

Online-Unit: **Integrative Validation (nach Nicole Richard)**

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[©]

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[®] 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.

Die integrative Validation (auch als IVA bezeichnet) befasst sich mit der inneren und äußeren Erlebniswelt von Menschen mit Demenz.

Die **integrative Validation** wurde in den 90er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts unter Einbindung einer bundesweiten Arbeitsgruppe von der Diplom-Psychogerontologin Nicole Richard konzipiert. Sie unterscheidet sich deutlich von der **Validation nach Naomi Feil** und kann als die methodische Weiterentwicklung in Deutschland angesehen werden.

Das segregative (gegensätzliche) Betreuungsmodell zur Integration kommt den besonderen Bedürfnissen Demenzkranker entgegen.

Eine Homogenität der Krankheitsbilder ermöglicht es den Mitarbeitern/innen bzw. dem Team, abgestimmte Angebote und Maßnahmen für Menschen mit Demenz zu entwickeln. Dennoch stehen professionelle Betreuer/innen oder Angehörige unter erheblichem Druck. Sie erfragen Orientierungen und Handlungshilfen für einen angemessenen Umgang mit diesen Menschen.

Die Begleitung von Menschen mit Demenz beinhaltet komplexe Aufgaben und Erfordernisse. Zusätzlich zur grundpflegerischen Versorgung benötigen demenziell Erkrankte eine Organisation und die Mitgestaltung ihrer Lebensumwelt, die Bezug nehmen auf ihre spezifischen Bedürfnisse.

Es gilt, eine Erlebens- und Wahrnehmungswelt zu gestalten, die Veränderungen und „Störungen“ dieser Erkrankung wahrnimmt und einschätzen kann. Wesentlicher ist es jedoch, die Defizite auszugleichen, sie unerheblich werden zu lassen in einer dichten Atmosphäre von Sicherheit, Geborgenheit und Zugehörigkeit.

Es gilt sicherzustellen, dass Menschen mit Demenz Vertrauen aufbauen und Ängste sowie Unsicherheiten abbauen können. Es gilt, mit und für diese Menschen ein Milieu zu schaffen, damit der Erkrankte aus **Ressourcen** schöpfen und sich „zu Hause“ fühlen kann.

Merksatz: Im Unterschied zur ressourcenorientierten Sicht schafft eine defizitorientierte Sicht Ohnmacht!

Hält man sich nur einige der Kernsymptome einer Demenz vor Augen, ist nachvollziehbar, dass dem Betreuungspersonal oft der Mut verloren gehen kann.

Vielleicht geht es Ihnen manchmal auch so, dass Sie Funktionsstörungen und Verluste bei Ihren Klienten sehen können:

- Das Gedächtnis setzt aus.
- Die Einpräge-(Merk-)fähigkeit (keine neuen „Ordner“ in der persönlichen „Bibliothek“ mehr) lässt nach und Vergessensprozesse (alte „Ordner“ fallen weg) setzen ein.
- Der Verlust des Gegenwartsbezugs, der Zukunftsorientiertheit beginnt.
- Die Orientierungsstörung macht zu schaffen.
- Der Verlust des Abstraktionsvermögens, die Verlangsamung des Denkens sowie Konzentrationsschwächen beginnen, sich auszuwirken.
- Die Erkennungsstörung (Agnosie) oder die Benennungsstörung (Anomie) sowie eine Handlungsstörung (Apraxie) werden sichtbar.
- Die gelegentliche Sprachstörung (Aphasie), aber auch die Lese- und Rechenstörung (Alexie, Akalkulie) wirken sich aus.
- Die Einengung des Gesichtsfeldes beginnt.
- Der Verlust der Körpergrenzenwahrnehmung beginnt.
- Der Verlust des „roten Lebensfadens“, also der Kenntnis dessen, wer ich bin und von Vielem mehr, machen sich bemerkbar.

Eine allzu sehr vom Defizit geleitete und geprägte Sichtweise kann zu Ohnmachtsgefühlen und zur Hilflosigkeit bei den Pflegekräften führen. In Anbetracht von Störung soll diese doch herabgesetzt, die Einbußen gemildert, die Abweichungen ins rechte Lot gerückt werden – freilich mit wenig Erfolg: Menschen mit Demenz ändern zu wollen, ist ein scheinbar hoffnungs-, sinn- und würdeloses Unterfangen.

Wenn es jedoch gelingt, die Wahrnehmungs- und Beobachtungskräfte auf die verbleibenden Fähigkeiten und Kompetenzen, die Ressourcen dieser Menschen zu zentrieren, kann eine würdevolle und freundschaftliche Beziehung zum älteren Menschen entwickelt werden.

Daher – der Blick auf die vorhandenen Ressourcen

Ressourcen benennen den natürlichen Reichtum, die Hilfsmittel, die Quellen, die einem Menschen innewohnen. Sie sind Reserven, Kräfte, Fähigkeiten und Möglichkeiten, die dem Kranken zur Gestaltung und Bewältigung seiner Situation zur Verfügung stehen. Die Probleme und Beschwerden des Erkrankten liegen meist offen zutage, während die Ressourcen ermittelt werden müssen.

Ressourcen sind Schätze, „Goldadern“, nach denen man suchen muss. Es gilt, hier vermehrt den Blick für die Integration der Ressourcen in der Pflege und Begleitung zu fördern und zu schulen.

Die Aktivierung und Integration dieser Ressourcen fördern die Selbstständigkeit des erkrankten Menschen, lassen seine persönliche Binnenstruktur lebendig werden und vermeiden Gefühle der Entmündigung. Zudem fördert die ressourcenorientierte Perspektive die Wahrnehmungsfähigkeit, die Neugier und Motiviertheit des Teams und die Möglichkeiten, den Menschen in seiner Ganzheit gelten zu lassen.

Im Folgenden werden zwei Ressourcen vorgestellt, die gleichzeitig die zentralen Aspekte der **integrativen Validation** nach Nicole Richard verdeutlichen.

1. Ressource: Die Antriebe

- früh erlernte oder angelegte Normgefüge, oft einer Epoche, einer Generation
- lebensgeschichtliche Herleitung
- Motiv und Triebfeder des Handelns
- persönliche Ausprägung und Gestaltung, z. B. Ordnungssinn, Pflichtbewusstsein, Fürsorglichkeit, Familiensinn

2. Ressource: Die Gefühle

- als direkter Ausdruck der momentanen Befindlichkeit oder
- als Reaktion auf Personen und Umwelterfahrungen
- werden echt, spontan und pur vermittelt,
- oft in Verknüpfung mit inneren Erlebenswelten (Lichtung) oder
- auch in Verbindung mit veräußerten oder behinderten Antrieben.
- Menschen mit Demenz orientieren sich in ihren persönlichen Gefühlen, z. B. Hilflosigkeit, Wut, Trauer, Zufriedenheit, Misstrauen.

Die integrative Validation im Kontakt zu Menschen mit Demenz besteht darin, ein vertrauensvolles Klima zu schaffen.

Doch wie soll dieser Kontakt begonnen werden, wie starte ich ein Gespräch, wie reagiere ich auf die auch häufig nonverbale Äußerungen dieser Menschen? Oft scheint der erste Schritt, der erste Satz der schwerste.

Nicole Richard hat mit der integrativen Validation (IVA) eine Methodik der Kommunikation mit Menschen mit Demenz entwickelt, die auf einer gewährenden und wertschätzenden Grundhaltung aufbaut.



Abbildung - IVA in der Praxis¹
Abbildung - Nicole Richard²



¹ <http://www.integrative-validation.de/Nicole.jpg>

² http://www.caredate.de/files/smithumbnaildata/lightboxdetail/4/9/8/9/1/Richard_g.jpg

Frau Richard sagt:

„Wie können professionelle Mitarbeiter/innen und pflegende Angehörige Zugang zu den Erlebenswelten von Menschen mit Demenz finden?

Wie kann sich der konkrete Umgang gestalten, wenn sich diese Menschen in „anderen Wirklichkeiten“ befinden?

Wie kann ich auf Menschen mit Demenz zugehen, Gespräche führen und mit ihnen im Austausch sein?“³

Die **IVA** geht in der Begleitung von Menschen mit Demenz von den zugrunde liegenden Abbauprozessen und den damit verbundenen Verlusten und Einbußen aus. Die Methode orientiert sich an den Ressourcen und der Erfahrungswelt dieser Menschen: Sie äußern Gefühle und z. B. Ordnungssinn oder Fürsorge, die zunehmend Zentrum ihres Erlebens und Grundlage ihres Verhaltens sind. **IVA** bestätigt und benennt diese Gefühle und Antriebe, erklärt sie für gültig und richtungweisend. Die Menschen mit Demenz fühlen sich verstanden und ernst genommen. Vertrauen ist aufgebaut worden und stärkt die Kompetenzen der Betroffenen.

Die **IVA** bindet bewusst die intuitiven Fähigkeiten der Pflegekräfte ein und macht das eigene Handeln bewusst. Die Methode vermeidet Fragetechniken und Interpretationen, vermittelt Ruhe und Sicherheit und vermindert so Angst und Stress. Sie fördert die Kontakt- und Beziehungsaufnahme zu anderen.

Menschen mit Demenz äußern ihre Gefühlsbefindlichkeiten meist direkt und deutlich spürbar. Ihr Verhalten wird geleitet von Antrieben. Gefühle und Antriebe sind auch bei fortgeschrittener Erkrankung lange lebendig, wahrnehm- und spürbar.

Wenn wir die Antriebe und Gefühle des Demenzerkrankten ernst und wahrnehmen und in kleinen Sätzen wertschätzend wiedergeben (individuell validieren), fühlt sich dieser Mensch erfasst und verstanden. Wir sind das Echo, der Spiegel, geben den oftmals isolierten Äußerungsformen dieser Menschen eine Sprache. Die validierenden Sätze sind möglichst kurz und direkt gehalten.

Wesentlich ist eine authentische, „echte“ Sprache. IVA nutzt die Kraft und Vertrautheit von Vergleichen sowie allgemeine Redeformen und Sprichwörter (allgemein validieren).

³ vgl. www.integrative-validation.de

Übung

Eine Übung für Sie:

- Notieren Sie sich die Kernaussagen der integrativen Validation.
- Setzen Sie verschiedene Merkmale (z. B. Wertschätzung, Redewendungen) bei Ihrer nächsten Gruppensitzung oder im Einzelgespräch mit Bewohnern ein.
- Notieren Sie sich die Reaktionen der Bewohner und bringen Sie Ihre Notizen zur Präsenzveranstaltung mit.

Die sprachliche (verbale) Kommunikation mit Menschen mit Demenz

Sprache ist allgemein Verbindungsglied zum anderen, definiert Menschen innerhalb ihrer sozialen Gruppe, ihres Gefüges und kreiert Wirklichkeit. Sprache schafft Lebendigkeit und Teilnahme. Sprache ist Macht, Sprachlosigkeit ist Ohnmacht.

Die Kommunikation geschieht allerdings über drei verschiedene Ebenen gleichzeitig:

1. über die für uns am stärksten bewusste „verbale“ Sprache (die Inhalte),
2. über die (nonverbale) Körpersprache und
3. über die stimmliche (paraverbale) Betonung.

Die Sprache unseres Körpers, zu der Mimik, Gestik, Haltung und Bewegung gehören, ist meist – außer es geschieht geplant – nicht bewusst. Während die verbale Kommunikationsfähigkeit im Verlauf der Demenzerkrankung großen Veränderungen und Einbußen unterliegt, bleiben verbale und nonverbale Ausdrucks- und Wahrnehmungsmöglichkeiten erhalten. Im Gegenteil: Sie werden stärker, authentischer (echter). Sie können als neue Ressourcen des Demenzkranken verstanden werden.

ART DER KOMMUNIKATION		
	Schriftlich	Mündlich
VERBAL	Lexikalische, syntaktische, rhetorisch-stilistische Vertextungsmittel, Direktheit/Indirektheit	
NONVERBAL	Bilder, Zeichnungen, Diagramme Form(at), Farbe, Layout, Faltweise, Materialqualität	Mimik, Gestik, Körperkontakt, Blickkontakt Zuwendung (intentional vs. nicht-intentional)
PARAVERBAL	Typographie, Interpunktion Schreibweise, Zwischenräume (z.B. Anordnung von Bildelementen) Satzspiegel	Lautstärke, Stimmlage, Sprechrhythmus Lachen, Hüsteln Pausen, Akzent
EXTRAVERBAL	Zeit (z.B. Erscheinungsweise) Raum (Ort und Modi der Textübermittlung,	Zeit, Ort, Kommunikations- beziehung Kontext, taktile und olfakto- rische Reize

Abbildung - Kommunikationsarten⁴

Die Umwelt (das Milieu)

Unter **Milieuthérapie** in der Begleitung von Menschen mit Demenz wird ein bewusst pflegerisch-therapeutisches Handeln verstanden, das sich auf ein Konzept zur Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens, des Verhaltens und der Kompetenzen des Demenzkranken stützt⁵.

Milieu benötigt als Hauptfaktoren Pflege- und Begleitungskräfte, die diese Maßnahmen leben und eine wertschätzende, respektvolle, gewährende Grundhaltung zum Ausdruck bringen. Es gilt, sich darüber bewusst zu sein: Wir alle sind Gast auf den Wohnbereichen, es ist nicht unser „Hoheitsgebiet“. Wir treten verbal in die inneren Wirklichkeiten der Erkrankten. Wir treten als Person in deren Lebens- und Wohnwelt und haben diese Welt zu respektieren.

⁴ http://www.grin.com/object/document.63144/1e09caaf1626d9d228b4950a4ca0cd1c_LARGE.png

⁵ vgl. Gutzmann u. Woyнар, 1996

Dieser Austausch verlangt professionelle Kenntnisse

- zur Lichtgestaltung und -stärke,
- zur Farb- und Farbkontrastwirkung,
- von einer auch der Region angepassten Mobiliarwahl (ältere Möbel modernen vorziehen, „Plüsch oder Kühlheit“),
- von Störreizen (schnelles Gehen, TV, Uneindeutigkeit z. B. von Berührungen, abruptes Ansprechen oder Abwenden) sowie
- vom Einbinden von (pflegenden) Angehörigen,
- von eigenen Möbeln (gerade Kleinstmöbel),
- von Lebensthemen oder Erinnerungskisten und
- von Vielem mehr.

Häufig ergeben sich Schwierigkeiten bei der Biografiearbeit:

- ⇒ Menschen mit Demenz können selbst über ihre Lebensgeschichte keine Auskünfte mehr geben.
- ⇒ Häufig gibt es keine Angehörigen (mehr) oder die Angehörigen möchten keine persönlichen Angaben machen bzw. ihre Angaben sind „gefärbt“.
- ⇒ Die Angehörigen sind häufig auch selbst hoch betagt und haben Hemmnisse und Scham, über die sehr sensiblen Themen der zu Pflegenden zu sprechen.
- ⇒ Die Angehörigen gehören einer Generation an (Kinder, Kindeskindern), die kaum Kenntnis über zentrale Lebensbereiche der zu Pflegenden besitzt (z. B. über die Kindheit und Jugend der heute älteren Menschen mit Demenz).
- ⇒ Einrichtungen der Altenarbeit verfügen über „unbefriedigende“ Dokumentationsunterlagen zur Erarbeitung und Erfassung von Lebensgeschichten.
- ⇒ Bekannte Daten bleiben in den Köpfen einzelner Mitarbeiter, es kommt nicht zum Austausch und zur Bereitstellung an das gesamte Pflege- und Begleitungsteam.

- ⇒ Es herrscht Unsicherheit darüber, was Relevanz hat und welcher Lebensabschnitt wichtig ist.

Der Ausgangspunkt von Biografiearbeit mit der IVA ist meist, dass lediglich Minimaldaten vorliegen. In diesem Fall muss sich ein Team auf eigene Fähigkeiten konzentrieren:

Die Hauptressource von Mitarbeitern/innen in Pflege und Begleitung ist ihre Fähigkeit, zu beobachten und sehr genau wahrzunehmen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass Menschen mit Demenz ihre Gefühle und Antriebe deutlich äußern, selbst in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung. Das bedeutet, wir können wahrnehmen und erkennen, was Menschen mit Demenz spüren, was ihnen wichtig ist, was sie zeitlebens geprägt hat und ihren Lebensweg und ihre Lebensgeschichte nachhaltig beeinflusst hat.

Jeder Mensch hat eine Mischung von persönlichen Antrieben. Jeder Beruf hat auch spezifische Antriebe, die diese Tätigkeit benötigt und definiert. Die integrative Validation arbeitet mit den „Lebensthemen“ von Menschen mit Demenz; diese sind meist ihre Berufe. Wenn nun ein älterer Mensch sich diesen Beruf nicht selbst gewählt hat, sei es, weil er aus Familientradition den Beruf der Vorfahren hat übernehmen müssen oder weil er aus Geldmangel den gewünschten Beruf nicht hat erlernen können, dann ist der „aufgezwungene Beruf“ nicht das Lebensthema. Der Mensch kann sich dann über diesen Beruf nicht definieren, er bezieht über diesen Beruf nicht seinen Status, seinen Stolz und seine Ich-Identität.

In einem solchen Fall kann das Lebensthema das Hobby, das „Steckenpferd“ sein, z. B. Schrebergarten, Taubenzucht, Schießverein, Fußballverein, Kirchenchor, Angeln (freizeitbezogen).

Zum Lebensthema werden die berufs- bzw. freizeitbezogenen Antriebe erarbeitet, des Weiteren die Schlüsselwörter aus diesem Lebens- und Arbeitsbereich, die dann wie Türöffner fungieren. Mit diesem Material können dann validierende Sätze formuliert werden.

Mit dem Lebensthema kann reagierend und agierend kommuniziert werden. Das Prinzip Agieren basiert auf der Kraft der immer wiederkehrenden Handlung und Ansprache: der ritualisierten Begegnung. Sie setzt sich aus den ritualisierten Startätzen, dem Mittelstück der validierenden Sätze und dem Abschluss durch ritualisierende Schlusssätze zusammen.

Wir können durch das direkte Ansprechen der demenziell erkrankten Menschen auf ihre Lebensthemen die zerfallenden Puzzlestücke ihrer Lebensgeschichte wieder teilweise „zusammenschieben“.

Der Mensch mit Demenz erkennt sich in unseren Sätzen, in unseren bewusst gewählten Schlüsselwörtern aus seiner Lebenswelt und in den ihm bekannten, den Lebensstil beschreibenden Antrieben wieder. Ein Stück seines Lebens wird durch unsere kleinen und letztlich unspektakulären Sätze wieder lebendig und nachvollziehbar, nachspürbar.

Paradoxaler (gegenläufiger) Effekt der IVA

Wenn Gefühle nicht wahrgenommen oder geleugnet werden, haben sie die Tendenz, stärker zum Ausdruck zu kommen. Wenn wir die Gefühle dieser Menschen wahrnehmen und benennen, können belastende Gefühle ausfließen, sich auflösen, angenehm werden lebendiger. Antriebe von Menschen zu validieren, heißt, deren Regeln und Normen zu akzeptieren, wertzuschätzen, unabhängig davon, ob diese auch für uns gelten.

Grundsätzliches zur IVA

IVA ist grundsätzlich eine Haltung zum (älteren, an einer Demenz erkrankten) Menschen. Viele Professionelle aus Pflege und Betreuung erkennen sich hierin wieder, da sie diese Haltung bereits intuitiv entwickelt haben. Da der Intuition jedoch die Kontinuität und die Möglichkeiten des Austauschs, auch der Dokumentation fehlen, kann die Methodik der IVA als Untermauerung intuitiven Wissens integriert werden, um diese auf Dauer zu garantieren.

Einige Effekte hinsichtlich des Erlebens der Dementen:

- Sicherheit, ruhige Atmosphäre, ein Gefühl der Zugehörigkeit
- vermittelt ein Stück personale Identität, damit Selbstwertgefühl
- Verminderung von Stress, Angst
- fördert Kontakt- und Beziehungsaufnahme zu anderen
- häufigere Augenkontakte, wacheres Hiersein
- hilft „Gefühlsausbrüche“ aufzufangen

Einige Effekte hinsichtlich des Erlebens der Betreuungskräfte:

- deutlichere Strukturiertheit der Handlungen, auch im Team
- weniger Berührungängste, auch mit Krisensituation
- deutlichere Wahrnehmung, Einschätzung des Menschen mit Demenz
- leichter Umgang mit dem „Anderssein“
- Bezüge zur Lebensgeschichte leichter herstellbar, damit personenbezogeneres Arbeiten
- Intuitive Fähigkeiten werden wertgeschätzt.

Einige Effekte hinsichtlich des Pflege- und Betreuungsprozesses:

- Biografische Gespräche können leichter über Schlüsselwörter eröffnet werden.
- Temporäre Energieschübe und persönliche Rituale können integriert werden.
- IVA unterstützt die ressourcenorientierte Haltung und die Ergebnissicherung im Teamaustausch.
- Einbindung von Angehörigen

Ein Zitat aus dem Werk von Castaneda „*Eine andere Realität*“:
Castaneda tauscht sich mit seinem Lehrer darüber aus, ob und wie man Menschen verändern kann. Der Lehrer spricht:

*„Ich weiß nicht, was oder wie ich etwas verändern sollte bei meinen Mitmenschen. Vielleicht aber sind wir eines Tages fähig, die Menschen auf eine andere Weise zu „sehen“ und wir werden erkennen, dass es **keinen Weg gibt, sie zu verändern. Was wir verändern können, ist unsere Wahrnehmung von ihnen. Das ist alles und doch so schwer.**“*

Vielleicht können wir für die Pflege, Betreuung und Begleitung von älteren Menschen (mit Demenz) daraus lernen. Betagte demenzerkrankte Menschen können wir nicht verändern. Was wir verändern können, ist unsere Wahrnehmung von und damit auch unsere Haltung zu ihnen.

Zusammenfassend zeigt die Methode der integrativen Validation (IVA) nach Nicole Richard:

Wie komme ich in Kontakt und Kommunikation mit demenzerkrankten Menschen?

Punkt I:

Sie können das Gefühl, den Antrieb des Demenzerkrankten **wahrnehmen, erspüren.**

Punkt II:

Validieren Sie diese Aspekte, d. h., in direkten und kurzen Sätzen können Sie die Gefühle und Antriebe annehmen, akzeptieren, wertschätzen. Geben Sie ein persönliches Echo.

Punkt III:

Diese Aspekte können Sie **allgemein validieren**, z. B. mit Sprichwörtern, Volksweisheiten oder Liedern. Geben Sie ein allgemeines Echo.

Punkt IV:

Erarbeiten Sie das Lebensthema, sammeln Sie im Team berufsbezogene Antriebe und persönliche Schlüsselwörter. Formulieren Sie einfache direkte Sätze und binden auf diese Weise biografische Aspekte mit ein.

Die Validation (nach Naomi Feil)

Die Versorgung alter und sehr alter Menschen mit demenziellen Erkrankungen stellt eine zunehmende Anforderung an die sozialen Versorgungssysteme in unserer Gesellschaft dar.

Bereits jetzt leben in Deutschland von den ca. 2,5 bis 3 Millionen an Demenz erkrankten Menschen rund 900 000 in Altenpflegeeinrichtungen. Mit steigendem Alter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, von dieser Krankheit betroffen zu werden. So weist etwa jede vierte Person über 80 Jahre und annähernd jede dritte über 90-jährige eine demenzielle Erkrankung auf. Deren Alltagsleben wird beeinflusst durch kognitiv bedingte Beeinträchtigungen der Gedächtnisleistungen, des Orientierungs- und Urteilsvermögens und der Sprache.

Die stationären Altenpflegeeinrichtungen trifft die wachsende Anzahl demenziell erkrankter Menschen zwar nicht überraschend, aber dennoch unvorbereitet.

Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Demenz hat in den Altenpflegeheimen seit einigen Jahren stetig zugenommen und liegt in den Altenpflegeheimen im Bundesdurchschnitt bereits bei ca. 65 % der Bewohner, in einzelnen Heimen beträgt ihr Anteil mehr als 90 %. Bei Neuaufnahmen weisen bereits drei von vier Personen demenzielle Erkrankungen in mittelschwerem bis schwerem Ausmaß auf. Die Veränderungen der Bewohner, die durch die Demenz auftreten, machen sich zum Teil durch Unruhe und Verwirrheitszustände und durch sogenanntes herausforderndes Verhalten bemerkbar. Das Zusammenleben der Erkrankten mit orientierten Bewohnern in den überwiegend gemischten Einrichtungen gestaltet sich in der Folge spannungsvoll bis störend: für die Bewohnergruppen selbst und insbesondere auch für das Pflegepersonal, das mit der parallelen Versorgung von heterogenen Bewohnergruppen schwer belastet ist. Überforderung, Ausfälle und hohe Fluktuation der pflegenden Mitarbeiter sind hier einige der Konsequenzen.

Der demografische Wandel lässt für die sich zuspitzende Situation in der Altenpflege keinerlei Entspannung voraussagen: Mit der Zunahme alter Menschen in der Bevölkerung steigt eben auch die Anzahl der Personen, die an einer Demenz erkranken, da Alter und Demenzerkrankung aufeinander bezogen sind.

Die Aufgabe der Versorgung liegt darin, für die Betroffenen ein geeignetes Wohn- und Lebensumfeld zu schaffen, das sich diesen besonderen Anforderungen und dem Krankheitsverlauf anpasst. Hier müssen durchgängig fachliche Pflegekonzepte zugrunde gelegt werden, die den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen und den würdevollen Umgang mit den Betroffenen garantieren.

All diese Faktoren stellen die stationären Altenpflegeeinrichtungen vor die dringliche Aufgabe, sich konzeptuell weiterzuentwickeln, um diese zeitgemäßen und differenzierten Versorgungsangebote machen zu können – pauschale stationäre Pflegeangebote werden angesichts der verdichteten Entwicklungen langfristig keinen Bestand haben.

In immer mehr Pflegekonzepten (beispielhaft auch im Haus O´land in Bremen) bildet die Arbeit mit Validation die Basis und den Ausgangspunkt des Gesamtkonzeptes. Aktivitäten innerhalb der Einrichtungen (z. B. ein Sinnesgarten, ein Café und das „Erinnerungszimmer“), eine Kooperation mit einer nahen Schule, regelmäßige Veranstaltungen oder auch das reichhaltige Fortbildungsprogramm der Mitarbeiter und die umfangreiche Angehörigenarbeit wirken sich positiv auf das Gesamtkonzept aus.

Die Validation nach Naomi Feil – ein Pflege- und Betreuungskonzept

Merksatz: Validation bedeutet „wertschätzender Umgang mit desorientierten alten Menschen“.

Entwickelt wurde die Validationsmethode zwischen 1963 und 1980 von der 1932 in München geborenen amerikanischen Gerontologin **Naomi Feil** (und in jüngeren Jahren weiterentwickelt von ihrer Tochter Vicki de Klerk-Rubin).



Abbildung- Naomi Feil⁶

Entscheidend ist, dass mit dieser Methode **nicht** versucht wird, den desorientierten alten Menschen auf die Stufe des „Gesunden“ zu bringen.

Naomi Feil vertritt den Grundsatz, dass desorientierte Menschen das Recht haben, so zu sein, wie sie sind.

Validation heißt, auf den Betroffenen einzugehen, ihn zu verstehen, „in seinen Schuhen zu gehen“.

Dieses Verhalten, so Naomi Feil, schafft Vertrauen. Vertrauen schafft wiederum Sicherheit und Sicherheit bringt Stärke, sodass das Selbstwertgefühl des Desorientierten verbessert wird.

⁶ <http://static.twoday.net/michaelrogner/images/FeilSmall.jpg>

Der Validationsansatz hilft zu verstehen, dass sich viele sehr alte, desorientierte Menschen mit der Diagnose Demenz vom Typus Alzheimer im Endstadium ihres Lebens befinden und danach streben, unerledigte Aufgaben, Emotionen und Krisen aufzuarbeiten, um in Frieden zu sterben (vgl. Feil, N. et al.: Validation, 9. Auflage, München, 2010).

Diese letzten Anstrengungen sind von wesentlicher Bedeutung – und Validation bietet den Betroffenen die Möglichkeit, sich verbal oder nonverbal auszudrücken. Die Methode arbeitet ausdrücklich ohne Urteile, aber mit Offenheit für freien Gefühlsausdruck: Wenn ältere, desorientierte Menschen Gefühle ausdrücken können, die sie oft jahrelang unterdrückt hatten, nimmt die Intensität dieser Gefühle ab, sie kommunizieren besser und werden weniger häufig in ein fortgeschrittenes Stadium der Desorientierung abgleiten.

Validation vermittelt dem Pflegepersonal Kompetenzen, um sich auf den desorientierten alten Menschen einzustellen. Die Anwendung von Validation reduziert Belastung und Stress sowohl für den demenziell Erkrankten als auch für das Personal und die Angehörigen. Kontinuierliche Schulungen in Validation für Pflegepersonal und Angehörige helfen, einen würdevollen Umgang miteinander zu finden und mehr Lebensqualität für alle Beteiligten zu schaffen.

Naomi Feil geht bei der Validation sowohl von Einzelsitzungen als auch von Gruppensitzungen aus (vgl. Feil, N., 2010, S. 57 ff.).

Sie sagt:

Mit Validation lässt sich erreichen:

- Verringerung der Angst
- Zunahme des Selbstwertgefühls
- steigende Wahrnehmung der Realität
- Aufleben des Sinnes für Humor
- Bewältigung von ungelösten Lebensaufgaben

Zu erwartende sichtbare Resultate:

- aufrechtere Sitzhaltung
- geöffnete Augen
- verstärkte soziale Kontrolle
- Abnahme der Aggression
- Abnahme von Schreien und sich wiederholenden Bewegungen (Auf- und Abgehen, Schlagen)
- Reduktion von Medikamenten und physischen Zwangsmitteln
- gesteigertes verbales Ausdrucksvermögen
- verbesserter Gang

Die Validation berücksichtigt vier Phasen der Aufarbeitung bei dementen Menschen.

Die vier Phasen der Aufarbeitung

Für sehr alte Menschen ist es besonders wichtig, unbewältigte Lebensaufgaben aufzuarbeiten, bevor sie zufrieden sterben können. Dabei durchläuft eine Person vier Phasen. Naomi Feil unterscheidet verschiedene Abschnitte, die ein dementer Mensch während seines Rückzugs in die Vergangenheit durchlebt und die unterschiedliche Reaktionen von einem Begleitenden verlangen (vgl. Feil, N., 2010, S. 67–79).

1. Phase: Mangelnde Orientierung

Es machen sich erste Defizite in der Orientierung und dem Gedächtnis bemerkbar. Der Betroffene spürt die Veränderungen und grenzt sich von anderen Dementen ab. Auffällig sind eine angespannte Körperhaltung und eine schroffe Stimme. Auf der Gefühlsebene ist er nicht ansprechbar und lehnt Berührungen, liebevolle Zuwendung und Nähe ab.

In dieser Zeit sollten die Betreuenden Respekt haben und die Abwehrhaltung des alten Menschen akzeptieren.

2. Phase: Zeitverwirrtheit

Es treten Desorientierung, Gedächtnis- und Sprachverlust auf. Die Kontrolle über Körper und Geist geht immer mehr verloren, deshalb ist Hilfe im Alltag nötig. Der Rückzug in die Vergangenheit beginnt. Gefühle und Bedürfnisse von damals gewinnen die Oberhand.

Ein Begleiter sollte jetzt auf diese Gefühle eingehen und Nähe und Berührungen geben.

3. Phase: Wiederholende Bewegungen

Der demente Mensch zieht sich in seine eigene Welt zurück und erlebt sie noch einmal. Es tritt ein starker Bewegungsdrang auf.

Der demente Mensch kann jetzt weniger über die Sprache erreicht werden, sondern durch Berührung, Blickkontakt und das Aufgreifen und Mitvollziehen seiner Bewegungen.

4. Phase: Vegetieren

Es werden Personen nicht mehr erkannt, kaum Bewegungen gezeigt, und die Augen sind häufig geschlossen.

Kontakt und Wertschätzung können nur noch über Berührung, Atmung und Anregen der Sinnesorgane, z. B. durch Musik und Düfte, vermittelt werden.

Sehr zu empfehlen sind hier weiterführende Informationen im Buch von Naomi Feil und (ihrer Tochter) Vicki de Klerk-Rubin: „Validation – Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen“, 9. Auflage, Reinhardt Verlag München, 2010 und ein Blick in die Facharbeit der Pflegewissenschaften „Validation – Ein neuer Weg im Umgang mit dementen Menschen“, als E-Book zum (kostenpflichtigen) Download erhältlich auf der Website:

www.hausarbeiten.de/faecher/vorschau/108015.html.

Die Lebensqualität von Menschen mit Demenz in Alten- und Pflegeheimen kann demnach erheblich gesteigert und der Arbeitsalltag des betreuenden Personals erheblich verbessert werden, wenn Maßnahmen der „besonderen Dementenbetreuung“ angewendet werden. Dies entspricht auch den aktuellen Rahmenempfehlungen für den Umgang mit Demenzklienten, die eine Arbeitsgruppe von Demenzexperten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) 2006 entwickelt hat.

„Die verstehende Diagnostik stellt die Perspektive des Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt des Pflegeprozesses. Assessment-Instrumente helfen, wichtige individuelle Beobachtungen der Betreuenden zu objektivieren, und tragen somit wesentlich zu einer fundierten Grundlage verstehender Diagnostik bei. Eine validierende, wertschätzende Grundhaltung ist gekennzeichnet durch Einfühlungsvermögen in die Situation der Betroffenen, einer Akzeptanz der Demenz sowie der daraus resultierenden Lebensweise.“ Das berichtet Sabine Bartholomeyczik vom Pflegewissenschaftlichen Institut der Universität Witten/Herdecke, die das Projekt des Bundesministeriums für Gesundheit geleitet hat.

Ausdrücklich verweisen die Rahmenempfehlungen auf den akzeptierenden, wertschätzenden Umgang mit dem auftretenden herausfordernden Verhalten von Demenzbetroffenen, also Verhaltensweisen wie das Umher- und Weglaufen, das laute Rufen und die auftretenden Aggressionen. Hier soll versucht werden, „das dem Verhalten zugrunde liegende Gefühl zu thematisieren“ und zwar „ohne den Betroffenen in seiner Realität zu kontrollieren“, sagt Diplom-Psychologin und Pflegefachfrau Christine Sowinski, die ebenfalls der Expertengruppe angehört.

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. Was muss ich bei der Kommunikation nach der integrativen Validation beachten?
2. Wie komme ich (nach IVA) in Kontakt mit dementen Menschen?
3. Wie lauten die Phasen der Aufarbeitung nach der Validation von Naomi Feil?
4. Wo sehe ich Unterschiede in beiden Konzepten?
5. Gibt es Vorteile bei einem der beiden Validationskonzepte? Wenn ja, welche?

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 dementen 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

http://www.psychiatriegespraech.de/psychische_krankheiten/demenz/demenz_ueberblick.php , Aufruf am 13.01.2012
http://www.aerzteblatt.de , Aufruf am 10.02.2012
http://www.awo-bs.de/uploads/pics/Demenz.jpg , Aufruf am 12.02.2012
http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01.pdf , Aufruf am 16.02.2012
http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=32
DAIzG · Friedrichstr. 236, 10969 Berlin, Tel.: (030) 259 37 95 – 0, Aufruf am 13.01.2012
http://www.buendnis-depression.de/depression/notfallpass.php#Krisenmanagement_und_Notfallplan , Aufruf am 24.04.2011
http://methodenpool.uni-koeln.de/biografiearbeit/biografie_begrueundung_clip_image001.gif , Aufruf am 12.02.2012
http://www.rund-um-die-biografie.de/images/bildcollage.jpg , Aufruf am 12.02.2012
vgl. Biografiearbeit, http://www.altenpflegeschueler.de/sonstige/biographie-arbeit-in-der-pflege.php , Aufruf am 16.02.2012
http://www.integrative-validation.de/Nicole.jpg , Aufruf am 16.02.2012
http://www.caredate.de/files/smthumbnaildata/lightboxdetail/4/9/8/9/1/Richard_g.jpg , Aufruf am 16.02.2012
http://www.grin.com/object/document.63144/1e09caaf1626d9d228b4950a4ca0cd1c_LARGE.png , Aufruf am 15.02.2012
http://static.twoday.net/michaelrogner/images/FeilSmall.jpg , Aufruf am 16.02.2012
http://web.ctrl.lu/files/revue.lu/a6732/r12-05-gesundheit-cora-van-der-kooij.jpg , Aufruf am 16.02.2012
http://www.rpi-loccum.de/sek2_schneider.html , Aufruf am 16.02.2012
http://www.roennkamp.de/images/DifferenzierungundIndividualisierung.jpg , Aufruf am 16.02.2012
http://media03.myheimat.de/2011/10/14/1844379_web.jpg , Aufruf am 15.02.2012
http://demenz-nok.de/s/cc_images/cache_1977949602.jpg?t=1295382615 , Aufruf am 16.02.2012
http://www.diakonie-sindelfingen.de/images/7Wohnzimmer2.jpg , Aufruf am 16.02.2012
http://www.maria-hilf-rlp.de/typo3temp/pics/b02c4afb26.jpg , Aufruf am 20.02.2012
http://www.ak-bildung.de/assets/images/Erwin_Bohm.jpg , Aufruf am 20.02.2012
http://www.gsund.net/cms/bilder/362/80/150/175/e15f5151/Basale1.jpg , Aufruf am 20.02.2012
http://www.klinik-wartenberg.de/uploads/pics/Pflege_2.jpg , Aufruf am 20.02.12
Abb. 26: http://www.1000fragen.de/img/pool/110x110/paten/bienstein.jpg , Aufruf am 20.02.2012
http://www.pflegewiki.de/images/7/7c/Snoezelen3.jpg , Aufruf am 20.02.2012
http://www.pflegewiki.de/images/6/69/Snoezelen1.jpg , Aufruf am 20.02.2012
http://www.careum-explorer.ch/careum/pub/Seniorin_mit_farbigen_Kugeln_1719_0.jpg , Aufruf am 20.02.2012
http://www.pflegewiki.de/images/8/85/Tastwand.jpg , Aufruf am 20.02.2012
http://www.st-cyriak.de/images/cms/Grafik3-Snoezelenraum_1.jpg , Aufruf am 20.02.2012
http://www.bethel.de/uploads/tx_templavoila/Teaser_Spendenprojekt_Snoezelen_2010.jpg , Aufruf am 20.02.2012
http://www.hprz.de/web/cms/upload/bilder/snoezelen.jpg , Aufruf am 20.02.2012
http://www.mainpost.de/storage/pic/mpnlneu/hassberge/2192366_1_xio-fcmsimage-20090504182637-006001-49ff173d848f4.15LIP3.jpg , Aufruf am 20.02.2012
http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Die_Kinaesthetics-Begr%C3%BCnder_Lenny_Maietta_und_Frank_Hatch.JPG&filetimestamp=20111215032618 , Aufruf am 20.02.2012
http://www.klinikum-nuernberg.de/DE/aktuelles/knzeitung/2010/201002/foto_kin_ssthetik.jpg , Aufruf am 20.02.2012
http://www.gsund.net/cms/bilder/39796/80/150/113/bda96b67/ROT_Kin%C3%A4sthetik.jpg , Aufruf am 20.02.2012
http://www.baumann-trapp.de/cms/front_content.php?idcat=161 , Aufruf am 20.02.2012
http://pro-cura.dyndns.org:8080/fred/wordpress/wp-content/themes/pflegewerk/pflegekurs/bilder/teil23b3.jpg , Aufruf am 20.02.2012

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