

Validation© nach Naomi Feil

-

**Effekte und Verbreitung von Validation in der
dementiellen Altenbetreuung- und pflege**

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Nicole Zink
00948382

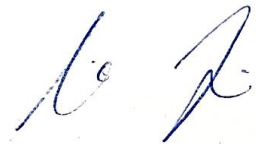
Begutachterin: Frau MMag.^a Tanja Adamcik

Sankt Barbara im Mürztal, Februar 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.

02.02.2020



Unterschrift

Abstract

Mit dem weltweiten demografischen Anstieg des Anteils der Bevölkerung über 65 Jahren, steigt auch die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen. Den größten Teil dieser Krankheitsfamilie nimmt dabei die Alzheimer-Demenz ein, deren medizinische Ursachen noch nicht ausreichend geklärt sind. Charakteristisch für die Alzheimer-Demenz sind die massiven körperlichen und psychischen Veränderungen. Die Betroffenen werden sowohl im professionellen, stationären Umfeld als auch zuhause von Familienmitgliedern gepflegt. Aufgrund der herausfordernden und oftmals missverständlichen Verhaltensweisen der Erkrankten, kommt es in diesen Settings besonders häufig zu hohen Belastungen sowohl auf Seiten der Pflegenden als auch auf Seiten der desorientierten Älteren. Erleichterung im Pflegealltag bietet die Validationsmethode nach Naomi Feil. Mittels Recherche von einschlägiger Fachliteratur wurden die positiven Effekte sowie Einsatz und Verbreitung von Validation weltweit beleuchtet. Die Ergebnisse zeigen besonders gute Erfahrungen und Resultate durch ihren Einsatz, bringen jedoch auch eine Lücke im Informationstransport von Validation zum Vorschein. Sie verdeutlichen eine Notwendigkeit, Validation einerseits in den Ausbildungen des Pflegepersonals zu verankern und sie andererseits über Gesundheitsdienstleisterinnen und -anbieter den Pflegenden im häuslichen Umfeld näher zu bringen.

Schlüsselbegriffe: Alter, Demenz, Alzheimer-Demenz, Pflege, Betreuung, Naomi Feil, Validation, Effekte, Verbreitung, Rolle

Abstract

The global demographic increase of the population over 65 years causes the growth of dementia amongst senior citizens. Alzheimer's is the most common kind of these mental diseases and its pathological source is yet to be researched in depth. Alzheimer's Disease induces huge physical and mental changes. The concerned persons receive both professional care in nursing homes and support from their affiliated caregivers at home. These different kinds of settings could lead to a lot of stress on both sides, caregivers and the old disoriented people, because of their pathological behavior. Naomi Feil's validation-method is one possible solution for such problems. Using relevant literature, the validation-effects and its global dissemination were analyzed. The outcome of this research shows promising results about the validation-method but also displays a big discrepancy between distributing the information about validation and its positive effects. It illustrates a necessity about the implementation of this method during caregiving-training and information through health services for familial caregivers.

Keywords: Age, Dementia, Alzheimer's Disease, Caregiving, Support, Naomi Feil, Validation, Effects, Dispersion, Role

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung und Relevanz	2
1.2	Zielsetzung und Forschungsfrage.....	3
1.3	Methode und Aufbau	4
2	Demenz	7
2.1	Demenz nach ICD-10	7
2.2	Demenz vom Alzheimer-Typ.....	9
2.3	Verbreitung und Prognosen bis 2050	14
3	Validation nach Naomi Feil	16
3.1	Was ist Validation?	17
3.1.1	Die Stadien der Alzheimer-Demenz – Klinisch & nach Feil	19
3.1.2	Die Validationsmethode	23
3.1.3	Validationsziele	26
3.2	Effekte der Validation auf die Arbeit mit Menschen mit Demenz	27
3.3	Rolle und Einsatz von Validation	31
4	Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage	34
5	Schlussfolgerung und Ausblick	38
	Literaturverzeichnis	39
	Online-Quellen	45
	Abbildungsverzeichnis	46
	Tabellenverzeichnis	47

1 Einleitung

Gesellschaftliche Veränderung unterliegt in den vergangenen Jahrzehnten einer rapiden Weiterentwicklung. Zahlreiche Errungenschaften der Technik, der Medien, der Medizin sowie der Infrastruktur haben zu einer ansteigenden Dynamik der gesellschaftlichen Zusammensetzung und ihrer Möglichkeiten geführt. Diese Entwicklungen beeinflussen vor allem die sozio-kulturellen Handlungsfelder, Mobilität und Verkehr sowie die umweltbezogene Frage der Nachhaltigkeit in erheblichem Ausmaß. In diesem Kontext findet der Term des *demografischen Wandels* vermehrt Einzug in der Gesellschaftsdiskussion. Verzeichnet wird dieser bereits seit den späten 1930er Jahren und meint den exponentiellen Anstieg des Bevölkerungsanteils der alten Menschen. Begründet wird dies mit dem Rückgang der Geburtenrate auf der einen und einer Steigerung der Lebenserwartung auf der anderen Seite (Ewen & Sturm, 2008, S. 161f).

Zu diesem globalen Trend existiert eine Vielzahl an Bevölkerungsaufzeichnungen und -analysen, welche in unterschiedlichen Statistiken ähnliche Ergebnisse ausweist. Bei Betrachtung der Bevölkerungsentwicklung von 2008 bis 2018 in den USA lässt sich laut Statista (2019) erkennen, dass der Anteil der Menschen über 65 Jahre in diesen 10 Jahren von 12,58% auf 15,80% gestiegen ist. Ähnlich sieht dies in Europa aus, wo der Anteil der Bevölkerung ab 65, unter Berücksichtigung aller 28 EU-Mitgliedstaaten, ab 2008 von 17,1% auf 19,7% gestiegen ist (Eurostat, 2019a). In ebendieser Statistik präsentiert sich Österreich mit einem prozentualen Anstieg von 17,1% auf 18,7%. Dieselbe Tendenz kann mithilfe einer weiteren statistischen Auswertung noch untermauert werden. Betrug das österreichische Durchschnittsalter 2008 noch 41,0 Jahre, stieg dies, laut Statistik Austria (2019a), bis 2018 bereits auf 42,6 Jahre.

Diese globale demographische Alters-Entwicklung stellt die Länder nicht nur vor eine politisch-ökonomische Herausforderung hinsichtlich der Alterssicherung (Ebbinghaus, 2015, S. 345). Auch die Frage der Gesundheit im Alter wird immer größer geschrieben. Das kollektive Altern bewirkt einen Anstieg der Wahrscheinlichkeit des gleichzeitigen Auftretens mehrerer chronischer Krankheiten (Multimorbidität) in den späten Lebensjahren. Aufgrund dieser Entwicklung und der unterschiedlichen Einflussfaktoren ist es von großer Bedeutung, ein biopsychosoziales Verständnis von Krankheit im Alter zu entwickeln, da die psychologische Komponente hier eine ebenso

bedeutende Rolle spielt wie die körperlichen Veränderungen (Dodel & Kapfhammer, 2014, S. 399).

1.1 Problemstellung und Relevanz

Mit dem Anstieg der Zahl der älteren Bevölkerung und den darin enthaltenen wachsenden Gesundheitsproblemen, nimmt die Demenz einen der höchsten Plätze der psychischen Erkrankungen im Alter ein. Diese charakterisiert sich als degenerativer hirnorganischer Abbauprozess, wobei 90% der Demenzerkrankungen irreversibel und damit nicht therapierbar sind. Mit 45% – 60% ist die Demenz vom Typ-Alzheimer die häufigste Form dieser Krankheitsfamilie (Croy & Gatterer, 2005, S. 10ff). Zunächst sei der Umfang der an Demenz Erkrankten am Beispiel der USA zu verdeutlichen. In Amerika sind etwa 5,8 Millionen Menschen an Alzheimer erkrankt wobei prognostiziert wird, dass sich diese Zahl bis 2050 mit 14 Millionen Menschen beinahe verdreifachen wird. Zudem wurde bei den Sterbefällen herausgefunden, dass jeder dritte alte Mensch zum Zeitpunkt des Todes vom Typ-Alzheimer oder einer anderen dementiellen Erkrankung betroffen ist. Damit zählt diese Krankheit auf Platz 6 zu einer der häufigsten Todesursachen der USA (Actionalz, 04.03.2019).

Betrachtet man die Sterberaten der Menschen mit Demenz in Österreich und vergleicht diese mit anderen Krankheiten, so finden sich etwa bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Erkrankungen der Verdauungsorgane deutliche Rückgänge der Sterbefälle in den vergangenen 20 Jahren. Jene Fälle, welche die Demenz als Todesursache aufweisen, steigen hingegen exponentiell an und erreichen im Jahr 2018 bereits eine Höhe von 2.656 Betroffenen (Statistik Austria, 2019b).

Vor 13 Jahren sind in Deutschland etwa 1,5 Mio. Menschen von der Alzheimer-Krankheit betroffen. Statistiken prognostizieren einen Anstieg bis zu 2,5 Mio. an Demenz erkrankte Menschen bis zum Jahr 2050, wobei die Dunkelziffer aus 2006 weitaus höher vermutet wird. Von den bekannten Zahlen der betroffenen Menschen werden in etwa 70% zuhause gepflegt und betreut, 30% werden in Pflege- und Betreuungseinrichtungen begleitet. Diese 30% der Erkrankten nehmen jedoch bereits knapp 43% aller Heimplätze in Deutschland ein (Fischer-Böroid & Zettl, 2006, S. 20ff). Der Pflegealltag mit an Demenz erkrankten Menschen ist von unterschiedlichen Belastungsfaktoren gekennzeichnet, welche sich aus den pathologischen¹

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

Verhaltensveränderungen der Krankheit ergeben. Die vorrangigen Belastungen entstehen durch Aggression und Depression, weshalb es für die Pflege und Betreuung sehr wichtig ist, dieses Verhalten nicht zu bewerten, das Krankheitsbild zu kennen und zu verstehen sowie den Erkrankten das Gefühl zu geben, akzeptiert und wertgeschätzt zu werden (Hametner, 2007, S. 33). Aufbauend auf diesen Grundgedanken entwickelten sich in den vergangenen Jahrzehnten einige Interventionsmodelle für die Pflege von Menschen mit Demenz. Eines dieser Modelle ist die *Validation* nach der Amerikanerin *Naomi Feil*. Es basiert darauf, die veränderte Wahrnehmung der erkrankten Person als gültig anzusehen und nicht zu korrigieren oder abzuwerten. Des Weiteren bezieht es alle Pflege- und Betreuungspersonen rund um die Erkrankten mit ein, um so ganzheitliche und konfliktreduzierte Pflege und Betreuung zu ermöglichen (Hametner, 2007, S. 38).

Diese Kommunikations- und Interaktionsbarrieren zwischen Menschen mit Demenz und deren Pflegepersonal wird in einer 2014 veröffentlichten Studie genauer beleuchtet. Sie zeigt den Effekt einer Validationsanwenderinnenausbildung auf formelles Pflegepersonal im stationären Pflegealltag. Die Ergebnisse der Studie zeigen einerseits einen Kompetenzmangel im Umgang mit an Demenz erkrankten alten Menschen trotz einer professionellen Pflegeausbildung, andererseits ergeben sie eine signifikante Kompetenzsteigerung und Besserung des Arbeitsalltags in herausfordernden Situationen nach der Validationsausbildung (Wimberger, 2014, S. 23).

Ein erster Blick auf den aktuellen Forschungsstand über Demenz und Validation zeigt, dass bereits erste Schritte in Richtung Validation und welche Effekte diese erzielen kann, gegangen werden. Gleichzeitig geben der demografische Wandel, die exponentiell steigenden Zahl der Demenzfälle sowie die genannte Studie Anlass dazu, den Einsatz und die Rolle der Validation in der Pflege und Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen genauer zu beleuchten.

1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage

Die vorliegende Arbeit hat zum Grobziel, zunächst Demenz vom Typ Alzheimer im Detail zu erklären und einen allgemeinen Überblick über deren Entwicklung zu liefern. In weiterer Folge wird Validation nach Naomi Feil definiert und vorgestellt, um ein Grundverständnis für diese beiden Thematiken entwickeln zu können.

Als Feinziel verfolgt diese Bachelorarbeit, nachgewiesene Effekte der Validation zusammenzutragen und damit den Gewinn sowie die Notwendigkeit ihrer Anwendung in der Altenbetreuung und Pflege zu verdeutlichen. Um schließlich die Relevanz dieser Literaturlarbeit zu untermauern, wird diese Notwendigkeit der aktuellen Rolle und dem tatsächlichen Anwendungsausmaß der Validation gegenübergestellt. Aus dieser gestaffelten Zielsetzung ergeben sich die beiden folgenden Forschungsfragen, welche mithilfe dieser schriftlichen Arbeit beantwortet werden sollen:

Welche Effekte können durch den Einsatz von Validation nach Naomi Feil beobachtet werden?

Welche Rolle nimmt diese Methode international in der Altenbetreuung und -pflege ein?

1.3 Methode und Aufbau

Diese Arbeit wird mittels Recherche und dem Heranziehen von einschlägiger Fachliteratur sowie dem Verwenden adäquater Internetquellen verfasst. Ausgewählt werden hierfür Bücher, E-Books, Zeitschriftenartikel und Studien aus Fachzeitschriften, staatliche und institutionelle Berichte, Handbücher, Statistiken und Daten von Datenerhebungs-Webseiten sowie fach- und sachbezogene Videos. Statistik Austria, Statista und Eurostat stellen die Hauptinformationsquellen für die verwendeten statistischen Daten dar. Für die Literatursuche wird vorwiegend in den folgenden Datenbanken und Onlinebibliotheken recherchiert:

- ProQuest Ebook Central
- SpringerLink
- Wiso
- Google Scholar

Im Zuge dieser Nachforschung wird eine Reihe an unterschiedlichen Suchbegriffen, sowohl in Deutsch als auch in Englisch, herangezogen:

Deutsch	Englisch
Alter	Age
Demografischer Wandel	Demographic Change
Demenz	Dementia

Alzheimer	Alzheimer's
Alzheimer-Demenz	Alzheimer's Disease
Validation	Validation
Naomi Feil	Naomi Feil
Effekte	Effects
Verbreitung	Dispersion
Anwendung	Practice
Rolle	Role
Pflege	Caregiving
Betreuung	Care
Unterstützung	Support

Eingesetzt werden ebendiese in unterschiedlichen Suchkontexten und unterschiedlichen Kombinationen. Dabei werden, je nach Bedarf und Sprache, die Verbindungen oder/oder sowie und/and gewählt.

Des Weiteren werden Bücher aus der Stadtbücherei Mürzzuschlag entliehen sowie öffentliche Literatur aus dem Bildungswesen für Pädagogik und Psychologie verwendet.

Die Gliederung beinhaltet 3 Hauptebenen und jeweils eine Ebene, um in das Themenfeld dieser Arbeit einzuleiten und eine Ebene, um sie sinngebend abzuschließen. Daraus ergeben sich insgesamt 5 Kapitel.

Zum Heranführen an die Fragestellung wurden bereits im ersten Teil der Rechercharbeit Ausgangslage und Forschungsstand zu der Entwicklung des Alters, demenziellen Erkrankungen sowie Validation nach Naomi Feil oberflächlich beleuchtet.

Im Hauptteil der Arbeit finden sich zu Beginn detaillierte Definitionen und Erläuterungen für Demenz und Demenz vom Typ-Alzheimer nach der Weltgesundheitsorganisation. Dort beinhaltet ist eine erste Erläuterung der Symptomatik und die Bedeutung der Diagnosestellung. Im weiteren Verlauf wird ausführlich auf die Validationsmethode nach Naomi Feil eingegangen. Zunächst wird ein erster Einblick in die Entstehung des Demenz-Verständnisses nach Feil ermöglicht, danach folgt eine Erklärung des validationsbezogenen Krankheitsverlaufs. Um die Bedeutung des Wissens und die wichtige Rolle der einzelnen Stadien mit ihren

Krankheitssymptomen für die Validation zu verdeutlichen, wird im Kapitel 3.1.1 vertiefend auf die klinische Symptomatik eingegangen.

Im weiteren Verlauf der Arbeit wird recherchiert und zusammengetragen, welche Effekte durch die Validations-Methode auf die Erkrankten selbst, das formelle Pflegepersonal sowie die pflegenden Angehörigen empirisch nachgewiesen werden können. Diesen Erläuterungen folgt eine Gegenüberstellung der Verbreitung von Validation weltweit. Schließlich wird, exemplarisch in Österreich, darauf eingegangen, in welchem Anwendungsausmaß diese bereits eingesetzt wird. Am Ende der Arbeit werden die Ergebnisse der Recherche für die Beantwortung der Forschungsfrage zusammengefasst und diskutiert. Ein persönlicher Ausblick schließt diese Bachelorarbeit ab.

2 Demenz

Demenz hat ihren Wortursprung in der lateinischen Sprache und besteht aus 2 Wortteilen:

de = „ent“ oder „weg von“

mens = der Geist

(Feil, 2010, S. 36).

Grundsätzlich muss Demenz von dem natürlichen Veränderungsprozess des Gehirns im Alter unterschieden werden. So ist es bereits ab dem 50. Lebensjahr normal, wenn Merk- und Konzentrationsfähigkeit schwächer werden. Bei etwa 10% der Menschen zwischen 60 und 70 Jahren macht sich eine leichte Vergesslichkeit bemerkbar, die für die Betroffenen meist unangenehm ist, mit dem höheren Alter jedoch nicht mehr zunimmt. Dies ist jedoch keinesfalls pathologisch, erst wenn sich diese Vergesslichkeit verstärkt, wie es bei etwa 20% der über 80-Jährigen der Fall ist, spricht man von Demenz (Folkes & Gatterer, 2006, S. 23). Die demenziellen Erkrankungen können eine Vielzahl an unterschiedlichen Ursachen aufweisen, wie etwa genetische Vorbelastungen oder auch negative Umwelteinflüsse. Die tatsächlichen Gründe einer Demenzentwicklung sind jedoch noch nicht vollständig geklärt (Croy & Gatterer, 2005, S. 12). Wie schon im einleitenden Kapitel erläutert wurde, sind vorrangig das Gedächtnis und das Verhalten der betroffenen Personen beeinträchtigt. Die Hauptsymptome der Krankheit zeigen sich als sukzessiver Gedächtnisverlust mit einem einhergehenden Rückgang der kognitiven Fähigkeiten². Der ICD 10 fügt diesem typischen Krankheitsbild noch die fortschreitenden Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens hinzu (Saß, Wurm & Ziese, 2009, S. 49).

2.1 Demenz nach ICD-10

ICD - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ist ein international anerkanntes Klassifikationssystem für Krankheiten und wird weltweit sowohl für Diagnosestellungen an Einzelpersonen als auch für epidemiologische³ Studien ganzer Länder und Bevölkerungsgruppen angewandt.

² Alle Gehirnaktivitäten, die das Aufnehmen, Verarbeiten, Speichern und Abrufen von Informationen betreffen (Altenhan et al., 2008, S. 38).

³ Epidemiologie beschreibt die Lehre und quantitative Erfassung von Krankheitsaufkommen und -entwicklungen unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen, die sich darüber hinaus mit Prävention und Krankheitsbekämpfung beschäftigt (Beaglehole, Bonita & Kjellström, 2008, S. 19).

Seine Anfänge nimmt das System Ende des 19. Jahrhunderts als Todesursachen-Statistik, wonach es sich stetig weiterentwickelt hat. Es wird regelmäßig von der Weltgesundheitsorganisation (WHO/World Health Organisation) herausgegeben. Die Zahl 10 steht für die zehnte überarbeitete Version des ICD, wobei bereits die 11. Version bearbeitet wird und ab 2022 offiziell verwendet werden soll. In dieser Arbeit wird jedoch ausschließlich auf die Definitionen im ICD-10 aus dem Jahr 2016 eingegangen, da dies die aktuell verwendete Auflage ist (www.who.int, 28.11.2019). Die Gruppe der demenziellen Erkrankungen fällt im ICD-10 in die Kategorie der organischen Störungen mit psycho-somatischem Erscheinungsbild, sie wird demnach zur Familie der psychischen Krankheiten, mit nachweisbarer hirn-organischer Ursache, gezählt. Allgemein wird Demenz als fortschreitendes, chronisches Syndrom bezeichnet, welches die kognitiven Fähigkeiten, wie etwa das Gedächtnis, die Orientierung oder die Sprache beeinträchtigt. Die Symptome zeigen sich vorwiegend im emotionalen Affekt- und Sozialverhalten, da das Bewusstsein der Betroffenen nicht von der Krankheit betroffen ist. Das Klassifikationssystem unterteilt Demenz in die folgenden vier Kategorien:

1. Demenz vom Alzheimer-Typ (s. Kapitel 2.2)
2. Vaskuläre Demenz
3. Demenz als Begleiterkrankung von anderen Krankheiten
4. Demenz ohne nähere Definition

(icd.who.int/browse10/2016/en, 28.11.2019)

Tabelle 1: Demenzformen nach ICD-10

Demenz ICD-10	Erscheinungsbild	Formen
Alzheimer-Demenz (AD)	Tritt zu Beginn schleichend auf, und entwickelt sich über die Jahre mit steigender Symptomatik. Medizinisch gesehen ist der kausale Ursprung der Krankheit nicht bekannt. Die Demenz bei Alzheimer-Krankheit unterteilt sich weiter in:	<ul style="list-style-type: none"> • AD mit frühem Beginn → vor dem 65. Lebensjahr • AD mit spätem Beginn → nach dem 65. Lebensjahr bzw. meist erst nach dem 75. Lebensjahr • Atypische oder gemischte AD • Nicht näher beschriebene AD

Vaskuläre Demenz (VD)	<p>Bezeichnet die dementielle Erkrankung des Gehirns im höheren Alter, die aufgrund einer vorangegangenen Krankheit der Blutgefäße entsteht.</p> <p>Meist geschieht dies durch eine Vielzahl kleiner Infarkte im Gehirn, die sich im Laufe der Zeit zu einer fortschreitenden Demenz entwickeln.</p> <p>Die genauere Unterteilung erfolgt in:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Akute VD → schnelle Entwicklung nach mehreren Schlaganfällen • Multi-Infarkt-Demenz → Entwicklung durch Schlaganfälle über einen längeren Zeitraum • Subkortikale VD → entsteht durch Bluthochdruck • Gemischte VD • Sonstige VD • Nicht näher beschriebene VD
Demenz als Begleiterkrankung	<p>Umfasst alle Demenzformen, die aufgrund einer anderen Ursache als der AD oder der VD entstehen. Diese Demenz kann in jedem Alter auftreten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demenz bei Pick-Krankheit • Demenz bei Creutzfeld-Jakob • Demenz bei Chorea-Huntington • Demenz bei Parkinson • Demenz bei HIV • Demenz bei anderen Krankheiten (z.B. Epilepsie)
Demenz ohne nähere Definition	<p>Betrifft alle Demenzformen, die nicht in die obigen Kategorien eingeordnet werden können.</p>	

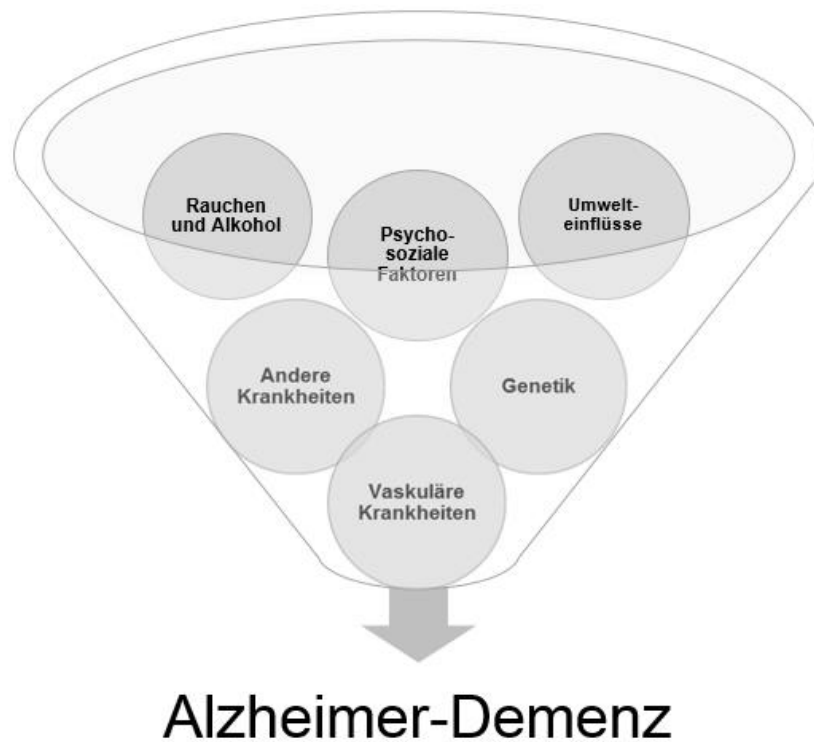
Quelle: WHO (icd.who.int/browse10/2016/en, 28.11.2019)

Anmerkung: Beim Verwenden des Begriffs Alzheimer-Demenz werden in dieser Arbeit alle vier AD-Formen impliziert.

2.2 Demenz vom Alzheimer-Typ

Der Name der Alzheimer-Krankheit geht auf den deutschen Arzt Alois Alzheimer zurück. Dieser entdeckte zu Beginn des 20. Jahrhunderts erstmals die typischen Eiweißablagerungen im Gehirn einer Demenz-Patientin, die für den langsamen Zellverlust und damit den Rückgang der Gehirnsubstanz verantwortlich sind. Abgesehen vom Alter als dominantester Risikoträger, existieren bislang eine Reihe an Faktoren, die als kausale Ursachen für die Alzheimerdemenz gelten (Dick, Häusler, Krause-Köhler, Nordheim & Rapp, 2017, S. 3f).

Abbildung 1: Ursachen der Alzheimer-Demenz



Quelle: Croy und Gatterer (2005, S. 12ff)

Obwohl diese Form die häufigste unter den Demenzerkrankungen ist, sind die Ursachen des Alzheimer-Typs, anders als bei der vaskulären Demenz oder auch der Demenz als Begleitkrankheit (s. Tabelle 1), noch nicht vollständig geklärt. Neben den oben dargestellten möglichen Ursachen zählen auch noch das Ausmaß der geistigen Aktivitäten über das gesamte Leben verteilt, die schulische Bildung oder auch eine depressive Erkrankung in der Anamnese der Betroffenen dazu. Ein nach wie vor blinder Fleck in der Forschung ist jener, ob diese Aspekte die Alzheimer-Demenz direkt oder nur indirekt durch andere Schädigungen im Körper oder Gehirn verursachen (Dick et al., 2017, S. 3f; Croy & Gatterer, 2005, S. 16). Besonders die physiologische Ursache der Bildung der genannten Eiweißablagerungen (auch Plaques genannt) gibt der Alzheimer-Forschung Rätsel auf. Neben der Bildung dieser Plaques sind zu Beginn der Alzheimerkrankheit weitere molekulare Gehirnveränderungen dafür verantwortlich, dass zunächst die Gedächtnisleistung vom Leistungsrückgang betroffen ist. Im weiteren Verlauf der Krankheit breitet sich dieser Abbau auf das gesamte Gehirn und damit auf weitere Neurofunktionen aus (Jessen, 2019, S. 255f). Aus psychologischer Sicht zählt die Alzheimersche Krankheit zu den psychisch bedingten Intelligenzminderungen, die erst im Laufe des späteren Lebens entstehen.

„Zeigen Menschen ein unterdurchschnittliches Intelligenz-Leistungsverhalten trotz durchschnittlicher oder gar überdurchschnittlicher Intelligenz, so sprechen wir von einer psychisch bedingten Intelligenzstörung“ (Altenthan et al., 2008, S. 269).

Die Autorinnen und Autoren gehen darüber hinaus von jener Theorie aus, dass sich die Entwicklung einer etwaigen Krankheit in der Regel aus den sechs folgenden Gegebenheiten bereits im Kindes- und Jugendalter manifestieren kann:

1. Mangelnder emotionaler Bindungsaufbau im Säuglings- und Kleinkindalter
2. Fehlende Möglichkeit des Auslebens der Neugierde im Kindesalter
3. Überdurchschnittliche Angstgefühle
4. Zwangslage und Überreiztheit durch belastendes Nahumfeld (z.B. Familienkrisen) im Kindesalter
5. Unbehandelte, schwere Selbst- und Fremdaggression
6. Self-fulfilling-prophecies: durch wiederholte, negative Behauptungen des Umfeldes tatsächlich entwickelte, schädliche Verhaltensweisen

(Altenthan et al., 2008, S. 269f).

Diagnose & Symptomatik

Die Alzheimer-Demenz wirkt sich auf unterschiedliche Lebensbereiche der Betroffenen aus, die Symptome treten nacheinander in Erscheinung und verstärken sich im Krankheitsverlauf mit zunehmendem Alter. Eine besonders beeinträchtigende Auswirkung hat dies auf das Sozial- und Berufsleben. Von diesen Veränderungen betroffen sind logisches und abstraktes Denk- und Beurteilungsvermögen, das Gedächtnis mit seinen Erinnerungen, der Orientierungssinn, der adäquate Umgang mit Fremd- und Eigengefühlen und die Tätigkeiten des täglichen Lebens. Eine besondere Bedeutung kommt diesen Veränderungen bei der Diagnosestellung der Alzheimer-Demenz zu (Feil, 2010, S. 37f).

Wie bereits in Kapitel 2.1 erläutert wurde, zählt diese Form der Demenz zu den organisch bedingten psychischen Störungen nach ICD-10, zu deren Familie mehrere Krankheiten zählen. Für diese Erkrankungen des Gehirns werden drei hervorstechende Merkmale definiert. Zunächst ist der stetige Rückgang der Gedächtnisleistung zu nennen. Dabei bezieht sich dies vor allem auf das Kurzzeitgedächtnis. Zum Gedächtnis zählen auch die räumliche und zeitliche

Orientierung, deren Funktionen ebenfalls einem Abbauprozess unterliegen. Einen weiteren Aspekt stellen die verminderten kognitiven Fähigkeiten dar, die sowohl alltägliche, komplexe Handlungen, wie etwa das Kochen des Kaffees, als auch die Kulturtechniken wie das Lesen, das Schreiben, das Rechnen oder auch die Wortfindung betreffen. Schließlich ist die Persönlichkeitsveränderung der Betroffenen anzuführen, die ab Beginn der Krankheit unter affektiven Störungen⁴, Antriebslosigkeit oder auch Feindseligkeit und Ängsten leiden können (Altenhan et. al, 2008, S. 459). Die Krankheit verläuft in der Regel schleichend und in kleinen, sich steigernden Schritten. Physiologisch gesehen, tritt die Krankheit bereits vor den Symptomen auf. Dies bedeutet, weder die Person selbst noch ihr Umfeld können pathologische Veränderungen des Gedächtnisses erkennen, im Gehirn können die typischen Eiweißablagerungen jedoch bereits erkannt werden. Auf diese, bis zu 15 Jahre dauernde Phase, folgt eine 5-10 Jahre lange Entwicklung, in welcher die Erkrankten subjektive Veränderungen wahrnehmen, das Umfeld jedoch noch keine pathologischen Entwicklungen erkennt. Nach dieser Phase beginnen sich kognitive Veränderungen abzuzeichnen, die vorrangig das Gedächtnis betreffen und vom Umfeld und in Diagnostiktests erfasst werden können. Die Selbstständigkeit und das Bewältigen alltäglicher Aufgaben sind in diesen Jahren des Krankheitsverlaufs noch nicht beeinträchtigt. Nach den ersten Entwicklungsphasen folgt die Symptomenphase. Diese beginnt mit der leichten, mündet in die mittlere und schließlich in die schwere Alzheimer-Demenz. Diese Phase kann bis zu 10 Jahre andauern. Das Wissen über den Verlauf dieser, besonders jedoch über die Symptomatik in den unterschiedlichen Phasen, spielt in der Früherkennung eine bedeutende Rolle (Jessen, 2019, S 256). Um den betroffenen Personen eine möglichst adäquate, der Alzheimer-Demenz entsprechende Behandlung zukommen lassen zu können, ist es bei der Diagnosestellung von höchster Bedeutung, diese geeigneten Kognitions-Tests zu unterziehen. Für diese gibt es im Demenzbereich unterschiedliche Verfahren, die in erster Linie objektive Ergebnisse liefern sollen. Zur reinen Symptom-Einordnung der kognitiven Leistung wird der mittels Skala verwendete Mini-Mental-Status-Test (MMST) eingesetzt, für eine ganzheitliche Diagnosestellung, mit welcher Intension die Demenz vorliegt, eignet sich das sogenannte Clinical-Dementia-Rating-sum-of-the-boxes (CDRsb) besonders gut (Frölich & Hausner, 2018, S. 187f).

⁴ Beeinträchtigung der Erlebens- und Gefühlswelt. Hier sind Emotionen besonders stark ausgeprägt und können weder adäquat eingesetzt noch verarbeitet werden (Altenhan et al., 2018, S.461).

Mini-Mental-Status-Test: ist einer der in der demenziellen Diagnosestellung häufigsten Screening-Tests⁵ und dient dazu, möglichst schnell die kognitive Leistungsfähigkeit eines Menschen einordnen und dessen Veränderungen über längere Zeit überprüfen zu können. Ein Nachteil findet sich besonders in der mangelnden Differenzierungsmöglichkeit – so ist es mit dem MMST nur schwer möglich, eine demenzielle Erkrankung von einer anderen kognitiven Einschränkung zu unterscheiden (Bähr, Beyermann, Püllen & Trippe, 2013, S. 740).

Clinical-Dementia-Rating: ist eine Beurteilungsmethode, die nicht nur dabei hilft, die Kognitionen der betroffenen Personen einzuordnen, sondern die gesamte Funktionsweise der unterschiedlichen Bereiche misst. Dies ist eine weltweit gültige Methode in der Alzheimer-Diagnostik. Ein ähnliches Verfahren ist die Alzheimer's-Disease-Assessment-Scale (ADAScog), die sich allerdings eher für die Erfassung im Frühstadium der Erkrankung eignet (Dowsett, Sims & Wessels, 2018, S. 15).

Eine besondere Rolle bei der Diagnosestellung sowie bei der fortlaufenden Behandlung der Patientinnen und Patienten kommt der Anamnese⁶ zu. Mithilfe der Anamnese können die Betroffenen von Beginn an Vertrauen entwickeln, indem sie sich verstanden fühlen und nicht nur die Symptome der Krankheit, sondern auch die Person selbst, mit all ihren Erfahrungen, in den Fokus der Betreuung rückt (Frölich & Hausner, 2018, S. 188).

Naomi Feil (2010, S. 41f) beschreibt in ihrer Validationsmethode die grundlegenden Bedürfnisse der an Alzheimer erkrankten Menschen, die sich vorwiegend auf die Vergangenheit und die individuelle Biografie beziehen und es deshalb von großer Bedeutung ist, die Betroffenen zu kennen, über ihre Geschichte Bescheid zu wissen und dieses Wissen für die Arbeit mit ihnen adäquat einsetzen zu können. Auf die Bedeutung von Anamnese und Biographiearbeit im Zuge von Diagnostik, Behandlung, Pflege und Betreuung wird in Kapitel 3 vertiefend eingegangen.

⁵ „Aussonderungsuntersuchung zur Diagnose von Auffälligkeiten“ (Bernitzke, 2011, S. 382).

⁶ Meint die Erfassung aller relevanten, biografischen Informationen der Betroffenen. Für die Erstellung werden sowohl die Person selbst als auch die Angehörigen – wenn möglich – befragt. Eine Anamnese soll ein möglichst objektives Bild wiedergeben (Bernitzke, 2011, S. 44).

2.3 Verbreitung und Prognosen bis 2050

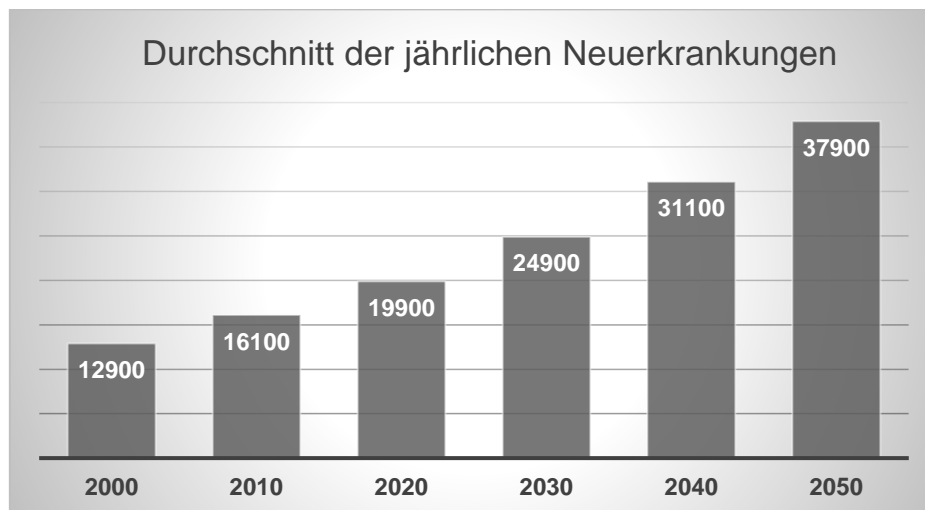
Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass demografische Prognosen, welche über mehrere Jahrzehnte betrachtet werden, als relativ wahrscheinlich gelten. Dies liegt an der sogenannten demografischen Trägheit, nach welcher sich eine Bevölkerungsstruktur über einen längeren Zeitraum stetig entwickelt und dessen plötzliche Veränderung nur sehr unwahrscheinlich eintritt (Kytir, 2009, S. 51).

Wie bereits eingangs geschildert wurde, steigt die globale Zahl der älteren Bevölkerung exponentiell an. Da die Demenz vom Alzheimer-Typ eine der häufigsten Erkrankungen des Alters ist, unterliegt auch diese einem enormen Wachstum. Bereits vor 11 Jahren beleuchteten Förstl und Krämer (2008, S. 17) die zukünftige europäische Entwicklung der an Alzheimer erkrankten Menschen und prognostizierten, dass sich dieses Krankheitsaufkommen auf jede dritte Familie ausdehnen wird.

Aktuelle Statistiken für Europa bestätigen diese Prognose. In den fünf Jahren zwischen 2011 und 2016 stieg die Zahl der an Demenz verstorbenen Menschen von rund 200.000 auf knapp 300.000. Das ist ein Anstieg um 50% (Eurostat, 2019b). US-amerikanische Prognosen deuten auf ähnliche Entwicklungen hin. Eine von dem Jahr 2010 ausgehende Längsschnittstudie der epidemiologischen Entwicklung in den USA untermauert die in Kapitel 1.1 dargestellten Zahlen. Lag die Anzahl der an Alzheimer-Demenz erkrankten Menschen über 65 Jahren 2010 noch bei 4,7 Millionen, wird sich diese bis zum Jahr 2050 verdreifachen und voraussichtlich eine Höhe von 13,8 Millionen erreichen, wovon mehr als die Hälfte die über 85-Jährigen einnehmen werden (Evans, Hebert, Scherr & Weuve, 2013, S. 1778).

Laut österreichischem Demenzbericht zeichnet sich das Bild der dramatisch ansteigenden Verbreitung der Krankheit seit dem Jahr 2000 sehr deutlich ab und weist hohe Ähnlichkeit zu jenen der USA und der europäischen Union auf. Der Durchschnitt der im Jahr 2010 erkrankten Personen lag bei 74.300, bis 2050 wird dieser in etwa bei 182.600 liegen (Wancata, 2011 zitiert nach Wancata et al., 2015, S. 20). Die Prognosen der Neuerkrankungen pro Jahr ermöglichen eine weitere Perspektive auf die Herausforderungen dieser Entwicklungen:

Abbildung 2: Jährliche Neuerkrankungen in Österreich



Quelle: Wancata, Takacs und Fellingner (2011, zitiert nach Wancata, 2015, S. 20)

Hinsichtlich dieses rapide ansteigenden Trends weltweit, liegt eine besondere Herausforderung in der Pflege und Betreuung der Erkrankten. Ein weiterer epidemiologischer Aspekt, der diese Schwierigkeit verdeutlicht, ist der Mittelwert der Überlebensjahre nach der Diagnose, besonders für die Alzheimer-Demenz mit spätem Beginn. Dieser liegt aktuell bei etwa 3-9 Jahren. Befinden sich die Betroffenen in den letzten Stadien, der mittleren und schweren Demenz (siehe Kapitel 2.2.1), in welchem die Symptome erheblich fortgeschritten sind, ist kein selbstständiges Leben mehr möglich und die Erkrankten sind auf permanente fremde Unterstützung angewiesen. Diese Unterstützung kann sowohl im formellen Bereich, also durch professionell ausgebildetes Personal, als auch im informellen Bereich, wie etwa durch die nahen Angehörigen, erfolgen. Hier sei erwähnt, dass die informelle Betreuung den größeren Teil der Pflege von Menschen mit Demenz einnimmt (Doblhammer, Fink, Fritze & Nerius, 2018, S. 20). Obwohl der überwiegende Teil zuhause betreut wird, ist die Demenzerkrankung einer der häufigsten Gründe für den Einzug in eine institutionelle Pflegeeinrichtung. Neben den ohnehin stattfindenden Verhaltensveränderungen der Menschen mit Demenz, sorgt besonders die eingeschränkte Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit für Missverständnisse und Konflikte zwischen Pflegepersonen und Erkrankten. Nicht selten sind diese Herausforderungen im Pflege- und Betreuungsalltag der Nährboden für psychische Belastungen auf beiden Seiten. Ein Modell, welches speziell für den Umgang und die Interaktion mit Menschen mit Alzheimer-Demenz entwickelt wurde, ist die Validationsmethode nach Naomi Feil (Wimberger, 2014, S. 20).

3 Validation nach Naomi Feil

Die demografischen und damit dementiellen Entwicklungen regen die Forschung bereits seit geraumer Zeit dazu an, das Alter und damit auch die Lebensqualität im Alter genauer zu beleuchten. Viele Jahre lang wurden die psychischen Veränderungen des Alterungsprozesses nicht ausreichend in den Fokus genommen, wodurch sich eine große Wissens- und damit auch Handlungslücke im Bereich der dementiellen Altenbetreuung und Pflege bilden konnte. Wie die obigen Ausführungen zeigen, finden seit der Jahrtausendwende viele Untersuchungen und Studien zu diesen Themenbereichen statt. Diese weisen jenen gemeinsamen Konsens auf, dass sowohl im medizinischen Bereich als auch im psychologisch-pflegerischen Bereich ein verstärktes Bewusstsein für diese Art der Erkrankung Einhalt finden muss. Besonders in der Qualifizierung des Personals sowie für die Befähigung der betreuenden Angehörigen benötigt es Konzepte und Modelle, die ein lebensqualitätsförderndes Handeln und eine verständnisvolle und damit deeskalierende Grundhaltung schaffen können. In diesem Kontext wird abermals der Biographiearbeit eine äußerst hohe Bedeutung beigemessen. Ein adäquates Konzept ist die bereits mehrfach erwähnte Validation nach Naomi Feil (Amann, 2009, S. 2017).

Abbildung 3: Naomi Feil



Quelle: www.vfvalidation.org (14.12.2019)

Naomi Feil ist die Begründerin der Validationsmethode für Menschen mit Demenz. Sie wurde in München geboren, wuchs in den USA auf und verbrachte ihre Kindheit in einem Altenheim, da ihr Vater Psychologe und dessen Leiter war. Naomi Feils Mutter

arbeitete als eine der ersten Sozialarbeiterinnen in der Altenbegleitung und gründete dort die Sozialen Dienste. Auch Feil macht ihren Abschluss zur Sozialarbeiterin und entwickelt ihr Modell anhand jahrelangen Arbeitens mit alten Menschen (Feil, 2010, S. 11; Ginesi, Jenkins & Keenan, 2016, S. 95).

3.1 Was ist Validation?

Validation⁷ meint, den Menschen in seinem Verhalten, ohne ihn zu be- oder verurteilen, als gültig zu betrachten

(Fercher & Hoppe, 2014, S. 77).

Über eine Dauer von zwei Jahrzehnten, zwischen 1963 und 1982, entwickelte Naomi Feil ihr erfahrungsbasiertes Konzept der Validationstechniken in den USA. Ende der 80er Jahre wurde es schließlich in Europa etabliert und 2009 wurde der Gerontologin der österreichische Alois Alzheimerpreis für ihre herausragende Arbeit überreicht (Gattringer, 2010, S. 19).

Feil beschreibt ihr Konzept einerseits als Kommunikationsmethode, die sich besonders auf sehr alte Menschen mit Demenz vom Typ Alzheimer bezieht, andererseits meint Validation auch eine zu verinnerlichende Grundhaltung, welche die Betroffenen als Individuen versteht, die in ihren verbleibenden Lebensjahren Unerfülltes aufarbeiten müssen und denen mit Empathie und Verständnis begegnet werden muss (Feil, 2010, S. 44). Des Weiteren wird in der Validation davon ausgegangen, dass es für das Verhalten der Betroffenen immer einen Grund gibt. Nicht selten finden sich Betreuungspersonen in Situationen wieder, in denen hochbetagte Menschen mit Demenz etwa die Eltern suchen oder einem anderen, rational nicht nachvollziehbarem Bedürfnis, nachgehen wollen. In diesen oder auch vergleichbaren Momenten darf der Mensch, nach der Feil-Methode, nicht abgewertet oder korrigiert werden. Die Validation soll hierbei helfen, den Bedürfnissen der Betroffenen auf den Grund gehen zu können (Hametner, 2007, S. 38).

Als Basis für ihr Konzept der Validation geht Naomi Feil von der personen-zentrierten Psychotherapie nach Carl Rogers aus. In den 1940er Jahren entwickelt dieser seine Theorie in den USA, anschließend etabliert sich diese in Lehre und Anwendung auf der ganzen Welt, wobei ihre Rolle seit geraumer Zeit in der Gerontologie an Bedeutung

⁷ validation (engl.) = Gültigkeit (www.leo.org, 15.11.2019)

gewinnt. Rogers Grundschema baut darauf auf, den Menschen in seiner Gesamtheit in den Mittelpunkt zu rücken und damit jeder einzelnen Person zuzugestehen, sie selbst sein zu dürfen (Heimerl & Poppa, 2014, S.18).

In seiner personenzentrierten Theorie erläutert Rogers, dass jeder Mensch in seinem tiefsten Inneren gut ist und sein Leben lang das Ziel verfolgt, die eigene Persönlichkeit sozial und positiv entfalten zu können. Selbstbestimmung und Selbstfindung nehmen dabei einen großen Entwicklungspart ein. Laut Rogers entwickeln sich psychische Krankheiten dann, wenn diese inneren Bedürfnisse unterdrückt und nicht ausgelebt werden (Altenthan et al., 2008, S. 424).

Die entwicklungspsychologischen Theorien von Erik Erikson stellen eine weitere Basissäule der Validation dar. Dieser stützt sich auf die Lehre Sigmund Freuds (Psychoanalyse mit der Trieblehre) und beschreibt die Entwicklung als psychosoziale Stufenentwicklung. In jeder dieser sogenannten Altersstufen, die genetisch vorbestimmt sind, muss der Mensch mit unterschiedlichen Herausforderungen und Krisen umzugehen lernen und diese in den unterschiedlichen Lebensphasen auch beenden (Altenthan et al., 2008, S. 222f; Feil, 2010, S. 26).

Naomi Feil sieht, nach Eriksons Theorie, zwei Hauptaufgaben im Alter, denen sich der Mensch stellen muss. Einerseits beschreibt sie die Auseinandersetzung mit der eigenen Vergänglichkeit und damit die Vorbereitung auf den Tod, auf der anderen Seite findet ein Rückblick auf das Leben statt, eine Rechtfertigung und ein Akzeptieren der biografischen Vergangenheit. Schafft man es, diese Aufgaben in den jeweiligen Altersstufen zu lösen und sich selbst auch Raum für Fehler einzuräumen, entwickelt der Mensch im Laufe seines Lebens eigene Validationsstrategien und lernt, in Phasen des Nicht-Akzeptierens sich selbst zu validieren. Wenn sich jedoch Barrieren bilden, in denen die Betroffenen nicht glücklich sind und eine Inakzeptanz entwickeln, schlagen diese Gedanken und Unzufriedenheit tiefe Wurzeln im Unterbewusstsein und in der Psyche. In weiterer Folge kann dies zu Depression führen und die tiefgehenden, negativen Gefühle können nicht mehr verarbeitet werden. Diese psychologisch-pathologischen Entwicklungen bilden schließlich den Grundstock für die Entwicklung einer Alzheimer-Demenz im Alter (Feil, 2010, S. 31ff).

3.1.1 Die Stadien der Alzheimer-Demenz – Klinisch & nach Feil

Die Demenz durchläuft aus medizinischer Sicht grundsätzlich zwei Vorstadien, die sich über mehrere Jahrzehnte erstrecken können und ein Stadium des Auftretens der alzheimerischen Symptomatik.

Das Hauptstadium der Krankheit gliedert sich in leichte, mittlere und schwere Demenz. Davor finden teilweise Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten der Erkrankten statt, die Bewältigung des Alltags stellt vor dieser Phase jedoch noch keine merkliche Schwierigkeit dar. Ihren Beginn nimmt die Krankheit im Rückgang der Gedächtnisfunktion, was sich besonders in der mangelnden Aufnahmefähigkeit von neuen Informationen zeigt. Mit der Zeit entwickeln sich Wort- und Sprachfindungsstörungen, Störungen des gewohnten Handelns sowie Erkennungsdefizite. Diese führen schließlich zu massiven Problemen beim Ausführen der alltagspraktischen Tätigkeiten. Nachfolgend befindet sich der Verlauf der Symptome in den drei klinischen Demenzstadien und der jeweiligen Dauer. Hier muss vorweggenommen werden, dass der Tod der Erkrankten im Durchschnitt etwa 10-12 Jahre nach der Diagnosestellung eintritt (Dick et al., 2018, S. 4f).

Tabelle 2: Klinische Alzheimer-Demenz-Stadien

Demenz-Stadium	Dauer	Pathologische Veränderungen
Leichte Demenz	2-3 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Probleme mit Handlungsabläufen • Gedächtnisstörungen • Gedächtnisstörungen, die die räumlich-visuelle Wahrnehmung betreffen • Räumliches Sehen • Sprachstörung bei Wortfindung und Wortschatz
Mittlere/ mittelschwere Demenz	3-5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Störungen des Sprachverständnisses • Probleme mit simplen Handlungsabläufen • Rechenstörungen • Erste Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen <ul style="list-style-type: none"> → Ruhelosigkeit vs. Teilnahmslosigkeit → Störungen des Essverhaltens → unregelmäßiger Tag-Nacht-Rhythmus → affektive Störungen (Aggression v.a. bei der Körperpflege)

		<ul style="list-style-type: none"> → unkontrolliertes Verräumen und Umstellen von Gegenständen → Wahn durch Erkennungsstörungen (TV, Spiegel) → Bewegungsstereotypien⁸ → Wahrnehmungsstörungen → Depression
Schwere Demenz	Bis zu 5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Körperliche und motorische Beeinträchtigungen (wie z.B. Inkontinenz) • Bettlägerigkeit • Schluckbeschwerden • Epilepsie⁹ • Gewichtsabnahme (v.a. durch erhöhte, körperliche Unruhe)

Quelle: Dick et al. (2018, S. 5f)

Naomi Feil betrachtet die Zeit der symptomatischen Alzheimer-Demenz vielmehr als eine psychologische Aufarbeitungszeit, in welcher die Betroffenen vier unterschiedliche Phasen durchlaufen. Diese verlaufen von jener der lückenhaften Orientierung, über die zunehmende zeitliche Verwirrtheit weiter über die Phase der repetitiven (wiederholten) Bewegungen bis hin zur sogenannten vegetierenden Phase. Sie beschreibt die Validation als ein hilfreiches Instrument für Pflegepersonal und pflegende Angehörige, um den Erkrankten dabei zu helfen, die unerledigten Lebensthemen aufzuarbeiten und somit einer rapiden Verschlechterung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes entgegenzuwirken (Ginesi et al., 2016, S. 95).

In der Validationstheorie werden die vier Aufarbeitungsstadien als stufenweiser Rückzug ins Innere beschrieben. Eine klare Zuordnung ist, aufgrund der Individualität der Erkrankten und der wechselhaften Sprünge zwischen den Phasen, mit Schwierigkeiten verbunden. Dennoch sind die Verhaltensweisen der meisten Personen mit Alzheimer-Demenz über einen gewissen Zeitraum im Wesentlichen einem Stadium zuordenbar. Die in Kapitel 3.1.2 detailliert vorgestellten Techniken der Validation sollen es ermöglichen, die Merkmale bei den zu Pflegenden und damit die

⁸ „Bewegungsabläufe, [...] die formelhaft erstarrt dauernd (oft sinnlos, unpassend) wiederkehren“ (Bernitzke, 2011, S. 383).

⁹ Unterschiedlich stark ausgeprägte Krankheit, die sich durch wiederholte, hirn-organische Krampfanfälle kennzeichnet

einzelnen Phasen eruieren zu können. Eine erfolgreiche Validation kann es ermöglichen, dass Erkrankte gewisse Stadien der Aufarbeitung gar nicht erreichen, wie zum Beispiel das Vegetieren, sondern friedlich verschwinden können (Feil, 2010, S. 53ff). Nachfolgend werden die einzelnen Phasen nach Feil tabellarisch vorgestellt.

Tabelle 3: Aufarbeitungsphasen der Alzheimer-Demenz

Phase	Benennung	Merkmale
Phase 1	Mangelhafte Orientierung	<ul style="list-style-type: none"> • Erkennen der eigenen Orientierungslücken (örtlich) • zeitliche Orientierung gegeben • gezielte, klare Körperbewegungen • Leugnen der Gefühle • keine Unterstützung bei alltäglichen Tätigkeiten (wie z.B. Körperpflege) • keine sprachlichen Defizite • sinngemäße Kommunikation und Augenkontakt vorhanden • Neues wird nicht gerne erlernt • Kulturtechniken sind vorhanden
Phase 2	Zeitliche Verwirrtheit	<ul style="list-style-type: none"> • Uhr- und Tageszeit werden nicht mehr adäquat erkannt • Fakten werden vergessen (Namen, Orte, Begriffe) • Körperspannung nimmt ab, Bewegungen sind langsamer und sanfter • Beginnende Inkontinenz wird bewusst wahrgenommen • Personen werden bei Augenkontakt erkannt • Gefühle werden durch die Vergangenheit erlebt • Worten werden teilweise zweckentfremdet und neu kombiniert • Hilfebedarf beim Auffinden von Alltagsgegenständen • Verlust des Schreibvermögens
Phase 3	Repetitive Bewegungen	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines subjektiven Zeitgefühls • Abschirmung von Reizen aus der Außenwelt • Inkontinenz wird nicht mehr bewusst wahrgenommen • Ruhelosigkeit • sich wiederholende Bewegungen → meist aus der Vergangenheit (z.B. Arbeit) • Oftmaliges Schließen der Augen • Emotionen werden ungefiltert geäußert • hoher pflegerischer und alltäglicher Hilfebedarf

		<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation vorwiegend nonverbal • Kulturtechniken werden nicht mehr ausgeführt
Phase 4	Zustand des Vegetierens	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Zeitgefühl, kein Erkennen von bekannten Personen oder Dingen • Gekrümmte, liegende Haltung und wenig Bewegung • Keine Kommunikation • Kaum Emotionen, keine Mimik, meist geschlossene Augen • vereinzelte Reaktionen auf Musik oder Berührung • permanent auf Unterstützung angewiesen • subjektives Empfinden der Betroffenen ist sehr schwer einzuschätzen

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

Im Pflegealltag mit an Demenz erkrankten, desorientierten Personen kommt es sehr oft zu Momenten, die eine Überforderung und infolgedessen eine Belastung für beide Seiten darstellen können. Alte, krankheitsbedingt verwirrte Menschen beginnen oft, nach Orten oder Menschen aus der Vergangenheit zu suchen. Dies zeigt sich meist durch erhöhten Bewegungsdrang, Davonlaufen oder auch lautstarke Äußerungen. Da dieses Verhalten im (Pflege-)Alltag jedoch als störend, lärmend und belastend empfunden wird, werden individuelle und doch sehr ähnliche Strategien und Methoden von Pflegepersonen entwickelt. Oft wird hierfür die Realitätsorientierung angewandt (Wimberger, 2014, S. 20f). Diese zielt darauf ab, eine zeitliche, räumliche und personenbezogene Orientierung zu generieren, die der Realität entsprechen. Diese Methode kann sowohl an der Einzelperson als auch in der Gruppe durchgeführt werden. Sie wird jedoch eher für frühe Demenzstadien empfohlen, da sie ein hohes Maß an Frustration mit sich bringen kann. Grundsätzlich besteht der wesentliche Unterschied zur Validation darin, dass Realitätsorientierung versucht, den Menschen aus der Verslossenheit und Verwirrtheit in jene Welt zurückzuholen, die der gesunden Wahrnehmung entspricht. Im Gegensatz dazu begibt sich die pflegende Person bei den Validationstechniken in die Wahrnehmung und Realität der Erkrankten (Ginesi et al., 2016, S.93). Diese können, laut Feil (2010, S. 56), von allen Pflegenden, sowohl im formellen als auch im informellen Bereich, angewandt werden, solange Akzeptanz und Einfühlungsvermögen für die Menschen mit Alzheimer-Demenz gegeben sind. Des Weiteren soll sie dabei unterstützen, Verhalten einschätzen zu können, Handlungsleitfäden für die Personen in den jeweiligen Aufarbeitungsstadien

bereitzustellen und dadurch Angstzustände bei den Erkrankten sowie die Burnout-Gefahr der Betreuenden zu minimieren.

3.1.2 Die Validationsmethode

Bevor eine Auseinandersetzung mit Validation Einhalt finden kann, ist es zunächst von großer Bedeutung, die Grundprinzipien dieser kennenzulernen, da diese bereits einen Teil des theoretischen Grundstocks darstellen. Diese fördern Vertrauen bei den Erkrankten auf der einen Seite und bieten ein Werkzeug für den adäquaten, respektvollen Umgang auf Seiten der Pflegenden.

Prinzipien der Validation:

- Der Mensch muss als das einzigartige Individuum, das er ist, angesehen und auch so behandelt werden.
- Menschen sind auch im desorientierten Zustand wertvoll.
- Jedes Verhalten der desorientierten alten Menschen hat einen Grund.
- Psychische und soziale Komponenten der gelebten Vergangenheit spielen eine ebenso große Rolle bei den Verhaltensveränderungen wie der hirnorganische Abbauprozess.
- Nur wenn die Betroffenen es selbst wollen, kann das Verhalten verändert oder beeinflusst werden.
- Die Erkrankten sollen akzeptiert und nicht beurteilt werden.
- Psychische Krankheiten können entstehen, wenn Lebensabschnittsaufgaben in der Vergangenheit nicht abgeschlossen werden.
- Mit dem Hervorholen von Erinnerungen aus dem Langzeitgedächtnis wird versucht, die Defizite des Kurzzeitgedächtnisses auszugleichen. Bei Beeinträchtigungen der Sinne, wie etwa dem Sehen oder Hören, werden diese Reize im Inneren, durch das Wiedererleben von Vergangenen, ausgelöst.
- Validation kann negative, schmerzliche Emotionen abschwächen, wenn diese von der validierenden Person anerkannt werden. Werden diese ignoriert oder unterdrückt, werden sie verschlimmert.
- Einfühlsames Zuhören baut Vertrauen auf vermindert Ängste.
- In der Vergangenheit erlebte Gefühle können durch aktivierte Gefühle der Gegenwart ausgelöst werden.

- Validation baut auf der Tatsache auf, dass Menschen nicht nur eine Bewusstseinssebene besitzen, sondern mehrere (Gattringer, 2011, S. 27).

Die Methode des Validierens wird von Feil in vierzehn Techniken unterteilt. Je nach Aufarbeitungsphase, Tagesverfassung und Verhaltensweisen können diese kombiniert oder auch einzeln eingesetzt werden. In den meisten Fällen reicht es aus, wenn für eine an Demenz erkrankte Person etwa acht Minuten des Zuhörens und Kommunizierens pro Tag aufgebracht werden können (Feil, 2010, S. 56f).

Vor Beginn eines Validationsprozesses ist es wichtig, die Technik des Zentrierens einzusetzen. Zentrieren bedeutet für die durchführende Person ein Ankommen in der Situation und das Finden der eigenen Mitte. Tiefes Durchatmen und das Erkennen der eigenen Gefühle, wie etwa Stress, Zorn oder Ärger, sind für diesen Validationsschritt entscheidend. Um sich auf die ältere Person mit Alzheimer-Demenz im Sinne der Validation einlassen zu können, müssen die eigenen Gefühle außen vorgelassen werden (Ginesi et al., 2016, S. 95).

Das Kennenlernen der einzelnen Validationstechniken soll eine Vorstellung über die Möglichkeiten, die diese den Betreuungspersonen im Umgang mit den erkrankten alten Menschen in den unterschiedlichen Demenzphasen bieten können, vermitteln:

Tabelle 4: Validationstechniken

Technik	Phase	Methode	Ziel
1. Zentrieren	1, 2, 3, 4	Tief Durchatmen und die eigenen Gefühle weitestgehend neutral sehen	<ul style="list-style-type: none"> • bereitet die validierende Person vor • hilft dabei, sich gänzlich auf den alten Menschen einzulassen
2. Eindeutige Fragen/Wörter	1	Tatsachenbezogene Wer, Wie, Was, Wann und Wo-Fragen werden gestellt. Warum oder Weshalb werden dabei vermieden, da diese die validierte Person überfordern.	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrauen zwischen den Beteiligten wird aufgebaut
3. Umformulieren und sinngemäßes Wiedergeben	1	Unter Verwendung derselben Schlüsselwörter, sinngemäß das Gesagte der erkrankten Person	<ul style="list-style-type: none"> • Fördert Stärke und Selbstsicherheit der Betroffenen

		wiedergeben. Die Sprechmelodie wird dabei ebenfalls gespiegelt.	
4. Extremfälle einsetzen	1	Bei beschwerdereichen oder negativen Äußerungen der Betroffenen, werden diese aufgefordert, sich das Extrem, also das Schlimmste, vorzustellen.	<ul style="list-style-type: none"> • unterstützt das Äußern von Gefühlen
5. Gegensätze vorstellen	2	Hier geht es darum, in Zuständen der zeitlichen Verwirrtheit gezielt nach dem Gegenteil zu fragen.	<ul style="list-style-type: none"> • hilft beim Erinnern an bekannte Lösungsstrategien aus der Vergangenheit
6. Erinnerungen fördern	1, 2	Es werden tatsachenbezogene W-Fragen zu emotionalen Erlebnissen der Vergangenheit gestellt.	<ul style="list-style-type: none"> • unterstützt das Äußern von Gefühlen
7. Intensiven Augenkontakt herstellen	2, 3	Tiefen und engen Augenkontakt zu der an Demenz erkrankten Person herstellen und halten.	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittelt Sicherheit und Liebe • ruft in unterschiedlichen Situationen der Unruhe positive, beruhigende Gefühle hervor
8. Mehrdeutigkeit in der Sprache ermöglichen	2, 3	Wörter wie „er, sie, es“ oder „jemand, etwas“ werden von den Validierenden eingesetzt, um Mehrdeutigkeit zuzulassen und unverständliche oder nichtexistierende Wörter zu ersetzen	<ul style="list-style-type: none"> • Ermöglicht Kommunikation
9. Warme, liebevolle Sprechmelodie	1, 2, 3, 4	Die Stimme der pflegenden Person ist während der Validation klar, liebevoll und sanft. Ein hoher oder unfreundlicher Tonfall löst bei den Betroffenen meist Zorn aus.	<ul style="list-style-type: none"> • Positive Erinnerungen und Assoziationen mit geliebten Menschen werden aktiviert
10. Beobachten und spiegeln	2, 3, 4	Verhalten, Gefühle, Bewegungen und Mimik werden von der validierenden Person genau beobachtet und neutral nachgeahmt.	<ul style="list-style-type: none"> • besonders tiefes Eintauchen in die Wahrnehmung der Person mit AD • aufbauen einer nonverbalen Beziehung

			<ul style="list-style-type: none"> • Vertrauen fördern
11. Konnektoren zwischen Verhalten und Bedürfnis identifizieren	3	Das menschliche Grundbedürfnis, das hinter dem jeweiligen Verhalten stehen könnte, wird erkannt und mit einer Frage verbalisiert.	<ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnissen, die nicht mehr verbalisiert werden können, wird so Ausdruck verliehen
12. Das präferierte Sinnesorgan identifizieren und aktivieren	4	Mittels genauen Beobachtens und Zuhörens werden die bevorzugten Sinnesorgane der Betroffenen erkannt. Diese werden dann in der Kommunikation verpackt oder auch sanften Reizen ausgesetzt.	<ul style="list-style-type: none"> • Schafft eine gemeinsame Basis • die Verbindung zu der Person kann leichter gefunden werden • Vertrauen wird aufgebaut
13. Berührungen	3, 4	Sanfte Berührungen mit den Fingerspitzen an Wange, Hinterkopf, Ohrläppchen, Kinn, oberem Rücken, Nacken oder Waden durchführen, wenn es für die zu Validierenden in Ordnung ist.	<ul style="list-style-type: none"> • Durch Reizimpulse werden Informationen in und durch den Körper gesendet • fördert Kommunikation • wirkt aktivierend, da Erinnerungen angeregt werden können
14. Musik verwenden	2, 3, 4	Musik und Melodien, die in der Biografie der Betroffenen eine große Rolle gespielt haben, bleiben länger erhalten als die Sprache. Sie werden gemeinsam gesungen oder abgespielt.	<ul style="list-style-type: none"> • ermöglicht Kommunikation und Interaktion • in manchen Fällen sprechen die Personen danach einige Worte

Quelle: Feil, 2010, S. 57ff; Ginesi et al., 2016, S. 94

3.1.3 Validationsziele

Neben den in Tabelle 4 angeführten Zielen der einzelnen Validationstechniken in den jeweiligen Phasen der Alzheimer-Demenz, wird von einem Hauptziel ausgegangen, welches Feil im Laufe der jahrzehntelangen Entwicklung der Validationsmethode formuliert hat. Dabei spielen Lebensgefühl und Wohlbefinden der erkrankten Älteren die größte Rolle. Die Validation soll es den Betroffenen ermöglichen, ihre unabgeschlossenen Aufgaben und unerfüllten Bedürfnisse äußern zu können, gehört und akzeptiert zu werden, ihre Emotionen nach außen tragen und somit ihre Möglichkeiten ausschöpfen und die Interaktion mit dem Umfeld verbessern zu können (Dick et al., 2017, S. 82f).

Ein weiteres allgemeines Ziel der Validation ist es, Ängste, Stress und hoch dosierte Medikation der an Demenz erkrankten Menschen reduzieren zu können, indem gezielt auf diese schwer oder nicht mehr kommunizierbaren, unerfüllten Bedürfnisse eingegangen wird. Wie bereits bei vielen der oben genannten Techniken angeführt wurde, stellt der Vertrauensaufbau der zu validierenden Person ein ebenso bedeutsames Ziel dar. Aber nicht nur die Menschen mit Alzheimer-Demenz werden von der Zielsetzung der Validationsmethode berücksichtigt, sondern auch die Betreuungs- und Pflegepersonen, die sowohl aus dem privaten, informellen Umfeld als auch aus dem gesundheitsdienstleistenden, formellen Sektor stammen, profitieren von den Techniken und einer validierenden Grundhaltung nach Naomi Feil. Die Kommunikationswerkzeuge sollen Verständnis und Einfühlungsvermögen fördern und Stress und Schuldgefühle vermindern. Zudem kann die Methode einen großen Teil zur Burnout-Prävention beitragen (Fercher & Hoppe, 2014, S. 78). Zusammengefasst hat Validation zum Ziel, die Zufriedenheit sowohl auf der Seite der pflegenden Person, als auch auf der Seite der an Demenz erkrankten Person zu steigern, ihren Selbstwert zu stärken und durch Kommunikation und einen respektvollen Zugang den Rückzug ins Innere zu verzögern (Gattringer, 2011, S. 27f).

3.2 Effekte der Validation auf die Arbeit mit Menschen mit Demenz

Die steigende Epidemiologie der Alzheimer-Demenz, der damit steigende Bedarf an Pflegepersonen und die Tatsache, dass knapp 70% der Menschen, die an Alzheimer-Demenz erkrankt sind, im häuslichen Umfeld begleitet und betreut werden, wurde bereits nach Fischer-Böroid und Zettl (2006, S. 20ff) in Kapitel 1.1 erläutert. Durch weitere Erhebungen, dass rund 2/3 der pflegebedürftigen Menschen zuhause gepflegt werden und dies in etwa der insgesamten Verteilung der Menschen mit Demenz im formellen und informellen Bereich entspricht, kann diese Behauptung zunächst für Deutschland untermauert werden (Jansen & Weiß, 2018, S. 554).

Die Charakteristika, Verlaufsstadien und Veränderungen bei Menschen mit Alzheimer-Demenz und die Rolle jener Personen, die mit diesen interagieren, wurden in dieser Arbeit bereits mehrfach angeführt. Unabhängig davon, ob die Pflege im häuslichen oder im formellen Kontext stattfindet, führen die bisherigen Erkenntnisse dazu, dass das Verständnis für die Befindlichkeiten und Bedürfnisse der betreuenden Menschen im Umfeld der Erkrankten eine ebenso große Rolle spielen, wie das Wissen um Demenz und die Validationsmethode. Momente, die nicht verstanden werden, führen

zu Überforderung. Somit erfordert der Alltag mit an Demenz erkrankten Menschen ein hohes Maß an Anpassungsfähigkeit und individuellen Pflege- und Betreuungskompetenzen. Eine hervorstechende Anforderung an die betreuenden Personen ist es dabei eine respektvolle, anerkennende Atmosphäre zu schaffen (Hametner, 2007, S. 32f).

Schon zwischen den 1970er- und 1990er-Jahren werden Studien zu den Effekten, die mit Validation erzielt werden können, durchgeführt. Auch Vergleiche zu anderen Methoden, wie etwa der in Kapitel 3.1.1 erwähnten Realitätsorientierung, dokumentieren die positiven Effekte und weisen eine Vielzahl an Informationen zu den Vorteilen im formellen und informellen Bereich der demenziellen Pflege auf (Feil, 2010, S. 122f).

„Validation hilft sowohl den sehr alten desorientierten Menschen als auch den professionellen Pflegerinnen und Pflegern, den Freunden und Familienangehörigen, die sich um sie kümmern“ (Feil, 2010, S. 121).

Effekte von Validation im formellen und informellen Bereich

Bei der Alzheimer-Diagnose eines älteren Familienmitgliedes, geschieht es in vielen Fällen, dass diese so lange wie möglich zuhause begleitet und gepflegt werden. Oft benötigen die Erkrankten die Nähe und Geborgenheit ihrer Kinder, Ehepartner oder anderer Familienangehöriger dann noch mehr, um sich geborgen und sicher zu fühlen und die krankheitsbedingten Veränderungen besser verarbeiten zu können. Für pflegende Angehörige gibt es eine Vielzahl an Motivationsfaktoren für diese Entscheidung. Dankbarkeit, Verantwortungs- und Pflichtgefühle, finanzielle Gegebenheiten oder auch Erwartungen des Umfeldes und der Gesellschaft spielen eine Rolle. Durch die Übernahme der Betreuung zuhause werden sämtliche Lebensbereiche der informell Pflegenden maßgeblich beeinflusst. Das Berufs- und Sozialleben, die ökonomische Situation sowie die eigene körperliche und geistige Gesundheit unterliegen andauernden Belastungen (Jansen & Weiß, 2018, S. 556f).

Anders, als professionelles Pflegepersonal, haben Familienmitglieder oft nur sehr kleine bis gar keine Erholungsphasen im Alltag mit den Erkrankten, da diese rund um die Uhr stattfindet. Dieses hohe Maß an Belastung führt oft zu einem innerlichen Konflikt, nach welchem die tiefgehenden Gefühle für die geliebte Person auf der einen Seite und die Zweifel und körperlichen Grenzen auf der anderen Seite stehen (Morris & Morris, 2010, S. 38f). Bei der Herausforderung der geringen Distanz der

Angehörigen zu den an Demenz erkrankten Menschen kann Validation ebenfalls einen sehr unterstützenden Beitrag leisten. Wird diese den Pflegenden nähergebracht und im häuslichen Umfeld eingesetzt, können Frust abgebaut, Verständigung und Kommunikation gefördert, soziales Interagieren wiedererlangt oder auch ein positiveres Auseinandersetzen mit dem eigenen Alterungsprozess erreicht werden (Feil, 2010, S. 125). Ein weiterer Effekt für Pflegende findet sich besonders im empathischen Zugang durch die Validation. Sie unterstützt sie dabei, den Erkrankten besonders auf emotionaler Ebene eine Unterstützung zu sein und die Bindung zu diesen zu stärken und nicht aufgrund des herausfordernden Verhaltens zu schwächen (Loboprabhu, 2006, S. 92).

Morris und Morris empfehlen für die Pflege zuhause ebenfalls die Verwendung von Validation anzudenken, um so Unsicherheiten und dem Gefühl des Nicht-verstanden-werdens entgegen zu wirken (2010, S. 48).

Trotz der Bemühungen und zahlreicher Interventionen der pflegenden Angehörigen, die erkrankten Familienmitglieder so lange wie möglich zuhause zu pflegen und ihnen damit einen stressreichen und aufwühlenden Umzug in eine Pflegeeinrichtung zu ersparen, ist dies in vielen Fällen nicht möglich. Besonders in den fortgeschritteneren Stadien der Krankheit finden sich die Pflegenden zuhause oft vor Veränderungen und Herausforderungen wieder, die eine Betreuung zuhause unmöglich werden lassen. Somit werden die Unterbringung in einer stationären Pflegeinstitution oder die Inanspruchnahme von anderen professionellen Pflegediensten unumgänglich (Morris & Morris, 2010, S. 48). Die individuellen physischen, psychischen sowie sozialen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Älteren, führen zu einem vielseitigen Kompetenz- und Reflexionsbedarf und damit nicht selten zu Überforderung des Pflegepersonals in der formellen Pflege. Einen weiteren Aspekt, welcher das formelle Pflegesetting nicht nur für die betroffenen älteren Menschen, sondern auch für das Personal oftmals erschweren und zu belastenden Situationen führen kann, stellen die unterschiedlichen Erfahrungs- und Lebenswelten sowie die zumeist großen Altersunterschiede der Beteiligten dar (Matolycz, 2011, S. 9f).

Der internationale Pflegekodex weist fünf Leitlinien für die professionelle Pflege aus:

- Fördern der Gesundheit
- Verhüten von Krankheit
- Wiederherstellen der Gesundheit

- Lindern von Leiden
- Achten des Lebens und der Menschenwürde

Die Frage nach der Umsetzung und Wahrung dieser Leitlinien veranlasst Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen zu einem erhöhten Maß an Qualitätssicherungsmaßnahmen. Hierzu kann die Anwendung von Validation durch das Pflegepersonal einen entscheidenden Beitrag leisten (Gattringer, 2009, S. 14).

Wimberger (2014, S. 20) beleuchtet in ihrer Studie die Effekte und Ergebnisse, die mithilfe der Validation im formellen Pflegekontext erreicht werden können. Die fordernden und desorientierten Verhaltensweisen der Betroffenen können einen großen Teil dazu beitragen, dass pflegende Personen erschöpft sind, ihren Tätigkeiten nicht mehr adäquat nachgehen können und dadurch psychische Defizite entstehen können. In der Studie wurden acht Pflegepersonen zu unterschiedlichen Themenbereichen ihres Arbeitsalltags mit Menschen mit Demenz befragt. Hierzu zählen etwa die eigenen Handlungskompetenzen und Bewältigungsstrategien bei herausforderndem Verhalten der Betroffenen sowie die dadurch beeinflusste Lebensqualität. Die Untersuchung beleuchtet diese Aspekte der Teilnehmerinnen einerseits vor und andererseits nach der Ausbildung zur Validationsanwenderinnen und -anwenderausbildung (Kapitel 3.3).

Die Ergebnisse zeigen uneingeschränkte positive Auswirkungen auf die Lebensqualität, ein erhöhtes Maß an professionellen Werkzeugen im Umgang mit schwierigen Situationen. Da die Auseinandersetzung mit Validation besonders auf eine respektvolle und verständnisvolle Grundhaltung abzielt, entsteht dadurch eine deutliche Entlastung des teilnehmenden Personals. Zusätzlich wird angegeben, dass das Ausmaß an Validationstheorie in der Pflegeausbildung zu gering ist, um den alltäglichen Herausforderungen in der Arbeit mit Menschen mit Alzheimer-Demenz adäquat begegnen zu können. Könnte diese Qualifikation bereits in der Grundausbildung Einhalt finden, würde dies eine Reihe an positiven Effekten mit sich bringen (Wimberger, 2014, S. 23). Doch nicht nur die Entlastung und neue Handlungswerkzeuge spielen eine Rolle, auch die ungleiche Verteilung der Macht zwischen Personal und Bewohnerinnen und Bewohnern wird mithilfe einer validierenden Grundhaltung ausgeglichen. Pflegepersonen verlieren Scheu und Angst vor unberechenbarem oder missverständlichem Verhalten und es fördert die emotionale, gesunde Abgrenzung zu den desorientierten Menschen (Gattringer, 2009, S. 15).

Auch Feil (2010, S. 124) geht auf die validationsbezogenen Veränderungen und Vorteile für formelle Pflegepersonen ein und beleuchtet in diesem Kontext unterschiedliche Studien weltweit. Auch hier wird von der steigenden Zufriedenheit und Lebensqualität der Pflegenden berichtet, durch eine Reduktion der alltäglichen Überforderung und Frustration sinkt auch die Gefahr des Burnouts und die Freude an der Kommunikation mit den desorientierten Menschen wird gefördert. Ein ebenfalls immer wieder erkannter Effekt durch die Anwendung von Validation ist jener, dass die Wahrnehmung gegenüber den Älteren wertschätzender und anerkennender wird. In diesem Zusammenhang können in stationären Demenz-Einrichtungen Rückgänge der ruhigstellenden Medikationen, erhöhte Pflegequalität und allgemeine Verbesserungszustände der Bewohnerinnen und Bewohner erzielt werden.

Validation kann auch in Gruppenkonstellationen sowie in Kombination mit weiteren Ansätzen und Methoden angewandt werden. In Österreich etwa existiert die validierende Aktivierung. Diese verwendet als Basis die Validation nach Naomi Feil, Körpersprache sowie Biographiearbeit und Elemente des Gedächtnistrainings. Diese werden in einstündigen Gruppeneinheiten eingesetzt, um so wahrgenommen, akzeptiert und gehört werden zu können. Die beobachtbaren Effekte bei den Älteren mit Alzheimer-Demenz sind etwa eine Steigerung der Aufmerksamkeitsspanne, ein Anstieg des spontanen Sprechens, bessere Stimmung und intensivere Kontaktaufnahme zu anderen Bewohnerinnen und Bewohnern (Schloffer, 2015, S. 18ff).

3.3 Rolle und Einsatz von Validation

Nach offiziellem Abschluss und ersten Etablierungsversuchen in den USA im Jahr 1982, wird ein Jahr später das Validations-Trainingszentrum (Validation Training Institute / VTI) von Naomi Feil gegründet. Da die Nachfrage nach der praktischen Anwendung der Methode rasch ansteigt, nimmt die Validationsausbildung dort ihren Anfang. Bis zum Jahr 2010 verbreitet sich das Non-Profit-Unternehmen über autorisierte Validations-Organisationen (AVOs) über den gesamten Globus. Zu diesem Netzwerk zählen mehrere Standorte in den USA, in Europa sowie in Japan. Zu den europäischen Ländern zählen Deutschland, Österreich, Schweiz, Belgien, Frankreich, Italien und Schweden. Alle Menschen, die sich Interaktion mit desorientierten alten Menschen befinden, können die Validationsanwenderinnen- und

Validationsanwenderausbildung ablegen. Pflegende Angehörige sowie professionelles Pflegepersonal können Ausbildungen in vier Modulstufen in Anspruch nehmen:

1. Validationsanwenderin/Validationsanwender
2. Validations-Gruppenleiterin/Gruppenleiter
3. Validations-Lehrerin/Lehrer
4. Validations-Master (Expertenlevel)

(Feil, 2010, S. 275ff).

In Österreich etwa ist die Rolle der Validation bereits seit Ende der 80er-Jahre bekannt und seither weiterhin gewachsen. 1989 präsentiert Feil erstmals die Validation in einem Wiener Workshop, wonach die Arbeitsgruppe *Validation Österreich* gegründet wurde. Dem folgen österreichweit jährlich 2 Workshops zur Validationsmethode. Die Nachfrage dieser Fortbildungseinheiten ist mit 150 – 400 Personen pro Einheit als sehr gut einzustufen, wobei jedes Jahr rund 350 Personen das Validationszertifikat in unterschiedlichen Modulen erhalten – in Österreich werden nur die ersten 3 Module angeboten. Zudem gibt es seit 2002 unterschiedliche österreichische Projekte zu den Themen Validation und Wertschätzung von Menschen mit Demenz (Fercher & Hoppe, 2014, S. 78f).

Die österreichische *Seniorenresidenz Velidenapark* etwa schult ihr Personal in Validation zu Zwecken der Qualitätssicherung bereits seit den späten 1990er-Jahren – viele der Betroffenen erhalten ihre Ausbildung durch Naomi Feil selbst. Dort spielen das Arbeiten mit und die Implementierung der Feil-Methode eine besonders große Rolle, da auch das Qualitätsmanagement in diesem Bereich einen immer größeren Stellenwert erlangt, da diese die Vision und Philosophie der Residenz, mit dem selbstbestimmten Menschen im Mittelpunkt, fördert (Gattringer, 2009, S. 14).

Das *SeneCura Sozialzentrum Grafenwörth* ist ein weiteres Beispiel für den aktiven Einsatz von Validation im Pflegealltag. Dort ist Validation in allen Organisationsbereichen zu finden. Begonnen beim Personal, welches durchwegs Validationsausbildungen besitzt bis hin zur Architektur der gesamten Betreuungseinrichtung, da Naomi Feil zu der Umgebung und der räumlichen Gestaltung für desorientierte alte Menschen ebenfalls Empfehlungen abgibt. Die Einrichtung erhält 2010 eine Auszeichnung des Validation Training Institutes (ProCare, 2010, S. 5).

Obwohl die Rolle der Validation bereits eine weltweite Verbreitung findet und viele Studien ihre Effektivität betonen, gibt es im Qualifizierungsbereich, neben anderen,

ähnlich förderlichen Methoden, dennoch wenig konkrete Konzepte oder Leitlinien, die eine Verbindung zur Validation herstellen (Dick et al., 2016, S. 83). Dies findet auch in Wimbergers Studie Kritik. Bei den Befragungen der acht Pflegepersonen wird angegeben, dass der Anteil der gelehrten Validation in der Ausbildung sehr gering ist. In der österreichischen Ausbildung zum diplomierten Gesundheitspersonal sowie zu anderen Pflegeberufen werden unterschiedliche Theorien zum Umgang mit alten desorientierten Menschen thematisiert, konkrete Handlungsleitfäden oder ein vertiefender Bezug zur Validation werden dabei nicht hergestellt. Des Weiteren weisen die Ergebnisse der Studie daraufhin, dass ebendiese Bildungsmaßnahmen im Validationsbereich von großer Bedeutung sind und in Anbetracht der Tatsache, dass der Bedarf noch weiter ansteigen wird, auch notwendig sind (Wimberger, 2014, S. 20ff). Zu den Gruppenvalidationen, die bereits in Verbindung mit der validierenden Aktivierung in Kapitel 3.2.1 erwähnt wurden, gibt es bereits einige Studien, die deren positive Effekte andeuten, die Zahl dieser Studien ist jedoch sehr gering. Besonders aber zur Eins-zu-Eins Validation, die zwischen der validationsanwendenden Person und dem desorientierten Menschen stattfindet und vermehrt in Feils Theorie und damit auch in der vorliegenden Arbeit geschildert wird, finden sich noch weniger klare Untersuchungen (Dichter & Halek, S. 604f).

4 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage

Im abschließenden Bereich der vorliegenden Arbeit werden die in Kapitel 1.2 definierten Forschungsfragen beantwortet und die dazu recherchierten Ergebnisse diskutiert. Um dies in einem angemessenen Rahmen zu ermöglichen, gliedern sich ebendiese Forschungsfragen in zwei separate Teile.

Teil 1:

Welche Effekte können durch den Einsatz von Validation nach Naomi Feil beobachtet werden?

Die Techniken der Validation können laut Feil (2010, S. 56) von allen Menschen, welche desorientierte Menschen mit Alzheimer-Demenz begleiten, betreuen oder pflegen, angewandt werden. Validation regt dazu an, den Menschen als gültigen Mittelpunkt wahrzunehmen, diesen nicht zu bewerten oder zu verurteilen (Fercher & Hoppe, 2014, S. 77). Sie versteht die Menschen als Individuen und bringt Pflegende dazu, Empathie und Verständnis zu lernen und weiterzugeben und den Betroffenen dadurch zu helfen, ihre Bedürfnisse zu äußern und zu befriedigen (Feil, 2010, S. 44; Hametner, 2007, S.38). Da Feil die Symptome der Alzheimer-Demenz als einen psychischen, schrittweisen Aufarbeitungsprozess versteht, kann Validation demnach ein unterstützendes Werkzeug für das pflegende Umfeld sein, um die Betroffenen bei dieser Aufarbeitung zu unterstützen und eine Verlangsamung des gesundheitlichen Abbauprozesses zu erreichen (Ginesi et al., 2016, S. 95). Hier stellt vor allem das Wissen über die Verhaltensmerkmale in den jeweiligen Aufarbeitungsphasen ein wichtiges Werkzeug dar, da die darin dominanten Bedürfnisse der Erkrankten so besser erkannt werden können (Feil, 2010, S. 53ff).

Feil selbst nennt viele Vorteile und positive Effekte, die eine Validationsausbildung und ihre Anwendung für Pflegende und alte, desorientierte Menschen mit sich bringen kann. Menschen mit einer Alzheimer-Demenz durchlaufen vier Stadien, in denen sie unterschiedliche Symptome zeigen, Bedürfnisse haben und psychische Belastungen aufarbeiten. Die symptomatische Demenz beginnt mit der Phase des mangelhaften Orientierungsvermögens, geht über in die zeitliche Verwirrtheit, mündet in das Stadium der sich wiederholenden Bewegungen und endet schließlich im Vegetieren. Einer der

ersten hier zu nennenden Effekte ist jener, dass es durch die Aufarbeitungstechniken der Validation gelingen kann, das Vegetieren gar nicht erst zu erreichen, sondern in einer früheren Phase friedlich sterben zu können (Feil, 2010, S. 53ff). Auch die hohen Belastungsfaktoren und die geringen Abgrenzungsmöglichkeiten, denen Familienmitglieder bei der häuslichen Pflege und Betreuung eines Verwandten mit Alzheimer-Demenz ausgesetzt sind, können durch die Anwendung von Validation maßgeblich reduziert werden. Gefühle wie Frust, Überforderung, Hilflosigkeit, Unsicherheit, Missverstanden-Werden sowie der Rückgang an Kommunikation und Interaktion zwischen den beiden Seiten können gemindert und die emotionale und verständnisbasierte Bindung kann gestärkt werden (Feil, 2010, S. 125; Loboprabhu, 2006, S. 92; Morris & Morris, 2010, S. 48).

Für die Betrachtung der stationär untergebrachten Menschen mit Demenz dient Deutschland als Beispiel. Dieser Anteil ist mit etwa 43% verhältnismäßig sehr hoch. Noch deutlicher wird das Ausmaß der epidemiologischen Verbreitung von Alzheimer-Demenz durch die Verteilung der Betroffenen mit Demenz insgesamt, da hier lediglich 30% in Pflegeeinrichtungen untergebracht sind und der Rest zuhause gepflegt wird (Fischer-Böroid & Zettl, 2006, S. 20ff). Dennoch ist die Belastung auch im formellen Bereich für Pflegenden nicht unerheblich. Hier ist zwar die emotionale Bindung in einem geringeren Ausmaß vorhanden, das herausfordernde Verhalten sowie weitere zwischenmenschliche Bedingungen führen jedoch ebenfalls zu einer Vielzahl an Belastungsfaktoren und damit zu einer erhöhten Burnout-Gefahr, denen mittels Validationstechniken Einhalt geboten werden kann (Matolycz, 2011, S. 9f; Gattringer, 2009, S. 14). So kann einem Rückgang der Arbeitsqualität, Erschöpfungszuständen und Überforderung auf beiden Seiten entgegengewirkt werden, wodurch folgende Effekte hervorgerufen werden:

- Erhöhte Lebensqualität
- Entlastung im Arbeitsalltag
- Qualitätssicherung
- Adäquate Handlungskompetenzen und -strategien
- Mehr Selbstsicherheit
- Ausgleich des Machtgefälles
- Förderung der Abgrenzung

(Gattringer, 2009, S. 15; Wimberger, 2014, S. 23).

Sowohl durch Validation im Einzel-Setting als auch in Gruppenkonstellationen, oft auch in Kombination mit weiteren Techniken, erzielt die Methode zahlreiche positive Auswirkungen auf Personal und Erkrankte. Freude und Wertschätzung in der Kommunikation steigen, Kontakte zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern nehmen zu und in einigen Fällen kann dadurch sogar eine Reduktion der Bedarfsmedikation erreicht werden (Feil, 2010, S. 124; Schloffer, 2015, S. 18ff).

Mithilfe dieser Recherchen und Ergebnisse unterschiedlicher Studien und Untersuchungen zeichnet sich deutlich ab, dass Validation einen sehr hohen Stellenwert in der Verbesserung der dementiellen Altenbetreuung und Pflege einnehmen kann. Diese Effekte und Auswirkungen, die bei Validationseinsatz und dessen ordnungsgemäßer Anwendung, eine enorme Unterstützung und Steigerung der Lebensqualität für alle Beteiligten im Pflegesetting bedeuten können, geben Anlass dazu, einen Blick auf die Verbreitung weltweit und die bisher eingenommenen Rolle, am Exempel Österreich, zu werfen. Dies führt zu der Beantwortung des zweiten Teils der Forschungsfrage:

Teil 2:

Welche Rolle nimmt diese Methode international in der Altenbetreuung und -pflege ein?

Naomi Feil beginnt Anfang der 80er-Jahre, ausgehend von den USA, die Validationstheorie auf der ganzen Welt bekannt zu machen und in der demenziellen Betreuung zu etablieren. Über das von ihr gegründete Validations-Trainingszentrum werden über die Jahrzehnte weitere Validations-Organisationen weltweit eröffnet und dadurch Validationsausbildungen global zugänglich gemacht. Zu den Standorten in Europa zählen Deutschland, Österreich, Schweiz, Belgien, Frankreich, Italien und Schweden. Auch auf dem asiatischen Kontinent findet sich bereits eine Validationsorganisation mit einem Standort in Japan (Feil, 2010, S.275ff).

In einigen österreichischen Einrichtungen hat die Validation bereits ihre Rolle gefunden und nimmt in diesen einen sehr hohen Stellenwert, mit zusätzlichem Fokus auf das Qualitätsmanagement der Pflegearbeit, ein (Gattringer, 2009, S. 14; ProCare, 2010, S. 5). Um 1990 finden erste Workshops in Wien zum Thema Validation statt, welche von Naomi Feil selbst geführt werden. Zu diesem Zeitpunkt gründet sich auch die

Validation Österreich, die ab dem Gründungszeitpunkt jährlich 2 große Workshops mit zahlreichen Teilnehmerinnen und Teilnehmern österreichweit organisiert (Fercher & Hoppe, 2014).

Trotz dieser globalen Reichweite der Validationstheorie zeigt sich, auf Basis unterschiedlicher Literatur, dass die Validation im Ausbildungskontext noch keine große Rolle einnimmt und, in Relation zu den hervorzuhebenden Effekten durch Feils Methode, noch relativ wenig Studien existieren. Dies führt wiederum dazu, in Hand- und Lehrbüchern zum Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen, zu wenig Fundiertes zu dieser Methode empfehlen zu können (Dick et al., 2016, S. 83; Wimberger, 2014, S. 20ff).

Diese umfangreichen und exemplarischen Ergebnisse zeigen eine Lücke auf. Jene Lücke, die Validation als effektives Instrument in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Alzheimer-Demenz in unterschiedlichen Settings verschluckt, da das Angebot ihrer Verbreitung sowie die Nachfrage nach adäquaten Werkzeugen und Hilfsmitteln vorhanden sind, die Methode jedoch nur im unzureichenden Ausmaß an die Betroffenen gelangen kann. Somit ist die Rolle, die Validation im formellen und besonders im informellen Kontext bisher einnimmt, sehr theoretisch. Trotz ihres jahrzehntelangen Existierens scheint ihr Einsatz, im Vergleich zum möglichen erzielbaren Nutzen, nur relativ klein.

5 Schlussfolgerung und Ausblick

Wie würde ein Arbeitsalltag in Pflegeeinrichtungen, mit einem Anteil an Menschen mit Demenz von beinahe der Hälfte, aussehen, wenn die dort Arbeitenden den desorientierten Älteren mit mehr Verständnis und Gelassenheit begegnen könnten? Was würde passieren, wenn pflegende Angehörige mehr Sicherheit und weniger Belastung im Umgang mit den Eltern oder den Ehepartnerinnen oder Ehepartnern erfahren könnten? Naomi Feil und auch weitere Validations-Praktizierende können hierauf bereits viele Antworten geben.

Die Alzheimer-Demenz ist bereits vielfach beforscht. Die Körperpathologie kann sehr detailliert erklärt und nachgewiesen werden, die Ursachen sind jedoch noch nicht ausreichend bekannt. Deshalb nimmt die Validation die menschliche Psyche als Grundpfeiler für mögliche Ursachen, Verhaltensweisen sowie als Ansatz für die Kommunikationstechniken und die validierende Grundhaltung. Sie stellt ein effektives und deeskalierendes Instrument für den Umgang mit den betroffenen alten Menschen dar.

Nicht nur die literarischen Angaben und durchgeführten Studien, sondern auch die Recherche nach ebendiesen zeigen einen deutlichen Mangel an Informationen, welche Schnittstellen es für den Transport des Wissens um Validation gibt. Eine gezielte Suche bringt zwar Ergebnisse, doch wie findet sie den Weg in die Haushalte der Betroffenen und ihren Pflegenden? Wer setzt den Anspruch, Validation in Ausbildungen und Fortbildungen zu verankern? Genau in diesen Bereichen muss Sensibilisierung zu Validation ihren Anfang nehmen. Diagnostikzentren, Ärztinnen und Ärzte, Gesundheits- und Pflegedienste sowie Ausbildungsstätten im Gesundheits- und Pflegebereich können jene Schnittstellen sein, die die Lücke zwischen Validation und ihrer Anwendung füllen können.

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=vR-cwADz-V0&feature=emb_logo [Abruf am 25.11.2019]
- 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.
- 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.
- Bähr, A.A., Beyermann, S., Püllen, R. & Trippe, R.H. (2013). Mini-Mental-Status-Test im stationären geriatrischen Bereich. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46(8), 740-747. <https://doi-1000001cp0190.han.fernfh.ac.at/10.1007/s00391-013-0488-6>
- Beaglehole, R., Bonita, R. & Kjellström, T. (2008). *Einführung in die Epidemiologie* (2. Auflage). Bern: Hans Huber.
- 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.
- Dichter, M.N. & Halek, M. (2018). Psychosoziale Interventionen. In F. Jessen (Hrsg.), *Handbuch Alzheimer-Krankheit: Grundlagen – Diagnostik – Therapie – Versorgung – Prävention* (S. 604-608). Berlin, Boston: Walter de Gruyter GmbH.

- 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 29.11.2019]
- 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.
- Dodel, R. & Kapfhammer, H.P. (2014). Multimorbidität. *Der Nervenarzt*, 85(4), 399-400. <https://doi-10.1007/s00115-013-3907-4>
- Dowsett, S.A., Sims, J.R. & Wessels, A.M. (2018). Detecting Treatment Group Differences in Alzheimer's Disease Clinical Trials: A Comparison of Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognitive Subscale (ADAS-Cog) and the Clinical Dementia Rating – Sum of Boxes (CDR-SB). *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 5(1), 15-20.
- Ebbinghaus, B. (2015). Demografische Alterung und Reformen der Alterssicherung in Europa – Probleme der ökonomischen, sozialen und politischen Nachhaltigkeit. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 67(1), 352-348. <https://doi-10.1007/s11577-015-0318-5>
- Eurostat (2019a). *Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und darüber: % der Gesamtbevölkerung*. Online: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00028/default/table?lang=de> [Abruf am 23.11.2019]
- Eurostat (2019b). *Todesfälle von Einwohnern aufgrund von Demenz einschließlich Alzheimer-Krankheit*. Online:

https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_dar&lang=de

[Abruf am 28.11.2019]

Evans, D.A., Hebert, L.E., Scherr, P.A. & Weuve, J. (2013). Alzheimer disease in the United States (2010-2050) estimated using the 2010 census. *Neurology*, 80(19), 1778-1783. Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719424/> [Abruf am 14.12.2019]

Ewen, C. & Sturm, K.D. (2008). Gesellschaftlicher Wandel und nachhaltige Entwicklung. *Environmental Sciences Europe*, 20(3), 161-170. <https://doi-10org-1000001cp00a8.han.fernfh.ac.at/10.1007/s12302-008-0004-6>

Feil, N. (2010). *Validation in Anwendung und Beispielen: Der Umgang mit verwirrten alten Menschen* (6. Auflage). München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG.

Fercher, P. & Hoppe, M. (2014). Kommunikation im Bereich Pflege und Betreuung: Validation nach Naomi Feil. In Bundesministerium für Gesundheit & Sozialministerium (Hrsg.), *Österreichischer Demenzbericht 2014* (S. 77-79). Wien: Bundesministerium für Gesundheit & Sozialministerium. Online: https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf [Abruf am 14.12.2019]

Fischer-Böroid, C. & Zettl S. (2006). *Demenz: Formen von Demenz – Vorbeugung – Tipps für Angehörige – Leben in Würde*. Hannover: Schlütersche.

Förstl, H. & Krämer, G. (2008). *Alzheimer und andere Demenzformen: Antworten auf die häufigsten Fragen* (5. Auflage). Stuttgart: TRIAS Verlag in MVS.

Folkes, E. & Gatterer, G. (2006). *Generation 50 plus: Ratgeber für Menschen in den besten Jahren*. Wien: Springer.

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.

- Gattringer, M. (2009). Die Brücke vom Ich zum Du. Durch das gemeinsame Berühren erhält der Mensch Anerkennung und Respekt. *ProCare*, 14(5), 14-15. <https://doi-1000001cp0243.han.fernfh.ac.at/10.1007/s00735-009-0157-6>
- Gattringer, M. (2010). Wertschätzung für den alten Menschen: Preisträgerin des Alois-Alzheimerpreises 2009 ist die Gerontologin Naomi Feil. *ProCare*, 15, 19. <https://doi-1000001cp020b.han.fernfh.ac.at/10.1007/s00735-010-0296-9>
- Gattringer, M. (2011). Validation fördert die Weisheit des Alters: Wertschätzende Kommunikation verbessert Achtung und Selbstwert. *ProCare*, 16(5), 26-29. <https://doi-1000001cp020b.han.fernfh.ac.at/10.1007/s00735-011-0471-7>
- 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-1000001cp01e9.han.fernfh.ac.at/10.1007/s00735-014-0328-y>
- Jansen, S. & Weiß, S. (2018). Angehörigenarbeit. In F. Jessen (Hrsg.), *Handbuch Alzheimer-Krankheit: Grundlagen – Diagnostik – Therapie – Versorgung – Prävention* (S. 553-564). Berlin, Boston: Walter de Gruyter GmbH.
- 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>
- Kytir, J. (2009). Demografische Entwicklung. In Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), *Hochaltrigkeit in Österreich: Eine Bestandsaufnahme* (2. Auflage), (S. 41-68). Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

- Loboprabhu, S.M. (2006). The Affective Interpersonal Bond in Caregiving. In S.M. LoboPrabhu, J.W. Lomax & V.A. Molinari (Hrsg.), *Supporting the Caregiver in Dementia: A Guide for Health Care Professionals* (S. 85-103). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Matolycz, E. (2011). *Pflege von alten Menschen*. Wien: Springer.
- Morris, G. & Morris, J. (2010). *Dementia Care Workbook*. Berkshire: McGraw-Hill Education.
- ProCare (2010). "Qualität mog I & moch I" – Psychobiographisches Pflegemodell im Akutspital – Pflege-Management-Forum 2011 – Erste Zertifizierung für SeneCura Sozialzentrum – Start der Interessengemeinschaft – Außergewöhnlich und zukunftsorientiert wohnen – Fachmesse in Nürnberg. *ProCare*, 15(10), 4-6. <https://doi-1000001cp024d.han.fernfh.ac.at/10.1007/s00735-010-0421-9>
- 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.
- Schloffer, H. (2015). Validierende Aktivierung: Wertevolle Biographie-orientierte Gruppenarbeit für Menschen mit Demenz. *ProCare*, 20(5), 18-21. <https://doi-1000001cp024c.han.fernfh.ac.at/10.1007/s00735-015-0581-8>
- Statista (2019). *USA: Altersstruktur von 2008 bis 2018*. Online: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/165801/umfrage/altersstruktur-der-usa/> [Abruf am 23.11.2019]
- 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 25.11.2019]

- 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 25.11.2019]
- Wancata, J., Takacs, S. & Fellingner, M. (2011). *Aktualisierte Prognosen Demenzerkrankter in Europa*. Wien: unveröffentlicht.
- Wancata, J. (2015). Verbreitung von Demenz. In Bundesministerium für Gesundheit & Sozialministerium (Hrsg.), *Österreichischer Demenzbericht 2014* (S. 15-27). Wien: Bundesministerium für Gesundheit & Sozialministerium. Online: https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf [Abruf am 14.12.2019]
- 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>

Online-Quellen

<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F00-F09> [Abruf am 28.11.2019]

<https://www.who.int/classifications/icd/en/> [Abruf am 28.11.2019]

<https://vfvalidation.org/about-us/our-team/> [Abruf am 14.12.2019]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ursachen der Alzheimer-Demenz	10
Abbildung 2: Jährliche Neuerkrankungen in Österreich.....	15
Abbildung 3: Naomi Feil	16

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Demenzformen nach ICD-10	8
Tabelle 2: Klinische Alzheimer-Demenz-Stadien.....	19
Tabelle 3: Aufarbeitungsphasen der Alzheimer-Demenz	21
Tabelle 4: Validationstechniken	24