

Westsächsische Hochschule Zwickau

University of Applied Sciences

HOCHSCHULE FÜR MOBILITÄT | UNIVERSITY FOR MOBILITY

Bachelorthesis

**Thema: Umgang und Kommunikation von Pflegefachkräften mit
demenziell erkrankten Personen einer stationären Pflegeeinrichtung**

Holzmüller, Laura Marie

Geboren am 23. Mai 1999 in Plauen

Westsächsische Hochschule Zwickau

Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Fachgruppe: Pflegemanagement

Matrikelnummer: 39462

Betreuerin: Frau Prof. Dr. paed. Ute Rosenbaum

Zweitbetreuerin: Frau Prof. Dr. rer. medic. Kathleen Hirsch

Abgabe: 30. September 2022

Gender Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Bachelorarbeit die Sprachform des generischen Maskulinums angewendet. An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll und sich dabei gleichermaßen auf alle Geschlechter bezieht.¹

¹ vgl. o.V.: Bachelorarbeit Gender Erklärung. (Stand: 23.08.2022) URL: [https:// www.1a-studi.de/bachelorarbeit/gender-erklaerung](https://www.1a-studi.de/bachelorarbeit/gender-erklaerung) [2022].

Abstrakt

Titel: "Umgang und Kommunikation von Pflegekräften mit demenziell erkrankten Personen einer stationären Pflegeeinrichtung"

Autorin: Laura Marie Holzmüller

Ausgangslage: Laut der Deutschen Alzheimer Gesellschaft ist die Anzahl der Demenzerkrankten im Jahr 2021 um 440.000 Menschen gestiegen. Die häufigste Demenzursache ist die Alzheimererkrankung. Ab dem fortgeschrittenen Stadium benötigen die Betroffenen auf Grund ihrer Demenzerkrankung professionelle Hilfe und Pflege, was meist den Eintritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung bedeutet.

Da sich die Symptome der Demenzerkrankung bei jedem Betroffenen individuell äußern, ist es für das Pflegefachpersonal eine große Herausforderung auf diese Bedürfnisse einzugehen.

Ein Merkmal der Alzheimer-Demenz, ist die Regression der Erkrankten in die Vergangenheit, welche ein Zurückdenken in die vergangenen Zeiten und die damit verbundenen Fähigkeiten und Aufgaben mit sich bringt, weshalb es wichtig ist, einen hilfreichen Umgang und die zielgerichtete Kommunikation zu fördern.

Bei der dementiellen Erkrankung wird häufig das Kurzzeitgedächtnis der betroffenen Person geschädigt. Das Langzeitgedächtnis bleibt bis zu einem gewissen Grad der Demenz noch lange erhalten, somit bildet das Zurückerinnern an vergangene Zeiten einen wichtigen Punkt in der Alltagsbetreuung von demenzkranken Menschen.

Fragestellung und Ziel: Das Ziel der angestrebten Bachelorarbeit ist, sich theoretisch mit der Kommunikations- und Umgangsmethode "Validation" nach Naomi Feil auseinanderzusetzen, diese kritisch zu hinterfragen und im Vergleich zur Biografiearbeit zu sehen.

Ein weiteres Ziel ist die Beantwortung der Fragen, ob die Validation nach Naomi Feil hilfreich im Umgang mit dementiell erkrankten Personen ist und das Pflegepersonal einer stationären Pflegeeinrichtung zeitlich, emotional und

umsetzbar dazu in der Lage ist, diese individuell bei den betroffenen Personen durchzuführen.

Methode: Zur Beantwortung der Fragen wurden aktuelle Statistiken, Kenntnisstände, Literaturen sowie Erfahrungsberichte und Untersuchungen genutzt. Alldem vorausgehend wurde besonders die Lektüre von Naomi Feil selbst einbezogen und für die faktischen Grundlagen einbezogen.

Die gesamte angestrebte Bachelorarbeit ist durch theoretische sowie faktische Grundlagen, die aus verschiedenen Quellen entnommen wurden, aufgebaut.

Ergebnisse: In den verschiedenen Literaturen werden positive Auswirkungen der Kommunikationsmethode nach Naomi Feil auf den betroffenen Menschen mit Demenz, dessen Angehörigen und auch auf die Pflegefachkräfte beschrieben. Ebenfalls wurde eine Steigerung der Identität der Menschen mit Demenz beobachtet, da sich ihr Selbstwertgefühl und die Akzeptanz ihrer Realität durch das Validieren vermehrt wurde.

Allerdings gibt es ebenso kritische Standpunkte gegenüber der Validation nach Naomi Feil.

Diskussion: Um Validieren zu können, müssen verschiedene Grundlagen beherrscht werden, da Unwissen negative Auswirkungen hervorrufen kann. Um diese Grundlagen beherrschen zu können, muss einige Zeit in die Übung der Validation und deren Techniken gesteckt werden. Zeit, die durch den Pflegenotstand nicht gewährleistet werden kann. Ebenso fehlt es in den Einrichtungen an geschulten Mitarbeitern, die diese Methode durchführen können. Trotz der zu überwindenden Schwierigkeiten bei der Anwendung von Validation, wird diese dennoch in der Pflege umgesetzt und angewendet.

Eine erfolgreich angewendete Validation erleichtert den Umgang und die Kommunikation und die damit im Zusammenhang stehende Behandlung von Menschen mit Demenz.

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis	VII
II.	Abbildungsverzeichnis	VIII
III.	Tabellenverzeichnis	IX
1	Einleitung	1
2	Teil 1 – Krankheitsbild Demenz.....	3
2.1	Definition Demenz	3
2.2	Symptome einer Demenzerkrankung	4
2.2.1	Primäre Demenz	9
2.2.2	Sekundäre Demenz	9
2.3	Demenzformen	10
2.3.1	Alzheimer-Demenz.....	12
2.3.2	Vaskuläre Demenz.....	13
2.3.3	Lewy-Body- oder Lewy-Körperchen-Demenz	14
2.3.4	Frontotemporale Demenz	16
2.3.5	Gemischte Demenz.....	17
2.4	Diagnostik.....	17
2.4.1	Diagnosestellung.....	18
2.4.2	Diagnostische Verfahren.....	18
2.4.2.1	Anamnese	19
2.4.2.2	Körperliche und psychopathologische Untersuchung	19
2.4.2.3	Kognitive Kurztests.....	20
3	Der Umgang mit demenziell erkrankten Menschen.....	21
4	Teil 2 – die Kommunikationsmethode Validation nach Naomi Feil	25
4.1	Definition Validation	25
4.2	Geschichtlicher Hintergrund der Validationsmethode	25
4.3	Fallbeispiel Isidor Rose.....	27

4.4	Validation nach Naomi Feil	29
4.5	Die Phasen der Aufarbeitung	31
4.6	Techniken zur Anwendung der Validation	32
4.7	Ziele der Validation	37
5	Biografiearbeit	38
5.1	Methoden der Biografiearbeit	39
5.2	Ziele der Biografiearbeit	41
6	Vergleich der Kommunikationsmethoden	41
7	Kritik an der Validation nach Naomi Feil	44
8	Fazit	47
9	Rückblick	50
IV.	Quellenverzeichnis	54
V.	Eidesstattliche Erklärung	58

I. Abkürzungsverzeichnis

bzw.	→ beziehungsweise
bzgl.	→ bezüglich
ect.	→ et cetera
ca.	→ circa
S.	→ Seite
s.	→ siehe
Vgl.	→ Vergleich
d.h.	→ das heißt
NINDS	→ "National Institute of Neurological Disorders and Stroke"
AIREN	→ "Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences"
NIA-AA	→ "National Institute on Aging und der Alzheimer's Association"
HIV	→ Human Immunodeficiency Virus
ICD – 10	→ International Statistical Classification of Diseases and Related
Health Problems	→ gesundheitliche Probleme
LKD	→ Lewy-Körperchen-Demenz
o.J.	→ ohne Jahr
o.V.	→ ohne Verfasser

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlust von geistigen Fähigkeiten und Alltagskompetenz bei einer dementiellen Erkrankung.....	6
Abbildung 2: Demenzformen.....	11

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: NIA-AA-Kriterien für die allgemeine Demenz.....	5
Tabelle 2: Stadien der Demenz nach Barry Reisberg.....	8
Tabelle 3: NINDS-AIREN-Kriterien für wahrscheinliche vaskuläre Demenz..	14
Tabelle 4: Klinisch-diagnostische Konsensuskriterien der Lewy-Körperchen- Demenz (LKD).....	16

1 Einleitung

Pflegenotstand, elende Jobbedingungen² und überdurchschnittliche Personalfluktuaton im Pflegeberuf sind übliche Schlagzeilen und Themen in Zeitschriften. Es wird darüber diskutiert, wie der Pflegeberuf attraktiver gestaltet und Fachkräfte entlastet werden können bzw. erhalten bleiben. Aus mehreren Befragungen mit Pflegekräften geht hervor, dass Verzweiflung und Überforderung üblich in dieser Branche sind, da Entlohnung und Aufwand nicht übereinkommen und die Zeit für die Bewohner deutlich begrenzt ist. Dies beeinflusst auch teilweise den Umgang zwischen Pflegenden und zu Pflegenden. Gerade bei Demenzerkrankten können solche Auswirkungen negative Folgen mit sich ziehen.

Pflegekräfte müssen sich täglich mit dem Thema Umgang und Kommunikation mit Demenzkranken auseinandersetzen. Fortbildungen und Schulungen sind wichtige Voraussetzungen, da es für Fachkräfte eine Herausforderung sein kann, einen unterstützenden und begleitenden Umgang mit Personen, die an Demenz erkrankt sind, zu pflegen.

Die folgende Bachelorarbeit setzt sich mit dem Thema "Demenz", welches noch vor ein paar Jahren als Tabu-Thema galt, Umgang und Kommunikation mit Betroffenen und der "Validation" nach Naomi Feil, einer Kommunikationsmethode für Pflegende mit Demenzerkrankten, auseinander.

Im Jahr 2021 verzeichnete die Deutsche Alzheimer Gesellschaft knapp 1,8 Millionen Menschen in Deutschland, die mit einer Demenzerkrankung leben und ca. 440.000 Neuerkrankung im Alter von 65 Jahren und mehr. Davon sind mehr als 1,1 Millionen Frauen betroffen. Die häufigste Form der Demenzerkrankungen ist die sogenannte Alzheimer - Krankheit.³

Auf Grund des demografischen Wandels, der seinen Teil erheblich dazu beiträgt, steigen die Zahlen der Demenzerkrankungen stetig. Nach aktuellen

² vgl. Gerland, Katja: *In der Pflege arbeitet man im Akkord* (Stand: 20.09.2022), URL: <https://www.sueddeutsche.de/muenchen/dachau/clapping-for-future-in-der-pflege-arbeitet-man-im-akkord-1.5601644?reduced=true> [2022].

³ vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft: *Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen* (Stand: 20.09.2022), URL: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf [2022].

Schätzungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, steigt die Zahl der deutschlandweit Betroffenen im Jahr 2050 auf 2,8 Millionen, wenn kein Durchbruch in Therapie und Prävention erfolgt.⁴

Oftmals gestaltet sich die Kommunikation zwischen eines Demenzerkrankten und einer Pflegefachkraft sehr schwierig, obwohl es mehrere Ansätze und Kommunikationsmethoden gibt, die die Kommunikation und den Umgang zwischen den Parteien erleichtern bzw. vereinfachen sollen. Eine dieser Methoden ist die Validation von Naomi Feil. Sie setzte sich ihr Leben lang thematisch mit der Krankheit Demenz auseinander und wurde durch ihr Umfeld automatisch damit konfrontiert.

In der folgenden Arbeit wird die Konzeption von Naomi Feil ausführlich beschrieben und analysiert. Der Fokus liegt auf der Erklärung der Krankheit Demenz selbst und die Ausführung der Validation durch Pflegefachkräfte einer stationären Pflegeeinrichtung. Dabei soll näher beschrieben werden, wer in der Lage ist, die Kommunikationsmethode durchzuführen, da die Techniken und die Methode selbst im Laufe der Zeit erlernt und erprobt werden müssen. Des Weiteren wird ein Vergleich zwischen der Validation nach Naomi Feil und einer weiteren Kommunikationsmöglichkeit, der Biografiearbeit, angestellt. Dieser Vergleich verfolgt das Ziel, eine deutliche Abgrenzung aufzuzeigen und eine weitere Möglichkeit des besseren Umgangs und Kommunikation von Pflegekräften und demenziell erkrankter Personen einer stationären Pflegeeinrichtung anzugeben. Außerdem steht im Mittelpunkt dieser Bachelorarbeit, die Pflegefachkraft für die Validation zu sensibilisieren, ihr Pflegeverständnis zu erweitern und die Pflege zu professionalisieren.

⁴ vgl.: Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2022

2 Teil 1 – Krankheitsbild Demenz

Im folgenden Teil dieser Bachelorarbeit, wird das Krankheitsbild Demenz analysiert und Bestandteile wie Symptomatik, Arten und Formen, sowie die Diagnose der Erkrankung behandelt.

2.1 Definition Demenz

Das Wort Demenz leitet sich von dem lateinischen Begriff „Demens“ ab und bedeutet so viel wie „weg vom Geist“ bzw. „ohne Geist“. Somit wird die Verschlechterung bis hin zum Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit als das Hauptmerkmal einer Demenz aufgegriffen.

Der Begriff „Demenz“ bezeichnet keine Krankheitseinheit. Darunter versteht man eine Reihe von Krankheitsbildern verschiedener Ursachen und Verlaufsformen.⁵

Eine Definition der Demenz lautet: „Eine Demenz ist eine erworbene, chronisch verlaufende Beeinträchtigung der Hirnfunktionen mit dem Leitsymptom Gedächtnisstörungen. Das Syndrom ist organisch bedingt und besteht aus kognitiven und nicht kognitiven Symptomen, die so stark ausgeprägt sind, dass sie sich auf die Aktivitäten des täglichen Lebens auswirken.“⁶

In den Anfängen einer Demenzerkrankung stehen Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und der Merkfähigkeit. Des Weiteren können bereits eingeprägte Inhalte des Langzeitgedächtnisses schwinden, womit die Betroffenen im Verlauf der Zeit mehr erlernte Fähigkeiten und Fertigkeiten verlieren. Die zunehmenden Beeinträchtigungen wirken sich auch auf die Aufmerksamkeit, die Sprache, das Auffassungs- und Denkvermögen, sowie auf die Orientierung aus. Eine Demenzerkrankung geht also deutlich über eine Gedächtnisstörung hinaus. Die Krankheit beeinflusst das ganze Sein eines Menschen, von der Wahrnehmung über das Verhalten und das Erleben.

Die Früherkennung einer Demenz muss differenziert betrachtet werden, da diese besonders wichtig, als auch schwierig ist. Die Leistungsfähigkeit des

⁵ vgl. Ulrike Marwedel, Siegfried Weyerer, Martina Schäufele. 2013. *Demenzielle Erkrankungen*. 1. Auflage. Haan – Gruiten: Europa – Lehrmittel, S. 139.

⁶ Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 134.

Gehirns nimmt nur langsam ab, sodass die Symptome nicht immer gleich erkannt werden können.

In der ICD-10 wird Demenz wie folgt unterteilt⁷:

F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit

F00.0 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (< 65 Jahre), Typ 2

F00.1 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (> 65 Jahre), Typ 1

F00.2 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte

F01 Vaskuläre Demenz

F02 Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen

F03 Nicht näher bezeichnete Demenz

2.2 Symptome einer Demenzerkrankung

„Als Symptome werden in der Medizin alle Zeichen zusammengefasst, die in Zusammenhang mit einer Krankheit auftreten und vom Patienten selbst ("Subjektives Symptom") oder vom Arzt ("Objektives Symptom") wahrnehmbar sind.“⁸

Durch bestimmte Krankheitszeichen (Symptome), ergibt sich ein typisches Krankheitsbild, woran eine Demenz erkannt werden kann. Wenn mehrere charakteristische Symptome aufeinandertreffen, wird dies als Syndrom bezeichnet. Aus diesem Grund kann man auch vom demenziellen Syndrom sprechen. Das bekannteste Krankheitszeichen ist die Gedächtnisstörung.

Die Demenzerkrankungen, unabhängig von der Ursache, weisen Gemeinsamkeiten und Ähnlichkeiten auf. Allerdings ist das Auftreten der Symptomatik von Mensch zu Mensch so individuell, wie die Personen selbst.⁹

⁷ vgl. *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (Stand: 08.08.2022) URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2016/> [2016]

⁸ Nicolay, Nils: *Symptom* (Stand: 10.08.2022) URL: <https://flexicon.doccheck.com/de/Symptom#:~:text=1%20Definition,von%20den%20Krankheitszeichen%20heißt%20Symptomatologie> [2019].

⁹ vgl. Shibley Rahman, Rob Howard. 2019. *Demenz Kompakt. Kurzlehrbuch zur Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz*. 1. Auflage. Bern: Hogrefe, S. 26.

Die Symptome einer Demenz können in Bezug auf die Form und das Stadium variieren. Allerdings gibt es grundlegende Hinweise, dass es sich bei der Krankheit um eine Demenz handeln könnte. Anzeichen dafür sind die Vergesslichkeit, die Orientierungslosigkeit, die Abnahme der Urteilsfähigkeit und des Konzentrationsvermögen. Diese Anzeichen verstärken sich mit jedem Stadium.

In der S3 – Leitlinie, eine Leitlinie für den Erhalt von einem evidenzbasierten Handlungsrahmen für Patienten mit demenzieller Erkrankung und Konsens mit aktuellem Stand aus der Wissenschaft für Ärzte und therapeutisch Tätigen, werden Kriterien für die allgemeine Demenz formuliert: ¹⁰

Allgemeine Demenzkriterien

Kognitive oder verhaltensbezogene Symptome liegen vor, die 1. das Funktionieren bei Alltagsaktivitäten beeinträchtigen 2. eine Verschlechterung im Vergleich zu einem vorherigen Zustand darstellen 3. nicht durch ein Delir oder eine psychische Erkrankung erklärbar sind 4. Die kognitive Störung wird diagnostiziert durch die Kombination aus Eigen- und einer Fremdanamnese und objektiver Bewertung der kognitiven Leistung durch eine kognitive Testung oder eine klinischkognitive Untersuchung. Eine neuropsychologische Testung sollte dann durchgeführt werden, wenn die Anamnese und die kognitive, orientierende klinische Untersuchung nicht ausreichen, um die Diagnose sicher zu stellen. 5. Es müssen mindestens zwei der folgenden Bereiche beeinträchtigt sein: a. Gedächtnisfunktionen b. Verstehen und Durchführung komplexer Aufgaben, Urteilsfähigkeit c. Räumlich-visuelle Funktionen d. Sprachfunktionen e. Veränderungen im Verhalten ("Persönlichkeitsveränderungen") Die Abgrenzung der Demenz zur leichten kognitiven Störung ("mild cognitive impairment", MCI) ist durch die Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen durch die kognitive oder Verhaltensstörung definiert. Die Bewertung der Alltagsbeeinträchtigungen ist eine klinische Bewertung, die sich an der individuellen Patientenkonstellation ausrichtet und auf den Angaben des Patienten und eines Informanten fußt.
--

Tabelle 1: NIA-AA-Kriterien für die allgemeine Demenz

¹⁰ S3-Leitlinie "Demenzen" (Stand: 10.08.2022) URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf [2016].

Symptome können in kognitive und nicht kognitive Symptome unterteilt werden. Zu den kognitiven Symptomen gehören die Beeinträchtigung der Orientierung und des Gedächtnisses. Wiederum zählen Antriebslosigkeit und Depressionen zu den nicht kognitiven Symptomen.

Der Betroffene erlebt zu Beginn der Erkrankung eine Verschlechterung des Gedächtnisses, besonders neues Wissen ist schwer erlernbar.¹¹ Vorallem in ungewohnten Situationen machen sich diese Veränderungen bemerkbar. Dieser Zustand bereitet dem Betroffenen Angst und Erschrecken, weshalb dieser solche Situationen, in denen die kognitive Störungen auftreten, meidet. Dies kann zur Folge haben, dass die Stimmung resigniert, sogar depressiv oder gereizt ist und die Aktivitäten immer mehr nach lassen.¹²

Die dauerhafte, meist fortschreitende Minderung der geistigen Leistungsfähigkeit führt längerfristig zum Verlust des selbstständigen Lebens. Die Folgen der dementiellen Erkrankung sind zunächst, die Unterstützung durch die Angehörigen und bei weiterem Verlauf der Krankheit mündet es in die Pflegebedürftigkeit, wie dies auch Abbildung 1 deutlich macht.



Abbildung 1

¹¹ vgl. Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 45.

¹² vgl. Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 46.

„Mit dem weiteren Fortschreiten der Erkrankung wird die vertraute Welt immer fremder.“¹³ Planung und Durchführung einer längeren Handlungsabfolge wird zunehmend schwieriger und das Selbstbild gestaltet sich unrealistisch. Die Umwelt des Betroffenen wird nicht mehr als die, die es ist, wahrgenommen, wodurch die Anpassung misslingt. Der Betroffene fängt an in seiner eigenen Realität zu leben. Die Kontrolle des eigenen Lebens entschwindet, der demenzerkrankte Mensch kann nicht mehr einschätzen, was andere mit ihm machen und warum dies geschieht. Das kann Passivität, wenn nicht sogar Aggressivität zur Folge haben. Aus Unsicherheit und Unruhe des Betroffenen, werden dem Pflegepersonal, nicht mal so unüblich, böse Absichten unterstellt.

Gelangt der Betroffene ins Spätstadium, ist er spätestens ab da an auf eine 24 Stunde professionelle Pflege angewiesen. Für das Pflegepersonal wird es stetig schwieriger Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen. Auffällige Verhaltensweisen wie Schreien, körperliche Abwehr und Unruhe machen sich bemerkbar. Somit werden negative Gefühle wie Überforderung, Angst und Schmerz ausgedrückt, da der Betroffene kaum noch kommunizieren kann. Bedürfnisse nach Zuneigung, Liebe und Aufmerksamkeit gehen durch die Krankheit nicht verloren.¹⁴

Der Schweregrad und Verlauf einer Demenz kann mithilfe der Global-Deterioration-Skala (GDS) nach Reisberg eingeschätzt werden. Mittels sieben Stadien der Skala wird der Verlauf der Demenzkrankheit eingeteilt. Die ersten beiden Stadien der Skala beschreiben dabei einen Übergang zwischen Gesundheit und demenzieller Erkrankung.¹⁵

Durch Beobachtungen und Befragungen erfolgt die Einstufung durch professionelle Pflegepersonen. Somit bietet die Reisberg-Skala eine Hilfestellung, um Störungen der betroffenen Person zu erfassen.

¹³ Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 46.

¹⁴ vgl. Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 47.

¹⁵ vgl. Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 177.

Stadium	Benennung	Vergleich zu Alzheimer	Beschreibung
I	Keine Einschränkungen	-	Normale Funktion, es sind keine Symptome vorhanden.
II	Sehr geringer kognitiver Rückgang	Frühste Anzeichen von Alzheimer	Normale Altersveränderungen, es können Lücken im Gedächtnis auftreten aber es werden noch keine Symptome der Demenz erkannt.
III	Geringer kognitiver Rückgang	Frühstadium von Alzheimer kann in einigen Fällen diagnostiziert werden	Bei einer ärztlichen Untersuchung werden Probleme mit dem Gedächtnis und der Konzentration festgestellt. Familie und Freunde bemerken Schwierigkeiten beim zu Recht finden an fremden Orten.
IV	Mässiger kognitiver Rückgang	Frühstadium von Alzheimer	Bei einer ärztlichen Untersuchung können Symptome entdeckt werden, welche auf eine Demenz hinweisen. Komplexe Aufgaben können nicht mehr durchgeführt werden (Finanzen, Planungen).
V	Mittelschwerer kognitiver Rückgang	Mittelschwere Alzheimererkrankung	Lücken im Gedächtnis und Denken sind wahrnehmbar. Die Betroffenen benötigen Hilfe bei den alltäglichen Aktivitäten (Auswahl passender Kleidung).
VI	Schwerer kognitiver Rückgang	Mässig schwere/ Mittelschwere Alzheimererkrankung	Persönlichkeitsveränderungen fallen auf und die Betroffenen benötigen viel Unterstützung bei den alltäglichen Aktivitäten (Begleiteter Toilettengang).
VII	Sehr schwerer kognitiver Rückgang	Schwere Alzheimererkrankung bis Spätstadium	Die Betroffenen verlieren die Fähigkeiten mit der Umwelt in Kontakt zu treten. Sie verlieren die Kontrolle über die Motorik.

Tabelle 2: Stadien der Demenz nach Barry Reisberg¹⁶

Die sieben Stadien beschreiben das Fortschreiten der kognitiven Symptome. Zusätzlich werden auch nicht-kognitive und körperliche Symptome einbezogen. Mit zunehmenden Stadien fallen die Symptome mehr ins Gewicht und verstärken sich.

¹⁶ Frefel, Debora: *Biografiearbeit als Intervention bei Menschen mit Demenz* (Stand: 14.08.2022) URL: https://www.elsevier.com/___data/assets/pdf_file/0008/1210985/FrefelBiografiearbeitDemenzZF.pdf [2014].

Zusammenfassend ist zu sagen, was ein Betroffener fühlt, hängt von dem Stadium an, in welchem er sich befindet, ob die individuellen Bedürfnisse berücksichtigt und umgesetzt werden, wie mit ihm umgegangen und ob die medizinische Behandlung sorgfältig und der Krankheit entsprechend umgesetzt wird.

Ebenso benötigen Pflegekräfte für einen optimalen Umgang mit demenzerkrankten Menschen:

- die Fähigkeit zur Empathie,
- Kenntnisse seiner Biografie und
- Fachwissen über seine Erkrankung.¹⁷

Das Gefühl der Geborgenheit, professionelle, taktvolle und sensible Begleitung, als auch sorgfältige, individuell geplante Pflege und medizinische Behandlung, sind Grundsätzlichkeiten für das Wohlfühl von Erkrankten.

2.2.1 Primäre Demenz

Es wird zwischen zwei Arten der Demenzerkrankungen unterschieden: die primäre und sekundäre Demenz.

Bei der primären Demenz handelt es sich um den Krankheitsprozess direkt im Gehirn. Dieser wird durch eigenständige, degenerative oder vaskuläre Hirnerkrankungen ausgelöst und sind nach heutigem Wissensstand irreversibel. Beispiele für primäre Demenzen sind die Alzheimer-Krankheit, die in etwa 60 – 65 Prozent aller Demenzerkrankungen ausmacht, die vaskuläre bzw. gefäßbedingte Demenz, die Lewy-Body- oder auch Lewy-Körperchen-Demenz und die frontotemporale Demenz.

2.2.2 Sekundäre Demenz

Unter der sekundären Demenz versteht man eine Demenzerkrankung, die durch eine andere Grunderkrankung ausgelöst wurde. Beispiele hierfür können sein: Stoffwechselerkrankungen, Vergiftungserscheinungen durch Medikamente- oder Drogenmissbrauch, Vitaminmangel, Bluthochdruck,

¹⁷ vgl. Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 272.

Diabetes, oder auch Hirntumore und infektiöse Erkrankungen wie HIV. Auf Grund der organischen Erkrankung kann ein geistiger Verfall die Folge sein.

Allerdings können genannte internistische Grunderkrankungen teilweise behandelt werden, weshalb eine Rückbildung der Demenzerkrankung möglich ist.

Demenzformen, die der sekundären Demenz zugeordnet werden, machen circa zehn Prozent der Gesamtheit aus. Darunter zählen das Korsakow-Syndrom und die Demenz bei Morbus Parkinson.

2.3 Demenzformen

Im folgenden Abschnitt der anstrebenden Bachelorarbeit, stehen verschiedene Demenzformen im Fokus.

Trotz vielfältiger Ursachen besitzen die verschiedenen Demenzformen gemeinsame Merkmale:¹⁸

- eine organische Ursache
- umfassende Beeinträchtigungen der Hirnfunktionen
- die Aktivitäten des täglichen Lebens werden beeinflusst
- kognitive als auch nicht kognitive Symptome sind zuerkennen
- ein Syndrom wird deutlich

Wie schon in den Punkten primärer und sekundärer Demenz angesprochen, können die Demenzformen unterschieden werden. Bei rechtzeitiger Behandlung ist es möglich, Demenzformen, die der sekundären Demenz zugehörig sind, geheilt werden, wenn diese von einer behandelbaren Grunderkrankung verursacht werden. Reversible Demenzen sind deutlich seltener als irreversible Formen. Auf Grund dessen beschäftigt sich diese Arbeit mit Beispielen der primären Demenzen.

Der Verlauf von nicht heilbaren (irreversiblen) Demenzen kann in drei Schweregrade unterteilt werden:

¹⁸ vgl. Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 37.

1. Stadium: erste Gedächtnisstörungen machen sich im Alltag bemerkbar und ungewohnte Tätigkeiten bereiten häufig Schwierigkeiten; eine selbstständige Lebensführung ist trotz alledem noch möglich
2. Stadium: Der Betroffene wird allmählich auf Hilfe angewiesen sein z.B. bei der Körperpflege
3. Stadium: einfachste Alltagsaktivitäten fallen schwer, wodurch Betroffene eine 24 Stunden Pflege benötigen

„Im Grunde kann jede Krankheit oder jede Einwirkung, die mit einer Unterversorgung des Gehirns einhergeht und infolgedessen die für kognitive Leistungen zuständigen Hirnzellen schädigt, zu einer Demenz führen.“¹⁹

Die Alzheimer-Krankheit macht circa 60 bis 65 Prozent aller Demenzerkrankungen aus. Mit den vaskulären Demenzen und den Mischformen, macht das circa 90 Prozent aller Erkrankungen aus.

Die folgende Abbildung legt eine Übersicht über verschiedene Demenzformen und ihren Anteil in der Bevölkerung dar.

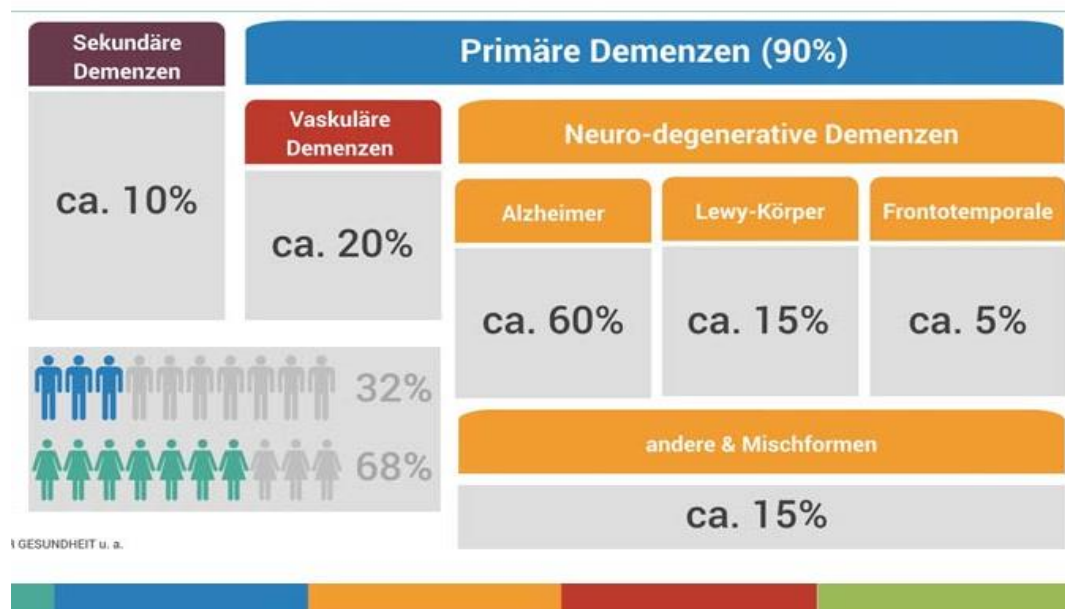


Abbildung 2

¹⁹ Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 161.

2.3.1 Alzheimer-Demenz

Die Alzheimer-Krankheit wird in der ICD-10 wie folgt definiert: „Die Alzheimer-Krankheit ist eine primär degenerative zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie und charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Merkmalen. Sie beginnt meist schleichend und entwickelt sich langsam aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren.“²⁰

Der deutsche Neurologe Alois Alzheimer entdeckte bei der Autopsie einer 51-Jährigen „bemerkenswerte Veränderungen in den Nervenfasern“²¹ und eine „eigenartige Substanz in der Hirnrinde“²², dies führte er auf einen „offensichtlich [...] klar zu erkennenden Krankheitsverlauf“²³ zurück. Die Alzheimer-Krankheit wurde dementsprechend nach ihm benannt, da er jene Veränderungen des Gehirns feststellte.

Die Alzheimer-Krankheit gehört der Gruppe der primären Demenzen an, da es sich hierbei um eine degenerative Hirnerkrankung handelt. Demzufolge läuft der Krankheitsprozess direkt im Gehirn ab. Im Verlauf der Krankheit sterben Nervenzellen des Gehirns ab, weshalb die Betroffenen die bekannten Symptome der Alzheimer-Demenz aufweisen.

Bei der Alzheimer-Erkrankung beginnt es mit schädlichen Veränderungen in und zwischen den Nervenzellen im Gehirn, die zur Folge haben, dass Neuronen absterben und Funktionsstörungen auftreten. Nach mehreren Jahren der Schädigungen der Nervenzellen, zeigen sich typische Symptome. Wissenschaftler gehen davon aus, dass die Ursache der Alzheimer-Krankheit auf eine Kombination aus genetischen Faktoren, Faktoren des Lebensstils und Umgebungsfaktoren zurückzuführen ist.²⁴

Betroffene weisen Defizite in den Bereichen der Erinnerung, der Orientierung, des Urteilsvermögens, des logischen und abstrakten Denkens, des

²⁰ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (Stand: 10.08.2022) URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2016/block-f00-f09.htm> [2016].

²¹ Aloisius Alzheimer. 1907. *Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde*. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 64, (1), S. 148.

²² Alzheimer 1907, S. 148.

²³ Alzheimer 1907, S. 148.

²⁴ vgl. Rahman/Howard 2019, S. 33.

Aufmerksamkeits- bzw. Konzentrationsvermögens und in Alltagsverrichtungen auf. Diese treten mit Fortschreiten der Krankheit vermehrt auf.

2.3.2 Vaskuläre Demenz

In der ICD-10 wird die vaskuläre Demenz definiert: „Die vaskuläre Demenz ist das Ergebnis einer Infarzierung des Gehirns als Folge einer vaskulären Krankheit, einschließlich der zerebrovaskulären Hypertonie. Die Infarkte sind meist klein, kumulieren aber in ihrer Wirkung. Der Beginn liegt gewöhnlich im späteren Lebensalter.“²⁵

Vaskulär bedeutet Blutgefäße betreffend, was auf die Ursache der Erkrankung zurückzuführen ist. Die Schädigung von größeren bzw. kleineren Blutgefäßen. Vaskuläre Demenzen können durch Minderdurchblutungen, Blutungen, Ödembildungen oder erhöhtem Blutdruck ausgelöst werden. Die Frühsymptome der vaskulären Demenz sind ähnlich zu denen der Alzheimer-Krankheit. Je nach Ursache und Hirnareal, entwickeln sich die Symptome langsam, können aber auch schlagartig auftreten. Typische Symptome sind Gedächtnisprobleme, Desorientiertheit, Konzentrationsdefizite, Kommunikationsprobleme und Stimmungsschwankungen.²⁶

Die S3-Leitlinie „Demenz“ von 2016 formuliert Kriterien, die der vaskulären Demenz zugeordnet werden können. Außerdem beinhaltet diese Ausschlusskriterien.

I. Demenz
Kognitive Verschlechterung bezogen auf ein vorausgehendes höheres Funktionsniveau manifestiert durch Gedächtnisstörung und mindestens zwei der folgenden Fähigkeiten: ☐ Orientierung, Aufmerksamkeit, Sprache, visuell-räumliche Fähigkeiten, Urteilsvermögen, Handlungsfähigkeit, Abstraktionsfähigkeit, motorische Kontrolle, Praxie Alltagsaktivitäten müssen beeinträchtigt sein Ausschlusskriterien: ☐ Bewusstseinsstörung

²⁵ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. (Stand: 10.08.2022), URL:

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmligm2016/block-f00-f09.htm> [2016]

²⁶ vgl. Rahman/Howard 2019, S. 28.

☐ Delirium ☐ Psychose ☐ Schwere Aphasie ☐ Ausgeprägte sensomotorische Störung, die Testung unmöglich macht ☐ Systemische oder andere Hirnerkrankungen, die ihrerseits kognitive Störungen verursachen können
II. Zerebrovaskuläre Erkrankung
Zentrale fokal-neurologische Zeichen mit und ohne anamnestischen Schlaganfall und Zeichen einer relevanten zerebrovaskulären Erkrankung im CT/MR Als relevant eingestufte zerebrovaskuläre Läsionen im radiologischen Befund - Lokalisation -: Schlaganfälle Großgefäßterritorien: ☐ Beidseitig A. cerebri anterior ☐ A. cerebri posterior ☐ Parietotemporale und tempoparietale Regionen ☐ Superiore frontale und parietale Regionen Kleingefäßerkrankungen: ☐ Basalganglien und frontale Marklagerlakunen ☐ Ausgedehnte periventrikuläre Marklagerläsionen ☐ Beidseitige Thalamusläsionen Ausmaß: ☐ Großgefäßläsionen in der dominanten Hemisphäre ☐ Beidseitige hemisphärische Großgefäßläsionen ☐ Leukoenzephalopathie => 25% des Marklagers
III. Eine Verknüpfung von I. und II.
Definiert durch mindestens eine der folgenden Bedingungen: ☐ Beginn der Demenz innerhalb von drei Monaten nach einem Schlaganfall ☐ Abrupte Verschlechterung kognitiver Funktionen ☐ Fluktuierende oder stufenweise Progression der kognitiven Defizite Unterstützende Merkmale: ☐ Früh auftretende Gangstörungen ☐ Motorische Unsicherheit und häufige Stürze ☐ Blasenstörung (häufiger Harndrang, nicht urologisch erklärbar) ☐ Pseudobulbärparalyse ☐ Persönlichkeitsstörungen und Stimmungsänderungen, Abulie, Depression, emotionale Inkontinenz, andere subkortikale Defizite

Tabelle 3: NINDS-AIREN-Kriterien für wahrscheinliche vaskuläre Demenz²⁷

2.3.3 Lewy-Body- oder Lewy-Körperchen-Demenz

Die Lewy – Körperchen - Demenz gehört den degenerativen Demenzerkrankungen an und wird demzufolge der primären Demenz zugeordnet. Man kennt sie auch unter dem Namen “Dementia with Lewy-

²⁷ S3-Leitlinie “Demenzen“ (Stand: 10.08.2022) URL:
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf [2016].

Bodies“ und ist im Vergleich zur Alzheimer-Krankheit deutlich weniger verbreitet. Da die Lewy-Körperchen-Demenz zu den degenerativen Demenzformen gehört, können auch hier spezifische Veränderungen im Gehirn wahrgenommen werden. Die Erkrankung ist nach dem Neurologen Friedrich H. Lewy benannt.

Die Lewy-Körperchen-Demenz weist Ähnlichkeiten mit der Alzheimer-Demenz und der Demenz bei Morbus Parkinson auf. Charakterisiert wird sie durch Schwankungen der geistigen Leistungsfähigkeit, lebhafte optische Halluzinationen, seltener akustische Halluzinationen und parkinsonähnlichen Bewegungsstörungen.

In der S3-Leitlinie „Demenz“ von 2016 von den Herausgebern: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. – Selbsthilfe Demenz, werden folgende Konsensuskriterien für die Lewy-Körperchen-Demenz definiert:

I. Das zentrale Merkmal der LKD ist eine Demenz,
die mit Funktionseinschränkungen im Alltag einhergeht. Die Gedächtnisfunktion ist beim Erkrankungsbeginn relativ gut erhalten. Aufmerksamkeitsstörungen, Beeinträchtigungen der exekutiven und visuoperzeptiven Funktionen sind häufig
II. Kernmerkmale sind:
☐ Fluktuation der Kognition, insbesondere der Aufmerksamkeit und Wachheit ☐ Wiederkehrende ausgestaltete visuelle Halluzinationen ☐ Parkinson-Symptome
III. Stark hinweisende Merkmale sind:
☐ Verhaltensstörungen im REM-Schlaf (Schreien, Sprechen, motorisches Ausagieren von Träumen) ☐ Ausgeprägte Neuroleptikaüberempfindlichkeit ☐ Verminderte dopaminerge Aktivität in den Basalganglien, dargestellt mit SPECT oder PET Für die Diagnose " mögliche " LKD muss das zentrale Merkmal zusammen mit einem Kernmerkmal vorkommen Wenn Kernmerkmale fehlen, genügt mindestens ein stark hinweisendes Merkmal für die Diagnose " mögliche " LKD

Für die Diagnose " wahrscheinliche " LKD müssen mindestens zwei Kernmerkmale oder ein Kernmerkmal zusammen mit mindestens einem stark hinweisenden Merkmal erfüllt sein
IV. Unterstützende Merkmale kommen häufig vor,
haben aber zurzeit keine diagnostische Spezifität: wiederholte Stürze oder Synkopen, vorübergehende Bewusstseinsstörung, schwere autonome Dysfunktion (orthostatische Hypotension; Urininkontinenz), Halluzinationen in anderen Modalitäten, systematischer Wahn, Depression, Erhaltung des medialen Temporallappens (cCT, cMRT), verminderter Metabolismus, insbesondere im Okzipitallappen, pathologisches MIBG-SPECT des Myokards, verlangsamte EEGAktivität mit temporalen scharfen Wellen
Gegen LKD sprechen:
☐ Zerebrovaskuläre Läsionen in der cCT oder cMRT oder fokal-neurologische Symptome ☐ Andere Erkrankungen, die das klinische Bild zureichend erklären können ☐ Spontane Parkinson-Symptome, die ausschließlich bei schwerer Demenz auftreten

Tabelle 4: Klinisch-diagnostische Konsensuskriterien der Lewy-Körperchen-Demenz (LKD)²⁸

2.3.4 Frontotemporale Demenz

Die Frontotemporale Demenz wird in der ICD – 10 auch als Pick-Krankheit²⁹ bezeichnet. Unter dieser Form der Demenz versteht man eine neurodegenerative Erkrankung, da hierbei die Stirn- und Schläfenlappen des Gehirns zerstört werden. Schlussfolgernd handelt es sich um eine primäre Demenzart.

Charakterisiert wird diese Form der Demenz durch einen frühen Beginn und langsam fortschreitende Persönlichkeitsveränderung und dem Verlust von sozialen Fähigkeiten. Weitere Symptome können Beeinträchtigungen des Intellekts, Gedächtnisses, Sprachfunktionen, als auch der Euphorie sein.³⁰

²⁸ S3-Leitlinie "Demenzen" (Stand: 10.08.2022) URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf [2016].

²⁹ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. (Stand: 10.08.2022), URL: https://www.icd-code.de/icd/code/F02.-*.html [2016].

³⁰ vgl. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. (Stand: 10.08.2022), URL: https://www.icd-code.de/icd/code/F02.-*.html [2015].

Das Auftreten der frontotemporalen Demenz ist selten und passiert meist im Alter zwischen 45 und 60 Jahren.³¹

2.3.5 Gemischte Demenz

Unter der gemischten Demenz versteht man die Kombination aus der Alzheimer-Krankheit und der vaskulären Demenz. Gerade bei hochbetagten Menschen kommt es häufig zu Interaktionen zwischen den beiden Formen.

Der Begriff der gemischten Demenz wird nicht überall wie in der ICD-10 geführt, sondern wird auch als Alzheimer-Krankheit mit zerebrovaskulären Erkrankung bezeichnet.

Die Symptome der gemischten Demenz sind vielfältig und ähneln anderen Demenzformen wie der Alzheimer-Krankheit oder der vaskulären Demenz. Teilweise sind sie von anderen Demenzen nicht zu unterscheiden.

2.4 Diagnostik

Definition: „Unter der Diagnostik versteht man die Gesamtheit aller Massnahmen, die zur Erkennung (Diagnose) einer Krankheit führen.“³²

Die ICD-10 formuliert Voraussetzungen für die Diagnose von Demenz, ohne Betrachtung der Ursache, die zugrunde liegt:

1. *„Störungen des Gedächtnisses*
 - *Störungen der Aufnahme und Wiedergabe neuerer Informationen und in späteren Demenzstadien Verlust früher erlernter und vertrauter Inhalte*
2. *Abnahme anderer kognitiver Fähigkeiten*
 - *Störungen des Denkvermögens*
 - *Störungen der Fähigkeiten zu vernünftigen Urteilen*
3. *Störungen der emotionalen Kontrolle, des Antriebs oder des Sozialverhaltens“*³³

³¹ vgl. Rahman/Howard 2019, S. 28.

³² Nicolay, Nils: *Diagnostik*. (Stand: 11.08.2022), URL: <https://flexikon.doccheck.com/de/Diagnostik> [2017].

³³ Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 140.

2.4.1 Diagnosestellung

Die Diagnose einer Demenzerkrankung dient der Aufklärung der Ätiologie, der Symptomatik, der Prognose, der Therapie und den präventiven Maßnahmen und bildet somit die Grundlage der Behandlung und Betreuung der Erkrankten.

Die Diagnose wird meist von Fachärzten der Gebiete Psychiatrie, Geriatrie und Neurologie gestellt und ist überwiegend eine Kombination aus mehreren Untersuchungen, da es keinen bestimmten und unfehlbaren Demenztest zur Diagnose gibt. Um die Diagnose stellen zu können, müssen die Symptome, wie Störungen des Gedächtnisses und andere kognitive Fähigkeiten, auffällig genug sein und über einen Zeitraum von sechs Monaten bestehen, um eine Beeinträchtigung feststellen zu können.

In der ICD-10 werden Kriterien beschrieben, die die Bedingungen für die Diagnose einer Demenz darlegen. Es müssen davon vier Kriterien erfüllt sein, dass von einer Demenzerkrankung gesprochen werden kann.

Eine frühzeitige Diagnose der Demenzerkrankung ist von Vorteil, da es sich dabei um einen dynamischen, progredienten Prozess handelt und somit die Belastung und Pflegebedürftigkeit verzögern kann. Allerdings sollte darauf geachtet werden, dass keine falsch-positive Demenzdiagnose gestellt wird, da dies besonders bei einer Frühdiagnose vorkommen kann. Darüber hinaus sollte eine ätiologische Differenzialdiagnose gestellt werden, da Krankheiten mit ähnlicher Symptomatik nicht direkt ausgeschlossen werden können und die richtige Behandlung bzw. Therapie angeordnet werden kann.

2.4.2 Diagnostische Verfahren

Im folgenden Abschnitt der Bachelorarbeit geht es um die vielfältigen Verfahren zur Diagnose einer Demenzerkrankung. Darunter befindend die Anamnese, körperliche und psychopathologische Untersuchungen und kognitive Kurztests.

2.4.2.1 Anamnese

Das Wort ‚Anamnese‘ kommt aus dem Griechischen, bedeutet so viel wie „Erinnerung“³⁴ und wird wie folgt definiert: „Die Anamnese ist eine systematische Befragung, die den Gesundheitszustand eines Individuums zum Thema hat. Sie wird vom Arzt oder einer anderen mit der Behandlung betreuten Person durchgeführt, um die aktuellen Beschwerden, die gesundheitliche Vorgeschichte, besondere Dispositionen (z.B. Allergien), die Lebensumstände und das genetische Risiko des Patienten zu erfassen.“³⁵

Zu den Punkten Beschwerden im Alltag, gesundheitliche Vorgeschichte, Dispositionen, Lebensumstände und genetisches Risiko, lassen sich noch weitere Aspekte addieren. Der bisherige Verlauf (z.B. langsam oder schnell progredient), das Erstsymptom (z.B. Gedächtnisverlust) und der psychopathologische Befund (z.B. Hinweise auf Depression) spielen zusätzlich eine Rolle. Außerdem sollte auch ein Blick auf die Medikamentenanamnese fallen, da einzunehmende Medikamente auf bestehende Krankheiten hinweisen und zudem kognitive Beeinträchtigungen zur Folge haben können.

2.4.2.2 Körperliche und psychopathologische Untersuchung

Viele Erkrankungen können zu einem demenziellen Syndrom führen. Auf Grund dessen sind körperlich internistische und neurologische Untersuchungen unabdingbar und notwendig für die Feststellung der Symptome. Mithilfe neurologischer Untersuchungen können Krankheiten erkannt werden, die auf primäre Ursachen einer Demenz oder nicht-primären neurodegenerativen oder vaskulären Ursachen zurückzuführen sind. Ein psychopathologischer Befund gibt Hinweise zu Differenzialdiagnosen einer Demenz, wie Depressionen, Delir oder Schizophrenie. Ebenfalls werden bei diesem Befund wesentlich psychische und Verhaltenssymptome dargelegt,

³⁴ vgl. Graf von Westphalen, Georg: *Anamnese* (Stand: 11.08.2022) URL: https://flexikon.doccheck.com/de/Anamnese?utm_source=www.doccheck.flexikon&utm_medium=web&utm_campaign=DC%2BSearch [2017].

³⁵ Graf von Westphalen, Georg 2017

die eine besondere Relevanz in der Behandlung und Therapie des Betroffenen darstellen.³⁶

2.4.2.3 Kognitive Kurztests

„Unter kognitiven Leistungstests versteht man Untersuchungsmethoden, mit denen man die geistige Leistung eines Patienten beurteilt. Sie spielen insbesondere im Rahmen des geriatrischen Assessments bzw. zur Detektion einer Demenz oder eines Delirs eine wichtige Rolle.“³⁷

Es gibt eine Vielzahl an kognitiven Kurztests, die behilflich sind, die Diagnose einer Demenz zu erleichtern. Diese sind unausweichlich und müssen für eine Diagnose erfüllt werden. Diese Tests werden als Instrumente zur orientierenden Einschätzung von kognitiven Störungen bezeichnet.³⁸

Zu den bekannten Kurztests gehören der Mini-Mental-Status-Test (MMST), DemTect, der Test zur Früherkennung von Demenz mit Depressionsabgrenzung (TFDD), der Montreal Cognitive Assessment Test (MoCA) und der Uhrentest.

Unter dem Mini-Mental-Status-Test (MMST) versteht man einen Schnelltest zur Erfassung von kognitiven Störungen, der eine hohe Aussagekraft über die Diagnose von Demenz hat. Auf Grund dessen zählt er zu den Erst-Tests, die angewandt werden. Dabei wird er nicht nur für die Diagnose, sondern auch für den weiteren Krankheitsverlauf und dessen Überwachung genutzt.³⁹

Bei dem DemTect Test handelt es sich um einen Früherkennungstest, der kognitive Störungen feststellen kann. Dieser Test bietet eine vorläufige Erstbeurteilung für die Erkennung von Demenz.⁴⁰

Der Test zur Früherkennung von Demenz mit Depressionsabgrenzung ist dazu da, um Depressionen von einer Demenzerkrankung abzugrenzen, wie

³⁶ vgl. S3-Leitlinie „Demenzen“. 2016

³⁷ Wedig, Martin P: *Kognitiver Leistungstest* (Stand: 11.08.2022) URL: https://flexikon.doccheck.com/de/Kognitiver_Leistungstest?utm_source=www.doccheck.flexikon&utm_medium=web&utm_campaign=DC%2BSearch [2017].

³⁸ vgl. S3-Leitlinie „Demenzen“ 2016

³⁹ vgl. Flöer, Claudia: *Mini-Mental-Status-Test bei Demenz/Alzheimer (MMST)* (Stand: 12.08.2022) URL: <https://www.pflege.de/krankheiten/demenz/test/mmst/> [2019].

⁴⁰ vgl. Flöer, Claudia: *DemTect-Test bei Alzheimer/Demenz* (Stand: 12.08.2022) URL: <https://www.pflege.de/krankheiten/demenz/test/demtect/> [2017].

der Name aussagt. Depressionen können durch die Symptomatik die Erkrankung einer Demenz vortäuschen, weshalb eine Fehldiagnose mit dem Test ausgeschlossen werden soll.⁴¹

Der Montreal Cognitive Assessment Test ist besonders dafür geeignet, um frühe Demenzstadien zu erkennen und frühzeitig darauf reagieren zu können, da es bei einer Demenz sehr wichtig ist, diese so schnell wie möglich zu diagnostizieren.⁴²

Mit dem Uhrentest können ebenfalls kognitive Störungen festgestellt werden. Allerdings sollte dieser nicht einzeln angewandt werden und die Diagnose nicht davon abhängig gemacht, sondern immer in Kombination mit anderen kognitiven Kurztests, wie dem Mini-Mental-Status-Test bedient werden. Dadurch erhöht sich die diagnostische Aussagekraft.⁴³

Bei Demenz oder Demenzverdacht sollte bereits bei der Erstdiagnose eine Quantifizierung der kognitiven Leistungseinbuße erfolgen, um das Vorhandensein und den ungefähren Schweregrad einer Demenz zu bestimmen. Die Sensitivität dieser Verfahren bei leichtgradiger und fraglicher Demenz ist jedoch begrenzt und die kognitiven Kurztests sind nicht zur Differenzialdiagnostik verschiedener Demenzen geeignet.⁴⁴

3 Der Umgang mit demenziell erkrankten Menschen

Eine dementielle Erkrankung kann sowohl für den Betroffenen als auch für die Angehörigen oder das Pflegepersonal im Pflegeheim eine enorme Herausforderung darstellen. Die Persönlichkeit älterer Menschen ist von der eigenen Biografie, den Ereignissen und Erfahrungen geprägt. So kann es sein, dass demenziell erkrankte Menschen zusätzlich von traumatischen Erlebnissen beeinflusst werden. Von relevantem Einfluss sind sowohl die schulische als auch die berufliche Bildung, der Lebensstil sowie die Art und Weise wie mit Belastungssituationen umgegangen werden kann. Diese

⁴¹ vgl. Antwerpes, Frank: *TFDD* (Stand: 12.08.2022) URL: <https://flexikon.doccheck.com/de/TFDD> [2016].

⁴² vgl. Röder, Lara: *Eine beginnende Demenz erkennen: Der MoCa-Test* (Stand: 12.08.2022) URL: <https://www.pflege.de/krankheiten/demenz/test/moca/> [2021]

⁴³ vgl. *S3-Leitlinie "Demenzen"* 2016

⁴⁴ vgl. *S3-Leitlinie "Demenzen"* 2016

beeinflussenden Faktoren können mehr oder weniger eine Herausforderung für die Mitmenschen darstellen.

Im Umgang mit demenziell erkrankten Personen ist einiges zu beachten. Dieser sollte würdevoll und respektvoll sein, denn hinter der Erkrankung steckt ein Mensch mit Gefühlen und Bedürfnissen. Die Aufgabe der Begleitung und Unterstützung des Erkrankten als Pflegekraft ist anspruchsvoll. Das erfordert Einfühlungsvermögen, Taktgefühl, Sensibilität und in gleichermaßen auch Achtung vor der Einzigartigkeit der Persönlichkeit.⁴⁵

Pflegende sollte immer beachten, dass der Mensch mehr als seine Krankheit ist und nicht auf diese reduziert werden sollte. Es gab immer ein Leben vor der Demenzerkrankung und dies sollte bei der Pflege individuell betrachtet werden und Einfluss nehmen. Demzufolge sollte die Pflegeplanung darauf abgestimmt und die persönliche Krankheitsbewältigung, kulturelle und soziale Hintergründe, als auch Gefühle, Bedürfnisse und Traditionen berücksichtigt werden.

Im Umgang mit Demenzerkrankten sollten Pflegekräfte immer im Sinne des zu Pflegenden handeln. Das Ziel, welches dabei verfolgt wird, ist das Wohlbefinden des Betroffenen zu erhalten sowie dabei unterstützend und begleitend zu wirken. Die Aufgabe einer Pflegekraft ist nicht die Belehrung und auch nicht die Erziehung. Manchmal ist das Verhalten und die Ausdrucksweise des zu Pflegenden nicht nachvollziehbar, allerdings sollte eine Fachkraft mit der Erkrankung "Demenz" vertraut sein, um einen Umgang pflegen zu können. Dies erfordert Sensibilität und Aufmerksamkeit und wird auch als personenzentrierte Pflege betitelt. Dabei steht die zu pflegende Person im Vordergrund und die Pflegenden nehmen ebenfalls eine Hauptrolle ein. McCormack und McChance definieren die personenzentrierte Pflege wie folgt: „[Personenzentriertheit ist] ein praktischer Versorgungsansatz, der auf der Bildung und Förderung heilsamer Beziehungen zwischen allen Erbringern von Pflegedienstleistungen, den Pflegeempfängern und denen, die in ihrem Leben eine wichtige Rolle spielen, beruht. Die Grundwerte dieses Ansatzes sind der Respekt vor den Personen (Personsein), das individuelle

⁴⁵ vgl. Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 78.

Selbstbestimmungsrecht, gegenseitiger Respekt und gegenseitiges Verständnis. Personenzentriertheit wird durch Empowerment-Kulturen, die fortlaufende Verbesserungen der Pflegepraxis fördern, ermöglicht.“⁴⁶

Zusätzlich ist darauf zu achten, dass Menschen mit Demenz keine Kinder sind und man auch nicht so mit ihnen umzugehen hat. Selbst wenn der Betroffene ähnliche Verhaltensweisen äußert, steckt hinter dem Menschen eine Person mit Erfahrungen und Erlebnissen, die prägend waren.

Demenzkranken mit ihren Fehlern und Defiziten zu konfrontieren, ist für einen würdevollen Umgang nicht förderlich. Die Betroffenen sind meist selbst mit ihren neu auftretenden Störungen überfordert und die Konfrontation damit, könnte zum Rückzug und Unwohlsein führen.

Um als stationäre Pflegeeinrichtung das Wohlbefinden von Betroffenen zu erhalten und gleichzeitig zu fördern, sollten nicht nur die Pflegefachkräfte auf den Umgang achten, sondern die Einrichtung zu dem Ganzen beitragen. Beispielsweise sollte auf Wünsche bei den Essenszeiten Rücksicht genommen werden. Natürlich funktioniert es nicht, dass jede Person so Essen kann, wie er möchte, allerdings können 10 Minuten schon Einfluss nehmen. Besonders wichtig ist die Bezugspflege. „Ständig wechselndes Personal verunsichert Menschen mit Demenz.“⁴⁷ Auf Grund dessen, sollte darauf geachtet werden, so wenig Pflegekräfte über einen möglichst langen Zeitraum beizubehalten. Eine stationäre Pflegeeinrichtung sollte zudem möglichst nach bestimmten Prinzipien arbeiten, um den Übergang von zu Hause ins Heim des Erkrankten so einfach wie möglich zu gestalten. Der Umzug kann den Betroffenen überfordern und zum Rückzug bewegen. Das Normalisierungsprinzip könnte dabei behilflich sein, dies zu vermeiden. Dabei geht es um die Gestaltung des Wohnumfeldes im Pflegeheim wie zu Hause der betroffenen Person und damit auf Vorstellungs- und Gestaltungswünsche einzugehen.⁴⁸

⁴⁶ Rahman/Howard 2019, S. 65.

⁴⁷ Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 78.

⁴⁸ vgl. Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 78.

Ein wichtiger Aspekt im Umgang mit demenziell erkrankten Personen ist die Wertschätzung. „Ein wertschätzender, validierender Umgang wirkt sich positiv auf die erkrankten Menschen, auf die Beziehung zwischen Pflegekräften und zu Pflegenden und somit auch auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte aus.“⁴⁹ Bestimmte Verhaltensweisen und Äußerungen von Betroffenen erscheinen manchmal nicht sinnvoll und kindlich. Der validierende Ansatz geht davon aus, dass selbst solche Arten des Verhaltens seinen Sinn haben. Dieses Verhalten kann Gefühle und Bedürfnisse ausdrücken und erfüllt somit eine Bedeutung. Validierende Pflegenden befassen sich damit, die innere Welt demenziell Erkrankter anzuerkennen und anzunehmen. Der zweite Teil dieser Bachelorarbeit befasst sich mit dieser Auffassung und Umgangsweise der Validation nach Naomi Feil.

⁴⁹ Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 66.

4 Teil 2 – die Kommunikationsmethode Validation nach Naomi Feil

Oft ist für die Pflegenden nicht nachvollziehbar, was der demenziell erkrankte Mensch sagt und macht. Um dies verstehen zu können, müssen Pflegekräfte versuchen, sich in die Realität des Demenzerkrankten einzufühlen und mit dessen Augen sehen zu können. Dafür gibt es viele Ansätze und Methoden, welche dabei unterstützen sollen, die Vorstellungen „...über das innere Erleben demenzkranker Menschen“⁵⁰ nachzuvollziehen. Die sensible Kommunikation und der würdevolle Umgang sind der Schlüssel zum Verständnis.

Im folgenden Teil dieser Bachelorarbeit steht die Kommunikations- und Umgangsmethode ‚Validation‘ nach Naomi Feil im Mittelpunkt. Dabei wird in erster Linie auf den geschichtlichen Hintergrund und auf ein Fallbeispiel eingegangen, um Hintergrundwissen zu vermitteln, sowie die Konzeption, die Phasen und Techniken, als auch die Ziele und Kritik der Validation näher erläutert.

4.1 Definition Validation

„**Validation** bedeutet „unbedingte Wertschätzung“ und ist eine Umgangstechnik, ferner eine Kommunikationstechnik, im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen. Sie soll das Wohlbefinden und die Autonomie des Dementen durch das Normalitätsprinzip fördern, d.h. die subjektive Wirklichkeit des Gegenübers wird so angenommen, wie sie vorherrscht.“⁵¹

4.2 Geschichtlicher Hintergrund der Validationsmethode

Naomi Feil, Begründerin der Validation, wurde 1932 in München geboren. 1936 floh sie zusammen mit ihren jüdischen Eltern vor den Nationalsozialisten nach Amerika und wuchs in Cleveland, Ohio, in dem von ihrem Vater geführten Montefiore-Pflegeheim mit ihrem Bruder auf.⁵² Feils Eltern waren dort in der theoretischen und praktischen Arbeit mit „verwirrten“ alten Menschen tätig. Ihr Vater war ein Psychologe und verwaltete das Pflegeheim, während ihre Mutter

⁵⁰ Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 48.

⁵¹ Wendt, Stefanie: *Validation* (Stand: 13.08.2022) URL: <https://flexikon.doccheck.com/de/Validation> [2022].

⁵² Feil/de Klerk-Rubin 2020, S. 16.

die erste diplomierte Sozialarbeiterin war, die in einem Pflegeheim arbeitete und dort die Abteilung Soziale Dienste aufbaute.⁵³

Naomi Feil begann 1950 ihr Studium an der Colombia University in New York in den Bereichen Soziale Arbeit und Psychologie und erhielt 1956 ihr Master Degree of Social Work. Nach ihrem Abschluss beschäftigte sie sich sieben Jahre lang in verschiedenen Gemeinschaftszentren in New York mit orientierten, gesunden, älteren Menschen. 1963 ging sie zurück nach Cleveland, um dort zu unterrichten, ihren Studienabschluss zu machen und mit den desorientierten, sehr alten Menschen, die teilweise 80 Jahre und älter waren, zu arbeiten.

Ihr ursprüngliches Ziel war es, diesen desorientierten Menschen zu helfen, der Realität ins Auge zu sehen und ihnen im Rahmen einer Gruppe Kontaktmöglichkeiten zu verschaffen. Allerdings bemerkte sie innerhalb von drei Jahren, dass ihr Unterfangen aussichtslos war, da sich die Gruppenmitglieder zunehmend zurückzogen und feindselig gegenüber anderen Mitgliedern verhielten, wenn N. Feil sie mit der Realität der Gegenwart zu konfrontieren versuchte, weshalb sie ihr Ziel der Orientierung in der Realität aufgab. Die Gruppenmitglieder waren alle für sich in ihrer eigenen inneren Erlebniswelt gefangen.⁵⁴

Naomi Feil lernte die Methode der Validation von den Menschen, mit denen sie zusammenarbeitete. „Ich lernte es als Ausdruck von Weisheit zu sehen, wenn alte Menschen durch die Rückkehr in die Vergangenheit zu überleben versuchten.“⁵⁵

Durch den Fall Florence Trew, die Feil als beste Freundin im Altenheim bezeichnet, arbeitete Feil für die nächsten 30 Jahre mit Menschen, die ein ähnliches Schicksal wie Frau Trew ereilte und entwickelte die Validation, um mit ihnen kommunizieren zu können. Aus ihrer Arbeit heraus lernte sie aus den Lebensgeschichten, von den Familien, dem Betreuungspersonal und Freunden. Sie lernte aus Fehlern und dass sehr alte, verwirrte Menschen

⁵³ Feil/de Klerk-Rubin 2020, S. 16.

⁵⁴ vgl. Film „The Tuesday Group“ 1972

⁵⁵ Naomi Feil; Vicki de Klerk-Rubin. 2017. *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. 11. Auflage. München: Ernst Reinhardt, S. 14.

intuitive Weisheiten haben und ihr lebhaftes ‚inneres Auge‘ dabei behilflich ist, um sehen zu können. „Wenn das Kurzzeitgedächtnis versagt und die Zeit verschwimmt, beginnen sehr alte Menschen Lebenszeit nicht mehr in Minuten, sondern in Erinnerungen zu messen.“⁵⁶

Naomi Feil verfolgte vier Anregungen, warum sie anfang zu schreiben. Erstens, dass jede Generation, Angehörige, Freunde und Pflegende sowie Behandelnde die Validationsmethode anwenden lernen und den Weg der Betroffenen Seite an Seite mitgehen können. Zweitens, dass besonders beruflich Pflegende als auch pflegende Angehörige Freude in ihrer Arbeit erleben und Gedankengänge sowie Verhaltensweisen von demenziell Erkrankten verstehen, bzw. akzeptieren können. Drittens, um die Lebensqualität von Betroffenen aufzuwerten und zu verstehen, was hinter der Verwirrtheit steckt, damit man selbst auch erfolgreich altern kann. Sie schreibt, dass durch das Einfühlen in desorientierte, verwirrte Personen, wir unsere eigenen ungelösten Lebensaufgaben zu erkennen lernen und dadurch diese eher aufarbeiten können, als im späteren Alter damit konfrontiert zu werden.⁵⁷ Viertens und damit der letzte Punkt, schreibt sie an die jüngere Generation, da durch den demografischen Wandel es immer mehr ältere Menschen geben wird und sie möchte, dass die Generation, die später einmal für die Pflege verantwortlich sein wird, die betroffenen Personen verstehen, anstatt sie auszugrenzen.

4.3 Fallbeispiel Isidor Rose

Naomi Feil lernte 1963 Isidor Rose „[...] ein großer, knochiger, gutaussehender Mann.“⁵⁸ kennen. Sie beschreibt ihn als zielgerichtet und orientiert in Zeit und Raum, allerdings als unglücklich in dieser Orientierung, da er voller emotionaler Verletzungen aus der Vergangenheit steckte und auf Grund dessen unter den Gefühlen litt, denen er sich in der Vergangenheit nicht stellte.⁵⁹

⁵⁶ Naomi Feil, Vicki de Klerk-Rubin. 2007. *Validation in Anwendung und Beispielen*. 5. Auflage., München: Ernst Reinhardt, S. 16.

⁵⁷ vgl. Feil/de Klerk-Rubin 2007, S. 17.

⁵⁸ Feil/de Klerk-Rubin 2007, S. 22.

⁵⁹ vgl. Feil/de Klerk-Rubin 2007, S. 22.

Zu dem Zeitpunkt hatte N. Feil noch kein Wissen bezüglich der letzten Phase einer verwirrten Person und beurteilte auf Grund dessen Isidor Rose nach den üblichen Verhaltensnormen einer alten Person, weshalb sie und auch andere Menschen ihn falsch verstanden. Diese letzte Phase mit unbewältigten Gefühlen und Lebensaufgaben nannte sie später ‚die Aufarbeitungsphase‘ in ihrer Methode. Feil verstand erst nach der Betrachtung von Isidors Leben, welches sie gemeinsam mit seiner Schwester durchführte, warum er sich so verhielt, wieso er bestimmte Aussagen traf und dass er falsch eingeschätzt wurde. Zehn Jahre hatte es gedauert, dass Naomi Feil verstand, was mit I. Rose passierte. Von 1963 bis 1973 hatte sie mit ihm und vielen weiteren Fällen, ähnlich wie Rose, gearbeitet und nicht versucht, sich in das Erlebte und frühere Leben hineinzusetzen. Sie beurteilte die Betroffenen nach Kriterien, die normalerweise bei jüngeren Personen, die sich ihren Gefühlen immer bewusst waren und keine aufzuarbeitenden Aufgaben hatten, zuträfen. Sie verfolgte das Ziel, dass Betroffene sich der Wirklichkeit stellen, wie sie Naomi Feil kannte und sah, und sich nach ihrer Auffassung richteten.

Isidor Rose lehrte Naomi Feil, dass sie alten, demenziell erkrankten Menschen zuhören musste, um in ihre Vergangenheit schauen zu können und zu helfen, sie in ihrer Aufarbeitung zu unterstützen. Er machte ihr bewusst, dass Betroffene ihre unterdrückten Gefühle wie ein Ballast bis ins hohe Alter mit sich schleppen und abladen müssen, bevor sie sterben. Zudem lehrte er ihr die Charakteristik des hohen Alters: „[...] Entwicklungsgeschichte und körperliche Veränderungsprozesse sind untrennbar miteinander verbunden. Ich muss den ganzen Menschen betrachten, nicht nur den Zustand seines Gehirns, um die Gründe für sein Verhalten zu begreifen.“⁶⁰

Aufgrund ihrer Erfahrungen und besonders der mit Isidor Rose, entwickelte sie die Methode der ‚einfühlenden Kommunikation‘. Die Validation soll helfen, die Würde der Betroffenen wiederzugeben, ihre Ängste zu mindern und zu verhindern, dass sie in die Phase des Vegetierens abdriften.

⁶⁰ Feil/de Klerk-Rubin 2007, S. 32.

4.4 Validation nach Naomi Feil

Die Methode der Validation wurde 1963 von Naomi Feil entwickelt und wird bis heute weiterbearbeitet.

Der Entwicklungspsychologe Erik Erikson (1902 – 1994) ging davon aus, dass es unterschiedliche Lebensabschnitte gibt, in denen jeweils eine bestimmte Lebensaufgabe vollendet werden müsste. Er unterscheidet zwischen acht Lebensphasen. Dem ‚Säuglingsalter‘, indem unsere Aufgabe darin besteht, auf unsere Mutter zu vertrauen. Die ‚frühe Kindheit‘, in der wir lernen müssen, die Dinge beherrschen zu üben. Das ‚Spielalter‘, bei dem wir lernen, Bedürfnisse und Gefühle auszudrücken, Frustration zu verarbeiten und neue Fertigkeiten auszuprobieren. Die ‚Schulphase‘, in der wir Vorbilder finden und uns entscheiden müssen, ob man ehrgeizig ist und kämpft oder aufgibt. Die ‚Adoleszenz‘ ist die Phase, in der wir bisherige familiäre Bindungen lösen und rebellieren können, um unseren eigenen Wert zu erkennen. Im ‚frühen Erwachsenenalter‘ nehmen wir uns der Aufgabe an, zu jemand anderem Nähe zuzulassen. Im ‚mittleren Alter‘ müssen wir anfangen dem Alterungsprozess nachzugeben und nicht dagegen anzukämpfen und im ‚Alter‘ müssen wir Rechenschaft über das Erlebte ablegen, um akzeptieren zu können, wer wir sind und waren.⁶¹

Menschen, die es geschafft haben, jede Aufgabe in dem jeweiligen Lebensabschnitt abzuschließen, Integrität entwickelt haben, sind im Stande, sich auf die veränderten Lebensumstände einzulassen, etwas Neues zu beginnen und in eine neue Rolle hineinzuwachsen. Diese brauchen, nach Naomi Feil, keine Validation, denn sie validieren sich durch Stellen der Herausforderungen und Enttäuschungen ihres Lebens, Problemen des Alltags, Verzeihen von Fehlern und Schwächen, Schließen von Kompromissen und weiteren Faktoren selbst.

Naomi Feil fügt den Lebensphasen nach E. Erikson eine weitere Phase hinzu: die Phase der Aufarbeitung. Diese wird zudem nochmals in vier Phasen untergliedert (siehe Punkt 10.1 Die Phasen der Aufarbeitung).

⁶¹ vgl. Naomi Feil, Vicki de Klerk-Rubin. 2020. *Validation in Anwendung und Beispielen*. 8. Auflage., München: Ernst Reinhardt, S. 42.

Validation geht davon aus, dass viele alte Menschen in die Aufarbeitungsphase kommen, um ihre nicht bewältigten Lebensaufgaben aufzuarbeiten und vor ihrem Tod damit in Frieden abzuschließen. Zusätzlich erklärt Feil den Rückzug hochbetagter Personen in die Vergangenheit mit Verlusterlebnissen und dem Bedürfnis, unbewältigte Konflikte aufzuarbeiten.⁶²

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

1. *„Jeder sehr alte Mensch ist einzigartig und wertvoll.*
2. *Desorientierte alte Menschen werden so akzeptiert wie sie sind; wir sollten nicht versuchen, sie zu verändern.*
3. *Empathisches Zuhören schafft Vertrauen, reduziert Angstgefühle und stellt die Würde wieder her.*
4. *Schmerzhaftes Erinnerungen und Gefühle lassen nach, wenn sie ausgedrückt, anerkannt und von einem vertrauenswürdigen Zuhörer validiert werden.*
5. *Das Verhalten sehr alter desorientierter Menschen hat einen Grund.*
6. *Das Verhalten desorientierter hochbetagter Menschen kann eines oder mehrere der folgenden menschlichen Grundbedürfnisse zurückzuführen sein:*
 - *Das Bedürfnis, unerledigte Aufgaben aufzuarbeiten, um in Frieden sterben zu können.*
 - *Das Bedürfnis, in Frieden zu leben.*
 - *Das Bedürfnis, wieder ins Gleichgewicht zu kommen, wenn Sehkraft, Gehört, Mobilität und Gedächtnis nachlassen.*
 - *Das Bedürfnis, wertvoll und produktiv zu sein [...]*
7. *Wenn die verbalen Fähigkeiten nachlassen und das Kurzzeitgedächtnis versagt, kehrt früh erlerntes Verhalten zurück.*
8. *Desorientierte ältere Menschen benutzen (in der Gegenwart) individuelle Symbole, die Personen, Dinge oder Begriffe aus der Vergangenheit repräsentieren, denen sie emotional verbunden sind.*

⁶² vgl. Feil/de Klerk-Rubin 2020, S. 42.

9. *Desorientierte alte Menschen leben auf verschiedenen Bewusstseinssebenen und zwar oftmals zur gleichen Zeit.*
10. *Wenn die fünf Sinne schwinden, setzen desorientierte alte Menschen ihre „inneren Sinne“ ein. Sie sehen mit ihrem „geistigen Auge“ und hören Klänge aus der Vergangenheit.*
11. *Ereignisse, Emotionen, Farben, Klänge, Gerüche, Geschmackseindrücke und Bilder lösen Emotionen aus, die wiederum ähnliche, in der Vergangenheit erlebte Gefühle wecken. Alte Menschen reagieren in der Gegenwart nicht anders, als sie es früher taten.*⁶³

Naomi Feil möchte mit ihrer Methode pflegenden Personen helfen, sich mit Einfühlung und Empathie in die Realität des Betroffenen zu begeben. Damit war sie eine der ersten, die einen anderen Weg suchte mit Demenzzkranken umzugehen, ohne sie in die Realität der Pflegenden zurückholen zu wollen.⁶⁴

4.5 Die Phasen der Aufarbeitung

„Validation ist eine Methode der Kommunikation mit sehr alten Menschen, die an der Alzheimer-Krankheit oder einer anderen Form von Demenz leiden.“⁶⁵

Empathie und Respekt vor erkrankten alten Menschen sind die Hauptkomponenten, auf denen die Validation nach Naomi Feil beruht. Des Weiteren setzt sie die Ziele die Würde erkrankter Personen wiederherzustellen und die Verhinderung des Abrutschens in die vierte Phase der Aufarbeitung.

Zu validierende Personen sind die, die in ihrem früheren Leben wichtige Lebensaufgaben nicht bewältigen konnten und dadurch in die Aufarbeitungsphase übergehen. Jedoch wollen sie diese Aufgaben aufarbeiten, um in Frieden aus dem Leben treten zu können. Diese Aufarbeitungsphase unterteilt Naomi Feil ebenfalls nochmal in vier Phasen.

In Phase Eins sind die betreffenden Personen gut kommunikativ, meist orientiert und fokussieren sich auf die bestehenden Dinge in ihrem Leben aus Angst vor dessen Verlust. Menschen, die sich in Phase zwei befinden, sind ebenfalls noch kommunikativ, leben allerdings in ihrer eigenen Realität und

⁶³ Feil/de Klerk-Rubin 2020, S. 58f.

⁶⁴ vgl. Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 51.

⁶⁵ Feil/de Klerk-Rubin 2020, S. 53.

Gefühle und Bedürfnisse werden ungefiltert geäußert. In Phase drei befindliche Personen sind eher introvertiert und Gefühle und Bedürfnisse werden überwiegend durch Bewegungen und Laute ausgedrückt. Alte Menschen in Phase vier und damit der letzten Phase der Aufarbeitung, kommunizieren spärlich, sind eher in sich zurückgezogen und drücken Bedürfnisse und Gefühle kaum noch aus.

Die Betroffenen können zwischen den Phasen hin- und herwechseln, weshalb es schwer ist, sie den einzelnen Phasen direkt zuzuordnen. Erkennungsmerkmale können der körperliche Zerfall und die Ausprägtheit der Introvertiertheit sein, denn mit jedem Vorschreiten der einzelnen Phasen verschlechtern sich diese Merkmale.

Es gilt für die validierende Person zu verhindern, dass der zu validierende Mensch in die vierte Phase der Aufarbeitung übergeht, weshalb Naomi Feil 14 Techniken aufgestellt hat, die in diesen Phasen angewendet werden können. Auf diesem Wege werden die Betroffenen in ihrer Validation unterstützt.⁶⁶ Viele Demenzerkrankte, die nicht validiert werden oder selbst validieren, durchleben alle vier Phasen.

4.6 Techniken zur Anwendung der Validation

Die Techniken der Validation werden in zwei Kategorien unterteilt: die Techniken, die in allen Phasen der Aufarbeitung angewendet und die, die nur in bestimmten Abschnitten durchgeführt werden können. Voraussetzungen für die Anwendung sind das Einfühlungsvermögen in alte, desorientierte Menschen, die Akzeptanz dieser und die Fähigkeit, die eigenen Verhaltenserwartungen hintenanzustellen.

Ziele dieser Techniken sind es, eine offene, ehrliche, urteilsfreie und mitfühlende Kommunikation zu verwirrten, alten Menschen aufzubauen und die „[...] vielfältigen Beweggründe hinter der Verwirrtheit“⁶⁷ zu verstehen.

⁶⁶ s. Punkt 4.6

⁶⁷ Feil/de Klerk-Rubin 2020, S. 60.

Naomi Feil beschreibt in ihrem Buch „Validation in Anwendung und Beispielen“ 14 Techniken zur Anwendung der Validation, die in den Phasen der Aufarbeitung angewendet werden können:⁶⁸

Technik 1: Zentrieren

Der Fokus dieser Technik liegt auf der Atmung der pflegenden Person. Um sich den Gefühlen und Bedürfnissen des Betroffenen öffnen zu können, müssen eigene negative Gefühle wie Ärger und Frustration ausgestoßen werden. Dies kann durch tiefe Atemzüge erfolgen.

Technik 2: Verwendung eindeutiger, nichtwertender Formulierungen

Die Konfrontation der zu validierenden Person mit Gefühlen, die sie selbst nicht verstehen kann, kann in Rückzug und Introvertiertheit enden, weshalb dies zu vermeiden gilt. Stattdessen sollten Tatsachenfragen gestellt werden. Diese Fragen könnten mit den typischen W-Fragen beginnen – wann, wie, was, wo und wer. Jedoch gilt es zu vermeiden, Fragen die mit warum beginnen zu stellen. Außerdem sollte bei dem Gespräch zwischen Pfleger und zu validierender Person darauf geachtet werden, dass es nicht wie ein Interview oder Verhör klingt, ansonsten hat auch dies Rückzug zur Folge.

Technik 3: Umformulieren

Bei dieser Technik geht es darum, die im Gespräch gefallen Schlüsselwörter der betroffenen Person nochmals aufzufassen und zu wiederholen. Dies könnte Trost und Vertrauen schenken. Dabei sollte auch auf den Klang der Stimme und die Sprachmelodie geachtet werden.

Technik 4: Extreme einsetzen

Durch den Gedanken an das Schlimmstmögliche und dessen Aussprache, werden Gefühle intensiver ausgedrückt. Demgemäß könnte Erleichterung entstehen.⁶⁹

Technik 5: Sich das Gegenteil vorstellen

⁶⁸ vgl. Feil/de Klerk-Rubin 2020, S. 60-72.

⁶⁹ vgl. Feil/de Klerk-Rubin 2020, S. 63f.

„Sich das Gegenteil vorstellen führt oft dazu, dass man sich an eine bereits bekannte Lösung des jeweiligen Problems erinnert, vorausgesetzt, der sehr alte Mensch vertraut dem/der Pflegenden.“⁷⁰

Technik 6: Erinnern

Indem betroffene Personen über ihre Vergangenheit sprechen, können Gefühle ausgedrückt werden. Dies kann zu positiven als auch negativen Erinnerungen führen, wodurch unterdrückte Gefühle ausgelöst werden und Betroffene sich davon erleichtern können oder im Fall von positiven Erinnerungen ‚der Seele guttun können‘. Außerdem können sie behilflich sein, bekannte Methoden zur Lösung eines Problems wieder einzusetzen, da sich ältere Personen oft schwer damit tun, neue Lösungen für akute Probleme zu finden.

Technik fünf und sechs müssen bzw. sollten gemeinsam eingesetzt werden, da sie zusammen helfen sollen, alte Methoden zum Abbau von Stresssituationen wieder anzuwenden.

Technik 7: ehrlichen, engen Augenkontakt halten

Durch engen Augenkontakt kann Anteilnahme und Sicherheit ausgedrückt werden. Deshalb wird diese Technik bei Personen angewandt, die sich in der zweiten oder dritten Phase der Aufarbeitung befinden, da ihnen dadurch das Gefühl von Liebe und Sicherheit vermittelt wird. Selbst sehverminderte Menschen nehmen einen eindringlichen Augenkontakt wahr und erwidern den Blick mit ihrem „inneren Auge“.⁷¹

Technik 8: „Mehrdeutigkeit“: Setzen Sie unbestimmte Fürwörter ein, die mehrere Lösungen zulassen

In Phase zwei und teilweise auch in Phase 3 befindliche Personen verständigen sich gerne mit Wörtern, die für gesunde Menschen keinen Sinn ergeben oder verständigen sich ohne Worte. Dies hat den Nachteil, dass das Verstehen beeinträchtigt wird. Durch Mehrdeutigkeit und unbestimmte Fürwörter wie „er“, „sie“, „es“ und „jemand“ kann mit den betroffenen

⁷⁰ Feil/de Klerk-Rubin 2020, S. 64.

⁷¹ vgl. Feil/de Klerk-Rubin 2020, S. 66.

Personen kommuniziert werden, auch wenn das Verstehen der einzelnen Worte schwierig ist.

Technik 9: klar, sanft und liebevoll sprechen

Um der/den Betroffenen dabei helfen zu können, Stress abzubauen, sollten validierende Personen klar, sanft und liebevoll sprechen. Ungeduldiges oder unfreundliches Sprechen könnte bei den Betroffenen Zorn oder Überforderung auslösen, was wiederum den Rückzug zu Folge haben könnte.⁷²

Allerdings sollte diese Technik nicht angewendet werden, wenn der/dem Erkrankte starke Gefühle offenbart und sich dies auch in der Stimme wiedergibt.⁷³

Technik 10: Beobachten und dann die Bewegungen und Gefühle der Person spiegeln

In Phase zwei und drei, werden von den Betroffenen Gefühle oft ohne jegliche Hemmung ausgedrückt. Dabei könnte es den validierenden Personen dabei hilfreich sein, eine Verbindung aufzubauen, indem sie auf die Körperhaltung, also Augen, Atmung, Gesichtsausdruck und der Gleichen achten und versuchen diese nachzuahmen. Somit kann eine Beziehung aufgebaut werden, ohne Worte zu verwenden und in die Gefühlswelt der Erkrankten einzutreten.

Dabei sollte beachtet werden, dass nur Personen diese Technik anwenden sollten, die wirklich den Willen dazu haben, in die Welt der Betroffenen einzutreten.

Technik 11: Verbinden des Verhaltens mit jenem menschlichen Grundbedürfnis, das nicht erfüllt wird

Betroffene Personen hegen meist das Bedürfnis nach Liebe und Nützlichkeit, Anteilnahme und sich jemandem mitteilen zu können bezüglich ihrer Gefühlswelt. Validierende soll auf Grund dessen die Verhaltensweisen des Betroffenen mit seinen Bedürfnissen in Verbindung bringen, um auf diese

⁷² vgl. Feil/de Klerk-Rubin 2020, S. 67f.

⁷³ vgl. Feil/de Klerk-Rubin 2020, S. 67f.

reagieren zu können. Dadurch kann Stress reduziert werden und die Art der Verhaltensweise (z.B. auf und ab gehen, reiben oder klopfen usw.) gelindert werden.

Technik 12: das bevorzugte Sinnesorgan erkennen und benutzen

Die Sinnesorgane spielen im Leben der zu validierenden Person eine große Rolle. Meist fokussieren und kommunizieren diese durch ein favorisierendes Sinnesorgan: die Augen, den Geruchssinn, den Tastsinn, den Geschmackssinn oder den Gehörsinn. Die pflegende Person sollte darauf achten und herausfinden, welches Sinnesorgan bevorzugt wird, um selbst darüber mit dem Betroffenen kommunizieren und dessen Realität beitreten zu können. Durch Aussagen wie: „Ich fühle mich furchtbar“, „Ich spüre etwas“ und „Das hat mich hart getroffen“, die dem Tast- bzw. Spürsinn zugeordnet werden können, kann der favorisierte Sinn herausgefunden werden.⁷⁴

Technik 13: Berühren

Diese Technik wird eher selten in der ersten Phase angewendet, da sie vielmehr für die darauffolgende Phase geeignet ist. Um Demenzerkrankte in ihrer Welt unterstützen zu können, da sie beispielsweise einen verminderten Hör- und/oder Sehsinn besitzen, sollten validierende Pflegepersonen Berührungen einbeziehen. Diese können eine beruhigende Wirkung ausstrahlen und gegebenenfalls Stress reduzieren.

Bei dieser Technik muss darauf geachtet werden, dass der Betroffene ebenfalls keine Berührungsängste hat, da Berührungen etwas Intimes sind und nicht jede Person auf Körperkontakt aus ist. Der persönliche Raum eines jeden Menschen muss akzeptiert und respektiert werden.

Technik 14: Musik einsetzen

Musik ist eine Kommunikationsmethode, die in vielen Bereichen des Lebens angewendet werden kann. Auch in diesem Falle kann Musik hilfreich sein. Menschen in der zweiten oder dritten Phase sind nach Naomi Feil weniger bis kaum noch gesprächig. In diesen Fällen muss Kommunikation nicht mehr über

⁷⁴ vgl. Feil/de Klerk-Rubin 2020, S. 70f.

das Sprechen erfolgen, sondern könnte auch durch Singen oder Lauschen erfolgen. Es gibt Fälle, bei welchen der eigene Sohn beispielsweise nicht erkannt wird, aber das Lieblingslied von vor 40 Jahren singen sie ohne weiteres Nachdenken mit. Durch Musik können Gefühle wie Frohsinn, Traurigkeit oder Wut ausgedrückt werden, bestimmte Lieder können an die Vergangenheit erinnern und Momente wieder aufleben lassen.

4.7 Ziele der Validation

„Es geht darum, dem Patienten in seiner Wahrnehmung der Welt zu begegnen.“⁷⁵

Das Ziel, das Naomi Feil mit ihrer Kommunikationsmethode der Validation verfolgt, ist es, die hochbetagten Personen durch verbale und nonverbale Kommunikation zu unterstützen, ihnen mit Respekt und Einfühlungsvermögen zu begegnen und sich auf ihre Realität einlassen zu können. Die Betroffenen sollen sich wohlfühlen und dadurch ihren Gefühlen freien Lauf geben, damit sie ihren eigenen Frieden finden können.

Die stetig angewandte Validation soll positive Veränderungen erzielen, nicht nur in Bezug auf die Demenzerkrankten, sondern ebenfalls für die Pflegenden. Dadurch soll ein friedvolles und harmonisches Miteinander gelingen.

Naomi Feil führt in ihrem Buch „Validation in Anwendung und Beispielen“ folgende Langzeitziele auf:⁷⁶

- Dazu beitragen, dass alte Menschen möglichst lange in ihren eigenen Wohnungen leben können
- Wiederherstellen des Selbstwertgefühls
- Reduktion von Stress
- Rechtfertigung des gelebten Lebens
- Lösen der unausgetragenen Konflikte aus der Vergangenheit
- Reduktion chemischer und physischer Zwangsmittel
- Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation
- Verhindern eines Rückzugs in das Vegetieren

⁷⁵ Experteninterview: Psychologin Sandra Dick zum würdevollen Umgang mit Demenzkranken. (Stand: 05.09.2022) URL: <https://www.ukv.de/content/service/gesundheits-aktuell/umgang-mit-demenz-interview-sandra-dick/> [2018].

⁷⁶vgl. Feil/de Klerk-Rubin 2020, S. 44 f.

Zusammenfassend geht es um die Verbesserung der Lebensqualität und Pflege von hochbetagten Menschen, einen würdevollen Umgang und das Frieden schließen vor dem Ende des Lebens.

5 Biografiearbeit

Häufig wird die Biografiearbeit mit der Erinnerungsarbeit gleichgesetzt. Da es sich dabei allerdings um unterschiedliche Methoden handelt, bedeutet es diese zu differenzieren. Allerdings ist es schwierig sie getrennt voneinander zu definieren, da für beide Vorgänge die Erinnerung als Voraussetzung gilt. Jedoch wird bei der Erinnerungsarbeit mit gewissen oder spontan auftretenden Erinnerungen gearbeitet, während man unter der Biografiearbeit die Arbeit mit dem Lebenslauf und den Erinnerungen aus dem Langzeitgedächtnis versteht.

Eine Definition, die von Stangl 2022 aufgestellt wurde, lautet: „Biografiearbeit ist ein absichtsvoller, bewusster, zielgerichteter und aktiver Gestaltungsprozess, bei dem die Biografie eines Menschen im Mittelpunkt steht. Biografiearbeit meint einerseits die Beschäftigung mit der eigenen Lebensgeschichte im Sinne einer biografischen Selbstreflexion, andererseits umfasst der Begriff auch die Anleitung und Gestaltung des biografischen Arbeitens mit Individuen und Gruppen. Biografiearbeit beschäftigt sich demnach mit der Geschichte, d.h., mit der Vergangenheit einer Person, wobei oft die Hypothese im Hintergrund steht, dass in der Vergangenheit Antworten und Erklärungen für gegenwärtiges Verhalten liegen.“⁷⁷ Weiterhin wird die Biografiearbeit von Thompson in einer Studie beschrieben, als eine Arbeit mit Personen und deren Familien, um Informationen über deren Leben zu erhalten. Auf verschiedene Arten können die Informationen gesammelt werden und sowohl in der Pflege als auch in der Betreuung eingesetzt werden.⁷⁸ Eine einheitliche und allgemeingültige Definition der Biografiearbeit

⁷⁷ Stangl Werner (10.09 2022) *Biografiearbeit*. Freiburg. URL: <https://lexikon.stangl.eu/6867/biografiearbeit> [2022].

⁷⁸ Frefel Debora: *Biografiearbeit als Intervention bei Menschen mit Demenz* (Stand: 10.09.2022) URL: https://www.elsevier.com/_data/assets/pdf_file/0008/1210985/FrefelBiografiearbeitDemenzZF.pdf [2014].

ist auf Grund der zahlreichen, unterschiedlichen Auslegungen nicht möglich und daher auch nicht gegeben.

Biorafiearbeit greift auf den Erinnerungsschatz zurück, bleibt aber bei der Biografie der Person. Dafür sollte sich Zeit genommen werden, da von dem Betroffenen nicht verlangt werden kann, sofort alles über sich zu erzählen.

5.1 Methoden der Biografiearbeit

Es gibt mehrere Arten und Methoden, wie die Biografiearbeit angewandt werden kann. Einige davon beziehen sich auf die Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen. Grundstein aller Möglichkeiten die Biografiearbeit erfolgreich anzuwenden, ist das Vertrauen der Person gegenüber der durchzuführenden Person.

Da sich diese Arbeit um das Krankheitsbild Demenz und den Umgang und die Kommunikation mit demenziell Erkrankten befasst, beschäftigt sich dieser Teil mit Methoden der Biografiearbeit, die sich auf den Umgang mit Demenzerkrankten spezialisieren. Auf Grund dessen stehen die gesprächsorientierte und aktivitätsbezogene Biografiearbeit im Fokus.

Die Biografiearbeit wird in zwei Methoden untergliedert, die Anwendung in der Pflege bei Menschen mit Demenz finden. Diese Formen der Biografiearbeit werden gesprächsorientiert und aktivitätsbezogene Biografiearbeit genannt.

Bei der gesprächsorientierten Biografiearbeit wird die Biografie des Betroffenen anhand eines Gespräches erhoben. Dies kann beispielsweise durch einen Fragebogen erfolgen. Dabei sollte auf bestimmte Lebensabschnitte wie Kindheit, Schulzeit, Berufsleben oder auch auf Bedürfnisse und Gewohnheiten eingegangen werden, sodass die Biografie erfolgreich in die individuelle Abstimmung der Pflege integriert werden kann. Diese Art der Erhebung ist eher für kognitiv orientierte Personen geeignet. Zur Unterstützung bei dem Ausfüllen des Fragebogens, sollten möglicherweise Angehörige oder Nahestehende des Demenzkranken dabei sein, da er höchstwahrscheinlich nicht alle Fragen sinngemäß beantworten kann. Außerdem sollte darauf geachtet werden, dass es nicht das Gefühl eines Verhörs vermittelt.

Auch während pflegerischen Aktivitäten können Informationen über die Biografie des Menschen gesammelt werden. Wichtig ist es, diese gewonnenen Auskünfte zu dokumentieren. Auch bestimmte Erlebnisse mit den Personen können Rückschlüsse auf die Vergangenheit gewähren. Dies wird Fremdeinschätzung genannt und sollte im Verlaufsbericht so deklariert werden. Des Weiteren sollte auf eine sachliche Beschreibung geachtet werden.

Bei der aktivitätsbezogenen Biografiearbeit handelt es sich dabei um Aktivitäten, die in den Alltag des Betroffenen einbezogen werden sollen, welche einen Bezug zur Biografie haben. Beispiele hierfür können traditionelle Lieder sein, die gemeinsam gesungen werden und dadurch Erinnerungen wieder erweckt werden. Des Weiteren die meistgenutzte Form: Bilder und Fotos anschauen, wodurch rege Gespräche entstehen und aus diesen, Informationen für die Biografie entnommen werden können. In den aktuellen Literaturen wird auch häufig die Methode des Erinnerungsbuches beschrieben. Dabei wird mit Demenzkranken im ersten Stadium verfahren, da ihr Langezeitgedächtnis weitgehend funktionsfähig ist. Dieses Buch kann im Nachhinein für die Orientierung der Betroffenen genutzt werden.

Die angewandte Methode muss auf den Betroffenen abgestimmt werden, da sich die Symptome individuell auswirken können und das Stadium der Demenzkrankheit mit einbezogen werden muss. Bei Personen im ersten Stadium sind Gespräche nach wie vor immer noch gut anwendbar. Bei Betroffenen im fortgeschrittenen Stadium wird die Kommunikation weniger, weshalb über Sinne kommuniziert werden sollte. Auch die Bedürfnisse und Vorlieben sollten bei der Wahl der passenden Intervention einbezogen werden.

Grundsätzlich gilt, dass bei der Anwendung jeder Methode darauf geachtet werden sollte, dass die betroffene Person nicht überfordert und reizüberflutet wird.

5.2 Ziele der Biografiearbeit

Die Biografiearbeit verfolgt zahlreiche und vielfältige Ziele:⁷⁹

- Lebenserfahrungen und individuelle Gewohnheiten aufzeigen
- Gewisse Informationen einer demenzkranken Person erheben, die man im Alltag nicht erlangen würde
- Die individuelle Persönlichkeit des Menschen hinter der Erkrankung betrachten
- Die Individualität des Betroffenen im Laufe der Krankheit zu schützen und ebenso zu unterstützen durch die Berücksichtigung der alten Gewohnheiten und Eigenarten
- Die Pflege und Betreuung durch die Biografiearbeit individuell auf die Person abstimmen und dadurch ihr subjektives Wohlbefinden positiveren
- Positive als auch negative Erinnerungen aufleben lassen, um mit diesen arbeiten und die Pflege darauf abstimmen zu können
- Ein Ziel der Biografiearbeit ist die Partizipation und die damit verbundene Steigerung des Selbstwertgefühls
- Erinnerungen der Betroffenen unterstützen, wodurch das Langzeitgedächtnis angeregt wird

Zusammenfassend sollen Erinnerungen rekonstruiert werden, um diese bearbeiten zu können, indem sie erklärt und bewertet werden. Dadurch soll das Resultat einer positiven Lebensbilanz erzielt werden.

6 Vergleich der Kommunikationsmethoden

Der folgende Vergleich geht einer aspektorientierten Vorgehensweise nach. Somit sollen die Kommunikationsmethoden ‚Validation‘ nach Naomi Feil und die ‚Biografiearbeit‘ in einer direkten Gegenüberstellung stehen. Demzufolge zielt der Vergleich darauf ab, eine Kontrastierung von Ähnlichkeiten und Verschiedenheiten herauszuarbeiten. Hierbei stehen die Aspekte: Voraussetzungen, Vorgehensweise, Techniken, Prinzipien und Ziele im Fokus.

⁷⁹ vgl. Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 276.

Sowohl unter der Validation von Naomi Feil als auch unter der Biografiearbeit, versteht man eine Methode der Kommunikation mit demenziell erkrankten Personen, die nicht nur das Leben mit der Erkrankung sieht, sondern ebenfalls den Menschen und das Leben vor der Demenz betrachtet. Demnach richtet sich der Umgang und die Pflege nach den individuellen Bedürfnissen und Wünschen. Dies spiegelt sich in den Definitionen wider:

„Validation bedeutet „unbedingte Wertschätzung“ und ist eine Umgangstechnik, ferner eine Kommunikationstechnik, im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen. Sie soll das Wohlbefinden und die Autonomie des Dementen durch das Normalitätsprinzip fördern, d.h. die subjektive Wirklichkeit des Gegenübers wird so angenommen, wie sie vorherrscht.“⁸⁰ Aus der Definition der Validation geht hervor, dass die Validation als Kommunikationstechnik fungiert, die „[...] das Wohlbefinden und die Autonomie des Dementen[.]“⁸¹ fördern soll.

„Biografiearbeit ist die Beschäftigung mit der Lebensgeschichte eines Menschen. Sie beinhaltet die Felder der Sozialarbeit und der Psychologie. In der Pflege trägt sie zu einem besseren Verständnis und somit zu einer individuellen Pflege des Menschen bei.“⁸² In der Definition der Biografiearbeit wird ebenfalls beschrieben, dass die Methode „[...] zu einem besseren Verständnis und somit zu einer individuellen Pflege des Menschen [.]“⁸³ beiträgt.

Der Grundbaustein beider Methoden ist das Vertrauen der zu Pflegenden gegenüber dem pflegenden Personal, da ohne Vertrauen keine Grundlage für den Betroffenen besteht, Erinnerungen und Erlebnisse mitzuteilen und das Gefühl der Überforderung aufkommen könnte. Ohne Gespräche zwischen Demenzerkrankten und pflegende Person, kann keine Bindung aufgebaut und nicht das Leben ohne Erkrankung betrachtet werden. Somit können keine Verhaltensweisen auf frühere Erlebnisse und Ereignisse zurückgeführt

⁸⁰ Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 48.

⁸¹ Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 48.

⁸² o.V. *Biografiearbeit in der Pflege* (Stand: 15.09.2022). Berlin. URL: <https://www.renafan.de/biografiearbeit> [o.J.].

⁸³ o.V. *Biografiearbeit in der Pflege* (Stand: 15.09.2022). Berlin. URL: <https://www.renafan.de/biografiearbeit> [o.J.].

werden, was grundlegende Beweggründe für die Anwendung beider Methoden sind. Weitere Voraussetzungen sind das Verständnis und die Fachkenntnis der Erkrankung ‚Demenz‘ und die Geduld gegenüber dem Mitteilungsbedürfnis. Ohne Geduld, könnten die Betroffenen sich bedrängt und wie in einem Verhör fühlen. Um eine personenzentrierte Pflege durchführen zu können, ist es demzufolge unverzichtbar, eine biografische Orientierung zu erlangen.⁸⁴

Ein Vorteil der Biografiearbeit ist, dass jede Fachkraft eines Heimes die Methode anwenden kann. Jedes Heim hat einen standardisierten Fragebogen, um grundlegende Fragen für die Pflege zu klären. Dadurch können Gespräche zwischen Pflegenden und zu Pflegenden und/oder Angehörigen entstehen, durch die weitere biografische Fakten enthüllt werden können. Um im Heim die Validation nach Naomi Feil anwenden zu können, muss eine Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen werden. Wenn dies nicht geschieht, dann wird ‚in Anlehnung‘ an Naomi Feil die Validation ausgeübt.

Mit der Biografiearbeit versucht man so viele Daten aus der Biografie des Betroffenen zu sammeln. Daraus lassen sich Gewohnheiten, Wünsche und Bedürfnisse ableiten und in die personenbezogene Pflege integrieren. Die Anfänge der Biografiearbeit sind dabei besonders wichtig, da zu Beginn die meisten Informationen in Bezug auf die Krankheit, wie Verlauf, Stadium, Symptome und Beginn durch den Betroffenen und/oder dessen Angehörige, gesammelt werden können. Dadurch wird entschieden, welche Vorgehensweise der Biografiearbeit logisch erscheint, da sich der Ablauf der Anwendung, ob gesprächsorientiert oder aktivitätsbezogen, je nach Stadium richtet. Betroffene, in den Anfängen der Erkrankung sind noch weitestgehend kommunikativ, weshalb sich hier die gesprächsorientierte Vorgehensweise eignet. Im weiteren Verlauf der Krankheit und in den höheren Stadien, nimmt die Kommunikation ab, die Betroffenen sind meist ungesprächig, weshalb die Kommunikation über die Sinne erfolgen sollte. Hierbei eignet sich die aktivitätsbezogene Biografiearbeit.

⁸⁴ Zegelin, Angelika (Stand: 15.09.2022) *Die Biografie im Überblick* Witten. URL: <https://www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/34259-die-biografie-im-blick> [2018].

Hingegen wird bei der Validation dauerhaft versucht, dass der Betroffene sich aufgestauten Gefühlen, durch unbewältigte Konflikte aus früheren Lebenszeiten, entledigt. Es wird versucht, die erkrankte Person in jeder Situation und Lebenslage durch Anwendung der Techniken zu validieren. Naomi Feil entwickelte 14 Techniken, die je nach Stadium angewendet werden können. Bei der Validation wird nicht zwischen zwei Vorgehensweisen, die jeweils unterschiedlichen Techniken nachgehen, wie bei der Biografiearbeit, entschieden. Der Anwender sollte in einzelnen Situationen, während dem Validieren erkennen, welche der 14 Techniken, den Betroffenen unterstützen könnte. Die Gemeinsamkeit der Methoden liegt hierbei in dem Stadium bedingten Vorgehen.

Beide Methoden gehen einem würdevollen und respektierenden Umgang nach und fokussieren sich auf die Person hinter der Erkrankung, um anhand von Erlebnissen und Ereignissen aus früheren Lebenszeiten, Verhaltensweisen verstehen zu können. Grundlegendes Prinzip beider Methoden: den Betroffenen in ihrer Realität entgegenzukommen.

Sowohl die Validation als auch die Biografiearbeit zielen darauf ab, dass ein positiver Umgang und eine fortschrittliche Kommunikation gefördert werden. Außerdem soll durch die Hinterfragung der Persönlichkeit, eine individuelle personenzentrierte Pflege möglich gemacht werden.

Angehörige und Pflegepersonen erlernen neben einer einfühlsamen, urteilsfreien Grundhaltung, sprachliche und nicht-sprachliche Validationstechniken, als auch Möglichkeiten mehr über die Biografie eines Menschen zu erfahren. Diese sind bei Menschen mit spät einsetzender Alzheimer-Demenz sinnvoll.

7 Kritik an der Validation nach Naomi Feil

In diesem Kapitel wird sich mit kritischen Aussagen auseinandersetzen. Dazu werden Kritikpunkte diskutiert, um Schlussfolgerungen, in Bezug auf die Umgangsform und Kommunikation von Pflegefachkräften mit demenziell erkrankten Menschen ziehen zu können.

In den Büchern „Validation – ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen“ und „Validation in Anwendung und Beispielen“ von Naomi Feil und ihrer Tochter Vicki de Klerk-Rubin wird der Begriff Desorientiertheit häufig verwendet. Somit beschreiben die Autorinnen die Validation als eine Methode der Kommunikation mit desorientierten sehr alten Menschen.⁸⁵ Dabei geht dem Begriff eine negative Wertung voraus, denn Feil benutzt die Aussage: „desorientierte sehr alte Menschen“, um Menschen mit „spät einsetzender Alzheimer-Krankheit“ zu beschreiben.⁸⁶ Dabei ist unklar, ob sie die Bezeichnung der Desorientiertheit mit der organisch verursachten Orientierungsstörung gleichsetzt.⁸⁷ Anschließend stellt sie den Begriff der Desorientiertheit mit dem Begriff der Verwirrtheit gleich. Dabei besitzen die Bezeichnungen einen kleinen, jedoch essenziellen Unterschied. Als Desorientiertheit wird eine Störung der kognitiven Leistung beschrieben, während Verwirrtheit als Zustand, durch eine geschwächte Orientierung betitelt wird. Zudem ist Verwirrtheit eine ungenaue Bezeichnung, die sehr weitläufig sein kann und auf Grund dessen diagnostisch nicht brauchbar ist.⁸⁸ Verwirrtheit bezeichnet nicht ausschließlich ein Symptom des Krankheitsbildes Demenz, sondern kann einer psychischen oder organischen Ursache vorausgehen.

Eine zusätzliche Ungereimtheit stellt für den Leser ihres Buches folgende Aussage dar: *„Das Verhalten von Menschen mit früh einsetzender Demenz entspricht meist dem Alzheimer-Modell. Diejenigen, die an spät einsetzender Demenz leiden, bezeichne ich als desorientierte alte Menschen. Für mich sind das zwei verschiedene Zustände. Beim ersten handelt es sich um einen Krankheitsprozess, beim zweiten um eine Reaktion auf körperliche Einbußen kombiniert mit der Unfähigkeit, mit einer großen Zahl von psychologischen und sozialen Einbußen fertig zu werden.“*⁸⁹

Daraus kann das Missverständnis entstehen, dass spät einsetzende Alzheimer - Demenz auf eine psychische Ursache zurückzuführen ist. Jedoch

⁸⁵ vgl. Feil/de Klerk-Rubin 2020, S. 12.

⁸⁶ vgl. Feil/de Klerk-Rubin 2020, S. 13.

⁸⁷ vgl. Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 297.

⁸⁸ vgl. Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 298.

⁸⁹ Feil/de Klerk-Rubin 2010, S. 50.

ist die Alzheimer – Krankheit, gleichgültig wann diese einsetzt, immer organischer Ursache.⁹⁰

Weiterhin ist zu kritisieren, dass Feil durch ihre Aussagen, die sie in ihren Büchern trifft, überhöhte Erwartungen an die Validation stellt. Denn Demenzen entstehen nicht durch unbewältigte Konflikte und Aufgaben des früheren Lebens, sowie das Fortschreiten der Demenz-Erkrankungen nicht durch die Bearbeitung und Bewältigung dieser Aufgaben und Konflikte aufgehalten wird. Das Zurückversetzen in frühere Lebenszeiten und die Erinnerungen an negative Ereignisse können auftretende Symptome einer demenziellen Erkrankung sein, was jedoch nicht immer eintreten muss.

Außerdem wird von Feil zu wenig auf die Möglichkeit eingegangen, dass die Regression der Erkrankten nicht immer negative Auswirkungen haben muss, sondern Demenzerkrankte sich durch den Verlust des Kurzzeitgedächtnisses in frühere Lebenszeiten zurückziehen und gerne an positive Lebensereignisse zurückdenken. Dadurch entsteht häufig das Symptom der Weg- bzw. Hinlauftendenz, da die Betroffenen an den Ort der Erinnerung zurück möchten.

Ein weiterer Kritikpunkt ist der Aufwand für die Anwendung der Validation in der Praxis. Bekanntlich unterscheiden sich Theorie und Praxis der Pflege erheblich. Den Pflegekräften bleibt in ihrem Arbeitsalltag nicht viel Zeit für die einzelnen Bewohnern. Sie haben ihren Ablauf, den sie zwangsweise einhalten müssen. Um die Techniken, die Naomi Feil für die einzelnen Phasen aufstellte, anwenden zu können, bleibt den Pflegenden zu wenig Zeit. Zusätzlich erfordert die Methodik viel Übung und Bildung, um diese erfolgreich umsetzen zu können. Des Weiteren erfordert die Validation nach Naomi Feil eine Weiterbildung der Pflegekräfte, die nicht nur Zeit, sondern auch Geld für das Heim bedeutet. Wenn diese Weiterbildung nicht erfüllt wird, kann die Validation zwar ausgeübt werden, jedoch kann das Pflegeheim nicht damit werben, dass die Anwendung der Validation ihren Platz findet.

Die zu starre Stadieneinteilung, als auch die Stadienbezeichnungen von Feil sind ebenfalls Kritikpunkte. Sowohl die Stadien einer Demenz haben keinen

⁹⁰ vgl. Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 298.

allgemein gültigen Ablauf, der nicht eindeutig in vier Phasen eingeteilt werden kann als auch die Bezeichnung des ‚Vegetierens‘ klingt wertend und abwertend.

Weitere Kritikpunkte, die in der Lektüre ‚Demenzielle Erkrankungen‘ von 2013 aufgeführt werden, sind:

- *„Eine Symbolliste, die ihrer Ansicht nach typischerweise von demenzkranken alten Menschen in der ganzen Welt benutzt werden; diese Symbole ordnet Feil bestimmte mögliche Bedeutungen zu, mit denen die Validationsanwender arbeiten können; Diese Bedeutungszuordnungen erscheinen willkürlich und können zu Fehlinterpretationen des Verhaltens und Erlebens demenzkranker Menschen führen*
- *Möglichkeiten, das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz durch Veränderungen ihrer Wohn- und Lebensbedingungen zu verbessern, nicht genügend einbezogen werden*
- *Pathologische Hirnveränderungen als Ursache der Demenzsymptomatik zu wenig Berücksichtigung finden“⁹¹*

8 Fazit

Der demografische Wandel trägt einen erheblichen Teil dazu bei, dass die Zahl der demenziell Erkrankten immer weiter steigt und die Prognose für 2050 bei 2,8 Millionen Demenzerkrankte liegt, wenn es keinen erheblichen Durchbruch in der Therapie und Behandlung der Krankheit geben wird. Dies bedeutet, dass die Gesellschaft in Zukunft vor einer großen Herausforderung, mit der Pflege von demenzkranken Menschen, stehen wird. Eine Herausforderung, die jetzt schon ein Bestandteil der Gesellschaft ist. Vor ein paar Jahren galt die Demenzkrankheit als ein Tabu – Thema. Nur wenige Personen, die beruflich oder privat nicht mit der Thematik konfrontiert waren, hatten Hintergrundwissen. Dahingehend hat die Gesellschaft einen großen Schritt geleistet, deutlich mehr Aufklärung zu leisten, um dem Thema einen größeren Stellenwert zuzuteilen.

⁹¹ Marwedel/Weyerer/Schäufele 2013, S. 297.

Demenz ist eine Krankheit, keine Alterserscheinung, die in vielfältigen Formen auftreten kann. Sie kann vielfältige Ursachen haben wie Schädigungen des Gehirns, welche zu der jetzigen Zeit noch irreversibel sind, oder durch andere Grunderkrankungen, die anderweitig eine Form der Demenz auslösen können. Diese sind, wenn die Grunderkrankung rechtzeitig behandelt wird, reversibel. Eine heilbare Demenz tritt allerdings nur in 10 Prozent aller Fälle ein und ist damit deutlich seltener. Die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste auftretende Demenzform und macht circa 60 bis 65 Prozent aller Demenzerkrankungen aus.

Demenziell Betroffene weisen eine Vielzahl an Symptome auf, die je nach Stadium vermehrt sowie stärker oder leichter auftreten. Das meistverbreitete Symptom ist die Beeinträchtigung bis hin zum Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit, welches sich auch im Namen ‚Demenz‘ widerspiegelt. Zusätzlich nimmt die Krankheit Einfluss auf nicht – kognitive Fähigkeiten des Menschen und auf die Persönlichkeit des Betroffenen. Man unterscheidet demzufolge in kognitive und nicht – kognitive Symptome. Unter kognitiven Symptomen werden die Orientierungslosigkeit, Gedächtnisverlust und eine verminderte Lernfähigkeit verstanden. Zu den nicht – kognitiven Symptomen zählen die Antriebslosigkeit und Depressionen. Ein eindeutig, typisch erkennbares Krankheitsbild mit deutlichen Symptomen wird auch als Syndrom bezeichnet. Je nach Schweregrad beginnen die Betroffenen durch die Beeinträchtigungen in ihrer eigenen Realität zu leben, in der man ihnen mit Empathie und Einfühlung entgegentreten muss. Die Regression in die Kindheit oder in einen früheren Lebensabschnitt kann ein weiteres Symptom einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung sein. Demenziell Erkrankte zeigen Verhaltensweisen, die für Unbeeinträchtigte nicht nachvollziehbar, fast schon kindlich sind.

Naomi Feil entwickelte eine Methode der Kommunikation und des Umgangs mit Demenzkranken. Diese soll dabei helfen, Pflegekräfte im Umgang zu sensibilisieren und die Kommunikation zu erleichtern. Sie legt besonderen Wert darauf, nicht nur die Erkrankung der Person zu betrachten, sondern das Augenmerk auf den kompletten Menschen zu legen und das Leben vor der Krankheit zu betrachten. Sie geht davon aus, dass Menschen mit ungelösten

Konflikten und Aufgaben aus der Vergangenheit, in das ‚Vegetieren‘, die vierte Phase der Aufarbeitungsphase von Naomi Feil, geraten und somit keinen Frieden vor dem Tod finden können. Die Erkrankten sollen ihre Konflikte erst gelöst bzw. überwunden und ihre verborgenen bzw. zurückgehaltenen Gefühle ausgedrückt haben, um ihren Frieden erlangen zu können. Die Pflegenden müssen dabei unterstützend wirken, indem sie die zu Pflegenden validieren. Das Aufgabenfeld der Pflegefachkräfte liegt dabei in der Unterstützung und Begleitung bei Aktivitäten des täglichen Lebens, das Erkennen und Vermindern von Risiken sowie die Beseitigung und Linderung von gesundheitlichen Problemen. Die Betroffenen können sich meist kaum bei der Erkennung von Risiken und Problemen beteiligen, weshalb Pflegekräfte besonders darauf achten und eine sorgfältige Planung durchführen sollten.

Neben der Validation von Naomi Feil, existiert eine weitere Methode der Kommunikation: die Biografiearbeit. Ebenfalls eine Methode, die sich mit dem Leben eines Betroffenen, ausgenommen der Krankheit beschäftigt, um bestimmte Verhaltensweisen nachvollziehen zu können. Die Biografiearbeit hinterfragt die Biografie, also die Lebensweise und Erinnerungen des Erkrankten, vor der Erkrankung. Die Voraussetzung, die ebenfalls auf die Validation von Naomi Feil zutrifft, ist das Vertrauen der zu Pflegenden gegenüber den pflegenden Personen. Außerdem muss das Vorgehen gut bedacht und geplant sein, da sich Betroffene sonst überfordert fühlen können und die Möglichkeit des Rückzuges besteht.

Ein Vergleich der Methoden zeigt auf, dass es Parallelen aber auch Unterschiede gibt, jedoch bieten beide eine zuverlässige Möglichkeit dar, einen respekt- und würdevollen Umgang mit demenziell Erkrankten umzusetzen. Beide Methoden analysieren das frühere Leben des Betroffenen, um bestimmte Verhaltensweisen verstehen zu können. Außerdem stehen Wünsche und Bedürfnisse des Demenzen im Vordergrund, um die Pflege personenzentriert zu gestalten und das Wohlbefinden zu erhalten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Validation nach Naomi Feil eine geeignete Kommunikationsmethode im Umgang mit Demenzkranken für Pflegefachkräfte einer stationären Pflegeeinrichtung ist und die Techniken mit

Übung und Erlernen zu positiven Resultaten führen können. Wie jede Methode, weist die Validation Defizite auf und gibt Raum für Kritik. Wenn die Validation nach Naomi Feil angewendet wird, dann gehört eine kritische Auseinandersetzung dazu. Allerdings gibt es zahlreiche Studien, die positive Auswirkungen auf Bewohner von Pflegeheimen belegen und die Pflege durch Techniken in der Kommunikation vereinfachen.

9 Rückblick

Im letzten Abschnitt dieser Bachelorarbeit, möchte ich sowohl auf Schwierigkeiten, Zeitmanagement als auch auf die positiven und motivierenden Punkte während der Zeit des Schreibens meiner Bachelorarbeit eingehen.

Ende 2020 arbeitete ich durch das Pflichtpraktikum meines Studiengangs Pflegemanagement in einem Pflegeheim in Plauen. Die Pflegeheimleiterin integrierte mich in alle Vorgänge des Heimes, wodurch ich Erfahrungen auf der Demenzstation sammeln konnte. Ich begleitete 3 Wochen lang die Pflegekräfte in der Frühschicht. Natürlich durfte ich selbst nicht pflegen, allerdings reichten Beobachtungen und Hinterfragungen für mich aus, um vieles über den Pflegealltag und die Krankheit Demenz zu erfahren. Diese Beobachtungen halfen mir zu erkennen, unter welchem Zeitdruck die Pflegenden standen und mit welchen Aufgaben sie konfrontiert wurden. Des Weiteren erlebte ich das Verhalten von Demenzerkrankten im weit fortgeschrittenen Stadium und Demenzkrankheiten in Verbindung mit anderen Grunderkrankungen. Diese Zeit war sehr prägend, da ich bereits Grundwissen über Demenz verfügte aber die Praxis hautnah mitzerleben war zugleich wunderschön und erschreckend. Zu der Zeit habe ich mich besonders viel mit einer Pflegefachkraft unterhalten und ihn beim Pflegen beobachtet. Sein Umgang mit den Betroffenen war zärtlich, liebevoll und vor allem respekt- und würdevoll. Zuvor hatte ich schon viel über den typischen Pflegealltag gehört und auch viel von frustriertem Personal, was sich in der Betreuung und Pflege widerspiegelte. Deswegen bewegte es mich umso mehr, zu sehen, wie viel Mühe und Liebe von einem Menschen ausging, um es den Bewohnern im Heim so angenehm wie möglich zu machen. Darüber hinaus versuchte ich mit

Betroffenen zu kommunizieren und ihnen ein gutes Gefühl mir gegenüber zu vermitteln. Dabei stellte ich fest, dass die meisten keine klaren Worte fassen konnten und teilweise versuchten, sich mit Bewegungen mitzuteilen. Manche schreiten, versuchten aus Rollstühlen aufzustehen, obwohl ihnen das Laufen schwerfiel, sagten den gleichen Satz immer und immer wieder auf. All diese Verhaltensweisen konnte ich nicht nachvollziehen, wollte es aber.

Durch diese Erfahrungen und Beobachtungen wusste ich, dass ich mehr über die Krankheit Demenz an sich erfahren wollte und wie man mit Betroffenen umgehen als auch kommunizieren sollte. Aus zahlreichen Erzählungen kannte ich den schlechten Umgang von Pflegepersonal mit Heimbewohnern und aus meinem Praktikum heraus, erlebte ich liebevolles Personal. Auf Grund dessen wollte ich mich mit Methoden und Möglichkeiten befassen, die auf einen würdevollen Umgang abzielen und Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen im Mittelpunkt stehen. Deshalb entschied ich mich, meine Bachelorarbeit mit dem Thema „Umgang und Kommunikation von Pflegefachkräften mit demenziell erkrankten Personen einer stationären Pflegeeinrichtung“ zu schreiben.

Die Zeit des Schreibens meiner Bachelorarbeit war stressig, aufregend aber ebenso geprägt von Tiefpunkten und Durchbrüchen.

Ich hatte ein durchgeplantes Zeitmanagement. Nachdem mein Thema sicher war und ich begann Literaturrecherche zu betreiben, war mein nächstes Ziel die Anmeldung meiner Bachelorthesis. Daraufhin habe ich die folgenden Wochen mit: Literaturrecherche beenden, Gliederung aufstellen, Gelesenes und eigenes Wissen niederschreiben, Überarbeitung und in den Druck schaffen durchgeplant. Ursprünglich war die Abgabe für Mitte September geplant. Aber natürlich kommt alles anders. Einige Probleme ergaben sich schon allein bei der Literaturrecherche. Ich habe zu viel Zeit in Bücher investiert, die mir grobschlächtig Informationen gaben, aber mich nicht tiefer mit der Materie meines Themas vertraut machte. Zusätzlich habe ich mich so sehr in all dem Gelesenen von Fallbeispielen, Symptomen, Krankheitsverläufe und Demenzformen verloren, dass ich das Gelesenen verdauen musste und

statt das zu nutzen, eine Pause einlegte. Mein Zeitplan verschob sich immer mehr.

Und dann passierte das wahrscheinlich prägendste meines bisherigen Lebens und das genau in der Zeit, wo ich mich vollkommen auf meine Bachelorarbeit konzentrieren wollte. Meine Oma verstarb am 15. August 2022 durch einen selbst gewählten Tod, auf Grund einer Erkrankung, die für Außenstehende unerkennbar ist. Das war das Schlimmste, was ich bis jetzt erleben musste. Ich kämpfte zwei Wochen damit das Erlebte zu realisieren, Bilder in meinem Kopf zu verarbeiten und den Weg meiner Oma zu verstehen und natürlich auch um meine Oma zu trauern. Nach den zwei Wochen verstand ich, dass ich deutlich mehr Zeit brauchen werde, um das realisieren zu können und verstehen werde ich das wahrscheinlich nie. Allerdings wusste ich, dass meine Oma nie gewollt hätte, dass ich meine Aufgaben und vor allem nicht meine Bachelorarbeit vernachlässige oder gar vernachlässige. Auf Grund dessen fasste ich neue Motivation und Kraft und versuchte meinen restlichen Zeitplan umzusetzen. Auch wenn mir zwei Wochen fehlten, die ich mit mir selbst zu tun hatte, versuchte ich danach alles mir Mögliche zu machen, um fertig zu werden. Ich machte mir einen neuen Zeitplan für die letzten vier Wochen bis zu dem offiziellen Abgabetermin. Durch einen deutlich besseren Ansatz für die Umsetzung, fiel es mit leichter mein Ziel zu verfolgen. Ich beschäftigte mich mit neuen Quellen, die sich ausführlich mit meiner Thematik auseinandersetzte, was mir gleichzeitig mehr Motivation verschaffte, da ich zum ersten Mal in dieser Zeit das Gefühl verspürte, auf dem richtigen Weg zu sein. Ich setzte mich Tag für Tag hin und versuchte so viel wie möglich zu schreiben, auch wenn es nicht die Menge war, die ich mir für den Tag erhoffte.

Zusammenfassend war die Zeit des Schreibens meiner Bachelorarbeit ein Auf und Ab. Meine Ziele mich tiefgründig mit der Krankheit Demenz auseinanderzusetzen und mehr zum Thema Umgang und Kommunikation mit demenziell Erkrankten zu erfahren, habe ich umgesetzt und mein Bestes gegeben. Es hat mich viel Zeit und Kraft gekostet, allerdings weiß ich auch, dass ich aus diesem Abschnitt meines Lebens viel lernen und deutlich mehr Erfahrungen im Schreiben einer wissenschaftlichen Arbeit sammeln konnte. Ich hoffe damit das Kapitel Bachelorarbeit abschließen und neue Erlebnisse

im Master Gesundheitswissenschaften machen zu können. Ich weiß, dass ich noch viel mit dem Vorgefallenen zu kämpfen haben werde und einen Umgang damit finden muss. Aber ich bin zuversichtlich das zu schaffen und stolz darüber, meine eigene Bachelorarbeit geschrieben zu haben.

IV. Quellenverzeichnis

Alzheimer A. (1907): Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 64, (1).

Antwerpes, F. (2016): TFDD. URL: Abgerufen am 12.08.2022 <https://flexikon.doccheck.com/de/TFDD>

Bickel H. (2020): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Bundesministerium für Gesundheit (2021): Diagnose Demenz: Krankheitsbild und Verlauf. URL.: Abgerufen am 10.09.2022 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-demenz/krankheitsbild-und-verlauf.html>

Caughey A. (2013): Dealing Daily with Dementia. Calico Publishing Ltd.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2022): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. URL: Abgerufen am 20.09.2022 https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2015): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. URL: Abgerufen am 08.08.2022 <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2016/>

Falk J. (2015): Basiswissen Demenz. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Feil N., de Klerk-Rubin V. (2010): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 8. Auflage. München: Reinhardt.

Feil N., de Klerk-Rubin V. (2017): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 11. Auflage. München: Reinhardt.

Feil N., de Klerk-Rubin V. (2007): Validation in Anwendung und Beispielen. 5. Auflage. München: Reinhardt.

Feil N., de Klerk-Rubin V. (2020): Validation in Anwendung und Beispielen. 8. Auflage. München: Reinhardt.

Flöer C. (2019): Mini-Mental-Status-Test bei Demenz/Alzheimer (MMST).
URL: Abgerufen am 12.08.2022
<https://www.pflege.de/krankheiten/demenz/test/mmst/>

Flöer C. (2017): DemTect-Test bei Alzheimer/Demenz. URL: Abgerufen am 12.08.2022
<https://www.pflege.de/krankheiten/demenz/test/demtect/>

Frefel, D. (2014): Biografiearbeit als Intervention bei Menschen mit Demenz.
URL: Abgerufen am 10.09.2022
https://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0008/1210985/FrefelBiografiearbeitDemenzZF.pdf

Förstl H. (2011): Demenzen in Theorie und Praxis. 3. Auflage. Heidelberg: Springer.

Gerland, K. (2022): In der Pflege arbeitet man im Akkord URL: Abgerufen am 20.09.2022
<https://www.sueddeutsche.de/muenchen/dachau/clapping-for-future-in-der-pflege-arbeitet-man-im-akkord-1.5601644?reduced=true>

Graf von Westphalen G (2017): Anamnese. URL: Abgerufen am 11.08.2022
https://flexikon.doccheck.com/de/Anamnese?utm_source=www.doccheck.flexikon&utm_medium=web&utm_campaign=DC%2BSearch

Haberstroh J., Neumeyer K., Pantel J. (2011): Kommunikation bei Demenz. 1. Auflage. Heidelberg: Springer.

Hametner I. (2018): 100 Fragen zum Umgang mit Menschen mit Demenz. 4. Auflage. Hannover: Schlütersche.

Kastner U., Löbach R. (2013): Demenz. 1. Auflage. München: Elsevier GmbH. Urban und Fischer.

Kastner U., Löbach R. (2014): Handbuch Demenz. 3. Auflage. München: Elsevier GmbH. Urban und Fischer.

Kerkhoff, B., Halbach, A. (2002): Biografisches Arbeiten: Beispiele für die praktische Umsetzung. Hannover, Deutschland: Vincentz.

König J., Zemlin C. (2016): 100 Fehler im Umgang mit Menschen mit Demenz. 4. Auflage. Hannover: Schlütersche. Brigitte Kunz.

Leuthe F. (2012): Richtig sprechen mit dementen Menschen. 2. Auflage. München: Reinhardt.

Marwedel U., Weyerer S., Schäufele M. (2013): Demenzielle Erkrankungen. 1. Auflage. Haan – Gruiten: Europa - Lehrmittel.

Nicolay N. (2019): Symptom. URL: Abgerufen am 10.08.2022
<https://flexikon.doccheck.com/de/Symptom#:~:text=1%20Definition,von%20den%20Krankheitszeichen%20heißt%20Symptomatologie>

Nicolay N. (2017): Diagnostik. URL: Abgerufen am 11.08.2022
<https://flexikon.doccheck.com/de/Diagnostik>

Pielas A. (2016): Umgang und Kommunikation mit demenzkranken Menschen. Mittweida.

Rahman S., Howard R. (2019): Demenz kompakt. Kurzlehrbuch zur Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz. 1. Auflage. Bern: Hogrefe.

Renafan (o.J.): Biografiearbeit in der Pflege. URL: Abgerufen am 15.09.2022
<https://www.renafan.de/biografiearbeit>.

Röder L. (2021): Eine beginnende Demenz erkennen: Der MoCa-Test. URL: Abgerufen am 12.08.2022
<https://www.pflege.de/krankheiten/demenz/test/moca/>

Stangl W. (2022): Biografiearbeit. URL: Abgerufen am 10.09.2022
<https://lexikon.stangl.eu/6867/biografiearbeit>

Wedig, M. P. (2017): Kognitiver Leistungstest. URL: Abgerufen am 11.08.2022
https://flexikon.doccheck.com/de/Kognitiver_Leistungstest?utm_source=www.doccheck.flexikon&utm_medium=web&utm_campaign=DC%2BSearch

Wendt, S. (2022): Validation. URL: Abgerufen am 13.08.2022
<https://flexikon.doccheck.com/de/Validation>

Wnuck S. (2016): Validation. URL: Abgerufen am 13.09.2022 https://www.dgpalliativmedizin.de/images/2016_Wnuck_et_al_Validation_2.pdf

Zegelin A. (2018): Die Biografie im Überblick. URL: Abgerufen am 15.09.2022 <https://www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/34259-die-biografie-im-blick>

o.V. (2016): S3-Leitlinie "Demenzen". URL: Abgerufen am 10.08.2022
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf

o.V. (2022): Bachelorarbeit Gender Erklärung. URL: Abgerufen am 23.08.2022 <https://www.1a-studi.de/bachelorarbeit/gender-erklaerung>

V. Eidesstattliche Erklärung

Name: Holzmüller, Laura Marie

Matrikelnummer: 39426

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt worden ist, insbesondere dass ich alle Stellen, die wörtlich oder annähernd wörtlich aus Veröffentlichungen entnommen sind, durch Zitate als solche gekennzeichnet habe. Ich versichere auch, dass die von mir eingereichte schriftliche Version mit der digitalen Version übereinstimmt. Weiterhin erkläre ich, dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde / Prüfungsstelle vorgelegen wurde.

30.09.2022, Zwickau

Datum, Ort

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'L. M. Holz', followed by a horizontal line and a double underline.

Unterschrift