

**Die Anwendung der Validationsmethode nach Naomi Feil
im Setting der mobilen Altenbetreuung und -pflege für
Menschen mit Demenz**

Bachelorarbeit II

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Nicole Zink
00948382

Begutachterin: MMag.^a Tanja Adamcik

St. Barbara im Mürztal, Mai 2020

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

24. Mai. 2020

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized first name and a last name with a flourish.

Unterschrift

Abstract

Die Demenz wird bereits vielfach als eine der vorherrschenden psychoorganischen Krankheiten dieser Zeit erkannt. Bei einem parallelen Anstieg der älteren Bevölkerung von Jahr zu Jahr, wird dieses beiderseitige Wachstum bis zum Jahr 2050 weiterhin prognostiziert. Ein Großteil der zu betreuenden Älteren mit Demenz wird zuhause von den Angehörigen betreut. Vielfach ist in diesem Setting in hohes Maß an Belastung für alle Beteiligten zu finden, weshalb nach adäquaten Lösungen verlangt wird. Eine Möglichkeit, diesen Herausforderungen nachzukommen, ist die Validationsmethode nach Naomi Feil, welche jedoch noch keine ausreichende Verbreitung und Etablierung in der Arbeit mit Menschen mit Demenz findet. Mittels Datenerhebung durch qualitative Interviews und einer anschließenden Themenanalyse dieser, konnten sowohl die Möglichkeiten und Besonderheiten des Validationseinsatzes im mobilen Setting als auch eventuelle Entwicklungspotenziale beleuchtet werden. Die Ergebnisse zeigen ein hohes Maß an positiven Erfahrungen mit Validation im extramuralen Bereich sowie eine Vielzahl praxisnaher Einblicke in ihre Anwendung. Nähe zu den Erkrankten sowie eine enge Zusammenarbeit und Kooperation mit den Angehörigen sind charakteristisch für diesen Handlungsrahmen. Feils Validationsmethode intensiver in den Pflegeausbildungen zu etablieren und die Schnittstellen für den Informationstransport in die betroffenen Familien zu nutzen, sind die vorrangigen Potenziale, die sich in diesem Kontext erkennen lassen.

Schlüsselbegriffe: Demenz, Validation, Naomi Feil, Mobile Pflege/Betreuung, Extramurale Pflege/Betreuung, Besonderheiten, Einsatzmöglichkeiten, Entwicklungspotenziale

Abstract

Dementia is already recognised globally as one of the prevailing psycho-organic diseases of this time. It has been estimated that with a growing elderly population the percentage of people suffering from this disease will increase until 2050. Most people with dementia live at home and receive care from their relatives. In many cases, these circumstances can be a strain on all parties involved. That is why adequate solutions are needed. One way to counter these problems is the Validation Method by Naomi Feil. Validation has not yet been sufficiently disseminated and established when working with people who suffer from dementia. Opportunities and distinctive features of this method as well as potential areas of development could be highlighted by means of data collection through qualitative interviews and a subsequent analysis of these. The results show positive experiences with Validation in the extramural setting as well as a variety of practical insights into its application. Proximity to the patients as well as close cooperation and collaboration with relatives are characteristic for this framework. The primary possibilities that can be identified in this context are first to establish Validation Methods more intensively in care education and second to use connections for the transport of information to the affected families.

Keywords: Dementia, Validation, Naomi Feil, Mobile Care/Support, Extramural Care/Support, Characteristics, Stake Possibilities, Development Potential

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Problemstellung.....	1
1.1.1	Demenz	3
1.1.2	Validation nach Naomi Feil.....	6
1.1.3	Mobile Altenbetreuung und -pflege mit Demenz.....	9
1.2	Zielsetzung und Forschungsfrage.....	11
1.3	Methode und Aufbau	11
2	Empirische Forschung.....	13
2.1	Methodenwahl.....	13
2.1.1	Interviews.....	13
2.1.2	Transkription	14
2.1.3	Themenanalyse nach Froschauer und Lueger	14
2.2	Datenerhebung.....	16
2.2.1	Vorbereitung und Planung.....	16
2.2.2	Praktisches Vorgehen	17
2.3	Datenauswertung – Textreduktion und Codierung.....	19
2.4	Forschungsergebnisse	20
2.4.1	Validation allgemein	21
2.4.2	Besonderheiten im extramuralen Setting.....	24
2.4.3	Einsatzmöglichkeiten von Validation	29
2.4.4	Angehörige und Validation	32
2.4.5	Entwicklungspotenziale	34
2.4.6	Verbreitung	36
3	Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage.....	38
4	Schlussfolgerung und Ausblick	42
	Literaturverzeichnis	44
	Onlinequellen	47
	Tabellenverzeichnis	48
	Anhang.....	49

1 Einleitung

Das Alter ist der Trend des Jahrzehnts. Nicht nur die österreichische Bevölkerung unterliegt einem Anstieg des älteren Bevölkerungsanteils, auch die globale Gesellschaft ist im Begriff kollektiv zu altern. Neben der bereits seit Jahrzehnten beobachtbaren, stetigen Zunahme des Bevölkerungsanteils der Menschen über 65 Jahren, zeigen die weltweiten Entwicklungen, dass deren prozentualer Anteil, allein in den Jahren zwischen 2008 und 2018, von 7,4% auf 8,9% gestiegen ist. Ähnlich zeigt sich die Situation in Österreich, wo das Durchschnittsalter im Jahr 2008 noch bei 41,0 Jahren lag. Im Jahr 2019 liegt dieses bereits bei 42,8 Jahren (Statistik Austria, 2019a; The World Bank, 2019).

Parallel zu dieser demografischen Veränderung, hält auch ein völkerumfassendes, steigendes Wachstum der dementiellen Erkrankungen Einzug. Bevölkerungsstatistische Aufzeichnungen belegen ein Aufkommen von mehr als 50 Millionen an Demenz erkrankten Menschen weltweit, bis zum Jahr 2050 wird erwartet, dass sich diese Zahl verdreifachen wird. Global erkrankt etwa alle drei Sekunden ein Mensch an Demenz und nach Schätzungen zu den wirtschaftlichen Kosten, welche durch Demenz verursacht werden, belaufen sich diese auf etwa eine Billion US-Dollar jährlich. Bis 2030 wird eine Verdoppelung dieser Kosten erwartet (Alzheimer's Disease International, 2019, S. 13).

Betrachtet man die USA hinsichtlich des dortigen Anstiegs der Demenzfälle, sind dort bereits 5,8 Millionen Menschen erkrankt. Bis zum Jahr 2050 wird, mit einem Anstieg bis zu 14 Millionen Erkrankten, abermals beinahe eine Verdreifachung dieser Zahl erwartet. Zudem zählt die Demenz auf Platz 6 zu einer der häufigsten Todesursachen in den Vereinigten Staaten (Acti-onalz, 04.03.2019). Ähnlich verhält es sich mit der Demenzentwicklung in Österreich. Im Jahr 2014 sind etwa 100.000 Menschen an Demenz erkrankt, bis zum Jahr 2050 wird sich dies auf jede 12. Person über 60 Jahren ausdehnen (Wiener Gebietskrankenkasse, 2009, zitiert nach Scheu, 2014, S. 24). Bei einer Betrachtung der österreichischen Sterberaten kann, trotz stetigen Rückgangs von kardiovaskulären Erkrankungen sowie Erkrankungen des Verdauungsapparates, ein signifikanter Anstieg der Todesursache aufgrund von Demenz über die vergangenen 20 Jahre beobachtet werden (Statistik Austria, 2019b).

Diese Entwicklung bringt unterschiedliche gesellschaftliche Herausforderungen mit sich, welche im nachfolgenden Kapitel erläutert werden.

1.1 Problemstellung

Die eingangs erwähnten globalen Entwicklungszahlen von Menschen mit Demenz sowie die steigenden Neuerkrankungen werden von Förstl und Krämer (2008, S. 17) beleuchtet und untermauert. Zudem prognostizieren diese ein Aufkommen einer Demenzerkrankung in jeder dritten Familie bis zur Mitte des 21. Jahrhunderts.

Der Terminus *Demenz* beschreibt in der Fachsprache keine Krankheit per se, sondern ist ein Überbegriff für eine Vielzahl an Erkrankungen mit unterschiedlichen Ursachen, welche sich im Krankheitsverlauf ähnlich äußern: Gedächtnisverlust, Wortfindungsstörungen bis hin zum Verlust der Sprache, Wahrnehmungsstörungen und in weiterer Folge der Verlust der Fähigkeit den Alltag selbst zu bewältigen. Dies führt schließlich in den meisten Fällen zur Pflegebedürftigkeit. Da sich diese pathologischen¹ Veränderungen auf die unterschiedlichen Lebensaspekte, besonders jedoch auch auf die soziale Lebenswelt der Betroffenen auswirken, kann dies zu belastenden Herausforderungen für das Arbeiten mit Menschen mit demenziellen Erkrankungen führen (Scheu, 2014, S. 24ff). Diese Pflegebedürftigkeit zieht ein hohes Maß an Abhängigkeit der Menschen mit Demenz von ihrem unterstützenden Umfeld mit sich. Dazu zählen sowohl Angehörige als auch professionelle Pflegepersonen. Der Großteil der Menschen mit Demenz wird jedoch zuhause betreut (Doblhammer, Fink, Fritze & Nerius, 2018, S. 20).

Die Bedeutung der häuslichen Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz, sowohl durch Angehörige als auch durch professionelles Pflegepersonal, wird, durch die Schilderungen Fischer-Böroids und Zettls (2006, S. 20ff) klar betont. Laut diesen werden 30% der an Demenz erkrankten Älteren stationär versorgt, 70% der Betroffenen werden zuhause betreut. In der Grundsatzfrage der professionellen Pflege und Betreuung von Menschen im Alter, liegt der gesellschaftliche Hauptfokus dennoch auf stationären Einrichtungen. Jener Bereich der mobilen Altenbetreuung und -pflege zuhause findet dabei oftmals zu wenig Beachtung, obwohl hier sehr hohe Belastungen sowohl für die pflegenden Angehörigen als auch für das Pflegepersonal herrschen. In diesem extramuralen Setting geschieht es nicht selten, dass das Pflegepersonal die Angehörigen ein Stück weit professionell mitbegleitet (ProCare, 2010, S. 39).

Einen Anhaltspunkt für adäquate Lösungen für diese Herausforderungen bietet die Validationsmethode nach Naomi Feil. Diese verbindet Biografiearbeit mit einfühlsamer Kommunikation. Mithilfe einer Validationsausbildung kann Pflegepersonal befähigt werden, einen lebensqualitätsfördernden und verständnisvollen Umgang mit Menschen mit Demenz zu schaffen (Amann, 2009, S. 207f). In der beispielhaften Studie von Wimberger (2014, S. 20ff) werden die Effekte der ValidationsanwenderInnenausbildung auf professionelles Pflegepersonal untersucht. Obwohl diese Studie im stationären Setting durchgeführt wurde, weist sie relevante Basisergebnisse für die Bewältigung der Kommunikations- und Interaktionsbarrieren zwischen Menschen mit Demenz und Pflegepersonal aus. Sie zeigt eine deutliche fachliche sowie persönliche Verbesserung im Umgang mit den älteren Menschen mit Demenz einerseits, jedoch einen Mangel an fachlicher Verankerung der Validationsausbildung im Kontext der Pflegeberufausbildung andererseits. Trotz dieser und einiger ähnlicher Studien kann gesagt werden,

¹ pathologisch = die krankheitsbedingte Veränderung (Bernitzke, 2011, S. 379)

dass dieses Gebiet noch relativ wenig erforscht ist und dass die ValidationsanwenderInnen-ausbildung bisher nicht ausreichend verankert und verbreitet ist (Dick, Häusler, Krause-Köhler, Nordheim & Rapp, 2017, S. 83).

Doch welches Erscheinungsbild weist Demenz auf, welche Formen gibt es und wie können daran erkrankte Menschen im extramuralen Setting adäquate Unterstützung und damit individuelle Lebensqualität durch Validation erfahren?

1.1.1 Demenz

Ab dem 50. Lebensjahr entspricht ein Rückgang der Konzentrations- und Merkfähigkeit bis zu etwa 10% der Normalität. Erst, wenn sich diese Vergesslichkeit, wie bei etwa 20% der Menschen über 80 Jahren, verstärkt, spricht man von der Krankheit Demenz. Demnach muss eine Abgrenzung des natürlichen cerebralen² Abbauprozesses von der pathologischen Entwicklung einer Demenzerkrankung klar unterschieden werden (Folkes & Gatterer, 2006, S. 23).

Die Demenz ist eine Krankheit, welche eine der häufigsten hirnorganischen Krankheiten mit psychisch-pathologischem Erscheinungsbild des Alters darstellt. Sie betrifft vorwiegend die Gedächtnisleistung, wobei die Demenz vom Typ-Alzheimer die häufigste Form der Demenzarten einnimmt. Es ist bekannt, dass Demenz sowohl genetisch als auch umweltbedingt entstehen kann, die tatsächlichen Ursachen aller Demenzformen können jedoch bis dato nicht vollständig geklärt werden (Croy & Gatterer, 2005, S. 10ff).

Vorrangige Symptome der Demenz sind einerseits der Rückgang der kognitiven³ Fähigkeiten, wobei besonders die Gedächtnisleistung betroffen ist, andererseits werden regelkonformes Verhalten und die Interaktion mit anderen Menschen erheblich beeinflusst und beeinträchtigt. Eine theoretische Vertiefung der Thematik findet sich jedoch in der zehnten Version des International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), einem international anerkannten Klassifikationssystem für Krankheiten (Saß, Wurm & Ziese, 2009, S. 49).

Das Klassifikationssystem ICD-10 wird in regelmäßigen Abständen von der Weltgesundheitsorganisation (WHO/World Health Organisation) überarbeitet und freigegeben. Laut diesem gehört die Demenz zu den organischen Störungen mit psycho-somatischem Erscheinungsbild und zählt daher zu den psychischen Krankheiten, welche jedoch nachweisbar hirn-organische Ursachen aufweisen. Der dementielle Krankheitsverlauf ist chronisch und es kommt zu unterschiedlichen Symptomatiken, vorrangig betroffen sind jedoch:

- Gedächtnis
- Orientierung

² „cerebral = das Gehirn betreffend“ (Bernitzke, 2011, S. 370)

³ Alle Aktivitäten des Gehirns, welche die Informationsaufnahme, -verarbeitung, -speicherung sowie deren Abruf betreffen (Altenthan, Betscher-Ott, Gotthardt, et al., 2008, S. 38).

- Sprache
- Emotionen/Affekte
- Sozialverhalten

(icd.who.int/browse10/2016/en, 28.04.2020)

Des Weiteren unterscheidet das ICD-10-System 4 unterschiedliche Demenzformen.

Tabelle 1: Demenzformen nach ICD-10

ICD-10-Demenz	Erscheinungsbild
1. Alzheimer-Demenz - AD	<ul style="list-style-type: none"> • schleichender Beginn • kausaler Ursprung nicht bekannt • unterschiedliche Formen → früher Beginn < 65 Jahren; später Beginn ab 65 Jahren; atypische AD
2. Vaskuläre Demenz - VD	<ul style="list-style-type: none"> • entsteht durch vorangegangene Erkrankung der Blutgefäße • vermehrtes Einhergehen vieler kleiner Gehirnin-farkte • weitere Formen → akute VD; Multi-Infarkt-De-menz; subkortikale-VD durch Bluthochdruck; ge-mischte VD
3. Demenz als Begleiterkran-kung	<ul style="list-style-type: none"> • Demenz mit anderem Ursprung als AD oder VD • kann in jedem Alter auftreten • weitere Formen: Demenz bei → Pick-Krankheit; Creutzfeld-Jakob; Chorea-Huntington; Parkinson; HIV; weiteren Krankheiten
4. Demenz ohne Definition	<ul style="list-style-type: none"> • alle anderen, nicht in Kategorie 1-3 zuordenbaren Demenzformen

Quelle: WHO (icd.who.int/browse10/2016/en, 28.04.2020)

Anders, als bei der vaskulären Demenz, sind die Ursachen der Demenz vom Typ-Alzheimer bis heute nicht genau geklärt. Dennoch stellt die Alzheimer-Demenz mit beinahe 60% die am häufigsten auftretende Form der Demenzerkrankungen dar. Zur Klärung dieser Frage wird die Krankheit sowohl hinsichtlich Genetik, Lebensführung, Umwelteinflüsse oder auch hormoneller Einflüsse vielfach beforscht (Croy & Gatterer, 2005, S. 15f). Einen wesentlichen Beitrag zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko können jedoch auch psychische Entwicklungskomponenten sowie Traumata in der Vergangenheit spielen. Nach Altenthan et al. (2008, S. 269f) kann sich eine Alzheimer-Demenz bereits im Kindes- oder Jugendalter manifestieren. Demnach können etwa ein zu geringer emotionaler Bindungsaufbau zwischen 0 – 4 Jahren, überdurchschnittliche Angst, nachhaltige Familienkrisen sowie unbehandelte, schwere Selbst- und Fremdaggressionen eine Demenzentwicklung im Alter fördern.

Die Symptomenentwicklung der Alzheimer-Demenz findet temporal nacheinander statt, verstärkt sich fortlaufend und wirkt sich dementsprechend unterschiedlich auf die diversen Lebensbereiche der Betroffenen aus. Eine besonders signifikante Einschränkung findet sich im

logischen sowie abstrakten Denken, im Sozialleben, im Umgang mit Eigen- und Fremdgefühlen sowie beim Verrichten der alltäglichen Tätigkeiten (Feil, 2010, S. 37f).

Grundsätzlich entwickelt sich eine Demenz sehr schleichend und bereits vor dem Bemerkbarwerden der typischen Symptome. Die physiologisch-pathologische Entwicklung kann bereits 15 Jahre vor den ersten merklichen Veränderungen nachgewiesen werden. Zunächst bemerken die Erkrankten subjektive Anomalien, das unmittelbare Umfeld merkt davon nichts. Erst wenn die sogenannte Symptomenphase beginnt, tritt die Demenz in bekannter Form in Erscheinung. Aufgrund dieses sehr frühen Entwicklungsbeginns ist der Früherkennung von Demenz eine große Bedeutung beizumessen (Jessen, 2019, S 256).

Aus klinischer Sicht durchlaufen an Demenz erkrankte Menschen drei unterschiedliche Stadien, sobald die Krankheit die Symptomenphase erreicht hat. Erst ab diesem Zeitpunkt beginnt die Bewältigung des Alltags für Betroffene schwierig zu werden. Am Beginn dieser Phase steht die *Leichte Demenz*, welche zwei bis drei Jahre lang andauern kann. Dieses Krankheitsstadium ist gekennzeichnet durch Gedächtnisstörungen, vor allem betrifft dies das Kurzzeitgedächtnis und damit das Aufnehmen und Speichern von neuen Informationen. Das Behalten von Handlungsabläufen, Sprache und Wortfindung aber auch das räumliche Sehen können hier bereits erhebliche Einschränkungen aufweisen. Im darauffolgenden drei bis fünf Jahre andauernden Stadium, der *mittleren* oder auch *mittelschweren Demenz*, werden schon einfachste Handlungsabläufe nicht mehr vollständig erfasst, Sprachverständnis und Rechenleistung funktionieren nur stark defizitär. Besonderes Augenmerk wird in diesem Krankheitsabschnitt auf die ersten Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen gelegt. Erkrankte zeigen hier:

- verstärkte Ruhe- und Teilnahmslosigkeit
- Störungen des Essverhaltens
- Unregelmäßigkeiten des Tag-Nacht- Rhythmus
- affektiv-aggressive Störungen
- normentfremdetes Umstellen und Verräumen von Gegenständen
- wiederkehrende, sinnlos erscheinende Bewegungsmuster
- Depressionen
- Wahrnehmungsstörungen

Schließlich gehen die Betroffenen in das Stadium der *schweren Demenz* über, welche bis zu 5 Jahre andauern kann. Diese ist gekennzeichnet durch starke physische und motorische Einschränkungen, Bettlägerigkeit, Epilepsie⁴, Schluckstörungen (Dysphagie) sowie Gewichtsabnahme (Dick et al., 2017, S 5f).

⁴ Krankheit, die in unterschiedlich stark ausgeprägter Form auftritt und durch wiederholte, hirnorganische Krampfanfälle gekennzeichnet ist (Bernitzke, 2011, S. 383).

Im Zuge der dementiellen Diagnosestellung bei Menschen mit Demenz sowie bei deren Behandlung ist es besonders wichtig, eine ausführliche Anamnese durchzuführen. Diese dient dazu, möglichst viele relevante, biografische Informationen über die Patientin oder den Patienten zu erfassen. Damit wird nicht nur eine ganzheitliche Betreuung in den verschiedenen Krankheitsstadien gewährleistet, sondern die Erkrankten können von Beginn an leichter Vertrauen aufbauen und eine verständnisvolle Interaktions-Plattform wird geschaffen (Frölich & Hausner, 2018, S. 188).

Auch Naomi Feil (2010, S. 41f) betont die Bedeutung der Biografie und besonders die damit verbundenen, unverarbeiteten Bedürfnisse der individuellen Vergangenheit jedes an Demenz erkrankten Menschen. Um diese adäquat in die Arbeit mit Menschen mit Demenz einfließen lassen zu können, sie zu verstehen und dadurch ein respektvolles Miteinander schaffen zu können, entwickelte Naomi Feil die Validationsmethode.

1.1.2 Validation nach Naomi Feil

Validation stammt aus dem Englischen und heißt übersetzt *Gültigkeit*. Naomi Feil, eine 88-jährige Amerikanerin, ist die Begründerin der Validationsmethode. Sie wurde in München geboren, ihre Familie wanderte in die USA aus, wo sie in einer Altenpflegeeinrichtung lebten. In ihrer Methode greift sie die Wortbedeutung der *Gültigkeit* auf und beschreibt mit der Validation sowohl eine nicht beurteilende, wertschätzende Grundhaltung als auch eine Art Kommunikation und Interaktion mit Menschen mit Demenz. Sie selbst ist ausgebildete Sozialarbeiterin und entwickelte die erfahrungsbasierte Methode in den Jahren zwischen 1963 und 1982, wonach sie weltweite Bekanntheit und auch Etablierung erfuhr. In Österreich erhielt sie 2009 sogar den österreichischen Alois Alzheimerpreis für ihr Lebenswerk (Ginesi, Jenkins & Keenan, 2016, S. 95; Gattringer, 2010, S. 19).

Feils Konzept basiert auf unterschiedlichen Theorien, vordergründig jedoch baut es auf der personen-zentrierten Psychotherapie nach Carl Rogers auf. Dieser stellt den Menschen mit all seinen Bedürfnissen in den Fokus der Betrachtung und des Verständnisses und geht davon aus, dass psychische Krankheiten vor allem auf Basis jahrelang unterdrückter, ungestillter Bedürfnisse entstehen (Altenthan et al., 2008, S. 424; Heimerl & Poppa, 2014, S. 18). Die Bedeutung dieses Grundzugangs wird in Feils Theorie über die Entstehung der Alzheimer-Demenz und deren typische Verhaltensmuster noch klarer. Die Amerikanerin geht davon aus, dass Erklärungen und Gründe für die oft intransparenten und herausfordernden Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz in deren ungestillten, unverarbeiteten Bedürfnissen der individuellen Biografie liegen. So können, laut Feil, bereits dieses Wissen und die Anwendung einiger Validationstechniken den Betreuungspersonen dabei helfen, den Menschen mit Demenz besser zu verstehen und diesem wertschätzend gegenüber zu treten (Hametner, 2007, S. 38).

Laut Feil durchläuft ein an Demenz erkrankter Mensch, nach vollständigem Ausbruch der Krankheit, vier Phasen der Aufarbeitung und des sukzessiven Rückzugs ins Innere – damit erweitert sie die klinischen Demenzstadien um eine weitere Demenzphase. Die einzelnen Stadien können nicht immer klar voneinander abgegrenzt werden, verschwimmen häufig und können auch teilweise wechseln. Jedes dieser Demenzstadien ist durch bestimmte Merkmale gekennzeichnet:

Tabelle 2: Demenzphasen nach Feil

Demenzphase	Merkmale
1. Mangelhafte Orientierung	<ul style="list-style-type: none"> • Orientierungsmangel wird bewusst wahrgenommen • Gefühle werden geleugnet • Neues zu lernen wird eher abgelehnt • Kulturtechniken, Sprache, Alltagsbewältigung und Motorik funktionieren uneingeschränkt
2. Zeitliche Verwirrtheit	<ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeiten beim Erkennen von Uhrzeit und Tageszeit • Namen, Orte und Bezeichnungen werden vergessen • Motorik nimmt ab • Vergangenheit gewinnt an Präsenz und beeinflusst die Gefühlswelt • Erfinden neuer Wörter • Erkennen von Personen bei Augenkontakt • Alltagsgegenstände werden verräumt oder umgestellt • Schreibfähigkeit wird verlernt • Beginnende Inkontinenz
3. Repetitive Bewegungen	<ul style="list-style-type: none"> • Eigenes Zeitempfinden wird entwickelt • Reaktionsverzögerung/-verlust bei Reizen • Vollständige Inkontinenz • Ruhelosigkeit • Wiederkehrende, sinnlos wirkende Bewegungsmuster, die oft mit der Vergangenheit zusammenhängen (z.B. Wischen) • Augen werden oft geschlossen • Nonverbale Kommunikation überwiegt • Hoher Hilfebedarf im täglichen Leben • Keine Kulturtechniken mehr möglich
4. Zustand des Vegetierens	<ul style="list-style-type: none"> • Personen, Zeiten, Orte werden nicht mehr erkannt • Gekrümmte Haltung, vorwiegend liegend, kaum Bewegung • Kommunikation findet nicht mehr statt • Permanente Pflege und Betreuung notwendig • Subjektives Empfinden der Erkrankten kann nur schwer eingeschätzt werden

Quelle: Naomi Feil (2010, S. 54f)

Ein Grundwissen über die Entwicklung von Demenz sowie das Aneignen einiger Validations-techniken kann es pflegenden Angehörigen und auch professionellem Pflegepersonal erheblich erleichtern, einen adäquaten Umgang mit den Erkrankten zu schaffen. Anders, als bei der Realitätsorientierung, möchte Validation die Betroffenen nicht ins Hier und Jetzt holen, sondern einen Weg finden, um sich in die Wahrnehmungswelt des Menschen mit Demenz bege-

ben zu können. Mit den Techniken der Validation, die sowohl formelle als auch informelle Pflegepersonen erlernen können, wird es leichter, das Verhalten der Demenzbetroffenen besser einzuschätzen, um sowohl Ängste und Unsicherheiten in den jeweiligen Aufarbeitungsphasen als auch die Burnout-Gefahr der betreuenden Personen zu verringern (Ginesi et al., 2016, S. 93; Feil, 2010, S.56). Nachfolgend werden einige dieser Validationstechniken exemplarisch angeführt:

- Zentrieren der validierenden Person → die Bedürfnisse des Menschen mit Demenz stehen im Fokus
- Klare Fragen und Wörter verwenden → W-Fragen: wer, wie, was, wo, wann?
- Nach dem Extrem fragen → das Schlimmste? Das Schönste?
- Mehrdeutigkeiten zulassen, um Kommunikation zu ermöglichen → *er, sie, es, jemand, etwas* als Platzhalter für verlorene Worte einsetzen
- Liebevolle Sprechmelodie
- Beobachten und Spiegeln der validierten Person, um tiefer in deren Wahrnehmung eintauchen zu können
- Die bevorzugten Sinne aktivieren (Düfte, Musik, Geschmack, etc.)
- Berührungen an Wange, Schulter, Hand oder Waden
- Musik, die biografisch eine Bedeutung hat

(Ginesi et al., 2016, S. 94; Feil, 2010, S. 57ff)

Wie bereits zuvor erwähnt, führt Demenz, mit ihren unterschiedlichen Aufarbeitungsstadien und dem Rückzug in eine sehr individuelle Wahrnehmungswelt, zu einer Vielzahl an herausfordernden Verhaltensweisen für die Betroffenen selbst sowie für die betreuenden und pflegenden Personen in deren Umfeld. Validation nach Naomi Feil kann hier auf beiden Seiten, sowohl im stationären als auch im häuslichen Setting, zu mehr Verständnis, Entlastung und damit zu einer höheren Lebensqualität führen (Feil, 2010, S. 121).

Obwohl es bereits zahlreiche Studien gibt, welche zeigen, dass Validation in der Arbeit und in der Interaktion mit an Demenz erkrankten Menschen nachweislich viele positive Effekte und einen hohen Nutzen für beide Seiten, Pflegende und Erkrankte, bringen kann, ist sie nach wie vor nur unzureichend nachhaltig in der Pflege und Betreuung verankert. In Österreich etwa können einige wenige Altenbetreuungseinrichtungen gefunden werden, in welchen Validation im Pflegekonzept und damit im Qualitätsmanagement tief verwurzelt ist und demnach auch einen besonders hohen Stellenwert einnimmt. Einer der Gründe, weshalb es zu dieser Validationslücke kommt, ist jener, dass Validation kaum im Ausbildungskontext verankert ist. Vergleicht man schließlich die rapide steigenden Zahlen der Demenzerkrankungen und deren Prognosen, verdeutlicht sich ein notwendiger Handlungsbedarf, Validation in Ausbildungen

sowie im Informationstransport an die Betroffenen nachhaltig zu implementieren (Zink, 2020, S. 36f).

1.1.3 Mobile Altenbetreuung und -pflege mit Demenz

In den vorangegangenen Kapiteln wurden bereits mehrfach die Begriffe mobile, informelle, extramurale⁵ und häusliche Pflege erwähnt. Auch die sogenannte ambulante Pflege fällt in dieses Fachgebiet. Zunächst soll die Bedeutung dieser Bezeichnungen, am Beispiel Österreich, etwas näher erläutert werden. Darüber hinaus sei festgehalten, dass die unterschiedlichen Begrifflichkeiten in der vorliegenden Arbeit synonym eingesetzt werden.

Grundsätzlich wird die mobile Altenbetreuung und -pflege zur häuslichen Pflege gezählt und meint Dienste, welche die mobile, stundenweise Versorgung der Menschen in ihren eigenen vier Wänden gewährleisten sollen. In der mobilen Versorgung gibt es unterschiedliche Teilbereiche, welche Dienstleistungen in unterschiedlichem Ausmaß sowie mit unterschiedlichem Verantwortungsgrad beinhalten. Zudem werden diese auch aus unterschiedlichen staatlichen oder auch privaten Quellen finanziert. Zu erwähnen wären hier etwa die Heimhilfe, die Hauskrankenpflege, die medizinische Hauskrankenpflege oder der Besuchsdienst (Matolycz, 2011, S. 25ff).

Das Pflegesystem in Österreich funktioniert in seinen Grundzügen nach dem Subsidiaritätsprinzip. Für die Versorgung von Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf bedeutet dies, dass zunächst das häusliche Umfeld, also Familie und Angehörige, für die Pflege verantwortlich ist. Erst, wenn dies nicht mehr gewährleistet ist, leistet der Staat Unterstützung und kommt, in unterschiedlichen Ausprägungen, für die adäquate Alimentation der Betroffenen auf. Gültig ist diese Regelung auch, wenn ein Großteil der Pfl egetätigkeiten informell, also durch nicht-professionelle Pflegepersonen (wie etwa durch Angehörige) geschieht und nur ein kleiner Teil der Pflege häuslich ausgelagert ist. Dazu zählt, unter anderen, die mobile Pflege. Diese ist, neben der vollständig informellen Pflege, der 24-Stunden-Pflege und den Pflegeheimen eine von vier möglichen Haupt-Versorgungsformen. Etwa 60% der zu pflegenden Menschen, welche vom Staat Österreich teilversorgt werden, also Pflegegeld beziehen, werden ausschließlich von den Angehörigen zuhause betreut. Die Schnittmenge jener Personen, welche sowohl von den Angehörigen als auch von mobilen Diensten versorgt wird, betrifft in etwa 25% der zu Pflegenden. Des Weiteren nehmen rund zwei bis fünf Prozent der Menschen, die Pflegegeld beziehen, zusätzlich die Unterstützung einer 24-Stunden-Kraft in Anspruch (Dorner, 2018, S. 142f).

⁵ Extramurale Dienste = die Summe aller Leistungen, welche die Versorgung von Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf zuhause gewährleisten und den Verbleib in den eigenen vier Wänden so lange wie möglich gewährleisten sollen (Sühs, 2004, S. 107)

Auch in den Ergebnis-Schilderungen der Fachzeitschrift ProCare (2010, S. 39) zu der Fachtagung *Ich bleib daheim* des Dachverbandes Wiener Sozialeinrichtungen, werden diese Zahlen bestätigt. Die Fachtagung setzte sich ausgiebig mit der Frage der häuslichen und mobilen Betreuung im Alter auseinander und fasste zusammen, dass der Bedarf nach mobiler Unterstützung sehr groß ist, die Rahmenbedingungen und Herausforderungen dieses Arbeitsfeldes jedoch wenig attraktiv für Pflegepersonen sind. Für den mobilen Pflegebereich werden das hohe Maß an Eigenverantwortung, der große Aufwand aber vor allem die unvorhergesehenen Situationen und das notwendige Mitbetreuen und Begleiten der Angehörigen (Stichwort: Gewalt in der Familie und Pflege) als sehr belastend für das Personal eingestuft. Auch die Qualitätssicherung ist im extramuralen Bereich nicht gegeben.

Erkrankt ein Familienmitglied an Demenz, führt dies sehr oft zu großen Herausforderungen und Schwierigkeiten in der zwischenmenschlichen Beziehung. Insbesondere zwischen den Eheleuten kann es so zu Spannungsfeldern und starken Veränderungen kommen. Neben zahlreichen Umstellungen kommt es im frühen Demenzstadium daher nicht selten vor, dass die Familie etwa vor jener Frage und damit auch vor der Sorge steht, ob und wie lange das erkrankte Familienmitglied noch mit dem Auto fahren kann. Demnach ist eine adäquate Unterstützung von außen oftmals unumgänglich, um den Menschen mit Demenz ein möglichst langes Verbleiben in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen (Ginesi et al., 2016, S. 109). Zunächst ist es sehr wichtig, diese Rollenveränderungen, welche pflegende Angehörige und die Menschen mit Demenz in diesen Situationen durchleben wahrzunehmen und die dahinter verborgene psychischen Belastungen aber auch Leistungen anzuerkennen. Auch in den frühen Demenzstadien ist oft bereits ein weitaus höherer Pflegebedarf nötig, als von außen sichtbar ist. So können Unterstützung und Verständnis der Betroffenen im häuslichen Setting von professionellen Außendiensten bereits ab Diagnosestellung als sinnvoll, wenn nicht sogar als notwendig bezeichnet werden. Oft reicht es bereits aus, den belasteten Angehörigen zuzuhören oder, durch die Betreuungsübernahme, etwas Zeit für sich und ihnen so ein Stück weit Entlastung zu ermöglichen. Für die Interaktion des professionellen Pflegepersonals mit der Familie, wie dies bei den mobilen Dienste häufig der Fall ist, kann ein Verstehen der Familiendynamik und ein Miteinbeziehen der Ressourcen der Angehörigen (Sprachverständnis, Vertrauen, Biografiewissen) ein hohes Maß an Unterstützung bieten (Ginesi et al., 2016, S. 113ff). Aufgrund des vielseitigen Erscheinungsbildes der Demenz und der hohen psychopathologischen Komponenten, führt mobile Betreuung auch bei extramuralem Pflegepersonal häufig zu hohen Belastungsfaktoren im Arbeitsalltag. Doch nicht nur die Intensivität der mobilen Betreuung und Pflege von an Demenz erkrankten Menschen ist höher, sondern auch die zeitlichen Ressourcen verschieben sich in diesem Kontext merklich (Weyerer & Schäufele, 2009, S. 18).

1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage

Die obige Literaturanalyse zeigt, dass nicht nur der prozentuale Anteil der Bevölkerung über 65 Jahren zunimmt, sondern auch die dementiellen Erkrankungen einem massiven Wachstum unterliegen und auch in den kommenden Jahren als stark steigend prognostiziert werden. Da der Großteil der Betroffenen im häuslichen Umfeld von den Angehörigen betreut und gepflegt wird, kommt es, aufgrund der besonderen Herausforderungen der Erscheinungsformen dieser Krankheit, in diesem Setting oft zu familiären Schwierigkeiten mit einem hohen Belastungsfaktor für alle Beteiligten. Unterstützung von außen wird schnell notwendig, um dieses Spannungsfeld zu entschärfen und die Lebensqualität für alle aufrecht zu erhalten. Mit den mobilen Diensten ist einerseits eine professionelle Versorgungsmöglichkeit mit flexiblem und selbstständigem Charakter vorhanden, die intrafamiliäre Entlastung schaffen kann, andererseits steht jedoch auch formelles Pflegepersonal in diesem Setting immer wieder vor ähnlich herausfordernden Aufgaben und Situationen. Die Anwendung der Validationsmethode kann sowohl im formellen als auch im informellen Bereich ein hohes Maß an Nutzen und positiven Effekten für alle Beteiligten schaffen. Somit wurde sich in dieser wissenschaftlichen Erhebung zum Ziel gesetzt, Erfahrungen von professionellem Personal mit der Anwendung der Validationsmethode in der mobilen Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz herauszuarbeiten und hervorzuheben. In diesem Rahmen werden sowohl Positives, Schwierigkeiten sowie Besonderheiten für den Einsatz von Validation im mobilen Setting beleuchtet und analysiert. Des Weiteren hat die Bachelorarbeit zum Ziel, herauszufinden, was notwendig wäre, um Validation nach Naomi Feil in der mobilen Pflege und Betreuung verstärkter implementieren zu können.

Um die Relevanz für eine intensivere Implementierung der Validation nach Naomi Feil herauszuarbeiten und für mobile Pflege in Österreich zu verdeutlichen, ergeben sich aus der oben erläuterten Problemstellung folgende Fragen für diese Forschungsarbeit:

Wie kann Validation in der mobilen Altenbetreuung und -pflege eingesetzt werden und welche Besonderheiten werden in diesem Setting erkennbar?

Was bräuchte es, um Validation nach Naomi Feil verstärkt in der mobilen Betreuung und Pflege implementieren zu können?

1.3 Methode und Aufbau

Für den ersten, einleitenden Teil dieser Arbeit wurde in Online-Datenbanken und Bibliotheken einschlägige Fachliteratur zu den Themen Alter, Demenz, Validation nach Naomi Feil sowie

mobile Altenbetreuung und -pflege gesammelt und analysiert. Zu dieser Fachliteratur wurden gezählt:

- Fachmonografien und -sammelwerke
- E-Books
- Artikel und Studien aus öffentlichen Fachzeitschriften
- 2 Fachberichte (Welt-Alzheimer-Report & Erster österreichischer Demenzbericht)
- Handbücher
- Statistiken (Statistik Austria & The World Bank)
- 1 fachbezogenes Video
- 1 wissenschaftliche Abschlussarbeit (Bachelorarbeit am Studiengang Aging-Services-Management der Ferdinand Porsche FernFH in Wiener Neustadt)

Auf die Durchführung der empirischen Forschung entfällt eine spezielle Methodik der qualitativen Informationserhebung, welche in Kapitel 2 genau erläutert wird.

Die vorliegende wissenschaftliche Arbeit gliedert sich in 4 Hauptkapitel. Im Kapitel 1.1 werden die gewonnenen Ergebnisse und Erkenntnisse der oben beschriebenen Literaturanalyse zusammengetragen. Stück für Stück wird über die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur, den parallelen Anstieg der dementiellen Erkrankungen, thematische Überblicke zu Demenz und Validation nach Naomi Feil sowie die Grundstruktur der mobilen Betreuung und Pflege in Österreich zur Relevanz der näheren Beleuchtung der Validationserfahrungen in ebendiesem Bereich herangeführt. Eine klare Zielsetzung sowie Erläuterung der beiden, mit dieser Bachelorarbeit zu beantwortenden, Forschungsfragen sind in Kapitel 1.2 zu finden.

Wie bereits erwähnt, wird die wissenschaftliche Methode, welche für diese Arbeit gewählt wurde, ausführlich in Kapitel 2 beschreiben. Dies geschieht ebenfalls teilweise auf Basis von adäquater Fachliteratur. So wird zunächst die Methodenwahl genau erläutert, im zweiten Schritt werden Vorbereitung, Durchführung und Erhebung der auszuwertenden Daten beschrieben. Zudem sind in Kapitel 2.3 und 2.4 die genauen Analysen und Ergebnisse dieser Daten angeführt. Die beiden Kapitel 3 und 4 fassen schließlich die in der qualitativen Forschung gewonnenen Erkenntnisse zusammen, dienen der Beantwortung der beiden in Kapitel 1.2 formulierten Forschungsfragen und geben einen auf diesen Ergebnissen basierten Ausblick der Forschenden auf das Themenfeld der Validationsanwendung in der mobilen Altenbetreuung und -pflege.

2 Empirische Forschung

Die nachfolgenden Unterkapitel weisen eine detaillierte Beschreibung der gesamten empirischen Forschung auf, nach welcher diese wissenschaftliche Arbeit aufgebaut ist.

Zunächst sei erwähnt, dass die vorliegende Arbeit in ihren Grundzügen der qualitativen Sozialforschung entspringt. In dieser geht es vorwiegend darum, über unterschiedliche Datenerhebungsmethoden (wie etwa qualitative Interviews), einen direkten Einblick in die Alltagswelt des zu beforschenden Themenfeldes zu bekommen. Anders, als bei der quantitativen Sozialforschung, in welcher vorwiegend versucht wird, mit einer großen Zahl an numerischen Daten ein möglichst repräsentatives Bild des Interessensgebietes zu erlangen, versucht die qualitative Sozialforschung einen direkten Einblick in die Alltagswelt des zu beforschenden Themenfeldes zu bekommen. Zudem weist die qualitative Forschung eine hohe Zahl an möglichen Erhebungsmethoden aus, wohingegen diese in der quantitativen Forschung sehr eng gehalten sind (Strübing, 2018, S. 1).

2.1 Methodenwahl

Aufbauend auf die Erkenntnisse aus der in Kapitel 1.3 kompakt beschriebenen Literaturanalyse sowie in Anlehnung an die in Kapitel 1.2 formulierten Ziele und Forschungsfragen, wurde für die Beantwortung dieser eine qualitative Interview-Analyse durchgeführt. Um eine qualitative Erhebung der notwendigen Daten zu gewährleisten, wurden fünf qualitative Interviews mit fünf unterschiedlichen Personen aus dem relevanten Themenbereich der Validationsanwendung im mobilen Pflegebereich geführt. Diese werden nachfolgend genauer erläutert.

2.1.1 Interviews

Für die Gewinnung geeigneter Interviewpartnerinnen oder -partner, wurden zunächst klare Parameter definiert. Da für die Forschung eine kleine Zahl an Interviews gewählt wurde, wurde auf die Homogenität der befragten Personen geachtet, um vergleichende Analysen zu ermöglichen. Somit wurden folgende Kriterien mittels homogenem Sampling festgelegt, welchen die befragten Personen entsprechen beziehungsweise welche diese besitzen mussten:

- Mehrjährige Berufserfahrung im extramuralen Setting, um den Praxisbezug zu gewährleisten
- Der Haupttätigkeitsbereich bezieht sich auf die Betreuung und/oder Pflege von Menschen über 65 Jahren mit demenzieller Erkrankung, welche noch zuhause leben
- Mindestens ValidationsanwenderInnen Ausbildung, alle weiteren aufsteigenden Validationsausbildungen sind ebenfalls zugelassen

Eine vertiefende Beschreibung zur Gewinnung der befragten Personen sowie zur Interviewdurchführung sind in Kapitel 2.2.1 nachzulesen.

2.1.2 Transkription

Für die Transkription der Interviews, also der Übertragung der aufgezeichneten Gespräche in schriftliche Form, wurde nach den fachhochschulspezifischen Transkriptionsregeln der Ferdinand Porsche FernFH, vorgenommen. Diese stützen sich vorwiegend auf die Transkriptionseinführung nach Fuß und Karbach (2014). Im Überblick bedeutet dies, dass eine leichte Glättung des gesprochenen Dialekts im Text durchgeführt wurde, um diesen verständlicher für potenzielle Leser zu machen. Des Weiteren wurden Daten, Namen, Institutionen sowie alle weiteren Bezeichnungen, welche Rückschlüsse auf Identitäten oder Orte zulassen könnten, pseudonymisiert, um den Datenschutz zu gewährleisten.

2.1.3 Themenanalyse nach Froschauer und Lueger

Zunächst sei die Beschreibung Froschauers und Luegers (2003, S. 15ff) von Interviews zur Gewinnung empirischer Erkenntnisse erwähnt. Diese werden von den Autorinnen und Autoren als qualitative Forschungsgespräche betitelt und sollen dazu dienen, je nach gewählter Interviewmethode und geplanten Gesprächsleitfäden, möglichst praxisnahe Einblicke in ein bestimmtes Themenfeld zu erlangen. Ein vertiefendes Ziel soll sein, die Erlebenswelt, Beobachtungen sowie subjektive Erfahrungen der Befragten im beforschten Themengebiet herauszufinden. Es geht darum, die unterschiedlichen Aussagen nicht nur auf der informativen Sachebene zu hören, sondern auf ihre Hintergründe und Bedeutungen hin zu analysieren, zu interpretieren und infolgedessen sozialwissenschaftlich zu erforschen. Diese Erkenntnisse beschreiben das Kernelement von qualitativen Befragungen. Da diesen Forschungsgesprächen gewisse Annahmen der forschenden Person vorausgehen, soll ein systematisches Interpretieren der gewonnen und analysierten Daten der adäquaten Beantwortung der geplanten Forschungsfragen dienen. Anders, als in der quantitativen Sozialforschung ist bei der Themenanalyse nicht vorgesehen, diese Annahmen mithilfe der vorliegenden Forschungsarbeit zu bestätigen. Sondern soziale Systeme und Themenfelder sind einer ständigen Dynamik und einem permanenten Wandel unterzogen, weshalb die qualitative Interview-Analyse ein theoretisches Grundverständnis des beforschten Themas vermitteln soll.

Demnach ist es nötig, nach der Wahl einer adäquaten Methode zur Datenerhebung und der Verarbeitung, die gewonnenen Gesprächsinhalte aus den Interviews mithilfe einer geeigneten Methodik zu analysieren. Hierfür wurde die Themenanalyse gewählt, da sich, während des Transkriptionsarbeiten und des Lesens dieser Ausarbeitungen, bereits einige plausible Themenüberschneidungen erkennen ließen.

In ihren Theorien und Leitfäden zur qualitativen Gesprächsanalyse schildern Froschauer und Lueger (2003, S. 158) ebendiese Themenanalyse wie folgt:

Grundsätzlich gliedert sich die Themenanalyse in zwei große Hauptverfahren. Im ersten Schritt erfolgt das zentrale Zusammenfassen der Kernthemen des qualitativen Forschungsgesprächs. Dieser Vorgang wird als *Textreduktionsverfahren* bezeichnet. Um die einzelnen Interviews adäquat auf Gemeinsamkeiten sowie auch auf Unterschiede hin vergleichen zu können, folgt das sogenannte *Codierungsverfahren*, welches einerseits dafür sorgt, den reduzierten Text um zusätzliche Bearbeitungsmethoden zu erweitern und andererseits die Aussagen in ein analysierbares Schema bringt. Für die Analyse einer größeren Textmenge eignet sich die Methode der Themenanalyse besonders gut, da mit den beiden genannten Verfahren ein Überblick über die Forschungsgespräche ermöglicht wird, diese auf Haupt-Themenelemente reduziert und schließlich durch das Ausfindigmachen von Konnektoren sowie Abweichungen zwischen den unterschiedlichen Gesprächen interpretiert werden können.

Textreduktionsverfahren: hier wird jedes Interview separat bearbeitet. Textstellen, welche einen gemeinsamen Charakter aufweisen, werden als ein Thema identifiziert und zusammengefasst. Danach wird festgestellt, welche Themen wichtig sind und wo genau diese im Gespräch auftauchen. Folglich werden in diesen die Hauptcharakteristika bestimmt und auf ihre jeweiligen Zusammenhänge hin betrachtet. Im weiteren Verfahren findet die Beleuchtung der Themenabfolge statt, dem eine Untersuchung der Unterschiede zwischen den einzelnen Gesprächen folgt. Im letzten Schritt wird der Bogen dieser Erkenntnisse zu den wissenschaftlichen Forschungsfragen des Forschungsprojektes gespannt. Bekanntlich dient dieses Verfahren der Themenfilterung, dem Ordnen sowie dem Erkennen der Häufigkeiten themenverwandter Aussagen (Froschauer & Lueger, 2003, S. 160ff).

Codierungsverfahren: ergänzend zum Textreduktionsverfahren, wird das Verfahren der Codierung eingesetzt, um die Analyse und Interpretation in der Forschungsarbeit zu ermöglichen. Mit dessen Hilfe werden, zu den zuvor in der Textreduktion gewonnenen Erkenntnissen, Kategorien gebildet und sichtbar gemacht, welche sowohl bei der Leitfadenerstellung als auch nach direkter Gesprächsführung noch nicht ersichtlich sind oder zuvor nicht definiert wurden → die zuvor reduzierten Textpassagen werden codiert. Dies ermöglicht einen thematischen und inhaltlichen Vergleich der unterschiedlichen Forschungsgespräche. In ihrem Kontext werden die formulierten Themenkategorien an den Forschungsgegenstand angelehnt (hier: Validationsanwendung in der mobilen Altenbetreuung und -pflege). Schließlich werden aus diesem Kategorie-System Thesen abgeleitet, mit welchen die Forschungsfragen beantwortet werden (Froschauer & Lueger, 2003, S. 163f).

Das Analyseschema der einzelnen Interviews sowie Bezeichnungen und Kürzel werden in den Folgekapiteln aufgelistet und näher erläutert.

2.2 Datenerhebung

In den nachfolgenden Unterkapiteln wird beschrieben, wie die oben angeführten Methoden mit ihren festgelegten Parametern von der Vorbereitung, über die Durchführung und bis hin zur Analyse der Forschungsgespräche umgesetzt wurden.

2.2.1 Vorbereitung und Planung

Im Zuge der wissenschaftlichen Vorbereitungen zu dieser Bachelorarbeit wurden zunächst adäquate Gesprächspartnerinnen und -partner für das geplante qualitative Interview gesucht, welche den unter Punkt 2.1.1 angeführten Kriterien entsprechen mussten. Die Suche nach geeigneten Personen gestaltete sich nicht ohne Barrieren, da, trotz des Miteinbeziehens eines landesweiten Großträgers für unterschiedliche Tätigkeitsbereiche in der Altenbetreuung und -pflege, nur wenige Personen mit ValidationsanwenderInnenausbildung ausfindig gemacht werden konnten, welche im Setting der mobilen Begleitung angesiedelt sind. Nachdem die ersten beiden Interviewpartnerinnen gefunden und Interviewtermine mit diesen fixiert wurden, konnten über deren brancheninternes Wissen und Netzwerk zwei weitere potenzielle Interviewpartnerinnen ausfindig gemacht werden. Über die Online-Suchmaschine Google konnte, nach einigen Stunden einschlägiger Recherche, die fünfte mögliche Interviewpartnerin gefunden werden.

Obwohl keine geschlechterspezifische Festlegung in den Parametern verankert wurde, ergab sich dennoch ein kleiner Befragten-Pool, welcher ausschließlich aus weiblichen Gesprächspartnerinnen bestand. Demnach sei an dieser Stelle erwähnt, dass sich diese Homogenität zufällig ergeben hat.

Die Erstkontakte fanden Mitte Februar 2020 statt und erfolgten ausnahmslos telefonisch. Nach eingehender Schilderung der Interviewabsicht und Erklärung des Vorhabens, führten die Erstgespräche in allen fünf Fällen schnell zu einem festgelegten Gesprächstermin im Folgemonat März.

Vor der Durchführung der Forschungsgespräche, wurden die drei folgenden Dokumente (siehe Anhang) verfasst und den Interviewpartnerinnen per E-Mail übermittelt:

- TeilnehmerInnen-Information
- Einwilligungserklärung
- Interviewleitfaden (semi-strukturiert)

Die *TeilnehmerInneninformation* enthält eine kurze Danksagung, eine Kurzbeschreibung des wissenschaftlichen Vorhabens sowie Informationen zum Umgang mit Daten und wie der Datenschutz der befragten Personen gewährleistet wird. Zudem wird erläutert, warum für die Forschung eine *Einverständniserklärung* benötigt wird und welche Rechte für die Betroffenen da-

mit verbunden sind. Darüber hinaus wurden die Teilnehmerinnen gebeten, diese zu unterzeichnen und wieder retour zu senden. Dies geschah in allen fünf Fällen ohne Komplikationen oder lange Wartezeiten.

Mit den Interviewpartnerinnen wurden Interviewtermine zwischen 11. und 30. März 2020 eingeplant und bereits in den Erstgesprächen fixiert.

Interviewleitfaden: der für die empirische Datenerhebung vorbereitete Gesprächsleitfaden wurde erstellt, um einen Längenrichtwert von etwa 15 Minuten Gesprächsdauer anzustreben. Darüber hinaus wurde dieser auf die Erfahrungen mit der Validationsanwendung im mobilen Setting der dementiellen Altenbetreuung der Befragten konzipiert. Mit sieben offenen Fragen, welche thematisch jedoch für eine Beantwortung der Forschungsfragen entworfen sind, kann dieser als semi-strukturierter Leitfaden bezeichnet werden. Zudem wurde eine der sieben Hauptfragen zusätzlich um zwei vertiefende Unterfragen erweitert. Zudem wurden Zwischenfragen der Interviewerin miteingerechnet.

2.2.2 Praktisches Vorgehen

Um einen adäquaten, verständlichen Überblick über die Umstände der Durchführung der einzelnen Forschungsgespräche zu ermöglichen, werden diese in zwei Blöcke unterteilt:

- Block 1 = Interview 1 + Interview 2
- Block 2 = Interview 3 + Interview 4 + Interview 5

Das erste Interview wurde am 11. März 2020 durchgeführt und fand im Rahmen eines persönlichen Treffens in einem Kaffeehaus statt. Bei diesem Forschungsgespräch blieben Datum, Uhrzeit und Ort des Termins ohne Abweichungen und konnten wie geplant durchgeführt werden. Ferner konnte das zweite Gespräch, welches bereits für den 13. März anberaumt war, wie geplant, als persönliches Interview-Meeting, stattfinden. Für das erste Gespräch ergab sich eine Länge von 11:11 Minuten, womit dieses auch zugleich das kürzeste Forschungsgespräch darstellt. Nach 18:23 Minuten konnte das zweite Gespräch beendet werden, dieses liegt mit seiner Dauer genau in der Mitte.

Für eine adäquate Durchführung der verbliebenen drei Interviews, mussten einige organisatorische Änderungen vorgenommen werden. Bereits Ende des Jahres 2019 begann sich die in Asien aufkommende COVID-19 Viruserkrankung über die Kontinentalgrenzen hinaus auszubreiten. Ende Februar hielt diese auch in Österreich Einzug, was zur Folge hatte, dass mit 16. März 2020 viele weitreichende Maßnahmen bezüglich Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen der österreichischen Bevölkerung von der Regierung beschlossen wurden. Diese dauerten mehrere Wochen an. Alle Interviewtenehmerinnen sind und waren auch zu diesem Zeit-

punkt in der direkten Arbeit mit alten Menschen mit Demenz tätig. Die genannten Personengruppen (Menschen über 65 Jahren mit Vorerkrankungen) zählen zu den höchsten Risikogruppen für eine Ansteckung mit dem SARS-CoV-2 Virus. Mit diesen unvorhersehbaren und nicht beeinflussbaren Entwicklungen unterlagen die geplanten Interview-Treffen unterschiedlichen Auswirkungen und notwendigen Veränderungen. Demnach mussten zunächst die Gesprächstermine auf einen späteren Alternativtermin verschoben werden, um die Umstrukturierung und Versorgung der jeweiligen Klientinnen und Klienten der Teilnehmerinnen in deren Tätigkeitsbereich nicht zu beeinflussen. Des Weiteren mussten alle Interviews des Interview-Blocks 2 telefonisch durchgeführt werden, um den Regierungsmaßnahmen entsprechend zu handeln und alle Beteiligten zu schützen. Abgesehen von einem relativ geringen Aufwand dieser zusätzlichen Organisationsmaßnahmen und einer Terminverschiebung um jeweils einige Tage, führten diese Gegebenheiten jedoch zu keinen weiteren Komplikationen in der geplanten Datenerhebung und alle Forschungsgespräche konnten abgehalten und archiviert werden.

Bevor das aus diesen Gesprächen entstandene Datenmaterial überblicksmäßig dargestellt wird, bietet die folgende Tabelle eine Übersicht zu den befragten Gesprächspartnerinnen, um deren tatsächliche, den vordefinierten Kriterien (Kapitel 2.1.1) entsprechende, Homogenität zu veranschaulichen. In erster Linie werden die Befragten hier näher beleuchtet, um etwaigen Unklarheiten bei der Darstellung der Forschungsergebnisse vorzubeugen. Darüber hinaus sei erwähnt, dass für etwaige Bezeichnungen der befragten Personen (Gesprächspartnerinnen, Interviewpartnerinnen) in den Folgekapiteln, ausschließlich die weibliche Form verwendet wird, da sich keine männlichen Teilnehmer unter den Befragten befunden haben.

Tabelle 3: Interviewpartnerinnen

Befragte	Kriterien	Anmerkungen
1	✓	<ul style="list-style-type: none"> Berufsjahre: 9 Tätigkeitsbereich: Mobile Hauskrankenpflege, davor selbstständige mobile Demenzbetreuung Validationsausbildung: Validationsanwenderin + Gruppenleiterin für Validation
2	✓	<ul style="list-style-type: none"> Berufsjahre: 27 Tätigkeitsbereich: Seniorentageszentrum für Demenz, Angehörigenberatung, Validation zuhause, Aromatherapie, Shiatsu Validationsausbildung: Validationsanwenderin + Gruppenleiterin für Validation
3	✓	<ul style="list-style-type: none"> Berufsjahre: 13 Tätigkeitsbereich: Mobile Pflege und Betreuung für Menschen mit Demenz Validationsausbildung: Validationsanwenderin + Gruppenleiterin für Validation
4	✓	<ul style="list-style-type: none"> Berufsjahre: 24

		<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeitsbereich: Mobile Demenz- und Hospizbegleitung • Validationsausbildung: Validationsanwenderin
5	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Berufsjahre: 5 • Tätigkeitsbereich: Mobile Demenzbegleitung • Validationsausbildung: Validationsanwenderin

Nach der Durchführung der Transkriptionen (Kapitel 2.1.2) aller Interviews mithilfe der lizenzierten Transkriptionssoftware *Express Scribe Transkriptionssoftware Pro*, wurden die Interviews mit folgenden Kürzeln versehen, um die Dokumentation der Themenanalyse überschaubar zu gestalten:

- Interview = INT (Nr.)
- Befragte = B (Nr.)

Des Weiteren wurden diesen Kürzeln die Ziffern 1 bis 5 hinzugefügt, um sie sowohl der tatsächlichen temporalen Abfolge der stattgefundenen Forschungsgespräche zuzuordnen als auch ein simples Ausarbeitungsschema zu konzipieren.

Am Ende der Datenerhebung standen formal identische Analyseunterlagen → Transkripte, mit den folgenden Parametern zur Verfügung:

Tabelle 4: Transkripte

Interview	Dauer	Rang (Länge)	Zeilenanzahl	Seitenanzahl
INT 1	11:11 Min.	5	128	4
INT 2	18:23 Min.	3	218	7
INT 3	13:53 Min.	4	142	5
INT 4	24:07 Min.	2	236	7
INT 5	41:34 Min.	1	460	13

2.3 Datenauswertung – Textreduktion und Codierung

Nach der oben detailliert beschriebenen Erhebung des Datenmaterials, erfolgte die Auswertung der transkribierten Forschungsgespräche. Die unten nachfolgend tabellarisch dargestellten Themen und deren zugehörige Aussagen der Teilnehmerinnen entstanden durch eine parallele Anwendung der beiden Verfahren *Textreduktion* und *Codierung* mit fortlaufender Adaptierung. Dies bedeutet, dass bereits während des mehrmaligen Lesens der Transkripte unterschiedliche Themenkategorien herausgefiltert wurden und die zugehörigen Aussagen der unterschiedlichen Gespräche diesen zugeordnet wurden. Beim Aufkommen neuer Thematiken wurden diese sowohl in Bezug auf Häufigkeit als auch Relevanz zu den Forschungsfragen

beurteilt. Mithilfe dieser Analyse konnten schließlich die folgenden, nach Gesamtsumme an zugehörigen Aussagen gereihten, Themen extrahiert werden:

Tabelle 5: Extrahierte Themen

Thema	INT 1	INT 2	INT 3	INT 4	INT 5	Summe
1. Validation allgemein	9	4	9	7	13	42
2. Besonderheiten im extramuralen Setting	5	6	6	8	14	39
3. Einsatzmöglichkeiten von Validation	4	3	7	5	10	29
4. Angehörige und Validation	2	3	3	9	9	26
5. Entwicklungspotenziale	3	4	6	7	4	24
6. Verbreitung	1	1	1	1	3	7

Folgende Themen wurden aus der Bearbeitung ausgeschlossen, da sie entweder zu wenig häufig auftraten oder eine zu geringe Relevanz im Forschungsbezug aufwiesen:

- Demenz allgemein
- Biografie
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Pflege

Einige davon wurden, aufgrund der Themenüberschneidung, in den bestehenden Kategorien integriert und analysiert.

2.4 Forschungsergebnisse

Eine vollständige Abgrenzung sowie eine klare Zugehörigkeit zu bestimmten Kategorien der einzelnen Aussagen war, aufgrund der Vielfältigkeit, nicht möglich. Somit konnten bestimmte Überschneidungen der gewählten Gesprächspassagen mit mehreren Themen nicht verhindert werden. Einem Teil dieser Überschneidungen wurde durch das Erstellen einiger Subkategorien entgegengewirkt. Diese werden in den nachfolgenden Kategorien ergänzend angeführt. Zusätzlich sei angemerkt, dass die Gesprächsteilnehmerinnen eine Vielzahl an praxisnahen Beispielen der mobilen Begleitung sowie der Validationsanwendung eingebracht haben. Das Miteinbeziehen dieser würde jedoch den vorgegebenen Forschungsrahmen übersteigen.

In den folgenden Ausführungen der Ergebnisse entspricht die Reihenfolge der Interviews der zeitlichen Abfolge, wie diese in ihrer Durchführung stattgefunden haben (siehe Tabelle 4).

Sind bei der Analyse zwei Bindestriche „—“ angeführt, hat zu dieser (Sub-)Kategorie keine Äußerung dieser Person im Gespräch stattgefunden.

2.4.1 Validation allgemein

Persönliche Erfahrungen mit Validation

INT 1: Einen ersten Einblick zu persönlichen Erfahrungen mit Validationsanwendung in der Praxis bietet die erste befragte Person. Diese schildert, dass sie sehr gute Erfahrungen mit Validation gemacht habe und wisse, dass diese auch ihren Zweck erfülle: *„Ich weiß nur, dass es gut funktioniert. Also bin immer gut gefahren mit dem.“* (B1, Z. 108-109). Ihre persönliche Erfahrung habe ihr gezeigt, Validation am besten in die Gespräche und alltäglichen Handlungen und Interaktionen mit den Betroffenen miteinfließen zu lassen, dies geschehe beinahe automatisch. Ihr Ziel sei es, den Menschen in einer positiven, guten Stimmung wieder verlassen zu können. Die Anpassungsfähigkeit an die jeweiligen Situationen sowie an die Bedürfnisse der zu validierenden Person, seien ein wichtiges Effektivitätskriterium für Validation.

INT 2: Das zweite Gespräch bot, aufgrund des erweiterten Tätigkeitsbereichs im mobilen Setting dieser Person, zusätzlich Einblicke in die Gruppenvalidation für dementiell erkrankte Menschen im häuslichen Umfeld: *„Also in der Gruppe ist es immer in Bissl anders. Es ist ein Riesenunterschied, ob ich Einzelvalidation mache oder ob ich Gruppenvalidation mache. Weil in der Gruppe muss man wirklich alle im Aug' haben. Also muss ich wirklich auf alle schauen, ob's allen gut geht oder halbwegs gut geht.“* (B2, Z. 112-115). Darüber hinaus beschreibt sie die Wichtigkeit, welche eine validierende, neutrale Grundhaltung allen Menschen gegenüber habe. In Ihren Augen, habe man mit Validation einen größeren Handlungsspielraum und könne auf Menschen mit Demenz nicht nur flexibler reagieren, sondern auch besser auf deren Bedürfnisse eingehen und sehr viel Positives in ihnen erwecken. Dies sei auch der Grund, weshalb Validation diesen hohen Stellenwert für sie habe.

INT 3: Auch die Gesprächspartnerin im dritten Interview schilderte mehrmals, wie wichtig eine validierende Grundhaltung sei, noch bevor Validationstechniken zum Einsatz kämen. In ihrer Erfahrungswelt habe Validation einen besonders hohen Stellenwert, da man einerseits die Menschen in ihrer eigenen Welt besser erreichen, vielerorts stark deeskalierend eingreifen und wirken sowie eine starke persönliche Bereicherung für die Pflegeperson schaffen könne. Für sie sei Validation das Hilfreichste, um einen Zugang zu den erkrankten Menschen zu finden und adäquat mit ihnen interagieren zu können. Zudem beschreibt sie den psychohygienischen Effekt, welchen Validation auf sie in ihrem Arbeitsalltag habe: *„[...] sondern ich mach das, damit ich eine bereichernde Begegnung habe und nicht ins Burnout komme, sag ich jetzt*

einmal. Weil ich einfach schöne Momente habe, ja? Das ist auch ein gutes Gefühl, wenn ich Sachen oder Situationen deeskalieren kann mit Validation.“ (B3, Z. 134-137).

INT 4: Die Befragte im vierten Gespräch erwähnt in 3 von 5 Aussagen zu ihren persönlichen Erfahrungen mit Validation die validierende Grundhaltung. Für sie spiele nicht nur die Technik eine Rolle, sondern sie empfinde den wertschätzenden Umgang mit Menschen mit Demenz am wichtigsten. Ihre Erfahrungen hätten ihr gezeigt, dass diese validierende Haltung nicht nur für die Menschen mit Demenz, sondern auch für den Umgang mit den Angehörigen eine wichtige Rolle einnehme. Zwei weitere positive Effekte, welche Validation für die Befragte hervorbringen könne, wurden so beschrieben: *„Die Validation hat mir einen Druck genommen in der Arbeit. Es muss nicht für alles eine Lösung geben und ich muss nicht immer - wie soll ich sagen? Wie soll ich das beschreiben? (...) Was tun. Sondern einfach das einmal aushalten. Und ja, auch Sachen, wie zum Beispiel wenn er da weint, das beschreiben, was ich sehe. Und damit gebe ich seinem Gefühl Worte.“ (B4, Z. 57-61).*

INT 5: Sowohl die positiven Effekte als auch der hohe persönliche Stellenwert der Validationsanwendung ist ein Thema, welches für die Teilnehmerin im fünften Forschungsgespräch besonders häufig erwähnt wird. Einerseits beschreibt sie die aggressions- und eskalationshemmenden Effekte, die Validation für sie habe. Erwähnt sei hier ein erfahrungsbasierter Effekt der Validation, welche bei Erkrankten in der vierten Phase der Demenz (nach Feil) möglich sei: *„Und nach der Stunde, wenn ich gehe, sind die Augen offen, die Mimik ist wieder da, die Hände werden wieder mehr gebraucht, die Augen sind wach und es wird wieder etwas versucht zu sagen.“ (B5, Z. 123-125).* Neben der medikamentösen Abklärung durch Ärztinnen und Ärzte sei die Validation der nächste Schritt, welcher im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen seinen Platz finden solle. Sie beschreibt, dass eine validationslose Eskalation ein Fortschreiten der Demenz schüren könne und dass es durch den Einsatz von Validation oft gar nicht zu Eskalationen kommen müsse. Validationseinsatz helfe ihr dabei, in Akutsituationen abzulenken und diese abzuflachen. Ihre Erfahrungen hätten ihr gezeigt, dass konkrete Validationseinheiten oft nur für wenige Minuten möglich seien, da man sich immer wieder sehr flexibel an die Betroffenen anpassen müssen und diese nicht immer in einer adäquaten Verfassung wären, validiert zu werden.

Validationstechniken in der Praxis

INT 1: Im Zuge des ersten Forschungsgesprächs kamen einige Techniken, welche in der Validationstheorie beschrieben werden, zur Sprache. Das unvoreingenommene Zugehen auf den Menschen mit Demenz spiele dabei eine sehr große Rolle. Auch eine vordefinierte Zielsetzung könne, laut Feil, keinen Erfolg bringen. Sich mit der Biografie der Betroffenen zu beschäftigen sei ein wichtiger Punkt der Validation, das Einsetzen der sogenannten W-Fragen

habe jedoch einen ebenso hohen Stellenwert für den Erfolg. Etwas genauer geht die Teilnehmerin auf die nötige Technik der Anpassungsfähigkeit ein, die sie beim Validieren einer Person mitbringen müsse: *„Aber wenn man mit dem Menschen wirklich so arbeiten kann, dann kann man das recht gut, vor allem diese ganzen Techniken, dass man sich halt anpasst und dann sein (...) wie soll ich sagen, an den seine momentane Verfassung. Wenn der aggressiv ist, werde ich auch jetzt nicht mit sanfter Stimme reden, sondern mich anpassen.“* (B1, Z. 26-29).

INT 2: —

INT 3: Die Technik des validierenden Gesprächseinstieges beschreibt die dritte Befragte wie folgt: *„Das Motto ist aber immer, die Tätigkeit folgt der Beziehung. Das heißt, ich nehme mir Zeit und nehme Kontakt mit dem Menschen auf. Und dann komme ich zur Pflege. Was eigentlich, ich sag einmal zu 95% (auch?) funktioniert.“* (B3, Z. 15-17). Zudem erklärt sie, dass die Wahl der Validationstechnik an die momentanen Befindlichkeiten der Betroffenen angepasst werden müsse, um zu diesen vorzudringen. Eine Erwähnung findet auch die Anpassung der Wahl der Validationswerkzeuge an die dementielle Phase (nach Feil), in welcher sich die erkrankte Person zur Durchführungszeit befindet.

INT 4: Von der vierten Teilnehmerin werden sowohl die W-Fragen als auch das Fragen nach dem Extrem, also besonders effektiv beschrieben. In diesem Zusammenhang schildert sie, dass man mit diesen auf eine tiefere Ebene der Interaktion kommen könne. Auch, dass die Tätigkeit der Beziehung folge, wird als wichtige Technik erwähnt. Mit der Erklärung *„Validation hat das Ziel, eben nicht wen zum umpolen. Sondern einfach in der Situation, dass er das wirklich verstanden wird und entspannt wird, aus dem Verständnis raus“* (B4, Z. 78-80) beschreibt sie, dass nicht ein Verändern, sondern das Verstehen der Erkrankten ebenfalls eine wichtige Voraussetzung für Validationsanwendung sei.

INT 5: Die fünfte Befragte stellt die Validationstechniken als hilfreiches Instrument dar, mit welchem man sich besser in die Wahrnehmung einer Klientin oder eines Klienten begeben könne, indem sie versuche, sich *„einmal auf seine Stufe zu stellen. Versuchen, was los ist, was sein Thema ist. Und wenn's gut geht, dass ich ihn da ein Bisschen raushole.“* (B5, Z. 59-60). Doch auch der Einsatz der akustischen Reizsetzung über Musik oder auch die taktile Reizsetzung über Berührung an den Händen oder an der Wange seien Techniken, welche ihr dabei geholfen hätten, zu den Menschen durchzudringen und diesen dabei zu helfen, für einen kurzen Moment auf Mikroebene kommunizieren zu können.

Ergebnisanalyse

In den Analyseergebnissen der Kategorie *Validation allgemein – Persönliche Erfahrungen mit Validation* beschreiben alle Gesprächspartnerinnen sowohl die positiven fachlichen Effekte von Validation als auch die positiven Möglichkeiten für das Pflegepersonal durch den Einsatz dieser. Für alle Befragten habe die Validation einen sehr hohen Stellenwert erlangt. Setzt man Validation in der Arbeit mit älteren Menschen mit Demenz ein, könne besser auf deren Bedürfnisse eingegangen werden, man könne sich besser an deren momentane Verfassung anpassen und auch die Zusammenarbeit mit Angehörigen würde dadurch besser funktionieren. Durchwegs wurde eine validierende, wertschätzende Grundhaltung für eine adäquate Validationsanwendung als wichtigste Voraussetzung erwähnt. Eine besonders häufig erwähnte Möglichkeit, welche Validation mit sich bringen würde, sei die deeskalierende und aggressionsverringende Wirkung und damit ein gesteigertes Wohlbefinden für alle Beteiligten. Darüber hinaus wurde von einer Befragten der Vergleich von Gruppenvalidation zum Einzelvalidationssetting erwähnt. Validation in einer Gruppe von mehreren demenziell erkrankten Menschen würden einen differenzierten Zugang und ein höheres Maß an Flexibilität erfordern.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den *Validationstechniken in der Praxis* zeigte bereits eine größere Vielfalt an unterschiedlichen Beispielen zum Technikeinsatz. Keine Äußerung zu bereichsunabhängigen Validationstechniken wurden von der zweiten Gesprächspartnerin getätigt. Ein unvoreingenommener Zugang bei den jeweiligen Hausbesuchen wird als sehr essenziell beschrieben. Es sei sehr wichtig, die Personen zunächst dort abzuholen, wo sie sich geistig, kognitiv aber auch hinsichtlich demenzieller Phase nach Feil gerade befinden. Diesen Phasen und Situationen müsse man sich als validierende Person klar anpassen. Mehrere Validationstechniken werden als praktikabel und zielführend dargestellt: Anpassen/Spiegeln der Stimmlage, W-Fragen, akustische sowie taktile Reizsetzung (Musik, sanfte Berührungen) sowie sich Zeit zu nehmen. All diese Techniken werden von den Teilnehmerinnen als phasenabhängige Instrumente dargestellt, mit deren Hilfe es leichter fällt, die Erkrankten zu erreichen, besser zu verstehen, aus der Zurückgezogenheit herauszuholen oder etwa auch die zuvor abgelehnte Körperpflege möglich zu machen.

2.4.2 Besonderheiten im extramuralen Setting

Tätigkeitsbezogene Besonderheiten

INT 1: Im ersten Forschungsgespräch stellt die Teilnehmerin einen Vergleich des mobilen Settings zum stationären Setting an. Sie erklärt, dass man bei jedem Hausbesuch neu starte und im Vorfeld nie wissen könne, was einen erwartet, bevor man bei der Klientin oder dem Klienten

ankommt. Dies sei im stationären Bereich anders, da man dort bereits vor Dienstantritt Informationen von Kolleginnen oder Kollegen bekäme. Die Befragte sehe dies jedoch als Vorteil: *„Was ich für mich persönlich einfacher finde, weil du bist unbelastet durch irgendwelche Dritte, die was irgendwas erzählen. Du kommst hin und du bist direkt mit dem Betroffenen. Da kannst, also ich halt kann mich super einstellen und denk mir "aha, heute ist es so".* (B1, Z. 62-65).

INT 2: *„Also für uns ist die Gruppenarbeit immer ganz wichtig.“* (B2, Z. 100), dies sei ein sehr wichtiges Kriterium, welches das extramurale Tätigkeitsfeld der zweiten Teilnehmerin betrifft. Darüber hinaus beschreibt sie als Besonderheit, dass in ihrem Setting keine geplanten Validationseinheiten über einen vorbestimmten Zeitraum stattfänden, sondern dass dies im Tagesablauf spontan geschehe, sofern es zu Situationen käme, welche dies erfordern würden. Dies würde alles etwas anders ablaufen als im klassischen mobilen Bereich, erklärt sie.

INT 3: Als Besonderheiten des mobilen Bereichs werden im dritten Interview mehrere genannt. Zunächst beschreibt die Befragte die Beobachtungsmöglichkeit sowie den vorteilhaften zeitlichen Rahmen und das Einzelsetting als besondere Gegebenheiten, welche in einer stationären Einrichtung so nicht möglich seien. Auch die Kontinuität durch die regelmäßigen, intensiven Besuche weise Erfolge in der Arbeit mit den Menschen mit Demenz aus, wie etwa öfter und verstärkt aus ihrer Zurückgezogenheit heraustreten zu können: *„Und ich merk schon in der mobilen Betreuung, wenn ich die Menschen öfter besuche, dass das schon ein Erfolg ist, dass die einfach kognitiv - nicht besser werden, aber einfach durch das Vertrauen oft wieder mehr zurückkommen und mehr Anreiz haben, nicht?“* (B3, Z. 60-63). Darüber hinaus sei die Nähe zu den Angehörigen, durch deren Mitarbeit sich neue Chancen ergäben, als positiv anzumerken.

INT 4: Auch die vierte Interviewpartnerin beschreibt das Aufgabengebiet der mobilen Betreuung und Pflege als sehr vielfältig. Sowohl der vorhandene zeitliche Rahmen, das Setting der Einzelbetreuung als auch der enge Kontakt zu den Angehörigen sowie den 24-Stunden-Pflegekräften sei ein fixer Bestandteil und ermögliche viele positive Entwicklungen für Menschen mit Demenz: *„Und dass ich einfach gemeinsam und dass ich das sehe, dass, wenn Angehörige da angeleitet werden, die sehr wohl, wie soll ich sagen? Das auch umsetzen wollen. Und das ist das, die große Chance in der Mobilen.“* (B4, Z. 107-109). Dadurch ergebe sich eine Vielzahl an Einblicken in die Lebenswelt dieser, was, anderes als in der stationären Pflege, viele positive Effekte für die Lebensqualität aller mit sich bringe. Laut der Befragten funktioniere Validation, auf Basis all dieser Besonderheiten des mobilen Bereichs, dadurch auf einer sehr biografienahen Ebene.

INT 5: Im fünften Forschungsgespräch werden vor allem die regelmäßige Betreuung der Betroffenen über mehrere Jahre sowie die Chancen, welche sich dadurch für diese ergeben,

geschildert. Zum einen bleibe der Klientinnen- und Klientenstamm wöchentlich unverändert. Des Weiteren beschreibt sie die enge Bindung, welche durch ebendiese Regelmäßigkeit entstehe und somit die positiven Effekte für die Erkrankten verstärke. Eine weitere Besonderheit der mobilen Demenzbegleitung sei bei ihr die intensive und täglich eingeplante Informationsweitergabe an die Angehörigen. Mithilfe der Validationstechniken versuche sie bei den Hausbesuchen einen möglichst hohen Entspannungsgrad zu erreichen und Akutsituationen (hier am Beispiel des Autofahrens) damit abzuschwächen: *„Ich versuche zu schaffen, dass wenn ich dann weggehe von der Familie, dass dieses Auto-Thema den Moment dann nicht mehr da ist. Das ist eigentlich so mein Hauptanliegen.“* (B5, Z. 204-206). Den intensiven Kontakt zu den Angehörigen sowie auch zu den 24-Stunden-Kräften erwähnt auch diese Gesprächspartnerin.

Flexibilität

INT 1: Bezüglich Flexibilität äußerte die Teilnehmerin, dass eine Vorbereitung in ihrem Tätigkeitsfeld nicht sinnstiftend sei, da sich die Gegebenheiten immer wieder stark verändern würden. Sie würde ihre Erwartungen vor jedem Hausbesuch ablegen, da man ein hohes Maß an Flexibilität mitbringen muss: *„Also die ganze Vorbereitungszeit ist einmal umsonst. Also ich fahr hin und schau einmal, wie die momentane Situation aussieht.“* (B1, Z. 6-7). Neben der erforderlichen Flexibilität, schaffe jedoch die mobile Demenzbegleitung auch flexiblere Möglichkeiten. Demzufolge habe sie die Freiheit, Ausflüge zu machen mit den Erkrankten, dem Validationsgedanken entsprechend oftmals zu Plätzen, welche im Kontext mit der Biografie dieser stehen.

INT 2: Von der zweiten Teilnehmerin wird geschildert, dass die Flexibilität in Gruppenaktivitäten permanent erforderlich sei, um allen Klientinnen und Klienten gerecht zu werden. Zunächst wird ein Augenmerk auf die Befindlichkeit und die Bedürfnisse der jeweiligen Personen gelegt, danach werden passende Tätigkeiten, gegebenenfalls auch Ruhezeiten, ausgewählt: *„Und andere brauchen einfach nach dem Essen einmal eine viertel Stunde, wo sie ein Bissl mal Luft holen dürfen und einmal nur sitzen dürfen. Also schauen wir auch immer, wie wir das am besten handeln.“* (B2, Z. 58-61).

INT 3: Mit der Schilderung *„Ja, prinzipiell ist es so, dass ich meistens nicht genau weiß, wen ich- was ich antreffe. Also ich muss mich immer wieder neu einstellen auf die Situation bei jedem Hausbesuch sowieso.“* (B3, Z. 4-6) beschreibt die dritte Gesprächspartnerin ein hohes Maß an Anpassungsfähigkeit, welches in der mobilen Betreuung nötig sei.

INT 4: Die flexiblen Arbeitsbedingungen der mobilen Demenzbegleitung werden auch von der Befragten des vierten Forschungsgesprächs betont: *„Und was sicher eines der Dinge ist, die*

wir uns herausnehmen können eben, so wie wir eben jetzt arbeiten, ist, dass wir nicht auf die Minute genau sagen können, wenn die Frau jetzt dann noch was braucht oder der Mann noch was braucht, dann bleibe ich auch so lange, bis dieses Bedürfnis weitgehend zufriedengestellt ist.“ (B4, Z. 22-25). In diesem flexiblen Rahmen arbeiten zu können, steigere die Wahrscheinlichkeit, die betroffenen Familien in einem entspannteren Zustand wieder verlassen zu können.

INT 5: Das Tätigkeitsfeld der fünften Teilnehmerin wird als sehr abwechslungsreich charakterisiert, da diese Menschen begleite, welche allein zuhause leben, mit den Angehörigen zusammenleben, eine 24-Stunden-Kraft in Anspruch nehmen oder auch in einer Pflegeeinrichtung leben. Ein ständiges Wechseln der Umstände und Gegebenheiten während nur eines Tages, beschreibt sie als Grund für eine nötige Flexibilität für die mobile Demenzbetreuung: *„Weil man kommt ja doch 4 bis 5 Mal am Tag in eine ganz eine eigene Welt. Von A, B, C, D, E, kommt- jeder hat sein eigenes Thema. Und man muss relativ schnell umschalten.“* (B5, Z. 279-281).

Herausforderungen

INT 1: *„Aber dass das geistig sehr anstrengend ist und dass man schon einen Hintergedanken oder einen Hintergrund hat, das wissen die Wenigsten.“* (B1, Z. 93-94), schildert die erste Befragte zum Thema Herausforderungen in der mobilen Validationsanwendung. Hier sehe sie die Schwierigkeit, dass die Tätigkeit von außen nicht ausreichend als geistig anspruchsvolle und auch effektive Arbeit angesehen werde.

INT 2: In Bezug auf Validation sei im Arbeitsfeld dieser befragten Teilnehmerin die Herausforderung, dass man darauf achten müsse, welche Person diese vorrangig benötigen würde: *„Das ist so unser Spannungsfeld immer zu schauen, wo - das ist halt dann ein Tag die Person X und am anderen Tag ist es die Person Y, nicht? Der es heute nicht gut geht oder so.“* (B2, Z. 132-134).

INT 3: Das dritte Interview weist in den herausfordernden Besonderheiten erstmals die Erwähnung der 24-Stunden-Betreuung aus. In dieser wird von der Befragten angegeben, dass diese die Menschen mit Demenz oftmals nur als Pflegeobjekt betrachten würden und dies in ihrem Tätigkeitsfeld immer wieder zu schwierigen Situationen und Entwicklungen führen würde.

INT 4: Als auffälliges Merkmal ihres Tätigkeitsfeldes beschreibt diese Gesprächspartnerin den Klientinnen- und Klientenkreis, welchen sie häuslich begleitet. Darunter seien vor allem Menschen in sehr fortgeschrittenen Demenzstadien, was zu einer Vielzahl an herausfordernden Situationen führe: *„Was bei uns sicher auffällig ist, ist, dass die Menschen, die wir begleiten, sehr fortgeschrittene Demenz haben und dahingehend auch sehr (...), wie soll ich sagen (...), schwierige Verhaltensweisen oder, ja, herausfordernde Verhaltensweisen, wie Abwehr,*

Schreien, Schimpfen, Aggressionen, Unruhe, weglaufen von zuhause und das komplette Repertoire.“ (B4, Z. 15-19).

INT 5: Eine mehrmalige Erwähnung, im Kontext der Herausforderungen der mobilen Begleitung von Menschen mit Demenz, findet bei der fünften Teilnehmerin die Zusammenarbeit mit 24-Stunden-Pflegepersonen. Zum einen würde sie oftmals, bereits beim Betreten der unterschiedlichen Haushalte, von diesen mit allen Schwierigkeiten und Problemen der vergangenen Woche belastet. Des Weiteren sei nicht nur die Sprache und damit die Kommunikation mit diesen eine Barriere, sondern etwaige Tipps und Unterstützungsversuche ihrerseits würden nur selten angenommen und umgesetzt werden. Eine weitere Herausforderung sehe sie in ihrer grundsätzlichen Rolle, da sie oftmals nur deeskalierend in gewissen Situationen fungieren könne, wenn bereits vor ihrem Eintreffen durch das Umfeld zu viele Fehler passiert seien: *„Und ich kann dann immer nur, mehr oder weniger als Feuerwehr fungieren. Dass ich versuche, den größten Brand zu löschen.“* (B5, Z. 299-301). Schließlich findet noch die grundsätzliche Belastung Erwähnung, welche die mobile Demenzbegleitung mitbringe.

Ergebnisanalyse

Ein Auswahlkriterium der Interviewpartnerinnen war jenes, dass diese in der extramuralen Demenzbegleitung beschäftigt sind. Dennoch gibt es *tätigkeitsbezogene Besonderheiten* im Berufsalltag der Teilnehmerinnen, welche die Vielfältigkeit der Umstände für den Einsatz von Validation aufzeigen. Zunächst sei vom Großteil der Interviewpartnerinnen die Nähe zu den Klientinnen und Klienten, zu den Angehörigen, zu den 24-Stunden-Kräften sowie der Unterschied zur stationären Betreuung charakteristisch und werde als positiv empfunden. Sowohl Kontinuität und Regelmäßigkeit als auch das hohe Maß an *Flexibilität*, welche die Settings mit sich bringen würden, werden durchwegs als positiv und förderlich beschrieben. Vier von fünf Befragten erwähnten die lebenswelt- und biografienahen Einblicke als sehr förderlich für die Arbeit und Validation mit den Betroffenen. Von einer Teilnehmerin wurde die enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen, welche man außerhalb der stationären Begleitung habe, als die große Chance in diesem Kontext beschrieben. Einer weiteren Befragten ist es möglich, durch in ihren Tätigkeitsbereich nicht nur Einblicke in ihre Erfahrungen mit Einzelvalidation, sondern auch mit Validation in der Gruppe zu bieten, dies wäre ein klarer Unterschied zu der klassischen mobilen Begleitung. Doch nicht nur die extrinsischen Umstände der Flexibilität werden geschildert, sondern auch die nötige intrinsische, settingbedingte Anpassungsfähigkeit der Teilnehmerinnen wurde von allen mehrfach geschildert. Sei dies im Tätigkeitsfeld der Arbeit mit den Betroffenen in den eigenen vier Wänden oder in der Tagesbegleitung, jedes dieser Felder erfordere, laut den Interviewpartnerinnen, ein hohes Maß an flexibler Lösungsfindung und Anpassung an die Situation, die Dynamik, aber vor allem an die Befindlichkeiten und Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten.

Ein weiteres Subkriterium, welches im Codierungsverfahren interpretiert werden konnte, war der Bereich *Herausforderungen* in der mobilen Begleitung. Drei Teilnehmerinnen erwähnen die täglichen psychischen Anstrengungen, die die Arbeit mit Menschen mit demenzcharakteristischen Verhaltensweisen im extramuralen Bereich mitbringe. Eine der Befragten schildert, dass ebendiese Erschwernis oftmals von außen nicht wahrgenommen werden könne, wenn man in diesem Setting tätig ist. Für die zweite Befragte ergibt sich ein Spannungsfeld der Prioritätensetzung in Bezug auf die Gruppenvalidation, welche Bedürfnisse von welchen Personen vorrangig bearbeitet und validiert werden sollten. Obwohl die Nähe und Kooperation mit den Angehörigen als Besonderheit für Verbesserungschancen mehrfach genannt wird, stelle besonders die Zusammenarbeit mit den 24-Stunden-Kräften eine Herausforderung dar. In diesem Bezug müsse häufig deeskalierend und kompensierend von den Befragten gewirkt werden.

2.4.3 Einsatzmöglichkeiten von Validation

Nicht nur die Besonderheiten des mobilen Bereichs sind für den praxisnahen Einblick in die Validationsanwendung relevant, sondern auch die Erfahrungen konkreter Gegebenheiten, welche zu einem förderlichen aber auch zu einem erschwerenden Umstand führen können, Validation adäquat einzusetzen.

Förderliche Einsatzmöglichkeiten

INT 1: Im ersten Gespräch wurde angegeben, dass Validation automatisch in die tägliche Betreuung miteinfließe. In Situationen der Eskalation sei Validation bestmöglich einzusetzen, da mithilfe der Techniken Methoden die Situation wieder entspannt werden könne. Darüber hinaus würde es für die Befragte wichtig sein, beim Validieren der begleiteten Personen ungestört zu sein: *„Allerdings auch nur, wenn man mit dem Menschen allein redet. Wenn da mehrere Leut' rundherum sind, dann ist es eher schwierig. Aber wenn man mit dem Menschen wirklich so arbeiten kann, dann kann man das recht gut, vor allem diese ganzen Techniken...“* (B1, Z. 24-27).

INT 2: Auf die Frage, unter welchen Bedingungen Validation besonders gut eingesetzt werden kann, schildert die zweite Interviewpartnerin, sie sehe die Validationsanwendung besonders in Situationen der Angst: *„Und welche Leut' sind halt sehr ängstlich oder sehr unruhig. Da ist es dann immer ganz, ganz wichtig.“* (B2, Z. 80-81). Aber auch um Flexibilität in der Gruppe zu ermöglichen, eigne sich Validation für sie sehr gut. Wenn sich Gruppendynamiken ändern oder eine Person ein abweichendes Bedürfnis zeigt oder kommuniziert, wäre ein validierender Zugang förderlich.

INT 3: Ähnlich schildert dies die dritte Gesprächspartnerin, indem sie einerseits eskalierende Situationen, wenn etwa ein Betroffener verwirrt ist und das Haus verlassen möchte, als adäquate Möglichkeit sieht, Validation einzusetzen, andererseits jedoch auch bei Betroffenen, welche bereits sehr in sich gekehrt und aufgrund der Demenz bereits sehr zurückgezogen seien: *„Aber natürlich auch bei Menschen, die sehr in sich versunken sind. Dass ich da einen Kontakt kriege. Und überhaupt, ja, eine Beziehung herstelle zu den Menschen.“* (B3, Z. 33-35).

INT 4: Von der vierten Befragten werden ebenfalls jene Situationen als gute Validationseinsatzmöglichkeit beschrieben, in welchen die Erkrankten von zuhause fortgehen wollen, dies stelle für sie einen Hauptpunkt dar. Darüber hinaus könne sie besonders gut validieren, wenn Klientinnen oder Klienten die Körperpflege ablehnen, da in diesen Momenten ein anderes Bedürfnis im Vordergrund stehe. Mit Validation sei damit sehr gut umzugehen: *„Abwehr bei der Körperpflege. Also dass ich vorher wirklich eine Validation mach, dass ich mit ihr spreche. Ihr Interesse zeige, für sie als Person. Eben dabei auch Identitäts-stiftende Maßnahmen.“* (B4, Z. 67-69).

INT 5: Mit Menschen mit Demenz, welche sich bereits im dritten oder vierten Demenzstadium nach Feil befinden, sei Validation, laut dieser Interviewteilnehmerin, ausgesprochen gut einsetzbar. Sind jene Tätigkeiten, welche für den jeweiligen Hausbesuch geplant sind, aufgrund des Zustandes der betroffenen Person nicht möglich, seien damit ebenfalls Situationen gegeben, in welchen Validation häufig und gut eingesetzt werden kann. Förderlich für die Durchführung von validierenden Einheiten wäre auch das Einzelsetting in ruhiger Umgebung, da es unter anderen Umständen hinsichtlich Konzentration schwierig werden könne. *„Aber ich finde, ich kann es qualitativ, für mich, nur gut machen, wenn ich eben einen ruhigen, abgeschiedenen Raum habe.“* (B5, Z. 170-171). Schließlich beschreibt sie die Momente, in welchen die Betroffenen aggressiv sind, als Einsatzmöglichkeit, in denen Validation häufig ihre Anwendung finde.

Barrieren des Validationseinsatzes

INT 1: Zunächst wird von der ersten Interviewten erläutert, dass Validation nur bedingt zum Einsatz kommen könne, wenn andere Personen in das Geschehen involviert seien oder eine Situation von der validierenden Person falsch eingeschätzt würde oder voreingenommen in die Interaktion geht. Als größtes Hindernis jedoch, Validation grundsätzlich anbieten und einsetzen zu können, sei die allgemein verbreitete Einstellung zu Demenz: *„Keiner schämt sich, wenn er Krebs hat. Aber wenn wer dement ist, dann ist das ein Tabu-Thema und murz was (eine große Sache) und dann werden die Leut' daheim versteckt.“* (B1, Z. 115-116).

INT 2: Im Gespräch mit der zweiten Teilnehmerin wurde ebenfalls der persönliche Zugang zu den Menschen mit Demenz erwähnt. Laut dieser wäre es für sie schwierig zu validieren, wenn sie es nicht schaffe, neutral und ruhig zu bleiben und ihre subjektiven Bedürfnisse in den Hintergrund zu stellen: *„Also eine relativ neutrale Haltung allen Menschen gegenüber. Das ist nicht immer so leicht. Wenn jemand eben ein Bissl so ein auffälliges Verhalten zeigt. Aber für mich ist es ganz wichtig, dass ich eben über den Tag das schaffe, dass ich so ruhig bleiben kann, dass ich den wirklich halbwegs neutral eben behandeln kann.“* (B2, Z. 82-86).

INT 3: Die dritte Befragte erwähnt mehrere hinderliche Aspekte, nach welchen der Einsatz von Validation erschwert sei. Zum einen sei dies eine stark sedierende Wirkung von Medikamenten auf die Erkrankten und zum anderen eine hohe Zahl zuvor begangener Fehler (durch Angehörige sowie durch 24-Stunden-Kräfte) *„Weil sie leider Gottes erleben, ja, sie sind eh nur (...) Pflegeobjekt, oder wie auch immer. Einfach nicht gehört werden, nicht? Und da leider kommst an die Grenzen.“* (B3, Z. 44-46), sowie fehlendes Vertrauen auf Basis dieser Fehler. Neben diesen Schilderungen, spiele für sie der Transport der Bedeutung von Validation in die Gesellschaft als hinderliche Einsatzmöglichkeit eine große Rolle.

INT 4: Validation könne kaum stattfinden, wenn sich die Betroffenen beim Eintreffen bereits auf einem zu hohen Stresslevel befänden und sich dies in Aggressivität oder massiver Unruhe äußere, schildert die vierte Gesprächspartnerin. Des Weiteren erklärt sie, dass ihr der Validationseinsatz nur sehr schwer gelinge, wenn sie selbst psychisch in keiner guten Verfassung sei: *„Da merk ich, da stoß ich mit der Validation, weil das ist ja dann keine richtige Validation mehr, weil ich muss bei mir sein. Ich muss zentriert sein. Und da komm ich an die Grenzen. Das merke ich einfach, ja? Oder wenn ich gestresst bin.“* (B4, Z. 84-87).

INT 5: Im fünften Interview wurde veranschaulicht, dass der Einsatz von Validation schwierig sein könne, wenn die mobile Demenzbegleitung in einer stationären Einrichtung, als geschlossenes System, stattfinde und das Personal dies dort als unerwünscht empfinde. Auch in diesem Gespräch findet die gesellschaftliche Grundeinstellung zu Demenz als hinderlicher Umstand ihre Erwähnung. Deshalb würde es oft zu jenen Problemen führen, dass etwaige Validationsangebote ihren Weg nicht zu den Angehörigen oder in die betroffenen Familien finden können: *„Aber DEMENT, das ist ganz schlimm. Das ist am besten, man sagt es nicht und verheimlicht es vor allen. Und darum wird das auch, glaube ich, weniger angenommen von den Angehörigen.“* (B5, Z.394-396).

Ergebnisanalyse

Für diese Kategorie wurden zunächst die Erfahrungen *förderlicher Einsatzmöglichkeiten* beleuchtet, unter welchen Validation gut von den Befragten eingesetzt werden könne. Zum einen

wurde mehrmals angemerkt, dass Situationen, in denen Eskalation droht und die zu Validierenden unruhig, getrieben oder ängstlich seien, sehr gut angewendet werden könne. Darüber hinaus ließe sich Validation besonders gut für Menschen in der, nach Feil definierten, vierten Demenzphase (*Zustand des Vegetierens*) einsetzen. Die zweite Befragte äußerte sich dahingehend, dass sich Momente des Umschwungs der Gruppendynamik für den Einsatz der Methoden gut anböten, zwei der verbleibenden Teilnehmerinnen äußerten etwa die wichtige Bedingung einer ruhigen Umgebung und des Einzelsettings für eine qualitative Validation.

Eine grundsätzliche *Barriere des Validationseinsatzes* sei etwa, nach Schilderung von drei Befragten, wenn die Validationsdurchführenden selbst in einer instabilen Tagesverfassung sei und es dieser nicht gut ginge, wodurch falsche Einschätzungen und Fehler passieren könnten. Darüber hinaus würde die Anwesenheit anderer Personen im Einzelsetting die Validationsanwendung massiv beeinträchtigen. Eine hohe Dosierung an sedierenden Medikamenten, Fehler der Angehörigen oder auch der 24-Stunden-Kräfte sowie ein dadurch entstehender zu hoher Stresslevel der Betroffenen seien ebenfalls hinderlich für die adäquate Anwendung von Validation. Drei Gesprächspartnerinnen meinen, ein großes Hindernis für den breiten Einsatz von Validation darin zu erkennen, dass Demenz von der Gesellschaft als großes Tabu-Thema behandelt würde und diese somit vielerorts verschlossen für Unterstützungsmethoden sei.

2.4.4 Angehörige und Validation

INT 1: Im ersten qualitativen Interview weist die Teilnehmerin zunächst darauf hin, dass ein validierender Umgang für Angehörige mit ihren an Demenz erkrankten Familienmitgliedern aufgrund der starken emotionalen Bindung eine große Herausforderung für sie sei: „(...) *Und die Angehörigen, ich glaub schon, dass das trotzdem eine Schwierigkeit ist durch die emotionale Bindung. Dass das schon nochmal ein Unterschied ist, ob wer fremder kommt und das mit dem Angehörigen macht, oder ob der Angehörige dasselbe machen soll.*“ (B1, Z. 74-77). Darüber hinaus spricht sie ein nötiges Validationsverständnis der Angehörigen an. Wenn Angehörige eine Aufklärung erhielten, wäre es diesen leichter möglich, einige Tipps anzuwenden und so die Interaktion mit den Betroffenen zu erleichtern.

INT 2: Die zweite Befragte erläutert: „...*unsere Rückmeldungen von den Angehörigen sind einfach auch erstens einmal, jetzt allein von der Tagesbetreuung her, die Entspannung, dass sie sich wirklich mal einen Tag gönnen können. Das hat jetzt nix mit Validation zu tun.*“ (B2, Z. 136-138), wonach bereits die Tätigkeit an sich Entlastung in den Familien schaffe. Darüber hinaus beschreibt diese, dass hauptsächlich spontane Gespräche mit den Angehörigen stattfänden, in welchen sie einerseits als ZuhörerIn fungiere, um diesen Wertschätzung und ein offenes Ohr entgegen zu bringen und andererseits um sowohl auch Validationstipps zu geben: „*Und da sind sie oft wirklich auch dankbar, wenn man ihnen einfach auch sagt - was weiß ich*

- bei einer Einser-Phase fragt's nicht zu viel nach den Gefühlen oder so, nicht? Also was dann wirklich sagen, das hilft wirklich, nicht?“ (B2, Z. 158-160).

INT 3: In dieser Befragung erklärt die interviewte Person ähnlich, dass zunächst eine Entlastung der Angehörigen stattfinden müsse, bevor diese einfache Schritte der Validation erlernen können. Zudem bestehe die Möglichkeit, die informell pflegenden Personen ebenfalls zu validieren, um ihnen Verständnis entgegenbringen zu können. Dies bedürfe jedoch einiger Zeit, welche man den betroffenen Personen entgegenbringen sollte: *„Aber das ist natürlich ein langer Prozess. Dass sie das annehmen können. Dass sie ihn dort begleiten. Und nicht in die Gegenwart holen halt den Menschen.“* (B3, Z. 75-77).

INT 4: Die vierte befragte Person erläutert die Möglichkeit der telefonischen Beratung, welche auf Angehörigenebene verstärkt stattfindet. Hier wird ebenfalls die Validationsanwendung gegenüber Angehörigen erklärt, durch welche diesen mit Wertschätzung begegnet werden könne – die Befragte erwähnt dies mehrmals in ihren Ausführungen, auch, dass sich diesen viel Verständnis entgegengebracht werden solle. Informell Pflegende hätten, aufgrund der Nähe zu den demenziell erkrankten Menschen, biografisch bedingte Verletzungen aufzuarbeiten, welche ein Hindernis für validierende Techniken darstellen könnten: *„aber wenn die Verletzungen dann hochkommen, tu ich mir schwer natürlich als Familienangehörige, schwerer in der Validation als wie externe Leut', was kommen. Und keine verbindende Biografie eben haben, zu der Person.“* (B4, Z. 156-159). Ein weiterer genannter Aspekt, welcher eine Hürde für Validationsanwendung durch Angehörige darstelle, sei das fehlende Verstehen der Lebenswelt von Demenz. Dadurch geschehe es immer wieder, dass diese versuchen, Realitätsorientierung bei den Erkrankten anzuwenden, dies entspräche jedoch nicht der Validation und sei hinderlich im Umgang mit den Betroffenen.

INT 5: Im letzten Gespräch erläutert die Teilnehmerin, dass es immer wieder zu Situationen käme, in welchen sie den Familienmitgliedern sowohl validationsverwandte also auch -ferne Ratschläge gäbe. Dies sei davon abhängig, wie sehr es in der jeweiligen Familie umsetzbar und angenommen werden könne. In ihrer Berufserfahrung habe sie bereits viele Fehler durch pflegende Angehörige erkennen können, welche für die Betroffenen mit Demenz nicht förderlich seien und Aggressionsproblematiken im häuslichen Umfeld verstärken würden. Im Bezug auf jene Fälle, in denen sie versucht validierende Tipps zu geben, schildert sie eine Bereitschaft bei weniger als der Hälfte der Angehörigen, sich in diese Richtung weiter- oder fortzubilden. Zum Validationseinsatz durch die Familienmitglieder gibt die Befragte zu verstehen: *„Wenn die Angehörigen bereit sind, sich ein Bisschen in diese Richtung fortzubilden, dann*

kann der Alltag eines Demenzpatienten, ich würde mal sagen MINDESTENS um 70% verbessert werden. Es wäre sowieso das Wichtigste, neben allem anderen...“ (B5, Z. 347-350).

Ergebnisanalyse

Während der Bearbeitung dieser Kategorie konnten ähnliche Erfahrungen aller Befragten analysiert werden. Zum einen wurde von vier Gesprächspartnerinnen angegeben, dass den Angehörigen sehr viel Wertschätzung, Respekt und Verständnis entgegengebracht werden müsse, da sich erst danach die Chance ergäbe, Validation auch durch informell Pflegenden durchzuführen. In Fällen, wo Validationstipps von Angehörigen angenommen und auch umgesetzt werden, seien einerseits ein weitaus höheres Maß an Lebensqualität für alle Beteiligten erzielbar, andererseits merkt eine Befragte an, dass Angehörige sehr dankbar für diese ebenfalls entlastenden, validationsunterstützten Ratschläge seien. Aufgrund der Nähe und emotionalen Bindung zwischen Menschen mit Demenz und deren pflegenden Familienmitgliedern, sei dies jedoch nicht immer barrierefrei möglich und man müsse auch hierfür großes Verständnis aufbringen. Laut einer Teilnehmerin, ist der Teil jener Angehörigen, welche sich fortbilden und auch offen für Basistipps zu Validation sind, zu gering und durch Realitätsorientierung oder den erfolgshemmenden Umgang mit den Erkrankten passieren viele Fehler.

2.4.5 Entwicklungspotenziale

In diesem Kapitel wird beleuchtet, welche Potenziale und Möglichkeiten die Befragten in der extramuralen Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz erkennen, um Validation besser oder verstärkt in diesem Setting etablieren zu können.

INT 1: Die Teilnehmerin des ersten Forschungsgespräches nennt, neben einer Intensivierung der Validation in Pflegeausbildungen, die Verbreitung von Validation in der Gesellschaft. Man müsse die Möglichkeiten und Effekte, welche sich durch Feils Methoden ergeben können, breiter anbieten und die Betroffenen öffentlich aufklären. In diesem Kontext bringt die Befragte einen konkreten Vorschlag ein: *„Aber es gehörte viel mehr bei den Ärzten und überall dort, wo halt die Leut' hinkommen - vor allem die Hausärzte, käme mir vor. Da gehörte eine breitere Aufklärung gemacht. Dass man weiß, es gibt was für den Privatbereich auch, nicht nur in den Institutionen.“* (B1, Z.95-98).

INT 2: Ein Entwicklungspotenzial erkennt die zweite Interviewpartnerin in der nachhaltigen Integration der Validation in Pflegeausbildungen: *„Ja, für mich - mir wäre es einfach ganz, ganz wichtig, das jetzt gerade in der Altenpflege auch vermehrt weiterzugeben. Schon in der Ausbildung WIRKLICH weiterzugeben. Also nicht nur so theoretisch zu streifen, sondern WIRKLICH auch ins Praktische zu gehen und wirklich einmal mitzugehen, nicht?“* (B2, Z. 203-206). Darüber hinaus geht sie auf die benötigte Zeit ein, welche es von dem Erlernen der Theorie

bis hin zur adäquaten Validationsanwendung brauche. In diesem Zusammenhang seien auch anleitende Personen, welche bereits viel Erfahrung mit Validation haben sowie direkte Feedbacks von großer Bedeutung.

INT 3: Im dritten stattgefundenen Gespräch wird der schlechte Ruf der Validation erwähnt. Laut der Befragten sei dieser bis heute bestehend, da viele Menschen den sofortigen Erfolg von Validation vermissen würden und sich die Methode deshalb nicht nachhaltig durchsetzen könne. Darüber hinaus würde es in der mobilen Betreuung ein Gesamtbild benötigen, wonach das alleinige Anbieten von Validation nicht ausreichen könne, um die Unterstützungsnachfrage und Angehörigenerwartungen decken zu können. Ein weiterer Aspekt sei die Grundhaltung professionell Pflegender, da viele *„nach dem Standard pflegen und nicht nach dem Herz pflegen.“* (B3, Z. 91) und dabei oft ausschließlich auf die Pflegetätigkeit und nicht auf den Menschen fokussiert seien. Ein weiteres Statement, welches sich auf die Grundhaltung der Pflegenden bezieht, lautet: *„Wenn sich das durchsetzen täte in der mobilen Betreuung. Wenn ich das Haus von dem Menschen betrete, dass ich da meine Bedürfnisse vor der Tür draußen lasse. Und meine Befindlichkeiten. Ich glaub, dann haben wir eh ganz viel schon an Validation geschaffen.“* (B3, Z. 121-123). Auch diese Teilnehmerin erwähnt die, in ihren Augen, benötigten Informationen und Schulungen für alle Personen, welche sich in der Begleitung von Menschen mit Demenz befinden.

INT 4: Dieses Gespräch brachte ein Entwicklungspotenzial hervor, nachdem Validationsanwendung und -durchführung in der Pflege- und Betreuungsdokumentation klar ihren Platz finden müsse, da dies eine Aufwertung der Validation an sich mit sich bringen könne: *„Und solange wir auf das nicht hinschauen, beziehungsweise auch das vielleicht sogar dokumentieren, ja? [...] ich glaube, dass da das Hauptpotenzial - wir müssen da umdenken, dass diese Dinge genauso einen Wert haben wie eine Körperpflege von Kopf bis zu den Zehen, sag ich jetzt einmal (lacht). Das ist sicher das Entwicklungspotenzial. Und dann erst findet ein Umdenken statt.“* (B4, Z. 183-191). Ein Miteinfließen der Validation in ein ganzheitliches und vielseitiges Betreuungsangebot könne ebenfalls zu einer besseren Verbreitung im extramuralen Bereich beitragen. Ein verstärktes Etablieren von Validation in Schulungen und Ausbildungen habe, laut dieser Befragten, zwar seine Wichtigkeit, jedoch sei auch für sie eine wertschätzende Grundhaltung gegenüber Menschen mit Demenz entscheidend.

INT 5: Im fünften Interview wurden konkrete, klare Vorschläge für eine bessere und nachhaltigere Etablierung von Validation in der gesamten Gesellschaft genannt: *„Naja, ich denke mir, alle 24-Stunden-Kräfte müssten eine Validationsausbildung haben.“* (B5, Z. 378). Zudem sei sie der Meinung, Angehörige sollten eine Art Validationsgrundkurs – im Ausmaß von ein bis

zwei Wochenenden absolvieren, um dadurch ein Grundverständnis für den adäquaten Umgang mit den Menschen mit Demenz zu erhalten. Dieses Beschäftigen der Angehörigen mit dem Thema Validation sei der Befragten ein ausgesprochenes Anliegen. Am Ende des Gesprächs betont sie abermals die von ihr empfundene Wichtigkeit, welche eine Intensivierung der Validation in Pflegeausbildungsberufen habe: *„Und das Zweite ist, alle Menschen, die in der mobilen Pflege oder Betreuung oder Training zu dementen Personen gehen, sollen verpflichtet sein, eine Grundausbildung in Validation zu haben. Weil man viel mehr kaputt machen kann, als was man helfen kann, wenn man nicht validiert. (...) Das ist meine (...) tiefste Einstellung. Und Überzeugung.“* (B5, Z. 452-455).

Ergebnisanalyse

Alle Befragten sprachen eine notwendige Intensivierung von Validation in den unterschiedlichen Pflegeausbildungen an. Eine Interviewteilnehmerin erwähnt darüber hinaus, dass es von großer Wichtigkeit sei, Angehörige mit dem Thema vertraut zu machen und legt hier einen Grundkurs in Validation nahe. Auch eine breite Aufklärung in der Öffentlichkeit allgemein sowie bei betroffenen Angehörigen über Schnittstellen, wie etwa Hausärzte, wurde von einer Gesprächspartnerin erwähnt. Würden den Betroffenen die Effekte und Möglichkeiten durch Validation nähergebracht, könne dem unzureichenden Ruf der Feilmethode entgegengewirkt werden. Nicht nur eine Dokumentation und damit eine Aufwertung der Validationsdurchführung im Alltag des professionellen Pflegepersonals, sondern auch eine validierende Grundhaltung und ein größeres Verständnis für Menschen mit Demenz könne zu einer besseren Etablierung der Validation beitragen, erklärt die vierte Befragte. Das Einfließen von Validation in ein ganzheitliches Pflegeangebot verstärke diese Möglichkeit zusätzlich.

2.4.6 Verbreitung

Diese Kategorie, welche die geringste Zahl an Aussagen (Tabelle 5) ausweist, beschreibt die persönlichen Erfahrungen und Einschätzungen der Teilnehmerinnen in Bezug auf die Verbreitung von Validation im extramuralen Bereich.

INT 1: *„Gut, nachdem ich alleine gearbeitet habe, habe ich natürlich - bin ich was das angeht, für mich Vorreiter. Weil ich hab leider niemanden gefunden, der was das Gleiche macht. Da war ich schon relativ die einzige. Also es hat im Bezirk X keinen zweiten gegeben, wie ich angefangen habe.“* (B1, Z. 101-103) wird im ersten Forschungsgespräch von der Interviewpartnerin geschildert. Laut ihr gebe es in ihrem Umfeld niemanden, welcher Validation im mobilen Bereich anbiete.

INT 2: Eine ähnliche persönliche Erfahrung teilt die zweite Gesprächspartnerin im Rahmen einer kurzen Antwort auf die Frage, welche Erfahrungen sie mit der Validationsverbreitung im mobilen Bereich bisher gemacht habe: *„Also ich hab da bei uns eigentlich nur Erfahrungen gemacht, und wirklich Validation machen bei uns ganz wenige. Also eine echte Validation gibt's eigentlich nicht. Wie gesagt. Es gibt viel, wo Validation drauf steht. Aber das ist ganz was anderes (lacht).“* (B2, Z. 193-195).

INT 3: Zu derselben Frage findet sich bei der dritten Befragten das folgende Statement: *„Ja, gar nicht eigentlich. Also in der Hauskrankenpflege in der klassischen find ich es nirgends.“* (B3, Z. 95-96). Hier wird ebenfalls die Erfahrung geschildert, im extramuralen Bereich keine Validationsangebote zu kennen.

INT 4: Die vierte Interviewpartnerin erwähnt ihre Erfahrungen mit Validation im extramuralen Setting im Kontext zur stationären Altenbetreuung und -pflege: *„In der mobilen Pflege ganz wenig. Mehr in der Langzeitbetreuung. Also in der mobilen Pflege ganz wenig, muss ich sagen.“* (B4, Z. 203-204).

INT 5: Auch in diesem Gespräch findet der Vergleich des extramuralen Bereichs mit stationären Einrichtungen seine Erwähnung, in welchem es, laut der Befragten, durchaus Pflegepersonal mit Validationsausbildung gebe. Das Ausmaß sowie die Qualität dieser stelle sie jedoch in Frage. Für das mobile Setting gibt sie an: *„In der mobilen Pflege habe ich noch nichts gefunden, außer das, was ich mache. Ich kenne niemanden, der validiert. Ich KENNE leider niemanden.“* (B5, Z. 406-407). Sie schildert, es gäbe einige Kolleginnen und Kollegen im mobilen Bereich, welche MAS-Training (Morbus-Alzheimer-Syndrom) anbieten, allerdings sei die Validationsmethode in diesen Ausbildungen erst seit kurzer Zeit als kleiner theoretischer Teil verankert, wonach ihre Kolleginnen und Kollegen zu einem Großteil ohne validierendes Grundwissen extramural tätig seien.

Ergebnisanalyse

In der Auswertung der Kategorie der Validationsverbreitung in der demenziellen Altenbetreuung und -pflege konnte die größte Übereinstimmung der Äußerungen der einzelnen Gesprächspartnerinnen festgestellt werden. Bei allen Beteiligten sei die Erfahrung gemacht worden, im lokalen Tätigkeitsumfeld nahezu keine Verbreitung von Validation im beforschten Setting erkennen zu können. Teilweise wurde geschildert, dass im stationären Bereich teilweise Validationsausbildungen vorhanden seien, deren Qualität und Intensivität wurden von zwei der Teilnehmerinnen jedoch in Frage gestellt.

3 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage

Dieses Kapitel der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit dient der Beantwortung der Forschungsfragen, welche unter Punkt 1.2 definiert wurden. Darüber hinaus werden die Forschungsergebnisse auf ihre Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede zu den Ergebnissen der Literaturrecherche hin beleuchtet. Es wird ein Bezug zwischen dem zu beforschenden Bereich, der mobilen Betreuung und Pflege im Validationskontext, und den in der Themenanalyse ausgewerteten Erkenntnissen der Interviewdaten hergestellt.

Es erfolgt eine Aufgliederung der beiden Forschungsfragen, wonach im ersten Schritt jene Ergebnisse analysiert werden, welche eine hohe Relevanz für die erste Frage aufweisen.

Wie kann Validation in der mobilen Altenbetreuung und -pflege eingesetzt werden und welche Besonderheiten werden in diesem Setting erkennbar?

In einer österreichischen Studie zum Thema Hochaltrigkeit beschreibt Amman (2009, S. 207f) die positiven Effekte hinsichtlich Lebensqualität, welche sich durch die Validationsanwendung in der Arbeit mit Menschen mit Demenz ergeben können. Auch Feil (2010, S.121) selbst beschreibt diese positiven Auswirkungen auf alle Beteiligten, wenn Validation eingesetzt wird. Untermauert wird dies von den Erfahrungen, welche die befragten Personen in ihrer Berufslaufbahn mit Validation bisher sammeln konnten, da diese durchwegs als effektiv und positiv beschrieben werden. Die Validationsanwendung und der gezielte Einsatz im mobilen Setting haben einen sehr hohen Stellenwert für diese und alle Teilnehmerinnen können eine Vielzahl an positiven Effekten und Praxisbeispielen in der Arbeit mit Menschen mit Demenz nennen. Nicht nur eine Verbesserung der Lebens- und Arbeitsumstände von Erkrankten und Pflegepersonal, sondern auch eine Steigerung des Wohlbefindens für Angehörige kann in der täglichen, engen Zusammenarbeit mit diesen erreicht werden. Validation ermöglicht den Befragten ein leichteres Verständnis sowie eine verbesserte Interaktion und Zusammenarbeit mit informell pflegenden Angehörigen. Dabei dienen nicht nur Validationsinhalte und -vorgangsweisen einer besseren Beratung der Angehörigen für einen adäquaten Umgang mit den erkrankten Familienmitgliedern zuhause, sondern auch der direkte Einsatz unterschiedlicher Validationsmethoden diesen gegenüber, zu welchen besonders Zuhören, Wertschätzung und Verständnis zählen, begleitet den Alltag der Teilnehmerinnen im extramuralen Setting. Ebendiese Ausführungen finden sich in der Literatur wieder. So wird in der Fachzeitschrift ProCare (2010, S. 39) erwähnt, dass es im mobilen Setting sehr häufig zu Situationen kommt, in welchen formelles Pflegepersonal nicht nur die Erkrankten betreut und pflegt, sondern darüber hinaus auch deren Angehörige ein Stück weit professionelle Begleitung durch die mobilen Dienste erfahren.

Es ist jedoch nicht zu unterschätzen, welche Barrieren bei Angehörigen vorhanden sein können, wenn es um die Umsetzung und die Anwendung der Ratschläge mit Validation geht. Diese verbinden eine lange, gemeinsame Biografie miteinander sowie unterschiedliche, möglicherweise auch verletzende Erfahrungen mit dem erkrankten Familienmitglied und verbringen die meiste Zeit mit diesen. Zudem finden sich Angehörige oftmals vor Situationen wieder, in welchen das demenziell erkrankte Familienmitglied das Auto sucht oder mit diesem wegfahren möchte. Etwaige Situationen sorgen für zusätzliche Herausforderungen bei den informell Pflegenden. Beschrieben wird dies auch in den Ausführungen von Ginesi und Kolleginnen und Kollegen (2016, S. 109), wo die demenzbedingten Veränderungen, besonders auch bei Eheleuten, zu hohen Belastungsfaktoren führen können oder auch die Sorge im Raum steht, wie lange die Betroffenen etwa mit dem Auto fahren können. So geschieht es nicht selten, dass Angehörige bei erkrankten Familienmitgliedern realitätsorientierende Äußerungen tätigen, welche jedoch für einen adäquaten Umgang mit diesen nicht förderlich sind. Die Validation beschreibt vielmehr das Gegenteil der Realitätsorientierung, nämlich, sich auf die Wahrnehmungswelt der Betroffenen einzulassen (Ginesi et al., 2016, S. 93). Eine emotionale Beziehung und Bindung muss deshalb vom Pflegepersonal im mobilen Setting immer mitberücksichtigt werden, um einen bestmöglichen Validationseinsatz schaffen zu können.

Neben der vielfach beschriebenen Möglichkeit der Anwendung von Validation in ruhiger Umgebung im Einzelsetting bei den Menschen zuhause, kann für Menschen mit Demenz, welche in den eigenen vier Wänden leben, Validation in der Tagesbegleitung ebenso effektiv möglich sein. In den dortigen Gruppenvalidationen wird das Spannungsfeld erläutert, welches aufgrund der hohen Anforderung an Flexibilität entsteht und welchem mithilfe von Validation entgegenkommen werden kann. Bei dem hohen Bedarf an mitgebrachter Flexibilität und Anpassungsfähigkeit, wird es ebenso bei Hausbesuchen als wichtig beschrieben, eine unvoreingenommene, entspannte, nicht wertende und bedürfnisorientierte Haltung einzunehmen. Feil (2010, S. 57ff) beschreibt dies auch in ihrer Theorie zur Validationsmethode. Dort erläutert sie in ihren Techniken, dass es von großer Bedeutung ist, zentriert zu sein und die Menschen nicht zu bewerten, sondern als gültig zu betrachten. Zudem beschreibt sie die Technik der W-Fragen als sehr effektiv, was auch in den Ergebnissen der qualitativen Befragungen mehrmals erwähnt wurde. Darüber hinaus kann Validation sehr gut eingesetzt werden, sofern Eskalation droht. Befinden sich an Demenz erkrankte Menschen in Zuständen der Unruhe, Aggression, wollen ihr Zuhause verlassen oder lehnen die nötige Körperpflege ab, sind Voraussetzungen gegeben, in welchen Validation adäquat und sinnstiftend von mobilem Pflegepersonal angewandt werden kann. In diesem Zusammenhang seien jedoch auch mögliche Barrieren des Validationseinsatzes erwähnt. Im extramuralen Bereich kommt es vermehrt dazu, dass informell Pflegenden keine adäquate Umgangsform mit den Erkrankten finden können. In diesem Kontext passiert es nicht selten, dass eine Überforderung beiderseits entsteht und somit hohe

Level an Unruhe und Aggression bei den zu Validierenden entstehen können. Überschreiten diese eine bestimmte Grenze, ist die Validationsdurchführung erheblich erschwert. Zu hohe sedierende Medikamente können ebenfalls zu etwaigen Schwierigkeiten bei der Anwendung von Feils Methoden beitragen. Besonders hinderlich werden die fehlende Verbreitung und die Wissenslücke um die Effekte von Validation in der Gesellschaft sowie in Fachkreisen empfunden.

Charakteristisch für den mobilen Bereich ist die intensive Nähe zum Umfeld der betreuten Personen, wozu eine enge Kooperation und Zusammenarbeit mit den Angehörigen und den 24-Stunden Pflegerinnen zählen. Dies kann ermöglichen, dass man als mobile Pflegeperson einen sehr starken Bezug zu den Klientinnen und Klienten herstellen kann und damit eine besonders gute Validationsgrundlage gegeben ist. Wie bereits erwähnt, ist es in diesem Setting von großer Bedeutung, sich als professionelle Betreuungs- und Pflegeperson an die unterschiedlichen, häufig wechselnden und unvorhersehbaren Umstände anpassen zu können. Dies ist ein besonders großer Unterschied zum stationären Bereich. Ergebnisse der qualitativen Befragungen zeigen auch, dass die Tätigkeit im extramuralen Setting vielerlei Herausforderungen mit sich bringt. Dies findet auch in der Literatur Erwähnung, wo geschildert wird, dass die psycho-pathologische Erscheinungsform von Demenz viele Belastungen für professionell Pflegenden im Klientinnen- und Klienten-nahen mobilen Setting bereithalten kann (Weyerer & Schäufele, 2009, S. 18). Neben der oftmals belastenden Kooperation mit 24-Stunden-Kräften sowie auch mit den pflegenden Familienmitgliedern, finden sich auch vielschichtige Belastungen in der alltäglichen Interaktion mit den Menschen, welche an Demenz erkrankt sind. Das bereits mehrfach erwähnte hohe, nötige Maß an Flexibilität und Kooperationsfähigkeit kann auch in der Literatur gefunden werden. In dieser wird das Arbeitsfeld der mobilen Begleitung als komplex und teilweise auch wenig attraktiv für Pflegepersonal beschrieben, da dieses sehr viele unvorhersehbare Situationen, einen hohen Handlungsaufwand sowie eine Co-Betreuung der Angehörigen mit sich bringt (ProCare, 2010, S. 39).

Was bräuchte es, um Validation nach Naomi Feil verstärkt in der mobilen Betreuung und Pflege implementieren zu können?

Im Zuge der Suche nach geeigneten Interviewpartnerinnen oder -partnern wurde mit dem mobilen Altenbetreuungs- und Pflegebereich eines der größten Altenbetreuungsträger Kontakt aufgenommen, in welchem keine Personen mit Validationsausbildung beworben werden konnten, da es, laut Aussage des Trägers, keine mobilen Pflegepersonen mit dieser Ausbildung bei ihnen gäbe.

Die Relevanz der nun beleuchteten Frage wird demnach verdeutlicht, betrachtet man die Erkenntnisse aus den qualitativen Interviews zu den persönlichen Erfahrungen mit der Verbreitung von Validation. In dieser Forschungsarbeit wird herausgefunden, dass keine der befragten Personen weitere Angebote zu validierender Betreuung und Pflege im mobilen Demenzbereich kennt. Übereinstimmend dazu findet sich in der Literatur die Anführung der mangelnden Beforschung zu Validation generell sowie einer unzureichenden Implementierung der AnwenderInnenbildung. Dies spiegelt die Erkenntnisse aus der Literatur wieder, in welcher angeführt wird, dass zwar bereits einige wenige österreichische Pflegeeinrichtungen Validation anwenden und auch das Pflegekonzept dementsprechend anpassen, eine nachhaltige Implementierung im Bereich der formellen Pflege und Betreuung jedoch nicht ausgemacht werden kann (Zink, 2020, S. 36f).

Dementsprechend ähnlich fallen auch die Analyseergebnisse zu der hier behandelten Forschungsfrage aus. Einigkeit herrscht auch bei den Befragten zu der Notwendigkeit der Etablierung und Intensivierung von Validation im Ausbildungskontext der unterschiedlichen Pflegeberufe. Dies wird abermals in der österreichischen Studie von Wimberger (2014, S. 20ff) erläutert. Sie beschreibt in ihren Ergebnissen das zu geringe Aufkommen von Validation im Pflegeausbildungskontext, obwohl durch diese eine signifikante Verbesserung der Arbeitsbedingungen geschaffen werden kann.

Gleich nach einer stärkeren Verankerung in Pflegeausbildungen wäre ein möglicher Ansatz, die betroffenen Familien über Hausärzte oder andere Schnittstellen zwischen häuslicher Pflege und ärztlicher Betreuung über Validation, deren Effekte und Möglichkeiten, breiter aufzuklären. Im weiteren Schritt wäre es nötig, Naomi Feils Methode mittels entsprechenden Durchführungsnachweisen zu dokumentieren, um so deren Wertigkeit zu erhöhen und den Ruf von Validation, welcher aufgrund von Wissensmangel über deren langfristigen Effekt entstanden ist, zu verbessern und so eine nachhaltige Etablierung im mobilen Bereich zu schaffen. Schließlich sei als mögliches Entwicklungspotenzial genannt, Validation komplementär zu weiteren Dienstleistungen der demenziellen Betreuung und Pflege im extramuralen Setting anzubieten, um dadurch eine Ganzheitlichkeit für die Betroffenen zu schaffen und Barrieren der Angebotslücke zu überbrücken.

4 Schlussfolgerung und Ausblick

Mit der Diagnose Demenz eines einzigen Menschen, verändert sich die Lebenswelt für viele weitere Beteiligte. Eine jahrzehntelange Biografie und gemeinsame Geschichten verlieren sich, alltägliche Handlungsabläufe und Tätigkeiten verändern sich. Dinge, welche jahrelang vertraut waren und Sicherheit spenden konnten, werden Stück für Stück vergessen und man wird eine Fremde ihrer oder ein Fremder seiner Selbst. Das Wahrnehmen der bislang vertrauten Umgebung wandelt sich und eine eigene, höchst individuelle Welt wird geschaffen. Diese Welt kann von vielen Menschen im Umfeld missverstanden werden, weshalb es Instrumente, Werkzeuge, aber auch ein grundsätzliches Verständnis benötigt, die die Existenz und Gültigkeit dieser Wahrnehmungswelten erlauben.

Sowohl Studien zu Validation nach Naomi Feil als auch die Auseinandersetzung mit dieser Thematik in einem relevanten Kontext zeigen, dass die Methode, trotz vieler Einsatzmöglichkeiten und positiver Effekte, nur wenig Verbreitung findet. Praxiseinblicke von betroffenen Pflegefachkräften in der extramuralen Begleitung von Menschen mit Demenz ergeben, dass durch den Einsatz von Validation sehr vielen Schwierigkeiten und Herausforderungen in der häuslichen Pflege entgegengewirkt werden kann, wenn die unterschiedlichen Entwicklungspotenziale auf breiter Fläche erkannt und genützt werden. In der Anwendung der Feilmethode, auch durch Familienangehörige und 24-Stunden-Personal, liegt eine Vielzahl an Chancen zur Verbesserung der Lebensqualität verborgen. Doch diese Chancen können nur dann genutzt werden, wenn sich unterschiedliche Bereiche in Forschung, Theorie und schließlich auch Praxis verstärkt damit beschäftigen, wie Validation, sowohl im formellen als auch im informellen Pflegebereich, nachhaltig an angehende Pflegefachkräfte sowie an Angehörige und Familienmitglieder von demenziell erkrankten Menschen transportiert werden kann. Zunächst wäre ein möglicher Ansatz, die Bedeutung von Validation, aufgrund der möglichen erzielbaren Effekte, zu steigern, indem auch die Wertigkeit dieser angehoben wird. Eine Verankerung im Pflege-Management, wie etwa durch die verpflichtende Dokumentation validierender Gespräche und Einheiten, könnte hier ein erster Schritt sein. Wären Curricula großflächig mit Validationselementen versehen, könnte womöglich die Notwendigkeit einer validierenden, wertschätzenden und nicht verurteilenden Grundhaltung ganzheitlich im Ausbildungskontext implementiert werden. Vor allem, wenn man die steigenden Zahlen der Menschen über 65 Jahren und den damit verbundenen exponentiellen Anstieg der demenziellen Erkrankungen betrachtet, wird die Relevanz einer weiteren Beleuchtung dieser Thematik abermals deutlich. Für einen sinnstiftenden Transport, welche Angebote es für familiäre, häusliche Pflege von Menschen mit Demenz gibt und dass Validation den Alltag für alle Beteiligten erheblich verbessern kann, wäre es äußerst wichtig, Schnittstellen für diese Informationsweitergabe zu nutzen. Die erste nieder-

schwellige Möglichkeit würde sich hier bei Hausärztinnen und -ärzten oder auch Diagnoseärztinnen und -ärzten ergeben, welche in Kontakt sowie in begleitender Behandlung mit den betroffenen Familien stehen und diesen validationsbezogene Inputs und Informationen übermitteln könnten. Demnach wäre es naheliegend, Validation in allen Pflegebereichen für Menschen mit Demenz zunächst auf der Angebotsseite nachhaltig zu integrieren.

Werden diese Schnittstellen, Adaptierungen der Curricula und zeitliche Ressourcen für eine nachhaltige Validationsimplementierung vermehrt genutzt, können sich die Erlebens- und Wahrnehmungswelten von Menschen mit Demenz und den Menschen in ihrem Umfeld annähern, vereinen und neue Wege in der mobilen Altenbetreuung und -pflege sowie in allen weiteren Pflegebereichen ebnen.

Literaturverzeichnis

Actionalz (04.03.2019). *Alzheimer's Association 2019 Alzheimer's Disease Facts and Figures* [Video]. Online: https://www.youtube.com/watch?time_continue=6&v=vRcwADz-V0&feature=emb_logo [Abruf am 28.04.2020]

Altenthan, S., Betscher-Ott, S., Gotthardt, W., Hobmair, H., Höhle, R., Ott, W., ..., Schneider, K.H. (2008). Entwicklung auf verschiedenen Altersstufen. In H. Hobmair (Hrsg.), *Psychologie* (4. Auflage, 2. korrigierter Nachdruck), (S. 246-294). Troisdorf: Bildungsverlag EINS GmbH.

Alzheimer's Disease International (2019). *World Alzheimer Report 2019: Attitudes to Dementia*. Online: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2019.pdf> [Abruf am 28.04.2012]

Amann, A. (2009). Lebensqualität und Lebenszufriedenheit. In Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), *Hochaltrigkeit in Österreich: Eine Bestandsaufnahme* (2. Auflage), (S. 199-216). Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Bernitzke, F. (2011). *Heil- und Sonderpädagogik* (4. Auflage). Köln: Bildungsverlag EINS GmbH.

Croy, A. & Gatterer, G. (2005). *Leben mit Demenz: Praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung*. Wien: Springer.

Dick, S., Häusler, A., Krause-Köhler, K., Nordheim, J. & Rapp, M.A. (2017). Demenzielle Erkrankungen im Alter. In A. Kuhlmeier & W. von Renteln-Kruse (Hrsg.) *Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie kompakt* (Band 6). Berlin, Boston: Walter de Gruyter GmbH. Online: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/fernfh/reader.action?docID=4843198&ppg=1> [Abruf am 28.04.2020]

Doblhammer, G., Fink, A., Fritze, T. & Nerius, M. (2018). Demographische Entwicklung und Epidemiologie von Demenzerkrankungen. In F. Jessen (Hrsg.), *Handbuch Alzheimer-Krankheit: Grundlagen – Diagnostik – Therapie – Versorgung – Prävention* (S. 13-34). Berlin, Boston: Walter de Gruyter GmbH.

- Dorner, T. (2018). Gesundheitssysteme: Das österreichische Gesundheitssystem. In M. Egger, O. Razum & A. Rieder (Hrsg.), *Public Health kompakt* (3. Auflage), (S. 134-156). Berlin, Boston: Walter de Gruyter GmbH.
- Feil, N. (2010). *Validation in Anwendung und Beispielen: Der Umgang mit verwirrten alten Menschen* (6. Auflage). München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG.
- Fischer-Böroid, C. & Zettl S. (2006). *Demenz: Formen von Demenz – Vorbeugung – Tipps für Angehörige – Leben in Würde*. Hannover: Schlütersche.
- Folkes, E. & Gatterer, G. (2006). *Generation 50 plus: Ratgeber für Menschen in den besten Jahren*. Wien: Springer.
- Förstl, H. & Krämer, G. (2008). *Alzheimer und andere Demenzformen: Antworten auf die häufigsten Fragen* (5. Auflage). Stuttgart: TRIAS Verlag in MVS.
- Frölich, L. & Hausner, L. (2018). Diagnostische Methoden. In F. Jessen (Hrsg.), *Handbuch Alzheimer-Krankheit: Grundlagen – Diagnostik – Therapie – Versorgung – Prävention* (S. 187-204). Berlin, Boston: Walter de Gruyter GmbH.
- Froschauer, U. & Lueger, M. (2003). *Das qualitative Interview: Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Fuß, S. & Karbach, U. (2014). *Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung*. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Gattringer, M. (2010). Wertschätzung für den alten Menschen: Preisträgerin des Alois Alzheimerpreises 2009 ist die Gerontologin Naomi Feil. *ProCare*, 15, 19. <https://doi.org-1000001cp020b.han.fernfh.ac.at/10.1007/s00735-010-0296-9>
- Ginesi, L., Jenkins, C. & Keenan, B. (2016). *Dementia Care at a Glance*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Hametner, I. (2007). *100 Fragen zum Umgang mit Menschen mit Demenz*. Bremerhaven: Brigitte Kunz Verlag.

- Heimerl, K. & Poppa, S. (2014). In den Schuhen des Anderen gehen: Empathie nach Carl Rogers als theoretische Basis von Validation nach Naomi Feil. *ProCare*, 19(5), 18-20. <https://doi-10.1007/s00735-014-0328-y>
- Jessen, F. (2019). Früherkennung der Alzheimer-Krankheit und Ansätze der Prävention. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 62(3), 255-260. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02877-2>
- Matolycz, E. (2011). *Pflege von alten Menschen*. Wien: Springer.
- ProCare (2010a). Qualität in der Altenpflege – Im Alter daheim leben – Forschung trifft Praxis. *ProCare*, 15, 38-40. <https://doi-10.1007/s00735-010-0401-0>
- Saß, A.C., Wurm, S. & Ziese, T. (2009). Alter = Krankheit?: Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 31-112). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Scheu, B. (2014). Demenz: Eine Herausforderung für die Soziale Arbeit. *Sozial Extra*, 38(4), 24-27. <https://doi-10.1007/s12054-014-0094-x>
- Statistik Austria (2019a). *Demographische Abhängigkeitsquotienten und Durchschnittsalter seit 1869*. Online: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/031395.html [Abruf am 28.04.2012]
- Statistik Austria (2019b). *Gestorbene in Österreich ab 1970 nach Todesursachen und Geschlecht. (Todesursachenstatistik insgesamt)*. Online: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html [Abruf am 28.04.2020]
- Strübing, J. (2018). *Qualitative Sozialforschung: Eine komprimierte Einführung* (2. Auflage). Berlin, Boston: Walter de Gruyter GmbH.
- Sühs, C. (2004). Extramurale Dienste. In G. Thür (Hrsg.), *Professionelle Altenpflege*. Wien: Springer.

The World Bank (2019). *Population ages 65 and above (% of total population)*. Online: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?end=2018&start=2008> [Abruf am 28.04.2012]

Weyerer, S. & Schäufele, M. (2009). Herausforderung durch die Demenzkrankheiten: Epidemiologische Versorgungssituation, psychosoziale und ökonomische Folgen. In G. Stoppe & G. Stiens (Hrsg.), *Niedrigschwellige Betreuung von Demenzkranken: Grundlagen und Unterrichtsmaterialien* (S. 15-28). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Wiener Gebietskrankenkasse (2009). *Erster Österreichischer Demenzbericht*. Wien: Wiener Gebietskrankenkasse. Online: <https://www.cciv.at/cdscontent/load?contentid=10008.550842&version=1391172815> [Abruf am 28.04.2020]

Wimberger, M. (2014). Validation und Lebensqualität von Pflegepersonen: Verständnis über die Lebenssituation von desorientierten Menschen. *ProCare*, 19(6-7), 20-23. <https://doi-org-1000001cp013c.han.fernfh.ac.at/10.1007/s00735-014-0358-5>

Zink, N. (2020). *Validation© nach Naomi Feil: Effekte und Verbreitung von Validation in der dementiellen Altenbetreuung und -pflege*. (Bachelorarbeit I, Ferdinand Porsche FernFH, 2700 Wiener Neustadt).

Onlinequellen

<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F00-F09> [Abruf am 28.04.2020]

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Demenzformen nach ICD-10	4
Tabelle 2: Demenzphasen nach Feil	7
Tabelle 3: Interviewpartnerinnen	18
Tabelle 4: Transkripte	19
Tabelle 5: Extrahierte Themen	20

Anhang

INTERVIEWLEITFADEN

Bachelorarbeit II – Nicole Zink

Die Effekte der ValidationsanwenderInnenausbildung auf professionelles Pflegepersonal im Setting der Altenbetreuung und -pflege für Menschen mit Demenz

Personenbeschreibung

Befragte Person:

Alter:

Tätigkeitsbereich:

Berufserfahrung (Jahre):

Validationsausbildung:

Interviewfragen

Thema: Effekte der ValidationsanwenderInnenausbildung auf den Pflegealltag

1. Wie sieht Ihr Alltag in der Arbeit mit und für Menschen mit demenziellen Erkrankungen grundsätzlich aus?
2. Wie intensiv können Sie das Konzept der Validation nach Naomi Feil in Ihrem Berufsalltag einsetzen und anwenden?
3. Welche Unterschiede können Sie zum Arbeiten ohne Validation erkennen? Dabei ist es nicht wichtig, ob Sie diese Vergleiche zu anderen KollegInnen oder zu sich selbst vor der Validationsausbildung ziehen.
4. Welche Erfahrungen konnten Sie bisher mit dem Anwenden der Validation nach Naomi Feil machen?
5. Welche Möglichkeiten kann die Validationsanwendung für die Menschen mit Demenz bieten?
6. Welche Möglichkeiten können die Ausbildung und der Einsatz von Validation für betreuende Personen im professionellen Pflegebereich bieten?

TeilnehmerInneninformation und Einwilligungserklärung

Bachelorarbeit II – Nicole Zink

Sehr geehrte/r Interviewteilnehmer/in!

Herzlichen Dank für die Bereitschaft für ein Einzelinterview zum Bachelorarbeitsthema „Die Effekte der ValidationsanwenderInnenbildung auf die professionelle Altenbetreuung und -pflege für Menschen mit Demenz“.

Kurzbeschreibung und Ausgangspunkt

Der Anteil der älteren Bevölkerung nimmt weltweit zu und wird auch in den kommenden Jahren weiterhin steigen. Mit dem zunehmenden Alter der Gesellschaft wird in den vergangenen Jahren beobachtet, dass auch die Krankheit Demenz bereits seit vielen Jahren zunimmt und eine der häufigsten hirnorganischen Krankheiten des Alters darstellt. Da diese steigende Verbreitung der Krankheit und damit ihr Krankheitsbild eine hohe Zahl an Herausforderungen für alle Beteiligten im Pflegealltag mitbringt, muss nach Lösungen und Handlungsmöglichkeiten gesucht werden, um diesen zielführend entgegenwirken zu können. Die Validationsmethode nach Naomi Feil bietet einen solchen Ansatz und ihre positiven Effekte wurden bereits in vielen Studien näher beleuchtet. Dennoch findet die ValidationsanwenderInnenbildung in Österreich bisher nur sehr wenig Anklang und Validation selbst wird im Ausbildungskontext in nur unerheblichem Ausmaß gelehrt.

Der Zweck dieser Studie ist es, mithilfe von Interviews mit Experten auf dem Gebiet der Validation, einen Einblick in den Pflegealltag von professionellen Pflegepersonen im validierenden Umgang mit Menschen mit Demenz zu erhalten. Die Effekte, die Validation auf diesen Alltag haben kann, sollen damit hervorgehoben werden, um die hohe Relevanz und den Nutzen der Validationsausbildung zu untermauern.

Das Interview wird zunächst mit dem Mobiltelefon aufgezeichnet und wird anschließend in das Schriftliche (als Transkript) übertragen. Diese Datenaufzeichnung und anschließende Weiterbearbeitung dienen dazu, das Gesagte sinngemäß und unverfälscht zu bearbeiten und die Themen des Interviews zu filtern und auswerten zu können.

Welche Daten werden gespeichert?

- indirekt personenbezogene Audiodaten: dabei sind der Name oder andere personenbezogene Daten nicht miteinbegriffen
- nicht personenbezogenes, anonymisiertes Transkript (verschriftlichtes Interview)

Wie lange werden die Daten gespeichert?

In der Regel werden etwaige Daten, die im Laufe einer wissenschaftlichen Arbeit benötigt und erstellt werden, 10 Jahre lang gespeichert.

Wer hat Zugriff auf die Daten?

- Forschende auf die indirekt personenbezogenen Audiofiles sowie auf Ausschnitte aus dem anonymisierten Transkript.
- LeserInnen der Studienarbeit.

Einige Ihrer Aussagen können möglicherweise in öffentlich zugänglichen Berichten (anonym, also ohne Nennung von Namen, Organisationen etc.) zitiert werden.

Widerruflichkeit erteilter Einwilligungserklärungen

Wenn Sie eine Einwilligung erteilt haben, Ihre personenbezogenen Daten zu verarbeiten, haben Sie das Recht, die erteilte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen, d.h. Ihr Widerruf berührt die Rechtmäßigkeit der vor dem Widerruf auf Basis der Einwilligung erfolgten Verarbeitung Ihrer Daten nicht.

Zusätzlich haben Sie folgende Rechte:

- Recht auf Auskunft über die betreffenden personenbezogenen Daten
- Recht auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit und Widerruf

Diese Rechte können Sie bei der verantwortlichen Forscherin, Nicole Zink, geltend machen: nicole.zink@mail.fernfh.ac.at

Außerdem besteht das Recht auf Beschwerde bei der österreichischen Datenschutzbehörde, Wickenburggasse 8, 1080 Wien, Telefon: +43 1 52 152 0, E-Mail: dsb@dsb.gv.at.