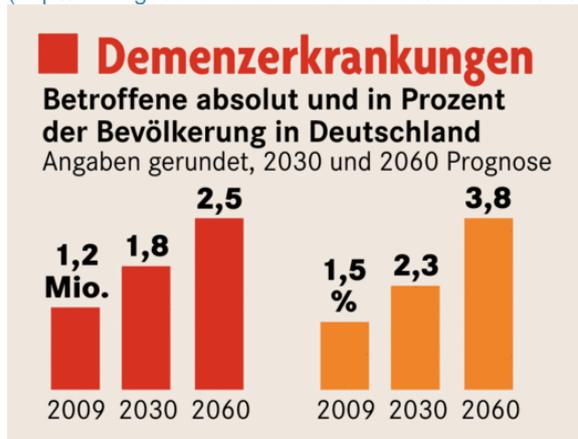
Sieht man die Prognose des Statistischen Bundesamtes für realistisch an, so wird die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahre 2020 auf 2,9 Millionen und bis 2030 auf etwa 3,4 Millionen ansteigen. Auch im Falle einer Pflegebedürftigkeit haben viele Menschen den Wunsch, zuhause leben zu können. Pflegende Angehörige sind deshalb oft stark beansprucht und zum Teil auch überlastet. Sie benötigen eine gezielte Begleitung, besonders wenn diese zudem noch eine eigene Familie haben und berufstätig sind. (BMBF 2015: online)

Hinzu kommt, dass die älteren Menschen nicht nur pflegebedürftig sind, sondern auch oft noch an einer dementiellen Erkrankung leiden, was es für die Angehörigen besonders schwierig macht.

Abbildung 2: Demenz-Kranke weltweit. Quelle: tagesschau.de, 2015 (<https://www.tagesschau.de/ausland/alzheimer-demenz-101.html>)



2010 sind auf der ganzen Welt ca. 44 Millionen Menschen von Demenzerkrankungen betroffen. Zwei Drittel davon leben in Entwicklungsländern. Bis zum Jahre 2050 wird die Zahl auf voraussichtlich 135 Millionen ansteigen. (DAIzG 2015: online) Dies wird in Abbildung 2 sichtbar. In Europa gibt es 2010 10,9 Mio. Demenz-Kranke und 2030 wird die Zahl der Erkrankten auf 14,8 Mio. geschätzt (siehe Abbildung 2). (BMBF 2015: online)



2009 lebten 1,2 Mio. Demenz-Kranke in Deutschland, wie aus Abbildung 3 hervor geht, das entspricht 1,5% der Bevölkerung, die an einer dementiellen Erkrankung leidet.

Zurzeit leben in Deutschland ca. 1,5 Millionen Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind. Weltweit sind es 2015 fast 47 Mio. Erkrankte wie im Welt-Alzheimer-Bericht ersichtlich wird. Davon sind zwei Drittel von der Alzheimer-Krankheit betroffen. Jedes Jahr treten mehr als 300.000 Neuerkrankungen auf. Aufgrund des demografischen Wandels kommt es zu mehr Neuerkrankungen als zu Sterbefällen. Infolgedessen steigt die Zahl der dementiell Erkrankten fortwährend. So wird 2030 2,3% der Bevölkerung in Deutschland eine Demenzerkrankung haben, das entspricht 1,8 Mio. Menschen. Für das Jahr 2060 wird es nochmals einen Anstieg geben. Dann wird von 2,5 Mio. Erkrankten von der Bevölkerung in Deutschland ausgegangen, also 3,8%. Wird es in nächster Zeit keinen Durchbruch in Prävention und Therapie geben, so wird sich die Zahl der Erkrankten kontinuierlich erhöhen. (DAIzG 2015: online) Dies wird eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem darstellen. (tagesschau.de 2015: online)

2.2 Aufgabe des Gesundheitsamtes

Durch das erst kürzlich verabschiedete Präventionsgesetz §§ 20 und 20a SGB V, ist es mit der gesetzlichen Verankerung des Lebenswelten-Ansatzes möglich, gesundheitsförderliche Strukturen zu stärken und in diese zu investieren. Ziel ist es, Bedingungen gesunder Lebensverhältnisse auszuarbeiten, auch hinsichtlich der Aufgabe des Gesundheitsamtes. (Grossmann et al. 2015: online) Anhand des Präventionsgesetzes wird die Gesundheitsförderung unmittelbar im Lebensumfeld, z.B. in der Kindertagesstätte, der Schule, am Arbeitsplatz und auch im Pflegeheim gestärkt. Das Präventionsgesetz festigt die Ausgangspunkte für die Kooperation der Sozialversicherungsträger, der Länder und Kommunen bei der Prävention und der Gesundheitsförderung aller Altersgruppen als auch in vielen Lebensbereichen. Dort wo Menschen leben, lernen und arbeiten soll

Gesundheitsförderung und Prävention angewendet werden. (Bundesministerium für Gesundheit 2015: online)

Baden-Württemberg verfügt über 38 Gesundheitsämter in den verschiedensten Stadt- und Landkreisen. Diese sind lokale Ansprechpartner bei gesundheitlichen Angelegenheiten. Zu ihren Aufgaben zählen u.a. der Gesundheitsschutz mit den zwei Schwerpunkten Infektions- und umweltbezogener Gesundheitsschutz sowie die Gesundheitsförderung, die Prävention und die Gesundheitsberichterstattung sowie die Epidemiologie und der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. Hinzu kommen die sozialmedizinische und die sozialpsychiatrische Beratung, die Aufgabe des amtsärztlichen Dienstes und Tätigkeiten von Gutachtern sowie die Betreuung und Vermittlung von Hilfen und Angeboten für besondere Zielgruppen. (LGA 2015: online)

Zentrale Aufgaben der Gesundheitsämter sind, die Bevölkerung, die Verwaltung und sogar die Politik über die gesundheitliche Lage zu informieren und zu beraten. Zudem kooperieren sie sowohl mit Institutionen und Verbänden als auch mit Personen und arbeiten somit interdisziplinär. Eine weitere Aufgabe der Gesundheitsämter ist es, bedarfsorientiert und interessensunabhängig zu handeln, um die lokale Vernetzung und die damit einhergehende bessere Kommunikation und Kooperation der verschiedenen Anbieter gesundheitsbezogener Dienstleistungen zu unterstützen. Mit eigenen Initiativen und Maßnahmen gewinnt die breit angesiedelte Förderung der Gesundheit an Bedeutung. (LGA 2015: online)

Jedes Gesundheitsamt hat seine eigenen Schwerpunkte, die es beratend und unterstützend anbietet. So hat das Gesundheitsamt Reutlingen sowohl Prävention und Aufklärung als auch Umwelthygiene und Gesundheitsförderung zu seinen Hauptmerkmalen erkoren. Eine weitere relevante Aufgabe besteht im Verhüten und Bekämpfen übertragbarer Krankheiten. Ebenso zählt die reisemedizinische Beratung dazu. Des Weiteren werden Krankenhäuser, andere medizinische Einrichtungen und Lebensmittelbetriebe vom Gesundheitsamt Reutlingen hygienisch überwacht. (Landratsamt Reutlingen 2015: online)

Bedarfsgerechte Gesundheitsplanung

Zur bedarfsgerechten Gesundheitsplanung gehört die Kommunale Gesundheitskonferenz. In Abstimmung mit dieser wurde das Thema der Masterthesis entwickelt. Sie ist für Fragen der Gesundheitsförderung, der Prävention und der Versorgung auf lokaler Ebene zuständig. Zudem werden Empfehlungen herausgegeben, um diese gezielt umzusetzen. Die Kommunale Gesundheitskonferenz entwickelt mit vor Ort tätigen Menschen bedarfsorientierte Lösungen, die gegebenenfalls auch recht schnell umgesetzt werden. Ein Beispiel hierfür sind die „Gesunden Gemeinden“ im Landkreis Reutlingen. Jede Gemeinde entscheidet selbstständig, welches Thema für sie in ihrer Gemeinde am wichtigsten ist.

Darüber hinaus ist der bereits beschriebene zentrale Bestandteil der Gesundheitsförderung und Prävention insofern wichtig, da es immer mehr chronische Erkrankungen in unserer älter werdenden Gesellschaft geben wird. Gerade durch Prävention ließe sich eine erheblich große Anzahl der Erkrankungen eindämmen oder sogar vermeiden, wie z.B. einen Schlaganfall. Die bedarfsorientierten lokalen Analysen zu gesundheitlichen Themen werden von der Kommunalen Gesundheitskonferenz erarbeitet und in Handlungsempfehlungen umgewandelt, so dass diese anschließend im Gremium vorgestellt und darüber abgestimmt werden kann. Die Arbeitsweise der Gesundheitskonferenz orientiert sich am Public-Health-Action-Cycle. Dieser so genannte Aktionszyklus stellt einen Idealtyp der Intervention dar. Es geht vor allem darum, die subjektiven Bedürfnisse und die objektiven Angebote zusammen zu führen, um herauszufinden, ob diese deckungsgleich sind. Die Zielsetzung besteht zum einen darin, die Gesundheitsstrategie bzw. den Gesundheitsdialog in Baden-Württemberg exakt auf die abgestimmten Lösungsvorschläge umzusetzen, und zum anderen Netzwerke zu den wichtigen und aktuellen Themenbereichen zu gründen, um somit die örtlichen Defizite auszugleichen und zu überwinden. (Landratsamt Reutlingen 2015: online)

Die Kommunale Gesundheitskonferenz widmet sich speziell dem Zukunftsthema ‚Dementielle Erkrankungen im Landkreis Reutlingen‘. Als Gesundheitsplattform kann das Thema aus verschiedensten Blickwinkeln betrachtet werden, um damit eine ganzheitliche Perspektive entwickeln zu können. Dem Problem der dementiellen Erkrankung kann man sich von unterschiedlichen Seiten nähern, wie zum Beispiel aus Sicht der Pflege, der Geriatrie, der Angehörigen oder der Städteplanung. Zu aller erst ist ein besserer Umgang bezüglich des Themas sowohl mit den Betroffenen als auch deren Angehörigen notwendig, um auf deren subjektive Bedürfnisse besser einzugehen und objektive Angebote für die Primär- und Sekundärbetroffenen anzubieten. Dazu sind sowohl Hilfsangebote als auch z.B. Wohnformen von Nöten, die noch nicht angemessen vorhanden sind. (Landratsamt Reutlingen 2015: online)

3 Demenz

In diesem Kapitel wird eine Begriffsbestimmung, verbunden mit den Diagnostischen Kriterien, in das Thema einleiten. Anschließend werden die Formen der Demenz, die Ursachen, Risikofaktoren und der Verlauf beschrieben. Des Weiteren folgen Möglichkeiten der Prävention.

3.1 Begriffsbestimmung

Der Begriff Demenz kommt aus dem lateinischen: ‚de‘ bedeutet weg oder ohne und ‚mens‘ der Verstand. Demnach ist ein Mensch mit einer dementiellen Erkrankung ‚weg vom Verstand‘ oder ‚ohne Verstand‘. (Becker-Scharwatz et al. 2015: 1)

Bei dem Begriff Demenz besteht mittlerweile die Übereinstimmung, dass er sich nicht nur auf das Gehirn eines Menschen bezieht, sondern auf die ganze Person. Demenz ist eine klinische Erkrankung, die den ganzen Menschen betrifft. (Müller-Hergl et al. 2013: 50)

An einer Demenz zu erkranken, betrifft hauptsächlich Menschen mit einem höheren bis hohen Alter, auch wenn es nicht grundsätzlich zum ‚Älter werden‘ dazu gehört. Ganz selten erkranken auch Menschen vor dem 65. Lebensjahr an einer Demenz. Bei der Demenz gibt es in der Regel einen chronischen oder fortschreitenden Verlauf, bei welchem eine Verschlechterung der kognitiven Funktionen eintritt, welche möglicherweise von der normalen Alterung abweicht. Dies wirkt sich auf das Gedächtnis, das Denken, die Orientierung, die Auffassung, das Rechnen, die Lernfähigkeit, die Sprache und das Urteilsvermögen aus. Das Bewusstsein ist nicht betroffen. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden häufig begleitet von Veränderungen der Kontrolle der Emotionen, des Sozialverhaltens oder der Motivation. Demenz kann sich aufgrund einer Vielzahl von Krankheiten und Verletzungen entwickeln, die primäre oder sekundäre Auswirkungen auf das Gehirn und die Neuronen haben, wie beispielsweise die Alzheimer-Krankheit oder der Schlaganfall. (WHO 2015: online)

Die dauerhafte, meist fortschreitende Minderung der geistigen Leistungsfähigkeit führt längerfristig zum Verlust des selbstständigen Lebens in den eigenen vier Wänden. Die Folgen der dementiellen Erkrankung sind zunächst, die Unterstützung durch die Angehörigen und bei weiterem Verlauf der Krankheit mündet es in die Pflegebedürftigkeit, wie dies auch Abbildung 4 deutlich macht. (BMG 2010: 8)

Abbildung 4: Verlust von geistigen Fähigkeiten und Alltagskompetenz bei einer dementiellen Erkrankung. Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2010



Die Definition der Demenz kann auch nach den Kriterien des ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) erfolgen. Um die Diagnose zu stellen, müssen die Symptome über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten auftreten. In der ICD-10 wird Demenz wie folgt unterteilt:

- F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit
 - F00.0 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (< 65 Jahre), Typ 2
 - F00.1 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (> 65 Jahre), Typ 1
 - F00.2 Atypische oder gemischte Form
- F01 Vaskuläre Demenz
- F02 Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen
- F03 Sonstige Demenzen (ICD Code 2015: online)

3.2 Diagnostische Kriterien

Häufig werden die Symptome einer Demenz erst im Nachhinein bemerkt, da die Einschränkungen der Betroffenen und die damit verbundenen Auffälligkeiten im Verhalten sehr langsam und schleichend beginnen, so dass die meisten Betroffenen und Angehörigen dies nicht als eine dementielle Erkrankung sehen oder sehen wollen. Das ist sehr schwerwiegend, denn eine dementielle Erkrankung sollte so früh wie möglich diagnostiziert werden. So kann zum Beispiel ein frühzeitiges Erkennen der Alzheimer-Krankheit den Erkrankten und Angehörigen die Möglichkeit geben, sich damit auseinander zu setzen und sich über Hilfsangebote zu informieren. Die sekundären Demenzerkrankungen, die nur einen kleinen Teil der Erkrankungen ausmachen, können, sofern die Diagnose rechtzeitig erfolgt, durch bestimmte Behandlungen sogar gebessert oder rückgängig gemacht werden. Aus diesem Grund ist es zwingend notwendig, dass Angehörige und Betroffene mit den

Symptomen einer dementiellen Erkrankung vertraut sind und sich den Symptomen stellen. (BMG 2014: 13)

Jedoch ist es in der Praxis nicht möglich, potentiell an einer Demenz erkrankte Menschen zu einem Arzttermin bzw. einer Diagnostik zu überreden, da die meisten Betroffenen gerade zu Beginn ihre Gedächtnisstörungen gut verbergen und überspielen können und wollen. Nicht selten tritt der Fall ein, dass sie abgeneigt sind oder sich gar aggressiv verhalten, wenn Angehörige sie auf Defizite ansprechen. Hilfreich ist es dann, wenn möglichst viele Angehörige, Freunde und Nachbarn das Verhalten schriftlich festhalten. Mithilfe dieser Dokumentation kann der Arzt leichter eine vorläufige Diagnose stellen. Eine Verdrängung oder Verleugnung der Geschehnisse ist keine Lösung, da damit weder den Betroffenen noch den Angehörigen geholfen werden kann und zwischenmenschliche Probleme vorprogrammiert sind. (BMG 2014: 14)

Ist der Weg geebnet, dass die Betroffenen sich auf einen Arztbesuch einlassen, ist die erste Hürde überwunden. Anschließend lässt sich die Diagnose einer Demenzerkrankung/ Alzheimer-Krankheit meistens recht schnell und unkompliziert stellen. Nun kann der behandelnde Arzt einen individuellen Behandlungsplan erstellen und sowohl die Betroffenen als auch die Angehörigen aufklären und beratend unterstützen. (BMG 2014: 14)

Der Arzt erstellt die Diagnose in drei Schritten:

Zuerst muss das Symptommuster der Demenz erkannt werden. Dann wird die Ursache der Demenz festgestellt und zuletzt werden individuelle Probleme, sowie erhaltene Fähigkeiten erfasst. (Haupt 2012: 1–2)

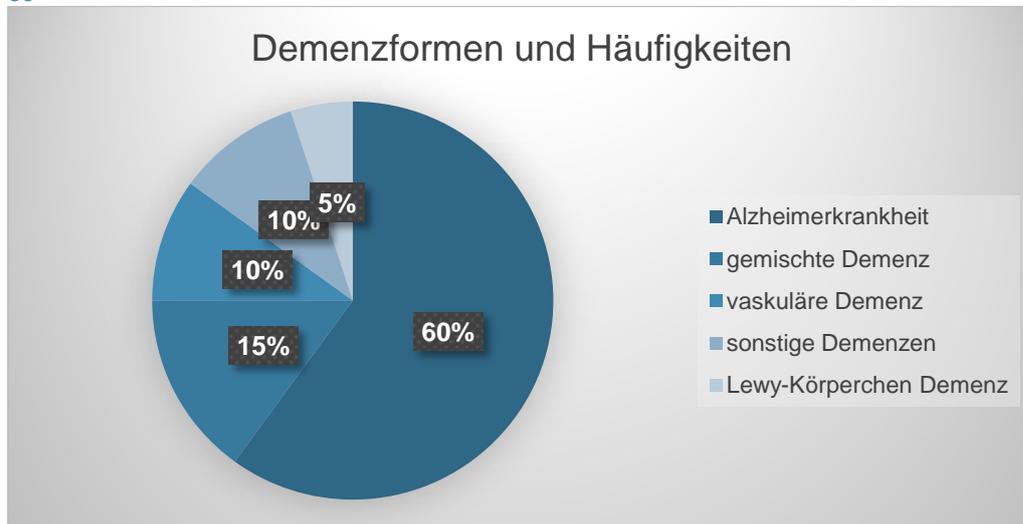
Mithilfe der Untersuchungen und Befragungen, auch der Angehörigen, kann eine dementielle Erkrankung zu 80% diagnostiziert bzw. ausgeschlossen und sogar Unterformen festgestellt werden. (Kastner et al. 2014: 49)

3.3 Formen der Demenz

Das Syndrom der Demenz wird in zwei Bereiche unterteilt, in die primären und die sekundären Demenzformen. Um die Form der primären Demenz zu diagnostizieren, muss zuerst geklärt werden, dass es sich nicht um die sekundäre Demenz handelt. Die primäre Demenz lässt sich dann nochmals in die degenerative, also fortschreitende und die nicht-degenerative, nicht-fortschreitende, Form gliedern. Zur degenerativen Demenz gehören u.a. die Alzheimer-Krankheit, die Vaskuläre Demenz, die Frontotemporale Demenz, die Lewy-Körperchen-Demenz und den gemischten Typus, auf die im Folgenden näher eingegangen wird. Etwa 80% aller Erkrankungen machen diese Unterform aus. Auf die weniger bekannten Formen wie z.B. Chorea Huntington oder die Creutzfeld-Jacob-Krankheit, wird nicht näher eingegangen. Zu den nicht-degenerativen Demenzen zählen die Demenzen, die zum Teil

wieder heilbar sind, oder sich der Schweregrad wieder etwas verbessern kann. Hierzu gehören der Hirntumor, das Schädel-Hirn-Trauma, der Hydrozephalus und Gefäßentzündungen. (Kastner et al. 2014: 35)

Abbildung 5: Demenzformen und Häufigkeiten. Quelle: Eigene Darstellung, basierend auf Kastner et al., 2014, S. 35



Die Alzheimer-Krankheit

Die Alzheimer Demenz macht in neuropathologischen Studien 2/3 der Fälle aus und ist in westlichen Ländern am häufigsten vertreten. In Asien hingegen ist die vaskuläre Demenz am zahlreichsten. Die Alzheimer-Krankheit ist eine neurodegenerative Erkrankung bei der es zu einer pathologischen Ablagerung von Proteinen kommt. Familiär bedingt sind ungefähr ¼ der Fälle, wobei weniger als 2% dominant vererbt werden. Die Kennzeichen der Alzheimer-Krankheit sind am Anfang Merkfähigkeits- und Wortfindungsstörungen, Verhaltensstörungen, Konzentrationsstörungen und Störungen der Orientierung. (Brüggemann et al. 2009: 33) Inzwischen unterscheidet man bei der Alzheimer-Krankheit zwischen einem frühen (< 65 Jahre) und einem späten (> 65 Jahre) Beginn. Die Erkrankung verläuft im Allgemeinen bei jüngeren Betroffenen deutlich schneller als bei älteren Betroffenen. Zusätzlich steigt die Anzahl der neu Erkrankten mit höherem Alter vermehrt an. (Kastner et al. 2014: 36) Innerhalb von 5 bis 10 Jahren werden die kognitiven Funktionen vermehrt abgebaut. Die Folgen sind Verwirrtheit, sozialer Rückzug und Verhaltensstörungen. Je weiter fortgeschritten die Erkrankung ist, desto mehr neurologische Symptome kommen hinzu wie beispielsweise Parkinson, epileptische Anfälle und Inkontinenz. (Brüggemann et al. 2009: 34)

Die vaskuläre (gefäßbedingte) Demenz

Die zweithäufigste Demenzform nach der Alzheimer-Krankheit ist die vaskuläre Demenz. Hier führen Schädigungen in kleineren und größeren Blutgefäßen im Gehirn zu Durchblutungsstörungen und Funktionsbeeinträchtigungen. Daraus folgt ein Abbau der

Gehirnzellen. Dieser gesamte Prozess kann über mehrere Jahre andauern. (BMG 2010: 15)
Die kognitiven Veränderungen der Betroffenen geschehen meistens über einen längeren Zeitraum und entstehen nach einer Ischämie oder einem Schlaganfall. Die vaskuläre Demenz beginnt sehr plötzlich und unerwartet und kann sich auch so plötzlich wieder etwas verbessern. (Kastner et al. 2014: 38–40)

Lewy-Körperchen-Demenz (LBD)

Die Lewy-Körperchen-Demenz wird auch Dementia with Lewy-Bodies genannt und ist deutlich seltener vertreten als die Alzheimer-Krankheit. Vermehrt treten die Symptome nach dem 65. Lebensjahr auf. Nach der Diagnosestellung leben die Betroffenen ungefähr noch 6-7 Jahre mit der Erkrankung. (Drach 2011: 1) Auch hier kommt es zu spezifischen Veränderungen im Gehirn. Schon sehr bald treten bei den Betroffenen Symptome der Parkinson Erkrankung auf, verbunden mit häufigen Stürzen. Die Symptome variieren sehr intrapersonell. Mal sind die Betroffenen unbeeinträchtigt, dann wieder sehr beeinträchtigt. Nicht nur Gedächtnisstörungen sind hier die primären Symptome, sondern auch psychotische Symptome, die mit Neuroleptika behandelt werden, die mehr oder weniger gut vertragen werden. (Kastner et al. 2014: 42)

Frontotemporale Demenz (FTD)

Die frontotemporale Demenz gehört zu einer eher seltenen Form. Hier wird der Vorderhirnbereich verändert, aufgrund eines Nervenzelluntergangs in den Stirn- und Schläfenlappen, verursacht durch Durchblutungsstörungen, Hirntumore oder Entzündungen. Im Vordergrund der Symptome stehen Veränderungen bei der Persönlichkeit und des Verhaltens. Die Betroffenen sind häufig enthemmt, d.h. sie sind z.B. schnell aggressiv. Das Erkrankungsalter liegt zwischen 50 und 60 Jahren, wobei die Altersspanne sehr variiert. (Diehl-Schmid 2013: 1)

Gemischter Typus

Der gemischte Typus beinhaltet sowohl Formen und Symptome der Alzheimer-Krankheit als auch pathologische Befunde der Gefäße. (Müller-Hergl et al. 2013: 54)

Zu den sekundären Demenzformen zählen Erkrankungen, die außerhalb des Gehirns entstehen oder die durch andere Schädigungen verursacht wurden. Die typischen Ursachen der sekundären Demenz sind Medikamente, Alkohol oder stoffwechselbedingt. Bei unklaren Verläufen muss auch an Sonderformen wie z.B. Vergiftungen gedacht werden. Diese Formen der Demenz sind jedoch behandelbar, sofern sie rechtzeitig erkannt werden. (Kastner et al. 2014: 43–44)

3.4 Ursachen, Risikofaktoren und Verlauf

Die Ursachen einer Demenz sind sehr unterschiedlich und komplex. Welche verschiedenen Faktoren dabei eine Rolle spielen, ist bis heute noch nicht bekannt oder geklärt. (BMG 2010: 16) Die Betroffenen der Alzheimer-Krankheit machen mit 2/3, den Großteil der Erkrankten aus. (Becker-Scharwatz et al. 2015: 4) Hierbei hat sich das Gehirn sehr verändert, was auf die abgestorbenen Nervenzellen und der Zerstörung der Verbindungen der Nervenweiterleitungen zurückzuführen ist. Diese Hirnerkrankung ist degenerativ, d.h. die Hirnmasse wird abgebaut (Hirnatrophie). Es kommt zur Ablagerung von Amyloid-Plaques an der äußeren Zellhaut, was sich wiederum auf die elektrische Leitfähigkeit der Zellen, die nun unterbrochen wird, auswirkt. Durch das Entstehen der neurofibrillären Bündel werden die inneren Zellabläufe gehemmt. Darüber hinaus sterben die Nervenzellen nach dem Eintreten des Funktionsverlusts ab. (Becker-Scharwatz et al. 2015: 4)

Hinzu kommt eine Verminderung des Botenstoffes Acetylcholin, welcher für das Gedächtnis eine zentrale Rolle spielt. All dieses Wissen kann aber immer noch nicht eindeutig klären, warum diese Krankheit entsteht. Ein zentraler Ansatz, der sich daraus ergibt, ist die Forschung nach den Risikofaktoren. Umso älter die Menschen werden, desto höher ist das Risiko einer Nervenveränderung bzw. an einer Demenz zu erkranken. In der Altersgruppe der 65- bis 70-Jährigen sind weniger als 3% an einer Alzheimer Demenz erkrankt. Jeder Fünfte ist im Alter von 85 Jahren betroffen und jeder Dritte ab 90 Jahren. Hier wird sichtbar, dass der größte Risikofaktor ein hohes Lebensalter ist. (BMG 2014: 10–12)

Der Erbanlage eines jeden Menschen kommt bei der Entstehung von Alzheimer eine weniger wichtige Rolle zu. Besteht eine dementielle Erkrankung bei Verwandten ersten Grades, d.h. bei Eltern, Kindern oder Geschwistern, so ist das Risiko selbst an einer Demenz zu erkranken nur unbedeutend erhöht. (BMG 2014: 10–12)

Des Weiteren gibt es auch vielzählige andere Krankheiten, die eine dementielle Erkrankung zur Folge haben, wie z.B. Durchblutungsstörungen im Gehirn, welche nach einem Schlaganfall oder Hirninfarkt auftreten, oder Ablaufstörungen des Liquors. Ebenso kann es durch einen Tumor, Stoffwechselstörung, Suchterkrankung oder Medikamentenunverträglichkeit zu einer Demenz kommen. Das Risiko ist auch nach einer schweren Kopfverletzung etwas höher. (Becker-Scharwatz et al. 2015: 4)

Es gibt auch Risikofaktoren, die man selbst beeinflussen kann. Darunter zählen Bewegungsmangel, Übergewicht, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bluthochdruck und Diabetes mellitus, um nur ein paar zu nennen. Zu den wichtigen Schutzfaktoren, die sich positiv auswirken, gehören geistige Aktivitäten, regelmäßige Bewegung, ausgewogene Ernährung und Kontakte mit anderen Menschen. (BMG 2010: 17)

Meist wird erst im Rückblick, nach der Diagnosestellung, erkannt, wie sich die Personen verändert haben, was die Kognition und das Verhalten betrifft. Häufig wird diese Veränderung als ‚das ganz normale alt werden‘ angesehen. Bemerkte man erste Anzeichen, ist es daher ratsam einen Arzt aufzusuchen, da dieser anhand von Screening-Tests Klarheit über eine anfängliche kognitive Störung geben kann. (Kastner et al. 2014: 24)

Gerade die Alzheimer-Krankheit, bei welcher oft vor der Diagnosestellung Stimmungsschwankungen und Persönlichkeitsveränderungen auftreten, entwickelt sich langsam und verläuft über mehrere Jahre. Dabei werden die eigenen Defizite nicht richtig wahrgenommen. (Becker-Scharwatz et al. 2015: 5–6) Zudem ist zu erwähnen, dass der Betroffene selbst meist nicht die ersten Symptome einer Demenz bemerkt oder bemerken möchte, sondern es sind meist die Angehörigen, die eine Veränderung sehen. Tritt doch der seltene Fall ein, dass der Betroffene selbst eine Veränderung an sich bemerkt, kommt es häufig zu depressiven Verstimmungen mit einem anschließenden Rückzug. Meistens lassen sich die Betroffenen von den Schwierigkeiten nicht beeindrucken und ignorieren diese Defizite mithilfe einer Fassade, besonders in Gesprächen. Damit kann sich der Betroffene sehr gut selbst vor Angst und Depression schützen. (Kastner et al. 2014: 25–26)

Der Erkrankungsbeginn der frontotemporalen Demenz tritt deutlich früher ein, als bei den anderen Demenzen. Jedoch ist der Verlauf bei allen Demenzen sehr unterschiedlich. So treten die Symptome in verschiedenen Schweregraden zu den unterschiedlichsten Zeiten auf. Bei der vaskulären Demenz hingegen, kommt es zu einem stufenförmigen Verlauf mit ausgedehnten Phasen. Auch eine geringe Verbesserung ist in diesen Phasen möglich, genauso wie eine plötzliche Verschlechterung. Im letzten Stadium der Demenz können die Symptome nicht mehr einer bestimmten Form der Demenz zugeordnet werden. Zu den Symptomen aufgrund der Demenz werden fast immer depressive Symptome bemerkt. Für die Menschen, die an einer Demenz erkranken, gibt es noch immer keine Heilung, weshalb der Verlauf weder vermindert, noch minimiert werden kann. Die Krankheit mündet in der Pflegebedürftigkeit und ist meistens mit einer verkürzten Lebenserwartung verknüpft. (DGPPN 2009: 8)

Der Verlauf einer dementiellen Erkrankung kann in drei Stadien unterteilt werden: ‚Der leichten Demenz‘, ‚der mittelschweren Demenz‘ und ‚der schweren Demenz‘.

Bei der leichten Demenz bzw. dem leichten Stadium treten zu Beginn leichte Auffälligkeiten in den Bereichen Gedächtnis, Sprache und Orientierung auf, aufgrund des betroffenen Kurzzeitgedächtnisses. Demzufolge sind kürzlich eingetretene Ereignisse sofort wieder vergessen. Erinnerungen von früher, also aus dem Langzeitgedächtnis, sind hingegen sehr lange und jederzeit zum Abruf bereit. In dieser Phase ziehen sich die Betroffenen häufig emotional zurück, sind antriebslos und wenig zu motivieren. Grund dafür ist z.B., dass die

erkrankten Menschen keinem Gespräch mehr vollständig folgen können, oder Daten vergessen. Dieses Defizit können sie aber noch gut vor sich und vor anderen vertuschen. Schwieriger hingegen wird es bei den alltäglichen Tätigkeiten. Hier treten erste verunsicherte Handlungen auf, bemerkbar beispielsweise beim Kochen oder Backen. Angehörige bemerken zudem Wortfindungsstörungen oder ständig wiederkehrende Sätze oder Fragen. (Kastner et al. 2014: 26–27) Die Schwierigkeiten der räumlichen und auch zeitlichen Orientierung entstehen bei fortschreitendem Verlauf der Demenz. Dieses so genannte leichte Stadium wird auch Vergesslichkeitsstadium genannt. (Becker-Scharwatz et al. 2015: 6)

Im mittelschweren Stadium treten vermehrt psychische Symptome auf, wie Angst oder Verhaltensstörungen, wie z.B. zielloses Umherwandern. Nun werden Defizite in der Wahrnehmung, als auch in der Einordnung des Erlebten festgestellt. Dadurch können wahnhaftige Realitätsverzerrungen entstehen. Ist die Krankheitseinsicht nicht vorhanden, kann das auffällige Verhalten als paranoide Wirklichkeitsverarbeitung erlebt werden. Durch die Unruhe, die die Betroffenen haben und ihre Orientierungslosigkeit, laufen sie zunehmend weg. Dieses Verhalten ist besonders für Angehörige sehr anstrengend und es kann zu konflikthafter Situationen kommen, da die Betroffenen zudem sehr reizbar sind. Darüber hinaus kann es auch zu körperlichen Aggressionen kommen und die Schlafgewohnheiten dementieller Menschen verändern sich. Dies kann zu einem umgedrehten Tag-Nacht-Rhythmus führen. Des Weiteren besteht die Gefahr, eine ‚kognitive Harninkontinenz‘ zu bekommen. (Kastner et al. 2014: 27–28) Dieses Stadium wird auch Verwirrtheitsstadium genannt. (Becker-Scharwatz et al. 2015: 6)

Das dritte Stadium ist das „schwere Stadium“, schwer für die Betroffenen und die Angehörigen. Es wird auch das Hilfloskeitsstadium genannt und ist gekennzeichnet durch eine schwere körperliche Beeinträchtigung der Betroffenen. Ist dieses Stadium erreicht, sind auch motorische Fähigkeiten verloren gegangen wie z.B. Sitzen, Stehen und Gehen. Häufig entstehen in dieser Phase Symptome, die einem Parkinson Patienten ähneln. So kommt es durch die Bewegungseinschränkung zu Bettlägerigkeit, die eine Pflegebedürftigkeit mit sich bringt. (Becker-Scharwatz et al. 2015: 6) Zusätzlich äußern sich die Betroffenen meist nur noch in Einwortsätzen, verstummen oder beginnen zu schreien. In diesem Stadium sind sowohl die emotionale Bindung als auch der Körperkontakt als Kommunikationsmittel von äußerster Wichtigkeit. (Kastner et al. 2014: 28)

3.5 Möglichkeiten der Prävention

Die Entstehungsbedingungen dementieller Erkrankungen sind bis heute nicht eindeutig geklärt, weshalb es auch keine eindeutige Aussage bezüglich Prävention und Prophylaxe gibt. Die Datenlage ist noch nicht einheitlich. Aufgrund der demografischen Entwicklung

kommt dem Thema der Prävention eine große Bedeutung zu. Die Prävalenz der 30- bis 59-Jährigen beträgt etwa 0,1%, der 55- bis 64- Jährigen 0,4%, im Alter von 65 bis 69 Jahren liegt diese bei 1,5% und steigt bei den 85- bis 89- Jährigen auf etwa 20% an. Die dadurch entstehenden Kosten verlangen nach präventiven Maßnahmen. Die Primärprävention konzentriert sich auf die Verhinderung der Erkrankung und die Sekundärprävention zielt auf die frühzeitige Diagnose und Behandlung der Beschwerden ab. (Laske et al. 2005: online)

Entsprechende Studien haben gezeigt, dass körperliche Bewegung, gesunde Ernährung sowie geistige Tätigkeit und soziale Partizipation im Alter helfen können, nicht an einer Demenz zu erkranken. Dies betrifft die Altersgruppe ab 40 Jahren, denn der neurobiologische Krankheitsprozess entsteht bereits 15 bis 30 Jahre vor dem Auftreten der ersten klinischen Symptome. (BMG 2014: 12) Lindsay und Mitarbeiter fanden heraus, dass regelmäßige körperliche Betätigung das Demenzrisiko (relatives Risiko 0,63, 95%-KI:0,4 bis 0,98) vermindern. Ein einhergehender positiver Effekt ist die Abnahme des Blutdrucks und das Vermeiden von Übergewicht. Die Förderung kognitiver Fähigkeiten wurde durch die SIMA-Studie (Selbstständig im Alter - Gedächtnistraining bei älteren Menschen) bestätigt. Hier wurden Männer und Frauen im Alter von 75 und 93 Jahren einer Therapiegruppe (Gedächtnis-, Psychomotorik- und Kompetenztraining), einer Kombination der Gruppen oder einer Kontrollgruppe zugeordnet. In der Gedächtnisgruppe und der Kombinationsgruppe verbesserte sich die Leistung der Untersuchten signifikant. Das Demenzrisiko war in der Kontrollgruppe im Vergleich zu den Therapiegruppen um das 2,5 fache erhöht. Fratiglioni und Mitarbeiter bestätigten den positiven Effekt eines sozialen Netzwerkes hinsichtlich einer Demenzerkrankung. Sind soziale Kontakte nicht verfügbar oder nur unzureichend vorhanden, erhöht sich das Demenzrisiko um 60%. (Laske et al. 2005: online)

Hauptgrund für vaskuläre Demenzen sind Einflüsse, die das Risiko von Gefäßerkrankungen vergrößern, wie Bluthochdruck, Herzerkrankungen und Diabetes mellitus. Genetische Risikofaktoren spielen eine untergeordnete Rolle, welche jedoch weniger beeinflussbar sind. (BMG 2014: 12–13) Skoog und Mitarbeiter fanden heraus, dass die Personen von 79 bis 85 Jahren 10 bis 15 Jahre vor der Demenzerkrankung erhöhte Blutdruckwerte hatten. Ein erhöhter Blutdruck wird im Verlauf des Lebens mit einem erhöhten Demenzrisiko verbunden. (Laske et al. 2005: online)

Entsprechend können körperliche Bewegung, geistige Fitness, ausgewogene, fettarme Ernährung, Verzicht auf das Rauchen und erhöhter Alkoholkonsum, soziale Aktivitäten, Medikamente gegen Bluthochdruck und die Behandlung der bereits bestehenden Erkrankungen zu den wichtigsten vorbeugenden Maßnahmen zählen. (Becker-Scharwatz et al. 2015: 8) Eine ausgewogene Ernährung und damit einhergehend die Vorbeugung von Übergewicht sind relevant, um eine dementielle Erkrankung vorzubeugen. Gustafson et al. fanden in einer prospektiven Untersuchung heraus, dass Übergewicht besonders bei Frauen

im höheren Alter ein Risikofaktor ist, um an einer Demenz zu erkranken. Regelmäßiges Kaffee trinken (de Mendonca et al.) und leichter bis mäßiger Weinkonsum verringern laut einer prospektiven Rotterdamer Studie das Risiko an einer Demenz zu erkranken verglichen mit abstinenten Personen. (Laske et al. 2005: online)

Zudem zeigen Le Carret und Mitarbeiter, dass eine höhere Bildung mit einer geringeren Erkrankung an Demenz korreliert. Allerdings ist nicht ganz eindeutig, ob Menschen mit einer höheren Bildung wirklich einem niedrigeren Demenzrisiko ausgesetzt sind oder nur mit ihren kognitiven Defiziten besser umgehen können. (Laske et al. 2005: online)

Eine weitere Studie bei Alzheimer-Mäusen zeigt, dass Fischöl das Fortschreiten der Demenz drastisch verringern kann. Gehirntraining und eine stimulierende Umgebung wirken sich auch günstig aus, sowie wenig Stress und Sorgen im Leben. (Kastner et al. 2014: 87–88)

Wiederkehrendes und intensives Lernen im mittleren und höheren Alter begünstigen das Wachstum der Gehirnzellen. Deshalb können lesen, Karten spielen, Kreuzworträtsel lösen, Musikinstrumente spielen oder Tanzen das Risiko an einer Demenz zu erkranken um 50% vermindern. (BMG 2010: 22)

4 Angehörige von Menschen mit Demenz

Erkrankt ein Mensch an einer Form der Demenz betrifft dies alle Familienangehörigen. Im Verlauf der dementiellen Erkrankung sind die pflegenden und betreuenden Angehörigen den unterschiedlichsten Emotionen ausgesetzt. Zusätzlich stehen sie vor der Herausforderung, viele praktische Aufgaben bewältigen zu müssen. Im Folgenden sollen Angehörige von Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt gestellt werden.

4.1 Was bedeutet Demenz für Angehörige?

Eine besondere Herausforderung stellt die Betreuung und Pflege dementiell erkrankter Menschen für die Angehörigen dar. Je länger die Pflege dauert, desto mehr nimmt die Belastung der Angehörigen zu, da die Erkrankung sich stets weiter entwickelt bzw. verschlimmert. (Kastner et al. 2014: 219)

Angehörige sind einer grundlegenden Widersprüchlichkeit ausgesetzt. Zum einen haben sie eine enge emotionale Bindung zu dem dementiell erkrankten Menschen und zum anderen merken sie jeden Tag wie der einst so vertraute und geliebte Mensch sich immer mehr verändert und sie Abschied nehmen müssen von der Person, die sie einmal war. (BMG 2014: 71–74)

Die soziale Beziehung zum Partner oder zum Elternteil verändert sich kurzerhand. Hinzu kommt, dass sich die objektive und subjektive Belastung der Angehörigen umso mehr erhöht, wenn die Betroffenen mit im gleichen Haushalt leben. Die Verhaltensauffälligkeiten und physischen Einschränkungen durch die Demenzerkrankung und die Dauer der Betreuung werden von den Partnern als extremere Belastung empfunden, als von den Kindern. (Ehlers 2010: 8)

Angehörige sind insofern sehr belastet, weil anstelle der früher empfundenen Gefühle der Zuneigung sich Aussichtslosigkeit, Wut und Niedergeschlagenheit breit machen können. Damit Angehörige aus dieser negativen Spirale wieder aussteigen können, ist Hilfe nötig, wie z.B. eine Auszeit nehmen oder ähnliches. Nicht nur der Betroffene, sondern auch die Angehörigen profitieren von einem entspannten Umgang miteinander. Je weiter die Demenz fortgeschritten ist, umso weniger können die Betroffenen allein gelassen werden. Angehörige müssen 24 Stunden für die dementiell erkrankten Menschen da sein, was für die Angehörigen oft bedeutet, dass sie jegliche Hobbys oder Interessen vernachlässigen oder sogar ganz aufgeben, was sie sehr belastend wahrnehmen. Häufig leiden auch die Beziehungen zu Freunden oder Verwandten sehr darunter und die Gefahr besteht, dass Gefühle der Scham oder Schuld darüber, die Betroffenen zu wenig zu unterstützen, die Angehörigen zunehmend vereinsamen lassen. (BMG 2014: 71–74)

Die Angehörigen haben das Gefühl zu versagen und zu wenig Zeit zu haben, sind rat- und hilflos. Ihre Überforderung kann zu gesundheitlichen Problemen wie Schlafstörungen, Magenschmerzen und Erschöpfung führen. (Hirsch 2012: 69–70)

Die betreuenden Personen beklagen sich häufig über die Persönlichkeitsveränderungen der Betroffenen, über die beachtliche Vergesslichkeit und reagieren aufgrund nicht-Verstehens mit Beschuldigungen und Unterstellungen oder aggressiv. Das Verlorengehen der Einschätzung von gefährlichen Situationen und auch der Orientierungsfähigkeit sowie die ständige Unruhe bis hin zum Verlust der Tagesstruktur können sowohl Angehörige als auch Betroffene aggressiv machen. (Hirsch 2012: 69–70)

D.h., die enorm hohe subjektive und objektive Belastung der Betreuenden wirkt sich auf die physische und psychische Gesundheit aus. Das Risiko ist sehr hoch, dass die Angehörigen selbst z.B. eine Depression bekommen, vor allem wenn sie die Pflege allein meistern müssen und das Verhalten des Betroffenen äußerst aggressiv ist. (Ehlers 2010: 9)

Bekommt der Angehörige keine Unterstützung durch die Familie oder erhält er sogar Vorwürfe, fühlt er sich allein und im Stich gelassen. Aus diesem Grund sollten möglichst frühzeitig alle Verwandte und Freunde über die Demenzerkrankung informiert und im besten Fall mit eingebunden werden. Außenstehende betrachten die Lage oft anders als direkt Involvierte, weshalb es umso wichtiger ist, diese im Gespräch aufzuklären und um Hilfe zu bitten. Dadurch dass Demenzerkrankte immer hilfsbedürftiger werden, ändern sich die Beziehungen in der Familie. Von früheren Rollenverhältnissen muss man Abschied nehmen und die Aufgaben und Verantwortlichkeiten werden neu vergeben. Diese Veränderung der Rollenverteilung kann folgenschwere Probleme hervorrufen. So trägt plötzlich das Kind die Verantwortung für seine Eltern und nicht mehr umgekehrt, oder in traditionellen Ehen können Ehefrauen ein schlechtes Gewissen bekommen, weil sie ihrem Mann sagen, was er machen soll oder Ehemänner stehen vor der Herausforderung den Haushalt allein zu führen. (BMG 2014: 71–74)

Wichtig ist, dass Angehörige von an Demenz erkrankten Menschen sich deutlich machen, dass sie diese dennoch respektvoll behandeln können. Immer noch pflegen mehr Frauen ihre dementen Angehörigen. 73% der Pflegenden von demenziell Erkrankten in Deutschland sind weiblich. (Ehlers 2010: 10) Frank Micheel äußert sich im Juni 2015 in der Südwest Presse, dass Männer sich in Zukunft mehr an der Pflege beteiligen müssen. So wird dem Anteil der pflegenden Männer in Deutschland bald mehr Beachtung zukommen. (Clasen 2015: Zeitung)

Damit ein würdevollerer Umgang gelingen kann, ist es besonders wichtig, wenn Angehörige sich emotionale Begleitung und psychologische Unterstützung holen. Angehörige werden gerne von professionell Pflegenden und Ärzten unterstützt und damit verringert sich auch

ihre Belastungssituation. Dabei müssen zwischen verschiedenen Angehörigen unterschieden werden. Töchter, die ihre Eltern pflegen sind eher dazu bereit fremde Hilfe anzunehmen als pflegende Ehepartner. Für diese nimmt die Belastung dadurch erheblich zu. Dies ist auch ein wesentlicher Grund, weshalb der positive Grundsatz „ambulant vor stationär“ aus fachlichem Blickwinkel sehr individuell begutachtet werden sollte. Denn gerade bei pflegenden Partnern kann es sein, dass diese meist auch selbst leicht kognitiv, körperlich oder psychisch eingeschränkt sein können. (Bartholomeyczik et al. 2010: 339–340) Je besser sie sich informieren und Hilfe annehmen können, desto entlasteter sind sie. (Bayer-Feldmann 2009: 1) Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, wollen nicht wie ein Kind behandelt werden und reagieren darauf wütend oder ziehen sich zurück. Sie brauchen einen würdevollen Umgang. Bestimmte Verhaltensweisen wie das Wiederholen bestimmter Fragen, die Unsicherheit bei logischen Begründungen können zu Wut oder Aggression auf beiden Seiten führen. Aufgrund mangelnder Konfliktbewältigungsstrategien kann es zur Eskalation kommen. Bei den Angehörigen wird die Geduld auf eine harte Probe gestellt, so dass es auch vorkommen kann, dass der Betroffene angeschrien und beschimpft wird. Die Angehörigen plagen kurze Zeit später häufig Schuldgefühle und, um die Situation zu verbessern, bemühen sie sich noch mehr. Auf diese Weise entsteht ein verhängnisvoller Kreislauf. Die Angehörigen bemühen sich noch mehr, die Belastung erhöht sich rasant, so dass ihre Geduld noch schneller am Ende ist und sich der Angehörige danach noch intensiver bemüht, es wieder gut zu machen. Auch von Seiten der an Demenz Erkrankten kann es zu Aggressionen kommen. Von zentraler Bedeutung ist, dass die betreuende Person erkennt, dass ihre Aggressionen und Wutanfälle der an Demenz Erkrankten nicht an ihnen liegen, sondern an deren Überforderung. Damit die Situation nicht eskaliert, ist es ratsam, sich Entlastungsmöglichkeiten zu suchen. (BMG 2014: 71–74)

Es gibt immer noch sehr viele Angehörige, die weder Beratung noch fremde Hilfe in ihren eigenen Wänden annehmen wollen. Ist dies der Fall haben es die Betroffenen besonders schwer. Vor allem auf dem Land lastet auf den pflegenden Familienmitgliedern ein großer Druck, weil sie noch immer von den Nachbarn kritisch beäugt werden. Ein pflegebedürftiger Mensch soll nicht ins Heim abgeschoben werden. Entscheiden sich Angehörige dafür, ist dies oft mit Schuldgefühlen verbunden und dem Gefühl versagt zu haben. (Hirsch 2012: 69–70)

Die Menschen mit Demenz sind meist älter, aber auch deren pflegende Angehörige und das betrifft nicht nur die pflegenden Ehepartner, sondern auch die Kinder haben schon ein gewisses Alter erreicht. D.h., die Betreuung ist sowohl aufgrund des Alters als auch wegen der langen Betreuung zuhause eine große Herausforderung. (Reitinger et al. 2015: 5)

Die Tatsache, dass Demenz nicht heilbar ist, ist eine nicht leicht hinzunehmende Realität sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen. Die Aufgabe der Angehörigen ist

es, wahrzunehmen, was der Betroffene noch leisten kann und ihn dann so zu akzeptieren. Damit entsteht eine entspannte Umgebung, die dem Betroffenen Sicherheit gibt und sich somit sein Wohlbefinden erhöhen kann. Doch es geht nicht nur um das Wohlbefinden der Betroffenen, sondern auch um das der Angehörigen, damit er die schwere Pflege, ohne selbst zu erkranken, meistert. (BMG 2014: 38)

Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, leben vor allem in der Vergangenheit. Alte Gewohnheiten, Rituale, bestimmte Regelmäßigkeiten und ein strukturierter Tagesablauf sind deshalb von wesentlicher Bedeutung. Die Fähigkeiten, die der Betroffene noch hat, sollten so lange wie möglich gefordert werden und gleichzeitig sollte Überforderung stets vermieden werden. (Becker-Scharwatz et al. 2015: 22)

Seit dem 1. Januar 2015 gibt es mehr Leistungen für Demenzkranke. Sie können nun erstmals Zugang zu allen ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung bekommen, da die erheblichen Einschränkungen in der Alltagskompetenz (Pflegestufe 0) anerkannt wurden. Somit haben sie einen Anspruch auf:

- teilstationäre Tages- bzw. Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege
- Wohngruppenschlag zur Finanzierung einer Unterstützungskraft
- Anschubfinanzierung zur Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe (Lämmler 2015: online)

4.2 „Herausforderndes Verhalten“

Angehörige, die dementiell erkrankte Menschen betreuen, klagen oft über deren ‚herausforderndes Verhalten‘. Im Folgenden soll der Begriff dargestellt und näher erläutert werden.

Der Begriff ‚herausforderndes Verhalten‘ sollte nicht negativ verstanden werden; er beschreibt den Kontext der Ursache des Verhaltens von mindestens zwei Menschen. Der an einer Demenz erkrankte Mensch hat aufgrund von intrinsischen und extrinsischen Faktoren bestimmte Verhaltensweisen. Ob dieses Verhalten als herausfordernd bezeichnet wird, ist abhängig von der Interpretation der Person, die mit dem Demenzerkrankten in Kontakt steht. Umgangssprachlich wird herausforderndes Verhalten negativ bewertet. Dieses Verhalten wird beschrieben als provokativ, aggressiv, drohend, trotzig, andauerndes Rufen, stören, selbst- und fremdgefährdend, desorientiert, unruhig mit erhöhtem Bewegungsdrang etc. Meistens wird das Verhalten als herausfordernd bezeichnet, bei Angehörigen als auch bei professionellen Pflegern, wenn deren tägliche Routine durcheinandergebracht oder gestört wird. Dieses als unkooperativ verstandenes Benehmen bedeutet dann einen Mehraufwand in der Betreuung. (Brüggemann et al. 2009: 78–79)

Laut dem pflegewissenschaftlichen Standard versteht man unter dem Begriff passive und aktive Verhaltensweise des dementiell erkrankten Menschen durch die Herausforderungen für die Angehörigen bzw. Betreuenden entstehen. Hierbei sind Störungen gemeint, wie Agitation, Aggressivität, Wandern und vokale Störungen, aber auch Passivität und Apathie. Für die dementiell erkrankte Person bedeutet dieses Verhalten nicht unbedingt, dass es ihr schlecht geht, es kann auch zu einem Gefühl des Wohlbefindens gehören. (Brüggemann et al. 2009: 78–79)

Diese Verhaltensweisen können andererseits auch darauf hinweisen, dass die Betroffenen einen enormen Leidensdruck haben und damit den Ausdruck des Leidens sichtbar machen wollen. Die Mitmenschen reagieren eher mit Unverständnis oder Abwehr auf das Verhalten, woraufhin das Verhalten negativ verstärkt werden kann. Die Häufigkeit und Dauer oder die Intensität des Auftretens des Verhaltens der Menschen mit Demenz variiert sehr stark. Zudem kann das Verhalten unvorhersehbar auftauchen, was die Situation noch komplexer und schwieriger werden lässt. D.h., die Pflege sowohl zuhause als auch im Seniorenheim stellt eine große Herausforderung im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen dar. Ziel ist, die Würde und den menschengerechten Umgang stets zu wahren, was aufgrund des herausfordernden Verhaltens nicht immer leicht ist. Deshalb sind fachliche und kommunikative Kompetenzen gefordert, gerade wenn die Betroffenen ein anstrengendes Verhalten zeigen. (Schwarz 2009a: 9)

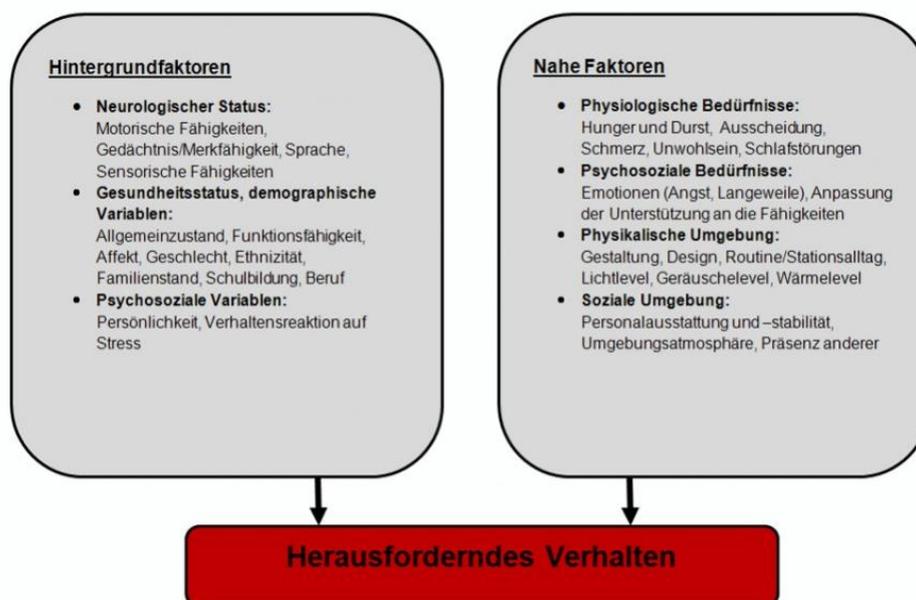
Unauffälliges Verhalten, ein Verhalten, welches die Betreuungsperson nicht als unangemessen und störend wahrnimmt, kann aber auch darauf hinweisen, dass ein Betroffener sogar mehr belastet ist als wenn er sich auffällig verhält. So kann sich hinter dem unauffälligen Verhalten beispielsweise eine Depression verbergen. Aus diesem Grund ist es für Angehörige besonders wichtig beide Verhaltensweisen zu beachten. Von zentraler Bedeutung ist es, den Zustand des Betroffenen genau und umfassend wahrzunehmen, sowohl seine verbalen Äußerungen, als auch seine Körpersprache zu beachten und versuchen zu entschlüsseln. (Schwarz 2009b: 12)

Wenn an einer Demenz erkrankte Menschen sich verbal und körperlich aggressiv verhalten oder vermehrt wütend werden, liegt dies nicht an den veränderten Strukturen des Gehirns, sondern an den veränderten Lebensbedingungen und die daraus entstehende Unbehaglichkeit oder sogar Angst. Die neue Situation kann den Betroffenen überfordern und ihn aggressiv werden lassen. Es kann auch dazu führen, dass die ganze Situation falsch verstanden wird und das eigentlich Gute der Angehörigen missverstanden wird. Wenn sich Betroffene, die sonst gutmütig waren, auffällig in ihrem Verhalten ändern, kann dies für Angehörige unverständlich sein. Dann ist es wichtig sich vor Augen zu führen, dass dieses Verhalten aufgrund der Demenz herbeigeführt wird und nicht durch die Betreuenden selbst. (Becker-Scharwatz et al. 2015: 24)

Ratsam ist es den Auslöser des Verhaltens ausfindig zu machen, um solche Situationen in Zukunft möglichst zu vermeiden. Ist dies nicht machbar, kann Ablenkung sehr hilfreich sein. (BMG 2014: 30–37)

Jedes Verhalten bei an dementiell erkrankten Menschen hat einen Grund und diesen Grund herauszufinden, ist sehr wichtig. Dazu kann das NDB-Modell, (need driven dementia compromised behaviour model), sehr hilfreich sein. Dieses so genannte bedürfnisorientierte Verhaltensmodell bei Demenz, abgekürzt NDB-Modell, wurde in den 1990er Jahren von einer Gruppe von nordamerikanischen Pflegewissenschaftlern entwickelt. Es beinhaltet die Ergebnisse pflegebezogener Demenzforschung und dient als Hilfsmittel für die Diagnostik. Das Modell ist weder als abgeschlossen noch als vollständig anzusehen. Es dient aber dem besseren Verständnis des herausfordernden Verhaltens. (Schwarz 2009a: 15–16)

Abbildung 6: Das NDB-Modell (need driven dementia compromised behaviour model). Quelle: Kolanowski, 1999



Anhand des NDB-Modells kann man das Verhalten mit zwei Arten von Variablen oder Faktoren definieren. Im Wesentlichen wird zwischen den Hintergrundfaktoren und den Nahen Faktoren unterschieden. Die Hintergrundfaktoren können durch Interventionen meist nicht verändert werden. Dazu zählen Gesundheitsstatus, physische und kognitive Fähigkeiten und Persönlichkeitseigenschaften oder bestimmte Reaktionen auf Belastungen, die durch die Erkrankung entstanden sind. Die proximalen, die nahen Faktoren hingegen, können das herausfordernde Verhalten auslösen und sind daher auch zu beeinflussen. Darunter versteht man die physiologischen Anliegen, wie z.B. Schmerz, Hunger, Durst, Schlafstörungen, psychosoziale Bedürfnisse, Umgebungsreize wie Licht und Geräusche, aber auch die soziale Umgebung, wie die Atmosphäre oder die Beständigkeit des Personals, oder der betreuenden Personen. Sehr häufig versuchen die Betroffenen durch herausforderndes Verhalten auf sich aufmerksam zu machen, jedoch auf einer anderen

Ebene. Für die Betroffenen macht ihr Verhalten Sinn. Gewisse Denk- und Verhaltensweisen wie z.B. Leben in der Vergangenheit, anklammerndes Verhalten, Apathie und Rückzug können helfen, starke Gefühle wie Angst, Trauer und Verzweiflung zu bewältigen. Meistens entsteht das herausfordernde Verhalten innerhalb eines bestimmten Kontextes und nicht aufgrund einer Überlegung oder nur aus der Eigendynamik des Betroffenen heraus. Wichtig ist, neben den psychosozial bedingten Verhaltensweisen, auch an psychiatrische Symptome zu denken. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das NDB-Modell eine gute Basis für eine verstehende Diagnostik darstellt. (Schwarz 2009a: 15–16)

4.3 Demenz als Herausforderung

Eine dementielle Erkrankung kann sowohl für den Betroffenen als auch für die Angehörigen oder das Pflegepersonal im Seniorenheim eine enorme Herausforderung darstellen. Die Persönlichkeit älterer Menschen ist geprägt von der eigenen Biografie, den Ereignissen und Erfahrungen. So kann es sein, dass dementiell erkrankte Menschen noch von traumatischen Erlebnissen beeinflusst werden. Von relevantem Einfluss sind sowohl die schulische als auch die berufliche Bildung, der Lebensstil sowie die Art und Weise wie mit Belastungssituationen umgegangen werden kann. Diese beeinflussenden Faktoren können mehr oder weniger eine Herausforderung für die Mitmenschen darstellen. (Hirsch 2012: 17–18)

Einige Studien zeigen, dass es einen großen Unterschied innerhalb der Gruppe der Gleichaltrigen gibt. Die einen sind noch sehr fit, gesund und selbstständig, während andere im gleichen Alter intensiv gepflegt und betreut werden müssen. Dennoch sollte das Alter nicht nur als Defizitmodell, negativ betrachtet werden, sondern auch positiv. Alt zu werden, ist keine Krankheit. Jedoch nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, mit höherem Alter krank zu werden. Bei den 80- bis 85-Jährigen sind 81,8% noch fähig den Alltag ohne fremde Hilfe zu meistern. Bei den 85- bis 90-Jährigen sind es 63% und bei den über 90-Jährigen sind es sogar noch 40%. 12% der 80- bis 85-Jährigen werden zuhause gepflegt und betreut, 22% der 85- bis 90-Jährigen und bei den über 90-Jährigen sind es 28%. In Heimen und Einrichtungen leben und wohnen hingegen nur 6,5% der 80- bis 85-Jährigen, 15% der 85- bis 90-Jährigen und bei den über 90-Jährigen sind es 29%. Da mit zunehmendem Alter auch die Anzahl an dementiell erkrankten Personen zunimmt, ist dies als besonders herausfordernd zu betrachten. Bei den über 90-Jährigen geht man von 34 bis 35% aus, die dement sind. Insgesamt sind die älteren Menschen heutzutage aber auch länger gesund. (Hirsch 2012: 17–18)

Durch den demografischen Wandel haben sich die Familienstrukturen verändert. So sind von den 60-jährigen Frauen, (1950 geboren) nur ca. 11% kinderlos. Bei den 50-Jährigen sind es bereits 21% und bei den 45-jährigen Frauen wird es vermutlich ein Drittel sein. Für die

Zukunft bedeutet der demografische Wandel, einerseits weniger Kinder, und andererseits eine große Anzahl an betagten Menschen und damit einhergehend einen Rückgang potentieller Pfleger, obwohl jetzt gerade mehr professionelle Hilfen benötigt würde und die Pflege ausgebaut werden sollte, um den älteren Menschen eine gute Pflege und Betreuung gewährleisten zu können. (Hirsch 2012: 17–18)

Hinzu kommt, dass Demenz in der Öffentlichkeit mit einer bestimmten negativen Konnotation behaftet ist. Häufig wird eine dementielle Erkrankung als Leid für den Betroffenen und als Last für seine Angehörigen gesehen. Dabei wäre es für die Angehörigen sehr viel entlastender und einfacher, wenn dem Thema mit mehr Akzeptanz und Offenheit entgegen geschaut würde. Manche Familien erleben eine dementielle Erkrankung oder die Erfahrung, die sie damit haben, als ‚soziales Schicksal‘, weil die Betroffenen und deren Angehörige Isolation und Ausgrenzung erfahren. Viele Angehörige und auch ein kleiner Teil der Betroffenen bedauern diesen Zustand sehr. Aus diesem Grund sollte das Thema Demenz nicht verschwiegen oder gar tabuisiert werden. Es sollte ein besseres Verständnis entstehen, damit die Gesellschaft vor diesem Thema nicht die Augen verschließt, sondern gemeinsam mit den Betroffenen und den Angehörigen Verantwortung übernehmen kann. Inzwischen wird Demenz nicht mehr ganz totgeschwiegen. Aktuell gibt es zunehmend Bücher als auch unterschiedlichste Filme, die ein breites Publikum über Demenz informieren. Dennoch müsste noch zielgerichteter, allgemeiner und offener darüber informiert und auch diskutiert werden. (Hirsch 2012: 7)

Eine weitere Herausforderung liegt darin, Präventionsmaßnahmen intensiver zu vermitteln, damit zumindest die Symptome etwas verzögert werden können und, um auch die Selbstständigkeit länger zu erhalten. Das Bundesgesundheitsministerium empfiehlt Risikofaktoren zu vermeiden und die Prävention sollte recht früh einsetzen. Gerade bei kardiovaskulären- und Stoffwechselerkrankungen wäre dies ratsam, da diese sehr gut durch den Lebensstil beeinflussbar sind. Ebenso ist es wichtig kognitive, körperliche und soziale Aktivitäten lebenslang zu fördern, denn Funktionen, die nicht genutzt werden, werden abgebaut. (Hirsch 2012: 22)

Im Jahre 1986 hat die WHO Gesundheit als ‚aktives Stadium‘ und damit einhergehend als eine selbstverantwortliche sowie selbstständige Lebensführung definiert. Ab einem bestimmten Demenzstadium ist dieser Lebensstil beschränkt und irgendwann gar nicht mehr möglich. Trotzdem ist jeder noch so kleine Schritt, der zur Selbstständigkeit anregt, ein großer Schritt, den Betroffenen zumindest noch etwas Lebensqualität zu ermöglichen. Dies ist auch für die Angehörigen eine große Herausforderung. Manchmal ist es für die Angehörigen sehr schwierig mit den Verhaltensänderungen des Betroffenen umzugehen, ihm Wertschätzung entgegen zu bringen und ihm mit Respekt und Würde zu begegnen. Die Methode der Validation kann hier sehr unterstützend und hilfreich sein, indem z.B. die

Wogen geglättet werden können, wenn die Betroffenen zu Aggressionen neigen und die Angehörigen mit der Situation überlastet sind und sich allein gelassen fühlen. (Hirsch 2012: 23)

5 Behandlungsansätze

In diesem Kapitel geht es um die Behandlungsmöglichkeiten von Menschen mit einer Demenzerkrankung. Noch immer gibt es keine Heilung der primären Demenzerkrankungen. Es gibt jedoch Therapieansätze zur Stabilisierung, zur Verlangsamung des Fortschreitens der Krankheit sowie zur Verminderung der Begleitsymptome und zur Entlastung Angehöriger und professionell Pflegender. Zuerst wird der medikamentöse Behandlungsansatz beschrieben, danach der nichtmedikamentöse Behandlungsansatz. Letzterer steht im Vordergrund der Arbeit, weshalb auf den personenzentrierten Ansatz sowie im Besonderen auf die Kommunikationsmethode Validation eingegangen wird, die ein Schwerpunkt dieser Masterthesis darstellt.

5.1 Medikamentöse Behandlungsansätze

Medikamente können bei der Behandlung von Demenzerkrankungen eine wesentliche Bedeutung zukommen. Die Medikamente können helfen, die geistige Leistungsfähigkeit und die Alltagsbewältigung zu verbessern, die Verhaltensauffälligkeiten zu minimieren sowie keine weiteren Schädigungen im Gehirn entstehen zu lassen. (Kurz et al. 2012: 1)

Für die Menschen, die an einer Alzheimer-Demenz erkrankt sind, liegen Antidementiva als medikamentöse Haupttherapie vor. Diese haben einen positiven Einfluss auf die nichtkognitiven Begleitsymptome und wirken Progredienz verzögernd. Dennoch muss gesagt werden, dass nicht alle Betroffenen positiv auf die Medikation reagieren. Bei manchen tritt keine Besserung auf, bei wieder anderen nur in abgeschwächter Form. (Kastner et al. 2014: 79)

So wird z.B. die potentiell protektive Wirkung des nicht steroidalen Antiphlogistikums (NSAID) Ibuprofen bei einer langfristigen Einnahme kontrovers diskutiert. (Brüggemann et al. 2009: 47–48)

„Ibuprofen war in einer Fall-Kontroll-Studie in Neurology (2008) mit einem signifikant verminderten Risiko auf die Entwicklung einer Alzheimer-Demenz assoziiert, wobei zum Nachweis der Wirksamkeit dieser Substanz noch ein erheblicher Forschungsbedarf besteht“ (Brüggemann et al. 2009: 47).

Laut Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft ist die medikamentöse Therapie hingegen bei der Alzheimer-Krankheit hinsichtlich ihrer Wirksamkeit gut untersucht. Bei der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Krankheit bewirken Acetylcholinesterase-Hemmer (Donepezil, Galantamin, Memantin, Rivastigmin) eine Verbesserung kognitiver Fähigkeiten. (Brüggemann et al. 2009: 47–48)

Für die mittelschwere und schwere Demenz ist der NM-DA-Rezeptorantagonist Memantin zugelassen. (Kastner et al. 2014: 79)

Langbein et al. hingegen schreiben diesen Medikamenten eine eher unbedeutende Wirkung zu. Auch gibt es keine Langzeituntersuchungen zu diesem Thema, die den Nutzen eindeutig nachweisen können. (Langbein et al. 2014: 794)

Vor allem aber kommt es bei dementiell erkrankten Menschen zu unerwünschten Nebenwirkungen, beispielsweise mit Psychopharmaka (z.B. Benzodiazepinhaltige Schlaf- und Beruhigungsmittel oder Neuroleptika), da sich die kognitiven Fähigkeiten weiter verschlechtern. Aus diesem Grund ist es nicht angebracht, die dementiell erkrankten Menschen aufgrund von eventuell störendem Verhalten ruhig zu stellen, um die Pflege zu entlasten. Viel wichtiger ist, das Anbieten einer aktivierenden Pflege, um die noch vorhandenen Fähigkeiten im Alltagsbereich zu fördern. Besonders bei der Gabe von Neuroleptika (z.B. Haloperidol, Olanzapin, Risperidon) muss bedacht werden, dass diese Beruhigungsmittel die Mortalität extrem erhöhen. Obwohl in den ersten Wochen nach der ersten Einnahme von Neuroleptika das Mortalitätsrisiko erhöht ist, werden diese Medikamente noch immer verschrieben. Gerade deshalb muss der Umgang mit dieser Medikation sehr einschränkend vorgenommen werden. Nur wenn der Nutzen größer als die Gefährdung für den Betroffenen ist, kann eine vorübergehende Anwendung akzeptabel sein. {Brüggemann 2009 #17.49}

Lediglich 10 bis 20% der dementiell erkrankten Menschen bekommen Antidementiva verschrieben. Medikamente, die beruhigend wirken oder zum Schlafen dienen, werden weit häufiger verordnet. Insgesamt jedoch wurden dementiell erkrankten Menschen in den letzten Jahren deutlich weniger Psychopharmaka verschrieben. (Kastner et al. 2014: 79)

5.2 Nichtmedikamentöse Behandlungsansätze

Im Gegensatz zur medikamentösen Therapie ist die nichtmedikamentöse Therapie vielfältig und nicht so überschaubar. Es gibt jedoch eine enorm große Anzahl an wissenschaftlich überprüften und evaluierten Therapiemöglichkeiten. Ein Kritikpunkt an den wissenschaftlichen Untersuchungen ist, dass es schwer ist homogene Gruppen von dementiell erkrankten Menschen zu finden. Dadurch sind die Beurteilung und die Zuordnung ungeheuer erschwert. (Kastner et al. 2014: 71)

Mithilfe von nichtmedikamentösen Behandlungsansätzen, die im Folgenden kurz beschrieben werden sollen, können die Betroffenen sowohl einen entscheidenden leistungs- oder stimmungsmäßigen Fortschritt erreichen, als auch das Gegenteil, besonders dann, wenn die Betroffenen überfordert werden. Aus diesem Grund sollten die begrenzten Bewältigungsmöglichkeiten der Menschen mit Demenz besonders beachtet werden. (Gutzmann 2000: 1) Für Menschen mit Demenz sind Stabilität und Verlässlichkeit ihrer Umwelt von großer Bedeutung.

Die Psychotherapie bei Menschen mit Demenz beachtet deren individuelle Bedürfnisse, d.h. ob z.B. kürzere Therapiezeiten und Intervalle von Nöten sind. Im Mittelpunkt stehen ein wertschätzender Kontakt und die Förderung der Ressourcen. Bis zum mittleren Stadium ist eine Psychotherapie von großem Nutzen. (Kastner et al. 2014: 71)

Die Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET) von Romero und Eder entwickelt, dient dem Erhalt des eigenen Selbst anhand ‚Erinnerungsmappen‘. Verhaltensänderungen und psychisches Leid werden dadurch verringert. Auch die Angehörigen zu entlasten, gehört zu diesem Ansatz. (Kastner et al. 2014: 72)

Die Bindungsarbeit von Stuhlmann betont die Relevanz von Bindungsaspekten bei der Behandlung dementiell erkrankter Menschen, da Bindungsstörungen in hohem Alter wieder aufbrechen können. (Kastner et al. 2014: 73)

Die Erinnerungs- oder Biografiearbeit hat das Ziel die Betroffenen bezüglich ihrer erlebten Erfahrungen emotional zu entlasten. Dies ist keine Therapie, sondern eine Möglichkeit der Kommunikation, wobei dabei die Identität gestärkt, sowie der Geist aktiviert werden kann. (Kastner et al. 2014: 73)

Die Milieuthherapie oder auch Soziotherapie genannt, geht davon aus, dass die Anpassung der materialen und sozialen Umwelt wichtig ist, da sich die Wahrnehmung, Empfindung und Kompetenz der Menschen mit Demenz verändern. Das Ziel ist sowohl Symptomlinderung als auch der Erhalt der Alltagsfähigkeiten der Betroffenen. (Kastner et al. 2014: 75)

Zu den kreativtherapeutischen Verfahren zählen die Musiktherapie und die Kunsttherapie. Es sind Therapien für die Seele, die den Stress abbauen und die Konzentrationsfähigkeit verbessern können. (Kastner et al. 2014: 76)

Weitere wichtige Therapiemöglichkeiten für Menschen mit Demenz, auf die in dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden soll, sind die Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie und körperorientierte Verfahren wie z.B. Kinästhetik, Entspannungsverfahren, sowie Sport und Bewegung. (Kastner et al. 2014: 77–78)

Im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen die Ansätze von Naomi Feil im Besonderen, Nicole Richard und Tom Kitwood. Die Begründerin der Validation Naomi Feil geht davon aus, dass das Verhalten desorientierter älterer Menschen immer einen bestimmten Grund hat. Die Angehörigen haben nun die Aufgabe in empathischer Weise zu erkennen, weshalb sich der Betroffene so verhält. Nicole Richard hat diese Methode überarbeitet und nennt ihren Ansatz „Integrative Validation“. Sie geht von hirnrorganischen Abbauprozessen aus und den damit einhergehenden Verlusten und Einbußen. Es werden die Ressourcen und die Erfahrungswelt der Betroffenen berücksichtigt. (Kastner et al. 2014: 72–73)

6 Validation, eine Kommunikationsmethode

In diesem Kapitel wird nach einem Historischen Rückblick die Umgangs- und Kommunikationsmethode ‚Validation‘ nach Naomi Feil beschrieben. Zuerst erfolgt die Begriffsbestimmung, was bedeutet Validation? Anschließend werden die Grundprinzipien der Validation, die Grundbedürfnisse des Menschen nach Maslow und die vier Phasen im Stadium der Aufarbeitung dargestellt. Des Weiteren wird auf die Techniken der Validation für Angehörige und Pflegekräfte eingegangen und abschließend findet eine Diskussion der Methoden statt.

6.1 Historischer Rückblick (Feil, Kitwood, Richard)

In den 70er und 80er Jahren wurde der ursprüngliche Ansatz der Methode der Validation von Naomi Feil, einer amerikanischen Sozialarbeiterin entwickelt. Erst Ende der 1980er Jahre wurde diese Methode in Europa bekannt. Der Kern des validierenden Umgangs beinhaltet Einfühlungsvermögen, Umgangsfertigkeiten, das Wissen über die Demenzstadien sowie eine passende Herangehensweise. (Schwarz 2009a: 46)

Feils ursprüngliche Zielgruppe waren keine Menschen mit Demenz, sondern altersverwirrte Personen oder Personen, die ein ‚schwaches Ego‘ aufzeigten. Erst einige Jahre später hat Feil Validation, auch in Anbetracht der fortgeschrittenen Demenzforschung, und der damit verbundenen Herangehensweise an Menschen mit Demenz angepasst. Zu Beginn der 1970er Jahre wurde Feils Meinung, dass die Verwirrtheit im Alter einen psychologischen Hintergrund hat, auch von anderen Personen geteilt. Gerade für die älteren Menschen sind die körperlichen Gebrechen und psychosozialen Rückschläge und die damit einhergehenden emotionalen Gefühle, mit denen sie sich auseinandersetzen müssen, eine große Herausforderung. Zu dieser Zeit sprach auch schon der holländische Geriater Sipsma von der Alzheimerverwirrtheit. Durch diese psychologische Haltung wurde das Adaptation-Coping-Modell in den 90er Jahren entwickelt. Dieses Modell besagt, *„dass das Verhalten von Menschen mit Demenz nicht nur durch die Krankheit selbst verursacht wird, sondern auch durch die Verarbeitung der Folgen der Krankheit“* (Schwarz 2009a: 46).

D.h., das Verhalten der dementiell erkrankten Person ist das Ergebnis seiner Verarbeitung und insofern als so genannte Copingstrategie anzusehen. Auch haben Menschen, die kreativ auf Lebenskrisen reagieren können, bessere Copingstrategien bei einer dementiellen Erkrankung. Weiterhin gibt der amerikanische Psychiater Verwoerd zu bedenken, dass das Verhalten von Menschen mit Demenz immer sowohl vom Charakter des Menschen als auch von seiner Biografie bestimmt ist, da beide im Zusammenhang zueinander stehen. Zudem sind die Intelligenz und die Ausbildung der Person relevant. (Schwarz 2009a: 46)

Der person-zentrierte Ansatz nach Tom Kitwood basiert auf der Theorie und Praxis der Klientenzentrierten Psychotherapie des amerikanischen Psychologen Carl Rogers. In den 1960er Jahren hat Naomi Feil, die Begründerin der Methode der Validation, den Ansatz nach Rogers bei der Arbeit und Kommunikation mit Menschen mit einer dementiellen Erkrankung aufgenommen. Tom Kitwood hat in den 1980er Jahren mit der Bradford Dementia Group (früher Dementia Research Group) in England den personenzentrierten Ansatz herausgearbeitet. Betitelt wurde der Ansatz in Anlehnung an Rogers ‚personzentrierte Pflege‘ (person-centred care). Vor allem in Deutschland gewann der person-zentrierte Ansatz durch das Dementia Care Mapping (DCM) verstärkt an Bedeutung und wurde auch in der Pflegeausbildung wegen seiner eindeutigen Darstellung gelehrt. (Welling 2004: 1)

Der Ansatz des britischen Psychologen Tom Kitwood *„stellt die Einzigartigkeit der Person in den Mittelpunkt“* (Brüggemann et al. 2009: 110). Kitwoods zentralstes Ziel bei der Arbeit mit dementen Menschen ist es, das Personsein sowohl zu erhalten, als auch zu stärken. Basis ist eine wertschätzende Grundhaltung gegenüber Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind. Laut Kitwood kann der person-zentrierte Ansatz eine Demenzerkrankung positiv beeinflussen. Mithilfe der unterschiedlichsten Maßnahmen, wie beispielsweise Validation, Snoezelen, Basale Stimulation, Umgang mit Tieren und Humor soll ‚die Person‘ im dementiell erkrankten Menschen angeregt werden. (Brüggemann et al. 2009: 111)

Das Ziel des personenzentrierten Ansatzes ist es, durch die Art der Umgebung und durch therapeutische Maßnahmen den dementiell erkrankten Menschen Person sein zu lassen und ihn auch so wahrzunehmen. (Brüggemann et al. 2009: 111)

Das primäre Ziel einer ausgezeichneten Demenzpflege beinhaltet den Erhalt des Personseins. Die Basis ist die Befriedigung der Bedürfnisse des an Demenz erkrankten Menschen. Es sind die Bedürfnisse nach Liebe, Halt, Nähe, Geborgenheit, Trost, Sicherheit, soziale Verbundenheit, Beschäftigung und Identität. Die Ausprägung der Anliegen ist ganz unterschiedlich. Die Person kann Befriedigung erhalten, wenn sie als Person wahrgenommen und akzeptiert wird, verbunden mit angenehmen Gefühlen. Bei der Betreuung von Menschen mit einer Demenz kommt es zu aller erst auf die Beziehungs- und Interaktionsfähigkeit der pflegenden Person an und daran kann die Qualität der Pflege und Betreuung gemessen werden. Als wirklich wirksam hat sich nach Kitwood die positive Interaktion herausgestellt. (Brüggemann et al. 2009: 111)

Diese beschriebene positive Interaktion verlangt eine entsprechende Einstellung und Haltung. Sehr wichtig bei der personenzentrierten Pflege bei dementiell erkrankten Menschen sind innere Ruhe, Empathie, Kongruenz, Akzeptanz, Flexibilität, Stabilität, Offenheit in der Kontaktaufnahme und Belastbarkeit. Das gelingt jedoch nur, wenn sich die Angehörigen oder professionell Pflegenden selbst wohl fühlen, sie offen und beweglich sind.

Nach Kitwood besteht z.B. die Fähigkeit zur Empathie nicht darin, das zu fühlen, was die andere Person fühlt, sondern ein Geschick für die Demenzerkrankung des Menschen und sein gefühltes Erleben zu bekommen. Hat die betreuende Person eigene ‚demenzartige‘ Erlebnisse wie z.B. Machtlosigkeit erlebt, so gelingt es ihr viel leichter, sich in die Gefühle des Betroffenen hineinzusetzen. (Brüggemann et al. 2009: 112)

Mit dem Begriff des Personseins soll eine positive Ausdrucksweise für dementiell erkrankte Menschen geschaffen werden. Die Menschen werden nicht abgewertet mit den Begriffen ‚Demente‘ oder ‚Alzheimer-Opfer‘, sondern sie werden voll und ganz als Mensch anerkannt. Es geht nicht mehr um die ‚Person-mit-DEMENZ‘ sondern um die ‚PERSON-mit-Demenz‘. (Müller-Hergl et al. 2013: 29–30)

Jede Person hat einen besonderen Wert und sollte mit Respekt behandelt werden. Ein bestimmter Status wird jedem Menschen verliehen in Anbetracht seiner Beziehung und seinem sozialen Sein. Dadurch erhält der einzelne Mensch Respekt, Vertrauen und Anerkennung. (Müller-Hergl et al. 2013: 30–31)

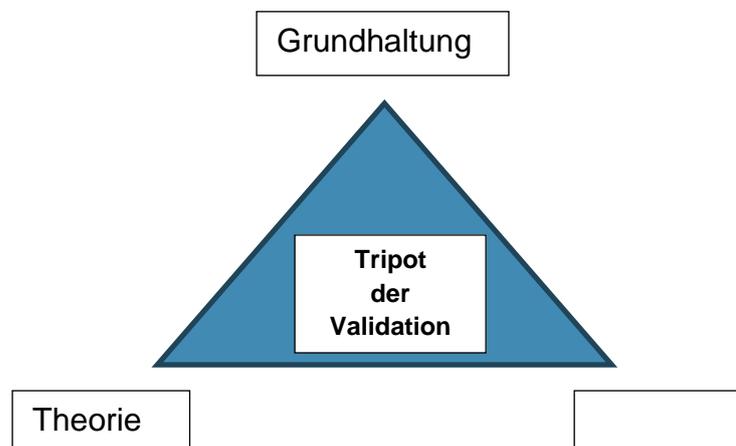
Die Integrative Validation hat Nicole Richard in den 90er Jahren entwickelt, eine Weiterentwicklung von Feils Validation und ist seitdem sehr beliebt in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Das zentrale Ziel der Integrativen Validation ist es, die Betroffenen vor Überforderung und Beschämung zu schützen und Vermeidungsstrategien anzuwenden. Richard ist der Ansicht, dass sich die Menschen mit Demenz nicht wegen unbewältigten Konflikten aus ihrem früheren Leben zurückziehen wie es Naomi Feil formuliert, sondern aufgrund der Tatsache, dass ihr Kurzzeitgedächtnis beeinträchtigt ist und damit die Orientierung im Hier und Jetzt verblasst. (Kastner et al. 2014: 163)

Im Mittelpunkt der Integrativen Validation steht die Vermittlung von praktischen Fertigkeiten. Sie geht von vier Punkten aus: Der personenzentrierten und wertschätzenden Grundhaltung, der Wahrnehmungskompetenz der Betreuenden, den validierenden Umgangsfertigkeiten und der Verknüpfung von verschiedenen Punkten wie Körpersprache, Biografiearbeit, Basale Stimulation, Hospizarbeit und Milieuthérapie. Der Umgang mit dementiell erkrankten Menschen ist durch die Bestätigung der Gefühle (Kummer, Ärger, Misstrauen), die verständnisvolle Bestätigung von Antrieben (Humor, Ordnungssinn, Pflichtbewusstsein) und durch das Mitgehen in die Gefühlswelt der Betroffenen charakterisiert. Pflegekräfte betonen, dass die Integrative Validation von großer Nützlichkeit ist, vor allem wenn die zu betreuende Person in ihren Gefühlen verwickelt ist, sich durch ihr Verhalten isoliert oder selbst- oder fremdgefährdend wird. (Schwarz 2009a: 47)

6.2 Begriffsbestimmung, der Validation nach Feil

Der Begriff Validation kann aus dem lateinischen und dem englischen abgeleitet werden. Das lateinische Wort ‚validus‘ bedeutet kräftig, stark, gesund, wirksam und das englische Wort ‚Validation‘ bedeutet die Bestätigung. Daraus wird etwas „Für-Gültig-Erklären“ abgeleitet. Mithilfe der speziellen Kommunikationsmethode der Validation können betreuende Angehörige und Pflegekräfte einen Zugang zur Erlebniswelt der dementiell erkrankten Menschen erhalten. Diese Gesprächstechnik ist verbal und nonverbal anwendbar und lässt den Betroffenen in seiner Erfahrungs- und Erlebenswelt. Es wird auf sein subjektives Empfinden geachtet. Diese Kommunikationsform findet vor allem auf der Beziehungsebene statt und nicht auf der Inhaltsebene, da die Kommunikation auf dieser Ebene häufig nicht mehr möglich ist. (Brüggemann et al. 2009: 118)

Abbildung 7: Tripot der Validation. Quelle: Eigene Darstellung



Basis der Validation ist eine empathische Grundhaltung. Diese Grundhaltung ist der wichtigste Aspekt der Kommunikation mit an Demenz erkrankten Menschen. Die Voraussetzungen dieser Umgangsform bestehen aus Empathie, Akzeptanz, Bestätigung, Wertschätzung und der ganzheitlichen Sicht des Individuums. Naomi Feil geht davon aus, dass jedes Verhalten einer desorientierten oder dementen Person eine bestimmte Bedeutung hat. Aus diesem Grund müssen sowohl Angehörige als auch Pflegekräfte versuchen zu verstehen, was hinter dem jeweiligen Verhalten steht. Zentraler Bestandteil der Validation ist, die eigene Welt der Menschen mit Demenz wahrzunehmen, eine anerkennende Haltung sowie die Person in ihren Gefühlen zu bestätigen. (Schwarz 2009a: 45)

6.3 Was bedeutet Validation?

Nach Feil beruht die Validation auf der Theorie der Lebensstadien und –aufgaben des deutsch-amerikanischen Psychologen Erik Erikson. Dieser gliedert den Lebenszyklus des

Menschen in acht Phasen, bei denen die Person spezifische Entwicklungsaufgaben oder Krisen bewältigen muss. (Kastner et al. 2014: 162)

Zu diesen acht Lebensphasen hat Naomi Feil eine weitere Phase für das hohe Alter hinzugefügt, in der die Lebensaufgabe ist, die Vergangenheit aufzuarbeiten. Den meisten Menschen gelingt es nicht, alle Zeitphasen vollständig zu bewältigen. Aus diesem Grund kehren ungelöste Aufgaben wieder zurück, sobald die Menschen dement werden und in der Vergangenheit leben. Diese Gefühle oder Aufgaben können die hochbetagten Menschen nur aufarbeiten, indem sie von außen unterstützt werden. Die Methode der Validation ist dazu besonders gut geeignet, um ungelöste Aufgaben und die zusammenhängenden Gefühle zu lösen. Findet dies nicht statt, ziehen sich die Menschen ins ‚Stadium des Vegetierens‘ zurück. (Brüggemann et al. 2009: 118)

Gerade bei Menschen mit Demenz wurde ein validierender Umgang nicht nur als hilfreich sondern auch als unterstützend angesehen, da dadurch deren Sicht für gültig erklärt, bestätigt und als deren Wirklichkeit anerkannt wird. (Schwarz 2009b: 20)

„Wir gehen sozusagen in den Schuhen des Demenzkranken mit und versuchen die Welt zu erfassen, wie sie oder er sie in seinen lebendig gewordenen Erinnerungen und Vorstellungen sieht“ (Schwarz 2009b: 20).

Hierbei werden die Gefühle, Antriebe und Wahrnehmungen des dementiell erkrankten Menschen im Besonderen beachtet und diese werden in kurzen Sätzen mit einer wertschätzenden Haltung wiedergegeben. Wenn dies geschieht, kann sich der Betroffene verstanden und ernst genommen fühlen. Unter Antrieben versteht man die gefestigten Werte und Grundregeln einer Person, die sie für wichtig empfunden und somit ihr Handeln und Denken geformt hat. Dazu zählen Fleiß, Ordnungssinn, Fürsorge, Ehrlichkeit, Lebenslust, Frohsinn oder ähnliches. Diese Gefühle und Antriebe einer Person müssen aus den nonverbalen Äußerungen, dem Klang der Stimme und der Gestik interpretiert werden. Der Inhalt der verbalen Äußerung hingegen ist nicht als verlässliche Information zu verwenden. (Schwarz 2009b: 20)

Da man sich in die eigene Welt der dementiell erkrankten Person mithilfe der Methode der Validation begibt, wird verbal und nonverbal kommuniziert. Feils Techniken bestehen im explorierenden Fragen, der Wiederholung, der Berührung, dem Spiegeln von Gesagtem über Sprache und Körper und den herausbrechenden Gefühlen. Durch dieses verständnisvolle Auftreten wird dem Menschen mit Demenz vermittelt, dass er zur Ruhe kommen darf, wodurch sein Wohlbefinden gefördert wird. Feil ist der Meinung, dass den Ursachen des herausfordernden Verhaltens frühere Situationen und Ereignisse zugrunde liegen. Die Angehörigen und Pflegekräfte können so die Verhaltensweisen der Betroffenen mithilfe des

Wissens der Validation auf Themen seines vergangenen Lebens zurückführen und verstehen. (Schwarz 2009a: 47)

In Deutschland verbreiteter und anerkannter ist der Ansatz der Integrativen Validation nach Nicole Richard, welcher auf Feils Grundlagen basiert. (Schwarz 2009b: 20)

6.4 Die Grundprinzipien der Validation

Validiert ein Angehöriger oder eine Pflegekraft einen Menschen mit Demenz bedeutet dies, dass dessen Gefühle anerkannt werden und ihm damit vermittelt, dass seine Gefühle wahr sind. Werden die Gefühle des Betroffenen nicht akzeptiert, so kann ihn dies sehr verunsichern. Von zentraler Bedeutung ist hier das Einfühlungsvermögen, das wiederum eine vertrauensvolle Atmosphäre schafft, die es ermöglicht in die Erlebniswelt des hochbetagten Menschen zu gelangen. (Feil et al. 2013a: 15)

„Vertrauen schafft Sicherheit, Sicherheit schafft Stärke – Stärke stellt das Selbstwertgefühl wieder her, Selbstwertgefühl verringert Stress“ (Feil et al. 2013a: 15).

Diesen positiven Kreislauf gilt es zu stärken. Die Menschen, die von der Methode der Validation Gebrauch machen, hören aktiv dem desorientierten, dementen Menschen zu und geben ihnen Würde und Wertschätzung zurück. Dadurch fühlen sich die älteren Menschen wohler und respektiert. (Feil et al. 2013a: 15)

Naomi Feil entwickelte 11 Prinzipien, die als Grundlage für die Haltung beim Anwenden der Validation dienen. Diese Grundprinzipien beziehen sich auf desorientierte und hochbetagte Menschen und lauten wie folgt:

1. *„Mangelhaft orientierte und desorientierte alte Menschen sind wertvoll und einzigartig*
2. *Mangelhaft orientierte und desorientierte alte Menschen sollten akzeptiert werden, wie sie sind: Wir versuchen nicht, sie zu verändern.*
3. *Zuhören mit Empathie baut Vertrauen auf, reduziert Angst und gibt Würde zurück.*
4. *Schmerzhafte Gefühle, ausgedrückt, akzeptiert und validiert durch einen vertrauensvollen Zuhörer, werden schwächer. Schmerzhafte Gefühle, die ignoriert und unterdrückt werden, werden stärker.*
5. *Es gibt einen Grund hinter dem Verhalten von mangelhaft orientierten und/oder desorientierten alten Menschen.*
6. *Das Verhalten von mangelhaft orientierten oder desorientierten, sehr alten Menschen kann in einem oder mehreren der folgenden menschlichen Grundbedürfnisse begründet sein:*
 - *Aufarbeitung von unerledigten Aufgaben, um in Frieden sterben zu können*
 - *Bedürfnis nach Anerkennung, Status, Identität, Selbstwert*
 - *Bedürfnis, gebraucht zu werden und produktiv zu sein*

- *Bedürfnis, gehört zu werden und respektiert zu sein*
 - *Bedürfnis, Gefühle auszudrücken und damit gehört zu werden [...]*
7. *Früh erlerntes Verhalten kehrt zurück, wenn die verbalen Fähigkeiten und das Kurzzeitgedächtnis versagen.*
 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.*
 9. *Mangelhaft orientierte und desorientierte ältere Menschen leben auf verschiedenen Bewusstseisebenen, oftmals zur gleichen Zeit.*
 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.*
 11. *Ereignisse, Emotionen, Farben, Klänge, Gerüche, Geschmacksrichtungen und Bilder im Hier und Jetzt wecken Emotionen, die dann ähnliche Emotionen aus der Vergangenheit auslösen“ (Feil et al. 2013a: 16–21).*

6.5 Die Grundbedürfnisse des Menschen – Maslows Pyramide

Der Psychologe Abraham Maslow entwickelte eine Bedürfnispyramide bestehend aus fünf Grundbedürfnissen des Menschen. Seiner Ansicht nach würden Menschen die physiologischen Bedürfnisse wie beispielsweise Hunger und Durst zuerst erfüllen und dann erst ihre Sicherheitsbedürfnisse. Zu den letzten Punkten zählen die psychischen und sozialen Bedürfnisse. Die von Maslow entwickelte Pyramide der menschlichen Bedürfnisse ist nicht nur auf gesunde, orientierte Menschen anwendbar, sondern auch auf alte, desorientierte Menschen, wenn auch nicht zu 100%. Diese Bedürfnispyramide macht insofern Sinn, als sie uns hilft, auch ältere Menschen besser zu verstehen. Das 6. Prinzip (siehe Kapitel 6.4) nach Naomi Feil zieht die Bedürfnispyramide insofern in Betracht, als sie davon ausgeht, dass die meisten Handlungen desorientierter und dementer Menschen aus irgendeinem Bedürfnis heraus entstehen. Laut Maslow kann fast jede Verhaltensweise einem der 11 genannten Bedürfnisse zugeschrieben werden. (Feil et al. 2013a: 22)

Ein fundamentales Bedürfnis der Menschen ist es, Gefühle auszuleben.

Zu den fundamentalen menschlichen Gefühlen zählen:

„Liebe/ Lust/ Spaß/ Sex

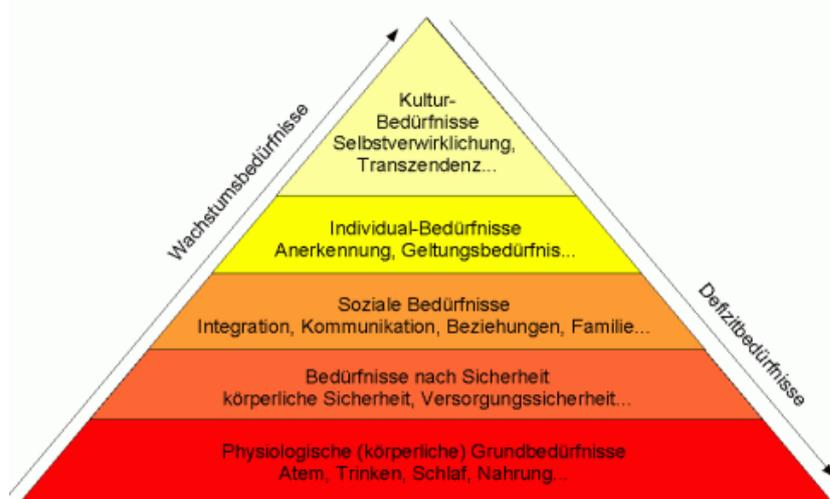
Ärger/ Wut/ Hass/ Unmut

Angst/ Schuld/ Scham/ Sorgen

Traurigkeit/ Elend/ Trauer“ (Feil et al. 2013a: 24)

Gerade bei desorientierten und sehr alten Menschen ist das Bedürfnis im Vordergrund, Gefühle sofort zu zeigen. Versteht der Angehörige oder die Pflegekraft das Bedürfnis des Betroffenen und kann sich sehr gut in ihn hineinversetzen, so kann die Person besser validiert werden. Kann die betreuende Person dieses wahrgenommene Anliegen interpretieren, fühlt sich der Menschen mit Demenz akzeptiert. Akzeptanz und Verstanden werden, sind die Grundlage für einen gelingenden Umgang miteinander. (Feil et al. 2013a: 24)

Abbildung 8: Bedürfnispyramide nach Abraham Harold Maslow. Quelle: Maslow, 2013 (abraham-maslow.de/beduerfnispyramide.shtml)



6.6 Die vier Phasen im Stadium der Aufarbeitung

Naomi Feil beschreibt die Phasen der Demenz als Phasen der Aufarbeitung und unterteilt sie in vier verschiedene Stadien: Mangelhafte Orientierung, Zeitverwirrtheit, sich wiederholende Bewegungen und Vegetieren. Jede Phase ist mit eigenen physischen und psychischen Eigenschaften verbunden. Jedoch sind die Übergänge der Phasen fließend und es kommt auch zu Kombinationen einzelner Phasen. So sind im Seniorenheim häufig Kombinationen zweier Stadien sichtbar. Zudem kann sich ein Mensch mit Demenz während eines Tages von einer Phase zur nächsten bewegen, das kann auch innerhalb weniger Minuten von statten gehen. Dies liegt z.B. daran, dass hochbetagte Menschen am Vormittag über mehr Energie verfügen und konzentrierter sind als am Nachmittag. (Schwarz 2009a: 46–47)

Die vier Stadien der Aufarbeitung werden wie folgt dargestellt:

Phase I: Mangelhafte Orientierung (orientiert aber unglücklich):

- Die Menschen mit Demenz halten am gesellschaftliche Rollenverhalten fest
- Sie leugnen ihre Gefühle und die Erinnerungslücken
- Sie sind beschämt, wenn man eine Gedächtnislücke bemerkt und sie darauf anspricht

- Sie haben Angst vor jeglichen Verlusten
- Sie benötigen vermehrt gewürdigt und akzeptiert zu werden
- Sie wünschen sich von einer autoritären Person validiert zu werden
- Das Einhalten der kinästhetischen Sphäre von ca. 50 cm ist sehr wichtig

Phase II: Zeitverwirrtheit:

- Körperliche und soziale Verluste nehmen zu, sie leugnen sie nicht mehr
- Keine Unterscheidung von zeitlichen Einheiten
- Verstärkter Rückzug aus der Realität hin in die Vergangenheit
- Bekleidungsregeln und soziale Konventionen werden irrelevant für sie
- Vorherrschende grundlegende Gefühle sind Hass, Liebe, Trauer und Angst, Streben nach Identität
- Validation kann helfen, dass die Betroffenen wieder in Phase I gelangen

Phase III: Sich wiederholende Bewegungen:

- Lang unterdrückte Gefühle werden ausgedrückt, um alte Konflikte zu lösen
- Die Sprache wird unverständlich
- Personen, die wie Verwandte oder Freunde aussehen oder klingen, werden zu diesen, egal welchem Geschlecht sie angehören
- Noch weiterer Rückzug in die Vergangenheit findet statt
- Durch Validation der Teilnahme der Gefühle wird der Stress verringert und das Gefühl sich noch mehr in die Vergangenheit zurückziehen zu müssen
- ausgelöschtes Denkvermögen
- erhöhter Bewegungsdrang mit gleichen Bewegungen

Phase IV: Vegetieren:

- die Betroffenen verschließen sich vollkommen von der Außenwelt
- Völlige Antriebs- und Bewegungslosigkeit, es reicht gerade zum Überleben
- Verwandte werden nicht mehr erkannt
- Der Mensch mit Demenz hat seine Augen meistens geschlossen, als Zeichen des völligen Rückzugs
- Auf Validation wird weiterhin sehr positiv reagiert, besonders Berührungen, Anerkennung und Fürsorge sind sehr hilfreich und unterstützend (Feil et al. 2013a: 67–79)

6.7 Techniken der Validation für Angehörige bzw. Pflegekräfte

Die Validationsanwender müssen bestimmte Techniken beherrschen, damit eine Kommunikation mit dementiell erkrankten, hochbetagten Menschen überhaupt stattfinden

kann. Wichtig ist, dass die Betreuer die eigenen Empfindungen und Gefühle bewusst wahrnehmen und reflektieren, da diese ihr Handeln beeinflussen. (Feil et al. 2013a: 86–87)

Die zentralste Technik ist das „Zentrieren“. Dabei findet man das eigene Zentrum mit einer bestimmten Atemtechnik. Dies ist unterstützend, da viele hochbetagte Menschen sehr verletzend sein können. Es ist wichtig sich vor den negativen Gefühlen zu schützen, um nicht selbst wertende Worte zu äußern. (Feil et al. 2013a: 87–99)

Mit den offenen w-Fragen, wer, was, wo, wann, wie, kann man die Fakten und Hintergründe herausfinden und die Tatsachen umschreiben lassen. Warum-Fragen sollte man möglichst vermeiden, da demente Menschen darauf keine Antwort geben können. Geschlossene Fragen, also Fragen die mit ja oder nein beantwortet werden können, machen erst bei zunehmender Desorientiertheit Sinn. (Feil et al. 2013a: 87–99)

Wiederholen der Aussage des Betroffenen, auch unter „aktives Zuhören“ bekannt, kann auch ein Ausdruck von Mitgefühl vermitteln, vor allem wenn der Klang und die Geschwindigkeit der Stimme und des Gesichtsausdruckes übernommen werden. (Feil et al. 2013a: 87–99)

Eine weitere Technik ist das Umformulieren. Hierbei werden Kernaussagen des Betroffenen in eigenen Worten des Validationsanwenders wiederholt. Darauf zu achten ist, wie das Gegenüber die Worte aufnimmt und ob diese für ihn stimmig sind oder nicht. Dabei ist es sehr hilfreich, sich an das bevorzugte Sinnesorgan zu wenden. Dieses kann, sichtbar an der Wortwahl, visuell (sehen, hell leuchten, groß, klein, winzig, mit Augenbewegungen, die sich nach oben richten), auditiv (laut, leise, schrill, klar, singen, sagen, die Augenbewegungen sind gerade, nach links oder nach rechts) oder kinästhetisch (anföhlen, beröhren, greifbar, schlagen, tasten, wehtun, die Augenbewegungen sind nach unten) sein. Dementiell erkrankte Menschen verwenden meistens das Sinnesorgan, das sie schon als Kind verwendet haben. Zusätzlic kann man nach Polaritäten, d.h. Fragen nach den extremsten Situationen oder einem besonders heftigen Gefühl, fragen. Manchmal hilft dabei auch sich das Gegenteil vorzustellen. Da es hochbetagten Menschen meist sehr gut tut, sich zu erinnern, ist dies eine weitere Technik. Betroffene können ihre Geföhle ausdröcken, in dem sie über ihre Vergangenheit erzählen. Dabei kann Vertrauen entstehen. Der Validationsanwender sollte dennoch nicht zu viele Fragen hintereinander stellen, da der Betroffene sonst überfordert ist und sich nicht mehr respektiert föhlt. Auch der direkte, lange Augenkontakt zu den hochbetagten Menschen ist eine wesentliche Technik. Betroffene in Phase I können diesen Kontakt oft nicht sehr lange aushalten, doch in späteren Stadien suchen sie sofort nach dem Blickkontakt des Gegenübers. Das Sprechen mit ruhiger, klarer, tiefer, liebevoller Stimme ist sehr wichtig. Sie sollte an die Person angepasst werden. Scharfe und schrille Töne können den Rückzug des Betroffenen bewirken. (Feil et al. 2013a: 87–99)

Auch Spiegeln ist eine weitere nützliche Technik der Validation. Man passt sich dem dementen Menschen an mit dem Gesichtsausdruck, der Körperhaltung, dem Atem, der Stimme und den Gefühlen. Betroffene können sich so verstanden fühlen. (Feil et al. 2013a: 87–99)

Ein weiterer wichtiger Punkt sind gezielte, verankerte Berührungen. Dabei müssen die Phasen, in der sich die Person befindet, bekannt und offensichtlich sein, da eine Berührung in Phase I eher Angst auslösen kann, wohingegen Menschen, die sich bereits in Phase III und Phase IV befinden, Berührungen mehr als alles andere brauchen, gerade auch um eine Beziehung aufbauen zu können. Menschen mit schlechtem Kurzzeitgedächtnis erinnern sich häufig noch an Lieder und Gedichte von früher, die sie meistens mit großer Freude mitsingen und –sprechen können. Damit sind sie auch in der Lage, ihre Gefühle zu äußern. Bei allen genannten Techniken spielt auch die Zeit eine Rolle. Merkt der Validationsanwender, dass der Betroffene unkonzentriert oder müde wirkt, ist es an der Zeit sich höflich und respektvoll zu verabschieden. Je nachdem in welcher Phase sich der Mensch mit Demenz befindet, muss die Gesprächszeit (3-15 Minuten) angepasst werden. (Feil et al. 2013a: 87–99)

6.8 Diskussion der Methoden nach Feil und Richard

Naomi Feil hat die Methode der Validation in der Mitte der 1970er Jahre entwickelt, während Nicole Richard in Anlehnung an Feil die Integrative Validation in der Mitte der 1990er Jahre herausgearbeitet hat. Feil und Richard haben nie gemeinsam gearbeitet und Richard hat auch keine Validationsausbildung. Feils Methode lässt sich speziell auf desorientierte, sehr alte Menschen mit einer Demenzerkrankung anwenden. Sie beschreibt den Verlauf der Demenzerkrankung in vier Phasen, unglücklich orientiert, Zeitverwirrtheit, sich wiederholende Bewegungen und Vegetieren. Richard hat sich hingegen auf kein bestimmtes Klientel spezialisiert, betrachtet jedoch auch vorwiegend Menschen mit einer Demenzerkrankung. Die Methode der Validation nach Feil stützt sich auf das Phasenmodell verbunden mit Lebensaufgaben von Erik Erikson, wobei sie noch eine letzte Phase hinzugefügt hat. Diese Phase nennt sie „Vegetieren“. Die Lebensaufgabe, die hochbetagte Menschen nicht bewältigen konnten, versuchen sie nun aufzuarbeiten, um in Frieden sterben zu können. Die Integrative Validation nach Richard bezieht sich nur zum Teil auf Feils Validationsmethode. Gerade in Bezug auf die Aufarbeitungsphase ist Richard anderer Meinung. Richard möchte lediglich den Pflegekräften eine erleichterte Kommunikation mit dementiell erkrankten Menschen ermöglichen. Zur Methode kann gesagt werden, dass Feil sowohl verbale als auch nonverbale Techniken anwendet, die auf die Aufarbeitungsphasen abgestimmt sind. Der Validierende hat zunächst die Aufgabe sich selbst zu zentrieren, dann den Betroffenen zu beobachten, damit er diesem den ganzen Respekt entgegen bringen kann. Zu den nonverbalen Techniken zählen spiegeln, gemeinsam singen oder tanzen sowie

Gefühle auszudrücken. Dem Verhalten eines jeden dementiell erkrankten Menschen liegt ein Bedürfnis zugrunde, wie beispielsweise das Bedürfnis nach Körperkontakt, weshalb bestimmte Techniken, wie z.B. Berührungen wichtig sind. Zu den verbalen Techniken gehören offene Fragen, umformulieren, den Sinn ansprechen und erinnern. Die Validation nach Feil kann Einzelnen erfolgen oder in Gruppen. Bei der Gruppenvalidation gibt es auch bestimmte Regeln und Abläufe. Bei der Integrativen Validation nach Richard hingegen werden die Gefühle erforscht, die hinter dem Verhalten des demenzkranken Menschen liegen könnten. Hierbei spielen Techniken wie das Wiederholen der Gefühle des Verhaltens, Spiegeln, den Betroffenen mit seinem Namen ansprechen und das Verwenden von Sprichwörtern, welche der Situation entsprechen, eine wichtige Rolle. Zudem werden weniger Fragen gestellt und vermehrt festgestellt. Die Grundhaltung der Anwender ist bei beiden Methoden nicht sehr unterschiedlich. Feil möchte, dass die Validationsanwender respektvoll und emphatisch mit den sehr alten Menschen umgehen und diese weder verurteilen noch bewerten. Richard formuliert die Anforderungen an den Anwender bei der integrativen Validation etwas simpler. Dieser sollte versuchen nicht zu urteilen und den Menschen mit Demenz so akzeptieren wie er ist. (EVA 2015: online)

Trotz vieler positiver Punkte, gibt es auch einige Kritikpunkte am Modell der Validation. Einer davon betrifft die Stadieneinteilung, ein anderer die Stadienbezeichnung. Eine dementielle Erkrankung hat keinen allgemein gültigen Ablauf, der eindeutig in vier Stadien unterteilt werden kann. Ebenso klingt die Stadienbezeichnung der Phase IV des „Vegetierens“ sehr bewertend und abwertend. Die Ambition Feils, dass Validation hilfreich bei der Bewältigung früherer ungelöster Probleme ist, kann ebenfalls kritisch hinterfragt werden. Ob eine unbewältigte Aufgabe im Alter aufgearbeitet werden muss, ist zu hinterfragen, vor allem auch in Anbetracht aktueller Erkenntnisse der Hirnforschung, die besagen, dass aufgrund der Veränderung des Gehirns bei dementiell erkrankten, sehr alten Menschen sowohl kognitive Ausfälle als auch Persönlichkeitsveränderungen entstehen. Andere Einflüsse wie z.B. die Umwelt bzw. die Umgebung und deren Konstellation werden wenig beachtet. Hinzu kommt die unpassende Wortwahl der Theorie des Validationsmodells, da diese weder mit der psychogeriatrischen Pflegeforschung noch der derzeitigen Nomenklatur psychischer Diagnostik übereinstimmt. (Brüggemann et al. 2009: 122–123)

Feil hat sowohl 1971 als auch 1976 30 zeitverwirrte hochbetagte Personen in Cleveland, Ohio, validiert und untersucht. Die Menschen waren aufmerksamer, lächelten öfters und beschäftigten sich mit den anderen. Alle bis auf einen Teilnehmer zeigten ein positives Verhalten und acht Teilnehmer zeigten weniger negative Verhaltensweisen. (Feil et al. 2013a: 150) Peoples prüfte 1982 die Auswirkungen von Validation und Realitätsorientierung bei 29 Heimbewohnern und inwiefern die Orientierung mithilfe von Validation wieder hergestellt werden kann. Das Resultat bestätigte, dass Validation das Verhalten der

Heimbewohner deutlich qualitativ verbessert. (Feil et al. 2013b: 140) Toseland et al. untersuchten 1997 88 Heimbewohner in vier unterschiedlichen Einrichtungen, welche entweder der Validationsgruppe, der normalen Pflegegruppe oder der sozialen Kontaktgruppe zugeteilt wurden. Das Verhalten der Validationsgruppe wurde positiv wahrgenommen, da diese weniger körperlich und verbal aggressiv waren. (Feil et al. 2013a: 155) Munch untersuchte im Jahr 2000 eine Gruppe mit 5 Personen und eine Gruppe mit 7 Personen desorientierter Heimbewohner. In allen Fällen wurde eine Verbesserung sichtbar, was die Unruhe und Gereiztheit betrifft. (Feil et al. 2013a: 156) 2004 haben Tertium Zfp & idea-I (sozialwissenschaftliche Institute) Teilnehmer eines Kurses für Anwender in einem Pflegeheim untersucht. Das Ergebnis zeigte, dass die Ausbildung das Verhalten der Pfleger sehr positiv beeinflusste, v.a. auch hinsichtlich schwieriger Situationen. Zudem verbesserte sich das Verhalten der Klienten. Weniger Konflikte entstanden und die Atmosphäre wurde entspannter. (Feil et al. 2013a: 157) Bei all den genannten Untersuchungen wurde deutlich, dass sowohl die Betreuer als auch die hochbetagten Menschen erheblich von der Methode der Validation profitieren. (Feil et al. 2013b: 143)

Nicole Richard war mit ihrem Konzept der Integrativen Validation wegweisend, da sie sich von Feils Ausgangspunkt löst, die Menschen mit Demenz müssen nun ihre unvollendeten Lebensaufgaben bewältigen. Für Richard stehen die zwischenmenschlichen Interaktionen im Vordergrund. Eine gefühlsorientierte Kommunikation und die damit einhergehende wertschätzende Umgangsweise zwischen Angehörigen bzw. Pflegekräften und Betroffenen bewirkt eine vertrauensvolle Beziehung untereinander. Aufgrund der Orientierung der Ressourcen bei dementiell erkrankten Menschen, können deren Fähigkeiten aktiviert werden. Dadurch wird das Gefühl der Sicherheit und des ‚Gebraucht-werdens‘ aktiviert, so dass sich das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz verbessert. (Brüggemann et al. 2009: 122–123)

Da dieses Modell der Validation sowohl von Feil als auch von Richard hohe Ansprüche an Angehörige und Pflegekräfte stellt, kann es insofern Druck und Angst auslösen, diesen Ansprüchen wie z.B. das Erkennen von verbalen und nonverbalen Zeichen und diese zu interpretieren, nicht gerecht zu werden.

Jedoch kann gesagt werden, dass sowohl Pflegekräfte als auch Angehörige von der Validation als Kommunikationsmethode erheblich profitieren, da sie mehr Sicherheit im alltäglichen Umgang mit dementiell erkrankten Menschen bekommen. Auch in schwierigen Situationen oder bei einer herausfordernden Verhaltensweise des Betroffenen lernen die Betreuenden besser mithilfe der Validation zurechtzukommen. (Brüggemann et al. 2009: 122–123)

Teil II: Empirischer Teil

7 Methodische Vorgehensweise

Die analysierten Daten werden ausschließlich für die Masterthesis, „Kommunikation im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen. Validation, ein neuer Ansatz für betreuende und pflegende Angehörige - eine explorative Studie“, erhoben. Gegenstand dieser Studie sind Angehörige von Menschen mit Demenz und die Frage, ob und inwiefern Validation als Kommunikationsmethode im Umgang unterstützend sein kann. Im Rahmen dieser empirischen Untersuchung wurde über einen Zeitraum von einem halben Jahr Datenmaterial in Form von Experteninterviews und Befragungen von Angehörigen erhoben und ausgewertet. In diesem Kapitel wird die methodische Vorgehensweise ausführlich beschrieben.

7.1 Forschungsfrage und Forschungsinteresse

Im Rahmen der Masterthesis ist es besonders wichtig ein Thema zu untersuchen, welches nicht nur theoretisch beschrieben wird, sondern auch praxisbezogen ist. Thema dieser Masterthesis sind Angehörige, die Menschen mit Demenz betreuen, mit den dazugehörigen Schwierigkeiten, Herausforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten.

Zentraler Bestandteil dieser Masterthesis ist folgende Fragestellung: „Inwiefern kann Validation für Angehörige, die an Demenz erkrankte Menschen betreuen, hilfreich und entlastend sein?“ Dabei wird das Ziel verfolgt, die Fragestellung qualitativ, zum einen durch drei Experteninterviews und zum anderen anhand eines Fragebogens für Angehörige von dementiell erkrankten Menschen, die einen Kurs zum wertschätzenden Umgang mit diesem Personenkreis besuchen, zu beantworten.

7.2 Forschungsdesign

Das Forschungsdesign beschreibt alle getroffenen Entscheidungen über die Vorgehensweise der empirischen Untersuchung im Methoden Teil. Sowohl die Erhebung des Datenmaterials, als auch die Verfahren der Auswertung der Experteninterviews und des Fragebogens erfolgen in der vorliegenden Arbeit mithilfe von qualitativen Methoden der Sozialforschung. Die Qualitative Methode wurde gewählt, da sie sich sehr gut eignet, wenn etwas Neues erforscht werden soll und um neue, erste Erkenntnisse zu erlangen. Bei dieser empirischen Studie handelt es sich um eine kleine Stichprobe, es wurden drei Experten befragt und auch beim Angehörigenkurs gibt es eine zu kleine Teilnehmeranzahl, weshalb die quantitative Methode, die sich nur bei sehr großen Stichproben eignet, nicht angewendet werden kann, wohl aber die Qualitative. (Kuckartz 2012: 13–15)

Der Methodenmix mit dem Experteninterview und der Fragebogenerhebung wurde gewählt, um ein möglichst breites Wissen zu erlangen und um zu schauen, ob sich das

Expertenwissen mit den Aussagen der Angehörigen als Alltagsexperten in ihrem Umgang mit Menschen mit Demenz deckt.

7.3 Kurs „Wertschätzender Umgang mit Menschen mit Demenz“

Der Kurs „Wertschätzender Umgang mit Menschen mit Demenz“ findet in Reutlingen-Eningen an fünf Terminen innerhalb von fünf Wochen für 2,5 Stunden statt. Dieser wird von einer Ergotherapeutin und zertifizierten Validationslehrerin geleitet. Im Mittelpunkt steht der wertschätzende Umgang mit desorientierten Menschen. Dies bedeutet, respektvoll und mit Empathie dem dementiell erkrankten Menschen gegenüberzutreten, um dadurch sein Verhalten besser zu verstehen. Durch diesen Umgang fühlt sich der desorientierte Mensch verstanden, kann Vertrauen aufbauen und wird in seiner Würde gestärkt. Die Interaktion zwischen dem Angehörigen und dem Betroffenen vertieft sich.

Angehörige und Interessierte können durch die Methode einen Einblick in die Lebenswelt des Menschen mit Demenz bekommen, sodass sie im Umgang miteinander kompetenter werden. Dadurch wird der eigene Handlungsspielraum erweitert. Zudem können Stressreaktionen abgebaut werden und die entstehende innere Ruhe und Entspannung überträgt sich somit auch positiv auf den Betroffenen. Anhand dieses Fragebogens soll überprüft werden, ob diese positiven Auswirkungen zutreffen.

7.3.1 Stichprobe

Der Kurs wendet sich in erster Linie an Angehörige von Menschen mit Demenz und an Interessierte, die Kontakt zu Menschen mit Demenz haben, wie zum Beispiel Ehrenamtliche, Ärzte und Nachbarn.

7.3.2 Entwicklung des qualitativen Fragebogens

Findet die Datenerhebung per Fragebogen statt, sind die Fragen meist standardisiert und es gibt meistens keine direkte Interaktion zwischen dem Befragten und dem Interviewer. Alle Fragen werden in gleicher Form und in der gleichen Reihenfolge aufgelistet und gestellt. Im Gegensatz zum Interview ist festzustellen, dass die Antworten häufig anhand einer Skala zum Ankreuzen zu beantworten sind. In der qualitativen Sozialforschung ist dies jedoch nicht der Fall wie auch bei dieser empirischen Studie. Hier werden offene Fragen bevorzugt, da mit diesen eine Befragungstiefe erreicht werden kann. Entscheidend ist dabei, dass die Fragen standardisiert sind, die Antworten aber offen beantwortet werden sollen. Im entwickelten Fragebogen dominieren offene Fragen, jedoch gibt es auch geschlossene Fragen, die eine schnelle Datengewinnung ermöglichen. Der Fragebogen wurde in vier Abschnitte gegliedert. Zuerst gibt es wenige Fragen zum Befragten, dann folgt ein Abschnitt über Angaben zur betreuenden Person, daraufhin ein Abschnitt über Angaben über die Betreuungs- und Pflegearbeit des Befragten und der letzte Abschnitt umfasst Fragen zur

Validation und zum absolvierten Kurs. Insgesamt werden 39 Fragen gestellt, 24 offene und 15 geschlossene Fragen.

Pretest

Um die Funktionalität des Fragebogens zu reflektieren, wurde ein Pretest durchgeführt. Besonders die Aspekte Frageverständnis und Zeitrahmen wurden beachtet. Der Pretest wurde mit drei Personen durchgeführt.

7.3.3 Durchführung der qualitativen Fragebogenerhebung

Der Fragebogen wurde am letzten Abend des Angehörigenkurses an alle Teilnehmer in ausgedruckter Form mit frankiertem Rückumschlag ausgeteilt. Die Teilnehmer haben nun die Möglichkeit diesen per Post oder Email nach schriftlicher Beantwortung zurück zu senden.

7.3.4 Ergebnisse der qualitativen Fragebogenerhebung

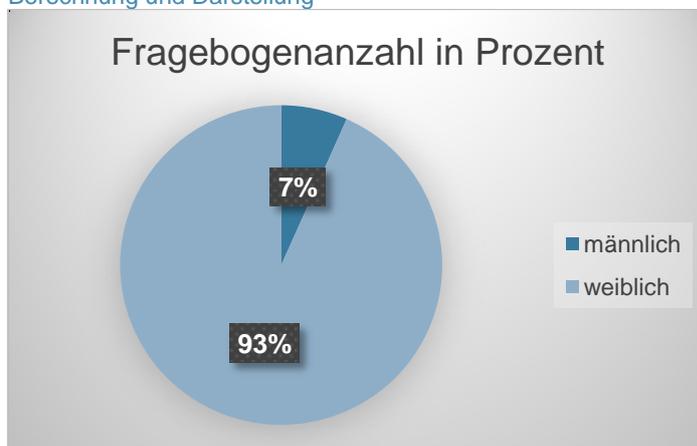
15 Fragebögen wurden an die Personen verteilt, die den Kurs „Wertschätzender Umgang von Menschen mit Demenz“ bereits im Sommer 2015 abgeschlossen haben. Die Anzahl beantworteter und zurück geschickter Fragebögen beträgt acht. Darunter sind fünf Angehörige und drei Interessierte. Das bedeutet einen Rücklauf von 53,4%.

Bei einem weiteren Angehörigenkurs im November/ Dezember 2015 wurden 10 Fragebögen verteilt und sieben beantwortet und zurück geschickt. Darunter sind fünf Angehörige und zwei Interessierte. Das ergibt einen Rücklauf von 70%.

Insgesamt werden im Folgenden die zehn Fragebögen der Angehörigen ausgewertet und die fünf Fragebögen der Interessierten. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fragebögen anschaulich dargestellt.

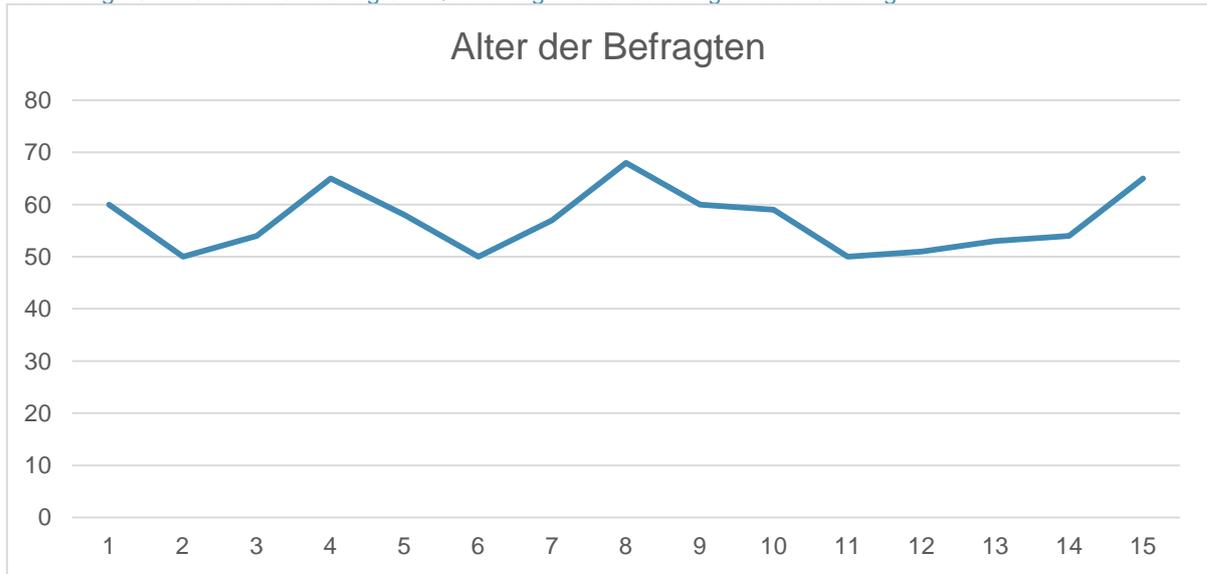
Angaben zur befragten Person:

Abbildung 9: Prozentanzahl der beantworteten Fragebögen (nach männlich, weiblich). Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung



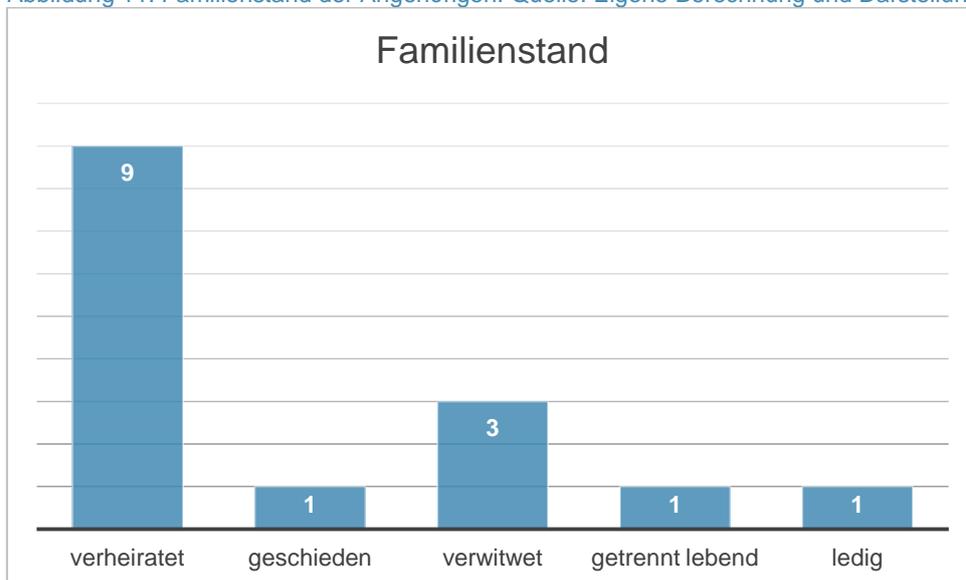
Insgesamt haben 15 Personen einen Fragebogen beantwortet. Darunter sind 14 Frauen, das sind 93% und ein Mann 7%, wie aus der Abbildung 9 deutlich hervorgeht.

Abbildung 10: Das Alter der Befragten. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung



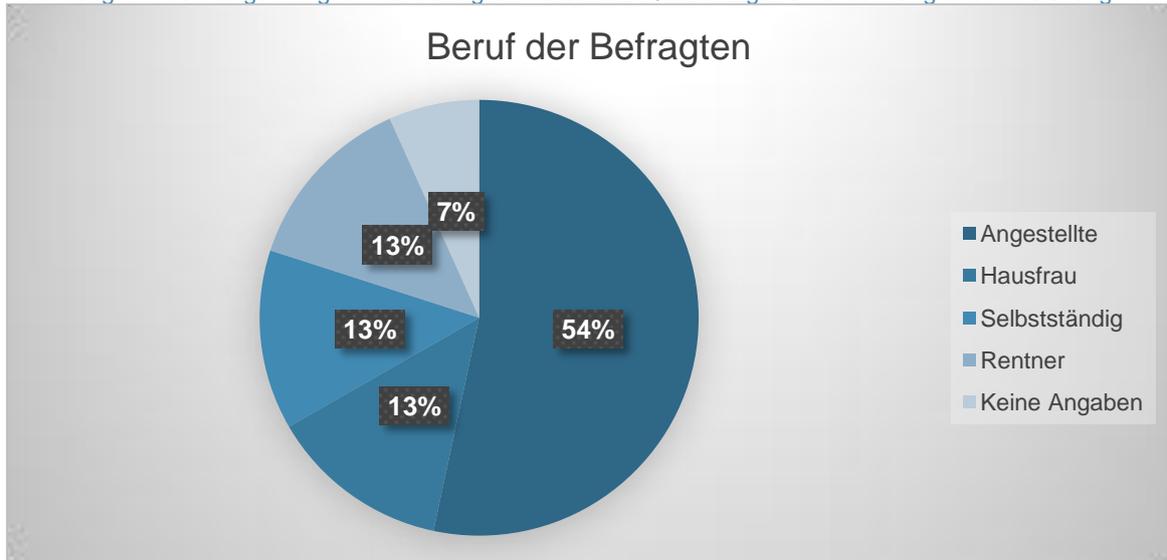
Das Alter der Befragten liegt zwischen 50 und 68 Jahren. Erst ab einem bestimmten Alter kommen Menschen mit dem Thema in Berührung und fangen erst dann an sich für den Kurs zu interessieren.

Abbildung 11: Familienstand der Angehörigen. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung



Der Familienstand der befragten Personen variiert sehr. Neun von 15 sind verheiratet, drei von 15 sind verwitwet und jeweils eine Person ist geschieden, getrennt lebend oder ledig.

Abbildung 12: Derzeitige Tätigkeit der befragten Personen: Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung

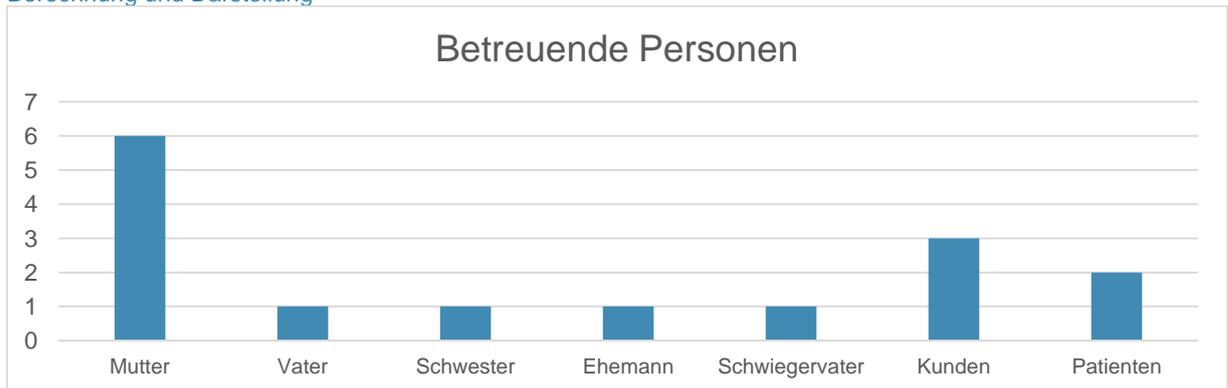


Der Großteil der Befragten ist in einem angestellten Verhältnis, das entspricht 8 Personen. Jeweils zwei sind Hausfrauen, Selbstständige oder Rentner. Eine Person machte keine Angabe über ihre derzeitige Tätigkeit. Insgesamt üben 79% der Befragten einen Beruf aus, wie aus der Abbildung 12 ersichtlich wird, d.h. sie arbeiteten und nahmen sich dennoch Zeit den Kurs zu besuchen.

Angaben zur betreuenden Person:

In welchem verwandtschaftlichen/ sonstigen Verhältnis stehen Sie zu der betreuenden Person (z.B. Partner, Vater, Mutter etc.)?

Abbildung 13: Verwandtschaftliches oder sonstiges Verhältnis der zu betreuenden Person. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung



6 Angehörige besuchten den Kurs, da deren Mutter eine dementielle Erkrankung hatte, jeweils eine Person wegen dem Vater, Schwiegervater, dem Ehemann oder der Schwester. Bei den Interessierten gaben drei an sie betreuen Kunden (Demenz Café) und zwei gaben an den Kurs wegen ihren Patienten (Zahnärztin mit ihrer Angestellten) zu besuchen.

Wie alt ist die zu betreuende Person?

Tabelle 1: Alter der betreuenden Person. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung

Alter der betreuenden Person	Anzahl
70-75	3
76-80	4
81-85	3
86-90	2
91-95	1
keine Angabe	2

Anhand Tabelle 1 wird ersichtlich, dass die meisten zu betreuenden Personen im Alter zwischen 70 und 85 Jahren von ihren Angehörigen betreut werden. Die Interessierten gaben keine Angaben an oder das Altersspektrum von 70 bis 95 Jahren.

Lebt die zu betreuende Person...

Tabelle 2: Wohnort der betreuenden Person. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung

Wohnort der betreuenden Person	Anzahl
Seniorenheim	4
allein	4
mit Ehemann	2
24 Stunden Betreuung	2
keine Angaben	3

Vier der zu betreuenden Personen leben entweder im Seniorenheim oder allein. Zwei der zu betreuenden Personen leben mit ihrem Ehemann und zwei in der 24 Stunden Betreuung. Drei Interessierte gaben keine Angaben über den Wohnort an.

In welcher der vier Phasen nach Naomi Feil befindet sich die Person, die Sie betreuen?

Tabelle 3: Phase der betreuenden Person nach Naomi Feil. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung

Phase der betreuenden Person	Anzahl
I	2
II	2
III	3
I und II	2
I-III	3
II-III	1
I-IV	1
keine Angaben	1

In Phase I, gaben zwei Personen an, befinde sich der Betroffene. In Phase II ebenfalls zwei Betroffene und in Phase III befinden sich drei Betroffene. Sieben der Betroffenen seien in mehreren Phasen und eine Person machte keine Angabe, da sie zur Gruppe der Interessierten gehört.

Woran haben Sie bemerkt, dass die von Ihnen betreute Person an Demenz erkrankte?

Die Angehörigen beschreiben die Person als verwirrt, unzuverlässig, vergesslich, ständig werden Fragen und Erzählungen wiederholt, Verlust des Riech- und Geschmackssinns, Wortfindungsstörungen oder körperliche Unruhe. Eine Frau beschrieb eine Veränderung ihres Mannes nach einer Bypass OP, nach der er sein Kurzzeitgedächtnis verloren habe. Angehörige bemerkten zudem, dass die Betroffenen von Dingen erzählen, die nicht stimmen, sie leben in der Vergangenheit. Manchmal ist auch eine beginnende Verwahrlosung zu bemerken, oder sogar Halluzinationen.

Interessierte gaben bei dieser Frage nicht viel an. Sie haben die beginnende Demenz entweder durch die Familie und die Kinder bemerkt, oder durch die Veränderung der Person insgesamt.

Angaben zur Betreuungs- und Pflegearbeit:

Wussten Sie zu Beginn Ihrer Betreuungs- und Pflegearbeit, was auf Sie als betreuende Person zukommt?

Tabelle 4: Gewusst welche Aufgaben auf die betreuende Person zukommt? Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung

Gewusst welche Aufgaben auf die betreuende Person zukommt	Anzahl
Nein	8
Ja	2
keine Angaben	5

Acht Personen wussten nicht, was auf sie als betreuende Person zukommt, wohingegen zwei Personen es wussten. Fünf Personen machten dazu keine Angaben.

Was waren die Herausforderungen zu Beginn Ihrer Betreuungs- und Pflegearbeit?

Die Angehörigen beschreiben ihre Hilflosigkeit zu Beginn ihrer Betreuungs- und Pflegearbeit, dass sie auf ihre Wortwahl achten mussten und sich fragten, wie reagiere ich richtig, vor allem bei oft wechselnden Gemütszuständen der Betroffenen. Weitere Herausforderungen sind das Unverständnis des Verhaltens des Betroffenen, die Aggressionen des Partners, Geduld zu haben und ruhig zu bleiben, sowie die Akzeptanz des Zustandes, auch die Akzeptanz, dass der Betroffene nichts mehr selbständig kann sowie das Problem Pflege und Beruf zu vereinbaren, verbunden mit dem Verlust des Privatlebens. Die Interessierten sehen die Herausforderung darin, mit wenig Information und Erfahrung die Betroffenen gut zu

betreuen sowie die notwendige Ruhe, Gelassenheit und Geduld aufzubringen und das Vertrauen zu gewinnen.

Zusammenfassend beziehen sich die Herausforderungen auf die Wahrnehmung und den Umgang mit der veränderten Situation, vor allem auch mit den starken Gefühlen auf beiden Seiten.

Wie viele Stunden pro Tag wenden Sie etwa für die Betreuung/Pflege als Hauptpflegeperson auf?

Tabelle 5: Betreuungszeit pro Tag. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung

Betreuung pro Stunden/Tag	Anzahl
weniger als 1 Std.	6
1-2 Std.	1
2-4 Std.	1
4-6 Std.	2
6-8 Std.	1
keine Angaben	4

Sechs Personen betreuen die Betroffenen weniger als 1 Std. pro Tag. Jeweils eine Person betreut 1-2 Std. pro Tag, 2-4 Std. pro Tag und 6-8 Std. pro Tag. Zwei Personen betreuen 4-6 Std. am Tag und 4 Personen machten dazu keine Angaben, wie man aus Tabelle 5 entnehmen kann.

Fühlen Sie sich bei Ihrer Betreuungsarbeit überlastet? Begründen Sie das bitte.

Tabelle 6: Überlastung bei der Betreuungsarbeit. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung

Überlastung bei der Betreuung	Anzahl
nie überlastet	2
ab und zu überlastet	7
häufig überlastet	2
sehr häufig überlastet	1

Zwei Personen machten die Angabe, nie überlastet zu sein, sieben Personen gaben an, ab und zu überlastet zu sein, zwei Personen seien häufig überlastet und eine Person sei sehr häufig überlastet. Der Rest machte keine Angaben dazu.

Die Angehörigen begründen ihre Überlastung damit, dass jede Hilfe abgelehnt wird, man zu wenig Zeit hat und die Zeit während der Pflege sehr anstrengend sei. Eine weitere Begründung sei die Herausforderung von der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Die

Interessierten nannten die Schwierigkeit bei der Trennung zwischen Verstand und Gefühl und jedem Besucher gerecht zu werden.

Traten oder treten körperliche Belastungen im Rahmen der Betreuung bei Ihnen auf (z.B. Schlafstörungen, diverse Schmerzen, Herz-, Kreislaufprobleme oder andere)?

Alle Angehörigen gaben an unter körperlichen Belastungen zu leiden, bis auf die, dessen Betroffener in einer 24 Stunden Pflege oder im Seniorenheim ist. Interessierte gaben nicht an belastet zu sein.

Die Angehörigen klagen über körperliche Belastungen, wie Schlafstörungen, Einschlafschwierigkeiten, Unruhe, Müdigkeit, Herz-, Kreislaufprobleme und auch Traurigkeit.

Traten oder treten psychische Belastungen im Rahmen der Betreuung bei Ihnen auf (z.B. Überforderung, Isolation, Verantwortung für den Betroffenen, immer präsent zu sein)?

Sieben Angehörige gaben an, psychisch belastet zu sein. Als Belastungen gaben sie an: Überforderung, immer Verantwortung für den Betroffenen zu haben, immer präsent sein zu müssen, ständig gedanklich bei dem Betroffenen zu sein, in manchen Situationen falsch zu reagieren, Gedanken-Karussell, Burnout, permanente Anspannung sowie zu wenig Zeit für sich selbst und den Rest der Familie zu haben.

Fühlen Sie sich bei der Betreuung ausreichend unterstützt?

Tabelle 7: Ausreichende Unterstützung bei der Betreuung. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung

Ausreichend bei der Betreuung unterstützt	Anzahl
Ja	6
Nein	3
Manchmal	3

Sechs beantworteten diese Frage mit Ja und jeweils drei beantworteten diese Frage mit Nein oder Manchmal. Drei Personen gaben hierzu keine Angaben an.

Diejenigen, die Ja oder Manchmal angeben, fühlen sich durch den Angehörigenkurs, Gespräche mit anderen Angehörigen, Fortbildung, die Alzheimer Beratungsstelle, Bücher, die 24 Stunden Pflege des Betroffenen, der Familie oder des Seniorenheims unterstützt.

Falls nein, was wünschen Sie sich?

Nur Angehörige beantworteten diese Frage. Sie wünschen sich ein besseres Netzwerk, Hilfsangebote für Angehörige, mehr Verständnis von anderen Familienmitgliedern, dass der

Betroffene unter Gleichgesinnte geht, oder ein korrekter Umgang der Pflegeheimmitarbeiter gegenüber des Betroffenen.

Gibt es Kraftquellen?

Tabelle 8: Sind Kraftquellen vorhanden? Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung

Kraftquellen	Anzahl
Ja	11
keine Angaben	4

Neun Angehörige gaben an, Kraftquellen zu haben, um sich von der Betreuungsarbeit erholen zu können. Dies bestätigten auch zwei Interessierte. Vier Personen machten keine Angaben dazu, wie sich aus der Tabelle 8 ergibt.

Die Personen, die vorgeben Kraftquellen zu haben, nennen ihre Arbeit, ihre Kinder, Austausch mit Kollegen oder Freunden, Hobbys, wie Entspannung, Singen, Spaziergang, Bewegung, Garten, Urlaub, Privatleben, Glaube, Gottesdienst, sowie die Fähigkeit, Arbeit und das Private zu trennen.

Angaben zu Validation/ diesem Kurs:

Warum haben Sie sich für diesen Kurs entschieden?

Alle Personen beantworteten diese Frage, bis auf eine Interessierte. Sie haben sich für den Kurs entschieden, um Informationen zum Umgang, eine gute Beratung, z.B. für einen angebrachten Umgang in Stresssituationen, zu erhalten. Des Weiteren wurde der Kurs besucht, um mehr Erfahrung zu sammeln, sowie um die Hilflosigkeit und Überforderung zu überwinden, oder auch um ein Verständnis den Betroffenen gegenüber zu bekommen. Der ansprechende Flyer mit bedeutender Thematik und Fragestellung unterstützte die Entscheidung.

Wie hoch war Ihr Stresslevel vor dem Kurs? (In Schulnoten von 1-6)

Wie hoch ist Ihr Stresslevel am Ende des Kurses? (In Schulnoten von 1-6)

Abbildung 14: Der Stresslevel der betreuenden Personen vor und nach dem Kurs. Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung



Diese zwei Fragen werden gemeinsam in Abbildung 14 veranschaulicht. Es wird sichtbar, dass die Personen einem hohen Stresslevel ausgesetzt sind (Note 3-5), der sich nach dem Kurs deutlich verbessert (Note 1-3). Damit kommt dem Kurs eine sehr positive Bedeutung zu, da sich der Stresslevel einmal um eine Note verbesserte, acht Mal um zwei Noten und drei Mal sogar um drei Noten.

Hat sich Ihr Stressempfinden verändert?

Wie schon in den vorherigen Antworten deutlich wurde, bestätigt sich auch hier, dass sich das Stressempfinden aller Teilnehmer im positiven Sinne verändert hat. Durch die Informationen im Kurs, die Tipps und das Wissen, das vermittelt wird, sind die Teilnehmer weniger hilflos. Der Austausch mit anderen Angehörigen und das Wissen, dass es allen ähnlich geht, wirken sich positiv aus. Zudem hat sich durch die Annahme der Situation und die Akzeptanz der Verhaltensweise der Betroffenen das Stressempfinden verändert. Durch die Validationstechnik „Zentrieren“ entsteht mehr Gelassenheit, die Fähigkeit zur Distanz und damit auch, dass die Teilnehmer auf ihre eigenen Bedürfnisse und Anliegen mehr achten. Bei einigen Teilnehmern hat sich auch das Stressempfinden verändert, seitdem der Betroffene im Seniorenheim ist, oder sie durch eine Pflegekraft unterstützt werden.

Welche der gelernten Techniken helfen Ihnen im Umgang mit der zu betreuenden Person am besten?

Die meisten Teilnehmer (7) gaben die Technik „Zentrieren“ an, und die damit verbundene Abgrenzung sowie Spiegeln, Wiederholen und die W-Fragen. Ebenso hilfreich ist es zu lernen, sich in die andere Person hineinzusetzen, sie mit ihren Augen zu sehen, ihre

Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken, also das Arbeiten auf der Gefühlsebene. Das hilfreiche Wissen über die Krankheit, sowie die 10 Regeln der deutschen Alzheimergesellschaft zum Umgang derselben, sind hilfreich, ebenso das Wissen um die Bedeutung von Geduld.

Erklären Sie bitte genauer, warum?

Aufgrund der gelernten Techniken, können sich die Teilnehmer ganz auf den dementiell erkrankten Menschen konzentrieren und dessen Gefühle wahrnehmen. Unterstützend können alte Sprichwörter, oder Lieder sein. Mithilfe von Validation fühlen sich die Betroffenen verstanden und wahrgenommen, dadurch wird der Umgang entspannter, eine bessere Kommunikation findet statt und das Vertrauen wächst. Die gegenseitige Achtsamkeit ist von großer Bedeutung.

Woran merken Sie eine Verbesserung im Umgang?

Der dementiell erkrankte Mensch ist ausgeglichener, ruhiger, gelassener, er fühlt sich verstanden, akzeptiert und ist dankbar. Der Betroffene lacht vermehrt, ist weniger aggressiv, akzeptiert Anweisungen und diskutiert weniger. Dies geschieht automatisch, wenn der Angehörige geduldiger mit ihm ist. Zudem ist das Wissen über Demenz sehr relevant, weil dadurch die Reaktion der Angehörigen ruhiger und gelassener wird, der Betroffene reagiert positiv darauf, die Stimmung verbessert sich. Die Verbesserung ist sowohl bei den Angehörigen, als auch bei den Betroffenen zu sehen, was sich wiederum auf deren Interaktion auswirkt.

Nennen Sie bitte ein Beispiel.

Wenn der Betroffene ausgeglichener ist, wird der Umgang herzlicher, er lässt Nähe zu, so dass z.B. die Körperpflege besser funktioniert. Die Teilnehmer akzeptieren den Betroffenen und seine Welt, in der er lebt, auch das ständige Wiederholen der Fragen. Sie hören auf, den Betroffenen mit seinem seltsamen Verhalten zu konfrontieren und ihn damit in Verlegenheit zu bringen.

Gibt es eine Situation bei der Sie anders reagiert haben aufgrund des Kurses?

Die gelernten Techniken helfen, um anders doch zum Ziel zu kommen. Mit diesen Techniken ist es möglich, dem Betroffenen mehr Entscheidungsspielräume zu lassen. Die Technik „Wiederholen“ entspannt die Situation, ohne dass „falsche Aussagen“ korrigiert oder bewertet werden.

Rückblickend, was haben Sie sich von dem Kurs erhofft?

Alle Teilnehmer hatten konkrete Vorstellungen über die Inhalte des Kurses, u.a. mehr Sicherheit im Umgang mit dem dementiell erkrankten Menschen, Wissen über Demenz zu bekommen, sowie neue Ideen und Techniken zu erlernen, Tipps und Hilfe, auch rechtlichen Fragen zu erhalten und andere Angehörige kennen zu lernen, denen es ähnlich geht.

Wie haben sich diese Erwartungen erfüllt?

Alle Teilnehmer gaben an, dass sich ihre Erwartungen erfüllt haben. Sie haben gelernt, die Krankheit nicht nur negativ zu sehen und sie hatten die Möglichkeit, sich mit Angehörigen auszutauschen. Anhand von praktischen Beispielen, Ratschlägen und dem Ausbau eigener Fähigkeiten, können sie nun nach dem Kurs den Tagesablauf stressfreier gestalten. Nur eine Angehörige gab an, dass sich ihre Erwartung nur teilweise erfüllt habe, da sie eine große Schwierigkeit bei der Umsetzung sehe.

Die nächsten drei Antworten werden den drei Bereichen Angehörige, Betroffene und Sonstiges zugeordnet.

Welche Hilfs- und Unterstützungsangebote fehlen?

Tabelle 9: Fehlende Hilfs- und Unterstützungsangebote. Quelle: Eigene Darstellung

Fehlende Hilfs- und Unterstützungsangebote
Angehörige
Angehörigenkurs
Angebote und Unterstützung für Pflegende
Sorgen loszuwerden, wenn man diese hat
Betroffene
Treffpunkte für Angehörige
Tagespflege
Pflegeperson im Haus
Sonstiges
die Unterstützung sollte leicht erreichbar sein
Info von Krankenkassen über Leistungen

Sechs von zehn Angehörigen schrieben fehlende Angebote auf. Darunter sind hauptsächlich Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige aufgelistet, wie in Tabelle 9 sichtbar ist. Den vier anderen Angehörigen und fünf Interessierten fehlen keine Angebote oder ähnliches.

Welche Hilfs- und Unterstützungsangebote wünschen Sie sich in Bezug auf Menschen mit Demenz?

Tabelle 10: Wünschenswerte Hilfs- und Unterstützungsangebote in Bezug auf Menschen mit Demenz. Quelle: Eigene Darstellung

Wünschenswerte Hilfs- und Unterstützungsangebote
Angehörige
mehr Angehörigenkurse

mehr Validationslehrer
mehr Informationen für Angehörige
kompetente Ansprechpartner
Unterstützung einer kompetenten Person 1x/Monat
Betroffene
Demenzcafe
Sportgruppe für Demenzkranke
Kreativgruppe
Kulturzentrum (alte Filme anschauen)
Bezahlbare, qualifizierte Betreuungsperson im eigenen Haus
Sonstiges
mehr Aufklärung in der Bevölkerung
Bessere Schulung und Information für Ärzte
bezahlbare Alternativen zum Pflegeheim

Neun Angehörige beantworteten diese Frage und drei Interessierte. Ihre Wünsche sind in Tabelle 10 aufgelistet.

Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, was wünschen Sie sich in Bezug auf betreuende und pflegende Angehörige?

Tabelle 11: Wünsche in Bezug auf betreuende und pflegende Angehörige. Quelle: Eigene Darstellung

Wünsche in Bezug auf betreuende und pflegende Angehörige
Angehörige
Wertschätzender Umgang dementen Menschen und Angehörigen gegenüber
Mut zur Liebe, zu Gefühlen, Barmherzigkeit und Versöhnung
Angehörigentreff, Gesprächskreise
Hilfsangebote wahrnehmen
kein schlechtes Gewissen haben
Aktivitäten mit den Betroffenen
kompetente Beratungsstellen, die leicht erreichbar sind
bessere Unterstützung in Bezug auf die Berufsausübung
mehr häusliches Pflegegeld
Gemeinsamkeit und Freude trotz aller Probleme
genügend Kraft für die täglichen Herausforderungen
Unterstützung von allen Seiten
Betroffene
WG für demente Menschen
ambulante Hilfen
besser geschultes Personal
kleinere Wohngruppen im Heim
mehr Angebote zur Unterhaltung
niemals Phase IV
Dass die Betroffenen nicht merken, was die Krankheit mit ihnen und dem Umfeld macht
Sonstiges

mehr Offenheit in der Gesellschaft
mehr Respekt von Ärzten
Anerkennung bei und Informationen von Krankenkassen
Anerkennung bei der Gesetzgebung
Akzeptanz der Krankheit, mehr Verständnis

Diese Frage beantworteten alle zehn Angehörige und drei von fünf Interessierten. Diese Wünsche decken sich zum Teil mit denen aus Tabelle 9 und Tabelle 10.

7.4 Das Experteninterview

Als zweite Methode dieser Masterthesis wurde das Experteninterview, eine Methode der qualitativen Sozialforschung, gewählt. Bei Expertenbefragungen stehen Rekonstruktionen subjektiver Deutungen sowie Interpretationen im Vordergrund. Dies eignet sich besonders gut zur Informationsgewinnung. (Bogner et al. 2014: 1–2) Experten werden aufgrund ihres enormen Wissens in der Theorie und Praxis interviewt. Durch ihre Handlungsorientierung, ihre Erfahrungen und ihre Einschätzungen, die wiederum Handlungsorientierungen anderer Akteure beeinflussen und strukturieren, ist die Befragung der Experten sehr bedeutend. (Bogner et al. 2014: 13)

Um das Gesamtbild der Angehörigen von Menschen mit Demenz und deren Umgang mit der Methode der Validation zu erhalten, soll durch qualitative Aspekte die professionelle Sichtweise der Experten, sowie deren Einschätzungen und Erfahrungen erfasst werden. Dazu wurden Experten befragt, die aufgrund ihrer Professionalität mit der Thematik seit vielen Jahren vertraut sind. (Mayring 2002: 66–67)

Zur Durchführung der Interviews wurde das offene, problemzentrierte Interview, auch Leitfaden gestütztes offenes Interview genannt, als passendes Instrument gewählt. Beim offenen Interview kann frei, also ganz ohne Antwortvorgaben geantwortet werden, all das was dem Befragten zu diesem Thema als wichtig erscheint. Somit gleicht der Interviewverlauf einem offenen Gespräch, obwohl das Thema fest steht, auf das der Interviewer das Gespräch immer wieder zurück lenken kann. (Mayring 2002: 66–67)

Beim Interview standen die Angehörigen von Menschen mit Demenz, die dementiell erkrankten Menschen sowie die Methode der Validation aus Sicht der Experten, im Vordergrund. Zudem sollten die Interviews genutzt werden, um die Fragestellung zu widerlegen oder zu belegen.

Für die Expertenbefragung wurden Fragen erarbeitet, die wiederum verschiedenen Themenblöcken zugeordnet wurden. So kann ein breites Spektrum an Sichtweisen erfasst werden. Der Leitfaden wurde für jeden Experten sowohl an dessen Profession, als auch an dessen Fachgebiet entsprechend angepasst. Dennoch waren die Themenblöcke die gleichen und auch die Fragen nahezu identisch, um die Auswertung einfacher zu gestalten.

Die Befragung hatte ihren Schwerpunkt auf der Sichtweise der Experten, um zu sehen, wie Angehörigenberatung oder ein Angehörigenkurs unterstützend sein kann. (Mayring 2002: 66–67)

Bei den Experteninterviews und deren Auswertung wurde eine Kombination aus deduktiver und induktiver Herangehensweise gewählt. Auf der einen Seite wurde anhand der offenen und themenerforschenden Fragestellung die Option offen gelassen, neue Themen oder Schwerpunkte aufzuzeigen und auf der anderen Seite wurden Themenblöcke entwickelt und festgelegt, mit entsprechender Auswertung. (Mayring 2002: 66–67)

7.4.1 Stichprobe

Es wurden gezielt drei Experten aus ähnlichen Fachgebieten ausgewählt und befragt, die ein breites Wissen zu Validation, Angehörigen und Betroffenen einer dementiellen Erkrankung haben, um von diesen einen umfassenden Blick auf die Thematik zu erhalten.

Die erste Anlaufstelle für Angehörige von Menschen mit Demenz und die Betroffenen selbst ist eine zertifizierte Validationslehrerin im Landkreis Reutlingen. Über diese konnte der Kontakt zu einer Validationsmasterin in Rheinland-Pfalz hergestellt werden. Beide Damen haben auf dem Gebiet der Validation nach Naomi Feil ein großes Wissen und haben zudem sehr viel Erfahrung in der Praxis, sowohl im Umgang mit den Betroffenen, als auch mit deren Angehörigen. Sie leiten Gruppen für desorientierte Menschen in Pflegeheimen, Gruppen für Angehörige und führen Einzelvalidation durch.

Ein weiteres Interview wurde mit einer Dame, die ebenfalls Kontakt zu beiden Personengruppen in der Demenzberatung im Landkreis Reutlingen hatte, geführt. Ihr theoretischer Hintergrund ist die „Integrative Validation“ nach Nicole Richard, eine Weiterentwicklung der Validationsmethode.

7.4.2 Entwicklung des Interviewleitfadens

Für das Erkenntnisinteresse am besten geeignet, schien das problemzentrierte leitfadengestützte Interview, welches sowohl offene als auch zielorientierte Fragen umfasst. Ein offenes Vorgehen in dieser Thematik ist angebracht, um deutlich zu sehen, wo Schwierigkeiten oder Besonderheiten liegen und inwiefern die Fragestellung angemessen ist.

Bei der qualitativen Vorgehensweise muss man nicht unbedingt allen Experten die gleichen Fragen stellen, um diese vergleichen zu können. Es wurden so genannte Themenblöcke entwickelt, in die sich die jeweiligen Fragen einordnen lassen. Da es sich um ein offenes, recht freies Gespräch handeln soll, kann bei Bedarf abgewichen werden, um noch andere Fragen zu stellen. Durch die Interviews wurden mögliche Themenblöcke neu überdacht und neue Fragen entwickelt, woraufhin dies in den darauf folgenden Interviews geprüft und

weiterentwickelt wurde. Diese Methode basiert auf der Grounded Theory von Strauss und Corbin (2008). Dabei wird der Leitfaden personenbezogen angepasst. Es ist ein Forschungsprozess, der sich stets weiterentwickelt. (Bogner et al. 2014: 36)

Ein wesentlicher Punkt des leitfadengestützten offenen Interviews ist die erleichterte Auswertung aufgrund der Teilstandardisierung und der damit verbundenen besseren Vergleichbarkeit der Antworten. (Bogner et al. 2014: 36)

Das Thema der Befragung wurde den Experten per Email oder am Telefon mitgeteilt, die genauen Fragen oder Themenblöcke erhielten sie jedoch nicht im Voraus. Die Experten sollen frei und ohne bereits festgelegte Antworten auf die Fragen reagieren. Bogner et al. empfehlen als Faustregel keine Versendung der Leitfäden, sofern es nicht gute Gründe dafür gibt. (Bogner et al. 2014: 31)

Pretest

Sofern es die Zeit zulässt, sollte der Leitfaden einem Pretest unterzogen werden. Dabei wird die Funktionalität des Leitfadens überprüft und reflektiert. Dieser Pretest wurde einmal durchgeführt. Besonders wurde der Blick auf die Kontinuität des Frageablaufs und dessen Themenblöcke gelegt. Das Interview soll nicht einem strikten und monotonen Ablauf von Wissen gleichen, sondern eher einem offenen Gespräch. (Bogner et al. 2014: 34)

Die gestellten Fragen wurden ausformuliert, um sicher zu gehen, dass alle zu erforschenden Aspekte erfasst werden. Auch wurde ein Pretest durchgeführt, um die Dauer des Interviews abschätzen zu können. Ein Pretest dient auch zur Überprüfung der Wiederholbarkeit, d.h., ob die Bedingungen und Fragen so gestaltet sind, standardisiert sind, dass erneut dieselben Ergebnisse erreicht werden können. (Mayring 2015: 116)

Bei der Durchführung des Pretests wurde besonders auf das Frageverständnis Wert gelegt. Die Fragen sollen gut verständlich und eindeutig sein. Es wurden geeignete Überleitungsfragen erstellt, um einen flüssigen Gesprächsablauf zu gestalten. Darüber hinaus wurde die Einstiegsfrage so versucht zu formulieren, dass das Interesse geweckt und das Ziel des Interviews für den Experten deutlich wurde. Daraufhin wurde der Fragebogen etwas verändert und angepasst.

7.4.3 Durchführung der Interviews

Alle drei Befragten kennen sich in ihrem Themengebiet sehr gut aus und waren sehr interessiert und engagiert. Die Terminvereinbarung erfolgte sehr rasch und alle drei Experten nahmen sich sehr viel Zeit, weshalb das Interview angenehm und ohne Stress von statten ging. Die Dauer der Interviews betrug ca. 45 bis 90 Minuten.

Alle drei Experteninterviews wurden mit einem MP3-Aufnahmegerät aufgenommen und währenddessen wurden Notizen von der Situation gemacht. Das Einverständnis für die Tonaufnahme zu bekommen, war absolut unkompliziert.

Der Grundgedanke zur Tonaufnahme nach Mayring ist: *„Durch wörtliche Transkription wird eine vollständige Textfassung verbal erhobenen Materials hergestellt, was die Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung bietet“* (Mayring 2002: 89).

Deshalb wurden alle Tonaufnahmen vollständig, also wörtlich transkribiert. Bei der Verschriftlichung des Datenmaterials wurde kein spezifischer Sprachduktus verwendet. Nicht zum Gegenstand der Interpretation zählen Pausen, verschiedene Stimmlagen oder nonverbale Elemente. (Bogner et al. 2009: 83)

7.4.4 Vorgehensweise der Auswertung

Um Experteninterviews auszuwerten, gibt es noch kein einheitliches Verfahren, d.h. es hat sich noch keine eigenständige Auswertungsmethode dafür herausgebildet. Theoretisch können daher alle Auswertungsverfahren angewendet werden. Auch eine Kombination der Auswertungsverfahren ist möglich. (Bogner et al. 2014: 71)

Für die Untersuchung der Experteninterviews wurde sowohl die induktive, als auch die deduktive Herangehensweise kombiniert. Die Befragung wurde mithilfe des Leitfadens geführt, sodass die Fragen zu bestimmten Themenbereichen schon im Vorhinein festgelegt wurden. Dies entsprach eher der deduktiven Vorgehensweise, d.h. der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. (Mayring 2002: 114–117)

Die qualitative Inhaltsanalyse, bei der es um die Informationsgewinnung geht, besagt, dass das Wissen der Experten als eine Ansammlung von Informationen konzeptualisiert wird. Man geht davon aus, dass Experten mit ihrem Wissen in der Lage sind, dies richtig abzubilden. Meistens wird beim informatorischen Interview selektiv vorgegangen, da schon während der Transkription des Interviews oder beim Durchlesen deutlich wird, welche Aussagen stichhaltige Informationen enthalten und damit hilfreich sind. (Bogner et al. 2014: 72–73)

Anhand der Kategorien wurden die Interviewtexte auf wesentliche Informationen und Merkmale durchsucht. Gearbeitet wird dabei mit einem feststehenden Kategoriensystem, welches offen ist. Diese Kategorienbildung bezieht sich auf das deduktive Modell. (Bogner et al. 2014: 74) In der Auswertung wurden nun die Befragungsergebnisse in die zuvor festgelegten Kategorien eingeordnet.

Anhand des offenen Charakters des Interviews ist es möglich, Aspekte zum Vorschein zu bringen, die durch einen ganz feststehenden Leitfaden eventuell verhindert worden wäre. Dies ist eher beim induktiven Vorgehen einzuordnen. Das Vorgehen in der Auswertung geschieht auch durch eine offene Herangehensweise. Dieses Vorgehen der Auswertung ist

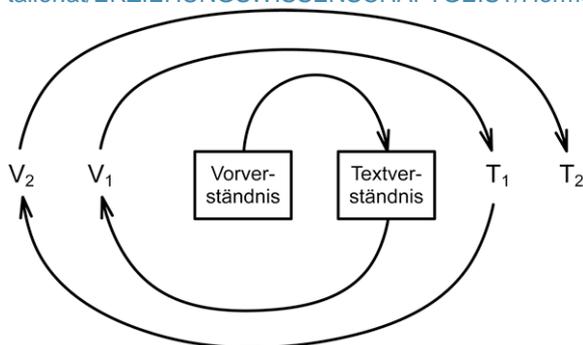
an die Grounded Theory angelehnt, die einen induktiven Ansatz verfolgt. (Bogner et al. 2014: 77) Für mögliche Aussagen, die neue Aspekte beinhalten, wurden daraufhin neue Kategorien gebildet.

Zur Auswertung wurden die Transkripte verkürzt und in Sinnabschnitte zusammengefasst. Damit entsteht eine Zusammenfassung, die sehr nah am Gesagten ist. Dies ist von wesentlicher Bedeutung, da damit Inhalte nicht verloren gehen und es nicht zu schnell vereinfacht wird. Die einzelnen Zusammenfassungen der jeweiligen Interviews wurden dann in Sinnabschnitte zerlegt. Diese Sinnabschnitte wurden daraufhin bestehenden Kategorien zugeteilt oder es wurde eine neue Kategorie erstellt. Nun gab es eine weitere Reduktion der Zusammenfassung der Interviews. Zum Schluss wurden die Inhalte der Themenblöcke in bereits bestehende Bezüge aus dem Theorie Teil eingeordnet und analysiert. Das primäre Ziel ist nun ein allgemeines Modell entstehen zu lassen, welches Gemeinsamkeiten und Varianzen zwischen den drei Interviews erklärt. (Bogner et al. 2014: 75)

7.4.5 Ergebnisse der Experteninterviews

Anhand der hermeneutischen Spirale nach Danner 1979 findet zuerst ein Vorverständnis statt woraufhin ein Gegenstandsverständnis entsteht (siehe Abbildung 15).

Abbildung 15: Die Hermeneutische Spirale. Quelle: 2016 (<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/ERZIEHUNGSWISSENSCHAFTGEIST/HermeneutikZirkel.shtml>)



Daraufhin entsteht ein Erweitertes Vorverständnis 1 gefolgt vom Erweiterten Gegenstandsverständnis 1. Dies geht immer so weiter. Dieses Verfahren ist bei einem wissenschaftlich kurzen und wertfreien Vorgehen hilfreich, wie hier der Fall ist. Egal, ob mit oder ohne des Vorverständnisses des Forschers, prägt dieser den gesamten Forschungsprozess. Deshalb ist es ratsam das Vorverständnis offen zu legen und es am Gegenstand nach und nach weiterzuentwickeln. (Mayring 2002: 30)

Im folgenden Teilkapitel werden nun die gewonnenen Ergebnisse aus den Experteninterviews dargestellt. Diese sind in vier Grobkategorien gegliedert, die bei der Auswertung der Interviews entwickelt wurden und ebenso identisch sind mit den Themenschwerpunkten des Interviewleitfadens.

Grobkategorie 1: Validation

Was sind Ihre Erfahrungen mit Validation? Können Sie das genauer erklären?

Für Frau A bedeutet die Erfahrung mit Validation einen *Umgang miteinander, der für alle Menschen wichtig ist, insbesondere für Demenzkranke. Ebenso eine Haltung, dass dieser Mensch der dement ist, so ist und darauf keinen Einfluss hat.* Für das Verhalten des dementiell erkrankten Menschen gibt es *einen Auslöser und einen Antrieb.* Darauf sollte man mit *Wertschätzung* reagieren. *Mit der Methode des Ablenkens, kann ich ganz einfach in kritischen Situationen entschärfen,* erzählt Frau A. *Der Mensch ist zufrieden und glücklich und weniger aggressiv.*

Frau B kann durch die Erfahrung mit Validation *die Not der Menschen, die eben desorientiert im Krankenhaus sind besser wahrnehmen* und verstehen, *dass in diesem desorientierten Verhalten ein Grund liegt, welcher ein Ausdruck von Gefühlen und Bedürfnissen des dementiell erkrankten Menschen ist.* Darüber hinaus sagt Frau B wie ihre *Akzeptanz gegenüber Menschen in anderen Lebenslagen viel größer geworden ist.* Sie kann *gelassener sein* und *findet dadurch mehr Zugang* zu den Menschen.

Frau C versteht nun die *Beweggründe für das Verhalten.* Dadurch wird *ganz viel Druck genommen im Umgang mit den Betroffenen.* Am meisten hat Frau C die *Grundhaltung und die Technik* geholfen. Bei den Angehörigen merkt sie wie die *Bewertung* gegenüber des Betroffenen *abfällt* und sie es *stehen lassen können und einfach akzeptieren.* Sie sind dann auch *nicht mehr so gestresst* im Umgang mit dem Betroffenen.

Validationsanwender, egal ob Angehörige oder Professionelle, sehen das Verhalten des dementiell erkrankten Menschen und erklären dies für gültig. Alle drei Expertinnen sehen im Verhalten des Betroffenen einen Grund und können durch ihre Erfahrung mit Validation einen Zugang zu dessen Erlebnisswelt bekommen. (Brüggemann et al. 2009: 118) Indem versucht wird zu verstehen, was hinter einem Verhalten steht und welche bestimmte Bedeutung es hat, lässt dies den Angehörigen oder den Validationsanwender akzeptierender und gelassener werden, woraufhin dem Betroffenen Druck abgenommen wird, der sonst leicht in Aggression umschlagen kann, er fühlt sich akzeptiert, ist zufrieden und glücklich. (Feil et al. 2013a: 24) Diese Erfahrung bestätigen die Expertinnen und sehen sie als äußerst wichtig für einen gelingenden Umgang an, was sich insofern mit den theoretischen Annahmen deckt.

Welches Ziel verfolgen Sie mit der Validation?

Frau A sieht als Ziel für den Betroffenen, *dass er die Stärken, die er hat, leben kann und die Defizite, die er hat, dass man die versteht und ihm Brücken baut* und das alles mit einer *wertschätzenden Grundhaltung.* Sie fügt hinzu: *„Der Ton ist ganz, ganz wichtig, da stimmt meine Haltung, dadurch bin ich kongruent“*, da der Betroffene ganz sensibel darauf reagiert.

Frau B's oberstes Ziel ist es, *dem Menschen zu begegnen auf der Basis von Wertschätzung, Respekt und Achtung*. Sie sieht den *desorientierten Mensch als einen Partner in der Kommunikation an*. Ihm wird *auf Augenhöhe begegnet und in seinen Schuhen gegangen*. Das hilft dem *Menschen wieder deutlicher zu sprechen, aufrechter zu sitzen, das passiert wenn wir respektiert werden*. Ziel der Validation ist es *Stress zu minimieren*. In der *Desorientierung werden auch verdrängte Lebensinhalte ausgedrückt*. Sie sollen *gehört werden in ihren schmerzhaften Angelegenheiten*. Denn *Gefühle, die ausgedrückt und validiert werden, also anerkannt werden, werden schwächer*.

Frau C ist zu aller erst sehr wichtig, dass *der Betroffene sich verstanden, anerkannt und wertgeschätzt fühlt*. *Er darf sich so verhalten wie er sich verhält und da gibt's einen Grund dafür*.

Das Ziel der Validation ist den Betroffenen mit einer empathischen Grundhaltung zu begegnen, ihn zu akzeptieren, zu bestätigen, ihn anzuerkennen auf der Basis der Wertschätzung. Die komplette Sicht auf das Individuum sollte erfolgen, indem in seinen Schuhen gegangen und seine Welt erfasst wird. (Schwarz 2009a: 20) Wenn die Gefühle und die Antriebe des Betroffenen beachtet werden, kann er sich verstanden und akzeptiert fühlen. (Schwarz 2009a: 20) Auch die Expertinnen bestätigen dies in ihren Antworten.

Welche Fähigkeiten bringen Sie mit?

Frau B sieht ihre Fähigkeit darin sich zuerst zu *zentrieren*. Die zweite Qualität, die sie braucht, ist eine *unbedingte Beobachtungsgabe*. *Empathie* sowie *Einfühlungsvermögen* sind weitere wichtige Fähigkeiten von ihr. Zudem braucht sie *Fähigkeiten, diese verbalen und nonverbalen Validationstechniken an die Situation angemessen zu verwenden*.

Frau C hat drei Fähigkeiten, die sie als wichtig ansieht: *Empathie, Neugierde* und die *Fähigkeit kommunikativ zu sein*.

Für Frau B und Frau C sind die Fähigkeiten: *Einfühlungsvermögen, Empathie, Umgangsfertigkeiten* wie z.B. sich an eine bestimmte Situationen anzupassen, eine validierende Herangehensweise, relevant. Dies deckt sich mit der Ansicht von Schwarz. (Schwarz 2009b: 46)

Was können Sie bei Menschen mit Demenz beobachten, wenn Sie Validationstechniken anwenden? Wie reagieren diese darauf?

Frau A hat die Erfahrung gemacht, dass bei Menschen mit Demenz bei denen Validation angewendet wird, sie *nicht aufschließend und aggressiv reagieren, sondern sie werden ruhiger, weil sie sich angenommen fühlen*. *Ich erreiche nur etwas, wenn derjenige spürt, der andere versteht mich*, sagt Frau A.

Frau B sagt, dass der Mensch auf *eine Kombination von Haltung und Technik* reagiert. Menschen mit Demenz reagieren darauf, dass sie *Vertrauen bilden, immer mehr Nähe ist möglich und dass die Menschen sich einem auch immer mehr öffnen*. Dadurch kommen *Gefühle raus und Entspannung tritt ein*. Die Menschen *atmen tiefer durch, lächeln und wirken konzentrierter*. Sie bleiben mit einem *Gefühl der Zufriedenheit* zurück.

Frau C bemerkt wie Menschen mit Demenz *ihre Gefühle ausdrücken*, wenn man bei ihnen Validationstechniken anwendet. *Diese werden dann weniger*. Zudem *entwickelt sich ganz viel Vertrauen in mich*, erzählt sie. Einmal wurde sie als ‚*Menschenflüsterer*‘ bezeichnet, da *Nähe entsteht in kurzer Zeit*. Dies sei *keine Hexerei, einfach Validation*.

Feil, 2013, beschreibt in ihrem Buch, dass bei Menschen, die Betroffene validieren, ihnen aktiv zuhören und sowohl Würde als auch Wertschätzung vermitteln, sich die dementiell erkrankten Menschen wohler und respektiert fühlen. Sie sind nicht mehr aggressiv, sondern ruhiger und entspannt. (Feil et al. 2013a: 15) Das Gesagte der Expertinnen entspricht und bekräftigt Nummer 3 und Nummer 4 der 11 entwickelten Grundprinzipien nach Naomi Feil. Empathisch zuhören, baut Vertrauen auf, dadurch kann mehr Nähe entstehen und Gefühle können ausgedrückt, akzeptiert, validiert und schwächer werden. (Feil et al. 2013a: 16–21)

Wann setzen Sie Validation ein?

Frau B wendet Validation *mit einzelnen Personen situativ und regelmäßig an*. Man sollte sich *spontan zentrieren und sofort darauf eingehen*, was die betroffene Person belastet. Frau B verwendet Validation bei *Menschen in der Desorientierung*. Denn wenn ein *Vertrauensanker* besteht, *kann mit regelmäßiger Validation, dieses Vertrauen wieder stabilisiert werden*.

Frau C erachtet die *wertschätzende Grundhaltung* als zentraler Punkt und sie verwendet Validation immer bei *desorientiertem Verhalten*. Ist dies der Fall, steht an erster Stelle die *Technik Zentrieren*.

Validation kann einzeln erfolgen oder in Gruppen, sollte jedoch regelmäßig zum Einsatz kommen wie Frau B sagt. Besonders bei desorientiertem Verhalten eignet sich Validation, worin sich Frau B und Frau C einig sind. Dabei kommt der Technik des Zentrierens, eine Atemtechnik, eine zentrale Rolle zu. Für beide Expertinnen ist diese Validationstechnik von wesentlicher Bedeutung, wie sie im Interview erwähnen. (Feil et al. 2013a: 87–99)

Welche Erfahrung haben Sie mit Validation in Krisensituationen gemacht?

Frau A hat die Erfahrung in Krisensituation gemacht, dass Validieren im Vorübergehen sehr hilfreich ist *bei Menschen, die immer in sich versunken dasitzen oder ewig unruhig sind*. Jeder der, wann immer er am Betroffenen vorbei geht, *ihn anspricht und dieses Ansprechen bedeutet: „Ich nehme dich wahr“*.

Frau B hat Validation als eine *Deeskalationsmethode* kennen gelernt. Gerade *hochemotionale Situationen können in ganz große Bestandteile entzerrt werden.*

Frau C teilt mit, dass sie sich *zentriert und übers spiegeln ganz schnell Kontakt mit ihm in einer Krisensituation hatte. Das erfordert ganz schön viel Mut* sagt sie. Aber die *Situationen werden entspannter.*

Alle drei Expertinnen sehen Validation als eine positive Methode in Krisensituationen an, z.B. als Deeskalationsmethode. Der Validationsanwender zentriert sich zuerst, dann beobachtet er den Betroffenen, um ihm mitzuteilen, ich respektiere und nehme dich wahr. Eine hilfreiche Technik ist dabei das Spiegeln. Somit kann die Situation entzerrt und entspannter werden. (EVA 2015: online) Diese Erfahrung haben Frau B und Frau C im Interview mitgeteilt. Zu Krisensituationen zählen auch herausfordernde Verhaltensweisen der dementiell erkrankten Menschen, die mithilfe von Validation besser gemeistert werden können. (Brüggemann et al. 2009: 122.123)

Hat Validation Ihre Haltung dementen Menschen gegenüber, rückblickend bis heute, geändert? Begründen Sie das.

Frau A sagt, dass *Validation ihre Haltung dementen Menschen gegenüber geändert hat. Sie hat auch meine Haltung gesunden Menschen gegenüber geändert.* Sie hat gelernt *wahrzunehmen und nicht immer gleich zu bewerten.*

Frau B sagt, dass *ihre Haltung nicht durch die Validation verändert wurde, da ihre Grundhaltung schon immer Wertschätzung, Respekt und Einfühlungsvermögen war.*

Frau C teilt mit, dass Validation ihre Haltung *absolut* geändert hat. Nach der Ausbildung war sie *völlig überfordert. Mittlerweile hat sie ein Handwerkszeug und Verständnis den Leuten gegenüber.* Früher hat sie *alte Menschen oft nicht verstanden.*

Frau A und Frau C erzählen im Interview wie sich ihre Haltung dementen Menschen gegenüber geändert hat. Sie haben ein Handwerkszeug erhalten und nun ein großes Verständnis. Die Bewertung und der Ärger sind nun verschwunden. (Schwarz 2009a: 45) Frau B sieht hingegen keine Veränderung ihrer Haltung, da sie schon immer nach den Grundprinzipien der Validation lebte und handelte.

Grobkategorie 2: Demente Menschen

Wo wohnen die meisten Betroffenen, die validiert werden? /An welchen Orten erreichen Sie die meisten Betroffenen?

Frau A, die in der Demenzberatung gearbeitet hat, erwähnt, dass die meisten *Demenzkranken bis zu einem bestimmten Stadium zuhause versorgt werden.*

Frau B arbeite mit den meisten Betroffenen, die *im Seniorenheim* leben. Aber sie *trainiere auch Angehörige*. Aufgrund des Grundsatzes: *„ambulant vor stationär“*, sagt sie, dass es ja auch *gewollt ist Menschen bis zu einem bestimmten Demenzgrad zuhause zu versorgen*. Erst in *weiter fortgeschrittenen Stadien der Demenz sind sie im Altenheim anzutreffen*.

Frau C validiere die meisten Betroffenen im *Altenheim, Altenpflegeheim und oft auch im Gerontopsychiatrie Bereich*.

Bartholomeyczik sagt, dass der positive Grundsatz „ambulant vor stationär“ sehr individuell betrachtet werden soll. Denn leiden die Angehörigen zu sehr unter der Betreuung des dementiell erkrankten Menschen, kann die Möglichkeit den Betroffenen stationär unterzubringen, gut und entlastend sein. Dennoch ist zu sagen, dass viele Betroffene lange Zuhause leben und erst bei erhöhtem Pflegebedarf in ein Altenheim kommen, so wie dies auch Frau A und Frau B bemerkt haben. (Bartholomeyczik et al. 2010: 339–340)

In welchem Stadium befinden sie sich?

Frau B validiert Menschen mit Demenz in allen Stadien, also *Phase 1 bis 4*.

Frau C validiert am meisten dementiell erkrankte Menschen, die sich in der *Phase 1 bis 3* befinden, die *meisten jedoch in Phase 2*.

Feil unterteilt in vier verschiedenen Stadien: Mangelhafte Orientierung, Zeitverwirrtheit, sich wiederholende Bewegungen und Vegetieren. (Feil et al. 2013a: 24) Da Frau B im Seniorenheim arbeitet, validiert sie Personen in allen Stadien, wohingegen Frau C durch ihre ehrenamtlichen Gruppen vorwiegend Menschen in den Stadien 1 bis 3 validiert.

Woran sehen Sie, dass Validation für Menschen mit Demenz wohltuend ist?

Frau A sieht wie wohltuend Validation ist am *Gesichtsausdruck, an der Haltung, Mimik, Ausdruck und an der Stimme* der desorientierten Menschen.

Frau B erkennt Validation als eine wohltuende Methode an der *Körperhaltung, am Verhalten, dass der Betroffene wieder Freude an etwas hat*. Dieser *bleibt nicht sitzen, sondern steht auf oder sucht Arbeit*. Das führt zu einer *Steigerung von Zufriedenheit* und die *Betroffenen kommen wirklich zur Ruhe*.

Frau C kann beobachten wie wohltuend Validation ist an der *Körperhaltung, Mimik und Gestik*. Die *Muskelspannung lässt nach* und die *Gesichtszüge entspannen sich*. Zudem wird der *Atemrhythmus ruhiger*.

Das Sprechen mit einer ruhigen, liebevollen Stimme, sowie die Anpassung der Mimik und Gestik an den dementen Menschen, lassen ihn sich verstanden fühlen, was sich in seinem Gesichtsausdruck, seiner Körperhaltung, dem Atemrhythmus und der Muskelspannung

widerspiegelt. Dass Validation wohltuend ist, zeigt sich beim Betroffenen auch in seiner Zufriedenheit, die er ausstrahlt. (Feil et al. 2013a: 87–99) Dies wird von den Expertinnen genauso geschildert.

Welche Techniken sind besonders wertvoll/ geeignet?

Frau A, die nach Richard arbeitet, sagt: *„Ich nehme etwas wahr, ich versteh was der Auslöser war und weiß um den Antrieb dieser Handlung. Ich spreche es aus und dann lenke ich um“*. Diese *Technik muss auch immer zur eigenen Persönlichkeit passen*, sagt sie.

Frau B findet die Techniken *zentrieren, beobachten, sich einstellen und dann die Anpassung der Techniken an die Gegebenheiten* sehr wichtig. Aber auch *umformulieren und offene Fragen, wer, wo, was, wie, wann*.

Frau C sieht zentrieren als die wichtigste Technik an. Zudem sind wiederholen, umformulieren, w-Fragen, verankerte Berührungen sowie singen und nonverbale und verbale Techniken sehr hilfreich.

Feil hat eine große Vielzahl an Validationstechniken entwickelt, die im Umgang mit dementen Menschen hilfreich sind. Zentrieren ist die wohl am häufigsten angewandte Technik, wie dies auch Frau B und Frau C bestätigen. Die w-Fragen gehören auch dazu, sowie das Wiederholen und Umformulieren des Gesagten, das aktive Zuhören, die verankerten Berührungen und auch singen. Die Technik sollte an die Person und dessen Stimmung angepasst werden, laut Feil. (Feil et al. 2013a: 87–99) Dies äußerte auch Frau B in ihrem Interview. Richard möchte eine erleichterte Kommunikation zwischen den Betroffenen und den Betreuern herstellen, was auch Frau A als hilfreich und notwendig wahrnimmt, besonders mit der Methode des Umlenkens. (EVA 2015: online)

Grobkategorie 3: Angehörige

Nehmen mehr Männer oder Frauen Kontakt zu Ihnen bzgl. Validation auf? Wie erklären Sie sich das?

Frau A teilt mit, dass *insgesamt mehr Frauen die Beratung aufgesucht haben* und das waren *hauptsächlich Angehörige*. Auch sind die pflegenden Kinder *hauptsächlich die Frauen*. Wenn ausnahmsweise ein *Mann seine Frau gepflegt hat*, so hat auch er *Kontakt aufgenommen*. *Männer haben laut Frau A andere Schwerpunkte, sie nehmen auch früher Hilfen an*. Dennoch erwidert Frau A: *Die Vorstellung hält an, dass Frauen besser pflegen können*.

Frau B erklärt kurz und knapp: *Mehr Frauen. Weil Frauen mehr diese Aufgabe übernehmen*.

Frau C erzählt, dass *im Kurs für Angehörige mehr Frauen* sind. Es gibt jedoch einen *riesen Bedarf an Männern bei den Betroffenen*, wie sie die Erfahrung gemacht hat. *Es sind die Frauen und die Schwiegertöchter und die Töchter, die pflegen. Frauen sind für die Familie*

verantwortlich, sie machen vor Gefühlsthemen nicht die Augen zu im Gegensatz zu den Männern. Männer sind einfach total überfordert und Frauen haben die Verantwortung, sagt sie.

Die Erfahrung und Wahrnehmung der Expertinnen deckt sich mit der Aussage von Ehlers. Diese bestätigt, dass immer noch mehr Frauen demente Angehörige pflegen. Nach ihrer Untersuchung sind es 73% Frauen, die in Deutschland dementiell erkrankte Personen betreuen. (Ehlers 2010: 10)

Zu welchem Zeitpunkt nehmen Angehörige Kontakt zu Ihnen/ zum Validationskurs auf? Gab es Auslöser?

Frau A erzählt, dass die meisten Angehörigen erst *in relativ fortgeschrittenem Stadium* der Betroffenen Kontakt zur Demenzberatung aufgenommen haben. *In der Anfangszeit lehnt der Betroffene Hilfen eher ab. Für Angehörige ist es ein ungemein großer Schritt über den Wunsch des Betroffenen hinwegzugehen und sich zu informieren und Hilfe zu holen, sagt sie aus Erfahrung.*

Frau B bemerkte, dass viele Angehörige Informationen *zur Entzerrung des Alltags* benötigen und sich deshalb Hilfe holen.

Frau C hat bei vielen Angehörigen bemerkt, dass sie Kontakt zu ihr aufnehmen, *wenn sie nicht mehr weiter wissen und hilflos sind.*

Die meisten Angehörigen beginnen erst dann Informationen über Hilfsangebote zu holen, wenn sie das Gefühl haben zu versagen und zu wenig Zeit für die Betreuung haben. Sie sind dann oft ratlos und hilflos und mit der gesamten Situation überfordert. (Hirsch 2012: 69) Zu Beginn der Demenz einen Arzttermin oder eine Beratungsstelle aufzusuchen, ist oft nicht möglich, da sich der Betroffene entweder weigert oder die Gedächtnislücken noch gut verbergen kann. Dies ist der Grund weshalb die meisten Angehörigen erst sehr spät Unterstützung holen und sich dies auch erst dann trauen. (BMG 2014: 14) Auch die Ergebnisse der Experteninterviews benennen und bestätigen dies.

Wie ist die Situation der Angehörigen, wenn sie zu Ihnen kommen?

Frau A beschreibt die Situation der Angehörigen, dass sie dann kommen, wenn sie *einfach nicht mehr miteinander klar kommen und die Stimmung sehr geprägt ist von einem scharfen Ton.* Dadurch, erklärt sie, *verstärken und spitzen sich die eher negativen Eigenschaften zu. Man fühlt sich überfordert, angebunden, hat unheimlich Mitleid, man ist wütend, schreit, hat wiederum ein schlechtes Gewissen, was ungemein belastend ist.*

Frau B sagt, dass die Angehörigen dann kommen, wenn sie *von ihrer häuslichen Situation überfordert sind*. Sie benötigen *unbedingt Offenheit* in ihrem Umfeld und *wollen die Situation verändern und suchen nach Möglichkeiten das zu tun*.

Frau C sieht bei den Angehörigen, dass sie *absolut überfordert* sind. *Sie fühlen sich oft allein gelassen und haben ganz viele Fragen*, wenn sie zum Angehörigenkurs kommen. Sie wirken für Frau C *hilflos und überfordert*.

Die Angehörigen sind meistens rat- und hilflos, was auch die Expertinnen bestätigen. Diese Überforderung kann dann zu gesundheitlichen Problemen führen wie z.B. Schlafstörungen und Erschöpfungszustände. Die ständige Unruhe der Betroffenen bis hin zum Verlust der Tagesstruktur können Angehörige angespannt, unangemessen, sogar aggressiv in ihren Verhaltensweisen gegenüber dem Betroffenen reagieren lassen. (Hirsch 2012: 69–70) Bekommt der Angehörige keine Unterstützung durch die Familie oder erhält sogar Vorwürfe anstatt Dankbarkeit, fühlt er sich isoliert und mit der gesamten Situation allein gelassen. (BMG 2014: 71–74) Dies stellt Frau C häufig in den Angehörigenkursen fest.

Über welche Belastungsaspekte berichten Angehörige?

Frau B sieht die Belastungsaspekte der Angehörigen darin, dass *der Mensch mit Demenz nicht den Appellen an die logische Einsicht folgt* und dieser *immer wieder das gleiche erzählt*. Die Betroffenen *stehen nachts auf und wollen zur Arbeit gehen*, die Angehörigen klagen daraufhin *über unterbrochene Nächte*. Auch *am Tag können sie Ruhephasen nicht einhalten*. *Die Freiräume für einen selber schwinden immer mehr*, erzählt Frau B.

Frau C sieht als Belastungsaspekt das *zeitliche Problem* und die enorme *emotionale Belastungssituation* der Angehörigen. Sie können *nicht schlafen und sind zerrissen*. Hinzu kommen *körperliche Aspekte* und die *Erschüttertheit*. Sie sind *psychisch, emotional und körperlich sehr belastet*.

Da Angehörige die Betroffenen oft ununterbrochen betreuen, vernachlässigen sie häufig ihre Hobbys und Interessen sowie ihre Freunde. Das ist sehr belastend für die Angehörigen, da sie somit keine Freiräume mehr haben. (BMG 2014: 71–74) Diese enorm hohe subjektive und objektive Belastung der Angehörigen wirkt sich häufig negativ auf die physische und psychische Gesundheit aus. (Ehlers 2010: 9) Je länger die Pflege und die Betreuung andauern, desto mehr nimmt die Belastung der Angehörigen zu, laut Kastner et al. (Kastner et al. 2014: 219) Sowohl Frau B als auch Frau C bestätigen diesen Umstand durch ihre Aussagen in den Interviews.

Gibt es für Sie Anzeichen, wann deren Belastung weniger wird? Wenn dies zutrifft, wodurch?

Frau A bemerkt, dass Angehörige *entlasteter sind, wenn sie sich Informationen über das Krankheitsbild holen*. Auch wenn sie *darüber sprechen können und spüren, dass man verstanden wird*. Zur *Erleichterung hinzu, kommen mehr Wissen und Strategien des Umgangs* über den Betroffenen.

Frau B erkennt dies an der *Akzeptanz der Verhaltensweise* und wenn die Angehörigen *für sich selber besser Sorgen können*. Dann ist der *Stress weg* und sie *haben ihre Grenze erkannt*. Viele Angehörige teilen Frau B mit, dass das *Zentrieren* am meisten geholfen hat.

Frau C stellt fest, dass die Angehörigen *entspannter* sind. Sie kommen *nicht mehr mit so einer großen Körperanspannung* in den Angehörigenkurs und sie berichten sie *haben mal wieder durchgeschlafen und wussten wie sie in den verschiedensten Situationen reagieren sollen*.

Je besser sich die Angehörigen über das Krankheitsbild informieren und auch Hilfe annehmen können, desto entlasteter werden sie. (Bayer-Feldmann 2009: 1) Diese Aussage benennen auch die Expertinnen. Des Weiteren ist ein würdevoller, akzeptierender Umgang möglich, sobald sich die Angehörigen emotionale Begleitung und psychologische Unterstützung holen. (Bartholomeyczik et al. 2010: 339) Damit sorgen sie besser für sich und dadurch verringert sich ihre Belastungssituation, was sie z.B. besser schlafen lässt und was ihren Handlungsspielraum vergrößert. Auch dies deckt sich mit den Aussagen der Experten.

Welche Techniken sind besonders beliebt bei Angehörigen?

Frau A bemerkte wie wichtig die *innere Haltung* für die Angehörigen ist und *das Wissen um Demenz und die Symptome*. Sie benennt *drei hilfreiche Schritte: Wahrnehmen, Benennen und dann Ablenken*.

Frau B findet das *Zentrieren* sehr wichtig, sowie die *Anpassung von Mimik, Gestik und Körperhaltung*. Aber auch das richtige Verhältnis von *Nähe und Distanz*. Ebenso erwähnt sie ist die *Empathie zu sich selbst* von großem Vorteil.

Frau C weist daraufhin wie relevant das *Durchatmen, also zentrieren* ist, sowie *emotionale Fragen* an die Betroffenen zu stellen und einen *Handlungsspielraum zu bekommen*.

Frau B und Frau C betrachten das Zentrieren als eine der wichtigsten und hilfreichsten Techniken für Angehörige. Mithilfe des Durchatmens können sich Angehörige von negativen Gefühlen distanzieren und dadurch können sie empathisch zu sich und den Betroffenen sein, wie das Feil beschreibt. (Feil et al. 2013a: 87) Jedoch sind für Angehörige alle Techniken der Validation hilfreich, die dem dementiell erkrankten Menschen eine wertschätzende Haltung entgegen bringen. (Feil et al. 2013a: 86–87) Die Expertinnen sind voller Überzeugung von der Wichtigkeit der Validationstechniken für Angehörige.

Wie verändert sich die Kommunikation der Angehörigen und der Betroffenen wenn sie Validation anwenden? Erläutern Sie das bitte.

Frau A sieht die Veränderung in der Kommunikation darin, dass die Angehörigen die Betroffenen *nicht mehr mit Defiziten konfrontieren*. Aus dieser *inneren Überzeugung verändert sich dann auch der Ton untereinander*.

Frau B beobachtet eine *größere Gelassenheit* in der Kommunikation und *sie können durch Berührung und singen eine Beziehung herstellen*.

Frau C stellt fest, dass es überhaupt *wieder zu Kommunikation kommt* zwischen den Angehörigen und dem Betroffenen. *Kontakt und Gespräche entstehen wieder*.

Die Angehörigen können anhand bestimmter Validationstechniken einerseits einen Zugang zur Welt des dementiell erkrankten Menschen erhalten und andererseits kann dadurch erst wieder eine gemeinsame Kommunikation stattfinden. (Brüggemann et al. 2009: 118) Besonders Berührungen und auch gemeinsames Singen, baut Vertrauen auf und lässt die Betroffenen gelassener werden. (Feil et al. 2013a: 99) Die sichtbar positive Veränderung der Kommunikation zwischen den Angehörigen und Betroffenen durch Validation, wird von den drei Expertinnen bestätigt.

Welche Auswirkungen hat es dann auf den Umgang?

Frau A sagt, die *Angehörigen gehen auf die Ebene, auf der der Kranke ist*, was sich positiv auf den Umgang auswirkt. *Sie müssen sich auf diese Ebene einlassen. Das muss einem einleuchten, man muss es verinnerlichen*. Dann entsteht der *richtige Ton* und die *Erleichterung ist da*.

Frau B erklärt, dass *der Umgang bedürfnis- und gefühlsorientierter und kreativer in dieser Hinsicht wird*. Die *Angehörigen achten weniger darauf wie der Tisch aussieht, sondern welche Menschen drum herum sitzen*. Dann verändert sich auch der Umgang untereinander.

Frau C erwähnt, dass die *Gefühle der Angehörigen nicht mehr so im Vordergrund stehen*. Dadurch *entspannt sich der Umgang, die Scheu vor dem Menschen mit Demenz geht verloren* und auch *Krisensituationen werden anders gemanagt*.

Der Umgang wird mithilfe von Validation positiv beeinflusst. (Brüggemann et al. 2009: 110) Besonders durch ein verständnisvolles und akzeptierendes Gegenübertreten wird dem Betroffenen vermittelt, dass er zur Ruhe kommen und sich wohlfühlen darf. (Schwarz 2009a: 47) Der Angehörige sollte in der Lage sein seine eigenen Gefühle wahrzunehmen und zu wissen, dass sie sein Handeln beeinflussen können. (Feil et al. 2013a: 87) Zudem hat die Stimmlage eine enorme Auswirkung auf den Umgang. Aber nicht nur der Klang und die

Geschwindigkeit der Stimme sind von wesentlicher Bedeutung, sondern auch der Gesichtsausdruck, wie dies auch Frau A bestätigt. (Feil et al. 2013a: 88)

Grobkategorie 4: Sonstiges

Wo sehen Sie Grenzen bei der Validation?

Frau A sieht die Grenzen der Validation *bei Menschen, die ungemein unruhig sind*. Selbst wenn die Pflegekraft den Betroffenen immer anspricht, *im Vorübergehen validiert*, gibt es auch welche, die trotzdem darauf nicht reagieren. Damit meint sie, dass nicht bei jedem Validation hilfreich und anwendbar ist.

Frau B sagt: *„da Validation auf Empathie beruht, sehe ich die Grenze schon in der zeitlichen Anwendung. Ich kann auch nur so tief gehen mit einer Emotion, so wie der andere das auch zulässt“*.

Frau C sieht die Grenze darin, wenn man *nicht in der Lage* ist, die eigenen *Gefühle bei Seite zu stellen*.

Wie auch schon die drei Expertinnen im Interview erzählt und bestätigt haben, stellt Validation hohe Ansprüche an die Angehörigen. Zum einen kann die ständige empathische Haltung eine Grenze und auch Schwierigkeit für die Angehörigen darstellen und zum anderen kann auf sie sehr viel Druck ausgeübt werden, wenn all die verbalen und nonverbalen Verhaltensweisen der dementiell erkrankten Menschen erkannt und interpretiert werden sollen. (Brüggemann et al. 2009: 123)

Was wünschen Sie sich für die betreuenden/pflegenden Angehörigen?

Frau A wünscht sich für Angehörige, *dass es die Angebote, die sie brauchen auch gibt. Dass sie diese auch annehmen*, dass sie insgesamt *Hilfe annehmen* und dass die freie Zeit, die dadurch entsteht, sie auch für sich nutzen können, um Kräfte zu tanken.

Frau B fände es schön, wenn die Menschen *großen Respekt und eine Akzeptanz für die Leistung, die die Betreuenden jeden Tag aufbringen*, erhalten würden. Zudem, *dass das soziale Umfeld die Menschen dort unterstützt, dass es natürlich wird, dass man sich gegenseitig unterstützt und die Offenheit hat, dass ein Mensch ohne Scham, sondern mit großem Selbstverständnis sagen kann, meine Mutter, mein Vater, mein Lebensgefährte ist dement. Dass ich mir die Hilfe holen kann, die ich brauche*, ist ein weiterer Wunsch von Frau B, ebenso, *dass so viele Angehörige wie möglich Validation lernen*.

Frau C wünscht sich das *Thema in der Gesellschaft* öffentlicher zu machen und dass sich *niemand mehr schämt, wenn er einen dementen Angehörigen* hat. Sie befürwortet mehr *Validationskurse für Angehörige* und dass insgesamt *jeder Angehörige Kontakt zu Validation* bekommt.

Nummer zwei der elf von Feil beschriebenen Prinzipien besagt: *„Mangelhaft orientierte und desorientierte alte Menschen sollten akzeptiert werden, wie sie sind: Wir versuchen nicht, sie zu verändern“* (Feil et al. 2013a: 17). Und schon gar nicht zu verleugnen, weil sich die Angehörigen und die Betroffenen schämen. Das Thema Demenz sollte in unserer Gesellschaft noch mehr thematisiert werden, wie es auch Frau B und Frau C befürworten. Damit kann auch eine Isolation oder gar Ausgrenzung der Angehörigen und Betroffenen vermieden werden. (Hirsch 2012: 7) Verständnis, Akzeptanz und Respekt sollte selbstverständlich sein. Verdrängung und Verleugnung helfen weder den Betroffenen noch den Angehörigen. (BMG 2014: 14) Zudem sollte dem Wunsch aller Expertinnen nachgekommen werden, dass genügend Hilfsangebote für pflegende und betreuende Angehörige zur Verfügung gestellt werden. Denn Angehörige profitieren von der Kommunikationsmethode in großem Umfang. Sie erhalten Handwerkszeug für den alltäglichen Umgang, was alle entlastet. (Brüggemann et al. 2009: 123) Wie auch die Expertinnen im Interview sagen, sollten alle Angehörigen die Möglichkeit haben Validation zu lernen oder einen Validationskurs zu besuchen.

8 Diskussion der Ergebnisse

Die Diskussion der Ergebnisse im Hinblick auf die Fragestellung: „Inwiefern kann Validation für Angehörige, die an Demenz erkrankte Menschen betreuen, hilfreich und entlastend sein?“, wird im Folgenden beschrieben.

Bei der Auswertung der 15 Fragebögen des Angehörigenkurses zeigt sich, dass überwiegend Frauen (14 Frauen und 1 Mann) im mittleren bis höheren Alter den Kurs besuchen und sechs der Angehörigen ihre Mutter pflegen und betreuen. Die hochbetagten dementen Menschen leben entweder allein, mit ihrem Ehemann oder in einer sonstigen Betreuungsform, wie dem Seniorenheim, oder mit einer 24 Stunden Betreuungskraft. Vergesslichkeit, ständige Wiederholungen, Verwirrtheit und Unzuverlässigkeit sind die am häufigsten angegebenen Erkennungsmerkmale einer dementiellen Erkrankung, die die Angehörigen der Betroffenen bemerkt haben. Die meisten Angehörigen wussten nicht, was auf sie als Betreuungsperson zukommt. Zu Beginn waren sie hilflos, überfordert, was die Wortwahl und die wechselnden Gemütszustände betreffen. Sie verstanden das Verhalten des dementiell erkrankten Menschen nicht, mussten lernen ruhig und geduldig zu sein und den Zustand zu akzeptieren, in dem sich der Betroffene befindet. Viele Angehörige sind mit der Situation überfordert und belastet, so dass sie angaben, auch unter körperlichen Symptomen wie z.B. Schlafstörungen zu leiden. Drei Angehörige gaben an, ausreichend Unterstützung von Familienmitgliedern und Freunden zu bekommen und drei verneinten dies. Alle, sowohl die Angehörigen als auch die Interessierten, haben Kraftquellen, um sich von der Betreuungsarbeit zu erholen. Die Angehörigen und Interessierten besuchten den Kurs aus ganz unterschiedlichen Anlässen. Die einen hatten Interesse am Thema, wünschten sich mehr Informationen zum Umgang mit dementen hochbetagten Menschen, oder einfach Beratung für Angehörige. Die Anderen waren von Hilflosigkeit und Überforderung gezeichnet. Durch die Annahme der Situation, die Akzeptanz der Verhaltensweise der Betroffenen, Tipps zum angemessenen Umgang, das Wissen über die Krankheit und darüber, dass es anderen Angehörigen genau so geht, sowie die Aufforderung, dass es wichtig ist, auch die eigenen Bedürfnisse zu beachten, bewirkte, dass das Stressempfinden der Angehörigen weniger wurde und das Wohlbefinden des Betroffenen sich verbesserte. Letztendlich kann gesagt werden, dass sich der Stresslevel aufgrund des Kurses bei allen Teilnehmern positiv verändert hat. Des Weiteren spielten die gelernten Validationstechniken eine wichtige Rolle, besonders die Techniken Zentrieren, Spiegeln, Wiederholen und die W-Fragen ließen den Handlungsspielraum der Angehörigen größer werden, woraufhin sich der Umgang mit dem dementiell erkrankten Mensch entspannte und das Vertrauen wiederhergestellt wurde. Ein paar Teilnehmer erzählten, dass sie dank Validation wieder eine Kommunikation mit dem dementen Menschen herstellen und sie sich wieder annähern konnten, da beide ruhiger und gelassener sind. Die primären

Wünsche der Teilnehmer des Kurses sind, dass vermehrt Angehörigenkurse angeboten werden, es mehr Validationslehrer zur Unterstützung gibt und es mehr Offenheit und Aufklärung in der Bevölkerung über das Krankheitsbild Demenz geben soll.

Die Auswertung der Fragebögen der Angehörigen und der Experteninterviews decken sich weitgehendst. Die Experten sagten, wie wichtig es ist, das Verhalten des dementen Menschen zu akzeptieren, indem sein Verhalten für gültig erklärt, validiert wird. Dadurch werden die Beweggründe für das Verhalten verstanden und ein Zugang zur Erlebniswelt des Betroffenen geschaffen. Die Validationsanwender erachten Zentrieren, eine gute Beobachtungsgabe und Empathie als hilfreichste Techniken der Validation. Zudem sind die Validationstechniken Wiederholen, Umformulieren, W-Fragen, verankerte Berührungen und gemeinsam singen äußerst effektiv und unterstützend. Der Betroffene fühlt sich, wird bei ihm Validation angewendet, sehr entlastet, er wird ruhiger, fühlt sich angenommen und beginnt seine Gefühle auszudrücken. Validation wird als wohltuende Methode wahrgenommen, sowohl für den dementiell erkrankten Menschen als auch für die Angehörigen, da dem hochbetagten Menschen Wertschätzung, Respekt und Achtung entgegen gebracht wird. Dadurch verändert sich sein Gesichtsausdruck im positiven Sinne, seine Haltung und sein Gang werden aufrechter, auch seine Mimik und Gestik verändert sich sowie der Ton in seiner Stimme. Die Experten erzählten im Interview auch von einem Frauenüberschuss, sei es in der Demenzberatung oder bei den Kursen für Angehörige. Die Angehörigen nehmen vorwiegend Kontakt zu Validationsanwender, Beratungsstellen oder Kursen auf, weil sie sehr überfordert sind. Sie sind ratlos, brauchen Hilfe und viele Informationen. Die Experten sehen auch die enorme Belastung der Angehörigen. Dies zeigt sich durch deren Schlafstörungen z.B. aufgrund der unterbrochenen Nächte. Die Belastung der Angehörigen nimmt ab, sobald sich diese öffnen, darüber sprechen und merken, sie sind nicht allein mit dieser Thematik, wenn sie sich Informationen über das Krankheitsbild der Demenz holen und Strategien zum Umgang mit den Betroffenen erlernen. Validation ist eine sehr hilfreiche und entlastende Methode für Angehörige, da die Angehörigen den Betroffenen akzeptieren wie er ist, ihn nicht mehr mit seinen Defiziten konfrontieren, sondern mithilfe der Validationstechniken den Kontakt verbessern können und Gespräche entstehen. Dadurch wird der gesamte Umgang entspannter und entlasteter, auf beiden Seiten.

Letztendlich kann festgestellt werden, dass die Ergebnisse, sowohl der Experten als auch der Angehörigen, die einen Fragebogen ausgefüllt haben, ein einheitliches und übereinstimmendes Bild ergeben.

Im Hinblick auf die Zukunft wäre es wichtig, eine größere und breitere Zielgruppe zu erreichen und Angebote weiter auszubauen. Daher wäre der erste Schritt mehr Kurse für Angehörige anzubieten, über Demenz und die Kommunikationsmethode der Validation zu

informieren, sowie präventiv zu arbeiten. Hierbei sollten auch Maßnahmen des Gesundheitsamtes unterstützend angeboten werden.

Obwohl im Landkreis Reutlingen eine gute Versorgungsstruktur besteht und es viele Angebote, sowohl von privaten Anbietern, als auch von Seniorenheimen und Demenzberatungsstellen gibt, sollte es noch gezieltere Angebote und Vorträge geben, um noch besser Angehörige und Betroffene zu erreichen. Von wesentlichem Vorteil wäre die Veranstaltung so breitgefächert aufzustellen, dass sie für Alle interessant ist und auch für jede Altersgruppe, auch für diejenigen, die mit dem Thema Demenz noch nicht oder nur sehr wenig in Berührung gekommen sind.

Durch eine verstärkte und verbesserte Zusammenarbeit zwischen den Gemeinden im Landkreis, den Experten und dem Gesundheitsamt könnten vorhandene Ressourcen genutzt werden, um die Prävention und Information über Demenz und Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige und Betroffene auszubauen und präziser zu gestalten. Dabei sollte auch eine Absprache der angebotenen Veranstaltungen getroffen werden, um ein großes Publikum in der Stadt und auf dem Land zu erreichen.

9 Fazit/ Handlungsempfehlung

Die zu Beginn entworfene Frage: „Inwiefern kann Validation für Angehörige, die an Demenz erkrankte Menschen betreuen, hilfreich und entlastend sein?“, wird beantwortet und die Ergebnisse werden sowohl von der Fragebogenerhebung als auch von den Experteninterviews kurz zusammengefasst und anschließend bewertet.

Erst durch die Zusammenarbeit mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz des Gesundheitsamtes Reutlingen wurde diese Forschungsfrage entwickelt. Dies geschieht auf dem Hintergrund der Tatsache, dass weltweit sehr viele, 2010 waren es ca. 44 Millionen Menschen von einer Demenzerkrankung betroffen waren. In Deutschland leben ca. 1,5 Millionen Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind (DAIzG 2015: online) Die steigende Lebenserwartung bringt neben einigen hoffentlich schönen Lebensjahren auch eine Zunahme der Demenzerkrankungen mit sich. Dies kann vor allem für die Angehörigen zu einer großen Herausforderung werden. Je länger die Pflege dauert, desto mehr nimmt die Belastung der Angehörigen zu, da die Erkrankung sich stets weiter entwickelt bzw. verschlimmert. (Kastner et al. 2014: 219) Validation, eine Kommunikations- und Umgangsmethode, hilft Angehörigen mit bestimmten Validationstechniken besser mit den Betroffenen in Kontakt zu treten, so dass sich die Situation für beide entspannt. Ohne Unterstützung, auch seitens der Familienmitglieder, haben die Angehörigen oft das Gefühl zu versagen, zu wenig Zeit zu haben, sie sind rat- und hilflos. Ihre Überforderung kann zu gesundheitlichen Problemen wie Schlafstörungen, Magenschmerzen und Erschöpfung führen. (Hirsch 2012: 69–70) Validationsanwender und Angehörige können durch Validation einen Einblick in die Lebenswelt des Menschen mit Demenz bekommen und können deshalb verstehen, warum sie respektvoll und emphatisch mit den dementiell erkrankten Menschen umgehen und diese weder verurteilen noch bewerten sollen. Mithilfe der Validation wird der eigene Handlungsspielraum erweitert. Zudem kann Stress abgebaut werden und die entstehende innere Ruhe und Entspannung überträgt sich somit auch positiv auf den Betroffenen.

Alle Teilnehmer waren nach dem Kurs weniger gestresst und hatten gelernt, wie sie auf sich und den Betroffenen besser achten können. Durch die Informationen im Kurs, die Tipps und das Wissen das vermittelt wird, sind die Teilnehmer weniger hilflos. Der Austausch mit anderen Angehörigen und das Wissen, dass es allen ähnlich geht, sind wertvoll und unterstützend. Die Angehörigen können die Situation besser annehmen und die Verhaltensweisen der Betroffenen besser akzeptieren, was als große Hilfe erlebt wird. Die meisten Teilnehmer erlebten die Techniken Zentrieren, Spiegeln, Wiederholen, die W-Fragen und die wohlthuende Abgrenzung, die dadurch entsteht, als hilfreich und unterstützend. Ebenso hilfreich sei es zu lernen, sich in die andere Person hineinzusetzen, sie mit ihren Augen zu sehen, um ihre Gefühle wahrzunehmen und

auszudrücken, also das Arbeiten auf der Gefühlsebene. Mithilfe von Validation fühlen sich die Betroffenen verstanden und wahrgenommen, dadurch wird der Umgang entspannter, eine bessere Kommunikation findet statt und das Vertrauen wächst. Die gegenseitige Achtsamkeit ist von großer Bedeutung. Dadurch ist der dementiell erkrankte Mensch ausgeglichener, ruhiger, gelassener, er fühlt sich verstanden, akzeptiert und ist dankbar. Das sieht man deutlich, da der Betroffene vermehrt lacht, weniger aggressiv ist, die Anweisungen akzeptiert und weniger diskutiert. Fazit ist somit, Validation und die dazugehörigen Techniken bringen für beide Seiten, in den sonst angespannten Situationen, Entlastung. Validation ist hilfreich und unterstützend. Die Aussagen der Experten decken sich mit den Aussagen der Teilnehmer des Kurses.

Was die Experteninterviews betrifft, so konnte anhand der Validationstechniken gezeigt werden, dass sich der Betroffene verstanden, anerkannt und wertgeschätzt fühlt. Er darf sich so verhalten, wie er sich verhält und dafür gibt es einen Grund. Der Mensch mit Demenz reagiert auf eine Kombination von Haltung und Technik, er kann Vertrauen bilden, immer mehr Nähe ist möglich und er kann sich auch immer mehr öffnen. Dadurch kann der Betroffene seine Gefühle ausdrücken, verbal oder durch sein Verhalten, woraufhin bei ihm Entspannung eintritt. Mithilfe der Validationstechniken atmen die Menschen tiefer durch, lächeln und wirken konzentrierter. Sie bleiben mit einem Gefühl der Zufriedenheit zurück, wie dies eine Expertin feststellt. Validation ist hilfreich und entlastend, da sie einerseits eine wohltuende Methode für desorientierte alte Menschen ist und dies am Gesichtsausdruck, an der Körperhaltung, an der Mimik und Gestik, am Ausdruck und an der Stimme sichtbar wird und andererseits für die Angehörigen einen Handlungsspielraum eröffnet. Beide lernen auf einer Ebene wertschätzend zu kommunizieren. Der Betroffene hat nun wieder Freude, er bleibt nicht sitzen, sondern steht auf oder sucht nach Arbeit. Das führt zu einer Steigerung von Zufriedenheit und die Betroffenen kommen wirklich zur Ruhe. Von den Expertinnen werden die Techniken Zentrieren, Beobachten, sich auf das Gegenüber einstellen und das Anpassen der Techniken an die Gegebenheiten, als hilfreich und unterstützend angesehen, auch das Umformulieren, offene Fragen sowie die W-Fragen. Alle drei Expertinnen erzählen während des Interviews, dass vermehrt Frauen Kontakt zu ihnen aufgenommen haben. Die Kontaktaufnahme fand erst statt, als die Angehörigen nicht mehr weiter wussten, rat- und hilflos, psychisch und physisch sehr belastet waren. Mithilfe des Kurses lernten die Angehörigen die Verhaltensweisen des Betroffenen zu akzeptieren und besser für sich selbst zu sorgen, ihre persönliche, individuelle Grenze zu erkennen. Des Weiteren helfen ihnen die Informationen über das Krankheitsbild. Durch Validation entwickelt sich eine Gelassenheit zwischen dem Betroffenen und dem Angehörigen und dank der nun wieder stattfindenden Kommunikation können sie durch Berührungen oder gemeinsames Singen eine vertraute Beziehung herstellen und eventuell wieder gemeinsame Gespräche führen. Es wäre sehr

wünschenswert, wenn jeder Angehörige von dementiell erkrankten Menschen einen Validationskurs besuchen könnte, um dem Betroffenen Verständnis, Akzeptanz und Wertschätzung entgegen bringen zu können und sich dadurch auch selbst zu entlasten.

Verständnis, Akzeptanz und Wertschätzung sind Voraussetzung in der Kommunikation und Interaktion zwischen Menschen mit und ohne Demenz. Es sind im Wesentlichen die Grundpfeiler der Gesprächsführung nach Rogers. Er spricht von Empathie, Akzeptanz und Kongruenz, damit Kommunikation möglich wird und gelingen kann. Unterstützend für die Kommunikation ist auch Friedemann Schulz von Thun mit seiner Theorie des „Kommunikationsquadrates“, auch „4 Ohren Modell“, genannt. Er geht von drei unterschiedlichen Beziehungsformen aus: „Verstehen – Verständnis – Einverständnis“. Mit diesen drei Haltungen kann ich meinem Gegenüber begegnen. Ziel ist, Klarheit auf der Beziehungsebene des Gespräches zu erlangen. Dabei ist es äußerst wichtig, zu meinen Werten und Anliegen zu stehen, ohne meinen Gegenüber dabei zu entwerten, sondern ein Verständnis für ihn zu entwickeln. Sollte auch ich nicht in der Lage sein Verständnis für ihn aufzubringen, so sollte ich wenigstens versuchen ihn zu verstehen. (Schulz von Thun et al. 2012: 33–39)

Kommuniziert ein Mensch, so kann dies auf mindestens vier Ebenen geschehen, er ist auf vierfache Weise wirkungsvoll. Jede Aussage beinhaltet vier Botschaften zugleich, ob gewollt oder ungewollt. Es ist eine Sachinformation (worüber ich informiere), eine Selbstkundgabe (was ich von mir zu erkennen gebe), ein Beziehungshinweis (was ich von dir halte und wie ich zu dir stehe) und als viertes ein Appell (was ich bei dir erreichen möchte). Im Jahr 1981 hat Schulz von Thun die vier Seiten einer Aussage als Kommunikationsquadrat aufgestellt. Die Aussage kommt von den „vier Schnäbeln“ des Senders und erreicht dabei die „vier Ohren“ des Empfängers. Sowohl Sender als auch Empfänger sind für die Kommunikation und deren Gelingen verantwortlich. Gerade Angehörige und Menschen mit einer Demenz kommunizieren auf unterschiedlichen Ebenen. Damit der dementiell erkrankte Mensch die Botschaft des Angehörigen überhaupt verstehen kann, interpretiert das Gehirn des Betroffenen das, was er aus der Kommunikation wahrnimmt und versteht. Dabei kann es aufgrund der Erkrankung zu noch mehr Fehlinterpretationen und Missverständnissen kommen. (Schulz von Thun 2016: online) Hier kann die Kommunikationsmethode Validation sehr unterstützen.

Ausblick und Handlungsempfehlung:

In Zukunft wird sich die Pflege von an Demenz erkrankten Menschen zu einer großen gesellschaftlichen Herausforderung entwickeln. Wegen des demografischen Wandels wird sich die Anzahl der dementiell erkrankten Menschen weiter erhöhen, während die Anzahl pflegender Angehöriger bzw. Professioneller zurück gehen wird. Aus heutiger Sicht ist das

eine kaum zu bewältigende Anforderung, die neue Überlegungen bezüglich der Unterstützung fordert. (Bartholomeyczik et al. 2010: 339–340)

Dabei ist sowohl an mehr Unterstützung von Seiten der Männer, die jetzt noch eine untergeordnete Rolle bei der Pflege spielen, zu denken, aber auch an finanzielle Unterstützung, d.h. z.B., dass Validationskurse nicht nur für Angehörige bezuschusst werden, sondern auch für Interessierte, also präventiv aber auch, dass vermehrt Validationsfachkräfte, „Menschenflüsterer“ ausgebildet und angestellt werden. Gerade die notwendige vermehrte Unterstützung in der Pflege durch Männer betont Frank Micheel in einem Interview vom 05.06.2015 in der Südwestpresse. War 2010 das Verhältnis potenziell Pfleger zu Pflegebedürftigen 7:1, wird es 2030 auf 4:1 und 2050 auf 2:1 geschätzt. Dies wird eine zunehmende Herausforderung für die Gesellschaft darstellen, für Frauen und Männer. (Clasen 2015: Zeitung)

Darüber hinaus sollte in der Gesellschaft noch mehr Offenheit dem Thema Demenz entgegen gebracht werden, damit sich die Angehörigen nicht schämen müssen, wenn sie Unterstützung benötigen. Vermehrt sollten Angebote zum Thema „betreuende und pflegende Angehörige und deren Aufgaben“ angeboten werden. Wichtig ist auch die konkrete Information, über Hilfsangebote für Angehörige, die die Betroffenen selbst pflegen, über ambulante Pflege und über mögliche Unterstützungen, sei es finanziell oder mithilfe von Kursen. Dabei wäre es erforderlich noch mehr Werbung zu machen, sei es in den verschiedensten Einrichtungen oder auch im Internet, um alle Altersgruppen anzusprechen und auch alle Schichten zu erreichen. Nicht nur in der Stadt sollten Angebote stattfinden sondern auch in ländlichen Gebieten, da dort noch mehr Betroffene von den Angehörigen gepflegt werden und diese noch weniger Unterstützung annehmen wollen. Die Belastung der Angehörigen nimmt stetig zu und die Gesundheit und das Wohlbefinden der Angehörigen leiden sehr darunter.

Gerade auch durch die demografische Veränderung, den Zerfall traditioneller Familien wird es wichtig sein, auch alternative Wohnformen für ältere Menschen zu entwickeln. Erste Ansätze gibt es schon. Es entstehen Wohngemeinschaften für Demenzpatienten und ganze Demenzdörfer. Das erste Demenzdorf in Deutschland gibt es in Hameln, entstanden nach dem Vorbild des holländischen Demenzdorfes De Hogeweyk. Das alternative Pflege-Konzept ähnelt wohl eher einer Hotelanlage als einem üblichen Pflegeheim. Ob Demenzdörfer wirklich eine gute Lösung sind oder eher eine „Ghettoisierung“, wie wir dies aus dem Behindertenbereich kennen, bleibt abzuwarten. (Zerback 2015: online)

Auf jeden Fall sind wir alle, Angehörige, Betroffene, Experten, die Gesundheitsämter und die Krankenkassen gefordert, uns mit dem Thema Demenz auseinanderzusetzen, oder wie Sabine Bode sagt: „*Frieden schließen mit Demenz*“. (Bode 2014)

Literaturverzeichnis

- Bartholomeyczik, S.; Halek, M.; Müller-Hergl, C. et al. (2010): Institut für Forschung und Transfer in der Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz: Konzept. Witten, 2010.
- Bayer-Feldmann, C. (2009): Das Wichtigste 7. Die Entlastung pflegender Angehöriger. Berlin, 2009.
- Becker-Scharwatz, R.; Schäfer, G.; Hassinger, S. et al. (2015): Demenzwegweiser. für den Landkreis Südliche Weinstraße und die Stadt Landau.
- BMBF (2015): Demografischer Wandel - den Wandel aktiv gestalten. Hg. v. Bundesministerium für Bildung und Forschung, zuletzt geprüft am 16.08.2015.
- BMFSFJ (2014): Länger zuhause leben. Ein Wegweiser für das Wohnen im Alter. 6. Auflage. Berlin, 2014.
- BMG (2010): Geistig fit im Alter. Durch Ernährung, Bewegung und geistige Aktivität.
- BMG (2014): Wenn das Gedächtnis nachlässt. Ratgeber für die häusliche Betreuung demenziell erkrankter Menschen. 10. aktualisierte Auflage. Berlin, 2014.
- Bode, S. (2014): Frieden schließen mit Demenz. 2. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta. Online verfügbar unter <http://www.gbv.de/dms/faz-rez/FD1201403084213072.pdf>.
- Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hg.) (2009): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3., grundlegend überarb. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).
- Brüggemann, J.; Brucker, U.; Eben, E. et al. (2009): Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Essen, 2009.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015): Bundestag verabschiedet Präventionsgesetz. Bonn, zuletzt geprüft am 16.08.2015.
- Clasen, A.: Männer müssen sich mehr an der Pflege beteiligen. In: Südwest Presse, zuletzt geprüft am 16.08.2015.
- DAIzG (2015): Weltalzheimer-Tag. Hg. v. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Berlin, zuletzt geprüft am 16.08.2015.
- Destatis (2015): 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden, zuletzt geprüft am 16.08.2015.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2015): „Hilfe beim Helfen“ – eine Schulungsreihe für Angehörige von Menschen mit Demenz. Berlin. Hans-Jürgen Freter, Friedrichstraße 236, 10969 Berlin.
- DGPPN (2009): S3-Leitlinie "Demenzen". Kurzversion. Bonn, 2009.

- Diehl-Schmid, J. (2013): Das Wichtigste 11: Die Frontotemporale Demenz. Berlin, 2013.
- Drach, L. (2011): Das Wichtigste 14 – Die Lewy-Körperchen-Demenz. Berlin, 2011.
- Ehlers, A. (2010): Ausgewählte Handlungsfelder der vernetzten ambulanten Demenzversorgung – Ein Literaturüberblick. Dortmund, 2010.
- EVA (2015): Willkommen bei EVA. Hg. v. European Validation Association. Krumpendorf am Wörthersee, zuletzt geprüft am 16.08.2015.
- Feil, N.; Klerk-Rubin, V.d. (2013a): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 10., durchges. Aufl. München: Reinhardt (Reinhardts gerontologische Reihe, 16).
- Feil, N.; Klerk-Rubin, V.d. (Hg.) (2013b): Validation in Anwendung und Beispielen: Der Umgang mit verwirrten alten Menschen. 7., aktualisierte und erweiterte Auflage. München, Basel: Reinhardt.
- Geiger, A. (2011): Der alte König in seinem Exil. München: Hanser. Online verfügbar unter <http://www.gbv.de/dms/faz-rez/FD1201102042996322.pdf>.
- Grossmann, B.; Hellwig, A.-C. (2015): Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Präventionsgesetz im Bundestag verabschiedet. Hg. v. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. Bonn.
- Gutzmann, H. (2000): Das Wichtigste 6 - Die nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer-Krankheit. Berlin, 2000.
- Haupt, M. (2012): Das Wichtigste 3. Die Diagnose der Alzheimer-Krankheit und anderer Demenzerkrankungen. Berlin, 2012.
- Haustein, T.; Mischke, J. (Hg.) (2011): Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Deutschland. Unveränd. Nachdr., August 2011. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Im Blickpunkt).
- Hirsch, R.D. (2012): Demenz - Ende der Selbstbestimmung? Vorträge der Tagung des Deutschen Ethikrates 2010 ; [Tagungsdokumentation]. Berlin: Dt. Ethikrat. Online verfügbar unter <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/tagungsdokumentation-demenz.pdf=4LF>.
- ICD Code (2015): Demenz bei Alzheimer-Krankheit. Hamburg, zuletzt geprüft am 16.08.2015.
- Kastner, U.; Löbach, R. (2014): Handbuch Demenz. [Fachwissen für Pflege und Betreuung]. 3. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Kuckartz, U. (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz-Juventa.

- Kurz, A.; Grimmer, T. (2012): Das Wichtigste 5: Die medikamentöse Behandlung der Demenz. Berlin, 2012.
- Lämmler, G. (2015): Demenz und Morbus Alzheimer, zuletzt geprüft am 16.08.2015.
- Landratsamt Reutlingen (2015): Kommunale Gesundheitskonferenz. Reutlingen. Online verfügbar unter <http://www.kreis-reutlingen.de/kgk>, zuletzt geprüft am 16.08.2015.
- Langbein, K.; Martin, H.-P.; Weiss, H. (2014): Bittere Pillen. Nutzen und Risiken der Arzneimittel ; ein kritischer Ratgeber. Überarb. Neuausg. 2015-2017, 82. Aufl. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Laske, C.; Morawetz, C.; Buchkremer, G.; Wormstall, H. (2005): Präventive Maßnahmen bei demenziellen Erkrankungen. Hg. v. Deutsches Ärzteblatt. Tübingen. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/46896>, zuletzt geprüft am 30.12.2015.
- LGA (2015): Für mehr Gesundheit in Baden-Württemberg: Wir bündeln Kompetenz auf Landesebene. Hg. v. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. Stuttgart.
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5., überarb. und neu ausgestattete Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz-Studium).
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz. Online verfügbar unter http://ebooks.ciando.com/book/index.cfm/bok_id/1875625.
- Müller-Hergl, C.; Kitwood, T.M.; Hermann, M.; Güther, H. (Hg.) (2013): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 6., erw. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Pflege).
- Reitinger, E.; Heimerl, K.; Hoppe, M. et al. (2015): Empowerment von Angehörigen und Inklusion von Menschen mit Demenz. Klagenfurt, Wien, Graz, 2015.
- Schulz von Thun, F. (2016): Das Kommunikationsquadrat. Hg. v. Schulz von Thun-Institut für Kommunikation. Hamburg. Online verfügbar unter http://www.schulz-von-thun.de/index.php?article_id=71, zuletzt geprüft am 16.01.2016.
- Schulz von Thun, F.; Kumbier, D. (2012): Impulse für Kommunikation im Alltag. 2. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt (Miteinander reden, 62656).
- Schwarz, G. (2009a): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Witten, 2009.
- Schwarz, G. (2009b): Umgehen mit demenzkranken Menschen und herausforderndem Verhalten. Stuttgart, 2009.

- tagesschau.de (2015): Welt-Alzheimer-Bericht 2015. Zahl der Demenzkranken steigt. Hg. v. tagesschau.de. Online verfügbar unter <https://www.tagesschau.de/ausland/alzheimer-demenz-101.html>.
- Welling, K. (2004): Der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood. ein bedeutender Bezugsrahmen für die Pflege von Menschen mit Demenz, 2004.
- WHO (2015): Dementia. Hg. v. World Health Organisation, zuletzt geprüft am 16.08.2015.
- Zerback, S. (2015): Leben mit dem Vergessen. Deutschlands erstes Demenzdorf in Hameln. Hg. v. Deutschlandradio 2015. Online verfügbar unter http://www.deutschlandradiokultur.de/leben-mit-dem-vergessen-deutschlands-erstes-demenzdorf-in.1076.de.html?dram:article_id=321286, zuletzt geprüft am 28.01.2016.

Anhang

Interviewfragen

Validation

- Was sind Ihre Erfahrungen mit Validation? Können Sie das genauer erklären?
- Welches Ziel verfolgen Sie mit der Validation?
- Welche Fähigkeiten bringen Sie mit?
- Was können Sie bei Menschen mit Demenz beobachten, wenn Sie Validationstechniken anwenden? Wie reagieren diese darauf?
- Wann setzten Sie Validation ein?
- Welche Erfahrung haben Sie mit Validation in Krisensituationen gemacht?
- Hat Validation Ihre Haltung demenzen Menschen gegenüber, rückblickend bis heute, geändert? Begründen Sie das.

Demente Menschen

- Wo wohnen die meisten Betroffenen, die validiert werden? /An welchen Orten erreichen Sie die meisten Betroffenen?
- In welchem Stadium befinden sie sich?
- Woran sehen Sie, dass Validation für Menschen mit Demenz wohltuend ist?
- Welche Techniken sind besonders wertvoll/ geeignet?

Angehörige

- Nehmen mehr Männer oder Frauen Kontakt zu Ihnen bzgl. Validation auf? Wie erklären Sie sich das?
- Zu welchem Zeitpunkt nehmen Angehörige Kontakt zu Ihnen/ zum Validationskurs auf? Gab es Auslöser?
- Wie ist die Situation der Angehörigen, wenn sie zu Ihnen kommen?
- Über welche Belastungsaspekte berichten Angehörige?
- Gibt es für Sie Anzeichen, wann deren Belastung weniger wird? Wenn dies zutrifft, wodurch?
- Welche Techniken sind besonders beliebt bei Angehörigen?
- Wie verändert sich die Kommunikation der Angehörigen und der Betroffenen wenn sie Validation anwenden? Erläutern Sie das bitte.
- Welche Auswirkungen hat es dann auf den Umgang?

Grenzen

- Wo sehen Sie Grenzen bei der Validation?
 - Allgemein?
 - Bei Angehörigen?

Abschlussfragen

- Was wünschen Sie sich für die betreuenden/pflegenden Angehörigen?

Transkribierte Interviews

Interview Frau A

I: Was sind Ihre Erfahrungen mit Validation? Können Sie das genauer erklären?

E: Also ich kam zu Validation, weil ich Menschen erlebt habe zuhause und im Heim, die unruhig sind, die für Außenstehende verrückte Dinge tun und ich habe mir gewünscht einen Ansatz zu finden, wo man da einwirken kann und nach allem was ich mir angeguckt hab, war das für mich Validation. Ich seh's für mich nicht als therapeutischer Ansatz, sondern für mich des Umgangs der für alle Menschen wichtig ist und insbesondere für Demenzkranke und als ich die Ausbildung gemacht habe, hat mein Mann immer gesagt, da kannst du ruhig öfter hingehen, das tut uns allen gut. Weil ich das dann irgendwo im normalen Alltag nimmt man das wahr und neigt sehr dazu das zu bewerten mit Demenzkranken wie auch mit im normalen wie auch persönlichen Umfeld. Und das war der Grund weshalb ich mich damit befasst habe und meine Erfahrung ist die, es setzt eine innere Haltung voraus, die Haltung, dass dieser Mensch der dement so ist und darauf hat er keinen Einfluss. Parallel aber geprägt ist von seiner primären Persönlichkeit, die trotzdem, trotz allem immer im Vordergrund steht, hauptsächlich auch am Anfang. Und wenn ich die innere Haltung hab, dieser Mensch macht das was für ihn und seiner Logik logisch erscheint und dann noch diese, bei der Nicole Richards ist es ganz stark, es gibt einen Auslöser für ein Verhalten und es gibt einen Antrieb für ein Verhalten und wenn ich diese Dinge weiß, wenn ich Bescheid weiß über Antriebe, menschlichen Handelns und wenn ich weiß was ein demenzkranker Mensch in einer bestimmten Situation erlebt und was diesen Auslöser für sein Handeln gibt, z.B. dass er mit ner kleinen Zahnbürste jetzt anfängt den Boden zu schrumpfen, kann man sagen, mein Gott jetzt ist er vollkommen durchgedreht, ich kann auch sagen, guck dir das an, jetzt putzt die mit der Zahnbürste den Boden, aber so hat sie's ja gelernt. Als Hausfrau ist man pünktlich, ist man sauber und wenn ein Fleck da ist, macht man den auch gleich raus. Jetzt halt mit ner normalen Bürste und nicht mit ner Zahnbürste, aber der Antrieb ist die Pünktlichkeit und der Ehrgeiz als Hausfrau macht man sauber und dann geh ich total anders ran. Sie sind vielleicht ne Hausfrau, da wird wieder sauber gemacht und dieser Ansatz hilft ungemein, dass der Mensch spürt, dass ich ihn wertschätze und er wird ganz anders reagieren und ich habe festgestellt, wenn man so mit umgeht, dass man sieht, wahrnimmt, dass man es behält, kann man auch den Schritt machen, abzulenken, dann kann ich ganz einfach in kritischen Situationen entschärfen, zuhause wie im Heim krieg ich mehr mit und der Mensch ist zufrieden und glücklich und weniger aggressiv. Also das sind meine Erfahrungen und wenn man innerlich verarbeitet, das als innere Haltung hat, dann macht man das laufend jeden Tag und dadurch kommt unheimlich und ich meine dadurch kommt für jegliches Personal, vom Heimleiter übers Pflegepersonal bis zur Küche und zuhause genauso. Also das find ich wirklich was ganz, ganz wichtiges.

I: Welches Ziel verfolgen Sie mit Validation?

E: Mir wäre wichtig für den Kranken, dass er die Stärken die er hat leben kann und die Defizite die er hat, dass man die versteht und ihm Brücken baut, dass er nicht mit seinen Defiziten konfrontiert wird und dieses nicht konfrontieren mit Defiziten und die Wertschätzung seines, so wie er ist, das verändert sich ja laufend, das gibt ihm das Gefühl ich bin ok, und das macht ihn ruhig und damit meine ich ist das grob im Alltag schon geregelt. Und für Personal und Familien tritt sofort ne Erleichterung ein, also, wenn ich konfrontiere kommt Aggression und wenn ich das nicht mache und nicht mit Defizite immer aufzähle und dann gehört natürlich dazu, wenn ich diese innere Haltung habe, dann stimmt auch mein Ton, der Ton macht die Musik und bei Menschen die dement sind, die weniger verstehen und infolgedessen immer weniger von dem umsetzten können, was ich sage für die ist der Ton ganz, ganz wichtig und deshalb meine ich, wenn man hinter Validation steht und es nicht als Trick 17 nutzt, sondern mit ner inneren Haltung ran geht, dann meine ich, kann überhaupt nichts schief gehen, weil denn da stimmt meine Haltung, das was ich sage und mein Ton und dadurch bin ich kongruent. Ein Mensch der immer weniger versteht, der hat ganz, ganz

feine Antennen wenn jemand nicht kongruent ist oder wenn er kongruent ist und das ist meines Erachtens der Schlüssel zu allem.

I: Was können Sie bei Menschen mit Demenz beobachten, wenn Sie Validationstechniken anwenden? Wie reagieren diese darauf?

E: Sie reagieren nicht aufschreiend und aggressiv sondern sie werden ruhiger, weil sie sich angenommen fühlen und dadurch hab ich auch, also z.B. gestern, vorgestern traf ich jemand sie sagte, sie wird nie vergessen, da hatten sie im Pflegeheim ne Fortbildung und da ging es darum jemand hat sein Geld verlegt und hat es gesucht und das ganze Pflegeheim hat mitgesucht und das haben sie als Fall eingebracht und dann hätte ich gesagt, also da wäre das erste was ich zu der Frau gesagt hätte, ihr Geld ist weg, das ist ja furchtbar, gell da ist man total aus dem Häuschen, wenn man sucht und es nicht findet. Dann haben alle gesagt, das haben wir noch nie gesagt. Aber erst dadurch, dass derjenige merkt, ich kapiere wie furchtbar das für ihn ist, ist es wie und dann schalte ich um und sage, aber jetzt suchen wir, aber ich hab schon... aber wie heißt das so schön. Vier Augen sehen mehr wie zwei. Aber da haben sie recht und dann kann man da weiter machen und dann irgendwann kann ich sagen, hören sie mal jetzt bin ich aber bissle müde vom suchen, sollen wir zwischendurch einen Kaffee trinken. Ha wenns sein muss und dann ist die Situation entschärft. Also so in dieser Art, nur so kann ich ein Herz aufschließen und nicht bloß bei Dementen, auch bei normalen Menschen kann ich auch nicht nur Ratschläge geben und sagen was sie zu tun haben, so erreiche ich überhaupt nichts. Ich erreiche nur etwas, wenn derjenige spürt, der andere versteht mich und wenn ich das als Trick 17 einsetze, meine ich kommt es nicht an. Aber wenn ich weiß und das muss ich wissen als Begleiter von Demenzkranken über die generationstypischen Prägungsmuster dieser Generation, dann weiß ich auch was Geld für eine Rolle spielt. Das ist nicht bloß Geld, das ist Anerkennung, das ist was ganz, ganz Wichtiges und deswegen versteckt man es ja auch, damit es niemand findet. Also, wenn ich das weiß, dann weiß ich auch was es bedeutet, wenn derjenige das sucht, das kommt rüber und das spüren sie, da bin ich davon überzeugt.

I: Welche Erfahrungen haben Sie mit Validation in Krisensituationen gemacht?

E: Das würde ich als Krise bezeichnen, was ich grad beschrieben habe. Bei der Nicole Richards da sagt man das Validieren in der Krisensituation und das Validieren im Vorübergehen. Dieses Validieren im Vorübergehen wäre so für diese Menschen die immer in sich versunken dasitzen oder ewig unruhig sind, weil denen die eigene, sie sehen nicht mehr wie sie ihren Tag strukturieren können, sie sehen nicht was können sie vielleicht tun, sie sind furchtbar unruhig, weil das von früher, das schaffen und machen, das arbeitet innerlich aber vorne kommt nichts mehr raus, und das gibt diese Unruhe. Und wenn ich diesen Menschen sag, ich validiere im Vorübergehen, das würde bedeuten, dass jeder der vorbei geht, sie immer anspricht und dieses Ansprechen bedeutet: ich nehme dich wahr. Dass wenn ich vorbei laufe, sage ich Frau Mayer sitzen sie schon da und warten sie aufs Essen und wenn ich zurück komme, sage ich jetzt gibt's bald essen oder ich streiche nur drüber und sage manchmal ists einem auch bisschen langweilig, gell. Egal was, ich spreche den anderen an und der andere sieht, aha ich werde wahrgenommen. Und wenn das konsequent durchgezogen wird, dann kehrt eine Ruhe ein und eine Präsenz.

I: Hat Validation Ihre Haltung demenzen Menschen gegenüber, rückblickend bis heute, geändert?

E: Ja, und sie hat auch meine Haltung gesunden Menschen gegenüber geändert. Wobei es mir leichter fällt Demenzkranke es durchzuziehen. Im privaten Kreis habe ich manchmal auch eine Wut und denke mir ne, verdammt nochmal, da erleichtert es mir zu wissen, dass der andere so keine Kontrolle mehr darüber hat, aber ich finde, dass auch der Umgang unter Gesunden dann nur davon profitieren würde von dieser Haltung. Des Wahrnehmens und nicht bewertens.

I: Wo wohnen die meisten Betroffenen, die validiert werden oder die Sie in der Demenzberatung betreut haben?

E: Also ich denke das ist eine Konzeption die wurde fürs Heim entwickelt, wie alles bei uns. Wobei ich im Rahmen der Alzheimerberatung ganz viele Kurse gemacht habe, für... auch für Angehörige. Also ich habe im Rahmen für Schulungen für Angehörige das genauso gemacht. Es gab bei allen Schulungen die ich gemacht habe, war Validation eigentlich immer dabei. Wobei ich denke ganz egal welcher Ansatz es war, ob Feil oder Richards, es gibt eine Theorie und ganz vieles muss ich auch [... Unterbrechung durch den Ehemann]. Ich glaube schon, dass das Hauptanwendungsgebiet der Heimbereich ist, ich habs auch in den Schulungen für Angehörige und für Semiprofis, die zuhause betreut werden, war das immer ein Schwerpunkt. Das erste war was ist die Krankheit, wie kann man die Kranken und sein Verhalten verstehen und dann war eigentlich alles was mit Umgang zu tun hat, war immer auf dem Boden der Validation. Von daher fände ich das Umfeld zu schulen, das häusliche Umfeld genauso wichtig wie im Pflegeheim. Die meisten Demenzkranken sind ja, bis zu einem bestimmten Stadium werden sie zuhause versorgt. Ich denk das trifft auch heute noch zu. Da wäre es genauso wichtig aber jemand der z.B. nicht in die Beratung kommt von Angehörigen, der profitiert leider nicht davon. Ich habe oft bei Beratungen festgestellt, wenn ich gesagt habe, für heute kriegt er als Aufgabe mit, ab heute wird nicht mehr konfrontiert und nicht mehr gesagt, was hast du da schon wieder gesagt und gemacht und getan, alles weglassen und die haben sofort rückgemeldet, die Stimmung ist komplett geändert. Nur dadurch und das ist ja nur ein kleiner Teil der Validation. Und beim nächsten Mal haben wir daran weiter gemacht.

I: Woran sehen Sie, dass Validation für Menschen mit Demenz wohltuend ist?

E: Am Gesichtsausdruck, an der Haltung, Mimik, Ausdruck, Stimme, ja.

I: Welche Techniken sind besonders wertvoll oder auch geeignet?

E: Bei der Validation? Also ich kann jetzt nur von der Richards sagen und da hab ich jetzt, ob ich das immer noch genauso mache, wie sie das sagt, weiß ich nicht mehr. Ich nehme etwas wahr an Handlung, ich verstehe was der Auslöser war und weiß um den Antrieb dieser Handlung. Dann benenne ich dieses, angenommen es sitzt jemand da und ist in sich versunken dann sage ich oh, heute sind sie aber traurig und frage nicht sind sie heute traurig? Sondern sag, oh, ich glaube heute sind sie aber traurig, so sitzen sie da. Ich nehme wahr, ich spreche es aus und dann lenke ich um. Das sind so Grundschritte, ich meine, dass man die eigentlich immer machen kann. Die sind mir geläufig und damit komme ich gut klar und so hab ichs auch weitergegeben. Es muss auch immer zur eigenen Persönlichkeit passen und es nützt auch nichts, wenn man irgendwelche Formulierungen sich von irgendjemand was man ganz toll findet, merkt und sagt, oh, das sag ich jetzt auch. Das muss zu einem passen, damit man glaubwürdig ist und bei Demenzkranken die haben da ein ganz, ganz feines Gespür dafür, ob was stimmt, oder ob es aufgesetzt ist. Die Erfahrung hab ich gemacht.

I: Nehmen mehr Männer oder mehr Frauen Kontakt zur Demenzberatung auf?

E: Also ich würde jetzt mal sagen, dass insgesamt mehr Frauen die Beratung aufgesucht haben und das waren fast ausschließlich Angehörige, das waren ganz selten ein Demenzkranker der gesagt hat, das oder das, sondern es waren hauptsächlich Angehörige. Wenn allerdings ein Mann gepflegt hat seine Ehefrau dann hat der auch Kontakt aufgenommen, aber wenn es die Kinder waren, waren es fast immer die Frauen und gepflegt haben von Angehörigen Kindern hauptsächlich die Frauen während bei den Männern, die Männern durchaus genauso engagiert waren, die hatten andere Schwerpunkte, aber die haben dann genauso gepflegt, die haben dann früher Hilfen angenommen, da konnte man sich als Frau ne Scheibe abschneiden aber wenn der Sohn dann die Mutter war, dann hat eher die Schwiegertochter gepflegt. Das fand ich nach wie vor so.

I: Wie erklären Sie sich das, dass mehr Frauen pflegen?

E: Das ist glaub diese Vorstellung. Die hält sich. Mein Mann ist auch davon überzeugt, dass das Frauen besser können.

I: Zu welchem Zeitpunkt nehmen die Angehörigen Kontakt zu Ihnen auf? Gab es einen Auslöser?

E: Also in relativ fortgeschrittenem Stadium generell. Ich weiß noch, wenn sie dann wieder kamen und gesagt haben, Frau F. warum sind wir nicht schon früher gekommen? Wir haben im Anfangsstadium, da macht man so vieles falsch, die Grenze zum veränderten Verhalten, was man komisch findet und Krankheit, die sieht man oft nicht. Und da kommt man oft noch nicht so auf die Idee, dass es das ist und dann kommt noch dazu, dass in der Anfangsdemenz der Betroffene Hilfen eher ablehnt. Wenn jemand Hilfen ablehnt, dann ist das für den Angehörigen ein ungemein großer Schritt über den Wunsch des Betroffenen hinwegzugehen und sich zu informieren und Hilfe zu holen oder z.B. dem Nachbar zu sagen, wissen Sie mein Mann ist in letzter Zeit komisch so geworden, ich hoffe wenn was ist, dann kommen sie zu mir. Da kommt man sich wie ein Verräter vor. Und ich glaube, dass das oft so ein bisschen eine Hemmung ist, sehr früh sich Hilfe zu holen. Also eher Fortgeschritten.

I: Wie ist die Situation der Angehörigen, wenn sie zu Ihnen kommen?

E: Die waren in der Regel schon eher am Ende. Da kommen solche Dinge zusammen, dass man sagt die, die Situation der Kinder ist nochmal ne andere als Ehepartner, dass z.B. ein Ehepartner feststellt sie kommen einfach nicht mehr miteinander klar. Und man reagiert oft noch, also in der Anfangszeit wird noch immer erzählt, dass die Stimmung sehr geprägt ist von einem scharfen Ton, weil der andere einfach nicht mehr so reagiert und Dinge nicht umsetzt. Und gleichzeitig das Gefühl hat, dass sich die eher negativen Eigenschaften verstärken und zuspitzen. Im Alter spitzt sich sowieso schon etwas der Charakter zu. Das merke ich bei mir auch schon. Und dann ist das sehr ausgeprägt und dann gibt das einfach Schwierigkeiten, man fühlt sich Überfordert, man fühlt sich angebunden, man hat unheimlich Mitleid, wird aber auch wütend, man schreit auch manchmal, hat wieder ein schlechtes Gewissen. In diesem Kreislauf drin zu sein, ich glaub das kennen alle Angehörigen von Demenzerkrankten und ist eine ungemeine Belastung und von daher kamen sie immer zu einem Punkt wo sie gedacht haben, jetzt muss was passieren.

I: Was für Anzeichen gibt es, wenn die Belastung weniger wird? Wodurch wird diese weniger?

E: Also ich glaube entlastend ist sich Informationen zu holen übers Krankheitsbild und das wirklich zu verstehen, das Verhalten des Kranken zu verstehen, die Möglichkeit außerhalb der Familie, mal drüber sprechen zu können und zu spüren, dass man da verstanden wird. Begleitend mehr Wissen sich anzueignen, Strategien des Umgangs aufgezeigt zu kriegen und ich habe z.B. auch ganz, ganz oft Familiengespräche gehabt, dass die ganze Familie dasselbe hört zum gleichen Zeitpunkt. Das finde ich auch was ganz Wichtiges. Denn derjenige der hauptsächlich in der Pflege ist, der empfindet sich sehr isoliert. Da kanns dann sein, dass so ne pflegende Tochter von ihrem Mann hört, bleib doch ganz bei deiner Mutter dann bist du zufrieden und wir haben dann auch unsere Ruhe. Die stehen dann auch immer so zwischen den Stühlen. Sie möchten es allen Recht machen, der Familie, den Kindern, den Enkeln und jetzt auch noch dieser Mutter und dann ist ja noch der gesunde Vater der auch nicht mehr klar kommt. Also das ist schon ne ganz schöne Zerreißprobe und das auszuhalten ist schwierig und ich glaube, dass das Reden in der Familie ist sicherlich hilfreich aber noch wichtiger ist es ne Stelle zu suchen wo man neutral drüber reden kann, weil für mich ist es ja, ich bin ja emotional nicht betroffen, ich kann dann so bisschen helfen das Ganze zu sortieren und zu sagen was kommt von was, was ist wichtig zu verändern und da könnte man anfangen. Das ist wie so etwas jemand an die Hand zu nehmen durch diesen Dschungel und das tut ungemein gut, das gibt ne große Erleichterung. Das sind so meine Erfahrungen. Bis hin dann zum Gesprächskreis je nach dem.

I: Welche Techniken sind besonders bei Angehörigen beliebt?

E: Also ich tu mir da bisschen schwer, ich hab da gar nicht viel. Ich meine, dass die Validation in erster Linie, ne innere Haltung ist, die sehr unterstützt wird von dem Wissen um Demenz und die Symptome und dann diese drei Schritte von Wahrnehmen, Benennen und dann auch Ablenken, was die Situation wieder entschärft. Das kann man alles angucken und

wenn man, damit jetzt sage ich mal spielerisch umzugehen, das erfordert dann schon auch ne große Erfahrung. Es sind auch so viele Situationen da kann man nicht groß Überlegen was sagt man jetzt und was nicht, das muss man dann so bisschen aus der Intuition heraus machen. Aber ich glaube so würde ich das dann angucken. Vielleicht ist es bei der Naomi Feil dann ein bisschen anders.

I: Wie verändert sich die Kommunikation zwischen den Angehörigen und den Betroffenen?

E: Sie konfrontieren nicht mehr mit den Defiziten sondern sie lassen es. Und wenn man das aus innerer Überzeugung macht, verändert sich der Ton und der Ton macht die Musik.

I: Welche Auswirkungen hat es dann auf den Umgang?

E: Wenn die immer auf ihrer Position bleiben und verlangen du musst das können und das, die ziehen immer hoch und die Lösung ist, sie gehen auf diese Ebene, auf der der Kranke ist, dann müssen sie nicht mehr so ziehen, weil sie sich auf diese Ebene einlassen müssen und das ist der große Unterschied. Und das muss einem Einleuchten, man muss es verinnerlichen, dann muss man es tun, der richtige Ton und dann ist die Erleichterung da. Aber dieses Annehmen, das ist natürlich für jemand der das beruflich macht so viel leichter, weil man berufliche Distanz hat und keine gemeinsame Lebensgeschichte. Das ist eine Herausforderung.

I: Wo sehen Sie Grenzen bei der Validation?

E: Also ich denke, es gibt schwerpunktmäßig bei Menschen, die ungemein unruhig sind wo z.B. jetzt tagesstrukturierende Maßnahmen oder gemeinsame Aktivitäten wie Tee trinken, singen und Gymnastik und so was, die einfach immer sehr unruhig sind und ewig schreien, das geht den ganzen Tag, da kenne ich Situationen, die habe ich im Heimbereich immer wieder erlebt, kenne ich Situationen wo dann eine gewisse Verbesserung eingetreten ist durch dieses validieren im Vorübergehen wo man also immer wieder wenn jemand vorbei kommt den Kranken anspricht aber es gibt auch welche wo sich das nicht machen lässt. Und das ist dann schon schwierig. Das sind dann vielleicht auch diejenigen wo man dann manchmal sagt, da gibt man eine chemische Keule, wobei ich in meiner Patientenverfügung drin stehen hab, sollte ich dement werden und sollte ich zu diesen Unruhigen gehören, dann wünsche ich mir, dass man auf mich eingeht und ich wünsche mir, dass ich begleitende Maßnahmen habe, aber wenn das nichts hilft, dann möchte ich runter gedämpft werden, weil ich nicht zu denjenigen gehören möchte, wo Personal und alle Angehörigen sagen: um Gottes Willen, jetzt schreit sie schon wieder. Dann sitze ich lieber in meiner Ecke und die anderen können ihr Leben leben. Das war für mich jetzt persönlich, das hab ich ein paar Mal erlebt, das fand ich schon ganz schön happig, für alle anderen auch, weil die haben ja auch eine Würde.

I: Was wünschen Sie sich für die betreuenden und pflegenden Angehörigen?

E: Ich wünsche mir, dass es die Angebote, die sie brauchen auch gibt. Ich glaube es gibt inzwischen ne ganze Reihe und ich wünsche mir, dass sie diese auch annehmen. Das ist bei uns ein bisschen ein Tabu Thema, wir schreien immer was gibt es. Ich meine es gibt relativ viel, ich hab häufig erlebt und es hängt nicht nur am Geld, es gibt auch Menschen die hätten das Geld, es anzunehmen und erschwert wird es dadurch, dass der betroffene Mensch, der Demenz hat, Hilfen ablehnt in der Regel. Und die Angehörigen eher auch, weil sie sich die Frage stellen, sind sie dann noch eine gute Ehefrau und ne gute Tochter wenn sie fremde Hilfe annehmen. Also und da habe ich festgestellt Menschen die z.B. zur Beratung kommen, die vielleicht auch noch Schulungen mit machen oder zu Angehörigenkreis gehen, die tun sich sehr viel leichter dann auch Hilfen anzunehmen und diese freie Zeit, die dadurch entsteht auch nutzen für sich, um Kräfte zu tanken und das finde ich was ganz wichtiges. Dieses Umsetzen und da kenne ich schon einen hohen Prozentsatz von Angehörigen, die sich auch da sehr schwer tun, unabhängig ob es die Hilfen gibt. Und dass wir in Reutlingen viele gute Entlastungsangebote haben, muss ich schon sagen.

Interview Frau B

I: Was sind Ihre Erfahrungen mit Validation? Können Sie das genauer erklären?

E: Ich bin von Haus aus Krankenschwester und Lehrerin für Pflegeberufe und hab in der Zeit von 1990 bis 2001 an zwei verschiedenen Krankenpflegeschulen gearbeitet, hab dann irgendwann an der zweiten Krankenpflegeschule das Fach Altenhilfe übernommen, das war ein Nebenfach in der Krankenpflegeausbildung, in der alten Krankenpflegeausbildung und hab mich dann da so sukzessiv eingearbeitet und dann stößt man dann unweigerlich auf den Umgang mit Menschen mit Demenz und 1992 bis ja um diese Kante rum hat man an den konventionellen Krankenpflegeschulen eigentlich noch Realitätsorientierungs-Training unterrichtet und dann haben mir aber die Schüler mitgeteilt, dass das eigentlich nicht zu verwirklichen ist, dass man Menschen mit Demenz im Krankenhausbereich nur mit entsprechenden Medikamenten und gegebenenfalls auch mit richterlich angeordneter Fixierung beikommt, um sie vor sich selbst, also vor Eigen- und Fremdgefährdung zu schützen und das hab ich auch bei der Praxisbegleitung so erfahren und hab abgesehen davon hab ich das als Krankenschwester auch so praktiziert und dann hab ich aber durch die Distanz mit der Distanz drauf schauen, bei den Begleitungen auch das Not, die Not der Menschen, die eben desorientiert im Krankenhaus sind besser wahrnehmen können und hab mir gedacht, naja, also Realitätsorientierung funktioniert überhaupt nicht und Ablenkung auch nicht. Irgendwie führt das unweigerlich immer zu dieser Medikation und ich erkundige mich mal im Bereich Altenhilfe was die da tun und bin dann in ein Altenheim in der Nachbarschaft von der Krankenpflegeschule und hab dann so ein kleines privates Praktikum gemacht und hab festgestellt, dass die Realitätsorientierung verwenden und dann bin ich nach ein paar, nach einer Zeit des Forschens, auch in der Literatur gestoßen auf Naomi Feil und hab dann ein Workshop mit Naomi Feil in Stuttgart besucht das war im Jahr 1996 und dann war mir das sehr Einleuchtend, dass in diesem desorientierten Verhalten ein Grund liegt, der, dass dieser Ausdruck von Gefühlen und Bedürfnissen, die die desorientierten Menschen so vermitteln dass sie eher in der Vergangenheit stattfinden als hier im Hier und Jetzt dass diese Gedanken nachzugehen, dass da Gefühle dahinter stecken, die nicht zu reduzieren sind auf die Hirnorganische Veränderung, das hat mich fasziniert und dann hab ich mich erkundigt wo man Validation lernen kann und das hab ich seit dem Jahr 1998 dann bei dem Träger bei dem ich jetzt beschäftigt bin beim Landesverein für Innere Mission in der Pfalz e.V. auch tun können und dann hab ich seit 1998 praktisch praktiziere ich jetzt die Validationsmethode in Einzelvalidation und in Gruppvalidation und da ich alle Ausbildungsstufen gemacht habe, arbeite ich seit dem Jahr 2001 auch als Validationstrainerin, sag ich mal so, und unterrichte alle Bevölkerungsgruppen kann man sagen Laien wie Profis, alle die eigentlich im Kontakt sind mit desorientierten alten Menschen trainiere ich in Validation auf den unterschiedlichsten Ebenen. Meine spezielle Erfahrung mit Validationsanwendung ist zunächst was meine eigene Person betrifft, meine Akzeptanz gegenüber Menschen in anderen Lebenslagen ist viel größer geworden, ich kann viel besser damit umgehen, dass Menschen auch Gefühle ausdrücken, speziell desorientierte Menschen. Ich kann gelassener sein, wenn Menschen in medizinischem Deutsch so genannte Herausfordernde Verhalten zeigen, ich reagiere besonnener und ich finde mehr Zugang zu Menschen, die nicht mehr über die Logik kommunizieren und über die Einsicht und über die Vernunft, sondern eben die Gefühle äußern und Bedürfnisse, die manchmal auch sehr schmerzhaft sind und das macht mein Leben reicher, auch glücklicher, zufriedener, das macht mich zufriedener als wenn ich das Gefühl habe, ich habe es mit einem Mensch zu tun, wo ich letztendlich merke ich erreiche ihn nicht und wir gehen aneinander vorbei und das macht mich zufriedener, weil an und für sich dieser Stil des miteinander Umgehens in einer Institution wie im Altenheim oder im Krankenhaus, da es dann doch dorthin gemündet ist, dass wir zur Fixierung gegriffen haben oder zur Medikation und das auch sehr gewaltvoll anwenden mussten.

I: Welches Ziel verfolgen Sie mit Validation?

E: Also es gibt ja so offiziell erklärte Validationsziele, ich glaube das oberste Ziel von Validation ist dem Menschen zu begegnen auf der Basis von Wertschätzung, Respekt und

Achtung, auf wie man's sagt, Augenhöhe. Dem desorientierten Menschen immer im grundgenommen auch einen Partner auf Augenhöhe zu sehen und nicht dieses Gefälle zu haben von hier ich bin der Helfer und du bist der Hilfsbedürftige. Das ist also schon erstmal die Haltung der desorientierte Mensch ist ein Partner in der Kommunikation. Und nur wenn ich ihn so betrachte mit Respekt und Wertschätzung dann kann ich auch erkennen, was er mir mitteilen will, ja. Während wenn ich mich in der Rolle ich bin der Helfer und du bist der Kranken sehe, dann kann ich mich schlecht empathisch auf mein Gegenüber einstellen. Das ist mal das Ziel, also diese Begegnung auf Augenhöhe und dann ist es den Menschen zu begleiten, da wo er ist, ja, also in seinen Schuhen zu gehen und das Begleiten, da wo er ist, das bedeutet ja mit Empathie wahrzunehmen was der Andere mir verbal und nonverbal an Gefühlen und Bedürfnissen mitteilt. Das ist das nächste Ziel. Und dann gibt es, man könnte fast eher sagen Wirkungen von Validation als Ziele, weil wenn ich jetzt dem Mensch dort begegne wo er ist dann ist das andere alle draußen und sag ich mir Validation, bevor ich mich jetzt total einstelle auf die andere Person, sag ich mir Validation hat zum Ziel, dass Menschen wieder deutlicher sprechen, dass Menschen aufrechter sitzen, das passiert wenn wir respektiert werden, dann richten wir auch den Körper auf. Dass man aufrechter sitzt, dass man nicht mehr den ganzen Tag in sich versunken ist mit geschlossenen Augen sondern auch öfter auch wieder sozial in Kontakt tritt, übers rumschauen, übers anschauen, auch übers rufen, dass Menschen sich entspannen können, dass sie Stress abbauen, weil es sich ständig auch in schmerzhaften Gefühle zu befinden, viel Stress bedeutet und Stress blockiert im Grundgenommen die Kognition und dann können auch die Ressourcen, die jeder von uns hat wie Dement er auch immer sein mag, auf die kann ein Mensch dann nicht zurück greifen, wenn er noch zusätzlich Stress hat. Also Validation soll Stress minimieren, es soll dazu beitragen, dass die Menschen ihre schmerzhaften Erlebnisse, sofern sie denn welche Ausdrücken auch ausdrücken dürfen, weil viele der Klienten, die wir jetzt betreuen, die sind in Kriegszeiten, oder auch in traumatisierenden Nachkriegszeiten groß geworden und drücken in der Desorientierung auch verdrängte Lebensinhalte aus, also auch traumatische Erlebnisse aus dem Krieg und diese Menschen sollen das dürfen. Sie sollen gehört werden in ihren schmerzhaften Angelegenheiten und das ist auch ein Ziel der Validation und dadurch eben auch diesen emotionalen Stress loswerden können, immer wieder, weil das ist nicht einmal 5 Minuten zugehört, dann ist es weg, sondern es ist für Validationsanwender sich dieser Situation zu stellen, wie vielleicht ein Hospizhelfer das tut, verstärken den Menschen, mit dem Wissen, dass Gefühle die ausgedrückt werden und validiert, also anerkannt werden, schwächer werden und das ist sicher auch ein Ziel der Validation Menschen zu helfen, in der Desorientierung ihr Leben in ein Gleichgewicht zu bringen, so dass es sich leichter sterben lässt. Und die Gehfähigkeit verbessert sich, das ist auch so ein Phänomen, dass die Menschen dann mehr aufstehen und herumlaufen und auch mehr zutrauen entwickeln, mehr Selbstwertgefühl und das sind auch so meine Ziele, wenn ich Einzel- oder Gruppenvalidation anwende.

I: Welche Fähigkeiten bringen Sie mit?

E: Also ich bringe die Fähigkeit mit mich zu aller erst mich zu zentrieren. Zentrieren ist ein Vorgang, wo ich sage mal so, wo ich mich selber runter zähle und das braucht man unbedingt, gerade wenn ich jetzt hier z.B. das Büro verlassen würde und ich wäre dann so mit meinem Plan unterwegs eine Mitarbeiterin zu begleiten, denn deshalb bin ich auch heute hier in der Einrichtung, wo ich auch Mitarbeiter begleite und im Job trainiere in Validation und diesen Plan verfolge ich jetzt, dann bin ich mit einem bestimmten Vorhaben jetzt unterwegs und das heißt eben nicht Validation. Und jetzt könnte ja sein, dass mir auf dem Flur irgendjemand entgegen kommt, der panisch ruft: Hilfe, Hilfe, wo geht's hier raus. Ich muss hier raus, ich muss schnell heim, meine Kinder warten auf mich. Und wenn ich jetzt in meinen Schuhen weiter gehe, ja, oder versuche schnell die Situation zu lösen und vielleicht tatsächlich ich bin der Helfer und da ist diese Frau in Not ich muss ihr schnell helfen, aber auch meinen Zeitplan einhalten, dann würde die Situation eskalieren, also muss ich mich schnell runter zählen und das runter zählen, ach oh Gott in zwei Minuten muss ich bei meiner Begleitung sein und jetzt ist hier diese Frau, mein ganzer Zeitplan gerät aus dem Gefüge und diese Geschichte ist auch in meinem Kopf, da bin ich ehrlich zu mir und meinen

Gefühlen und jetzt atme ich 3 bis 4 mal tief durch und derweil stelle ich meine Angelegenheiten auf die Seite und dieses Anliegen zur Begleitung zu gehen, muss ich zunächst hinter mich stellen und ich sammle meine Energie in meiner Mitte und ich versuche mit meinem Gleichgewicht in meine Mitte zu kommen und auch meine Panik, dass ich diese Situation vielleicht nicht entzerren kann, all diese Gefühle, die in mir sind, versuche ich jetzt erstmal hinter mich zu stellen, dass ich diese Frau beobachten kann, dass ich überhaupt wahrnehmen kann, was ist mit ihr. Ich müsste also, auch wenn ich vollkommen ohne Zeit bin dem anderen, dem Gegenüber vermitteln können, ich bin jetzt in dieser Situation für dich da, ja. Ich bin jetzt bereit dir zu begegnen auch wenn ich vorher das Gefühl hatte, ich hab überhaupt keine Zeit, jetzt zentriere ich mich, ich bin so gelassen, so in mir, so bei mir, dass ich quasi all meine Belange nach hinten stellen kann. Nicht für eine Stunde, auch nicht für einen ganzen Tag aber für den Moment. Und das wäre der erste Schritt. Die zweite Qualität, die ich brauche, ist eine unbedingte Beobachtungsgabe, weil der nächste Schritt ist zu schauen, diese Frau anzuschauen und anzuhören, das bedeutet, dass ich sehr schnell schaue wie steht sie da, wie kommt sie auf mich zu, sind die Augen weit aufgerissen, ist die Muskulatur angespannt, ja, sind die Schultern oben, unten, ja, wie ist die Körpersprache und wie ist ihr Atemrhythmus, atmet sie schnell, langsam, wie geht sie, ja, hat sie einen tänzelnden, schlurfenden, bestimmten Schritt, tritt sie fest auf, geht sie schnell oder langsam, wie ist der Rhythmus dieser Frau und was drückt diese ganze Körpermimik, Haltung, Atemfrequenz, Bewegungsrhythmus was drückt es aus. Ja, welches Gefühl lese ich an diesem Körper. Welches Gefühl höre ich. Ich höre auf der einen Seite was sagt die Frau aber mindestens genauso höre ich wie sagt sie es. Und im Grundgenommen so ein kleiner Körperscan visuell und auditiv und auch mit dem 7. Sinn weil dieses beobachten, lässt mich in ihre Schuhe gehen. Der nächste Schritt ist, dass ich mich jetzt anpasse. Also ich passe mich mindestens von meiner Mimik und meiner Körperhaltung soweit an, dass wenn ein Mensch der mir ein trauriges Gefühl, Trauer, Angst oder Wut signalisiert, dass ich dem nicht lächelnd oder beschwichtigend gegenüber trete, sondern dass ich die Ernsthaftigkeit dieser Situation in meiner Mimik widerspiegele. Denn ein lächeln in so einer Situation nicht signalisiert ich nehme dich mit deinen Gefühlen ernst. Das ist häufig wenn wir so fürsorglich sind, dann haben wir ein lächeln aber wenn wir empathisch sind dann passen wir uns in unserer Mimik und unserer Gestik, unserer ganzen Körpersprache an dieses Gefühl an, dass der Mensch uns zeigt und auch das Bedürfnis von Distanz und Nähe kann man so anpassen. Also der nächste Schritt ist nach dem ich mit Einfühlungsvermögen beobachtet habe, passe ich meine Körpersprache an die Erfordernisse an und dann brauche ich eine Latte an verbalen und nonverbalen Kommunikationsfähigkeiten um jetzt dem Gegenüber den Raum und die Resonanz auf die Gefühle und Bedürfnisse, die er ausdrückt zu geben und diese verbalen, jetzt geh ich weiter mit dem Beispiel, wenn jetzt diese Frau kommt, sie ist panisch, sie ruft, sie muss dringend heim, da ist was mit ihren Kindern, dann ist jetzt eben die Kunst sie nicht zu belügen sondern sie nach ihrem Gefühl zu befragen, das ist der Unterschied. Ich könnte jetzt sagen mit ihren Kindern ist alles gut, ja, das wäre gelogen vielleicht. Wenn die Frau vielleicht, das müsste man ja auch erstmal erforschen, ob die Frau erwachsene Kinder meint oder die Kleinen. Vielleicht höre ich das auch schon wenn sie sagt sie kommen von der Schule und die stehen jetzt draußen im Kalten. Ich bin schon viel zu spät und die stehen doch im Kalten und mein Bub ist doch krank. Also jetzt höre ich das Gefühl und erkenne es an, anstatt sie zu belügen mit ihren Kindern ist alles in Ordnung, sie sind im warmen und im trockenen, weil die Kinder dieser Frau wenn sie 80 Jahre alt ist und verwirrt, sind erwachsen. Ich Frage also machen sie sich sorgen? , ja. Ich sage nicht mit ihren Kindern ist alles in Ordnung, sondern machen sie sich sorgen. Oder muss man sich als gute Mutter immer Sorgen um die Kinder machen. Und ich frage nach der Vergangenheit. Um wen ihrer Kinder haben sie sich am meisten Sorgen gemacht. Also ich hole das Gefühl im Hier und Jetzt ab und frage dann nach der Vergangenheit. Ich verwende Polarität, ich frage nach dem extremen. Ich frage nicht um wen ihrer Kinder haben sie sich Sorgen gemacht, sondern um wen haben sie sich am meisten Sorgen gemacht. Also das sind jetzt so zwei Beispiele für vielleicht verbale Validationstechniken. Ja, Frau sagt, ich muss heim zu meinen Kindern da ist was passiert, was ist passiert? Und ich nehme verbale Kommunikationsfähigkeiten wie wiederholen, umformulieren, das kennt man auch aus dem

kontrollierten Dialog oder aus dem aktiven Zuhören, weil wir Menschen so anderen Menschen die Bestätigung geben, dass wir das gehört haben was der andere gesagt hat. Und so versuche ich durch die Fragen nach dem Gefühl, nach der Vergangenheit nach dem Hier und Jetzt, nach den Gefühlen und Bedürfnissen im Hier und Jetzt, ja, im Grundgenommen der Person in der Situation Raum zu geben, das auszusprechen was sie sich aussprechen muss und damit geht's im Grunde genommen dem desorientierten Menschen so wie mir, wenn mir meine beste Freundin zuhört und das ohne Wenn und Aber tut, ohne mich zu korrigieren, ohne mich zu beschwichtigen, ohne mich abzulenken, wenn sie mir einfach mit voller Aufmerksamkeit zuhört und sich mit Interesse und mit Einfühlungsvermögen auf mich einstellt vielleicht auch auf der Basis mal ne Frage stellt, dann wird das leichter ums Herz. Dann ist vielleicht meine Trauer oder meine Angst, die ich ihr mitteile, vielleicht nicht ganz weg, aber unter allen Umständen leichter ums Herz. Und wenn's mir leichter ums Herz ist, kann ich weiter gehen. Jetzt ist es so, dass die Validation diese verbalen Techniken und auch die nonverbalen auf die ich gleich noch bisschen eingehen werde mehr angepasst verwendet, d.h. die Menschen mit Demenz befinden sich ja in verschiedenen, medizinisch gesehen, Stadien, von der Validation sprechen immer von Phasen der Desorientierung und je nach dem können die Menschen auch auf mehr oder weniger Kommunikationsfähigkeiten zurück greifen. Ein Mensch am Beginn hat auch noch sehr viele kognitive Anteile und kann offene Fragen, auch wenn sie an die Fakten gerichtet sind, vor allen Dingen, wenn die Fragen an die Vergangenheit gestellt werden, nicht nach gestern, das Kurzzeitgedächtnis ist ja schlecht, aber sie können Fakten und Wissen aus der länger zurückliegenden Vergangenheit noch gut aktivieren und man kann ihnen noch gut offene Fragen stellen, an die Fakten. Wo sind sie geboren z.B. Das kann ein Mensch der schon weiter Fortgeschritten ist in der Desorientierung und an vielen Stunden am Tag in seiner Vergangenheit unterwegs ist, also in seiner Jugendzeit, im jungen Erwachsenenalter, in der Kindheit, im aktiven Berufsleben, dem kann man häufig keine Fragen mehr an die Fakten stellen oder immer weniger aber man kann ihm offene gefühlsgeladene Fragen stellen, man kann nicht Fragen wo sind sie geboren und was hatten sie an ihrem ersten Schultag an. Man kann Fragen, wie hat ihre Mutter ausgesehen, wie hat es gerochen, wenn die Mutter gekocht hat, weil es geht an die Sinne und an das Gefühl, ja, und diese Validationstechniken passen wir also Schritt für Schritt an, wenn ein Mensch die Wörterbuchsprache verloren hat, nehmen wir keine offenen Fragen mehr, sondern geschlossene und wir nehmen zunehmend empathische Kommunikationstechniken dazu, die eben mehr nonverbal sind. Das eine ist das spiegeln der sich wiederholenden Bewegungen und das andere ist das Berühren mit Einfühlungsvermögen. Da gibt's verschiedene Arten. Die man an die Situation anpassen kann, je nach dem welcher Anker jetzt gebraucht wird. Mal mehr die mütterliche Berührung, mal die väterliche, ja, manchmal mehr eine Kind Berührung usw. dann gäbe es noch einen Königsweg, um Gefühle zu validieren, die ausgedrückt werden und das ist das Singen, die Musik. Damit kann man gut Gefühle aufgreifen, verstehen, Resonanz geben. Diese Fähigkeiten, diese verbalen und nonverbalen Validationstechniken an die Situation angemessen zu verwenden, die brauche ich auch.

I: Was können Sie bei Menschen mit Demenz beobachten, wenn Sie Validationstechniken anwenden? Wie reagieren diese darauf?

E: Also als aller erstes würde ich schon sagen, dass der Mensch reagiert auf eine Kombination von Haltung und Technik. Also, wenn ich rein technisch kommunizieren würde und es wäre nicht diese Wertschätzende, einfühlsame Haltung damit verbunden und dieses zentriert sein, dann würde die Technik nichts bewirken. Also die Menschen reagieren so darauf, dass die Vertrauen bilden, da ist dann damit zu merken, dass in einem Prozess des immer wieder validierens immer mehr Nähe möglich ist, ja, also auch innere Nähe, dass die Menschen sich einem auch immer mehr öffnen auch immer mehr vertrauen und mitteilen, das bei Menschen mit vorangeschrittenem Stadium sowas wie wieder erkennen da ist, obwohl man es nicht mehr für möglich hält, ja, dass die Leute dann nicht mehr meinen Namen und meinen Titel wissen, aber einem signalisieren wenn man wieder kommt, ah Gott sei Dank bist du da und es entsteht Vertrauen eben könnte man sagen. Vertrauen ist das

erste und das zweite ist während der Validation man merkt man kommt in Blickkontakt auch mit Menschen, die die Augen geschlossen haben, die Gefühle kommen raus, das hat manchmal zur Konsequenz, dass sie lauter werden, das Gefühl nimmt meistens so einen Bogen, ihre Gefühle und Bedürfnisse aussprechen, dass dann so etwas wie Entspannung Eintritt die mindestens in der Regel so lange anhält wie die Validation dauert. Häufig wenn man dann dem Menschen auf Wiedersehen sagt, kommt wieder so ein zurückschaukeln, der Stress sich wieder aufbaut, man sich weiter zurückzieht, die Unruhe wieder kommt und die Menschen wieder rum laufen, ja, aber in diesem Moment ist deutlich zu sehen, in den meisten Fällen, dass ein Moment der Entspannung entsteht, dass die Menschen tiefer durchatmen, dass die vielleicht auch lächeln mal einen Moment lang, dass sie konzentrierter wirken und dass man sie dann in einem Gefühl der Zufriedenheit zurück lassen kann. Das entsteht in der Validation.

I: Wann setzen Sie Validation ein?

E: Validation wird, jetzt müsste man mal sagen diese individuelle Validation, ich wende Validation an mit einzelnen Personen, wird eingesetzt situativ und regelmäßig, also das hat beide Aspekte. Situativ im Idealfall immer dann, wenn ein Mensch ein schmerzhaftes Gefühl ausdrückt und wir das registrieren, so, das wäre die situative Variante dann eben spontan sich zu zentrieren und sofort darauf einzugehen. Die regelmäßige Variante ist, dass wir ja Wissen, das weiß man sowohl im häuslichen Bereich als auch im Altenheim, dass die Menschen nicht nur, dass die Menschen häufig in der Situation in der sie sind im Grund genommen sich nicht wohlfühlen oder instabil sind oder öfter mal Stress haben und darauf beruht der Aspekt der regelmäßigen Validation. D.h. wenn wir jetzt beispielsweise hier in diesem Haus, da trifft sich heute Mittag das Validationsteam, dann wird besprochen wer in diesem Haus ist jetzt in so einer Lage, in so einer emotionalen instabilen Lage, dass er nicht nur in der Situation jedes Mal wenn er Angst bekommt oder sehr wütend wird, validiert wird. Ein Validationsanwender geht regelmäßig, mindestens einmal die Woche zu ihm und nimmt sich für ihn die Validationszeit, um ihn zu validieren, unabhängig der Tatsache, ob er jetzt das Gefühl der Angst zeigt, wenn er ihn besucht, weil Vertrauen beruht auf Regelmäßigkeit. Wenn er die Erfahrung gemacht hat, es kommt immer wieder jemand, der sich zu uns setzt oder neben uns hergeht oder uns in die Augen schaut und fragt, wie geht's ihnen, auch wenn ich sage es geht mir gut. Wenn dieser Mensch in einer Woche wieder kommt, dann spüre ich mit jeder Faser meines Körpers dieser Mensch schätzt mich wert. Damit hab ich wieder einen Anker einmal die Woche und seien es nur 10 Minuten, da kann ich mein Vertrauen andocken. Das ist, wie wenn ich geboren werde, sag ich mal so, und es ist nicht so, dass mich die Mama ständig im Arm hat, aber sie kommt immer wieder. Das passiert regelmäßig, dass sie immer wieder kommt und daran kann ich andocken und sagen ich kann vertrauen. Dann kann mein Vertrauen, mein Urvertrauen stabilisieren. Wenn ich das aber nicht habe, wenn diese Energie nicht regelmäßig zu mir kommt, dann kann ich das Vertrauen auch nicht bilden. Und jetzt sind die Menschen in der Desorientierung ja in einer Situation die sie so beeinträchtigt, dass sie vielleicht auch Vertrauen verlieren dadurch. Ich könnte mir vorstellen, jetzt verwirrt zu werden, warum auch immer, es so eine bedrohliche Situation, dass ich, dass mein Vertrauen sehr beeinträchtigt wird, in mich selbst, in meinen Fähigkeiten und in meiner Umwelt. Die Umwelt schwimmt ja für mich und wenn ich da so Vertrauensanker habe, regelmäßige Validation, dann kann ich dieses Vertrauen wieder stabilisieren und dann kann ich zwar nicht wieder orientiert werden, aber mich besser in ein System einfinden wie ein Altenheim oder in die Pflegebedürftigkeit oder auch zuhause, im häuslichen Bereich, ja, vielleicht dadurch, dass ich regelmäßig als Person wertgeschätzt werde und da jemand diesen Fokus nur auf mich hat auch zunehmend mit zunehmendem, dass eben die Umwelt jetzt so verschwommen ist und nicht mehr so wie früher

I: Welche Erfahrungen haben Sie mit Validation in Krisensituationen gemacht?

E: Validation ist für mich auf jeden Fall eine Deeskalationsmethode, ja. Erfahrene Validationsanwender können hochemotionale Situationen in ganz großen Bestandteilen entzerren. Wir hatten hier vor Jahren mal so eine kleine, mit Sicherheit keine repräsentative Studie, einfach mal so spontan untersucht, wie ist es mit den Einweisungen in die Psychiatrie

mit den so genannten Hin- und Weglauftendenzen in einer unserer Einrichtung in der Validation sehr gut aufgestellt war, gab es an die 20 Validationsanwender, verteilt auf alle Professionen und dann wurde festgestellt, dass die Einweisungen in die Psychiatrie signifikant abgenommen haben und dass auch das Hin- und Weglaufen begrenzt war auf Menschen, die neu in die Einrichtung gezogen sind, aber im Grund genommen nach 8 Wochen Einrichtungsaufenthalt auch kein Thema mehr war und das ist für mich einfach so ein Symbol zu zeigen, dass es Deeskalierend wirkt.

I: Hat Validation Ihre Haltung dementen Menschen gegenüber, rückblickend bis heute, geändert?

E: Also die Haltung hat Validation nicht verändert, also von Beginn wurde Validation ja schon in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts von Naomi Feil, die Wurzeln stammen aus dieser Zeit, entwickelt und die Haltung war immer Wertschätzung, Respekt und Einfühlungsvermögen. Das ist die Grundhaltung von Validationsanwender schon immer. Was sich geändert hat, dass Feil, das tun wir auch bis heute, sagt, Validation ist ausschließlich für desorientierte, sehr alte Menschen mit der Diagnose spätbeginnende Demenz vom Typ Alzheimer und diese, heute sprechen wir von der originären Zielgruppe Validation ist vom Gesamtkonstrukt her eine Haltung und diese empathische Haltung, ein Bündel an Kommunikationstechnik und eine Theorie, also verschiedene theoretische Grundannahmen. Diese theoretische Grundannahme für diese originäre Zielgruppe, alter, desorientierter Mensch ist eben, dass diese Menschen, dass zunächst der Rückzug in die Desorientierung nicht allein, sondern kognitiv, psychologisch, soziologisch, also sozial und körperlich durchaus an der kognitiven Verfassung einen Anteil haben. Heute hat man festgestellt, dass Validation und die Techniken auch hilfreich sind im Umgang mit jüngeren Menschen mit Demenz. Das Konzept hat sich, ich sag mal, es hat seinen Wirkungskreis erweitert.

I: Wo wohnen die meisten Betroffenen, die Sie validieren?

E: Also ich jetzt als H.N. validiere vorwiegend Menschen im Seniorenheim. Ich trainiere aber Menschen in der ökumenischen Sozialstation und ich trainiere Angehörige, sowohl Angehörige die in unseren Altenhilfeeinrichtungen ihre Verwandten besuchen als auch solche die zuhause tätig sind und ja das ist jetzt ja statistisch so gesehen, dass die Angehörigen den größten Pflegedienst der BRD gesehen sind und nach wie vor die meisten Menschen mit Demenz zuhause betreut werden und das ja auch politisch so gewollt ist, es gibt ja den Grundsatz: Ambulant vor Stationär. Und an und für sich ist das eben so, dass die Menschen in weiter fortgeschrittenen Stadien der Demenz in der Regel im Altenheim anzutreffen sind. Aber heutzutage Menschen so lange wie möglich zuhause leben, mit Validation wäre dies länger möglich, bin ich davon überzeugt, weil sie kommen in der Regel ins Altenheim, weil die Angehörigen sagen jetzt eskalieren die Situationen bei uns zuhause täglich und ich bin mit meinen Nerven vollkommen fertig und ich kann mit diesem anderen Verhalten nicht mehr zurecht kommen. Das ist glaube ich schon ein großer Grund Menschen ins Altenheim zu bringen.

I: In welchem Stadium befinden sich die meisten desorientierten Menschen, die Sie validieren?

E: Die befinden sich in allen Stadien, Phase 1 bis 4.

I: Woran sehen Sie, dass Validation für Menschen mit Demenz wohltuend ist?

E: Also das sehe ich an der Körperhaltung, die sich entspannt, ich sehe es auch am Verhalten hinterher häufig, dass die Menschen nach Validation häufig in der Lage, das ist jetzt auch eine Sache der Bewertung, sind wieder etwas zu tun, Freude an etwas zu haben, aber Validation ist ja eben kein Beruhigungsmittel, das ist meiner Meinung nach so ein Hauptmissverständnis, das aus der Not geboren wurde. Die Menschen sollen ruhig werden und nicht rum laufen, aber Zufriedenheit ist nicht gleich Ruhe. Manche Menschen stehen nach der Validation auch wieder auf. Die bleiben eben nicht sitzen, sondern stehen auf oder suchen Arbeit, ja, oder sie möchten jetzt gerne etwas tun, wie singen, ja, oder erzählen, jetzt

nicht mehr so die schmerzhaften Gefühle ausdrücken, aber erzählen. Das könnte, wenn jetzt mein Mann zuhause validiert ist und er will mit mir erzählen, ja, dann bindet das ja Zeit und dann ist das ja nicht ein Zustand den ich mir gewünscht habe. Validation ist wie gesagt kein Beruhigungsmittel, es führt aber zu einer Steigerung von Zufriedenheit, dass der Mensch sich öffnet, vielleicht auch für andere Aktivitäten, für singen, für vorgelesen bekommen, vielleicht für jetzt einmal Kartoffeln zu schälen, also für Tätigkeiten, die ich vielleicht noch kann, für Musik zu hören und das ist sichtbar. Man kann es sehen am Menschen dadurch, dass er die Schultern nicht mehr so nach oben gezogen sind, dass der Körper nicht mehr so angespannt ist, sondern dass der Körper locker wird, dass das Gehen leichter fällt, dass die Mimik entspannter ist, dass man nicht mehr so grimmig schaut. Man könnte es aber auch daran sehen, dass Menschen, die 3 Tage nur gelaufen sind, bei einem im Arm einschlafen, während der Validation, also wirklich zur Ruhe kommen und im Bett liegen und schlafen. Das Erlebnis hatte ich jetzt letzte Woche gerade. Dass das Beschuldigen weniger wird, auch das in dieser 1. Phase, das Anklagen, dass die Menschen zu ihrem Validationsanwender, der sie regelmäßig validiert, vertrauen gewinnen.

I: Welche Techniken sind besonders wertvoll oder auch geeignet?

E: Es ist an und für sich jede Technik geeignet, aber man muss sich klar machen es ist kein Rezept. Es kommt immer auf die Situation an und aus dem Grund braucht man auch ein Training. Das ist auch der größte Unterschied von jetzt Feil Validation und andere Kommunikationsmodelle, zuerst fragt man das und dann muss man so machen und zum Schluss muss man ein Sprichwort sagen. Ich versteh das Bedürfnis von Menschen nach Rezepten, aber Feil Validation beginnt immer mit Zentrieren, Beobachten, sich einstellen und dann Anpassung der Techniken an die Gegebenheiten und dann braucht man eine gesunde Mischung. Also es könnte jemand zu mir sagen: Ich habe so furchtbar Angst. Ich könnte sagen: Sie haben so furchtbar Angst oder es ist ganz schrecklich für Sie. Also mit der Technik umformulieren. Es geht aber nicht nur allein mit Umformulieren, ich brauch eine Mischung aus Umformulieren, aus offenen Fragen, wer, was, wie, wo, wann, aus Fragen in die Vergangenheit, an das lang zurück liegende Vergangenheit. Nicht an gestern. Und dann kommt man und fragt und: Wie geht's ihnen? Gut. Was haben Sie dann gestern gegessen? Weiß ich nicht. Ja, weil das gestern weiß ich nicht mehr. Das weiß selbst ich nicht mehr. Also, wenn ich also frage, Ihnen geht's gut. Darf ich Sie mal fragen, wo wir jetzt so beisammen sind, wo ist denn ihr Elternhaus? Dann bin ich schon in der Vergangenheit und dann können wir dort spazieren gehen, wo es im Hier und Jetzt nicht geht. Ich brauche also ein gutes Gemisch an Kommunikationstechniken und ich brauche Training in all den Techniken, um sie einzusetzen. Was würde ich für Angehörige sagen? Zentrieren, zentrieren, sie brauchen diese Beobachtung, damit sie wahrnehmen können was für Gefühle und Bedürfnisse äußert denn der Mensch, den ich validiere, ja, damit sie das überhaupt einmal erkennen können. Sie brauchen diese Anpassung von Mimik, Gestik, Körperhaltung, aber vor allen Dingen von Nähe und Distanz, der Angehörige braucht auch ein Training darin festzustellen wie viel Distanz er braucht, also die Validationstechniken umgekehrt. Er braucht auch die Empathie mit sich selbst. Er müsste zuerst für sich feststellen, was ist denn im Moment meine emotionale Lage, meine Gefühle, wo sind meine Bedürfnisse, wie ist es mit meinem Wohlbefinden, ja, und wo habe ich Räume wo ich validiert werde oder wo ich selber meine Bedürfnisse und Gefühle anerkennen lassen kann, weil ich glaube schon, dass ich schon im Leben so einen Raum brauch, ich brauch dieses Maß an Selbstliebe, Selbstachtung, um überhaupt dann in der Situation, dann kann ich in der Situation vielleicht auch mal sagen, jetzt stelle ich meins hinten an. Aber wenn ich nur hinten anstellen muss, dann kann ich irgendwann nicht mehr. Also brauche ich genug Raum, um Selbstliebe für mich, weil dann kann ich die Situation auch mal entscheiden und sagen, jetzt betrachte ich deins. Um auf die Ur-Frage zurück zu kommen, man braucht alle Techniken und man braucht diese gut trainiert, und man braucht dann ein Gespür für die Situation, welche Technik passt.

I: Nehmen mehr Männer oder mehr Frauen Kontakt zu Ihnen auf? Wie erklären Sie sich das?

E: Mehr Frauen. Weil Frauen mehr diese Aufgabe übernehmen.

I: Zu welchem Zeitpunkt nehmen Angehörige Kontakt zu Ihnen auf? Gab es Auslöser?

E: Zunächst müsste von uns jemand erfahren, das geschieht dadurch, dass Angehörige bei uns den Angehörigenkurs besuchen oder einen Vortrag, wir sind auch so in den, bei uns im Land in Rheinland Pfalz gibt es einen Kurs für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Der Kurs wird jetzt mittlerweile, sagen wir mal ist der Träger dieses Projektes die Landeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, aber der wird vor Ort durch die Alzheimer Gesellschaft organisiert und die suchen dann Dozenten und in diesem Kurs übernehmen wir das Modul ‚Zusätzliche Hilfen‘. Dort erfahren Angehörige, dass es Validation gibt und infolge dieser Vorträge rufen dann die Menschen häufig im Zentrum an und sagen, ich hab da eine spezielle Situation, könnte ich die mal mit ihnen besprechen. Also man muss von uns erfahren, meistens ist es dann schon so, dass die Leute schon Kontakt hatten zum Pflegestützpunkt, haben auch schon häusliche Pflege und fragen sich jetzt nach dem das alles schon organisiert ist, was kann ich jetzt zur Entzerrung meines Alltags noch beitragen.

I: Wie ist die Situation der Angehörigen, wenn sie zu Ihnen kommen oder in den Angehörigenkurs?

E: Die Situation der Angehörigen ist häufig, dass sie von ihrer häuslichen Situation überfordert sind aber auf der anderen Seite unbedingt Offenheit haben, sonst kämen sie nicht in so einen Kommunikationskurs. Sie wollen die Situation verändern und sie suchen nach Möglichkeiten das zu tun. Sie sind, häufig haben die Angehörigen dann zunächst einen ganz großen Redebedarf und auch Bedarf nach Austausch, um eben, im Grund genommen ihren eigenen Stress nach außen zu bringen und ihre Überforderung zu thematisieren. Die meisten brauchen eine Lösung, wie sich der Alltag entzerrt. Die meisten haben ein schlechtes Gewissen, sie pendeln so hin und her zwischen ich bin ein schlechter Partner, ein schlechter Sohn, eine schlechte Tochter und weil ich nicht genug tu und weil ich mich so hilflos fühle, diese Situation in der ich mich befinde, aufzulösen, muss ich irgendetwas falsch machen und weil mir eben manchmal der Gaul durchgeht und ich auf den Tisch haue, das kommt so häufig rüber, aber auf der anderen Seite kann das auch so nicht weiter gehen, ich geh hier vor die Hunde. Wenn sich nicht irgendetwas entzerrt.

I: Über welche Belastungsaspekte berichten die Angehörigen?

E: Also sie berichten, das Hauptproblem ist, bezogen auf Desorientierung finden die meisten belastend, dass der Mensch mit Demenz nicht den Appellen an die logische Einsicht folgt, ja, das ist ein Belastungsaspekt. Ein anderer Aspekt ist, dass der Mensch 100-mal und immer wieder das gleiche erzählt. Ein großer Belastungsaspekt ist, dass die Menschen sich nicht mehr an das Bürgerliche Gesetzbuch halten, also die desorientierten Menschen. Der Klassiker ist, sie stehen nachts auf und wollen zur Arbeit gehen. Sie haben diesen so genannten gestörten Tag-Nacht-Rhythmus. Sie vergessen zu essen oder sie vergessen, dass sie gegessen haben und signalisieren immer Hunger. Die Angehörigen klagen über unterbrochene Nächte, dass sie nicht mehr schlafen können, dass sie auch über Tag Ruhe Phasen nicht einhalten können, dass sie das Haus nicht verlassen können, weil sie dann Angst haben, dass der Herd angemacht wird und vergessen wird, dass er an ist oder Wasser läuft usw. Diese Freiräume für einen selber schwinden immer mehr. Sie klagen auch im 2. Satz darüber, dass die Freunde, die Nachbarn, ehemalige Kollegen, die Verwandten, Geschwister sich zurückziehen, dass man mit der Situation auch immer sozial isolierter wird.

I: Gibt es für Sie Anzeichen, wann die Belastung für die Angehörigen geringer wird?

E: Der Stress wird dadurch minimiert, dass die Akzeptanz der Verhaltensweise der Mutter gegenüber entwickelt hat auf der einen Seite auf der anderen Seite aber tatsächlich halt für sich selber besser Sorgen konnte und dadurch, dass sie für sich selber besser Sorgen konnte in Kombination mit der Akzeptanz, war der Stress weg. An und für sich bin ich auf die Rückmeldung der Leute angewiesen. Am Kurs Ende füllen die Teilnehmer immer einen Evaluationsbogen aus, da ist so generelle Rückmeldung, ich kann das Verhalten jetzt besser einordnen, ich hab für mich meine Grenze erkannt und bringe jetzt nicht immer dieses

schlechte Gewissen auf und dann kann ich jetzt gut gelaunt beim Friseur sitzen und die Nachbarschaftshilfe ist bei mir zuhause. Ich kann meine Bedürfnisse mehr Raum geben und kann in der Situation in der ich da bin, dann auch eher da bleiben. Ich habe für mich entschieden, es ist leichter für mich, wenn mein Angehöriger ins Altenheim zieht und ich kann nachts schlafen. Das gibt die unterschiedlichste Auskunft von Leuten und der eine oder andere ruft dann hinterher auch nochmal an, Wochen später, und sagt also das ist unglaublich, was es bewegt hat und es ist wie sie sagen Frau N. wenn ich einfach so präsent bin mit einer innerlichen Anspannung, dann erreiche ich gar nichts und das Zentrieren hat mir am meisten geholfen. So.

I: Wie verändert sich die Kommunikation der Angehörigen und der Betroffenen?

E: Also die Kommunikation der Betroffenen und Angehörigen verändert sich der Gestalt, dass ich denke eine größere Gelassenheit einzieht. Letztendlich auf beiden Seiten und dass sie durch Berührung und singen eine Beziehung herstellen können, vor allem in Phase 4.

I: Welche Auswirkungen hat es dann auf den Umgang?

E: Ich glaube der Umgang wird bedürfnis- und gefühlsorientierter und kreativer in dieser Hinsicht, dass man sich überlegt, wie decke ich meinen Tisch, wie gestalte ich meine Räumlichkeiten, dass ich nicht immer Angst haben muss, dass das Meisner Geschirr in die Brüche geht, dass ich weniger drauf achte wie der Tisch aussieht, sondern welche Menschen drum herum sitzen. So, spontan gesehen.

I: Wo sehen Sie Grenzen bei der Validation?

E: Das ist eine gute Frage, da muss ich jetzt erstmal bisschen in mich gehen. Also ich sehe Grenzen, also bei der Validation, wenn ich jetzt mal so für mich persönlich sagen würde, weil die Methode auf Empathie beruht, sehe ich die Grenze schon in der zeitlichen Anwendung. Also ich kann nicht rund um die Uhr, 24 Stunden empathisch sein, ich kann es, wenn ich so 7 Stunden am Tag in einer Einrichtung bin, dann kann ich es in diesen 7 Stunden immer mal wieder, ja, Validation ist eine Kurzintervention, gemessen an der Zeit. Wir sind in dieser engen einfühlsamen, häufig in die Tiefe gehende Kontakt, nicht stundenlang, wir sind es maximal 20 Minuten und dann sind wir vielleicht noch bei den Leuten, aber nicht mehr in diesem tiefen emotionalen Kontakt, vielleicht noch mit einer validierenden Grundhaltung, vielleicht machen wir dann einen Spaziergang oder Smalltalk oder spielen Mensch ärgere dich nicht, aber nicht mehr was wir Validation nennen. Dass diese 20 Minuten, oder 10 oder 5, die kann ich vielleicht mehrmals aufbringen, aber nicht 7 Stunden am Stück und das ist eine Grenze von der Validation. Es gibt eine zeitliche Begrenzung, man kann nicht stundenlang empathisch sein und das ist eine Grenze. Was ist noch eine Grenze? Eine Grenze ist natürlich auch die medizinische Diagnose. Ein Mensch mit einer Schizophrenie kann, da bedarf es mehr, da brauche ich eine Psychotherapeutische Ausbildung, um ihm in seinem Wahn zu begegnen, um ihn zu verändern. Das bedarf nicht nur seiner Begleitung. Auch die medizinischen Diagnosen spielen eine Rolle. Die Grenze sind auch die körperlichen Gegebenheiten. Die Grenze ist auch der Andere, ich kann auch so tief gehen mit einer Emotion, so wie der andere das auch zulässt.

I: Was wünschen Sie sich für die betreuenden und pflegenden Angehörigen?

E: Also für betreuende und pflegende Angehörige wünsche ich mir 1. Ein großer Respekt und eine Akzeptanz, für die Leistung, die die Menschen jeden Tag aufbringen. Ich würde mir wünschen, dass das soziale Umfeld die Menschen dort unterstützt, dass sie jede Unterstützung von Freunden, Verwandten, Nachbarn bekommen, die möglich ist und eben nicht diese ignorante Haltung unserer Gesellschaft, die ich trotz vieler Veränderungen eben immer noch wahrnehme. Dass das natürlich wird, dass man sich gegenseitig unterstützt und die Offenheit hat, dass ein Mensch ohne Scham sondern mit großem Selbstverständnis sagen kann, meine Mutter, mein Vater, mein Lebensgefährte hat eine kognitive Einschränkung, die wir Demenz nennen, ja, dass dieses öffentliche Thema, es rennt jeder ins Kino wenn Honig im Kopf kommt, aber dass man nicht gerne ins Kino geht und sieht diese Sendungen, sondern, dass man da natürlich drüber sprechen kann in seinem Umfeld,

ohne dass da die Reaktion ist um Gottes willen, das ist was ich Angehörigen wünschen würde, weil ich glaube, dass da dann schon die halbe Miete gewonnen wäre und dass die emotionale Unterstützung hab, die ich brauch, um den Menschen in einer besonderen Lebenssituation nicht allein zu lassen, das ist das 1. As. 2. ist, wenn ich diese Scham nicht brauche, dass ich mir die Hilfe holen kann, die ich brauche und dass ich auch nicht in eine Ecke gestellt werde, wenn ich sage, ok, es ist jetzt so, dass mein Mann, meine Mutter, mein Vater über den Tag in eine Tagespflege geht, weil ich dann in den Stunden in denen er zuhause ist ich die Präsenz und die Kraft aufbringen kann für ein gutes zwischenmenschliches Miteinander und genauso, dass ich dann irgendwann sagen kann, jetzt ist das Altenheim für mich der richtige Ort. So hab ich die Kraft mit Liebe, mit dem mir Anvertrauten umzugehen. So. Das andere ist natürlich, dass ich mir wünschen würde, dass so viele Angehörige wie möglich Validation lernen, weil es für sie bedeutet, dass sie die Kommunikation aufrechterhalten können mit ihrem Verwandten bis zum Tod und da damit wäre eben der desorientierte Mensch von der Person, die maßgeblich und prägend für sein Leben, an seinem Leben beteiligt war, vielleicht auch gut aufgehoben ist.

Interview Frau C

I: Was sind Ihre Erfahrungen mit Validation? Können Sie das genauer erklären?

E: Oh Gott, das sind viele. Die Betroffenen fühlen sich verstanden und ich fühle tatsächlich ein Stück weit wie es ihnen geht und kann mich besser reinversetzen in die Leute. Ich versteh ihre Beweggründe für ihr Verhalten und wenn ich's nicht verstehe, dann hilft mir die Grundhaltung von der Validation, dass ich's eben einfach anerkenne, auch wenn ich's überhaupt nicht verstehe, was jetzt der Grund dafür ist, weiß ich es gibt einen Grund für das Verhalten und das hat mir ganz viel Druck auch genommen im Umgang mit den Betroffenen. Und dann habe ich gemerkt, ich finde ganz schnell ne Ebene, um mit ihnen in Kontakt zu kommen. Und das ist toll, wenn es so schnell geht, wenn man sich nicht so viel erarbeiten muss, wenn man nicht so viele falsche Wege geht, nicht falsch, aber Umwege gehen muss. Also da hat es mir echt geholfen: Grundhaltung und Technik. In der Umgebung, also wenn ich so Angehörige begleite, dann ist es einfach schön zu sehen, wie es denen hilft, sich wieder anzunähern an die Leute. Also Betroffene sind ja oft so, es ist so völlig unverständlich was die tun, oft und man denkt, so kann man sich doch nicht verhalten, so kann sich doch keiner verhalten und dann merke ich bei den Angehörigen wie das langsam abfällt und diese Bewertung abfällt und dieses, das stehen lassen und einfach akzeptieren, dass es so ist und dann Möglichkeiten haben Techniken anzuwenden. Das ist für Angehörige dann toll und dann bekommen sie einen Spielraum einfach und die sind dann nicht mehr so gestresst. Und das nicht mehr so gestresst sein, überträgt sich dann wiederum auf den Betroffenen, dann reagiert der nicht mehr so gestresst. Damit ist's einfach entspannter im Umgang.

I: Welches Ziel verfolgen Sie mit Validation?

E: Also zu aller erst ist für mir wichtig, dass der Betroffene sich verstanden fühlt, dass der Betroffene so sein kann, wie er, wie er will, dass er in seinem desorientierten Verhalten das er hat einfach anerkannt und wertgeschätzt wird. Und diese, ja, und eben nicht in ein Raster rein gepresst wird. So muss man sich verhalten. Er darf sich so verhalten wie er sich verhält und da gibt's einen Grund dafür und das, ja, das ist mir das wichtigste.

I: Welche Fähigkeiten bringen Sie mit?

E: Ich glaube, dass ich schon Empathie fähig war bevor ich mich mit der Validation auseinander gesetzt habe und das ist natürlich eine ganz wichtige Grundvoraussetzung und dann glaub ich bringe ich mit, dass ich total neugierig auf Menschen bin und neugierig auf Lebensgeschichten bin und neugierig warum jemand so ist wie er ist und das ist glaube ich schon ne Fähigkeit, die hilft einem. Und mich interessiert schon immer nicht das, nicht das

„normale Verhalten“ ich fand es immer schon spannend wenn Menschen sich nicht so ganz voraussehbar verhalten. Also auch die Neugierde dafür hilft einem wenn man mit desorientierten Menschen arbeitet. Ja, und kommunikativ und so, aber das ist glaube ich echt das wichtigste, dass ich zu Empathie fähig bin und Neugierde hab, das ist eine gute Voraussetzung.

I: Was können Sie bei Menschen mit Demenz beobachten, wenn Sie Validationstechniken anwenden? Wie reagieren diese darauf?

E: Die reagieren oft drauf, dass sie ihre Gefühle ausdrücken und wenn sie Gefühle ausdrücken und da ist es egal, ob das jetzt Freude von außen positiv erlebt oder auch Trauer oder Wut, was jetzt von außen eher negativ empfunden wird. Sie drücken die Gefühle aus und das wird dann weniger, es hat nicht mehr diesen schmerzhaften oder diesen belastenden Charakter und dann merke ich, dass sie dadurch eben ganz viel Vertrauen in mich entwickeln. Dieses, ich darf da sein, wie ich bin, das nicht kognitiv, das spüren die glaube ich einfach, das macht dann dieses Vertrauensverhältnis und dann dass sie einem ganz viel erzählen oder auch nonverbal ganz viel von sich Preis geben und dass dann eine ganz große Nähe entsteht. Und das auch sehr schnell geht. Eine Freundin zu mir, bei deren Eltern war ich mal mit, ich kannte die nicht, das war auf der Ostalb, also weiter weg, die hat gesagt ein Menschenflüsterer, das war dann ich. Aber die Nähe, die zu ihren Eltern in kurzer Zeit entstanden ist, war so, also sie hat gesagt sie hat's fast nicht geglaubt wie schnell das geht und letztendlich ist das keine Hexerei, einfach Validation. Sie fühlen sich verstanden und dadurch entsteht Nähe. Und dann kann man was ausdrücken und das ausdrücken baut wieder ab und ich hab halt keine Angst vor Gefühle, also auch nicht vor Wut oder Trauer oder Angst oder Ablehnung, auch das, wenn ich als Person abgelehnt werde, macht mir das auch keine Angst. Das macht dann trotzdem irgendwann Nähe, auch wenn's am Anfang gar nichts mit mir zu tun haben wollen, merkt man, dass es sich dann auch verändert irgendwann, wenn ich nicht persönlich beleidigt reagiere, sondern das so sein lasse.

I: Wann setzten Sie Validation ein?

E: Also der erste Gedanke war immer, aber immer ist nicht. Also es gibt glaub 2 Ebenen, das eine ist eine Grundhaltung und die Grundhaltung hab ich schon wirklich oft, auch außerhalb von dem Einsatz von desorientierten Menschen ist die wertschätzende Grundhaltung einfach wichtig. Aber ich setzte es ganz gezielt dann ein, wenn ich merk, dass das Verhalten, wo ich erstmal, also auf den ersten Blick nicht weiß wie ich darauf reagieren soll und dann setzte ich z.B. die Technik Zentrieren ganz bewusst ein, ich atme tief durch und mach mich ganz frei von meinen Gefühlen, damit ich ganz offen werde fürs Gegenüber. Also eigentlich immer dann wenn ich desorientiertes Verhalten habe und merke jetzt wirft es mich bissle aus der Bahn. Ich kann nicht wie selbstverständlich drauf reagieren, ich versteh es nicht, was da grad passiert oder ich bin grad noch nicht frei genug dafür. Dann kommt als erstes die Technik Zentrieren und dann laufen die anderen Techniken bei mir wirklich automatisch ab. Ich komm durch das Zentrieren in eine Haltung wo ich einfach kuck, ok, was brauchen die Leute jetzt, welche nonverbalen oder verbalen Techniken auch. Aber ich glaube die Grundhaltung habe ich immer. Es sei denn es ist Streit mit meinem Mann. Dann nicht.

I: Welche Erfahrungen haben Sie mit Validation in Krisensituationen gemacht?

E: Ich habe ganz viele sehr hochemotionale Erfahrungen gemacht in ganz unterschiedlicher Weise. Es gab z.B. mal eine Situation wo ein Mann mit dem Stock auf andere Mitbewohner losgegangen ist und niemand wusste was er machen soll und alle total verzweifelt waren und ich dann rein gegangen bin, mich zentriert habe und übers spiegeln dann ganz schnell Kontakt mit ihm hatte, über das praktisch seine Emotionen aufnehmen konnte mit der Stimme, mit meiner Körperhaltung, aber nicht negieren, sondern es ist ok, dass er jetzt im Moment grad Wut hat und er muss das raus lassen. Er hat sofort aufgehört und die Notwendigkeit nicht mehr gesehen hat, die anderen zu verhauen sondern mir erzählt hat warum er so wütend ist und das ausgedrückt hat. So geht's so vielen im Moment in Krisensituationen, wo die Leute sich dann verstanden fühlen und über dieses Verständnis und über dieses echte wissen wollen, dass sie das spüren, dass sie dann von dieser

Verhaltensweise ablassen, wie z.B. jemand schlagen und dann raus lassen warum und dann versteht man sie warum, dass jemand so verzweifelt ist, dass er in dem Fall, er hat sich so unverstanden gefühlt, dass er sich nicht mehr zu helfen wusste, als mit dem, seinem Stock auf andere zu hauen, weil er sich einfach bedroht gefühlt hat. Und so gibt's viele Krisensituationen, wo ich erlebt habe, wo ich allerdings auch denke, dass es ganz schön viel Mut erfordert, also auch trotz dem dass ich die Erfahrung hab, muss ich immer wieder tief durchatmen und Mut zusprechen da jetzt rein zu gehen, weil das erfordert von einem, dass man in die Emotion von dem anderen geht. Das ist anstrengend, find ich schon und wenn ich grad überhaupt nicht wütend bin, dann die Wut von jemand anderem in mir zu spüren, das erfordert schon ein bisschen Mut oder ich weiß gar nicht, wie ich's ausdrücken soll. Aber die Situationen werden entspannter, ich hab eben auch Situationen erlebt, wo ich dann auch hilflos dagestanden bin und auch nicht mehr wusste was ich tun sollte. Es ist nicht so, dass ich's All Heilmittel in jeder Krisensituation hatte. Vielleicht war ich nicht gut zentriert genug oder irgendwas hat mich gehindert, manchmal hat man unbewusst irgendwas was einen auch an einem Thema hindert. Aber oft klappt's, dass ich dann wirklich einen Zugang krieg auch in ner Krisensituation mit jemand und dann kommen die Emotionen und die muss man dann halt aushalten. Eigentlich ist es was Schönes, aber meistens schlägt dann auch Wut um, weil Trauer dahinter steckt und dann jemand wieder zu begleiten und, kann dann auch befriedigend für einen selber sein, wenn man das hinkriegt. Aber dazwischen steht halt, dass man die Trauer aushalten muss und die Wut.

I: Hat Validation Ihre Haltung dementen Menschen gegenüber, rückblickend bis heute, geändert? Wie erklären Sie sich das?

E: Absolut. Also dieses Verständnis für die Leute, das hat sich total verändert, ich hab das Gefühl, ich versteh's nicht immer, aber wie gesagt, ich kann nachvollziehen, warum Menschen so sind wie sie sind in ihrem desorientierten Verhalten und da war ich früher total überfordert damit. Wenn ich überleg wo ich angefangen hab mit alten Menschen zu arbeiten, nach der Ausbildung zur Ergotherapeutin war ich völlig überfordert und mittlerweile hab ich ein Handwerkszeug und ich hab ein Verständnis den Leuten gegenüber, ich kann sie verstehen warum sie so, das was man als herausfordernde Verhaltensweise bezeichnet, warum sie das haben und warum sie das haben müssen und warum das so wichtig für sie ist, warum sie Themen aus ihrem Leben aufarbeiten wenn sie alt sind und wie wichtig Aufarbeitung ist und dass das eigentlich, dass es auch eine Selbstheilung in sich trägt, dass sie so sind wie sie sind. Das hab ich früher alles nicht gehabt. Ich fand die interessant, ich mochte alte Menschen, aber ich hab sie oft nicht verstanden und war dann auch verärgert. Der Ärger ist völlig weg, hilflos bin ich manchmal und früher hat mich das richtig geärgert wo ich angefangen habe im Altenheim zu arbeiten, da dachte ich dann schon, was fällt dir eigentlich ein. Das hab ich überhaupt nicht mehr. Ich weiß, dass das wichtig für die Leute ist.

I: Wo wohnen denn die meisten Betroffenen, die Sie validieren?

E: Mittlerweile wohnen sie, ja doch, hauptsächlich immer noch im Heim. Ich hab ein paar, die ich auch ambulant begleite, aber da begleite ich eher die Angehörigen. Mit den Betroffenen mit denen ich zu tun hab, die sind im Altenheim, Altenpflegeheim. Oft im Gerontopsychiatrie Bereich.

I: In welchem Stadium befinden sich die meisten Betroffenen?

E: 1-3. Also, wobei die meisten, die ich jetzt habe, Phase 2 sind, ‚Zeitlich Desorientiert‘, ‚Zeitverwirrt‘. Aber ich habe auch mit ‚Unglücklich Orientiert‘ und auch mit ‚Wiederkehrende Bewegungen‘ zu tun. Jetzt mit 4 eigentlich im Moment grad nicht mehr, da ich keine, oder so gut wie keine Einzelvalidation mehr mache. Und in der Gruppe sind einfach 2er.

I: Woran sehen Sie, dass Validation für Menschen mit Demenz wohlthuend ist?

E: Also ich finde man kann's sehen, beobachten an der Körperhaltung, Mimik, Gestik, an dem was sie sagen. Ich kenne niemand der so ehrlich ist wie Menschen ab der Phase 2. Wenn die sagen das hat mir gut getan, dann meinen sie das auch so. Sie sagen nichts, nur weil man das so von ihnen verlangt. Sie sagen, weil sie sich vielleicht bedanken oder weil sie

ausdrücken wie gut sie das fanden, dass man Zeit für sie hatte und man sieht's ihnen an, man sieht an wie die Muskelspannung nachlässt, wie sich die Gesichtszüge entspannen, wie der Atemrhythmus ruhiger wird, wie sie tiefer atmen. Also viel nonverbal.

I: Welche Techniken sind besonders wertvoll oder auch geeignet?

E: Zentrieren ist die wichtigste Technik, weil die für uns selber ist. Also die bringt mich erstmal überhaupt in die Lage dazu, also von dem her zentrieren. Und dann kommt es drauf an in welcher Phase jemand ist, wenn jemand noch sprechen kann, dann finde ich eben wiederholen, umformulieren, w-Fragen ganz wichtig und die w-Fragen dann eben auch auf die Gefühlebene bezogen und wenn nonverbal dann ist es für mich schon mit diesen verankerten Berührungen, das finde ich unglaublich, was da an Reaktionen kommt, Freundschaft, oder Mutter, oder Geliebter, also singen. Ach, eigentlich alle. Es kommt drauf an in welcher Phase jemand ist. Wenn jemand in der 1. Oder 2. Phase ist, dann sind die verbalen Techniken einfach wichtiger und wenn jemand nonverbal ist, Phase 3, Phase 4 dann brauche ich die nonverbalen Techniken. Und trotzdem ist das Zentrieren immer noch das wichtigste. Ohne Zentrieren, komme ich gar nicht in die Haltung.

I: Nehmen mehr Männer oder mehr Frauen Kontakt zu Ihnen auf bzgl. Validation oder auch zum Validationskurs? Wie erklären Sie sich das?

E: Zum Kurs für Angehörige sind es ganz eindeutig mehr Frauen. Also wie war der Schnitt, nicht mal 10%, ein Mann auf 15... das sind dann 7,5%. Also Kurse, ganz klar Frauen. Bei den Betroffenen besteht ein riesen Bedarf an den Männern, also in dem Heim, in dem ich war, da haben die Männer gespürt, vor allem in der Einzelvalidation, dass da jemand ist, der keine Scheu vor ihnen hat und die sind zum Teil echt, ich bin rein gekommen und habe mich gefühlt wie der Rattenfänger von Hameln, die Männer sind aufgestanden und hinter mir her gelaufen, da ja oft die Scheu vor den Männern so hoch ist. Weil dieses Gegengeschlechtliche dann Thema wird. Und wo die dann bei mir gespürt haben, dass ich keine Angst davor habe, sie in den Arm zu nehmen, sie zu berühren, wenn ich auch akzeptiert habe, dass sie mir auch einen Kuss auf die Wange oder auf die Stirn geben haben, so wie ich's bei Frauen auch akzeptiere, dass da. Ne Zeit lang war's wirklich so, ich bin rein gekommen und die Männer sind los marschiert, also da ist Bedarf bei Männern da. Aber ich glaube das liegt eher dran, dass die eher weniger bekommen von dem, was für Bedürfnisse sie haben. Ansonsten würde ich sagen, ist es eher ausgeglichen. Aber bei den Kursen ganz klar, es sind die Frauen und die Schwiegertöchter und die Töchter, die pflegen, das ist in Deutschland immer noch so. Ich glaube, dass das schon immer noch das Bild ist. Die Frauen sind für die Familie verantwortlich, sie sind, sie arbeiten oftmals bloß als Teilzeit, sie machen vor Gefühlsthemen nicht die Augen zu, während manche Männer, dann einfach total auch überfordert sind, wenn der Betroffene dann so in die Gefühlswelt geht, dann machen die Männer dicht und gehen dann halt nicht mehr hin und die Frauen haben die Verantwortung. Da gibt's ja auch Studien dazu, dass man wohl eher daheim bleiben kann, wenn man ne Tochter oder Schwiegertochter hat, wie wenn man Söhne hat, dann muss man wohl öfters in Heim.

I: Zu welchem Zeitpunkt nehmen die Angehörigen Kontakt zu Ihnen auf? Gab es Auslöser?

E: Wenn sie nicht mehr weiter wissen, also es sind, eigentlich niemand der prophylaktisch Kontakt zu mir aufnimmt, sondern immer dann, wenn in der Familie Demenz auftritt und dann auch erst, wenn sie nicht mehr weiter wissen. Vielleicht wenn der ein oder andere mal von mir gesprochen hat, aber in der Regel sind sie dann so hilflos, dass sie sich dann irgendwie festkrallen an einem Strohalm, dass ihnen da jemand helfen kann.

I: Wie ist die Situation der Angehörigen, wenn sie zu Ihnen kommen?

E: Also, die sind oft absolut überfordert, sie fühlen sich oft, glaube ich, allein gelassen, ja, es wird in der Gesellschaft schon hin und wieder mal thematisiert, aber was heißt es tatsächlich wenn man dann daheim jemand pflegt, jemand versorgt, da hilft einem dann erstmal niemand und deshalb sind sie dann erstmal hilflos und haben ganz viele Fragen wenn sie kommen. Und verstehen in der Regel nicht warum derjenige sich so verhält wie er sich

verhält. Was ja auch schwierig ist, wenn die Mutter mal ganz anders war, eine ganz andere Rolle hatte und jetzt auf einmal Sachen macht, die man nicht versteht und einschätzen kann und das bereitet einen ja niemand in der Gesellschaft vor, dass das so ist. Also sind sie hilflos und überfordert.

I: Über welche Belastungsaspekte berichten dann die Angehörigen?

E: Also, auf der einen Seite ein zeitliches Problem, wie sie das mit Beruf und ihren eigenen Verpflichtungen hin kriegen und dann emotionale Belastungssituationen. Erstmal, dass Gefühle an sich, diese Ambivalenz, es ist meine Mutter, ich liebe meine Mutter, aber manchmal bin ich auch wirklich wütend auf sie und dann klar grübeln im Bett liegen, nachts nicht schlafen können, dann auch dieses zerrissen sein zwischen der eigenen Familie und sind ja oft Eltern für die sie verantwortlich sind. Dann hab ich eine Frau gehabt, selten aber auch Ehepartner, die kommen, wo's dann natürlich auch so ist, da verändert sich das komplette Leben. Und dann, dieses wer bin ich jetzt noch, das sind schon Belastungssituationen für die Leute da damit jetzt klar zu kommen und dann auch körperliche. Es hat ja oft auch körperliche Aspekte auch noch, Erschüttertheit. Weils anstrengend ist, weil sie selber nicht genug Schlaf kriegen. Mir hat kürzlich jemand erzählt, wenn ihr Mann nachts die ganze Zeit aufsteht, dann hat sie nicht genug Schlaf und ist völlig körperlich erschöpft. Also es ist psychisch, emotional und körperlich und das macht's ja so schwierig.

I: Gibt es für Sie Anzeichen, wann deren Belastung weniger wird? Wenn dies zutrifft, wodurch?

E: Die Anzeichen sind sicher dann, wenn ich mit den Leuten zu tun hab, ich merke dann bei denen auch die Entspannung. Sie kommen dann nicht mehr mit so einer großen Körperanspannung zu mir. Oder sie berichten eben, sie haben mal wieder durchgeschlafen oder sie berichten, dass sie in ner Situation wussten, wie sie reagieren sollen und, dass man dann da merkt, dass es ganz körperlich auch Auswirkungen hat, nicht mehr so gehetzt. Weil, oft kommen sie auch so gehetzt an und erzählen, dass sie davor noch irgendwas haben machen müssen. Und wenn man dann merkt sie entspannen so ein bisschen, sie werden selber für sich ruhiger.

I: Welche Techniken sind besonders beliebt bei Angehörigen?

E: Durchatmen, also zentrieren, das ist echt eine ganz zentrale Technik, weil man da erstmal nichts anderes machen muss. Das ist wirklich was, wo die Angehörigen ganz schnell sagen, dass es ihnen hilft. Tief durchatmen, sich die Zeit nehmen durchzuatmen, dass es auch nicht schlimm ist, wenn man durchatmet. Und dann krieg ich immer wieder zurück gemeldet, vor allem wenn die Leute immer, also wenn die Betroffenen verbaler sind, dass die sagen, das hätten sie sich ja nie getraut so ne Frage zu stellen, also eine emotionale Frage z.B. wenn man die Mutter, die Betroffene fragt, sie ist wütend: was macht dich jetzt am wütendsten? Was ist am schlimmsten für dich jetzt? So eine Frage getraut man sich oft nicht zu stellen, das ist oft das, was die Situation nachher klärt und da krieg ich rückgemeldet, wir haben's ausprobiert und es hat echt was gebracht. Also diesen Handlungsspielraum dadurch zu kriegen. Aber Zentrieren ist das wichtigste. Durchatmen und auch die Erkenntnis, das hab ich manchmal auch schon gemacht vor dem Kurs und das war der richtige Weg, das ist glaube ich auch wichtig, dass sie spüren nicht alles was wir bisher gemacht haben, war falsch.

I: Wie verändert sich die Kommunikation der Angehörige und der Betroffenen, wenn sie Validation anwenden?

E: Manchmal, dass es überhaupt wieder zu Kommunikation kommt, also dass tatsächlich Kontakt und Gespräche wieder entstehen. Das nimmt manchmal so ab. Also das und dass sie besser mitkriegen, was können wir überhaupt tun. Wer setzt sich denn in seinem Leben außerhalb von vielleicht sozialen Berufen oder von Kommunikationsberufen mit Kommunikationstechniken auseinander. Wir kommunizieren zwar, aber wir machen das ja völlig unreflektiert. Und jetzt mal über Techniken zu reden, die zu üben und sie dann

tatsächlich einzusetzen, ist, glaube ich schon, so könnte ich es auch noch machen. Auch wiederholen, mit Gefühl, was sind offene, was sind geschlossene Fragen. Ich glaube überhaupt schon diesen Handlungsspielraum zu bekommen.

I: Welche Auswirkungen hat es dann auf den Umgang?

E: Vielleicht, dass die Gefühle der Angehörigen nicht mehr so im Vordergrund stehen und dadurch sich der Umgang entspannt. Also, wenn die Zentrieren als Technik anwenden und ihre Gefühle bei Seite stellen können, dann entspannt sich automatisch der Umgang und ich habe natürlich die Hoffnung, manche haben mir das auch schon gesagt, aber das ist sicher nicht repräsentativ, dass sie auch nicht mehr die Scheu haben, den Kontakt zu machen, also öfters hinzugehen, Krisensituationen anders zu managen.

I: Wo sehen Sie Grenzen bei Validation?

E: Also wenn ich selber Validation anwende, egal ob ich das bin oder ein Angehöriger, und ich bin nicht in der Lage meine Gefühle bei Seite zu stellen. Ich bin selber emotional so involviert und das ist gerade für Angehörige ja oft noch schwerer wie für Professionelle, dann kann ich schlecht validieren, da ist dann echt eine Grenze da. Und ich finde, dass auch das zur Validation dazu gehört, dass man sich das eingestehen lernt. Ich bin jetzt gerade überhaupt nicht dazu in der Lage. Also ich kann versuchen, dass es nicht eskaliert, ich bin nicht in der Lage die Gefühle des anderen bei mir hochkommen zu lassen, weil ich bin mit mir selber beschäftigt. Und dann in so hochemotionalen Momenten wünschte man sich vielleicht, dass die Situation sich jetzt total entspannt mit Validation. Aber da hab ich die Erfahrung gemacht, dass es manchmal nicht geht. Also dass vielleicht man in Kontakt mit jemand tritt, aber dass das Gefühl nicht so schnell abgebaut wird, wie man sich es wünscht, was ja aber auch nicht Validation ist. Validation selber verfolgt ja kein Ziel, das Ziel, er soll jetzt gefälligst wieder ins Raster passen. Aber da merke ich manchmal, dass es da einfach ne Grenze hat.

I: Was wünschen Sie sich für betreuende und pflegende Angehörige?

E: Ganz generell würde ich mir das Thema in der Gesellschaft mehr wünschen, dass die nicht allein gelassen werden. Ich glaube, dass Angehörige, dass es da noch viel zu wenig verbreitet ist, was es da für Möglichkeiten gibt, für Unterstützung, dass man, ich erlebe es immer wieder, dass Angehörige sich dafür schämen, dass ihre Mutter, ihr Vater, ihr Mann Demenz hat, also dass man sich für diese Krankheit schämt, finde ich ganz schlimm. Es ist halt keine klassische, körperliche Erkrankung wie der Fußbruch, sondern hat immer gleich, es ist was psychisches, also das finde ich, das würde ich mir einfach das Thema mehr in der Öffentlichkeit wünschen. Für Angehörige und Validation, ja, dass jeder Angehörige Kontakt mit Validation hat, weil ich glaube, dass das, man sagt immer singen wäre der Königsweg für den Umgang mit Demenz, aber Validation ist noch mehr Königsweg für mich. Weil man's immer brauchen kann und da ist es noch nicht genug verbreitet, vielleicht noch. Also gerade so Kurse für pflegende Angehörige, dass die noch viel stärker auch Validation miteinbeziehen.

Reduktion der Interviews

Kategorienbildung:	Frau A	Frau B	Frau C
Validation			
Erfahrungen mit Validation	- Umgang, der für alle Menschen wichtig ist, insbesondere für	- Die Not der Menschen, die eben desorientiert im Krankenhaus	- Ich versteh die Beweggründe für das Verhalten - Ganz viel Druck wird

	<p>Demenzkrank e</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Haltung, dass dieser Mensch der dement so ist und darauf hat er keinen Einfluss - Es gibt einen Auslöser und einen Antrieb für ein Verhalten - Wertschätzung - Ablenken, dann kann ich ganz einfach in kritischen Situationen entschärfen - Der Mensch ist zufrieden und glücklich und weniger aggressiv 	<p>sind besser wahrnehmen können</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dass in diesem desorientierten Verhalten ein Grund liegt - Ein Ausdruck von Gefühlen und Bedürfnissen - Meine Akzeptanz gegenüber Menschen in anderen Lebenslagen ist viel größer geworden - Gelassener sein, ich finde mehr Zugang 	<p>genommen im Umgang mit den Betroffenen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grundhaltung und Technik - Bewertung fällt ab und dieses stehen lassen und einfach akzeptieren - Nicht mehr so gestresst
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> - Dass er die Stärken die er hat leben kann und die Defizite die er hat, dass man die versteht und ihm Brücken baut - Wertschätzung - Der Ton ist ganz, ganz wichtig, da stimmt meine Haltung, dadurch bin ich kongruent 	<ul style="list-style-type: none"> - Dem Menschen zu begegnen auf der Basis von Wertschätzung, Respekt und Achtung - Der desorientierte Mensch ist ein Partner in der Kommunikation - Begegnung auf Augenhöhe - In seinen Schuhen gehen - Dass Menschen wieder deutlicher sprechen, aufrechter sitzen, das passiert wenn wir respektiert werden 	<ul style="list-style-type: none"> - Der Betroffene fühlt sich verstanden, anerkannt und wertgeschätzt - Darf sich so verhalten wie er sich verhält und da gibt's einen Grund dafür

		<ul style="list-style-type: none"> - Stress minimieren - In der Desorientierung werden auch verdrängte Lebensinhalte ausgedrückt - Sie sollen gehört werden in ihren schmerzhaften Angelegenheiten - Gefühle, die ausgedrückt und validiert werden, also anerkannt werden, werden schwächer 	
Fähigkeiten		<ul style="list-style-type: none"> - Zentrieren - Unbedingte Beobachtungsgabe - Empathie - Einfühlungsvermögen - Fähigkeiten, diese verbalen und nonverbalen Validationstechniken an die Situation angemessen verwenden 	<ul style="list-style-type: none"> - Empathie - Neugierde - Kommunikativ sein
Anwendung der Validationstechniken. Reaktion darauf	<ul style="list-style-type: none"> - Nicht aufschreiend und aggressiv, sie werden ruhiger, weil sie sich angenommen fühlen - Ich erreiche nur etwas, wenn derjenige spürt, der andere versteht mich 	<ul style="list-style-type: none"> - Kombination von Haltung und Technik - Vertrauen bilden, immer mehr Nähe, die Menschen sich einem auch immer mehr öffnen - Gefühle kommen raus - Entspannung tritt ein - Menschen atmen tiefer durch, lächeln, wirken 	<ul style="list-style-type: none"> - Gefühle ausdrücken, sie werden dann weniger - Ganz viel Vertrauen in mich entwickeln - ‚Menschenflüsterer‘ - Nähe entsteht in kurzer Zeit, keine Hexerei, einfach Validation

		konzentrierter, Gefühl der Zufriedenheit	
Verwendung von Validation		<ul style="list-style-type: none"> - Mit einzelnen Personen situativ und regelmäßig - Spontan sich zentrieren und sofort darauf eingehen - Menschen in der Desorientierung - Vertrauensanker, regelmäßige Validation, dann kann ich dieses Vertrauen wieder stabilisieren 	<ul style="list-style-type: none"> - Wertschätzen der Grundhaltung - Desorientiertes Verhalten - Technik Zentrieren
Erfahrungen in Krisensituationen	<ul style="list-style-type: none"> - Validieren im Vorübergehen : Menschen, die immer in sich versunken dasitzen oder ewig unruhig sind. Jeder der vorbei geht, sie immer anspricht und dieses Ansprechen bedeutet: „Ich nehme dich wahr“. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eine Deeskalationsmethode - Hochemotionale Situationen in ganz großen Bestandteilen entzerren 	<ul style="list-style-type: none"> - Mich zentrieren, überspiegeln ganz schnell Kontakt mit ihm hatte - Erfordert ganz schön viel Mut - Situationen werden entspannter
Veränderung der Haltung	<ul style="list-style-type: none"> - Ja, hat auch meine Haltung gesunden Menschen gegenüber geändert - Wahrnehmen und nicht bewerten 	<ul style="list-style-type: none"> - Haltung hat Validation nicht verändert - Grundhaltung war immer Wertschätzung, Respekt und Einfühlungsvermögen - Validation und die Technik sind auch 	<ul style="list-style-type: none"> - Absolut - Ich war völlig überfordert - Mittlerweile hab ich ein Handwerkszeug - Hab Verständnis den Leuten gegenüber - Hab alte Menschen oft nicht

		hilfreich im Umgang mit jüngeren Menschen mit Demenz	<ul style="list-style-type: none"> - verstanden - Der Ärger ist völlig weg
Demente Menschen			
Wohnort der Betroffenen	<ul style="list-style-type: none"> - Die meisten Demenzerkrankten sind ja bis zu einem bestimmten Stadium werden sie zuhause versorgt 	<ul style="list-style-type: none"> - Im Seniorenheim - Trainiere Angehörige - Grundsatz: ambulant vor stationär 	<ul style="list-style-type: none"> - Im Altenheim, Altenpflegeheim - Oft im Gerontopsychiatrie Bereich
Stadium der Betroffenen		<ul style="list-style-type: none"> - Phase 1 bis 4 	<ul style="list-style-type: none"> - Phase 1 bis 3 - Die meisten Phase 2
Validation als wohlthuende Methode	<ul style="list-style-type: none"> - Gesichtsausdruck - Haltung - Mimik - Ausdruck - Stimme 	<ul style="list-style-type: none"> - An der Körperhaltung - Am Verhalten - Freude an etwas haben - Bleiben nicht sitzen, sondern stehen auf oder suchen Arbeit - Führt zu einer Steigerung von Zufriedenheit - Wirklich zur Ruhe kommen 	<ul style="list-style-type: none"> - Körperhaltung - Mimik - Gestik - Muskelspannung lässt nach - Gesichtszüge entspannen sich - Atemrhythmus wird ruhiger
Techniken Anwender	<p>Nach Richards:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ich nehme etwas wahr, ich verstehe was der Auslöser war und weiß um den Antrieb dieser Handlung - Ich spreche es aus und dann lenke ich um - Es muss auch immer zur eigenen Persönlichkeit passen 	<ul style="list-style-type: none"> - Zentrieren, beobachten, sich einstellen und dann Anpassung der Techniken an die Gegebenheiten - umformulieren - offene Fragen, wer, wo, was, wie, wann 	<ul style="list-style-type: none"> - Zentrieren - Wiederholen - Umformulieren - W-Fragen - Verankerte Berührungen - Singen - Nonverbale und verbale Techniken
Angehörige			

<p>Frauen oder Männer Überschuss beim Validationskur s</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Insgesamt haben mehr Frauen die Beratung aufgesucht - Hauptsächlich Angehörige - Wenn ein Mann seine Frau gepflegt hat, dann hat er auch Kontakt aufgenommen - Von Angehörigen Kindern hauptsächlich die Frauen - Männer haben andere Schwerpunkte, die haben dann früher Hilfen angenommen - Die Vorstellung hält an, dass Frauen besser pflegen können 	<ul style="list-style-type: none"> - Mehr Frauen - Weil Frauen mehr diese Aufgabe übernehmen 	<ul style="list-style-type: none"> - Im Kurs für Angehörige mehr Frauen - Riesen Bedarf an Männern bei den Betroffenen - Es sind die Frauen und die Schwiegertöchter und die Töchter, die pflegen - Frauen sind für die Familie verantwortlich, machen vor Gefühlsthemen nicht die Augen zu - Männer sind einfach total überfordert - Frauen haben die Verantwortung
<p>Kontaktaufnahme mit Auslöser verbunden</p>	<ul style="list-style-type: none"> - In relativ fortgeschrittenem Stadium - In der Anfangszeit lehnt der Betroffene Hilfen eher ab. Für Angehörige ist es ein ungemein großer Schritt über den Wunsch des Betroffenen hinwegzugehen und sich zu informieren und Hilfe zu holen 	<ul style="list-style-type: none"> - Was kann ich jetzt zur Entzerrung meines Alltags noch beitragen 	<ul style="list-style-type: none"> - Wenn sie nicht mehr weiter wissen - So hilflos
<p>Situation der Angehörigen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sie kommen einfach nicht mehr 	<ul style="list-style-type: none"> - Sind von ihrer häuslichen Situation 	<ul style="list-style-type: none"> - Absolut überfordert, fühlen sich oft

	<p>miteinander klar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stimmung ist sehr geprägt von einem scharfen Ton - Die eher negativen Eigenschaften verstärken und spitzen zu - Man fühlt sich überfordert, angebunden, hat unheimlich Mitleid - Wütend, schreit, schlechtes Gewissen, ungemene Belastung 	<p>überfordert</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unbedingt Offenheit - Wollen die Situation verändern und suchen nach Möglichkeiten das zu tun 	<p>allein gelassen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haben ganz viel Fragen wenn sie kommen - Hilflos und überfordert
<p>Belastungsaspekte der Angehörigen</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Der Mensch mit Demenz folgt nicht den Appellen an die logische Einsicht - Erzählt immer wieder das gleiche - Sie stehen nachts auf und wollen zur Arbeit gehen - Unterbrochene Nächte, nicht mehr schlafen können - Über Tag können sie Ruhephasen nicht einhalten - Freiräume für einen selber schwinden immer mehr 	<ul style="list-style-type: none"> - Zeitliches Problem - Emotionale Belastungssituation - Nicht schlafen können - Zerrissen sein - Körperliche Aspekte - Erschüttertheit - Psychisch, emotional und körperlich
<p>Anzeichen für geringere Belastung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entlastend ist sich Informationen zu holen übers Krankheitsbild - Darüber sprechen können und 	<ul style="list-style-type: none"> - Akzeptanz der Verhaltensweise - Für sich selber besser Sorgen Stress weg - Ich hab für ich meine Grenze 	<ul style="list-style-type: none"> - Entspannung - Kommen nicht mehr mit so einer großen Körperanspannung zu mir - Haben mal wieder

	<p>spüren, dass man verstanden wird</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mehr Wissen, Strategien des Umgangs - Jemand an die Hand nehmen durch diesen Dschungel, das gibt eine große Erleichterung 	<p>erkannt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Zentrieren hat mir am meisten geholfen 	<p>durchgeschlafen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wussten wie sie reagieren sollen
Techniken Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Haltung - Wissen um Demenz und Symptome - Drei Schritte: Wahrnehmen, Benennen und dann auch Ablenken 	<ul style="list-style-type: none"> - Zentrieren - Anpassung von Mimik, Gestik, Körperhaltung - Nähe und Distanz - Empathie mit sich selbst 	<ul style="list-style-type: none"> - Durchatmen, also zentrieren - Emotionale Fragen - Handlungsspielraum bekommen
Veränderung der Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> - Sie konfrontieren nicht mehr mit Defiziten - Aus innerer Überzeugung verändert sich der Ton 	<ul style="list-style-type: none"> - Größere Gelassenheit - Durch Berührung und singen eine Beziehung herstellen können 	<ul style="list-style-type: none"> - Dass es überhaupt wieder zu Kommunikation kommt - Kontakt und Gespräche entstehen wieder - Kommunikationstechniken - Handlungsspielraum
Auswirkungen auf den Umgang	<ul style="list-style-type: none"> - Sie gehen auf die Ebene, auf der der Kranke ist - Sich auf diese Ebene einlassen - Muss einem einleuchten, man muss es verinnerlichen - Der richtige Ton, dann ist die Erleichterung da 	<ul style="list-style-type: none"> - Der Umgang wird bedürfnis- und gefühlsorientierter und kreativer in dieser Hinsicht - Weniger darauf achten wie der Tisch aussieht, sondern welche Menschen drum herum sitzen 	<ul style="list-style-type: none"> - Gefühle der Angehörigen stehen nicht mehr so im Vordergrund - Umgang entspannt sich - Nicht mehr die Scheu - Krisensituationen anders managen
Sonstiges			
Grenzen der Validation	<ul style="list-style-type: none"> - Bei Menschen, die ungemein 	<ul style="list-style-type: none"> - Da Validation auf Empathie beruht, sehe 	<ul style="list-style-type: none"> - Ich bin nicht in der Lage meine Gefühle

	<p>unruhig sind, wo man immer wenn jemand vorbei kommt den Kranken anspricht aber es gibt auch welche wo sich das nicht machen lässt</p>	<p>ich die Grenze schon in der zeitlichen Anwendung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ich kann auch so tief gehen mit einer Emotion, so wie der andere das auch zulässt 	<p>bei Seite zu stellen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Validation selber verfolgt kein Ziel
<p>Wünsche für Angehörige</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dass es die Angebote, die sie brauchen auch gibt - Dass sie diese auch annehmen - Hilfen annehmen - Zeit, die dadurch entsteht auch nutzen für sich, um Kräfte zu tanken 	<ul style="list-style-type: none"> - Großer Respekt und eine Akzeptanz, für die Leistung, die die Menschen jeden Tag aufbringen - Dass das soziale Umfeld die Menschen dort unterstützt - Dass das natürlich wird, dass man sich gegenseitig unterstützt und die Offenheit hat, dass ein Mensch ohne Scham sondern mit großem Selbstverständnis sagen kann, meine Mutter, mein Vater, mein Lebensgefährtin ist dement - Dass ich mir die Hilfe holen kann, die ich brauche - Dass so viele Angehörige wie möglich Validation lernen 	<ul style="list-style-type: none"> - Das Thema in der Gesellschaft mehr wünschen - Keine Scham mehr, wenn ein Angehöriger Demenz hat - Dass jeder Angehörige Kontakt mit Validation hat - Validation ist noch mehr Königsweg - Kurse für pflegende Angehörige, dass die noch viel stärker auch Validation miteinbezieh

Fragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin Studentin im Masterstudiengang Gesundheitsförderung an der Hochschule Ravensburg-Weingarten. Im Rahmen der Masterthesis führe ich eine Untersuchung mit Angehörigen von Menschen mit Demenz durch und bin deshalb auf Ihre Hilfe angewiesen. Deshalb bitte ich Sie, den Fragebogen auszufüllen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Ihre Einschätzungen sind für mich wichtig. Die Daten aus diesem Fragebogen werden nur für meine Arbeit verwendet. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und Rückschlüsse auf Ihre Person können nicht gezogen werden. Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie mich unterstützen und mir die Umfrage bis Mitte Dezember 2015 per Email oder Post zukommen lassen. Für Rückfragen stehe ich Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Angaben über Sie:

m

w

Wie alt sind Sie _____

Familienstand _____

Was ist Ihre derzeitige Tätigkeit? _____

Angaben zur betreuenden Person:

In welchem verwandtschaftlichen/ sonstigen Verhältnis stehen Sie zu der betreuenden Person (z.B. Partner, Vater, Mutter etc.)?

Wie alt ist die zu betreuende Person? _____

Lebt die zu betreuende Person

in Ihrem Haushalt allein im Seniorenheim sonstiges _____

In welcher der vier Phasen nach Naomi Feil befindet sich die Person, die Sie betreuen?

Phase I: Mangelhafte Orientierung Phase II: Zeitverwirrtheit

Phase III: Sich wiederholende Bewegungen Phase IV: Vegetieren

Woran haben Sie bemerkt, dass die von Ihnen betreute Person an Demenz erkrankte?

Angaben über Ihre Betreuungs- und Pflegearbeit:

Wussten Sie zu Beginn Ihrer Betreuungs- und Pflegearbeit was auf Sie als betreuende Person zukommt?
Erklären Sie das bitte kurz.

Was waren die Herausforderungen zu Beginn Ihrer Betreuungs- und Pflegearbeit?

Wie viele Stunden pro Tag wenden Sie etwa für die Betreuung/Pflege als Hauptpflegeperson auf?

weniger als 1 Std. 1-2 Std. 2-4 Std. 4-6 Std.
6-8 Std. 8 Std. und mehr

Fühlen Sie sich bei Ihrer Betreuungsarbeit überlastet?

sehr häufig überlastet häufig überlastet ab und zu überlastet nie überlastet

Begründen Sie das bitte. _____

Traten oder treten körperliche Belastungen im Rahmen der Betreuung bei Ihnen auf (z.B. Schlafstörungen, diverse Schmerzen, Herz-, Kreislaufprobleme oder andere)?

ja nein

Wenn ja, welche: _____

Traten oder treten psychische Belastungen im Rahmen der Betreuung bei Ihnen auf (z.B. Überforderung, Isolation, Verantwortung für den Betroffenen, immer präsent zu sein)?

ja nein

Wenn ja, welche: _____

Fühlen Sie sich bei der Betreuung ausreichend unterstützt?

ja manchmal nein

Wodurch? _____

Falls nein, was wünschen Sie sich?

Gibt es Kraftquellen?

ja nein

Wenn ja, welche: _____

Angaben zu Validation/ diesem Kurs:

Warum haben Sie sich für diesen Kurs entschieden?

Wie hoch war Ihr Stresslevel vor dem Kurs? (In Schulnoten von 1-6)

Wie hoch ist Ihr Stresslevel am Ende des Kurses? (In Schulnoten von 1-6)

Hat sich Ihr Stressempfinden verändert?

ja nein

Wenn ja, wodurch? _____

Welche der gelernten Techniken helfen Ihnen im Umgang mit der zu betreuenden Person am besten?

Erklären Sie bitte genauer warum?

Woran merken Sie eine Verbesserung im Umgang?

Nennen Sie bitte ein Beispiel.

Gibt es eine Situation bei der Sie anders reagiert haben aufgrund des Kurses?

Nennen Sie bitte ein Beispiel.

Rückblickend, was haben Sie sich von dem Kurs erhofft?

Wie haben sich diese Erwartungen erfüllt?

Welche Hilfs- und Unterstützungsangebote fehlen?

Welche Hilfs- und Unterstützungsangebote wünschen Sie sich in Bezug auf Menschen mit Demenz?

Wenn Sie drei Wünsche frei hätten. Was wünschen Sie sich in Bezug auf betreuende und pflegende Angehörige?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Auswertung des Fragebogens

Fragebogennummer	Geschlecht	Alter	Familienstand	derzeitige Tätigkeit	zu betreuende Person	Alter des Betreuenden	Wohnort des Betreuenden
1	w	60	geschieden	Reinigungskraft	Mutter	83	Seniorenheim
2	w	50	verheiratet	Hausfrau	Mutter	75	allein
3	w	54	verheiratet	Hausfrau	Mutter	77	mit Ehemann
4	w	65	verheiratet	Rentnerin	Ehemann	76	im eigenen Haushalt
5	w	58	verwitwet	Sozialarbeiterin	Mutter	84	mit Ehemann
6	w	50	verheiratet	Betreuungsassistentin	Kunden	84	allein
7	w	57	verheiratet	Ambulanter Pflegedienst	Kunden	70-95	allein
8	w	68	verwitwet	Rentnerin	Schwester	75	Seniorenheim
9	w	60	verheiratet	Sachbearbeiterin in der Verwaltung	Mutter	86	Seniorenheim
10	m	59	getrennt lebend		Mutter	86	Seniorenheim
11	w	50	verheiratet	Selbstständig	Schwiegervater	77	24 Stunden Betreuung
12	w	51	ledig	kaufmännische Angestellte	Vater	77	24 Stunden Betreuung
13	w	53	verheiratet	Aushilfe bei der RAH	Kunden	80-90	
14	w	54	verheiratet	Angestellte in Zahnarztpraxis	Patienten		
15	w	65	verwitwet	Zahnärztin	Patienten		

Fragebogennummer	Phase des Betroffenen	Erkennen von Demenz	Gewusst welche Aufgaben Angehörige zukommt	Herausforderungen zu Beginn
1	Phase II und III	Vergessen, manches öfters wiederholt	Nein	Hilflosigkeit, auf Wortwahl achten
2	Phase I	Verwirrt, Unzuverlässig, Vergesslichkeit	Nein	wechselnden Gemütszustände
3	Phase I und II	Verlust des Riech- und Geschmackssinns, Vergesslichkeit, Wortfindungsstörungen, körperliche Unruhe	Ja durch Bücher	Zu Beginn hilflos, Unverständnis des Verhaltens
4	Phase I bis III	nach Bypass OP Verlust des Kurzzeitgedächtnisses	Nein	Aggressionen des Mannes, Geduld
5	Phase I	Wiederholung des Erzählten, Vergesslichkeit	Nein	
6	Phase III	Familie, Kinder	Ja	Vertrauen gewinnen
7	Phase I bis IV			wenig Information und Erfahrung
8	Phase II	Erzählung von Dingen, die nicht stimmen, lebt in der Vergangenheit, Wiederholt gesagtes	Nein	Akzeptanz des Zustandes, Ruhig bleiben
9	Phase III	Vergesslichkeit, Wiederholen von Fragen, Verwirrt	Nein	Akzeptanz, dass Mutter nichts mehr selbständig kann
10	Phase I und II	Ständige Wiederholungen, beginnende Verwahrlosung	Nein	Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, Verlust des Privatlebens
11	Phase III	Halluzinationen, Vergesslichkeit	Nein	Wie reagiere ich richtig
12	Phase II	Vergesslichkeit, Wiederholen von Fragen, Verwirrt		Notwendige Ruhe, Gelassenheit und Geduld aufzubringen
13	Phase I bis III			
14	Phase I bis III	Veränderung der Person insgesamt		
15				

Fragebogennummer	Stunden/Tag Betreuung	Überlastung bei Betreuung	Begründung	Körperliche Belastungen	Welche
1	weniger als 1 Std.	sehr häufig überlastet	Jede Hilfe wurde von der Mutter abgelehnt	Ja	Schlafstörungen, Unruhe
2	2-4 Std.	häufig überlastet	zu wenig Zeit	Ja	Schlafstörungen, Traurigkeit
3	weniger als 1 Std.	ab und zu überlastet	Zeit während der Pflege sehr anstrengend	Ja	Traurigkeit, Müdigkeit
4	6-8 Std.	häufig überlastet	tägliche pflege sehr mühsam	Ja	Schlafstörungen
5					
6	4-6 Std.	ab und zu überlastet	Schwierigkeit bei der Trennung zwischen Verstand und Gefühl	Nein	
7	4-6 Std.	ab und zu überlastet	schwierig jedem Besucher gerecht zu werden	Ja	Schlafstörungen
8	weniger als 1 Std.	ab und zu überlastet	Eskalation der Situation	Ja	Schlafstörungen
9	weniger als 1 Std.	nie überlastet	Mutter lebt im Heim	Nein	
10	1-2 Std.	ab und zu überlastet	Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	Ja	Schlafstörung, Herz-, Kreislaufprobleme
11	weniger als 1 Std.	nie überlastet	24 Stunden Betreuung	Nein	
12	weniger als 1 Std.	ab und zu überlastet	da bei beiden Eltern häufig einer zu kurz kommt	Ja	Einschlafschwierigkeiten
13		ab und zu überlastet			
14					
15					

Fragebogennummer	Psychische Belastungen	Welche	Ausreichend unterstützt	Wodurch	Falls nein
1	Ja	Überforderung, Verantwortung für den Betroffenen, immer präsent zu	Nein		Besseres Netzwerk, Hilfsangebote für Angehörige
2	Ja	Überforderung, zu wenig Zeit für sich selbst und den Rest der Familie	Nein		Mehr Verständnis von anderen Familienmitgliedern
3	Ja	Zu große Verantwortung, ständig gedanklich bei den Betreuenden	Ja	Angehörigenkurs, Bücher, Gespräche mit anderen	
4	Ja	Falsche Reaktion bei manchen Situationen	Nein		Dass der Mann unter Gleichgesinnte geht
5					
6	Nein		Manchmal	Durch Angehörige	
7	Nein		Ja	Fortbildung, Alzheimer Beratungsstelle	
8	Ja	Verantwortung, Gedankenkarusell, Zeitintensiv	Manchmal	Durch Angehörige	Korrektter Umgang der Pflegeheimmitarbeiter
9	Nein		Ja	Seniorenheim	
10	Ja	Burnout	Manchmal	Aufnahme im Pflegeheim	
11	Nein		Ja	24 Stunden Pflege, Familie	
12	Ja	permanente Anspannung	Ja	24 Stunden Pflege	
13					
14					
15					

Fragebogennummer	Kraftquellen	Welche	Warum dieser Kurs	Stresslevel vor dem Kurs	Stresslevel nach dem Kurs
1	Ja	Spaziergang	Flyer war ansprechend	4	2
2	Ja	Arbeit, Kinder, Natur	im Alltag häufig überfordert	5	3
3	Ja	Glaube, Gottesdienst, Spaziergang	Infos zum Umgang, Beratung für Angehörige	5	3
4	Ja	Garten	Umgang in Stresssituationen	5	2
5			Interesse am Thema		
6	Ja	Gelernt Arbeit und Privat zu trennen	Mehr Erfahrung sammeln	3	1
7	Ja	Privatleben, Austausch mit Kollegen	Interesse am Thema		
8	Ja	Glaube, Familie, Bewegung, Urlaub	Hilflosigkeit	5	2
9	Ja	Familie, Hobbys	Verständnis und Umgang der Betroffenen gegenüber	4	2
10	Ja	Natur, Entspannung	Thematik und Fragestellung ansprechend	4	2
11	Ja	Singen	Hilflosigkeit, Überforderung	5	2
12	Ja	Gespräche mit Freunden	Verständnis gegenüber der Krankheit und im Umgang der Betroffenen	4	2
13				4	3
14			Mehr Erfahrung, Interesse am Thema	4	2
15			Anregungen für den Umgang		

Fragebogennummer	Veränderung des Stressempfindens	Wodurch	Hilfreiche Technik	Warum
1	Ja	Information im Kurs	Zentrieren	Auf Mutter konzentrieren und deren Gefühle wahrnehmen
2	Ja	Tipps, Wissen, andere Angehörige	Zentrieren, Abgrenzung	alte Sprichwörter oder Lieder
3	Ja	Annahme der Situation, Akzeptanz der Verhaltensweise	In die andere Person hineinvertreten, mit ihren Augen zu sehen, ihre Gefühle	Eltern fühlen sich verstanden, Vertrauen wächst, Achtsamkeit
4	Ja	Annahme der Situation	Zentrieren, Spiegeln	Verhalten Akzeptieren, Spiegeln
5				
6	Ja		Geduld	Spiegeln
7			Arbeiten auf der Gefühlsebene	mehr Sicherheit vorhanden
8	Ja	Distanz durch Zentrieren	Zentrieren, Wiederholen	Durchatmen schafft Distanz, Wiederholen statt streiten
9	Ja	Heimaufenthalt und Tipps im Kurs	Zentrieren, Wissen über die Krankheit	Betroffene fühlt sich wahrgenommen
10	Ja	Achtsamkeit der eigenen Bedürfnisse, Wissen über Krankheit	Entspannung, Zentrieren	Umgang wurde entspannter
11	Ja	weniger hilflos	10 Regeln der deutschen Alzheimergesellschaft	Akzeptanz der Betroffenen
12	Ja	Hilfe durch Pflegekraft, mehr Gelassenheit	Zentrieren, W-Fragen	bessere Kommunikation
13	Ja	Tipps, Austausch und Erklärungen		
14	Ja	Information über die Krankheit		mehr Sicherheit im Verhalten
15			Kommunikationstechniken	Reduktion der Angst, Vertrauen stärken

Fragebogennummer	Verbesserung im Umgang	Beispiel	Andere Reaktion aufgrund des Kurses	Beispiel
1	ausgeglichener	herzlicher im Umgang, lässt Nähe zu		
2	gelassener sein	Mutter ist ausgeglichener	Gelernte Techniken anwenden, um doch zum Ziel zu kommen	Umlenken in bestimmten Situationen
3	Betroffene lacht, verstanden und akzeptiert fühlen, dankbar		Ja	Umlenken, Loben, Redewendungen
4	weniger aggressiv, akzeptiert Anweisungen	Körperpflege klappt besser	Mehr Entscheidungsspielräume lassen	Aufstehen und frühstücken bestimmt der Betroffene
5				
6	Betroffene ist ruhiger und gelassener	Betroffene ist ausgeglichener		
7	ruhigeres arbeiten			
8	weniger Diskussionen	Betroffene akzeptieren, in der Welt in der sie lebt	Ja, durch Wiederholen entspannte sich die Situation	Mithilfe von Fragetechniken umlenken
9	Geduldiger sein im Umgang	Ständiges Wiederholen der Fragen	Anwendung der gelernten Techniken	Nachfragen, als gleich zu antworten
10	Akzeptanz des Betroffenen	Geschichte interessant finden, auch wenn sie schon 5 Mal erzählt wurde	falsche Aussagen werden nicht mehr korrigiert oder bewertet	
11	Wissen über Demenz ist wichtig, dadurch Reaktion ruhiger und gelassener, Betr. reagieren positiv darauf	Bei seltsamen Verhalten nicht konfrontieren	Ja	Ständige Fragen
12	bessere Stimmung beider Elternteile			
13				
14			mehr Gelassenheit	
15	Kommunkationstechniken erleichtern den Umgang			

Fragebogennummer	Vom Kurs erhofft	Erfüllte Erwartungen	Fehlende Angebote
1	mehr Sicherheit im Umgang	Positives in der Krankheit sehen, Austausch mit anderen Betroffenen	Angehörigenkurse
2	andere Angehörige kennen lernen, Tipps zu verschiedenen Hilfen, rechtliche Dinge, Umgang, Wissen über die Krankheit	Sehr gut, viele praktische Beispiele und Ratschläge	Treffpunkte für Angehörige
3	Aufklärung über die Krankheit, Umgang mit dem Betroffenen, Hilfe erfahren	vollstens erfüllt, Bestärkung durch den Austausch, eigene Fähigkeiten ausbauen u. verfeinern	
4	Tipps, Reaktion in bestimmten Situationen	Stressfreier Tagesablauf	Angebote und Unterstützung für Pflegende
5	Information über Demenz, Tipps im Umgang	ok	
6	Neue Ideen und Techniken	Neue Ideen beim Umgang mit Angehörigen	
7			
8	Hilfe im Umgang mit schwierigen Situationen, eigene Gefühle	Teilweise, die Umsetzung ist schwieriger	Sorgen loszuwerden, wenn man diese hat, kostenlos, leicht erreichbar
9	Aufklärung über die Krankheit, besserer Umgang mit dem Betroffenen	ruhiger und gelassener, Austausch mit anderen Betroffenen	Tagespflege, Pflege person im Haus
10	Distanz von Problemen, Wissen über Demenz	Ja	
11	Wissen über Demenz, Wertschätzung der Betroffenen	sehr erfüllt	
12	Wissen über Demenz und Umgang der Betroffenen	Ja	Info von Krankenkassen über Leistungen
13	Besseres Verständnis der Betroffenen	Ja, weitere Anregungen und Gespräche wünschenswert	
14	mehr Sicherheit im Umgang	Ja, praktische Beispiele	
15		Wertvolle Anregungen und Tipps	

Fragebogennummer	Gewünschte Angebote	Wünsche für Angehörige
1	mehr Angehörigenkurse	mehr Offenheit in der Gesellschaft, mehr Hilfsangebote
2	Demenzcafe, Sportgruppe für Demenzerkrankte, Angehörigenkurse, Kreativgruppe, Kulturzentrum (alte Filme	WG für demente Menschen, mehr Respekt von Ärzten, Wertschätzender Umgang dementen Menschen und Angehörigen
3	Angehörigenkurse, mehr Validationslehrer, mehr Aufklärung in der Bevölkerung	Mut zur Liebe, zu Gefühlen, Barmherzigkeit und Versöhnung
4	ständig neue Informationen erhalten	Anerkennung bei Krankenkassen und Gesetzgebung, Erholungskur mit dem Mann, Informationen von Krankenkassen über die Betreuung
5		Angehörigentreff, ambulante Hilfen
6	Mehr Infos für Angehörige	Akzeptanz der Krankheit, mehr Verständnis
7	Bessere Schulung und Information für Ärzte	Hilfsangebote wahrnehmen, kein schlechtes Gewissen haben, Gesprächskreise, Aktivitäten mit den Betroffenen
8	Ansprechpartner, kompetente Ansprechpartner	Anerkennung für die Betreuung, besser geschultes Personal, kompetente Beratungsstellen, die leicht erreichbar sind
9	bezahlbare Alternativen zum Pflegeheim	kleinere Wohngruppen im Heim, mehr Angebote zur Unterhaltung, mehr häusliches Pflegegeld, bessere Unterstützung in Bezug auf die
10	Infos über Erkrankung für Pflegende	Gemeinsamkeit und Freude trotz aller Probleme, niemals Phase IV
11	Unterstützung einer kompetenten Person 1x/Monat	genügend Kraft für die täglichen Herausforderungen, Unterstützung von allen Seiten
12	Bezahlbare, qualifizierte Betreuungspersonen im eigenen Haus	Dass die Betroffenen nicht merken, was die Krankheit mit ihnen und dem Umfeld macht
13		
14	Mehr Aufklärung in der Bevölkerung	Unterstützung durch Krankenkasse
15		

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass die vorliegende Arbeit inhaltlich ohne fremde Hilfe angefertigt wurde und ich mir keiner anderen, als der von mir angegebenen Literatur und Hilfsmittel bedient habe. Im Rahmen einer Prüfung wurde das Thema von mir noch nicht schriftlich bearbeitet.

Miriam Klinger

(Matrikel-Nr.: 25607)

Ort/ Datum

Unterschrift