

**Online-Unit:**  
**Der mäeutische (dialogische,  
sokratische) Ansatz (nach Cora van  
der Kooij)**

**Autoren:**

Hans-Dieter Emmerich: Physiotherapeut, Krankenpfleger, Fachpfleger für Anästhesie/Intensivmedizin, Diplom-Pflegemanager, Dozent für Pflegeberufe, Ausbilder DRK

Michael Brandl

Heilpädagoge, Spielpädagoge, pädagogischer Ausbilder für Führungskräfte, Lehrkraft für sozialpflegerische Berufe, 2. Auflage 2016<sup>©</sup>

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung und des Nachdrucks, bleiben auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung der HÖHER Management GmbH<sup>®</sup> reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

**Lernziel dieser Online-Unit:**

Das Lernziel dieser Online-Unit ist es, Ihnen die Inhalte dieses Betreuungsansatzes vorzustellen.

„**Erlebnisorientiert**“ – das ist seit einigen Jahren das „Zauberwort“ bei der Pflege altersverwirrter Klienten in den Niederlanden.

Die **erlebnisorientierte Pflege** basiert auf einem vergleichsweise neuen „mäeutischen“ Konzept, welches das *Instituut voor Maieutische Ontwikkeling in de Zorgpraktijk (IMOZ)* im niederländischen Apeldoorn um die Pflegewissenschaftlerin **Cora van der Kooij** 1996 für die Pflegepraxis entwickelt hat.



Abbildung - Cora van der Kooij<sup>1</sup>

In der Anfangsphase einer Demenz benötigen Menschen für ihr Gedächtnis und ihre Denk- und Kombinationsfähigkeiten Unterstützung. Angestrebt wird, die Demenzklienten so lange wie möglich „in der Realität“ zu halten. Wenn dann die Verwirrtheit doch zunimmt und die Menschen mehr und mehr in ihrer Vergangenheit leben, müssen wir uns ihnen gefühlsmäßig nähern. Wie wir das tun können, hat uns die von der amerikanischen Sozialwissenschaftlerin Naomi Feil entwickelte Methode der Validation gelehrt.

---

<sup>1</sup> <http://web.ctrl.lu/files/revue.lu/a6732/r12-05-gesundheit-cora-van-der-kooij.jpg>.

„Obwohl wir der Theorie von Naomi Feil nicht in allen Punkten zustimmen, ist die Validation doch der wichtigste Durchbruch in diesem Bereich. Wenn jedoch die Demenz weiter fortschreitet, kommt die Zeit, in der sich der Klient immer mehr zurückzieht, nicht mehr redet oder aber Worte und Geräusche hervorbringt, die wir nicht verstehen. Er ist in seiner inneren Welt eingeschlossen und kaum noch zu erreichen. Für Menschen in diesem Zustand haben die Betreuer in dem niederländischen Pflegeheim Bernardus das sogenannte „Snoezelen“ entwickelt. Sie geben dabei dem Klienten eine Kombination von Sinnesreizen und hoffen, ihm damit einige gute, vielleicht sogar glückliche Augenblicke zu verschaffen.“<sup>2</sup>

Soweit die theoretisch-methodische Entwicklung.

In der Praxis stellte sich jedoch heraus, dass meist eine Kombination verschiedener Ansätze bei der Pflege von Demenzklienten in den Pflegeheimen angewendet wird.

Auf die Frage, wie sie das denn machten, antworteten Mitarbeiterinnen von Pflegeheimen immer wieder: „nach meinem Gefühl“.

---

<sup>2</sup> <http://www.integra.at/files/integra%201998%20-%20Cora%20van%20der%20Kooij%20-%20Erlebnisorientierte%20Pflege%20von%20Altersverwirrten.pdf>

## Die erlebnisorientierte Pflege

Die Validation, wie sie von Naomi Feil entwickelt wurde und von ihr und ihrer Tochter Vicki de Klerk gelehrt wird, kommt damit offensichtlich nicht ganz den Bedürfnissen der niederländischen Pflegeheime entgegen.

Naomi Feil und Vicki de Klerk betrachten die Validation als eine Methode, die nur von ihnen verändert werden kann. In der niederländischen Praxis wird jedoch eine Mischung aus Validation und anderen Annäherungsmethoden an dementen Klienten angewendet. Die Validation wird als Oberbegriff aufgefasst. Wichtig sind die Gefühle der Bewohner – und in der Validation werden sehr gute Anweisungen gegeben, wie die Pflegenden diese Gefühle benennen, respektieren und bestätigen können. Die Validation wird vor allem wegen ihrer emphatischen Tiefe und der Bedeutung, die sie der Biografie der Klienten beimisst, geschätzt. Aber gerade diese emphatische und biografische Tiefe erfordert Kreativität und Inspiration, damit immer wieder neue Wege beschritten und erforscht werden können. In diesem Zusammenhang ist in den Niederlanden ein neuer Begriff entstanden: die „erlebnisorientierte Pflege“.

Der Begriff „erlebnisorientierte Pflege“ stammt aus der „*Client Centered Therapy*“ (klientenzentrierte Therapie) des Psychologen Carl R. Rogers und ist von Rien Verdult, einem niederländischen Psychologen, auf die Pflege von Demenzklienten angewendet worden.

Er unterscheidet drei Stadien im Erleben der Demenz: *leicht, mäßig und stark*, und nennt diese Erlebensphasen

„**das bedrohte Ich**“,

„**das verirrte Ich**“ und

„**das versunkene Ich**“.

Diese Bezeichnungen von **Verdult** entsprechen sehr gut dem Bestreben, sich in den Demenzklienten hineinzusetzen.

## Die Intuitionen der Pflegenden

Viel zu wenig wurden bisher die Intuitionen der Pflegenden beachtet. Sie selbst nennen dies „mein Gefühl“. Dabei stützen sie sich auf die Lebensgeschichte ihres Klienten und probieren alle Methoden und Fertigkeiten aus: eine Kombination von Fühlen und Wissen, Kennen und Können.

Das Wissen, Kennen und Können ist aber bei den meisten auf der unbewussten Ebene stecken geblieben. Auf die Frage, wieso sie sicher sind, dass sie es richtig anstellen, einen echten Kontakt zu Altersverwirrten herzustellen, sagen sie Folgendes: *„Mein Gefühl sagt mir, dass es gut so ist, wie es ist.“* *„Das ist Intuition.“*

### Beispiel:

Wenn gefragt wird: „Kannst Du dies auch in Worte fassen? Du siehst doch etwas, nimmst etwas wahr“, erhält man die Antwort: „Wenn etwas falsch war, sieht man das an der Reaktion. Dann ist man auf dem falschen Weg, man muss etwas anderes versuchen. Wenn es richtig war, merkt man das an den kleinen Dingen: Der Klient setzt sich aufrecht hin, sein Blick verändert sich, ein Lächeln oder ein Seufzer ... oder es folgt eine Reaktion wie ein Schulterklopfen, ein Küsschen, eine freundliche Geste.“

Aufgrund dieser Gespräche und vieler anderer Eindrücke, Erfahrungen und Einsichten geht es uns jetzt nicht mehr darum, welcher methodische Ansatz der beste ist. Es geht nun vielmehr darum, die Intuition der Pflegenden mit Worten, Begriffen und einer integrierenden Theorie zu untermauern – nicht um der Theorie den Vorzug zu geben, sondern um diese Intuition zu stützen und weiter wachsen zu lassen.

## Das „mäeutische“ Konzept

Cora van der Kooij schreibt weiter: „Um der neuen Orientierung den erforderlichen Nachdruck zu geben, haben wir uns für ein ganz neues Wort entschieden: „mäeutisch“. Es stammt aus dem klassischen Altertum und ist griechischen Ursprungs. Das Wort geht auf Sokrates zurück und soll begrifflich die Geburtshilfe der weiblichen Intuition, die Fachdidaktik und die Organisation der Pflege miteinander verbinden. Sokrates benutzte den Begriff „Mäeutik“, um im Dialog durch Fragen authentische Einsichten aus seinem Gesprächspartner herauszuholen.“<sup>3</sup>

Aufgrund ihrer Berufs- und Lebenserfahrung verfügen Versorgende und Pflegende häufig über intuitives Wissen und Können. Zwar reicht die Intuition allein nicht aus, sie bildet aber eine wichtige Grundlage. Aus diesen intuitiven Kenntnissen und Erfahrungswerten sollen dann Worte, Begriffe und theoretische Ansätze hervorgehen. Wir benutzen die Mäeutik jetzt zur Erklärung von Begriffen wie Nähe, Intimität, Sicherheit und Geborgenheit.

### Übung

Notieren Sie sich die **wesentlichen Merkmale** des erlebnisorientierten mäeutischen Konzeptes und vergleichen Sie diese mit dem Validationskonzept von Naomi Feil.

---

<sup>3</sup> <http://www.integra.at/files/integra%201998%20-%20Cora%20van%20der%20Kooij%20-%20Erlebnisorientierte%20Pflege%20von%20Altersverwirrten.pdf>.

## Die Zielkonflikte der Pflege

„Naomi Feil strebt an, alten, demenzkranken Menschen dabei zu helfen, ihre verarbeiteten Verluste zu bewältigen und unerfüllte Lebensaufgaben zu vollenden, auch wenn das zu größerem Kummer, zu Verstimmung und zu stärkerer Unruhe führt. Demgegenüber haben die Pflegenden das Ziel, ihre Klienten gut zu versorgen und ihnen einen warmen, schönen Lebensabend zu bereiten. Sie wünschen ihnen einen Zustand von Ruhe, Vertrauen, guter Stimmung und wenn möglich auch ein wenig Freude.“

Hat nun Naomi Feil recht mit ihrer Sichtweise, dass den Demenzklienten geholfen werden soll, ihre Verluste zu verarbeiten und ihre Aufgaben zu vollenden? Oder haben die Pflegenden recht mit ihrem Streben nach Ruhe und Freude?

„Ich (**Cora van der Kooij**) schlage folgendes vor: Wenn wir das „Sollen“ durch „Können“ ersetzen, ist im Grunde alles möglich.“

Es gibt Demenzklienten – auch nach meiner Erfahrung –, die damit beschäftigt sind, ihre Probleme zu verarbeiten und zu vollenden, und die Hilfe gut verbrauchen können.

Es gibt aber auch Klienten, die nicht verarbeiten und nicht vollenden wollen, sondern in ihren alten Gewohnheiten verharren – auch in ihrer Demenz.

Wir brauchen nicht zu ergründen, warum der eine Mensch so und der andere anders reagiert.

Das hängt mit seinem Charakter, der Art der Demenz und der Lebensgeschichte zusammen.

Die Entscheidung, was bei dem einen oder dem anderen zu tun ist, erfordert eine nuancierte und scharfsinnige Abwägung, Sachverstand und Erfahrung.“<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup>, <http://www.integra.at/files/integra%201998%20-%20Cora%20van%20der%20Kooij%20-%20Erlebnisorientierte%20Pflege%20von%20Altersverwirrten.pdf>

## Die Spannungsfelder der Pflegenden

Untersuchungen des **IMOZ** in fünf Pflegeheimen zeigen: Die Pflegenden wollen vor allem, dass ihre Bewohner glücklich sind. Sie haben große Bedenken, Gefühle wie Verstimmung, Angst und Schmerz aufkommen und stärker werden zu lassen. Sie verstehen zwar, dass solche Gefühle nur verschwinden können, wenn sie sich zeigen dürfen. Aber die meisten weigern sich, die Gefühle der Bewohner selbst zu durchleben.

Naomi Feil sagt einfach: „Unterdrücke deine eigenen Gefühle und öffne dich für den Bewohner!“ So einfach geht das aber nicht. Die starke Entladung sucht sich einen Weg. Und dieser Weg führt durch die Pflegenden. Wenn diese Gefühle schon bekannt sind, können sie abgefangen und abgeleitet werden.

Wenn sie aber unbekannt sind oder – noch schlimmer – noch nicht verarbeitet sind, werden die Pflegekräfte in ihrem Inneren berührt. Diese Berührung kann zugelassen werden, sie kann aber auch abgewiesen werden.

Da es oft um Gefühle tiefer existenzieller Art – wie Einsamkeit, Sinnlosigkeit oder Todeswunsch – geht, kann man es einem Pflegenden kaum verdenken, solche Gefühle oft von sich zu weisen.

Die Erfahrung lehrt, dass es immer Pflegende gibt, die mit bestimmten Bewohnern keine Mühe haben. Hier nützen wir das **mäeutische Prinzip** und fassen alle guten Erfahrungen in einer „Umgangsberatung“ zusammen.

„Diese unterbauen wir theoretisch so gut es geht oder wir versprechen den Pflegenden und uns selbst, dass wir darüber nachdenken werden. In den IMOZ-Kursen sprechen wir mit den Pflegenden auch über ihre Probleme und benennen ihre emotionalen Spannungsfelder. Wir versuchen mit ihnen zusammen, ihre Probleme als emotionale Spannungsfelder zu erkennen.“<sup>5</sup>

---



## Mitgehen oder Grenzen setzen

Ein sehr kompliziertes Spannungsfeld ist das folgende: Soll man Gefühle äußern oder ihnen entgegentreten? In der Praxis wissen die Pflegefachkräfte oft intuitiv, dass sie den einen Heimbewohner, der verstimmt ist, in Ruhe lassen müssen. Bei einem anderen können sie die Verstimmung mit Humor relativieren, und bei einem dritten können sie die Verstimmung beim Namen nennen und bestätigen, ohne selbst in Schwierigkeiten zu geraten. Sie wissen, dass sich alle drei Bewohner erleichtert fühlen werden – jeder auf seine Weise.

Jedoch wünschen sie nicht, dass sich die Verstimmung soweit entwickelt, dass sie für sie selbst unbeherrschbar wird. Sie fühlen intuitiv, ob das Gefühl, das dabei entsteht, für den Bewohner heilsam ist und sich deshalb zeigen und entladen kann oder ob es destruktiv ist und zu Panik oder Aggression führt, denen weder Bewohner noch die Pflegenden gewachsen sind.

In den Niederlanden wollen jetzt alle „**erlebnisorientiert**“ pflegen – das ist das neue Zauberwort. Aber hier zeigt sich ein Problem: Als wichtigstes Ziel streben die Pflegenden an, dass sich die Bewohner wohlfühlen; es ist einer ihrer größten Vorzüge, dass sie sich in die Bewohner hineinversetzen können und ihnen Liebe und Wärme geben. Aber wie alles hat auch dies eine Kehrseite.

Versorgende tun sich oft schwer, den Bewohnern Grenzen zu setzen. Ihr Bestreben, sich in die Bewohner hineinzusetzen, ist beinahe maßlos, grenzenlos. Ebenso wie eine Mutter ihrem Kind Grenzen setzt, können aber auch für Demenzklienten Grenzen heilsam sein. Es gibt Klienten, die ihr ganzes Leben einen schwierigen Charakter hatten, man kann sagen, die latent psychiatrisch waren. Dann gibt es Klienten, die in einem Gesellschaftssystem gelebt haben, in dem sie nie mit dem Widerstand konfrontiert waren, den sie für ihre persönliche Stärke eigentlich gebraucht hätten. Schließlich gibt es auch Demenzklienten, die immer ihre Schwäche gezeigt haben und jetzt noch ihre Stärke zeigen wollen. Es ist ein Mischmasch aus unvollendeten Lebensaufgaben, Lebensgeschichte und Auswirkungen der Demenz. Bei welchem Klienten aber soll man nachgeben, bei welchen soll man dagegenhalten? Man könnte sagen, dass in der heutigen Praxis zu schnell korrigierend eingegriffen wird – der Gemütsruhe der Pflegenden zuliebe.

Mit dem Spannungsfeld „Mitgehen oder Grenzen setzen“ versucht die mäeutische Konzeption bewusst, die Pflegenden zu umgehen!

## Zusammenfassung

Nach Auffassung des IMOZ ist es dringend notwendig und auch möglich, unter Berücksichtigung bisheriger Pflegemethoden neue Theorien zu entwickeln.

Das **mäeutische Prinzip** will weder Schranken noch Dogmen aufstellen. Es will vielmehr inspirieren und die Richtung zeigen – die Richtung der Forschung in der weiblichen und sorgenden Erfahrungsdomäne und des darauf basierenden Dialogs zwischen den Pflegenden und Vertretern anderer Disziplinen.

## Mit Intuition und Sachverstand die Pflege neu erleben

Die stationäre Pflege im Wandel am Beispiel eines Altenheimes in Sassenberg

Seit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahr 1996 hat sich die stationäre Pflege sehr verändert. Der Anteil der von Demenz betroffenen Menschen in den Pflegeheimen hat sich stark erhöht. In unserem Altenzentrum St. Josef in Sassenberg ist der Anteil der demenzerkrankten Bewohner von ca. 40 auf ca. 80 % gestiegen (vgl. [www.altenzentrum-sassenberg.de](http://www.altenzentrum-sassenberg.de))

Das Altenzentrum St. Josef in Sassenberg, ein mehrgliedriges, gemeinwesenorientiertes Sozialunternehmen, hält ein differenziertes Leistungsangebot für ältere Menschen in der Region vor. Neben der stationären Pflege (80 Plätze) werden ebenfalls Tagespflege, Kurzzeitpflege, Seniorenwohnungen, verschiedene komplementäre Dienste wie Essen auf Rädern, betreuter Mittagstisch und Auf Rädern zum Essen angeboten, ebenso wie Beratungsdienste, Gesprächskreise für Angehörige und verschiedene offene Angebote für die Senioren aus der Stadt.

Bereits Anfang der 1980er-Jahre wurde das Altenzentrum erbaut (als Altenheim der sogenannten 2. Generation), als es in Nordrhein-Westfalen besondere Fördermittel für Neubauten mit einer „Station zur besonderen Betreuung“ gab.

So waren die Wohnbereiche von Beginn an unterschiedlich konzipiert und personell ausgestattet. Auf der „Station zur besonderen Betreuung“ (47 Plätze) lebten jahrelang somatisch erkrankte und an Demenz erkrankte Bewohner zusammen.

Die Mitarbeiter arbeiteten zwar aufgabenorientiert, aber gut und erfolgreich nach einem integrativen Konzept. Mit Inkrafttreten der Pflegeversicherung stieg der Anteil demenzerkrankter Bewohner, er beträgt derzeit rund 80 %. Schon sehr bald wurde deutlich, dass integrierende Konzepte nicht mehr funktionieren. Die wenigen orientierten Bewohner distanzieren sich immer stärker von den Verwirrten und wurden ab und zu auch handgreiflich. Die Bewohner mit Demenz reagierten darauf vermehrt mit Unruhe, akute Verwirrtheit war zunehmend festzustellen.

Demenzranke haben zurzeit keine Aussicht auf Heilung. Es gibt keine Pillen gegen die Alzheimer-Erkrankung, d. h., allein mit somatischer Pflege kommen wir nicht mehr weit. Das Dilemma der meisten Heime ist, dass sie sich stark an der Organisation von Krankenhäusern orientiert haben und somit eher auf somatische Pflege eingerichtet sind und weniger auf die Begleitung von Menschen mit Demenz.

Wie also kommen wir raus aus diesem Dilemma? Was also können wir selbst tun, um Veränderungen in unseren Einrichtungen voranzutreiben? Vielen Einrichtungen ist inzwischen bewusst geworden, dass sich die Situation grundlegend geändert hat, und haben sich auf die Suche begeben. Aber jede Einrichtung ist anders und muss ihren Weg, ihr Konzept und ihre individuelle Lösung finden.

Eine neue Kultur in der Demenzpflege ist längst nicht nur durch die Entwicklung neuer Konzepte oder durch das Beschreiten neuer Wege mit organisatorischen und/oder architektonisch-baulichen Betreuungskonzepten und innovativen Wohnformen erreicht. Viel wichtiger ist der Erwerb neuer Kompetenzen bei den Pflegenden.

Die in vielen Jahren erworbenen Handlungsrouinen und Denkansätze können von den Pflegenden nur schwer aufgegeben werden. In den meisten Handlungsfeldern von Pflege sind die in der klassischen Ausbildung und Praxis erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse stimmig, greifen jedoch oftmals nicht in der Betreuung und im Umgang mit Demenzkranken und sind eher kontraproduktiv und unangebracht.

Durch die Veränderungen der Rahmenbedingungen in der stationären Altenhilfe entstand ein „Leidensdruck“ bei leitenden und pflegenden Mitarbeitern. Schließlich war allen Beteiligten klar, dass sich etwas ändern musste. Und es war auch klar, dass das Altenzentrum grundlegend umzustrukturieren war. Ein Leitbildprozess war die Grundlage für ein Umdenken und für die Neuorganisation. Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen und Erkrankungen benötigen auch unterschiedliche Hilfeangebote.

Daher haben die Wohnbereiche bereits Anfang 1997 unterschiedliche Schwerpunkte erhalten. Die Wohnbereiche 1 und 2 arbeiten nach dem Schwerpunkt der gerontopsychiatrischen Pflege mit einer angeschlossenen Tagesbetreuung. Der Wohnbereich 3 betreut Menschen mit Demenz und schwerer somatischer Pflegebedürftigkeit und im Wohnbereich 4 leben überwiegend Menschen mit Orientierung und leichter Pflegebedürftigkeit. Ein Umzug bei Veränderung der Pflegebedürftigkeit ist in der Regel nicht nötig.

Neben der strukturellen Veränderung benötigten wir aber gleichzeitig auch ein inhaltliches Konzept zur Pflege und Betreuung der unterschiedlichen Bewohnergruppen, vor allem zur Begleitung der an Demenz erkrankten Bewohner. Gesucht wurde ein Konzept, das

- alle Mitarbeiter leicht erlernen und umsetzen können,
- die Bedürfnisse und Gefühle sowohl der Bewohner aber auch der Mitarbeiter wertschätzt und
- eng mit der praktischen Arbeit verbunden ist.

Durch den ersten Sassenberger Kongress „Leben und Arbeiten mit Verwirrten“ lernten wir Cora van der Kooij kennen. Sie stellte die in den Niederlanden bereits seit vielen Jahren bekannte und verbreitete Methode der erlebensorientierten Pflege vor. Schnell wurde deutlich, dass diese Methode am ehesten unseren Anforderungen entspricht:

## **Die erlebensorientierte Pflege mithilfe der Mäeutik**

In den vergangenen Jahren haben sich verschiedene unterschiedliche Entwicklungen in der Pflege, Betreuung und Begleitung von an Demenz erkrankten Menschen vollzogen, und verschiedene Methoden und Konzepte wurden entwickelt und verbreitet.

Die unterschiedlichen Erfahrungen, die dabei gemacht wurden, z. B. mit Realitätsorientierung, verbaler Validationstechnik, Reminiszenz (also, sich erinnern an etwas, was einem wichtig ist; Erinnerungsarbeit), Validation, Haptonomie (griech.: den Tastsinn betreffend), Snoezelen oder anderen Theorie- und Methodenansätzen, haben zu einem integrierenden Begriff geführt: erlebensorientierte Pflege. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass Pflegenden nur selten eine Methode anwenden, sondern mehrere kombinieren. Dabei sind vor allem das eigene Gefühl und die Intuition gefragt. Für jeden einzelnen demenzkranken Menschen kann eine spezifische Kombination aus den verfügbaren Theorien, Methoden und Fertigkeiten individuell zusammengestellt werden.

Ausgangspunkt und Ziel ist der Kontakt mit dem Bewohner. Nicht die einzelne Methode ist wichtig, sondern das Bewusstsein, Kontakt zu haben, und die Fähigkeit, Kontakt aufzubauen. Diese Fähigkeit, Kontakt durch Einfühlungsvermögen, Intuition und Sachverstand aufzubauen, wird mithilfe des mäeutischen Konzeptes entwickelt.

### **Der Begriff „Mäeutik“**

**Die Mäeutik hat den wichtigen Aspekt, dass Bewohner und Mitarbeiter gleichermaßen wertgeschätzt werden.**

Für die Pflegenden hat die erlebensorientierte Pflege das Ziel, sie in der Entwicklung ihres Selbstvertrauens und ihrer Kreativität zu unterstützen.

Für diesen Bewusstwerdungsprozess wird das griechische Wort „Mäeutik“ benutzt. Mäeutik bedeutet ursprünglich „Hebammenkunst“, geht auf Sokrates zurück und bezeichnet ein pädagogisches Verfahren, das davon ausgeht, dass das eigentliche Wissen im Menschen schon vorhanden ist und durch einen Lehrer (dem Geburtshelfer) durch geschickte Fragen aktiviert werden kann. Sokrates und die Mäeutik gehen also davon aus, dass Menschen im Prinzip wissen, was sie brauchen, es ihnen aber nicht bewusst ist. Wir verwenden die sokratische oder mäeutische Methode zur Bewusstmachung, also um Pflegenden bewusst zu machen, was sie innerlich bereits wissen und fühlen.

Pflegende brauchen Unterstützung, dieses intuitive Wissen, das sie aus ihren beruflichen und privaten Lebenserfahrungen haben, in Worte fassen zu können. Und sie brauchen eine Methode, um damit als Team bewusst umgehen zu können. Sie lernen, miteinander zu kommunizieren und im Team zu reflektieren.

### **Der Ansatz der Mäeutik zusammengefasst beinhaltet:**

- den Erfahrungskennntnissen und der Intuition von Pflegenden einen zentralen Platz geben,
- Pflegenden die Möglichkeit zur Reflexion über ihre Stärken und Schwächen geben, denn sie brauchen Rückmeldung,
- Pflegenden eine gemeinsame Sprache geben, mit der sie ihre Erfahrungen und Gefühle in Worte fassen können (kommunizieren können).

### **Noch einige Sätze über das Kompetenzprofil des Pflegepersonals**

Zur Begleitung an Demenz erkrankter Menschen ist ein umfassendes gerontopsychiatrisches Fachwissen und soziale Kompetenz erforderlich. Neben einer guten medizinisch-pflegerischen Ausbildung braucht man aber auch entsprechende Kenntnisse im therapeutischen, sozialpflegerischen und psychosozialen Bereich sowie Kenntnisse biografischer Aspekte. Ausgangspunkt und Ziel in der erlebensorientierten Pflege ist jedoch der Kontakt, die Beziehung zum Bewohner. Die pflegenden Mitarbeiter werden sensibilisiert, den an Demenz Erkrankten wahrzunehmen.

Die Umsetzung einer auf Demenzkranke ausgerichteten Interaktion und Kommunikation gelingt nur, wenn sich aus der funktionalen, aufgaben- und objektbetonten Beziehung des pflegetechnischen Arbeitsprozesses mit der Zeit ein persönliches Verhältnis entwickelt. Der Bewohner wird dann nicht mehr als bloßes Pflegeobjekt wahrgenommen, als Arbeitslast und damit als Belastung, sondern als beziehungsfähiger Mensch. So gelangen wir von einer aufgabenorientierten Pflege hin zu einer Pflege, in der der Bewohner im Mittelpunkt steht.

Das Wichtigste ist, dass sich Pflegende stets bewusst sind, dass die Bewohner Menschen mit denselben fundamentalen Grundbedürfnissen sind wie jeder andere Mensch auch. Sie brauchen Zuneigung und Wärme, wollen bedeutsam sein für andere und so viel wie möglich selbst wählen und entscheiden können.

Nähe, Gekanntsein und Ganzheit sind aus diesem Grund die zentralen Aspekte der erlebensorientierten Pflege.

Jeder Mensch hat ein Bedürfnis nach **Nähe**, von jemandem in den Arm genommen zu werden. Wir Pflegende sind sehr oft die Einzigen, bei denen Bewohner diese Nähe spüren können. Wir sind diejenigen, die zuhören, sich einfühlen und Gefühle benennen können.

Jeder Mensch hat das Bedürfnis, er selbst zu sein, **gekannt**, geschätzt und angenommen zu werden. Wir Pflegende kennen unsere Bewohner, geben ihnen das Gefühl, „o. k. zu sein, so wie sie sind“. Das bedeutet auch, ihnen eine soziale Rolle zu geben: z. B. „das ist Frau Schmitz, unser fleißiges Lieschen, die uns immer beim Abtrocknen hilft“ oder „das ist Frau Reichel, sie war Pastorenehefrau und hat immer darauf geachtet, dass alles gut organisiert ist.“

**In der erlebensorientierten Pflege geht es weniger um das Formulieren von Pflegeproblemen, sondern vielmehr um das Herausheben positiver Gesichtspunkte: Wie sieht der Bewohner gerne aus, was isst er gerne, welche Fernsehsendungen mag er, ist er lieber allein oder lieber unter Menschen ...**

Das Pflegepersonal weiß um diese Dinge.

**Ganzheit** bedeutet in diesem Zusammenhang auch, viel Aufmerksamkeit für die Gefühle der Bewohner aufzubringen und darauf zu reagieren.



## Die Methodik

Die Methodik geht von der Pflege im Team aus und führt zur Bezugspflege bzw. Beziehungspflege. Der Inhalt von Pflege wird sichtbarer und die Methodik deutlicher. Pflegende bekommen eigene Aufgaben und dadurch mehr Verantwortung.

Mit der erlebensorientierten Methodik werden die eigenen gefühlsmäßigen Erfahrungen bewusst und vervielfältigen die kreativen Einfälle und Kontaktmöglichkeiten. Die Methodik ist kein Zweck in sich selbst. Nicht: „ich schreibe es auf und die Kollegen machen es dann so wie auf Formel gebracht“, sondern: gemeinsam überlegen, wie dieser Bewohner seine Situation erlebt, was er braucht, was wir geben können, was wir für ihn bedeuten; miteinander austauschen, was wir während der Pflege erfahren, wie wir mit ihm Kontakt bekommen; erzählen über unsere Gefühle für ihn.

Die erlebensorientierten methodischen Instrumente sind also zur Beobachtung und Reflexion, zum Austausch und zur Kommunikation gedacht und beinhalten Beobachtungsbogen, Biografiearbeit, Charakteristik und Umgangsempfehlung.

Durch die erlebensorientierte Pflege lässt der einzelne Pflegende viel mehr von sich selbst sehen und ist hinsichtlich eigener Entscheidungen in der täglichen Pflege sicherer. Das fördert das Selbstbewusstsein. Das wiederum gibt Sicherheit bei den Kollegen und fördert den Teamgeist. Die Kombination von neuem Inhalt und Teamarbeit führt dazu, dass der einzelne durch seine Sicherheit somit auch im Team etwas bewirken und ändern kann.

Die Wohnbereichsleitung berücksichtigt die Gefühle der Mitarbeiter. Aufgaben zuzuweisen hat zur Folge, dass sich nicht jeder für alles verantwortlich fühlt. Gut zuhören, was Pflegende zu sagen haben, bewirkt hingegen, dass viele gute Ideen umgesetzt werden können und der Widerstand gegenüber Veränderungen abnimmt. Gemeinsam nach neuen Wegen zu suchen, ist die Aufgabe der Führungskräfte.



## Beispiel:

Zur Verdeutlichung soll hier als Beispiel ein kurzes Gespräch nach dem mäeutischen Konzept dargestellt werden

(angelehnt an: [http://www.rpi-loccum.de/sek2\\_schneider.html](http://www.rpi-loccum.de/sek2_schneider.html)).

### Das mäeutische Konzept im Beispielgespräch:

S: Frau L, haben Sie mal kurz Zeit für mich? Ich möchte Ihnen mal was Wichtiges sagen.	Das Mandat: Kurz Zeithaben ist zugleich ein ungleiches Beziehungsmuster: L. hat Zeit, die S. erbitten muss. „Wichtig“ und „sagen“ sind Hinweise auf das Anliegen.
L: Was ist Ihnen wichtig?	L. gleicht das Beziehungsmuster aus und dockt an die Wortwahl von S. an: „wichtig“.
S: Also, ich bin unzufrieden mit der Pflege von Ihren Kolleginnen. Sie kommen immer dann zu mir, wenn ich partout keine Zeit habe, sie sind immer so schroff zu mir und behandeln mich wie einen Störenfried. Dabei habe ich doch erst neulich wieder ein kleines Geburtstagskärtchen für die Pflegerin Frau H. gefaltet und ihr auch noch fünf Tischkärtchen gemalt ... (die Schilderung nimmt kein Ende).	Die Problemschilderung gleicht einem Konfliktkarussell und bringt nun ein umgekehrtes Beziehungsmuster: Nur S. kennt die Reihenfolge, L. müsste etliche Details nachfragen.
L: Frau S., welches von den Problemen wollen Sie mir als Erstes sagen?	L. kehrt zum Mandat zurück („als Erstes“ = wichtig) und nutzt die Sprachebene von S. („sagen“).
S: Das mit Ihrer Pflegerin H. Die ist früher immer so nett zu mir gewesen. Ich verstehe nicht, warum sie jetzt anders zu mir ist.	

L: Sie würden sich also von Frau H. wünschen, dass sie häufiger zu Ihnen kommt.	L. lehnt sich direkt an das von S. Gesagte an und nutzt weiter die Sprachebene von S., diesmal in positiver Formulierung: „wünschen“.
S: Ich weiß nicht so recht, ob ich Frau H. ansprechen soll.	
L: Sie könnten es versuchen.	L. greift die Idee auf und motiviert S. zum ersten Schritt. L. aktiviert damit die Eigenverantwortung von S. in der Problemlösung.
S: Vielleicht war es ihr auch zu viel, dass ich ihr immer wieder etwas gebastelt habe.	
L: Welche Reaktion erwarten Sie denn, wenn Sie Frau H. ansprechen würden?	L. greift den Aspekt der Unsicherheit auf und setzt ihn in Beziehung mit dem Hauptanliegen – der Wiederherstellung des angenehmen Kontaktes zu Frau H.
S: Vielleicht würde sie mich anhören und sie würde mir wahrscheinlich auch ihr Problem mit mir sagen.	
L: Wie ich Sie kennengelernt habe, können Sie doch sehr einfühlsam sprechen. Wollen Sie es versuchen?	L. benennt eine Ressource von S.: Sie weiß um ihre Formulierungsfähigkeit. Ein Ziel wird formuliert.
S: Ja. Es wäre schon schön, wenn wir wieder miteinander sprechen.	
L: Sollen wir Frau H. ansprechen? Sie ist gerade in der Schicht.	Das Ziel wird terminiert.
S: Ja, rufen Sie sie doch an.	
L: Soll ich Sie begleiten oder wollen Sie mit Frau H. alleine sprechen?	Das Mandat wird konkretisiert.
S: Nein danke, ich spreche alleine mit ihr. Sie müssen ihr nur erklären, warum Sie sie hierher gerufen haben.	Die Aufgaben werden verteilt.

L: Gut, dann teile ich ihr, wenn sie jetzt gleich kommt, kurz mit, worum es geht, und lasse Sie beide alleine. In Ordnung?	Bündig enden: kurze Zusammenfassung, das Mandat beenden, Bündnis schließen: „in Ordnung?“
S: Ja, in Ordnung. Danke, dass Sie sich Zeit für mich genommen haben.	

## Schlussfolgerungen – Was ändert sich im Alltag?

Wenn man in die Wohnbereiche kommt, fühlt man Ruhe, keine hetzenden Mitarbeiter. Nach der anstrengenden Morgenpflege sind die Pflegenden regelmäßig bei „ihren“ Bewohnern. Jeder hat eigene Verantwortlichkeiten, sowohl hinsichtlich des erlebensorientierten Umgangs mit den Bewohnern als auch mit der Pflegedokumentation.

Man nimmt sich Zeit, um Hände zu massieren, Lieder zu singen, Bewohnern zu helfen, Kaffee einzuschenken, Kuchen anzubieten. Die Mahlzeiten verlaufen ruhig, der Tisch wird nicht eher abgeräumt, bevor jeder mit dem Essen fertig ist. Man fühlt, wie die Bewohner im echten Kontakt als Menschen wahrgenommen werden.

Bewohner sind wichtiger als die Aufgaben, die man zu erfüllen hat. Die Uhr spielt nicht mehr eine so dominante Rolle, man wird sich seiner eigenen Möglichkeiten bewusst, wird kreativer.

Die Mitarbeiter anderer Disziplinen und die Pflegenden arbeiten im Team miteinander, nehmen einander ernst und akzeptieren den anderen, so wie er ist mit seinen starken und schwachen Seiten. Angehörige sehen, wie die Atmosphäre sich verändert. Gemütlichkeit statt Hetze und Hektik, Angehörige erfahren mehr Aufmerksamkeit für sich selbst und für ihre Bewohner. Man flüchtet sich nicht in die Arbeit, in die Kaffeepause oder ins Büro. Es ist eine Art Lebensgemeinschaft.

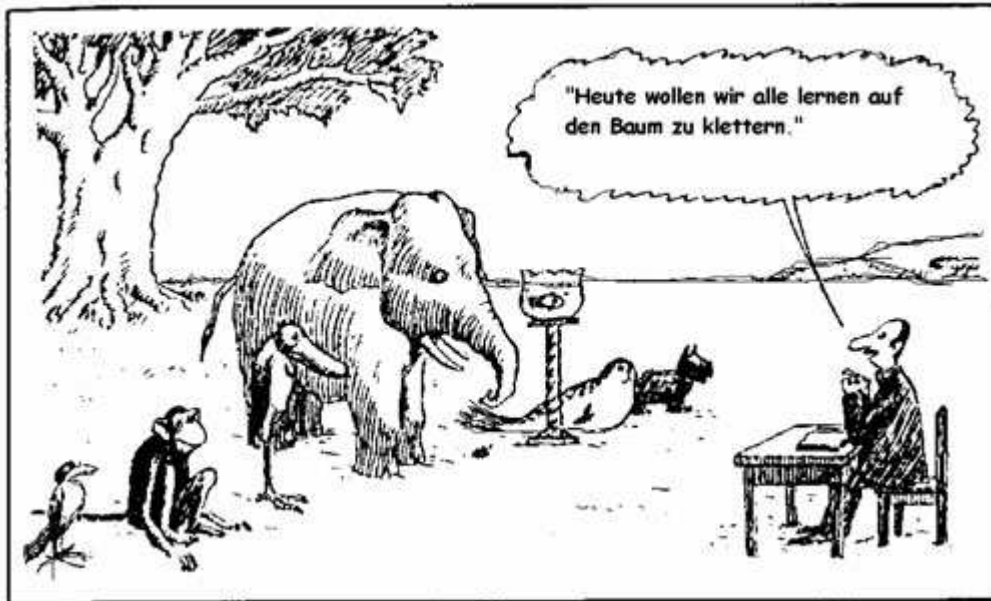


Abbildung - Erlebnisorientierte Pflege<sup>6</sup>

**Beispiel:**

Oben ein kleines Beispiel, wie erlebnisorientierte Pflege wohl nicht zu verstehen sein will.

---

<sup>6</sup> <http://www.roenkamp.de/images/DifferenzierungundIndividualisierung.jpg>

## Übungsaufgaben zur Selbstkontrolle

Die Bearbeitung der folgenden Übungsaufgaben zur Selbstkontrolle geschieht auf freiwilliger Basis ohne Benotung und dient Ihnen dazu, den vorher gelernten Stoff zu vertiefen und somit eine Lernerfolgskontrolle zu gewährleisten.

Versuchen Sie, die Aufgaben ohne Hilfestellung zu lösen, das verstärkt den Lerneffekt.

1. Wodurch ist der dialogische (mäeutische) Ansatz gekennzeichnet?  
Was ist für mich dabei am wichtigsten?
2. Kenne ich die wesentlichsten Unterschiede zur Validation (von . Feil) und zur integrativen Validation (von N. Richard)?
3. Welches sind die Vorteile des mäeutischen Konzeptes, welches die Nachteile gegenüber den Validationskonzepten?

## Verwendete Literatur, Internetquellen für Bilder und weiterführende Literatur

### Verwendete Literatur:

- Ballard, Clive G., Gray, A., Ayre, G. (1999). Psychotic symptoms, aggression and restlessness in dementia. *Revue Neurologique*; Paris: S. 44–52
- Ballard, Clive G., Margallo-Lana, Marisa, Fossey, Jane, Reichelt, Katharine, Myint, Pat, Potkins, Dawn, O'Brien, John (2001). A 1-year follow-up study of behavioral and psychological symptoms in dementia among people in care environments. *Journal of Clinical Psychiatry*: S. 631–636
- Ballard, Clive G., O'Brien, John T., Reichelt, Katharina, Perry, Elaine K. (2002). Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a double-blind, placebo-controlled trial with melissa. *Journal of Clinical Psychiatry*; S. 553–558
- Ballard, Clive, O'Brien, John, James, Ian, Myint, Pat, Lana, Marisa, Potkins, Dawn, Reichelt, Katharina, Lee, Lesley, Swann, Alan, Fossey, Jane (2001). Quality of life for people with dementia living in residential and nursing home care: the impact of performance on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills, and psychotropic drugs. *International Psychogeriatrics*: S. 93–106
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen: Musizieren mit demenzten Menschen, München 2006, S. 34 ff.
- Colling, Kathleen B. (2000). A taxonomy of passive behaviors in people with Alzheimer's disease. *Journal of Nursing Scholarship*: S. 239–244.
- Dellermann, K., Engemann, G.: Aktivierungskarten für die Seniorenarbeit, 2. Auflage, München, 2011
- Eron, L. D.: Theories Of Aggression. From drives to cognitions, in: Huesmann, L. R. (Ed.): *Aggressive Behaviour, Current Perspectives*, S. 3–11, New York, 1994
- Feil, N., de Klerk-Rubin, V.: *Validation, Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*, Band 16, 9. Auflage, München, 2010
- Hilpert, H.: Über den Beitrag der therapeutischen Gemeinschaft zur stationären Psychotherapie, in: *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, Nr. 29, S. 28–36, 1983 (Grundlagen von Main, T.)
- Höwler, E.: *Gerontopsychiatrische Pflege*, 4. erweiterte Auflage, Hannover, 2010
- Kasten, E. et al.: *Den Alltag demenzerkrankter Menschen neu gestalten*, Hannover, 2004
- Lind, Sven (2000). *Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden*. Stuttgart, Paul-Lemp-Stiftung

- Lind, Sven (2005). Demenzkranke Menschen pflegen. Grundlagen, Strategien und Konzepte. Berlin, Verlag Hans Huber
- Merchel, J.: Beratung im Sozialraum, in: Neue Praxis 4/2001, S. 369 ff.
- Normann, U.: Heiteres Gedächtnistraining, Stuttgart, 1994, S. 64 ff.
- Plenum. Huesmann, L. R., Miller, L. S.: Long-term effects of repeated exposure to media violence in childhood, in: Huesmann, L. R. (Ed.): Aggressive Behaviour, Current Perspectives, S. 153–186, New York, 1994
- Ragneskog, Hans, Gerdner, Linda A., Joseffsson, Karin, Kihlgren, Mona (1998). Probable Reasons for Expressed Agitation in Persons in Dementia. Clinical Nursing Research: S. 189–206
- Reisberg, Barry, Borestein, Jeff, Salob, Stacy P., Ferris, Steven H., Franssen, Emile, Georgotas, Anastasios (1987). Behavioral symptoms in alzheimer´s disease: Phenomenology and treatment. Journal of Clinical Psychiatry: S. 9–15
- Salvendy, J. T.: Der Borderline-Klient in der Gruppe, Grundsätzliche Erkenntnisse, in: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, Nr. 28, S. 349–355, 1992
- Shakespeare, William: König Lear. Übers. von W. H. Graf Baudissin, Stuttgart, 2001. S. 95
- Steinhagen-Thiessen, E. (Hrsg.): Das geriatrische Assessment, Stuttgart, 1. Nachdruck 2001
- Stokes, Graham (2003). Challenging behaviour in dementia: a person-centred approach. Oxon, Speechmark Publishing Ltd.
- Vass, Antony Andreas, Minardi, Henry A., Ward, Richard, Aggarwal, Neeru, Garfield, Cydonie, Cybyk, Beau (2003). Research into communications patterns and consequences for effective care of people with Alzheimer´s and their carers. Dementia: S. 21–48
- Weissenberger-Leduc, M.: *Palliativpflege bei Demenz*, Wien, 2009
- Weyerer, S. et al.: Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen, Stuttgart, 2005
- Weyerer, S. et al.: Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen, Stuttgart, 2006

## Verwendete Internetquellen

<a href="http://www.psychiatriegespraech.de/psychische_krankheiten/demenz/demenz_ueberblick.php">http://www.psychiatriegespraech.de/psychische_krankheiten/demenz/demenz_ueberblick.php</a> , Aufruf am 13.01.2012
<a href="http://www.aerzteblatt.de">http://www.aerzteblatt.de</a> , Aufruf am 10.02.2012
<a href="http://www.awo-bs.de/uploads/pics/Demenz.jpg">http://www.awo-bs.de/uploads/pics/Demenz.jpg</a> , Aufruf am 12.02.2012
<a href="http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01.pdf">http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01.pdf</a> , Aufruf am 16.02.2012
<a href="http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=32">http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=32</a>
DAIzG · Friedrichstr. 236, 10969 Berlin, Tel.: (030) 259 37 95 – 0, Aufruf am 13.01.2012
<a href="http://www.buendnis-depression.de/depression/notfallpass.php#Krisenmanagement_und_Notfallplan">http://www.buendnis-depression.de/depression/notfallpass.php#Krisenmanagement_und_Notfallplan</a> , Aufruf am 24.04.2011
<a href="http://methodenpool.uni-koeln.de/biografiearbeit/biografie_begruendung_clip_image001.gif">http://methodenpool.uni-koeln.de/biografiearbeit/biografie_begruendung_clip_image001.gif</a> , Aufruf am 12.02.2012
<a href="http://www.rund-um-die-biografie.de/images/bildcollage.jpg">http://www.rund-um-die-biografie.de/images/bildcollage.jpg</a> , Aufruf am 12.02.2012
vgl. Biografiearbeit, <a href="http://www.altenpflegeschueler.de/sonstige/biographie-arbeit-in-der-pflege.php">http://www.altenpflegeschueler.de/sonstige/biographie-arbeit-in-der-pflege.php</a> , Aufruf am 16.02.2012
<a href="http://www.integrative-validation.de/Nicole.jpg">http://www.integrative-validation.de/Nicole.jpg</a> , Aufruf am 16.02.2012
<a href="http://www.caredate.de/files/smthumbnaildata/lightboxdetail/4/9/8/9/1/Richard_g.jpg">http://www.caredate.de/files/smthumbnaildata/lightboxdetail/4/9/8/9/1/Richard_g.jpg</a> , Aufruf am 16.02.2012
<a href="http://www.grin.com/object/document.63144/1e09caaf1626d9d228b4950a4ca0cd1c_LARGE.png">http://www.grin.com/object/document.63144/1e09caaf1626d9d228b4950a4ca0cd1c_LARGE.png</a> , Aufruf am 15.02.2012
<a href="http://static.twoday.net/michaelrogner/images/FeilSmall.jpg">http://static.twoday.net/michaelrogner/images/FeilSmall.jpg</a> , Aufruf am 16.02.2012
<a href="http://web.ctrl.lu/files/revue.lu/a6732/r12-05-gesundheit-cora-van-der-kooij.jpg">http://web.ctrl.lu/files/revue.lu/a6732/r12-05-gesundheit-cora-van-der-kooij.jpg</a> , Aufruf am 16.02.2012
<a href="http://www.rpi-loccum.de/sek2_schneider.html">http://www.rpi-loccum.de/sek2_schneider.html</a> , Aufruf am 16.02.2012
<a href="http://www.roennkamp.de/images/DifferenzierungundIndividualisierung.jpg">http://www.roennkamp.de/images/DifferenzierungundIndividualisierung.jpg</a> , Aufruf am 16.02.2012
<a href="http://media03.myheimat.de/2011/10/14/1844379_web.jpg">http://media03.myheimat.de/2011/10/14/1844379_web.jpg</a> , Aufruf am 15.02.2012
<a href="http://demenz-nok.de/s/cc_images/cache_1977949602.jpg?t=1295382615">http://demenz-nok.de/s/cc_images/cache_1977949602.jpg?t=1295382615</a> , Aufruf am 16.02.2012
<a href="http://www.diakonie-sindelfingen.de/images/7Wohnzimmer2.jpg">http://www.diakonie-sindelfingen.de/images/7Wohnzimmer2.jpg</a> , Aufruf am 16.02.2012
<a href="http://www.maria-hilf-rlp.de/typo3temp/pics/b02c4afb26.jpg">http://www.maria-hilf-rlp.de/typo3temp/pics/b02c4afb26.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.ak-bildung.de/assets/images/Erwin_Bohm.jpg">http://www.ak-bildung.de/assets/images/Erwin_Bohm.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.gsund.net/cms/bilder/362/80/150/175/e15f5151/Basale1.jpg">http://www.gsund.net/cms/bilder/362/80/150/175/e15f5151/Basale1.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.klinik-wartenberg.de/uploads/pics/Pflege_2.jpg">http://www.klinik-wartenberg.de/uploads/pics/Pflege_2.jpg</a> , Aufruf am 20.02.12
Abb. 26: <a href="http://www.1000fragen.de/img/pool/110x110/paten/bienstein.jpg">http://www.1000fragen.de/img/pool/110x110/paten/bienstein.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.pflegewiki.de/images/7/7c/Snoezelen3.jpg">http://www.pflegewiki.de/images/7/7c/Snoezelen3.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.pflegewiki.de/images/6/69/Snoezelen1.jpg">http://www.pflegewiki.de/images/6/69/Snoezelen1.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.careum-explorer.ch/careum/pub/Seniorin_mit_farbigen_Kugeln_1719_0.jpg">http://www.careum-explorer.ch/careum/pub/Seniorin_mit_farbigen_Kugeln_1719_0.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.pflegewiki.de/images/8/85/Tastwand.jpg">http://www.pflegewiki.de/images/8/85/Tastwand.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.st-cyriak.de/images/cms/Grafik3-Snoezelenraum_1.jpg">http://www.st-cyriak.de/images/cms/Grafik3-Snoezelenraum_1.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.bethel.de/uploads/tx_templavoila/Teaser_Spendenprojekt_Snoezelen_2010.jpg">http://www.bethel.de/uploads/tx_templavoila/Teaser_Spendenprojekt_Snoezelen_2010.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.hprz.de/web/cms/upload/bilder/snoezelen.jpg">http://www.hprz.de/web/cms/upload/bilder/snoezelen.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.mainpost.de/storage/pic/mpnlneu/hassberge/2192366_1_xio-fcmsimage-20090504182637-006001-49ff173d848f4.15LIP3.jpg">http://www.mainpost.de/storage/pic/mpnlneu/hassberge/2192366_1_xio-fcmsimage-20090504182637-006001-49ff173d848f4.15LIP3.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Die_Kinaesthetics-Begr%C3%BCnder_Lenny_Maietta_und_Frank_Hatch.JPG&amp;filetimestamp=20111215032618">http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Die_Kinaesthetics-Begr%C3%BCnder_Lenny_Maietta_und_Frank_Hatch.JPG&amp;filetimestamp=20111215032618</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.klinikum-nuernberg.de/DE/aktuelles/knzeitung/2010/201002/foto_kin_ssthetik.jpg">http://www.klinikum-nuernberg.de/DE/aktuelles/knzeitung/2010/201002/foto_kin_ssthetik.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.gsund.net/cms/bilder/39796/80/150/113/bda96b67/ROT_Kin%C3%A4sthetik.jpg">http://www.gsund.net/cms/bilder/39796/80/150/113/bda96b67/ROT_Kin%C3%A4sthetik.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.baumann-trapp.de/cms/front_content.php?idcat=161">http://www.baumann-trapp.de/cms/front_content.php?idcat=161</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://pro-cura.dyndns.org:8080/fred/wordpress/wp-content/themes/pflegewerk/pflegekurs/bilder/teil23b3.jpg">http://pro-cura.dyndns.org:8080/fred/wordpress/wp-content/themes/pflegewerk/pflegekurs/bilder/teil23b3.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012



<a href="http://www.klinik-am-stein.de/uploads/pics/ol_laufband.jpg">http://www.klinik-am-stein.de/uploads/pics/ol_laufband.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.speyer.de/de/leben/senioren/Sitztanz/lm00023.jpg">http://www.speyer.de/de/leben/senioren/Sitztanz/lm00023.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://malteser-augsburg.de/Sitztanz/Sitztanz2_1.jpg">http://malteser-augsburg.de/Sitztanz/Sitztanz2_1.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.therapeutic-touch.org/img/DVG.jpg">http://www.therapeutic-touch.org/img/DVG.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.therapeutictouch.org/img/treatment_photo.jpg">http://www.therapeutictouch.org/img/treatment_photo.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.crystalinks.com/theratouch.jpg">http://www.crystalinks.com/theratouch.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://news.stanford.edu/news/2007/december5/gifs/graw_bandura.jpg">http://news.stanford.edu/news/2007/december5/gifs/graw_bandura.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://edtech2.boisestate.edu/flemmerl/images/jerome-bruner.jpg">http://edtech2.boisestate.edu/flemmerl/images/jerome-bruner.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.pqsg.de/grafiken/hintergrund/standard-orientierungsm.JPG">http://www.pqsg.de/grafiken/hintergrund/standard-orientierungsm.JPG</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.geroweb.de/gerontopsychiatrie/rot.html">http://www.geroweb.de/gerontopsychiatrie/rot.html</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://img8.billiger.de/t/oCev08cULMb17FWuG9-NqJmk8GUstmlNpCVbFKbjDjtTJWhzcWjrKsdPyDS9qoZfQ/Urban-Fischer-Erinner-Dich-Spiel.jpg">http://img8.billiger.de/t/oCev08cULMb17FWuG9-NqJmk8GUstmlNpCVbFKbjDjtTJWhzcWjrKsdPyDS9qoZfQ/Urban-Fischer-Erinner-Dich-Spiel.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://ecx.images-amazon.com/images/I/41GLj085pOL_SL500_AA300.jpg">http://ecx.images-amazon.com/images/I/41GLj085pOL_SL500_AA300.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://ladykracher.net/malplatz/wp-content/uploads/2011/10/jens-011.jpg">http://ladykracher.net/malplatz/wp-content/uploads/2011/10/jens-011.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://bc02.rp-online.de/polopoly_fs/1.1052006.1305759122!/httpImage/225974041.jpg_gen/derivatives/rpoPanorama_786/225974041.jpg">http://bc02.rp-online.de/polopoly_fs/1.1052006.1305759122!/httpImage/225974041.jpg_gen/derivatives/rpoPanorama_786/225974041.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.taz.de/uploads/images/684x342/demenz_0791.jpg">http://www.taz.de/uploads/images/684x342/demenz_0791.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://static.twoday.net/michaelrogner/images/Kunst-und-Demenz.jpg">http://static.twoday.net/michaelrogner/images/Kunst-und-Demenz.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.kunst-trotzt-demenz.de/">http://www.kunst-trotzt-demenz.de/</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.br.de/radio/br-klassik/demenz-krank-100~v-image512_-6a0b0d9618fb94fd9ee05a84a1099a13ec9d3321.jpg?version=1324563283953">http://www.br.de/radio/br-klassik/demenz-krank-100~v-image512_-6a0b0d9618fb94fd9ee05a84a1099a13ec9d3321.jpg?version=1324563283953</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.nordbayern.de/polopoly_fs/1.976979.1297819853!image/500574928.jpg_gen/derivatives/article_half/500574928.jpg">http://www.nordbayern.de/polopoly_fs/1.976979.1297819853!image/500574928.jpg_gen/derivatives/article_half/500574928.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://tierischwertvoll.files.wordpress.com/2011/12/cimq7047.jpg">http://tierischwertvoll.files.wordpress.com/2011/12/cimq7047.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.diakonie-niederlausitz.de/_content/images/99dd2488f7e507ff440ebf0870fc0f2c_0.jpg">http://www.diakonie-niederlausitz.de/_content/images/99dd2488f7e507ff440ebf0870fc0f2c_0.jpg</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.prachtlamas.de/wp-content/uploads/2009/12/sl371366_kleiner.JPG">http://www.prachtlamas.de/wp-content/uploads/2009/12/sl371366_kleiner.JPG</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.kiefer-rudert-mind.de/ArtikelTTBPflegeAmbulant05.pdf">http://www.kiefer-rudert-mind.de/ArtikelTTBPflegeAmbulant05.pdf</a> Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.webwiki.de/www.10-minuten-aktivierungen.de">http://www.webwiki.de/www.10-minuten-aktivierungen.de</a> Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.assista.org/files/integra2000%20-%20Ute%20Schmidt-Hackenberg_10%20Minuten%20Aktivierung.pdf">http://www.assista.org/files/integra2000%20-%20Ute%20Schmidt-Hackenberg_10%20Minuten%20Aktivierung.pdf</a> Aufruf am 20.02.2012
„Erinnern und Vergessen – Zur Bedeutung von Biografiearbeit“, Hans Georg Ruhe; <a href="http://www.forum-seniorenarbeit.de">http://www.forum-seniorenarbeit.de</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.integra.at/files/integra%201998%20-%20Cora%20van%20der%20Kooij%20-%20Erlebnisorientierte%20Pflege%20von%20Altersverwirrten.pdf">http://www.integra.at/files/integra%201998%20-%20Cora%20van%20der%20Kooij%20-%20Erlebnisorientierte%20Pflege%20von%20Altersverwirrten.pdf</a> , Aufruf am 20.02.2012
<a href="http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=101">http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=101</a> , Aufruf am 20.02.2012