

Forum Praxis Palliative Geriatrie



IFF-Palliative Care und OrganisationsEthik
A-1070 Wien, Schottenfeldgasse 29/4/1
Tel. +43-(0)1-5224000-101
Fax +43-(0)1-5224000-178
<http://www.iff.ac.at/pallorg>
E-Mail iff.pallorg@uni-klu.ac.at

Forschungsprojekt Validation® und Basale Stimulation® Voraussetzungen und Wirkungsweisen von zwei Methoden zur personenzentrierten Kommunikation mit Menschen mit Demenz

Abschlussbericht

Juli 2010

Katharina Heimerl, Petra Fercher, Elisabeth Reitinger, Anton Amann, Sigrid Poppa, Gabriele Erlach-Stickler, Marina Kojer, Elisabeth Wappelshammer

Unter Mitarbeit von Monique Weissenberger-Leduc

Dank

Unser Dank geht an die Mitarbeiterinnen und Leitungen der beiden Pflegeheime „Antonius“ und „St Moritz“, die uns an ihrem Alltag teilhaben ließen, ihre knappe Zeit mit uns und dem Forschungsprojekt geteilt haben und über fast drei Jahre hinweg mit dem Forschungsprojekt kooperiert haben.

Inhalt

Zusammenfassung	4
A. Forschungshintergrund	6
1. Präambel	6
2. Zur Situation von Menschen mit Demenz	14
3. Methodologie: Hermeneutik - Handeln	21
4. Forschungsmethodik	34
4.1 Architektur des Projektes	34
4.2 Forschungsfragen	34
4.3. Forschungsdesign: zwei Fallstudien	35
4.4 Die Durchführung der Fallstudien	40
4.5 Die Erhebungen im Projekt	42
4.6 Auswertungsmethodik	44
4.7 Rückkoppelung der Daten	49
5. Theoretischer Rahmen: Zwei Konzepte zur personenzentrierten Kommunikation in der Literatur	51
5.1 Basale Stimulation® nach Bienstein/Fröhlich	51
5.2 Validation® nach Naomi Feil	56
B. Die Fallstudien	69
1. Fallstudie: Umsetzung von Basaler Stimulation® auf der Station 2 im Pflegeheim St. Moritz	69
1.1 Einleitung	69
1.2 Die Station und der Aufenthaltsbereich	70
1.3 Rahmenbedingungen, Pflege- und Leitungsverständnis	74
1.4 Beobachtungen zu drei Handlungseinheiten	80
1.5 Ein gelungener und ein weniger gelungener Betreuungsverlauf	84
1.6 Basale Stimulation in der Pflegedokumentation auf der Station	93
1.7 Schlussfolgerungen aus Fallstudie 1 zur Umsetzung von Basaler Stimulation	97
1.8 Exkurs: Räumliche Gestaltung im Kontext basaler Stimulation	104
1.9 Anhang Protokolle der Beobachtungen zu drei Handlungseinheiten	111
2. Fallstudie: Umsetzung von Validation® auf der Station A im Pflegeheim Antonius	126
2.1 Rahmenbedingungen im Heim und auf der Station	126
2.2 Beobachtungen an mehreren Tagen auf der Station	131
2.3 Ein gelungener und eine weniger gelungener Betreuungsverlauf	143
2.5 Schlussfolgerungen aus Fallstudie 2 zur Umsetzung von Validation	156
2.6 Nachwort	160
3. Exkurs: Ein Blick auf die Fallstudien aus der Perspektive des Dementia Care Mapping .	161
C. Schlussfolgerungen aus den beiden Fallstudien	164
7.1. Wirkungen von Basaler Stimulation und Validation im Pflegeheim	164
7.2. Voraussetzungen und Rahmenbedingungen	167
7.3 Voraussetzungen und Wirkungsweisen hängen unmittelbar miteinander zusammen .	169
7.4 Wirkungsmodell der beiden Methoden zur personenzentrierten Kommunikation mit Menschen mit Demenz - Die Elemente des Modells	170
7.5 Validation und Basale Stimulation - der Stellenwert der Methoden in der Palliativen Geriatric	171

Zusammenfassung

Das vorliegende Projekt gibt, auf der Basis einer Fallstudien-Methodologie, sowohl in konzeptueller als auch pragmatischer Sicht Auskunft über Zielsetzungen, Funktionsweisen und Anwendungseffekte – also Voraussetzungen und Wirkungsweisen - zweier in der Pflegearbeit weithin anerkannter Interventionsmethoden zur personenzentrierten Kommunikation bei Menschen mit Demenz: *Basale Stimulation® nach Fröhlich/Bientstein* und *Validation nach Naomi Feil®*

Die Fallstudien wurden auf zwei Stationen in Pflegeheimen in unterschiedlicher Trägerschaft erstellt, die Leitungen haben sich jeweils für ein Pseudonym entschieden: St. Moritz für die Station mit Schwerpunkt in Basaler Stimulation und Antonius für die Station mit Schwerpunkt in Validation.

Das Vorgehen zur Auswahl der Station war für beide Fallstudien gleich: In einem Interview wurde jeweils eine Vertreterin der zweiten Generation der Kommunikationsmethode (Basale Stimulation bzw. Validation) gefragt, auf welcher Stationen sich die Umsetzung der Methode gut beobachten ließe. Die Vertreterinnen der Methode wurden also nach „Models of Good Practice“ der Methode befragt und um eine Empfehlung gebeten. Der Empfehlung wurde jeweils gefolgt, die Forscherinnen nahmen Kontakt mit der Stationsleitung und der Pflegedienstleitung der Einrichtung auf und holten das Einverständnis zur Beteiligung am Forschungsprojekt ein.

Für beiden Fallstudien wurden ähnliche Erhebungen durchgeführt:

- Beobachtungen durch Expertinnen der jeweiligen Kommunikationsmethode an mehreren Tagen auf der Station
- Gruppendiskussion mit den Teams auf der Station zur Erhebung eines gelungenen und eines weniger gelungenen Betreuungsverlaufes
- Analyse von Pflegedokumentationen
- Interviews mit Leitungen zu Rahmenbedingungen, Leitungs- und Pflegeverständnis auf den Stationen

Darüber hinaus wurden Hintergrundinformationen zur Validation und zur Basalen Stimulation erhoben, die zur Interpretation der Fallstudien herangezogen werden konnten

- Ausführliche Literaturrecherche zu Konzept und wissenschaftlichen Ergebnissen der beiden Kommunikationsmethoden
- Interviews mit den Gründerinnen und mit Vertreterinnen der zweiten Generation der beiden Kommunikationsmethoden

Die Auswertung der Fallstudien zeigt folgende Ergebnisse:

Die Wirkungen der Validation und der Basalen Stimulation lassen sich in qualitativen Kriterien konzeptiv und empirisch beschreiben. Auf der Ebene der Grundhaltungen sind die Wirkungen von Validation und Basaler Stimulation überaus ähnlich, so dass von einer gemeinsamen Haltung der „personenzentrierten Kommunikation“ gesprochen werden kann.

Entlang der Kriterien lässt sich aufzeigen, dass es sich bei den beiden beschriebenen Fallstudien um „Models of Good Practice“ handelt. Gerade, weil die beiden Fallstudien „Models of Good Practice“ darstellen, haben sie eine Einsicht in die Frage ermöglicht, welche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen erfüllt sein müssen, damit die Umsetzung der Methoden gelingt. Diese Einsicht in die Rahmenbedingungen zeigt, dass die Wirkungen der Validation und der Basalen Stimulation weit über das korrekte Anwenden von Techniken, die in den Ausbildungen zu den beiden Methoden gelehrt werden, hinausgehen. Sie umfassen Organisationskultur, -prozesse und -strukturen.

Eine Methode zu Kommunikation mit Menschen mit Demenz zu implementieren erfordert mehr als nur die MitarbeiterInnen zu schulen. Die gelingende Implementierung setzt voraus, dass Kultur und Struktur entsprechend den Grundhaltungen der personenzentrierten Kommunikation gestaltet sind. Die gelingende Umsetzung wiederum hat daher Rückwirkungen auf Kultur und Struktur. Voraussetzungen und Wirkungen der beiden Kommunikationsmethoden sind eng miteinander verbunden, es besteht ein zyklischer Zusammenhang.

Die Analyse der Ergebnisse und Interpretation der Daten führt zu einem Wirkmodell der beiden Methoden zur personenzentrierten Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Elemente des Modells sind die Perspektive der Menschen mit Demenz, die Perspektive der Betreuenden und die Perspektive der Organisation, die sich in Rahmenbedingungen und Strukturen zeigt sowie die zwischen diesen Perspektiven entstehenden Beziehungen. Alle drei Perspektiven sind unverzichtbar für die gelingende Umsetzung von personenzentrierter Kommunikation

A. Forschungshintergrund

1. Präambel

Anton Amann

Die Methodologie des Projekts, auf deren einzelne Elemente in späteren Kapiteln im Detail eingegangen wird, entspricht in groben Zügen einem „natural approach“, hat also insofern keinen deduktiven Charakter, als der konzeptuelle Rahmen und entsprechende Hypothesen nicht zuerst entworfen und dann mit Hilfe empirischer Befunde überprüft worden sind. Die Aufgabenstellung ist vielmehr so angelegt worden, dass, gestützt auf unterschiedliche methodische Verfahrensweisen, eine qualitative „Aufdeckung“ von Voraussetzungen und Konsequenzen im Vordergrund stand. Deshalb hat auch diese Präambel ausdrücklich die Funktion, das Gesamtergebnis des Projektes *im Nachhinein* in einen umfassenderen Interpretationsrahmen zu stellen. Damit ist eine Vorstellung des „Theoretisierens“ verbunden, die bewusst über die einzelnen empirischen Befunde hinausgeht und Bezüge zu sozialwissenschaftlichen Theoremen herstellt, die weit allgemeineren Charakter haben.

Deshalb gibt das vorliegende Projekt, auf der Basis einer Fallstudien-Methodologie, sowohl in konzeptueller als auch pragmatischer Sicht Auskunft über Zielsetzungen, Funktionsweisen und Anwendungseffekte – also Voraussetzungen und Wirkungsweisen - zweier in der Pflegearbeit weithin anerkannter Interventionsmethoden zur personenzentrierten Kommunikation bei Menschen mit Demenz: *Basale Stimulation und Validation*. Allerdings ist diese Kennzeichnung hier nur vorläufig, denn die Basale Stimulation reklamiert z. B. für sich, mehr zu sein, als eine Kommunikationsmethode, nämlich ein Pflegekonzept, das auch Kommunikation mit einschließt. Die Validation wiederum bezieht sich nicht ausschließlich auf Pflegearbeit, sondern schließt potentiell alle Berufs- (und Personen-)gruppen mit ein, die am Umgang mit Menschen mit Demenz beteiligt sind. Näheres wird darüber in späteren Kapiteln dargelegt.

Weder die Konkurrenz zwischen verschiedenen solcher Methoden im Bereich der Pflegevorsorge, noch die programmatischen Erklärungen, die ihre jeweiligen Vorteile hervorkehren sollen, geben Auskunft darüber, worin ihre spezifischen Eigenheiten bestehen. Diese „Konkurrenz“ ist sowohl in den Zielsetzungen und Kontexten der einzelnen methodischen Vorgangsweisen als auch in der praktischen Umsetzung in den Institutionen angelegt. Der szientifische Aspekt der Konkurrenz basiert auf unterschiedlichen Vorstellungen über die Leistungsfähigkeit der Konzepte/Methoden, der pragmatische Aspekt stammt im wesentlichen aus unterschiedlichen Erkenntnis- und Handlungsinteressen in der praktischen Arbeit. An der Oberfläche äußert sich dies im praktischen Bereich in der Frage, ob Basale Stimulation oder Validation oder Pflege nach Böhm etc. zu bevorzugen seien.

Im Projekt wurde davon ausgegangen, dass es, in Entsprechung zur Forschungsfragestellung, der anwendungsorientierten Analyse und des empirischen Zuschnitts entsprechender Erhebungen bedarf. Eine solche Perspektive ergibt sich aber nicht voraussetzungslos. Sie ist eingebunden in Logiken gesellschaftlicher und wissenschaftlicher Produktion und Reproduktion, innerhalb derer sie erst ihre Bedeutung und ihren spezifischen Sinn erlangen. Einige Aspekte dieser Logiken deutlich zu machen, ist die Aufgabe dieser Präambel.

Alternde Gesellschaften, deren wirtschaftliche Grundlagen im Sinne kapitalistischer Produktion und deren politische Rahmenbedingungen in der Form massendemokratisch-wohlfahrtsstaatlicher Verfasstheit organisiert sind, zeigen bestimmte charakteristische Eigenheiten in der Frage, wie mit den Folgen des demographischen Wandels praktisch

umgegangen und auf Probleme geantwortet wird. Als die wichtigsten Charakteristika, die mit Augenmerk auf das vorliegende Projekt zählen, können die folgenden vier gelten:

1) *Praktische Sozialpolitik als Intervention*: Die Gesellschaft reagiert auf die Konsequenzen des Alterungsprozesses mit dem gestaltenden Eingriff in die Lebenslagen der Menschen mit Hilfe von Regelungen der praktischen Sozialpolitik. Diese Strategie entspricht der Entwicklung von Sozialstaatsmodellen, die sich solche Gestaltungsarbeit als eine ihrer sozialpolitischen Aufgaben definiert haben. Die politische Dimension liegt in der Tatsache, dass alle Strukturen und Handlungen, die in der politischen Gestaltung von Lebensbedingungen zum Einsatz kommen, letztlich in einer *Programmatik* verankert sind, die zum Zwecke eines Eingreifens auf rechtlicher Basis legitimiert, institutionell organisiert, und durch ethische Handlungsmaximen geleitet sind, auch wenn die politischen Aushandlungsergebnisse diesen Rückbezug nicht immer erkennen lassen. Hier muss allerdings ergänzt werden, dass diese Programmatik nicht immer in ihrer gesamten Reichweite durchgesetzt werden kann, ja sachlich nicht einmal immer zureicht, zumal dort, wo die aktuellen Herausforderungen, die an die Pflegeheime herangetragen werden, sie zunehmend unterlaufen. So sind viele Rahmenbedingungen aufgrund der raschen Zunahme an BewohnerInnen mit Demenz und aufgrund der Diversifizierung der Pflegebedarfe komplexer als die programmatischen Vorgaben selbst.

Am Beispiel der Pflegevorsorge in Österreich lässt sich dies folgendermaßen verdeutlichen. Die für Österreich gültigen Rechtsmaterien wie die Art. 15a-Vereinbarung nach BVG, die Sozialhilfegesetze, das Bundespflegegeldgesetz, die Landespflegegeld-Gesetze, das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, die Berufsbilder, Qualitätsstandards, Arbeitsplatzbeschreibungen etc. beinhalten die politisch gewollten Rahmenbedingungen. Die unterschiedlich organisierten Formen gezielten und systematischen Arbeitens, des Eingreifens in Situationen (stationäre, ambulante und teilstationäre Versorgung und alle weiteren Formen professioneller Intervention) stellen den institutionalisierten Rahmen dar. Pflegeheime z. B. sind daher eine ganz spezifische historisch gewachsene Ausprägung in dieser Programmatik. Formen, Inhalte und Handlungsweisen innerhalb der rechtlichen und institutionellen Bedingungen sind in Hinsicht auf die obersten Bezugspunkte von Betreuung und Pflege beurteilbar. Aber gerade im Lichte der eben genannten massiven Veränderungen in den Rahmenbedingungen der praktischen Pflege ist mittlerweile sehr deutlich, dass Qualitätsstandards, Aus- und Weiterbildungsstrategien sowie Qualitätsmanagement insgesamt zum Teil erheblicher Veränderungen bedürfen. Die im vorliegenden Projekt betrachteten Interventionsmethoden Basale Simulation und Validation fügen sich daher sachlogisch in diese Programmatik ein.

2) *Verwissenschaftlichung politischer Entscheidungsprozesse*: Da moderne Gesellschaften und die in ihnen arbeitende Politik weiters dadurch gekennzeichnet sind, dass sie für auftauchende Probleme rationale Lösungen suchen, tritt die Rolle der Wissenschaft bzw. Forschung im Sinne der Verwissenschaftlichung politischer Entscheidungs- und Bewertungsprozesse vor Augen. In modernen Gesellschaften entwickeln sich spezialisierte Organisationen, Systeme des Wissens und der Sachzuständigkeit, für höchst unterschiedliche Risiken. Hilfe ist in modernen Gesellschaften, Niklas Luhmann hat darauf hingewiesen, in nie zuvor erreichter Weise eine zuverlässig erwartbare Leistung, gleichsam Sicherheitshorizont des täglichen Lebens auf unbegrenzte Zeit in den sachlichen Grenzen von Organisationsprogrammen geworden (Luhmann 1973). Zuverlässig erwartbare Leistungen, Sicherheit im Sozial- und Gesundheitsbereich und Organisationsprogramme, alle unter der Perspektive des Helfens, haben in modernen Gesellschaften ihren Ort im Rahmen des Sozialstaats. Expertensysteme, die im Zusammenhang mit Helfen interessieren, sind im Sozialstaat verankerte Systeme. Innerhalb der Expertensysteme des Helfens ist der Bedürftige

aber nicht mehr ausschließliches Ziel des Handelns. Ebenso bedeutsam ist die Reproduktion der Gesellschaft durch organisiertes professionelles Helfen, die Gesellschaft hat in der Form der helfenden Institutionen auch ein Interesse an sich selbst. Eine solche Perspektive ist ohne die Rolle der Wissenschaft nicht mehr denkbar. Das gilt für die Sozialwissenschaften, die Medizin, die helfenden Wissenschaften wie Sozialarbeits- und Pflegewissenschaft etc.

Forschung in diesen Feldern ist, weit über eine Argumentationsressource hinaus, zu einem Definitionsmedium für soziale Risiken und Probleme geworden (Amann 2005). Altersforschungsberichte jedweder Art sind damit ein spezifisches Segment in jenem Prozess, in dem die rationale Bewältigung von gesellschaftlichen Problemen mit dem Mittel rationaler Wissensproduktion unterstützt werden soll. Damit erfüllt diese Forschung folgende Funktionen mehr oder weniger deutlich:

- Beobachtung des sozialen Wandels mit Bezug auf Ältere und Generationen
- Wohlfahrtsmessung der Älteren
- Gesellschaftliche (Selbst-)aufklärung
- Politikberatung. Allerdings ist zu beobachten, dass wissenschaftliche Beratung zwar zunehmend durch Politik beauftragt wird, diese sich dann allerdings in ihren Entscheidungen als erstaunlich beratungsresistent erweist. Dieses Phänomen hat in den letzten Jahren zunehmend zu neuen Reflexionen über das Verhältnis zwischen Forschung und Praxis geführt, Reflexionen, die deutlich machen, dass die traditionelle Gegenüberstellung von erkennender Wissenschaft und handelnder Praxis in manchen Bereichen zunehmend obsolet wird (Amann 2005).
- State-of-the-Art-Bericht für ausgewählte Gestaltungsfelder der Generationenpolitik
- Verbesserung der Selbstverständigung über generationenpolitische Prioritäten.
- In Projekten der vorliegenden Art spielt das Verständnis von Wissenschaft als Intervention auf der „Mesoebene“ - auf der Ebene der Organisation Pflegeheim - eine entscheidende Rolle (z. B. unter Bezugnahme auf den Interventionsforschungsansatz von Larissa Krainer und Peter Heintel). Aus diesem Verständnis heraus gab es ein Bemühen auf unterschiedlichsten methodischen Ebenen, die „PraxispartnerInnen“ (die Lehrenden der beiden Interventionsmethoden, sowie die Pflegenden und Leitenden in den beiden Heimen) in die Generierung von Wissen einzubeziehen, sowie das Forschungsprojekt dazu zu nutzen, die Praxis in den beiden Einrichtungen weiter zu entwickeln - im Dialog zwischen Wissenschaft einerseits und Pflegenden bzw. Vertreterinnen der Interventionsmethoden andererseits.

Unterstützung politischer Planung durch wissenschaftliche Erkenntnisproduktion ist daher ein wesentliches Moment, das gegenwärtige Gesellschaften kennzeichnet und in diesem Punkt liegt auch die Möglichkeit, die Bedeutung der Art Forschung zu interpretieren, wie sie im vorliegenden Projekt zum Ausdruck kommt.

3) *Der Mehrebenenkontext des Themas*: Da jedes soziale Phänomen, und damit auch Hilfe-, Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit, in einem Mehrebenenkontext steht, bedarf es auch hier der Reflexion auf diesen verschiedenen Ebenen.

Ebene gesellschaftlicher Strukturen

Auf dieser Ebene geht es um große Zusammenhänge, um Verhältnisse, um wirtschaftliche, soziale, kulturelle und politische Verflechtungen, eben um Strukturen. Alle zusammen

machen die Gesellschaftsstruktur aus. Innerhalb dieser gibt es Teilstrukturen wie die Familien- und Haushaltsstruktur etc. Wenn als Beispiel die Pflegevorsorge herangezogen wird, treten sogleich demografischer Wandel, Veränderung der Bevölkerungs- und Familienstrukturen, die Strukturen institutioneller Versorgung etc. vor Augen, und ebenso wird klar, dass auch in diesem Fall der Bezug zu gesellschaftlichen Strukturen ausschlaggebend für die Gestaltung des Feldes ist. Für die nur relative Autonomie dieser Felder spricht nachdrücklich, dass in den letzten Jahren deren Ausdifferenzierung massiv unter das Diktat eines anderen Feldes, nämlich jenes der Wirtschaft geraten ist. Knappheit der Mittel ist primär ein ökonomisches Prinzip. Das ist einmal fiskalisch zu verstehen und einmal sozial. Sozial bedeutet: Das ökonomische System ist, entgegen allen anders lautenden Argumenten, nie in der Lage gewesen und wird es auch nie sein, alle Menschen sozial zu integrieren. Den Ausfall hat die Politik zu übernehmen. So könnte auch argumentiert werden, dass die Gesellschaft jene Krisen und Schäden, die das ökonomische System produziert, durch die Entwicklung anderer Systeme zu heilen versucht – z. B. durch die Sozialarbeit oder durch zivilgesellschaftliches Engagement (Reimer Gronemeyer).

Ebene der Institutionen und Organisationen

Ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen, in denen Sozialarbeit und Pflege, medizinische Behandlung, spirituelle Begleitung etc. geleistet werden, sind Organisationen und/oder Institutionen. In ihnen wird gehandelt, entschieden, gestaltet etc. Es ist daher sinnvoll, die beiden Begriffe kurz zu umreißen. Im Alltagsgebrauch werden häufig Schulen, Krankenhäuser und Behörden, z. B. jene der EU, als Institutionen, Fabriken, Betriebe, Versicherungen und Parteien als Organisationen bezeichnet. Für wissenschaftliche Zwecke ist eine genauere Bestimmung nötig.

Im Fall von *Institutionen* wird an Zusammenhänge von habitualisierten Handlungs- und Interaktionsformen gedacht, deren Sinn und Berechtigung der jeweiligen Kultur entstammen und die durch Beachtung der umgebenden Gesellschaft gesichert werden. Der Kern des Begriffs ist also die gesellschaftlich geregelte Kooperation. Unterricht, Tausch, Diskussion, Pflege, Soziale Arbeit und Erziehung sind Formen von Institutionen. Institutionen sind „dinghaft“, sie sind eine erfahrbare Realität (wie z. B. Brauch und Sitte), von außen vorgegeben, sie sind selbstverständlich und meistens sind sie nicht unbedingt materieller Natur (eine Realität sui generis im Sinne Émile Durkheims). Einsichtig wird die Bedeutung von Institutionen am besten, wenn nach ihren „Funktionen“ gefragt wird. Institutionen sind in der Gesellschaft für solche Aufgaben vorhanden, die als wichtig oder zentral gelten, die immer wieder auftreten und gelöst werden müssen. Dieser Gedanke ist in der Funktionsbestimmung praktischer Sozialpolitik bereits ausgeführt worden.

Unter *Organisationen* werden ganz verschiedene Einrichtungen gezählt: Banken, Autokonzerne, Warenhäuser, Verkehrsbetriebe, Krankenhäuser, Pflegeheime etc. Sie sind Formen geregelter Kooperation, im Unterschied zu Institutionen aber entwickelt auf der Grundlage rationaler Planung, also hervorgebracht durch rationales Denken und Handeln. Trotz der hohen Variabilität ihrer Erscheinungsformen lassen sich für Organisationen gemeinsame Definitionsmerkmale finden: Sie sind meist planvoll und dauerhaft eingerichtet, um bestimmte Ziele/Zwecke zu verfolgen. Sie besitzen eine (gedanklich) geschaffene und allgemein verbindliche Ordnung (Regelsystem/Struktur). Mit ihrer Hilfe werden das Handeln der Menschen/Mitglieder und die vorhandenen Mittel/Ressourcen koordiniert, um die definierten Ziele zu erreichen. Die für Organisationen typische Festlegung, bestimmte Ziele erreichen zu wollen/müssen, und das auf der Grundlage des geregelten Zusammenwirkens bestimmter Menschen, ist nichts, was nur einmalig auftaucht – es muss auf Dauer gestellt werden können. Handeln in Organisationen muss also in konkreter Weise immer wieder

erwartbar sein. Die Regeln sind daher in Gesetzen, Statuten, Satzungen, Berufsbildern, Handelsregistern etc. festgelegt. Auf sie kann sich die jeweilige Organisation berufen, wenn es strittige Auffassungen gibt.

Doch formelle Regelwerke allein genügen nicht, damit Organisationen „funktionieren“. Es bedarf auch des „subjektiven Faktors“ oder der „informellen Beziehungen“. Damit kommt das Verhältnis zwischen Organisation und Person ins Spiel. Welche Rolle spielen die vielfältigen Kontakte unter der Belegschaft und die informelle Kommunikation, die „Beziehungen“, die viele haben und einsetzen? Wie könnten Dienstplanänderungen bei plötzlichen Krankheitsfällen oder ähnlichen Anlässen bewältigt werden, wenn es unter den Bediensteten nicht das informelle Aushandeln über das „Einspringen“ gäbe?

Ebene der Expertensysteme der Profession und des Berufs

Diese Ebene verweist auf ein System von Kompetenzen und Qualifikationen, mit dem den Bedürfnissen der Klienten begegnet werden soll. Solche Systeme können als *Expertensysteme* bezeichnet werden. Zur Erläuterung mag hier eine Konzeption dienen, die vom englischen Soziologen Anthony Giddens entwickelt wurde und die eine Antwort auf die Frage geben soll, was passiert, wenn traditionelle soziale Beziehungen zunehmend durch professionelle Beziehungen ersetzt werden (Giddens 1990).

Entbettung ist „das ‚Herausheben‘ sozialer Beziehungen aus ortsgebundenen Interaktionszusammenhängen und ihre unbegrenzte Raum-Zeit-Spannen übergreifende Umstrukturierung“, also die Herauslösung von Beziehungen aus traditionellen Zusammenhängen wie Familie, Dorfgemeinschaft etc. Mechanismen der Entbettung sind Zeichen und Expertensysteme. Unter den Zeichen ist Geld (Medium des Austausches) der dominante Mechanismus, auf ihn wird hier nicht näher eingegangen. Im Zentrum steht die Idee der Expertensysteme. Sie sind „Systeme technischer Leistungsfähigkeit oder professioneller Sachkenntnis“, sie produzieren Entbettung, weil sie „dazu dienen, soziale Beziehungen von den unmittelbaren Gegebenheiten ihres Kontextes zu lösen.“. Diese Dislozierung der Beziehungen/Bindungen wird begleitet von einer Umgestaltung in eine neue Form der Verbindung mittels moderner Institutionen, die als formelle, professionelle und kompetente auftreten. Ein wesentlicher Aspekt sind die diversen, wissenschaftlich und pragmatisch abgesicherten Interventionsmethoden, sodass die Forschung über zwei von ihnen in diesem Projekt zugleich eine wissenschaftliche und eine praktische Legitimation hat. Rückbettung ist die Rückaneignung oder Umformung entbetteter sozialer Beziehungen, durch die sie wieder an lokale Kontexte geknüpft werden. Hier unterscheidet Anthony Giddens zwischen „gesichtsabhängigen“ und „gesichtsunabhängigen“ Bindungen; die ersten beziehen sich auf soziale Zusammenhänge gemeinsamer Anwesenheit, letztere auf die Beziehungen unter symbolischen Zeichen oder Expertensystemen, so genannte „abstrakte Systeme“. Jedes Hilfehandeln ist somit einerseits gesichtsabhängige Bindung und andererseits zugleich in die Kontrolle der gesichtsunabhängigen Bindung des Expertensystems eingebunden.

Da im vorliegenden Projekt die Leitvorstellung von Intervention auf eine spezifische Gruppe gerichtet ist, nämlich auf demenziell veränderte Personen, ist hier zumindest allgemein deren Sondersituation kurz hervorzuheben. An sie richtet sich die Dienstleistung, sie stehen im Zentrum der Organisationen, von denen hier gesprochen wird und mit denen geforscht worden ist. Sie sind der zentrale Fokus der Theorien, die hinter den Interventionskonzepten stehen (Carl Rogers, Tom Kitwood etc.) und ihr Wohlergehen ist der treibende Faktor sowohl für die beiden Interventionsmethoden als auch für das Forschungsvorhaben.

Die Zahl der Demenzerkrankungen ist nach internationalen Untersuchungen und Gesundheitsstatistiken im Steigen begriffen und sowohl betreuende Angehörige wie das

Pflegepersonal werden durch diese Entwicklung vor neue und große Herausforderungen gestellt. Der Problembereich der Demenzerkrankungen stellt sich als ein Syndrom dar, das vor allem im späteren Leben auftaucht. Zu ihm gehören Störungen im geistigen, emotionalen und psychomotorischen Bereich. Im Allgemeinen verläuft das demenzielle Syndrom im Sinn einer Chronifizierung und progressiv, wobei es zu Beeinträchtigungen höherer Funktionen der Gehirnrinde kommt. Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernen, Sprache und Urteilsvermögen werden in Mitleidenschaft gezogen. Die Beeinträchtigung kognitiver Funktionen geht meist Hand in Hand mit einer Verschlechterung der emotionalen Kontrolle und einer Veränderung des Sozialverhaltens und der Motivation. Im Verhalten werden eine sichtbare Abnahme intellektueller Leistungsfähigkeit und eine Abnahme der persönlichen Aktivitäten deutlich. Die Veränderungen kommen schleichend und nahezu unbemerkt. Wenn Personennamen und Daten nicht mehr erinnert werden, hilft man sich noch mit Tricks. Da war doch dieser Schriftsteller, ein Deutscher, wie hieß er nur? Eine Seelenerfahrungskunde hat er geschrieben, lebte in ähnlicher Zeit wie Jean Paul, wie hieß der bloß? Sein bekanntester Roman ist der Reiser, der Moritz, nein Anton, ist das der richtige Titel? Ach ja: Karl Philipp Moritz! Später kommen vorübergehende Verwirrheitszustände und ungenaue Erinnerungen. Ist heute Montag oder Weihnachten? Irgendwann geht die Orientierung in Raum und Zeit verloren. Oft gesellt sich dann sinnlose Motorik dazu, die Menschen laufen andauernd herum, sie müssen, es treibt sie. Sie können nicht mehr allein gelassen werden. Die Veränderungen im Gehirn werden begleitet vom Verlust der körperlichen Kontrollfunktionen. Zur Demenz gesellt sich die Inkontinenz. Es gibt Pflegeheime, in denen drei Viertel der Bewohner und Bewohnerinnen unter Demenz und Inkontinenz leiden. Deshalb kommt auch in der stationären Versorgung der Demenzkranken den Alten- und Pflegeheimen gegenwärtig die größte Bedeutung zu. Aus Erhebungen in Industrieländern geht hervor, dass die Unterbringungsrate mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung ansteigt.

In epidemiologischen Studien zur Schätzung von Demenzen wird vielfach nicht nach den verschiedenen Schweregraden der Erkrankung unterschieden. Die Schätzungen werden meist für große Altersgruppen vorgenommen (z. B. über 65 Jahre oder über 85 Jahre). Genaue Angaben, die die gesamte Bevölkerung betreffen, existieren kaum. In der einschlägigen Literatur wird die Prävalenz von Demenzerkrankungen in Größenordnungen von ein Prozent bis 15% der über 65jährigen angegeben. Mit steigendem Alter nimmt dieser Anteil weiter zu, sodass zwischen 15% und 47% der über 85-jährigen eine Demenz aufweisen. 1991 wurde eine Studie veröffentlicht - Forschungsgruppe "Eurodem" -, die auf 11 Erhebungen in sieben europäischen Ländern zurückgreifen konnte. In ihr wurden durchschnittliche Prävalenzen der Demenz für Fünf-Jahres-Altersgruppen berechnet. Für höhere Altersgruppen stellte sich heraus, dass neun Prozent der 65- und mehrjährigen und 42 % der 85- und mehrjährigen an Demenz leiden. Jedenfalls ist das Alter der unbestrittene Hauptrisikofaktor für das Demenzsyndrom im Allgemeinen wie auch für die Alzheimererkrankung im Besonderen. Was im Hintergrund der altersabhängigen Zunahme steht, ist allerdings noch nicht klar. Bei den Frauen scheint das Risiko für die Alzheimererkrankung größer zu sein als bei den Männern. Dieser statistische Effekt wird aber mit Sicherheit durch die höhere Lebenserwartung der Frauen beeinflusst. Für Männer gilt jedenfalls häufiger das Risiko, an einem gefäßabhängigen Funktionsabbau des Gehirns zu erkranken (Amann 2004).

Ebene des Alltagshandelns

„... wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständige Betreuungs- und Hilfsbedarf...“ Diese Formulierung aus einer Gesetzesgrundlage für die Pflegevorsorge öffnet den Blick auf das, worum es hier geht. Was heißt körperlich oder geistig, was heißt Behinderung, wie konstruieren Menschen ihre Vorstellungen von

ihrer Umwelt und wie handeln sie im Alltag, und zwar so, dass das Handeln erfolgreich abläuft und nicht in immer neuen Anläufen strandet?

Im *Symbolischen Interaktionismus* gilt menschliches Handeln als symbolisch vermittelte Interaktion, d. h., dass in den Handlungen zwischen mehreren Menschen verwendete Symbole subjektiv und unter gegenseitiger Abstimmung interpretiert und mit einem eigenen Sinn versehen werden. Die Bedeutung der Welt wird über symbolische Bedeutungen erschlossen. Wenn ein Zeichen oder eine Geste an einem anderen Menschen bei zwei Beteiligten die gleiche Vorstellung über deren Bedeutung hervorrufen, spricht George H. Mead von einem „signifikanten Symbol“ (Mead 1968). Körperliche Hinfälligkeit (in vielfältigen Erscheinungsformen) wird z. B. in unserer Kultur von vielen als signifikantes Symbol wahrgenommen, das Vorstellungen über krank, der Hilfe bedürftig etc. aktiviert. Diese Symbole haben also eine allgemeine Bedeutung. Die gesamte Persönlichkeit und das gesamte Handeln sind durch Symbolik geprägt (Sprache, Gestik, Mimik, Aussehen), diese haben die Menschen im Laufe ihrer Sozialisation erworben und im ständigen Austausch miteinander bestätigt oder verändert. Alles, was die Menschen in ihrem Alltag wahrnehmen, erhält erst durch seine Interpretation eine spezifische Bedeutung, und da die Interpretationen gemeinsam vorgenommen werden, sind sie „konstruiert“. Da sie auch neu interpretiert und umgedeutet werden können, werden die Menschen als „Interpreten“ und „Konstrukteure“ ihrer sozialen Welt verstanden. Durch die „symbolische Kommunikation“ sind Menschen also in der Lage, die eigenen Handlungen, die Handlungen der anderen Menschen, die ganze soziale Umwelt, mit Bedeutung zu versehen.

Die These lautet, dass Pflege und ihre Interventionsmethoden, gesehen als relativ autonomes Feld im Rahmen der Praktischen Sozialpolitik, ihre Charakteristika aus ihren je spezifischen Bezügen zu den vier genannten Ebenen konstruieren kann, (vor allem aus ihren Bezügen zu den Menschen mit Demenz, also zur Ebene der Betroffenen) und dies auch immer wieder tut, da diese für sie konstitutiv sind. In den Zielsetzungen, Verfahrensweisen und antizipierten wie beobachteten Wirkungen von Basaler Stimulation und Validation werden diese Zusammenhänge verschiedentlich sichtbar werden.

4. *Geltungsgrundlagen*: Die Pflegevorsorge im Sinne der legitistischen, institutionellen und pflegepraktischen Bedingungen und Handlungsvollzüge ist eine gesellschaftliche Gesamtaufgabe, die aus privater Verantwortlichkeit und politischem Selbstauftrag legitimiert wird. Beide Legitimationsgründe können sich aber, wie die gegenwärtige Diskussion zeigt, erheblich verändern. Die Stichworte, an denen das Thema festzumachen wäre, sind „Finanzierbarkeit“ und „Pflegebereitschaft“. Die Volumina der pflegenden Personen und der in Geldwert gemessenen Leistungen in der Pflege sind im informellen Bereich weitaus höher als im professionellen Bereich. Über die Verteilung der „schwer Pflegebedürftigen“ auf die beiden Systeme gibt es keine exakten Vergleichszahlen, obwohl diese erst die Belastungsvorstellungen präzisieren könnten.

Die Pflegeleistungen im gesamten System können unter einer soziologischen Perspektive betrachtet werden. Zuerst wird auf den informellen Bereich eingegangen, dann auf den öffentlichen bzw. professionellen, denn erst beide machen das ganze Bild, wobei nach den Geltungsgrundlagen der Systeme zu fragen ist.

4.1. Geltungsgrundlagen im informellen Bereich

Der Beitrag des informellen Bereichs kann als Einsatz von „*Sozialkapital*“ angesehen werden, wie dies verschiedentlich vorgeschlagen wurde, wobei der Schwerpunkt des Begriffs meist auf den sozialen Beziehungen liegt. Soziales Kapital sind in dieser Lesart Beziehungen zwischen Individuen, soziale Netzwerke und Normen der Reziprozität und der Vertrauenswürdigkeit. Spezifische Reziprozität, der Austausch zwischen zwei Personen, geht ebenso wie allgemeine Reziprozität dann verloren bzw. werden beide dann unterhöhlt, wenn Menschen in Lebensbedingungen geraten, die es ihnen schwer oder unmöglich machen, ihre Potenziale zu realisieren. Es werden die Möglichkeiten sozialen Austausches eingeschränkt,

die Identität, die über gesellschaftlich nützliche Tätigkeit bestimmt wird, wird massiv erschüttert. Eine Gemeinschaft, die durch generalisierte Reziprozität gekennzeichnet ist, ist effizienter als eine mit geschädigter Vertrauenswürdigkeit, und sie löst kollektive Probleme besser. In diese Reziprozität eingebettete Normen und Netzwerke verstärken sozial erwünschtes Verhalten und stellen Mechanismen zur Verfügung, kollektive Probleme leichter zu lösen. Soziales Kapital reduziert Informations- und Transaktionskosten und unterstützt die Integration in sozialen Gemeinschaften. Eine gesellschaftliche Konstellation, die es den Menschen zunehmend schwieriger macht, ihre Pflegeleistungen zu erbringen, birgt die Gefahr der Destabilisierung sozialer Beziehungen und der Erosion sozialer Integration.

Weshalb wird der Gedanke überhaupt nahe gelegt, dass eine solche Situation im informellen Pflegebereich auftreten könnte? Die Antwort ist relativ einfach zu finden. Die Bedingungen, unter denen hier Pflege erbracht wird, verschlechtern sich. Das informelle Pflegepotenzial sinkt tendenziell, die Zahlen der Pflegeabhängigen steigen und die Belastungen werden größer und intensiver. Pflegende im informellen Bereich, vor allem Frauen, sind spezifischen Zielkonflikten ausgesetzt, sie werden selbst krank und bedürftigen der Unterstützung. Die Zielkonflikte betreffen Bereiche, die ihrerseits gesellschaftlich normiert sind und Anforderungscharakter an die Betroffenen haben. Dazu zählen vor allem Erwerbsarbeit der Frauen, Kindererziehung, Angehörigenpflege, Partnerbeziehungen und Generationenbeziehungen. Zwischen all diesen Bereichen ist durch die Pflegenden ständig Balancearbeit in Hinsicht auf soziale, zeitliche und sachliche Anforderungen zu leisten. Die Spielräume, die dabei zur Verfügung stehen, werden enger, besonders bei jenen, deren äußere Lebenslage dafür ungünstige Voraussetzungen bergen. Dazu zählen das Einkommensniveau, die Wohnsituation, Ausmaß der Mobilitätsmöglichkeiten, Entfernung zwischen Generationenhaushalten und die Haushaltsstruktur bzw. Haushaltsgröße.

Diese Situation wirkt, dies ist eine *These*, in der Richtung dessen, was in der einschlägigen Diskussion Destabilisierung sozialer Beziehungen und Erosion sozialer Integration heißt. Auf der Seite der Individuen wird dies ersichtlich an der Art, wie sie ihre Situation selbst interpretieren. Zu den durchaus aufregenden Befunden für Pflegefragen zählen in der letzten Zeit jene, die sich als Abnahme der Pflegebereitschaft, zunehmende Verantwortungszuschreibung an den Sozialstaat und sinkende Fähigkeit zur Konfliktbewältigung aufgrund sich einengender Spielräume darstellen. Bemerkenswert ist auch die Perspektive der Geschlechterforschung auf die familiäre Pflege, die unter anderem zu dem Schluss kommt, dass der so genannte Generationenvertrag auch auf dem traditionellen Geschlechtervertrag beruht, die beobachtete Krise des Generationenvertrags also jedenfalls nicht ohne Bezugnahmen auf die Krise des Geschlechtervertrags diskutiert werden kann. Damit wird die Forderung für die weitere Forschung in diesem Bereich verbunden, dass Geschlechterdifferenzen in der Ausübung der familialen Pflege wahrzunehmen sind und die Frage nach Geschlechtergerechtigkeit gestellt wird. (Gröning, Kunstmann 2005).

4.2 Geltungsgrundlagen im professionellen Bereich

Die Rechtsgrundlagen der Pflegevorsorge in Österreich sind vor allem die „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen“ und das „Bundespflegegeldgesetz“ sowie die verschiedenen Landesgesetze. Die Art. 15a Vereinbarung legt ausdrücklich fest, dass die „Vorsorge für pflegebedürftige Personen bundesweit nach gleichen Zielsetzungen und Grundsätzen und die Schaffung eines umfassenden Pflegeleistungssystems an Geld- und Sachleistungen“ den politischen Auftrag darstellt. Diese Vereinbarung stellt die verbindlichen Rahmenbedingungen für einen wichtigen Teil der praktischen Sozialpolitik und somit

letztlich eine Selbstverpflichtung zur politischen Gestaltung gesellschaftlicher Verhältnisse dar.

Eine zweite Grundlage, die der Pflege Geltung verschafft, ist der allgemeine Professionalisierungs- und Akademisierungsprozess in der Pflege, in dem Aus-, Fort- und Weiterbildung, Qualitätskriterien, Berufsbilder etc. laufend weiter institutionalisiert werden. Die Geltungsgrundlage der professionellen Pflege ist daher die rechtliche Begründung einerseits und der die Pflege durchdringende Prozess der Professionalisierung im Sinne eines Wandels zu immer stärkerer, rationaler Bewältigung der Probleme andererseits. Auch hier lässt sich eine Hypothese formulieren: Es gibt einen Wandel hin zu einer Stärkung des beruflichen Selbstverständnisses der Pflege in Abgrenzung zu anderen Professionen und in Abgrenzung zu anderen Disziplinen außerhalb der Pflegewissenschaft, was interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit zumindest derzeit nicht erleichtert.

Literatur

Amann, A., Die großen Alterslügen. Generationenkrieg, Pflegechaos, Fortschrittsbremse? Wien 2004.

Amann, A., Praxisbezug in der Soziologie: Außer Kurs geraten?, in: Amann, A., Majce, G. (Hrsg.), Soziologie in interdisziplinären Netzwerken. Wien 2005, 119-137.

Giddens, A., The Consequences of Modernity. Stanford (CA) 1990.

Luhmann, N., Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen, in: Otto, H.-U., Schneider, S. (Hrsg.), Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit. Neuwied und Berlin 1973, Bd. 1, 21-43.

Mead, G. H., Geist, Identität und Gesellschaft. Frankfurt a/M 1968.

2. Zur Situation von Menschen mit Demenz

Katharina Heimerl

Die Bevölkerung altert

Die Weltbevölkerung altert, diese Tatsache ist unbestritten. So gibt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) an, dass im Jahr 2000 fast 20% der Menschen in entwickelteren Regionen über 65 Jahre alt waren und dass dieser Prozentsatz auf fast 35% im Jahr 2050 ansteigen wird (Davies, Higginson 2004a, S. 10). Frauen leben länger als Männer, die durchschnittliche zusätzliche Lebensdauer für Frauen weltweit wird mit 6 Jahren angegeben (Davies, Higginson 2004b, S. 10).

Auch für Deutschland stellt sich die Situation ähnlich dar: Die durchschnittliche Lebenserwartung für Mädchen beträgt heute bei der Geburt 86,5 Jahre, die von Buben fast 80 Jahre. Ging dies zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch primär auf die abnehmende Säuglingssterblichkeit zurück, so bedeutet es heute vor allem, dass die Bevölkerung altert: In den letzten 50 Jahren hat die durchschnittliche Lebenserwartung für eine 60-jährige Frau um 7,2 Jahre zugenommen, für einen Mann um 3,7 Jahre (Kruse 2008, S. 3).

In Österreich können vergleichbare Entwicklungen beobachtet werden. Leopold Rosenmayr spricht im Zusammenhang mit dem dramatischen Anstieg der Lebenserwartung von der „Graueinfärbung der Buntheit des Generationengefüges“ (Rosenmayr 2005, S. 3). Betrug der Anteil an über 60-jährigen in Österreich im Jahr 2000 noch etwas über 20%, so wird er für das Jahr 2050 auf über 35% geschätzt (Kytir 2005, S. 16).

Aus diesem Alterungsprozess werden in der Literatur mehrere wichtige Schlussfolgerungen gezogen:

Von der WHO wird betont, dass die Politik beginnen muss, den Bedarf der alternden Bevölkerung in ihre Planungen mit einzubeziehen und dass sich das Gesundheitsversorgungssystem danach ausrichten muss. Rosenmayr macht darauf aufmerksam, dass *„...ein neuer Gesellschaftsentwurf notwendig“* wird, *„...an dem die neuen Alten werden mitwirken müssen, um darin enthalten zu sein.“* (Rosenmayr 2005, S. 11)

Reimer Gronemeyer betont, dass vor allem die Zahl der Hochbetagten zunehmen wird (in Deutschland von heute 3,4 Millionen Menschen auf 9,1 Millionen im Jahr 2050). Wobei das hohe Alter überwiegend weiblich sein wird, im Bundesland Saarland werden 2050 beispielsweise 170 hochbetagte Frauen 100 Männern gegenüber stehen (Gronemeyer 2007, 46-47). Gleichzeitig warnt er davor, dass diese Szenarien *„ein Bild vom hilfsbedürftigen Greis, einer potentiellen gesellschaftlichen Last“* beschwören (Gronemeyer 2007, S. 47).

Mit der wachsenden Zahl an hochaltrigen Menschen geht auch die Zunahme an Pflegebedürftigen einher. Zwar bleibt der Prozentsatz an pflegebedürftigen älteren Menschen, die in Privathaushalten leben, über die Jahre gleich. So waren im Jahr 1991 von den 85-jährigen und älteren 31,4 % regelmäßig pflegebedürftig, im Jahr 2002 waren es 30,4% (Schneekloth 2006 zitiert nach Kruse 2008, S. 5). Aber die Gruppe der 85-jährigen und älteren ist ständig am Wachsen, und damit nimmt die Anzahl an hochbetagten Menschen, die pflegebedürftig sind, weiterhin zu. Im Pflegeheim trifft dies noch stärker zu, als in der Betreuung zu Hause, BewohnerInnen im Pflegeheim werden immer mehr zu „PatientInnen“ (Kruse 2008, Kojer 2002).

Für Österreich wurden unterschiedliche Szenarien der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit berechnet, die je nach Annahmen über die Erwartungen in Bezug auf Veränderungen in Lebenserwartung und des Gesundheitszustands deutlich variieren (vgl. Badelt et al 1996 und Streissler 2004 zit. in Schneider et al 2006). So unterscheiden Badelt et al. zwischen den drei Szenarien „Better Health“, „Status Quo“ und „Long Life“ in denen für das Jahr 2030 Prognosezahlen von rund 650 000 („Better Health“), 800000 („Status Quo“) oder fast 100000 („Long life“) pflegebedürftigen Personen berechnet wurden.

Auf eine wichtige Folge der Alterung der Bevölkerung machen Davies und Higginson (2004b) aufmerksam: Auch das Alter der pflegenden Angehörigen nimmt zu. Hochbetagte Menschen mit Pflegebedarf haben selbst alte Kinder, die für ihre Pflege verantwortlich sind. Die Betreuung von Angehörigen hochbetagter Menschen, insbesondere von Angehörigen demenzerkrankter Menschen wird damit selbst zur Herausforderung für die Betreuenden (vgl. u.a. Seidl, Walter; Maudrey 2003, Wadenpohl 2008, siehe auch Kapitel 4.2 in diesem Bericht).

Alter und Demenz

Eine andere Konsequenz, die aus diesen Szenarien der Alterung der Gesellschaft hervor geht, ist die Zunahme von Demenzerkrankungen in der Bevölkerung. Weltweit wird die Anzahl an Menschen mit Demenz mit 4% für die über 70-jährigen und 13% für die über 80-jährigen angegeben (Davies, Higginson 2004b, 16).

„Die wichtigsten Aussagen in diesem Zusammenhang sind ja bekannt: In unserer Gesellschaft werden immer mehr Menschen mit Demenz leben und immer mehr Personen mit dem Thema Demenz in Berührung kommen – sei es als Angehöriger eines älteren Menschen, als beruflicher Helfer oder als Arbeitskollege, als Nachbar oder als Polizist, der gerufen wird, wenn eine scheinbar hilflose ‚verwirrte‘ Person nachts angetroffen wird.“ (Wißmann, Gronemeyer 2008, S. 19)

Kruse spricht für Deutschland von einer Auftretenshäufigkeit der Demenz von 1% bei den über 70-jährigen, von 5% bei den über 75-jährigen, von 10% bei den über 80-jährigen und von etwa 35% bei den über 90-jährigen. Es wird geschätzt, dass derzeit etwa 1 Million Menschen mit Demenz in Deutschland leben (Bartholomeyczik et al. 2006, S. 8), 60% der Bewohner und

BewohnerInnen der stationären Altenpflege in Deutschland leiden an einer Demenz (Bartholomeyczik et al. 2006, S. 8), die auch zu einem hohen Prozentsatz herausfordernde Verhaltensweisen zeigen, beispielsweise wird die Häufigkeit von körperlichen Aggressionen mit 31%-42% angegeben (Bartholomeyczik et al. 2006, S. 10) .

Auch für Österreich wird eine Zunahme der Demenz beschrieben: Die Zahlen zur Epidemiologie von Demenzerkrankungen in Österreich gehen auf Wancata (2002) und Wancata et al (2003) zurück, wobei die Autoren betonen, dass keine exakten Zahlen vorliegen, da die Diagnosekriterien nicht einheitlich seien. 2000 litten laut Wancata (2002) in Österreich etwa 90 500 Personen an Demenz, für 2050 wird die Zahl auf 233 800 geschätzt. Die jährlichen Neuerkrankungen werden von 23 600 im Jahr 2000 auf 59 500 im Jahr 2050 ansteigen. Die epidemiologische Situation wird ebenso im Konsensusstatement Demenz Österreich (Jellinger et al. 2004, S. 6) und im Wiener Psychiatriebericht (Gutierrez-Lobos, Trappel 2006) beschrieben. Das Demenzhandbuch des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz aus dem Jahr 2008 schätzt die Anzahl an Menschen mit Demenz in Österreich auf etwa 100 000, wobei die 65-jährigen zu etwa 1% erkrankt sind, diese Zahl bei den über 90-jährigen auf fast 40% ansteigt. Laut dieser Quelle wird sich die Anzahl an Menschen mit Demenz in Österreich bis zum Jahr 2040 auf 200 000 verdoppeln (Pochobradsky et al. 2008, S. 2).

Gleichzeitig nimmt jedoch auch die Zahl der erwerbsfähigen Männer und Frauen ab, Wancata (2002) führt an, dass in Österreich derzeit einer Person mit Demenz etwa 56 Personen im erwerbsfähigen Alter gegenüberstehen, im Jahr 2050 werden es nur mehr 17 sein.

Gesellschaftspolitische und ethische Herausforderungen im Umgang mit Demenz

Die derzeitige Situation und die prognostizierte Zunahme von Menschen, die mit einer Demenz leben, stellen uns aktuell und werden uns noch zunehmend vor eine Fülle an Herausforderungen stellen. Zahlreiche Problematiken werden in diesem Zusammenhang in der Literatur diskutiert. Mit Bezug auf das Thema der Recherche sollen im Folgenden ausgewählte Aspekte kurz zusammengefasst werden:

Kommunikation mit Menschen mit Demenz: Insbesondere am Lebensende spielen personenzentrierte Modelle der Kommunikation mit Menschen mit Demenz eine zentrale Rolle (Kojer 2005, Kojer, Sramek 2007, Pörtner 2005). Kommunikation mit alten und hochaltrigen Menschen und insbesondere mit Menschen mit Demenz muss im Krankenhaus und in Einrichtungen der Pflege konsequent gewollt und geübt werden (vgl. u.a. Schmidl 2007). Noch bleibt professioneller Umgang mit alten Menschen aber relativ unberührt von wissenschaftlichen Erkenntnissen, der Umgang mit dem Alter wird viel mehr von allgemeinen gesellschaftlichen Trends bestimmt – wie etwa Beschleunigung, Flexibilisierung und Fragmentierung.

Demenz und Palliative Care: Die Demenz wird als unheilbare und lebensverkürzende Erkrankung beschrieben. Für Menschen, die daran leiden, ist Palliative Care der angemessene Versorgungsansatz (Kojer 2002, Davies, Higginson 2004a und b, Pleschberger 2006, Heller, Pleschberger 2008, Kojer 2008). Sterbende Menschen mit Demenz bedürfen einer besonderen Aufmerksamkeit im Rahmen von Palliative Care (Kojer, Sramek 2007), Pflegeheime brauchen eine besondere Aufmerksamkeit für das Sterben (siehe u.a. Heimerl, Heller, Kittelberger 2006, Weissenberger-Leduc 2008).

Ethische Herausforderungen: Der Umgang mit Menschen mit Demenz stellt die Betreuenden, die Pflegeeinrichtungen und die Gesellschaft im Allgemeinen vor besondere ethische Herausforderungen. Die ethische Grundlage für ein Lebensrecht für Menschen mit Demenz ist – so Thomas Klie - sowohl normativ gegeben, als auch empirisch, da Leben mit Demenz für 1 Million Menschen in Deutschland nicht (nur) Leiden bedeutet. Dennoch stellt sich die schwierige Frage, ob daraus eine Pflicht zum Leben mit Demenz abzuleiten ist (Klie 2004, 55). Gesamtgesellschaftlich gibt es hier noch viel zu lernen.

„Nun fordert aber ein ganzheitliches Verständnis von Demenz, das Demenz nicht als Defizit, sondern als Lebensform begreift, eine Toleranz und Akzeptanz von anders Sein und Loslassen, auch von Zivilisationsbestandteilen.“ (Klie 2004, 60).

Widersprüche und Konflikte: Im Österreichischen Projekt TRAFÖ – Ethische Entscheidungen in Alten- und Pflegeheimen (Reitinger, Heimerl 2008, Reitinger, Wegleitner, Heimerl 2007) wurden Widersprüche und Konflikte aufgezeigt, mit denen die stationäre Altenhilfe im Umgang mit ihren an Demenz erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen konfrontiert ist, gleichzeitig wurde ein Modell zur ethischen Fallbesprechung dieser Dilemmata entwickelt.

Rahmenbedingungen in Organisationen: Mit Blick auf die Situation von Menschen mit Demenz in Deutschland und ihrer Versorgungssituation, aber sicherlich auch in ganz Europa, wird derzeit prioritär die, „... Schaffung von Arbeitsbedingungen, unter denen eine moralisch handelnde Gemeinschaft entstehen kann“ gefordert (Kruse 2008, 19). Ebenso betont Katharina Gröning, dass einerseits die Ansprüche an Pflegenden im Umgang mit Menschen mit Demenz wachsen, sich andererseits aber die Handlungsspielräume der Pflegenden verengen, bedingt durch die Strukturen der Heime und den Strukturwandel der Bewohner und Bewohnerinnen (Gröning 2004, S. 83).

Demenzfreundliche Kommune: Unter diesem Begriff wird die Demenz als eine Herausforderung für das Gemeinwesen diskutiert: Wißmann und Gronemeyer plädieren dafür, dass

„... die Sorge (im Sinne des englischen Begriffs care, nicht im Sinne von Besorgnis oder bevormundender Fürsorge) für Menschen mit Demenz zu einer Angelegenheit der Zivilgesellschaft“ (Wißmann, Gronemeyer 2008: 33) wird.

Sie kritisieren, dass Demenz vorrangig unter dem Aspekt von Krankheit gesehen wird. Konsequenter Weise sprechen sie nicht von Demenzkranken, sondern von dementiell veränderten Menschen.

Herausforderndes Verhalten: Mit diesem Begriff werden jene besonderen Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz beschrieben,

„...die die Umgebung herausfordern, die also auch bestimmte Anforderungen an das Verhalten von Pflegenden stellen.“ (Batholomeyczik, Halek, Riesner 2006, S. 14).

Damit werden Verhalten und Verhaltensstörungen als soziale Konstruktion definiert, die aus der Interaktion zwischen dem Menschen mit Demenz und den Normen der Gemeinschaft, bzw. der Einrichtung entsteht. So beruht das Konzept des herausfordernden Verhaltens auf der Überzeugung,

„...dass die Ursachen eines bestimmten Verhaltens nur im Kontext zwischenmenschlicher Verhaltensweisen und der Umgebung verstanden werden können“ (Chapmann, Jackson, McDonald 2004, S. 6).

Das Konzept nimmt wesentliche Grundprämissen des person-zentrierten Ansatzes von Tom Kitwood auf, der im nächsten Kapitel beschrieben wird. Auf der Basis des humanistischen Menschenbildes umreißen die „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ (Batholomeyczik, Halek, Riesner 2006) ethische und organisatorische Bedingungen für eine gelingende Pflege von Menschen mit Demenz. Validieren, Erinnerungspflege, Basale Stimulation und Bewegungsförderung werden als Methoden zum Umgang mit herausforderndem Verhalten empfohlen.

Literatur

- Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta; Riesner, Christine [et al.] (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
- Blossom Stephan/Brayne Carol (2008); Prevalence and projections of dementia. In: Downs Murna/Browsers Barbara (2008); Excellence in Dementia Care. Research into Practice. Open University Press New York, 9-34.
- Chapman, Alan; Jackson, Graham A.; McDonald, Colin (2004): Wenn Verhalten uns herausfordert...Ein Leitfaden für Pflegekräfte zum Umgang mit Menschen mit Demenz. Stuttgart: Demenz Support Stuttgart GmbH
- Davies, Elizabeth; Higginson, Irene J (2004): Better palliative care for older people. World Health Organization Europe, Copenhagen.
- Davies, Elizabeth; Higginson, Irene J (2004): The solid facts palliative care. World Health Organization Europe, Copenhagen.
- Gronemeyer, Reimer (2007): Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können. S. Fischer, Frankfurt a. M.
- Gröning, Katharina (2004): Institutionelle Mindestanforderungen bei der Pflege von Demenzen. In: Tackenberg, Peter; Abt-Zegelin, Angelika [Hrsg.]: Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung. 4. Aufl., Mabuse-Verlag, Frankfurt a. M., S. 83-96
- Gutierrez-Lobos Karin, Trappel Eva (2006): Wiener Psychiatriebericht 2004, Herausgegeben von Stadt Wien, Wien, 2006
- Heimerl Katharina, Heller Andreas, Kittelberger Frank (2005): Daheim Sterben - Palliative Kultur im Pflegeheim. Freiburg i.B.: Lambertus
- Heller, Andreas; Pleschberger, Sabine (2008): Palliative Versorgung im Alter. In: Kuhlmei, Adelheid; Schaeffer, Doris [Hrsg.]: Alter, Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern
- Jellinger, Kurt [et al.] (2004): Konsensusstatement „Demenz“ der Österreichischen Alzheimer-Gesellschaft und der Österreichischen Alzheimer-Liga. In: *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 5.Jg., Heft 3, S. 6-13
- Klie, Thomas (2004): Demenz – Ethische Aspekte. In: Tackenberg, Peter; Abt-Zegelin, Angelika [Hrsg.]: Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung. 4. Aufl., Mabuse-Verlag, Frankfurt a. M., S. 54-61
- Kojer Marina (2002): Alt, krank, verwirrt. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Kojer Marina (2005): Kommunikation im Alter. In: Likar, Rudolf; Bernatzky, Günther; Pipam, Wolfgang; Janig, Herbert; Sadjak, Anton [Hrsg.]: Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Springer-Verlag, Wien, 21-33
- Kojer Marina (2007): Kommunikation im Alter. In: Likar, Rudolf; Bernatzky, Günther; Pipam, Wolfgang; Janig, Herbert; Sadjak, Anton [Hrsg.]: Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Springer-Verlag, Wien, 31-38
- Kojer Marina, Sramek Gunvor (2007): Der Tod kommt und er geht auch wieder. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebø, Stein [Hrsg.]: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. 3. Aufl., Lambertus: Freiburg im Breisgau, S. 231-245
- Kojer Marina (2008): Inwiefern sind demenzkranke alte Menschen palliativbedürftig? In: *Praxis Palliative Care* 1/2008, 26-29

- Kruse, Andreas (2008): Die Situation pflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik Deutschland am Beispiel Demenz. Referat auf dem 111. Deutschen Ärztetag 2008 in Ulm, <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/111Top02KruseReferat.pdf> [Stand: 28.10.2008]
- Kytir (2005): Demographische Prognosen. In: Likar, Rudolf; Bernatzky, Günther; Pipam, Wolfgang; Janig, Herbert; Sadjak, Anton [Hrsg.]: Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Springer-Verlag, Wien, 17-20
- Likar, Rudolf; Bernatzky, Günther; Pipam, Wolfgang; Janig, Herbert; Sadjak, Anton [Hrsg.] (2005): Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Springer-Verlag, Wien.
- Meise, Ullrich/Wancata Johannes/Marksteiner Josef/Gurka Peter (2003); Grauzone. Die Versorgung älterer psychisch Kranker in Österreich. Innsbruck: VIP Verlag Integriative Psychiatrie
- Pleschberger Sabine (2006): Palliative Care in Pflegeheimen. Forschungsstand und Perspektiven. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39:376-381
- Pochobradsky, Elisabeth; Bergmann, Franz; Nemeth, Claudia; Preninger, Barbara (2008): Betreuungsangebote für demenziell erkrankte Menschen – Demenzhandbuch. Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich ÖBIG, Wien.
- Pörtner Marlis (2005): Alt sein ist anders. Person-zentrierte Betreuung von alten Menschen. Stuttgart: Klett-Cotta
- Reitinger, Elisabeth; Heimerl, Katharina (2008): Ethische Entscheidungen im Alten- und Pflegeheim: Das Forschungsdesign. In: Reitinger, Elisabeth [Hrsg.]: Transdisziplinäre Praxis. Forschen im Sozial- und Gesundheitswesen, Heidelberg: Carl Auer, 89-108
- Reitinger Elisabeth; Wegleitner Klaus; Heimerl Katharina (2007) [Hrsg.]: Geschichten, die uns betroffen machen. Lernen aus ethischen Herausforderungen in der Altenbetreuung. *kursbuch palliative care* 12/2007, ISSN 1609-3968
- Rosenmayr, Leopold (2005): Über die Zukunft der Langlebigkeit. In: Likar, Rudolf; Bernatzky, Günther; Pipam, Wolfgang; Janig, Herbert; Sadjak, Anton [Hrsg.]: Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Springer-Verlag, Wien, 1-16
- Schmidl, Martina (2007): Schmerzen und Demenz. In: Heller Andreas, Heimerl Katharina, Husebö Stein: „Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun“, Freiburg im Breisgau, 246-258
- Schneider, Ulrike; Österle, August; Schober, Doris; Schober Christian (2006): Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung. Forschungsbericht 02/2006, Wien
- Seidl, Elisabeth; Walter, Ilse Marie; Maudrey, Sigrud (2003): Projekt zur Unterstützung der Angehörigen demenzkranker Menschen. Endbericht Dezember 2003, Abteilung Pflegeforschung, Wien
- Wadenpohl, Sabine (2008): Demenz und Partnerschaft. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Wancata, Johannes (2002): Die Epidemiologie der Demenzen. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 152 (3-4), 52-56
- Wancata, Johannes; Krautgartner, Monika; Berner, Julia; Alexandrowicz, Rainer (2003): Wie genau können Hochrechnungen über die zukünftige Anzahl Demenzkranker sein? *Neuropsychiatrie* 17, 61-67

Weissenberger-Leduc Monique (2008): Für eine Ethik des Sterbens. Sterben in Pflegeheimen. In:
Praxis Palliative Care 1/2008, 32-34

Wißmann, Peter; Gronemeyer, Reimer (2008): Demenz und Zivilgesellschaft – eine Streitschrift.
Mit einem Vorwort von Peter J. Whitehouse u.a. und einem Interview mit Thomas Klie.
Mabuse-Verlag, Frankfurt a. M.

3. Methodologie: Hermeneutik - Handeln

Anton Amann

1. Hervorgebrachtes deuten

Während in der Präambel ein Kontext beschrieben worden ist, innerhalb dessen das Projekt (im Nachhinein) in seiner wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Verankerung gesehen werden kann, geht es in diesem Kapitel um die Rekonstruktion der methodologischen Innenverhältnisse. Die Pole, von denen aus sich diese Innenverhältnisse konstituieren, sind mit *Verstehen* und *Handeln* gesetzt. Diese Opposition, die gegeneinander vermittelt werden muss, ist festgemacht an dem, was Alfred Schütz das *pragmatische* und das *theoretische Interesse* genannt hat (Schütz 1974). Das pragmatische Interesse ist die Leitidee in der Praxis, in der Basale Stimulation und Validation eingesetzt werden, das theoretische gibt die Perspektive vor, unter der Bedingungen und Konsequenzen dieses Handelns reflektiert werden. Die beiden Leitideen sind nur analytisch zu trennen.

Im Projekt herrschen „hervorgebrachte“, originär produzierte Daten als Interpretationsgrundlage vor: *Beobachtungen, Interviews, Gespräche, Erhebung von Fallgeschichten; daneben: Literaturreferate, Forschungsdaten; schließlich: Interventionsresultate, wiederum beobachtet und beschrieben.* Insgesamt ruhen die Interpretationen auf einer komplexen Grundlage empirischer Befunde, deren Deutung nicht voraussetzungslos geschehen konnte und für deren Begründung eine methodische Vorgehensweise allein (z. B. Inhaltsanalyse) nicht ausreichen kann. Es soll daher in den folgenden Überlegungen eher Grundsätzliches angesprochen werden, das den wissenschaftlichen Rahmen darstellen kann.

Die folgende Übersicht über die Erhebungen im Projekt zeigt die Komplexität der Grundlagen

1. Hintergrundinformationen

Quelle	Zentrale Fragestellung(en)	Datum	Code
Interview 1 mit Christel Bienstein	Entwicklung, Theoriebezüge der Basalen Stimulation Kriterien für erfolgreiche Umsetzung?	22.10.08	I-BS2
Interview 2 mit Christel Bienstein	Rückmeldung zu Bewohnergeschichten	5.6.09	I-BS3
Interview 1 Naomi Feil	Entwicklung, Theoriebezüge Validation, Kriterien erfolgreiche Umsetzung?	23.10.08	I-V2
Interview 2 Naomi Feil	Rückmeldung zu Beobachtungen und Bewohnergeschichten; Zukunft der Validation	16.11. 09	
Interview Monika Jesche	Transfer Methode von Theorie zu Praxis? Welches Heim einbeziehen?	04.06.08	I-BS1
Interview Gunvor Sramek	Transfer Methode von Theorie zu Praxis? Welches Heim einbeziehen?	25. 06.08	I-V1
Expertinnen-Interviews mit MK, MWL, PHF, EW Recherche IFF-Bibliothek	Was ist die relevante Literatur zum Forschungsthema	Herbst 2008 – Herbst 2009	

2. Erhebungen im Pflegeheim St. Moritz mit Schwerpunkt Basale Stimulation®

Quelle	Zentrale Fragestellung(en)	Datum	Code
Nicht-teilnehmende Beobachtung	Wie gelingt die Umsetzung von Basaler Stimulation?	Sept/Okt 09	B-BS1 bis B-BSX
Erhebung von Pflegedokumentationen	Wie spiegeln sich personenzentrierte Haltung und Basale Stimulation in der Dokumentation wieder?	Sept/Okt 09	D-BS1
Gruppendiskussion: Erhebung von zwei Bewohnergeschichten	Was sind gelungene und weniger gelungene Situationen?	4.12.08	BG-BS1 BG-BS2
Interview mit Stations- und Pflegedienstleitung	Welche Rahmenbedingungen sind förderlich für die Umsetzung von personenzentrierter Kommunikation?		K-BS1

3. Erhebungen im Pflegeheim Antonius mit Schwerpunkt Validation®

Quelle	Zentrale Fragestellung(en)	Datum	Code
Nicht-teilnehmende Beobachtung	Wie gelingt die Umsetzung von Validation?	8.1. – 29.1.09	B-V1 bis B-VX
Erhebung von Pflegedokumentationen	Wie spiegeln sich personenzentr. Haltung und Validation in der Dokumentation wieder?	Jan 09	D-V1 bis DVX
Gruppendiskussion: Erhebung von zwei Bewohnergeschichten	Was sind gelungene und weniger gelungene Situationen?	13.5.09	BG-V1 BG-V2
Beobachtung der Validationsgruppe	Wie gelingt die Umsetzung von Validation?	9.1.09	G-V1
Telefoninterview mit Stations- und Heimleitung	Welche Rahmenbedingungen sind förderlich für die Umsetzung von personenzentrierter Kommunikation?	26.5.09 und andere	K-V1

Tabelle 1: Überblick über die Erhebungen im Projekt

Alle die genannten Quellen waren Gegenstand hermeneutischer Bearbeitung. Hermeneutik: Das Wort leitet sich ab von hermeneuein = auslegen (hermeneutiké téchne = hermeneutische Kunst). Diese Auffassung geht bis auf Aristoteles zurück, der folgende Unterscheidung traf (Pollak 1966):

Energeia = Tätigsein

↓

Praxis = (práttein) Handeln

↓

Verwirklichung der Polis

↓

Tätigkeit des freien Bürgers

Poiesis = (poieîn) Hervorbringen

↓

Arbeit – Herstellen

↓

téchne = Kunst/Handwerk

Hier interessiert die Dimension „Hervorbringen“, wie sie bereits in Hinsicht auf die Art des Zustandekommens der Daten angedeutet worden ist. Als Verfahren wird Hermeneutik allgemein Interpretation oder Auslegung einer Hervorbringung, zuweilen auch die Methode des Verstehens genannt. Es besteht im Aufbau eines sinnhaften Zusammenhangs, der einen anderen präsumtiven (vorausgesetzten, vermuteten) Sinnzusammenhang abbilden soll. So

erhebt jede Interpretation den Anspruch, die zu interpretierende Sache (Interpretandum) voll und ganz „darzustellen“, zu reproduzieren, zu rekonstruieren. Indem sie das aber tut, geht das Interpretandum gewissermaßen in ihr auf und lässt sich als von der Interpretation Verschiedenes nicht mehr fassen. Es findet eine „Sinnverschmelzung“ (Hans G. Gadamer: „Horizontverschmelzung“, vgl. Wuchterl 1989) statt.

Hermeneutik im engeren Sinn meint den Regelkanon effektiver Interpretation in einem bestimmten Artefaktbereich. In der Hermeneutik im engeren Verständnis werden unterschieden: a) die Anwendungshermeneutik und die b) Forschungshermeneutik. Erstere bezieht sich auf die Tradition der strengen Schriftenauslegung, sie wird auch als „dogmatische“ Hermeneutik bezeichnet, weil es darum geht, gesicherte (kanonische: die heiligen Schriften sind „höher als alle Vernunft“) Antworten zu erlangen. Letztere wird auch „zetetische“ (skeptische) Hermeneutik genannt, weil sie von dogmatischen Zwängen frei ist; sie kann gelingen oder scheitern. Im Projekt wurde mit der zweiten Art von Hermeneutik gearbeitet. Das gilt für alle Befunde, die in interpretativer Weise zur Sprache kommen.

In einem gewissen Verständnis ist der Gegenstand der Verstehensprozesse (mit Ausnahme aktuellen Fremdverstehens in Handlungssituationen = Alltagshermeneutik) immer geschichtlich. „Geschichtliches“ ist in diesem Zusammenhang aus einer methodischen Perspektive verstanden und meint in einem ersten Hinsehen einmal alle Hervorbringungen von Menschen, die mit Sinn verbunden wurden, und sich auf Situationen beziehen, die unwiederbringlich vergangen sind.

Alle diese Hervorbringungen enthalten Interpretationen jener Menschen, die sie getätigt haben, vom Handwerker über den Künstler bis zum Dichter, oder auch von Interaktionspartnern, deren Gespräche beispielsweise mit Tonband aufgezeichnet werden. Methodisch gesehen besteht daher der erste Schritt der Analyse im wesentlichen darin, die Interpretationsleistungen jener Menschen zu rekonstruieren, die die Hervorbringungen getätigt haben, um zu beschreiben, von welchen Herstellungs- und Darstellungsregeln jene Menschen möglicherweise geleitet waren (Teil 1 der "doppelten Hermeneutik", die „hermeneutische Differenz“). Das Verständnisproblem ist also im Wesentlichen ein hermeneutisches Problem. Dabei ist hier von wissenschaftlicher Hermeneutik die Rede und nicht von Alltagshermeneutik. Nach dem bisher Gesagten kann Hermeneutik verstanden werden als eine Technik, eine Fertigkeit, oder eine Kunstlehre für die Auslegung und Deutung menschlicher Hervorbringungen, menschlicher Äußerungsformen und menschlicher Handlungsprodukte.

Hinter dieser Vorstellung steckt eine Problematik, die am deutlichsten mit Immanuel Kant zu Tage getreten ist und zwar in der "Kritik der reinen Vernunft" (Kant 1980). Mit dieser Arbeit hatte Immanuel Kant seine "Kritik" gegen das gerichtet, was man spekulative Vernunftleien nennen könnte. Nämlich die Kritik an Gedanken, die auf ein rein spekulatives, durch keine Beobachtungen kontrolliertes Denken und Argumentieren über die Welt gegründet sind, ein Denken, das sich notwendig, so zeigt Immanuel Kant, immer in Antinomien verstricken und verwickeln muss. Doch daraus ist umgekehrt nicht der Schluss abzuleiten, dass nur rein die empirische Beobachtung uns zur Erkenntnis über die Welt verhelfe. Die Lösung aus dem Dilemma, die Immanuel Kant findet, ist glänzend formuliert: "Der Verstand schöpft seine Gesetze (...) nicht aus der Natur, sondern schreibt sie dieser vor." D. h. nichts anderes, als dass wir selbst wenigstens zum Teil jene Ordnung erzeugen, die wir in der Welt vorfinden. Wir sind es, die unser Wissen von der Welt erschaffen, wir sind es zumindest zum Teil, die jene Ordnungen konstruieren, die wir in der Welt als Ordnungen dann vorzufinden meinen.

An diese Überlegung Immanuel Kants anschließend lässt sich nun ein weiteres wichtiges Moment der wissenschaftlichen Hermeneutik kennzeichnen. Während in alltäglichen Handlungssituationen, in denen Menschen sich von Angesicht zu Angesicht gegenüberstehen,

die Handlungsauslegung und die Handlungsdeutung unmittelbar stattfindet, die Deutung also Teil der Situation ist und es eine Gleichzeitigkeit von Aktion, Reaktion und Deutung gibt, wird die wissenschaftliche Hermeneutik konstituiert durch ein methodisches Prinzip, das mit "Handlungsdistanzierung" bezeichnet werden kann (bei Alfred Schütz die Differenz zwischen "pragmatischer" und "theoretischer" Haltung). Diese Handlungsdistanzierung meint ein Vergangenheitsverhältnis in dem Sinn, dass das Geschehen, auf das die Deutung gerichtet ist, als Vergangenes gilt, dass versucht wird, das Vergangene zu sichern, indem es dokumentiert wird, und dass die Arbeit der wissenschaftlichen Hermeneutik auf die Deutung von etwas gerichtet ist, das in seiner Entwicklung stehen blieb (Hans G. Soeffner (1989) sagt im Werden erstarrt) und in dem der unmittelbare ursprüngliche Handlungssinn nicht offen zu Tage liegt, sondern entschlüsselt werden muss. In der Methodenlehre der Hermeneutik gilt dieser Sachverhalt als „hermeneutische Differenz“ (der Unterschied zwischen dem Verstehenden und dem z. B. von einem Autor Gesagten): Verstehen, heißt es, „müsse sich an dem subjektiven Sinn des Handelnden selber orientieren und dürfe nicht als eine Interpretation fremden Handelns von außen (...) an das zu beschreibende Handeln herangetragen werden.“

Die wichtigste Erkenntnis, die sich aus den vorigen Überlegungen ableiten lässt ist, dass es nie eine einzige, endgültige und deshalb für immer wahre Deutung von Sachverhalten in der Geschichte gibt. Tatsächlich gibt es konkurrierende Deutungen und unterschiedliche Lehren. Unterschiedliche Lehren erzeugen in der Wissenschaftsgeschichte nachgewiesenermaßen Streit. In einem Streit der Schulen und der Lehren gibt es nur eine Möglichkeit, die eigene Interpretation dem Urteil darüber auszusetzen, ob sie angemessen oder nicht angemessen sei; sie besteht darin, dass die Methode bezeichnet wird, aus der die Deutung ihre Argumente bezieht und dass die Details angegeben werden, an denen eine Deutung überprüft werden kann. Dies ist in der Philologie eine Selbstverständlichkeit und geradezu Kernbereich der Offenlegung jeder Vorgangsweise.

Zugleich birgt diese Anforderung zur Präzision im Detail und die quasi selbsterzeugte Logik des einen Arguments nach dem anderen, der einen Deutung nach der anderen eine Ordnung, die einerseits äußerst präzise und andererseits ungeheuer zerbrechlich ist. Präzise ist sie in ihrer Methode (z. B. der Inhaltsanalyse oder der Konstruktion einer Fallgeschichte), zerbrechlich ist sie in ihrer Ausgesetztheit gegenüber anderen und völlig neuen Einsichten und Sinngebungen durch Dritte. Aus diesem Spannungsverhältnis wird häufig als "Lösung" geboren, was viele wissenschaftliche Arbeiten kennzeichnet: Der Hang zu möglichst einfachen Ordnungen, zu klaren Typen, zu eindeutigen Ursache-Wirkungs-Beziehungen, zur endgültigen Antwort. Am verführerischsten ist besonders für den Nichtspezialisten der Geschichte die Vorstellung, sagen zu können: Als das geschehen war, hat sich das folgende ereignet. Damit wird eine einfache Reihenfolge insinuiert und die unabsehbare Mannigfaltigkeit des menschlichen Lebens und der menschlichen Geschichte in eine einfache, gar eindimensionale Aufreihung all dessen hineingetrieben, was in den Jahren und in den Räumen geschehen ist. Der Faden, an dem all dies aufgereiht wird, wie einfache, klare, rundgeschliffene Steine in einer Kette, ist der Faden der Erzählung (Robert Musil), der uns dann dazu verführt, das geordnete Nacheinander der Tatsachen und Ereignisse zu bevorzugen, weil wir darin zugleich eine Notwendigkeit dieser Abfolge sehen wollen. Daraus entsteht dann die verkürzte Art schlechter wissenschaftlicher Darstellung: Lakonie - der Schock der Kürze.

Die – im Prinzip – nie endende Interpretation von Deutungszusammenhängen wird versinnbildlicht im „doppelten hermeneutischen Zirkel“. Jedes Verstehen beginnt mit einem ursprünglichen, wenn auch noch so rudimentären, Vorverständnis (der besagten „Differenz“), das durch die Deutungsarbeit (am Text) erweitert (und korrigiert) wird. Mit dem erweiterten Vorverständnis lässt sich der Text wiederum besser verstehen, das erweiterte Vorverständnis mündet in ein wieder erweitertes Verständnis u. s. w.: hermeneutischer Zirkel I.

Wissenschaftlich kontrollierte Interpretation lässt sich durch ein besonderes Vorgehen, den hermeneutischen Zirkel (II), begründen. Der Kern ist eine zirkuläre Gedankenfigur, der zufolge die Einzelemente nur aus dem Gesamtzusammenhang verständlich sind und sich das Ganze wiederum nur aus den Teilen ergibt. Geht es im 1. hermeneutischen Zirkel um Vorverständnis und Textverständnis, so dreht sich der 2. hermeneutische Zirkel um das Verhältnis von Besonderem und Ganzem.

Nun geht es noch um das Argument der Objektivität des Sinnverstehens. Nachdem die hermeneutische Differenz buchstäblich strukturell bedingt ist, stellt sich die Frage, wie „objektives Sinnverstehen“ überhaupt möglich ist. Wilhelm Diltheys Vorstellung war, dass Verstehen ein Erkennen eines Inneren an dem Äußeren eines Zeichens sei. Das Innere (der vom Autor gemeinte Sinnzusammenhang) verweist dadurch auf ein Äußeres, zu dem der Deutende das „Zeichen“ in Beziehung setzt. Das Äußere ist etwas Gemeinsames, ein verbindendes Drittes, an dem die Menschen mehr oder weniger alle teilhaben (Dilthey 1957). Ohne auf die Überlegungen Wilhelm Diltheys weiter einzugehen ist klar, dass es sich im konkreten Forschungszusammenhang hier um die gemeinsam geteilte Lebenswelt (Kultur) handeln muss; die bei Wilhelm Dilthey „objektiver Geist“ heißt (und nicht mit dem nämlichem Begriff bei Georg W. F. Hegel in der „Phänomenologie des Geistes“ zu verwechseln ist).

Objektiv bedeutet hier nicht „absolut“, oder unveränderlich, oder allgemeingültig wahr, sondern als vom Subjektiven abgegrenzte Gegebenheiten. Subjektives existiert relativ, abhängig von Raum und Zeit, und unterliegt dem Wandel ebenfalls. Objektivität des Subjektiven bedeutet demnach das Einpassen in einen Überlieferungszusammenhang durch den Prozess des Verstehens.

2. Intervention und „gute Praxis“

Die zweite konstitutive Dimension im methodologischen Rahmen des Projektes kann, wie eingangs erwähnt worden ist, mit Intervention oder mit Handeln (und Rückmeldung) umschrieben werden. Hier gilt es nun zu überlegen, von welcher Handlungslogik zu sprechen ist.

Der Rahmen lautet: Alter(n) und Gesellschaft, Beschädigung und Hilfe, Wissen und Gestalten bzw. Eingreifen. Anstatt von Wissen kann von Theorie und anstatt von Gestalten kann von Handeln gesprochen werden. In diesen beiden Themen leben zwei treibende Fragen. Um handeln zu können, muss man voraussetzen, dass die Welt nicht so ist, wie sie sein soll, und dass man sie ändern kann; damit man sie aber ändern kann, bedarf es der Einsicht und des Erkennens, also der Theorie. Die zwei treibenden Fragen sind daher, welchen Werten und Zielen nachgestrebt und auf welchen Wegen und unter welchen Bedingungen (Handlungskontexte) das geschehen soll.

Damit werden drei Weisen des Denkens oder, fundamentaler, drei Arten des Verhältnisses zur Welt bemüht: die ontologische, die deontologische und die methodologische. Die erste fragt danach, wie die Welt ist, die zweite, wie sie sein soll, die dritte fragt nach den Regeln, wie die Welt verändert werden kann. Mit anderen Worten, es sind drei Arten von Theorien vonnöten: eine, mit deren Hilfe die Welt verstanden und erklärt werden kann, eine, die begründet, was weshalb erstrebenswert ist, und schließlich eine, die die Regeln festlegt, nach denen wir handeln müssen.

Nach diesen erkenntnis- und wissenschaftstheoretischen Überlegungen, die die Themen des Präludiums skizziert haben, soll nun ein praktisches Beispiel folgen, an dem einige Variationen sichtbar werden: es geht um den historischen Wandel der Handlungslogiken des

Helfens. Denn: „Hilfe“ steht sowohl als pragmatische wie auch als ethische Dimension dem allem voran.

Eine historisch informierte Theorie des Helfens könnte zeigen, dass das ontologische, das deontologische und das methodologische Verhältnis zur Welt unter diesem Thema sich vom einfachen Gesetz absoluter Gegenseitigkeit in weniger entwickelten Gesellschaften, über religiös-ethisch begründete Vorstellungen in traditionellen Gesellschaften, bis zum rechtlich verankerten und geldwirtschaftlich administrierten Dienstleistungssystem in modernen Gesellschaften entwickelt hat.

In archaischen Gesellschaften ist Hilfe existenziell verankert, sie gilt als Gabe, für die eine Gegengabe erwartet werden kann, und zwar aufgrund des Prinzips absoluter Gegenseitigkeit. Die Dankespflicht ist unspezifisch, sie kann jede Form und oft unverhältnismäßige Größe annehmen. Hilfe und Gegengabe erfolgt nach Maßgabe des „Überflusses“ an Mitteln, Zeit und Energie, eine Einsicht, die wir seit Marcel Mauss' (1978) Arbeiten als wegweisend anzusehen gewohnt sind. Für das Almosenwesen sagte Thomas von Aquin, dass beim Empfänger extrema necessitas (außerordentliche Bedürftigkeit) und beim Geber superfluum (Überfluss) die Voraussetzungen des Helfens seien (Amann 1983).

In Hochkulturen verschwindet diese absolute Gegenseitigkeit des Helfens. An ihre Stelle tritt eine Umwegmotivation, vermittelt auf religiöser Basis. Freigebigkeit wird zur Tugend des Gebens von oben nach unten, es übernehmen bereits Professionen das Helfen, das Geld beginnt zum universalen Hilfsmittel zu werden. Die Geschichte des Almosens birgt schon den Gedanken des Erkaufens jenseitiger Belohnung durch diesseitiges Geben, das sich im monetären Transfer erschöpfen kann. Es entsteht eine ganz eigene Konstellation: Im extremen Fall entschwindet der Arme als berechtigtes Subjekt als Zielpunkt des Interesses vollständig (Georg Simmel hat das schon lange sehr klar herausgearbeitet). Der „Wert“ des Helfens liegt allein in der Bedeutung der Hilfe für den, der sie leistet.

In modernen Gesellschaften entwickeln sich spezialisierte Organisationen, Systeme des Wissens und der Sachzuständigkeit, für höchst unterschiedliche Risiken. Hilfe ist in modernen Gesellschaften in nie zuvor erreichter Weise eine zuverlässig erwartbare Leistung, gleichsam Sicherheitshorizont des täglichen Lebens auf unbegrenzte Zeit in den sachlichen Grenzen von Organisationsprogrammen geworden. Zuverlässig erwartbare Leistungen, Sicherheit im Sozial- und Gesundheitsbereich und Organisationsprogramme, alle unter der Perspektive des Helfens, haben in modernen Gesellschaften ihren Ort im Rahmen des Sozialstaats. Expertensysteme (vgl. die Präambel), die im Zusammenhang mit Helfen interessieren, sind im Sozialstaat verankerte Systeme. Innerhalb der Expertensysteme des Helfens ist der Bedürftige aber nicht mehr ausschließliches Ziel des Handelns. Ebenso bedeutsam ist die Reproduktion der Gesellschaft durch organisiertes professionelles Helfen, die Gesellschaft hat in der Form der helfenden Institutionen auch ein Interesse an sich selbst. Dass Basale Stimulation und Validation aus der Sicht derer gesehen werden muss, mit denen sie praktiziert werden, ist eine ethische Prämisse. Dass sie zugleich als Verfahrensweisen in Hinsicht auf Zielsetzungen und Kontexte sowie Erfolg kritisch betrachtet werden müssen, hat eine szientifische und eine pragmatische Dimension. Hier fallen also pragmatisches und theoretisches Interesse (Alfred Schütz) zusammen.

Das individuelle Handeln, auch das helfende, bleibt, bei aller Plastizität und Variationsbreite, immer an die Rationalität der Institutionen gebunden. Die gegenwärtige Situation der Pflegevorsorge betreffend wurde das bereits in der Präambel zum Thema gemacht. Im Falle der archaischen Gesellschaften ist diese Rationalität jene der Vergemeinschaftung in kleinen Gruppen, in der die Tradition bestimmt, worin der Erfolg des Handelns bestehen kann bzw. muss; es gibt für den einzelnen keine wie immer geartete völlige Unabhängigkeit vom kollektiven Bewusstsein. In den traditionellen Gesellschaften - insbesondere vom Typus der

europäischen feudalen - tritt an die Stelle der Vergemeinschaftung durch Gegenseitigkeit ein komplexes System religiös-ethischer und politisch-praktischer Imperative. Hier bestimmt die Philosophie im Verein mit einem religiös durchdrungenen Wertesystem das „richtige“ Handeln. In modernen Gesellschaften ist schließlich als Steuerungsinstrument für das individuelle Handeln an die Stelle der Gegenseitigkeit und an die Stelle eines normativen Systems religiös-philosophischer Herkunft das Prinzip des universellen Tausches getreten, in dem richtiges Handeln vor allem materiell, technisch und taktisch erfolgreiches Handeln ist. Nicht umsonst bemisst sich die „Richtigkeit“ pflegerischer Leistung an als notwendig erachteten Tätigkeiten, die in Minutenquanten definiert und monetär abgegolten werden.

Die drei genannten Weisen eines Verhältnisses zur Welt bezeichnen gleichzeitig so etwas wie eine geschichtliche Stufenfolge – zumindest idealtypisch -, in der sich diese Dreiteilung entfaltet hat. In der Antike und im Mittelalter betonte der Mensch das Sein-Sollen der Welt: ethisch, religiös und politisch; in der Neuzeit betonte er die Entdeckung des Seins der Welt: wissenschaftlich, experimentell und theoretisch; in der Gegenwart aber betont er die Methode: das Verhältnis zur Welt ist technisch, funktional, strategisch und effizient. Aus der Theorieperspektive liegt damit der Wandel von einem ethischen zu einem methodologischen oder planologischen Handlungsmodell vor.

Nun stellt sich die Frage, wie das vorliegende Projekt in diese größeren Rahmenbedingungen eingeordnet werden kann. Dafür wird einerseits auf die *Zielsetzungen* der beiden Interventionsmethoden Basale Stimulation und Validation und andererseits auf die *Kontexte* zurückgegriffen, in denen sie angesiedelt sind. Dabei sind immanent auch systematische Bezüge zu den Argumentationen hergestellt, die in der „Präambel“ ausgeführt worden sind.

Zielsetzungen

Beide Methoden sind *personzentriert* und werden im Medium der *Kommunikation* eingesetzt. Dabei gilt eine sachlogische Einschränkung insofern, als primär Menschen mit geistig-psychischen Veränderungen, präziser: mit demenziellen Veränderungen, die Adressaten der Intervention darstellen. Das gilt insbesondere für die Validation – während die Basale Stimulation grundsätzlich für jede Zielgruppe geeignet ist. Unter der Berücksichtigung dieser Gemeinsamkeiten ist festzuhalten, dass in den Zielsetzungen und Kontexten jeweils unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden.

Ziele: Basale Stimulation

- Körperbezug, „gute Berührung“ zustande bringen (damit wird, etwas pointiert, Pflege als „Berührungsberuf“ bestimmt)
- Soziale Einbindung von Menschen im Pflegealltag trotz Einschränkungen auch schwerer Art
- Pflegebedürftigen Menschen ermöglichen, sich selbst und ihre Umwelt wahrzunehmen und in Kontakt zu treten
- Pflegebedürftigen Menschen Angst nehmen, sie Sicherheit erleben lassen und ihnen ermöglichen Vertrauen aufzubauen
- Anpassung/Adaptation der Umfeldbedingungen an die Bedürfnisse der zu Pflegenden
- Herstellung eines „heimischen“ Umfeldes“
- Herstellung von „Nähe“
- Vermeidung künstlicher Situationen, die nicht dem „Lebensstil“ entsprechen

- Ausrichtung der Strategien an „Normalität“
- Umgestaltung des Pfllegalltags bei Integration in die jeweils übliche Pflege
- Gestaltung von Räumen

Kontexte: Basale Stimulation

- Konzentration der Aktivitäten auf Bedürfnisse, Lebensstil (Biografie) der Betroffenen
- Organisations- und Institutionsumfeld durch Differenzierung nach signifikanten Situationen/Dimensionen (Aktivitäten allgemein und Aktivitäten des täglichen Lebens [ATL], Nahrungsaufnahme, Kleidung, Schlaf-, Wach- und Essenszeitenrhythmen, Teamkultur)
- Gesellschaftliches Umfeld durch zentrale Berücksichtigung der Angehörigen
- Einbettung in den pflegerisch-wissenschaftlichen Diskurs.
- Der Mensch als Teil seiner psychischen und sozialen Umwelt
- Zielgruppe: grundsätzlich alle Menschen, im Besonderen Menschen mit Behinderung mit Pflegebedarf und mit Demenz
- AnwenderInnen: ausschließlich diplomierte Pflegepersonen (bzw. Sonder- und HeilpädagogInnen – je nach Zielgruppe)

Ziele: Validation

- Ermöglichen von Kommunikation
- Wünsche und Bedürfnisse erkennen
- Verhaltensweisen „anders als bisher“ erkennen und verstehen
- Ungelöstes und Belastendes auf Gefühlsebene als Chancen verstehen
- Durch eigenes Verhalten signalisieren: „ich verstehe dich und fühle mit dir“
- Sich emotional in die Situation des jeweiligen Menschen versetzen
- Kongruenz herstellen
- Die vier Phasen der Aufarbeitung erkennen
- Der Zweck der Validation sollte immer das Wohlergehen der betreuten Person selbst sein, insbesondere die Verbesserung ihrer emotionalen Befindlichkeit und der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung

Kontexte: Validation

- Die Verbindung von Grundhaltung, theoretischem Hintergrund und Techniken
- Organisations-, Institutions- und Familienumfeld
- Situative Bedingungen der verbalen und non-verbalen Kommunikation
- Einbettung in den pflegerisch-wissenschaftlichen Diskurs.
- Zielgruppe: eine ganz bestimmte Gruppe von Menschen nämlich sehr alte, mangelhaft orientierte und desorientierte Personen

- AnwenderInnen: grundsätzlich alle Berufsgruppen, sowie Ehrenamtliche und Angehörige, die mit Menschen mit Demenz kommunizieren wollen

Was die beiden Methoden gemeinsam haben ist: die Konzentration auf die je spezifischen Person-Situation-Institution-Verhältnisse und Akzeptanz, Empathie und Kongruenz (kommt bei Basaler Stimulation nur indirekt abgeleitet über den personzentrierten Ansatz vor), sowie das Rekurrenieren auf ein Menschenbild, das als ganzheitlich, als geprägt von Respekt vor der Autonomie des/der Anderen und als personzentriert – und für die Basale Simulation als humanistisch - beschrieben wird. Mit anderen Worten bedeutet das, dass beide Methoden einerseits dem planologischen oder methodologischen Modell des Handelns folgen (müssen) und gleichzeitig immer in einen Rahmen des aktuellen Verstehens eingelagert sind. Im Projekt wird dies u. a. an den Fallstudien der ausgewählten Stationen/Heime deutlich. Zu diesem Setting ist folgendes anzumerken. Zu der Aufgabenstellung des Projektes hat gehört, dass Stationen/Heime ausgewählt werden sollten, die als Good-Practice-Beispiele gelten können. Diese Auswahl ist also auf der Basis eines Diskurses zwischen ExpertInnen und dem Projektteam zustande gekommen. Damit ist klarerweise auch kein Design des methodisch strengen Vergleichs oder der zufälligen Auswahl von Praxissituationen angestrebt worden, Stattdessen könnte das Prinzip so formuliert werden: Die Auswahl des Forschungsgegenstandes ist einer Logik gefolgt, die sicherstellen sollte, dass für die Analyse der Bedingungen und Konsequenzen der ausgewählten beiden Methoden ein Setting gefunden wird, von dem anzunehmen ist, dass sowohl der theoretische wie der pragmatische Aspekt an ihnen einen hohen Entwicklungsstand aufweist.

Mit diesen Überlegungen ist der Rahmen skizziert, innerhalb dessen das Projekt bzw. seine Ergebnisse theoretische und methodologische Geltung beanspruchen können. Geltung ist hier allerdings nicht im Sinne einer philosophischen oder erkenntnis- und wissenschaftstheoretischen Bedeutung zu verstehen, sondern im Sinn eines Beitrags zu einem laufenden hermeneutischen Prozess, wobei die angestellten Überlegungen den dargelegten zweiten hermeneutischen Zirkeln zu diesem Thema speisen können.

3. Die Rolle von ExpertInnen

Seit der großen Politikberatungsdebatte der Sechzigerjahre des 20. Jahrhunderts ist wissenschaftliches ExpertInnentum zu einem fest etablierten Vorstellungskomplex geworden, der sich in dem auf politischer *und* auf wissenschaftlicher Seite fest verankerten Selbstverständnis äußert, dass in der Gegenwartsgesellschaft politische Entscheidungen sich auf rationales, methodisch gesichertes Wissen stützen müssen. Nur zaghafte wird aber erst die Vorstellung diskutiert, dass unter den Bedingungen der zweiten Moderne, der „reflexiven Modernisierung“ und der „Risikogesellschaft“ Wissen und Expertise in das Feld geänderter Zusammenhänge zwischen Wissenschaft und Politik geraten sind. In den „Gegenwartsdiagnosen“ der letzten Jahre hat sich die Auffassung eindeutig durchgesetzt, dass die gesellschaftliche Reproduktion mehr von Informationsverarbeitung und Expertensystemen abhängig ist als von allen anderen Faktoren.

Dazu gehört auch die Tatsache, dass in nicht-wissenschaftlichen Bereichen eine eigenständige Wissensproduktion von zentraler Bedeutung ist, und dass ExpertInnenwissen als Triebkraft und Kristallisationspunkt gesellschaftlicher Konflikte um Definitionsvorrang fungieren. Das in den letzten Jahren kritisierte Ideal einer perfekten Steuerung und Kontrolle der Gesellschaft durch Wissen hat der Vorstellung Platz gemacht, dass Wissen ein Moment der gesellschaftlichen Selbstaufklärung werden kann. Dem ist allerdings die bekannte These entgegen zu halten, dass ExpertInnenwissen auch als eine Voraussetzung zur Rechtfertigung

und Durchsetzung einer politischen Entscheidungsrationale wirken kann. Die beiden Thesen zeigen jedenfalls unmissverständlich, dass ExpertInnenwissen und ExpertInnenstatus kontroversiell gesehen werden können und in ihren Bedeutungsgehalten pluralisiert worden sind. Die gesellschaftlichen Erfahrungen von Defizit, Risiko und Unsicherheit und die daran gemessenen Rationalitätsdefizite des ExpertInnenwissens haben den ExpertInnenstatus relativiert; in den Vordergrund scheint sich auch ein Verlangen nach „Orientierungswissen“ geschoben zu haben.

Mit diesem Wandel lässt sich die Vermutung verbinden, dass die nach wie vor wirksame Hierarchie zwischen ExpertInnen und Laien nicht mehr durch traditionelle Strukturen gesichert ist bzw. legitimiert werden kann. Experten als die Hüter „formelhafter Wahrheit“ (Anthony Giddens) haben ihren Anerkennungsvorsprung eingebüßt, seit die Wissenschaft ihren Absolutheitsanspruch auf den Besitz objektiver Wahrheit aufgeben musste und Wissen begründungspflichtig bzw. der Forderung nach Diskursfähigkeit ausgesetzt wurde. Letzteres ist wohl am deutlichsten in der Entwicklung der Rolle der Expertisen im Zusammenhang mit ökologischen Konflikten (Betrieb von Atomkraftwerken, Schwermetallbelastung des Wassers etc.) sichtbar geworden. „Unabhängige“ Gutachten werden nicht mehr nur von renommierten Universitätsinstituten erstellt, es gibt die Gegengutachten und Drittgutachten von außeruniversitären Einrichtungen, die längst anerkannt sind; alle sind darum bemüht, ihre Rationalitätsmodelle im Konflikt um Definitionsmacht durchzusetzen. Damit hat sich eine Situation eingestellt, die die Frage nach den Entscheidungslogiken der Politik auf der Basis solchen ExpertInnenwissens provoziert. Übereinstimmung und Dissens zwischen ExpertInnen, also die Pluralität der rationalen Wissensgrundlagen ist eine Voraussetzung politischer Entscheidung geworden, in anderen Worten: Sie ist ein Moment der Formalisierung von Entscheidungen. Zahlreiche Beispiele (von der Auseinandersetzung in Deutschland um die Stammzellenforschung bis zum Streit um den „Semmeringtunnel“ in Österreich) machen deutlich, dass die politische Entscheidungslogik durch die Konkurrenzlagen des ExpertInnenwissens umgestaltet wird. Auch in Fällen, in denen es nur Unsicherheit und Zweifel geben kann, in denen also ExpertInnenwissen zwar *notwendig* aber niemals *hinreichend* ist, lässt sich *Gewissheit* herstellen. Selbst, wenn ein Gegengutachten vermutlich nichts Neues bringen wird, darf diesem nicht vorgegriffen werden. Der Faktor Zeit beginnt seine Rolle zu spielen. Entscheidungen können hinausgeschoben werden, die dadurch verlängerte Auseinandersetzung trägt zur Legitimation der künftigen Entscheidung bei – es wurden „alle Aspekte ausführlich bedacht und erörtert“. Dieser Legitimationsgewinn ist deshalb fundamental, weil widersprüchliche Expertisen die Verantwortung für die zu fällende Entscheidung notwendig in die Verantwortung der Politik zurückverlagern. Damit werden Urteile und Befunde der ExpertInnen nicht bedeutungslos – auf ihre Argumentations- und Begründungsinhalte wird trotzdem zurückgegriffen -, aber ebenso klar ist, dass in einer solchen Situation Motive und Werthaltungen, die vorher schon bestanden, vermehrt eine Chance haben, wieder ins Spiel zu kommen.

Die Folge stellt sich für die Logik politischer Entscheidungsstrukturen und deren Verhältnis zum ExpertInnentum folgendermaßen dar. Die politische Mobilisierung pluralisierter ExpertInnenrationalitäten, die immer insinuiert, es würde aufgrund der besseren Argumente entschieden, wird zur Voraussetzung für den Weiterbestand traditioneller politischer Entscheidungslogiken. Entgegen der These von der Rationalität der politischen Entscheidungen auf der Grundlage klaren und begründeten Wissens, zur Verfügung gestellt durch die Wissenschaft, hält sich weiterhin, wenn auch unter geänderten Vorzeichen, der Modus weitgehend wertrationaler Entscheidungen aufgrund von Eliteninteressen und Parteiloyalität.

Es gilt also festzuhalten, dass der Gedanke der durch Wissenschaft unterstützten Planung, wie er in der Zwischenkriegszeit entstanden war, im Zuge der tatsächlichen Entwicklung aus dem

totalitären Zusammenhang (Nazireich und Stalinsystem) entlassen worden ist, gleichzeitig aber im theoretischen Diskurs in den Sozialwissenschaften auch den Konnex zu Herrschaft, Macht und geschichtsphilosophischer Reflexion weitgehend verloren hat. Der größte Teil der Diskutanten in den Sozialwissenschaften der Sechziger- und Siebzigerjahre war selbst von einem technokratischen Selbstverständnis getragen.

Von jenem technokratischen Verständnis ist man heute weitgehend abgekommen, die Herrschaftsdiskussion aber ist in diesem Zusammenhang schmalbrüstig geblieben. Außerdem müssen der Wissenschaft auch neue Aufgaben angesonnen werden, die im traditionellen Wissenschafts-Praxis-Verhältnis kaum eine Rolle gespielt haben.

4. Nochmals zu den Zusammenhängen – und Schwierigkeiten

„Verstehen“ ist die Erkenntnisweise aller Wissenschaften. In „Der Mann ohne Eigenschaften“ spricht Robert Musil vom menschlichen Bedürfnis, die Vielfalt einfach darzustellen, und dementsprechend würden wir „das ordentliche Nebeneinander der Tatsachen, weil es einer Notwendigkeit gleichsieht“, auch lieben. Hans-Georg Soeffner stellt dieses Musil-Zitat in den Zusammenhang der Zeitdimension unter Gesichtspunkten einer wissenschaftlichen Hermeneutik, in deren Kern offensichtlich die „ordnende Erklärung des Vergangenen“ steht (Soeffner 1989). Der Wortgebrauch von „ordnende Zukunftsvorstellung“ und „Planung“, „Prophetie“ und „Geschichte“ legt – gewissermaßen hinter dem Text – die Problematik offen, in die eine wissenschaftliche Hermeneutik gerät, wenn ihr ein Universalitätsanspruch nur im methodischen Sinn zugemutet wird (Habermas 1970), wie dies heute in vielen Diskussionen über die Differenz zwischen „qualitativ“ und „quantitativ“ unterstellt wird.

Schon René König hat festgehalten, dass „wahrscheinlich kein Akt der Beobachtung frei ist von solchen Akten der Deutung aus dem, was *Dilthey* (...) den `erworbenen Zusammenhang des Seelenlebens` nennt“ (König 1967). Das kann mit anderen Worten so verstanden werden, dass auch kontrollierte Beobachtung, eine Methode der empirisch-analytischen Erkenntnisweise, auf Deutung angewiesen ist. Damit öffnet sich der Weg zu einer Position, die im gegebenen Diskussionszusammenhang fundamental ist: Jede Art von Sozialforschung ist in einem allgemeinen Sinn interpretativ. Dies gilt insofern, als alle „Erfahrung“, die wir machen, sprachgebunden und deshalb in einen Verstehenskontext eingebunden ist, und dass in einem spezielleren Sinn alle sozialen „Daten“, die wir zum Gegenstand unserer Erkenntnisbemühungen machen, immer schon interpretiert sind. In etwas schärferer Präzisierung heißt das: Die unterschiedlichsten Arten und Qualitäten sozialwissenschaftlicher Daten setzen eine verstehensmäßige Konstitution voraus. Allerdings: dies ist ein erkenntnistheoretisches Argument, und kein methodisches.

Auch Verstehen muss begründet werden. Mitunter wird argumentiert, dass sich empirisch-analytisches Erklären von hermeneutischem Verstehen durch die methodisch geleitete Erhebung von Daten und die systematische „Kontrolle“ der Ergebnisse unterscheidet. Auch dieses Argument ist irreführend, weil es die Differenz zwischen Erkennen und Erkanntem unterschlägt. Alles Erkennen verläuft in Begriffen und Urteilen, es setzt alle zeitlich und räumlich individualisierten Erscheinungen in *Gedachtes* um. Begriffe und Urteile aber sind – etwas populär ausgedrückt – ihrem Gehalt nach ideeller Natur, sie decken sich nicht mit den Erscheinungen in ihrer Vollständigkeit, diese behalten einen Überschuss. Unsere Erkenntnis ist und bleibt, bildlich gesprochen, ein Gitternetz von Gedanken, das wir über die Realität legen. Gedanken aber werden untereinander verbunden durch *Begründung*. Der Grund gibt jenen formalen und faktischen Zusammenhang an, auf den ein Urteil zurückgeführt werden muss, um die in ihm enthaltene synthetische Verbindung als gültig anzusehen. Dies gilt für eine Erklärung, die dem Gesetz-Randbedingungen-Modell folgt, dies gilt für eine Interpretation, die die Bedeutungskontexte ihrer eigenen Entwicklung systematisch expliziert

(also die Verstehensleistungen selbst offen legt), dies gilt für die Generierung von Hypothesen aus qualitativem Material. Es muss also davon ausgegangen werden, dass auf der erkenntnistheoretischen Ebene eine Scheidung zwischen der so genannten qualitativen und der so genannten quantitativen Zugangsweise nicht etabliert werden darf. Hinweise für Differenzen finden wir dort, wo versucht wird, Routinen und Überprüfungs-, Güte- und Legitimationskriterien für die Erkenntnis zu entwickeln, also auf der wissenschaftstheoretischen und der methodologischen Ebene.

Der neuralgische Punkt entsteht in der Frage, wie die Verstehensprozesse ablaufen, wie sie strukturiert sind. Dies ist nun offensichtlich eine Frage, der in der hermeneutischen Alltagssoziologie bisher nicht sehr ausführlich nachgegangen wurde – sie hat sich seit ihren Anfängen vielmehr auf die Resultate und Produkte des Verstehens sozialen Handelns konzentriert. Anders liegt der Fall bei der empirisch-analytischen Zugangsweise, in der in der langen Tradition der empirischen Sozialforschung genau diese Routinen und Gültigkeits- und Zuverlässigkeitskriterien sowie Objektivitätsbedingungen auf der formalen Ebene entwickelt worden sind.

In der empirisch-analytischen Zugangsweise ist die Idee der kausalen Verbindung das wichtigste Beispiel. Aber: Ursachen und Wirkungen sind nicht, wie oft gemeint wird, Wirklichkeiten, sie sind schon gedankliche Bestimmungen, unter denen wir das sinnlich Gegebene gedanklich auffassen. Das Sinnliche hat höchstens die Eigenschaft, aus zeitlich aufeinander folgenden Eindruckskomplexen zu bestehen. Indem wir diese in eine *objektive Zeit* setzen und das eine als die Ursache des anderen bestimmen, wird das Sinnliche in ein Ideelles umgeformt.

Wenn wir etwas als Ursache bezeichnen, so heißt dies mit anderen Worten: wir betrachten sein Wesen als Erkennungsgrund für einen anderen Vorgang, dessen Wesen ebenfalls gedanklich gefasst wird: die Wirklichkeit.

Wenn die verstehende Soziologie demgegenüber das Prinzip ernst nimmt, dass Handeln Sinnsetzung und Sinnproduktion ist, müssen die Verstehensleistungen und die Arbeitsweise des Verstehens selbst, durch die der Handlungssinn konstituiert wird, zum Gegenstand der Bemühungen werden. So wäre verstehende Soziologie in letzter Konsequenz eine Soziologie des Verstehens. Das aber liefe auf eine Phänomenologie, eine Ethnographie der Kommunikation hinaus: eine reflektierte, beschreibende Offenlegung der Verfahren, Arbeitsweisen und Zwecke einer Hermeneutik, die sich mit dem „Alltag“ befasst.

Abschließend soll aus diesen Überlegungen zumindest festgehalten werden, dass die erkenntnis- und wissenschaftstheoretischen Diskurse in den Sozialwissenschaften selbst den äußersten Rahmen abgeben, innerhalb dessen Forschungsprojekte wie das vorliegende konzipiert werden können. Einschränkungen, verkürzte Argumentationen und Splitterergebnisse sind daher nie nur das Resultat des Projektzuschnitts, sondern immer auch Ergebnis der Erkenntnislimitationen, die im Hintergrund wirken.

Literatur

Amann, A., Lebenslage und Sozialarbeit. Berlin 1983.

Dilthey, W., Gesammelte Schriften, Stuttgart 1957ff., Band 5.

Habermas, J., Der Universalitätsanspruch der Hermeneutik, in: Ders., Arbeit, Erkenntnis, Fortschritt. Aufsätze 1954-1970. Amsterdam 1970, 439-467.

Kant, I., Kritik der reinen Vernunft. Frankfurt a/M 1980, 2 Bde.

König, R., Die Beobachtung, in: Ders. (Hrsg.), Handbuch der empirischen Sozialforschung.

Stuttgart 1967 (2. Aufl.).

Mauss, M., Soziologie und Anthropologie. Frankfurt a/, Berlin, Wien 1978, Bd. II.

Pollak, I., Die Hermeneutik des Aristoteles in der arabischen Übersetzung des Ishak ibn Honain. Nendeln 1966.

Schütz, A., Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Frankfurt a/M 1974.

Soeffner, H. G., Auslegung des Alltags – Alltag der Auslegung. Frankfurt a/M 1989.

Wuchterl, K., Lehrbuch der Philosophie. Bern 1989 (3. Aufl.).

4. Forschungsmethodik

Katharina Heimerl, Elisabeth Reitinger, Elisabeth Wappelshammer

4.1 Architektur des Projektes

Das Projekt wurde im Zeitraum zwischen November 2007 und Mai 2010 durchgeführt.

Auftraggeber des Projektes war das Forum Praxis Palliative Geriatrie, eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe am Kardinal König Haus in Wien, deren Ziel es ist Aktivitäten zu fördern, die die Lebensqualität chronisch kranker, körperlich und/oder kognitiv beeinträchtigter alter Menschen erhalten bzw. verbessert helfen.

Finanzier: Das Projekt wurde von der Alfred Krupp von Bohlen und Halbach Stiftung finanziert, weitere finanzielle Unterstützung verdanken wir dem Forschungsrat der Universität Klagenfurt.

KooperationspartnerInnen: Die Durchführung des Projektes wurde federführend von der Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik, Fakultät für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Alpen-Adria Universität Klagenfurt durchgeführt. Die Durchführung erfolgte in Kooperation mit dem Zentrum für Altersforschung, Gesundheits- und Sozialpolitikforschung an der NÖ Landesakademie (ZENTAS).

ForscherInnenteam

In alphabetischer Reihenfolge waren folgende Forscherinnen am Projekt beteiligt (in Klammern jeweilige institutionelle Zugehörigkeit des Projektes, sowie der Zeitraum der Beteiligung).

Prof. Anton Amann (Zentas, ab Herbst 2009)

Mag. Gabriele Erlach-Stickler (NÖ-LAK, Juni 2008 – Dezember 2009)

Dipl. VTI Petra Fercher (IFF, ab November 2008)

Dr. Katharina Heimerl (IFF, ab März 2007, Projektleitung)

DDr. Marina Kojer (FPPG, ab November 2007)

Mag. Sigrid Poppa (IFF, September 2008 – Februar 2010)

Dr. Elisabeth Reitinger (IFF, ab November 2007)

Mag. Elisabeth Wappelshammer (Zentas, IFF, März 2007 bis Herbst 2009)

DDr. Monique Weissenberger-Leduc (FPPG, November 2007 – März 2009)

4.2 Forschungsfragen

Zu Beginn des Projektes wurde es angestrebt, folgende Forschungsfragen zu beantworten, die im ursprünglichen Projektkonzept festgehalten sind:

- Welche Stärken haben die beiden Methoden?
- Wo liegen ihre Schwächen?
- Für welche Zielgruppen eignen sie sich?
- Im Rahmen welcher Pflegemodelle lassen sie sich anwenden, in welchen nicht?
- Welche Rahmenbedingungen brauchen sie?

Im Laufe des zunehmenden Erkenntnisgewinns des Projektes wurden die Forschungsfragen auf Basis der Ausgangsfragen reformuliert, so dass letztendlich folgenden Fragen nachgegangen wurde:

- Welche Wirkungen zeigen die beiden Methoden in den jeweiligen Anwendungskontexten?
- Wo liegen Verbesserungspotenziale?
- Für welche Personengruppen eignen sie sich?
- Welches Verhältnis besteht zu anderen Pflege- oder Betreuungsmodellen?
- Welche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen brauchen die beiden Methoden für ihre Umsetzung?
- Was sind förderliche und hinderliche Faktoren für die gelingende Umsetzung?

4.3. Forschungsdesign: zwei Fallstudien

Im Vordergrund der Forschungsmethodik stand der hermeneutische Zugang und die Frage, wie sich ein Phänomen in seinem Kontext verstehen lässt (vgl. Kapitel 3 Methodologie). Um sowohl diese methodologische Frage als auch die konkreten Forschungsfragen zu beantworten, wurden zwei Fallstudien auf Stationen in zwei unterschiedlichen Pflegeheimen durchgeführt.

4.3.1. Die Fallstudie - ein Ansatz für die Forschung in Organisationen

Die Fallstudie ist eine Forschungsstrategie - aber nicht nur das. Fallstudien können auch als 'teaching cases' gestaltet sein, das heißt zur Aufbereitung von Lehrinhalten dienen, oder als Fallstudien für die Praxis (Yin 1988: 13-15)

Zunächst fällt auf, dass nicht alle AutorInnen den Begriff 'Fallstudie' verwenden. Das Thema wird auch unter dem Titel: Fallrekonstruktion oder Einzelfallanalyse, behandelt. Jedoch findet sich in Lehrbüchern der (qualitativen) Sozialforschung nicht durchgängig ein eigenes Kapitel über Fallstudien (z.B. Flick 1996).

Quantitative Forscher halten die Fallstudie für: *'..eine Art intuitiven Vorgehens, bei dem viel teilnehmende Beobachtung gemacht und alle möglichst persönlichen Dokumente ... benutzt werden, ohne dass ein richtiges Sample aufgestellt würde, und ohne dass die vorgefassten Meinungen und Verzerrungen, die sich aus persönlichen Ansichten über die soziale Wirklichkeit ergeben, überprüft würden'* (Goode/Hatt 1956 zitiert nach Lamnek 1989:9). In der quantitativen Forschung finden Fallstudien vor allem Verwendung zum Generieren von Hypothesen, die dann in einer quantitativen Erhebung überprüft und zur Interpretation von Ergebnissen im Endbericht herangezogen werden. Für quantitative Forschung haben Fallstudien daher untergeordnete Bedeutung.

Eine Fallstudie ist keine Methode

Die qualitative Forschung räumt der Fallstudie einen zentralen Platz ein, jedoch nicht als Methode, sondern als Strategie. Fallstudien stellen nicht eine bestimmte Erhebungsmethode dar, sondern einen Forschungsansatz oder eine research strategy (Hartley 1994, Lamnek 1989), ähnlich wie das für die Forschungsstrategie 'Evaluation' der Fall ist (z.B. Patton 1985). Ihre Hauptaufgabe ist die wissenschaftliche Rekonstruktion von Handlungsmustern auf der Grundlage von alltagsweltlichen, realen Handlungsfiguren (Lamnek 1989).

Als eigener Forschungsansatz grenzt sie sich von anderen Techniken der qualitativen Sozialforschung ab. *'Statt uns auf immer abstraktere Generalisierungen zu konzentrieren, die wir mit immer größeren Datenerhebungen zu finden hoffen, sollten wir versuchen, in intensiven Fallstudien Material zu sammeln, das Aussagen über konkrete Wirklichkeit und Wahrnehmungen dieser Wirklichkeit durch konkrete Personen zulässt'* (Abels 1985, zitiert nach Lamnek 1989: 16).

Mayring beschreibt als Grundgedanken der Fallstudie : *Die Einzelfallanalyse will sich während des gesamten Analyseprozesses den Rückgriff auf den Fall in seiner Ganzheit und Komplexität erhalten, um so zu genaueren und tiefgreifenderen Ergebnissen zu kommen.* (Mayring 1990: 28).

Robert Yin definiert die Fallstudie als eine: ... *empirische Erhebung die ein zeitgenössisches Phänomen in seinem realen Lebenszusammenhang erforscht, wenn die Grenzen zwischen Phänomen und Kontext nicht klar evident sind und in welcher mehrere Quellen als Evidenz herangezogen werden* (Yin 1988: 23, Übersetzung von der Autorin).

(...), *the key feature of the case study approach is not method or data but the emphasis on understanding processes as they occur in their context* (Hartley 1994: 227). Die Betonung liegt - im Gegensatz zum Experiment - nicht darauf, den Gegenstand von seinem Kontext zu trennen, sondern im Gegenteil die Verwobenheit von Forschungsgegenstand um Umwelt als Stärke zu sehen. Innerhalb dieser breiten Strategie bedient sich die Fallstudie einer großen Zahl von Methoden, diese können quantitativ und qualitativ sein oder natürlich beides. Die Fragestellungen von Fallstudien legen jedoch meist die Betonung von qualitativer Methodik nahe (Hartley 1994). Typisch für Fallstudien ist die sog. 'Methodentriangulation' (Lamnek 1989) oder auch das Heranziehen von 'multiple sources of evidence' (Yin 1988), das heißt ein Gegenstand wird sowohl von den Datenquellen, als auch von der verwendeten Methodik her von mehreren Seiten ausgeleuchtet. Dies erlaubt näher am Fall, an der Alltagssituation, die abgebildet werden soll, dranzubleiben.

Zusammenfassend zeichnen sich Forschungsfallstudien also durch folgende Charakteristika aus.

- Die Fallstudie ist eine Forschungsstrategie
- Im Zentrum steht das Entwickeln von Hypothesen
- Fallstudien sind theoriegeleitet
- Der 'Forschungsgegenstand' wird im Kontext gesehen
- Viel Information über wenig Fälle wird erhoben ('Tiefe statt Breite')
- Datenauswahl erfolgt nicht nach 'sampling logic' sondern nach 'replication logic'
- Mehrere Methoden werden angewandt (Triangulation)
- Mehrere Quellen werden zur Datenerhebung herangezogen
- Betonung liegt auf dem Verständnis von Prozessen
- Es entsteht eine ganzheitliche Sichtweise auf den Fall

Methodik: kommunikativ und triangulierend

Grundsätzlich kann jede Form der Methodik für eine Fallstudie herangezogen werden. Die alte Zweiteilung in qualitative und quantitative Methodik interessiert hier nicht mehr vorrangig.

Wesentlich geht es darum, die Realität des Falles in seinem Alltagszusammenhang einzufangen. Dies gelingt in erster Linie durch qualitative Erhebungen, aber es kann durchaus zielführend sein, bestimmte Hypothesen zahlenmäßig zu belegen. Insbesondere in der Forschung in Organisationen steht man häufig vor der Anforderung, die Sichtweise großer Gruppen von Personen einzuholen. So kann es zum Beispiel von Interessen sein, die Rückmeldungen aller Patienten eines Krankenhauses in einem bestimmten Zeitraum oder die Zufriedenheit der Mitarbeiter eines Krankenhausträgers zu erheben. Hier sind statistisch ausgewertete Fragebogenerhebungen als Teil der Fallstudie häufig angezeigt.

Zwei wesentliche Merkmale zeichnen Erhebungsmethoden für Fallstudien aus: 1. ihre Kommunikativität und 2. die Triangulation.

1. Kommunikativität

Fallstudien zielen darauf ab, die in der jeweiligen Situation entstehende Wirklichkeit zu erfassen. Dazu muss ein kommunikativer Akt initiiert werden, der der Alltagskommunikation ähnelt. Im Falle der Begleitforschung von Beratung wäre die entsprechende (für viele Klienten jedoch nicht-alltägliche) 'Alltagssituation' das Beratungsevent, also die Sitzung oder die Klausur oder das Training mit dem Berater. Dieser kommunikative Akt kann sich zwischen Forscher und Untersuchungseinheit oder aber auch ohne direkte Beteiligung der Forscher (als Beobachtung) abspielen. Erhebungstechniken müssen kommunikativ sein, damit die soziale Wirklichkeit in der Deutung der Betroffenen präsent wird. (Lamnek 1989: 19)

2. Triangulation

Triangulation ist die Kombination von Methodologien zur Untersuchung ein und desselben Phänomens (Patton 1989: 187). Yin spricht hier von *'multiple sources of evidence'* (mehreren Quellen für Evidenzen oder Beweise) (Yin 1988: 96). Das Wort 'Triangulation' kommt aus der Landvermessung. Ein einzelner Bezugspunkt lokalisiert den Vermesser irgendwo auf einer Linie, während zwei Bezugspunkte ihn am Schnittpunkt zweier Linien in der Ebene lokalisieren, drei Bezugspunkte lokalisieren ihn gar im Raum. Je mehr methodologische Bezugspunkte, desto besser lässt sich die Realität konstruieren.

Triangulieren kann man 1. Daten (durch Verwendung mehrerer Datenquellen) 2. Forscher (durch die Arbeit im Forscherteam), 3. Theorie (mehrere theoretische Positionen werden zur Interpretation herangezogen) und 4. Methoden (die Kombination von unterschiedlichen Methoden, um dasselbe Phänomen darzustellen). Da das Material immer von ein und demselben Fall stammt, können die Ergebnisse unterschiedlicher Erhebungstechniken direkt aufeinander bezogen werden. So könne auch Fehler, die in einzelnen Methoden stecken ausgeglichen werden (Lamnek 1989: 24, 34).

Triangulation ist ideal aber teuer (Patton 1988: 187).

Grundsätzlich sind alle Methoden der empirischen Sozialforschung dazu geeignet, in Fallstudien 'trianguliert' zu werden: Interviews, Gruppendiskussionen, Beobachtungen (teilnehmend und nicht-teilnehmend), Dokumentenanalyse und Surveys (quantitative Erhebungen).

Feldforschung steht im Vordergrund der Fallstudienmethodik: Einzelfallstudien *'basieren auf Forschung in einem Feld, das heißt, einem natürlichen Bereich der Gesellschaft, der nicht zum Zwecke der Untersuchung erst erzeugt worden ist'* (Hermanns et al. 1984 zitiert nach Lamnek 1989: 23).

Wenn es um Forschung im Rahmen von Beratungsprozessen geht, ist eines der wichtigsten Kriterien für die Auswahl der Methodik die Beachtung der Interventionskomponente der Forschungsmethodik. Tonbänder können Auswertungen von vertraulichen Situationen erheblich stören, ein Interview kann zu einem bestimmten Zeitpunkt mehr Widerstand hervorrufen als es Wissen produziert. Hier gilt der alte Leitsatz der Medizin: *'Primum nil nocere'* (am wichtigsten ist es, nicht zu schaden). Diese Forderung kann insbesondere bei der Frage, ob und wann die Wissenschaftler Zugang zum Feld haben, zu Konflikten führen (Gotwald, Heimerl, Zepke 1997).

Was ist der Fall?

Unterschiedliche soziale Einheiten können als 'Fall' fungieren: Personen, Gruppen, Institutionen, Kulturen, Organisationen, Verhaltensmuster... (Lamnek 1989: 7). Für systemische Forschungszwecke bietet es sich natürlich an, ein bestimmtes soziales System als den Fall zu definieren.

Um einen Fall für eine Studie zu definieren muss er zunächst von seiner Umwelt abgegrenzt werden. Erst dieses Bewusstmachen der Differenz System-Umwelt erlaubt es, den Fall als Einheit zu sehen, um ihn anschließend - im Sinne der Definition von Fallstudien - in seiner Beziehung zum Kontext darzustellen.

Die Definition eines Systems als Fall setzt voraus, dass das System am Beginn der Fallstudie zunächst beschrieben wird. Systemtheoretisch gesehen beschreiben sich Organisationen -als komplexe soziale Systeme - über Differenzen. Nur das kann beobachtet und beschrieben werden, was einen Unterschied macht (Willke 1996). Im Wesentlichen geht es hier um zwei Differenzen, die zur Beschreibung eines Falls herangezogen werden können: 1. Die Differenz Organisation/Umwelt: Wo zieht die Organisation ihre Grenzen? Wo endet die Organisation und wo beginnt die Umwelt? Was unterscheidet die Organisation von ihrer Umwelt?

2. Differenzen innerhalb des Systems: welche unterschiedlichen Strukturen kennzeichnen die Organisation, beziehungsweise, welche Unterschiede werden von der Organisation als relevant gesehen. Am Beispiel Krankenhauses: hier könnten im Wesentlichen drei Strukturen als relevante zu beschreibende Differenzen innerhalb der Organisation gesehen werden: 1. Unterschiedliche funktionale Einheiten (unterschiedliche medizinische Einheiten, Support-Einheiten). 2. Unterschiedliche Berufsgruppen und 3. Unterschiedliche hierarchische Ebenen.

Wie geht man vor beim Erstellen einer Fallstudie?

Am Anfang steht das Design, der *'...action plan for getting from here to there', '...the logical sequence that connects empirical data to a study's initial research questions'* (Yin 1988: 28). Das Design legt also fest, wie bei der Datenerhebung und Auswertung vorgegangen wird und wie Schlussfolgerungen und ursprüngliche Fragestellungen logisch miteinander verknüpft sind.

Für ein Fallstudiendesign müssen zunächst die wesentlichen Komponenten bestimmt werden (Yin 1988): 1. Forschungsfragestellungen, 2. theoriegeleitete Hypothesen (propositions), 3. Analyseeinheit und 4. Auswertungslogik (*„the logic linking data to the propositions and criteria for interpreting the findings“*)

1. Die Forschungsfragen

Diese müssen zu Beginn der Fallstudie festgelegt werden. Die Fallstudie ist jedoch ein offenes Design, das heißt die Fragestellungen können mit fortschreitender Datengewinnung nochmals überarbeitet werden. Je mehr Wissen über den Fall vorhanden ist, desto präzisere Fragen lassen sich stellen. Hier kann es notwendig werden, Fragen umzuformulieren, andere Fragen als relevant zu erachten, oder bestimmte Fragen wegzulassen.

2. Die *propositions* (auf deutsch: Annahmen oder Hypothesen)

Aus den Fragestellungen ergeben sich Annahmen mit denen in die Untersuchung gegangen wird. Die Grundannahmen in diesem Forschungsprojekt liegen in den Konzepten und Theorien begründet, die die Forscherinnen als Wissens- und Praxishintergrund mitbringen: Die Konzepte von Palliative Care, von Palliativer Geriatrie, von Validation, von Basaler Stimulation und von Dementia Care Mapping sind hier als wichtigste zu nennen.

3. Die *unit of analysis* (Auswertungseinheit)

Hier sind Entscheidungen zu treffen, die die Auswertung betreffen, zum Beispiel, sollen ein oder mehrere Fälle ausgewertet werden? Geht es um Analyse auf Personenebene (einzelne Personen als Analyseeinheit), auf Bevölkerungsebene oder auf Organisations-Ebene? Hildenbrand beschreibt, dass es wesentlich ist, den Fall von seiner Umwelt abzugrenzen, und ihn somit als von der Umwelt unterscheidbare Analyseeinheit auszuweisen. Was dies für Konsequenzen für systemische Forschung hat, soll später erläutert werden.

Yin kategorisiert case studies in single case studies (Einzelfallstudien) und multiple case studies (Mehrfallstudien). Einzelfallstudien sind vor allem dann angezeigt, wenn es sich um ein seltenes oder extremes Phänomen handelt, das untersucht werden soll. Ergebnisse von multiplen Fallstudien werden im Allgemeinen als relevanter angesehen, weil Hypothesen über mehrere Fälle vergleichend überprüft werden können. Sie erfordern jedoch in der Regel größeren Ressourceneinsatz (Yin 1988).

Als Beispiel für eine der neueren Einzelfallstudien in der Organisationsforschung in deutschsprachigen Raum führe ich hier eine Fallstudie zur systemischen Organisationsberatung (Mingers 1996) an. In ihrer Fallstudie beobachtet Mingers ein Beratungssystem bestehend aus der Beratungsfirma CONECTA und dem Klienten - einer Niederlassung des Warenhauskonzerns Buywell in Deutschland. Die Fallstudie analysiert theoriegeleitete Hypothesen zur systemischen externen Beratung.

Ein Beispiel für eine multiple Fallstudie aus der Organisationsforschung in Österreich ist die Studie zu Familienunternehmen (Wimmer 1996). Im Mittelpunkt des empirischen Vorgehens stand die Erarbeitung von zahlreichen Fallstudien. Zwei Erkenntnisziele wurden vorangestellt: 1. Die Frage nach strukturbildenden Effekten der Koevolution von Familie und Unternehmen und die Frage nach Chancen- und Risikopotentialen der für Familienunternehmen charakteristischen Muster. Das eigene empirische Material wurde um veröffentlichte Fallbeispiele angereichert.

Yin betont, dass die Auswahl von Fällen für Mehrfallstudien von replication und nicht von sampling logic geleitet wird. es geht also nicht um repräsentative Auswahl von Fällen (sampling logic), wie dies des Auswahl von Befragungspartnern in quantitativen Erhebungen zugrunde liegt. Jeder Fall muss sorgfältig ausgewählt werden, so dass entweder zu erwarten ist, dass er dieselben Ergebnisse liefert, oder er liefert widersprüchliche Ergebnisse aber aus voraussehbaren Gründen.

4. Datenauswertung

Das wesentlichste Kriterium für die Datenauswertung ist die Nachvollziehbarkeit. Es muß für einen kundigen Leser/Konsument einer Fallstudie nachvollziehbar sein, wie die Forschung von den erhobenen Daten zu den Schlussfolgerungen gekommen ist. Einschränkend meint Lamnek zwar:

„... kann man im Zusammenhang mit der Auswertung des gewonnenen Materials natürlich nicht vom wissenschaftlich kontrollierten Fremdverstehen einer kommunikativ vermittelten Handlungsfigur sprechen.“ (Lamnek 1989: 26).

Die Datenauswertung ist jener Schritt der Fallstudie, der am schlechtesten in der Literatur beschrieben wird. In Zusammenfassung der in der Literatur vorgeschlagenen Auswertungsschritte lässt sich jedoch folgendes Vorgehen empfehlen (Lamnek 1989, Hartley 1994, Yin 1988):

1. Der erste Schritt besteht in einer sorgfältigen Beschreibung der Daten.
2. Daran schließt sich eine kurze Charakterisierung des Einzelfalls unter den für das untersuchte Phänomen interessanten Gesichtspunkten.

Dazu ist das Entwickeln von Kategorien notwendig, in welche beobachteter Prozess oder beobachtetes Verhalten passen. Kategorien können organisiert sein entlang von Themen, Schlüsselaussagen oder anhand von zentralen Fragestellungen.

3. Danach wird das Material untersucht, um zu entscheiden, in wie weit die Daten in die erwarteten Kategorien passen. Während dieses Schrittes ist es möglich, nochmals die Kategorien zu überarbeiten. Die Verwendung von Tabellen wird hier vorgeschlagen. Diese Datentabellen enthalten einerseits die vorher festgelegten Kategorien und andererseits die entsprechenden Stellen aus den Protokollen.

4. Verfassen des Berichts: Hartley beschreibt hier die Schwierigkeit, die dadurch entsteht, dass in case studies zwei Linien verfolgt werden müssen: Die Darstellung der Ereignisse in chronologischer Reihenfolge (the 'narrative') und andererseits die Verfolgung von 'breiteren Themen' oder Schlussfolgerungen. Es empfiehlt sich, die Chronologie in tabellarischer Form festzuhalten, damit 'der Kopf frei ist' für die wesentlichen Themen, die die case study verfolgt (Hartley 1994: 221).

Wieso eignen sich Fallstudien zur Forschung in Organisationen?

Die Wirklichkeit und die Veränderung von komplexen sozialen Systemen forschersich abzubilden erfordert, dass das Forschungskonzept ebenso komplex ist, wie das dargestellte System. Insbesondere ist es wichtig, jenen Differenzen in den Blick zu bekommen, mit denen sich die beteiligten Systeme selbst beschreiben. So ist für OE-Prozesse, die von externer Beratung angestoßen werden, eine differenzierte Sichtweise der Beratung, des Beratungssystems und der Organisation ist notwendig.

Diese Komplexität ist mit einem einfachen Design und einer einzigen Methode meist nicht einzufangen. Unterschiedliche am Prozess beteiligten Kommunikationen und Personen müssen im Forschungsprozess herausgearbeitet werden, um die Wirklichkeit des OE-Prozesses abzubilden. Diese Ganzheit ist - unter anderem ausgedrückt durch die *'multiple sources of evidence'* eines der Hauptmerkmale von Fallstudien.

Beratungsforschung- als eine Komponente der Organisationsnetzwerkforschung - ist zudem ein relativ neuer Gegenstand, für den das Generieren von Hypothesen daher von extremer Relevanz ist. Fallstudien erlauben das generieren, jedoch auch das verändern von Hypothesen im laufe der Forschung. Die Organisation entwickelt sich während der OEF und somit auch die Annahmen mit denen an die Erforschung der Organisation und der Beratung herangegangen wird. Dies ist eine besondere Stärke von Fallstudien und steht im Gegensatz zu anderen Forschungsansätzen, in denn zwar das Verifizieren und Falsifizieren von Hypothesen möglich ist, nicht aber das Modifizieren.

4.4 Die Durchführung der Fallstudien

Als **Unit of Analysis** wurden zwei Station in zwei Pflegeheim in unterschiedlicher Trägerschaft gewählt: während die eine Einrichtung in konfessioneller Trägerschaft ist, wird die andere vom der öffentlichen Hand getragen. Beide ausgewählten Stationen haben einen ausgesprochenen Schwerpunkt in der Betreuung von Menschen mit Demenz. In Bezug auf die Rahmenbedingungen und Eckdaten ähneln die beiden Stationen einander (siehe die jeweiligen Kapitel in den Fallstudien). Im Zentrum der Analyse stand nicht die gesamte Station, sondern die Umsetzung jeweils einer Methode zur personenzentrierten Kommunikation mit Menschen mit Demenz auf der Station, für die Fallstudie 1 die Basale Stimulation® nach Bienstein und Fröhlich, für die Fallstudie 2 die Validation® nach Naomi Feil.

Das **Vorgehen zur Auswahl** der Station war für beide Fallstudien gleich: In einem Interview wurde jeweils eine Vertreterin der zweiten Generation der Kommunikationsmethode (Basale Stimulation bzw. Validation) gefragt, auf welcher Stationen sich die Umsetzung der Methode gut beobachten ließe. Die Vertreterinnen der Methode wurden also nach „Models of Good Practice“ der Methode befragt und um eine Empfehlung gebeten. Der Empfehlung wurde jeweils gefolgt, die Forscherinnen nahmen Kontakt mit der Stationsleitung und der Pflegedienstleitung bzw. Heimleitung der Einrichtung auf und holten das Einverständnis zur Beteiligung am Forschungsprojekt ein.

Das Projekt wurde danach durch ein kleines Team aus jeweils zwei Forscherinnen **auf der Station vorgestellt** (für jeden Erhebungsschritt folgte noch eine zusätzliche Vorstellung), ein Zeitplan für die Erhebungen wurde vereinbart. Von den BewohnerInnen (beziehungsweise von deren SachwalterInnen, falls die BewohnerInnen nicht einwilligungsfähig waren) wurde das schriftliche **Einverständnis** zur Durchführung der Beobachtungen auf der Station eingeholt.

Qualitative Forschungsmethodik

Der Schwerpunkt der Erhebungen und Auswertungen lag auf qualitativer Forschungsmethodik – eine kleine Ausnahme stellte die Erhebung von ausgewählten quantitativen Eckdaten auf den

beiden Stationen dar. Der Schwerpunkt wurde bewusst so gesetzt, das wir davon ausgegangen sind, dass nur eine differenzierte und verbale Darstellung im Rahmen von qualitativer Methodik der personenzentrierte Grundhaltung der beiden Methoden gerecht wird und nur diese geeignet ist, die Fragestellungen zu beantworten. So gingen wir davon aus, dass sich das Konzept der Empathie nach Rogers – auf das sich beide Methoden beziehen – einer quantitativen Messbarkeit entzieht, sich jedoch gut qualitativ darstellen lässt, ein Grundannahme, die im Forschungsprozess bestätigt werden konnte.

Forschungsprozess: Triangulation, Partizipation und Intervention

Die Erkenntnisse der Fallstudien wurden partizipativ im Dreieck zwischen Wissenschaft (Wissenschaftlerinnen unterschiedlicher Disziplinen), ExpertInnensystem (Gründerinnen und Lehrerinnen aus Validation und Basaler Stimulation) und Praxis (MitarbeiterInnen und Leitungen von zwei Pflegeheimen) gewonnen. Die VertreterInnen der drei Systeme haben in unterschiedlicher Weise an Designerstellung, Erhebung, Auswertung und Erarbeitung von Schlussfolgerungen partizipiert.

Die Gesamtleitung des Projekts verantwortete eine Wissenschaftlerin, das ForscherInnenteam war transdisziplinär und interdisziplinär zusammengesetzt. Folgende wissenschaftliche Disziplinen wurden durch die Teammitglieder eingebracht: Medizin, Pflegewissenschaft, Gesundheitswissenschaft, Psychologie, Wirtschaftswissenschaft, Geschichtswissenschaft, Soziologie und Philosophie.

Die „PraktikerInnen“, das sind die MitarbeiterInnen und Leitungen der beiden beteiligten Pflegeheime partizipierten an der Forschung: Sie wurden in die Designerstellung eingebunden, dafür einige Beispiele:

Für die Auswahl der zu erhebenden Bewohnergeschichten wurde nicht das Zufallsprinzip gewählt, sondern die beiden Teams wurden explizit gebeten, einen gelungenen und einen weniger gelungenen Betreuungsverlauf auszuwählen – der Auswahl durch das Team wurde dann auch durch die Forscherinnen gefolgt. Das Wissen zu den Bewohnergeschichten wurde nicht von den ForscherInnen alleine generiert, sondern in einer Gruppendiskussion gemeinsam mit den Teams der Stationen erhoben. Die Ergebnisse der Fallstudien wurden an die Teams der Stationen zurückgespielt und ihr Feedback wurde aufgenommen.

Im Rahmen des Forschungsprojektes kam es durch die Zusammenarbeit zwischen Expertinnen, Forscherinnen und Vertreterinnen der Pflegeheime auch zu einer Weiterentwicklung der Praxis, dafür stehen die folgenden Beispiele: In einer Einrichtung wurde – angeregt durch die Erhebung der Bewohnerinnengeschichten – eine regelmäßige Supervision durch die beteiligte Validationslehrerin eingeführt. Die Ergebnisse der Beobachtungen wurden jeweils mit dem Team rückgekoppelt, das Feedback wurde dazu genutzt, Stärken und Verbesserungsmöglichkeiten des Teams in der Umsetzung der Kommunikationsmethoden mit den Expertinnen zu besprechen. In den Interviews mit den Leitungen konnte das Leitungsverständnis explizit gemacht werden, was zu einer neuerlichen Verankerung der Methoden in der Praxis führte. Diese Veränderungen der Praxis durch das Forschungsprojekt sind auch bewusst und gewollt, im Sinne von Interventionsforschung (Krainer 2006).

Die beiden Kommunikationsmethoden sind vom Konzept der Empathie nach Carl Rogers getragen. In den Fallstudien konnte diese in beiden Pflegeheimen beobachtet werden. Die VertreterInnen der Pflegeheime sind auch den Forscherinnen und Expertinnen mit der für ihr Konzept eigenen Empathie begegnet.

Die Reflexionen des Forschungsprozesses lassen vor allem zwei Risiken beschreiben: Einerseits der Verdacht, dass sich im Wissenschaftssystem „Metaexpertise“ in Bezug auf die Expertise der beiden Kommunikationsmethoden entwickeln könnte. Andererseits die Gefahr, dass das Forschungssystem als voreingenommen in Bezug auf die beiden Kommunikationsmethoden angesehen werden könnte. Beide Dynamiken führten zu Widersprüchen im Forschungsprozess.

Die wechselseitige Empathie hat - trotz der Spannungen - für Stabilität im Prozess und für einen erkenntnisreichen Abschluss des Forschungsprojektes gesorgt.

4.5 Die Erhebungen im Projekt

4.5.1. Erheben von Hintergrundinformationen für die Fallstudien

Für beide Kommunikationsmethoden (Basale Stimulation und Validation) wurden zunächst Hintergrundinformationen erhoben. Dies bestand in einer ausführlichen Literaturrecherche und jeweils in einem Interview mit der Gründerin der Methode (Christel Bienstein bzw. Naomi Feil). Zusätzlich wurden zwei Expertinneninterviews mit Vertreterinnen der zweiten Generation für jede Methode geführt. Gegen Ende des Projektes wurden die beiden Gründerinnen nochmals befragt, um in Forschungsprojekt aufgetreten Fragen zu beantworten und Teile der Daten zurückzuspielen.

4.5.2 Erhebungen auf den beiden Stationen

Diese erfolgten analog auf beiden Stationen, es wurden jeweils folgende Erhebungen durchgeführt:

- Nicht-teilnehmende Beobachtungen an mehreren Tagen auf der Station an unterschiedlichen Orten (Aufenthaltsraum, Bewohnerzimmer, Gruppenraum, Werkraum).
- Je eine Gruppendiskussion zur Erhebung von zwei Bewohnerinnengeschichten, die jeweils einen gelungenen und einen weniger gelungenen Betreuungsverlauf darstellen.
- Je ein Interview mit Stationsleitung (und Pflegedienstleitung in einer der beiden Einrichtungen).
- Erhebung von ausgewählten Pflegedokumentationen

4.5.3 Überblick über die Erhebungen im Projekt

In einer Graphik zusammengefasst, stellen sich die Erhebungen zu den beiden Kommunikationsmethoden wie folgt dar:

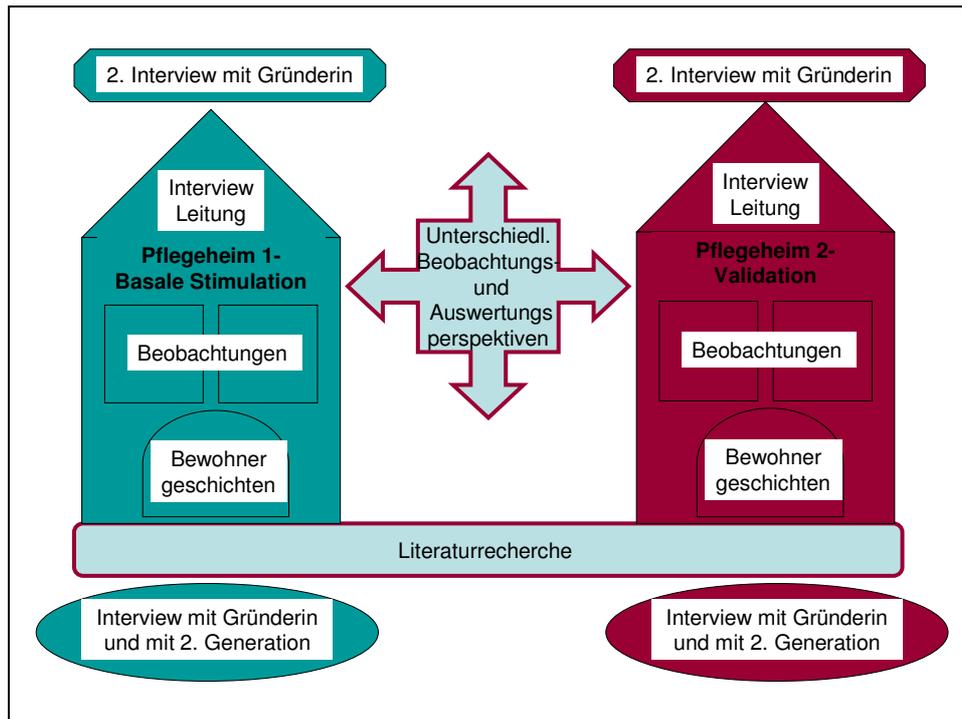


Abbildung 1: Design des Projektes

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die durchgeführten Erhebungen ihre Fragestellungen, Zeitpunkte und ihre Codes, so wie sie in der Auswertung zitiert werden.

1. Hintergrundinformationen

Quelle	Zentrale Fragestellung(en)	Datum	Code
Interview 1 mit Christel Bienstein	Entwicklung, Theoriebezüge der Basalen Stimulation Kriterien für erfolgreiche Umsetzung?	22.10.08	I-BS2
Interview 2 mit Christel Bienstein	Rückmeldung zu Bewohnergeschichten	5.6.09	I-BS3
Interview 1 Naomi Feil	Entwicklung, Theoriebezüge Validation, Kriterien erfolgreiche Umsetzung?	23.10.08	I-V2
Interview 2 Naomi Feil	Rückmeldung zu Beobachtungen und Bewohnergeschichten; Zukunft der Validation	16.11. 09	
Interview Monika Jesche	Transfer Methode von Theorie zu Praxis? Welches Heim einbeziehen?	04.06.08	I-BS1
Interview Gunvor Sramek	Transfer Methode von Theorie zu Praxis? Welches Heim einbeziehen?	25. 06.08	I-V1
Expertinnen-Interviews mit MK, MWL, PHF, EW Recherche IFF-Bibliothek	Was ist die relevante Literatur zum Forschungsthema	Herbst 2008 – Herbst 2009	

2. Erhebungen im Pflegeheim St. Moritz mit Schwerpunkt Basale Stimulation®

Quelle	Zentrale Fragestellung(en)	Datum	Code
Nicht-teilnehmende Beobachtung	Wie gelingt die Umsetzung von Basaler Stimulation?	Sept/Okt 09	B-BS1 bis B-BSX
Erhebung von Pflegedokumentationen	Wie spiegeln sich personenzentrierte Haltung und Basale Stimulation in der Dokumentation wieder?	Sept/Okt 09	D-BS1
Gruppendiskussion: Erhebung von zwei Bewohnergeschichten	Was sind gelungene und weniger gelungene Situationen?	4.12.08	BG-BS1 BG-BS2
Interview mit Stations- und pflegedienstleitung	Welche Rahmenbedingungen sind förderlich für die Umsetzung von personenzentrierter Kommunikation?		K-BS1

3. Erhebungen im Pflegeheim Antonius mit Schwerpunkt Validation®

Quelle	Zentrale Fragestellung(en)	Datum	Code
Nicht-teilnehmende Beobachtung	Wie gelingt die Umsetzung von Validation?	8.1. – 29.1.09	B-V1 bis B-VX
Erhebung von Pflegedokumentationen	Wie spiegeln sich personenzentr. Haltung und Validation in der Dokumentation wieder?	Jan 09	D-V1 bis DVX
Gruppendiskussion: Erhebung von zwei Bewohnergeschichten	Was sind gelungene und weniger gelungene Situationen?	13.5.09	BG-V1 BG-V2
Beobachtung der Validationsgruppe	Wie gelingt die Umsetzung von Validation?	9.1.09	G-V1
Telefoninterview mit Stations- und Heimleitung	Welche Rahmenbedingungen sind förderlich für die Umsetzung von personenzentrierter Kommunikation?	26.5.09 und andere	K-V1

Tabelle 1: Überblick über die Erhebungen im Projekt

4.6 Auswertungsmethodik

In der Auswertung wurde eine Kombination von Methoden gewählt: Einerseits die inhaltlich reduktive Analyse nach Siegfried Lamnek (1995 S. 104ff), und andererseits die induktive Kategorienbildung basierend auf der Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring: (2000 S. 472), sowie die Analyse von Leitfadeninterviews nach Christiane Schmidt (2000 S. 447ff).

Aus der inhaltlich reduktiven Analyse nach Siegfried Lamnek wurden folgende Aspekte berücksichtigt

Einzelanalyse: Ziel ist eine Reduktion und Konzentration des Textmaterials

- ◆ Prägnante Textstellen markieren (Nebensächlichkeiten entfernen?)
- ◆ Textpassagen mit Kommentaren verknüpfen
- ◆ Erste Kategorien formulieren
- ◆ Erste Charakterisierung des Interviews/Texts vornehmen

Generalisierende Analyse: Erkenntnisse über unterschiedliche Textmaterialien hinweg formulieren

- ◆ Gemeinsamkeiten der einzelnen Interviews erarbeiten
- ◆ Differenzen der einzelnen Interviews erkunden
- ◆ Grundtendenzen aufzeigen, Strukturen erkennen
- ◆ Typen mit Bezug auf Einzelfälle darstellen und interpretieren
- ◆ Theoretische Bezüge herstellen

Kontrollphase

- ◆ Ergebnisse mit dem Ausgangsmaterial vergleichen
 - ◆ Bei Unklarheiten Originalaufnahme nochmals anhören
- (vgl. Lamnek 1995, S.104ff.)

Abbildung 2: Inhaltlich reduktive Analyse nach Siegfried Lamnek

Aus der Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring wurden folgende Aspekte berücksichtigt:

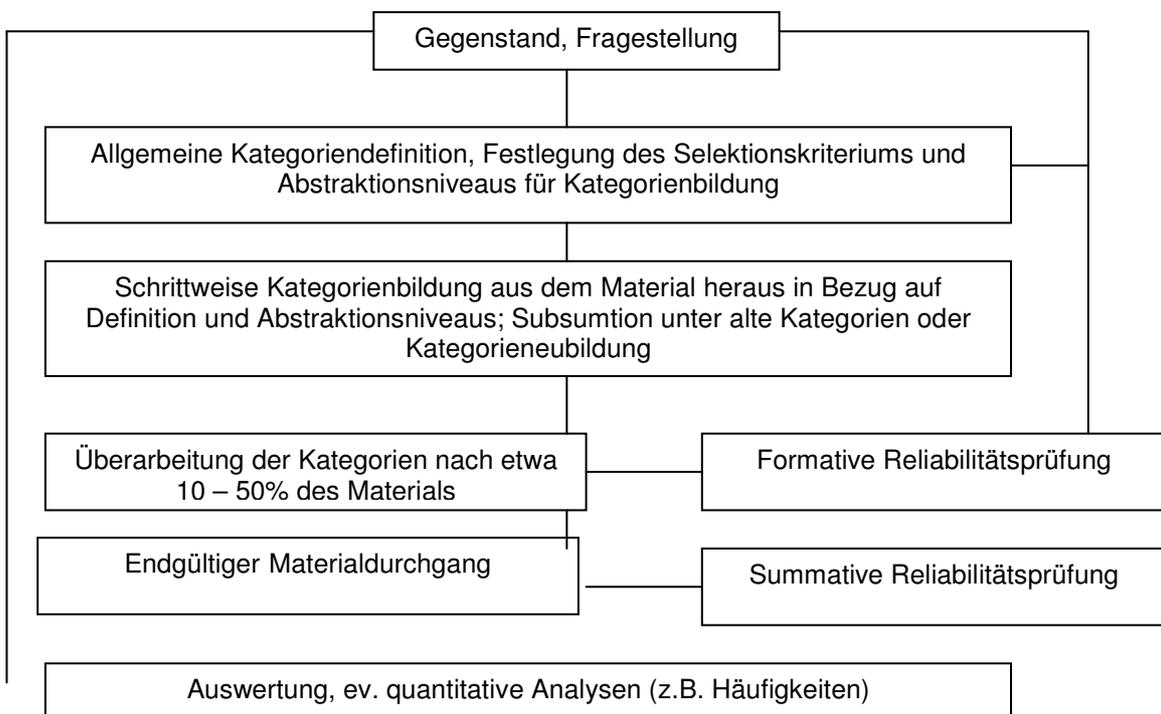


Abbildung 3: Induktive Kategorienbildung nach Philipp Mayring (2000 S. 472)

Aus der Analyse von Leitfadeninterviews nach Christiane Schmidt (2000 S. 447ff) konnte berücksichtigt werden:

Materialorientiertes Bilden von Auswertungskategorien

- ◆ Intensives und wiederholtes lesen der Texte
- ◆ Eigenes theoretisches Vorverständnis leitet die Aufmerksamkeit
- ◆ Notieren von passenden Themen oder Aspekten
- ◆ Auswertungskategorien formulieren

Zusammenstellen der Auswertungskategorien zu einem Codierleitfaden

- ◆ Einzelne Kategorien beschreiben
- ◆ Diskursives Erproben der Kategorien am besten im Forschungsteam

Material codieren

- ◆ Jedes Interview wird gelesen und einzelne Passagen den Kategorien zugeordnet
- ◆ Auswertungskategorien, die zuvor *aus* dem Material heraus gebildet wurden, werden nun *auf* das Material angewendet
- ◆ Alle Kategorien des Codierleitfadens werden nacheinander jeweils auf ein Interview angewendet
- ◆ Empfehlenswert: Konsensuelles Codieren (mind. 2 Personen an Codierung beteiligt)

Quantifizierende Materialübersichten

- ◆ Übersichtliche Darstellung in Tabellenform
- ◆ Dienen der Vorbereitung der weiteren Analyse
- ◆ Verweisen auf mögliche Zusammenhänge

Vertiefende Fallinterpretation

- ◆ Neue Hypothesen finden, Hypothesen am Einzelfall prüfen
- ◆ Begriffliche Konzepte ausdifferenzieren
- ◆ Neue theoretische Überlegungen entwickeln oder vorhandene theoretische Konzepte überarbeiten

Abbildung 4: Analyse von Leitfadeninterviews nach Christiane Schmidt (2000 S. 447ff)

4.6.1 Auswertung: Vorgehen

Letztendlich wurde in der Auswertung der Fülle an generierten Daten so vorgegangen:

In der **deduktiven Phase** wurden Selektionskriterien für die Kategorienbildung identifiziert, sowohl empiriegeleitet

- Kriterien für Umsetzung der Methode (zwei Dokumente je für Val und für BS liegen bereits vor)
- Potential für Weiterentwicklung der Methode
- Organisations-bezogen
- Betroffenen-bezogen
- Mitarbeiter-bezogen
- Leitungs-bezogen

als auch theoriegeleitet:

- Basierend auf den Bedingungen nach Rogers: Empathie, Kongruenz, Akzeptanz,

- Basierend auf dem VIPS Modell (Brooker): Wertschätzung, Individualität, Perspektive der Menschen mit Demenz, Soziale Umgebung

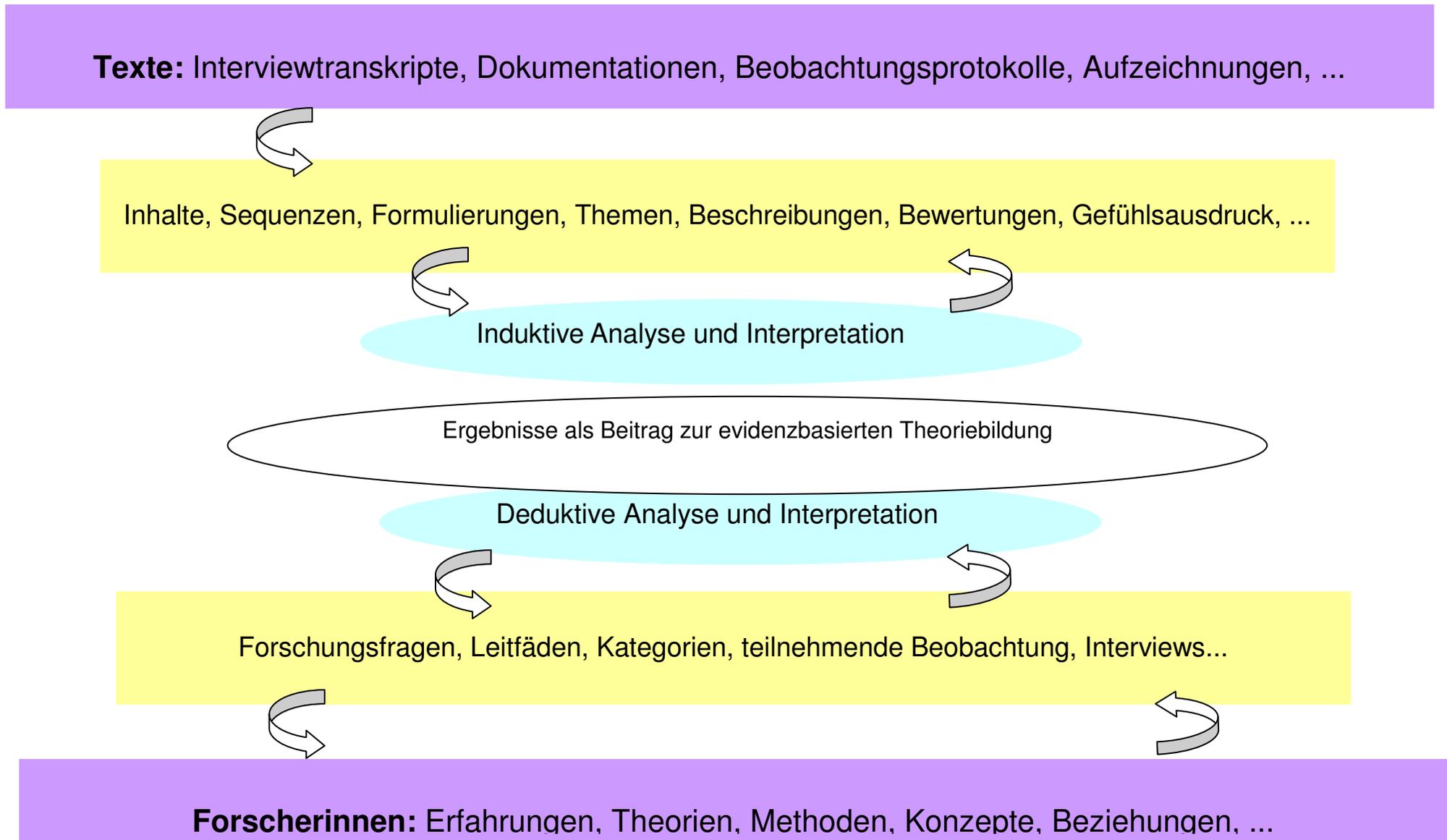
In der **induktiven Kategorienbildung** aus dem Material heraus wurden folgende Schritte gesetzt

- Schritt 1: Relevante Textpassagen in den Datenquelle auswählen und markieren
- Schritt 2: Jeder markierten Textpassage eine Kategorie zuordnen. Die Kategorie ist die Antwort auf die Frage: warum erscheint mir diese Textpassage im Hinblick auf die Forschungsfragen relevant? Schritte 2 erfolgte handschriftlich am Rand des Datenmaterials und auf Basis des einheitlichen Materials auf einer CD „Daten zur Analyse“, die alle Forscherinnen erhielten.
- Schritt 3: Jede einzelne Forscherin erstellt eine Liste der Kategorien als Word Dokument.
- Schritt 4: Das Kategoriensystem wurde gemeinsam überarbeitet im Hinblick auf die Fragen: Passt das Abstraktionsniveau zur Forschungsfrage? Gibt es Überlappungen?
- Schritt 5: Erstellen einer Tabelle mit Kategorien, entsprechenden Textpassagen und Zitiercode (=Code für Datensatz und Zeile) z.B.:

Kategorie	Textpassage	Quellen – Code, Zeilen
Zeit und Raum geben	<p>Sr. A. lässt Fr. Sch. gute 30 Sekunden Zeit zum antworten – Fr. Sch. beginnt oft mit „t t t“ – danach kommt ein ganzer zusammenhängender Satz. (Meine Erfahrung in solchen Situationen aus anderen Einrichtungen: „die Dame spricht nicht mehr“ – was wahrscheinlich auch so wäre – irgendwann!)</p> <p>Sr. A. erzählt mir später einmal, sie dachten das auch, es hat lange gedauert, bis sie drauf kamen, dass Fr. Sch. sehr lange tiefen Blickkontakt und Zeit zum Antworten braucht.</p>	B-V1, 30-35

Tabelle 2: Beispiel für Kategorienbildung im der Auswertung

- Schritt 6: Kategorien ggf. in einen logischen Zusammenhang zueinander bringen und jedenfalls Kategoriensystem in Bezug auf die Fragestellung interpretieren (gemeinsames Brainstorming auf Tonband



4.7 Rückkoppelung der Daten

Im Sinne von interventionsorientierter Forschung war es uns ein Anliegen, die Daten, die wir in den beiden Fallstudien erheben konnten, an die beiden Einrichtungen und an die am Forschungsprozess beteiligten ExpertInnen zurückzukoppeln.

Folgende Schritte haben wir dazu gesetzt:

1. Rückkoppelung der Auswertung von Interviews an die InterviewpartnerInnen

Die beiden Interviews mit Leitungen aus den beiden Pflegeheimen und Stationen wurden protokolliert und ausgewertet. Die ausgewerteten Texte zu Rahmenbedingungen und Leitungsverständnis der beiden Stationen wurden zum Teil mehreren Feedbackschleifen unterzogen, ebenso die Protokolle der Gruppendiskussionen zur Erhebung eines gelungenen und eines weniger gelungenen Betreuungsverlaufes. In diesem Bericht enthalten sind also jene Texte, zu den genannten Interviews, die Rückmeldungen und Korrekturen der Leitenden enthalten, diese haben sich teilweise mit ihren Teams beraten, um Rückmeldung an die Forscherinnen zu geben.

2. Einverständnis zu Transkripten der Expertinnen-Interviews

Für alle Expertinnen-Interviews (Gründerinnen und Vertreterinnen der zweiten Generation von Validation und Basaler Stimulation) wurde das Einverständnis eingeholt, das Transkript im Rahmen des Projektes verwenden und auswerten zu dürfen.

3. Reflexionsworkshop mit ExpertInnen aus dem Feld

Die ersten Ergebnisse der Fallstudien wurden mit ExpertInnen aus dem Feld¹ in einem halbtägigen Workshop am 16. Februar 2010 diskutiert, die Ergänzungen, Diskussionsbeiträge und Erkenntnisse der TeilnehmerInnen am Workshop wurden in diesen Bericht aufgenommen

4. Diskussion der Ergebnisse mit dem Auftraggeber

Im Rahmen einer Arbeitsbesprechung am 4. März 2010 konnten wir dem Forum Praxis Palliative Geriatrie als Auftraggeber des Projektes erste Ergebnisse vorstellen und ebenfalls Rückmeldungen entgegennehmen, die hier im Bericht mit eingearbeitet sind.

5. Rückkoppelung an die Teams in St. Moritz und Antonius

Diese Rückkoppelungen fanden am 22. 4. 2010 im Pflegeheim St. Moritz und am 5.5. 2010 im Pflegeheim Antonius) statt. Auf die Präsentation der jeweiligen Fallstudie folgte eine Diskussion der Ergebnisse in den beiden Teams. Die beiden Teams wurden um ihre Freigabe der jeweiligen Fallstudie ersucht, Änderungswünsche, soweit sie nicht den Beobachtungen und Schlussfolgerungen der Forscherinnen widersprachen, wurden eingearbeitet. Bis dahin wurde mit dem Bericht vertraulich umgegangen, danach wurde der Bericht nochmals überarbeitet und steht nun zur Weitergabe bzw. zur Veröffentlichung zur Verfügung.

¹ Wir bedanken uns bei Anton Amann, Erich Lehner, Gert Dressel, Gunvor Sramek, Lucia Straschil, Sabine Pleschberger, Sigrid Boschert und Thomas Frühwald für ihre Teilnahme am Workshop und für die wertvollen Hinweise zur Interpretation der Ergebnisse.

Literatur

- Flick Uwe (1996): Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbeck: Rohwolt
- Gotwald Victor, Heimerl Katharina, Zepke Georg (1997): Mars oder demeter, wem huldigt die Forschung? In: Grossmann R. (Hg.): Besser, billiger, mehr. Zur Organisationsentwicklung von Expertenorganisationen iff-texte 2. Wien: Springer.
- Hartley Jean F. (1994): Case Studies in Organizational Research. In: Cassell Catherine, Symon Gillian (eds.): Qualitative Methods in Organizational Research. London: Sage.
- Hildenbrand Bruno (1991): Fallrekonstruktive Forschung. In: Flick Uwe, v. Kardorff Ernst, Keupp Heiner, v. Rosenstiel Lutz und Wolff Stephan (Hg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. München: Psychologie Verlags Union.
- Krainer Larissa (2006): Interventionsforschung – eine Methode zur Prozessethik? In: Heintel Peter, Krainer Larissa, Ukowitz Martina (Hg.): Ethik und Beratung. Praxis, Modelle, Dimensionen. Berlin: Leutner, 92 - 119
- Lamnek Siegfried (1989): Die Einzelfallstudie . In: Qualitative Sozialforschung Band 2: Methoden und Techniken. München: Psychologie Verlags Union 4-34.
- Lamnek, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung, Methoden und Techniken, PVU, Weinheim
- Mayring Gustav (1990): Einzelfallanalyse. In: Einführung in die qualitative Sozialforschung. München: Psychologie Verlags Union. 28-31
- Mayring, Philipp (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, Uwe; Kardoff, Ernst von; Steinke, Ines (2000) (Hrsg): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. Rohwolt, Reinbek bei Hamburg, S. 468-475
- Mingers Susanne (1996): Systemische Organisationsberatung. Eine Konfrontation zwischen Theorie und Praxis. Frankfurt/Main: Campus.
- Patton Michael Q. (1985): Qualitative Evaluation. Newbury Park: Sage.
- Schmidt, Christiane (2000): Analyse von Leitfadenterviews. In: Flick, Uwe; Kardoff, Ernst von; Steinke, Ines (2000) (Hrsg): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. Rohwolt, Reinbek bei Hamburg, S. 447-456
- Willke Helmut (1996): Systemtheorie II: Interventionstheorie. Stuttgart: UTB
- Wimmer Rudolf, Domayer Ernst, Oswald Margit, Vater Gudrun (1996): Familienunternehmen - Auslaufmodell oder Erfolgstyp?. Wiesbaden: Gabler
- Yin Robert K. (1988): Case Study Research. Design and Methods. Newbury Park: Sage

5. Theoretischer Rahmen: Zwei Konzepte zur personenzentrierten Kommunikation in der Literatur

Sigrid Poppa, Katharina Heimerl

5.1 Basale Stimulation® nach Bienstein/Fröhlich

Sigrid Poppa, Katharina Heimerl,

Der Begriff *Basale Stimulation*

„Fröhlich definiert 2000 ‚basal‘ als aller einfachste und grundlegende Anregungsform. ‚Stimulation‘ soll als Anregung im Sinne von Einladung, sich mit einem Angebot zu befassen, verstanden werden.“ (Fröhlich 2000 zit. n. Werner 2002, S. 58) Es bedeutet auch, auf einfachstem Wege Kontakt herzustellen und dabei die Existenz der oder des Anderen bedingungslos anzunehmen, wie auch immer ihre oder seine geistige Verfassung, Leistung oder Einstellung auch sein mögen (Bienstein, Fröhlich 2007).

In der Basalen Stimulation in der Pflege werden Erfahrungen verwendet, die für die gepflegte Person vertraut und bedeutsam sind oder sein könnten. Darüber hinaus spielt das Einführen oder Erhalten von Ritualen eine wesentliche Rolle. Diese Aspekte stehen nach Nydahl für das „Basale“ in der Basalen Stimulation (Nydahl 2007).

In den frühen Jahren der Entwicklung der Basalen Stimulation in der Pflege, die in den 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts anzusiedeln ist, wurde der Ausdruck ‚Stimulation‘ zum Teil unterschiedlich aufgefasst. Einerseits wurde in der Sonderpädagogik der Begriff ‚Angebot‘ synonym mit diesem Ausdruck verwendet, andererseits wurde er aus Sicht der Pflege häufig als (dauernde) ‚Anregung‘ missverstanden, die zu sichtbaren Veränderungen führen sollte oder müsste. Ein Austausch zwischen den Disziplinen hat mittlerweile zu Verständnis und mehr gegenseitiger Akzeptanz geführt. (Bienstein, Fröhlich 2007). Dabei liegt der Fokus inzwischen eher auf einer Veränderung der gesamten Pflegekultur als auf den verschiedenen Formen der ‚Stimulation‘: „Es soll auch deutlich werden, dass es nicht immer, selten oder vielleicht gar nicht um spektakuläre Angebote geht, sondern um das Umgestalten des pflegerischen Alltags.“ (Gebel-Schürenberg im Vorwort von Buchholz, Gebel-Schürenberg, Nydahl, Schürenberg 2001, S. 21)

Ursprünge der Entwicklung der Basalen Stimulation in der Pflege

Das Konzept der Basalen Stimulation in der Pflege wurzelt in dem Konzept der Basalen Stimulation, das von Andreas Fröhlich für die Förderung Menschen mit schwersten Behinderungen kreiert wurde. Es wurde entdeckt, dass zahlreiche Parallelen zwischen der Arbeit von Sonderpädagoginnen und Sonderpädagogen mit ihren zu betreuenden Personen einerseits, und der Arbeit von Pflegenden mit zu pflegenden Personen andererseits, bestehen. Diesen Arbeitsbereichen ist gemeinsam, dass versucht wird, Menschen in ihrer Selbstheilungskraft und Selbstorganisation zu unterstützen (Biedermann 2004, Werner 2002, Schnürer-Amstler 2003). Dazu kommt, dass die Behinderungen im Bereich von Bewegung, Kommunikation und Wahrnehmung ähnlich sind. Auch die Konsequenzen bei Schädigung zentraler Funktionen, sowie die fehlende Sicherheit der Pflegenden betreffend der Pflege und Betreuung der jeweiligen Personen wurden als Gemeinsamkeiten erkannt (Werner 2002). Für den Einsatz in der Pflege wurde das Konzept daraufhin in Zusammenarbeit zwischen Andreas Fröhlich mit Christel Bienstein adaptiert. Im Unterschied zum pädagogischen Konzept der ‚Basalen Stimulation‘ wird das für die Pflege adaptierte Konzept in der Regel als ‚Basale Stimulation in der Pflege‘ bezeichnet. Es befindet sich seit seinem Beginn in einer ständigen Weiterentwicklung (Buchholz, Schürenberg 2009, Schnürer-Amstler 2003). Insgesamt gilt die Basale Stimulation als offenes Konzept, in dem ein ständiges Lernen und Weiterentwickeln angestrebt wird (Biedermann 2004).

Theoretischen Annahmen und Grundlagen des Konzepts

Basale Stimulation basiert zu einem bedeutenden Teil auf Erkenntnissen aus Pränatal- und Entwicklungspsychologie (Bienstein, Fröhlich 2007). Es wird angenommen, dass jeder Mensch solange er lebt auf diese früh, teilweise vorgeburtlich erworbenen „Orientierungs- und Kommunikationssysteme“ (Bienstein, Fröhlich 2007, S. 41) zurückgreifen kann. Außerdem beruht Basale Stimulation auf den Annahmen, dass der Mensch unabhängig von seiner Situation einen fundamentalen Willen zu Leben in sich trägt, dass er nach Selbstbestimmung strebt, und dass er Anregungen durch Mitmenschen braucht, sofern er nicht von sich aus in der Lage ist, einen Bezug zur Umwelt herzustellen, um so seine Identität erhalten oder modifizieren zu können (Gsodam, Nydahl 2000a, Bienstein, Fröhlich 2007). Basale Stimulation versucht, einen Ausgleich zu bilden zu den fehlenden Anregungen durch die eigenen Erfahrungen und Bewegungen oder zur eingeschränkten Interaktion mit der Umwelt (Kostrzewa, Kutzner 2007).

Bienstein und Fröhlich gehen davon aus, dass Menschen, selbst in tiefer Bewusstlosigkeit, ständig mit ihrer Umwelt in Kontakt stehen können und über ihren Körper mit dieser verbunden sind. Die Beziehung zu der sie umgebenden Welt und Interaktion mit ihr soll durch Basale Stimulation aufrecht erhalten werden. (Bienstein, Fröhlich 2007)

Basale Stimulation wird in die jeweils übliche Pflege integriert bzw. strukturiert diese Pflege neu. Dabei wird danach gestrebt, notwendige Pflegehandlungen zu einem positiven Erlebnis zu machen. Ein ressourcenorientiertes Vorgehen, die Förderung des Menschen als Ganzen, und Vertrauensaufbau werden als bedeutsam bewertet (Gsodam, Nydahl 2000b, Gsodam, Nydahl 2000a).

Das Menschenbild in der Basalen Stimulation

Wesentlich ist in der Basalen Stimulation die Einnahme der Sichtweise der betroffenen Person. Die Pflege ist in jedem Fall individuell, sie zielt darauf ab, der und dem Betroffenen Chancen zur Neuorientierung in ihrer oder seiner jeweiligen Situation zu ermöglichen (Bienstein, Fröhlich 2007). Dabei verstehen Vertreterinnen und Vertreter der Basalen Stimulation jeden Menschen als Zeit seines Lebens mit seiner Umwelt verbunden, unabhängig davon, in welcher Bewusstseinslage sich die jeweilige Person befindet. Der Mensch wird also niemals losgelöst von seiner physischen und sozialen Umwelt erfasst, sondern vielmehr Teil dieser betrachtet. Aus diesen Vorannahmen resultiert der Grundsatz, dass prinzipiell jeder Person in jeder Lebenslage Kontakt und Kommunikation angeboten und ermöglicht werden kann (vgl. Bienstein, Fröhlich 2007, Nydahl 2007). Eine ganzheitliche, umfassende Wahrnehmung des zu betreuenden Menschen gehört zum Pflegeverständnis bei der Umsetzung Basaler Stimulation (Kostrzewa, Kutzner 2007, Schnürer-Amstler 2003).

Die drei Grundpfeiler

Das Konzept der Basalen Stimulation in der Pflege kann als aus den drei Grundpfeilern Haltung, Kompetenz und Technik bestehend beschrieben werden. Dabei ist die Haltung in hohem Maße von Respekt gekennzeichnet, mit dem Ziel, der Patientin und dem Patienten zu größtmöglichem Erleben von Autonomie zu verhelfen. Mit dem Schlagwort der Kompetenz ist gemeint, dass Basal stimulierende Pflege sich an den Kompetenzen der oder des zu Pflegenden orientiert und Angebote zur Förderung dieser Kompetenzen macht. Bei den Techniken der Basalen Stimulation handelt es sich in erster Linie um körperbetonte Möglichkeiten zur Wahrnehmungsförderung, Berührungen und ihre verschiedenen Variationen sind von großer Bedeutung, ebenso wie die so genannte ‚Positionierung‘, verschiedene Waschungen oder die Atemstimulierende Einreibung (ASE) (Nydahl 2007).

Wahrnehmungsbereiche

Bienstein und Fröhlich (Bienstein, Fröhlich 2007) geben folgende Wahrnehmungsbereiche an, über die Basal stimulierende Angebote sinnvoll sein können:

Somatische Erfahrungen

Dabei wird - beispielsweise durch Ganzkörperwaschungen oder Massagen - der gesamte Körper angeregt, sofern dies im Sinne der gepflegten Person zu sein scheint. Durch Erfahrung über die Haut soll der Körper intensiver erlebbar gemacht und einer Distanzierung vom eigenen Körper entgegengewirkt werden. (Bienstein, Fröhlich 2007)

Berührung

Berührung kommt in der gesamten Pflege, insbesondere aber auch innerhalb des Konzepts der Basalen Stimulation eine besondere Bedeutung zu. Wird sie Basal stimulierend angewendet, werden ein wechselnder Bedarf an Berührung sowie das Vermeiden von gleichzeitiger Berührung mit anderen Pflegenden und Schutz der Intimsphäre berücksichtigt und verschiedene Qualitäten der Berührung wie Beginn und Ende, Konstanz, Kontaktintensität, Rhythmus der Bewegung und Sicherheit der Bewegung bewusst eingesetzt. (Bienstein, Fröhlich 2007)

Vibratorische Erfahrungen

Mit vibratorischen Erfahrungen sind Erfahrungen gemeint, die gesunde Menschen besonders beim Gehen oder Laufen, aber auch bereits als Fötus innerhalb der Gebärmutter erleben. Sie sollen zu einer besseren Wahrnehmung auch des Inneren des Körpers verhelfen und besonders in Form der Stimme beruhigend und Sicherheit gebend wirken. (Bienstein, Fröhlich 2007)

Vestibuläre Erfahrungen

Vestibuläre Erfahrungen versorgen Menschen mit Informationen über ihre Position im Raum, die beim gesunden Menschen laufend aktualisiert werden. Sind Menschen in ihrer Bewegung und Wahrnehmung eingeschränkt, sollen durch vestibuläre Stimulation das Gefühl für den eigenen Körper sowie die Lage im Raum und damit auch die Orientierung gefördert werden. (Bienstein, Fröhlich 2007)

Audiorhythmische Erfahrungen

Auch die Beeinflussung audiorhythmischer Erfahrungen soll dazu beitragen, die Orientierung für die Betroffenen oder den Betroffenen zu erleichtern. Dabei gilt zu beachten, dass beispielsweise auf Intensivstationen, wo viele wahrnehmungsbeeinträchtigte Menschen umsorgt werden, bereits eine große Geräuschkulisse vorhanden ist. Zahlreiche Geräusche können für ein Zunehmen an Verwirrung und Desorientierung sorgen, insbesondere wenn sie für die Person nicht einzuordnen sind. (Bienstein, Fröhlich 2007)

Orale und olfaktorische Erfahrungen

Die orale Wahrnehmung besteht schon vor, die olfaktorische erst nach der Geburt eines Menschen. Der Mund spielt in der Erkundung der Umwelt bei Kleinkindern eine große Rolle, die olfaktorische Wahrnehmung hat Erkennungs- und Warnungsfunktion. In der Basalen Stimulation geht man davon aus, dass vermehrte gezielte Bewegungen des Mundes und der Zunge Anzeichen für eine Erhöhte Wachheit der Person sind, weshalb der Mundbereich als bedeutsam angesehen wird. (Bienstein, Fröhlich 2007)

Sehen oder visuelle Erfahrung

Visuelle Erfahrung spielt bei wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen vor allem im Zusammenhang mit der visuellen Wahrnehmung ihrer Umwelt eine Rolle, die im allgemeinen Sprachgebrauch als Fehlwahrnehmungen oder –interpretationen bezeichnet werden können. Diese können aus verschiedenen Gründen, wie Deprivation von visuellen Angeboten, Medikamenteneinnahme oder körperlichen Schädigungen auftreten. Daher wird in der Basalen Stimulation in der Pflege ein Augenmerk darauf gelegt, unterschiedliche visuelle Anregungen anzubieten, um Orientierung zu fördern und angstfördernde Wahrnehmungen zu vermeiden. (Bienstein, Fröhlich 2007)

Taktile Welten / Erfahrungen

Taktile Wahrnehmung erfolgt in erster Linie über die Hände, mit denen Gegenstände erfasst und ‚begriffen‘ werden. Die über das Greifen erhobenen Informationen werden als Greifbilder gespeichert. Bettlägerige Menschen erfahren häufig auch eine Deprivation an taktilen Erfahrungsmöglichkeiten. Nur wenige, immer wieder ähnliche oder identische Gegenstände können ertastet werden. Auch das so genannte ‚Nesteln‘, ein spielen mit dem Bettüberzug oder eine ähnliche Beschäftigung der Hände, wird als Folge des Mangels an taktilen Reizen erklärt. (Bienstein, Fröhlich 2007)

Zielgruppe für Basale Stimulation in der Pflege

Die Zielgruppe für Basale Stimulation in der Pflege hat als gemeinsamen Nenner eine „deutliche Wahrnehmungsbeeinträchtigung“, es können also Personen unterschiedlichsten Alters dazugezählt werden, die aus verschiedensten Gründen in ihrer Wahrnehmung vorübergehend oder chronisch beeinträchtigt sind (Bienstein, Fröhlich 2007, Biedermann 2004). In der Literatur wird im Zusammenhang mit, aber auch unabhängig von dieser Definition wiederholt betont, dass im Umgang mit den jeweiligen Menschen nicht die Beeinträchtigungen, sondern vordergründig die Ressourcen und Potenziale wahrgenommen und gefördert werden (z. B. Bienstein, Fröhlich 2007, Biedermann 2004, Nydahl 2007).

Ziele der Basalen Stimulation in der Pflege

Generell ist Basale Stimulation auf Förderung von körperlichen und geistigen Fähigkeiten, sowie von Aktivität ausgerichtet (Bienstein, Fröhlich 2006, zit. n. Großschädl, Lohrmann 2008), wobei die in der Basalen Stimulation von der oder dem Pflegenden identifizierten Ziele grundsätzlich immer denen der zu Pflegenden Person entsprechen bzw. zuarbeiten (Buchholz, Schürenberg 2009). Durch Basale Stimulation soll es der pflegebedürftigen Person ermöglicht werden, sich selbst sowie ihre Umgebung „wieder wahrzunehmen“ (Bienstein, Fröhlich 2006 zit. n. Großschädl, Lohrmann 2008).

Fröhlich formuliert eine Reihe von zentralen Zielen (Fröhlich 2006, zit. n. Buchholz, Schürenberg 2009 S. 19), die als Grundlage für ein Pflegemodell verwendet werden können (Buchholz, Schürenberg 2009). Diese werden auch in weiteren Quellen der Literatur zur Basalen Stimulation aufgelistet (z. B. Bienstein, Fröhlich 2007, Buchholz, Schürenberg 2009) und folgendermaßen formuliert: „Leben erhalten und Entwicklung erfahren; das eigene Leben spüren; Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen; den eigenen Rhythmus entwickeln; das Leben selbst gestalten; die Außenwelt erfahren; Beziehungen aufnehmen und Begegnungen gestalten; Sinn und Bedeutung geben und erfahren; Autonomie und Verantwortung leben.“ (Bienstein, Fröhlich 2007 S. 80)

Diese zentralen Ziele dienen als Katalog möglicher vordergründiger Ziele der gepflegten Person. Welche Inhalte individuell im Vordergrund stehen, wird bei der Basal stimulierenden Pflege immer wieder aufs Neue zu ergründen versucht. Die identifizierten Themen geben Hinweise für

die Auswahl der Angebote. Die Formulierung des jeweils aktuellen Ziels wird als bedeutsam beschrieben, um allen Mitgliedern des betreuenden Teams die Möglichkeit zu geben, entsprechende Angebote in ihren Pflege- und Betreuungsalltag zu integrieren (Bienstein, Fröhlich 2007).

Die Umsetzung Basaler Stimulation in der Pflege

Bezüglich der Umsetzung von Basaler Stimulation in der Pflege wird betont, dass die oder der jeweils zu Pflegenden den Maßstab des Handelns bildet. Basal stimulierende Pflege wird demzufolge nicht aufgezwungen, sondern lediglich angeboten (Kostrzewa, Kutzner 2007). Auch ein zu großes Ausmaß an Stimulation wird vermieden (Gsodam, Nydahl 2000).

Bienstein und Fröhlich geben eine Reihe von Faktoren als Grundlage für eine Umsetzung Basaler Stimulation in die Praxis an. Dazu zählen das Erfassen notwendiger Information, das Beobachten, das Einholen biografischer Kenntnisse, das Einschätzen des Pflegebedarfs und der Pflegeunterstützung, die Verwendung von Skalen zur Einschätzung des Bewusstseinsgrades, die Tages- und Lebensgestaltung, die Gestaltung des Umfelds und die Verknüpfung des pflegerischen Handelns mit den zentralen Zielen des jeweiligen Menschen (Bienstein, Fröhlich 2007).

Ausbildung in der Basalen Stimulation in der Pflege

Basale Stimulation ist – in begrenztem Ausmaß – Inhalt des Curriculum der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in Österreich. Eine umfassende Ausbildung zur Umsetzung von Basaler Stimulation ist darin nicht enthalten. Darüber hinaus werden in Österreich zum Thema Basale Stimulation in der Pflege Vorträge gehalten. Diese erlauben erste Einblicke ins Konzept. Ein erster Level in der Anwendung kann durch Fortbildung mittels der Teilnahme an einem *Basisseminar für Basale Stimulation in der Pflege* erreicht werden, die in Österreich seit 1994 angeboten werden. Des Weiteren gibt es Aufbau-seminare, deren Inhalt Erfahrungsberichte und die Vertiefung in bestimmte Themenbereiche bilden (Schnürer-Amstler 2003). Darauf aufbauend kann eine einjährige, berufs begleitende Fortbildung erfolgen (Bienstein, Fröhlich 2007).

Qualifikationen, die zur Abhaltung von Basis- und Aufbau-seminaren befähigen, sind *Kursleiterinnen* bzw. *Kursleiter* oder *Praxisbegleiterinnen* bzw. *Praxisbegleiter*, die auch unterstützend in Einrichtungen arbeiten, wo Basale Stimulation in der Pflege eingeführt oder angewendet wird (Schnürer-Amstler 2003).

Forschung zur Basalen Stimulation in der Pflege

Die Basale Stimulation in der Pflege wird aufgrund der hohen Komplexität und Reichweite des Konzepts als schwer beforschbar abgesehen (Nydahl 2007). Die Forschungen zum Konzept beschränken sich in der Regel auf einzelne Aspekte, wobei bisher vorwiegend die Wirkungsweisen einzelner Techniken der Stimulation untersucht wurden (Schnürer-Amstler 2003). Beispielsweise wird die Atemstimulierende Einreibung (ASE), eine Technik aus der Basalen Stimulation, als die als „am meisten beforschte Intervention in der deutschen Pflegepraxis“ (vgl. Buchholz, Schürenberg 2003, zit. n. Schiff 2006) bezeichnet, dennoch scheint der diesbezügliche Forschungsbedarf „erheblich“ zu sein (Schiff 2006).

In der Literatur werden unterschiedlichste Auswirkungen Basaler Stimulation in der Pflege angeführt und diskutiert. So wird über schnelle Entwicklungsfortschritte berichtet, die zu verbesserter Orientierung, vermehrter Wahrnehmung des Selbst und der eigenen Person und zunehmendem Bestreben nach Interaktion führen. Auch die Zusammenarbeit mit Angehörigen werde durch die Anwendung des Konzepts erleichtert. Darüber hinaus scheint Basale Stimulation

auf körperliche Kennzeichen wie Herz- und Atemfrequenz, Blutdruck, Hauttemperatur, Rhythmus der Atmung und Muskeltonus Einfluss zu nehmen (Werner 2002, Schiff 2006).

Teilweise werden in der Forschungsliteratur auch generalisierte Aussagen zum Gesamtkonzept getroffen. Basale Stimulation als Konzept, an dem sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer ganzen Station oder Einrichtung orientieren, kann nicht nur für die gepflegten Personen, sondern auch für die Pflegenden und Betreuenden und die jeweilige Institution positive Effekte mit sich bringen. In einer wissenschaftlichen Arbeit wird eine Reihe an Vorteilen genannt, die Basale Stimulation in der Pflege für Patientinnen und Patienten, das Personal und die Träger der Institution bringen kann (vgl. Schnürer-Amstler 2003).

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung befragte Pflegenden gaben an, dass durch Basale Stimulation einerseits mehr Entspannung, Orientierung und Kooperation bei der gepflegten Person bewirkt werden könne, andererseits würde auch der Einsatz von Zeit und Medikamenten reduziert und gleichzeitig vermehrt Sinn und Bedeutung von Pflege erfahren (Haut 2005). Zentrales Thema dieser Untersuchung ist das Erleben Basaler Stimulation von Pflegenden auf Intensivstationen. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegenden, die Basale Stimulation umsetzen, verschiedenste Grenzen erfahren, die sowohl die eigene Person, als auch durch die Mitmenschen und strukturelle Rahmenbedingungen bedingt sein können (Haut 2005). Nydahl und Bartoszek (Nydahl, Bartoszek 2003) zählen weitere Forschungsarbeiten zur Basalen Stimulation in der Pflege auf, darunter eine Untersuchung zur Auswirkung unterschiedlicher Ganzkörperwaschungen auf den Kreislauf (Wierse & Becker; Straub, Kels in Bienstein 1998, zit. n. Nydahl, Bartoszek 2003), eine Untersuchung zur Verweildauer von Patienten auf einer Intensivstation (Lauxtermann 2002, zit. n. Nydahl, Bartoszek 2003) und eine Studie, deren Ergebnisse für die positiven Auswirkungen der Initialberührung auf den Prozess des Gesundwerdens sprechen (Bienstein 1998, zit. n. Nydahl, Bartoszek 2003).

5.2 Validation® nach Naomi Feil²

Die von Naomi Feil entwickelte „Validation“ ist eine Methode mit mangelhaft orientierten und desorientierten Hochbetagten -verbal, sowie nonverbal- zu kommunizieren. Die Methode ermöglicht es leichter Kontakt aufzunehmen, Wünsche und Bedürfnisse zu erkennen und zu verstehen. Ebenso wird es durch Validation leichter, Schmerzen zu erkennen (Schmidl 2007, Kojer 2009) und Verhaltensweisen „anders als bisher“ einzuschätzen und zu verstehen. Naomi Feil versteht Demenz nicht nur als Krankheit sondern auch als Chance Ungelöstes, Belastendes auf der Gefühlsebene im „Stadium des Aufarbeitens“ aufzuarbeiten. Die Validation bietet für jede der 4 von Naomi Feil definierten Phasen³ spezifische Techniken an, die das gegenseitige Verständnis und das Zustandekommen der Kommunikation bahnen und erleichtern. Validation gibt es bereits seit zumindest 30 Jahren, die Anfänge ihrer Entwicklung liegen 45 Jahre zurück. Der Kommunikationsansatz fand im Laufe der Jahre, nicht zuletzt durch das Engagement Naomi Feils' selbst, immer größere Verbreitung (Anonym 1997; Meyer, Köpke 2005; Gerster 1996; Bokeloh, Gruß 1996).

Die Geschichte der Validation – Naomi Feil®

Naomi Feil ist die Begründerin der Validation. Sie wurde 1932 in München geboren und emigrierte im Alter von 4 Jahren mit ihrer Familie in die USA, wo sie im Montefiore-Pflegeheim in Cleveland, Ohio lebte. Ihr Vater leitete das Pflegeheim, und beide Elternteile waren auf dem

² unter Mitarbeit von Marina Kojer und Petra Fercher

³ Die Phasen der Validation entsprechen nicht den medizinischen Stadien. Sie orientieren sich ausschließlich am primär kommunikativen Verhalten der Betroffenen, an der Orientierung und nicht an Maßzahlen wie MMSI, definieren z. T. ganz andere Kriterien, erlauben ein „Springen“ von einem Stadium zum anderen im Tagesverlauf. Naomi Feil geht von anderen Voraussetzungen aus).

Gebiet der Rehabilitation tätig. Sie selbst machte auf der Columbia University den Master in Sozialarbeit mit Spezialisierung auf Gruppenarbeit mit Betagten (Feil 2002, S. 133; Feil, Sutton, Johnson 2001, S. 55).

Ab 1963 begann sie mit desorientierten alten Menschen zu arbeiten (Feil 2002; Niebergall, 2002, S. 86), wobei sie immer mehr zu der Auffassung kam, dass die damals gängigen Ansätze zur Kommunikation mit diesen Menschen nicht zielführend waren (Feil, Sutton, Johnson 2001, S. 55; De Klerk-Rubin 2006, S.11). Sie suchte nach einem Weg, mit den sehr alten, desorientierten Menschen zu kommunizieren, und wollte so den Verlust der Würde und den Rückzug in ein Stadium des Vegetierens verhindern. Hierfür entwickelte sie im Laufe der Zeit das Konzept der Validation, das sich zu einem großen Teil auf ihre zahlreichen Erfahrungen in der Arbeit mit desorientierten, sehr alten Personen stützt (Feil 2002; De Klerk-Rubin 1997). Ihre schauspielerischen Fähigkeiten, die sie in früheren Tagen am Off-Broadway eingesetzt hatte, konnte sie später durch beeindruckendes Darstellen der Verhaltensweisen mangelhaft orientierter und desorientierter alter Menschen, vor allem für das Unterrichten Ihrer Methode fruchtbringend einsetzen. (Feil 2002, S.133).

Sie arbeitet seit vielen Jahren in der Beratung von Heimen, alten Menschen und deren Familien, sowie im direkten Kontakt mit Betroffenen in verschiedenen Einrichtungen, und gibt ihr Wissen auch heute noch immer wieder in Workshops und Trainingsprogrammen auf der ganzen Welt weiter (Feil 2002; Brechbühler 1994). Auffallend ist, dass immer wieder betont wird, wie praxisnah sie dem Publikum ihre Kommunikationsmethode auf ihren in der Regel gut besuchten Veranstaltungen mithilfe ihres schauspielerischen Talents vermittelt (Von Samson, Bokeloh 1995; Bokeloh, Gruß 1996).

Naomi Feils' Tochter, Vicki de Klerk-Rubin, engagiert sich ebenfalls für Validation und ist neben Feil selbst eine der wichtigsten Expertinnen für das Konzept. Sie ist europäische Managerin des "Validation Training Institute" und hat bereits mehrere Publikationen zum Thema verfasst, teilweise mit ihrer Mutter gemeinsam, teilweise alleine oder in Zusammenarbeit mit anderen Expertinnen (siehe unter anderem: De Klerk-Rubin 1997; De Klerk-Rubin 2002a; De Klerk-Rubin 2002b; De Klerk-Rubin 2002c; De Klerk-Rubin, Sramek 2002; Feil, De Klerk-Rubin 2006).

Was ist Validation?

„Validation ist eine Methode, um mit Menschen zu kommunizieren, deren verbale Fähigkeiten, deren logisches Denken durch die Alzheimer-Erkrankung oder eine andere Demenzform stark eingeschränkt ist“ (Naomi Feil in: Fisch 2008). Das Hauptaugenmerk von Validation liegt also auf dem Ermöglichen von Kommunikation.

Ursprünglich bezeichnete Naomi Feil ihr Konzept mit dem Namen "Fantasy-Therapie", der aber später in „Validation“ geändert wurde, abgeleitet vom englischen Ausdruck „validating“ (zu deutsch „etwas anerkennen, bestätigen, für gültig erklären“) (Anonym 1997). Validation beruht auf drei Grundbausteinen, diese sind die Grundhaltung, der theoretische Hintergrund, der die Grundlage für die Prinzipien der Validation bildet, und die Techniken. Diese Grundbausteine müssen beherrscht und beachtet werden, um tatsächlich „validieren“ zu können (De Klerk-Rubin Validation 8.Auflage 2005; Anonym 1997).

Eine Validationsanwenderin mit einer der Validation nach Feil entsprechenden Grundhaltung wird ihren Klientinnen und Klienten immer mit emotionaler Wärme, ... respektvoll und wertschätzend gegenüberzutreten. Die Grundhaltung, welche die Validation mit anderen person-zentrierten Ansätzen teilt, sollte geprägt sein von Akzeptanz, Empathie und Kongruenz (Feil, Sutton, Johnson 2001; Kojer, Gutenthaler, Schmidl 2007).

Akzeptanz meint, dass man die Menschen so annimmt, (anerkennt, für gültig erklärt, = „validiert“) wie sie sind, ohne sie verändern zu wollen. Dazu gehört die Überzeugung, dass Jede und Jeder ein Recht darauf hat, so zu sein wie ihn das Leben geformt hat (Kojer, Gutenthaler, Schmidl 2007).

Bedeutsam ist auch die Fähigkeit, in der Arbeit mit desorientierten, alten Menschen die eigenen Probleme, Sorgen und Gefühle „auszublenden“ („sich zu zentrieren“), um sich ganz auf die Gefühle der anderen konzentrieren zu können. Nur so kann man sich ganz auf die Person, die man validieren möchte einstellen und ihr empathisch begegnen. Die Validationsanwenderinnen sollen keineswegs sich selbst und negative Gefühle die die Betreuten u. U. in ihnen auslösen verleugnen und verdrängen. Zu diesem Zweck wird aber eine Gruppe für Supervision empfohlen, wo mit Kolleginnen und Kollegen über diese Gefühle gesprochen werden kann (Brechtbühler 1994; Anonym 1997). In der Interaktion mit dem desorientierten Hochbetagten sollten Validationsanwender fähig sein, sich emotional in die Situation des jeweiligen Menschen zu versetzen (Feil 2006; De Klerk-Rubin 2002c). Dieses Verhalten signalisiert dem anderen „ich verstehe Dich und fühle mit Dir“, und schafft so die Voraussetzung für eine gelingende Kommunikation. Dies gelingt auch dann, wenn der Betroffene sich nicht mehr logisch und allgemein verständlich ausdrücken kann. Sachliche Inhalte sind für Validationsanwender sekundär, wichtig ist es auf die Gefühle einzugehen und die Betroffenen darin zu bestätigen (Feil, Sutton, Johnson 2001; Kojer, Gutenthaler, Schmidl 2007; Gerster 1995).

Kongruenz bedeutet, dass Validationsanwenderinnen dem Demenzkranken nichts vorspielen sondern emotional hinter ihren Aussagen und hinter ihrem Verhalten stehen. Der Zweck ihres Bemühens sollte immer das Wohlergehen der betreuten Person selbst sein, insbesondere die Verbesserung ihrer emotionalen Befindlichkeit und der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, um ihr in dieser schwierigen Phase ihres Lebens beistehen zu können (Kojer, Gutenthaler, Schmidl 2007).

Die Grundhaltung für Validation nach Naomi Feil beinhaltet mehrere Prinzipien, die ihren Ursprung bei verschiedenen Theoretikern der analytischen und humanistischen Psychologie und Psychotherapie haben (Erikson, Freud, Jung, Maslow oder Rogers; Feil 2002; De Klerk-Rubin 1997). Hält man sich an die Grundhaltung, so soll das Gegenüber akzeptiert werden, ohne dabei zu urteilen oder zu bewerten, während man gleichzeitig davon ausgeht, dass sich eine Verbesserung der Befindlichkeit einer Person ergibt, wenn man ihr die Gelegenheit verschafft ihre Gefühle auszudrücken. Dabei ist sich die Validationsanwenderin nach Feil immer bewusst, dass sie keine Veränderung erreichen kann, wenn der Patient nicht dazu bereit ist, oder seine kognitiven Fähigkeiten eine derartige Veränderung verhindern, ein theoretischer Ansatz, der von Sigmund Freud stammt (Feil 2002, S. 12).

Eine wichtige Theorie, auf die sich Naomi Feils‘ Ansatz stützt, ist die der Lebensstadien und Aufgaben nach Erik Erikson (Feil 2002). Er unterteilt das Leben in verschiedene Abschnitte, wobei er davon ausgeht, dass in jedem Abschnitt bestimmte „Lebensaufgaben“ gelöst werden müssen. Wenn die jeweilige Aufgabe misslingt, hat dies negative Folgen für die Persönlichkeit und die Lebensaufgabe kommt später wieder als ungelöster Konflikt zum Vorschein. Gelingen die jeweiligen Aufgaben, so erleichtert das die Bewältigung der später folgenden. Erikson bezeichnet den letzten Abschnitt als „Alter“ und ordnet ihm die Lebensaufgabe „Integrität oder Verzweiflung.....“ zu, deren Bearbeitung zu gewisser Weisheit führen soll. Glückt die Bearbeitung der Aufgabe nicht, so reagiert der Mensch mit Niedergeschlagenheit, Abscheu vor der Welt und Selbstbeschuldigungen („Ich taue zu nichts“) (Feil 2002; Mobley, Johnson-Russell 1997).

Feil führt im Anschluss an diesen Abschnitt das letzte Lebensstadium „sehr hohes Alter“ ein, dem sie die Lebensaufgabe „Aufarbeiten oder Vegetieren“ zuordnet. Sehr alte Menschen, die mit ihren tiefen, ungelösten Gefühlsbelastungen aus früheren Stadien festsitzen, kehren oft in die Vergangenheit zurück, um diese Belastungen aufzuarbeiten und zu lösen. Das ist kein bewusster

Rückzug in die Vergangenheit, wie Eriksons Stadium des Alters (Aufgabe: „Rückschau aufs Leben, Akzeptanz des nicht Gelungenen“) Kann diese Aufgabe des Aufarbeitens nicht gelöst werden, so fällt der Mensch in die Phase des Vegetierens, in dem er nicht mehr (oder scheinbar nicht mehr) mit der Umgebung kommuniziert (Feil 2002). Auch hier kann es unter Zuhilfenahme der Techniken für diese Phase gelingen, den völligen Rückzug der Person ins Vegetieren hintanzuhalten (Feil 2002; Kojer, Gutenthaler, Schmidl 2007; Brechbühler 1994; Meyer, Köpke 2005), ja einer Person sogar in einzelnen Fällen ein Stück weit den Rückweg aus dem Vegetieren zu ermöglichen (Falkner 2009, Gutenthaler 2009).

Ziele der Validation nach Feil sind der Erhalt (bzw. das Wiederherstellen) der Würde, das Wiederherstellen des Selbstwertgefühls, die Reduktion von Stress, die Rechtfertigung des gelebten Lebens, das Lösen von nicht ausgetragenen Konflikten aus der Vergangenheit die Reduktion physischer und chemischer Zwangsmittel, die Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation, des Gehvermögens und des körperlichen Wohlbefindens (Feil 2002, S. 11). Ebenso werden auch der Vertrauensaufbau zum desorientierten sehr alten Menschen, das Ermöglichen vom Ausdruck seiner Gefühle, die Unterstützung bei der Erledigung von Lebensaufgaben und die empathische Kommunikation bis zum Tod des Menschen zu den Zielen der Validation gezählt (Feil, Sutton, Johnson 2001). Nicht zuletzt kann als Langzeitziel von Validation genannt werden, dass ältere Personen möglichst lange in ihren eigenen Wohnungen bleiben können und dass Familien Unterstützung in der Kommunikation mit ihren Angehörigen finden. (Feil/de Klerk 2005)

Für wen ist Validation gedacht?

Validation nach Feil ist für eine ganz bestimmte Gruppe von Menschen vorgesehen. Grundsätzlich ist sie für sehr alte, mangelhaft orientierte und desorientierte Personen gedacht, wobei mit „sehr alt“ Personen im Alter von 80 Jahren und älter gemeint sind (Feil 2002, Gerster 1995). Feil sagt sinngemäß, dass Validation für Menschen mit verschiedenen Arten von Demenz geeignet ist (Fisch 2008), verwendet aber selbst ungern den Ausdruck „dement“. Sie begründet dies damit, dass diese Menschen wohl unglücklich orientiert oder völlig desorientiert seien, aber keineswegs ohne Geist, was die Bezeichnung „dement“ wörtlich übersetzt bedeute (Fläcklin 2002, Gerster 1995).

Die Methode ist eher weniger für Menschen geeignet, deren Verwirrheitszustand ausschließlich auf körperliche Veränderungen zurückzuführen ist. Mancherorts wird vom Einsatz der Methode bei Menschen mit geistigen Behinderungen, psychiatrischen Erkrankungen oder bei Menschen, die ihre Sprachfähigkeit durch einen Schlaganfall verloren haben, abgeraten (Höchst, Micka 2000), Feil formuliert dies in einem ihrer aktuellsten Werke vorsichtiger (Feil 2006). Feil fordert zwar, dass verwirrte Personen niemals leichtfertig nur aufgrund einer medizinischen Diagnose aufgegeben werden (Feil, Sutton, Johnson 2001), schränkt aber die Zielgruppe für Validation ein, indem sie sagt, Validation sei nicht für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, Menschen mit Lernschwächen oder Entwicklungsstörungen oder für alkoholranke Menschen entwickelt worden. Sie schreibt aber in diesem Zusammenhang, dass Validation auch bei diesen Gruppen von manchen Validationsanwenderinnen bereits erfolgreich angewendet wurde (Feil 2006). Erfahrungsgemäß entsteht bei Behindertenbetreuern zunehmend der Wunsch, über die Methode Validation mehr zu erfahren, da die moderne Medizin auch Behinderten, die früher in der Regel jung verstorben sind, ein längeres Leben ermöglicht. Da manche Behinderungen (z. B. das Down Syndrom) mit einem vorzeitigen organischen Alterungsprozess einhergehen, tritt auch die SDAT (senile Demenz vom Alzheimerstyp) bei ihnen bereits im mittleren Lebensalter auf. Darüber hinaus erhebt sich die Frage, ob sich bestimmte Verhaltensweisen, behinderter Menschen, die auch bei Demenzkranken zu beobachten sind, über Elemente aus der Validation positiv beeinflussen ließen. Eine unterstützende Wirkung ist wahrscheinlich, da sowohl die Grundhaltung der Validation als auch ihr personenzentrierter Kommunikationsansatz bei jedem

Menschen in großer innerer Not, mit der er allein nicht zurechtkommt, hilfreich sein kann. Ob, wo und inwieweit die Methode Validation in ihrer Gesamtheit im Behindertenbereich sinnvoll einsetzbar sein könnte, gilt jedoch noch abzuklären. (Huber-Fercher, 2009)

Validationsanwender sehen das Erscheinungsbild der Demenz nicht als rein physisch bedingt, etwa durch Abbauprozesse im Gehirn, sondern auch als Ergebnis all dessen, was der Mensch im Laufe seines langen Leben durchlebt und durchlitten hat (Feil, Sutton, Johnson, S. 37). Der Validation wird auch ein gewisser therapeutischer Effekt zugeschrieben, der beispielsweise in Form einer Zunahme an Kommunikationsfreudigkeit oder der Vergrößerung eines zuvor schon reduzierten Wortschatzes auftreten kann (Feil 2002). Demenz wird somit nicht als Erkrankung gesehen, bei der das Verhalten der Betroffenen sich ausschließlich aus ihrer Krankheit ergibt und daher ohne den Einsatz von Medikamenten nicht weiter beeinflussbar ist. Naomi Feil teilt den Verlauf der Desorientierung bei sehr alten Menschen in 4 Phasen ein, die unten näher erläutert werden. Wie lange die einzelnen Phasen dauern ist individuell sehr unterschiedlich. Häufig wechselt ein Demenzkranker auch im Laufe eines Tags von einer Phase zur anderen, er ist z. B. am Morgen voll orientiert, wechselt gegen Mittag in die Phase 1 und will am Nachmittag zur Mutter nach Hause gehen (Phase 2). Der kontinuierliche Verlust an zerebraler Leistungsfähigkeit und Kommunikationsfähigkeit über die vier Phasen hinweg läuft dabei aber grundsätzlich parallel mit einer zunehmenden Gebrechlichkeit und den sozialen Verlusten (z. B. Mangel an Verständnis, misslingende Kommunikation, Missachtung von Bedürfnissen, Verlust des sozialen Status, Verlust wichtiger Rollen z.B. Mutter, Lehrer...), die ein Mensch erlebt (Feil, Sutton, Johnson 2001).

Validation kann überall eingesetzt werden, wo alte Menschen betreut werden, in der Familie, in ambulanten Pflege- und Betreuungssituationen, in Pflegeheimen, im Krankenhaus. In Anbetracht der demographischen Entwicklung in der westlichen Welt, die zu einem Wachstum des Anteils an Hochbetagten in der Gesamtbevölkerung führt, gewinnt die Methode zunehmend an Bedeutung. Auch im Akutkrankenhaus werden bereits heute sehr viele alte, desorientierte Patienten und Patientinnen behandelt und ihre Zahl wird mittel- und langfristig gesehen noch weiter ansteigen. Validation kann in diesem Setting eine gezieltere medizinische und pflegerische Betreuung ermöglichen, helfen belastende Situationen für die alten Menschen und für ihre Betreuer zu vermeiden, bzw. wesentlich zum Entschärfen kritischer Situationen und zum Wohlbefinden aller beteiligten Personen beitragen (vgl. Höchst, Micka 2000).

Die 4 Phasen im Stadium der Aufarbeitung nach Feil

Die Informationen zu diesem Abschnitt wurden nachstehenden Quellen entnommen, wenn nichts gesondert angegeben ist. Aufgrund der Standards von Naomi Feil überschneiden sich viele Inhalte, daher werden die unterschiedlichen Aspekte an dieser Stelle nicht einzelnen Quellen zugeordnet (Feil 2006; Feil 2002; Feil, Sutton, Johnson 2001; Kojer, Gutenthaler, Schmidl 2007).

Das richtige Einschätzen der Phase, in der sich ein Mensch gerade befindet, ist von essentieller Bedeutung für den richtigen Einsatz der Techniken der Validation. Zu erlernen, wie man diese Phasen in der Praxis unterscheiden kann, ist daher auch ein wichtiger Bestandteil der Trainingsprogramme. Die Kennzeichen der einzelnen Phasen werden unten näher erläutert.

Phase I: Mangelhafte/unglückliche Orientierung

Personen in dieser Phase sind zwar noch weitgehend aber doch bereits mangelhaft orientiert und haben noch den Bezug zur Realität. Sie spüren, dass sie ihr Leben nicht mehr ganz unter Kontrolle haben, dass ihnen manches zu entgleiten droht, wollen dies aber nicht wahrhaben und vor allem verhindern, dass andere etwas davon bemerken. Ihre große Unsicherheit verstecken sie so lange es geht hinter einer intakten „Fassade“. Dahinter verbirgt sich vor allem die große Angst davor die Kontrolle zu verlieren. In der Regel sind sie sehr genau und ordentlich. Häufig beschuldigen sie andere um unterdrückte Emotionen aus der Vergangenheit endlich herauslassen

zu können, aber auch um das Nachlassen der Kontrolle vor sich selbst und anderen zu verbergen.

Körperlich entspricht ihr Zustand ihrem hohen Alter. Sie sind häufig noch mobil, u. Umständen beginnend inkontinent und im Großen und Ganzen ziemlich selbstständig. Die Diagnose Demenz wurde sehr oft noch nicht gestellt. Sie wirken sehr angespannt, haben einen klaren und zielgerichteten Blick, lassen nicht zu, dass andere ihnen zu nahe kommen und reagieren empört auf ungebetenen Körperkontakt. Sie bewegen sich zielgerichtet, können sich sprachlich klar ausdrücken und tun dies häufig in einer schrillen oder strengen Tonlage.

In Phase I ist es besonders wichtig, respektvollen Abstand zu den Betroffenen zu halten. Diese Menschen wollen sich ganz deutlich von der Außenwelt abgrenzen und ihre Gefühle verbergen. Daher wäre es ganz verfehlt, sie auf ihre Gefühle hin anzusprechen (z. B. „haben Sie Angst?“), dagegen müssen sich die Betroffenen energisch ...wehren! Gefühle dürfen ausschließlich dann angesprochen werden, wenn die Person von sich aus beginnt, sie zu äußern, dies ist dann meist ein Zeichen dafür, dass bereits Vertrauen wachsen konnte.

Von den Betreuenden werden Personen in Phase I wegen ihrer oft heftigen Beschuldigungen und ihrem lauten Jammern meist als sehr „lästig“ empfunden. Mithilfe des Einsatzes der richtigen Techniken der Validation können solche Verhaltensweisen reduziert werden und manchmal sogar ganz aufhören.

Phase II: Zeitverwirrtheit (völlige Desorientiertheit, weit fortgeschrittene kognitive Verluste)

In dieser Phase angelangte Menschen beginnen langsam, sich aus der Realität zurückzuziehen. Mit der Zeit geht der Bezug zur Gegenwart immer stärker verloren, sie sind „zeitverwirrt“, gehen oft weit in ihre Vergangenheit zurück, Geschehnisse aus der Vergangenheit können sich mit aktuellen Ereignissen „vermischen“. Da Gedächtnis, Denken und Logik immer stärker verloren gehen, irritiert das Fehlen einer logischen Abfolge die Betroffenen nicht. Das Vermögen Personen zu erkennen wird immer unschärfer. Eigene Angehörige werden oft nicht mehr erkannt oder verkannt; Pflegepersonen oder andere Menschen aus der Gegenwart werden zu Bekannten und Verwandten aus ihrer Vergangenheit. Sie gehen in die Kindheit zurück, in eine Zeit also in der sie sich sicher und geborgen gefühlt haben, oft auch in eine Zeit in der sie noch tüchtig und leistungsfähig waren. Was in ihren Herzen lebt und wonach sie sich sehnen wird für sie zur Wirklichkeit.

Nach außen hin erkennt man diese Phase an einer zunehmenden Entspannung des Körpers. Der Blick ist nicht mehr zielgerichtet, sie wirken verträumt, bewegen sich ziellos, oft langsam, fast tänzerisch graziös. In der Regel sind Personen in Phase II inkontinent. Sie zeigen offen ihre Gefühle, ziehen sich aber gleich zurück, wenn ihr Gegenüber versucht sie zu täuschen und nicht dazu fähig ist sie auf der Gefühlsebene abzuholen, oder versucht sie sachlich zu informieren und an der Realität zu orientieren. Oft können sie zwar nicht mehr schreiben aber noch lesen. Im Laufe der Zeit nimmt die Fähigkeit zur verbalen Kommunikation immer stärker ab. Auf Blickkontakt, einfühlsame Kommunikation, auf Wärme, Nähe und Berührung reagieren Menschen in dieser Phase positiv. Nicht selten wollen sie ganz dringend „nach Hause“ oder an einen anderen vertrauten Ort gehen. Dies führt oft zu schweren, anhaltenden Belastungen für Betreuungspersonen ohne Ausbildung in Validation. Die meiste Zeit über sind Menschen in dieser Phase aber um vieles leichter zu betreuen als Personen in Phase I.

Menschen in Phase II können sehr gut erfüllen, ob man ihnen ehrlich gegenübersteht oder ob man ihnen etwas vorspielen möchte. Daher sollte die Validationsanwenderin emotional hinter ihren Aussagen und Argumenten stehen und mit echter Herzenswärme auf die betroffenen Personen zugehen, um ihr Vertrauen gewinnen zu können.

Phase III: Sich wiederholende Bewegungen (ersetzen die Sprache)

In dieser Phase ziehen sich die Menschen immer weiter zurück und hören mit der Zeit ganz auf zu sprechen. Gefühle und Bedürfnisse drücken sie immer öfter durch sich wiederholende Bewegungen aus (z. B. klopfen, wischen, hin und her wiegen, aber auch sich wiederholende Lautäußerungen). Die Kommunikation findet fast nur mehr auf der nonverbalen Ebene statt.

Die sich wiederholenden Bewegungen (sie ersetzen die Sprache), sind meist Symbole für Gefühle, Werte, Konzepte, Aufgaben, die im Leben der Betroffenen von großer Bedeutung waren. Zu der Bedeutung von Symbolen für Personen mit Demenz folgt weiter unten eine nähere Erläuterung. Die Kontrolle über die eigenen Gefühle ist vollständig verloren gegangen. Menschen in Phase III verfügen weiterhin über ein gutes Gespür für Emotionen, die ihnen entgegengebracht werden und reagieren mit Rückzug, wenn man nur vorgibt, sich ihnen zuzuwenden. Menschen in dieser Phase sind eher schwierig zu betreuen, weil sie sich oft gegen Pflegehandlungen wehren oder (scheinbar) ohne für uns ersichtlichen Grund aggressiv werden.

Phase IV: Vegetieren

Wenn sich die desorientierten Personen nicht verstanden fühlen und ständig weiter missachtet, ignoriert und verletzt werden, ziehen sie sich vollständig in ihr Inneres zurück und dämmern nur noch vor sich hin. Die alten Menschen haben in dieser Phase ihr Streben, ihr Leben zu verarbeiten aufgegeben. Sie sind bettlägerig, liegen häufig in Embryonalhaltung und mit geschlossenen Augen. Die Grundpflege lassen sie zu, manchmal ist es auch möglich, ihnen Nahrung zu geben, oft werden sie künstlich ernährt. Dieser Zustand gilt in der Fachwelt als irreversibles Endstadium der Demenz, das bis zum Tod anhält. Trotzdem ist es (im Sinne der Validation) wichtig, sich auch und gerade diesen Menschen zuzuwenden und ihnen emotionale Wärme zu geben. Menschen in der Phase des Vegetierens brauchen Berührung, Anerkennung und Fürsorge. Es wird berichtet, dass es bei manchen Personen mithilfe von Validation gelingt, sie wieder ein Stück weit in unsere Welt zurückzuholen, zur Kommunikation anzuregen und ihre Aktivität zu fördern (Kojer, Gutenthaler, Schmidl, 2007, Falkner 2009, Gutenthaler 2009). Das passiert zwar selten, aber doch immer wieder einmal, und ist umso wahrscheinlicher, je häufiger und regelmäßiger diese Person validiert wird. Auch kleinste Reaktionen (wie z.B.: kurzes Öffnen der Augen) gelten in diesem Stadium als deutliche Verbesserung.

Die Techniken der Validation

Je nach Phase, die einer Person zugeordnet wird, setzt eine Validationsanwenderin entsprechende Techniken ein. Auch sie wurden von Naomi Feil entwickelt bzw. in Anlehnung an andere Theoretikerinnen formuliert, Feil beschreibt insgesamt 14 Techniken (Feil 2006). In der Literatur wird wiederholt erwähnt, wie wichtig es ist, die passenden Techniken für die jeweilige Aufarbeitungsphase anzuwenden. Eine nicht zur aktuellen Phase passende Technik könne (vor allem in Phase I) beispielsweise sogar zu einer Zunahme der Aggressivität führen (De Klerk-Rubin 1997; Fläcklin 2002; Feil 2006). Eine gute Kenntnis der Techniken alleine ist indes zu wenig; unverzichtbare Voraussetzung für eine gelingende Kommunikation ist stets die von Akzeptanz, Empathie und Kongruenz getragene Grundhaltung. (De Klerk-Rubin 2003c).

Auch die nun folgenden Angaben zu den Techniken der Validation sind von Feil standardisiert und daher in mehreren Quellen ähnlich beschrieben. Die folgenden Ausführungen stützen sich auf Angaben aus folgender Literatur: Feil 2006; Kojer, Gutenthaler, Schmidl 2007; De Klerk-Rubin 2006; Meyer, Köpke 2005.

Grundsätzlich unterscheidet man zwischen verbalen und nonverbalen Techniken. Zu den verbalen Techniken gehören gewisse Fragetechniken (W-Fragen z.B. wer, wie, was, wie ...-niemals warum, die alten Leute wollen nicht wissen, warum sie sich so verhalten, oder es fehlen bereits die kognitiven Fähigkeiten dazu, diese Frage zu beantworten.), mit denen man versucht, zum Erzählen anzuregen und Gespräche aufrecht zu erhalten. Auch das Wiederholen des Gesagten in eigenen Worten (Reformulieren), sowie –ab Phase II- das wörtliche Wiederholen,

wobei Stimme und Körperhaltung die Emotion der Person, die validiert wird, in abgeschwächter Form spiegeln sollte. Auch das Singen von zur augenblicklichen Stimmung passenden altbekannten Liedern ist eine vielfach bewährte Technik.

Nonverbale Techniken bestehen hauptsächlich aus Berührungen und Kommunikation mithilfe von Mimik und Körpersprache. Außer in Phase I, in der die Betroffenen ihre Distanz wahren wollen, versucht man beispielsweise Blickkontakt aufzunehmen, spiegelt die Körpersprache um dem Betroffenen zu zeigen, dass man mit ihm fühlt, ganz bei ihm ist. Körperkontakt wird nie aufgedrängt aber umso großzügiger angeboten, je mehr das gesprochene Wort in der fortschreitenden Demenz an Bedeutung verliert.

In Phase I kommen fast nur verbale Kommunikationstechniken zum Einsatz. W-Fragen wie „wer“, „wann“, „wo“, „wie“ geben den Betroffenen die Möglichkeit Dampf abzulassen und ihren Schmerz herauszulassen – in welcher Form auch immer – Schreien, Jammern... „Warum“. Ist keine geeignete Frage, sie berührt den wunden Punkt, die Angst vor dem Verlust der Kontrolle. Auch Fragen nach dem Extremen (wann ist etwas am Schlimmsten, am Größten, am Angenehmsten usw.) oder nach dem Gegenteil (Was ist, wenn das nicht so ist? Wann ist etwas genau andersherum? usw.) können hilfreich sein. Die nonverbale Technik des Spiegeln der Körpersprache, kann auch in dieser Phase hilfreich sein kann, sollte aber, eher sparsam, nur andeutungsweise eingesetzt werden um dem Menschen das Gefühl zu geben ernst genommen und verstanden zu werden. Berührungen sind in dieser Phase in der Regel unerwünscht, daher unangebracht und führen zu Abwehr und oft sogar zur Eskalation.

Für die Phase II eignen sich sowohl verbale als auch nonverbale Techniken. Immer noch können „W-Fragen“ zum Einsatz kommen, das wörtliche Wiederholen der zentralen Aussagen der Person und ein „sich leiten lassen“, etwa das Reagieren auf Stimmung, Gefühlslage, Nähe und Distanz die die Person vorgibt. Menschen in dieser Phase „springen“ häufig in der Sekunden von einer Begebenheit, einer bestimmten Lebenszeit, oder einer Emotion zur anderen. Validierende Begleiter beurteilen und bewerten dies nicht. Sie versuchen dorthin mitzugehen, wo der desorientierte Mensch sich gerade befindet. Spricht der desorientierte Mensch mit seinem in Validation geübten Betreuer so, als wäre dieser ein naher Verwandter, so signalisiert der Betreuer durch Blickkontakt, in seiner Art zu sprechen Wärme, Nähe und Vertrautheit ohne dabei vorzugeben, dieser Verwandte zu sein!. Berührung und Nähe gewinnen an Bedeutung, werden aber vorsichtig angeboten und immer nur bis auf das Maß gesteigert, das die Person wünscht und gerne zulässt.

Auch in Phase III spielt verbale Kommunikation noch eine, wenn auch viel geringere Rolle. Das Singen von aus Kindheit und Jugend bekannten Liedern gibt Menschen in dieser Phase das Gefühl der Vertrautheit und verschafft ihnen die Gelegenheit im Mitsingen und/oder Mitbewegen des Körpers Emotionen auszuleben. Das Wiederholen der von der validierten Person verwendeten Worten und Silbenfolgen vermittelt das Gefühl „ich verstehe dich und bin ganz bei dir“. Auch Körperhaltung, Mimik und die Bewegungsmuster von sich wiederholenden Bewegungen sollen einfühlsam gespiegelt werden. Menschen in dieser Phase haben in der Regel große Sehnsucht nach Nähe und Berührung daher stehen nonverbale Techniken, vor allem Berührungen, hier im Vordergrund. Die Berührungen werden stets von kurzen, einfachen Sätzen begleitet.

Auch in Phase IV wird sehr viel nonverbale Kommunikation, hauptsächlich in Form von ruhigen, einfühlsamen Berührungen eingesetzt. Da in der fortgeschrittenen Demenz das Körperbewusstsein z. T. verloren geht, gehen Vertreterinnen der Validation davon aus, dass Berührungen in diesem Stadium nur dann wahrgenommen werden, wenn sie in kopfnahen Bereichen erfolgen, vor allem im Bereich von Schultern, Nacken, über dem Brustbein, am Hals und am Kopf. Auch in diesem Stadium ist es sinnvoll den Betroffenen Lieder aus der frühen Kindheit vorzusingen.

Das „bevorzugte Sinnesorgan“

Eine wichtige Stellung bei der Anwendung der Techniken der Validation nimmt die Kenntnis des „bevorzugten Sinnesorgans“ der jeweiligen Person ein. Wenn man es kennt, kann man die Techniken der Validation gezielter einsetzen und noch besser auf die Einzelperson abstimmen. Die Annahme ist, dass jeder Mensch ein bevorzugtes Sinnesorgan hat, an dem sich unter anderem auch Präferenzen in der Wortwahl orientieren. Man erkennt das bevorzugte Sinnesorgan sowohl an den Formulierungen als auch an der Körpersprache der Betroffenen, also in jedem Bereich von Kommunikation (Feil 2006; Brechbühler 1994). Feil orientiert sich dabei an Erkenntnissen, die auch beim neurolinguistischen Programmieren gelten (Brechbühler 1994).

Es können der Gesichtssinn, der Gehörsinn, die kinästhetische Wahrnehmung oder der Geruchs- und der Geschmackssinn präferiert werden. Je nach dem wird man, zu der jeweiligen Phase passend, die verschiedenen Techniken einsetzen und in der Wortwahl besonders nach passenden Ausdrücken streben. Beispielsweise wird man beim kinästhetischen Typ eher fragen „Wie fühlen sie sich heute?“ und beim visuellen Typ eher die Formulierung „Wie sehen sie den heutigen Tag?“ wählen (Feil 2006).

Symbole

Expertinnen der Validation nach Feil (Sramek, De Klerk-Rubin 2002) gehen davon aus, dass desorientierte alte Menschen sich oft verschlüsselt ausdrücken. Symbole aus der Gegenwart fungieren als Platzhalter für gefühlsmäßig Wichtiges aus der Vergangenheit wie Personen, Gegenstände, Gefühle Bedürfnisse und Werte. Mit der Zeit wird das Symbol für die Betroffenen zu dem, wofür es steht. Es gibt häufig verwendete Symbole, die von verschiedenen, voneinander unabhängigen Personen gebraucht werden, und individuelle, die nur für den Einzelnen gelten.

Das Identifizieren und die richtige Interpretation der Symbole sind für Validationsanwender sehr hilfreich, da sie so die Betroffenen besser kennen und verstehen lernen und sich dadurch noch mehr in sie hinein fühlen können (Sramek, De Klerk-Rubin 2002; Feil 1982, S. 40ff). Z.B.: die Handtasche symbolisiert die weibliche Identität, der Schlüssel steht für „zu Hause, („man hat mir meinen Schlüssel gestohlen“ bedeutet oft, mein zu Hause ist verloren, oder ich vermisse mein zu Hause!“)...

Ausbildungen von Validation in Österreich

Wo nichts anderes angegeben ist, wurden die Informationen zu diesem Kapitel sinngemäß einem Trainingsprogramm für Validation entnommen (Feil, Sutton, Johnson 2001).

Validation nach Naomi Feil stammt ursprünglich aus den USA und wurde 1989 ins deutschsprachige Europa gebracht. Die Methode wird an vielen Orten Europas weitergegeben. Ein offizielles Zertifikat für die Ausbildung erhält man dabei nur in Validationszentren, die vom Validation Training Institute (VTI) in Cleveland, wo Naomi Feil Direktorin ist, autorisiert wurden. Nur sie dürfen die Bezeichnung AVO (Authorized Validation Organization) tragen.

Das Konzept wird in Trainings vermittelt, wobei sich der Ausbildungsgang in vier aufeinander aufbauende Stufen gliedert. Jede Stufe entspricht einem klar formulierten Qualifikationsprofil, die Teilnehmerinnen haben bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen und Prüfungen zu bestehen, um ein Zertifikat zu bekommen:

Stufe 1 - Validations-Anwender/in: Dieses Zertifikat bezeugt die Fähigkeit zu individueller Validation, zur Präsentation von Validation vor kleinen Gruppen und zum Informieren von Personen, die sich für Validation interessieren.

Stufe 2 - Validations-Gruppenleiter/in: Mit diesem Zertifikat wird bestätigt, dass man Validationsgruppen leiten und Kolleginnen der Stufe 1 in der Praxis unterstützen kann.

Stufe 3 - Validations-Lehrer/in: Hat man das Zertifikat der Stufe 3 erhalten, kann man offiziell in Kooperation mit einer der autorisierten Validationsorganisationen die Methode auf Stufe 1 und 2

unterrichten und sein Wissen ebenso in der Angehörigenarbeit wie in Vorträgen und Seminaren weitergeben. (Feil 2004)

Stufe 4 - Validation Master – Validations-Experte/in: Das Zertifikat auf Stufe 4 entspricht dem höchsten Qualifikationsniveau innerhalb der Validation und berechtigt zur Ausbildung aller drei vorangegangenen Stufen, belegt die Kompetenz zur Supervision und Beratung sowie die Fähigkeit, Validations- Workshops, Seminare und Präsentationen rund um das Thema Validation abhalten zu können.

Im deutschsprachigen Raum gibt es mehrere autorisierte Validationsorganisationen, an denen die verschiedenen Prüfungen abgelegt werden können (Feil 2006; Feil 2002). Eine davon befindet sich in Österreich, das „Validation Training Institute“ in Wien unter der Leitung von Vicki de Klerk-Rubin, außerdem gibt es in Klagenfurt ein Validationszentrum, das „Österreichische Institut für Validation“. Auch in mehreren anderen Ländern Europas gibt es Zentren für Validation, wie beispielsweise in Frankreich, Schweden, Italien, Finnland, Belgien oder den Niederlanden.

Was ist nicht Validation? – „Verwandte“ Ansätze

Ansätze, die sich mit Wahrscheinlichkeit aus der Validation nach Feil entwickelt haben. Ansätze dieser Art sind die „Integrative Validation“, die von der deutschen Nicole Richard eingeführt wurde (Richard 2006; Richard 1995; De Klerk-Rubin 2002c), oder auch die „validierende Pflege“, eine Bezeichnung, welche in Österreich beispielsweise von Brigitte Scharb verwendet wird (Scharb 2006), die zu diesem Thema auch immer wieder in Zeitschriften für Pflegende publiziert. Die Ansätze haben Gemeinsamkeiten mit Validation, es werden aber einige Aspekte ergänzt oder andere weggelassen (De Klerk-Rubin 2002c).

De Klerk-Rubin betont, dass man keines der drei Grundelemente, - Grundhaltung, Theorie und Techniken, weglassen dürfe. „Eines allein, ohne die beiden anderen, ist nicht Validation“ (De Klerk-Rubin 1997). In einem Artikel, in dem sie die Validation nach Feil der Integrativen Validation nach Richard gegenüberstellt, erwähnt sie auch mehrere Punkte, die dieser Methode im Vergleich mit der Validation nach Feil fehlen (De Klerk-Rubin 2002c). Naomi Feil selbst sagt, dass das Weglassen einzelner Aspekte der Validation keine Weiterentwicklung des Ansatzes sei (Anonym 1997). Validation wurde und wird im Laufe der Zeit zwar unter Einbezug neuer Erfahrungen immer wieder erweitert, die Grundhaltung und die Prinzipien aber bleiben dieselben (vgl. De Klerk-Rubin 1997).

Literatur

Anonym (1997): Validation-Ausbildung (nach Feil) nun auch in der Schweiz. Fachinterview mit Naomi Feil / USA über ihre Methode zur einführenden Kommunikation mit sehr alten verwirrten Menschen. In: PflegePädagogik, Heft 2, S. 54-57

Biedermann, Markus (2004): Essen als Basale Stimulation. Finger Food, Eat by Walking etc. Vincentz Network, Hannover.

Bienstein Christel; Fröhlich Andreas (2006): Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen. 3. Aufl., Düsseldorf. Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V., und Kallmeyer Verlag

Bienstein, Christel; Fröhlich, Andreas (2007): Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen. 4. Aufl., Kallmeyer, Düsseldorf.

Bienstein, Christel; Fröhlich, Andreas [Hrsg.] (2000): Basale Stimulation in der Pflege. Kallmeyer, Düsseldorf.

Bokeloh, Claudia; Gruß, Viviane (1996): „Holen wir den Mann unterm Bett hervor“. Naomi Feil in Baden-Baden. In: Pflegezeitschrift, 49.Jg., Heft 9, S. 560-563

- Brechbühler, Monika (1994): Validation entreisst Hochbetagte dem blossen Vegetieren. Fachtagung des Schweizerischen Verbandes für Geriatrie-Rehabilitation und Langzeitpflege SBGRL. In: Krankenpflege/Soins infirmiers, Heft 7, S. 25-28
- Buchholz, Thomas; Gebel-Schürenberg, Anke; Nydahl, Peter; Schürenberg, Ansgar (2001): Begegnungen. Basale Stimulation in der Pflege – Ausgesuchte Fallbeispiele. Hans Huber, Bern.
- Buchholz, Thomas; Schürenberg, Ansgar (2009): Basale Stimulation® in der Pflege alter Menschen. Anregungen zur Lebensbegleitung. 3., überarb. u. erw. Aufl., Hans Huber, Bern.
- De Klerk-Rubin, Vicki (1997): Arbeiten mit Herz und Bauch. In: Altenpflege, 22.Jg.,Heft 4, S. 35-37
- De Klerk-Rubin, Vicki (2002a): Maintaining A Desire To Live. In: Niebergall, Carsten [Hrsg.]: Validation im 21. Jahrhundert. Festschrift zum 70. Geburtstag von Naomi Feil. Beiträge zur Validationsmethode. TERTIANUM ZfP, Berlingen, S. 68-74
- De Klerk-Rubin, Vicki (2002b): Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen der Integrativen Validation von N. Richards und der Validationsmethode von N. Feil. In: Niebergall, Carsten [Hrsg.]: Validation im 21. Jahrhundert. Festschrift zum 70. Geburtstag von Naomi Feil. Beiträge zur Validationsmethode. TERTIANUM ZfP, Berlingen, S. 75-79
- De Klerk-Rubin, Vicki (2002c): Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen der Integrativen Validation von N. Richards und der Validations-Methode von N. Feil. In: Niebergall, Carsten [Hrsg.]: Validation im 21. Jahrhundert. Festschrift zum 70. Geburtstag von Naomi Feil. Beiträge zur Validationsmethode. TERTIANUM ZfP, Berlingen, S. 75-79
- De Klerk-Rubin, Vicki (2006): Mit dementen Menschen richtig umgehen. Validation für Angehörige. Ernst Reinhardt Verlag, München.
- De Klerk-Rubin, Vicki; Sramek, Gunvor (2002): Symbole: Der Schlüssel zur inneren Welt alter Menschen. In: Niebergall, Carsten [Hrsg.]: Validation im 21. Jahrhundert. Festschrift zum 70. Geburtstag von Naomi Feil. Beiträge zur Validationsmethode. TERTIANUM ZfP, Berlingen, S. 52-67
- Falkner, Eduard (2009): Poldi S kehrt in Leben zurück. In: Kojer, Marina: Alt krank und verwirrt. Lambertus-Verlag, 3. Auflage
- Feil, Naomi (1982): The Feil Method. How to help disorientated old-old. Edward Feil Productions, Cleveland.
- Feil, Naomi (2002): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 7. Aufl., Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Feil, Naomi (2006): The Validation Breakthrough. Simple Techniques for Communicating with People with “Alzheimer’s-Type Dementia”. Second Edition. 4th printing, Health Professions Press, Baltimore.
- Feil, Naomi; De Klerk-Rubin, Vicki (2006): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 8. Aufl., Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Feil, Naomi; Sutton, Evelyn; Johnson, Frances (2001): Trainingsprogramm Validation Baustein 1. Einführung in die Validation. Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Fisch, Sabine (2008): Demente sind keine „lebenden Toten“. Interview mit Naomi Feil. In: Österreichische Ärztezeitung, Heft 19
- Fläcklin, Annemarie (2002): Interview Annemarie Fläcklin mit Naomi Feil. In: Niebergall, Carsten [Hrsg.]: Validation im 21. Jahrhundert. Festschrift zum 70. Geburtstag von Naomi Feil. Beiträge zur Validationsmethode. TERTIANUM ZfP, Berlingen, S. 22-27

- Gerster, Eyke (1995): Naomi Feil: Die Flucht vor der Wirklichkeit. Das Interview. In: *Pflegezeitschrift*, 48.Jg., Heft 3, S. 143-146
- Gerster, Eyke (1996): Naomi Feils Weg zum Verständnis alter Menschen überzeugt erneut. Ovationen für Validation. In: *Pflegezeitschrift*, 49.Jg., Heft 3, S. 170-172
- Großschädl, Franziska; Lohrmann, Christa (2008): Basale Stimulation in der Pflege. Erkenntnisse und Erfahrungen aus Theorie und Praxis. In: *Pro Care; Heft 5, S. 30-31*
- Gsodam, Renate; Nydahl, Peter (2000a): Fortschritte bei der Rehabilitation durch basale Stimulation. In: *Pflegezeitschrift; 53.Jg., Heft 4, S. 239-241*
- Gsodam, Renate; Nydahl, Peter (2000b): Nicole – Ein Fallbeispiel für erfolgreiche Basale Stimulation. In: *Pflegezeitschrift; 53.Jg., Heft 3, S. 165-168*
- Gutenthaler, Ursula (2009): Maria M., 85 Jahre...eine lebende Tote. In: Kojer, Marina: *Alt krank und verwirrt*. Lambertus-Verlag, 3. Auflage
- Haut, Antonie (2005): An Grenzen geraten. Basale Stimulation. In: *PflegeIntensiv; Heft 2, S. 20-24*
- Höchst, Helena; Micka, Aloisia (2000): Validation im Akutkrankenhaus. Umgang mit verwirrten alten Menschen im Akutkrankenhaus. In: *Die Schwester / Der Pfleger*, 39.Jg., Heft 10, S. 835-837
- Kojer M (2009): Wie soll ich wissen, was dich quält? Schmezen erkennen bei demenzkranken alten Menschen. In: Likar R, Bernatzky G, Magler-Kogler H, Märkert D, Ilias W: *Schmerztherapie in der Pflege*. Springer-Verlag, in Druck
- Kojer, Marina; Gutenthaler, Ursula; Schmidl, Martina (2007): Validation nach Naomi Feil. In: Gatterer, Gerald [Hrsg.]: *Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch*. 2. Aufl., Springer-Verlag, Wien, S. 427-445
- Kostrzewa, Stephan; Kutzner, Marion (2007): *Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung*. 3.Aufl., Verlag Hans Huber, Bern.
- Meyer, Gabriele; Köpke, Sascha (2005): Mehr als eine Betreuungsphilosophie? Validationstherapie zur Betreuung bei Demenz. In: *Pflegezeitschrift*, 58.Jg., Heft 5, S. 301-303
- Mobley, Caryl Erhardt; Johnson-Russell, Judy (1997): Theorie der psychosozialen Entwicklung von Erikson. In: Ziegler, Shirley Melat [Hrsg.]: *Theoriegeleitete Pflegepraxis*. Mit einem Geleitwort von Hilde Steppe. Ullstein Medical, Wiesbaden, S. 103-126
- Morton Ian (2002); *Die Würde wahren. Personenzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz*. Klett-Cotta Stuttgart
- Niebergall, Carsten [Hrsg.] (2002): *Validation im 21. Jahrhundert. Festschrift zum 70. Geburtstag von Naomi Feil. Beiträge zur Validationsmethode*. TERTIANUM ZfP, Berlingen.
- Nydahl, Peter (2007): Basale Stimulation in der Pflege – was ist gesichert? In: *Die Schwester / Der Pfleger*, 46.Jg., Heft 6, S. 496-500
- Nydahl, Peter; Bartoszek, Gabriele [Hrsg.] (2003): *Basale Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*. 4. Aufl., Urban & Fischer Verlag, München.
- Richard, Nicole (1995): Annehmen und begleiten. „Integratives Validierendes Arbeiten“ zeigt Wege auf, Demente besser zu verstehen. In: *Altenpflege*, 20.Jg., Heft 4, S. 244-248
- Richard, Nicole (2006): Das Puzzle des Lebens. In: *Altenpflege*, 31.Jg, Heft 6, S. 42-43
- Scharb, Brigitte (2006): Kommunikation auf anderer Ebene. Fallbeispiele für gelungene validierende Pflege in unterschiedlichen Stadien der Desorientiertheit. In: *PROCARE*, Heft 6, S. 12-17

- Schiff, Andrea (2006): Rückenmassage und verwandte Techniken zur Förderung des Schlafes bei älteren Menschen: Eine Literaturanalyse. In: *Pflege*; 19.Jg., Heft 3, S. 163-173
- Schmidl M (2007): Schmerzen und Demenz. In: Heller A. Heimerl K, Husebö S (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Lambertus-Verlag 3. Auflage
- Schnürer-Amstler, Christine (2003): Zur Bewertung und Umsetzung der „Basalen Stimulation® in der Pflege“. Eine empirische Studie in der stationären Gesundheits- und Krankenpflege eines Wiener Krankenhauses. *Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades einer Magistra der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, Universität Wien.*
- Von Samson, Elisabeth; Bokeloh, Claudia (1995): Naomi Feil begeistert mit Validation. „Älter werden“ in Stuttgart. In: *Pflegezeitschrift*, 48.Jg., Heft 11, S. 654-656
- Werner, Birgit (2002): Konzeptanalyse – Basale Stimulation. 2. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern.

B. Die Fallstudien

1. Fallstudie: Umsetzung von Basaler Stimulation® auf der Station 2 im Pflegeheim St. Moritz⁴

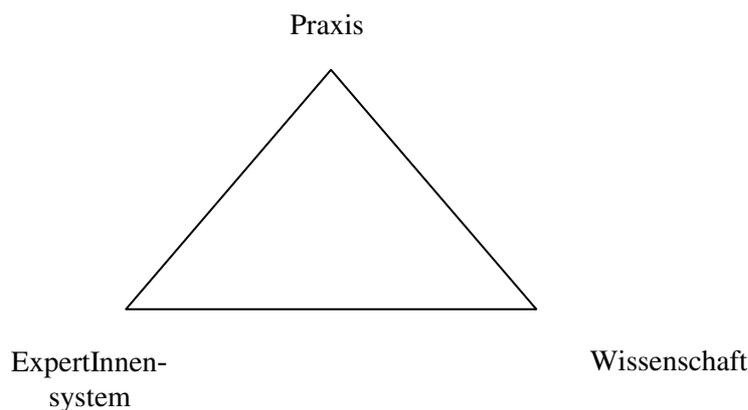
Katharina Heimerl, Gabriele Erlach-Stickler, Elisabeth Wappelshammer

1.1 Einleitung

In der folgenden Fallstudie wurde der Frage nachgegangen: Wie gelingt die Umsetzung des Konzeptes der basalen Stimulation auf der Station 2 des Pflegeheimes St. Moritz? Die „Unit of Analysis“ (Yin 1988) ist hier also die Station als System mit ihren relevanten Umwelten und in ihrem organisationalen Kontext, dem Pflegeheim St. Moritz. Der Fokus wird nicht auf die gesamte Station, auf alle Personen, Kommunikationen und Abläufe gelegt, sondern – gemäß der Forschungsfrage – auf spezielle Aspekte rund um die Umsetzung des Konzeptes der Basalen Stimulation im pflegerischen Alltag.

Um die Forschungsfrage zu beantworten wurden unterschiedliche Perspektiven herangezogen. diese lassen sich drei Systemen zuordnen, wobei die Rollen in den einzelne Systemen nicht eindeutig bestimmten Personen zuzuordnen sind, es gab Überschneidungen:

Im Zentrum des Praxissystems stand die Station 2 des Pflegeheimes St. Moritz repräsentiert durch die MitarbeiterInnen und die Stationsleitung, durch ihre BewohnerInnen und durch den Pflegedienstleiter als eine wesentliche relevante Umwelt der Station. Die Praxis wird im Forschungsprojekt auch durch eine Pflegewissenschaftlerin repräsentiert, die als Praxisbegleiterin in der Basalen Stimulation über langjährige Erfahrung in der Pflege verfügt.



Das Expertensystem wird in der Fallstudie im Kern durch eben jene Forscherin gestützt, die als ausgebildete Praxisbegleiterin über Expertise in der Basalen Stimulation verfügt. In das

⁴ Das hier verwendete Pseudonym wurde von der Einrichtungsleitung gewählt

Expertensystem geht auch das Wissen der MitarbeiterInnen und der Leitung der Station 2 aus ihren Ausbildungen zur Basalen Stimulation und das Literaturwissen der Wissenschaftlerinnen ein.

Die Wissenschaft wird in der Fallstudie vertreten durch zwei interdisziplinäre WissenschaftlerInnen, die jeweils für eine Forschungseinrichtung tätig sind, sowie durch die empirische Tätigkeit der Praxisbegleiterin. Auch die Selbstreflexion, die die Leitung und die MitarbeiterInnen der Station 2 in den Bewohnergeschichten und im Interview zu den Rahmenbedingungen eingebracht haben, ist als Teil des Wissenschaftssystems zu sehen.

Im Einzelnen sind an der Erstellung der Fallstudie folgende Personen beteiligt gewesen:

Mag. Gabriele Erlach-Stickler, Mag. Elisabeth Wappelshammer., Dr. Katharina Heimerl, die Mitarbeiterinnen und Leitungen der Station 2 und der Pflegedienstleiter des Hauses St. Moritz.

In die Fallstudie gingen folgende empirische Erhebungen ein:

- Beobachtungen zu drei Handlungseinheiten auf der Station und Feedbackgespräche zu diesen Beobachtungen
- Gruppendiskussion mit MitarbeiterInnen und Leitung der Station 2 zur Erhebung eines gelungenen und eines weniger gelungenen Betreuungsverlaufes
- Analyse der Pflegedokumentationen von zwei Bewohnerinnen
- Interview mit dem Pflegedienstleiter und zwei Leitungspersonen der Station 2 zu Rahmenbedingungen und Leitungsverständnis

1.2 Die Station und der Aufenthaltsbereich

(Beobachtung vom 15.9.2009 bis 18.9.2009)

Auf dieser Station wohnen 29 Bewohner entweder in Einbett- oder Zweibettzimmern, die sehr individuell ausgestaltet sind. Es ist seitens der Leitung und des Teams sehr erwünscht, dass Bewohner ihre Möbelstücke bzw. Gegenstände mitbringen, insbesondere dann, wenn es zu diesen eine emotionale Beziehung gibt. Das Team geht grundsätzlich davon, dass sich Menschen in einer neuen Umgebung besser eingewöhnen können, wenn persönliche Einrichtungsgegenstände und Utensilien die vertraut sind, mitgenommen werden können. So wurde beispielsweise mit einer Bewohnerin – die sich aufgrund eines dementiellen Prozesses in der neuen Umgebung nur schwer zurecht fand – ein „Differenzialausgang“ an ihren alten Wohnort vorgenommen. Die Betreuungspersonen konnten dabei sehen, welche Einrichtungsgegenstände diese Frau besitzt und wie diese in den Räumen platziert waren. Es wurde dann mit dem Bewohner gemeinsam entschieden, welche biografischen Gegenstände mit ins Heim genommen werden sollen, z.B. die vertraute Schlafstätte, um diese danach im neuen Zimmer ebenso einzurichten. Es konnte festgestellt werden, dass sich dadurch die Bewohnerin besser orientieren konnte und sich auch ihr Vertrautheits- und Sicherheitsgefühl vergrößerte. Durch die weiteren nachgebrachten kleineren Gegenstände und persönlichen Utensilien konnte die Lebensqualität deutlich verbessert werden und ein Daheimgefühl entstehen.

Viele Bewohner befinden sich untertags in einem sehr behaglich eingerichteten und viele Sinne ansprechenden Aufenthaltsbereich. Dieser helle Raum weist auf einer Seite eine große Fensterfront mit Ausgang auf eine große Terrasse auf, die mit Sitzmöbeln und Blumenkisten verziert ist. Von dieser aus kann man in einen kleineren Park mit großen alten Bäumen blicken. Ein auf der Terrasse befindliches Vogelhaus mit Futter lockt insbesondere im Winter immer wieder Vögel an.

Die Fenster sind mit Vorhängen (bunte Seitenteile und weiße Gardinen) sowie mit Jalousien ausgestattet.

Von der Rückseite des Aufenthaltsbereiches geht es links und rechts in einen Gang hinein, von dem aus auch die Zimmer der Bewohner gut erreicht werden können. Auffällig ist, dass es vor den Eingangstüren zu den Bewohnerzimmern kleine mit persönlichen Gegenständen der Bewohner individuell gestaltete Nischen gibt. Ebenso ist der Gangbereich sehr „bewohnerorientiert“ gestaltet.

Nachfolgend wird der Aufenthaltsbereich genauer beschrieben, da einerseits in diesem „Raum“ Beobachtungen stattfinden und andererseits dieser Bereich ein Zentrum für viele Aktivitäten (Sozialverhalten) darstellt.

Tisch- und Sitzmöbel:

Im Aufenthaltsbereich befinden sich im Raum verteilt 8 Tische unterschiedlicher Größen mit 2 – 6 Sitzmöglichkeiten. Die Möbel wurden teilweise von den Bewohnern (von zu Hause) mitgebracht und sind daher in ihrer Ausgestaltung recht unterschiedlich: Sessel mit hohen Rückenlehnen, einfache kleinere Küchensessel sowie Sitzbänke bzw. eine Sitzecke. Zusätzlich gibt es einige bequeme Lehnstühle die in unterschiedliche Sitz- bzw. Liegepositionen gebracht werden können. Auf manchen Sitzmöbeln befinden sich völlig unterschiedliche individuelle Sitzauflagen der Bewohner, ebenso gibt es persönliche Decken und Polster in unterschiedlichen Größen, Farben und Materialien zu sehen. Auf den Sesseln liegen teilweise auch persönliche Kleidungsstücke (Trachtenweste, Pullover, Strickjackerl...) der Bewohner.

Jeder Tisch ist individuell gestaltet: einige Tische sind mit buntem Tischtuch oder Tischsets bedeckt, es gibt aber auch einen alten dunklen Holztisch ohne Bedeckung. Auf manchen Tischen befinden sich Grünpflanzen oder Blumen aber auch persönliche Gegenstände von Bewohnern wie beispielsweise kleine „Nähkistchen“ oder kleine Tischlampen. Ebenso gibt es auf allen Tischen ein Körbchen mit Gebäck (Vollkorngebäck, Brot, Semmeln) zu sehen sowie kleine Schalen mit Obst (Bananen, Äpfeln, Birnen).

Unter den Tischen sind mehrere verschiedenartige und verschieden hohe "Fußkistchen" zu sehen. Bewohner können diese für ein bequemeres Sitzen heranziehen. Die Fußflächen haben somit guten Kontakt zu einer festen Unterlage.

Bettbank – Liegebett:

An der Rückseite des Aufenthaltsbereiches gibt es besondere Ruhe- bzw. Liegemöglichkeiten für Bewohner. Diese Ruhebetten, ausgestattet mit Polster, Decke und Tuchent mit buntem Flanellüberzug, laden zum Schlafen ein. Es konnte gesehen werden, dass Bewohner genau diese Ecke ganz gezielt für einen „Schlaf zwischendurch“ auswählen. So besteht einerseits die Möglichkeit eines Rückzuges (auch einmal unter die behagliche Decke) und andererseits ist auch das Eingebundensein in die Atmosphäre einer Gemeinschaft erlebbar. Es konnte beobachtet werden, dass verschiedene Bewohner – völlig autonom - zu unterschiedlichen Zeitpunkten diese Nische frequentieren um sich niederzulassen.

Fernsehkommode - Fernsehwagen:

Im Aufenthaltsbereich befindet sich eine fahrbare Kommode mit Fernseher, Videogerät, Plattenspieler und Radio. Es gibt unterschiedliche Videos und Musikkassetten aus vergangenen Zeiten die ganz gezielt und punktuell eingesetzt werden. Das Fernsehgerät wird ebenso nur zu bestimmten Zeiten aufgedreht.

Anrichte - Küchenkreuz:

In diesem Möbelstück mit Vitrine befindet sich altes Geschirr (Teller, Gläser...) das teilweise auch aus dem Besitz der Bewohner stammt. Verschiedene Deckchen (gehäkelt, gestickt) zieren die Auflageflächen.

Einbauküche:

Diese Küchenzeile mit integriertem Kühlschrank, Elektroherd, Mikrowelle und Geschirr, dient den Betreuungspersonen hauptsächlich zur Vorbereitung und Nachbereitung von Mahlzeiten und wird auch von den BewohnerInnen vielfältig benutzt. Generell werden die Speisen in der Zentralküche zubereitet und in einem Warmhaltecontainer auf die Abteilung gebracht. Es besteht aber jederzeit die Möglichkeit, kleinere Gerichte aufzuwärmen oder individuell zuzubereiten. Immer wieder nutzen die Betreuungspersonen die Gelegenheit um mit Bewohnern in dieser Kochecke beispielsweise Erdbeermarmelade einzukochen, Zwetschkuchen zu backen oder Apfelkompott zu zubereiten. Diese selbst hergestellten Köstlichkeiten werden danach auch gemeinsam verspeist.

Wandgestaltung:

Jeder Sitzbereich - jede Nische - hat eine sehr individuelle Wandgestaltung. So befinden sich dort beispielsweise ältere aber auch aktuelle Fotos von Bewohnern. Ebenso gibt es kleine Regale mit persönlichen Ziergegenständen (Kleine Porzellan-Zuckerdose, alte Kaffeehäuferl oder Vasen). In einer Ecke befindet sich ein „Herrgottswinkel“ mit Kreuz und (echten!) Grünpflanzen bzw. Blumen.

An vier Stellen im Raum sind gut sichtbar unterschiedliche Uhren angebracht, so gibt es beispielsweise eine alte Porzellanuhr aber auch eine moderne neue Uhr mit besonders großem Ziffernblatt.

An einer Wand hängt eine schwarze alte Schultafel auf der mit Kreide das Datum und der Wochentag geschrieben steht.

Besonderheiten in Verbindung mit Raumgestaltung

Nachfolgend werden einige besonders eindrucksvolle Gestaltungselemente und Nischen, die insbesondere Sehsinn und Tastsinn beeinflussen, näher beschrieben.

Frisiertisch:

Im hinteren Teil des Aufenthaltsbereiches - beim Eingang in das Badezimmer - gibt es eine "Damenecke" bzw. einen Frisiertisch mit großem Spiegel und unterschiedlichsten Utensilien wie zum Beispiel Lockenwickler (in verschiedenen Größen, Farben, Formen, Materialien) mehrere Käämme, Bürsten, Haarnadeln, Stechkämme, Haarsprays („Taft“), verschiedene Nagellacke, Lippenstifte, Parfüms ("Tosca"), Wattestäbchen und Hand- und Hautcremen. Werden die Haare der Bewohnerinnen eingedreht, bzw. wird Nagellack und Lippenstift aufgetragen, wird dazu von den Betreuungspersonen dieser spezielle Bereich genutzt. Viele Frauen nutzen diese Angebote regelmäßig und freuen sich über diese Form der „Zuwendung und Pflege“. Neben dem Frisierbereich gibt es einen alten Kleiderständer mit verschiedenen alten und sehr schönen Hüten, ebenfalls in mehreren Farben und Formen. Ebenso hängen dort einige Damenblusen und Kostümjackets, ebenso aus früheren Zeiten.

Es konnte beobachtet werden, dass insbesondere diese „Damenecke“ sehr häufig durch die Bewohner selbst frequentiert wird. Immer wieder bleiben diese vor der Kommode stehen um sich im Spiegel (kritisch oder auch freundlich) anzublicken. In diesem Zusammenhang werden auch immer wieder kleinere „Korrekturen“ wie beispielsweise das „Richten der Frisur“ durch die Bewohnerinnen selbst vorgenommen. Es konnte aber auch beobachtet werden, dass sich Besucher mit ihren Angehörigen in dieser „Nische“ niederlassen und dass beispielsweise die Tochter der Mutter „Haarspray aufträgt“ oder die Nägel lackiert. Insgesamt gesehen ist dieser Bereich für die „Selbstfürsorge“ bestens geeignet.

Schreibtisch:

Im Aufenthaltsbereich befindet sich ein alter Schreibtisch aus Holz mit Beleuchtung. Folgende Utensilien sind auf bzw. in den Läden zu finden (einige Beispiele):

Eine alte mechanische Schreibmaschine, mehrere alte Glückwunschkarten, eine Feder, ein Griffel, ein Tintenfass, ein Stehkalender, eine Pinwand mit Gedichten, eine alte Holzschachtel mit Setzkasten, mehrere Bücher und Hefte mit Kurrentschrift, mehrere alte Bleistifte, alte Brillengläser, ein Stempelkistchen mit Stempel sowie eine kleine alte Schreibtafel mit Kreiden und Löschpapier, Rechenmaschine und ein alter großer Globus. Öffnet man die Läden des Tisches strömen vertraute – typische - Gerüche entgegen, die Assoziationen an die Schulzeit, Kindheit oder an die berufliche Zeit auslösen.

Überlegungen des Betreuungsteams bei der Raumgestaltung:

Generell wird die Gestaltung der Räume von den Betreuungspersonen gemeinsam überlegt und bestimmt. Meist gibt es dann zwei bis drei Personen, die die Überlegungen umsetzen und sich dafür auch sehr gerne verantwortlich zeigen.

Grundsätzlich gibt es:

- Gegenstände und Möbelstücke (alte Kästen, alte Nähmaschine) die auf die örtliche Orientierung einwirken und immer an einem bestimmten Ort stehen - somit fällt die Orientierung im Raum leichter
- Gestaltung/Dekoration je nach Jahreszeit, die eine zeitliche Orientierung ermöglichen (Ostern, Weihnachten, Feiertage) - hiermit werden Bezugspunkte zu bestimmten Tagen thematisiert
- Gestaltung/Ankündigungen die sich meist täglich ändern und Orientierung und Zeitgefühl ermöglichen (Datum und Wochentag auf einer Schultafel geschrieben, tägliche Menüankündigung gut sichtbar auf Tafel geschrieben sowie Bauernregeln und Sprüche)

Die Betreuungspersonen nehmen beispielsweise aus dem eigenen Garten frische Blumen oder Sträucher mit bzw. bringen Kürbisse, Früchte, etc., die dann immer wieder auch gemeinsam mit den Bewohnern weiter verarbeitet werden.

Zusammenfassende persönliche Bemerkung:

Die sehr beeindruckende und persönliche Gestaltung des Aufenthaltsbereiches und insbesondere des Sitzbereiches ermöglicht das Erleben von Individualität, Vertrautheit und Sicherheit. (So kann ich beispielsweise beobachten, dass eine Bewohnerin ihren Sitzplatz - vermutlich auch wegen ihrer dort liegenden Weste - leichter/rascher finden kann.)

Insbesondere wird hier speziell der visuelle Sinn angesprochen, vertraute Utensilien und Gegenstände werden - wieder - erkannt.

Die vertrauten Materialien können aber ebenso über den Tastsinn "begriffen" werden und tragen zum "wieder - erkennen" bei. Der Tastsinn benötigt viele unterschiedliche Angebote um "wach" zu bleiben und all die vielen Gegenstände und Utensilien tragen zur Differenzierung bei.

Das Wiedererkennen bzw. auch das "Dingliche be-greifen" eines vertrauten (persönlichen) Gegenstandes oder eines persönlichen Kleidungsstückes gibt Orientierung und nimmt damit vermutlich auch Angst und Stress. Zusätzlich werden die Ressourcen der Bewohner (Defizitmodell versus Ressourcenmodell) sichtbar wenn sie beispielsweise die Gegenstände benennen und vielleicht auch erklären können was damit früher gemacht wurde.

Wichtig sind nicht nur die Gegenstände an sich, sondern auch deren Symbolgehalt und Bedeutung für den jeweiligen Menschen bzw. für die individuelle Lebensgeschichte.

Die Möbel, Gegenstände und Utensilien auf der Station 2 im Haus St. Moritz wurden (werden) von den Betreuungspersonen, gemeinsam mit den Bewohnern sehr bewusst ausgewählt und in die Betreuung und Begleitung der Bewohner "Sinn(en)voll" integriert in dem diese Nischen

entweder von den Bewohnern selbst aufgesucht werden oder im Rahmen der Betreuung gezielt eine individuelle Aktivität (Biografiearbeit) angeboten wird.

Es konnte beobachtet werden, dass Bewohner – entweder alleine oder in Gruppe - immer wieder gezielt diverse Nischen/Ecken aufsuchen um sich umzusehen, um etwas ganz Spezielles zu suchen und anzusehen oder sich einfach nur niedersetzen um vielleicht auch die Vertrautheit dieser Möbelstücke bzw. dieser Gegenstände zu genießen. Ebenso konnte gesehen werden, dass in diesen Bereichen Gespräche – auch mit Einbezug der Betreuungspersonen - über die „Guten alten Zeiten“ geführt werden.

Zusammenfassend konnte beobachtet werden, dass der Aufenthaltsbereich von den Bewohnern sehr stark frequentiert wird. Je nach Befindlichkeit besteht die Möglichkeit, sich aktiv in das „Geschehen“ mit einzubringen. Es ist aber genau so möglich, sich in eine „Nische“ zurückzuziehen, ohne das Gefühl des Eingebunden seins in eine größere Gemeinschaft zu verlieren. Will jemand wirklich ganz alleine sein, besteht jederzeit die Möglichkeit, das eigene Zimmer aufzusuchen. Die Möglichkeit, je nach Beliebigkeit und Notwendigkeit relativ spontan zu wechseln, kann das Gefühl der Freiheit und Selbstständigkeit erhöhen.

1.3 Rahmenbedingungen, Pflege- und Leitungsverständnis

Die BewohnerInnen

Auf der Station 2 im Haus St. Moritz werden 29 BewohnerInnen betreut, derzeit sind das 25 Frauen und 3 Männer. Ein Gastzimmer steht für Kurzzeitpflege bis max. 6 Wochen zur Verfügung, wenn die Angehörigen auf Urlaub oder im Krankenhaus sind.

Mindestens 80% der BewohnerInnen sind von Demenz betroffen. Das Haus arbeitet mit einem Neurologen zusammen, der mit Hilfe der Mini Mental Scale (MMS) feststellt, ob eine Demenz vorliegt. Die MMS wird bei jenen BewohnerInnen durchgeführt, bei denen der Verdacht auf Demenz besteht.

Das Durchschnittsalter der BewohnerInnen auf der Station beträgt zum Zeitpunkt der Erhebung 87,5 Jahre, der jüngste Bewohner ist 62 Jahre, die älteste ist 101 Jahre alt.

Angehörige können im Haus übernachten. Es gibt 2 Gästezimmer im Haus und auch die Möglichkeit beim Bewohner im Zimmer oder auf der Station zu schlafen.

Die Personalressourcen

Ausbildung	Vollzeit äquivalente⁵	Gesamtstunden pro Woche	Anmerkung
DGKS	5,92	225	
Altenfachbetreuer Pflegehelfer	7,24	275	Das ergibt insgesamt 500 Stunden Pflege pro Woche
Abteilungshilfen	2,6	98,8	
Zivildienstler	1	38	

⁵ Ein VZÄ entspricht beim Träger 38h /Woche

Derzeit werden ausnahmsweise 530 Stunden Pflege wöchentlich bezahlt, zum Abbau von Urlaub und Zeitausgleich. Das wird durch eine befristete Anstellung abgedeckt.

In 24 Stunden sind so immer 58 Stunden mit Pflege besetzt. Davon entfallen 12 Stunden auf den Nachtdienst, 46 Stunden sind Tagespräsenz. Diese werden auf die Pflegepersonen in 4 Pflegegruppen individuell und auf die Leitung der Station aufgeteilt.

4 Pflegepersonen arbeiten "draußen", haben vier Gruppen. Eine zusätzliche Person ist im Büro für Pflegeplanung, Medikamentenvergabe und Visiten zuständig. Das ist immer eine diplomierte Pflegeperson. Auch die Organisation des Tagesablaufs (Animation, Krankenhausbesuche, Evaluierungen) und der Umgang mit Zwischen- und Notfällen (z.B. Stürze) gehören zu den Aufgaben der Diplomierten.

Meist arbeitet ein Zivildienstler auf der Station. Wenn kein Zivildienstler da ist, gibt es eine Helferin mehr.

Im Haus gibt es auch ehrenamtliche MitarbeiterInnen. Sie kommen gezielt zu bestimmten BewohnerInnen. Ehrenamtliche sollen eine Bezugsperson für die BewohnerInnen sein, ihre eigene Selbstfindung darf nicht im Vordergrund stehen. Ehrenamtliche werden von der Animation geleitet, die Station kann melden, wenn eine Bewohnerin einen Besuch oder Kontakt braucht. Sie helfen auch bei Ausflügen mit. Derzeit 3 Ehrenamtliche auf der Station, die regelmäßig bestimmte Bewohnerinnen besuchen.

Es gibt keinen Hausarzt. Es gilt das Prinzip der freien Arztwahl. Fast alle BewohnerInnen nehmen ihren Hausarzt mit. Im Haus ordinieren 8 Hausärzte, davon sind 2 "Hauptärzte", die zu fixen Tagen ins Haus kommen, an einem Tag auf die Pflegestationen und am anderen Tag den betreuten Wohnbereich. Die Hausärzte kommen auch bei Bedarf und können einander auch vertreten. Fachärzte: Neurologie und Psychiatrie, Augenarzt, Zahnarzt, Dermatologie.

Die Hausärzte stehen tagsüber zur Verfügung, ab 19.00 ist der Ärztenotdienst zuständig, das ist oft ein dem Heim nicht bekannter Arzt. Bei akuter Erkrankung erfolgt eine Krankenhauseinweisung.

Personalmachbesetzung

Der Träger des Hauses ist um Flexibilität bemüht, was die Zuteilung von Personal betrifft. Bei Langzeitkrankenständen ist der Träger bemüht, eine Vertretung zu finden. Freie Dienstposten werden so rasch wie möglich wieder besetzt. Karenzvertretungen beginnen überlappend. Dabei fallen die gleichen Kosten an, wie wenn die Karenz über Überstunden der vorhandenen Kolleginnen abgedeckt werden muss, allerdings ist das Zweite belastender für die Pflegenden. Durch das Überlappen kann eine gute Einschulung der Vertretung stattfinden.

Bei Fehlen einer Mitarbeiterin (vor allem Krankenstand und Urlaub) wird die Tagespräsenz trotzdem gleich gehalten, obwohl es keine Poolschwester auf der Station gibt. Zunächst werden Überstunden der Kolleginnen geleistet und dann so rasch wie möglich eine Vertretung angestellt.

Bei Übergabe der Stationsleitung (wie hier im Fall der Karenz), hat die Stationsleitung ein Mitspracherecht bei der Auswahl der Nachfolgerin, es kann also gut in andere Hände übergeben werden. So wie die Pflege insgesamt "Personalhoheit" hat, obwohl die Pflegedienstleitung niemanden anstellen kann, so kann sie doch bei der Personalauswahl in Absprache mit der Heimleitung entscheiden.

SchülerInnen

Eine große Zahl an PraktikantInnen aus Krankenpflegeschulen, Altenfachbetreuerschulen, Sozialpraktika in Fachschulen der Caritas und Sozialarbeit arbeitet auf der Station. Es sind fast immer 2-3 PraktikantInnen auf der Station. SchülerInnen werden eingeschult, es gibt Zwischengespräche, Endgespräch und Endbeurteilung. Nach Möglichkeit ist eine bestimmte

Diplomierte für einen Schüler zuständig. Es ist der Station ein Anliegen, dass SchülerInnen gut betreut werden, dass die Philosophie der Station von den Schülern nach außen getragen wird. Im ganzen Haus werden an die 100 PraktikantInnen pro Jahr ausgebildet. Die Nachfrage ist höher als die Möglichkeiten an Praktikumsplätzen.

Neue MitarbeiterInnen

Neue Mitarbeiter kommen zuerst zum Vorstellungsgespräch zur PDL, dann auf die Station "schnuppern", das Team meldet an die PDL zurück, ob die neue Mitarbeiterin zur Station passt, erst dann wird entschieden. Dieses Mitspracherecht der Station wird als besonders wichtig für das gute Arbeitsklima beschrieben und für das Mittragen der Philosophie auf der Station. Es kommt immer wieder vor, dass Bewerberinnen abgewiesen werden. Die Kolleginnen nehmen lieber Überstunden in Kauf oder arbeiten mit PflegehelferInnen, als eine diplomierte Pflegeperson aufzunehmen, die nicht ins Team passt.

Pflegesystem

Als Pflegesystem ist die Gruppenpflege eingeführt: Eine Mitarbeiterin ist für eine bestimmte Anzahl an BewohnerInnen zuständig und zusätzlich hat jeder Bewohner, jede Bewohnerin eine Bezugsschwester, die den Pflegeprozess eigenständig mit dem Bewohner "lebt" und die Evaluierungen durchführt, sich bemüht, eine gute Beziehung aufzubauen und zuständig ist dafür, die Biographie zu erheben. Wann und wie bleibt den Pflegenden überlassen.

Bei der Gruppenpflege gibt es die Möglichkeit, dass einzelne Bewohnerinnen gezielt getauscht werden, z.B. zur Evaluierung.

Die Bewohner haben oft für unterschiedliche Bedürfnisse (z.B. Beschwerden, Gespräche, Nagelpflege, Haare waschen...) unterschiedliche Bezugspersonen. Manchen Bewohner haben so mehrere Bezugspersonen. Daher wird auf Wunsch des Bewohners mit bestimmten Pflegetätigkeiten (z.B. Haare waschen) gewartet, bis die entsprechende Bezugsperson im Dienst ist.

Die Dienstplaneinteilung erfolgt frei durch die MitarbeiterInnen selbst, jeden Monat kann sich eine andere Mitarbeiterin zuerst eintragen. Es gibt keine starren Dienstzeiten, diese richten sich nach den Bewohnerinnen, im Sommer, wo die Bewohnerinnen früher aufstehen, gibt es einen Frühdienst.

Besprechungsstrukturen

Es gibt eine Teambesprechung etwa alle 6 Wochen, dort werden alle Probleme offen angesprochen wichtige Entscheidungen partizipativ getroffen. Die Stationsleiterbesprechung findet ebenfalls alle 6 Wochen statt.

Jeden Donnerstag gibt es eine Pflegvisite, bei der jeweils ein Bewohner evaluiert wird. Die Dienstübergabe findet täglich drei Mal, früh, mittags und abends statt. Mitarbeiterinnengespräche werden ein Mal jährlich geführt, bei Bedarf wird Teamsupervision in Anspruch genommen. Konfliktgespräche werden im Anlassfall so bald wie möglich geführt.

Leitungsverständnis

Das Leitungsverständnis wird mit dem einer Buschauffeurin verglichen: Manche Mitarbeiterinnen sitzen weiter vorne andere weiter hinten, die Chauffeurin sorgt dafür, dass alle in dieselbe Richtung fahren, nach Möglichkeit gleich schnell. Die Lenkerin sorgt auch dafür, dass der Bus dorthin fährt, wo das Team hin will. Manchmal fährt der Bus auch in den Graben, dann sorgt die Chauffeurin dafür, dass er wieder flott gemacht wird.

Der Stationsleitung ist bewusst, dass die Mitarbeiterinnen auf ihr Vorbild schauen. das heißt, es ist besonders wichtig, dass die Stationsleitung die Grundhaltung der Basalen Stimulation lebt und klare Ziele vorgibt. Bei schwierigen Entscheidungen werden oft die Teammitglieder um Rat gefragt.

Auf Basis von Beobachtungen der Forscherinnen lässt sich das Leitungsverständnis der Pflegedienstleitung mit „*wandering around*“ beschreiben: Der Pflegedienstleiter begibt sich im Alltag ständig in das Praxisfeld, ist auf den Stationen präsent. Er kann nicht nur organisatorische, sondern auch fachliche Leitung anbieten, es finden in den Pflgeteams regelmäßig Reflexionsgespräche mit ihm statt, er macht Lösungsvorschläge und bringt sich in ethische Entscheidungen ein.

Ethische Entscheidungen

Wenn eine hochbetagte Bewohnerin, die ohnedies in schlechtem Allgemeinzustand ist, den Wunsch äußert, nicht mehr ins Krankenhaus eingewiesen zu werden, so wird dies auch bei akuter Symptomatik berücksichtigt. In diesem Fall wird mit dem Hausarzt besprochen, damit eine symptomatische Behandlung auf der Station erfolgen kann. Das bedeutet oft zu "kämpfen" im Sinne der schonendere Behandlung für die Bewohnerin.

Nach Möglichkeit werden diese Entscheidungen vorausschauend mit den Angehörigen abgesprochen. Es wird versucht, solche Gespräche gemeinsam zwischen Angehörigen, Arzt und Pflege zu führen und Szenarien zu entwickeln, was im Fall von Krisen oder Verschlechterung zu tun ist. Dabei wird der mutmaßliche Bewohnerwille berücksichtigt. "Wir besprechen das vorher mit den Angehörigen und dem Arzt, was wir tun, wenn eine bestimmte Situationen eintritt. Es wird die Variante ausgesucht, die für den Bewohner die bessere und die schonendste ist." Der Anstoß zum Gespräch kommt oft auch vom Arzt oder von den Angehörigen. Die Angehörigen sehen ja, wenn es der Bewohnerin schlechter geht und haben Ängste und wollen darüber sprechen. Oft brauchen die Angehörigen mehr Betreuung, als die Betroffenen. Denen ist oft bewusst, dass sie bald sterben werden. Die Ergebnisse dieser Besprechungen werden im Pflegebericht dokumentiert.

Ein wichtiges Thema ist das Legen oder Unterlassen einer PEG Sonde. Das führt zu großen Diskussionen, die es notwendig machen, sich zusammzusetzen, die Meinungen auszutauschen und gemeinsam zu entscheiden, wo man hin will. Meist können die Betroffenen nicht mehr befragt werden. Es wird dann versucht, zu ermitteln, was der Bewohner gewollt hätte. Zum Beispiel: Ein Bewohner kommt ins Spital, die Angehörigen besuchen ihn und es wird gesagt: der Patient braucht eine PEG Sonde. Dann haben die Angehörigen oft das schlechte Gewissen, dass die den Vater oder die Mutter verhungern lassen, wenn sie ihr Einverständnis nicht geben. Oft nehmen dann die Angehörigen mit der Station Kontakt auf und fragen, wie das dort gesehen wird: "Was meint denn ihr, ist das wirklich noch notwendig?". Die Mitarbeiterinnen der Station helfen oft mit, damit sich die Angehörigen im Krankenhaus durchsetzen können. Insbesondere setzen sich die Pflegenden der Station für Bewohner ein, die keine Angehörigen mehr haben, die sich um sie kümmern. Für diese BewohnerInnen gehen die Pflegenden ins Krankenhaus und bemühen sich darum, die Position des Bewohners zu vertreten. Es geht darum, mit einem gewissen Selbstbewusstsein als Fachkolleginnen im Krankenhaus aufzutreten und das Gespräch mit den Pflegenden dort zu suchen. Das ist eine Aufgabe jener Diplomierten, die zusätzlich über die 4 Gruppenpflegenden hinaus im Dienst ist.

Aufnahme von BewohnerInnen

Auf der Station gibt es eine weitere Besonderheit, die nicht als selbstverständlich anzusehen ist: BewohnerInnen werden vor ihrer Aufnahme auf die Station besucht, zu Hause oder im Krankenhaus. Es wird erhoben, wie er oder sie gewohnt und gelebt hat, was er/sie mitnehmen will, was nicht. Und die Pflegenden erzählen etwas von ihrem Haus. Den Pflegepersonen ist es

ein großes Anliegen, dass Möbel und andere Gegenstände von Daheim mit ins Pflegeheim genommen werden. Auch die Notwendigkeit einer Aufnahme wird bei diesem Besuch zu Hause noch einmal überprüft. Es gibt ein Beispiel dafür, dass sich eine Aufnahme verhindern ließ, weil beim Besuch klar wurde, dass sie nicht im Interesse der Patientin war

Der Stellenwert der Basalen Stimulation

Über die Bedeutung der Basalen Stimulation für das Betreuungskonzept auf der Station wird viel diskutiert und die Station entwickelt sich hier weiter. Inzwischen gibt es Vieles, was selbstverständlich im Alltag und damit implizit ist.

Die Umsetzung der Basalen Stimulation wird in drei Dimensionen eingeteilt:

1. Die Grundhaltung

Die erste Dimension betrifft alles, was zur Wertschätzung oder zur Haltung einem Menschen gegenüber dazugehört, also die Frage, wie die Pflegenden mit jemandem in Beziehung treten. Das wird überall und ständig gemacht, gehört zum Alltag und sollte eigentlich schon in der Ausbildung vermittelt werden. Es wird auch bei der Personalauswahl darauf geachtet, ob das die Pflegende mitbringt. Es geht um emotionale Wärme, um eine bestimmte menschliche Haltung, um Wertschätzung und Respekt. Von besonderer Bedeutung ist es, dass die Leitung diese Grundhaltung hat und vermittelt, sowohl den MitarbeiterInnen gegenüber, als auch den BewohnerInnen. Dann kann basale Stimulation auch umgesetzt werden, dann kann sie wirklich passieren.

Diese Grundhaltung findet sich in vielen Pflegekonzepten wieder: Bei Erwin Böhm, bei Integrativen Pflegekonzept nach Maria Riedl, bei der Validation. Wertschätzen, zuhören, biographieorientiertes Arbeiten, Bedürfnisse wahrnehmen.

In diesem Sinn wird sehr viel auf der Station getan, was ursprünglich von der Haltung her auf die Basale Stimulation zurückgeht, was aber nicht mehr bewusst zugeordnet wird, weil es einfach als Grundhaltung verankert ist.

Zum Beispiel: Eine Bewohnerin liegt auf der Couch dann hockert sich jede Pflegenden, die mit ihr Kontakt aufnimmt hin, um auf gleicher Augenhöhe, wie die Bewohnerin zu sein, um nicht auf sie runter zu schauen. Das wird nicht bewusst als eine bestimmte Technik der basale Stimulation angewandt, da entspringt eben dieser respektvollen Grundhaltung. Oder das Anklopfen, wenn man ein Zimmer betritt, das ist automatisiert auf der Station und lässt sich nicht mehr einem bestimmten Konzept zuordnen.

Die Stationsleitung berichtet, dass sie zum Beispiel am Abend beim Aufräumen im Aufenthaltsbereich die Wolljacke einer bestimmten Bewohnerin auf deren Platz hängt. es ist der Stationsleitung bewusst, dass das der Bewohnerin hilft, sich am nächsten Tag im Aufenthaltsraum zu orientieren und ihren Platz zu finden, dass sie damit "ihr Revier" finden kann. Aber in diesem Fall sind die Zusammenhänge mit dem Konzept der Basalen Stimulation nicht bewusst.

Bewusst wird die Grundhaltung oft erst dann, wenn man beispielsweise bei einer Schülerin sieht, dass sie diese Haltung nicht hat und dass sie nicht anklopft, bevor sie ins Zimmer geht.

2. Die therapeutischen Angebote

Dann gibt es eine zweite Dimension: Basale Stimulation als Therapie speziell für Personen, die in allen sensorischen Bereichen Stimulation brauchen. Diese Dimension steht in der Pflegeplanung, da wird genau darauf geachtet, wo die Bewohnerin ihre Probleme hat. Danach werden gezielt

bestimmte Elemente/Techniken der Basalen Stimulation angewandt. Diese therapeutische Dimension der Basalen Stimulation wird nicht bei allen BewohnerInnen angewandt, zur Zeit sind es etwa 5 oder 6. Das betrifft vor allem BewohnerInnen, bei denen die verbale Kommunikation schwer bis gar nicht möglich ist. Es geht darum, die Einschränkungen der Bewohnerin durch die Stimulation so weit eben möglich auszugleichen und die Situation zu verbessern. Oft wird probiert, ob ein Angebot die Bewohnerin beruhigt und dann wird die Wirkung dokumentiert, zum Beispiel wenn die Bewohnerin einschläft, wenn sie geschaukelt wird. Es wird beobachtet, ob es einen Fortschritt gibt oder nicht und die Maßnahmen werden danach ausgerichtet

3. Diffuse Impulse und Teamkultur

Und dann gibt es den großen Raum der Handlungen, die Normalität herstellen helfen, die nicht in der Planung stehen. Wenn zum Beispiel auf der Station ein Kuchen gebacken wird, dann stimuliert das mehrere BewohnerInnen. Oder die Entscheidung, dass der Radioapparat beim Essen nicht läuft. Dass es nach frischem Gebäck riecht, dass das Geschirr klappert. Dazu zählt beispielsweise auch das Schöpfsystem. Da riecht das Essen gut, wenn der Deckel geöffnet wird.

Das ist ein Rahmen, der im Team wächst, von dem die Mitarbeiterinnen wissen, dass er zur Basalen Stimulation im Sinne von allgemeinen Impulsen gehört. nach Böhm sind diese Impulse als diffuse Impulse zu bezeichnen, die wachrütteln sollen. Es wird auf der Station als gelebte Teamkultur verstanden, die die verschiedenen Konzepte mit sich bringen, die nicht einem bestimmten Konzept zuzuordnen ist. Zu diesen allgemeinen Impulsen gehört auch, dass den BewohnerInnen beim Sitzen ein Stockerl unter die Füße geschoben wird, damit die Füße nicht baumeln oder dass der Wäscheschutz nicht von hinten umhängt wird, sondern sich die Pflegenden von vorne nähern.

In der Planungsphase des Hauses war es besonders wichtig, sich diese Elemente bewusst zu machen. Inzwischen wird nicht speziell dokumentiert, das ist Grundhaltung, die jeder auf der Station lebt.

Ausbildungskurse

Die Weiterbildung zur Basalen Stimulation wird im Haus angeboten, das Ziel ist es, dass jede Mitarbeiterin und die Leitung der Station 2 einen Basis- und eine Aufbaukurs absolvieren. Die neuen Mitarbeiterinnen werden jeweils nachgeschult. Es gibt regelmäßige Auffrischungstage und Praxisbegleitung durch eine erfahrene Lehrerin in Basaler Stimulation.

Mehrere Konzepte

Die Station macht sich verschiedene Konzepte zu Nutze, mit der Begründung, dass es nicht ein einzelnes Pflegekonzept gibt, das für alle BewohnerInnen geeignet ist. Als die beiden tragenden konzeptiven Säulen werden das Psychobiographische Pflegemodell nach Erwin Böhm und die Basale Stimulation nach Fröhlich und Bienstein bezeichnet. In einzelnen Situationen ist die Validation als Kommunikationsmethode hilfreich, diese steht aber nicht im Zentrum. Es gibt auf der Station überwiegend sehr gute Erfahrungen mit der Kombination der einzelnen Konzepte.

1.4 Beobachtungen zu drei Handlungseinheiten

Methodische Überlegungen

Um zu verstehen, wie die Methode der Basalen Stimulation auf der Station 2 umgesetzt wurde, wurde mit Stationsleitung und Pflegedienstleitung vereinbart, auf der Station Beobachtungen durchzuführen. Die MitarbeiterInnen wurden vorab vom Forscherinnenteam über das Projekt und die bevorstehenden Beobachtungen informiert und waren einverstanden. Die BewohnerInnen bzw. deren SachwalterInnen wurden um ihr schriftliches Einverständnis gebeten und haben dies alle gegeben.

Die Erhebungen wurden von Mag. Gabriele Erlach-Stickler, Pflegewissenschaftlerin und Praxisbegleiterin in der Basalen Stimulation durchgeführt und protokolliert. In die Beobachtungen ist das durch die Qualifikation der Beobachterin ausgewiesene Hintergrundwissen eingeflossen. Dies ist insbesondere im Sinne des Forschungsdesigns, als es in der Fallstudie darum ging, Erkenntnisse mit speziellem Fokus auf die Umsetzung der Basalen Stimulation zu Gewinnen.

Die Methodik der Beobachtungen wurde von folgenden Überlegungen geleitet (vgl. Mayer 2002, Lamnek 2005, Atteslander 2000)

Die Beteiligten sollten in ihrer natürlichen Umgebung auf der Station beobachtet werden, es handelt sich als um sog. Feldbeobachtungen. Als Form wurde die offene Beobachtung (Mayer 2002, 137) gewählt, das heißt die Beobachteten BewohnerInnen und MitarbeiterInnen wussten, dass sie beobachtet wurden. Die Beobachtung war weitgehend als nicht teilnehmend (Mayer 2002, 137) angelegt, weil die Forscherin über weite Strecken ausschließlich als Beobachterin tätig war und während der Erhebungen nicht in das Geschehen auf der Station eingegriffen hat. An die Beobachtungen schloss sich jeweils ein Feedbackgespräch an, das als Intervention in die Praxis auf der Station aufzufassen ist und an dem die Forscherin in hohem Maße beteiligt war, also eine Phase der teilnehmenden Beobachtung.

Die Erhebungen sind als unstrukturierte Beobachtungen zu bezeichnen, weil alle Ereignisse, Strukturen und Handlungen, die der Beobachterin als relevant erschienen, aufgezeichnet wurden – auch wenn die Aufmerksamkeit der Beobachterin – durchaus erwünschter Weise – durch ihre Expertise geleitet wurde und damit die Beobachtungen in diesem Sinne als „semistrukturiert“ oder fokussiert aufzufassen sind. Interessiert hat eben, in Bezug auf die Forschungsfrage, alles, was für die Umsetzung der Basalen Stimulation von Bedeutung ist.

Als Ziele der Beobachtung wurden die Beschreibung des Handlungsfeldes, sowie die dort agierenden Personen und ihre Interaktionen festgelegt. Als Handlungsfeld wurde die Station 2 des Pflegeheims St. Moritz festgelegt und zwar jeweils in einem umschriebenen Bereich, einmal der Aufenthaltsraum, einmal das Zimmer der Bewohnerin und beim dritten Mal der Werkraum.

Als Teilbereich des sozialen Geschehens, der konkreter Bestandteil der Beobachtungen sein soll, wurden drei Handlungseinheiten festgelegt, die beobachtet werden sollten, die in engem Zusammenhang mit der Umsetzung von Basaler Stimulation stehen: Die Handlungseinheit „Essen reichen und Beobachtung des Umfeldes“, die Handlungseinheit „Körperpflege und Wahrnehmungsförderung“ und die Handlungseinheit „Erinnerungsarbeit - Collagengestaltung“. Den Beobachtungen zu den drei Handlungseinheiten ging eine detaillierte Beschreibung der räumlichen Gestaltung der Station 2 voraus, die für das Verständnis der Beobachtungen und der Methode der Basalen Stimulation von großer Bedeutung ist. Die Beobachtungen wurden an drei unterschiedlichen Tagen durchgeführt, zu unterschiedlichen Tageszeiten, sie dauerten zwischen 30 und 60 Minuten, wurden stichwortartig mit der Hand dokumentiert und anschließend als

Fließtext am Computer reingeschrieben. Die Protokolle zu den drei beobachteten Handlungseinheiten finden sich im Anhang der Fallstudie.

Ergebnisse der Beobachtungen

Diese sollen nun anhand von vier Kategorien, die in engem Zusammenhang mit den theoretischen Grundlagen des Konzeptes der Basalen Stimulation stehen, dargestellt werden.

1. Beziehung (Berührung – Kontakt) aufnehmen und Begegnung individuell gestalten

Zwischenmenschlicher Beziehung wird in der Basalen Stimulation eine große Bedeutung zugesprochen. Sie steht in enger Relation zum Erleben von Autonomie sowie zur Entwicklung von Kommunikation (Nydahl, Bartoszek 2003). Insbesondere für die in der Basalen Stimulation wesentliche nonverbale Kommunikation bildet eine „entsprechende Qualität der Beziehung“ (Kostrzewa, Kutzner 2007 S. 85) die Grundlage. Sie soll Sicherheit vermitteln und dabei individuell gestaltet und beständig entwickelt werden (Kostrzewa, Kutzner 2007).

In den Beobachtungen spiegelt sich die genannte Kategorie deutlich wieder. So konnte beispielsweise im Aufenthaltsraum beobachtet werden, dass dieser von den Bewohnern sehr stark frequentiert wird. Je nach Befindlichkeit besteht die Möglichkeit, sich aktiv in das „Geschehen“ mit einzubringen. Es ist aber genau so möglich, sich in eine „Nische“ zurückzuziehen, ohne das Gefühl des Eingebunden seins in eine größere Gemeinschaft zu verlieren. Will jemand wirklich ganz alleine sein, besteht jederzeit die Möglichkeit, das eigene Zimmer aufzusuchen. Die Möglichkeit, je nach Beliebigkeit und Notwendigkeit relativ spontan zu wechseln, kann das Gefühl der Freiheit und Selbstständigkeit erhöhen.

Auch beim Essen reichen wird Beziehungsaufnahme deutlich: Die Pflegepersonen fragen die Bewohner gezielt, wer nun welches Menü essen möchte und es werden immer wieder die Unterschiede beider Speisen erklärt und gezeigt (es gibt dazu ein eigens dafür angerichtetes „Vorzeigemenü“). Das Thema "Essen" steht nun im Mittelpunkt - die Atmosphäre erinnert an ein "geschäftiges Treiben auf einem Marktplatz oder in einer Markthalle" wo gustomiert, beraten, zugehört und Essen vorbereitet bzw. angerichtet wird. Zwischendurch wird immer wieder auch über die aktuelle Befindlichkeit der Bewohner gesprochen. Manche Sitznachbarn unterhalten sich auch miteinander bzw. mit ihren Betreuungspersonen.

An vielen Stellen der Beobachtungen wird die Bedeutung von guter (Initial)berührung deutlich, wenn die Beobachterin beispielsweise schreibt. „Als die PP wieder kommt, setzt sie sich zu und an die rechte Seite der Bewohnerin, legt ihren linken Arm um den Rücken (Schulterbereich) der Bewohnerin und stellt somit einen Körperkontakt her. „ (B-BS2, 99-101), oder an andere Stelle: „Die BP lacht, legt den rechten Arm um die Schulter von Fr. H. und diese lacht auch sehr herzlich mit.“ (B-BS4, 179-180)

In der Handlungseinheit „Körperpflege“ wird die individuelle Gestaltung der Begegnung während des gesamten Beobachtungszeitraums besonders deutlich, ebenso die Bedeutung von Berührung und Kontakt für die hochgradig demente Bewohnerin, dies soll an einem Ausschnitt gezeigt werden: „Die Pflegeperson geht auf die andere (rechte) Seite zu den Waschutensilien, nimmt Kontakt zur rechten Hand der Frau auf in dem sie die Hand eine Weile (ca.15-20 Sek.) in ihrer Hand hält und beginnt danach mit dem feuchten Waschlappen, die Hand bzw. die Finger langsam und vorsichtig ‚nachzumodellieren‘. Die Pflegeperson sagt dabei: ‚Fr. S. ich wasche ihre Hand jetzt - und ihre Finger‘. (B-BS3, 76-78).

Im Sinne der Basalen Stimulation findet in vielen beobachteten Gesten, Berührungen und auch in den gezielten Techniken so etwas wie „ein Dialog mit dem Körper“ statt.

2. Wahrnehmung (über Sinneskanäle) ermöglichen, strukturieren und als sinn(en)voll erleben

Bienstein und Fröhlich betonen, dass menschliche Wahrnehmung in jeder Situation über alle Sinneskanäle zugleich erfolgt; dabei wird Wahrnehmung als untrennbares Ganzes aufgefasst

(Bienstein, Fröhlich 2007) und als nicht als rein passive Aufnahme von Reizen, sondern als sinnstiftende Verarbeitung derselben betrachtet (Fröhlich 1993 zit. n. Kostrzewa, Kutzner 2007). Dennoch wird Wahrnehmung in der Basalen Stimulation in unterschiedliche Wahrnehmungsbereiche strukturiert, für die Vorschläge zu deren gezielter Anregung beschrieben werden (Bienstein, Fröhlich 2007). Eine Aufgabe der Pflegenden im Sinne der Basalen Stimulation ist es, die Wahrnehmungsbereiche und –störungen der jeweiligen Person kennen zu lernen, um jeweils möglichst passende basal stimulierende Angebote auswählen zu können (Kostrzewa, Kutzner 2007).

„Auf manchen Sitzmöbeln befinden sich völlig unterschiedliche individuelle Sitzauflagen der Bewohner, ebenso gibt es persönliche Decken und Polster in unterschiedlichen Größen, Farben und Materialien zu sehen. Auf den Sesseln liegen teilweise auch persönliche Kleidungsstücke (Trachtenweste, Pullover, Strickjackerl...) der Bewohner.“ (B_BS1, 45-49). So beschreibt die Beobachterin den Aufenthaltsraum und macht damit deutlich, welchen Stellenwert die Wahrnehmung der BewohnerInnen als orientierungsförderndes Element auf der Station hat. Wenn die BewohnerInnen ihre eigenen persönlichen Gegenstände auf den Sitzen wahrnehmen können, können sie sich leichter orientieren, sie finden leichter zu ihrem Sitzplatz. Es entsteht Vertrauen in die Umgebung und Sicherheit in den Abläufen, die Beobachterin spricht von „einem Gefühl von Heimat“.

Anhand der Beobachtungen beim Essen reichen im Aufenthaltsraum kann gezeigt werden, dass in vielen gut durchdachten Details die Wahrnehmung über die Sinne ermöglicht wird. So werden die BewohnerInnen schon vor der Mahlzeit in positiver Weise darauf vorbereitet, dass nun das Essen kommt: „Im Aufenthaltsbereich sitzen bereits einige Bewohner auf ihren Plätzen und scheinen auf das Essen zu warten. Vor den Bewohnern - auf dem Tisch - stehen bereits die vorbereiteten großen weißen Suppenteller, daneben liegen die jeweiligen Besteckteile (Löffel, Messer, Gabeln) und weiße Papierservietten.“ (B-BS2, 4-7). Dass diese Vorbereitungen von den BewohnerInnen gut angenommen werden, zeigt die weitere Beobachtung: „Mehrere Bewohner greifen auf die vor ihnen stehenden Teller. Sie fahren mit den Fingerspitzen den Tellerrand entlang, schieben die Teller etwas von sich weg bzw. näher zu sich her und rücken das Besteck ebenso in unterschiedliche Richtungen. Genauso werden Servietten anders gefaltet, gelegt, hin und hergeschoben bzw. neu platziert. Einige Bewohner greifen auf ihren Mund, auf ihre Wangen und ihren Halsbereich, Lippen – Mund- und Schluckbewegungen sind sichtbar.“ (B-BS4, 25-30). Neben diesen taktilen Wahrnehmungen werden auch olfaktorische stimuliert, was zu sinnvollem Erleben und guter Stimmung führt: „Eine Betreuungsperson hebt die Deckel der Container hoch und der Duft der „Schöberl – Suppe“ breitet sich im Raum aus. Die heiße Suppe wird beim Essenwagen für jeden Bewohner einzeln in die bereitstehenden Nirostasuppenschalen gefüllt und nach dem Gebet zum Tisch gebracht und vor ihnen – bzw. mit ihnen - in die bereitstehenden Teller geleert. Das Einschenken und der Duft der Suppe erzeugt Appetit, die Stimmen der Bewohner und Betreuungspersonen wirken im Gegensatz zu davor plötzlich lauter und angeregter. Es kommt damit auch mehr Bewegung in die gesamte Gruppe, es wird umhergeschaut, gerochen und deutlich mehr gesprochen.“ (B-BS2, 51-59)

An einem andern Beispiel kann kurz gezeigt werden, dass taktile und visuelle Wahrnehmung gut miteinander verbunden werden können. Die Beobachterin beschreibt, wie eine Betreuungsperson im Werkraum mit einer desorientierten Bewohnerin eine Collage bastelt: „Die Betreuungsperson schneidet die Fotos zurecht, Fr. H. schaut aufmerksam zu und nimmt die geschnittenen Puzzleteile in die Hand und mischt diese. Fr. H. greift erneut auf das Hüttenfoto und sagt: „Das ist lieb“. BP sagt: „Ja, das ist eine schöne Hütte“. Fr. H. nimmt ein Foto und fragt: „Was ist das?“ BP erklärt, dass auf dem Foto ein Gästebuch zu sehen ist und dass sich die Gäste in dieses einschreiben können.“ (B-BS4, 62-63 und 74-78)

Die Beobachtungen zu dieser Kategorie zeigen vielfach auf, wie die Wahrnehmung der BewohnerInnen in den unterschiedlichsten Sinnen sehr bewusst stimuliert wird. Dies führt immer wieder zu einem guten Kontakt insbesondere mit den desorientierten BewohnerInnen,

lässt sie ihre Umgebung wahrnehmen und Teilhaben an sozialen Prozessen, zu denen sie ohne die Stimulation keinen Zugang hätten.

3. „Sich selbst erfahren und erleben“ in Verbindung mit „Außenwelt und Mitmenschen erfahren und erleben“

Der Begriff des Körperbewusstseins wird in der Basalen Stimulation in die drei Bereiche Körperschema, Körperbild und Körpergefühl gegliedert, die durch Wahrnehmungsbeeinträchtigungen in unterschiedlichem Ausmaß gestört bzw. verändert sein können (Nydahl, Bartoszek 2003; Kostrzewa, Kutzner 2007). Basale Stimulation unterstützt die Wahrnehmung des eigenen Körpers und des Selbst als Individuum, das sich von seiner Umwelt unterscheidet. Die basale Arbeit strebt außerdem danach, das Erkennen und Spüren von Mitmenschen zu ermöglichen und durch das Herstellen von sinnvollen Beziehungen zu Objekten der Umwelt Desorientierung vorzubeugen (Bienstein, Fröhlich 2007).

Dass die Erfahrung des Selbst in hohem Maße mit der Erfahrung der Außenwelt zusammenhängt und diese beiden Erfahrungen einander gegenseitig bedingen ist eine wesentliche Aussage im Konzept der Basalen Stimulation.

Der zentrale Stellenwert des Erlebens der Außenwelt für die Orientierung und das Wohlbefinden der Bewohnerin wird anhand der sorgfältigen Beschreibung des Aufenthaltsraumes durch die Beobachterin anschaulich gemacht, hier soll nur ein Ausschnitt daraus angeführt werden. „Die sehr beeindruckende und persönliche Gestaltung des Aufenthaltsbereiches und insbesondere des Sitzbereiches ermöglicht das Erleben von Individualität, Vertrautheit und Sicherheit. So kann ich beispielsweise beobachten, dass eine Bewohnerin ihren Sitzplatz - vermutlich auch wegen ihrer dort liegenden Weste - leichter/rascher finden kann.“ (B-BS1, 169-173)

Auch in der Handlungseinheit Körperpflege wird diese Wechselbeziehung zwischen Wahrnehmung des Selbst und der Wahrnehmung der Außenwelt gut sichtbar, und auch die Hilfestellung, die die Pflegenden der an fortgeschrittener Demenz leidenden Bewohnerin hier für diese Wahrnehmungen gibt: „Sie [die Pflegeperson] nimmt danach zwei frische feuchte Waschlappen, blickt in das Gesicht der Bewohnerin – die ihre Augen weiterhin geschlossen hält - und beginnt das Gesicht „nachzuformen“. Sie sagt langsam: „Das ist ihre Stirne, Fr. S., das sind ihre Wangen, da ist das Kinn und das sind die Augen“. Fr. S. atmet ruhig weiter, lässt die Berührungen gut zu.“ (B-BS3, 98-102).

Beim Basteln der Collage gelingt es der Betreuungsperson einer desorientierten Bewohnerin wieder Zugang zu ihrer Identität zu verschaffen, in dem sie sich selbst auf einem Bild erkennt. Das wird offensichtlich von der Bewohnerin gut aufgenommen: „Fr. H. blickt aufmerksam ein Foto an und fragt: ‚Wer schläft denn da? ‚Ist das die Großmutter?‘ Die Betreuungsperson sagt: ‚Nein, das ist die Frau H., das sind sie. Da war eine starke Bergluft, die hat müde gemacht!‘ Fr. H. fragt sich selbst: ‚Wer ist denn das?‘ Sie erkennt sich dann selbst und sagt: ‚Ja, das bin ich!‘ (B-BS4, 50-55).

4. Den eigenen Rhythmus unterstützen und vor Überforderung schützen

Das Übergehen individueller Lebensrhythmen, wie beispielsweise des Tag- und Nachtrhythmus oder des Wechsels von Ruhe und Aktivität, kann Orientierung erschweren und als Aggression erlebt werden, was einen Beziehungsaufbau behindert. In der Basalen Kommunikation wird der Rhythmus einer Person respektiert und nach Möglichkeit unterstützt (Bienstein, Fröhlich 2007). Dabei werden einfachste Kommunikationsformen gewählt, um Wahrnehmung und Verarbeitung zu ermöglichen und so die jeweilige Person vor Überforderung zu schützen (Kostrzewa, Kutzner 2007).

Gerade in Einrichtungen, die von Personalknappheit geprägt sind, ist es oft schwierig, den Rhythmus der BewohnerInnen zu unterstützen. Die Eigenzeitlichkeit der Pflegenden und die der Menschen mit Demenz klaffen oft weit auseinander. Dennoch konnte die Beobachterin

beschreiben, dass es auf der Station in weiten Teilen gelingt, das langsame Tempo der Bewohnerinnen zu berücksichtigen „Die Pflegeperson kippt den Teller ein wenig, damit Fr. M. die Suppe bzw. die Schöberl leichter auf den Löffel bringt. Fr. M. führt den Löffel sehr langsam zum Mund, kaut die Schöberl ebenso langsam und bedächtig, ihre Augen sind beim Löffeln und Kauen meist geschlossen. Die Pflegeperson fragt deutlich: ‚Fr. M. schmeckt Ihnen die Suppe?‘ Die Bewohnerin antwortet nicht.“ (B-BS“, 105-110)

Um Frau M. in ihrem eignen Rhythmus das Essen einzugeben und ihr dennoch ausreichend Essen anzubieten wird entschieden, dass Frau M. zu einem späteren Zeitpunkt eine Zwischenmahlzeit angeboten wird.

In der Handlungseinheit „Körperpflege“ beschreibt die Beobachterin, dass sich das Waschen der Bewohnerin nicht in einer Pflegehandlung vollständig durchführen lässt. Die Pflegepersonen sind jedoch in ihrer Tagesplanung bereit, sich am Rhythmus der Bewohnerin zu orientieren. „Ziel ist es, die Bewohnerin nicht zu überfordern. So passiert es sehr häufig, dass die jeweilige Bezugspflegerperson mehrmals am Tag zu ihr kommt um entweder ganz gezielt den Intimbereich oder die Hände und das Gesicht waschen oder auch um ein Fußbad vorzunehmen.“ (B-BS3, 128-131).

1.5 Ein gelungener und ein weniger gelungener Betreuungsverlauf⁶

Folgende Aufzeichnungen entstammen den Mitschriften der Bewohnerbesprechung am 4.12.2008 die von beiden Forscherinnen gleich im Anschluss an das Gespräch im Heim inhaltlich nachbesprochen wurde. Auf einen Tonbandmitschnitt wurde, wie beim Teamtreffen am 2.12.2008 vereinbart, verzichtet (insbesondere wegen Verständlichkeit und um möglichst auch die Irritation des Teams durch ein laufendes Tonband zu vermeiden).

Elisabeth Wappelshammer (EW) hat mitgeschrieben und diesen Text verfasst, Gabriele Erlach-Stickler hat die Fallbesprechung moderiert, diesen Text ergänzt und (in blauer Schrift) kommentiert (G E-S).

Soweit wie möglich wurden die Formulierungen des Teams aufgegriffen und zum Teil auch wortwörtlich zitiert. Die Namen der besprochenen BewohnerInnen und deren Angehörigen wurden mittels Pseudonymen anonymisiert.

Der Text stammt von Elisabeth Wappelshammer, Gabriele Erlach-Stickler hat Kommentare hinzugefügt. Nachträgliche Einwände des Teams wurden in bei einem eigenen Treffen erhoben und eingearbeitet.

1. Frau Maria Heidrich (Pseudonym)

Zur Person:

Frau Heidrich ist schon vor schon vor zwei Jahren verstorben, aber ihre Geschichte auf der Station ist noch sehr präsent: „An dem Fall haben viele Pflegepersonen voll viel gelernt“.

Sie zeigte sich insgesamt sehr selbstbewusst und bestimmend. Frau Heidrich konnte auch nonverbal zeigen, wenn sie etwas nicht wollte, veränderte ihren Ausdruck, bekam dann einen ganz speziellen „Blick“ und schrie zeitweise. Aus dem Umstand, dass sie manchmal Nahrung ausspuckte, schloss das Team, dass sie über einen differenzierten Geschmackssinn verfügte.

Ihr wichtigstes biografisch motiviertes Utensil in ihrem Zimmer: Ein Nachttopf im Nachtkasten. Sie stammt aus bäuerlichem Milieu, der Mann ist im Krieg gefallen, sie hatte zwei Kinder, wobei der Lieblingssohn bereits tot ist, als sie ins Heim einzieht.

⁶ Ergebnisse vom Gespräch zu zwei BewohnerInnen auf der Station 2 im Haus St. Moritz

Als Angehörige hatte sie vor allem den zweiten Sohn und die Schwiegertochter. Den Umzug ins Heim hat der Sohn entschieden, der zu der Zeit selbst bereits (aus gesundheitlichen Gründen) in der Pension war.

Essen: Am liebsten hat sie Erdäpfel, Kraut und Fleisch gegessen, mit pürierter saurer Wurst hat das Team sie wieder von Flaschennahrung weggebracht. Sie hat gern und viel gegessen und war auch ziemlich korpulent.

Nachdem sie lange stabil geblieben ist, auch bis ganz zuletzt im Aufenthaltsbereich mit dabei war, war sie dann 3-4 Tage sehr verschleimt, hatte Fieber und ist mit 94 Jahren gestorben.

Was waren die Probleme?

Der Lieblingssohn Helmut (Pseudonym), allem Anschein nach ein Motorrad fahrender Lebemensch, war bereits vor dem Heimeinzug verstorben. Der zweite Sohn Otto (Pseudonym) war der Brave, Strebsame, bei ihr aber nicht beliebt. Das Team hat in diesem Zusammenhang beobachtet, dass der Sohn Geschenke für die Mutter nach einer gewissen Zeit wieder nach Hause nahm. Er hat seiner Mutter jedenfalls wenig mitgegeben bzw. gebracht und sich in erster Linie auf die Regelung von Finanzfragen konzentriert. Als er vom Team gebeten wurde, persönliche Gegenstände zur Ausstattung des Zimmers seiner Mutter zu bringen, brachte er nur ein eigenes Hochzeitsfoto, auf dem er und seine Frau zu sehen waren. Aus Sicht des Teams hat Frau Heidrich von ihrem Sohn Otto nichts bekommen, aber um den verstorbenen Sohn Helmut geweint.

Ihr Gatte hatte denselben Vornamen wie der Lieblingssohn. Wenn der Sohn gesagt hat, dass er ihr das Essen eingibt, hatte das Team den Eindruck, dass er allein alles aufisst bzw. sie unsachgemäß beim Essen unterstützt. „Da haben wir gewusst, er hat's gegessen. Es hat uns wehgetan, wenn er da war, weil wir gewusst haben, wie er das eingibt.“

Das Team hat daraufhin begonnen, dem Sohn auch Essen anzubieten.

„Das soziale Netz soll ja nicht abreißen. Das war schon so lange ihr Sohn“. Fundamental problematisch wurde erlebt, wenn der Sohn dem Team Vorwürfe machte – z.B. wegen eines offenen Fensters: „Ihr bringt's die Mutter um!“

Essen, Sprache, Sinne wurden gleichzeitig sukzessive abgebaut, zugleich wurde sie rast- und ruhelos. Vor allem nachts zeigte sie großen Bewegungsdrang.

Sie hat während ihres Aufenthalts auf der Station geistig rasch abgebaut, litt an einer Altersdemenz und bekam Schluckstörungen, bald musste das Essen eingegeben werden. Über Wochen und Monate hinweg wurde sie wie zu einem Baby. Hat gewippt, „Mama, Mama“ gerufen, lag in Embryonalstellung im Bett.

Wie wurde interveniert – welche pflegerischen Angebote gab es?

Pflegediagnose bzw. Schwerpunkte im Pflegeprozess: Frau Heidrich wirkte vom Allgemeinzustand her sehr reduziert, daher wurde auf Initialberührungen geachtet und auf alles, was ihr gut getan hat.

Eine große Rolle spielte die Verdeutlichung der Körpergrenzen, so wurde etwa das Gesicht mit einem Frotteesocken massiert. Auch ein Kopftuch wurde ihr angelegt, um die Begrenzung zu spüren, am Sonntag wurde ihr auch ein Steirerhut aufgesetzt, überhaupt achtete das Team sehr auf eine Wochen- und Feiertagsstruktur der Kleidung.

Weiters bemühte sich das Team, die Unruhe zu stabilisieren, Frau Heidrich zu schaukeln und den Atemvorgang mit stimulierenden Einreibungen zu unterstützen und körperliche Zuwendung geben, „das hat voll funktioniert“. Zur Ganzkörperpflege und Intimpflege hat das Team eine Spieluhr aufgezogen, um sie in eine ruhige Stimmung zu bringen. Beim Waschen wurde sehr auf Pausen geachtet.

Essen: Bezüglich Frau Heidrichs extremer Schluckstörungen setzte das Team ein Himmeltauflascherl ein und hielt und wiegte sie beim Saugen wie ein Baby, „dass sie sich spürt“. Man wollte damit vor allem eine PEG Sonde verhindern.

Diese Maßnahme war zu der Zeit aus der Perspektive des Teams im nächstgelegenen Krankenhaus üblich. Wer nicht essen konnte, dem wurde eine PEG Sonde gelegt. Ein Teammitglied meint: „Das ist auch heute noch so“. Das Team betrachtet es daher nach wie vor als große Gefahr, wenn Untersuchungen im Krankenhaus gemacht werden.

Bei Frau Heidrich konnte man aber mit der Zeit sogar „von süß auf sauer“ wechseln, hat ihr ein saure Wurst zerkleinert, den Mund gegen den Strich ausgestrichen, bis sie schließlich zur Freude des Teams wieder normale Kaubewegungen machte.

Die Frage des Essens wurde auch in den Fortbildungen von Maria Riedl thematisiert (psychobiografisches Pflegemodell). Sehr genau wurde beobachtet, ob Frau Heidrich schon kaut oder nur schluckt. So wurde immer wieder evaluiert, ob die Flasche noch notwendig war. Sobald Kaubewegungen sichtbar waren, wurde ihr jedenfalls auch Wurst und Zwiebel (püriert) verabreicht.

Nachdem Frau Heidrich die Prothese selbst entfernt hatte, konnte das Team ihr die Zähne im Zuge dieses Prozesses nach einer Weile wieder einsetzen, und zwar bestrichen mit ein wenig Marmelade, um sie im wahrsten Sinne des Wortes auf den Geschmack zu bringen. Sie hat dann schließlich sogar Schnitzel gegessen.

Sitzen, Ruhen, Bewegen, Sinne: Das Team achtete auf Nestchenlagerung in einem Lehnstuhl, auf Schaukeln im Bett, dann konnte sie besser einschlafen und ließ auch Berührungen zu. Beim Sitzen wurde ihr ein Sicherheitsgurt angelegt, der um den Stuhl gespannt war, um ihr zum Anhalten Sicherheit zu geben. Durch diese Unterstützung fühlte sich die Bewohnerin sicher genug, um das Sitzen im Lehnstuhl täglich zu ermöglichen.

Der Tag- Nachtrhythmus wurde mittels Jalousien unterstützt, am Morgen wurde für sie das Wetterpanorama im TV aufgedreht, damit sie die Volksmusik hören konnte.

Auf dem Kasterl standen Plastikblumen, und oft wurde ihr die Stationskatze auf den Schoß gelegt.

Biographiearbeit: Am Anfang konnte sie auch bei Biographierunden mitmachen, dabei kam z.B. ihr Wunsch nach einem Nachtopf heraus. Das Team nahm diesbezüglich sogar einiges auf sich: „Das ist immer voll daneben gegangen, aber das war uns wurscht.“

Ein Teammitglied organisierte einen Friedhofsausgang zum Familiengrab, dabei hat sie auf den Mädchennamen „Mitzi“ (Pseudonym) gehört.

Nachdem sie vom Heufahren erzählt hat, hat das Team ihr einen Heupolster gemacht

Das Team hat auch einen Besuch der Schwester aus einem anderen Pflegeheim organisiert. Diese war einmal Pfarrersköchin und brachte bei ihrem Besuch eine alte Uhr mit.

Religion/Spiritualität: Guten Kontakt gab es auch seitens des Theologen. Frau Heidrich war sehr religiös, speziell eine Marienverehrerin. Daher wollte sie immer bei der Stationskommunion mit dabei sein und mitbeten.

Was ist dabei genau gelungen?

Frau Heidrich ist die PEG Sonde erspart geblieben. Bis zuletzt war sie im Aufenthaltsbereich. An ihr konnte man den Erfolg der Fort- und Weiterbildungen sehen. „Früher haben die Leute dahin gelegen, das ist jetzt kürzer geworden, es gibt mehr Lebensqualität“.

Sie sind viel früher ins Bett gegangen und nicht mehr rausgekommen – bezogen auf die Tageszeit (schon um 16 Uhr oder 16.30 Uhr) und bezogen auf die Länge ihres Aufenthalts im Heim. Heute herrscht aus der Perspektive des Teams insgesamt mehr Autonomie, Abwechslung,

Wertschätzung, Liebe, Beziehung, Integration. Heute wird auch bis zuletzt gebadet. Ein Teammitglied meint: „Sie leben jetzt wirklich bis zum Schluss“.

Im konkreten Fall sind insbesondere folgende Interventionen gelungen:

Im Bett schaukeln, aufsetzen, beim Frühstück schaukeln: „Sie ist viel ruhiger geworden“.

Autonomie und Selbstbestimmung: „Ihr Wille wurde nicht gebrochen“, Frau Heidrich wurde respektiert. Kommentar eines Teammitgliedes: „Wann’st das nicht machst, brauchst gar keine Basale Stimulation machen“. Ein wichtiges Beispiel war der Nachttopf.

Von der Sprache her hat Frau Heidrich gut auf den Kindheitskosenamen „Mitzi“ (Pseudonym) reagiert, auch „Mitzi-Tant“ und generell Mundart hat gut gewirkt.

Den Sohn hat das Team so gut es ging integriert, sodass sie sogar Unterstützung erhielten: „Er hat uns öfter einmal geholfen.“ Und zur Krönung dieses Erfolges, hat sich der Sohn im Heim schließlich selbst angemeldet.

Als die Schwester von Frau Heidrich zu Besuch war, ist aufgefallen, wie präsent sie war: „Sie haben sich voll angeschaut, Schaukeln war nicht in der Situation“.

Solche Erfahrungen bauen das Team auf. Hierzu ein paar konkrete Aussagen:

- „Weil ich nach Haus geh’ und mir denke, das hat wieder voll gepasst“.
- „Für mich muss die Arbeit einen Sinn haben.“
- „Weil man merkt, sie werden wieder besser“.

„Das Beispiel motiviert einen für die anderen, weil man sieht, welche Möglichkeiten man hat.“

Ist etwas offen geblieben?

Das Teammitglied, das den Kontakt zur Schwester hergestellt hat, reflektiert:

„Persönlich hat es mir Leid getan, dass ich die Schwester nicht früher geholt habe. Der Sohn hat das nicht gewusst.“ Sie hat das aus einem Bauchgefühl heraus gemacht. „Wenn wieder so etwas ist, werde ich die Schwester früher holen.“ Die Schwester ist früher gestorben und hat immerhin beruhigt sterben können.

Bezüglich der Möblierung des Zimmers hätte das Team gerne mehr biographische Angebote gemacht: „Es ist irgendwie traurig, dass es von den Möbeln her nicht sehr biographisch war“ (nur besagter Nachttopf). Auch ein Foto von dem anderen Sohn wäre schön gewesen. Schließlich hätte auch der Einzug anders ablaufen können.

Gibt es eine weiterführende Frage?

Weiterführende Fragen wurden/werden bereits regelmäßig mit Frau Monika Jesche besprochen, z.B. als Frau Heidrich tagelang nichts getrunken hat fragte die Expertin: „Fehlt ihr was an Flüssigkeit?“ Das Team kam zu dem Schluss, dass sie hat an einem Tag so viel getrunken hatte, dass das für 3-4 Tage reichte.

Das Team hat auch reflektiert, dass man Intimpflege nur jeden zweiten Tag machen braucht: „Das trauen wir uns jetzt mehr – insbesondere seit sie mehr Ausbildung genossen haben.“

Das Team folgt dem Motto: „Es gibt immer eine Lösung. Und wenn wir keine Lösung finden, dann laden wir uns jemand ein“ – wie Monika Jesche.

2. Herr Wilhelm (Pseudonym)

Zur Person

Auch Herr Wilhelm ist bereits tot, aber auch seine Geschichte und die damit verbundenen Fragen sind für das Team sehr gegenwärtig. In seinem aktiven Leben war er Gemeindebeamter und ein sehr angesehener Mann, hat sich nur im Zuge seiner Erkrankung mehr und mehr aus dem gesellschaftlichen Leben zurückgezogen. Er ist früher gerne auf den Berg gegangen, mochte Volksmusik und hat in einem Chor gesungen.

Was waren die Probleme?

Herr Wilhelm kam in einem sehr schlechten Allgemeinzustand, mit einem Dekubitus an der Hüfte. Die Frau hat zu Hause alles alleine gemacht, war total überfordert mit der Betreuung und Pflege, daher beim Einzug ihres Mannes ins Heim komplett am Ende.

Das Haus war nicht übergeben, wurde auch wegen des Heimaufenthalts mit einer Hypothek belastet, die Frau hat deswegen eisern gespart, um nicht aus dem Haus zu müssen und zugleich das Heim finanzieren zu können. Sie hatte vor allem die Schreie ihres Mannes nicht mehr ertragen.

Herr Wilhelm hatte ein sehr lautes Organ, hat sehr viel geschrien, und zwar monoton: „Ahhhh!“ Auch das Team hat unter den Schreien gelitten: „Das zu tolerieren war schwer für uns.“ Die Pflegekräfte hatten es oft noch in den Ohren, nachdem sie das Heim schon längst verlassen hatten. „Zehn Stunden schreien und du bist heimgefahren und hast ihn immer noch gehört“. Das Team klagt im Rückblick noch über die „Machtlosigkeit, dass du nichts tun kannst“ – speziell wenn jemand im Nachtdienst allein war.

Aus der Perspektive des Teams hat die Frau ihn „überpflegt“. Sie hat ihn regelmäßig besucht und versucht, ihm Essen einzugeben. „Er hat meistens (für die Frau) essen müssen.“ Sie hat sich schrecklich geschämt für sein Verhalten, speziell zu Weihnachten, dass er stört. „Sie war komplett gepeinigt“, konnte die Situation nicht akzeptieren. Das Team vermutet, dass er sich durch das Schreien auch gegen seine Frau zur Wehr setzte.

Wie wurde interveniert? Welche pflegerischen Angebote gab es?

Ein wichtiges Ziel war, Herrn Wilhelm nicht durch Medikamente ruhig zu stellen. Mittels Vacc System (Saugdrainage in Dekubituswunde) wurde der Dekubitus an der Hüfte behandelt.

Das Team hat die Qualität seiner Schreie sehr genau verfolgt und sagte sich immer wieder, dass das eine Form von Autostimulation sei: „Das ist die einzige Möglichkeit, dass er sich spürt.“ Verschiedene Vibrationseffekte wurden eingesetzt: vibrierendes Klopfen mit einem kleinen Vibrationsgerät auf die Brust, wenn er schrie.

Manchmal war es etwas ruhiger, speziell, wenn er auf das Vibrationsgerät ansprach. Zur Vibration wurde in seine Matratze auch ein Radio platziert. Auch der Vibrationseffekt von Klangschalen wurde genutzt

Eine Antidekubitusmatratze wurde verwendet, und eine Nestchenlagerung (über den Kopf, über die Füße in der Nacht ein Handtuch) sollte Körpergrenzen fühlbar machen.

Je schneller man gearbeitet hat, desto lauter hat Herr Wilhelm geschrien. Beim Waschen wurde auf Adaptionszeiten und entsprechende Pausen zwischen den Teilwaschungen geachtet, um ihn langsam an den Vorgang zu gewöhnen

Intimpflege wurde nur nach dem Stuhlgang gemacht. Denn falls er grade nicht geschrien hat, hat er sofort zu schreien begonnen, wenn man mit der Intimpflege begann. So ging das Team nach dem Motto vor: „Alles, was ihm gut tut und alles nur, wenn es sein muss.“

Biographisch bezog sich das Team stark auf Stimme und Sprache. Zur sinnlichen Anregung wurden eine Himmeldekoration, Lichteffekte und Musik aus dem Radio eingesetzt, immer mit der Frage, ob nicht eine Überstimulation erfolge.

Im Team wurde genau überlegt, welche Pflegeperson in der Lage ist, mit dem Bewohner eine gelingende Kommunikation aufzubauen, im Sinne von Wohlbefinden und Lebensqualität.

Bei der Verteilung der Personalressourcen auf der Station wurde darauf geachtet, dass immer die gleiche Pflegeperson zu ihm hineinging. „Weil wir haben gewusst, dass das total negativ ist, wenn er sich umstellen muss.“

Ganzkörperbäder erfolgten etwa immer durch einen männlichen Kollegen in der Sprudelbadewanne mit Aromaölen und klassischer Musik. Ins Badezimmer wurde er mit dem Bett gefahren.

Interventionen bezogen sich auch auf die Frau und ihre Pflege, speziell was den Rhythmus betrifft. Hier achtete das Team einerseits sehr auf entsprechendes Verständnis: „Das ist ihr Mann, mit dem war sie 50 Jahre verheiratet. Sie war immer stolz auf das Familienleben, sie haben ein Häusel hingestellt, der Mann hat etwas dargestellt. Sie ist hereingekommen, schnell, schnell.“ Das Team hat viel mit ihr geredet, auf sie eingewirkt, dass sie in seiner Gegenwart langsamer wird.

Um die Belastungen im Team zu ertragen, wurden systematische Maßnahmen ergriffen: Zwischendurch abschalten, rauchen gehen, hinausgehen, „bevor man an die Grenze kommt.“ Psychohygienischer Austausch untereinander war wichtig („Er geht mir am Wecker“), wofür unter den BewohnerInnen kein Platz war. Auch Supervision wurde genommen.

Was ist dabei genau misslungen?

Es ist nicht alles misslungen. Der Dekubitus ist besser geworden, ansonsten hat alles gewirkt, was die Wahrnehmung gefördert hat. Bei den Bädern hat er das Sprudeln eindeutig genossen, dann auch nicht geschrien sondern wurde entspannt, hat dann oft geschnarcht bzw. nach ein paar Minuten geschlafen. Aber sonst war nie klar, was hilft. Auch das vibrierende Klopfen war nicht immer erfolgreich.

Es ist einiges gelungen, aber bei diesem Bewohner erinnert sich das Team in erster Linie an die problematischen Situationen: „Wir haben miteinander eine schwere Zeit gehabt, aber die Frau Wilhelm (Pseudonym) kommt immer noch rein.“ Vor allem hat nicht zuletzt die Frau viel gelernt. Immer wieder hat sie sich gefragt: Warum ist mein Mann so? Ihr konnte das Team zeigen, langsamer zu werden in der Pflege. So konnte bis heute eben auch ein guter Kontakt gehalten werden.

Gelingen scheint dem Team schließlich auch, einen sehr offenen Umgang untereinander zu pflegen, um jeweils zu klären, wer sich gerade kompetent fühlte, um das Schreien Herrn Wilhelms so gut zu ertragen, dass eine gedeihliche Pflegebeziehung gewährleistet sein würde. Teammitglieder, die es aus irgendeinem Grund gerade schlecht aushielten, konnten sich jeweils aus der Situation heraushalten.

Ist etwas offen geblieben?

Das Schreien war für alle Beteiligten eine große Belastung und Herausforderung. Vor allem ist nie klar geworden, was ihn dazu bewegte. Die Frage ist daher, was es außer dem Baden an Lösungen gegeben hätte?

Bewohner wie Herrn Wilhelm ziehen (durch Schreien) offensichtlich viel Aufmerksamkeit auf sich, andere bemühen sich darum, dass Pflegepersonen etwas länger bei ihnen bleiben, z.B. beim Blutdruckmessen. Was ist aber mit jenen, die leise sind und trotzdem Aufmerksamkeit brauchen? Wie schafft ein Team hier einen entsprechenden Ausgleich? Ein häufiges Thema in der Supervision war ein diesbezügliches schlechtes Gewissen. Wann ist es gerechtfertigt „nein“ zu

sagen? Das Team versucht, den BewohnerInnen gegenüber alles zu begründen, z.B.: „Frau XY, ich bin jetzt seit ½ 6 Uhr in der Früh da und geh jetzt heim“. Oder: „Jetzt mache ich noch das und das und dann komme ich.“ In diesem Sinne ist das Team auch stolz, wenn Abgrenzungen gelingen.

Gibt es eine weiterführende Frage?

Dieses Bewohnerbeispiel zeigt, dass es dem Team lieber wäre, wenn die Angehörigen früher an einen Heimeinzug dächten und nicht erst, wenn kaum mehr etwas von der Person selbst erhoben werden kann und das Team nur eine Fremdbiographie erhält. Bewohner, die so spät kommen wie Herr Wilhelm, können selber keine Wünsche mehr artikulieren.

Die Aus- und Weiterbildung

Das Team hat durch die systematische Ausbildung in Basaler Stimulation den gleichen Wissensstand, ist dadurch homogener geworden und sorgt auch dafür, dass neue MitarbeiterInnen dieselbe Haltung den BewohnerInnen gegenüber entwickeln. Dadurch ist die Beobachtungsfähigkeit gestiegen, was bei Dienstübergaben als sehr hilfreich erlebt wird. Die Teammitglieder üben auch zwischendurch immer wieder miteinander, holen sich bei Bedarf Supervision (prophylaktisch und anlässlich spezieller Situationen), wählen die SupervisorInnen aus und pflegen eine förderliche Fehlerfreundlichkeit. D.h. Fragen zu stellen ist erwünscht, Trial and Error ist möglich und gefragt.

Die Fortbildungen zum Pflegemodell nach Böhm (bzw. Riedl) haben mit der Zeit auch das Interesse der KüchenmitarbeiterInnen geweckt. Daher wurden auch ihnen diesbezügliche Vorträge angeboten.

Flache Hierarchie

Die Wege zwischen PDL und Team sind kurz, es werden keine Querspaltungen oder Spaltungen zwischen den Berufsgruppen wahrgenommen. Jedenfalls scheint es eine große diesbezügliche Wachheit zu geben.

Früher ist laut Pflegedienstleiter viel Macht von der Waschküche und der Küche ausgegangen. Da hat sich der Kunde an die Institution anpassen müssen – z.B. bezüglich hygienischer Auflagen. Früher gab es deshalb nicht einmal Würstel mit Saft als Extrawunsch.

Die Helferinnen haben früher eine ganz andere Einstellung gehabt. Allerdings ist es auch nicht nur harmonisch abgelaufen, das zu ändern. Einige sind von selber gegangen. Eine Mitarbeiterin schildert die Entwicklung anhand eines speziellen Falls: „Eine Helferin hat mich niedergemacht, weil ich selber ausgeschnittene Schneeglöckchen aufgehängt habe“. Auch wenn der Geschirrspüler am Morgen voll war, wenn BewohnerInnen in der Nacht Hunger bekommen haben, gab's Probleme.

Stationsschwester: „Man muss den Helferinnen eine Perspektive geben. Die waren früher extra gesehen“. Sie hat sie ins Team geholt, bietet auch Impulse der Fortbildung an, z.B. in Biografiearbeit.

Jetzt fühlen sich die Helferinnen aus der Perspektive der TeilnehmerInnen des Gesprächs ernst genommen und sind ins Tagesgeschehen eingebunden. „Auch die Helferinnen gehören zum Team, setzen sich zu den Dienstübergaben und Pflegevisiten“ (Stationsschwester).

Verhandeln von Differenzen

Es darf auch Auseinandersetzungen geben, sie sind sogar erwünscht. Stationsschwester Katharina: „Für mich wäre es sehr gefährlich, wenn wir alle gleicher Meinung wären“.

Wahlfreiheiten

BewohnerInnen und Teammitglieder haben weitestgehende Wahlfreiheit in den Beziehungen bzw. der Bezugspflege. „Der Bewohner sucht sich aus, wen er haben will“. Auch wenn

Teammitglieder bestimmte Arbeiten besonders gern erledigen oder auch gar nicht mögen, haben sie weitgehende Wahlfreiheit. Pflegedienstleiter: „Das ist die feine Pflegeklinge“. JedeR macht, was er/sie gern macht, es wird darauf geachtet, dass die Beziehungen passen. Arbeit wird auf diese Weise aufgeteilt, so wie es „passt“. Auch Tagesverfassungen von MitarbeiterInnen werden respektiert.

Zur Wahlfreiheit trägt auch die Infrastruktur bei. So ist die Wunschkost viel eher möglich als früher. Wenn jemand z.B. eine Eierspeise will, kann sie ohne Probleme in der Küche zubereitet werden.

Respekt und Wertschätzung

Persönlichen Stärken und Schwächen im Team sowie den einzelnen Biographien der MitarbeiterInnen wird mit Wertschätzung begegnet. O-Töne aus dem Team:

„Jeder hat sein Patzerl, was er beiträgt.“

„Es wird jeder angenommen mit seinen Stärken und Schwächen“.

„Man kann sagen, wie es einem wirklich geht, einem selber als Person.“

Haltung

Haltung erscheint dem Team viel wichtiger als somatische Aspekte. Sie wird daher auch geplant und entsprechend in der Pflegeplanung eingetragen. Rivalisierenden Rankings („Ich bin die liebste Schwester“) wird entgegengewirkt, um destruktive Spaltungen im Team zu vermeiden.

Abschließende Bemerkungen des Teams zu dem Gespräch

„Wir sind sehr gesprächig“.

„Gott sei Dank hat man solche Beispiele, dass man merkt, die Theorie ist wirklich so in der Praxis.“

„Das ist uns nie gesagt worden (in der Schule), dass man auch wieder etwas retour bewegen kann“. (Damit ist gemeint, dass die Symptomatik der Demenz sich auch wieder verbessern kann, z.B. dass ein Bewohner der sich nur über Schreien bemerkbar machen kann wieder zu einer sinnvollen verbalen Kommunikation zurückfindet).

„Man experimentiert, man hat es selten, sich extern auszutauschen“.

„Es ist schön, wenn man wem erzählen kann, was uns gut gelungen ist.“

3. Kommentar der Expertin für Basale Stimulation

In den beiden Beschreibungen der beiden Betreuungsverläufe zeigen sich viele Elemente des Konzeptes der Basalen Stimulation. Was das Gruppeninterview hingegen nicht leisten kann ist es, zu zeigen, wie die Pflegehandlungen ausgeführt werden - dazu diente die Methode der Beobachtung.

Die Elemente der Basalen Stimulation wurden in unterschiedlichen Aspekten sichtbar:

Durch die gesamte Beschreibung der Geschichte von Frau Heidrich zieht sich Respekt als eines der wichtigsten Basalen Elemente. Die Schilderung des ersten Betreuungsverlaufes macht klar, dass die Pflegepersonen die Bewohnerin differenziert wahrnehmen können, Veränderungen deutlich wahrnehmen und die Zusammenhänge der Sinne erkennen. Basale Stimulation wird auch von den Pflegenden als SINN-VOLL erlebt (am Beispiel der oralen Anbahnung zu erkennen).

Biografische Details sind bekannt, werden als wertvoll angenommen (z.B. sind die Lieblings Speisen bekannt).

Die „schwierige“ Familiensituation wird erkannt, beispielsweise wird ein „Problem“ zwischen Mutter/Sohn erkannt, allerdings gibt es hier keine befriedigend Lösung und die Pflegepersonen „leiden“ mit. Die Reflexionsfähigkeit des Teams wird an vielen Stellen sichtbar (auch wenn das

Team in der ersten Geschichte dennoch Vorwürfe des Sohnes erntet, so kann jedenfalls das „Dilemma“ benannt werden). Begrüßenswert scheint die Integration des Sohnes beim Essen, es ist in diesem Fall die „bestmögliche“ Lösung.

Die Reflexionsfähigkeit führt auch dazu, dass das Legen einer PEG-Sonde verhindert werden kann, was von Expertinnen Seite sehr befürwortet wird, jedenfalls nicht als selbstverständlich anzusehen ist.

Entwicklung des Teams wird in der Bewohnergeschichte an mehreren Stellen sichtbar: Offenbar hat das Team jetzt mehr Kompetenzen und Freiräume als früher, das Team lernt aus gemachten Erfahrungen, weiß sich zu helfen und sieht sich als „Lernende Organisation“)

Auch aus der Beschreibung des Verlaufes der Betreuung von Herrn Wilhelm, der vom Team als „weniger gelungen“ bezeichnet wird, gehen ebenfalls wichtige Erkenntnisse für die Umsetzung der Elemente der Basalen Stimulation im Alltag hervor.

Auch hier wird sichtbar, dass das Team die Situation reflektiert und interpretiert, so wird die Not der Ehefrau, aber auch des Bewohners bewusst. Das Team beschäftigt sich auch mit der Ehefrau und erkennt in ihr eine wichtige Bezugsperson.

Die Pflegepersonen erkennen, dass rasches Vorgehen nicht die Lösung ist. Zu erkennen, in welchem Moment das Team an seine Grenzen kommt, ist eine wichtige Leistung. Insbesondere das Motto: „Alles, was ihm gut tut und alles nur, wenn es sein muss.“ wird von der Expertin besonders begrüßt. Damit wird Individualität als Norm bewusst wahrgenommen und anerkannt.

Die Geschichte macht deutlich, dass Bezugspflege ein sehr wertvoller Part und auch eine basale Voraussetzung für gute Pflege ist.

Das Team als „Lernenden Organisation“ wird auch über die beschriebene Personalentwicklung deutlich. Im Sinne der Organisationsentwicklung werden andere Bereiche miteinbezogen und Helferinnen werden in das Team integriert.

Zusammenfassend wird in den Beschreibungen der beiden Betreuungsverläufe viel an Haltung/Einstellung sichtbar:

- wie das Team mit „Herausforderungen“ umgeht...
- wie sich die Pflegenden als Team erleben...
- wie sie den Pflegedienstleitung einbinden bzw. umgekehrt
- wie sie die BewohnerInnen wahrnehmen, begleiten, mit ihnen in Beziehung treten...
- wie sie die Angehörige sehen und mit ihnen und ihren Problem umgehen
- wie sie gemeinsam reflektieren und nach Lösungen suchen...
- dass sie sich nicht entmutigen lassen...
- wie sie sich Unterstützung von „Pflegexperten“ holen...
- ...

Abschließend eine Ermutigung an die Pflegepersonen - im Sinne von „Empowerment“ – durchaus selbstbewusster zu sein – ihr Beitrag ist kein „Patzerl“ sondern hat einen großen Wert.

1.6 Basale Stimulation in der Pflegedokumentation auf der Station

In der Fallstudie soll der Frage nach der Umsetzung der Basalen Stimulation auf der Station 2 im Pflegeheim St. Moritz nachgegangen werden. Ein wichtiges Element stellt hier die schriftliche Dokumentation dar. Insbesondere soll im folgenden Abschnitt die bewohnerbezogene Pflegedokumentation analysiert werden.

Dazu wurden zunächst die Gründerin der Basalen Stimulation und die Vertreterin der zweiten Generation danach befragt, was für die im Rahmen der Dokumentation von Relevanz ist. Daraus wurden Kriterien für die Pflegedokumentation im Sinne der Basalen Stimulation entwickelt, die im ersten Abschnitt dargestellt werden.

Von der Beobachterin wurden – in Absprache mit der Pflegedienstleitung und der Stationsleitung – drei Pflegedokumentationen ausgewählt, die zunächst anonymisiert und dann anhand der oben genannten Kriterien analysiert wurden.

1.6.1 Was macht eine gute Dokumentation im Sinne der Basalen Stimulation aus?

„Also eine Dokumentation nach Basaler Stimulation wäre eine, bei der man den Namen löschen kann und man würde sofort erkennen, wer die Person ist.“ Christel Bienstein

1. In der Pflegedokumentation wird der Bewohner, die Bewohnerin als Person wahrgenommen

In eine Dokumentation gehört nur das, was individuell ist. Zu dieser Individualität gehört nach Christel Bienstein, dass die BewohnerInnen mit ihrem Namen (ev. abgekürzt) benannt werden und nicht mit der Bezeichnung „Bew.“ oder „Pat.“

Es geht auch darum, die BewohnerInnen als Personen mit ihrer subjektiven Lebensqualität im Pflegebericht sichtbar zu machen. dass Dinge aufgezeichnet werden, die „etwas über den Menschen aussagen“. (I-BS2, 140-142) Also zum Beispiel zu dokumentieren: „...dass der sich gefreut hat, dass der geweint hat, dass er schwere Schmerzen hatte...“ (I-BS1, 142-143).

Das ist, so Christel Bienstein von größerer Relevanz, als die Frage, wann der Bewohner den letzten Stuhl gehabt hat oder ob die Bewohnerin letzte Woche erbrochen hat. Normale Abläufe und Pflegehandlungen sollten in die Pflegeplanung geschrieben werden und – wenn sie wie geplant und „normal“ stattfinden – mit den Worten „nach Plan“ dokumentiert werden.

2. Die Bewohnerin wird in der Dokumentation erkennbar, auch wenn ihr Name nicht ersichtlich ist.

Eine gute Dokumentation ist also eine, „(...) bei der man den Namen löschen kann und man würde sofort erkennen, wer die Person ist.“ Idealerweise lässt sich das in einer Fortbildung so verifizieren: Den Pflegepersonen wird eine Dokumentation von ihrer Station vorgelegt, bei der der Name der Bewohnerin auslackiert ist und sie werden gefragt, um welche Bewohnerin es sich handelt.

3. In der Dokumentation im Pflegebericht sollte auf jeden Fall die Wirkung festgehalten werden

Bei der Dokumentation im Pflegebericht sollte auf jeden Fall festgehalten werden, wie ein Angebot wirkt, welche Reaktionen oder dieser Mensch zeigt oder nicht zeigt. (I-BS1, 304-306)

Die Vertreterin der zweiten Generation nennt hier einige Beispiele: „(...) kann sich auf das Angebot einlassen, ist entspannt, der Tonus sinkt, macht den Mund auf, Eigenaktivität kommt beim Angebot, hört auf mit der Stereotypie.“ (I-BS1, 308-310)

4. Die Pflegeplanung soll die Biographie des Bewohners, der Bewohnerin enthalten.

Biographisches Wissen über die Bewohnerin soll in der Pflegeplanung festgehalten werden. Aus dem Bericht sollte hervorgehen, dass dieses Wissen auch genutzt wird. Christel Bienstein macht darauf aufmerksam, dass jedoch nicht alles Biographische in der Dokumentation veröffentlicht werden darf. Die BewohnerInnen haben ein Recht auf den Schutz ihre Privatsphäre. Als Beispiel wird angeführt, dass es manchen BewohnerInnen unangenehm ist, wenn das ganze Pflegeteam weiß, dass sie aus der Kirche ausgetreten sind. (I-BS2, 182-187). In diesem Sinne sollte die Biographie in der Dokumentation nicht „übergreifig gehandhabt“ werden.

5. Im Pflegeplan soll erkenntlich sein, dass nach Basaler Stimulation gepflegt wird

Es geht um die Wortwahl im Sinne der Basalen Stimulation, dass beispielsweise von Pflege*angeboten* (nicht von Pflege*maßnahmen*) die Rede ist. Der Pflegeplan sollte auch eine Tagesstruktur oder eine Wochenstruktur für diesen Menschen enthalten.

Die Elemente der Basalen Stimulation können in den Pflegeplan integriert werden, so die Vertreterin der zweiten Generation im Interview: „Ich habe es immer so gemacht, dass es im Pflegeplan integriert ist und in der Anamnese, da habe ich die Fragen, die aus der Basalen Stimulation kommen, kursiv geschrieben, so das man die einzelne Wahrnehmungsbereiche (und Fragen dazu) erkennen kann.“ (I-BS1, 341-344)

Beispiele für Fragen nach solchen Bereichen sind: „Wie gehen Sie mit Nähe um? Wo können Sie Nähe zulassen? Oder im vestibulären Bereich: Wie liegen Sie beim Schlafen? Auch beim Essen: Wie oft essen Sie? Wie viel essen Sie? Was essen Sie gerne? Was möchten Sie nicht?“ (I-BS1, 345-349)

1.6.2 Die Bestandteile der Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation auf Station 2 im Haus Str. Moritz besteht aus folgenden Blättern:

Die Pflegeplanung

Basierend auf den Aktivitäten des täglichen Lebens nach Nancy Roper werden die drei Kategorien Pflegediagnosen/Ressourcen, Pflegeziel/erwartete Ergebnisse und Pflegemaßnahmen geplant. Es wird die Häufigkeit, ein Kontrolldatum und ein Datum für das Ende der Maßnahmen geplant.

Durchführungsnachweis

Ein A3 Blatt in dem jeder Tag eines Kalendermonats dokumentiert wird. Die linke Spalte enthält durchzuführende Pflegemaßnahmen entlang der Aktivitäten des täglichen Lebens nach Nancy Roper. In den weiteren Spalten wird abgezeichnet, wer an welchem tag die Maßnahmen durchgeführt hat.

Pflegebericht

Dort wird täglich die individuelle Pflegesituation festgehalten

Psychobiographischer Pflegbericht

Dokumentiert werden hier besondere Ereignisse im Anlassfall.

IPK Pflegediagnostik

Diese hält die Diagnostik im Rahmen des „Integrativen Pflegekonzeptes“ nach maria Riedl fest
Biographie

Auf einem Blatt mit dem Titel „Was weißt Du über mich?“ wird eingetragen, was an neuem Wissen über die Biographie der Bewohnerin dazu kommt

Weitere Blätter

Die Pflegedokumentation enthält eine größere Zahl an weiteren Blättern, unter anderem: Stammblatt, Anamnese der Lebensaktivitäten nach Nancy Roper, Verordnungen, Medikamente, Physiotherapiebericht, Sturzrisikoskala, Braden Scala (Decubitusrisiko)

1.6.3 Die Analyse der Pflegedokumentation

1. Wird der Bewohner, die Bewohnerin in der Pflegedokumentation als Person wahrgenommen?

In den zur Verfügung stehenden Pflegeplanungen werden die persönlichen Stärken und Schwächen der Bewohnerinnen dokumentiert:

Für eine Bewohnerin, die laut Pflegeplanung in emotional belastenden Situationen (z.B. Streit mit Bettnachbarin) Wortfindungsstörungen zeigt, wird als weitere Symptome beschrieben: „Sieht Dinge/Personen, die nicht da sind. Redet mit denen, bekommt roten Kopf, schnellere Atmung, wird nervös, ist aufgebracht, Antrieb gesteigert“. Die Pflegepersonen erkennen auch in dieser Situation Ressourcen: „Kann Probleme und Gefühle/Ängste äußern und auch zeigen (z.B. weinen, ängstliche Mimik)“. Als Maßnahmen werden beispielsweise vorgeschlagen: „Im Problem versuchen, Frau A. zu orientieren, wenn Orientierung nicht möglich, versuchen zu validieren, für sie da sein, Zeit geben, zuhören (...) Wenn Angehörige da sind, die Situation erklären.“

Hier wird die Bewohnerin als Person in ihren individuellen Gefühlen und deren Ausdruck wahrgenommen. Es ist den Pflegepersonen offenbar bekannt, was bei genau dieser Bewohnerin die Probleme auslöst.

2. Wird die Bewohnerin in der Dokumentation erkennbar, auch wenn ihr Name nicht ersichtlich ist?

Die drei erhobenen Dokumentationen unterscheiden sich deutlich voneinander. Es werden individuelle Persönlichkeiten erkennbar. Zwei Beispiele

1. Herr S.: im Pflegebericht „Kontrolle der letzten BMI Werte – hat die 2 kg, die er nach den Kieferproblemen und der Zahnentfernung abgenommen hat, nun wieder zugenommen. Oder als Pflegemaßnahme „Hektik und Zeitdruck verspürt er - vermeiden“

2. Frau M.: in der Pflegeplanung steht: „Kann Überforderung zeigen durch Mimik (verkrampftes Gesicht, rote Gesichtsfärbung) und durch schnarchende Geräusche. Im psychobiographischen Pflegebericht steht für dieselbe Bewohnerin beispielsweise: „Mundpflege mit Heidelbeermarmelade gemacht. Frau M. macht gleich den Mund auf“.

Die drei Dokumentationen sind sehr unterschiedlich, es wird eindeutig klar, welcher Bewohnerin welches Blatt zuzuordnen ist. Die Bewohner und Bewohnerinnen werden in vielen Details beobachtet und beschrieben.

3. Wird die Wirkung im Pflegebericht festgehalten?

Anhand des oben genannten Beispiels kann gezeigt werden, dass die Pflegeberichte, die uns im Rahmen der Fallstudie vorlagen, die Wirkungen der Pflegehandlungen dokumentieren

„Mundpflege mit Heidelbeermarmelade gemacht. Frau M. macht gleich den Mund auf“.

4. Enthält die Pflegeplanung die Biographie des Bewohners, der Bewohnerin?

Es gibt auf der Station zwei Biographien. Die „offizielle“, die mit vielen Details auf dem Blatt „Was weißt Du über mich“ festgehalten wird. Diese ist für alle Pflegepersonen inklusive Schülern, Praktikantinnen und für Ärztinnen und Therapeutinnen u.s.w. zugänglich. Es gibt für manche BewohnerInnen eine informelle, geschlossene Biographie, nämlich dann, wenn die Bewohnerin einer Pflegeperson (meist der Bezugspflegeperson) einen Aspekt aus ihrer Biographie mitteilt, von dem sie nicht möchte dass es andere wissen. Oft geht es dabei um Gewalt in der Familie, oder um andere traumatisierende Erlebnisse.

5. Wird im Pflegeplan erkenntlich, dass nach Basaler Stimulation gepflegt wird?

Dieses Kriterium wird nur implizit erfüllt. Vieles, was dokumentiert wird, lässt die Grundhaltung der basalen Stimulation erkennen, z.B.: „Bewohnerin blickt nur in die Richtung, in die sie gelagert wird“.

Es werden auch Techniken der basalen Stimulation dokumentiert, z.B. „ Im Querbett oder in Seitenlage ASE [atemstimulierende Einreibungen] mit Olivenöl + ätherisches Öl (z.B. Lavendel, Fichtennadel, Rosengeranie, Eukalyptus, etc.)Vorsicht: nur 1 gtt verwenden!

Allerdings enthält das Formular keine spezifisch auf die Basale Stimulation abgestimmten Formulierungen, so ist z.B. von Pflegemaßnahmen (statt Angeboten) die Rede und die Techniken der Basalen Stimulation haben keinen eigenen Platz in der Planung und im Bericht.

Bei sehr genauer Durchsicht wird teilweise implizit sichtbar, dass die Station nach dem Konzept der Basalen Stimulation arbeitet.

1.7 Schlussfolgerungen aus Fallstudie 1 zur Umsetzung von Basaler Stimulation

1.7.1 Kriterien von guter Praxis in Basaler Stimulation

(aus dem Interview mit Christel Bienstein am 22.10.2008)

Strukturelle Hinweise

- Wie zeigt sich Normalität?
- Geruch
- Schwesternbereich mit Glas, „Kanzeln“? (Frage nach Rückzugsmöglichkeit von Personal)
- Aussehen wie zu Hause (Keine festen mittig aufgestellten Pflegebetten)
- Keine Wechseldruckmatratzen
- Sind viele BewohnerInnen aus den Betten, sind sie aktiv oder „abgestellt“ – z.B. vor dem Aquarium?
- Wie sind Übersiedlungsregelungen?
- Prinzipien in Wachkomastation?
- Dienstkleidung?
- Gibt es Wahrnehmungsräume?

Aktivitäten

- Angebote, die dem Lebensstil entsprechen (Ausflug auf den Marktplatz etc.) oder Altentherapeutin, die künstliche Situation schafft.
- Wird Nähe gelebt (nicht einfach so hinübergerufen)?
- Wird auf die Restfähigkeiten geachtet?
- Werden Kontakte angebahnt? (Beim Waschen, Baden, bei der Handmassage etc.)
- Wird Rhythmus der Menschen aufgenommen?
- In welcher Haltung wird gewaschen, werden Zähne geputzt?
- Wie wird mobilisiert (wird unter die Achseln gegriffen beim Heben oder am Becken angefasst)? Wird nur auf die Hebelwirkung geachtet oder Ressourcen orientiert gearbeitet? Oder erleben sich BewohnerInnen als Last, gewissermaßen als schwerer Kartoffelsack? Wird ernsthaft auf den menschlichen Körper geschaut?
- Was muss täglich sein, was wöchentlich?
- Wird zu viel getan, zu beruhigend (sodass BewohnerInnen zu viel schlafen)?
- Bei Zeitmangel: Werden trotzdem immer wieder Erfahrungen für die Betroffenen eingebaut?

Nahrungsaufnahme

- Gute Atmosphäre, gemeinsames Essen
- Werden alle Sinne angesprochen? (Gemeinsames Kochen und Essen)
- Wie wird beim Essen unterstützt?
- Steht das Personal kontrollierend dahinter und gibt Essen von oben herab ein oder nimmt es die BewohnerInnen ernst?

- Werden Zwischenmahlzeiten vorgehalten? (speziell wenn eine Mahlzeit nicht durchgehalten werden kann)
- Entspricht das Essen dem gewohnten Lebensstil?

Kleidung

- Nicht nur Jogginganzüge, sondern richtige Kleidung

Individueller Schlaf- Wachrhythmus sowie Essenszeiten

- Woran hat er/sie Freude?
- Wovor hat er/sie Angst?
- Wie häufig erträgt er/sie Baden?
- Struktur als Orientierung, aus der man ausscheren kann
- Rituale beim Essen und beim Schlafengehen etc.

Herausforderndes Verhalten

- Werden Menschen, die rufen oder schreien isoliert?

Angehörige

- Werden Angehörige ernst genommen? Geht man auf sie aktiv zu?
- Gibt es unter Umständen auch Pflege der Angehörigen (wenn das dazu führt, dass es dem Bewohner gut geht)?

Pflegedokumentation

- Sagt die Dokumentation etwas über die Menschen aus? Wann gefreut, wann geweint?
- Ist sie individuell gehalten oder stehen da nur Dinge drin, die nach Plan ablaufen?
- Kann man aus der Dokumentation schließen, wer wer ist, wenn die Namen gelöscht würden?
- Was wurde versucht und nachher geprüft?
- Steht da womöglich nur x Mal: „Hat eingekotet, hat eingenässt“ etc. – ohne Folgerungen und dokumentierten Bemühungen?
- Gibt es eine Biographie? Ist sie übergriffig (werden zu intime Fragen gestellt, z.B. nach Streit in der Familie?) Ist sie zugänglich bzw. was ist wem zugänglich?

Teamkultur

- Berät sich das Team untereinander, was hilft, was gut tut?
- Gibt es Teamreflexion?

Auf der Ebene der Organisation

- Personenzentrierter Ansatz besser als Basale Stimulation, sonst werden womöglich Menschen basal stimuliert, die das gar nicht wollen.

1.7.2 Basale Stimulation als innovatives Pflegekonzept

Seitens aller am Prozess beteiligten (Pflege-)Personen bedarf es für die Umsetzung der Basalen Stimulation einerseits umfangreichen und expliziten Wissens und andererseits einer bestimmten Haltung und Einstellung, die sehr treffend von der Pflegewissenschaftlerin Abt-Zegelin (2006) wie folgt, dargelegt wird:

„Die Erkenntnisse aus der Basalen Stimulation sind für mich ganz grundlegende Herangehensweisen: Wie ich einen Menschen anfasse, ob ich ihm grundsätzlich Wahrnehmungsfähigkeit unterstelle, ob ich ihm etwas Vertrautes und Wohltuendes anbieten möchte, ob ich mich überhaupt für ihn als Person interessiere, ob ich die Vorgaben der Institution auch manchmal situativ vernachlässigen kann und vieles andere mehr“ (S. 38).

Dieselbe Autorin schreibt an anderer Stelle, dass die derzeitigen Rahmenbedingungen unter denen Pflege geleistet wird, eine menschliche Begegnung in oben genannter Form erschweren (vgl. S. 39). Durch die fortschreitende technische Entwicklung tun sich im pflegerischen Praxisalltag zunehmend Spannungen zwischen technischen und menschlichen Aspekten der Pflege auf. Der durchaus positive technische Nutzen bedroht oftmals gleichzeitig die Würde und Autonomie des Menschen.

Die Umsetzung des Konzeptes ist immer noch abhängig von zumeist einzelnen Personen oder kleineren Personengruppen, die ihre Arbeit als „Pioniertätigkeit“ erleben. Der Übergang in die Selbstverständlichkeit wird vermutlich noch eine Weile dauern und bedarf neben Zeit, Mut, Geduld und Engagement auch pflegewissenschaftlicher Begleitung.

„PraxisbegleiterIn für Basale Stimulation in der Pflege“, können den Prozess der Implementierung gezielt unterstützt und begleiten und leisten somit einen wert- und sinnvollen Beitrag zur Weiterentwicklung und Professionalisierung der Pflege.

1.7.3 Die Station 2 im Pflegeheim St. Moritz – ein Model of Good Practice

Die Fallstudie wurde bewusst in einer Einrichtung durchgeführt, die als „Model of good practice“ zu bezeichnen ist. In der Auswahl wurde nicht nach forscherschen Kriterien wie Zufallsprinzip, Repräsentativität oder theoretical sampling vorgegangen. Sondern jene Einrichtung gewählt, die uns von Vertreterinnen der Basalen Stimulation als eine genannt wurde, in der die Umsetzung gelingt. Dies war uns als Forscherinnen wichtig, weil wir verstehen wollten, was dazu führt, dass Umsetzung gelingt, was also förderliche und hinderliche Faktoren für die Umsetzung sind.

Dass es sich bei der Einrichtung um ein Model of Good Practice handelt, lässt sich aufgrund der Erhebungen in der Fallstudie nun tatsächlich empirisch bestätigen.

Die Kriterien für die gelungene Umsetzung der Basalen Stimulation, wie sie von der Gründerin im Interview benannt werden, finden sich in den empirischen Daten wieder, dies konnte in der Interpretation der einzelnen Erhebungsschritte (Beobachtungen, Bewohnergeschichten und Analyse der Pflegedokumentationen) gezeigt werden.

Darüber hinaus lassen sich auf Basis der Fallstudie Erkenntnisse gewinnen, in Bezug auf förderliche und hinderliche Faktoren für die Umsetzung der Basalen Stimulation, die im Folgenden beschrieben werden sollen.

1.7.4 Die Umsetzung der Basalen Stimulation ist ein zyklischer Prozess.

Es handelt sich nicht um eine einmalige Implementierung, die danach als auf der Station verankert angesehen werden kann, sondern um einen zyklischen Prozess, der ständig durchlaufen werden muss. Gerade in einem Arbeitsfeld, das von hoher Fluktuation des Personals gekennzeichnet ist, muss immer wieder mit neuen MitarbeiterInnen umgegangen werden. Das Konzept der Basalen Stimulation muss hier ständig neu vermittelt werden. Das ist auch eine Investition in die Aus- und Weiterbildung der neuen MitarbeiterInnen.

Auf der Station können die Forscherinnen beobachten, dass Irritation von außen willkommen ist. Sie wird als Quelle der Erkenntnis genutzt, um das Konzept der Basalen Stimulation auf der Station zu erneuern. So wurden die Feedback Gespräche, die die Forscherinnen anhand ihrer Beobachtungen und Erhebungen geführt haben von den Station dazu genutzt, implizites Wissen aus der Basalen Stimulation wieder explizit zu machen. z.B. Wurde wieder bewusst, welcher Zusammenhang mit der Theorie der Basalen Simulation besteht, wenn routinemäßig am Abend die Jacke einer Bewohnerin auf ihre Sessellehne gehängt wird. Auch das Reflektieren der Bewohnerinnengeschichten wurde in diesem zyklischen Prozess der ständigen Erneuerung des Konzeptes auf der Station eingeschleust. Reflexion bringt explizites Wissen hervor. Dies kann besonders gut weitergegeben werden, weil jeweils eine Begründung, warum etwas so oder anders getan wird formuliert werden kann.

1.7.5 Die Umsetzung der Basalen Stimulation auf der Station 2 erfolgt auf drei Ebenen

1. Ebene der individuellen persönlichen Grundhaltung

Diese Ebene wird beispielsweise daran deutlich, dass alle Mitarbeiterinnen selbstverständlich anklopfen, bevor sie ein Zimmer betreten oder an der Beobachtung, dass sich Mitarbeiterinnen neben liegende Bewohnerinnen hinsetzen, um mit ihr „auf gleicher Augenhöhe“ Kontakt aufzunehmen. Die Grundhaltung ist schwer über Fortbildung zu vermitteln. Es geht, so wird das unter anderem beschrieben, um Werte im Rahmen eines humanistischen Menschenbildes, die mitgebracht werden und ev. explizit gemacht werden. Diese Grundhaltung ist existentiell für die gute Umsetzung der Basalen Stimulation, sie ist jedoch nicht spezifisch für die Methode – sie wird für die Umsetzung der Validation mit ähnlichen Kriterien beschrieben.

2. Ebene der sog. Teamkultur

Die Bezeichnung Teamkultur wird hier aus dem Interview mit den Leitungspersonen übernommen. Auf dieser Ebene geht es um Rahmenbedingungen der Station, die teilweise schon beim Bau gesetzt wurden, z.B. die Entscheidung für ein Schöpfsystem, statt eines Tablettsystems bei der Essensausgabe, die Gestaltung des Aufenthaltsraumes oder der Bettnische gehören hierher. Voraussetzung dafür, dass Basale Stimulation umgesetzt werden kann ist ein System der Gruppen- und Bezugspflege. Auch die beobachtbare Flexibilität des Tagesablaufs und der Diensterteilung sind ein Zeichen für die Teamkultur im Sinne der Grundhaltung der Basalen Stimulation.

Die Rahmenbedingungen kommen allen Bewohnerinnen gleichmäßig zugute, sie sind gut sichtbar, aber werden oft nicht mehr bewusst erlebt. Die Ebene der Teamkultur ist in hohem Maße eine Frage der bewussten Entscheidungen der Leitungspersonen und eine Frage von Ressourcen, von denen viele auf Trägerebene fallen.

3. Ebene der speziellen Angebote und Techniken der Basalen Stimulation

Die Durchführung von bestimmten Angeboten, wie zum Beispiel wahrnehmungsfördernde Waschungen, die bestimmten Bewohnerinnen zugute kommen, ist eng damit verknüpft, dass diese in Fortbildung gelehrt und von den einzelnen Pflegenden geplant, durchgeführt und dokumentiert werden. Sie sind ein Ausdruck von pflegerischer Professionalität und bedürfen zwar grundsätzlich des Einverständnisses der Leitung, dass diese Pflegehandlungen gut geheißen werden, sind aber in der Durchführung von der Leitung und von den Rahmenbedingungen weitgehend unabhängig.

1.7.6 Das Konzept der Basalen Stimulation durchzieht alle relevanten Prozesse, Strukturen und Entscheidungen im Pflegeheim

In den Erhebungen der Fallstudie kamen eine große Zahl an Prozessen, Strukturen und Entscheidungen zur Sprache oder wurden sichtbar, in denen die Umsetzung der Methode

beobachtbar ist. Es handelt sich um alle für das Pflegeheim relevanten Prozesse, wie zum Beispiel:

- a. Bauliche und räumliche Gestaltung
- b. Personalentwicklung: Einschulung neuer Mitarbeiterinnen, Auswahl der Mitarbeiterinnen, Begleitung von Praktikantinnen
- c. Ethische Entscheidungen, diese sind von der Grundhaltung des Respekts vor dem Willen der Bewohnerinnen geprägt.
- d. Die Planung von Pflege: unter anderem wird das System der Bezugspflege als Voraussetzung beschrieben. Die Gestaltung des Dienstplans und die Durchführung der Grundpflege richten sich nach den Bedürfnissen der Bewohnerinnen, z.B. danach ob eine Bezugspflegeperson im Dienst ist.
- e. Die Pflegedokumentation spiegelt die Grundhaltung und die Techniken der Basalen Stimulation wider.

1.7.7 Die Umsetzung der Basalen Stimulation erfolgt sowohl bottom up als auch top down

Die Implementierung der Methode auf der Station erfordert einen Prozess, der sowohl bottom up (nahezu alle pflegenden Mitarbeiterinnen haben eine Fortbildung in Basaler Stimulation gemacht) als auch top down (die Leitung trägt das Konzept mit und trifft die notwendigen Entscheidungen) eingehängt ist.

1.7.8 Die Weiterbildung zur Basalen Stimulation, so zeigt die Fallstudie, erfolgt expertinnenbasiert und monodisziplinär

Dieser starke Fokus des Konzeptes auf die Weiterentwicklung der Berufsgruppe der Pflege spiegelt sich auch in den Weiterbildungsangeboten wieder, hier ist jedoch gerade einiges im Fluss. Für Basale Stimulation in der Pflege® gibt es folgende Weiter- Bildungsangebote in Österreich:

Fortbildungen

Basisseminare für die Dauer von 3 Tagen, in denen eine Einführung in die Grundkenntnisse angeboten wird. Daran anschließend besteht die Möglichkeit, Aufbau-seminare mit der Dauer von 2 Tagen zur Vertiefung verschiedener Schwerpunkte zu besuchen. Zusätzlich gibt es weitere Vertiefungstage bzw. Reflexionstage mit spezieller Schwerpunktsetzung. Am Ende der Seminare gibt es für alle Beteiligte eine Teilnahmebestätigung.

Diese Fortbildungen werden von ausgebildeten „PraxisbegleiterInnen für Basale Stimulation® in der Pflege“ angeboten. An diesen oben erwähnten Seminaren können alle Pflegepersonen (z.B.: Diplomierte Pflegepersonen, Pflegehelfer, Altenfachbetreuer) teilnehmen. Ebenso ist es auf Wunsch möglich, interessierte Personen aus anderen Berufsgruppen wie Medizin und Therapie (Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Angehörige, ehrenamtlich tätige Mitarbeiter) einzubinden. Es ist sehr wichtig anzumerken, dass die Anwendung von basalstimulierenden Angeboten im Praxisfeld vom jeweiligen Berufsbild bzw. von der individuellen Stellenbeschreibung abhängig ist. Es kann also sein, dass beispielsweise „Ehrenamtlich tätige Personen“ in einem Seminar etwas sehen oder lernen, was sie aufgrund der Gesetzeslage nicht anwenden dürfen. Jeder Seminarteilnehmer ist dahingehend auch entsprechend zu sensibilisieren und die Anwendung von basalstimulierenden Elementen in der Praxis muss von der ausführenden Person gut reflektiert werden.

Ein weiteres sehr wertvolles und vertiefendes Bildungsangebot wird im Folgenden näher beschrieben.

Weiterbildung „PraxisbegleiterIn für Basale Stimulation® in der Pflege“

Seit über zehn Jahren wurden in Österreich an der NÖ Landesakademie – Abteilung Höhere Fortbildung in der Pflege, in Mödling, Weiterbildung zur „PraxisbegleiterIn für Basale Stimulation® in der Pflege“ angeboten. Seit 1997 haben nunmehr in etwa 100 diplomierte Pflegepersonen aus dem gesamten Bundesgebiet diese Ausbildung bzw. Weiterbildung erfolgreich abschließen können.

Diese PraxisbegleiterInnen arbeiten vorwiegend in der Pflegepraxis in unterschiedlichsten Aufgabengebieten wie beispielsweise in der Akutkrankenpflege, im Langzeitpflegebereich oder in Rehabilitationseinrichtungen und einige von ihnen bieten auch oben erwähnte Fortbildungen (wie Basisseminare, Aufbau-seminare, Reflexionstage....) an.

Die Zugangsvoraussetzung für diese Weiterbildung war bisher an ein Diplom für die allgemeine oder spezielle „Gesundheits- und Krankenpflege“ und eine mindestens zweijährige Berufserfahrung gebunden. Diese berufsbegleitende Ausbildung beinhaltet 240 Stunden Theorie und 240 Stunden Praxis und erstreckt sich über einen Zeitraum von etwa 12 Monaten. Diverse Hospitationstage, Lerngruppensitzungen sowie ein hohes Maß an Selbsterfahrung und Reflexion runden die Ausbildung ab. Den Abschluss der Weiterbildung bilden die Präsentation einer selbst verfassten schriftlichen Abschlussarbeit sowie ein Prüfungsgespräch über die Ausbildungsinhalte. Der Lehrgang wird nach § 64 des GuKG und der Gesundheits- und Krankenpflege Weiterbildungsverordnung durchgeführt. Nach erfolgreich abgelegter Abschlussprüfung wird ein Lehrgangszeugnis ausgestellt. Eine Führung des Zusatzes „Praxisbegleiterin für Basale Stimulation® in der Pflege“ zur Berufsbezeichnung ist vorgesehen.

Es ist hier wichtig anzumerken, dass diese Weiterbildung ab 2010 von der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Neunkirchen (Niederösterreich) übernommen wurde. Ebenso ist es sehr wichtig zu betonen, dass sich die Zugangsvoraussetzungen verändert bzw. erweitert haben. Diese Ausbildung ist nun nicht mehr nur für „Diplomierten Pflegepersonen“ vorgesehen sondern richtet sich ebenso an interessierte Personen anderer Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen (wie Medizin und Therapie). Welche basalstimulierenden Angebote im Praxisfeld von den Absolventen dann zur Anwendung kommen, entscheidet auch hier selbstverständlich das jeweilige Berufsbild bzw. der gesetzlich verankerte Tätigkeitsbereich.

Diese erfreuliche Entwicklung erweitert den bisher monodisziplinären und expertinnenbasierten Fokus der Basalen Stimulation und schafft vermutlich auch eine noch bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit zum „Wohle des Pflegeempfängers“. Genau diese Faktoren können auch zu einer Stärkung und Weiterentwicklung der Professionalisierung der „Gesundheits- und Krankenpflege“ beitragen, da es vermutlich zu vielen anregenden und wertvollen Diskussionen kommen wird.

1.7.9 Handlungs- und Entscheidungsspielräume nutzen

Bei gleichen Rahmenbedingungen (Personal, Hygienestandards, Arbeitsrecht, Versicherungsrecht) scheint es in manchen Einrichtungen besser zu gelingen, die personenzentrierte Haltung zu leben, als in anderen. Die Station, die in dieser Fallstudie beschrieben wird, ist ein Beispiel für das bessere Gelingen. Auffallend ist im Rahmen der Fallstudie, dass in der beobachteten Einrichtung auf allen Hierarchieebenen (Träger, Heimleitung/PDL, Stationsleitung) dazu ermutigt wird, vorhandene Entscheidungs- und Handlungsspielräume zu nutzen.

An einem Beispiel: In einem anderen Forschungsprojekt (TRAFO Broschüre zitieren) wurde berichtet, dass Pflegenden, die sich trotz ihrer überwältigenden Trauer nicht ins Krankenhaus begeben haben, um sich von einer Bewohnerin zu verabschieden, unter anderem deswegen, weil Besuche im Krankenhaus nicht als Teil der Aufgaben für Pflegenden vorgesehen sind. Auf der Station 2 wird es als selbstverständlich beschrieben, sowohl zur Begrüßung der neuen

Bewohnerinnen ins Krakenhaus oder zu den Menschen nach Hause zu gehen, als auch um sich an ethischen Entscheidungen, wie z.B. rund um das Legen einer PEG Sonde, zu beteiligen.

1.7.10 Bestimmte Mindestpersonalausstattung einhalten.

Trotz Karenzierungen und Krankenständen erfolgt Kompensation über kurzzeitige Überstunden und längerfristig über das Verhandeln von Vertretungen. Es wird dadurch eine bestimmte Tagespräsenz in der Pflege nicht unterschritten, was als Voraussetzung für die Umsetzung der Basalen Stimulation beschrieben wird.

1.7.11 Verankerung des Konzeptes in der Organisation

Nicht alle Probleme der BewohnerInnen lassen sich mit Angeboten aus dem Konzept der Basalen Stimulation lösen. Die Elemente der Wahrnehmungsförderung werden als besonders geeignet für jene BewohnerInnen bezeichnet, die sich nicht mehr verbal mitteilen können und daher eine besondere Zuwendung benötigen. Eine individuelle Entwicklungsförderung kann Menschen mit Wahrnehmungsveränderungen neue Orientierungspunkte zu sich selbst und ihrer Umwelt bieten.

Es ist als eine Stärke der Theorie der Basalen Stimulation zu bezeichnen, dass sie die Bedeutung der Beziehung und der Kommunikation zwischen Pflegebedürftigen Menschen und ihren Pflegepersonen hervorhebt. Dieser Fokus auf die individuelle Beziehung und auf die einzelnen handelnden Pflegenden in ihrer Kommunikation mit den Pflegebedürftigen prägt auch in der Literatur zur Basalen Stimulation die Vorstellung davon, was Umsetzung bedeutet.

Die Erkenntnisse aus der Fallstudie legen einen weiteren Fokus nahe, in Bezug auf die Frage, was Umsetzung bedeutet. Es geht darum, die Methode der Basalen Stimulation nicht nur bei den einzelnen Personen zu verankern, sondern in den organisationalen Zusammenhang auf der Station und im Pflegeheim einzubetten. Die Einführung und Umsetzung der Basalen Stimulation greift in alle Prozesse und Strukturen auf der Station und im weiteren Sinn in der ganzen Einrichtung ein. Sie verändert den Alltag und die Kultur des Teams auf der Station, sie nimmt Einfluss auf Entscheidungen und Rahmenbedingungen und umgekehrt, Leitungsentscheidungen und Rahmenbedingen der Einrichtung und des Trägers bestimmen mit, in wie weit Basale Stimulation umgesetzt werden kann. Die Implementierung von Basaler Stimulation kann also als Intervention in das soziale System Pflegeheim aufgefasst werden. Eine wesentliche Conclusio aus der Fallstudie ist es, dass Weiterbildung als einzige Maßnahme zur Umsetzung zu kurz greift, die Implementierung des Konzeptes der Basalen Stimulation ist als komplexe Aufgabe von Leitung und Mitarbeiterinnen zu sehen.

Literatur

Bienstein, Christel; Fröhlich, Andreas (2007): Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen. 4. Aufl., Kallmeyer, Düsseldorf.

Kostrzewa, Stephan; Kutzner, Marion (2007): Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung. 3.Aufl., Verlag Hans Huber, Bern.

Nydahl, Peter; Bartoszek, Gabriele [Hrsg.] (2003): Basale Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker. 4. Aufl., Urban & Fischer Verlag, München.

Yin Robert K. (1988): Case Study Research. Design and Methods. Newbury Park: Sage

Zegelin Angelika.: Rückblick auf (fast) 15 Jahre „Basale Stimulation in der Pflege“. In: Rundbrief Internationaler Förderverein Basale Stimulation in der Pflege, 10. Ausgabe, Oktober 2006, Stuttgart

1.8 Exkurs: Räumliche Gestaltung im Kontext basaler Stimulation

Gabriele Erlach-Stickler

In diesem Abschnitt wird der Bedeutung des Wohnens für den Menschen in Verbindung mit dem Eintritt in ein „Heim“ nachgegangen. Aus relevanter Literatur wird herausgearbeitet, welche Faktoren dabei auf den Menschen förderlich oder hemmend einwirken. Ebenso werden die Bedürfnisse der Betroffenen fokussiert hervorgehoben, um zu begründen, warum ein Wohnraum eine bestimmte Ausstattung bzw. besondere Angebote aufweisen soll. Menschen benötigen die Chance, die für sie zunächst fremde Umgebung als neuen Lebensraum zu entdecken bzw. sinnlich zu erfahren. Dadurch entsteht mehr Sicherheit und Vertrauen, zu sich selbst, zur Umwelt und zur Mitwelt.

Wohnen stellt ein Grundbedürfnis des Menschen dar. Die bekannte Redewendung „Einen alten Baum verpflanzt man nicht“ macht deutlich, dass gerade für ältere Menschen die „Verwurzelung“ und Geborgenheit in ihrer vertrauten Wohnumgebung wichtig sind. Die Auswirkungen des Umzugs in ein Pensionisten- oder Pflegeheim sind für den alten Menschen besonders gravierend, weil der Eintritt eine enorme Veränderung bezüglich der persönlichen Unabhängigkeit und Selbstbestimmung darstellt.

Eintritt heißt „Eintreten, Hereinkommen, Beitritt, Aufnahme, Anfang, Beginn“ (RADSZUWEIT / SPALIER 2000, S. 204). Demzufolge kann der Heimeintritt als „Anfang“ oder „Beginn“ angesehen werden, bei welchem eine vertraute Wohnform zugunsten einer neuen, institutionalisierten aufgegeben wird.

Für den Existenzphilosophen Otto Friedrich BOLLNOW heißt Wohnen, an einem bestimmten Ort zu Hause und in ihm verwurzelt sein, dort hingehören (1963, S. 125). Die zentrale Bedeutung des Wohnens für die menschliche Existenz wird damit deutlich akzentuiert. Wohnen bedeutet weit mehr als Aktivität und Aufenthalt in einer Umwelt. An einem bestimmten Ort zu Hause sein impliziert Geborgenheit, einen fixen Bezugspunkt und Verwurzelung. Der Autor beschreibt sehr anschaulich den Charakter der Pendelbewegung „Fortgehen und Zurückkehren“ wie folgt: „Das Fortgehen ist keine beliebige Bewegung im Raum, sondern der Mensch geht fort, um irgend etwas in der Welt zu besorgen, um irgend ein Ziel zu erreichen, kurz um irgend eine Aufgabe zu erfüllen, aber wenn er sie erfüllt hat, (oder auch wenn er in seinem Vorhaben gescheitert ist), dann kehrt er in seine Wohnung als in seine Ruhelage zurück.“ (a. a. O., S. 58) Fortgehen heißt also in diesem Kontext, sich vorübergehend von einem Ruhepunkt zu entfernen, um danach wieder zu einem Ausgangspunkt zurückzukehren. Der Autor unterscheidet zwischen einem gegenwärtigen Aufenthaltsort und einem Ort, an den man „gehört“.

Die eigene Erfahrung zeigt, dass in Institutionen dieses „Aufbrechen und Ankommen“ sehr häufig zu beobachten ist. Viele alte Menschen sind (oftmals unermüdlich) in Bewegung. In unterschiedlichen Rhythmen bewegen sie sich in ihrem Zimmer, auf dem Gang, im Aufenthaltsbereich aber auch außerhalb des Gebäudes. Die Zeit ist oft geprägt davon, dass Menschen auf „Etwas warten“ oder „Suchend umherlaufen“. Das Leben in fremd eingerichteten und gestalteten Räumen vermittelt daher zeitlich gesehen den Eindruck eines „nur vorübergehenden Aufenthaltes“ und so ist es auch zutiefst verständlich, dass die immerwiederkehrende Suche nach der Heimat bzw. das „Aufbrechen nach Hause“ einen Fixpunkt im Tagesgeschehen darstellt. Können Menschen ihre auftretenden Wünschen und Emotionen nicht verarbeiten, bzw. fühlen sie sich von der „Fremden Um-Welt“ bedroht, entstehen häufig Eskalationen die sich wiederum auf das gesamte Umfeld auswirken. Auftretende Gefühle wie beispielsweise Aggression, Trauer, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit erschweren den Prozess des Einlebens und beeinflussen zudem das körperliche und seelische Wohlbefinden.

Der deutsche Erziehungswissenschaftler, Sozialpädagoge und Soziologe Wolfgang VOGES schreibt dazu sehr treffend: Der fehlende soziale Bezug zum Wohnumfeld beeinflusst das

psychische Befinden, wobei die sozialräumlichen Veränderungen häufig bedrückender empfunden werden als die Krankheit selbst. Sie begünstigen sogar eine tief greifende Resignation. Es gibt daher innerhalb der ersten sechs Monate unter den neuen Heimbewohnern eine außerordentlich hohe Sterberate. Die aus dem Umzug resultierenden psychosozialen Probleme werden häufig als „Relokationseffekt“ bezeichnet. Die wichtigste Aufgabe der Altenhilfe, so der Autor, soll daher darin bestehen, die neuen Heimbewohner mit Wohnbereich und Wohnumfeld vertraut zu machen (1993, S. 89 f.).

Die Umweltpsychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut „Wohnen und Umwelt“ in Darmstadt, Antje FLADE, geht auf Basis theoretischer und empirischer Erkenntnisse insbesondere auf die Aneignung des Raumes näher ein. Ein Mensch, der die Zimmer seiner Wohnung möbliert, dekoriert, mit Büchern, Pflanzen und Reiseandenken füllt, eignet sich ein Stück Umwelt an. Das charakteristische Merkmal von Aneignung ist dabei, dass der Mensch zu all diesen Dingen und Räumen eine Beziehung entwickelt. Er schafft somit seine persönliche Umwelt, indem er sie gestaltet. Gleichzeitig ist er selbst immer auch Teil dieser Umwelt (1987, S. 33). Die Autorin hebt zusätzlich einen weiteren wichtigen Aspekt, den der sensorischen Stimulation hervor und spricht von anregungsreicher und anregungsarmer Wohnumwelt. Sie betont die Zusammenhänge zwischen der intellektuellen Leistungsfähigkeit, dem Ausmaß der Isolation sowie dem Wohlbefinden und der emotionalen Ausgeglichenheit. Beispielsweise kann sich eine reizarme Umwelt nachteilig auf die Entwicklung auswirken. Eine Reizüberflutung hingegen kann zu Fluchtreaktionen führen. Wo jeweils das Optimum liegt, ist individuell unterschiedlich (a. a. O., S. 35 ff.). Das Ausmaß, in dem die Bedürfnisse der Bewohner befriedigt werden können, steht mit den persönlich gefärbten Merkmalen einer Wohnung in Zusammenhang und ist somit bestimmend für die Wohnqualität.

Die deutsche Gerontologin, Ethnopschoanalytikerin und Pflegewissenschaftlerin Ursula KOCH-STRAUBE bezeichnet in ihrer ethnologischen Studie mit dem Titel „Fremde Welt Pflegeheim“, das Heim als „Bastion“: „Die Glastüre am Ausgang des Pflegeheimes, die den Blick zum Vorraum, zu den Briefkästen, zu den Aufzügen und zur Außentüre freigibt, ist die eigentliche Grenze zwischen drinnen und draußen. Es sind nur wenige Schritte nach draußen, der Wechsel ist schnell und ohne Umstände vollzogen.“ (1997, S. 52) Etliche Heimbewohner halten sich regelmäßig im Eingangsbereich auf und verbringen dort viele Stunden des Tages. Sie beobachten das Kommen und Gehen der Mitarbeiter, der Angehörigen und anderer Besucher, welche die Freiheit besitzen, zu kommen und zu gehen, wann sie wollen. Die Bewohner hingegen können das Haus, wenn überhaupt, nur gelegentlich verlassen und sind meist auf die Begleitung anderer angewiesen (ebd.). Durch sehr prägnante Äußerungen wie beispielsweise „Es ist kalt hier“, „Es ist gar nicht so einfach hier“ oder „Ich gehe jetzt gleich nach Hause“, geben die Bewohner zu verstehen, dass sie zurück zu ihrer Familie wollen, dahin, „wo noch alle zusammen waren“, wo sie gebraucht werden, wo das Leben pulsiert (a. a. O., S. 72 f.).

Thomas BUCHHOLZ und Ansgar SCHÜRENBERG, zwei diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger und Praxisbegleiter für Basale Stimulation® in der Pflege konnten ebenso erfahren, dass alte Menschen im Heim sehr gerne den Ort wechseln und sich an jene Plätze begeben, an denen sich das Leben zeigt. Gerne werden Flure besiedelt, weil dort viel Bewegung stattfindet und eine einladende Gestaltung dieser Bereiche mit adäquater Sitzmöglichkeiten wäre wünschenswert. Die alten Menschen benötigen gezielte Angebote, welche die kommunikativen Bedürfnisse fördern (2003, S. 140 – 141).

Die eigene Beobachtung und Erfahrung zeigt, dass Wohnen insbesondere für den alten und wahrnehmungsveränderten Menschen einen wesentlichen Stellenwert besitzt. Es verändern sich die physischen und psychischen Fähigkeiten und Fertigkeiten und der meist geringer werdende räumliche Aktionsradius verdeutlicht die Wichtigkeit des verbleibenden Wohnraumes. Durch Einschränkungen im Bereich der Sinneswahrnehmungen werden alte Menschen empfindlicher, verletzbarer und somit noch umweltabhängiger. Um so wichtiger ist daher die bewusste und zielgerichtete Gestaltung des Wohn – und Aufenthaltsbereiches unter Berücksichtigung

biografischer basal stimulierender Angebote. Es soll einerseits ein gut überschaubarer Raum zur Verfügung stehen aber andererseits auch Rückzugsmöglichkeiten in speziell gestaltete Nischen angeboten werden. Somit haben Bewohner die Möglichkeit, je nach Bedürfnis von einem zum anderen Sitzplatz zu gehen, Kontakte und Beziehungen aufzubauen, individuell zu gestalten aber auch zu beenden. Diese Freiheit stellt eine Chance dar, das eigene Leben zu gestalten und zu verantworten, die eigene Identität und die Bedürfnisse – so weit und so gut wie möglich – wahrzunehmen und auszudrücken.

Hans-Werner WAHL, Professor für soziale und ökologische Gerontologie in Heidelberg und Monika REICHERT, Professorin für Soziologie in Dortmund meinen dazu treffend: „Wohnen bedeutet eine ortsgebundene Identität und die ‚Verlängerung‘ des eigenen Selbst auf persönlich bedeutsame ‚Dinge‘, bedeutet Vertrautheit und Überschaubarkeit, bedeutet ein hohes Maß an Privatheit und Abgrenzung gegenüber Öffentlichkeit, bedeutet Sicherheit in einem breit verstandenen Sinn.“ (1994, S. 16)

BOLLNOW ergänzt pointiert und meint: „Nur als ein Wohnender (...) kann der Mensch sein Wesen erfüllen und im vollen Umfang Mensch sein.“ (1963, S. 136)

Bauliche Gegebenheiten und institutionelle Rahmenbedingungen beeinflussen die Gestaltungsmöglichkeiten bzw. die Kreativität und Freiheit der Pflege- und Betreuungspersonen. Ein kleines Heim kann beispielsweise für die Betroffenen überschaubarer sein und die räumliche Orientierung positiv beeinflussen. Eine sinnlich anregende Umgebung sowie ein vertrautes Image, das Individualität zulässt, kann sich auf die emotionale Sicherheit auswirken, den Heimeintritt erleichtern und das Leben in der Institution zufriedenstellender gelingen lassen.

Birgit WEHRLI-SCHINDLER, eine deutsch Soziologin konnte in einer Untersuchung beweisen, „dass Hochbetagte ohne soziales Netz in einem gut geführten und wenn möglich kleinen Heim eine neue Gemeinschaft finden können.“ Die Autorin plädiert aus soziologischer Sicht für Wohnformen, „die nicht nur durch Individualismus geprägt sind, sondern [für] solche, die auch Gemeinschaft ermöglichen, ohne dass der einzelne Mensch sich ganz einem Kollektiv unterordnen muss.“ Sie verweist explizit auf ein „gut geführtes“ und „kleines Heim“ und gibt damit wichtige Rahmenbedingungen an, die den Heimeintritt und das Leben im Heim förderlich unterstützen (1997, S. 62).

Der deutsche Ökogerontologe Winfried SAUP stellt in seiner empirisch gestützten Einführung zum Thema „Alter und Umwelt“ fest, dass in der Altersphase – wie wahrscheinlich zu keiner anderen Zeitperiode im Lebenslauf eines Menschen – das Wohnen ins Zentrum der individuellen Daseinsgestaltung rückt. Die Umweltbezüge älterer Menschen reduzieren sich und dadurch weitet sich gleichzeitig das innerhäusliche Lebensprogramm aus. Das heißt, die Wohnung wird zum Lebensmittelpunkt. Ein beträchtlicher Teil des Tages wird in der unmittelbaren Wohnumwelt verbracht, das heißt, das Verhalten und Handeln im „Wohnraum“ erstreckt sich über viele Stunden und schließt die unterschiedlichsten Aktivitäten des täglichen Lebens ein (1993, S. 90).

Der Wohnbereich im Heim stellt also den Ort für unterschiedlichste Handlungen wie Essen, Schlafen, Beschäftigung und alle andere Tätigkeiten dar. Dieser Raum ist gleichzeitig auch ein Wahrnehmungsraum und stimuliert unser gesamtes Sinnesspektrum. Er wird somit auch zum Gefühlsraum und kann emotionale Empfindungen wie Behaglichkeit, Sicherheit und Sicheheimisch-Fühlen begünstigen oder behindern. Ein Wohnbereich kann aber auch zur Erfahrung von Monotonie beitragen, je nachdem wie dieser Raum gestaltet ist. Hiermit wird unmissverständlich deutlich, welche hohe Verantwortung Menschen tragen, die für die Gestaltung des Heimes einen Beitrag leisten.

Immer wieder kann beobachtet werden, dass alte Menschen im Heim nach ihrer Heimat suchen und unermüdlich den Wunsch „Ich möchte nach Hause gehen, ich gehöre ja gar nicht hierher“ oder „Ich bin irrtümlich hier“, äußern. Viele Menschen denken im Zusammenhang mit dem

Begriff „Heimat“ an ihren Geburtsort, ihr Elternhaus und ihre Kindheit. Psychologisch gesehen, so FLADE „(...) ist Heimat nicht nur eine Adresse, sondern beinhaltet ein Verhältnis des Menschen zu einem Ort. Heimat gibt es nur dann, wenn auch das Gegenteil davon möglich ist, nämlich die Fremde.“ (1987, S. 43)

Die Autorin betont dabei die Verbundenheit mit der räumlichen, sozialen und kulturellen Umwelt, zu der sich die Menschen zugehörig fühlen. Heimweh entsteht somit dann, wenn sich das Spannungsverhältnis zwischen „vertraut“ und „fremd“ zu sehr in Richtung „fremd“ verlagert und wenn es den Menschen in seine ihm vertraute Umgebung zurückzieht.

Der gefühlsbetonte Aspekt der Geborgenheit im Zusammenhang mit dem Begriff „Heimat“ wird vom Philosophen und Pädagogen Eduard SPRANGER explizit dargelegt und begründet. Er beschreibt diesen Aspekt mit folgenden Worten: „Im Allgemeinen ist es die Mutter, die uns die Dinge unserer Umwelt schon vertraut macht, ehe wir reden können. Sie gibt allem den Ton der Wärme, sie bettet alles in einen sanften und sicheren Lebensrhythmus ein. Mutterliebe und Geborgenheit stehen also am Anfang des menschlichen Lebens.“ (SPRANGER, zit. n. WEIGELT 1984, S. 15 f.) Der Autor kommt zu dem Ergebnis, dass unsere Heimatliebe als eine schon empfangene Liebe zu betrachten sei, die wir nur zurück erstatten. Heimatliebe wird also interpretiert als Dank für empfangene Mutterliebe. Der Autor hebt einen weiteren Gesichtspunkt hervor: „Unsere Heimat ist da, wo uns die Welt und das Leben zum ersten Mal gedeutet worden ist. Deshalb ist sie und bleibt sie für uns so ‚bedeutungsvoll‘.“ (a. a. O., S. 16)

Dieses Heimatverständnis von SPRANGER kann wie folgt umschrieben und zusammengefasst werden: „Heimat ist die Erfahrung, als Mensch angenommen zu sein, also nicht als unerwünschter Fremdling auf dieser Erde zu leben, sondern irgendwo hin zu gehören, wo man willkommen ist, wo man geliebt und geachtet wird, wo man ernst genommen wird mit seinen Sorgen, aber auch mit seinen Freuden. Geborgenheit kann es nur geben, wo der Mensch sich in dieser Weise angenommen und damit auch in seiner Würde geachtet weiß.“ (ebd.) Der Kern dieses Heimatbegriffes ist das Gefühl der Geborgenheit und dieses Gefühl wird vermittelt durch die empfangene Liebe der Mutter.

Einrichtungsgegenstände die dem alten Menschen vertraut (und nicht auch noch zusätzlich fremd) sind, können im Prozess der „Beheimatung“ eine bedeutsame Rolle spielen. Den Utensilien bzw. den Einrichtungsgegenständen wird die Funktion zugeschrieben das Einleben zu erleichtern und einen Vergangenheitsbezug aufrecht zu erhalten. Die vertrauten und sehr oft lieb gewonnenen Stücke können – in einer zunächst fremden Umgebung – Sicherheit bieten, aber auch das Zimmer im Heim als „persönlichen Raum“ kennzeichnen und dadurch auch abgrenzen.

Die deutsche Pflegedirektorin STRELLER-HOLZNER begründet die Wichtigkeit, persönliche Gegenstände mitzunehmen, wie folgt: Der zukünftige Heimbewohner „(...) soll sehr früh damit beginnen, sich darüber Gedanken zu machen, was für ihn wichtig ist, und was er vermissen kann. Für dieses ‚Loslassen‘ soll er sich Zeit nehmen, umso sicherer wird er dann seine Entscheidungen treffen (...) In vielen Haushalten, die nun aufgelöst werden müssen, gibt es noch Gegenstände, durch welche immer wieder eine Zeit lebendig wird (...) auch daran werden manche ein Andenken behalten wollen (...) Viele der Betagten haben anfangs ohnehin Schwierigkeiten, sich einzuleben. Diese Schwierigkeiten werden aber nur größer, wenn der alte Mensch um sich herum gar nichts Eigenes mehr findet.“ (1991, S. 63)

So zeigt auch die Erfahrung, dass Möbel, Utensilien und bekannte bzw. biografische Materialien Orientierung geben können. Damit verbunden kann Sicherheit und Wohlbefinden ermöglicht werden. So kann beispielsweise über den Tastsinn ein vertrautes Möbelstück erfahren werden und der Bewohner erkennt somit „seinen“ Bettplatz bzw. Essplatz. Über den Sehsinn kann der Bewohner seine eigene oft viele Jahre alte Lieblingsbettwäsche erkennen, über den taktilen Sinn ebenso begreifen und dadurch als vertraut erleben. Eine gestaltete Nische mit einem „Frisiertisch“ trägt beispielsweise zur Erhaltung der „Selbstfürsorge“ bei. Bewohner können sich – alleine oder zu zweit - hinsetzen, sich Zeit nehmen, sich im Spiegel betrachten und je nach

Bedürfnis und Gegebenheit ihre „Frisur richten“ bzw. sich über das „Frausein“ in früheren Jahren austauschen. Dieses kleine Beispiel zeigt sehr anschaulich, welch hoher Stellenwert den Sinnesorganen in Verbindung mit wahrnehmen, begreifen und erleben zukommt.

Hier ist es wichtig anzumerken, dass persönlich gestaltete Nischen eine weitere wichtige Aufgabe haben. Sie sollen Behaglichkeit und Raum bieten für eine „Leistungsfreie Zeit“. Diese Ruhephasen sind notwendig um sich beispielsweise zu erholen, um nachzuspüren, um neue Kraft zu schöpfen und um die Selbstorganisation des Organismus zu fördern.

BUCHHOLZ UND SCHÜRENBERG betonen: Vertraute Gegenstände, die dem Bewohner gehören und ihm auch bekannt sind, können in den jeweiligen Räumen ausgelegt werden. Es geht dabei auch um multisensorielle Orientierung die helfen kann, Gedächtnis und Orientierungslücken zu schließen. Insbesondere bei neu aufgenommenen Bewohnern ist diese gezielte Begleitung durch einen „Paten“ notwendig (2003, S.144). Eine Bezugspflegerperson („Pate“), die zum Bewohner Kontakt aufbaut, Beziehung herstellt und die die jeweilige Begegnung mit ihm gestaltet, wird auch dabei Anerkennung und Geborgenheit vermitteln.

Erwähnt werden muss unbedingt, dass eine gute räumliche Orientierung das Bewegungsverhalten der Bewohner sehr positiv beeinflusst. Diese Aufrechterhaltung der Mobilität wirkt sich beispielsweise wiederum gut auf Muskelkraft, Gleichgewichtssinn und Koordinierungsfähigkeit aus. Eine Beeinträchtigung dieser wesentlichen Faktoren erhöht zudem die Sturzgefährdung. Die Vertrautheit einer sicherheitsspendenden Umgebung und eines stabilisierenden Umfeldes darf daher nicht verloren gehen und stellt zusätzlich ein wichtiges Element in der Sturzprophylaxe dar.

KOCH-STRAUBE legt in ihrer Studie dar, dass ein Heim gewissermaßen als „Endstation“ erlebt werden kann. Die Autorin, die im Rahmen ihrer Untersuchung einerseits Teilnehmende und andererseits Beobachtende ist, gibt in ihrem Forschungstagebuch ihren persönlichen Eindruck mit folgenden Worten wieder: „Einige BewohnerInnen wirken auf mich, als wären sie nicht mehr von dieser Welt“, sie sind ganz in sich versunken, kaum noch berührbar von dem, was um sie herum vorgeht. Leben sie in Trance, in inneren Bildern, zu denen uns der Zugang gänzlich versperrt ist? Eine friedvolle Stimmung geht von manchen aus. So dass mir immer wieder Assoziationen wie ‚Askese‘, ‚Meditation‘, und der Aufenthaltsraum, das Heim als ‚Wartehalle zum Tod‘ in den Sinn kommen.“ (KOCH-STRAUBE 1997, S. 69)

Die deutsche Pädagogin, Gerontologin und Psychologin Ursula LEHR weist in ihrem Standardwerk der Gerontologie mit dem Titel „Psychologie des Alterns“ darauf hin, dass diese „letzte Station“ nicht unbedingt ein „Warten auf das Ende“ bedeutet. Im Heim kann die freie Zeit durch vielfältige Anregungen und sinnvolle Gestaltung erst recht „mit Leben erfüllt“ und mit Erlebnissen angereichert werden. Der Heimeintritt sollte nicht zur Horizontverengung und zur Einschränkung des Lebensradius führen, sondern eine Erweiterung der persönlichen Kompetenzen darstellen. Älteren Menschen sollten im Heim Angebote offeriert werden, die ihnen ansonsten nicht zugänglich sind (LEHR 2003, S. 311).

SAUP geht davon aus, dass aktivierende Prozesse der Weiterentwicklung in Gang kommen können, wenn die Institution förderliche situative Anforderungen offeriert und wenn die Angebote von den Heimbewohnern als Chance zur Selbstentwicklung wahrgenommen und aufgegriffen werden (1993, S. 14).

Dass eine Beziehungsaufnahme zu anderen und die Gestaltung der Begegnung ein weiteres basales Element darstellt, wird von Martin BUBER akzentuiert in dem er meint, dass das Wesen der Humanität nur im „Zusammensein des Menschen mit anderen Menschen“ zusehen ist. Nur im Miteinander und im Füreinander liegt die wahre menschliche Bestimmung: Der Mensch wird am DU zum ICH – es entsteht ein neuer Blickwinkel. Es eröffnet sich mir mein eigenes Menschsein und gleichzeitig offenbart sich mir die Wirklichkeit des anderen (1987, S. 32). Pflege- und Betreuungspersonen sind aufgefordert, „Mittel und Wege zu finden“ um Menschen in

Schwierigkeiten und Herausforderungen zu begleiten und zu unterstützen, ihre angeborenen Begabungen zu nutzen und ihre Fähigkeiten weiterzuentwickeln.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass die Übersiedlung in ein Pensionisten- und Pflegeheim für die Betroffenen einen wichtigen Einschnitt, eine Zäsur in ihrem Leben darstellt. Die selbstständige Lebensführung wird zugunsten einer institutionellen Unterbringung und Versorgung aufgegeben. Dieser Wechsel bringt einschneidende Veränderungen mit sich. Für viele Menschen ist es mehr als nur ein Umzug, es ist ein Verlust des bisherigen Wohnortes. Die Wohnungsauflösung kann als Auslöschung der eigenen Identität empfunden werden. Es ist aber auch möglich, dass der Eintritt in ein Heim entwicklungsförderliche Aspekte sowie Anreize zur persönlichen Veränderung einschließt und daher nicht nur als Verlust-Erlebnis empfunden werden muss.

Eine bewusste und sinn(en)volle Gestaltung des Wohnraumes bzw. des Aufenthaltsbereiches trägt zu einer „äußeren Ordnung“ bei. Genau diese „verstehbare und handhabbare“ Außenwelt nimmt Einfluss auf den „inneren Raum“ des Menschen und kann somit etwas mehr Sicherheit und Vertrautheit entstehen lassen, in einer oftmals „unüberschaubaren und rätselhaften Welt“.

Die Pflege- und Betreuungspersonen aber auch die Angehörigen der alten Menschen sind herausgefordert, den vermutlich „Letzten Lebensraum“ sinn(en) voll und würdevoll mit zu gestalten.

Im Haus St. Moritz gibt es einen von Pflege- und Betreuungspersonen sehr bewusst gestalteten Aufenthaltsbereich, der den Bewohnern einerseits viel Struktur und andererseits viele Anregungen offeriert. Dieser Raum spendet Sicherheit, gibt Orientierung und ermöglicht Rückzug in Nischen. Es besteht dadurch auch die Möglichkeit, Geborgenheit und Vertrautheit in einer größeren Gemeinschaft erleben zu können. Der Raum lädt aber auch ein, auf eine biografische Entdeckungsreise zu gehen um sich dabei an das eine oder andere zu erinnern oder um Unbekanntes zu erforschen und zu entdecken.

Literatur

- BUCHHOLZ Thomas und SCHÜRENBERG Ansgar: Lebensbegleitung alter Menschen.- Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen. Bern: Huber, 2003
- BUBER Martin: Urdistanz und Beziehung. Lambert Schneider Verlag, Heidelberg, 1978
- BOLLNOW, Otto Friedrich: Mensch und Raum.- Stuttgart: Kohlhammer, 1963
- FLADE, Antje: Wohnen. Psychologisch betrachtet.- Bern: Huber, 1987
- KOCH-STRAUBE, Ursula: Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie.- Bern: Huber, 1997
- LEHR, Ursula: Psychologie des Alterns.- Wiebelsheim: Quelle und Meyer, 2003¹⁰
- RADSZUWEIT, Siegrid / SPALIER, Martha: Knaurs Lexikon der sinnverwandten Wörter. München, Zürich: Droemer-Knauer, 1982
- REICHERT, Monika / WAHL, Hans-Werner: Übersiedlung und Wohnen im Altenheim.- In: KRUSE, Andreas / WAHL, Werner (Hrsg.): Altern und Wohnen im Heim. Endstation oder Lebensort?- Bern: Huber, 1994, S. 15 - 47
- SAUP, Winfried: Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie.- Stuttgart: Kohlhammer, 1993
- STRELLER-HOLZNER, Anna: Umzug ins Altenwohnheim? Eine Orientierungshilfe.- München: Reinhardt, 1991

VOGES, Wolfgang: Soziologie des höheren Lebensalters. Eine Einführung in die Alterssoziologie und Altenhilfe.- Augsburg: Maro, 1995³

WEHRLI-SCHINDLER, Birgit: Wohnen im Alter. Zwischen Zuhause und Heim.- Zürich: Seismo, 1997

WEIGELT, Klaus (Hrsg.): Heimat und Nation. Zur Geschichte und Identität der Deutschen.- Mainz: Hase & Koehler, 1984

1.9 Anhang
Protokolle der Beobachtungen zu drei Handlungseinheiten

Beobachtung zur Basalen Stimulation

Protokoll 2

Handlungseinheit: „Beobachtung des Umfeldes“ und „Essen reichen“ bei Fr. Müller

Datum: 15.09.2009, Beobachtungszeitraum: 11.15 Uhr bis 12.25

Ort: Haus St. Moritz

Beobachterin und Protokoll : Gabriele Erlach-Stickler

Beobachtungsbeginn: 11.15 Uhr

Beobachtung des Umfeldes und der Atmosphäre im Aufenthaltsbereich

Im Aufenthaltsbereich sitzen bereits einige Bewohner auf ihren Plätzen und scheinen auf das Essen zu warten. Vor den Bewohnern - auf dem Tisch - stehen bereits die vorbereiteten großen weißen Suppenteller, daneben liegen die jeweiligen Besteckteile (Löffel, Messer, Gabeln) und weiße Papierservietten.

Zwischendurch kommen immer wieder weitere Bewohner zu ihren Sitzplätzen - entweder alleine oder mit Unterstützung von Pflegepersonen um sich zum Essen einzufinden.

In der „Küchenecke“ des Aufenthaltsbereiches sind bereits viele Teller, Suppenschalen, Gläser und Geschirr für das Essen vorbereitet worden.

Manche Bewohner unterhalten sich untereinander über das Wetter, den draußen sichtbaren Regen. Eine andere Bewohnerin fragt eine Sitznachbarin ob das „Hirntraining“ gestern auch wieder so lustig war. Die Frage wurde bejaht und beide Damen lachen.

Eine Bewohnerin fragt nach, was es heute zu Essen gibt. Die Sitznachbarin erklärt, dass es entweder Fleischknödel mit Sauerkraut oder Schinkenknödel mit Salat gibt. Sie unterhalten sich angeregt und diskutieren über den genauen Unterschied der Knödel.

Eine Abteilungshelferin ist mit den Vorbereitungen des Geschirrs beschäftigt – entsprechende Geräusche wie klappern der Teller, des Geschirrs bzw. des Besteckes sind eindeutig zu vernehmen. Ebenso ist das Öffnen und Schließen diverser Küchenschranktüren bzw. des Kühlschranks zu hören.

Mehrere Bewohner greifen auf die vor ihnen stehenden Teller. Sie fahren mit den Fingerspitzen den Tellerrand entlang, schieben die Teller etwas von sich weg bzw. näher zu sich her und rücken das Besteck ebenso in unterschiedliche Richtungen. Genauso werden Servietten anders gefaltet, gelegt, hin und hergeschoben bzw. neu platziert. Einige Bewohner greifen auf ihren Mund, auf ihre Wangen und ihren Halsbereich, Lippen – Mund- und Schluckbewegungen sind sichtbar.

Herr G. – ein Bewohner im Rollstuhl - wird von einer Pflegeperson in den Raum zu seinem Tisch gebracht und gefragt, was es heute zu Essen gibt. Er antwortet laut und deutlich, damit die Information auch alle hören können: „Fleischknödel oder Schinkenknödel“. (Herr G. spielt beim Essen eine zentrale Rolle, er hat eine besondere Aufgabe und läutet bei Essensbeginn mit einer alten Tischglocke. Danach beten alle die möchten, gemeinsam ein „Vaterunser“.)

Im Aufenthaltsbereich sind heute vier Betreuungspersonen anwesend. Sie gehen zu den Bewohnern und schenken Getränke ein: unterschiedliche Säfte oder Tees nach Wunsch und Bedürfnis werden angeboten, ein paar persönliche Worte werden geplaudert. Bewohner, die

das Essen nicht selbstständig einnehmen können, werden – nachdem an alle anderen Bewohner die Suppen ausgeteilt wurden – von den Betreuungspersonen individuell und gezielt unterstützt.

Nun ist es 11.30 Uhr und der Essenwagen (mit diversen Containern - Schöpfsystem) wird von einer Betreuungsperson von der Küche in den Aufenthaltsbereich gebracht.

Viele Bewohner verfolgen das Hereinkommen bzw. das Ankommen des Wagens.

Gleichzeitig kommt eine Angehörige einer Bewohnerin mit ihrem Baby auf Besuch. Der Säugling wird bewundert und zieht für ein paar Minuten die Aufmerksamkeit einiger Menschen auf sich.

Insgesamt befinden sich mittlerweile 20 Bewohner mit fünf Betreuungspersonen im Aufenthaltsbereich.

Eine Betreuungsperson hebt die Deckel der Container hoch und der Duft der „Schöberl – Suppe“ breitet sich im Raum aus. Die heiße Suppe wird beim Essenwagen für jeden Bewohner einzeln in die bereitstehenden Nirostasuppenschalen gefüllt und nach dem Gebet zum Tisch gebracht und vor ihnen – bzw. mit ihnen - in die bereitstehenden Teller geleert.

Das Einschenken und der Duft der Suppe erzeugt Appetit, die Stimmen der Bewohner und Betreuungspersonen wirken im Gegensatz zu davor plötzlich lauter und angeregter. Es kommt damit auch mehr Bewegung in die gesamte Gruppe, es wird umhergeschaut, gerochen und deutlich mehr gesprochen. Die Pflegepersonen fragen die Bewohner gezielt, wer nun welches Menü essen möchte und es werden immer wieder die Unterschiede beider Speisen erklärt und gezeigt (es gibt dazu ein eigens dafür angerichtetes „Vorzeigemenü“). Das Thema "Essen" steht nun im Mittelpunkt - die Atmosphäre erinnert an ein "geschäftiges Treiben auf einem Marktplatz oder in einer Markthalle" wo gustiert, beraten, zugehört und Essen vorbereitet bzw. angerichtet wird. Zwischendurch wird immer wieder auch über die aktuelle Befindlichkeit der Bewohner gesprochen. Manche Sitznachbarn unterhalten sich auch miteinander bzw. mit ihren Betreuungspersonen.

Beobachtung von Fr. Müller

Fr. Müller, die nun gezielt beobachtet wird, ist fast neunzig Jahre alt und lebt seit ungefähr drei Jahren im Pflegeheim. Es bestehen die Diagnosen „akute Verwirrtheit mit Halluzinationen bei sklerotischer Demenz“ mit bestehender „Inkontinenz“.

Fr. M. sitzt in einem Rollstuhl aufrecht bei Tisch. Sie trägt ihre persönliche Alltagskleidung und Lockenwickler (ihre Haare wurden am Vormittag von einer Betreuungsperson gewaschen und eingedreht). Beide Fußsohlen haben guten Kontakt zum Bodenaufsatz des Tisches. Die Bewohnerin berührt sachte mit beiden Händen ihren noch leeren Teller, greift danach auf ihr Besteck und bewegt es ebenso ganz langsam und vorsichtig. Anschließend schiebt sie ihren Teller auf der Tischplatte einige Male hin und her.

Hr. G. läutet mit einer Glocke, alle werden ruhig, sind aufmerksam, scheinen das Ritual gut zu kennen und beginnen ein „Vaterunser“ zu beten. Alle anwesenden Betreuungspersonen beten laut und deutlich mit.

Fr. M. betet verbal nicht mit, sitzt aber mit offenen Augen da und greift mit der rechten Hand auf ihr Teehäferl.

Als das Gebet zu Ende ist, sagen die meisten Anwesenden „Mahlzeit“ und die Betreuungspersonen beginnen mit dem Austeilen bzw. dem Einschenken der Suppe.

Fr. M. wartet, bis alle anderen Bewohner – die selber essen können - ihre Speisen haben. Beide Mitbewohnerinnen die mit Fr. M. den Tisch teilen, erhalten ihr Essen. Fr. M. sitzt da und beginnt zu riechen. Sie beugt den Oberkörper leicht nach vor, legt beide Hände auf die Tischplatte, zieht sich somit noch ein bisschen weiter nach vorne und sitzt dabei ganz

aufrecht. So kann sie auch die Speisen ihrer – am Tisch sitzenden – Mitbewohner besser sehen. Die Gerüche der Speisen sind mittlerweile im gesamten Raum deutlich zu riechen.

11.35 Uhr: Eine Pflegeperson (Sr. S.) kommt von der rechten Seite zu Fr. M., berührt sie mit ihrer linken Handfläche an der Schulter und schenkt eine „Schöberl-Suppe“ ein. Sie sagt: „Fr. M. ich komme gleich zu ihnen, die Suppe kann ein bisschen auskühlen.“ Fr. M. blickt die Pflegeperson (PP) an. Die PP geht ganz kurz weg (ca. 1 Min.) und erledigt eine andere Pflegehandlung bei einer anderen Bewohnerin. Als die PP wieder kommt, setzt sie sich zu und an die rechte Seite der Bewohnerin, legt ihren linken Arm um den Rücken (Schulterbereich) der Bewohnerin und stellt somit einen Körperkontakt her. Mit der rechten Hand legt die PP ein Geschirrtuch auf den Brustbereich der Bewohnerin. Die PP gibt mit ihrer rechten Hand den Suppenlöffel in die rechte Hand der Bewohnerin, die zu Essen beginnt. Die Bewohnerin kann selbstständig die Suppe vom Teller zum Mund führen. Die PP hält noch immer Berührungskontakt, ihre linke Hand ist noch immer um die Schulter gelegt. Ebenso schaut die PP Fr. M. deutlich an, sucht Blickkontakt zu ihr. Die PP kippt den Teller ein wenig, damit Fr. M. die Suppe bzw. die Schöberl leichter auf den Löffel bringt. Fr. M. führt den Löffel sehr langsam zum Mund, kaut die Schöberl ebenso langsam und bedächtig, ihre Augen sind beim Löffeln und Kauen meist geschlossen. Die PP fragt deutlich: „Fr. M. schmeckt ihnen die Suppe?“ Die Bewohnerin antwortet nicht. Die PP spricht ganz kurz mit den anderen beiden Tischnachbarinnen und fragt, wie das Essen schmeckt. Beide bejahen, dass es schmeckt, sie essen bereits die Hauptspeise.

Die PP sagt zu Fr. M.: „Ich halte den Teller eh ganz gut, damit sie gut essen können.“

Fr. M. antwortet nicht, sie kaut und löffelt ganz langsam, die Augen sind weiterhin geschlossen.

Die PP sagt zu einer Mitbewohnerin: „Sie kann wieder ganz alleine essen, sie ist eh ganz tüchtig.“ Die PP beendet den Körperkontakt zur Bewohnerin und fragt nach: „Fr. M., ist die Suppe eh noch warm genug? Ist es schon kalt?“ Die Bewohnerin antwortet nicht, hört aber mit dem Essen auf, sitzt still da. Die PP steht auf, sie sagt zu Fr. M.: „Eine kalte Suppe heißt nichts“ und geht die Suppe wärmen. Die PP setzt sich danach in gewohnter Position wiederum zu Fr. M. und gibt ihr erneut sachte und bestimmt den Löffel in die rechte Hand. Die PP wird von einer Tischnachbarin gefragt wie sie die Medikamente einnehmen soll und die PP erklärt die Vorgehensweise. Sie sagt danach zu Fr. M.: „Entschuldigung, jetzt war ich abgelenkt.“ Die Tischnachbarin, die rasch gegessen hat, liest nebenbei die Zeitung und sagt eine Neuigkeit, die schwer zu verstehen ist. Fr. M. öffnet dabei die Augen und hört interessiert zu. Sie löffelt nach wie vor langsam und selbstständig ihre Suppe.

Die PP (Sr. S.) wird sehr überraschend von einer Kollegin weggeholt, ihre Hilfe wird von einer anderen Bewohnerin dringender benötigt. Eine Schülerin übernimmt die Essensverabreichung von Fr. M.

Die Schülerin setzt sich ebenso an die rechte Seite der Bewohnerin, schaut sie an und fragt gleich zu Beginn: „Schmeckt die Suppe ihnen?“ „Schmeckt die Suppe heute?“ Fr. M. gibt auch diesmal keine verbale Antwort.

Im Hintergrund gibt es noch immer rege Geräusche zu hören, das Geschirr der meisten Bewohner wird abgeräumt, Teller werden sauber gemacht, das Geschirr klappert, der Geschirrspüler wird eingeschaltet.

Die Schülerin wendet sich ganz Fr. M. zu und lobt diese mit den Worten „Gut machen sie das Fr. M.“. Die Bewohnerin isst mittlerweile noch langsamer. Die Schülerin schiebt den Teller noch mehr in Richtung der Bewohnerin. Fr. M. hat mittlerweile Mühe, den Löffel zum Mund zu bringen. Die Schülerin will unterstützend helfen und die Hand der Bewohnerin zu ihrem Mund führen. Fr. M. will das nicht und macht eine eindeutige abwehrende Handbewegung. Sie macht weiterhin ganz langsame Kaubewegungen und Schluckbewegungen. Die Schülerin fragt: „Fr. M. darf ich ihnen helfen?“ Fr. M. nickt. Die Schülerin nimmt Suppe/Schöberl auf den Löffel und gibt diesen wiederum Fr. M. in die Hand – sie unterstützt die Hand von Fr. M. und führt diese zu ihrem Mund. Fr. M. nimmt die Suppe

auf und kaut erneut ganz langsam. Ein weiteres Vorgehen lehnt Fr. M. mit einer Abwehrbewegung eindeutig ab. Die Schülerin versucht nun einen halb vollen Löffel Suppe direkt in den Mund der Bewohnerin zu bringen. Die Bewohnerin stimmt zu und nimmt die Suppe auf, kaut ganz ganz langsam und konzentriert weiter. Die Schülerin gibt ihr jetzt nach und nach ganz kleine Portionen in den Mund.

Im Hintergrund ist es mittlerweile ruhiger geworden, der Essenwagen wurde weggebracht und viele Mitbewohner sind bereits in ihre Zimmer gegangen.

Fr. M. isst immer noch ihre Suppe, die Schülerin hält den Löffel mit Inhalt vor das Gesichtsfeld der Bewohnerin, Fr. M. lässt sich nicht beeindrucken und kaut in ihrem gewohnten Rhythmus weiter, sie bleibt beharrlich bei ihrem langsamen Tempo. Ihre Augen sind meist geschlossen.

Die Schülerin fragt freundlich nach: „Fr. M. geht noch ein Löffel, geht's noch?“ Zum ersten Mal antwortet Fr. M. und sagt: „Das ist so hoch“ und blickt dabei auf den Löffel. Die Schülerin fragt nach: „Was denn, was ist zu hoch? Wollen sie die Suppe fertig essen?“

Die Sitznachbarin sagt zur Schülerin: „Geben sie ihr die Hauptspeise, das isst sie eh nimmer mehr“. Die Schülerin richtet erneut die Frage an Fr. M. „Möchten sie die Suppe, essen sie die Suppe noch?“ Fr. M. antwortet: „Das ist schwer“.

Fr. M. greift auf ihren Teller und hält diesen fest, mit der rechten Hand hält sie weiterhin ihren Suppenlöffel fest, gibt ihn nicht her. Die Schülerin fragt: „Fr. M. holen wir ein Fleisch - darf ich ihnen einen Knödel bringen?“ Die Bewohnerin antwortet nicht.

Die Schülerin steht auf und holt einen zerkleinerten Knödel mit Sauerkraut. Fr. M. sitzt in der Zwischenzeit alleine da und hält mit der linken Hand ihren Suppenteller fest. Die rechte Hand hält immer noch den Löffel fest.

Als die Schülerin zurückkommt, zeigt sie der Bewohnerin die etwas zerkleinerten Knödel mit Sauerkraut, die vor den Augen der Bewohnerin noch weiter zerkleinert werden. „Fr. M. schauen sie, wollen sie das?“ Fr. M. öffnet kurz die Augen, sagt deutlich „Ja“. Die Schülerin sagt „Mahlzeit Fr. M.“ und stellt den Teller unmittelbar vor die Bewohnerin.

Die Schülerin beginnt mit der geführten Essensverabreichung (sie möchte die Hand der Bewohnerin, die den Löffel selbst hält, führen). Die Bewohnerin leistet jedoch Widerstand, in dem sie eine Abwehrbewegung macht und ihre Hand nicht mehr bewegt.

Die Schülerin nimmt eine Gabel mit kleinen Stückchen Essen und will dieses in den Mund von Fr. M. bringen. Fr. M. sagt deutlich „Ich will selbst essen“. Die Schülerin sagt aufmunternd: „Ja, probieren sie selber“. Fr. M. versucht erneut, kann aber die Hand nicht mehr heben und will sich auch nicht helfen lassen.

Die Schülerin zeigt Fr. M. die Gabel mit den Stückchen Essen und Fr. M. öffnet kurz die Augen und sagt leise: „Ach so“. Fr. M. nimmt den Bissen auf und kaut sehr sehr langsam. Die Schülerin fragt: „Noch etwas?“ Fr. M. sagt: „Im Mund habe ich auch noch was“, sie kaut langsam weiter.

Nach einer Weile fragt die Schülerin: „Fr. M. ist ihr Mund schon leer?“ Fr. M. sagt: „Ich will nichts mehr“. Die Schülerin bietet ein Getränk an, die Bewohnerin nimmt dies an und trinkt einige kleine Schlucke.

Die Schülerin sagt zu einer anderen Pflegeperson die in der Nähe sitzend einer weiteren Bewohnerin das Essen eingibt: „Fr. M. hat kein Verlangen mehr“. Die Pflegeperson sagt, sie werde nachfragen, wie viel und was Fr. M. heute schon alles gegessen hat. Die Schülerin betont gegenüber der andern PP nochmals, dass Fr. M. kaum Knödel gegessen hat und dass sie überhaupt kein Verlangen danach hat.

Sie gibt Fr. M. einen Blasentee zu trinken und erklärt: „Fr. M. das ist ihr Blasentee, wegen der Entzündung, den müssen sie trinken“. Fr. M. sagt: „Können sie mir helfen?“ Die Schülerin unterstützt die Bewohnerin beim Trinken aus einem Glas. Fr. M. trinkt in kleinen Schlucken und kann schließlich auch für einen kleinen Moment das Glas alleine halten.

Die Schülerin steht auf und sagt zu Fr. M., dass sie wiederkommen werde. Sie geht kurz weg und erkundigt sich bei einer weiteren PP ob Fr. M. heute Frühstück und Jause gegessen hat.

Fr. M. ist mit dem vor ihr stehendem Glas beschäftigt, greift dieses genau an, betastet den Rand, den Henkel und schiebt dieses auf der Tischfläche langsam hin und her. Der noch da stehende Teller mit den Speisen wird von ihr selbst weit weggeschoben, in dem sie sich ganz aufrichtet und nach vorne beugt. Schließlich berührt sie mit beiden Handflächen die Tischfläche und streicht sanft/leicht darüber. Danach nimmt sie wiederum ihr Glas, greift den Henkel an und versucht zu trinken. Die Schülerin kommt und unterstützt sie dabei und fragt: „Wollen sie den Tee oder einen Saft?“ Fr. M. antwortet nicht. Die Schülerin reicht ihr Tee, Fr. M. deutet mit einer Abwehrbewegung an, dass sie selber das Glas halten möchte und selber trinken möchte. Die Schülerin lässt dies zu und unterstützt dabei ganz vorsichtig und minimal.

Die Pflegepersonen haben mittlerweile entschieden, dass Fr. M. zu einem späteren Zeitpunkt eine Zwischenmahlzeit bekommt. Das übrig gebliebene Essen wird abserviert, die Schülerin verabschiedet sich mit einer deutlichen Berührung mit der linken Handfläche am Rücken und mit den Worten: „Ich gehe jetzt, Fr. M.“. Fr. M. zeigt keine merkliche Reaktion, ihre Augen sind geschlossen..

Die Bewohnerin lehnt sich an die Lehne ihres Rollstuhls, beide Hände sind noch immer in Bewegung und tasten erneut nach dem Trinkglas und der Tischplatte. Es ist mittlerweile 12.25 Uhr und es hat den Anschein als ob Fr. M. im Sitzen schläft. Im Aufenthaltsbereich sind nur mehr wenige Bewohner anwesend. Zwei erhalten ebenso noch durch eine Betreuungsperson ihre Speisen.

Beobachtungsende: 12.35 Uhr

Beobachtung zur Basalen Stimulation

Protokoll 3

Handlungseinheit: „Körperpflege und Wahrnehmungsförderung“ bei Fr. Sommer

Datum: 18.09.2009, Beobachtungszeitraum: 10.35 Uhr bis 11.05

Ort: Haus St. Moritz

Beobachterin und Protokoll: Gabriele Erlach-Stickler

Fr. Sommer (80 Jahre alt) lebt seit 2001 im Pflegeheim und es besteht die Diagnose „Morbus Alzheimer“ im fortgeschrittenen Stadium. Im Weiteren leidet die Bewohnerin unter Spontanknochenbrüchen und sie liegt seit vielen Monaten sehr zurückgezogen in ihrem Bett. Die Bewohnerin kann selbstständig keine Lageveränderung mehr vornehmen und sie wird daher alle drei Stunden mit Hilfe der Betreuungspersonen in eine andere Position gebracht. Für einen Positionswechsel werden mindestens zwei Personen benötigt, da wegen der Gefahr der Knochenbrüche äußerst vorsichtig und umsichtig berührt bzw. vorgegangen werden muss. Fr. S. wird – sofern es ihre Befindlichkeit zulässt - immer wieder in einen Lehnstuhl mobilisiert und beispielsweise auf die Terrasse gebracht oder in ihrem Zimmer vor das Fenster platziert. Die Bewohnerin kann sich verbal nicht mehr verständigen und ernährt wird Fr. S. über eine seit Jahren liegende PEG - Sonde.

Was Fr. S. alles wahrnimmt, kann von den Betreuungspersonen nicht genau angegeben werden. In den letzten zwei bis drei Jahren gibt es kaum mehr deutliche Veränderungen in ihrer Mimik und Gestik. Wenn es Situationen gibt, die ihr völlig unangenehm sind, verändert sich die Mimik etwas, die Gesichtsmuskeln ziehen sich beispielsweise etwas zusammen. Pflegepersonen, die die Frau seit vielen Jahren betreuen, geben jedoch an, zu erkennen bzw. zu „erahnen“, wann Fr. S. entspannt ist bzw. wann eine Situation für sie schmerzhaft ist.

Beobachtungsbeginn: 10.35 Uhr

Die Beobachtung findet im individuell gestalteten Zweibettzimmer der Bewohnerin statt. Die Mitbewohnerin befindet sich zu diesem Zeitpunkt im Aufenthaltsbereich.

Fr. S. liegt in leichter Oberkörperhochlage und linker Seitenlage in ihrem Bett, das von zwei Seitenteilen aus Holz begrenzt ist. Sie ist mit einer bunten Flanellbettdecke bis zum Brustbereich zugedeckt.

Beide Hände liegen seitlich nahe dem Oberkörper und schauen aus der Bettdecke heraus. Das Gesicht von Fr. S. ist etwas gerötet, ihre Atmung ist langsam und wird von einem „brodelnden Geräusch“ begleitet.

Die Pflegeperson (PP) tritt leise an die linke, ihr zugewandte Seite der Bewohnerin und legt sanft den linken Arm auf die rechte Schulter der Frau.

Die PP wartet ein wenig, blickt Fr. S. direkt an, streicht sanft die rechte Schulter der Frau und sagt mit leiser aber deutlicher Stimme: „Fr. S. ich wasche sie jetzt, ich hole das Wasser“. Fr. S. reagiert mit Bewegungen der Lippen, die Augen bleiben geschlossen. Der Kontakt zur Frau wird langsam gelöst, die Berührung an der Schulter vorsichtig beendet.

Die PP betätigt eine über dem Bett hängende Spieluhr aus der eine sanfte Melodie erklingt. Danach geht sie in den Waschraum (der sich im Zimmer der Bewohnerin befindet) und holt

die vorbereiteten Waschutensilien bzw. lässt Wasser in eine Waschschüssel fließen. Diese Geräusche sind aus dem Waschraum sehr deutlich zu vernehmen.

Die PP stellt die Utensilien und die Waschschüssel auf ein Tischchen, welches sich zur rechten Seite der Bewohnerin befindet. Sie geht danach wieder zur linken Seite von Fr. S. die sich noch immer in Seitenlage befindet. Es kommt erneut zu einer Kontaktaufnahme, in dem die Hand/der Unterarm der PP wiederum auf bzw. auch sanft um die Schulter der Bewohnerin gelegt wird. Die PP sagt: „Fr. S. ich drehe sie jetzt langsam auf den Rücken“. Fr. S. reagiert mit Lippen- und Mundbewegungen, die Augen sind weiterhin geschlossen.

Die PP deckt Fr. S. langsam ab in dem sie die Bettdecke vorsichtig etwas nach unten bis zum Bauchbereich wegrollt. Danach wird die Zufuhr zur PEG - Sonde unterbrochen und die Zuleitung an den daneben stehenden Infusionsständer gehängt. Danach rollt sie die Bettdecke bis zum Beckenbereich noch ein Stück weiter nach unten.

Fr. S. trägt ein Flanellnachthemd, dieses wird weder ausgezogen noch hochgezogen. Die PP beginnt vorsichtig und sehr langsam mit der Drehung auf den Rücken und blickt dabei der Bewohnerin aufmerksam in das Gesicht.

Danach wird der Kopfteil des Bettes langsam ein klein wenig höher gestellt. Plötzlich beginnt Fr. S. viel Schleim auszuspucken, sie hustet dabei ein wenig und ihre Atmung wird rascher. Die PP bleibt bei ihr und unterstützt sie, in dem sie mit feuchten Tüchern den aus dem Mund fließenden Schleim wegwischt und immer wieder die Lippen reinigt. Dabei hat ihre linke Hand Berührungskontakt zur rechten Schulter der Frau, die rechte Hand sucht nach neuen sauberen feuchten Tüchern um den Schleim bestmöglich entfernen zu können.

Da sehr viel flüssiger Schleim ausgehustet wird, löst die PP den Kontakt auf und holt von einem Regal sehr rasch neue feuchte Tücher. Erneut wird der reichlich austretende Schleim weggewischt. Wiederum wird seitens der PP Kontakt aufgebaut, in dem die Schulter an derselben Stelle wie vorhin deutlich berührt wird. Zusätzlich spricht die PP sehr beruhigend auf Fr. S. ein: „Ja, es ist gut so, es ist schon gut, schon gut“.

Nach einer Weile beruhigt sich die Atmung von Fr. S. etwas und die PP fragt: „Ist es besser so jetzt?“ Es kommt keine Antwort, die Augen bleiben geschlossen, die Lippen bewegen sich deutlich und noch immer wird ein wenig Schleim abgesondert.

Die PP deckt Fr. S. wiederum ganz zu, die Bettdecke wird wieder bis zum Brustbereich nach oben gerollt. Beide Hände der Bewohnerin liegen auf der Bettecke.

Die PP geht auf die andere (rechte) Seite zu den Waschutensilien, nimmt Kontakt zur rechten Hand der Frau auf in dem sie die Hand eine Weile (ca.15-20 Sek.) in ihrer Hand hält und beginnt danach mit dem feuchten Waschlappen, die Hand bzw. die Finger langsam und vorsichtig „nachzumodellieren“. Die PP sagt dabei: „Fr. S. ich wasche ihre Hand jetzt - und ihre Finger“.

Fr. S. macht eine Faust, lässt aber das Modellieren der Finger insofern zu, indem sie diese einzeln ausstreckt. Beide Hände der PP haben immer Kontakt zur Hand bzw. zum Unterarm der Bewohnerin. Danach wird wiederum mit einem trockenen Waschlappen die rechte Hand „abgetrocknet“ bzw. nachmodelliert. Die PP sagt danach: „Fr. S. die Hand ist fertig, jetzt“.

Eine Abteilungshelferin kommt in das Zimmer, die PP sagt: „Komme später wieder, jetzt geht es nicht!“.

Die PP unterbricht den Körperkontakt zu Fr. S. nicht, wechselt die Waschlappen und beginnt die linke Hand zu waschen. Sie sagt: „Fr. S. jetzt wasch ich ihre linke Hand - ganz locker lassen“. „Fr. S., den Daumen hätte ich gerne, ganz locker lassen“. Die Bewohnerin lässt die Berührungen zu, ihre Atmung ist jetzt merklich ruhiger. Sachte werden die Finger nachmodelliert und danach wiederum modellierend abgetrocknet. Die PP sagt dabei: „Jetzt müssen wir auch diese Finger wieder abtrocknen“. Fr. S. hält plötzlich die Finger der PP fest in ihrer linken Hand, die PP lässt dies zu und wartet ab. Nach einer Weile (ca. 15-20 Sek.) sagt sie: „Fr. S. ich möchte auch noch ihr Gesicht waschen“. Dabei zieht sie ihre Finger sachte aus der Hand der Bewohnerin.

Sie nimmt danach zwei frische feuchte Waschlappen, blickt in das Gesicht der Bewohnerin – die ihre Augen weiterhin geschlossen hält - und beginnt das Gesicht „nachzuformen“. Sie sagt langsam: „Das ist ihre Stirne, Fr. S., das sind ihre Wangen, da ist das Kinn und das sind die Augen“. Fr. S. atmet ruhig weiter, lässt die Berührungen gut zu. Der Mundbereich wird mit einem Waschlappen sanft „rundherum“ nachmodelliert. Danach werden beide Ohren und der Halsbereich gewaschen und getrocknet. Anschließend sagt die PP: „So Fr. S. jetzt trockne ich sie wieder ab im Gesicht – das ist ihre Stirne, die Wangen, das sind die Augen und die Nase“. Die Atmung von Fr. S. wird noch ein klein wenig ruhiger und insgesamt wirkt die Bewohnerin recht entspannt.

Die PP legt ein kleines Frotteehandtuch auf Hals- und Brustbereich der Bewohnerin. Beide Hände von Fr. S. liegen gefaltet auf ihrem Brustbereich, die PP nimmt zu diesen mit ihren beiden Händen Kontakt auf und hält diesen eine Weile (ca. 20 Sek.) aufrecht. Sie sagt: „So, Fr. S. jetzt lassen wir es gut sein – ich komme später wieder zu ihnen – ich decke sie noch gut zu, sie haben kühle Hände“. Sie deckt die Hände der Bewohnerin mit der Decke gut ab.

Danach wird wiederum die Spieluhr mit der gleichen Melodie eingeschaltet. Die PP betrachtet Fr. S. abschließend nochmals genau, entfernt sich dann und geht aus dem Zimmer.

Fr. S. liegt in Rückenlage, in leichter Oberkörperhochlage, in ihrem Bett. Die Lippenbewegungen haben aufgehört, die Atmung ist sehr viel ruhiger und gleichmäßiger geworden (ein brodelndes Geräusch ist nach wie vor zu vernehmen).

Beobachtungsende: 11.05 Uhr

Aussagen der Pflegeperson, die die Teilkörperpflege durchgeführt hat:

Die betreuende PP kommt nach der Pflegehandlung zu mir und gibt mir einige Detailinformationen, die nachfolgend zusammenfassend dargestellt werden:

- Die Körperpflege bei Fr. S. wird ganz nach ihren individuellen Bedürfnissen ausgerichtet und sehr oft werden Teilwaschungen angewandt. Im vorhinein kann also nie ganz genau gesagt werden, was und wie viel für die Bewohnerin in der jeweiligen Situation gut ist.
- Ziel ist es, die Bewohnerin nicht zu überfordern. So passiert es sehr häufig, dass die jeweilige Bezugspflegerperson mehrmals am Tag zu ihr kommt um entweder ganz gezielt den Intimbereich oder die Hände und das Gesicht waschen oder auch um ein Fußbad vorzunehmen.
- Es kann aber auch sein, dass Fr. S. an manchen Tagen eine „Ganzkörperpflege“ gut annehmen kann. Wichtig dabei ist die individuelle und aktuelle Situation der Bewohnerin.
- Wir im Team kennen „die Lage von Fr. S. recht gut“ und können „erahnen“ wann es für sie „zuviel wird“ und daher stimmen wir die Vorgehensweise individuell mit ihr ab.

Beobachtung zur Basalen Stimulation

Protokoll 4

Handlungseinheit: „Erinnerungsarbeit – Collagengestaltung“ mit Fr. Adam und Fr. Handler

Datum: 18.09.2009, Beobachtungszeitraum: 15.05 Uhr bis 15.45

Ort: Haus St. Moritz

Beobachterin und Protokoll: Gabriele Erlach-Stickler

Diese Beobachtung findet im „Werkraum“ (einem Nebenraum) der Abteilung, der für spezielle Aktivitäten bereitgehalten wird, statt. In diesem hellen Raum gibt es einen großen ovalen Tisch mit 8 Sesseln, einen großen Kasten und eine alte Stehlampe.

Ziel dieser „Erinnerungsarbeit“ ist es, Fotos die auf einem gemeinsamen, von der Institution organisierten Ausflug mit den Bewohnern entstanden sind, betrachten zu lassen und ggf. über auftauchende Erinnerungen und Gefühle zu sprechen. Gemeinsam wird eine Collage gestaltet, die im Anschluss als „Wandbild“ für die Bewohner – an einem Ort ihrer Wahl - gut sichtbar aufgehängt wird.

Teilnehmende Personen:

- zwei Bewohnerinnen (Fr. A. und Fr. H.), beide Mitte 80 und beide mit der Diagnose „Vaskuläre Demenz“
- eine Angehörige von Fr. A., die von Beginn an dabei ist
- die Tochter von Fr. H., die erst ganz zum Schluss zufällig hinzukommt
- eine Betreuungsperson (BP)

Die BP berichtet im Vorfeld folgendes:

Fr. A. sitzt nicht sehr gerne bzw. nicht sehr lange still und lehnt das gemeinschaftliche Arbeiten eher ab. Sie ist viel lieber in Bewegung und so geht sie auch ganz alleine und selbstständig im Heimbereich umher. Dennoch besteht ein großes Anliegen, Fr. A. in diese „Erinnerungsarbeit“ mit einzubeziehen, da das Team weiß, dass Fr. A. prinzipiell gerne Fotos betrachtet und mitdiskutiert, sofern sie es auch gerade kann und möchte. Es war der BP wichtig zu erwähnen, dass Fr. A. zu nichts „gezwungen“ wird und dass sie selbstverständlich weggehen darf. Die Bewohnerin hält derzeit Nähe nicht so gut aus, „es wird alles schnell zuviel“ – sie braucht eher Distanz um sich wohl zu fühlen.

Über Fr. H. hingegen wird berichtet, dass sich diese gerne nieder lässt und die ihr zukommende Aufmerksamkeit sehr genießt. Da beide Bewohnerinnen miteinander am Ausflug teilgenommen haben, wird diese „Erinnerungsarbeit“ ganz bewusst nur für diese beiden Damen angeboten.

Beobachtungsbeginn: 15.05 Uhr

Fr. H. wird im Rollstuhl von der BP in den Raum gebracht und zum Tisch gestellt.

Fr. A. wird ebenfalls von einer anderen BP im Rollstuhl hereingeführt und zum Tisch gesetzt. Fr. A. sucht und verlangt sofort ihre Handtasche. Die BP nimmt diese in der Zwischenzeit schon von der Aufhängevorrichtung des Rollstuhles herunter und gibt sie ihr in beide auf der Schoß liegende Hände.

Die Angehörige von Fr. A. hilft mit und breitet bereits die Bilder des Ausfluges auf der Tischfläche vor beiden Bewohnerinnen auf.

Die BP setzt sich zwischen die beiden Bewohnerinnen und blickt diese gezielt nacheinander (zuerst Fr. A. und danach Fr. H.) an. Sie nimmt weiter Kontakt auf, indem sie beide Bewohnerinnen – wiederum nacheinander - mit ihren Händen am Unterarm berührt und nochmals mit Namen begrüßt. Ebenso wird die Angehörige nochmals willkommen geheißen.

Die Fotos werden am Tisch von der BP weiter ausgebreitet und sofort von Fr. H. konzentriert begutachtet.

Fr. A. sucht ebenso bestimmte Fotos aus auf denen sie zu erkennen ist. Sie fragt: „Wo bin denn ich da drauf?“

Die BP sucht bestimmte Fotos von der Hütteneinkehr und zeigt sie abwechselnd den beiden Damen.

Fr. H. blickt aufmerksam ein Foto an und fragt: „Wer schläft denn da?“ „Ist das die Großmutter?“

BP sagt: „Nein, das ist die Frau H., das sind sie. Da war eine starke Bergluft, die hat müde gemacht!“

Fr. H. fragt sich selbst: „Wer ist denn das?“ Sie erkennt sich dann selbst und sagt: „Ja, das bin ich!“

Die BP gibt ein paar Fotos an Fr. A. weiter und bittet sie, einige für die Collage auszuwählen. Fr. A. sagt, sie bräuchte eigentlich eine neue Brille.

Trotzdem wählt sie zwei Bilder aus, entscheidet sich sehr rasch, eines mit schönen Blumen und ein anderes von einem Berg.

Fr. H. betrachtet weiterhin mehrere Fotos aufmerksam und entscheidet sich ebenfalls für vier. Sie legt diese gezielt vor sich auf.

Die BP schneidet die Fotos zurecht, Fr. H. schaut aufmerksam zu und nimmt die geschnittenen Puzzelteile in die Hand und mischt diese.

Die Angehörige meldet sich zu Wort und meint, dass das Fahrzeug, mit dem sie zum Ausflugsziel gebracht wurden, ebenfalls mit auf die Collage kommen müsse.

Beide Bewohnerinnen stimmen zu und schauen nacheinander das Foto mit dem Auto an.

Fr. H. greift erneut auf das Hüttenfoto und sagt: „Das ist lieb“.

BP sagt: „Ja, das ist eine schöne Hütte“.

Fr. H. nimmt ein Foto und fragt: „Was ist das?“ BP erklärt, dass auf dem Foto ein Gästebuch zu sehen ist und dass sich die Gäste in dieses einschreiben können.

Die BP nimmt einen Stift zur Hand und will mit der Überschrift (Titel der Collage) beginnen.

Fr. H. sagt: „Diese Wolken sind einmalig schön!“ und betrachtet aufmerksam das Bild.

Fr. A. sagt in Richtung Fr. H. „Ja, da sieht man so schön in das Land hinein“.

Die Angehörige wählt ein weiteres Bild mit aus und legt dieses auf das daliegende bunte grüne Collagenpapier.

BP fragt: „Wo waren wir da?“

Fr. A. sagt: „Auf der Hinteralm“.

Angehörige fragt: „Wann wart ihr da? - War das 2009?“

Die beiden Bewohnerinnen blicken auf, geben keine Antwort.

BP sagt: „Ja, am 8. August!“ und „So, das schreiben wir jetzt da drauf!“

BP fragt: „So Fr. A. was schreiben wir denn da noch dazu, helfen sie mir?“

Fr. A. sagt dazu nichts.

BP sagt dann: „Wir schreiben dazu, dass der Mohnstrudel gut war, erinnern sie sich noch?“

Fr. A. sagt: „Ja, der war sehr gut!“ und lacht recht herzlich

BP fragt: „Wo wollen sie denn da noch was hinzufügen Fr. A?“

Fr. A. zögert, wartet etwas ab und sagt dann: „Na ja, schreiben wir halt dazu, es war eine schöne Fernsicht, es war schön, es war wunderbar!“

Fr. H. schließt sich sofort an und meint: „Und die Blumen waren schön“.

BP richtet ihre Frage ganz gezielt an Fr. A: „Was schreiben wir?“ Sie blickt dabei Fr. A. sehr konzentriert an, lässt Zeit zum Nachdenken, wartet 10 Sek. Sie macht dann einen Vorschlag. Schreiben wir: „Still und ruhig war es am Berg?“ oder schreiben wir „Unter Blumen Mittagssonne genossen?“

Fr. A. meint: „Ja, schreiben wir das“.

BP schreibt das Zitat auf das Fr. A. gehörende und vor ihnen liegende Collagenpapier.

Fr. A. schaut zu und sagt: „Das ist wunderschön“.

BP zeigt Fr. A. ein weiteres Foto

Fr. A. sagt: „Still und leise Blumen genossen und das war schön da“.

Fr. H. horcht aufmerksam zu, schaut auf die Bilder und auf Fr. A.

Fr. A. erkennt auf einem Foto eine weitere Mitbewohnerin, die derzeit im Spital ist und erkundigt sich bei der BP über sie: „Wie geht es denn ihr, was hat sie denn, hat sie denn im Spital?“

BP antwortet, dass sie leider nichts genaues weiß aber nachfragen werde.

BP fragt nun gezielt Fr. H: „Was können wir zum Foto dazuschreiben?“

Fr. H. meint: „Die Blumen sind sooo schön.“ Fr. H lacht und sagt: „Das ist eine schöne Aufnahme, wo ist denn das?“

BP antwortet: „Das ist der Türnitzer Graben und da der Ötscher, der ist versteckt, da hinten, da“.

Beide Bewohnerinnen lachen und schauen auf das vor ihnen liegende Foto.

BP sagt: „Wir schreiben jetzt dazu - in Ruhe die Aussicht genießen und die Berge!“

Fr. H. nimmt wiederum ein Foto zur Hand, schaut neugierig und entdeckt sich selbst beim Mittagsschlaf, sie lacht und sagt: „Das bin ich“:

Fr. A. schaut das Foto mit dem Auto an.

BP sagt: „Da schreiben wir jetzt darauf, wir waren mit dem Auto auf 1300 m Seehöhe“.

Fr. A. sagt besonders laut: „Fertig!“

Die Angehörige fragt nach: „Tante, hast du dich auch in das Gästebuch eingeschrieben?“

Fr. A. antwortet nicht, blickt aber zur Angehörigen

BP sucht ein weiteres Foto aus.

Fr. A. sagt wiederum: „Fertig“ und „Fertig, das ist schön!“

Die BP klebt nun die Fotos mit Uhu auf das grüne Buntpapier.

Beide Bewohnerinnen schauen ihr aufmerksam zu.

BP fragt Fr. A: „Wo hängen wir das jetzt auf?“ – „Wo möchten sie das hängen haben?“

Fr. A. gibt keine Antwort, schaut aber aufmerksam auf dieses fast fertige große Blatt mit den aufgeklebten Fotos

BP fragt erneut: „Sollen wir das auf den Gang hängen, damit sie das immer sehen?“

Fr. A. sagt: „Ich will auf den Großglockner, da ist es schön auf dem Großglockner“.

BP meint: „Ja, der Großglockner ist wirklich ein schöner Berg“ und schaut Frau A. an.

Danach klebt sie nach und nach die restlichen Fotos auf und sagt, dass sie ein anderes Mal gemeinsam auf den Großglockner fahren werden.

Fr. A. hält inne, denkt nach und fragt plötzlich, ob dieses Zimmer auch für ihre Geburtstagsfeier geeignet wäre. Sie meint: „Ich habe ja bald Geburtstag, da möchte ich gut in diesem Raum feiern“.

Die BP stimmt zu und meint, dass das wirklich eine gute Idee wäre und dass sich der Raum gut dafür eignet. Sie verspricht dabei Fr. A., dass sie den Raum dafür reservieren lassen wird.

Fr. A. sagt jetzt ziemlich vehement: „Ich will jetzt gehen“ und gleichzeitig versucht sie sich zu erheben.

Die BP hilft ihr auf, in dem sie ihr beide Hände entgegenstreckt. Fr. A. kann sich an den beiden Händen gut hochziehen, die BP begleitet sie mit ihrer Angehörigen aus dem Raum, in dem sie den Arm um ihre Schulter legt und sich vor der Türe von ihr verabschiedet. „Wir möchten ja noch gehen, sagt Fr. A. recht bestimmt“ und verschwand sehr plötzlich um die Ecke. Die Angehörige läuft hinter ihr nach.

Fr. H. sitzt nun alleine mit der BP beim Tisch.

Die BP gibt ihr ein Foto in die Hand, Fr. H. schaut dies lange und aufmerksam an und fragt: „Ist das die Großmutter?“

BP antwortet ruhig: „Nein, Fr. H., das sind sie“.

Fr. H. lacht herzlich. Sie legt das Foto zu den anderen und mischt alle Bilder plötzlich durcheinander.

Fr. H. fragt nochmals nach: „Wer ist das gewesen?“ „Die kenne ich nicht“. Sie schaut wiederum das Foto (auf dem sie zu sehen ist) an.

BP: „Ja, das sind sie!“

Fr. H.: „Ich?“

BP: „Ja, Fr. H. sie schlafen hier auf dem Foto, da darf man schon schlafen zu Mittag!“

BP sucht weitere Fotos speziell für Fr. H. aus und zeigt ihr diese – langsam, eines nach dem anderen.

Fr. H. freut sich über die gezeigten Fotos und sie beginnt plötzlich herzlich zu lachen. Sie sagt, sie erinnert sich daran, dass sie auf der Hütte Fleischknödel gegessen hat und dass ihr diese sehr geschmeckt haben.

Plötzlich fragt sie sich ganz leise selbst: „Ist meine Mutter schon weg?“ Aufmerksam schaut sie die Bilder an und fragt: „Oder ist das die Großmutter?“

Die BP legt ihre rechte Hand auf den linken Unterarm von Fr. H. und beugt sich näher zu ihr. Fr. H. ist mit den Fotos ganz intensiv beschäftigt, sie hält diese fest in ihren Händen.

Die BP geht ganz kurz hinaus und holt einen Handspiegel. Sie bietet diesen der Bewohnerin an, die ihn in die Hand nimmt und hineinschaut.

Sie betrachtet sich fragend, schaut auf das vor ihr liegende Foto und fragt die BP: „Bin das ich?“

„Ja“, sagt die BP

„Aber die Jugendlichste bin ich auch nicht mehr!“ sagte Fr. H. ganz spontan

Fr. H. schaut auf das Foto und sagt: „Das bin ja wirklich ich, na so was“.

Die BP lacht, legt den rechten Arm um die Schulter von Fr. H. und diese lacht auch sehr herzlich mit.

Die BP sucht noch weitere Bilder aus, schneidet diese ebenso zurecht um sie auf einen blauen Bogen Papier zu kleben.

Fr. H. sucht ein weiteres Bild heraus und sagt: „Da, da schlafe ich den Schlaf des Gerechten!“

Sie fragt die BP wiederum: „Bin ich das?“

Die BP antwortet freundlich: „Ja, Fr. H. das sind sie!“

Fr. H. antwortet etwas lauter und beschwingter: „Na servus, das ist aber gut!“

Fr. H. schaut beim Bilderausschneiden und Aufkleben ganz aufmerksam zu, wendet sich abwechselnd dem unmittelbar vor ihr liegendem Plakat und der BP zu.

Die BP zeigt ihr ein Foto mit Gipfelkreuz und gibt es danach Fr. H. in die rechte Hand.

Fr. H. sagt: „Ah, schön das Kreuz!“

BP sagt: „Ja, das ist das Gipfelkreuz!“

BP sagt: „So jetzt müssen wir was dazu schreiben auf das Plakat, helfen sie mir dabei?“.

Fr. H. sagt spontan: „Ja, natürlich, das machen wir“.

Die BP fragt: „Was schreiben wir – schreiben wir, die Bergluft macht müde?“

Fr. H. sagt lauter: „Ja, das Bild ist gut!“ und „Schreiben wir gute Unterhaltung darauf!“ und „Das ist schön!“

Die BP schreibt die Sätze auf die Collage und fragt erneut zu einem bestimmten Foto: „Und was schreiben wir dazu auf?“

Fr. H. schaut das Bild an, denkt nach und sagt laut: „Endlich errungen!“ „Schreiben wir das auf!“

Die BP schreibt weiter, Fr. H. sieht ganz konzentriert zu und greift auf ein weiteres Bild wo Getränke und Speisen darauf zu sehen sind.

Fr. H. sagt von sich aus: „Und da schreiben wir gutes Genießen oder vielleicht Prost?“

Die BP lacht herzlich, bestätigt Fr. H. und schreibt die vorgeschlagenen Zitate auf das Papier.

Plötzlich geht die Türe auf und die Tochter von Fr. H. kommt auf Besuch. Sie setzt sich neben ihre Mutter, unterbricht aber das Gespräch mit der BP nicht.

Die BP begrüßt die Tochter und sagt, dass sie schon gleich fertig sind.

Die BP zeigt die Collage her, hält sie in die Höhe und Fr. H. wirkt zufrieden. Sie bemerkt zwar die Anwesenheit der Tochter, zeigt aber ansonsten keinerlei merkliche Reaktion.

Die BP und Fr. H. überlegen gemeinsam, wo das Bild platziert werden soll.

Fr. H. sagt: „Bei mir im Zimmer, vielleicht?“

Die BP bejaht und bestärkt den Vorschlag und beendet die Arbeit, in dem sie Fr. H. an der Schulter berührt und fragt, was sie ihr zur Jause bringen dürfe.

Fr. H. wünscht sich ein großes Häferl Kaffee, die BP geht aus dem Raum um diesen zu besorgen.

Fr. H. wird von ihrer Tochter gefragt: „Mutti, sag, wann bist du geboren?“

Fr. H. antwortet: „Das weiß ich nicht genau, das müsstest aber du doch auch wissen!“

Die Tochter wundert sich über die Aussage.

Die BP kommt mit zwei Tassen Kaffee (Für Fr. H. und ihre Tochter) und setzt sich nochmals kurz zu beiden Damen an den Tisch. Sie überlegen gemeinsam mit der Bewohnerin ob es gut ist, nach draußen in den Park zu fahren. Da es nicht mehr regnet, wird ein kurzer Spaziergang in Erwägung gezogen.

Beobachtungsende: 15.45 Uhr

2. Fallstudie: Umsetzung von Validation® auf der Station A im Pflegeheim Antonius⁷

Petra Fercher, Elisabeth Reitingner, Katharina Heimerl

Die Situation auf der Station A im Pflegeheim Antonius mit Schwerpunkt Validation wurde entsprechend dem Forschungsdesign in mehreren Schritten erhoben. In einem Interview mit der Leitung konnten allgemeine Daten zu den Rahmenbedingungen des Hauses und der Station ebenso besprochen werden wie BewohnerInnenstruktur, Personalstruktur, Prozesse der Organisation und Kommunikation.

In den Beobachtungen vor Ort nahmen eine oder zwei ForscherInnen am Alltagsleben teil und notierten die von ihnen wahrgenommenen Ereignisse, Begebenheiten und Interaktionen. Eine der Beobachterinnen verfügt über einen fundierten Hintergrund in Validation. Die Beobachtungskriterien sind entsprechend dem Fokus Validation auf Basis dieses Hintergrunds formuliert. Die zweite Beobachterin verfügt über fundierte Kenntnisse in Dementia Care Mapping. Dementsprechend liefert auch diese Perspektive eine Hintergrundfolie für die Beobachtung. Die Beobachtungen und Analysen aus einem DCM-Verständnis heraus werden im anschließenden Exkurs dargestellt. In den hier nun folgenden Abschnitten liegt der Schwerpunkt sowohl bei den Beobachtungen, als auch in der Dokumentenanalyse und den BewohnerInnengeschichten, die die Erhebung und Analyse abrunden, auf der Perspektive der Validation.

In den Schlussüberlegungen werden die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst und die Kriterien für eine gelingende Validation, so wie sie Naomi Feil in ihrem ersten Interview mit den Forscherinnen formuliert hat, dargestellt. Diese können als Bewertungsleitlinien für die Wirkungen der Validation einerseits, als Bestätigung für die Formulierung der Beobachtungskriterien auf der Station andererseits verstanden werden.

2.1 Rahmenbedingungen im Heim und auf der Station

Das Konzept von der Basis für die Praxis

Das Pflegeheim Antonius ist in einem Neubau untergebracht, der 2003 eröffnet wurde. Die Demenzstation mit Schwerpunkt Validation wurde vor etwa 6 Jahren im neu gebauten Heim gegründet. Insgesamt werden 25 BewohnerInnen betreut, die fast alle an Demenz erkrankt sind. Derzeit ist die älteste Bewohnerin im 100. Lebensjahr, die jüngste ist 57 Jahre alt, das Durchschnittsalter beträgt 82,6 Jahre. Zwei BewohnerInnen sind in Pflegestufe 7, sieben BewohnerInnen in Stufe 6, die restlichen 16 BewohnerInnen in Stufe 4 und 5.

Die Station besteht aus Ein- und Zweibettzimmern, jedes Zimmer hat ein eigenes Bad und Toilette. Die BewohnerInnen werden dazu ermutigt, kleinere Gegenstände von zu Hause mitzubringen. Es gibt einen Garten mit einem Hochbeet, in dem mit den BewohnerInnen Gemüse und Blumen angebaut werden.

Das hauptamtliche Betreuungsteam

Es umfasst insgesamt 19 Personen, bestehend aus 8 diplomierten KrankenpflegerInnen (davon eine Stationsleitung), 9 PflegehelferInnen und eine Abteilungshilfe. Viele Teammitglieder sind Teilzeitkräfte (siehe Tabelle 1), eine Entscheidung, die dazu beiträgt, die MitarbeiterInnen vor dem Burnout zu schützen.

⁷ Das hier verwendete Pseudonym wurde von der Stationsleitung gewählt

Ausbildung	Anzahl der MA	Wochenstunden	entsprechende Vollzeitäquivalente	VZÄ insgesamt
DGKS	2	40	2	5,875
DGKS (Stationsleitung)	1	35	0,875	
DGKS	4	30	3	
PflegehelferInnen	4	40	4	8,25
PflegehelferInnen	5	30	3,75	
PflegehelferInnen	1	20	0,5	
Pflegende gesamt	17			14,125
Abteilungshilfe	1	40	1	1

Tabelle 1: Anzahl der Vollzeitäquivalente in der Pflege

Das entspricht einem Pflegeschlüssel von 0,566 VZÄ pro BewohnerIn.

Wenn die Abteilungshelferin nicht da ist, arbeitet ein Zivildienstler auf der Station mit, KrankenpflegeschülerInnen sind regelmäßig auf der Station.

Die BewohnerInnen haben die Möglichkeit von Montag bis Freitag den Seniorenclub zu besuchen, dieser findet in eigenen Räumlichkeiten auf einer anderen Station statt. Eine Physiotherapeutin, eine Ergotherapeutin und eine Diätologin kommen stundenweise auf die Station, zwei BewohnerInnen haben derzeit einen bezahlten Besuchsdienst.

Die Heimgärtin ist im Haus angestellt und kommt täglich zwei Mal auf die Station. Sie ist auch oft nachts und am Wochenende erreichbar. Wenn es notwendig ist, kommt sie auch zu diesen Zeiten auf die Station. Alle 14 Tage kommt ein Neurologe ins Haus, Hautarzt, Zahnarzt und Optiker stehen bei Bedarf zur Verfügung.

Die Fluktuation des Personals ist gering, seit Beginn haben insgesamt 5 MitarbeiterInnen die Station verlassen, zwei sind in Pension gegangen, eine hat begonnen zu studieren, eine Mitarbeiterin ist jetzt Pflegedienstleitung – nur eine Mitarbeiterin gekündigt.

Die Ehrenamtlichen

Zusätzlich sind zwei ehrenamtliche MitarbeiterInnen regelmäßig in die Betreuung eingebunden, die eine kommt jede Woche für 2 Stunden, der andere bietet wöchentlich eine halbe Stunde einen Gebetskreis an. Auch eine Kindergruppe wird ehrenamtlich auf der Station angeboten (siehe weiter unten). Zu den Aufgaben der Ehrenamtlichen gehört es, mit den BewohnerInnen spazieren zu fahren, zu singen, ihnen vorzulesen, sie zu besuchen und einfach da zu sein. Alle Ehrenamtlichen des Hauses werden von einer hauptamtlichen Koordinatorin betreut, sie erhalten Supervision und treffen einander zu regelmäßigen Besprechungen.

Das Pflegekonzept

Das Pflegekonzept der Station ist im Team gemeinsam an der Basis entstanden und langsam gewachsen.

Die Station arbeitet nach dem System der Bezugspflege, jede Pflegehelferin ist Bezugsperson für 2 BewohnerInnen, jede Diplomierte für eine/n Bewohner/in. Die Entscheidung, welche/r Pflegenden für welche/n Bewohner/in zuständig ist, treffen die Pflegenden selbst, gemeinsam mit

der Stationsleitung. Vor allem wird darauf geachtet, dass Pflegende und BewohnerInnen gut zueinander passen. Die Pflegenden besuchen ihre BezugsbewohnerInnen so oft wie möglich, fahren mit ihnen spazieren, machen Unternehmungen oder räumen das Zimmer auf. Die Bezugspflegerperson sieht es als ihre Aufgabe, die BewohnerInnen und ihre Bedürfnisse anwaltlich zu vertreten, sich im Team für die Anliegen der BewohnerInnen stark zu machen, Gespräche mit den Angehörigen zu führen und dafür zu sorgen, dass die BewohnerInnen erhalten, was sie brauchen.

Das Team arbeitet gerne, weil es einen Sinn in der Arbeit sieht und weil viel Freiraum beim Arbeiten besteht. Die Pflegekräfte arbeiten eigenverantwortlich für ihren Bereich, sie gehen zu Dienstbeginn durch alle Zimmer und beginnen mit den BewohnerInnen, die am dringendsten Betreuung brauchen. Es gibt keine fixen Zeiten für die Körperpflege oder das Aufstehen der BewohnerInnen, wenn eine Bewohnerin in der Früh gut schläft, zum Beispiel im Winter, dann wird sie nicht aufgeweckt. Frühstück ist auch noch um 10 Uhr oder 10.30 möglich, wenn eine Bewohnerin erst dann wach ist, oder erst dann Hunger hat.

Der Dienstplan

Untertags sind vier Pflegepersonen im Dienst, davon mindestens eine Diplomierte, manchmal auch zwei, der Dienst beginnt um 7.00 und endet um 19.00.

In den letzten 5 Jahren war die Station maximal an 10 Tagen weniger besetzt. Bei Krankheit bzw. Ausfall einer Pflegekraft wird sie durch eine Poolschwester vertreten. Dies ist im Schnitt an etwa 3 bis 4 Tagen im Monat notwendig.

Untertags ist jede Pflegehelferin für 7 BewohnerInnen zuständig, die Diplomierte für 4 BewohnerInnen, für die Medikamente und für spezielle Pflegehandlungen. Die Station ist in drei gleich große Bereiche eingeteilt (linker Bereich, rechter Bereich und der Bereich beim Stützpunkt). Jeden Tag in der Früh suchen sich die Pflegenden aus, für welchen Bereich sie an diesem Tag zuständig sind und markieren dies mit ihrem Namensschild auf einer Magnettafel. Die Arbeit wird so gerecht und im Konsens zwischen den Pflegenden verteilt, Konflikte gibt es bei der Einteilung nicht.

In der Nacht ist nur eine Pflegende im Dienst. Für Pflegehandlungen, die zwei Personen erfordern (zum Beispiel Lagern) kann sie eine zweite Pflegende von einer anderen Station um Hilfe bitten. In pflegerischen Notfällen ist eine Diplomierte zuständig, die auf einer doppelt besetzten Station Dienst macht, sie kann, wenn es notwendig ist, auf die Demenzstation kommen.

Von Anfang an wurde das Prinzip der freien Dienstplangestaltung praktiziert: Die Stationsleitung macht rechtzeitig (oft Monate im Voraus) einen Vorschlag, der dann aufliegt. Es wird so lange getauscht, bis alle mit den Diensten, die sie zu machen haben, einverstanden sind. Niemand soll einen Dienst machen, den er oder sie nicht machen will. Die Stationsleitung nimmt Veränderungen am Dienstplan nur nach Rücksprache mit den MitarbeiterInnen vor.

Die Pflegeplanung

Die Bezugspflegernden planen die Pflege gemeinsam mit der Diplomierten. Jede Diplomierte ist für die Planung von 3-5 BewohnerInnen verantwortlich. Die Planung wird alle 3 Monate von der Diplomierten evaluiert. Für jeden Bewohner oder jede Bewohnerin gibt es zwei Mal im Jahr eine Pflegevisite. Alle anwesenden Pflegenden gehen dazu in das Zimmer des/r Bewohner/in, und begutachten die Bewohnerin, die Umgebung und die Pflegeplanung. Die Pflegevisiten finden über das ganze Jahr verteilt statt, nie mehr als ein/e Bewohner/in pro Tag. An Tagen, wo viel anderes zu tun ist, findet keine Visite statt.

Die Aufgaben der Stationsleitung

Das Leitungsverständnis der Stationsleitung ist davon geprägt, dass nur die Dinge getan werden sollen, hinter denen die Pflegenden selbst auch stehen und deren Grund für die Pflegepersonen

einsichtig ist. Das Prinzip „weniger ist mehr“ auf der Station bedeutet, dass nur sorgfältig überlegte Innovationen eingeführt werden, keine Neuerungen nur um des Neuen willen. Alle neuen Maßnahmen werden regelmäßig im Team evaluiert, um zu erkennen, was sich bewährt und was nicht. Änderungen des Ablaufs und des Pflegekonzeptes werden nur dann durchgeführt, wenn die meisten MitarbeiterInnen sie befürworten und für sinnvoll erachten.

Die Stationsleitung sorgt dafür, dass alle Informationen regelmäßig weitergegeben werden, plant die Fortbildungen und führt Einzelgespräche, wenn es Konflikte oder Probleme gibt. Alle Probleme sollen nach Möglichkeit einer kreativen Lösung zugeführt werden. Ein Mal im Jahr wird mit jedem/mit jeder ein offizielles Mitarbeitergespräch geführt.

Der regelmäßige Kontakt zu den Angehörigen ist der Stationsleitung ein besonderes Anliegen. „Schwierige“ Angehörige werden regelmäßig angerufen, um zu fragen, „ob alles in Ordnung ist“.

Die Stationsleitung übernimmt gelegentlich Pflegedienste am Krankenbett. Darüber hinaus leitet sie die Validationsgruppe und sorgt für die Beschäftigung der BewohnerInnen.

Die Besprechungen

Die Stationsleitung moderiert mehrere Besprechungen auf der Station: Jeden Tag zu Mittag gibt es das „Pflegegespräch“, an dem alle Pflegenden, die im Dienst sind, teilnehmen. Es dauert fast eine Stunde, im Mittelpunkt stehen die Probleme von und mit einzelnen HeimbewohnerInnen.

Zusätzlich gibt es ein Mal im Monat am späten Nachmittag regelmäßige Stationsbesprechungen, zu denen auch die MitarbeiterInnen kommen, die gerade nicht im Dienst sind.

Schwerpunkt Validation

Alle MitarbeiterInnen auf der Station sind in Validation ausgebildet: 8 Pflegenden sind ValidationsanwenderInnen (entspricht 5 Wochenenden Kurs), 9 Pflegenden haben zum Teil mehrere Tageskurse (=Grundkurse) absolviert, ebenso die Abteilungshelferin. Auch die Heilmärtin und die Pflegedienstleitung sind als Validationsanwenderinnen ausgebildet.

Derzeit gehören 18 HeimbewohnerInnen zur Zielgruppe der Validation (hochbetagte Menschen mit Demenz vom Alzheimer-Typ). Einmal in der Woche wird routinemäßig ein Validations-Einzelgespräch mit jedem/r dieser BewohnerInnen geführt. Wenn es notwendig ist, zum Beispiel am Beginn des Heimaufenthaltes, führen die Pflegenden bis zu einmal täglich ein Einzelgespräch mit einem Bewohner oder einer Bewohnerin - oft durch mehrere Wochen hindurch.

Einmal pro Woche findet die Validationsgruppe statt. Sie wird von der Stationshilfe geleitet, es nehmen durchschnittlich 8-10 BewohnerInnen teil.

Auf der Station leben - bis zuletzt

Die BewohnerInnen leben auf der Station bis zuletzt. In den letzten 5 Jahren sind nur 2 BewohnerInnen nicht auf der Station, sondern im Krankenhaus verstorben. Die Angehörigen werden verständigt, wenn das Sterben bevorsteht und können auch bei den BewohnerInnen übernachten, wenn sie das wollen. Die Pflegenden sehen es als ihre Aufgabe, die Angehörigen gut zu versorgen: Kaffee, Essen ein bequemer Stuhl zum Schlafen und Gespräche werden angeboten.

Die Ärztin begleitet die BewohnerInnen auch beim Sterben medizinisch. Wenn die Bewohner es wünschen, wird religiöse Sterbebegleitung ermöglicht.

Die BewohnerInnen bleiben zum Sterben in ihrem Zimmer, auch nach dem Tod bleiben sie dort, bis die Angehörigen sich verabschiedet haben. Es gibt einige Rituale für die Zeit des Sterbens und danach, so wird eine Duftlampe oder ein Kreuz im Zimmer aufgestellt, manchmal wird eine CD mit gregorianischen Chorälen gespielt, eine Kerze wird angezündet, die bis einen Tag nach dem Tod der Bewohnerin/des Bewohners stehen bleibt. Der Partezettel wird auf der Station aufgehängt.

Einmal im Jahr gibt es einen Gottesdienst für alle Verstorbenen des Hauses, zu dem auch die Angehörigen eingeladen sind.

Zwischen den Generationen

Die BewohnerInnen der Station sind auch in ein besonderes „Generationen-Projekt“ eingebunden. Jeden Montag zwischen 10.00 und 12.00 trifft sich eine Mutter-Kind-Gruppe auf der Station. Die Gruppe ist beliebt, es kommen immer wieder neue Mütter – manchmal auch Väter - dazu. Die Stationsleitung bemüht sich darum, die Gruppe gut zu bewerben, zum Beispiel bei Kinderärzten in der Ordination oder in öffentlichen Gebäuden gemacht. Auch die beteiligten Mütter selbst sorgen für Werbung. Die Kinder sind zwischen 1 bis 3 Jahre alt, sie laufen auf der Station herum, es gibt viel Kontakt mit den BewohnerInnen. Eine halbe Stunde lang gibt es „Programm“, die Mütter singen mit den Kindern Kinderlieder, die BewohnerInnen sitzen außen im Kreis, können zusehen und mitsingen. So entsteht eine Großfamilien-ähnliche Situation, die allen Beteiligten, Müttern, Kindern, BewohnerInnen und Betreuenden gut tut.

Ab Herbst ist die Eröffnung eines privaten Montessori-Kindergartens im Haus geplant, die Kinder werden stundenweise auf der Station betreut werden und so Kontakt mit den HeimbewohnerInnen haben.

2.2 Beobachtungen an mehreren Tagen auf der Station

Entsprechend der Methode der offenen, nicht teilnehmenden Beobachtung (Lamnek 2005) machte sich die Beobachterin die Kriterien, die für ihre Wahrnehmungen und Beurteilungen der Situation auf der Station leitend waren, bewusst und formuliert diese vor dem Hintergrund von Validation. Die Beobachtungen selbst erfolgten im Zeitraum von 8. bis 29. Jänner 2009 an 9 unterschiedlichen Tagen. Es wurde bewusst an allen Wochentagen (Montag bis Sonntag) zu unterschiedlichen Tageszeiten (Früh, Mittag, Nachmittag Abend) beobachtet. Damit wurde sichergestellt, dass verschiedene Alltagssituationen einerseits und die sich im Tagesablauf wandelnden Zustände von BewohnerInnen andererseits gut in die Beobachtung und dann in die Beschreibung mit aufgenommen werden konnten.

Nach jeder Beobachtung erfolgte eine Feedbackbesprechung mit dem Betreuungsteam. Darin konnten die Wahrnehmungen der Beobachterin direkt mit den betroffenen MitarbeiterInnen ausgetauscht werden. Die Reflexion über gut gelungene sowie kritische Situationen oder Verhaltensweisen erfolgte entsprechend der in der Validation vorgesehenen Wertschätzung und wurde von den Mitarbeitenden als hilfreich und unterstützend wahrgenommen. Über den Beobachtungszeitraum hinaus wurde von der Station gewünscht, regelmäßige Validations-Supervisionen zu erhalten, um genau diese Art der Reflexion des eigenen Handelns weiterführen zu können. Die erste Supervision hat zum Zeitpunkt der Berichtslegung bereits erfolgreich stattgefunden.

2.2.1. Beobachtungskriterien für Validation auf Station A im Pflegeheim Antonius

In der folgenden Tabelle werden die Beobachtungskriterien formuliert und die entsprechenden Ausprägungen, die für die jeweiligen Beschreibungen der Situationen auf der Station relevant waren, beschrieben.

Kriterium	Ausprägung und inhaltliche Beschreibung
Gesamteindruck	<p>Überblick gewinnen, Validation kann immer und überall stattfinden: unterschiedliche Zeiträume und Situationen.</p> <p>Leitfragen: Findet Validation in Alltagsaktivitäten, beim Essen, in Ruhephasen (vor/nach dem Essen), im Gespräch statt und woran kann ich es erkennen?</p> <p>Werden in und bei Gesprächen mit Bewohner/innen Elemente aus der Validation verwendet: Nähe Abstand/verankerte Berührung/ Fragetechniken, sonstige Techniken?</p>
Grundhaltung	<p>Ist Kommunikation mit validierender Grundhaltung erkennbar? Haben MitarbeiterInnen Kompetenzen in Validation? Kompetenzen sind anhand der Prinzipien der Validation erkennbar:</p> <p>Wenn ein/e Bewohner/in mit dem passenden Namen angesprochen wird, reagiert die Person erfahrungsgemäß. Ist echter, ehrlicher Blickkontakt vorhanden, wird dieser erwidert. Bei empathischem Zuhören (ohne zu urteilen oder einen Rat zu geben) und der Möglichkeit Gefühle auszudrücken, entsteht Vertrauen. Oft wird sichtbar durchgeatmet und Entspannung wird erkennbar. (vgl. Feil und De Klerk-Rubin, 2006, S. 17)</p>
Wer, mit welcher	Personen mit Ausbildungsstand Level 1 (ValidationsanwenderIn)

<p>Qualifikation ist im Dienst – (GK/Grundkurs, VA/ValidationsanwenderIn-L1/Level1)</p>	<p>verwenden in einem Gespräch mit Validation spezielle verbale oder nonverbale Techniken, die sie in der Ausbildung gelernt haben.</p> <p>Welche Bedeutung hat es, wenn MitarbeiterInnen mit mehr oder weniger Validations-Kompetenz (erlernte, erfahrene) im Dienst sind?</p> <p>Genügt es, Mitarbeitende mit Validations-Grundkurs im Team zu haben, weil immer jemand mit L1 im Dienst ist? Die Stationsleitung ist in Level 2 (VA- Gruppenleiterin) ausgebildet – was bedeutet das für ein Team?</p> <p>Wie agieren andere Berufsgruppen (Abteilungshilfe, Seniorenbetreuung, Ehrenamtliche MitarbeiterInnen) mit dem jeweiligen Ausbildungslevel?</p>
<p>Verbale/Nonverbale Validation Techniken</p>	<p>Ganz konkret wird bei diesem Kriterium auf Validationstechniken geachtet.</p> <p>Welche wurden verwendet? Von wem wurden diese verwendet? In welchen Situationen wurden sie verwendet?</p> <p>Wurden Validations- Techniken auch bei Personen, die als „nicht Zielgruppe für Validation“ eingestuft werden, angewendet?</p> <p>Was passiert in bestimmten Situationen, wenn jemand kein Wissen über Validation und somit auch keine Kommunikation mit validierender Grundhaltung und keine Validations-Techniken einsetzt?</p>
<p>Wirkung bei BewohnerInnen/bei MitarbeiterInnen</p>	<p>Es gibt erkennbare/ beobachtbare Wirkungen von Validation bei BewohnerInnen und MitarbeiterInnen.</p> <p>BewohnerInnen-Sitzhaltung, geöffnete Augen, verstärkte soziale Kontrolle (vgl. Feil und De Klerk-Rubin, 2006, S.53)</p> <p>Ist Freude bei Mitarbeitenden sichtbar/spürbar/ hörbar? Können Sicherheit und Kompetenz wahrgenommen werden?</p>
<p>Pausenzeiten der Mitarbeiter</p>	<p>Was passiert während einer Pause im Aufenthaltsraum (AHR)? Wo finden Pausen der Mitarbeitenden statt? Was passiert, wenn im AHR eine BewohnerIn etwas braucht (also nicht durch Glocke gerufen wird)? Wie grenzen sich Mitarbeitende ab?</p>
<p>Symbole (Beachtung, Umgang...)</p>	<p>Wurden verwendete Symbole erkannt und entsprechend damit umgegangen?</p>
<p>Phasen der Aufarbeitung (Übereinstimmung mit Beobachtung?)</p>	<p>Wurden die BewohnerInnen in den jeweilig eingestuft Phasen (laut Dokumentation/Doku) entsprechend validiert, kam es zu „Fehleinstufungen“?</p> <p>Wurde bei einer Veränderung der Phase reagiert – in der Doku und</p>

	bei den bereits erarbeiteten Validationsmaßnahmen?
Validations - Gruppe (Vorher/Nachher... Befindlichkeiten, Verhalten...)	Da besonders die Validationsgruppe zu sozialen und interaktiven Kontakten zwischen BewohnerInnen mit Demenz anregt, ist sie ein zentrales Beobachtungssetting. Wie zeigt sich die Wirkung einer Validationsgruppe am Verhalten von BewohnerInnen im Kontext zu Befindlichkeit, Verhalten „vor und nach“ der Validations-Gruppe?
Andere Methoden	Es gibt viele passende und nicht passende Methoden im Umgang mit dementen Menschen. Wird erkannt, wann welche Methode angebracht ist? Werden Methoden verwendet, die zum Verhalten der Bewohner/innen passen und zum Wohlbefinden beitragen?
Angehörige/BesucherInnen/Ehrenamtliche	Wie wird im Team mit diesen „Gruppen“ umgegangen? Sind sie willkommen, werden sie als störend erlebt, gibt es einen offenen Zugang zum Pflegepersonal und umgekehrt? Was lösen die Interaktionen mit diesen Gruppen bei den Bewohnern aus, allgemeiner Umgang des Teams, Stationskultur? Profitieren Bewohner/innen von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen– Frage nach Kompetenzen ehrenamtlicher MitarbeiterInnen bei Menschen mit Demenz?

2.2.2. Beschreibungen und Auswertung der Beobachtungen in Bezug zu den Beobachtungskriterien

Die Beobachtungen erfolgten mit Fokussierung auf soziale Situationen und/oder Vorgängen im Kontext der Validation. Die Beobachtungen fanden in geschlossenen Feldern wie: Aufenthaltsraum – etwa beim Mittagessen, in Ruhephasen oder in „Stationsnischen“ wie z.B. bei Aktivitäten durch ehrenamtliche Mitarbeiterin, oder Seniorenbetreuung in der Bauernecke, sowie in einem geschlossenen Gruppenraum, der sich ebenso im Stationsbereich befindet, statt. Verbale Aussagen wurden teilweise zu Papier gebracht, nonverbale Kommunikation wurde beschrieben.

Grundsätzlich wurden, wie oben beschrieben, offene, nicht teilnehmende Beobachtungen, durchgeführt. Der Zweck der Beobachtungen war bekannt, Interaktionen mit den BewohnerInnen oder den betreuenden Personen waren nicht geplant. Da es sich hier jedoch um eine reine Demenzstation handelte, gab es die eine oder andere Situation, in der eine Interaktion mit BewohnerInnen durch die Beobachterin entstand, was im Anschluss im Protokoll festgehalten wurde. Es wurde jedoch nie in gezielte oder spontane Handlungen der Betreuenden eingegriffen.

Während des Beobachtungszeitraumes sind 18 von 25 Personen in die Zielgruppe für Validation mit der Diagnose DAT, (Demenz vom Alzheimer Typ) eingestuft. Die anderen 7 Personen haben unterschiedliche Diagnosen, von Alkohol Demenz, Levi Body, bis geistiger Behinderung und anderen. Es wurde von allen Bewohnern und Bewohnerinnen ein schriftliches Einverständnis eingeholt, die Beobachtungen durchzuführen. Die Beobachtungen werden im Folgenden – auch wenn einige der beschriebenen Merkmale in der Gegenwart noch genauso

existieren – in der Vergangenheit erzählt. Dadurch wird die zeitliche Kontextualisierung der Erkenntnisse nochmals verdeutlicht.

Gesamteindruck: Umgebung, Atmosphäre und Grundhaltung

Der Eingang zur Demenz Station war mit einer Tür, die mit einem gemalten Herz, das von zwei Händen gehalten wird, klar erkennbar. Wenn sie geöffnet wird, stehen gleich links und rechts davon große „lebende“ Pflanzen, die Personen mit „Weglauf“ – Tendenzen eben davon abhalten sollten, was gut funktioniert, wie ich später beobachten konnte. Die Station zeugte von einer auf Biografie bezogenen Umgebung, das spricht für gelungene Validation, so wie die Begründerin Naomi Feil im Interview 23.10.08 dies als Kriterium benennt. Durch verschiedene kleinere Nischen war es für demente Personen möglich, sich abwechselnd auf verschiedene Plätze zu setzen und hin und her zu bewegen. So gab es einen kleinen Wintergarten mit vielen Pflanzen, der sehr sonnendurchflutet war, davor gegenüber, eine kleinere Bank, die von zwei Damen täglich genutzt wurde. Darüber hinaus gab es eine gemütliche Bauernecke, die auch für kurze Aktivitäten genutzt wurde, eine Fensterwand, die in den Garten schauen lässt und einen angenehmen Kachelofen, um den eine Bank zum Sitzen einlädt. Dort ließ sich auch die Stationskatze gerne nieder, was von den BewohnerInnen immer wieder bemerkt wurde. Außerdem stand da auch noch ein kleiner runder Tisch mit zwei gemütlichen Sesseln, die von BewohnerInnen auch mal zum Mittagessen genutzt wurden.

Es befand sich ein Einkaufswagen auf der großzügig angelegten Station, der von Menschen mit erhöhtem Bewegungsdrang wie z. B. Hr. Schnell⁸, rund um die gesamte Station geschoben werden konnte. An einer Wand stand ein Kästchen mit Laden, die mit verschiedenen Utensilien wie Handtaschen, Zeitungen, Frisiermöglichkeiten, Werkzeug, Schreibwaren...gefüllt sind und zu „Zufallsaktivitäten“ (ohne gezielt eingesetzte Anregung) einladen sollte.

Weiter hinten gab es eine „Erinnerungsecke“, die mit alten Möbeln bestückt war. Die Stationsküche war an einer Seite im Aufenthaltsraum integriert, ebenso ein großer Tisch, der durch eine hüfthohe Wand vom AHR getrennt ist. An diesem Tisch hat an fast jedem Tag das diensthabende Team zu Mittag gegessen, was eine sehr natürliche, familiäre Atmosphäre erzeugt. Der Schwestern Stützpunkt war einsehbar und durch eine hüfthohe Schwingtür abgegrenzt. Diese Tür wurde nachträglich eingebaut, da sonst keine Abgrenzung zum Aufenthaltsraum für das Team möglich war. Vom Stützpunkt aus kam man weiter ins Schwesterndienstzimmer. Im AHR waren die Tische in verschiedenen Anordnungen gestellt, wobei bei einer Beobachtung auffiel, dass die BewohnerInnen auch ganz andere Plätze zum Essen als sonst benützten. Dies stellte für das diensthabende Team in keiner Weise ein Problem dar.

Ich konnte beobachten, dass von einigen Bewohnerinnen sofort positiv kommentiert wurde, dass die Station im Jahreskreis (faschings-) dekoriert wurde. So gewann ich den Eindruck, die gesamte Umgebung trägt zum Gefühl von sicherer und geschützter Atmosphäre für die BewohnerInnen bei (vgl. Kriterium 962-963 I-V2 aus dem Interview mit Naomi Feil unter Pkt. 2.5.1.). Zudem beschrieb auch ich selbst ein Gefühl von „sehr angenehm“ und „in mir zu Hause“ in meinen Tagebuchaufzeichnungen.

Es wurde also von Anfang an durchgängig eine sehr angenehme, ruhige Atmosphäre beobachtet. Das jeweilige Pflorgeteam zeigte sich nicht nur den Bewohnerinnen gegenüber, sondern auch untereinander sehr wertschätzend und autonom in ihren Handlungsweisen. Es war eine Tagesstruktur erkennbar, die jedoch durch hohe Flexibilität gekennzeichnet war. So war zu beobachten, dass es kein Problem darstellte, wenn eine Bewohnerin ihren Teller beim Mittagstisch nicht abräumen lassen wollte, auch wenn dies bereits bei allen anderen erfolgte. Oder wenn jemand müde war und äußerte ins Bett zu wollen, es ermöglicht wurde (VA Gruppe

⁸ Alle Namen von Bewohnern und Bewohnerinnen sind Pseudonyme, die im Rahmen der Auswertung von den Forscherinnen gewählt wurden.

B-V2). Ich konnte beobachten, dass ein Herr, der ununterbrochen ging und sprach, zur Medikamentenverabreichung nicht gestoppt und zum Sitzen gebracht wurde, sondern dies im „neben her gehen“ also im Rhythmus der Person erfolgte. (Dies findet sich auch als ein Kriterium für gelingende Validation im Interview mit der Gründerin Naomi Feil vom 23.10.08 wieder). Schon beim Kennenlernen der Station war auffallend, dass die Stationsleitung spontan validierte (B-V1). Auffallend war die Ruhe bei den Mahlzeiten, die aber auch durch Gespräche belebt wurde, sowohl von BewohnerInnen untereinander, als auch Interaktionen zwischen ihnen und Pflegepersonen. Ebenso kam es vor, dass Angehörige bei einer Mittagssituation ganz natürlich ins Alltagsgeschehen eingebunden waren (B-V6). In Ruhephasen, zum Beispiel nach dem Essen, wurde die Begleitung ins Zimmer zur Mittagsruhe angeboten, gleichzeitig aber auch ein Polster gebracht, wenn eine Dame äußerte, sie wollte hier im Sessel rasten (B-V2). Oder eine Dame kaute sehr lange an einem Stück Fleisch, was vom Pflegepersonal ganz bewusst nicht unterbrochen wurde. Das Verhalten war bekannt es und es gab den Moment, wo die Dame auf die Frage, ob sie es jetzt ausspucken möchte, dies dann auch tatsächlich machte und gleich darauf die Medikamente in aller Ruhe einnahm (B-V8). Dies erforderte höchste Aufmerksamkeit und passendes Reagieren und Agieren im richtigen Moment. Sehr oft wurden verbale Techniken aus der Validation, wie Wiederholen, Reformulieren des Gesagten, oder die W-Fragen verwendet, um mit jemanden in Kontakt zu treten und zu bleiben. In vielen Beobachtungsprotokollen wurde die ständige Präsenz und Zentriertheit bei Handlungen, egal ob gezielt oder spontan, festgehalten (Klares Kriterium zur Grundhaltung von Validation I-V2).

An den positiven Reaktionen der BewohnerInnen wurde erkennbar, dass sie mit dem passenden Namen, meist mit dem Nachnamen, angesprochen wurden (B-V6, B-V8). Ein geistig behinderter Herr, der nicht in die Zielgruppe von Validation gehörte, wurde mit seinem Vornamen angesprochen. Aus der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung ist bekannt, dass sich diese fast ausschließlich mit dem Vornamen identifizieren und sie sonst nicht erreichbar wären.

In vielen Beobachtungsprotokollen wurde dokumentiert, dass bei fast allen Begegnungen „in Kontakt, im Rhythmus sein“ sichtbar war, Blickkontakt aufgenommen, empathisch zugehört, und/oder passende Berührungen eingesetzt wurden (B-V2, B-V6, B-V8).

Die Pflegenden schienen nie in Eile zu sein. Im Feedback-Gespräch revidierten sie dies und meinten, sie bemühen sich, nie bei den BewohnerInnen „in Eile“ zu sein, was jedoch auch nicht immer gelingt (Ehrlichkeit, authentisch sein (B-V4, B-V5).

Die Wichtigkeit, dementen Menschen viel Freiraum zu geben, sie eigene Entscheidungen treffen zu lassen oder sie dabei zu unterstützen, führte bei der hohen Qualität, die beobachtet werden konnte, jedoch auch schon mal dazu, dass bei einer dementen Dame durch die freie Entscheidung zwischen zwei Getränken Verwirrung eher gefördert wurde, als im Gegensatz dazu, nämlich das Ziel, Würde erhalten, erreicht wurde. (B-V3)

Qualifikationen, Einstufungen Validation, Validationstechniken, andere Methoden

Es gab Unterschiede in manchen Handlungsweisen, je nach unterschiedlichen Ausbildungsqualifikationen. Bei einem Gespräch, das ich in unmittelbarer Nähe beobachtete, fiel mir auf, dass eine Pflegeperson, die keine Ausbildung in Level 1 hat, zu sehr in Erinnerungsarbeit ging. Die sehr verwirrte Dame konnte ihr kognitiv nicht wirklich folgen und somit führte das Ergebnis, nämlich ein Abbruch des Gespräches für beide nicht zu Wohlbefinden. Die Pflegeperson kam im Anschluss an das Gespräch auf mich zu und bat mich um Feedback, da sie bis jetzt noch in keiner Level 1 Ausbildung war, sie besuchte „nur“ den Grundkurs laut eigener Aussage (I-V2). Dies zeigte die enorme Offenheit und Bereitschaft, sich in der Methode Validation weiter entwickeln zu wollen. Es zeigte auch, dass es eine klare Akzeptanz der Methode Validation auf dieser Station gibt (B-V1). Die Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstreflexion ist ein Kriterium, das die Begründerin Naomi Feil benennt, um Validation zu vertiefen. Fast jedes

Feedback Gespräch wurde genutzt, um Fragen zu stellen, oder eine Situation vom Tag zu reflektieren.

Bei einer anderen Pflegerin, ebenso mit Grundkurs, wurde hohe Empathie mit Bevormundung beobachtet. Sie hörte Frau Kind, die unverständlich sprach und eine Tasche aus und ein räumte sehr einfühlsam zu, reagiert allerdings dann auf ein von Frau Kind gefaltetes Papier mit: „Darf ich das weg werfen, das brauchen Sie eh nicht mehr“. (B-V4/176-179). Die Situation wurde im Feedback Gespräch reflektiert, die Erläuterung des Beispiels wurde mit großer Offenheit angenommen und das Team bedankte sich.

Bei einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin, die vor längerer Zeit einen Workshop besuchte, war das Wissen über eine Validationsgruppe nicht ausreichend, die Wirkung davon wird in Abschnitt 2.3.3 genauer beschrieben. Ein weiteres Beispiel für keine ausreichende Qualifikation für Validation wird im Folgenden beschrieben: Eine Pflegenden warf ein Stofftier mit einer demente Bewohnerin hin und her. Fr. Sicht drückte das Stofftier immer wieder an sich, die Betreuerin benannte das Stofftier jedoch jedes Mal Ball (aufgrund der Aktivität) und konnte mit der möglichen Symbolbedeutung, die ein wesentlicher Ausbildungsinhalt für Validation ist, nichts anfangen. So wurde sichtbar, dass die Betreuerin durch Unwissenheit nicht in die Welt von Fr. Sicht mitgehen konnte, obwohl sie sehr liebevoll mit ihr umging (B-V3). In vielen Bewegungen war sie sehr viel schneller als die Bewohnerin und dadurch nicht im Rhythmus. Zudem wurde öfter beobachtet, dass sie mit Bevormundung statt mit „Gültigkeit“ von Handlungen und Verhaltensweisen reagierte (B-V2, B-V3, B-V4).

Auffallend war, wie bereits erwähnt, dass die Stationsleitung, die in Level 2 ausgebildet war und wöchentlich eine Validationsgruppe leitete, ihr Team immer wieder dadurch unterstützte, dass sie selbst die BewohnerInnen validierte.. In einem Feedback Gespräch erzählte sie, dass sie dies besonders dann tut, wenn eine demente Person neu auf die Station kommt. Das gesamte Team begrüßte die Unterstützung sehr (B-V4) und erlebte diese besonders, wenn das Verlaufsprotokoll zum Verhalten noch keine Linie abzeichnete und für die Person noch keine eindeutigen, kontinuierlichen Validationsmaßnahmen definiert wurden, als enorme Entlastung (genaueres dazu siehe im Abschnitt 2.4. Analyse der Pflegedokumentation).

Die Einstufungen nach den 4 Phasen der Aufarbeitung in den Dokumentationen decken sich fast immer mit den Beobachtungen. Dies kann auch in den jeweiligen Validations- Handlungen beobachtet werden, wie zum Beispiel passende Berührung, (B-V4, B-V8) verbale Validationstechniken, (B-V5, B-V6) aufgreifen von Symbolen (Handtasche in B-V7), oder auch ganz klar „nicht Validation“ zum Beispiel bei einer Person einer anderen Zielgruppe, oder wenn Offenheit für kompatible Methoden gezeigt und gelebt wurde (B-V8) (vgl. auch Kriterium I-V2, Interview mit Naomi Feil).

Wirkungen von Validation bei Bewohnerinnen und pflegenden/betreuenden Personen

Wenn Bedürfnisse erst einmal wahrgenommen wurden, wurde es möglich, diese auch zu erfüllen. Wenn Präsenz, Zentriertheit und wirklicher Kontakt vorhanden waren, konnte bei dementen Menschen - wenn auch nur kurz - „Wachheit und Präsenz“ beobachtet werden. Dies zeigte sich durch geöffnete Augen, Blickkontakt, ein Lächeln, verbale Äußerungen, aufrechte Haltung, bessere Mobilität, ausatmen, geäußerte Gefühle oder Umarmungen. Menschen mit Demenz kamen dadurch in ein inneres Gleichgewicht und konnten ihre Umgebung und die darin agierenden Menschen besser wahrnehmen. In fast allen Beobachtungen wurde beschrieben, wie sich das äußert und sichtbar zeigte.

In der Validationsgruppe (B-V2) wurde deutlich: Als die Gruppenleiterin (GL) das Bedürfnis einer Bewohnerin zu schlafen wahrnahm und verbalisierte, konnte diese auch die GL wahrnehmen und klar antworten. Als ich selbst aus den Beobachtungen ausstieg, weil eine Bewohnerin sehr nervös um Hilfe bat, da sie auf die Toilette musste, konnte diese Wirkung auch

beobachtet werden. Ich kommunizierte es an eine Schwester weiter und unterhielt mich mit der Dame, die nicht in zusammen hängenden Sätzen spricht, bis sie gekommen ist. Als sie nach gut 15 Minuten wieder kam, bedankte sie sich bei mir wieder in nicht klaren Sätzen, jedoch wurde erfahrbar, worum es ging. Sie erkannte mich am Gefühl, das über die vertraute Situation von zuvor entstand (B-V3).

Dass BewohnerInnen sich sicher fühlten, konnte man beobachten, als Herr Schnell eine Bewohnerin durch den AHR schiebt und vor dem Küchenschrank stehen ließ. Die Bewohnerin schaute sich den Schrank an und an ihrem Gesichtsausdruck wurde erkennbar, dass es ihr nichts ausmachte (B-V3).

Es konnten noch einige solche Situationen beobachtet werden, die jedesmal ähnlich ausgingen. Wenn eine Pflegeperson vorbei kam, bemerkte sie es und trat über Blickkontakt, und/oder Berührung in Kontakt mit der jeweiligen dementen Person.

Allgemein war zu beobachten, dass die dementen Menschen auf der Station sehr entspannt wirkten. Sie sprachen miteinander, wenn oft auch für uns unverständlich, sie traten in irgendeiner Art und Weise in Interaktion. Bedürfnisse und Gefühle wurden, wie mehrmals beobachtet, geäußert, von Pflegepersonen gehört und ernst genommen. Sehr oft lächelten BewohnerInnen dieser Station, oder berührten von sich aus Pflegepersonal und zeigten ein vertrautes Verhalten ihren BetreuerInnen gegenüber. Sie wirkten oft richtig glücklich und zufrieden, grundlegende Unzufriedenheit aufgrund der demenziellen Erkrankungen waren allerdings ebenfalls zu beobachten. (B-V4).

Umgekehrt konnte festgestellt werden, dass im Pflorgeteam viel Freude ausgedrückt wird.

Sie konnten auch über sich selbst lachen, wenn einmal etwas nicht so gut gelaufen ist (B-V3). Weiters fiel auf, dass Bewohner/innen nie durch Pflegepersonen Druck erlebten. In all den Beobachtungen konnte ich kein Jammern oder Schimpfen über etwas hören, die Pflegepersonen waren sich in allen Gesprächen, die wir führten, bewusst, dass es immer wieder „schwierig“ sein kann, sie das ja kennen und dennoch sehr dankbar sind, auf dieser Station zu arbeiten. Mit Validation ist es leichter, darüber waren sich alle einig (Feedback Gespräche B-V 2,4,8).

Es gab an einem Beobachtungstag einen Personalengpass am Nachmittag. Ganz flexibel wurde die Zeiteinteilung etwas verändert und der Situation angepasst. Die Pflegeperson ging völlig natürlich und transparent damit um. Interessant war, dass eine Bewohnerin auf eine längere Wartezeit mit plötzlichem Stress reagierte. Die anderen MitbewohnerInnen wollten sie beruhigen und gaben ihr bestes. Als die Schwester immer noch nicht da war, weil sie eine andere Person im Zimmer versorgte, stieg ich aus der Beobachtung aus und validierte die Bewohnerin bis die Pflegerin hier war. Die Bewohnerin bedankte sich sehr, dass ich bei ihr war und ging erleichtert und ausatmend mit der Schwester mit (B-V6). Personalknappheit bedeutet aber auch bei guter Umsetzung von Validation ein unlösbares Problem.

Bei einer Pflegeperson war besonders positiv zu beobachten, dass sie extrem präsent, sehr einfühlsam, und authentisch mit hoher Validationskompetenz handelte. Bei ihr konnte ich beobachten, dass sie erkannte, wenn eine Beschäftigungsgruppe, die auf der Station von einer Betreuerin geführt wurde, zu langatmig war, oder die BewohnerInnen etwas zu trinken brauchten, wenn jemand nicht mehr mitmachen wollte. Sie war sehr aufmerksam und ich bekam den Eindruck, sie handelte immer zum Wohle der Bewohner/innen und freute sich, wenn es ihnen gut geht (B-V6).

Als besonderes Beispiel zu den Wirkungen von Validation möchte ich auf die beobachtete Validationsgruppe hinweisen, die in einer eigenen Auswertung in Punkt 2.2.3 angeführt wird.

Ehrenamtliche MitarbeiterInnen, Angehörige, Stationskultur

Generell wurde beobachtet, dass sämtliche anderen Personen, seien es ehrenamtlich Tätige, Angehörige, sonstige BesucherInnen, oder Kolleg(Inn)en von anderen Stationen im Haus sofort wahrgenommen wurden und, wenn erforderlich, ein Gespräch geführt wurde. In einem Gespräch mit einer Angehörigen (B-V6) stellte diese fest, dass hier alles sehr offen ist, sie holte sich gerade ganz selbstständig die Post aus einer Mappe, die frei zugänglich für die Angehörigen am Stützpunkt auflag. Sie schien sehr zufrieden zu sein. Bei einer Mittagspause im offenen Café in der Eingangshalle schwärmte ein Angehöriger von der Demenzstation. Über alle Pflegenden hatte er nur gute Worte zu sagen, ich konnte ihn einige Male bei seiner Mutter zur Mittagszeit beobachten. Es vermittelte den Eindruck, dass er voll im Stationsgefüge integriert war.

Zwei ehrenamtlichen MitarbeiterInnen kommunizierten ebenso an mich, wie wohl sie sich auf dieser Station fühlten und generell, dass sie sich im Haus sehr angenommen und wertgeschätzt fühlten (B-V5).

2.2.3 Die Validationsgruppe

Die Beobachterin hat auch an einer Validationsgruppe teilgenommen. Diese wurde auf Band aufgezeichnet und transkribiert. Im folgenden Abschnitt werden zwei relevante Textpassagen zu zwei unterschiedlichen Situationen ausgewertet, dazu werden einerseits Originalzitate aus dem Transkript (G-V1) herangezogen und andererseits das Beobachtungsprotokoll (B-V2). Die erste Situation wird mit „Sesselrücken“ bezeichnet die zweite mit „schlafende Bewohnerin“

Beschreibung der an der Validationsgruppe beteiligten Personen:

Die Leiterin und Co Leiterin der Validationsgruppe:

1. Eine professionelle Mitarbeiterin die in Validation Level 2 (Validationsgruppenleiterin) ausgebildet ist.

Sie leitet seit mehreren Jahren die Validationsgruppe, die Co Leiter wechseln, wer gerade Zeit hat, (Sr.; Zivildienere; Praktikanten;...) wird von VA GrL. ausgewählt. Meist gibt es keine Einführung für CO Leiter, es passiert oft sehr kurzfristig.

2. Eine Ehrenamtliche Mitarbeiterin die keine Ausbildung in Validation hat. Sie wird als CO Leiterin eingesetzt - hat bisher keine Erfahrung damit.

Die Ehrenamtliche ist überhaupt zum ersten Mal an einer Validationsgruppe beteiligt. Sie hat kein Wissen über die Struktur, Gruppenregeln und den Sinn sowie Ziel einer Validationsgruppe.

Die an der Validationsgruppe teilnehmenden und für die Textpassagen relevanten Bewohnerinnen:

1. Textpassagen „Sesselrücken“:

Zwei Damen, die nebeneinander sitzen, und sich angeregt über das Muster des Pullovers der einen Dame unterhalten. Eine Dame klar in Phase 2 (Zeitverwirrt), die andere zwischen Phase 1 und 2 (mangelhaft orientiert/zeitverwirrt) aus Sicht der Validation.

2. Textpassagen „Schlafende Bewohnerin“

Eine Dame die bereits sehr müde im Rollstuhl in die VA Gruppe kommt – sie befindet sich meist in Phase 2 aus Sicht der Validation.

Situation 1 „Sesselrücken“:

Zwei Bewohnerinnen unterhalten sich über das Muster des Pullovers der einen Dame. Es herrscht reger Austausch die Sessel wurden von der VA GrL. ganz eng aneinander gestellt. (VA Gruppenregeln)

(G-V1 1-18)

Fr.Xeng: *Scheei!*

Fr.Yin?: *Jo, gfoit ibna?*

Fr.Xeng: *Mia gfoit a...*

Fr.Yin?: *Jo...*

FR.Yin jo... *de bob i scho long...*

Fr.Yin?: *scho long homs an? No gens!*

FR.Yin [mit etwas höherer Stimme] *Jo! I hob n scho long gekauft, de Sessln! Vor zwa Joab oda drei Joab... is des scho dos i die bob*

Fr.Yin?: *Jo wissen's diese Wollungen do herobn... de san so schein.*

FR.Yin Jo jo...

Fr.Yin?: *Und der schwoaze Streifn... und de Wollungen do...*

FR.Yin Jo jo...

Fr.Yin?: *Do de ____des is wos schein. [kurze Pause] I hob sowos nix*

FR.Yin Nojo... *des is leichter, der is leichter*

Fr.Yin?: *Der is leichter jo.*

FR.Yin *Und der is fester.*

Fr.Yin?: *Mhmm. Ajo. Er is – i sog ollwei er is scho guad für mi*

Als die EA kommt, grüßt und kommuniziert sie sehr laut und freundlich.

(G-V1 29): EA: *„Grüß Gott...“*

(G-V1 34-35): EA: *„Ab- würdn's a bissl aufstehn dass i do rein foan ko min Rollstuhl goi? Nur an Moment do ber... a Momental nur goi?“*

Die BW werden in den Kreis gerückt und als die GrL. den Raum verlässt um einen Servierwagen mit Jause zu holen, stellt die EA die Stühle der Bewohnerinnen von sehr eng auf ca. 20cm weiter auseinander:

(B-V2 35)

„EA weiß anscheinend nichts über eine Validationsgruppe. Sie stellt die vorbereiteten Stühle weiter auseinander“.

(G-V1 66-68)

EA: *„...Gebn's vielleicht a Bissl weita rüba. Bissl weita rüber.?: ...No gut. ...Achtung! [Geräusche von Sessel, der bewegt wird]... So...“*

Dies löst eine Reaktion bei den beiden Damen die sich über den Pullover unterhalten aus, das Vorgehen scheint sie zu irritieren, die Kommunikation reißt ab:

(B-V2 37-38)

BWin: *„...jetzt muss ich weiter weg von ihnen.“* ...BWin: *„wir werden schon wieder zusammen kommen“.*

(G-V1 70-71):

BWin: „...*Jetz bin i vo ihna weita weg [versch. Geräusche, lachen]*“

BWin: „... *mia kumman eb wida zomm*“

Als die GrL. wieder dazu kommt, nimmt sie sofort wahr, dass sich der Kreis geändert hat. Sie beginnt die Stühle wieder eng zusammen zu rücken und handelt somit nach den Gruppenregeln einer Validationsgruppe. (Desorientierte Menschen brauchen Nähe und Berührung um in Kontakt zu kommen.)

(B-V2 39-41):

“...es fällt ihr sogleich auf, dass die Sessel anders stehen – „so jetzt müssen wir die Runde kleiner machen“, kündigt das allen TN an und rückt sie mit den Sessel näher zusammen (VA Gruppe).“

(G-V1 105-107 und 121-122):

GrL: „...de Runde no a bissl gla rugga ,(?) So. [Kurze Pause] Fr.?. is zu meiner Rechten göi, de Fr.? rutsch i a ned schrecken, sche zuawi zur Nachbarin.“

„...Do moch ma sche zua de Runde...?: Jetza..... so..... ois zomm....“

Als die beiden Bewohnerinnen wieder zusammen sind, beginnt eine davon sogar das Thema Pullover noch einmal zu erwähnen. Allerdings ist durch den Abstand von vorhin der „Kommunikationsfaden“ leider gerissen, die andere Dame hört schlecht, sie kann sich nicht mehr auf beides konzentrieren, die GrL ist bereits hier.

(G-V1 136-143):

BWin: „...Hot so... so an ähnlichn Pullover goi? GrL?: ...Jo! BWin:... Ähnlich goi? GrL:...Mhm.“

BWin: ...Goi? So ähnlich wie i goi? Da Pulli. Ha!

GrL:“...“die Frau S sogt sie hom fost den gleichn Pullover an, wie Schwestern...“

BWin: ...jetzt hob i`s a gbert.

Interpretation der Situation1: „Sesselrücken“:

Die EA kommuniziert freundlich, geduldig und bemüht mit den Bewohnerinnen. Da sie nicht über das Wissen der Struktur einer VA Gruppe verfügt, erlebt sie persönlich den Kreis als zu eng und nimmt dies auch für die Bewohner so an. Sie schafft Abstand zwischen den beiden Damen, die sich angeregt, wenn auch etwas verwirrend über das Muster des Pullovers der einen Dame unterhalten.

Es wird erkennbar, dass die Damen den Abstand als sehr weit auseinander erleben, ihr Gespräch versiegt. Sie hoffen wieder zusammen zu kommen, sie erscheinen irritiert.

Aus Sicht der Validation brauchen desorientierte Personen Nähe, dadurch entsteht Kontakt, Interaktion, Konzentration und die Möglichkeit für ein Gespräch. Ist der Abstand zu groß, nehmen sie ihre Umgebung erst gar nicht wahr.

Die ausgebildete, erfahrene Gruppenleiterin nimmt die Veränderung im Kreis sofort wahr. Ohne die EA zu entwerten oder zu bemängeln, verändert sie den Abstand zwischen den Teilnehmenden wieder. Sie kommuniziert dies währenddessen an die TN.

Auffallend ist, dass sobald die beiden Bewohnerinnen wieder zusammen sind, eine davon das Thema „Pullover“ wieder aufgreift. Die andere Dame die auch schlecht hört, kommt nicht mehr zum Thema zurück, für sie tut sich nun schon zu viel in der Gruppe – Sessel rücken, GrL. ist präsent..., sie versucht es noch einmal über die Gruppenleiterin, die zuvor nicht hier war, nur die aktuellen Aussagen aufgreifen kann und im Sinne der Validation weiterkommuniziert. Die Dame verliert nun ebenso das Interesse am Thema und lässt sich nun auf die Gruppe ein.

Situation 2: „Schlafende Bewohnerin“:

Die Bewohnerin wird mit dem Rollstuhl in den Gruppenkreis gestellt. Die GrL. geht weg, um einen Servierwagen mit Jause zu holen. Die EA bemerkt, dass die BWin eingeschlafen ist und spricht sie liebevoll, jedoch bevormundend an.

(G-V1 48-64):

EA: „...hallo Fr.???“ andere BWin: „...schlofts ein?“

EA: *ned schlafen... Frau ?...*

[leise] Jo EA: *Grüss Gott!?:* andere BWin: *Scho wida aufgeweckt*

EA: *Grüss Gott!! Es is nicht mebr Nacht.*

BWin: [„murmelt“ während aufwachen?]

EA: *Mir san scho bei Tag.*

BWin: *wida Tag...*

EA: *Des is richtig goi? Mhm...*

BWin: *...Deseseses...*

EA: *Jetz moch ma wos! Frau ? do derfen's ned schlofn, goi? Tama aufpassn...*

BWin: *...Deseseses...*

EA: *Ab-ha! Jojo! [lacht, Pause]*

Die GrL. kommt zurück und bemerkt ebenfalls dass die BWin eingeschlafen ist. Es wechseln Sätze zw. GrL., EA, und der BWin – die BWin reagiert nun.

G-V1 97-104)

GrL.: *No schlofts uns ei?*

EA: *: Jo i hobs scho aufgeweckt oba... [lacht]*

GrL.: *Jo...*

EA: *Do hots a wos dagegn [kurze Pause] Hallo... Fr.?l... Guten Morgen...*

Fr.?: *Guten Morgen*

EA: *Guten Morgen!*

Fr.?: *Guten Morgen*

Die GrL. rückt nun die Sessel zusammen, während die BWin erneut einschläft. Auf eine letzte BWin wird gewartet, in der Zeit greift die GrL. das Befinden der eingeschlafenen Dame auf.

Am Ende des Gespräches mit der Dame reagiert die EA verwundert.

(G-V1 148-)

GrL.: *„Wos moch ma mit da Fr.?? Glaub die mias ma... Fr.??? San sie so müde?“*

Fr.: *Jo*

GrL.: *Wollns do bleibn oda wollns ins Bett?*

Fr.?: *I toa sese jujo ins Bett*

GrL.: *Ins Bett.*

Fr.?: *Jo.*

GrL.: *Jo klore Aussog.*

EA: *Soll i foan mit ihr?*

GrL.: *Jo bitte.*

Fr.?: *Sususu...*

EA: *Hob i eh scho a poa moi aufgeweckt...*

GrL.: *Jo...*

EA: *is ned gonga...*

GrL.: *No dann... rastn's ibna aus, und fürs nächste mol hol i ibna wida,*

Fr.?: *Jo*

GrL.: *Wonn's dann munterer san...*

Fr.?: *Jososususu...*

GrL.: *Jo*

EA: *Gigantisch...?*

Die EA bringt nun Fr.? zu einer Schwester auf die Station, dazu aus den Beobachtungen:

(B-V2 49-51)

Fr. ? wird ins Bett gebracht! - sie sagt selbst, auf die Frage: "wollen's lieber da bleiben, oder ins Bett gehen?" sie will ins Bett. GrL. meint- klare Aussage – die EA bringt sie zu einer Sr. – für die es kein Hinterfragen oder sonstige Hindernisse dabei gibt.

Interpretation zur Situation2: „Schlafende Bewohnerin“:

Auch in dieser Situation ist die EA äußerst empathisch, sie weckt die schlafende Bewohnerin vorerst liebevoll auf. Sie kommuniziert jedoch weiter mit ROT – Realitätsorientierung > „es ist nicht mehr Nacht, wir sind schon beim Tag“ und weiter mit Bevormundung > „da dürfen sie nicht schlafen, wir tun jetzt was“. Die Bewohnerin reagiert mit unverständlichen Silben. Als die Gruppenleiterin dabei ist, versucht die EA es noch einmal mit sehr viel mehr Kontakt, worauf die BWin mit „Guten Morgen“ reagiert. Die GrL. geht nun auf die BWin ein und beginnt sie nach dem Bedürfnis zu fragen.

Weder bevormundend, noch wertend, also im Sinne der Grundprinzipien von Validation, lässt sie die BWin selbst entscheiden und erklärt dies für gültig. Mit dem Satz: „rasten sie sich aus“ gibt sie ihr Entspannung mit. Das Gefühl von Sicherheit und dazugehören schafft sie mit dem Satz: „ für das nächste Mal hol ich sie wieder“.

Die EA ist erstaunt und drückt dies auch aus.

Für die GrL. ist es eine Selbstverständlichkeit, die BWin in ihr Zimmer bringen zu lassen, dass sie sich ausruhen kann. In ihrer Kommunikation gibt es weder Bevormundung, noch Wertung oder Realitätsorientierung. Die Bewohnerin darf so sein, wie sie eben gerade ist – müde

Sie wird von ihr bei der Entscheidungsfindung ob sie in der Gruppe bleiben will, oder lieber ins Bett will verbal unterstützt und nicht auf was anderes abgelenkt. Die GrL. geht auf das was im Moment bei der BWin Thema ist ein. Die EA die ihr sagt, „jetzt passiert was, da darf man nicht schlafen“, kommuniziert aus Unwissenheit das was jetzt passieren wird und geht damit nicht auf ihre Bedürfnisse ein.

Interpretation der Situationen und der darauf folgenden Handlungsweisen:

Es gibt einen Unterschied zwischen der generell empathischen und engagierten Haltung der Ehrenamtlichen Dame und dem Vorgehen der ausgebildeten Validations-Gruppenleiterin, die ihre Interventionen an den Gruppenregeln und Prinzipien der Validation ausrichtet.

Im Beobachtungsprotokoll **(B-V2 41-44)** wird auch ersichtlich, dass die EA alles sehr gut von der Gruppenleiterin annehmen kann.

Im Feedback wird auch noch der Ratschlag gegeben, dass vor jeder VA Gruppe der Co Leiter sich „Grundregeln für einen CO Trainer“ (Blatt aus der Gruppenleiterausbildung) durchlesen kann. Struktur, Ablauf, Inhalte einer Validationsgruppe sind darin beschrieben.

(B-V2 41-44)

EA nimmt alles von GrL.. sehr gut an. (Sie könnte als CO eingeführt werden, heute spring sie für die Schülerin ein – beim Feedback gebe ich GrL. den Tipp, jeder CO kann sich zuvor selbstständig die Aufgaben eines CO Trainers durchlesen – bei Fragen, vor der Gruppe möglich – dann ist alles klarer – wird von GrL. dankend angenommen.)

2.3 Ein gelungener und eine weniger gelungener Betreuungsverlauf

Folgende Aufzeichnungen entstammen den Mitschriften der BewohnerInnenbesprechung am 13.5.2009 von 13.00 – 16.00, an der die Stationsleitung sowie 5 Pflegende (DGKS und Pfleghelferinnen) der Station teilgenommen haben. Auf einen Tonbandmitschnitt wurde, wie beim Vorbereitungstreffen vereinbart, verzichtet (insbesondere wegen Verständlichkeit und um Irritationen durch ein laufendes Tonband zu vermeiden). Im Vorfeld wurde ein Leitfaden an die Stationsschwester geschickt, es hat eine vorbereitende Besprechung im Team gegeben, in der die beiden BewohnerInnengeschichten ausgewählt wurden.

Bei der Verfassung des Textes wurden soweit wie möglich die Formulierungen des Teams aufgegriffen und zum Teil auch wortwörtlich zitiert („unter Anführungszeichen“). Die Namen der besprochenen BewohnerInnen und deren Angehörigen wurden mittels Pseudonymen anonymisiert. Der Text wurde der Stationsleitung für Rückmeldungen übergeben, die in die vorliegende Version mit eingearbeitet sind.

Die Darstellung der Geschichten und Betreuungsverläufe erfolgt anhand der Erzählungen. In einer Spalte neben der Erzählung sind Anmerkungen der Validationsexpertin aufgenommen. Diese bewerten die Ereignisse vor dem Hintergrund validierender Haltung, Wissen, Kompetenz und Verhaltensweisen und sind in Folge im Interview mit der Gründerin Naomi Feil reflektiert und angenommen worden.

1. Frau Bosse

Geschichte anhand der Erzählungen

Zur Person von Frau Bosse bei der Aufnahme:

Frau Bosse kommt vor ca. 2 Jahren aus einem anderen Pflegeheim auf die Station. Sie ist bei der Aufnahme in sehr schlechtem Zustand - körperlich und psychisch. Sie ist bettlägerig, und hat gleichzeitig einen sehr starken Wunsch, aus dem Bett aufzustehen. Körperlich ist sie nicht in der Lage zu stehen, das ist ihr aber nicht bewusst. Sie ist „arg unruhig“, die Sturzgefahr ist also sehr hoch. Sie versucht auch von der Toilette, auf die sie geführt wird, aufzustehen und aus dem Rollstuhl, immer ohne die Einsicht, dass sie nicht stehen kann.

Sie hat einen sacralen Dekubitus, der nicht sehr groß ist aber sehr tief. Er hatte eine Wundtasche gebildet, die täglich gespült werden muss.

Sie kann zu dem Zeitpunkt nur Breikost essen und Frau Bosse ist bei der Aufnahme stuhl- und harninkontinent.

Auch verbal ist Frau Bosse in schlechtem Zustand. Sie kann keine ganzen Sätze sprechen, ist zutiefst verwirrt, sie hört sehr schlecht. Als sehr belastend erleben die Pflegenden, dass „sie ständig ah-ah-ah gesagt [hat], das war nicht lustig“.

Bei der Aufnahme ist Frau Bosse in Phase 3 nach Validation einzustufen.

Was tut das Team in der Zeit nach der Aufnahme?

Zunächst werden die Seitenteile erhöht, damit Frau Bosse nicht ohne Hilfe aufsteht und stürzt. Das Team ist sich bewusst, dass das keine längerfristige Lösung des Problems ist. Sie gibt die Beine immer wieder über die Seitenteile, um aufzustehen, und bringt sich dadurch ständig in eine sehr unbequeme Position. Sie versucht auch beim Fußende aus dem Bett zu kommen, die Pflegenden schieben ihr daraufhin ein Kästchen zum Fußende und legen eine Sensormatte darauf, damit sie hören, wenn Frau Bosse unruhig wird und versucht aufzustehen. Sie hat den Drang aufzustehen, versteht aber nicht, dass sie dazu körperlich nicht in der Lage ist.

Gleich nach der Aufnahme stellen die Pflegenden eine große Uhr neben ihr Bett, die Frau Bosse auch gut lesen kann. Vor allem in der Früh, wenn sie unruhig ist, kommt eine Pflegende zu ihr und sagt: „Es ist noch zu früh zum Aufstehen, ich komme um halb Acht wieder“. Das versteht und akzeptiert Frau Bosse sehr bald, wobei es sehr wichtig ist, dass die Pflegenden genau zum vereinbarten Zeitpunkt kommen und so ihre Zusage einhalten.

Die Tagesstruktur wird zu Beginn im Team besprochen, die Pflegenden richten sich in der Planung des Tagesablaufs nach ihr: am Anfang geht immer gleich um 6.30 jemand zu ihr, weil sie sonst unruhig wird und versucht, aus dem Bett zu steigen. „Wir haben uns an ihren Rhythmus angepasst, nach einer Weile hat sie akzeptiert, dass erst später wer kommt“.

Essen muss zunächst vom Personal eingegeben werden, dazu wird Frau Bosse im Rollstuhl an den Tisch geführt.

Im Rollstuhl wird ihr zunächst eine Sitzspreizhose angelegt, damit sie nicht aufsteht und stürzt, da sie nicht stehen kann.

Der Decubitus wird täglich gespült und wächst langsam zu.

Der Neurologe kommt 14-tägig und stellt die Medikamente auf Basis des Verhaltensprotokolls um: Sie erhält ab nun Seroquel mittags, abends und nachts. Remenyl und Lendorm werden beibehalten.

Biographie

Frau Bosse erzählt, dass ihre Mutter ist früh verstorben ist. Sie ist bei ihrer Tante aufgewachsen und musste immer viel arbeiten. Bei ihrer Tante ist es ihr gut gegangen. Insgesamt hat Frau Bosse eine positive Lebenseinstellung. Über den Krieg will sie nicht so viel sprechen, denn, so sagt sie: „Es geht immer irgendwie weiter.“ Sie hat eine Halbschwester gehabt. Ihr Sohn ist vor über 20 Jahren verstorben, ihr Mann vor 8 Jahren. Ihr Vater hat gesagt, dass sie mit 18 Jahren einen Führerschein haben muss, das war damals ungewöhnlich. Sie war im Turnverein.

Frau Bosse hat zunächst in einem Schuhgeschäft gearbeitet, nach ihrer Heirat arbeitet sie mit ihrem Mann im gemeinsamen Lebensmittelgeschäft. Sie sagt, dass sie dort für alles alleine zuständig war und erzählt, dass sie immer sehr früh aufgestanden ist um das Geschäft aufzusperren. Sie kennt sich noch heute gut aus mit Obst und Gemüse und geht gerne mit einkaufen. Wenn die Pflegenden mit ihr zum nahe gelegenen Supermarkt einkaufen fahren, ist Frau Bosse sehr interessiert an allem, was sie sieht und fragt zum Beispiel: „Ist das nicht zu teuer?“ Oder: „Das Obst schaut nicht gut aus“.

Ursprünglich bringen Frau Bosse und ihre Angehörigen bei der Übersiedlung aus dem anderen Heim keine persönlichen Gegenstände mit. Auf Nachfragen der Pflegepersonen bringen sie ein paar wenige Ziergegenstände und ein Photoalbum mit.

Die Angehörigen von Frau Bosse

Die Angehörigen waren in der Zeit vor der Aufnahme von Frau Bosse mit ihr zerstritten, sie haben lange nichts miteinander gesprochen. Die Angehörigen wollten, dass Frau Bosse ins das Heim verlegt wird, weil es näher für sie ist. Der Schwiegersohn betont, dass er ihr vergeben hat, als sie ein Pflegefall geworden ist und die Sachwalterschaft übernommen hat, und sich seit damals um sie kümmert.

Die Angehörigen sind zu Beginn sehr misstrauisch und bleiben auch weiterhin kontrollierend. Sie kommen meist nur sehr kurz zu Besuch. Die Tochter kommentiert oft mit unpersönlichen und uneinsichtigen Worten, wie zum Beispiel: ‚Setz dich daher, trink was, stell di net so bled‘. Sie sitzt immer in gewissem Abstand zur Mutter, Berührungen kommen kaum vor.

Versuche mit den Angehörigen über das Wesen der Demenzerkrankung zu sprechen und so das Verhalten von Frau Bosse zu erklären, werden von diesen nicht angenommen.

Es wären am Anfang viele Leute zu Besuch zu Frau Bosse gekommen, der Schwiegersohn will das aber nicht, er hat einige wenige Personen festgelegt, die zu Besuch kommen dürfen. Zu Beginn betont der Schwiegersohn, dass er nicht möchte, dass in der Gemeinde herumgezählt wird, dass seine Schwiegermutter verrückt ist.

Immer wieder kommt es zu Konflikten mit dem Schwiegersohn, zum Beispiel, wenn die Stationsleitung darauf aufmerksam macht, dass noch eine geringfügige Friseurrechnung für Frau Bosse offen ist.

Der Umgang mit den Angehörigen

„Wir haben fast 1 Jahr gebraucht, bis wir uns mit den Angehörigen zusammengerauft haben.“

Die erste Ansprechperson für die Angehörigen ist die Stationsleitung. Der Schwiegersohn kommt öfter nur, um mit der Stationsleitung zu sprechen und geht nicht zu Frau Bosse ins Zimmer. Die Stationsleitung ruft von sich aus regelmäßig beim Schwiegersohn an, um nach zu fragen, ob alles in Ordnung ist.

Der Umgang mit dem Schwiegersohn ist schwierig geblieben, die meisten Pflegenden versuchen ihm aus dem Weg zu gehen. „Ich traue mich fast nichts mit ihm reden, weil jedes zweite Wort regt ihn auf!“

Seit längerer Zeit gibt es so gut wie keine Konflikte mehr zwischen den Angehörigen und der Pflege. Der Schwiegersohn erlaubt jetzt, dass Ehrenamtliche Mitarbeiter Frau Bosse im Rollstuhl spazieren fahren. „Er vertraut uns jetzt schon ein bisschen!“

Validationsangebote

Am Anfang (etwa 2 – 3 Wochen) führt die Stationsleitung täglich ein Validationsgespräch mit Frau Bosse.

Aus der Kurzbiographie werden Themen ermittelt, über die man in der Einzelvalidation mit Frau Bosse reden kann, oder man Bescheid weiß, wenn diese sie anspricht.

Berührung hat sie von Anfang an akzeptiert. „Sie mag es gerne, wenn sie eins zu eins betreut wird.“

Am Anfang hat sie gerne Servietten zusammengelegt wo sie noch nicht so mobil war, das macht sie heute nicht mehr so gerne, sie fährt lieber mit dem Rollstuhl durch die Station.

„Wenn sie ah-ah-ah gesagt hat, hab ich sie gespiegelt und sie hat gesagt: ‚I sog des? Na, I sog des net! Darauf die Pflegekraft: ‚Oja Frau Bosse, sie sagen immer ah-ah-ah!‘ Frau Bosse meint dann: ‚Da müsst ma helfen, des müsst ma abgewöhnen!‘ und dann humorvoll: ‚Net, dass ihr

mich jedes Mal aufs Klo setzts weil ich ah-ah sag““. Das ah ah sagen ist jetzt wesentlich leiser und weniger. Ganz aufgehört hat es nicht.

Zunächst nimmt sie auch an der Validationsgruppe teil.

Es geht aber nicht gut, weil durch ihre Dominanz die anderen nicht zu Wort kommen. Sie würde aber gerne teilnehmen, da sie sehr gesellig ist. Sie hört schlecht, will aber ständig reden, fragt dann alles nach, weil sie es nicht verstanden hat und stört dadurch die anderen.

Gartenarbeit mag sie, da wird sie oft mitgenommen. Sie ist sehr pedant und genau. „Ich habe mit ihr Tulpen gesetzt im Beet, und sie wollte ganz genau gleich viel überall, an jedem Eck genau eine...“

Sie singt gerne, laut und schnell (weil sie schlecht hört) – „...keiner kommt dann mit. Also singt sie für sch allein, und passt sich nicht der Gruppe an.“

Andere Angebote

Physikalische Therapie hat sie gerne - vor allem Ballspielen. Sie will immer den Ball erwischen. „Wir müssen schauen, dass wer neben ihr sitzt, der nicht so mobil ist, dann kriegt sie immer den Ball“, „sie teilt die anderen ein und kommandiert mit ihnen herum.“

Eine Pflegende setzt sich dafür ein, dass sie ein Hörgerät erhält. Kurzzeitig entsteht der Eindruck dass beim Tragen des Hörgerätes das „ah-ah-ah“ - Sagen weniger wird, richtig akzeptiert hat sie es bis heute nicht. Das Hörgerät wird ihr immer wieder angeboten. An manchen Tagen lässt sie es für ein paar Stunden drinnen, meist nimmt sie den Apparat jedoch nach kurzem wieder heraus.

„Wir fahren oft zum Lidl mit ihr, das liebt sie. Sie macht dann einen Preisvergleich.“ Einmal als eine Pflegeperson mit ihr einkaufen geht, setzt sie sich mit ihrer Wahl durch: Die Schwester. Wollte rote Rosen mitnehmen, Frau Bosse besteht auf den gelben, da diese frischer aussehen. Die Kollegin für die die Rosen bestimmt waren, muss mit gelben zufrieden sein.

Wie geht es Frau Bosse jetzt?

Verbal hat Frau Bosse sich ausgezeichnet erholt, sie kann zählen und ein wenig rechnen: z.B. zählt sie die BewohnerInnen bei Tisch: „2,4,6, ah ja, zwölfte sitzen heute da...“

Das Team schätzt an Frau Bosse ganz besonders ihren Humor und ihre treffende Art, die Dinge auszusprechen. So steht einmal das ganze Team wegen einer Einschulung für einen Gehtrainer am Gang zusammen Frau Bosse kommt mit dem Rollstuhl vorbei, zählt die Teammitglieder: „2,4,6,8“ und sagt dann: „So viele Leut’ stehen da, ja habts ihr denn gar nix zu tun?“ Damit bringt sie alle zum Lachen.

Oder eine ähnlich humorvolle Situation: Auf der Station hängt ein großer Kalender, am 24. November sagt Frau Bosse: „In einem Monat ist Weihnachten.“, das überrascht und macht Freude.

Es ist ihr wichtig, Strom zu sparen, sie dreht immer alle Lichter ab und macht das Team aufmerksam, dass dies „Geldverschwendung“ sei. Das Team schätzt diese Aufmerksamkeit sehr und ist dankbar dafür, daran erinnert zu werden.

In der Früh ist sie nicht mehr unruhig. Sie hat eine Wanduhr mit großen Ziffern am Fußende des Bettes, so kann sie gut erkennen, wie spät es ist. Wenn sie munter wird und sieht, dass es noch zu früh zum Aufstehen ist, schläft sie weiter oder wartet bis die Pflegende Zeit hat, ihr beim Aufstehen zu helfen. Sie ist sehr fürsorglich, und kümmert sich um die anderen BewohnerInnen. Sie achtet immer darauf, dass alle genug zu essen haben.

Das hat auch eine Kehrseite: Manchmal erscheint ihre Fürsorglichkeit erdrückend. Zum Beispiel, wenn sie auf eine Frage keine Antwort bekommt, dann „...kann es schon einmal vorkommen, dass sie hinhaut“, mit den Worten: „Jetzt gib ma scho a Antwort“. Es fehlt ihr die Einsicht, dass manche andere BewohnerInnen nicht antworten können, weil sie zu verwirrt sind.

Sie liest den Menüplan sehr genau und kontrolliert, ob sie auch das „richtige Essen“ auf dem Teller hat. Manchmal spricht sie sehr lange darüber, warum ihre Tischnachbarin etwas anders zu essen hat. Das Team hat versucht seit einiger Zeit, ihr dasselbe Essen zu bestellen wie der Tischnachbarin, seit damals geht es besser. Sie gibt auch Essen her, wenn jemand noch nichts bekommen hat.

Körperlich hat sich vieles verbessert. Der Decubitus ist jetzt zu, „man sieht nur mehr, wo er war“.

Frau Bosse ist jetzt stuhlkotinent. Sie ist harninkotinent, es wird ihr mehrmals täglich ein Besuch auf der Toilette angeboten, der oft erfolgreich ist. Die Einlage bleibt oft einen Tag lang trocken. Manchmal sagt sie, dass sie auf die Toilette muss. Sie schläft durch und ist auch in der Früh meistens trocken. Aufs Klo setzen geht gut, sie hält sich bei einem Griff an und kann unter Beobachtung alleine aufstehen.

Die Mobilität hat sich verbessert, sie kann mit Hilfe der Therapeutin (oder Pflegepersonal) mit dem Rollator gehen. Im Rollstuhl kann sie sich allein fortbewegen, sie benützt dabei ihre Füße, ihre Hände und den Handlauf. Sie fährt mit dem Rollstuhl durch die ganze Station.

Die unruhigen Phasen

Frau Bosse hat auch jetzt noch Zeiten und Phasen, wo sie sehr unruhig ist, eher am späten Nachmittag. Dann muss sie immer was tun, zum Beispiel eine Einkaufsliste schreiben. Oft will sie „auf den Dachboden“ oder „in den Keller, was holen oder Wäsche aufhängen“.

Wenn sie sagt, sie muss zum Autobus, oder dem Rechtsanwalt einen Brief schreiben, dann muss das unbedingt passieren. „Das schaukelt sich dann so hoch“, da scheint sie dem Team wieder wie in Phase 3 nach Validation zu sein (obwohl sie ja verbal ist).

Wie geht das Team heute mit ihr um?

„Gestern hat sie unbedingt waschen gehen wollen“, weil „...sie muss ja in die Stadt fahren“.

Sie hat dabei sehr unruhig gewirkt. Das Team hat einen neuen Umgang ausprobiert und versucht, einfach nicht darauf einzugehen, das heißt nichts dazu zu sagen. „...nach einer Weile hat sie aufgehört und ist nach hinten gefahren.“ Auf diese Weise ist die Situation nicht eskaliert. Es ist dem Team bewusst, dass diese Vorgangsweise an einem Tag gut geht, an einem anderen nicht, und dass es sich dabei nicht um einem validierenden Umgang handelt.

Manchmal lernt sie auch dazu. So hat sie ein Zuckerl vor sich liegen, die Stationsleitung fragt: „Können Sie das aufmachen?“ Frau Bosse: „Ich weiß wie das geht, man muss mit dem Finger in der Mitte hineinfahren, und dann da aufdrehen, das hat mir gestern eine Schwester gezeigt.“

Sie lässt sich auch heute noch schwer von einer Idee abbringen. Das Team versucht, so viel wie möglich zu lassen und Frau Bosse dabei zu unterstützen, das zu tun, was sie tun will und muss

Das geht vor allem dann nicht, wenn es andere BewohnerInnen betrifft. Zum Beispiel, wenn sie, einem Mitbewohner etwas zu essen gibt, der nur Breikost essen darf, besteht höchste Aspirationsgefahr. „Wenn sie beschlossen hat, der [Bewohner] muss jetzt was essen, dann kannst sie nach hinten führen, so oft du willst, sie wird immer wieder nach vorne kommen um das zu tun, was sie tun muss.“

Immer wieder werden in solchen Situationen Einzelvalidationsgespräche mit ihr geführt, aber das bringt nicht immer was.

Die Grenzen des Teams, was das Tolerieren des lauten „ah-ah-ah“ - Sagens betrifft, liegen dort, wo sie die anderen MitbewohnerInnen in Unruhe bringt. „Am Abend ist so wie so mehr Spannung auf der Station, da macht sie uns die anderen nervös.“

Was könnten Gründe für „Ah-ah- ah“ sein?

Möglicher Weise will sie sich stimulieren – „es brummt so schön“. „Sie sagt, sie ist das nicht: ‚I bin do gor net laut‘“. Wiederholende Sprache und Bewegungen erzeugen und ersetzen Gefühle.

Je nervöser sie ist, umso lauter und schneller wird sie - vermutlich kann sie innerlichen Stress durch die Laute abbauen, zum Beispiel, wenn sie sagt „Wo is der Eingang zum Dachboden?“. Vielleicht ist es auch ein Ausdruck dafür, dass sie das, was sie tun will, nicht tun kann.

„Es beruhigt sie aber nicht“. „Beim Blumen setzen macht sie’s auch und beim Lidl auch“

Nach jeder Einzelvalidation ist es kurz weg, dann geht’s wieder los, vor allem am Nachmittag.

Was ist nicht gelungen?

Einerseits ist erfreulich viel gelungen, was die Mobilität, die Kontinenz und die verbalen Fähigkeiten von Frau Bosse betrifft. Die Geschichte wurde dennoch als ein Beispiel für eine weniger gelungene Validation ausgewählt.

Grund dafür ist, so das Team, dass Frau Bosse ständig den Laut „ah-ah-ah“ wiederholt, oft sehr laut, sehr unruhig und sehr aggressiv, gestresst und sich damit ihre Unruhe auf das Team und die MitbewohnerInnen überträgt.

Das laute „ah-ah-ah“ „hat alle nervös gemacht“.

Frustrierend ist es, wenn „ich das Gefühl gehabt hab, das war ein gutes Validationsgespräch, ich dreh mich um, und es geht wieder los: ‚ah-ah-ah‘“

Wenn sie eine Aufgabe ins Auge gefasst hat, lässt sie sich nicht davon abbringen, muss herum kommandieren und stresst die anderen.

Anmerkungen der Validationsexpertin zum Betreuungsverlauf von Frau Bosse

Die Beschreibung des Betreuungsverlaufes zeigt deutlich die Stärken des Teams, aber auch die Grenzen. Zu den Stärken ist zunächst zu zählen, dass mit vielen Maßnahmen zu Beginn der Betreuung Vertrauen aufgebaut wurde. Beobachtungen und Einschätzungen des Teams wurden im Kontext von Validation durchgeführt und sind sehr klar beschreiben. Das Team reagiert auf Ressourcen und Qualitäten und geht sehr wertschätzend mit der Bewohnerin um, ihre Biografie wird einbezogen. Die Situation mit dem „Servietten falten“ steht als Symbol dafür, dass Frau Bosse dazu gehört.

Der schwierigen Situationen mit Angehörigen wird durch Qualität bei Angehörigenarbeit begegnet, diese gibt Sicherheit und schützt auch das Team.

Durch den gesamten Betreuungsverlauf ziehen sich die Bemühungen des Teams, die Situation zu verbessern. Dies führt dazu, dass die Bewohnerin orientierter wird, z.B. deutet das Erkennen der Uhr auf Phase 1 hin. Immer wieder ist die Bewohnerin in Phase 2 – Zeitverwirrt, hat was zu erledigen, ist nicht in der Gegenwart.

An mehreren Stellen wird deutlich, dass die Dame nicht mehr in Phase 3 sein kann. Sie ist eher in Phase 1, warum auch immer Sie ah-ah-ah sagt. Sie wird sich durch das spiegeln eher bewusst, dass Sie das macht. Sie ist immer wieder orientiert und hat auch immer wieder klare kognitive Fähigkeiten.

In einer VA Gruppe können Menschen in Phase 1 schwer sein, außer sie haben eine Aufgabe und sind sehr tolerant, was diese Dame anscheinend nicht ist. Sie ist eher für eine Gesellschaftsrunde oder Erinnerungsarbeit geeignet.

Fr. B. ist durch den validierenden, sehr wertschätzenden und respektierenden Umgang in Phase 1 zurückgekehrt. Sie vertraut den Pflegenden anscheinend sehr schnell, daher lässt Sie sich

berühren. Ansonsten hat sie ganz typische Verhaltensweisen für jemand in Phase 1. Alles muss sehr genau sein, sie muss alles kontrollieren, sie antwortet in der Gegenwart, liest den Menüplan, den Kalender, die Uhrzeit. Wenn Sie unruhige Phasen hat, rutscht sie in Phase 2, will was erledigen, die „ah-ah-ah“ Wiederholungen werden lauter, sie müssen aber nicht unbedingt ein Zeichen für Phase 3 sein. Stimulation, Anspannung oder Stress können Gründe sein. Wiederholungen ersetzen normalerweise die Sprache und erzeugen eben dadurch Gefühle, weil die Menschen sich nicht mehr verbal ausdrücken können.

In Bezug auf die beschriebenen Zielsetzungen ist festzuhalten, dass Beruhigen kein Validationsziel ist. Die Erwartung des Teams, das „ah-ah-ah“ zu stoppen, wird deutlich.

In der ganzen Schilderung wird zwar nicht viel Validation sichtbar, die Grundhaltung wurde jedoch immer beibehalten.

Lösungsvorschlag – mögliche weitere Validationsmaßnahmen aus Sicht der Validationsexpertin

Ihr Verhalten entspricht eher der Chefrolle, als der Mutterrolle. Eine Möglichkeit wäre, ihr bewusst zum Beispiel drei Mal am Tag und immer um eine bestimmte Uhrzeit die Chefrolle zu geben, zum Beispiel, sie teilt die Servietten aus, oder bringt einem bestimmten Bewohner das Trinken oder den Wäscheschutz vor dem Essen austeilen... Das könnte als kleines Ritual gestaltet werden: „Sie sind jetzt die Chefin“. Es muss darauf geachtet werden, dass die Aufgabe nicht zu viel ist, damit Frau Bosse nicht Stress kriegt.

Das Ziel ist nicht, dass sie aufhört, „ah-ah-ah“ zu sagen. Das dürfte aber in einer missverständlichen Auffassung von Validationszielen so angestrebt worden sein.

Ein mögliches Thema für eine Einzelvalidation: „Was ist das Wichtigste, was eine Chefin zu tun hat?“ oder „Was ist das Schwierigste, wenn man ein Geschäft führt?“ (Validationstechnik: Frage nach dem „Extrem“)

In einer der Beobachtung und Erzählung nachfolgenden Supervision durch die Validationsexpertin stellte sich heraus, dass Frau Bosse ihr Verhalten des „ah-ah-ah“ Sagens beendet hat. Sie spricht seit her sehr viel mehr, die Wiederholungen von den Lauten „ah-ah-ah“ sind jedoch (bis jetzt) kein Thema mehr.

2. Frau Schlafes

Erzählte Geschichte

Die Bewohnerinnengeschichte wird vom Team als ein Beispiel für eine gelungene Betreuung bezeichnet, die Bewohnerin ist etwa eineinhalb Jahre vor der Erzählung verstorben.

Die Aufnahme auf der Station

Vor der Aufnahme im Pflegeheim, zu Hause hat Frau Schlafes immer zu ihrem Mann „Vater, Vater!“ gesagt. Nach dem Tod ihres Mannes (?) wird sie ins Pflegeheim aufgenommen, zunächst auf eine andere Station. Dort geht sie ständig hinter den Pflegenden her und schreit „Schwester, Schwester“ und „I bin so miad, I hob an Schlof“. Die Pflegenden dort empfinden das als belastend, zuletzt als unerträglich: „Sie haben es nicht mehr ausgehalten.“, und bitten um Übernahme auf der Demenzstation.

Nach der Aufnahme auf der Demenzstation setzt sich das Muster fort: Frau Schlafes geht hinter den Pflegenden her und schreit: „Schwester, Schwester“ und „I bin so miad, I hob an Schlof“. „Sie ist uns sehr gezielt nachgegangen, sie hat gewusst, dass wir Schwestern sind“.

Die Zeit auf der Station

Frau Schlafes ist oft sehr blass und müde, „kein Wunder, sie ist uns ja den ganzen Tag nachgegangen“. Im letzten Jahr kollabiert sie oft, sie muss deswegen täglich untertags ins Bett gelegt werden. Diese Situation ist sehr belastend. Sie bekommt viel zu trinken auch Infusionen, ein Trinkprotokoll wird geführt. Trotz und medizinsicher Abklärung bleibt die Kollapsneigung bestehen.

Wenn man ihr ein Zapferl gibt, oder die Inkontinenzversorgung durchführt sagt sie manchmal: „Geh, was tust denn da? Fahr o“ oder auch „Geh kumm her, leg die eina do zu mir!“

Der Standardsatz bleibt jedoch „I bin so miad. I hob an Schlaf“

Eine Zeit lang entsteht der Eindruck, dass sie schlecht hört, es liegt aber nicht am Gehör, „das war was anderes“ – eher in dem Sinn, dass sie wegen ihrer Erschöpfung nicht zuhören kann.

Ein Ritual ist für sie wichtig: „Beim Schlafen gehen bis zum Nasenspitzerl zudecken“, gerne hat sie auch, wenn zum Schlafengehen für sie gesungen wird: „Guten Abend, Gut Nacht.“

Frau Schlafes wird während ihres Aufenthaltes auf der Station klarer, sie hört auf zu schreien, ist bis zum Lebensende verbal und auch das Hören wird besser im Laufe der Zeit.

Sie kommt gehend auf die Station, eines Tages stürzt Frau Schlafes so unglücklich, dass sie sich den Oberschenkelhals bricht. Trotz Therapie wird sie nicht mehr gehfähig. Von diesem Zeitpunkt an kann sie nur mehr im Rollstuhl mobilisiert werden.

Die Angehörigen

Das Schreien „Schwester, Schwester“ war auch für die Tochter sehr anstrengend, sie sagt „Geh hör auf mit'm schreien“, der Sohn nimmt es eher mit Humor.

Am letzten Geburtstag war die ganze Familie da, Sohn und Tochter, alle Enkel und Urenkel und haben Sekt getrunken. Frau Schlafes bekommt auch einen, die Tochter macht sich deswegen Sorgen, der Sohn sagt, „Geh lass sie doch, es wird ihr schon nix schaden“

Einmal führt die Tochter sie im Rollstuhl spazieren und sie kollabiert im Garten, alle haben Angst, aber im Bett wacht sie wieder auf. Dann wird mit den Angehörigen besprochen ob in einer solchen Situation der Notarzt gerufen werden soll. Die Angehörigen sagen: „Nein, bitte nicht“. Es sind immer Angehörige da, sie sind sehr fürsorglich und kooperativ, oft geben sie Essen ein oder fahren mit Frau Schlafes spazieren.

Validationsangebote

Am Anfang wird jeden Tag ein Validationsgespräch mit ihr geführt, Themen sind die Gartenarbeit, der Weingarten, die Kinder, die Arbeit, der Ehemann, den sie sehr gerne gehabt hat. Manchmal ist nur eine Minute Validationsgespräch möglich, da sie dann zu müde wird.

„Wegen der ‚Schwester, Schwester‘ Schreie sind wir oft hingegangen und haben gefragt“.

Immer wieder beginnen die Validationsgespräche damit, dass Frau Schlafes nicht spricht und ausschließlich wischende Bewegungen mit den Händen macht, also laut Validation in Aufarbeitungsphase 3 einzustufen. Die Validationsanwenderin spiegelt dann die Bewegungen, bis die Hände einander berühren und sie mit ihren beiden Händen die Hände von Frau Schlafes umfasst, dann schaut Frau Schlafes die Pflegende an und ein Gespräch wird - und ist möglich.

Solche Einzelgespräche enden dann so, dass Frau Schlafes „klar aussteigt“. Das geht deswegen, weil die Validationsanwenderin sagt: „Ich hab die Zeit gehabt, das abzuwarten.“

Manchmal beginnt sie, von ihrem Mann zu erzählen und dann plötzlich sagt sie: „Der is ja scho lang gestorben. I bin ja selber scho alt.“

Auf die Frage, ob sie Angst vor dem Sterben hat, antwortet sie: „Angst vorm Sterben? Na, i bin ja net krank – i muss do net sterben!“

Drei unterschiedliche MitarbeiterInnen der Station drehen ihr Prüfungsvideo für den Abschluss zur Ausbildung zur ValidationsanwenderIn mit Frau Schlafes. Dies wird im Nachhinein als Glück und „Luxus“ für die Bewohnerin bezeichnet, da sie auf diese Weise sehr viel Aufmerksamkeit und häufig Einzelvalidation bekommt.

Der Ausstieg aus einem Validationsgespräch ist manchmal schwierig. Sie fragt: „Warum musst schon gehen? Was musst denn arbeiten?“ Die Gesprächssituation dreht sich um, Frau Schlafes interviewt die Pflegenden.

Die letzte Lebensphase

Frau Schlafes hat bis zu letzt klare und verbale Phasen und scheint alles zu hören. So gibt ihr eine Pflegende einige Tage vor dem Tod ein paar Nüsse zum Angreifen und fragt: „Was ist denn das?“ Frau Schlafes sagt: „San des Nüsse aus mein Garten?“ Frau Schlafes ist bis zum Schluss humorvoll.

Ein halbes Jahr vor ihrem Tod gehen die Schreie von „Schwester, Schwester“ zu „Mutter, Mutter“ über, die letzten Monate hört man sie weder „Schwester“ noch „Mutter“ rufen. Frau Schlafes wirkt zufrieden und oft klar, sie hört gut.

Wie fast alle BewohnerInnen dieser Station stirbt Frau Schlafes auf der Station. Sie stirbt friedlich an einem Montag. Am Sonntag davor kommt die Heimärztin und verschreibt Vendal wegen des Rasseln bei Lungenödem. Über Nacht hört das Rasseln auf. Ein Angehöriger verbringt die ganze Nacht bei ihr. „In der Früh haben wir die notwenigsten Pfleghandlungen durchgeführt, zirka eine halbe Stunde später ist sie gestorben, der Pfarrer war noch da, zwei Angehörige waren da“ „Die Angehörigen, die immer Essen eingegeben haben, die waren auch beim Sterben dabei“. Nach dem Tod bedanken sich die Angehörigen beim Team, dass alles so friedlich und würdevoll verlaufen ist.

Ist etwas offen geblieben?

Eigentlich bleibt nichts offen, obwohl die Betreuung phasenweise sehr intensiv ist. Der rasche Übergang zwischen den Validationsphasen innerhalb eines Gesprächs macht manchmal Schwierigkeiten. In manchen Gesprächen ist es schwer Kontakt zu halten, wegen ihrer starken Bewegungen, sie ist körperlich unruhig und geht mit dem Oberkörper immer vor und zurück.

Insgesamt wird die Betreuung als gelungen eingeschätzt, vor allem, weil sich so Vieles im Laufe des Aufenthaltes bessert und weil Frau Schlafes friedlich und sehr entspannt stirbt.

Als das Team vor 6 Jahren begonnen hat die Demenzstation mit Schwerpunkt Validation aufzubauen, hatten nur wenige eine Validationsausbildung. Zu dieser Zeit wurde eine Bewohnerin mit den gleichen Verhaltensauffälligkeiten wie Frau Schlafes betreut. Auch diese Bewohnerin rief immer: „Schwester, Schwester!“. Diese Bewohnerin ist schwer verstorben, hat bis zuletzt gerufen, die Sterbephase war wesentlich länger, sie hat bis zuletzt „Schwester, Schwester!“ gerufen. ihr Sterben dauerte wesentlich länger. Im Vergleich fällt auf, dass die Betreuung und Begleitung von Frau Schlafes viel besser verlaufen ist.

Anmerkungen der Validationsexpertin

Die Beschreibung des Betreuungsverlaufes von Frau Schlafes zeigt eine schöne gelungene Validation auf. Dem Team gelingt es, sich in den Rhythmus der Bewohnerin einzuschwingen. Die Bewohnerin springt in den Phasen, dies wird in der Betreuung beachtet.

Frau Schlafes wurde sehr viel und gezielt einzelvalidiert. Es bestanden schöne Möglichkeiten auf dieser Station gut begleitet.

Resümee der Validationsexpertin

Es handelt sich um ein schönes Beispiel für gelungene Validation Die Dame wird über den intensiven Kontakt beim Spiegeln sogar klar – die VA AnwenderInnen gehen schön mit, obwohl dies auch aus meiner Sicht tatsächlich eine große Herausforderung ist.

Der häufige, intensive Kontakt durch die Praxis für die Validationsausbildung trägt dazu bestimmt maßgeblich bei. Die Dame wurde bis zum Tod wunderbar begleitet.

Da aus meiner Erfahrung viele alte Menschen vor Ihrem Tod und das oft sehr lange, - „Mutter“ rufen - und das bei dieser Dame aufgehört hat, sie sehr „leicht“ und entspannt gestorben ist, dürfte ein Zeichen sein, dass etwas erfüllt und aufgefüllt war.

2.4 Analyse der Pflegedokumentation - Ergebnisse

Die Pflegedokumentation besteht aus unterschiedlichen Blättern, die hier insbesondere in ihrer Relevanz für die Validation beschrieben werden

Sehr interessant stellt sich ein Dokumentationsblatt dar, welches als **Verhaltensprotokoll** benannt ist. Ziel dieses Protokolls ist: einerseits zu einer Einstufung in die Aufarbeitungsphase nach Feil zu kommen um Validationsmaßnahmen zu finden, die zu Wohlbefinden der jeweiligen Person beitragen sollen. Andererseits geht es darum, zu einer Ursachenfindung bei einem bestimmten Verhalten, das schwer einzustufen ist, zu kommen. Und zusätzlich, um eine eventuelle Einstufung einer Medikation in Verbindung mit dem Verhalten der Person durch Aufschlüsselung des Verhaltens zu erleichtern und zu einem ganzheitlichen Ansatz zu kommen. Solange bis sich eine Linie eines bestimmten Verhaltens abzeichnet, muss dieses Verhaltensprotokoll täglich geführt werden. Die Aufzeichnungen beinhalten z. B.: „...Unruhe, Traurigkeit, aggressives Verhalten, Weinen,...“ in Verbindung mit z. B.: „...bestimmte Tageszeit, bestimmtes Datum, bei Besuch, Mond, Schmerzen, persönl. Gründe (kann nicht umgehen mit...)...“.

Es gab anfänglich eine eigene **Validations – Planung** in Form eines Dokumentationsblattes, in der die Ziele sehr Validationsorientiert ausformuliert sind. Z.B. ...weniger wiederholende Bewegungen, Reduktion chem. und physischer Zwangsmittel, verstärkte soziale Kontrolle, aufrechte Sitzhaltung, Verhinderung des Rückzugs... Dieses Blatt wurde jedoch in die allgemeine Pflegeplanung eingearbeitet, wobei sichtbar weniger bis ungenau formulierte Validationsziele aufscheinen. Der Grund für die Aufhebung des eigenen Formblattes „Validations-Planung“,

ergab sich aus Erfahrung, mit dem anschließenden Focus, dies durchaus in die allgemeine Pflegeplanung zu integrieren.

Die Dokumentation weist in der **Pflegeplanung** wohl Validationsziele auf. Diese sind wie bereits erwähnt teilweise ungenau formuliert, wie z. B.: ...fühlt sich verstanden, drückt Gefühle aus, kann an Gesprächen teilnehmen, Sicherheit...

Daraus ergeben sich dann in der Pflegeplanung Validationsmaßnahmen, wie Einzelgespräch mit einem fixierten Tag, sowie Gruppenvalidation wenn passend nach Phase der Aufarbeitung.

Die Fixierung eines Tages, sollte das Ziel haben, dass es zumindest einmal pro Woche auch tatsächlich stattfindet und dies anschließend im Validationsdurchführungsblatt abgezeichnet, sowie im Pflegebericht dokumentiert werden muss.

In der Analyse des Pflegeberichtes sind diese so genannten Einzelgespräche mit Focus Validation durchgängig dokumentiert, formuliert mit Thema des Gespräches und teilweise Gesprächsinhalten zu finden. In der Analyse des Validationsdurchführungsblattes sind diese durchgängig abgezeichnet. In beiden Dokumentationsblättern findet sich auch die Teilnahme an einer Validationsgruppe dokumentiert. Ein eigenes Gruppenvalidationsblatt erübrigt sich aus der Erfahrung, dass dies ebenso im Pflegebericht dokumentiert werden kann.

Weiters wird ein **Validations-Maßnahmenblatt** geführt, indem festgehalten wird, was täglich und einmal pro Woche zum Wohle des Bewohners im Sinne der Validation angeboten wird. Ebenso können darin auch bestimmte verankerte Berührungen dokumentiert werden, die bei einer Person zur Erleichterung einer Situation führen. Z.B.: Ankerpunkte bei Personen die zum „weggehen“ tendieren.

Außerdem ist in diesem Blatt angeführt, mit welchem Inhalt einer „Lade“ - in der sich biografische Utensilien befinden, individuell beschäftigt, oder kurz aktiviert werden kann. (Inhalte: Bandagen, Frisierutensilien, Handtaschen, Wolle, Tücher, Werkzeug, Nähzeug, Zeitungen, „was durch die Gegend schieben“ – Einkaufswagen...). Nicht zuletzt ist im Validations-Maßnahmenblatt eine Rubrik zum Thema „Kurzbiografie/Themen“ zu finden. Diese Spalte ist für Themen aus der „Fremd und Eigenbiografie“ gedacht und sollte jederzeit bei Veränderungen ergänzt werden. Auch dieses Blatt wird im Zuge der Dokumentationsanalyse zu einer Person schlüssig ausgefüllt befunden.

Um abgesehen von den Pflegeplanungs-Zielen auch die Validations-Ziele und Maßnahmen zu evaluieren, wird in drei Monats Abständen ein **Evaluierungsblatt** geführt. In der Analyse zeigt sich, dass dieses Blatt ebenso durchgängig mit klarer Evaluierung und Validations-Zielerreichung dokumentiert wurde.

Abschließend kann gesagt werden:

Allgemein zur Dokumentationsanalyse:

In der Analyse zeigt sich, dass Validations-Ziele und Maßnahmen klarer und genauer formuliert, in den Dokumentationsblättern dargestellt werden müssten.

Da die ursprüngliche Validations-Planung nunmehr in die Pflegeplanung einfließt, müsste sich dies dort klar und konkret mit der Bezeichnung Validation abzeichnen. Da sich für gelungene Validation klare Ziele mit deren Maßnahmen, wie verbale und nonverbale Techniken formulieren lassen, müsste dies wenn nicht separiert auf einem Dokumentationsblatt in der Pflegeplanung bezeichnet ersichtlich sein.

In einem konkret analysierten Fall:

Dokumentationsberichte über ein Jahr geführt und daraus analysiert.

Die durchgängige Dokumentation mit dem zusätzlichen Focus Validation zeigt im analysierten Fall dennoch eine klare, wenn auch schwach formulierte Zielerreichung.

Dadurch wird klargestellt, dass Validation dennoch sichtbar gemacht und als „erfolgreich“ dokumentiert wurde.

Bewohnerin laut Validation in Phase 3, kommt im Zuge der Betreuung in Phase 2, bis schließlich manchmal sogar Orientierung möglich ist.

Beispiele aus der Pflegedokumentation

Im Folgenden werden wird aus den Originaldokumentation zitiert, um aufzuzeigen, wie sich das Validationswissen und die Grundhaltung in der Pflegedokumentation widerspiegeln.

Pflegeplanung- Bezug zur Validation:

P:= Probleme: Verwirrtheit. Ä:= Ätiologie: verminderte Kraft für Problemlösung, Demenz. S:= Symptome: jammert oft vor sich hin. R:= Ressourcen: sagt sie will sich das abgewöhnen, spricht gerne, beschäftigt sich gerne. Ziele: jammert nur noch eine Stunde pro Tag.

Später: P: Verwirrtheit, Schwerhörigkeit. Ä: Demenz. S: jammert vor sich hin. R: sehr gesellig, hilft gerne. Ziele: fühlt sich verstanden, drückt Gefühle aus.

Später: P: Schwerhörigkeit. Ä: Demenz, fortgeschrittenes Alter. S: hört schlecht, benötigt Hörgerät. Ziele: fühlt sich verstanden, drückt Gefühle aus, kann an Gesprächen teilnehmen, hört Umgebungsgeräusche.

Validations-Maßnahmen:

Täglich: Validationsgespräche, (diese Formulierung wurde im Zuge der Beobachtungen in: Kommunikation mit validierender Grundhaltung umgewandelt – kurz: Gespräche mit valid. GH) Singen, spazieren gehen, Radio hören (R. NÖ), Servietten zusammenlegen.

1/Woche: MO Einzel Validation (darauf stellt man sich ein) Gruppenvalidation, zusätzlich. Kindergruppe, Gebetsrunde.

Ankern: -

Lade: Besteck sortieren, Servietten falten.

Kurzbiografie/Themen: dokumentiert, - wird hier jedoch nicht erläutert.

Validationsblatt-Durchführung:

Validationsgespräche/individuelle Validation durchgängig abgezeichnet,

Gruppenvalidation durchgängig abgezeichnet,

nonverbale Validation in diesem Fall keine Abzeichnungen

weitere durchgängige Abzeichnungen:

Bezugspflege, Einzelgespräch, Aktivitätsrunde.

Pflegeberichte:

Im Pflegebericht können durchgängige Eintragungen der Validationsgespräche mit Angaben von Themen und teilweisen Inhalten, sowie Themen aus der Validationsgruppe dokumentiert vorgefunden werden. Es zeichnet sich auch eine Linie der Themen ab, auf die im weiteren Verlauf eingegangen wird.

Evaluierungsblatt:

Konkret dokumentiert: Bei P:= Verwirrtheit:

„Verwirrtheit - Ziel erreicht, „jammert“ nur ab und zu, Denkleistung wesentlich verbessert, singt und erzählt, merkt sich Dinge auch längere Zeit“. Ressourcen wurden erhalten. Bewohnerin hat nun Hörgerät.

Dokumentation bei NICHT Zielgruppe Validation:

Wenn jemand nicht in die Zielgruppe von Validation eingestuft werden kann, finden sich auch in der Dokumentation keine Validations-Ziele, Maßnahmen oder sonstiges mit diesem Focus.

Auffallend ist jedoch, dass zum Beispiel in der Pflegeplanung sehr wohl nach den Grundprinzipien der Validation dokumentiert wird.

Bewohner mit geistiger Behinderung:

Pflegeplanung/Maßnahmen: „Bewohner will mit Vornamen angesprochen werden, jedoch ist auf respektvollen Umgang zu achten“.

Im ***Pflegebericht*** zeigen sich bei durchgängig dokumentierten Einzelgesprächen, die manchmal fälschlicher Validationsgespräch benannt werden, klare Unterschiede zu den Themen oder Inhalten. So wird zum Beispiel mit diesem Bewohner auch mal währenddessen gemalt, oder eine Zeichnung zum Thema gemacht, sowie in der Kantine eine Wurstsemmel gegessen.

2.5 Schlussfolgerungen aus Fallstudie 2 zur Umsetzung von Validation

2.5.1 Kriterien für gelingende Validation

Im dem Interview, das die Forscherinnen mit der Gründerin der Validation am 23.10.2008 führen konnten, hat Naomi Feil Kriterien benannt, an denen man erkennen kann, dass in einer Einrichtung die Methode der Validation erfolgreich angewandt wird. Die folgende Tabelle enthält Originalzitate aus dem Interview mit der Gründerin, sowie die von den Forscherinnen daraus entwickelten Paraphrasen. Die Kriterien dienen in der Fallstudie als „Hintergrundfolie“, um zu einer Einschätzung und zu einem Fokus in Bezug auf die Umsetzung von Validation zu kommen

Zeile	Text	Paraphrase
840	How the staff interacts with people	Interaction of staff with residents
844	All of the staff looks at the people	Staff looking at residents
844	the staff bends down	Staff bending down
846	If the people look like with their heads up	residents have their heads up
847	you know their eyes are open	Residents have their eyes open
848 - 849	also if they should say Mister in America and Misses,	Staff calls residents by „Mister and Misses“ – not by first names
864 - 865	And also they call people sweetie and darling because they don't know their name	Staff does not call residents „sweetie“ and „darling“
865 - 866	and it's on the <u>voice</u> as well, it is not just what they say, but how they say it	The voice of staff
874 - 875	Well if they just put the stuff down and go away ((lachen)) you know it's how – I don't know people serve here, but	How staff serves lunch
879	Well it would be looking at the person	Staff is looking at resident while serving lunch
879 - 880	“Here is your bread like this, you had that yesterday” ((macht Bewegungen – die anderen lachen)) like that, <u>saying</u> something	Staff is talking to resident while serving
881	and also to have people sit next to each other	Residents sit next to each other
881	that they can communicate with each other	Residents can communicate with each other
882	Knowing who should sit next to whom in a lunch time, very important.	Staff knows, who should sit next to whom

Zeile	Text	Paraphrase
889	Yes it's an attitude, it's the way of being.	Attitude of staff
893 - 894	it is how they put it down and how they address the person-----and if they are smiling.	Staff is smiling
894	You know people rush because they have to finish their work	Staff does not rush
902	Because they will also want to encourage people to eat by themselves, there if possible	Staff encourages residents to eat by themselves
905	“Here is your spoon, it's a cereal that you like”. That means that she knows the person	Staff knows the preferences of residents
907-908	And in encouraging people to communicate,	Staff encourages residents to communicate
911-912 924-927	you can have one of the residents and they can be disoriented too can say a little prayer and that would be a very good role for them, during lunch time	A resident has the role to say a prayer
941 (...) - 944	And I guess when people don't want to go there is a reason (...)If – just because it's lunch time ((schlagt mit der Faust auf den Tisch)) you have to go	Residents are not forced to go to lunch at a certain time
941-942 (...)	So you need to work with them individually and built up trust, so eventually they would go (...)you know that someone is working with you	Someone is working with a resident, who does not want to go for lunch
946	Or is the staff flexible or is it: it has to be this way	Staff is flexible
952-953	if people do want to be touched, does the staff do a little touching?	Staff does a little touching, if residents want it
958-960	is the staff happy? I think that's important. Does staff feel good or do they feel “I have to get through of this as much and as soon as I can”	Staff is happy, feels good
961-962	I don't know it depends a lot of how disoriented they are, but do they look at each other, the residents?	Residents look at each other
962-963	Do they begin conversations with each other,	Residents begin conversations with each other
975-979	And he is angry of everybody who is there and hurts the other person. So I don't know if that is a sign of a Validating home or not, I don't know. It's how does the staff deal with that? ((stimmen alle zu)). Do they say: “Don't you do that, don't you swear”, you know if somebody is swearing 01:13 or does the staff say: “You're really angry at him” and deal with him in that way.	How does staff deal with the expression of anger among residents

2.5.2 Ergebnisse aus Interviews, Beobachtungen, BewohnerInnengeschichten und Dokumentation

Anhand der von Naomi Feil im Interview formulierten Kriterien für gelungen Validation kann die Situation auf der Station als in hohem Ausmaß erfreulich angesehen werden. Interaktionen mit BewohnerInnen auf gleicher Augenhöhe finden statt, es ist ein angenehmes Stationsklima zu beobachten. Gegenseitige Wertschätzung wird durch Kontaktbereitschaft, positive Grundhaltung und aufeinander zugehende soziale Beziehungen gelebt. BewohnerInnen werden nicht dazu gezwungen, ihre Rhythmen zu unterbrechen, MitarbeiterInnen orientieren sich an den Gewohnheiten der BewohnerInnen. Die geringe Fluktuation und das angenehme Arbeitsklima lassen darauf schließen, dass sich MitarbeiterInnen wohl fühlen und gut motiviert sind. Insofern konnte die Eingangshypothese, dass es sich bei der Station A um ein „Model of good practice“ handelt (diese Einschätzung stammte von der interviewten Validationsexpertin) in der Fallstudie bestätigt werden.

Von den Rahmenbedingungen her fällt in Bezug zum Schwerpunkt Validation auf, dass Validation als Qualifikation für wichtig erachtet wird. Die Leitung steht selbst hinter der Anwendung, hat eine Ausbildung auf Level 2 und unterstützt damit sowohl von ihrer Haltung als auch ihren Handlungskompetenzen Validation im Pflegealltag. Sie leitet die Validationsgruppe und kann in schwierigen Situationen unterstützen. Auch die MitarbeiterInnen und die Ärztin verfügt über Validationskompetenzen in unterschiedlichem Ausmaß. Die Umsetzung der Validation beruht auf Station A im Pflegeheim Antonius also darauf, dass möglichst viele Mitarbeiterinnen und die Stationsleitung über eine Ausbildung in Validation verfügen. Als Modell der Implementierung entwickelte sich in der Diskussion der Ergebnisse das Bild der „Insel der Seeligen“, auf der alle Beschäftigten auf der Station über Validationswissen und –kompetenzen verfügen (vgl. Abbildung 5)

Es ist auch ein alternatives Modell der Implementierung denkbar, dieses findet sich in der Literatur und im Gespräch mit Naomi Feil wieder. In diesem zweiten Modell geht es darum, dass es eine Validationsanwenderin gibt, die regelmäßig auf der Station arbeitet (diese muss keine Pflegende sein), die Pflegenden selbst haben in diesem Modell keine Validationsausbildung. Dieses zweite Modell der Implementierung ist auf Basis der Ergebnisse der Fallstudie als weniger erfolgreich einzuschätzen, als das auf der Station A gewählte. Als Beschreibung für dieses Modell der Implementierung wählten wir „Feuerwehr“, da die Pflegende, die als Validationsanwenderin ausgebildet ist, in allen „Notfällen“ gerufen wird und strukturell für „Validationskrisenmanagement“ zuständig erklärt wird.

Fallstudie 2: Station A im Pflegeheim St. Antonius (Validation)

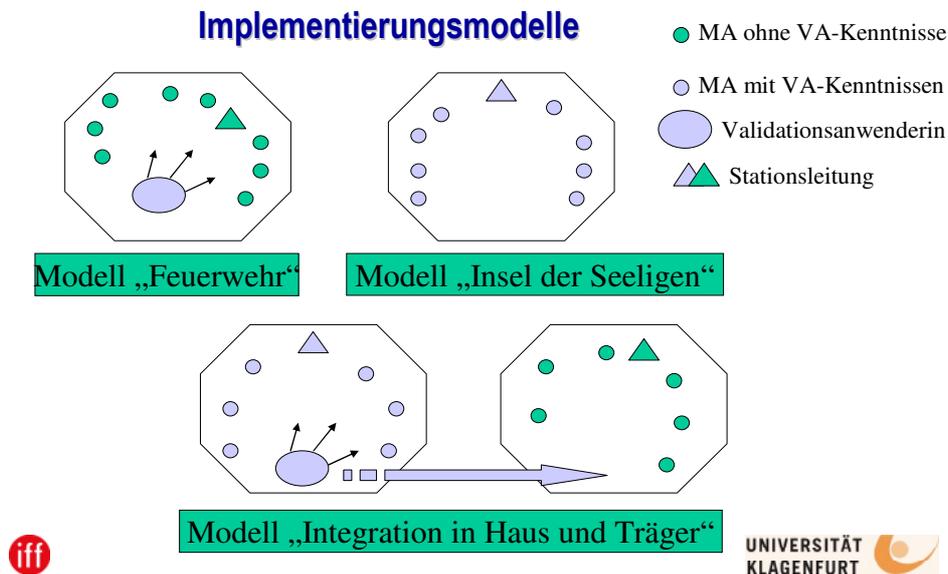


Abbildung 5: Implementierungsmodelle für Validation

Das Modell „Integration in Haus und Träger“ baut auf Erfahrungen und Erkenntnissen aus Modellen der Implementierung von Palliative Care in Pflegeheimen auf (z.B. Heimerl 2006). Mit dem Ziel, Palliative Care – oder in der vorliegenden Fallstudie Validation – für alle anbieten zu können, die es brauchen, sind Organisationsveränderungen auf unterschiedlichen Ebenen nötig. Neben Werten und Haltungen, sowohl im Individuellen als auch im Kollektiv, sind es Kompetenzen, Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen sowie der Auftrag der Leitung, die entsprechende Rahmenbedingungen schaffen muss.

Eine der Rahmenbedingungen in Alten- und Pflegeheimen ist die Frage, wie medizinische Kompetenz eingebunden wird. Im Pflegeheim Antonius ist die Heimgärtin angestellt und kommt zweimal täglich zu BewohnerInnen. Ehrenamtliche sind in die Betreuung mit eingebunden. Im Alltag wird nach dem Pflegekonzept der Bezugspflege gearbeitet, eine tägliche Pflegebesprechung zu Mittag gibt die Möglichkeit, sich über wichtige Ereignisse auszutauschen. BewohnerInnen können bis zu ihrem Lebensende in der Station bleiben, Rituale sind Teil der Organisationskultur.

In den Beobachtungen wurden unterschiedliche Aspekte sehr deutlich. Zum einen zeigt der beschriebene Gesamteindruck, welche Elemente zu einer angenehmen und entspannten Atmosphäre beitragen. Dazu gehören sowohl räumliche Gestaltung wie z.B. Pflanzen, mehrere Nischen mit Sitzgelegenheit, als auch ein generell wertschätzender Umgangston der agierenden Personen. Der insgesamt hohe Qualifikationsstand der Mitarbeitenden in Bezug auf Validation stellt sicher, dass ein hohes Maß an Kompetenz in den jeweiligen Betreuungsteams beobachtet werden kann. Die Fähigkeit der MitarbeiterInnen zur Reflexion erlaubt es, mit einem lernenden Team arbeiten zu können. Sowohl Rückmeldungen aus der Beobachtung als auch Unterstützungen von der Leitung können gut angenommen werden. Unterschiede in den Qualifikationsniveaus der Beteiligten können beobachtet und beschrieben werden. Die Wirkungen von Validation auf die BewohnerInnen und die Mitarbeitenden kann generell mit Entspannung und viel Interaktion beschrieben werden. So gewinnen die Beobachterinnen den Eindruck, dass ein stressfreier Umgang sowohl der Mitarbeitenden mit den BewohnerInnen, als auch der MitarbeiterInnen untereinander und der BewohnerInnen untereinander gelingt. Hilfreich dafür sind beispielsweise, sich auf die unterschiedlichen Rhythmen der BewohnerInnen einzulassen, zu berühren und/oder Augenkontakte auf zu bauen. So ist auch der Umgang mit

Angehörigen, ehrenamtlichen Mitarbeitenden und anderen von außen kommenden Personen dadurch gekennzeichnet, dass auf sie zugegangen wird, der Kontakt gesucht wird und sie so eine entsprechende soziale Aufnahme erfahren.

In den BewohnerInnengeschichten zeigen sich besonders die Wirkungen einer besser und einer weniger gut gelungenen Interaktion vor validierendem Hintergrund. So führt empathisches Verhalten, wie es die Ehrenamtliche im Kontakt zu BewohnerInnen zeigt, nicht immer zu gelungenen Interaktionen, wenn bestimmtes Grundwissen über einen validierenden Zugang fehlt. Es wird deutlich, wie wichtig sowohl das konzeptuelle Wissen als auch Handlungs- und Verhaltenskompetenzen, die auf Basis von Validation erfolgen, sind. Die Wirkungen von gelingender Validation können eindrucksvoll in der Veränderung des Verhaltens von Frau Bosse beschrieben werden. Nach Abschluss der Beobachtungen im Zuge der oben schon angeführten Supervision konnte sogar darüber berichtet werden, dass ihre „ah-ah-ah“ Formulierungen zurückgegangen sind bzw. gänzlich aufgehört haben. Die retrospektiv erzählte Geschichte einer anderen Bewohnerin zeigt in sich, wie positiv validierende Verhaltensweisen auf das Erleben aller Beteiligten wirken.

Anhand der Pflegedokumentation wird ersichtlich, dass sich auch hier Validationswissen und Grundhaltung widerspiegelt. Die Pflegedokumentation zeigt auf, ob eine Person überhaupt als Zielgruppe für Validation eingestuft wird oder nicht. Darüber hinaus zeigen detaillierte Verhaltensbeschreibungen, wie wichtig es ist, zunächst einmal Situationen und ihre zeitlichen, sozialen, räumlichen oder sonstigen Rahmenbedingungen wahr zu nehmen und über eine Zeitraum hinweg zu notieren, bevor frühzeitige (therapeutische) Maßnahmen getroffen werden. In der Pflegeplanung könnten Validationsziele noch klarer formuliert werden und in der Dokumentation die konkreten verbalen und nonverbalen Interaktionen detaillierter beschrieben werden. Es sind demnach gute Ansätze für eine gelungene Pflegedokumentation im Sinn der Validation zu beobachten, konkrete Schritte der Zielformulierung und Handlungsbeschreibung könnten diese noch deutlich verbessern.

2.6 Nachwort

Die hier erstellte Fallstudie ist zum Zeitpunkt des Endberichtes bereits als „historisch“ zu betrachten. Anlässlich der Präsentation der Ergebnisse der Fallstudie im Mai 2010 erfahren wir vom Team der Station A, dass die Beschreibungen zwar für den Beobachtungszeitraum zutrafen, sich im Mai 2010 aber Vieles geändert hat.

Der Träger – so wird berichtet – hat seine Zielsetzung verändert, Ziel ist nicht mehr die „optimale Pflege“, sondern die „angemessene Pflege“. Diese Änderungen der Zielsetzungen führen zu einschneidenden Kürzungen der Personalressourcen im Pflegeheim Antonius, die auch die Station A betreffen, sowie Kürzungen im Fortbildungsbudget - so berichten Stationsleitung und Pflegedienstleitung.

Es gehört zu den wichtigsten Schlussfolgerungen dieser Fallstudie, dass die Rahmenbedingungen, die Leitung und Träger vorhalten, entscheidend sind für das Gelingen der Umsetzung von Validation. Als Forscherinnen wünschen wir dem Team der Station A, dass es trotz der erschwerten Rahmenbedingungen gelingen möge, Haltung, Philosophie und Techniken der Validation weiterhin im Sinne des Wohlbefindens der BewohnerInnen umzusetzen und dass den MitarbeiterInnen ihr Lachen erhalten bleibt.

3. Exkurs: Ein Blick auf die Fallstudien aus der Perspektive des Dementia Care Mapping

Elisabeth Wappelshammer

Zur Beobachtungsmethode: Kategorien des Dementia Care Mappings

Bei den qualitativen Beobachtungen am 13. und 15. 1. 2009 in der Station A des Pflegeheim Antonius habe ich mich an die qualitativen Dimensionen und Kategorien des Dementia Care Mappings gehalten. Die Philosophie der personenzentrierten Betreuung und Pflege bildet einen relevanten Teil des theoretischen Hintergrundes der Validation und definiert fünf Hauptkategorien des Wohlbefindens, denen jeweils Unterkategorien spezieller Bedürfnisse einerseits und spezieller Formen der Unterminierung von Personsein zugeordnet werden:

- Geborgenheit und Wohlbehagen (warmth, holding, relaxed pace – intimidation, withholding, outpacing)
- Identität (respect, acceptance, celebration – infantilisation, labelling, disparagement)
- Bindung (acknowledgement, genuiness, validation – accusation, treachery, invalidation)
- Betätigungen (empowerment, facilitation, enabling, collaboration – disempowerment, imposition, disruption, objectification)
- Einbeziehung (recognition, including, belonging, fun – stigmatisation, ignoring, banishment, mockery)

Da ich bezüglich der Unterkategorien derzeit nur das englische Handbuch zur Verfügung habe, werden im Folgenden diesbezüglich nur die englischen Begriffe verwendet.

Nicht dokumentiert wurden nach DCM – Regeln bezifferte Einschätzungen des Wohlbefindens bei den verschiedenen Aktivitäten und Betreuungs- und Pflegehandlungen, die sog. „WIB-Werte“, da wir keinen umfassenden Evaluationsprozess mit DCM umsetzen wollten, um die in diesem Projekt diskutierte Methode Validation gut im Auge zu behalten.

Zugleich bietet das Assessment Instrument Dementia Care Mapping eine hilfreiche Systematik der Beobachtung und Analyse für eine neue an der Person ausgerichtete Kultur der Pflege wie sie auch die Validation anstrebt – im Gegensatz zu einer alten funktional ausgerichteten Pflegekultur. Das relative Wohlbefinden von Menschen mit Demenz hängt davon ab, inwiefern es gelingt, sie in ihrem Personsein zu unterstützen. Gemäß Tom Kitwood und der Bradford Dementia Group zeigt sich Personsein

- in der Begegnung mit anderen Menschen und
- indem Menschen handelnd die Welt verändern

Personsein kann von der Umgebung unterstützt oder unterminiert werden. Personzentrierte Pflege funktioniert im Sinne des Modells der Bradford Dementia Group dann, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind. Generell geht es um die Frage, ob in einer Einrichtung das erweiterte Modell der Demenz gelebt wird:

Mensch mit Demenz = Neurologische Beeinträchtigung + körperlicher Zustand + Gender/Geschlecht + Biografie + Persönliche Eigenschaften + Sozialpsychologische Umgebung.

Das heißt insbesondere, dass abweichendes Verhalten nicht nur der neurologischen Erkrankung zugeschrieben wird, sondern dass auch die anderen Faktoren wie Biografie, persönliche Vorlieben etc. zur Erklärung eines bestimmten Verhaltens herangezogen werden. Dieser Ansatz korrespondiert mit den theoretischen Wurzeln der Validation, insbesondere durch den gemeinsamen Bezug auf Carl Rogers.

In der folgenden Tabelle wurden beobachtete Szenen, deskriptive Kategorien und DCM Kategorien in Beziehung gesetzt. In kursiver Schrift sind jene Anmerkungen gehalten, die über die 5 DCM – Dimensionen des Wohlbefindens und ihre Unterkategorien hinausgehen und sich auf das generelle Konzept des Dementia Care Mapping beziehen.

Auswertung der Beobachtungen gemäß Dementia Care Mapping

Die Verschränkung der verwendeten Kategorien mit den dokumentierten Szenen ergibt folgendes Bild: In der Kommunikation von Personal mit BewohnerInnen überwiegen bei weitem die positiven Ereignisse (PERs). Unter den unterstützenden Betreuungs- und Pflegehandlungen dominieren sogar die von mir aufgrund der Reaktionen der BewohnerInnen als sehr unterstützend eingeschätzten Handlungen.

Spitzenreiter der unterstützenden und sehr unterstützenden Betreuungshandlungen ist die Anregung zur Betätigung – in erster Linie im Zusammenhang mit der Validationsgruppenarbeit. 25 Mal konnte ich Situationen beobachten, in denen BewohnerInnen angeregt wurden, sich zu betätigen oder in denen BewohnerInnen von sich aus Aufgaben übernommen haben. Außerhalb der Validationsgruppe war allerdings auch ein gewisser Mangel an Betätigungsmöglichkeit festzustellen. An zweiter Stelle stehen „Einbeziehen“ und „Bindung“, knapp gefolgt von stärkenden Impulsen bezüglich Identität. An letzter Stelle stehen Interventionen zu „Geborgenheit und Wohlbehagen“. Dieser Befund stellt m. E. keinen Widerspruch dar. Im Sinne einer Orientierung an den Kompetenzen der BewohnerInnen legt die Station viel Wert darauf, dass BewohnerInnen soziale Rollen entwickeln und ausfüllen, und die Validationsgruppenarbeit bietet dafür einen systematischen Rahmen: Frau Alfa, die Sängerin, Frau Zopf, die Vorbeterin etc. Immer wieder zeigt sich, dass die Betreuung weit über eine zugewandte Versorgung im Einzelkontakt hinausgeht, indem viel Wert auf Gruppenbildung gelegt wird, was auch ein erklärtes Ziel der Validation ist. Auffallend sind die systematischen Initiativen, auch BewohnerInnen wie Frau Datler einzubeziehen, die große Mühe haben, sich verbal auszudrücken. Es gibt daher auch nur ganz wenige so genannte „PDs“, Personale Detraktionen wie Infantilisieren oder Invalidieren. Insgesamt wurden 6 PDs beobachtet und auch diese wenigen sind nur leicht gradig einzustufen. Vier der beobachteten PDs haben darüber hinaus mit den Interventionen einer sehr engagierten ehrenamtlichen Kraft zu tun, die den BewohnerInnen sehr viel Herzlichkeit entgegenbringt, aber nur vor längerer Zeit einen Grundkurs in Validation besucht hat und aller Voraussicht nach mit der entsprechenden Aufschulung auch ganz anders agieren würde.

Die Frage des personenzentrierten Ansatzes der Begleitung von Menschen mit Demenz, ob in dieser Einrichtung das erweiterte Modell der Demenz gelebt wird, ist jedenfalls eindeutig mit „ja“ zu beantworten.

Bezüge zu den Interviews mit Expertinnen der Validation (Naomi Feil und Gunvor Sramek)

Die Befunde nach den Prinzipien des Dementia Care Mappings korrespondieren mit den Kriterien der Validation, die uns von den interviewten Expertinnen der Validation genannt wurden: Respektvoller Umgang und Berührungen im Vorbeigehen, kein stereotypes Rufen und extreme Verhaltensweisen wie Fluchtversuche aus der Station seitens der Bewohnerinnen, dafür

kleine gruppenspezifisch konstruktive Interaktionen zwischen den BewohnerInnen und sehr oft wache Augen statt dumpfer Versunkenheit. Keine Hektik ausgehend vom Personal, niemand wird gezwungen oder bedrängt, zu essen oder zu trinken, dafür zeigt sich viel Akzeptanz, Heiterkeit und gemeinsamer Humor. Es zeigen sich kaum Ansätze einer belehrenden Realitätsorientierung, nur ganz selten Konfrontationen, dafür schwingt sich das Team systematisch in den Rhythmus der BewohnerInnen ein und pflegt sehr respektvolle personenzentrierte verbale und nonverbale Kontakte – mit vielen Überlegungen zur individuellen Unterstützung – z.B. bezüglich TischnachbarInnen beim Essen. Auffallend ist, dass es so gut wie keine Situationen gibt, in denen BewohnerInnen von MitarbeiterInnen ignoriert oder infantilisiert werden oder gar dass durch eine spezielle Sprache, einen speziellen Rhythmus der Bewegungen oder die Lautstärke beim Sprechen eine Parallelwelt aufgebaut wird, die die Station in ein „Wir, die Effizienten“ und „Sie, die Hilfsbedürftigen, Kranken“ teilt. Die BewohnerInnen werden immer wieder angeregt, selbst aktiv zu werden – ohne übertriebenen Aktionismus und mit Respekt vor dem Wunsch nach Ruhepausen. So oft wie möglich werden den BewohnerInnen Wahlmöglichkeiten angeboten bzw. werden sie in Entscheidungsprozesse, die den Alltag betreffen, eingebunden – bis hin zur dezidierten Einladung zur Selbstbestimmung: „Es ist dann aus, wenn Sie genug haben“.

Das gesamte Team bezieht sich in seinem Verhalten auf Grundsätze der Validation, selbst die Reinigungskraft hält sich daran. Nur bei drei Betreuungspersonen fallen Schwächen in der Kommunikation mit BewohnerInnen auf, aber auch hier nicht gravierend. Die Validationsgruppen unterstützen die BewohnerInnen, vorhandene, zum Teil sehr versteckte Kompetenzen zu leben.

Ein bedeutsames Indiz für die Sicherheit des Teams in Validation erscheint uns schließlich das große Interesse des Teams an Feedbacks und Hinweisen von uns Beobachterinnen zu sein. Das spricht dafür, dass die Teammitglieder an genaues Beobachten und differenziertes Urteilen gewohnt sind wie es auch die Validation nahe legt (Sramek Zeile 220). Dies wird nicht zuletzt durch die Rahmenbedingung gefördert, dass die in Validation fundiert ausgebildete Stationsleitung eine sehr wertschätzende und fehlerfreundliche Haltung im Umgang mit den BewohnerInnen und dem Personal ausstrahlt. Immer wieder lebt sie selbst den MitarbeiterInnen Prinzipien der Validation vor, z.B. wenn sie BewohnerInnen beim Essen unterstützt oder Validationsgruppe

C. Schlussfolgerungen aus den beiden Fallstudien

Katharina Heimerl, Elisabeth Reitingger, Petra Fercher

7.1. Wirkungen von Basaler Stimulation und Validation im Pflegeheim

Wie im Kapitel Methodik bereits dargelegt wurde, handelt es sich um ein überwiegend qualitatives Forschungsprojekt. Entsprechend dieser Forschungsmethodik wurde die Frage nach den Wirkungen der Validation und der Basalen Stimulation nicht auf der Ebene von Outcome-Messung nachgegangen, obwohl dies für manche der ExpertInnen, die an dem Projekt beteiligt waren, wünschenswert gewesen wäre. Der Frage nach den Wirkungen wurde hingegen auf qualitativer Ebene nachgegangen. Die wesentlichsten Erkenntnisse sollen hier zusammengefasst werden:

7.1.1 Die Wirkungen der Validation und der Basalen Stimulation lassen sich in qualitativen Kriterien konzeptiv und empirisch beschreiben

Zunächst konnten in den Interviews mit den beiden Gründerinnen Kriterien für die Wirkung von Validation und von Basaler Stimulation erarbeitet werden, die hier in der Übersicht dargestellt werden:

How staff interacts with residents

Staff looking at residents and bending down

Staff calls residents by „Mister and Misses“

- not by first names and not „sweetie“ and „darling“

Staff does a little touching, if residents want it

Staff encourages residents to eat by themselves

Staff encourages residents to communicate

How staff serves lunch

Staff is looking at resident while serving lunch

Staff is talking to resident while serving

Staff knows, who should sit next to whom

Staff knows the preferences of residents

Background music, that residents have an identity with

Residents are not forced to go to lunch at a certain time

Someone is working with a resident, who does not want to go for lunch

Attitude of staff

Staff is flexible, staff is smiling, staff does not rush

Staff is happy, feels good

How does staff deal with the expression of anger among residents

How residents feel

Residents have their heads up and their eyes open

Residents sit next to each other and look at each other

Residents can communicate with each other

Residents begin conversations with each other

A resident has the role to say a prayer

Abbildung 6: Kriterien für die gelungene Umsetzung von Validation im Pflegeheim
(Interview mit Naomi Feil am 23.10.2008)

Strukturelle Hinweise

Wie zeigt sich Normalität?

Schwesterbereich mit Glas, „Kanzeln“? (Frage nach Rückzugsmöglichkeit von Personal)

Sind viele BewohnerInnen aus den Betten, sind sie aktiv oder „abgestellt“ – z.B. vor dem Aquarium?

Aktivitäten

Wird Nähe gelebt (nicht einfach so hinübergerufen)?

Werden Kontakte angebahnt? (Beim Waschen, Baden, bei der Handmassage etc.)

Wird Rhythmus der Menschen aufgenommen?

Wird zu viel getan, zu beruhigend (sodass BewohnerInnen zu viel schlafen)?

Nahrungsaufnahme

Gute Atmosphäre, gemeinsames Essen

Werden alle Sinne angesprochen? (Gemeinsames Kochen und Essen)

Wie wird beim Essen unterstützt?

Werden Zwischenmahlzeiten vorgehalten? (speziell wenn eine Mahlzeit nicht durchgehalten werden kann)

Individueller Schlaf- Wachrhythmus sowie Essenszeiten

Struktur als Orientierung, aus der man ausscheren kann

Rituale beim Essen und beim Schlafengehen etc.

Herausforderndes Verhalten

Werden Menschen, die rufen oder schreien isoliert?

Angehörige

Werden Angehörige ernst genommen? Geht man auf sie aktiv zu?

Teamkultur

Berät sich das Team untereinander, was hilft, was gut tut?

Gibt es Teamreflexion?

Auf der Ebene der Organisation

Personzentrierter Ansatz besser als Basale Stimulation, sonst werden womöglich Menschen basal stimuliert, die das gar nicht wollen.

Abbildung 7: Kriterien für die gelungene Umsetzung von Basaler Stimulation im Pflegeheim (Interview mit Christel Bienstein am 22.10.2008)

7.1.2 Entlang dieser Kriterien lässt sich aufzeigen, dass es sich bei den beiden beschriebenen Fallstudien um „Models of Good Practice“ handelt.

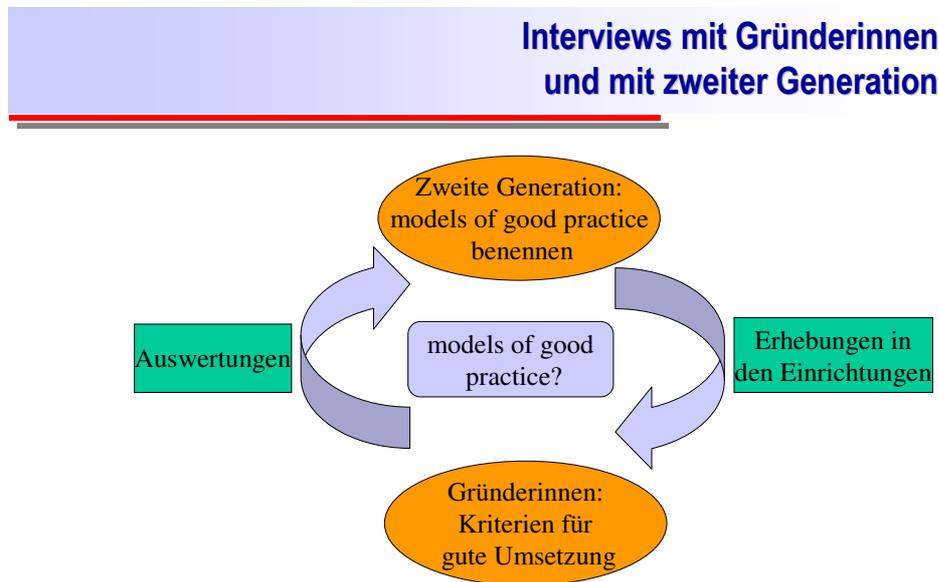


Abbildung 8: Zusammenhang zwischen Erhebungen und Models of Good Practice

In einem Interview wurde jeweils eine Vertreterin der zweiten Generation der Kommunikationsmethode (Basale Stimulation bzw. Validation) gefragt, auf welcher Stationen sich die Umsetzung der Methode gut beobachten ließe. Die Vertreterinnen der Methode wurden also nach „Models of Good Practice“ der Methode befragt und um eine Empfehlung gebeten. Wir gingen daher von der Hypothese aus, dass es sich bei den beiden Stationen um Models of Good Practice handelt. Um nach Evidenzen zu suchen, die diese Hypothese belegen oder widerlegen könnten haben wir die beiden Gründerinnen der Methoden nach Kriterien gefragt, anhand denen wir die gelungene Umsetzung der Validation und der Basalen Stimulation beobachten können (vgl. Abbildung 6 und 7). Die Auswertungen der Erhebungen im Rahmen der Fallstudien zeigen in beiden Einrichtungen, dass die Umsetzung der Methoden jeweils gelingt (vgl. Teil B Fallstudien).

7.1.3. Auf der Ebene der Grundhaltungen sind die Wirkungen von Validation und Basaler Stimulation überaus ähnlich, so dass von einer gemeinsamen Haltung der „personenzentrierten Kommunikation“ gesprochen werden kann.

Betrachten wir die Beobachtungen und Ergebnisse aus beiden Fallstudien, stellen wir fest, dass sowohl für die Validation als auch die Basale Stimulation eine besondere Grundhaltung beschrieben werden kann. Diese lässt sich mit Achtsamkeit und Aufmerksamkeit im Umgang, Zentriertheit, Authentizität und Ehrlichkeit im Kontakt mit den Frauen und Männern mit Demenz beschreiben. Darüber können Wertschätzung und das Anerkennen der anderen Person um ihrer selbst Willen ausgedrückt werden. Diese erkennbaren Merkmale der Grundhaltung

entsprechen dem, was auch Carl Rogers in seinem personenzentrierten Ansatz beschreibt (vgl. theoretischer Rahmen Kap. 5).

7.2. Voraussetzungen und Rahmenbedingungen

Gerade, weil die beiden Fallstudien „Models of Good Practice“ darstellen, haben sie eine Einsicht in die Frage ermöglicht, welche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen erfüllt sein müssen, damit die Umsetzung der Methoden gelingt. Diese Einsicht in die Rahmenbedingungen zeigt, dass die Wirkungen der Validation und der Basalen Stimulation weit über das korrekte Anwenden von Techniken, die in den Ausbildungen zu den beiden Methoden gelehrt werden, hinausgehen. Sie umfassen Organisationskultur, -prozesse und –strukturen.

Eine Methode zu Kommunikation mit Menschen mit Demenz zu implementieren erfordert mehr als nur die MitarbeiterInnen zu schulen. Die gelingende Implementierung setzt voraus, dass Kultur und Struktur entsprechend den Grundhaltungen der personenzentrierten Kommunikation gestaltet sind. Die gelingende Umsetzung wiederum hat daher Rückwirkungen auf Kultur und Struktur.

Die Umsetzung der Methoden zur personenzentrierten Kommunikation erfolgt auf drei Ebenen:

1. Ebene der Grundhaltungen: Personenzentrierte Grundhaltung entlang der Prinzipien von Carl Rogers: Empathie, Kongruenz und Akzeptanz.
2. Ebene der Teamkultur und der Rahmenbedingungen: z.B. Wertschätzende Kommunikation der Leitung mit den MitarbeiterInnen, räumliche Gestaltung der Einrichtung, die Orientierung fördert
3. Ebene der Techniken: Anwenden der jeweiligen Techniken der Methode, z.B. atemstimulierende Einreibungen und Waschungen in der Basalen Stimulation, bzw. Frage- und Gesprächstechniken oder richtige Einstufung der BewohnerInnen in der Validation.

Wie in den Fallstudien anhand zahlreicher Beispiele gezeigt werden konnte, umfasst die Umsetzung der Validation und der Basalen Stimulation alle Prozesse und Strukturen in der Organisation Pflegeheim. Im weiteren Sinne ist daher die Umsetzung der Methoden als ein Prozess der Organisationsentwicklung aufzufassen. Die folgende Aufstellung zeigt die wichtigsten Prozesse und Strukturen auf, die durch die Umsetzung verändert werden:

- Personalmanagement (Auswahl von MitarbeiterInnen, regelmäßige Fortbildung, Umgang mit PraktikantInnen)
- Partizipatives Leitungsverständnis (z.B. Dienstplangestaltung)
- Bauliche und Raumgestaltung (z.B. orientierungsfördernde Gestaltung von Gängen und Räumen, Schöpfsystem der Küche)
- Interdisziplinäres Konzept (alle Berufsgruppen sind an der Umsetzung zu beteiligen: Pflege, Medizin, Hausangestellte, Küche, Verwaltung, Ehrenamtliche)
- Ethische Entscheidungen (Wertschätzende Grundhaltung bedingt das Einbeziehen der BewohnerInnen [bzw. deren Willen] und der Angehörigen in die Entscheidungen)
- Rahmenbedingungen der Pflege: Hohe Priorität hat das Einhalten der Tagespräsenz in der Pflege; Bezugspflege als Voraussetzung für die Umsetzung der beiden Konzepte)
- Flexibilität der Leitung ermöglicht es den MitarbeiterInnen, Handlungs- und Entscheidungsspielräume wahrzunehmen

7.2.1 Zielgruppen

Die Frage, für welche Zielgruppen die jeweilige Methode geeignet ist, lässt sich aus den Erhebungen so beantworten:

Auf der Ebene der Techniken sind Validation und Basale Stimulation – was die schwere der eher als komplementär zu bezeichnen. Die Validation als überwiegend verbale Kommunikationsmethode richtet sich eher an Menschen mit Demenz in frühen, verbalen Phase, wobei es oftmals gelingt, Menschen von einer fortgeschritteneren Phase wieder in eine besser Phase zurückzuführen. Für die Validation ist hier noch wichtig festzuhalten, dass die Gründerin ausdrücklich und ausschließlich hochbetagte Menschen mit Demenz vom Alzheimer Typ als Zielgruppe sieht.

Die Basale Stimulation als überwiegend nonverbale Technik ist besonders gut geeignet für Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz, hier gelingt es oft Kontakt aufzunehmen mit Menschen, die in der „Phase des Vegetierens“ auf andere Kommunikationsangebote nicht mehr ansprechen. Allerdings soll hier – unter Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte der Basalen Stimulation in der Sonder- und Heilpädagogik – betont werden, dass die Methode für alle Menschen mit starker Beeinträchtigung geeignet ist, unabhängig von der Diagnose.

Auf der Ebene der Kultur, der Rahmenbedingungen und der Haltungen ist es jedoch wichtig, festzuhalten, dass alle Zielgruppen und alle BewohnerInnen im Pflegeheim vom personenzentrierten Zugang profitieren, unabhängig von der Schwere der Erkrankung und der Diagnose.

Darüber hinaus wollen wir darauf hinweisen, dass die gelingende Umsetzung der beiden Konzepte auch einen Gewinn für die MitarbeiterInnen und die Leitung im Pflegeheim darstellt, erstens weil auch sie gegenseitig Wertschätzung in der Kommunikation erfahren und zweitens, weil die beiden Methoden es ermöglichen, gemäß der internalisierten Vorstellungen von guter Versorgung für Menschen mit Demenz zu arbeiten.

7.2.2 Verbesserungspotentiale

Auf der Ebene der einzelnen Methode lassen sich folgende Verbesserungspotentiale identifizieren: Das Konzept der Basalen Stimulation ist monodisziplinär und expertInnen-basiert angelegt, insbesondere auf Ebene der Techniken bezieht sich das Konzept ausschließlich auf diplomierte Pflegepersonen. Damit können die in unseren Fallstudien beschriebenen Rahmenbedingungen im Konzept – im Gegensatz zu der von uns beobachteten Praxis und Umsetzung – nicht berücksichtigt werden.

In der Validation konnten wir erheben, dass die Pflegedokumentation die Qualität auf der Station und insbesondere die Stärken in der Validation nicht abbildet und dass die Bedeutung der Pflegedokumentation sowohl im Konzept als auch auf der Station nicht hoch genug eingeschätzt wird.

Beide Methoden haben gemeinsam dass sie Personenzentriert sind. Diese Fokussierung auf die Person kann als Stärke und Schwäche beider Methoden angesehen werden. So geht diese Ausrichtung der Pflegenden und Betreuenden an den Bedürfnissen und Wünschen der Menschen mit Demenz von einem Menschenbild aus, in dem wir alle mit unserer Umwelt und hier besonders mit den uns umgebenden Frauen, Männern oder Kindern verbunden sind. Beide Konzepte legen daher großen Wert auf Beziehung und Kommunikation – dies ist als ihre Stärke zu bezeichnen.

Gleichzeitig lässt dieses besondere Herausstellen der Beziehungen zwischen Einzelpersonen den Blick auf größere soziale Zusammenhänge wie Gruppen, besonders aber Organisationen und damit auch Leitungsstrukturen in den Hintergrund treten. Dies ist aufgrund der Interpretation der Ergebnisse als Schwäche zu sehen. Die Bedeutung von Organisationskultur, entsprechende

Kommunikationsstrukturen und Leitungskompetenzen in der jeweiligen Methode zur personenzentrierten Kommunikation mit Menschen mit Demenz sehen wir als zentral an.

In der Selbstbeschreibung legen die beiden Methoden mehr Wert darauf, Haltungen und Techniken zu erklären zu vermitteln und zu nennen. Die notwendigen Rahmenbedingungen, die das Leben dieser Kompetenzen überhaupt erst ermöglichen, werden nicht explizit beschrieben und vermittelt, sie sind in den beiden Konzepten nicht ausreichend Gegenstand der Reflexion. Mit Blick auf die Implementierung von Methoden auf Stationen oder in ganze Häuser werden in der Praxis wenige Überlegungen in Bezug auf förderliche und hinderliche Faktoren angestellt.

7.3 Voraussetzungen und Wirkungsweisen hängen unmittelbar miteinander zusammen

Die zentrale Forschungsfrage widmete sich Voraussetzungen und Wirkungsweisen der beiden Methoden zur personenzentrierten Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Es zeigte sich, dass ein lineares Modell, in dem zunächst Voraussetzungen wie Offenheit der Methode gegenüber oder entsprechende Rahmenbedingungen beschrieben werden können auf denen dann die Wirkweisen wie Wertschätzung oder im Rhythmus der Bewohnerin sein aufbauen, den Beobachtungen und Erkenntnissen nicht gerecht wird.

Vielmehr zeigt sich das Verhältnis von Voraussetzungen und Wirkungsweisen als ein zyklischer Zusammenhang, der anhand des Beispiels von Empathie näher beschrieben werden soll. Zum einen stellt Empathie, so wie sie von Carl Rogers, Naomi Feil und anderen verstanden wird, einen Grundpfeiler für die Anwendung von Validation oder basaler Stimulation dar. Die Fähigkeit, sich in die Gefühlslagen anderer Frauen und Männer ein zu fühlen, indem versucht wird, sie nach zu empfinden, wird als notwendige Voraussetzung beschrieben, dass personenzentrierte Kommunikation überhaupt gelingen kann. Gleichzeitig kann Empathie als Wirkungsweise beschrieben werden. Durch das Leben von Empathie werden personenzentrierte Ansätze zur Kommunikation mit Menschen mit Demenz erst wirksam. Dieser zyklische Zusammenhang wird in der folgenden Darstellung verdeutlicht:



Abbildung 9: Voraussetzungen und Wirkungsweisen

7.4 Wirkungsmodell der beiden Methoden zur personenzentrierten Kommunikation mit Menschen mit Demenz - Die Elemente des Modells

Die Analyse der Ergebnisse und Interpretation der Daten im Team führt zu einem Wirkmodell der beiden Methoden zur personenzentrierten Kommunikation mit Menschen mit Demenz, das im Folgenden näher erläutert wird. Elemente des Modells sind die Perspektive der Menschen mit Demenz, die Perspektive der Betreuenden und die Perspektive der Organisation, die sich in Rahmenbedingungen und Strukturen zeigt sowie die zwischen diesen Perspektiven entstehenden Beziehungen. Alle drei Perspektiven sind unverzichtbar für die gelingende Umsetzung von personenzentrierter Kommunikation

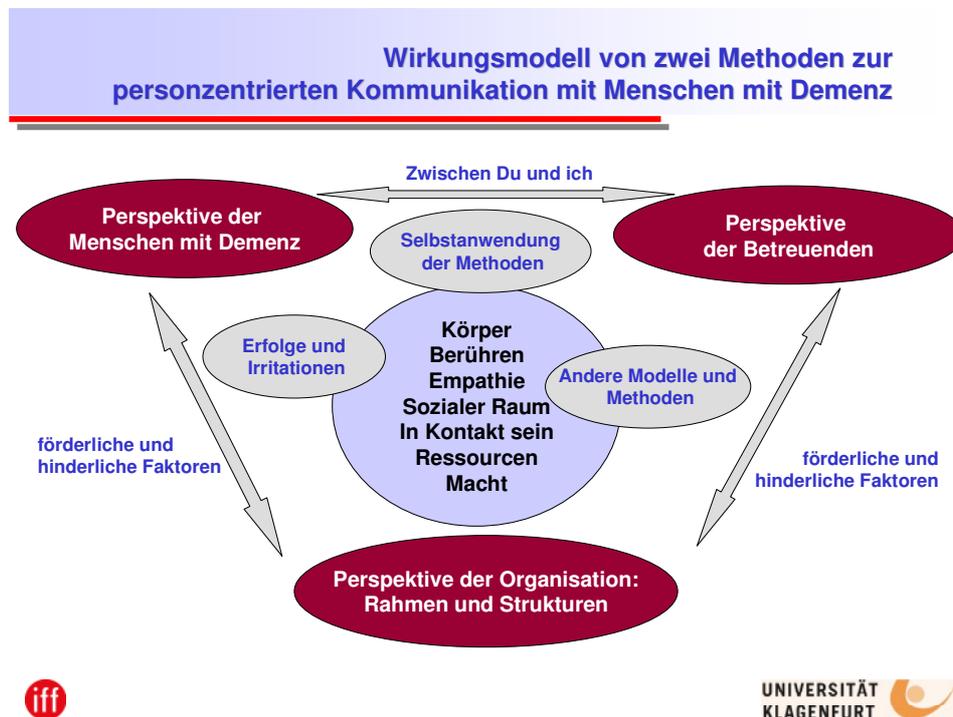


Abbildung 10: Modell zur personenzentrierten Kommunikation mit Menschen mit Demenz

Personenzentrierte Kommunikation bedeutet „in den Schuhen des Anderen zu gehen“, die für die Umsetzung so wichtige Grundhaltung der Betreuenden besteht also darin, die Sichtweise der Menschen mit Demenz einzunehmen. So gelingt es die „Brücke von Ich zum Du“ zu bauen, auch und gerade für Personen, mit denen eine Kontaktaufnahmen mit anderen Mitteln der Kommunikation nicht mehr gelingt.

Gleichzeitig steht gewinnt auch die Perspektive der Betreuenden an Bedeutung, die Umsetzung der Methoden gelingt nur dann, wenn es auch personenzentrierte Kommunikation zwischen Leitung und MitarbeiterInnen gibt, wenn ein partizipativer und wertschätzender Führungsstil gelebt wird. Die „Selbstanwendung“ der Betreuenden wird sichtbar darin, dass die MitarbeiterInnen ihre eigenen Grenzen benennen können und dürfen, zum Beispiel im Umgang mit „schwierigen“ Bewohnerinnen.

Diese Kommunikation zwischen Du und Ich zwischen Bewohnerinnen, Mitarbeiterinnen der Angehörigen und Leitungen zeigt sich anhand unterschiedlicher Qualitäten der Kommunikation: Im Zentrum steht der Körper und die gute Berührung, das empathische auf den anderen

Zugehen, die Kontaktaufnahme, da eröffnen von sozialen Räumen zur Kommunikation und das Wertschätzen von Ressourcen der Betroffenen.

Erfolge und Irritationen liegen nahe beieinander: So kann gerade die beobachtete Bereitschaft der Teams, Irritationen durch das Forschungsteam zuzulassen als eine Fähigkeit zu lernen aufgefasst werden, die dann zu Erfolgen führt, dies haben die Bewohnergeschichten gezeigt.

Neben der Perspektive der Menschen mit Demenz und der der Betreuungspersonen wird in den Fallstudien eine dritte Perspektive deutlich: die der Organisation. Auf dieser organisatorischen Ebene sehen wir beispielsweise andere Modelle und Konzepte, die im Pflegeheim gleichzeitig mit den Methoden zur personenzentrierten Kommunikation umgesetzt werden, wie das Psychobiographische Pflegemodell nach Erwin Böhm oder das System der Bezugspflege. Hierher gehören aber auch alle Kommunikationsprozesse und -strukturen, die im Team und im Heim festgelegt sind. Das Pflegeheim als soziales System stellt Rahmenbedingung zur Verfügung, die sowohl hinderlich als auch förderlich für die Umsetzung der beiden Methoden sein können.

7.5 Validation und Basale Stimulation - der Stellenwert der Methoden in der Palliativen Geriatrie

Marina Kojer

Palliative Geriatrie ist die umfassende interprofessionelle Fürsorge für multimorbide Hochbetagte in fortgeschrittenen Krankheitsstadien.

Sehr alt zu werden ist eine schwere Aufgabe. Chronisch fortschreitende Erkrankungen, Schmerzen, quälende Beschwerden, zunehmende Hilflosigkeit, Verlusterlebnisse, Ängste und Sinnkrisen belasten den letzten Lebensabschnitt. Über diese gesamte, oft sehr lange Zeit (Monate bis Jahre) sind die Betroffenen, damit es ihnen gut geht sowohl auf kurative als auch auf palliative Maßnahmen angewiesen (siehe Abb.1). Palliative Geriatrie darf sich daher keineswegs damit begnügen End of Life Care zu sein!

Während mit Hilfe der kurativen Therapie- und Pflegeansätze interkurrent auftretende akute Krankheiten, Verletzungen und Stoffwechsellentgleisungen beherrscht werden sollen, verfolgen die palliativen Maßnahmen ausschließlich das Ziel der Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität.

Palliativbedürftigkeit Hochbetagter

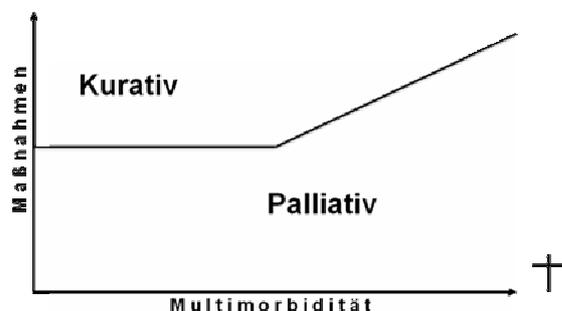


Abb. 1: Kurative und palliative Maßnahmen im Zeitverlauf

Demenz und Lebensqualität

Im Laufe der vergangenen zehn Jahre sind in den Pflegeheimen der westlichen Welt BewohnerInnen mit Demenz zur Regel und solche ganz ohne kognitive Einschränkungen zur Ausnahme geworden. Etwa die Hälfte aller über 90-jährigen sowie 70-80% aller PflegeheimbewohnerInnen sind an Demenz erkrankt, viele von ihnen befinden sich bereits in einem fortgeschrittenen Stadium. Menschen, die ihre Schmerzen und quälenden Beschwerden, ihre Bedürfnisse und Wünsche nicht mehr allgemein verständlich mitteilen können und nicht in der Lage sind andere zu verstehen, wenn diese sich gängiger Kommunikationsroutinen bedienen, leiden darunter in einem kaum zu überschätzenden Ausmaß. Sie sind voller Angst, fühlen sich verlassen und ausgeliefert. Der Mensch ist ein soziales Wesen und braucht, damit es ihm gut geht die Möglichkeit sich mit seinen Mitmenschen zu verständigen. Die Fähigkeit andere zu verstehen und von ihnen verstanden zu werden bildet daher für alle Menschen den tragenden Pfeiler guter Lebensqualität. Für jede/n von uns ist gelingende Kommunikation die einzige Brücke vom Ich zum Du. Wenn die BetreuerInnen diese Brücke nicht überwinden wollen oder meinen, sie nicht überwinden zu können, verstoßen sie demenziell erkrankte Hochbetagte aus der tröstenden Geborgenheit der Gemeinschaft. Sie lassen sie gerade dann ganz allein, wenn die Kranken vollständig hilflos geworden sind und sich nicht mehr in ihrem Leben zurechtfinden können. Darüber hinaus: Ärzte und Pflegepersonen können körperlich und seelisch leidenden Demenzkranken häufig trotz ihres großen Fachwissens nicht helfen, weil sie nicht gelernt haben mit ihnen zu kommunizieren und daher nicht in der Lage sind zu erkennen, wann und wofür sie ihre fachlichen Kompetenzen einsetzen müssten (siehe Abb. 2).

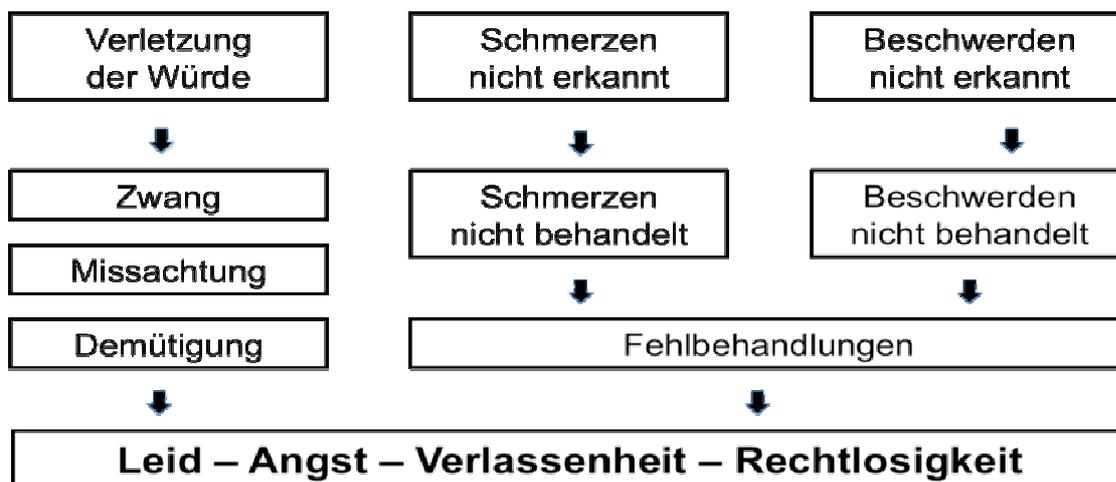


Abb.2: Folgen misslingender Kommunikation

Gelingende Kommunikation muss daher als Kernkompetenz der Palliativarbeit in der Geriatrie erkannt und anerkannt werden.

Palliative Geriatrie und Personzentrierte Methoden

Palliative Care sieht ihren Auftrag darin die körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse des leidenden Menschen bestmöglich zu lindern. Das kann nur dann gelingen, wenn stets die Person im Mittelpunkt steht, ihre Wünsche und ihre Befindlichkeit das Maß aller Bemühungen sein dürfen. Das bedeutet, dass der/die Kranke, Leidende, Sterbende der/die

Bestimmende ist und den Ton angibt. Was er/sie braucht, was er/sie den BetreuerInnen signalisiert ist maßgeblich für ihr Handeln.

Personzentrierte Methoden stellen – in welchem Bereich auch immer sie verwendet werden – stets das Individuum mit seinen Bedürfnissen in den Mittelpunkt und sind bereit auf feine, oft nonverbale Mitteilungen des/der Einzelnen zu horchen und einfühlsam darauf zu reagieren. Es liegt auf der Hand, dass die Kommunikation mit Menschen mit Demenz nur nach diesen Grundsätzen gelingen kann. Sowohl Validation nach Naomi Feil als auch Basale Stimulation nach Bienstein und Fröhlich sind personzentrierte Methoden. Beide Methoden eignen sich besonders gut für stark beeinträchtigte Menschen, die in anderer Weise kaum oder gar nicht zu erreichen sind.

Validation ist eine reine, verbale und nonverbale Kommunikationsmethode und will auch nichts anderes sein als das. Die Methode wurde von Naomi Feil ausschließlich dafür entwickelt um mit hochbetagten desorientierten Menschen besser und leichter in Beziehung treten zu können. Auf diese Weise wird es möglich Demenzkranken besser und gezielter zu helfen sich in ihrem Leben wohlfühlen und den letzten Lebensabschnitt sicher, geborgen und in Würde zu Ende zu führen. Die Methode ermöglicht leichter Kontakt aufzunehmen und tragfähige Beziehungen aufzubauen.

Für die Arbeit in der Palliativen Geriatrie ist es besonders wichtig, dass es in Validation geschulten MitarbeiterInnen um vieles leichter gelingt Gefühle, Schmerzen, Bedürfnisse und Wünsche besser zu erkennen und sinnvoller darauf zu reagieren. So wird z. B. herausforderndes Verhalten wie Schreien oder Aggression nicht mehr ausschließlich als Symptom der Demenz gesehen, das am besten mit Hilfe von geeigneten Psychopharmaka in Schach zu halten ist, sondern vielmehr als Kommunikationsversuch eines Menschen in großer Not erkannt.

Die Grundhaltung der Validation entspricht weitgehend der Grundhaltung der Palliative Care:

- Der/die veränderte Andere wird ohne wenn und aber so akzeptiert wie er ist.
- Wir empfinden ihn/sie als gleichwertig und gleich würdig
- Wir begegnen ihm/ihr mit Respekt und Wertschätzung
- Wir fühlen mit ihm/ihr und beobachten ihn/sie einfühlsam um sein/ihr „Andersein“ allmählich besser zu begreifen
- Wir sind aufrichtig
- Wir setzen keine Ziele sondern versuchen den Betroffenen dabei zu helfen ihre eigenen Ziele zu erreichen.

In Validation geschulte MitarbeiterInnen bringen daher a priori Verständnis für die Ziele der Palliativen Geriatrie mit.

Basale Stimulation ist eine nonverbale, primär über die Hände der Pflegenden vermittelte Methode, die schwer beeinträchtigen und schwerkranken (z. B. komatösen, apallischen) Menschen hilft wieder besser mit sich selbst, mit den Mitmenschen und mit der Umwelt in Kontakt zu treten. Im Gegensatz zur Validation ist Basale Stimulation keine reine Kommunikationsmethode. Sie wurde ursprünglich auch nicht für Demenzkranke sondern für alle geistig und/oder körperlich schwer beeinträchtigen Menschen jeden Alters entwickelt und erst seit relativ kurzer Zeit auch für Menschen mit Demenz entdeckt und erfolgreich an ihnen erprobt. Ein weiterer wesentlicher Unterschied zur Validation: Basale Stimulation will zwar auch die Lebensqualität der Betroffenen verbessern, setzt und verfolgt dabei aber eigene Ziele: Sie will stimulieren, aktivieren, anregen und fördern. Über die Verbesserung der Selbstwahrnehmung, das neu- und wieder- Erfahren des eigenen Körpers sollen schlummernde Fähigkeiten geweckt und die Eigenaktivität gefördert werden. Alle Möglichkeiten zu nutzen um die Lebensqualität der

Betroffenen zu verbessern und ihnen wieder mehr Teilhabe am Leben zu ermöglichen entspricht voll und ganz den Zielsetzungen der Palliativen Geriatrie.

Wenn die Demenz immer weiter fortschreitet verliert das gesprochene Wort immer mehr an Bedeutung und Berührungen werden immer wichtiger. Kommunikation und Beziehung müssen dann primär über die beseelten Hände der Betreuerinnen angeboten werden. Ihre große Bedeutung für die Palliative Geriatrie gewinnt die Basale Stimulation daher vor allem in ihrer Funktion als sehr feinsinnige nonverbale Kommunikationsmethode bei sehr weit fortgeschrittener Demenz.