



**UNIKLINIK
KÖLN**

Zentrum für
Palliativmedizin

ARBEITSHILFE

für die Versorgungspraxis der stationären Altenhilfe

**Bedürfnisse
von Menschen mit schwerer Demenz
in der letzten Lebensphase
erkennen und ihnen begegnen**

GEFÖRDERT VOM:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Autoren

Dipl.-Ges.-Ök. Holger Schmidt

Dipl.-Päd. Yvonne Eisenmann

Dr. med. Klaus Maria Perrar

Projektleitung:

Dr. med. Klaus Maria Perrar

Prof. Dr. med. Raymond Voltz

Zentrum für Palliativmedizin

Universitätsklinik Köln

Kerpener Str. 62

50937 Köln

© Mai 2015

Zentrum für Palliativmedizin

Universitätsklinik Köln

Hinweise zum Sprachgebrauch:

Bei Personen- und Berufsbezeichnungen werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht durchgehend beide Geschlechterformen verwendet (z.B. Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter). Die Verwendung nur einer Geschlechterform schließt selbstverständlich die andere mit ein.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
1. Hintergrund	3
1.1. Entwicklung der Arbeitshilfe	3
1.1.1. Systematische Übersichtsarbeit	3
1.1.2. Erfassung der Bedürfnisse – Datenerhebung und Auswertung	4
1.1.3. Erarbeitung der Arbeitshilfe	4
1.2. Zielsetzung der Arbeitshilfe und Anwendung in der Praxis	5
1.2.1. Was soll die Arbeitshilfe leisten?	5
1.2.2. Wie ist die Arbeitshilfe aufgebaut und wie kann sie genutzt werden?	5
1.3. Durchführung einer Bestandsaufnahme	5
2. Voraussetzung für eine bedürfnisorientierte Versorgung	8
2.1. Das PersonSein entdecken	8
2.2. Zugang finden	8
2.3. Angehörige einbeziehen.....	10
2.4. Rahmenbedingungen berücksichtigen	10
3. Bausteine für die Bedürfniserkennung	11
3.1. Mitarbeiterperspektive	11
3.1.1. Baustein: Innere Haltung der Mitarbeiter	11
3.1.2. Baustein: Kompetenz	12
3.1.3. Baustein: Bedürfniskategorien.....	12
3.2. Zugang zum Bewohner finden.....	13
3.2.1. Baustein: Beobachten – Ausdruckszeichen des Bewohners erkennen.....	13
3.2.2. Baustein: Wissen sammeln – Bewohner kennenlernen	16
3.3. Bewohnerperspektive: Individuelle Bedürfnisse erkennen und ihnen begegnen.....	17
4. Weiterführende Literatur	18
Anhang	19
Gesamtübersicht der Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz	19

Vorwort

Menschen mit schwerer Demenz sind in der letzten Lebensphase nahezu vollkommen von den Personen in ihrer Umgebung abhängig und auf pflegerische Unterstützung angewiesen. In den meisten Fällen sind sie aufgrund ihrer ausgeprägten kognitiven und kommunikativen Einschränkungen nicht mehr in der Lage, ihre Bedürfnisse und Wünsche verbal mitzuteilen. Gerade die eingeschränkte verbale Kommunikation kann die Versorgungspraxis vor große Herausforderungen stellen und zu einer Verunsicherung seitens der Pflegepersonen oder auch der Angehörigen führen.

Obwohl die Anzahl an Veröffentlichungen rund um das Thema Demenz in den letzten Jahren rapide gestiegen ist, so trifft dies nicht im gleichen Maße für den Bereich der Menschen mit einer schweren Demenz zu. Auch das Lebensende dieser Menschen und die Bedürfnisse in diesem Lebensabschnitt standen bislang nur vereinzelt im Fokus der Betrachtungen. Schaut man sich die Zahl der Demenzkranken an – in der Bundesrepublik sind es aktuell über alle Krankheitsstadien verteilt rund 1,5 Millionen – so muss davon ausgegangen werden, dass sich eine große Anzahl an Betroffenen in diesem letzten Stadium befindet. Hier wird bereits seit Jahren von Angehörigen wie von professionell Pflegenden Enormes geleistet – meist auf Grundlage ihrer zahlreichen Erfahrungen und ihrer täglichen Begegnung mit diesen Menschen.

Die vorliegende Arbeitshilfe soll dazu beitragen, die Lücke zwischen dem Erfahrungswissen des Versorgungsalltags und dem strukturiert-systematischen Erkenntnisgewinn der Wissenschaft ein wenig zu schließen. Sie entstand im Rahmen eines Forschungsprojektes, das mit dem Ziel durchgeführt wurde, die Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz in der letzten Lebensphase zu erfassen. Sich diesem Personenkreis wissenschaftlich anzunähern, war und ist eine große methodische sowie ethische Herausforderung. Die Methode der teilnehmenden Beobachtung im konkreten Arbeitsfeld der Pflegenden in Kombination mit der Durchführung von Gruppendiskussionen bot hierfür den passenden Zugang. So konnten einerseits das umfangreiche Erfahrungswissen der Pflegenden und andererseits das beobachtend reflektierende Schauen des Forschers in die Interpretation der Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz am Lebensende einfließen.

Manche der Aussagen in der Arbeitshilfe werden für den erfahrenen Spezialisten nicht ganz neu sein und ihn vielmehr in seinem bisherigen Handeln bestätigen. Anderes jedoch überrascht – hier ist insbesondere die Vielfalt und Komplexität der beschriebenen Bedürfnisse zu nennen – und widerlegt ein reduktionistisches Menschenbild der schweren Demenz, wie es leider noch häufig in Diskussionen um die Versorgung dieses

Personenkreises vorgebracht wird. Insofern wird hier ein weiterer Beleg für das PersonSein von Menschen mit Demenz auch am Lebensende geliefert.

Wissenschaft verläuft „spiralförmig“: Aus dem Alltagswissen entsteht eine Forschungsfrage, die dann systematisch und strukturiert erforscht werden kann. Das daraus resultierende Forschungsergebnis muss sich nun wiederum in der Praxis „bewähren“, um dann vielleicht wieder neue Forschungsfragen zu generieren. So war es von Beginn des Projektes an Ziel, die in den Beobachtungen und Gruppendiskussionen gefundenen Ergebnisse für den Alltag handhabbar zu machen. Daraus entstand die Idee der vorliegenden Arbeitshilfe. Neben zahlreichen praktischen Hinweisen soll sie die Versorgenden in der stationären Altenhilfe für die Bedürfnisse von Bewohnern mit schwerer Demenz sensibilisieren. Die Arbeitshilfe soll eine Unterstützung bei Entscheidungsprozessen in der Begegnung mit diesen Menschen geben. Interventionen können so dahingehend reflektiert werden, ob sie bedürfnisgerecht ausgerichtet sind. Es ist davon auszugehen, dass dieses Vorgehen auch die Lebensqualität der Bewohner mit schwerer Demenz erhalten bzw. steigern kann.

Am Zustandekommen dieser Arbeitshilfe waren viele Menschen beteiligt. Wir bedanken uns sehr herzlich bei allen Institutionen, die uns im Rahmen des Forschungsprojektes vielfältig unterstützt haben sowie bei allen Bewohnern, Angehörigen, Pflegenden, Ärzten und weiteren Helfern, die an dieser Studie teilgenommen haben. Ihre große Bereitschaft, uns an ihrem Alltag teilnehmen zu lassen und ihre engagierten Diskussionsbeiträge waren sehr fruchtbar für unsere Arbeit und machten das Erstellen dieser Arbeitshilfe überhaupt erst möglich. Bedanken möchten wir uns auch für die zahlreichen wertvollen Hinweise und Anregungen des wissenschaftlichen Beirats. Durch den intensiven wissenschaftlichen Diskurs konnten die Fragestellungen und Methoden deutlich präzisiert werden. Danken möchten wir ebenfalls den Teilnehmern der beiden Expertenhearings und der internationalen Fachtagung. Ihre Beiträge haben wesentlich zur Vernetzung von Theorie und Praxis beigetragen. Besonderer Dank gilt Frau Petra Weritz-Hanf, Frau Adelheid Braumann und Frau Margret Schulz vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, die uns über das ganze Projekt hinweg mit großer Kompetenz begleitet haben. Nicht zuletzt möchten wir uns beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für die Förderung bedanken, das diese anspruchsvolle Forschung erst ermöglicht hat.

Köln, im Mai 2015

Die Autoren und Projektleiter

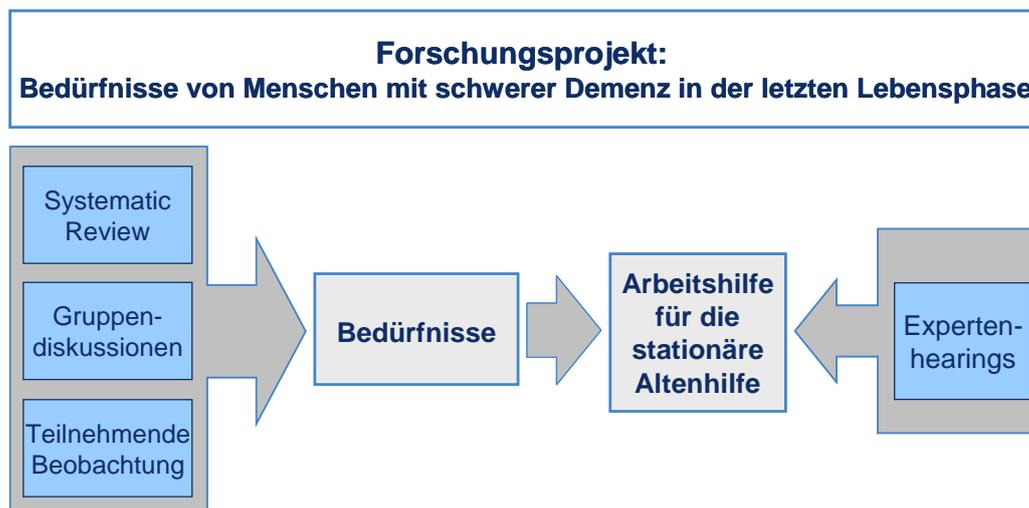
1. Hintergrund

1.1. Entwicklung der Arbeitshilfe

Das durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderte Forschungsprojekt wurde mit dem Ziel durchgeführt, die Bedürfnisse¹ von Menschen mit schwerer Demenz in der letzten Lebensphase zu ermitteln und darauf basierend eine praxisgerechte Arbeitshilfe zur Verbesserung der (palliativen) Versorgungssituation in der stationären Altenhilfe zu entwickeln. Das Projekt bestand aus verschiedenen Arbeitsphasen, die in Abbildung 1 dargestellt sind:

- einer systematischen Literaturübersichtsarbeit (Systematic Review) zur Erfassung des nationalen und internationalen Kenntnisstandes,
- einem qualitativen Forschungsteil zur Ermittlung der Bedürfnisse durch Gruppendiskussionen und teilnehmende Beobachtungen im Lebensumfeld der stationären Altenpflege,
- sowie einer finalen Projektphase, in der die Arbeitshilfe auf Grundlage der Forschungsergebnisse entwickelt wurde. Hierzu wurden kontinuierlich Expertinnen und Experten aus der Versorgungspraxis einbezogen.

Abbildung 1: Umsetzung des Forschungsvorhabens



1.1.1. Systematische Übersichtsarbeit

Zielsetzung dieser Übersicht war die Identifikation, Analyse und Systematisierung der bisher veröffentlichten nationalen und internationalen Forschungsergebnisse zu den Bedürfnissen von Menschen mit schwerer Demenz am Lebensende. Die Arbeit sollte zunächst den aktuellen Stand der Fachliteratur zum Thema abbilden. Insgesamt konnten zehn relevante

¹ Bedürfnisse werden hier definiert als Erfordernisse und Wünsche von Menschen mit schwerer Demenz, die unterschiedliche Dimensionen (u.a. physische, psychische, soziale, kulturelle, spirituelle) aufweisen können.

Studien identifiziert werden. Die dort beschriebenen Bedürfnisse bezogen sich größtenteils auf körperliche Grundbedürfnisse wie Essen und Trinken sowie Schmerz- und Symptomkontrolle oder auf die Bedürfnisse nach Wohlbefinden, Spiritualität, Individualität und Unterstützung im Alltag. Zum Teil wurden die Bedürfnisse lediglich in einzelnen Studien und ohne weitere Differenzierung benannt. Die Übersichtsarbeit konnte insgesamt einen Mangel an Forschung zu den Bedürfnissen bei schwerer Demenz am Lebensende zeigen. Mittlerweile wurden diese Ergebnisse im international renommierten Journal of Alzheimer's Disease veröffentlicht.²

1.1.2. Erfassung der Bedürfnisse – Datenerhebung und Auswertung

Die Grundlage für die in dieser Arbeitshilfe beschriebenen Bedürfnisse bildete neben der systematischen Übersichtsarbeit insbesondere die Datenerhebung in unterschiedlichen Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Dabei wurden verschiedene Wohnformen (z.B. Wohnbereiche in Pflegeheimen, eine gerontopsychiatrische Abteilung sowohl für Bewohner mit als auch ohne Demenzerkrankung sowie eine Tagesoase und Hausgemeinschaften speziell für Menschen mit Demenz) berücksichtigt. Das Forschungsvorhaben wurde den Mitarbeitern der teilnehmenden Einrichtungen zunächst vorgestellt, worauf diese in Frage kommende Bewohner mit einer schweren Demenz und Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit für eine Studienteilnahme vorschlugen. Die Forscher beobachteten die Bewohner in Alltagssituationen zu verschiedenen Tageszeiten und nahmen an ihrer Versorgung teil. Die Beobachtungen wurden im Anschluss schriftlich in umfangreichen Protokollen festgehalten. Darüber hinaus wurden Angehörige von Bewohnern mit schwerer Demenz und Mitarbeiter der Einrichtungen in Gruppen- und Einzelinterviews befragt. Das so erhobene umfassende Datenmaterial wurde durch das Forscherteam systematisch ausgewertet. Dies brachte eine Vielzahl unterschiedlich ausgeprägter Bedürfnisse hervor, die thematisch geordnet wurden. Eine Gesamtübersicht zu den Bedürfnissen von Menschen mit schwerer Demenz am Lebensende findet sich in den Tabellen im Anhang.

1.1.3. Erarbeitung der Arbeitshilfe

Auf Basis der Ergebnisse aus den vorausgegangenen Arbeitsphasen wurde die hier vorliegende Arbeitshilfe für die Versorgungspraxis entwickelt. Vor dem Hintergrund der praktischen Umsetzbarkeit wurde diese im Rahmen von zwei Fachveranstaltungen einem Expertenkreis bestehend aus den Bereichen Altenhilfe, Palliativversorgung und gerontopsychiatrische Versorgung sowie Wissenschaft zur Diskussion vorgelegt. Durch eine europäische Fachtagung konnten auch internationale Sichtweisen und Anregungen mit in die Arbeitshilfe aufgenommen werden.

² Perrar KM, Schmidt H, Eisenmann Y, Cremer B, Voltz R (2015): Needs of People with Severe Dementia at the End-of-Life: A Systematic Review. Journal of Alzheimer's Disease 43, S. 397–413.

1.2. Zielsetzung der Arbeitshilfe und Anwendung in der Praxis

1.2.1. Was soll die Arbeitshilfe leisten?

Wie zuvor bereits ausgeführt sind Menschen mit schwerer Demenz aufgrund von zahlreichen kognitiven und kommunikativen Einschränkungen oftmals nicht mehr in der Lage, ihre Bedürfnisse adäquat verbal mitzuteilen. Dies kann Pflegende³ in der Versorgung⁴ vor große Herausforderungen stellen. Die vorliegende Arbeitshilfe soll Mitarbeiter in der stationären Altenhilfe dabei unterstützen, die Bedürfnisse von Bewohnern mit schwerer Demenz besser zu erkennen. Sie richtet sich an alle in der Einrichtung tätigen Berufsgruppen, die mit der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz befasst sind. Die Arbeitshilfe dient insbesondere in deren letzter Lebensphase dazu, unterschiedliche palliative Aspekte in das tägliche Handeln einzubeziehen.

1.2.2. Wie ist die Arbeitshilfe aufgebaut und wie kann sie genutzt werden?

Das Erkennen der Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz stellt einen stetigen Prozess dar, in dem unterschiedliche Einflussfaktoren Berücksichtigung finden müssen. Für diese Arbeitshilfe wurden zentrale Aspekte einer bedürfnisorientierten Versorgung dieses Personenkreises in einzelne Bausteine unterteilt. Diese sollen zur Reflexion des eigenen Handelns anregen und für die Bedürfnisse der Bewohner sensibilisieren. Da jeder Mitarbeiter über unterschiedliche Voraussetzungen und Erfahrungen in der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz verfügt, muss geschaut werden, welche der Bausteine für Pflegende oder für den Bewohner im Einzelfall wichtig und hilfreich sind. Die Arbeitshilfe soll Anregungen und Ideen für den Berufsalltag anbieten und kann darüber hinaus den Austausch im Team fördern.

Die Arbeitshilfe stellt für sich kein neues Versorgungskonzept dar. Orientiert an den Bedürfnissen von Menschen mit einer schweren Demenz leistet sie vielmehr eine Hilfestellung, wie diese Bedürfnisse in den jeweiligen, bereits vorhandenen oder entsprechend anzupassenden Prozessen Berücksichtigung finden können.

1.3. Durchführung einer Bestandsaufnahme

Jede Einrichtung der stationären Altenhilfe hat ihre eigenen Strukturen und Versorgungskonzepte. Diese werden durch viele unterschiedliche Faktoren geprägt, die sich z.B. auf die äußeren Rahmenbedingungen, die Kommunikationskultur auf Leitungs- und Mitarbeiterebene oder auf die Kompetenzen und Zusammensetzung des Teams beziehen.

³ Hiermit sind alle an der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz beteiligten Personen in der stationären Altenhilfe gemeint (u.a. Krankenpflegekräfte, Altenpflegekräfte, Mitarbeiter des Sozialen Dienstes, Alltagsbegleiter, Ärzte, ehrenamtliche Mitarbeiter, Hauswirtschaftskräfte).

⁴ Der Begriff ‚Versorgung‘ umfasst alle Handlungen der Pflege und Betreuung von Menschen mit schwerer Demenz.

Sicherlich wird in zahlreichen Einrichtungen schon eine Menge dafür getan, die Bewohner mit schwerer Demenz am Lebensende bestmöglich zu versorgen. Möglicherweise finden Fallbesprechungen zu einzelnen Bewohnern statt, werden regelmäßige Fort- und Weiterbildungen zu unterschiedlichen Themen angeboten, Instrumente bspw. zur Schmerzerfassung eingesetzt oder bestimmte Interventionen durchgeführt. Um herauszufinden, an welchen Punkten sich diese Arbeitshilfe nun sinnvoll in den Alltag der Einrichtung einbinden lässt, sollte im Team zunächst eine Bestandsaufnahme erfolgen. Hierbei kann sich an den in der Arbeitshilfe dargestellten Bedürfniskategorien und Bausteinen orientiert werden. Nach Ansicht der teilnehmenden Experten sind die folgenden Fragen zur Bestandsaufnahme hilfreich.⁵ Die Fragen beziehen sich jeweils auf die konkrete Versorgungssituation von Menschen mit einer schweren Demenz in ihrer letzten Lebensphase:

Institutionskultur und gesellschaftliche Rahmenbedingungen

- Welches Leitbild hat Ihre Einrichtung in Bezug auf Menschen mit einer schweren Demenz?
- Welche Vorgaben gibt der Träger Ihrer Einrichtung?
- Wie ist Ihre Einrichtung in die Gemeinde eingebunden?
- Gibt es Vernetzungen mit lokalen Hospizbewegungen?
- Wie sind ehrenamtliche Mitarbeiter in Ihre Einrichtung eingebunden?

Haltung des Teams

- Welche Haltung gegenüber Menschen mit einer schweren Demenz kennzeichnet Ihre Einrichtung und Ihre Mitarbeiter?
- Welches Bild hat Ihr Team vom alten Menschen und Menschen mit Demenz?
- Wie begegnen Sie dem Bewohner im Alltag?

Kompetenzen

- Welche unterschiedlichen Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten sind bereits vorhanden?
- Welche Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten müssen noch erweitert werden?
- Wie wird in Fortbildungen erlangtes Wissen in Ihrem Team weiter getragen?

⁵ Weitere Orientierung für eine Bestandsaufnahme bieten:

Das Grundsatzpapier des DHPV und der DGP zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe Stand August 2012:

http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/Betreuung%20schwerstkranker%20und%20sterbender%20Menschen%20im%20hohen%20Lebensalter%20in%20Pflegeeinrichtungen.pdf

Der Abschlussbericht Palliative Care und Abschiedskultur bei Menschen mit schwerer Demenz der gos Gesellschaft für Organisationsberatung in der Sozialen Arbeit mbH Stand November 2013: http://www.awo-obb-senioren.de/uploads/media/Palliative_care_und_Abschiedskultur_bei_Menschen_mit_schwerer_Demenz__Abschlussbericht.pdf

Die deutsche Übersetzung des EAPC Weissbuches Demenz Stand Januar 2015:

http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Dementia/ExplanatoryText_EAPC%20dementiaWP_Ge.pdf

- Wie können neue oder unerfahrene Mitarbeiter von erfahrenen Kollegen lernen?
- Welche Stärken oder besonderen Fähigkeiten haben die einzelnen Mitarbeiter Ihrer Einrichtung?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen Ihrer Einrichtung und den behandelnden Ärzten und Therapeuten?

Zugang zum Bewohner finden

- Wie lernen sich Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter kennen?
- Wie kommunizieren Sie mit dem Bewohner? Wie treten Sie mit ihm in Kontakt?
- Welche Formen der Wissenssammlung über den Bewohner bestehen in Ihrer Einrichtung? Wie wird Wissen über den Bewohner erlangt?
- Erfahren Sie als Mitarbeiter etwas über den Bewohner aus der Zeit vor seiner Erkrankung, seinen Lebensweg?
- Wie sind die Angehörigen konkret in die Versorgung eingebunden?
- Gibt es feste Ansprechpartner für die Angehörigen?
- Wie wird Wissen über den Bewohner unter den Mitarbeitern geteilt, wie wird es weiter gegeben oder festgehalten?
- Welche Formen der Dokumentation existieren, um andere Mitarbeiter an den Beobachtungen, Interventionen und Bedürfnissen der Bewohner teilhaben zu lassen?
- Gibt es regelmäßige Fallbesprechungen?

Bedürfniserkennung und Bedürfnisbegegnung

- Findet eine regelmäßige und strukturierte Beobachtung der Bewohner mit schwerer Demenz statt?
- Wie erkennen Sie die Bedürfnisse des Bewohners?
- Welche Assessmentverfahren werden bereits (regelmäßig) angewendet und wie wird mit ihren Ergebnissen verfahren?
- Erfolgte eine regelmäßige Erfassung von Schmerzen, psychiatrischen Symptomen?
- Tauschen sich verschiedene Berufsgruppen zur Erkennung von Bedürfnissen / belastenden Symptomen aus?
- Wie wird auf die Bedürfnisse des Bewohners eingegangen?
- Gibt es Versorgungskonzepte nach denen Sie in Ihrer täglichen Arbeit vorgehen?
- Gibt es spezielle Interventionen / Angebote für einzelne Bedürfnisse?
- Kennen alle Mitarbeiter die der Versorgung zu Grunde liegenden Konzepte / Haltung?
- Wie wird mit einem möglicherweise nahenden Lebensende / Versterben des Bewohners umgegangen?
- Was geschieht während oder nach dem Versterben des Bewohners?

2. Voraussetzung für eine bedürfnisorientierte Versorgung

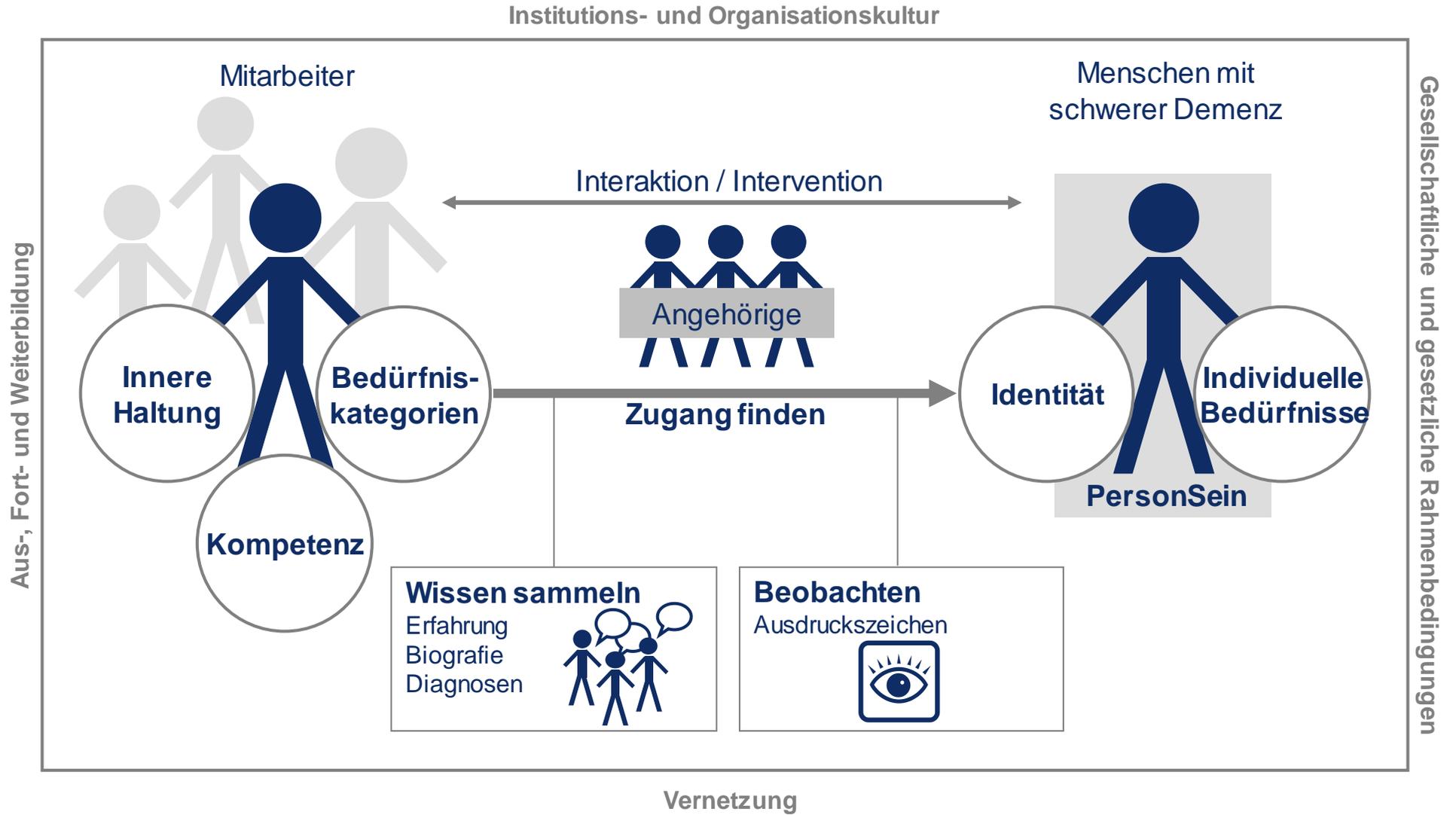
2.1. Das PersonSein entdecken

Das PersonSein des Menschen mit schwerer Demenz trotz der kognitiven und kommunikativen Einschränkungen zu entdecken und nach Möglichkeit zu erhalten, ist bei seiner Versorgung von zentraler Bedeutung. Jeder Bewohner ist ein Mensch mit eigener Identität, individuellen Möglichkeiten, Vorlieben und Eigenschaften, die ihn in seiner Person ausmachen. Daraus abzuleitende Bedürfnisse können allerdings, wie bei Menschen ohne Demenzerkrankung auch, sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Die Berücksichtigung der Individualität in der Ausprägung der Bedürfnisse eines jeden Bewohners ist folglich wesentlich für die Versorgung. Werden die individuellen Bedürfnisse erkannt und wird diesen begegnet, fühlt sich der Bewohner in dem angesprochen, was seine Person in der jeweiligen Situation ausmacht.

2.2. Zugang finden

Um das PersonSein erfüllen zu können, ist es notwendig, einen Zugang zum Bewohner zu finden. Es gilt herauszufinden, auf welche Weise der Bewohner erreicht und angesprochen werden kann. Hierzu zählen u.a. bestimmte biografisch orientierte Aspekte oder unterschiedliche Formen der Ansprache z.B. durch Berührung oder über eine starke Mimik und Gestik. Abbildung 2 verdeutlicht einzelne Schritte, wie ein Zugang zu Menschen mit einer schweren Demenz gefunden werden kann und wie man mit ihm in eine Interaktion treten kann.

Abbildung 2: Bedürfniserkennung von Menschen mit schwerer Demenz – Worauf kommt es an?



2.3. Angehörige einbeziehen

Menschen mit schwerer Demenz stehen immer auch in Beziehung zu ihren Angehörigen. Dies beinhaltet auch andere soziale Beziehungen wie Freunde oder Bekannte. Die Angehörigen sind die Quelle zum Verständnis einer Person, wie sie denkt, was sie will, was sie fühlt usw. Selbst wenn diese nicht mehr leben, so sind sie doch Bestandteil der Erinnerungen des Bewohners. Die Arbeitshilfe bezieht sich überwiegend auf die persönliche Begegnung der Pflegenden mit Bewohnern mit schwerer Demenz. Dies bedeutet jedoch keineswegs, die Rolle der Angehörigen schmälern zu wollen. Ganz im Gegenteil verstehen die Autoren diese Arbeitshilfe als Möglichkeit der konkreten Zusammenarbeit mit den Angehörigen, sei es bei der Wissenssammlung, bei der Beobachtung oder auch bei der Erfüllung vorhandener Bedürfnisse.

Neben diesem Aspekt der Einbeziehung können die Angehörigen zudem selbst Unterstützung in Bezug auf ihre Sorgen und Belange benötigen. Sie können unsicher sein in ihrem Verhalten gegenüber dem an Demenz erkrankten Familienmitglied bzw. Freund. Oder der sichtbare und fortschreitende Verlust einzelner Fähigkeiten des Betroffenen sowie die Veränderung der bisher gewohnten Beziehung führen zu belastenden Prozessen der Umstellung und der Umgewöhnung. Das Versterben des Familienmitgliedes ist ein einschneidendes Erlebnis, zumal nach einer langen Zeit der persönlichen Pflege. Nach dem Tod müssen die Angehörigen mit dem Verlust umgehen und benötigen unter Umständen Unterstützung und Beistand auch über den Tod des Bewohners hinaus.

Einrichtungen sollten Angehörigen die Möglichkeit eröffnen, stetig in den Versorgungsprozess eingebunden zu sein, zum einen zur oben beschriebenen Wissens- und Informationssammlung über den Bewohner mit schwerer Demenz, zum anderen um durch ein fürsorgendes Miteinander in der Versorgung den Belastungen der Angehörigen vorzubeugen oder sie zu reduzieren.

2.4. Rahmenbedingungen berücksichtigen

Die sehr persönliche Beziehung zwischen den Pflegenden, dem Bewohner mit schwerer Demenz und deren Angehörigen ist eingebettet in eine Reihe von Rahmenbedingungen, die sich mehr oder weniger direkt auf den Versorgungsalltag auswirken. Der Umgang und die Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz sind geprägt durch die gesellschaftlichen und gesetzlichen Vorgaben. Dabei ist maßgeblich, welches Bild die Gesellschaft von Menschen mit Demenz hat, welchem Wert sie deren Versorgung zukommen lässt und wie diese in die Gesellschaft eingebunden sein sollen. Weiter haben die unterschiedlichen gesetzlichen Vorgaben einen wesentlichen Einfluss auf die konkrete Umsetzung der Versorgung (z.B. in Bezug auf die Vergütung von Pflegeleistungen oder Leistungen der

Hausärzte, den Anteil an Fachkräften in stationären Altenhilfeeinrichtungen sowie auf den Anspruch auf allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung).

Auf Ebene der Einrichtungen bestimmt der jeweilige Aus-, Fort- und Weiterbildungsstand der Mitarbeiter deren Wissen und Kompetenzen. Gerade in der palliativen Versorgung ist eine gute Vernetzung mit örtlichen Strukturen und Angeboten z.B. die der Hospizbewegung oder der allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung unumgänglich. Daneben stellt die jeweilige Institutions- und Organisationskultur der Träger und Einrichtungen der stationären Altenhilfe einen wesentlichen Einflussfaktor für den gesamten Versorgungsprozess von Menschen mit schwerer Demenz dar. Diese Kultur ist bestimmt durch die zugrunde liegenden Werte und Grundsätze, die sich beispielsweise abbilden in gelebten Leitbildern, Kommunikationsstrukturen sowie in der Arbeitsorganisation. Nicht zuletzt muss sich eine hospizlich-palliative Haltung auch in der Institutions- und Organisationskultur niederschlagen.

3. Bausteine für die Bedürfniserkennung

3.1. Mitarbeiterperspektive

3.1.1. Baustein: Innere Haltung der Mitarbeiter

Welche Rolle spielt die innere Haltung bei der Versorgung von Bewohnern mit schwerer Demenz? Was kann diese innere Haltung ausmachen?

Die innere Haltung und Einstellung der Mitarbeiter gegenüber Menschen mit schwerer Demenz prägt das Handeln im täglichen Umgang mit den Bewohnern. Um einen Zugang zu finden und das PersonSein zu entdecken, sind folgende Haltungen von zentraler Bedeutung:

- Der Bewohner mit schwerer Demenz erfährt Respekt und Wertschätzung seiner Person gegenüber.
- Jeder Bewohner wird als Person mit eigener Identität und Lebensgeschichte anerkannt und wahrgenommen.
- Es wird akzeptiert und respektiert, dass jeder Bewohner individuelle Ausprägungen der Bedürfnisse aufweist.
- Die Mitarbeiter sind bereit, flexibel auf den Bewohner zu reagieren und seine veränderte innere Wirklichkeit zu respektieren und sich – soweit möglich – in den Bewohner hineinzusetzen.
- Die Mitarbeiter sind bereit, Beweggründe für das Verhalten des Bewohners zu erschließen und auf die aktuelle Emotionslage einzugehen.
- Im Umgang erfährt der Bewohner Echtheit und Kongruenz.

- Es besteht der Mut, das eigene Handeln stetig zu reflektieren und eigene Grenzen zu erkennen.
- Die Beziehung ist gekennzeichnet durch Offenheit, Verständnis und Toleranz.

3.1.2. Baustein: Kompetenz

Welche Qualifikationen, Fertigkeiten und Fähigkeiten sind hilfreich bei der Versorgung von Bewohnern mit schwerer Demenz?

Für einen kompetenten Umgang mit den Bewohnern bedarf es des Wissens über die Erkrankung und ihren Verlauf sowie Fertigkeiten und Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit schwerer Demenz. Entsprechend ihren Versorgungsaufgaben sollten Mitarbeiter aller Bereiche in diesen Belangen geschult sein. Durch eine multiprofessionelle Zusammensetzung der Teams können unterschiedliche Kompetenzen in die Versorgung des Bewohners einfließen. Nicht jeder Mitarbeiter muss alles können, die verschiedenen Fähigkeiten und Fertigkeiten können sich ergänzen. Ein fachlicher Austausch kann weniger erfahrene Mitarbeiter unterstützen und die verschiedenen Berufsgruppen können voneinander lernen. Hilfreich sind offene Kommunikationsformen, die einen konstruktiven Umgang mit möglichen Fehlern und Schwierigkeiten zulassen. Die Institution muss sich als eine lernende verstehen, in der regelmäßige Anpassungsprozesse möglich sind und in der die Leitung Kompetenzen und Haltung vorlebt. Regelmäßige Fallbesprechungen sind zentraler Bestandteil der Kompetenzentwicklung, des Austausches über gemeinsame aber auch unterschiedliche Haltungen und Erfahrungen sowie der Festlegung von Fortbildungsinhalten.

3.1.3. Baustein: Bedürfniskategorien

Übersicht – Welche Bedürfnisse haben Menschen mit schwerer Demenz?

Mit der folgenden Übersicht wird ein Überblick über die Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz vermittelt, wie sie in diesem Forschungsprojekt gefunden wurden. Die Ergebnisse legen nahe, die Bedürfnisse in unterschiedliche Bereiche (körperlich, psychosozial und spirituell) und in die dazugehörigen Kategorien zu unterteilen. Diese Zuordnung hat sich ebenfalls aus den Daten des Forschungsprojektes ergeben und entspricht dem Grundverständnis der Hospiz- und Palliativkultur.

In Einzelfällen und je nach der individuellen Situation des Menschen mit schwerer Demenz kann die Zuordnung seiner Bedürfnisse zu den einzelnen Bedürfniskategorien auch anders ausfallen, als sie in Tabelle 1 aufgeführt ist. In der jeweiligen Versorgungssituation ist das erkannte, individuelle Bedürfnis wesentlich. Die einzelnen Kategorien sollen letztlich

dazu dienen, diesen Erkenntnisprozess zu vereinfachen bzw. relevante Bereiche zu benennen, die einen engen Bezug zu den Bedürfnissen haben. Die einzelnen Bedürfniskategorien werden ausführlich in den Übersichtstabellen im Anhang beschrieben.

Tabelle 1: Zusammenfassung der Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz

Bereich	Bedürfniskategorie	Bedürfnis
Körperliche Bedürfnisse	Nahrungsaufnahme	Essen und Getränke zu sich nehmen / nicht unter Hunger und Durst leiden
	Körperliches Wohlbefinden	Sich pflegen / gepflegt werden (Körperpflege) Erhalt der Zähne / Intakte Mundschleimhaut Ausscheiden Sich kleiden Abwesenheit von Schmerzen Vermeidung von Unbehagen aufgrund körperlicher Erkrankungen Intakte Haut / Wundversorgung
		Wahrnehmen von Körper- und Sinneserfahrungen
		Körperliche Aktivität und Erholung
	Psychosoziale Bedürfnisse	Reizanpassung
Kommunikation		Emotionen ausdrücken Im Austausch / Kontakt mit anderen sein
Zuwendung		Angesprochen / wahrgenommen / verstanden werden Andere berühren / berührt werden
Teilhaben		Alltag und Gemeinschaft erleben Sich beschäftigen / aktiv sein
Vertrautheit und Sicherheit		Vertrautheit Abwesenheit von Angst / Sich nicht bedroht fühlen
Selbstbestimmung		Eigenen Willen ausdrücken So-Sein-Dürfen
Spirituelle Bedürfnisse	Religion	Religiosität ausdrücken An religiösen Ritualen teilnehmen

3.2. Zugang zum Bewohner finden

3.2.1. Baustein: Beobachten – Ausdruckszeichen des Bewohners erkennen

Welche Ausdruckszeichen des Bewohners können beobachtet werden?

Wie können diese wahrgenommen werden?

Auch wenn Bewohner mit schwerer Demenz meist keine Gespräche im herkömmlichen Sinn mehr führen können, besitzen sie doch eine Reihe von Möglichkeiten sich mitzuteilen. Die

verbalen und nonverbalen Ausdruckszeichen können vom Bewohner in Alltagssituationen ausgehen, eine Reaktion auf äußere Reize sein, oder während einer Versorgungshandlung entstehen und sich im Verlauf dieser ändern. Die Mitarbeiter können die individuellen Ausdruckszeichen der Bewohner beobachten und mit ihren Sinnen (Fühlen, Schmecken, Riechen, Hören, Sehen) wahrnehmen. Die Herausforderung ist es, die individuellen Ausdruckszeichen der Bewohner zu erkennen und in den Kontext möglicher Bedürfnisse einzuordnen. Eine kontinuierliche Beziehung zwischen dem Bewohner und der versorgenden Person erleichtert dies.

Für den Beobachtungsprozess sind unterschiedliche Assessmentverfahren hilfreich. So existieren Verfahren zur Erfassung der Lebensqualität wie das Dementia Care Mapping (DCM) oder das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE.). Allerdings sind nicht alle für Menschen mit einer schweren Demenz validiert.

Schmerzerleben lässt sich ebenfalls mit speziellen Assessmentverfahren valide erheben. Neben der strukturierten und fokussierten Beobachtung findet diese auch immer intuitiv und spontan statt. Wesentlich ist deren Dokumentation und Interpretation. Bei der Beurteilung von Auswirkungen möglicher Interventionen ist ein Vorher-Nachher-Vergleich unumgänglich. Im Folgenden ist in Tabelle 2 eine Auswahl möglicher Ausdruckszeichen der Bewohner aufgeführt:

Tabelle 2: Ausdruckszeichen von Menschen mit schwerer Demenz

Verbal	Mögliche Ausprägungen
Einzelne Worte, Sätze, Phrasen	Spontan oder als ja / nein Antwort auf eine Frage, rhythmisch wiederholend...
Paraverbal	Mögliche Ausprägungen
Schreie, Rufe, Laute, Murmeln, Brabbeln, Seufzen, Stöhnen	Kurz, lang, gelegentlich, oft, laut, leise, an- oder abschwellend, monoton, tagesformabhängig, situationsabhängig...
Nonverbal	Mögliche Ausprägungen
Mimik	Lächeln, verzerrter / angespannter / entspannter Gesichtsausdruck, Blickkontakt wird gesucht, Augen weit geöffnet / geschlossen / abgewandt, Mund geöffnet / geschlossen...
Gestik	Abwehrend, angewidert, zustimmend, einfordernd, begleitend zu Worten...
Atmung	Laut, leise, kraftvoll, beschleunigt, ruhig, gleichmäßig, ungleichmäßig...
Körperhaltung / Körperspannung	Angespannt, entspannt, wiederholte Bewegungen, Festhalten...

Beobachtungen in der Sterbephase: Zum Lebensende hin und in der unmittelbaren Sterbephase können unter Umständen Veränderungen im Verhalten des Bewohners wahrgenommen werden. Diese können sich z.B. auf die Nahrungsaufnahme, das Schlaf- und Ruheverhalten sowie das Kommunikationsverhalten beziehen. Die nachfolgende

Übersicht stellt mögliche Anzeichen des nahenden Lebensendes / des bevorstehenden Todes dar. Bei ihrer Interpretation ist jedoch zu beachten, dass gerade bei Menschen mit Demenz die Phase des Lebensendes bzw. Sterbephase nicht immer eindeutig erkennbar ist. So ist immer wieder zu überlegen, ob nicht die aufgeführten Merkmale durch andere, möglicherweise behebbare Gründe verursacht sein können. Zur Einschätzung, ob es sich um die Sterbephase handelt, können die Intuition und Erfahrung der Pflegepersonen, Wahrnehmung und Beobachtung durch die Angehörigen und eine zunehmende Diskussion im Team wichtige Indikatoren sein. Die Einschätzung sollte möglichst im multiprofessionellen Kontext, z.B. im Rahmen einer ethischen Fallbesprechung erfolgen und regelmäßig evaluiert werden.

Mögliche Zeichen des nahenden Lebensendes:

- Abnehmendes Interesse an Essen und Trinken, verminderte Nahrungsaufnahme
- Starker Gewichtsverlust und schlechter Ernährungszustand
- Deutliche Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Abnehmende Mobilität, keine Mobilisation aus dem Bett, lediglich kurze Phasen sitzend im Rollstuhl
- Deutliche Zunahme der kognitiven Defizite
- Zunahme deliranter Phasen
- Zunehmende Schlafphasen, abnehmende Wachphasen
- Zunahme von Unruhephasen
- Abnehmendes Interesse an der Umwelt
- Abnehmendes oder stark erschwertes Kommunikationsverhalten
- Vermehrte Infektionen, Erkrankungen können zu einer raschen Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes führen

Mögliche Zeichen des bevorstehenden Todes:

- Veränderte Atmung
- Verändertes Bewusstsein (Abnahme der Vigilanz) und Kognition (soweit im Stadium der schweren Demenz noch beurteilbar)
- Rasselatmung
- Schneller Puls
- Niedriger Blutdruck
- Marmorierte Haut
- Eingefallenes Mund- / Nase-Dreieck

3.2.2. Baustein: Wissen sammeln – Bewohner kennenlernen

*Welches Wissen kann für eine bedürfnisorientierte Versorgung relevant sein?
Welche Informationsquellen gibt es?*

Neben einer Qualifikation im Umgang mit Bewohnern mit schwerer Demenz bringt eine multiprofessionelle Zusammensetzung des versorgenden Teams auch eine vielseitige Betrachtung der Bedürfnisse hervor. Ein möglichst vielschichtiges und umfassendes Bild vom Bewohner und seinen Bedürfnissen entsteht durch den fachlichen Austausch der Mitarbeiter untereinander. Weitere Quellen für die Sammlung von Wissen können sein: frühere Äußerungen des Bewohners oder Patientenverfügungen, die Angehörigen des Bewohners, Fallbesprechungen im Team und mit den Angehörigen. Folgendes Wissen über den Bewohner kann erlangt werden:

Erfahrung:

Dies bezieht zum einen die persönliche Erfahrung des Mitarbeiters in der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz generell ein. Zum anderen sind damit die im Alltag gemachten Erfahrungen mit dem einzelnen Bewohner gemeint. Bewohner und Mitarbeiter begegnen sich immer wieder und lernen verschiedene Facetten voneinander genauer kennen. Manche Verhaltensweisen lassen dann auf bestimmte Bedürfnisse schließen.

Biografie:

Die Lebensgeschichte mit den persönlichen Erfahrungen des Bewohners dient als Wissensquelle. Bedeutsame Lebensaspekte können fortwirken und die Erscheinungsform von Bedürfnissen beeinflussen oder gar bedingen. Es kann individuell sehr verschieden sein, welche biografischen Begebenheiten wichtig sind. Beispiele können sein: Themen aus der Familien-, Berufs- oder Freizeitbiografie, einschneidende Erlebnisse, bestimmte Vorlieben und Rituale. Zur Biografieerhebung gehört auch das Erfassen von bekannten positiv oder auch negativ besetzten Situationen oder stressverursachenden Momenten. Nicht zuletzt ist das Wissen um die jeweilige Lebensgeschichte auch die notwendige Voraussetzung für das Verstehen des „So-Geworden-Seins“ des Bewohners.

Diagnosen:

Neben der Demenz können weitere medizinische oder pflegerische Diagnosen, wie z.B. Diabetes mellitus, Arthrose, Seh- und Hörstörungen, Schluckstörungen oder andere körperliche bzw. psychische Einschränkungen vorliegen, die bei der Erkennung der Bedürfnisse relevant sein können.

Assessments:

Eine weitere Hilfestellung kann die regelmäßige Durchführung von Assessments sein z.B. zu den Bereichen Schmerz, Ernährung, Sturzgefährdung oder Lebensqualität. Sie können Aufschluss geben über mögliche, belastende Symptome oder bestimmte Aspekte des Gesundheitszustandes.

Die in den Einrichtungen vorhandenen Dokumentationssysteme sollten dahingehend überprüft werden, inwieweit sich die Ergebnisse des Prozesses vom Erkennen der Bedürfnisse und den daraus resultierenden Interventionen bzw. Interaktionen sowie deren Resultate festhalten lassen. Dies gewährleistet die Informationsweitergabe zwischen den einzelnen Berufsgruppen und eine bessere Fokussierung pflegerischer Handlungen über die einzelnen Personen hinweg.

3.3. Bewohnerperspektive: Individuelle Bedürfnisse erkennen und ihnen begegnen

Das Wissen um die möglichen Bedürfnisse eines Menschen mit schwerer Demenz muss in weiteren Schritten an die jeweiligen Bedürfnisse des einzelnen Bewohners angeglichen werden. Bei einem Bewohner müssen nicht alle Bedürfnisse vorzufinden oder prägnant sein. Jeder Bewohner hat individuelle Bedürfnisausprägungen, die unterschiedliche Prioritäten aufweisen und im Verlauf der Erkrankung stark variieren. Darüber hinaus stehen die Bedürfnisse in enger Verbindung zueinander bzw. bedingen sich gegenseitig (z.B. können Schmerzen (Bedürfnis: Abwesenheit von Schmerzen) dazu führen, dass der Bewohner keine Nahrung mehr zu sich nehmen möchte (Bedürfnis: Essen und Getränke zu sich nehmen) oder ein erhöhtes Ruhebedürfnis (Bedürfnis: Ruhen und schlafen) hat. Im Anhang dieser Arbeitshilfe wird eine tabellarische Gesamtübersicht zu den Bedürfnissen von Menschen mit schwerer Demenz gegeben. Auf der Grundlage der zuvor genannten Wissenssammlung, der Beobachtungen und der Erfahrungen vorangegangener Interaktionen bzw. Interventionen können die Übersichten dazu beitragen, die individuellen Bedürfnisse des Bewohners zu erfassen. Im Einzelnen wird dies kleinschrittig suchend, jedoch orientierend an den jeweiligen Bedürfniskategorien erfolgen.

4. Weiterführende Literatur

Becker, Stefanie / Kasper, Roman / Kruse, Andreas (2011): *Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (H.I.L.DE.)*. Bern: Verlag Hans Huber.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2007): *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP) / Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (DHPV) (2012): *Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen. Grundsatzpapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe*. Abrufbar unter: http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/Betreuung%20schwerstkranker%20und%20sterbender%20Menschen%20im%20hohen%20Lebensalter%20in%20Pflegeeinrichtungen.pdf

Dialogzentrum Demenz, Universität Witten / Herdecke: *Assessments in der Versorgung von Personen mit Demenz*. Abrufbar unter: http://dzd.blog.uni-wh.de/files/2013/01/Assessments_DZD.pdf

European Association of Palliative Care (EAPC) (2015): *Deutsche Übersetzung des EAPC Weissbuches Demenz. Empfehlungen zur Palliativversorgung und Behandlung älterer Menschen mit Alzheimer oder anderen progressiven Demenzerkrankungen*. Abrufbar unter: http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Dementia/ExplanatoryText_EAPC%20dementiaWP_Ge.pdf

Fischer, Thomas (2012): *Multimorbidität im Alter: Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz: Das Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit schwerer Demenz (BISAD)*. Bern: Verlag Hans Huber.

Gesellschaft für Organisationsberatung in der Sozialen Arbeit mbH (gos) (2013): *Abschlussbericht Palliative Care und Abschiedskultur bei Menschen mit schwerer Demenz*. Abrufbar unter: http://www.awo-obb-senioren.de/uploads/media/Palliative_care_und_Abschiedskultur_bei_Menschen_mit_schwerer_Demenz__Abschlussbericht.pdf

Kitwood, Tom M. (2000): *Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Verlag Hans Huber.

Kojer, Marina / Schmidl Martina (Hrsg.) (2011): *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis: Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen*. Wien: Springer Verlag.

Kostrzewa, Stephan / Gerhard, Christoph (2010): *Hospizliche Altenpflege. Palliative Versorgungskonzepte in Altenpflegeheimen entwickeln, etablieren und evaluieren*. Bern: Verlag Hans Huber.

Leitlinienprogramm Onkologie (2015): *S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Kapitel Sterbephase*. Abrufbar unter: http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownloader/LL_Palliativmedizin_Langversion_1.0.pdf

Perrar, Klaus Maria / Sirsch, Erika / Kutschke, Andreas (2011): *Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe*. 2. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag.

Riesner, Christina (Hrsg.) (2014): *Dementia Care Mapping (DCM). Evaluation und Anwendung im deutschsprachigen Raum*. Bern: Verlag Hans Huber.

Stuhlmann, Wilhelm (2011): *Demenz braucht Bindung - Wie man Biographiearbeit in der Altenpflege einsetzt*. München: Reinhardt Verlag.

Wojnar, Jan (2007): *Die Welt der Demenzkranken: Leben im Augenblick*. Hannover: Vincentz Network.

Anhang

Gesamtübersicht der Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz

Die folgenden tabellarischen Übersichten stellen die individuellen Ausprägungen der Bedürfnisse an konkreten und thematisch geordneten Beispielen umfassend dar. Als Basis für ihre Erstellung dienten die zahlreichen Beobachtungen, die Rückmeldungen aus den Gruppendiskussionen sowie aus den Expertenhearings und der internationalen Fachtagung. Die Übersichten verdeutlichen, wie sich die Bedürfnisse erkennen lassen und welche Erschwernisse zu deren Erfüllung auftreten können. Darüber hinaus werden beispielhaft Handlungsmöglichkeiten zur Bedürfniserfüllung angegeben.

Die Bedürfnisse sind unterteilt in drei Bereiche: Körperliche Bedürfnisse, Psychosoziale Bedürfnisse und Spirituelle Bedürfnisse. Diese unterteilen sich wiederum in zehn Bedürfniskategorien, die im Einzelnen für 25 Bedürfnisse stehen, wie sie aus der zuvor beschriebenen teilnehmenden Beobachtung und den Gruppendiskussionen erschlossen werden konnten. Erläutert werden die einzelnen Bedürfnisse durch Beispiele, wie sie bei einem Bewohner ausgeprägt sein können. Darüber hinaus werden jeweils konkrete Beobachtungen für das jeweilige Bedürfnis beschrieben. Dabei muss jedoch betont werden, dass die Beschreibung auch im individuellen Fall für andere Bedürfnisse stehen kann. Dies gilt es eben in der konkreten Begegnung mit dem Bewohner mit schwerer Demenz herauszufinden. Wo möglich werden auch Besonderheiten und Erschwernisse in der Erkennung des jeweiligen Bedürfnisses dargestellt. Im Weiteren werden individuelle, auf das jeweilige Bedürfnis bezogene Handlungsmöglichkeiten vorgestellt, wie dem Bedürfnis begegnet werden kann. Abgeschlossen wird die Beschreibung des Bedürfnisses mit Reflexionsfragen dazu, welche weiteren Aspekte im der Versorgung des Bewohners beobachtet werden können und welche weiteren Handlungsweisen bekannt sind.

Bereich: Körperliche Bedürfnisse

Bei der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz stellt die pflegerische Unterstützung z.B. in Bezug auf die Durchführung der Körper- und Zahnpflege oder Maßnahmen zur Wundprävention in einigen Fällen vielmehr eine Notwendigkeit als ein vom Bewohner geäußertes Bedürfnis dar. Ganz im Gegenteil gehen bestimmte Handlungen der Körperpflege oftmals mit Abwehrreaktionen und deutlichen Zeichen des Unbehagens bei den Betroffenen einher. Bestimmte Handlungen sind jedoch zur Vorbeugung und Vermeidung von Belastungen z.B. aufgrund von Infektionen der Haut und Mundschleimhäute oder des Auftretens eines Dekubitus erforderlich. Dies erfordert ganz bestimmte Anpassungen an die vorhandenen Ressourcen und die aktuelle Verfassung der Bewohner. Für jeden gilt es individuell zu schauen, welche Handlungen wie umgesetzt werden können und welche überhaupt zwingend notwendig sind. Beispielsweise können am nahenden Lebensende bestimmte Interventionen auf ein Mindestmaß reduziert werden, um den Bewohner nicht unnötig zu belasten.

Bedürfniskategorie: Nahrungsaufnahme

Bedürfnis: Essen und Getränke zu sich nehmen

Bewohner kann Speisen und Getränke nach seinen individuellen Vorlieben und vorhandenen Ressourcen zu sich nehmen. Menge, Konsistenz, und Darreichungsform der Nahrung sowie der Unterstützungsbedarf bei der Nahrungsaufnahme können dabei variieren und bedürfen einer kontinuierlichen Anpassung an den Bewohner.

Beispiele individueller Bedürfnisprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner nimmt die angebotene Nahrung selbstständig oder angereicht durch Mitarbeiter positiv auf.

- Bewohner öffnet selbstständig den Mund zur Nahrungsaufnahme oder mit Hilfe verbaler und nonverbaler Anleitung und Unterstützung.
- Bewohner nimmt Speisen und Getränke nach wiederholter Ansprache und Erinnerung positiv auf.
- Bewohner kaut und schluckt gut.
- Bewohner hat eine entspannte Körperhaltung während der Mahlzeit (z.B. in Bezug auf Gestik, Mimik oder Körperspannung).
- Bewohner nimmt sich Speisen und Getränke von anderen Bewohnern.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner bevorzugt bestimmte Nahrungsmittel.

- Bewohner nimmt Süßspeisen oder kalte Speisen positiv auf, angebotene herzhaftere Speisen werden nur in geringen Mengen gegessen oder abgelehnt.
- Bewohner bevorzugt eine bestimmte Konsistenz der Nahrung (z.B. flüssig, pürierte Kost oder feste Nahrung).
- Bewohner lehnt bestimmte Speisen und Getränke verbal oder nonverbal ab (z.B. durch Kopfschütteln oder Schließen des Mundes).
- Bewohner bevorzugt aus der Biografie bekannte Lieblingsgerichte oder bestimmte Nahrungsmittel.
- Bewohner lehnt in der Vergangenheit bevorzugte Speisen und Getränke ab, eine Änderung der Vorlieben für bestimmte Nahrungsmittel ist zu beobachten.

Bewohner möchte die Nahrung selbstständig und auf die eigene Art zu sich nehmen.

- Bewohner bedient sich selbst an Speisen und Getränken in Reichweite.
- Bewohner nimmt Speisen ohne Verwendung von Besteck mit den Fingern zu sich.
- Bewohner bevorzugt eine bestimmte Reihenfolge bei der Nahrungsaufnahme (z.B. zunächst eine Süßspeise, gefolgt von einer herzhaften Mahlzeit).
- Bewohner sortiert Speisen vor dem Verzehr zunächst nach bestimmten Eigenschaften (z.B. nach Beschaffenheit oder Farbe).
- Bewohner führt im Lebensverlauf entwickelte Gewohnheiten zum Essen fort (z.B. Kekse in Kaffee tauchen).

Bewohner nimmt die angebotene Nahrung in bestimmten Situationen bzw. bei bestimmter Art und Weise der Ansprache zu sich.

- Bewohner nimmt die angebotene Nahrung zu einem bestimmten Zeitpunkt positiv und oftmals in größerer Menge zu sich (z.B. wenn alle anderen Bewohner bereits gegessen haben).
- Bewohner nimmt die angebotene Nahrung in Gegenwart von Angehörigen oder bestimmten Mitarbeitern positiv und oftmals in größerer Menge zu sich.
- Bewohner nimmt die angebotene Nahrung mit Hilfe einer biografisch orientierten Ansprache positiv und oftmals in größerer Menge zu sich (z.B. „Trinken Sie, ich muss gleich das Geschirr spülen“ oder Sprichworte mit Bezug zum Essen).
- Bewohner nimmt die angebotene Nahrung in ruhiger Atmosphäre und Umgebung während der Mahlzeiten positiv und oftmals in größerer Menge zu sich.
- Bewohner nimmt die angebotene Nahrung bei möglichst geringer Ansprache und Intervention von außen positiv und oftmals in größerer Menge zu sich.
- Bewohner nimmt die angebotene Nahrung in Gemeinschaft mit anderen Personen positiv und oftmals in größerer Menge zu sich.

Bewohner nimmt nur sehr geringe Mengen oder überhaupt keine angebotene Nahrung zu sich.

- Bewohner hat eine angespannte Körperhaltung während der Mahlzeit (z.B. in Bezug auf Gestik, Mimik und eine erhöhte Körperspannung).
- Bewohner teilt durch verbale Äußerungen / Laute seine Ablehnung der angebotenen Speisen und Getränke mit. Es werden nur geringe Mengen an Speisen und Getränken aufgenommen und diese auch nur sehr ungern.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Fortsetzung Bedürfnis:

Bewohner nimmt nur sehr geringe Mengen oder überhaupt keine angebotene Nahrung zu sich.

- Bewohner lehnt angebotene Speisen und Getränke ab bzw. beendet die weitere Nahrungsaufnahme durch nonverbale Ausdruckszeichen (z.B. Mund nicht geöffnet, Kopfschütteln, Wegdrehen des Kopfes oder Abwenden des Oberkörpers, wiederholtes Wegschieben von auf dem Tisch stehenden Speisen und Getränken, Wegdrücken von Besteck mit Lippen, Zunge oder Hand).
- Bewohner belässt die aufgenommene Nahrung im Mund, schluckt diese nicht herunter oder bringt die Nahrung wieder aus dem Mund heraus.

Bewohner hat Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme.

- Bewohner zeigt eine Gewichtsabnahme.
- Bewohner kann aufgrund der körperlichen Verfassung selbst kaum oder keine Speisen und Getränke zu sich nehmen (z.B. können manche Bewohner sich selbst nicht bzw. nur eingeschränkt in eine geeignete Position zur Nahrungsaufnahme bringen).
- Bewohner hat einen verminderten Appetit aufgrund Nebenwirkungen von Medikamenten.
- Bewohner hat Schmerzen im Mundraum (z.B. durch Infektionen der Mundschleimhaut, beschädigte Zähne).
- Bewohner hat Schluckstörungen:
 - Eingenommene Medikamente verbleiben im Mundraum.
 - Speisereste verbleiben im Mundraum, Getränke laufen wieder aus Mund heraus.
 - Die Aufnahme von Getränken führt zum häufigen Verschlucken.
 - Bewohner hat akut verlegte Luftwege durch Speisen und ist auf Hilfe zur Entfernung angewiesen.
- Bewohner zeigt eine verminderte Kaubewegung oder kann bestimmte feste Speisen nur schwer kauen.
- Bewohner benötigt eine begleitende verbale und nonverbale Anleitung zum Kauen und Herunterschlucken von Speisen und Getränken (z.B. durch Ansprache oder Massage der Kau- und Schluckmuskulatur).
- Bewohner hat Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme durch fehlenden oder schlecht sitzenden Zahnersatz.

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Anpassung von Konsistenz, Optik und Nährstoffgehalt der Nahrung an die Ressourcen des Bewohners.

- Angebot von Fingerfood bei vorhandenen Ressourcen der selbstständigen Nahrungsaufnahmen (z.B. Obst und Gemüse in kleinen mundgerechten Stücken, Teller mit belegten Broten).
- Angebot passierter Kost und andgedickter Getränke bei Kau- und Schluckproblemen.
- Anpassung der Reihenfolge von festen Speisen und Getränken bei Kau- und Schluckproblemen.
- Anpassung der Darreichungsform von Medikamenten bei Kau- und Schluckproblemen (z.B. Tropfenform, zerkleinerte Tabletten, Suppositorium).
- Hochkalorische Anreicherung der Speisen bei geringer Nahrungsaufnahme und optisch ansprechende Darreichung von (passierten) Nahrungsangeboten (z.B. Smoothfood, ansprechendes Geschirr oder Tischgedeck).

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Anpassung des Unterstützungsbedarfs bei der Nahrungsaufnahme an die Ressourcen des Bewohners.

- Erhalt der Nahrungsaufnahme im Rahmen der vorhandenen und variierenden Ressourcen (z.B. Fingerfood, überschaubare Auswahl an Speisen und Getränken, angepasstes Geschirr / Trinkgefäß, Trinken mit Strohhalm, verbale Anleitung, Brot oder Obststücke in die Hand geben, Hand zum Mund führen, vollständiges Anreichen durch Mitarbeiter oder Angehörige).
- Verbale und nonverbale Anleitung zum Kau- und Schluckvorgang (z.B. „Jetzt den Mund öffnen“ / Jetzt schlucken“, Kau- und Schluckmuskulatur durch Berührung / Massage anregen, evtl. Logopäden hinzuziehen).
- Wahl einer geeigneten Position zur Nahrungsaufnahme (z.B. am Tisch, Sitzposition im Bett, Spezialstuhl).

Akzeptanz unkonventioneller Verhaltensweisen des Bewohners bei der Nahrungsaufnahme.

- Ermöglichung und Unterstützung unkonventioneller Formen der Nahrungsaufnahme (z.B. Gebäck in Getränk tauchen oder auf dem Teller einweichen, Brote werden zusammengeklappt statt klein geschnitten, Brote werden bis zur „Rinde abgeknabbert“, ohne Besteck mit den Fingern essen oder Speisen vor dem Verzehr sortieren).

Ausreichend Zeit und Gelegenheiten zum Essen und Trinken.

- Wiederholtes Angebot von unterschiedlichen Snacks und Getränken außerhalb der Hauptmahlzeiten bei geringer Nahrungsaufnahme.
- Angebot von Speisen und Getränken in Reichweite des Bewohners positionieren.
- Anpassung von Dauer und Tempo der Nahrungsaufnahme an den Bewohner.

Beachtung biografischer Aspekte und persönlicher Vorlieben des Bewohners.

- Angebot von bekannten Lieblingsgerichten sowie bevorzugten Nahrungs- oder Genussmitteln (z.B. bestimmtes Brot / Brötchen, Eier zum Frühstück, süße Getränke, Kaffee zu jeder Tageszeit).
 - Weiterführung typischer (regionaler) Rituale (z.B. Fisch am Freitag, kleiner Salat zum Abendessen, regionales Speisenangebot, Kaffee und Kuchen am Nachmittag).
 - Angebot aktuell bevorzugter Nahrungsmittel (z.B. Süßspeisen).
- Hinweis: Angehörige können wichtige Hinweise zu den Ess- und Trinkgewohnheiten des Bewohners geben (z.B. in Gesprächen oder durch Beobachtung während des Essenanreichens).*

Einbezug des Bewohners bei der Auswahl von Nahrungsmitteln.

- Angebot aktuell bevorzugter Speisen und Getränke.
- Auswahl von Speisen und Getränken erfolgt unter Einbezug des Bewohners (z.B. durch Ja / Nein-Fragen, Bewohner probieren und danach entscheiden lassen).
- Akzeptanz der verminderten Nahrungsaufnahme, der Bewohner wird nicht zum Essen gedrängt.

Durchführung bestimmter Handlungen zur Appetitanregung.

- Beobachtung der Zubereitung von Speisen und die Wahrnehmung der Gerüche ermöglichen (z.B. Kuchen backen).
- Wiederholtes Angebot von Nahrungsmitteln unterschiedlicher Geschmacksrichtungen zum Probieren (z.B. an den Mund halten, kleine Portionen schmecken und probieren lassen).
- Zubereitung der Nahrung anpassen (z.B. besonders gewürzt oder gesüßt).
- Anpassung der Reihenfolge des Nahrungsangebots (z.B. zu Beginn der Mahlzeit eine Süßspeise zur Appetitanregung und im Anschluss eine herzhafte Speise).

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

**Anpassung der äußeren Reize
während der Nahrungsaufnahme.**

- Anpassung der Umgebungsreize (z.B. Nahrungsaufnahme erfolgt in ruhiger Umgebung oder in Gemeinschaft an einem großen Tisch).
- Anpassung der Ansprache während der Nahrungsaufnahme (z.B. möglichst wenig oder kontinuierliche verbale Ansprache, Aufnahme von Blickkontakt, Berührung).
- Konstante Begleitung der Mahlzeit durch einen Mitarbeiter / Angehörigen (z.B. führt ein ständiger Wechsel der Personen zu Unruhe / Unsicherheit).
- Vermeidung von Zeitdruck (z.B. ausreichend Zeit für die Nahrungsaufnahme geben, Hektik in der Umgebung vermeiden).

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfnis: Sich pflegen / gepflegt werden (Körperpflege)

In Abhängigkeit von seinen vorhandenen Ressourcen führt der Bewohner Teile der Körperpflege selbst durch, wird dazu angeleitet oder die Handlungen werden durch Mitarbeiter übernommen. Die Körperpflege kann folgende Aspekte beinhalten: Waschen, Duschen, Baden, Haarpflege, Rasur, Nagelpflege.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner reagiert positiv auf einzelne Handlungen der Körperpflege.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner wirkt während der Körperpflege entspannt (z.B. in Bezug auf Gestik, Mimik, Lächeln, Körperspannung).– Bewohner wirkt besonders entspannt bei einzelnen Handlungen der Körperpflege, scheint diese zu genießen (z.B. Baden, Duschen, Haare waschen / föhnen / frisieren (Frisörbesuch), Cremen der Haut, Bartpflege, Auftragen von Make-Up oder Nagellack, Fußpflege).– Bewohner greift im Bad nach erreichbaren Waschutensilien in Reichweite und beginnt einzelne Handlungsschritte (z.B. mit Haarkamm, Zahnbürste, Creme oder Deodorant).– Bewohner bevorzugt aus der Biografie bekannte Körperpflegegewohnheiten (z.B. Waschen statt Duschen, Trockenrasur, bestimmte Pflegeprodukte, Frisörbesuch, Fußpflege).
Bewohner führt (teilweise) Handlungen der Körperpflege aus.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner übernimmt von selbst oder durch verbale Anregung Teile der Körperpflege oder beginnt einzelne Handlungsschritte (z.B. Waschen mit Waschlappen, Rasur mit Elektrorasierer, Eincremen von Gesicht / Oberkörper, Halten von Waschutensilien während der Körperpflege durch Mitarbeiter).– Bewohner greift im Bad nach erreichbaren Waschutensilien in Reichweite und beginnt einzelne Handlungsschritte (z.B. Haarkamm, Zahnbürste, Creme oder Deodorant).
Bewohner reagiert negativ / abwehrend auf einzelne Handlungen der Körperpflege.	<ul style="list-style-type: none">– Während der Körperpflege wirkt der Bewohner angespannt / gestresst (z.B. in Bezug auf Gestik, Mimik, Körperspannung, Worte, Laute, Schreie).– Bewohner richtet sich mit Worten und nonverbal gegen die Körperpflege.– Bewohner toleriert kaum Berührungen in bestimmten Körperregionen wie Kopf, Füße oder Intimbereich und zeigt dabei Abwehrreaktionen (z.B. hohe Körperspannung, Abwehr mit Händen und Füßen).– Bewohner toleriert einzelne Handlungen der Körperpflege wenig und zeigt Abwehrreaktionen (z.B. beim Baden, Duschen, Gesicht oder Haare waschen, Kämmen, Cremen der Haut).
Bewohner wirkt belastet durch die Körperpflege.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner wirkt beim Waschen und damit verbundenen Bewegungen angestrengt (z.B. in Bezug auf Lautäußerungen / Stöhnen, schnellere Atmung, Schwitzen, angespannter Gesichtsausdruck).– Bewohner wirkt nach der Körperpflege erschöpft, müde oder schläfrig (z.B. erschlaffte Körperhaltung, Augen fallen zu, Bewohner schläft während der anschließenden Mahlzeit ein).
Bewohner drückt Schamgefühl / Unwohlsein bei der Intimpflege aus.	<ul style="list-style-type: none">– Der Bewohner reagiert auf die Intimpflege mit Abwehr oder Anspannung, was auf ein Gefühl von Scham und Unbehagen hindeutet (z.B. erhöhte Körperspannung, Wegdrehen, schnellere Atmung, Worte, Laute, Intimbereich bedecken wollen, Beine werden zusammengehalten, Arme über der Brust verschränkt, Versuch den Mitarbeiter während der Körperpflege mit den Händen wegzuschieben).– Bewohner scheint sich in Anwesenheit unbekannter Personen in Situationen der Körperpflege / Intimpflege unwohl zu fühlen (z.B. verunsicherter Blick, unbedeckte Körperstellen mit Kleidung / Handtuch bedecken wollen).

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Anpassung der Körperpflege an die Ressourcen des Bewohners.

- Anpassung der Durchführung der Körperpflege an den Mobilitätsgrad des Bewohners (z.B. im Pflegebett, Bad, im Sitzen oder Stehen vor dem Waschbecken, mit Hilfe eines Dusch- oder Toilettenstuhls).
- Aktiver Einbezug des Bewohners in die Körperpflege unter Anleitung / Hilfestellung (z.B. mit Waschlappen Gesicht und Oberkörper waschen lassen, Waschschüssel halten lassen, Bewohner auffordern die Arme zu heben / die Körperposition zu ändern).
- Ankündigung (verbal, nonverbal) / Anbahnung von Handlungen durchführen und die Zustimmung zu Handlungen erfragen (z.B. „Jetzt die Arme hochheben“, „Ist die Wassertemperatur so angenehm?“, elektrischen Rasierer zum Gesicht führen und Bewegungen anbahnen).

Minimierung möglicher Belastungen.

- Anpassung an die Verfassung (Tagesform) des Bewohners (z.B. Waschen statt Duschen; Körperpflege erst im Tagesverlauf durchführen).
- Ruhige / bedachte Durchführung der Handlungen, wiederholte kurze Erholungspausen ermöglichen.
- Schaffung einer für den Bewohner angenehmen Atmosphäre (z.B. Ruhe, angenehme Raumtemperatur, humorvoller Umgang miteinander / Scherzen).
- Beruhigung des Bewohners durch Berührung und verbale Ansprache (z.B. in den Arm nehmen, Hand streicheln).

Wahrung der Intimsphäre.

- Durchführung der Körperpflege durch möglichst wenige und für den Bewohner vertraute Personen.
- Bedeckung intimer Körperstellen zwischen den einzelnen Handlungsschritten (z.B. durch Handtuch).
- Schaffung einer für den Bewohner angenehmen Atmosphäre (z.B. Ruhe, geschlossene Türen, abschirmende Vorhänge, humorvoller Umgang miteinander / Scherzen).
- Vorherige verbale Ankündigung der Handlungen.

Berücksichtigung biografischer Erkenntnisse.

- Beachtung von Vorlieben / Gewohnheiten des Bewohners zu Handlungen der Körperpflege (z.B. regelmäßiger Frisörbesuch, Fußpflege, „Vorwärmen“ von Kleidung auf der Heizung).

Hinweis: Angehörige können wichtige Hinweise zu früheren Gewohnheiten und Vorlieben geben.

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfnis: Erhalt der Zähne / intakte Mundschleimhaut

In Abhängigkeit der vorhandenen Ressourcen führt der Bewohner Teile der Zahn- und Mundpflege selbst durch oder die Handlungen werden durch Mitarbeiter übernommen. Bewohner hat eine intakte Mundschleimhaut, die keine Schmerzen bereitet und ist mit notwendigen und passenden Hilfsmitteln (z.B. Prothesen oder Brücken) versorgt.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner reagiert positiv auf die Zahn- und Mundpflege.

- Bewohner greift selbst nach Zahnpflegeutensilien und führt die Zahnpflege (in Teilen) selbst durch.
- Bewohner führt (Teile der) Zahnpflege mit wiederholter Anleitung der Mitarbeiter selbst durch.
- Bewohner wirkt bei der Durchführung der Zahnpflege durch die Mitarbeiter entspannt (z.B. in Bezug auf Gestik, Mimik, Körperspannung, Worte, Laute).

Zahn- und Mundpflege ist nur erschwert durchzuführen.

- Einzelne Handlungsschritte der Zahn- und Mundpflege können auch mit Unterstützung und Anleitung nur schwer umgesetzt werden (z.B. können Putzbewegungen und Umspülen überhaupt nicht / nur erschwert durchgeführt werden, stattdessen Kauen auf Zahnbürste).
- Bewohner zeigt Abwehrreaktionen während der Zahn- und Mundpflege. Zahnpflege, Reinigung / Einsetzen / Entfernen von Prothesen ist nur in Ansätzen möglich oder überhaupt nicht durchführbar (z.B. Mund wird nicht geöffnet, verzerrte Mimik, Laute, Murmeln, Kopf wird weggedreht, Kopf schütteln, Anspannung, Utensilien weggeschoben, abwehrendes Verhalten wie Schlagen oder Treten).
- Durchführung der Zahn- und Mundpflege ist nicht mehr im herkömmlichen Sinn mit einer Zahnbürste möglich, sondern erfolgt mit anderen Hilfsmitteln (z.B. mit Watteträgern).
- Bewohner kann nur erschwert zahnärztlich betreut werden (z.B. öffnet den Mund nicht, zeigt starke Abwehrreaktionen).

Bewohner hat Schmerzen im Zahn- und Mundbereich.

- Bewohner äußert Schmerzen bei der Zahnpflege oder bei der Aufnahme von (bestimmten) heißen / kalten oder süßen Nahrungsmitteln (z.B. kurzes Zucken, verzerrter Gesichtsausdruck, Mund wird nicht geöffnet, nur geringe oder keine Nahrungsaufnahme möglich, Kopf wird weggedreht, abweisende Laute, Hand des Anreichenden wegschieben).
- Zeichen eingeschränkter Mundgesundheit sind sichtbar (z.B. Zahnfleischbluten / Parodontose, Beläge durch Pilzinfektionen, Aphthen, beschädigte / lockere Zähne).
- Bewohner reagiert abweisend auf das Einsetzen von Zahnprothesen, diese werden dem Bewohner nicht mehr eingesetzt, fehlen oder passen nicht.

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:
Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Durchführung einer regelmäßigen Zahn- und Mundpflege

- Wiederholter Anleitungen und Hilfestellung durch Erklärung oder Nennung der Handlungsreihenfolge (z.B. verbal, Zahnbürste gemeinsam mit Bewohner zum Mund führen, Zahnputzbecher zum Umspülen reichen, ansetzen).
- Sicherstellung von ausreichend Zeit für die Umsetzung der Zahn- und Mundpflege.
- Berücksichtigung biografischer Aspekte (z.B. Wichtigkeit der Zahnpflege im Lebensverlauf).

Flexible Anpassung der Zahn- und Mundpflege.

- Alternative Anpassung der herkömmlichen Zahn- und Mundpflege an die Ressourcen des Bewohners (z.B. Verwendung von Kinderzahnpaste bei Problemen mit dem Umspülen, Watteträger, Mundspülung).
- Wiederholtes Ausprobieren, um sich bei vorhandenen Abwehrreaktionen des Bewohners langsam an eine Zahn- und Mundpflege anzunähern (z.B. Zahn- und Mundpflege zu regelmäßigen Zeiten durchführen, zu Beginn nur den Mund berühren und Zahnputzbewegungen allmählich ausdehnen).
- Abbruch der Zahn- und Mundpflege und Nachholen zu einem späteren Zeitpunkt.

Erleichterung / Vermeidung von Schmerzen.

- Beheben der Schmerzursachen (z.B. (Pilz-)Infektionen der Mundschleimhaut, Karies, Parodontose).
- Sicherstellung einer zahnärztlichen Betreuung (z.B. Hausbesuche durch den Zahnarzt, unter Umständen sind mehrmalige Versuche oder eine Sedierung des Bewohners notwendig).
- Gabe von schmerzstillenden Medikamenten.
- Vermeidung von schmerzauslösenden Nahrungsmitteln.

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfnis: Ausscheiden

Bewohner kann regelmäßig Urin und Stuhl ausscheiden, Ressourcen, Unterstützungsbedarf und persönliche Gewohnheiten können individuell stark variieren.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner scheidet bei entsprechender Gelegenheit regelmäßig aus.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner nutzt regelmäßig den gewohnten Toilettengang trotz (teilweiser) Inkontinenz.– Bewohner ist mit dem Ablauf des Toilettengangs vertraut und führt dabei Handlungen selbstständig oder mit verbaler und nonverbaler Anleitung aus (z.B. Herunterziehen von Hose und Unterwäsche oder Betätigung der Toilettenspülung).– Bewohner benötigt Hilfe beim regelmäßigen Toilettengang (z.B. Unterstützung beim Aufsuchen der Toilette, Umsetzen vom Rollstuhl auf die Toilette / Toilettensstuhl, Unterstützung beim An- und Entkleiden).
Bewohner zeigt das akute Bedürfnis auszuscheiden.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner gibt verbale Hinweise auf vorhandenen Harn- oder Stuhldrang.– Bewohner gibt nonverbale Hinweise auf vorhandenen Harn- oder Stuhldrang (z.B. Anspannung in Bezug auf Gestik, Mimik, motorische Unruhe, erhöhte Körperspannung, Berührungen am Bauch, Gesäß, Ziehen an der Kleidung, Entfernen der Hilfsmittel zur Inkontinenzversorgung).– Bewohner räumt sich rektal aus.
Bewohner kann die Ausscheidung nicht mehr kontrollieren oder scheidet unregelmäßig aus.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner kann kaum oder nicht willentlich Ausscheidung steuern / herbeiführen (z.B. erfolgt das Wasserlassen sobald der Bewohner aus dem Rollstuhl aufgerichtet wird).– Bewohner benötigt Hilfsmittel zur Inkontinenzversorgung (z.B. Schutzhosen, Schutzvorlagen).
Bewohner zeigt mit dem Ausscheiden verbundene Belastungen / negative Emotionen.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner zeigt sich belastet durch Obstipation (z.B. in Bezug auf Körperspannung, Unruhe, Gestik, Mimik, Schmerzäußerung, an den Bauch fassen, Festklammern an Gegenständen).– Bewohner zeigt sich belastet durch Harnwegsinfektionen bspw. in Folge von Blasendauerkathetern (z.B. durch Schmerzäußerungen, entzündetes Gewebe, Berührungsempfindlichkeit, erhöhte Temperatur, Mattheit).– Bewohner ist nach dem Ausscheiden, besonders bei seltener und medikamentös eingeleiteter Stuhlausscheidung erschöpft (z.B. verminderte Körperspannung, Zeichen von Müdigkeit).– Bewohner reagiert negativ auf Positionsänderungen (Lagerung / Bewegungen) zum Abführen oder auf Handlungen der Körperpflege zum Entfernen von Ausscheidungen (z.B. versteifte Körperhaltung, Gegenbewegungen, negativ wirkende Worte oder Lautäußerungen, Übelkeit und Erbrechen).– Bewohner äußert sich negativ über den Geruch der eigenen Ausscheidungen (z.B. Rümpfen / Zuhalten der Nase).
Bewohner drückt mit dem Ausscheiden verbundenes Schamgefühl aus.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner drückt bei der Ausscheidung oder der Inkontinenzversorgung in Anwesenheit von mehreren, fremden oder gegengeschlechtlichen Personen ein Schamgefühl aus (z.B. wirkt verunsichert, versucht den Intimbereich mit den Händen / der Kleidung zu bedecken, Beine werden zusammengezogen, Lautäußerungen als Ausdruck unangenehmer Empfindungen).– Bewohner hält die Kleidung stark fest, so dass ein An- oder Auskleiden nur schwer möglich ist.– Ausdruck von Unbehagen wenn Ausscheidungen ins Bett oder an die Kleidung gelangen (z.B. Gestik und Mimik).

**Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:
Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?**

**Ermöglichung regelmäßiger
Ausscheidung.**

- Regelmäßige Nutzung der Toilette / des Toilettenstuhls wird ermöglicht und an den Unterstützungsbedarf und die aktuell vorhandenen Ressourcen des Bewohners angepasst.
- Unterstützung des regelmäßigen Ausscheidvorgangs (z.B. durch verbale Ankündigung und Anregung auszuscheiden, laufenden Wasserhahn in Hörweite, Bauchmassagen).
- Sicherstellung von ausreichend Zeit und Ruhe während des Toilettengangs.
- Verwendung passender und an die Ressourcen des Bewohners angepasster Hilfsmittel (z.B. Toilettenstuhl).
- Erkennung und Beeinflussung der Ursachen für Obstipation zur Sicherstellung eines regelmäßigen Stuhlgangs (z.B. abführende Speisen und Getränke, Medikamente).

**Entlastung bei Anstrengungen durch
das Ausscheiden.**

- Anstrengungen durch den Wechsel von Inkontinenzmaterialien bei bettlägerigem Bewohner möglichst gering halten (z.B. Ausführung durch zwei Mitarbeiter, spezielle Liegestühle).
- Sicherstellung von Erholungsmöglichkeiten und Ruhepausen des durch das Abführen stark körperlich belasteten Bewohners.

**Sicherstellung eines behutsamen
Vorgehens bei der Intimpflege.**

- Durchführung der Intimpflege erfolgt behutsam und mit verbaler und nonverbaler Ankündigung.
- Behutsames Waschen und Reinigen bei Blasendauerkathetern.
- Anwärmen des Toilettensitzes bei Kälteempfindlichkeit.
- Verwendung passender Inkontinenzmaterialien.
- Übernahme der Inkontinenzversorgung / Intimpflege durch möglichst wenige und für den Bewohner vertraute Personen.
- Bedeckung intimer Körperstellen zwischen einzelnen Handlungsschritten.

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfnis: Sich kleiden

In Abhängigkeit von seinen vorhandenen Ressourcen kann der Bewohner sich selbst ankleiden oder er erhält Anleitung und Unterstützung durch Mitarbeiter. Die Kleidung wird nach den Vorlieben sowie bekannten Gewohnheiten des Bewohners ausgewählt und ist an äußere Faktoren (z.B. Jahreszeiten oder besondere Anlässe) angepasst.

Beispiele individueller Bedürfnisprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner reagiert positiv auf das Ankleiden und Kleidung.

- Bewohner übernimmt Teile des Kleidens und zeigt positive Reaktionen darauf (z.B. in Bezug auf Gestik, Mimik und Körperspannung).
- Bewohner zeigt positive Reaktionen auf Ansprache der Kleidung, Accessoires (z.B. Freude, Augen weit geöffnet, Blickkontakt, Lächeln, Zuwenden).
- Bewohner zeigt positive Reaktionen auf das Auftragen von Nagellack, Make-up (z.B. Lächeln, Zuwenden, Aufmerksamkeit, entspannte Körperhaltung).

Bewohner hat bestimmte Vorlieben bei der Kleidung.

- Bewohner hat aus der Biografie bekannte Wertvorstellung in Bezug auf das äußere Erscheinungsbild (z.B. immer in Hemd und Hose oder nur Röcke tragen).
- Bewohner hat bestimmte aus der Biografie bekannte Vorlieben für bestimmte Kleidungsstücke oder Farben (z.B. werden gerne Anzugshemden getragen oder farbenfrohe Kleidung und Schals).

Das An- und Auskleiden ist nur erschwert durchzuführen.

- Bewohner zeigt abweisende Reaktionen beim An- und Auskleiden (z.B. in Bezug auf Lautäußerungen, Worte, Gestik und Mimik, erhöhte Körperspannung, Wegschieben des Mitarbeiters, Schlagen).
- Bewohner hat Schwierigkeiten beim Kleiden aufgrund körperlicher Einschränkungen (z.B. eingeschränkte Mobilität und Beweglichkeit der Gliedmaßen, erhöhte Körperspannung, Kontrakturen, Schmerzen, Wunden).
- Bewohner hat Schwierigkeiten beim Kleiden durch eher unpassende Kleidung (z.B. durch zu enge oder weite Kleidung nach Gewichtsveränderungen, viele Knöpfe, schlecht passende Schuhe).
- Bewohner entkleidet sich (teilweise) selbst in unpassender Umgebung (z.B. im Gemeinschaftsraum).

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Einbezug des Bewohners beim Kleiden.

- Durchführung von Handlungen des Kleidens durch den Bewohner nach vorhandenen Ressourcen (z.B. beim An- und Auskleiden während der Körperpflege).
- Ankündigung und Anleitung von Handlungen beim An- und Auskleiden (z.B. Erklärung und Erinnerung an bestimmte Handlungsschritte).

Anpassung der Kleidung an persönlichen Vorlieben, Jahreszeiten und bestimmte Anlässe.

- Beachtung der Kleidungsgewohnheiten des Bewohners unter Berücksichtigung des Wissens aus der Biografie.
- Auswahl persönlicher Accessoires (z.B. Schmuck, Halstuch).
- Einbezug des Bewohners in die Auswahl der Kleidung (z.B. zwei Hemden zur Auswahl zeigen).
- Auswahl adäquater Kleidung für unterschiedliche Anlässe und äußere Bedingungen (z.B. festliche Kleidung für die Weihnachtsfeier).
- Auswahl passender „Alltagskleidung“ bei bettlägerigen Bewohnern (z.B. nicht nur Nachthemd o.ä., sondern geeignete Bluse).

Hinweis: Angehörige können wichtige Hinweise zu früheren Gewohnheiten und Vorlieben geben.

Anpassung der Kleidung an die körperliche Verfassung Bewohners.

- Auswahl geeigneter Kleidung (z.B. weit sitzende / bequeme Kleidung auswählen, auf wenig störende Nähte achten, Hosen möglichst ohne Knöpfe, leichte oder warme Kleidung, bei Bettlägerigkeit kann das Oberteil unter Umständen zum einfacheren An- und Auskleiden am Rücken aufgetrennt werden).
- Tragen eines Kleiderschutzes während der Mahlzeiten, um ein häufiges, für den Bewohner anstrengendes, Aus- und Ankleiden zu vermeiden.
- Akzeptanz von nicht stets sauberer Kleidung in den Fällen, in denen der Bewohner z.B. keinen Kleiderschutz tragen oder auf eine bestimmte Art essen möchte.

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfnis: Abwesenheit von Schmerzen

Bewohner hat keine Schmerzen, Schmerzempfindungen werden reduziert, schmerzauslösende Situationen vermieden.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohnerverhalten deutet auf das Vorliegen von Schmerzen hin.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner äußert verbal Schmerzen spontan oder situationsbedingt (z.B. durch verbale Äußerungen: „Aua“, „Weg“, „Nein“, Angabe des Schmerzortes, Stöhnen, Wimmern, durch Rufe, Laute, Schreie).– Bewohner äußert nonverbal Schmerzen spontan oder situationsbedingt (z.B. durch erhöhte Körperspannung, verkrampfte Körperhaltung, Schonhaltung oder Bewegungsdrang, wiederholte Berührung an bestimmten Körperstellen, verzerrter Gesichtsausdruck, starrer Blick, schnelle Atmung, Schnaufen, erhöhter Puls, Schwitzen).– Bewohner verhält sich ungewöhnlich (wirkt z.B. zurückgezogen oder ängstlich, ist verbal oder motorisch unruhig, läuft viel umher, bewegt sich weniger oder anders als gewöhnlich, führt stereotype Bewegungen durch, nimmt weniger Nahrung zu sich).– Bewohner ist berührungsempfindlich (z.B. bei der Körperpflege).
Erschwernisse bei der Erkennung und Behandlung von Schmerzen.	<p>Mögliche Schmerzursachen können sein:</p> <ul style="list-style-type: none">– Bewohner hat Schmerzen durch weitere Erkrankungen neben der Demenz (z.B. neuropathische Schmerzen nach Herpes Zoster Infektion, akute Infekte).– Bewohner hat Schmerzen bei der Bewegung von Gliedmaßen und bei Positionswechseln (z.B. Drehen, Umsetzen) durch Erkrankungen und Einschränkungen des Muskel- und Skelettsystems (z.B. Kontrakturen, Entzündungen, Arthrose).– Bewohner hat Schmerzen durch Wunden, Hauterkrankungen.– Bewohner hat Schmerzen durch eine eingeschränkte Mundgesundheit.– Bewohner hat Schmerzen / Unwohlsein durch Obstipation. <hr/> <ul style="list-style-type: none">– Bewohner zeigt häufig keine eindeutig wahrnehmbaren Schmerzäußerungen.– Bewohner ist durch Nebenwirkungen der Schmerzmedikation belastet (z.B. Müdigkeit, Verdauungsstörungen).– Bewohner erhält nicht ausreichende Schmerzmedikation.– Die Medikamenteneinnahme ist erschwert / nicht möglich (z.B. durch Schluckbeschwerden, körperliche Schwäche des Bewohners, abwehrende Reaktionen des Bewohners wie das Schließen des Mundes, Abwenden des Kopfes, Wegschieben der Medikamente).

**Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:
Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?**

**Durchführung regelmäßiger
Schmerzerfassung und Identifikation
von Schmerzursachen.**

- Kontinuierliche Beobachtung des Bewohners auf mögliche Verhaltensweisen, die auf vorhandene Schmerzen hindeuten. Verwendung von Assessmentinstrumenten zur Schmerzerfassung.
- Beobachtung von u.a. Hautinfektionen, Wunden, Verletzungen durch Stürze, verletzte Mundschleimhaut als mögliche Schmerzursachen.
- Sensible Beobachtung ungewöhnlicher Verhaltensweisen, wie Unruhe oder Angst als möglicher Ausdruck von Schmerzen.
- Ausschluss anderer Ursachen für bestimmte Verhaltensweisen (z.B. Hunger oder Durst, Angst vor Stürzen).

**Therapeutische Behandlung von
Schmerzen.**

- Verabreichung einer individuell angepassten Schmerzmedikation (z.B. Medikamente in flüssiger / zerkleinerter Form).
- Behandlung oder Prophylaxe von schmerzverursachenden Erkrankungen, Wunden, Dekubitus, Verletzungen, Kontrakturen.
- Regelmäßige Durchführung ko-therapeutischer Maßnahmen eventuell mit vorheriger Schmerzmedikation (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Massage, regelmäßige Bewegung der Extremitäten).
- Anpassung der Körperpflege und Mobilisierung an die Ressourcen des Bewohners (z.B. Bewegungen langsam anbahnen und durch verbale / nonverbale Kommunikation Unterstützung, Schmerzmedikation vor anstehenden Bewegungen).
- Regelmäßige Betreuung durch den Haus- und / oder Facharzt.
- Regelmäßiger Austausch des Teams bezüglich der Beobachtungen zum Schmerzerleben des Bewohners.
- (Zahn-)ärztliche Betreuung nach Bedarf in Kombination mit beruhigenden / sedierenden Medikamenten.

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfnis: Vermeidung von Unbehagen aufgrund körperlicher Erkrankungen

Bewohner empfindet keine Belastungen, Unwohlsein und Unbehagen aufgrund von körperlichen Erkrankungen (z.B. akute Infekte, chronischer Erkrankungen). Belastende Symptome werden nach Möglichkeit vermieden bzw. gelindert.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner hat belastende Symptome durch weitere chronische / akute Erkrankungen.

- Bewohner ist von verschiedenen chronischen Erkrankungen betroffen, die sich wechselseitig beeinflussen können (z.B. Epilepsie, Herz-Kreislaufkrankung, COPD, Diabetes mellitus, Lebensmittelunverträglichkeit, Arthrose, Schlaganfall, Parkinson, Chorea Huntington, Tumorerkrankungen, Depressionen, Angststörungen, Halluzinationen oder weitere psychische Erkrankungen).
- Bewohner ist von einer akuten Erkrankung betroffen (z.B. Infektionen der Atemwege, grippale Infekte, Influenza, Magen-Darm Infekte, multiresistente Keime, Bindehautentzündungen, Herpes Zoster, sturzbedingte Prellungen oder Frakturen).
- Bewohner leidet unter belastenden Symptomen durch chronische bzw. akute Erkrankungen (z.B. Schmerzen, Kurzatmigkeit, Luftnot, Über- und Unterzuckerung, schlecht heilende Wunden, epileptische Krampfanfälle, Bewegungseinschränkungen, Bauchschmerz).
- Bewohner zeigt Unwohlsein durch chronische / akute Erkrankungen (z.B. Mattheit, Schwäche, blasse Hautfarbe, Fieber, Stöhnen, Weinen, Jammern, veränderte Atmung, gerötete Augen).
- Bewohner hat nach einer akuten Erkrankung einen allgemein verschlechterten Gesundheitszustand und stärkere dementiellen Ausprägungen.
- Bewohner verstirbt rasch in Folge einer akuten Erkrankung.

Erschwernisse bei der Behandlung von Symptomen / Erkrankungen.

- Bewohner kann die erforderlichen Medikamente nur schwer oder nicht einnehmen (z.B. durch Schluckbeschwerden einhergehend mit häufigem Verschlucken, körperliche Schwäche, verbale / nonverbale Abwehrreaktionen, Schließen des Mundes, Abwenden des Kopfes).
- Bewohner ist belastet durch Neben- und / oder Wechselwirkungen unterschiedlicher Medikamente (z.B. Gangunsicherheit, Müdigkeit, Apathie, verwaschene Sprache, veränderter Appetit, Obstipation, Verschiebung des Tag-Nacht-Rhythmus).

**Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:
Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?**

**Verlaufsbeobachtung und
Behandlung der chronischen / akuten
Erkrankungen / Symptombehandlung.**

- Verlaufsbeobachtung und Behandlung / Linderung von Symptomen angepasst an das jeweilige Krankheitsbild des Bewohners (z.B. Medikation oder nichtmedikamentöse Behandlung, Einbezug weiterer Therapeuten wie Logopäden oder Physiotherapeuten).
- Regelmäßiger Konsultation durch Haus- und / oder Fachärzte.
- Abwägung der Therapieoptionen (z.B. Antibiotikagabe, Chemotherapie, Anpassung / Reduzierung der Medikamente).

**Anpassung der Versorgung an den
Gesundheitszustand des Bewohners.**

- Anpassung der Körperpflege zur Vermeidung unnötiger Belastungen (z.B. behutsamere Durchführung und Unterlassung bestimmter Handlungsschritte, bei bewegungsabhängigen Schmerzen bspw. Gabe einer Schmerzmedikation vor der anstehenden Versorgung).
- Anpassung der Ernährung an das Krankheitsbild des Bewohners (z.B. angedickte Getränke bei Schluckbeschwerden, diätische Kost).
- Anpassung der Verabreichungsform von Medikamenten angepasst an das Krankheitsbild des Bewohners (z.B. in flüssiger Form, evtl. zusammen mit der Nahrung).
- Anpassung des Tagesablaufs an den Gesundheitszustand des Bewohners (z.B. ausreichende Ruhe-, Rückzugs- und Schlafmöglichkeiten sicherstellen, Angebot an täglichen Aktivitäten reduzieren).

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfnis: Intakte Haut / Wundversorgung

Bewohner hat eine möglichst unversehrte Haut, bzw. die Hautpflege wird auf den Zustand und die Besonderheiten der Haut angepasst. Eine auf Symptomlinderung oder Heilung angelegte Versorgung von Verletzungen der Haut wird durchgeführt.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner hat keine intakte Haut.

- Bewohner hat Hautschädigungen unterschiedlicher Art und Schwere (z.B. Reizungen / Rötungen / Ausschlag / Pilzinfektionen der Haut, Druckstellen / Dekubitus, (offene) Wunden oder Hämatome nach Stürzen oder Stößen).
- Bewohner zeigt Unwohlsein durch Hautschädigung (z.B. verbale / nonverbale Schmerzäußerungen, Juckreiz).

Erschwernisse und Besonderheiten.

Bewohner hat Hautschädigungen aufgrund verschiedener Ursachen:

- Eingeschränkte Mobilität und Bettlägerigkeit begünstigen die Entwicklung eines Dekubitus.
- Inkontinenz begünstigt die Entwicklung von Pilzinfektionen / Hautreizungen am Gesäß und im Genitalbereich.
- Starke Transpiration begünstigt die Entstehung von Hautirritationen und wunden Hautstellen.
- Medikamente (z.B. Kortison) begünstigen die Entwicklung einer besonders sensiblen, verletzungsanfälligen Haut (Pergamenthaut).
- Hautverletzungen heilen nur langsam und entzünden sich leicht.
- Bewohner zeigt Unverträglichkeitsreaktionen auf Pflegeprodukte.
- Bewohner zeigt Abwehrreaktionen (z.B. in Bezug auf Gestik, Mimik und eine erhöhte Körperspannung) bei bestimmten Maßnahmen zur Pflege und Schutz der Haut (u.a. Lagerung / Positionswechsel, Eincremen, Verbandwechsel).

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Anpassung der Hautpflege und Wundversorgung.

- Anpassung der Dekubitus-Prophylaxe an den Mobilitätsgrad der Bewohner (z.B. Lagerung mit Hilfsmitteln, regelmäßige Positionswechsel, Verwendung von Spezialsesseln).
- Anpassung der Versorgung von Hautschädigungen mit Hilfsmitteln und Medikamenten (z.B. Salben, Wundverband, Schmerzmedikation).
- Behutsame Durchführung der Hautpflege (z.B. Abtupfen der empfindlichen Haut statt festem Streichen).
- Abstimmung von Reinigungs- und Hautpflegeprodukten auf die Haut des Bewohners.

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfnis: Wahrnehmen von Körper- und Sinneserfahrungen

Bewohner kann Sinneseindrücke wahrnehmen. Sinnesreize vermitteln positive Wahrnehmungen, jeweils nach individuellen Vorlieben.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner erfährt seinen Körper.

- Bewohner berührt und betastet den eigenen Körper, nimmt eigenen Körper mit Körpergrenzen wahr (z.B. durch ertasten / Berühren von Kopf, Gesicht oder Beinen mit den Händen, Schlagen auf einzelne Körperpartien).
- Bewohner streicht sich wiederholt über den Körper oder die Kleidung.
- Bewohner zieht sich einzelne Kleidungsstücke immer wieder an und aus.
- Bewohner erfährt seinen Körper durch eigene oder passive Bewegung durch Mitarbeiter.

Sehen:

- Bewohner betrachtet (biografische) Bilder oder Fotos und wirkt dabei interessiert / wach / aufmerksam (z.B. Lächeln, Augen weit geöffnet).
- Bettlägeriger Bewohner betrachtet Lichtspiele, Mobile, wirkt dabei interessiert, wach, aufmerksam.
- Bewohner wendet sich bewegten Gegenständen oder vorübergehenden Personen zu (z.B. wird Blickkontakt gesucht, Kopf gedreht).
- Bewohner reagiert bei Spaziergängen auf die Umgebung und wirkt dabei wacher und interessiert (z.B. wendet Kopf und Augen gezielt verschiedenen Dingen zu).

Bewohner nimmt alltägliche Eindrücke über verschiedene Sinne wahr.

Hören:

- Bewohner produziert selbst Geräusche mit Worten, Lauten, Silben.
- Bewohner reagiert positiv auf einzelne Geräusche, wie Musik, Singen, Glocken (z.B. durch Lächeln, weites und interessiertes Öffnen der Augen, konzentriertes „Lauschen“).
- Bewohner reagiert negativ auf einzelne Geräusche oder Stimmen (z.B. Erschrecken / Zusammenzucken).

Riechen:

- Bewohner reagiert positiv auf Düfte u.a. von Speisen, Blumen, Parfum (z.B. Lächeln, entspannte Körperhaltung).
- Bewohner reagiert negativ auf strenge Gerüche u.a. von Speisen oder Ausscheidungen (z.B. mit Worten, Nase rümpfen oder zuhalten).

Tasten:

- Bewohner nestelt / befühlt / spielt / ertastet die Beschaffenheit verschiedener Gegenstände (z.B. Tischdecke, Kleidungsstücke, Möbelstücke, Geschirr).
- Bewohner hält gern etwas fest in den Händen oder im Arm (z.B. ein Stofftier) und wirkt dann ruhiger (z.B. in Bezug auf eine entspannte Körperhaltung, Unterlassen von verbalen Geräuschen).
- Bewohner genießt Streichungen, Massagen, Hautpflege allgemein, Gesichtsbehandlungen, Maniküre.
- Bewohner „planscht“ am Waschbecken gerne im Wasser, taucht die Hände immer wieder ein und wirkt dabei positiv gestimmt (z.B. durch Lächeln).

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Fortsetzung Bedürfnis:

Bewohner nimmt alltägliche Eindrücke über verschiedene Sinne wahr.

Schmecken:

- Bewohner reagiert positiv auf bestimmte Nahrungsmittel (z.B. Süßspeisen oder Lieblingsspeisen), scheint diese zu genießen (z.B. Lächeln, entspannte Kau- und Schluckbewegungen, verbale Äußerungen „Mmmh, lecker“).
- Bewohner reagiert negativ auf bestimmte Nahrungsmittel (z.B. angespannte Mimik, verzerrter Gesichtsausdruck, Ausspucken der Nahrung).

Temperatur spüren:

- Bewohner friert u.a. aufgrund der Raumtemperatur oder bedingt durch den Gesundheitszustand (z.B. sichtbar an verbalen Äußerungen, kalten Gliedmaßen, Hautfarbe, angespannte Gestik, Mimik).
- Bewohner empfindet die Wassertemperatur während des Waschens als zu kalt / heiß (z.B. sichtbar an Zusammenzucken, erhöhte Körperspannung, verbale Äußerungen).
- Bewohner reagiert erschreckt / negativ auf Berührungen mit kalten Händen (z.B. durch Zusammenzucken, verbale Äußerungen).
- Bewohner nimmt Temperaturunterschiede zwischen Innen- und Außentemperatur oder jahreszeitliche Wetterveränderungen wahr und reagiert positiv darauf (z.B. wirkt er aktiv, wach, angeregt, entspannt, lächelt, verbaler Äußerung).

Erschwernisse und Besonderheiten bei der Körperwahrnehmung.

- Bewohner kann selbst aufgrund der eingeschränkten Mobilität / Bettlägerigkeit nur eingeschränkt Bewegungen und Berührungen initiieren.
- Bewohner erlebt aufgrund der eingeschränkten Körperwahrnehmung Angst und Unsicherheit bei Bewegung / Mobilisation (z.B. erhöhte Körperspannung, Laute, Schreie).
- Bewohner hat Einschränkungen bei der Sinneswahrnehmung (z.B. in Bezug auf Hör- und Sehvermögen).

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Vermittlung von Möglichkeiten zur Körperwahrnehmung.

- Wahrnehmung der eigenen Körpergrenzen ermöglichen (z.B. durch Lagerungsmittel, gerichtete Berührungen, Massagen, begrenzende Kleidungsstücke, Physiotherapie, Ergotherapie).

Sehen:

- Vermittlung verschiedener Sinneseindrücke durch Spaziergänge / Aufenthalte im Freien.
- Vermittlung von visuellen Anregungen durch Bilder, Fotos, Zeitschriften, Bücher mit vielen Abbildungen.
- Vermittlung von visuellen Anregungen durch z.B. Lichtspiele im Raum, Wassersäulen, Dekorationen, von der Decke hängende Mobiles.

Hören:

- Vermittlung von auditiven Sinneseindrücken z.B. über Musik, singen, Musik- und Klangtherapie.
- Vermittlung von Alltagsgeräuschen durch z.B. Aufenthalt in Gemeinschaftsräumen oder in räumlicher Nähe zu Geräuschen von Alltagsaktivitäten.

Riechen:

- Vermittlung von verschiedenen Gerüchen (z.B. von zubereiteten Speisen, frischem Kaffee, jahreszeitliche Gerüche in der Natur, Angebot einer Aromatherapie).

Tasten:

- Durchführung von Massagen verschiedener Körperpartien (z.B. Hände, Nacken, Kopf).
- Vermittlung von Sinneseindrücken durch Angebote der Körperpflege (z.B. kosmetische Behandlung, Friseurbesuch).
- Bereitstellung von Gegenständen / Materialien unterschiedlicher Beschaffenheit (z.B. in Bezug auf die Oberfläche oder Formgebung), die durch den Bewohner ertastet / berührt werden können.

Schmecken:

- Angebot verschiedener Speisen und Getränke, die der Bewohner probieren kann.

Temperatur(-unterschiede) spüren:

- Bewohner Wassertemperatur während der Körperpflege spüren lassen (z.B. Bewohner kann vorab mit den Händen fühlen).
- Anpassung der Kleidung / Bettdecke an das individuelle Temperaturempfinden des Bewohners.
- Steigerung des Wohlbefindens durch Reaktion auf das Temperaturempfinden des Bewohners (z.B. bei Kälteempfinden die Kleidung während der Körperpflege auf der Heizung vorwärmen oder Bewohner im Gemeinschaftsraum eine leichte Decke reichen).
- Anregungen zur Temperaturwahrnehmung geben (z.B. Schnee spüren lassen, Fenster öffnen).

Vermittlung und Anpassung von Anregungen zur Sinneserfahrung.

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfniskategorie: Körperliche Aktivität und Erholung

Bedürfnis: Sich bewegen / körperlich aktiv sein / bewegt werden

Bewohner bewegt sich im Rahmen seiner individuellen Ressourcen und erhält Unterstützung in seiner Bewegung durch Mitarbeiter.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner reagiert positiv auf Bewegung.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner wirkt aktiver / wacher / entspannter (z.B. bleiben Augen geöffnet, Blick ist aufmerksam, gespannte Körperhaltung, verbale / motorische Anspannung / Bewegungsdrang lassen nach, Gesichtsausdruck, auf Unruhe hindeutende Bewegungen bleiben aus) durch Bewegung (z.B. bei Positionswechsel während der Körperpflege oder im Anschluss an die Physiotherapie).– Bewohner zeigt Freude während oder nach Bewegung (z.B. Lächeln, „bei der Sache sein“, Augen weit geöffnet).– Bewohner wirkt erschöpft und müde während oder nach Bewegung (z.B. Atmung deutet auf Anstrengung hin, Stöhnen, Augen fallen immer wieder zu, Bewohner schläft ein), ist dabei aber positiv gestimmt (z.B. Lächeln, entspannter Gesichtsausdruck).– Körperliche Bewegung / Laufen ist biografisch positiv besetzt (z.B. durch frühere Wanderurlaube, körperlich anstrengenden Berufsalltag).
Bewohner möchte sich trotz Einschränkungen bewegen.	<p>Bewohner zeigt einen Bewegungsdrang (symptomatisch oder aus biographischer Gewohnheit):</p> <ul style="list-style-type: none">– Bewohner äußert Worte / Sätze, die einen Bewegungswunsch nahe legen.– Bewohner ist mit den Händen aktiv (z.B. auf Tisch klopfen, Gegenstände hin und her schieben, falten, festhalten).– Bewohner bewegt sich wiederholt im Rollstuhl oder auf dem Stuhl (z.B. hin und her rutschen mit dem Gesäß, Trippelschritte mit den Füßen, wiederholte Aufstehversuche).
Bewohner reagiert negativ auf fremdinitiierte Bewegung.	<p>Bewegung / bewegt werden als Notwendigkeit in der Versorgung (z.B. Positionswechsel bei immobilen, bettlägerigen Bewohnern):</p> <ul style="list-style-type: none">– Bewohner zeigt Abwehrreaktionen / Angst (z.B. Schreie, Rufe, Laute, Stöhnen, hohe Körperspannung, Gegenbewegungen) insbesondere bei abrupten, fremdinitiierten Bewegungen.
Erschwernisse und Besonderheiten bei Bewegung.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner zeigt variierende Bewegungsmöglichkeiten im Tagesverlauf, im Verlauf verschiedener Tage oder bei verschiedenen Pflegepersonen.– Bewohner äußert Schmerzen (verbal / nonverbal) in Zusammenhang mit Bewegung (z.B. bei ungewohnten oder ausgeprägten Bewegungsabläufen während der Pflege oder Physiotherapie).– Bewohner wirkt während und nach Bewegungen sehr schnell erschöpft (z.B. schläft immer wieder ein, ist kurzatmig, stöhnt und schnauft).– Bewohner hat ein erhöhtes Sturz- und Verletzungsrisiko durch unsichere Bewegungsabläufe.

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Schaffung und Anpassung von Bewegungsmöglichkeiten.

- Unterstützte oder selbstständige Bewegung im Raum oder Bett ermöglichen (z.B. durch verbale und nonverbale Handlungsanleitung).
- Fortbewegung des Bewohners im Gebäude / auf einem begrenzten Raum zu Fuß oder im Rollstuhl ermöglichen (z.B. durch eine bauliche Anpassung des Wohnbereichs, „Rundlauf“ im Gebäude, breite barrierefreie Gänge).
- Schaffung / Angebot von Bewegungsmöglichkeiten im Alltag, die den Bewohner zur Bewegung anregen (z.B. gemeinschaftliche Bewegungsangebote, aktiver Einbezug in Handlungen der Körperpflege, Bewohner kann mit den Händen und Armen aktiv sein, Bewegung zu Musik zu gesellschaftlichen Anlässen).
- Sicherstellung von ausreichend Zeit und Anleitung für die Umsetzung der Bewegung.

Unterstützung und Erhalt der Bewegungsmöglichkeiten.

- Physiotherapeutische Unterstützung der aktiven Bewegung des Bewohners und Förderung vorhandener Ressourcen.
- Ausreichende Gabe von Schmerzmedikamenten bei bewegungsabhängigen Schmerzen, um eine möglichst schmerzfreie Bewegung zu ermöglichen und Schonhaltungen zu vermeiden.

Passive Bewegungserfahrungen ermöglichen.

- Bestmögliche passive Unterstützung und Erhalt von Mobilität und Beweglichkeit des Bewohners (z.B. durch Physiotherapie, regelmäßiges Bewegen der Gliedmaßen im Alltag).
- Verbale / nonverbale Ankündigung und Begleitung von passiver Bewegung.
- Wiederholte Veränderung / Anpassung von Position und Aufenthaltsort bei immobilen Bewohnern im Tagesverlauf.

Durchführung von Maßnahmen zur Sturzprävention

- Verwendung von Hilfsmitteln (z.B. Rollator, Rollstuhl, Lagerungskissen, Protektoren).

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfnis: Ruhen und schlafen

Bewohner erhält Möglichkeiten für Ruhepausen und Schlaf bei Erschöpfung. Bewohner benötigt unter Umständen Pausen, ein langsames Vorgehen während einer Pflegehandlung oder regelmäßig im Tagesverlauf.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner benötigt Ruhepausen zur Erholung.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner ist erschöpft / ermüdet (z.B. Augen sind geschlossen, Bewohner schläft im Sitzen ein, Laute, Schreie, Stöhnen, Körperhaltung, Würgereiz, schnellere Atmung, angespannter Gesichtsausdruck) nach bestimmten Handlungen oder Alltagsaktivitäten wie der morgendlichen Körperpflege, Aufenthalt / Geräuschkulisse im Gemeinschaftsraum oder nach einer Bewegungsaktivität.– Bewohner ist während einer Pflegehandlung erschöpft und benötigt eine Unterbrechung (z.B. kurze Pause zwischen Positionswechseln oder einzelnen Handlungsschritten).
Bewohner hat unterschiedlichen Schlafrhythmus.	<ul style="list-style-type: none">– Der Schlafrhythmus des Bewohners unterscheidet sich von anderen Bewohnern (z.B. Bewohner ist bereits sehr früh wach oder morgens nur schwer aufzuwecken).– Bewohner hat ein hohes Schlafbedürfnis (z.B. schläft tagsüber ein, wirkt insgesamt sehr müde, benötigt vermehrt Ruhezeiten im Bett oder Liegesessel).– Bewohner hat einen umgekehrten Tag-Nacht-Rhythmus (ist nachtaktiv und schläft tagsüber).
Erschwernis	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner erhält eine zu hoch dosierte oder zu spät im Tagesverlauf verabreichte Schlafmedikation, schläft am nächsten Tag sehr lang, scheint auch im Tagesverlauf nicht richtig wach zu werden, wirkt sehr schläfrig.

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Berücksichtigung individueller Schlafbedürfnisse.	<ul style="list-style-type: none">– Akzeptanz des individuellen Schlafbedürfnisses (z.B. Bewohner ausschlafen lassen, Körperpflege wenn möglich zeitlich verschieben).– Bewohner kann nachts aktiv sein (z.B. im Wohnbereich umhergehen können, Sturzgefahr bei mobil stark eingeschränkten Bewohnern berücksichtigen: Klingelmatte vor dem Bett, Bettgeländer verwenden).– Abwägung / Anpassung des Einsatzes von Medikamenten zur Verbesserung des Schlafes.
Berücksichtigung individueller Ruhebedürfnisse.	<ul style="list-style-type: none">– Ermöglichung von Ruhepausen (z.B. während / nach der Körperpflege, einzelne Handlungsschritte langsamer und mit vorheriger Ankündigung durchführen, Bewohner kann Mittagsschlaf halten).– Durchführung eines Positionswechsels (z.B. vom Rollstuhl in einen bequemeren Sessel / Bett oder Liegerollstuhl).– Wechsel der Räumlichkeiten (z.B. vom Gemeinschaftsraum in das ruhigere Bewohnerzimmer).

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bereich: Psychosoziale Bedürfnisse

Bedürfniskategorie: Reizanpassung

Bedürfnis: Abschirmen von Reizen

Bewohner kann nur eine beschränkte Anzahl oder Intensität von Reizen verarbeiten. Eine zu große Menge und Intensität von Reizen kann den Bewohner überfordern. Bewohner wirkt bei einer angemessenen Anzahl oder Intensität von (Umgebungs-)Reizen entspannt, zeigt weniger Zeichen des Unbehagens.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner reagiert positiv bei reizarmer Umgebung oder einzelnen Reizen.

- Bewohner wirkt positiv gestimmt bzw. äußert weniger Zeichen des Unbehagens (z.B. in Bezug auf Gestik, Mimik, Körperspannung, Worte, Laute) bei einer beschränkter Anzahl und Intensität von Reizen (z.B. bei geringen Umgebungsgeräuschen, ruhigem Vorgehen durch eine (bestimmte) Pflegeperson, wenn sich der Bewohner allein im Bewohnerzimmer befindet).
- Bewohner nimmt in geräuscharmer Umgebung mehr Nahrung zu sich.
- Bewohner kann in reizarmer Umgebung Handlungsanleitungen (z.B. zur Nahrungsaufnahme) besser folgen.

Bewohner reagiert negativ bei vielen gleichzeitig auftretenden Reizen.

- Bewohner zeigt Unwohlsein, Anspannung, Überforderung oder motorische / verbale Unruhe (z.B. bezüglich Körperspannung, erschrecktes Zusammenzucken, nestelnde Hände, unruhig bewegte Füße, angespannte Gestik und Mimik, schnelle Atmung, hektischer Blick, Laute, Schreie) bei lauter Geräuschkulisse (z.B. durch allgemein laute Geräuschkulisse oder Lärm in der Umgebung durch Bauarbeiten, Haushaltsarbeiten, lauten oder durcheinander sprechenden Stimmen, Anwesenheit mehrerer geschäftiger Mitarbeiter und Bewohner, große Gemeinschaftsräume, eingeschalteten Radio- oder Fernsehgeräten).
- Bewohner kann bei vielen gleichzeitig vorliegenden Umgebungsreizen gewohnte Handlungen nicht ausführen oder Anleitungen nicht umsetzen (z.B. isst Bewohner nicht bei lauter Geräuschkulisse oder kann sich auch mit Unterstützung nicht bewegen).

Bewohner vermittelt aktiv das Bedürfnis nach reizärmerer Umgebung.

- Bewohner reagiert nicht in gewohnter Weise auf Ansprache oder Aufforderung (z.B. Augen, Mund geschlossen, wendet sich ab).
- Bewohner fordert Ruhe ein mit Worten, Rufen, Lauten.
- Bewohner ist motorisch und psychisch unruhig (z.B. nestelnde Hände, unruhig bewegte Füße, ängstliche Haltung, unruhig umherwandernder Blick).
- Mobiler Bewohner sucht ruhige Orte im Gebäude auf oder versucht den reizstarken Raum zu verlassen.

Erschwernisse und Besonderheiten.

- Bewohner kann Reize weniger gut und schnell verarbeiten, benötigt mehr Zeit zur Reaktion (z.B. antwortet sehr verzögert oder erst nach mehrmaliger Wiederholung der Frage, setzt Handlungen erst nach wiederholter Anleitungen um).
- Bewohner ist generell geräuschempfindlich, was eventuell auch biografisch bekannt ist.
- Bewohner hat bei akuten Erkrankungen einen erhöhten Ruhe- und Rückzugsbedarf.

**Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:
Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?**

Reizanpassung an den Bewohner.	<ul style="list-style-type: none">– Begrenzung von Reizen (z.B. Geräuschpegel senken, „Durchgangsverkehr“ vermeiden).– Ein kontinuierlicher und begrenzter Personenkreis kommt mit dem Bewohner in Kontakt.– Einsatz gezielter Reize anstatt kontinuierlicher Reizvermittlung (z.B. ausgewählte Musikstücke oder singen statt Radio).– Langsamere Durchführung von Pflegehandlungen, Einlegen von Pausen, Bewohner ausreichend Zeit geben sich auf die aktuelle Situation zu konzentrieren und einzustellen.
Anpassung der Raumgestaltung / Angebot von Rückzugsmöglichkeiten.	<ul style="list-style-type: none">– Reizminimierung durch die räumliche Gestaltung (z.B. durch Raumteiler, Türen, Nischen, separate Räume, abgestimmte Beleuchtung).– Optionale räumliche Trennung von Bewohnern mit verschiedenen Schweregraden der Demenz.– Angebot von Rückzugsmöglichkeiten in andere Räumlichkeiten oder Ruhemöbel bei Ruhbedarf (z.B. Wohnzimmer, Bewohnerbett, Liegesessel, Ruheraum, Tagesoase).
Beruhigung und Vermittlung von Ruhe.	<ul style="list-style-type: none">– Hinwendung zum Bewohner und persönliche Ansprache des Bewohners mit seinem Namen.– Vertraute Personen versorgen den Bewohner.– Ansprache biografisch relevanter und wiedererkannter Aspekte vermitteln dem Bewohner Sicherheit.– Durch wiederkehrende Abläufe kann der Bewohner Vertrautes wiedererkennen, sich sicherer fühlen.– Berührung / im Arm halten vermittelt dem Bewohner Sicherheit.

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfnis: Vermitteln von Reizen

Die verschiedenen Sinne des Bewohners werden durch die Vermittlung von Reizen angeregt, er zeigt dabei Zeichen des Wohlbefindens oder der Aktivität. Der Bewohner kann für sich selbst nur in beschränktem Maß Reize erzeugen oder aktiv nach diesen verlangen.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner reagiert positiv auf äußere Reize.

Bewohner reagiert positiv auf äußere Reize: wirkt wacher, aktiver, teilnehmender, ist konzentriert, interessiert drückt Freude und Wohlbefinden aus (z.B. Augen bleiben geöffnet, aufmerksamer Blick, Lächeln, aktive Körperhaltung, wendet sich dem Geschehen zu). Beispiele für äußere Reize können sein:

- Umgebungsreize (z.B. anwesende Personen, Unterhaltungen anderer Personen, Musik, Gesang, Massage, Beschäftigungsangebote, Fotos, Bilder, lebendige Umgebung in Gemeinschaftsräumen).
- Direkte Ansprache (bei ausbleibender Ansprache wirkt Bewohner teilnahmslos, desinteressiert, gelangweilt).
- Biografisch relevante Aspekte (z.B. zur Familie oder Beruf, früherer Wohnort).
- Verschiedene Aktivitäten (z.B. Einzelbetreuung durch sozialen Dienst oder Bewegungsübungen in der Gruppe).

Bewohner setzt selbst Reize.

- Bewohner ergreift Gegenstände in erreichbarer Entfernung und ertastet diese ausführlich.
- Bewohner hantiert / arbeitet mit erreichbaren Gegenständen.
- Bewohner ist verbal aktiv, ruft, spricht, produziert Silben, Laute, Schreie.
- Bewohner stimuliert sich selbst durch Klopfen, Schlagen, Streichen, Kratzen des eigenen Körpers.

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Individuelle Vermittlung von positiv wahrgenommenen Reizen.

- Angebot verschiedener Gegenstände / Oberflächen / Materialien, die vom Bewohner berührt und ertastet werden können.
- Wiederholte Veränderung der Räumlichkeiten / Aufenthaltsorte bieten Abwechslung für den Bewohner.
- Angebot individueller Bewegungsmöglichkeiten für den Bewohner (z.B. Physiotherapie, Gruppenübungen).
- Anregung zur Körperwahrnehmung geben (z.B. durch Massagen, Lagerungsutensilien).

Vermittlung von sozialen Reizen.

- Angebot von Möglichkeiten zur Alltagsbeobachtung und Teilnahme am Gemeinschaftsleben.
- Ermöglichung von Kontakten mit anderen Bewohnern.
- Ritualisierte Ansprache bedeutender biografischer Themen.
- Fortführung tageszeitlicher oder jahreszeitlicher Rituale (z.B. Kaffee und Kuchen am Nachmittag, Tanz in den Mai, Sankt Martin, Karneval).

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfniskategorie: Kommunikation

Bedürfnis: Emotionen ausdrücken

Der Bewohner empfindet in verschiedenen Situationen eine Vielzahl von Emotionen, denen er Ausdruck verleihen will, er möchte sich mitteilen. Der Bewohner drückt seine aktuell vorliegenden positiv und negativ besetzten Emotionen verbal und mit verschiedenen ihm zur Verfügung stehenden nonverbalen Mitteln der Kommunikation aus.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner drückt aktuelle Emotion unmittelbar aus.

- Bewohner reagiert unmittelbar auf die vorliegende Situation und drückt seine Zustimmung oder Ablehnung aus.
- Bewohner reagiert wiederholt mit einer Emotion auf bestimmte Situationen (z.B. Freude bei Musik, Angst in bestimmten Situationen).
- Bewohner drückt Emotionen verbal aus (z.B. über einzelne Worte, Sätze, Sprichwörter).
- Bewohner drückt Emotionen nonverbal aus (z.B. über Mimik, Gestik, Körperhaltung, physische / vegetative Reaktionen).
- Bewohner drückt Emotionen über biografisch verankerte Worte / Sätze / Sprichwörter / Verhaltensweisen aus.

Bewohner drückt positive Emotionen aus.

- Bewohner drückt Wohlbefinden, Zufriedenheit, Entspannung aus (z.B. Mimik, Gestik, Körperhaltung, Pfeifen, Körperspannung, Mimik, Gestik).
- Bewohner drückt Freude aus (z.B. Lachen, Lächeln, Schmunzeln, Grinsen, Zuwenden, Tränen der Freude oder Rührung).
- Bewohner drückt Zuneigung / Sympathie zu anderen Personen aus (z.B. Zuwenden, Lächeln, Gesten, Berührungen, Umarmen, Wangenkuss, Winken).

Bewohner drückt negative Emotionen aus.

- Bewohner drückt unangenehme Empfindungen aus (z.B. Traurigkeit, Angst, Wut, Ärger, Ablehnung, Hilflosigkeit, Überforderung, Unsicherheit, Unbehagen, Aufregung, zurück gesetzt fühlen).
- Ausdruckszeichen können sein: körperliche Anspannung, Zittern, Zusammenzucken, Abwenden, hektische Bewegungen, nach Mitarbeiter greifen, Veränderung der Gesichtsfarbe, starrer Blick, Augen aufgerissen, Rufen, Schreien, Seufzen, Stöhnen, Weinen, Wimmern, zurückgezogen sein, still sein, Worte der Verzweiflung, Schimpfen, Hilferufe „ich kann nicht mehr“, flehende Gebete, Kontakt zu Mitarbeitern suchen, Veränderung der Atmung, Schwitzen, Würgen, Erbrechen.
- Bewohner wirkt erleichtert, nachdem er seinen Ärger zum Ausdruck gebracht hat (z.B. tiefes Durchatmen, nachlassende Körperspannung).
- Bewohner drückt mit negativen Emotionsäußerungen Schmerzen / körperliches Unbehagen aus.
- Vom Bewohner aktuell gezeigte Abneigungen gegenüber bestimmten Personen lassen sich teilweise auf (früher) im Leben relevante Personen oder Aspekte zurückführen (z.B. wird Mitarbeiterin für ein Familienmitglied gehalten, mit dem Bewohner zerstritten ist).

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner reagiert auf Emotionen anderer.

- Bewohner reagiert positiv auf verbale Emotionsäußerungen (z.B. Späße, Scherze, Neckereien) oder nonverbale Gesten (z.B. Lächeln, bestätigendes Kopfnicken) anderer Bewohner oder Mitarbeiter.
- Bewohner kommentiert / bewertet das Verhalten anderer Bewohner (z.B. negative Äußerungen als Reaktion auf laut schreiende Bewohner).

Bewohner kümmert sich um andere.

- Bewohner ist anderen Bewohnern behilflich (z.B. entfernt liegende Gegenstand anreichen, etwas schenken wollen, zum Essen auffordern, Hilfe herbei rufen).
- Bewohner fordert Mitarbeiter / Angehörige verbal auf, für einen anderen Bewohner etwas zu tun.
- Bewohner weist andere in ihrem Verhalten zurecht / gibt Anweisungen.
- Bewohner nimmt Anteil an anderen Bewohnern, die z.B. rufen, weinen (z.B. Hinwenden, teilnehmender Blickkontakt, beruhigende Geräusche).
- Bewohner reagiert fürsorglich auf Kinder, Babys, Plüschtier mit Kindchenschema.

Bewohner reagiert, wenn andere auf seine aktuelle Emotion eingehen.

- Bewohner reagiert positiv auf Verstärkung / Eingehen seiner positiven Emotion (z.B. Zeichen der Freude noch größer, Einstieg in Kommunikation).
- Bewohnern ist trauriger Stimmung / negativer Stimmung und reagiert positiv auf Verständnis / Spiegelung seiner Emotion (z.B. wird Bewohner ruhiger, hört auf zu weinen / zu rufen).
- Bewohner reagiert auf emotionalen Teil der Kommunikation (z.B. Stimmklang, Mimik, Gestik), während Inhalte nachrangig erscheinen.

Erschwernisse, Besonderheiten.

- Bewohnerverhalten / Grundstimmung kann jeden Tag variieren.
- Emotion des Bewohners kann nicht immer eindeutig zugeordnet werden, andere Bedürfnisse können die Ursache einer Emotionsäußerung sein (z.B. weint ein Bewohner nicht aus Traurigkeit, sondern weil er Schmerzen hat).
- Die aktuellen Emotionen des Bewohners können von biografisch bekannten Emotionen abweichen.
- Häufige Traurigkeit, Weinen (ohne unmittelbar erkennbaren Auslöser) können auf eine mögliche depressive Erkrankung hinweisen.

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

**Annahme und Wertschätzung des
Bewohners in der aktuellen Emotion.**

- Verbale und nonverbale Zuwendung, Anteilnahme, Spiegelung, Reflexion bei ängstlicher / negativer Emotion (z.B. Emotion bestätigend aufgreifen, spiegeln, tröstende oder verständnisvolle Worte, Blickkontakt, Berührungen wie Handhalten, Rückenstreichen, in den Arm nehmen).
- Annahme und Würdigung biografisch begründeter Emotion (z.B. Sorge um Versorgung der Kinder, Haushalt, Firma).
- Abklärung von starken negativen Emotionsäußerungen als Ausdruck von Schmerzen oder anderer Beschwerden.
- Annehmen, Zulassen und Erwidern von positiven und negativen Emotionen (z.B. Gesten der Zuneigung und Sympathie).
- Unterstützung des emotionalen Kommunikationsinhaltes (z.B. Mimik, Gestik, Stimmklang, Körperhaltung).

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfnis: Im Austausch / Kontakt mit anderen sein

Bewohner möchte je nach vorhandenen Vorlieben und Ressourcen in Kontakt mit anderen sein, in Interaktion mit anderen treten und sich austauschen.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner nimmt selbst Kontakt zu anderen Personen auf.

- Bewohner nimmt verbal (z.B. Ansprechen, Begrüßungsworte, Grüßen, Verabschieden, Fragen, Tuscheln) oder nonverbal (z.B. Anschauen, Zulächeln, Zuzwinkern, Hand zum Gruß heben, Zunicken, Zuprosten, Heran- und Zuwinken, Lächeln, Berühren, Greifen nach vorübergehenden Personen) Kontakt zu anderen Bewohnern oder Mitarbeitern auf.
- Bewohner tritt mit Mitarbeitern / anderen Bewohnern in Austausch mit Unterhaltungscharakter. Bewohner reagieren aufeinander mit passenden Gesten und Mimik, auch wenn die Worte häufig nur wenig zueinander passen (z.B. Smalltalk-Charakter, einzelne Worte, Sätze, biografisch relevante Sprichwörter, Gesten, Mimik).
- Bewohner sendet in Unterhaltung begleitend nonverbale und parasprachliche Signale und reagiert besonders auf nonverbale und parasprachliche Signale des Gegenübers (z.B. Blickkontakt, Lächeln, Berühren, Laute, Aufgreifen der Sprachmelodie).
- Bewohner kommentiert / bestätigt / maßregelt Verhaltensweisen anderer / gibt Anweisungen (z.B. mit Kopfschütteln, Nicken, Augen verdrehen, Zuwenden, Lächeln, einzelnen Worten, kurze Sätze).
- Bewohner wendet den Kopf spontan der Person neben sich zu.
- Bewohner bewegt sich auf Mitarbeiter oder Angehörige zu, nimmt Körperkontakt auf.

Bewohner reagiert positiv auf Kontaktaufnahme durch andere Personen.

- Bewohner reagiert positiv auf verbale (z.B. Begrüßung, Verabschiedung, humorvolle Ansprache, Scherze) oder nonverbale (z.B. Gestik, Mimik, Berührung) Ansprache (z.B. in Bezug auf verbale Erwiderung, Hinwenden zur ansprechenden Person, Blickkontakt, Gestik, Mimik, Körperhaltung, Körperspannung, Bewohner wirkt wach und aktiv).
- Bewohner reagiert positiv auf den Aufenthalt in Gruppenräumen oder auf die Gemeinschaft mit anderen Bewohnern und Mitarbeitern (z.B. in Bezug auf Gestik, Mimik, Körperspannung).
- Ansonsten wenig teilnehmender Bewohner reagiert freudig auf die Ansprache durch Mitarbeiter.
- Bewohner reagiert erfreut auf lobende Worte der Mitarbeiter (z.B. Lächeln nach Hinweis auf den „sehr schönen Seidenschal“).
- Bewohner reagiert auf nonverbal vermittelte Emotion der Kommunikation (z.B. über Gesten, Mimik, Körperhaltung, Stimmklang).
- Bewohner reagiert erfreut auf die Anwesenheit / den Besuch von Angehörigen oder Mitarbeitern.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner reagiert positiv auf das Ansprechen seines PersonSeins / seiner Identität.

- Bewohner reagiert positiv auf das Ansprechen mit seinen Namen / auf eine ritualisierte Ansprache seiner Person (z.B. „Ah, da ist ja der Herr E. aus Köln.“).
- Bewohner reagiert positiv auf das Ansprechen für ihn relevanter biografischer Themen (z.B. Familie, Beruf oder Hobby).
- Bewohner führt biografisch relevante Verhaltensweisen fort (z.B. in Gesellschaft nicht laut lachen oder sprechen).
- Bewohner führt biografisch relevante Rolle im Kontakt mit verbalen und nonverbalen Kommunikationsmitteln fort (z.B. fürsorgliche Mutter, Hausfrau, Familienvorstand, beruflich Verantwortlicher).

Kommunikation über Berührung.

- Bewohner kann durch Berührungen seine aktuelle Emotion ausdrücken (z.B. jemanden „Anstupsen“ bei Freude, sich an jemanden festhalten / festklammern bei Angst).
- Bewohner kann leichter bewegt oder im Bett gedreht werden, wenn neben ankündigenden Worten vorbereitende Berührungen / Streichungen an Arm, Hüfte oder Beinen.
- Bewohner nimmt Speisen und Getränke nach vorbereitenden Berührungen im Gesicht / der Kau- und Schluckmuskulatur besser an.
- Bewohner wird bei festen / langsamen / kontinuierlichen Berührungen ruhiger (z.B. in Bezug auf eine entspannte Körperhaltung, Schreie und Rufe werden unterlassen).

Erschwernisse und Besonderheiten.

- Bewohner ist in der verbalen und nonverbalen Ausdrucksweise stark eingeschränkt (z.B. wenige verbliebende Worte, unzusammenhängende Worte / Sätze, wenig erkennbare Ausdruckszeichen in Gestik und Mimik).
- Bewohner ist im Sprachverständnis stark eingeschränkt, kann aber emotionale Inhalte der Kommunikation verstehen und darauf reagieren.
- Bewohner hat ein eingeschränktes Hör- und Sehvermögen.
- Bewohner kann durch seine Einschränkungen nur schwer selbst Kontakt zu anderen Bewohnern aufnehmen, oder erfährt kaum Rückmeldung von diesen.
- Bewohner wendet sich bei Schwierigkeiten in der Kommunikation rasch ab.
- Bewohner hat einen hohen Bedarf an Ruhe, Kontakte mit anderen Bewohnern gestalten sich schwierig.
- Bewohner scheint sich in der „eigenen Welt“ zu befinden, eine Kontaktaufnahme ist erschwert.

**Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:
Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?**

Angebote zur Kommunikation und Kontaktaufnahme vermitteln.

- Ermöglichen, regelmäßigen Kontakt zu anderen aufzunehmen (z.B. in Gemeinschaftsräumen, gemeinsamen Mahlzeiten und Aktivitäten).
- Ausreichend Zeit geben auf eine Ansprache / Frage zu reagieren.
- Regelmäßige Ansprache des Bewohners (verbal mit einfachen, kurzen Sätzen / Namensansprache; nonverbal durch Berührung, Gesten).
- Ansprache nach immer wiederkehrenden / ritualisierten Mustern (z.B. persönliche Begrüßung und Verabschiedung, Ansprechen mit Namen, Winken).
- Einbezug des Bewohners in das Geschehen mit Ja-/ Nein-Fragen.
- Wertschätzende Kommunikation (z.B. durch Loben).

Erwidern der Kontaktaufnahme des Bewohners auf verschiedenen Ebenen.

- Reaktionen auf die unterschiedlichen Formen der Kontaktaufnahme des Bewohners zeigen (z.B. Blickkontakt, Lächeln, Begrüßungsworte und Gesten).
- Eingehen auf emotionalen Gehalt der Kommunikation (z.B. Emotionen wie Traurigkeit oder Freude spiegeln).

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfniskategorie: Zuwendung

Bedürfnis: Angesprochen / wahrgenommen / verstanden werden

Bewohner möchte in seiner aktuellen Gefühlslage und seiner angenommen und respektiert werden und erfährt entsprechende Reaktion der Versorgenden, die Mittel der Kommunikation und Zuwendung kann er einordnen und sind für ihn passend.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner reagiert positiv auf die Ansprache seiner Person und aktuellen Lage.

- Bewohner reagiert positiv (z.B. Hinwenden zum Gegenüber, Blickkontakt, Lächeln, Beruhigung) auf eine persönliche Ansprache (z.B. Begrüßung oder Verabschiedung mit Vor- und / oder Nachnamen, Kosenamen, Du / Sie), erwidert unter Umständen die Begrüßung.
- Bewohner wirkt wach, aktiviert, teilnehmend bei Ansprache durch Mitarbeiter, nimmt unter Umständen an weiteren Aktivitäten teil (z.B. Singen, Bewegung, Essen, Körperpflege).
- Bewohner reagiert positiv auf Gesten der Kontaktaufnahme (z.B. Blickkontakt, Winken, begrüßendes „Anstoßen“, Namensansprache).
- Ansonsten wenig teilnehmend wirkender Bewohner reagiert freudig auf die Ansprache durch Mitarbeiter und wirkt aktiviert.
- Bewohnern reagiert positiv auf die Anteilnahme sowohl an negativen (z.B. traurige Stimmung, Weinen) als auch positiven (z.B. freudige, ausgelassene Stimmung) Emotion durch andere (z.B. tröstende oder verständnisvolle Worte, Blickkontakt, und Berührungen wie Handhalten, Rückenstreichen, in den Arm nehmen).

Bewohner reagiert positiv auf eine bestimmte Art der Ansprache oder durch eine bestimmte Person.

- Bewohner reagiert eher auf Ansprache mit Vornamen, Kosenamen, Anrede mit „du“ statt Ansprache mit Nachnamen oder „Sie“.
- Bewohner reagiert auf für ihn relevante Themen (z.B. früherer Wohnort, Familie, Beruf, Hobby, einschneidende Erlebnisse) in kurzen Sätzen oder Sprichworten positiv (z.B. Zuwenden zum Gegenüber, Nicken, Blickkontakt, Lächeln, Beruhigen, verbal zustimmen).
- Bewohner lässt sich über Ansprache von persönlich relevanten Themen aus negativen Emotionen ableiten (z.B. lässt sich trösten, ist weniger ängstlich, beruhigt sich bei motorischer oder psychischer Anspannung).
- Bewohner reagiert auf ein bestimmtes Sprichwort / eine bestimmte Redewendung.
- Bewohner reagiert positiv auf scherzende, neckende Ansprache.
- Bewohner reagiert besonderes positiv auf die Ansprache durch bestimmte Personen (Mitarbeiter oder Angehörige).
- Bewohner reagiert positiv auf die „volle Aufmerksamkeit“ (z.B. Zusammensein mit nur einem Mitarbeiter oder Angehörigen).
- Bewohner isst und trinkt reichlicher bei vermehrter Ansprache (z.B. Lächeln, aufmunternde Wort, Ansprechen des Namens) während der Mahlzeiten.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner fordert Zuwendung ein.

- Bewohner sucht die Nähe von Mitarbeitern (z.B. Ansprechen oder Festhalten von Mitarbeiter, um Hilfe bitten).
- Bewohner zeigt negative Emotionen (z.B. in Bezug auf Gestik und Mimik), wenn Angehörige sich einem anderen Bewohner zuwenden.
- Bewohner stimuliert sich selbst durch Berührung (z.B. Schlagen, Kratzen).

Besonderheiten, Erschwernisse.

- Bewohner ist eingeschränkt in seiner verbalen und nonverbalen Kommunikation.
- Über den Bewohner sind kaum biografische Aspekte bekannt, über die er angesprochen werden kann.
- Bewohner zeigt nur wenige oder überhaupt keine Reaktionen auf verbale oder nonverbale Kommunikation durch andere.
- Bewohner wendet sich rasch ab bei nicht adäquat erwideter Kommunikation (fühlt sich nicht verstanden).
- Bewohner reagiert negativ auf bestimmte Mitarbeiter oder Personen des anderen Geschlechts.
- Bewohner reagiert aus unterschiedlichen Gründen (z.B. bei lauten Umgebungsgeräuschen oder unter Zeitdruck stehende / gestresst wirkende Mitarbeitern) negativ / nicht in gewohnter Weise auf die Ansprache durch andere.

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Individuelle Ansprache des Bewohners über passende Kommunikationswege – Person ansprechen, Zuwendung vermitteln.

- Persönliche Ansprache mit verschiedenen verbalen und nonverbalen Kommunikationsmitteln, die sich gegenseitig ergänzen (z.B. Blickkontakt, Berührung, Gesten, Mimik, Lächeln mit weiterer verbaler Ansprache).
- Identifikation und Einbindung biografisch relevanter Themen (z.B. Familie, Arbeit, Hobby, Wohnort) als „Türöffner“ in die Ansprache des Bewohners (z.B. durch ritualisierende / validierende Sätze).
- Vertraute / ritualisierte Ansprache des Bewohners.
- Volle Hinwendung und Konzentration auf den Bewohner (z.B. bei Pflegehandlungen oder Beschäftigungsangeboten), Sicherstellung einer kontinuierlichen Bezugsperson.
- Wertschätzende Ansprache biografisch relevanter Themen (z.B. fleißige, fürsorgliche Mutter, fleißiger Arbeiter).
- Loben, Ansprechen von aktuellen Besonderheiten wie Schal, Kleidung, Frisur, Nagellack.
- Eingehen auf aktuell vorliegende Emotion: Bewohner erfährt verbale und nonverbale Zuwendung auch in emotional unbelasteten Situationen, bei positiver Grundstimmung (z.B. liebevolle Gesten, die Nähe, Sicherheit, Geborgenheit vermitteln: Stimmklang, Berührungen, Wange streichen, Haarsträhne zurück streichen, in den Arm nehmen).

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfnis: Andere berühren / berührt werden

Bewohner möchte in verschiedenen sozialen Situationen andere berühren. Der Bewohner reagiert in positiver Weise auf die Berührung durch andere

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner reagiert positiv auf Berührung.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner zeigt positive Reaktionen auf Berührungen / Körperkontakt unterschiedlicher Art (z.B. Hand halten, Wange Streichen, in den Arm nehmen, Rücken streichen).– Bewohner zeigt positive Reaktionen bei Berührung durch vertraute Personen (z.B. Lächeln, Entspannung, Laute und Schreie nehmen ab).– Bewohner beruhigt sich bei verbaler Ansprache verbunden mit beschützender, tröstender Berührung (z.B. Handhalten, Festhalten).– Bewohner zeigt positive Reaktionen (z.B. Entspannung, Lächeln, Fröhlichkeit) auf unterschiedliche mit Berührung verbundene Aktivitäten (z.B. Maniküre, Handmassage, Frisörbesuch).– Bewohner entspannt sich (z.B. in Bezug auf eine weniger verkrampte Haltung, verminderte Spastik der Extremitäten) als Reaktion auf eine gezielte Berührung (z.B. Massage, Ausstreichen).
Bewohner drückt durch Berührung Emotionen aus, möchte andere berühren.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner drückt mit Berührungen Zuneigung aus (z.B. umarmt, herzt, küsst auf die Wange streichelt andere).– Bewohner ergreift die angebotene Hand oder greift nach vorübergehenden Personen.– Bewohner lässt Mitarbeiter oder Angehörige nicht los (z.B. bei der Umarmung oder Halten der Hand).– Bewohner streichelt und beobachtet gerne Tiere.– Bewohner wirkt ruhiger und entspannter, wenn er etwas in den Händen oder Armen halten kann (z.B. Puppen oder Plüschtiere).
Besonderheiten, Erschwernisse.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner zeigt Abwehrreaktionen bei Berührungen allgemein (z.B. während der Nahrungsaufnahme oder bei der Körperpflege) oder bei Berührungen einzelner Körperpartien (z.B. Intimbereich, Kopf oder Füße).– Bei Berührungen durch einzelne vertraute Mitarbeiter oder Angehörige sind keine Abwehrreaktionen zu beobachten.– Bewohner reagiert im Gegensatz zu biografisch bekanntem Verhalten aktuell positiv auf Berührungen.

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Ermöglichung von Berührung im Alltag.

- Bewohner kann andere Personen berühren (z.B. Mitarbeiter zur Begrüßung oder während der Körperpflege, andere Bewohner im Gemeinschaftsraum).
- Bereitstellung von unterschiedlichen Berührungsangeboten (z.B. Massagen, Streichungen, Hand- und Fußpflege).

Berührung als Kommunikation.

- Über Berührungen kann viel vom aktuellen Zustand des Bewohner erspürt werden (z.B. Körperspannung, Bewegungen, Kraft, Körpertemperatur).
- Beruhigung des Bewohners durch Berührung (z.B. bei Unruhe oder Angst).
- Ritualisierte Berührungen für wiederkehrende Handlungen (z.B. Begrüßung, Verabschiedung, Beginn einer Mahlzeit oder Körperpflege).
- Berührung begleitend zur verbalen Kommunikation (z.B. zur Begrüßungen oder Handlungsanleitung).

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfniskategorie: Teilhaben

Bedürfnis: Alltag und Gemeinschaft erleben

In Bewohner möchte am Alltagsgeschehen teilhaben und mit anderen zusammen sein.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner zeigt Interesse an seiner Umgebung, reagiert positiv auf Alltagssituationen.

- Bewohner reagiert positiv (z.B. wirkt interessiert, aufmerksam, wach, positiv gestimmt, entspannt) auf Beobachtung anderer bei Alltagsaktivitäten (z.B. viele Personen im Raum, Kinder, Tiere, Geräusche, Bewegung).
- Bewohner zeigt Interesse (z.B. wendet sich der Situation aufmerksam zu, beobachtet, zeigt Freude durch Lächeln) an der Zubereitung und Verarbeitung von Speisen.
- Bewohner reagiert positiv auf verschiedene Eindrücke bei Spaziergängen / Spazierfahrten (z.B. bezüglich Hinwenden, Aufmerksamkeit, Wachheit, einzelnen kommentierenden Worten).
- Bewohner wirkt positiv gestimmt / entspannt bei vertrauten Gewohnheiten, Ritualen (z.B. Friseurbesuch, Gottesdienstbesuch).
- Bewohner zeigt beispielsweise bei Festen / Aktionen ungeahnte Ressourcen (z.B. Bewegung, wenig Müdigkeit).
- Bewohner reagiert positiv / mit Aufmerksamkeit auf verschiedene Aktivitäten (Singen, Teilnahme an Festen).

Bewohner reagiert positiv auf das Zusammensein mit anderen Bewohnern.

- Bewohner wirkt in Gemeinschaft / in geschäftiger Umgebung positiv gestimmt / wacher / aktiver (z.B. in Bezug auf eine entspannte Körperhaltung, Lächeln).
- Bewohner zeigt besondere Sympathie für einzelne Bewohner oder Mitarbeiter (z.B. möchten im Gemeinschaftsraum zusammen sitzen, Anlächeln, Umarmen).
- Bewohner reagieren verbal und nonverbal aufeinander (z.B. durch Unterhaltung / Smalltalk, Zunicken, Berührung).
- Bewohner isst und trinkt in Gemeinschaft reichlicher und wirkt dabei entspannt.

Besonderheiten, Erschwernisse.

- Bewohner benötigt viel Ruhe und Rückzugsmöglichkeiten, die einen Aufenthalt in Gemeinschaft zeitlich begrenzen. Mögliche Ursachen können sein:
- Bewohner hat eine kurze Aufmerksamkeitsspanne (z.B. wirkt schnell überfordert, abwesend, müde, schläft ein).
 - Bewohner wird unter vielen Menschen schnell unruhig (z.B. in Bezug auf eine erhöhte Körperspannung, hin- und her rutschen auf dem Platz, Laute und Schreie).
 - Bewohner ist durch akute Erkrankung im Aufenthalt in Gemeinschaftsräumen eingeschränkt (z.B. durch Fieber, allgemeine Schwäche).
 - Bewohner zeigt aus der Biografie bekannte Charaktereigenschaften (z.B. schon immer gern unter Menschen gewesen oder Einzelgänger).
 - Bewohner erhält auf sein Verhalten (z.B. Bewegung, Lautstärke seiner Äußerungen) unter Umständen von anderen Bewohnern mit leichterem Demenz Zurechtweisungen.

**Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:
Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?**

**Gemeinschaft mit anderen
Bewohnern ermöglichen.**

- Regelmäßige Kontakte der Bewohner untereinander ermöglichen (z.B. Aufenthalt in Gemeinschaftsräumen / Räumen mit einer beschränkten / kontinuierlichen Bewohneranzahl; Bewohner zusammensetzen, die sich gut verstehen).
- Bewegung im Raum ermöglichen / unterstützen. Bewohner kann so mit anderen in Kontakt treten.
- Kontakte auch für immobile Bewohner ermöglichen, die im Bett oder mit anderen Hilfsmitteln (z.B. Liegerollstuhl, Gerontostuhl) Zeit in Gemeinschaftsräumen verbringen können.
- Anpassung von Gemeinschaftsaktivitäten an die Ressourcen und die Stimmung der Bewohner (z.B. gemeinsames Singen, jahreszeitlich passende Musik hören).

**Beobachtung der Umwelt und von
alltäglichen Situationen ermöglichen.**

- Akustisches und visuelles Wahrnehmen von Haushaltsaktivitäten / Alltagssituationen ermöglichen (z.B. Speisen auf dem Wohnbereich zubereiten, so dass Aktivitäten in der Küche vom Bewohner beobachtet / gehört / gerochen werden können).
- Beobachtung von Alltag und Umwelt außerhalb der Einrichtung ermöglichen (z.B. kann der Bewohner durch Fenster nach draußen / in den Garten schauen, Spaziergänge / Ausflüge nach individueller Möglichkeit, Aufenthalt im Freien / Garten).
- Aufenthalt in verschiedenen Räumlichkeiten im Tagesverlauf ermöglichen.

Anpassung der Raumgestaltung.

- Ausreichend Platz in den Gemeinschaftsräumen ermöglichen (z.B. für Pflegebetten, Liegerollstühle, große Sessel).
- Angebot von überschaubaren, abgegrenzten Gemeinschaftsräumen (z.B. Pflegeoasen, Tagesoasen, spezielle Wohnbereiche für Menschen mit schwerer Demenz).
- Anpassung der baulichen Gestaltung (z.B. „Beobachtungsposten“ und tiefe Fenster, um nach draußen oder in den Wohnbereich schauen zu können; einsehbare Küchenbereiche).
- Behindertengerechter Zugang zum Außengelände / Garten.
- Gestaltung des Wohnbereichs (z.B. mit regional typischen Gegenständen / Bildern / Farben, jahreszeitliche Gestaltung der Räumlichkeiten).

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfnis: Sich beschäftigen / aktiv sein

Bewohner ist im Rahmen seiner Möglichkeiten aktiv, führt selbst eine Aktivität aus, die für ihn sinnhaft erscheint.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner startet selbst eine Beschäftigung, möchte etwas Sinnhaftes tun.

- Bewohner ist sehr oft symptomatisch oder biographisch geprägt mit den Händen aktiv (z.B. Nesteln, Befühlen, Reiben, Entlangstreichen, Nachzeichnen, Klopfen auf den Tisch).
- Bewohner erkundet die eigene Kleidung mit den Händen (z.B. Tücher oder Saum werden ertastet und betrachtet, Knöpfe gedreht).
- Bewohner erkundet verschiedene Gegenstände und Materialien mit den Händen (z.B. Tischdecke, Serviette, Plüschtier betrachten und ertasten, Holzmaserungen nachzeichnen, an Kanten von Gegenständen entlang streichen, klopfen auf Möbel).
- Bewohner betrachtet Fotos aus der Vergangenheit oder Bilder, befühlt, betastet und kommentiert diese.
- Bewohner betrachtet und blättert in Zeitschriften / Büchern.
- Bewohner ordnet, sortiert, stapelt, zerreißt, faltet erreichbare Gegenstände (z.B. Tischdekoration, Serviette, Papier, kleine Gegenstände).
- Bewohner führt arbeitende Bewegungen mit Alltags- oder Haushaltsgegenständen und Werkzeugen aus.
- Bewohner führt arbeitende Bewegungen mit imaginären Gegenständen durch (z.B. Nähen, Waschen, Falten Schrauben).
- Durchgeführte Tätigkeiten entsprechen biografisch bekannten Werten und Tätigkeiten des Bewohners (z.B. Ordnung schaffen, fleißig sein, immer aktiv sein, gut arbeiten wollen).
- Bewohner kleidet Puppe an und aus, herzt sie, hält und wiegt sie im Arm (Reaktion auf Kindchenschema).
- Bewohner scheint zum Teil unkonventionell anmutende Tätigkeiten zu bevorzugen (z.B. Papier / Bücher zerreißen, Dinge sortieren, „mit dem Essen spielen“).

Bewohner ist positiv gestimmt während einer Beschäftigung.

- Bewohner wirkt positiv gestimmt während der Tätigkeit (z.B. in Bezug auf Mimik, Gestik, Körperspannung, Aufmerksamkeit, Laute, Worte, Pfeifen).
- Bewohner scheint während einer Beschäftigung zufrieden zu sein in seiner eigenen Welt (z.B. wirkt Bewohner konzentriert, wach, vertieft, bei der Sache, ernsthaft, ausgeglichen oder guter Stimmung).
- Bewohner zeigt während und nach Beschäftigungen weniger herausfordernde Verhaltensweisen (z.B. Rufen, Schreien, Lautieren, sich selbst schlagen und Unruhe lassen nach).
- Bewohner schläft besser bei passender und ausreichender Beschäftigung im Tagesverlauf.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Besonderheiten, Erschwernisse.

- Bewohner zeigt eine geringe Konzentrations- / Aufmerksamkeitsspanne (z.B. Beendigung der Tätigkeit schon nach kurzer Zeit, Bewohner wirkt erschöpft / müde).
- Bewohner scheint sich zu langweilen, wirkt teilnahmslos, desinteressiert (z.B. reagiert nicht auf ein Beschäftigungsangebot, schläft ein).
- Bewohner wirkt durch die Tätigkeit überfordert (z.B. wirkt angespannt, hektischer / hilfeschender Blick, wendet sich ab).
- Andere Bewohner können von der Tätigkeit des Bewohners beeinträchtigt sein (z.B. durch Geräusche) und dies dem Bewohner vermitteln (z.B. durch Schreie, Rufe).
- Bewohner übernimmt Verhaltensweisen von anderen Bewohnern (z.B. Klopfen auf den Tisch).

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Vermittlung von Beschäftigungsangeboten.

Angebot von begleiteten Einzel- und Gemeinschaftsaktivitäten nach individuellen Vorlieben und Möglichkeiten:

- Gemeinsames Singen oder Musizieren (z.B. Volkslieder, Karnevalslieder, regionale Musik).
- Bewegungsangebote (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Bewegungsspiele in Gemeinschaft).
- Einbeziehen in Haushaltsaktivitäten (z.B. Tisch decken, Besteck in Schublade sortieren).
- Kreative Angebote (z.B. Basteln, Malen, Magnet- oder Pinnwand).
- Alte Fotos / Postkarten / Bücher betrachten.
- Puppen und Stofftiere.
- Haushalts- und Arbeitsgegenständen (z.B. Tücher, Wäsche, Werkzeug).
- Gestaltung persönlicher Kisten mit Fotos, kleinen Gegenständen zum sinnlichen Erfahren.

Anpassung von Angeboten unter Beachtung der Ressourcen des Bewohners.

- Leichte Erreichbarkeit oft genutzter und bevorzugter Gegenstände gewährleisten (z.B. auf dem Tisch des Bewohners).
- Eingehen auf das aktuelle Befinden des Bewohners durch Anpassung der Beschäftigung (z.B. anregend / aktivierend bei Müdigkeit oder beruhigend bei Zeichen der Unruhe).
- Akzeptanz von zum Teil ungewöhnlichen Aktivitäten (z.B. Tücher auf dem Tisch ausbreiten, Bücher zerreißen, „mit dem Essen spielen“).

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfniskategorie: Vertrautheit und Sicherheit

Bedürfnis: Vertrautheit

Regelmäßig wiederkehrenden Personen und Handlungen vermitteln dem Bewohner Vertrautheit, Zeichen des Wohlbefindens und verminderte abweisende Reaktionen sind dabei beobachtbar.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner reagiert positiv bei vertrauten Personen oder Situationen.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner reagiert positiv auf bekannte Personen (z.B. bezüglich Blickkontakt, Anlächeln, Zuwenden, Körperspannung).– Bewohner wirkt ruhiger bei gleichbleibenden, bekannten Abläufen / Räumlichkeiten (z.B. in Bezug auf Beruhigung, Körperspannung, Schreie, Laute).– Bewohner lässt Pflegehandlungen nur von bestimmten Personen zu.– Bewohner reagiert positiv auf durch typische Berufskleidung erkennbare Personen (z.B. Priester, Arzt), Personen des anderen Geschlechts, junge Menschen.
Bewohner reagiert negativ / zurückhaltend bei unbekanntem Personen oder unvertrauten Situationen.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner verhält sich bei Anwesenheit fremder Personen anders als gewohnt (z.B. in Bezug auf Blickkontakt, Mimik, Gestik, Körperspannung, Abwenden, verbale Kommunikation).– Bewohner reagiert mit Angst auf Personen des anderen Geschlechts (z.B. Anspannung, zurückhaltendes Beobachten, Wegdrehen).– Bewohner scheint von der aktuellen Situation überfordert (weiß sie nicht einzuordnen) und reagiert ängstlich / zurückhaltend / verwirrt (z.B. angespannte Mimik, Wegdrehen, hohe Körperspannung).– Bewohner reagiert negativ (z.B. zeigt Angst und Unbehagen, Anspannung, Abwehrhaltung, Schreie, Laute, verzerrte Mimik) auf ungewöhnliche Vorkommnisse (z.B. veränderter Tagesablauf, unbekannte Orte bei Ausflügen / Feiern).
Bewohner reagiert positiv auf biografisch relevante Lebensthemen.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner reagiert positiv (z.B. wirkt wach, konzentriert, interessiert) auf verbale bzw. nonverbale Ansprache persönlich relevanter Lebensthemen (z.B. Ansprache und Fotos der Berufs- oder Familienbiografie).– Bewohner kann aus negativer Emotion, wie z.B. Weinen, Unruhe, Unwohlsein über die Ansprache positiv besetzter biografischer Aspekte (z.B. Familie, Hobby, Werte) herausgeleitet werden.

**Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:
Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?**

Kontinuität schaffen.

- Ein möglichst gleichbleibender Personenkreis (Angehörige, Mitarbeiter) hat kontinuierlich Kontakt zum Bewohner.
- Angehörige können regelmäßig mit dem Bewohner zusammen sein.
- Die betreuenden Mitarbeiter und Bewohner haben Gelegenheit sich über einen längeren Zeitraum kennen zu lernen.
- Strukturierung des Tagesablaufs erleichtert dem Bewohner das Wiedererkennen bestimmter Abläufe.

**Vertrautheit über biografische
Kontinuität.**

- Wiederkehrende (ritualisierte) Ansprache des Bewohners (z.B. Vor- und / oder Nachnamen, Du / Sie).
- Wiederkehrende (ritualisierte) Ansprache von relevanten Lebensthemen (z.B. Familie, Beruf, Hobby).
- Einrichtung des Bewohnerzimmers mit persönlichen Gegenständen (z.B. Fotos, Möbeln).
- Gestaltung von „Biografiekästen“ mit biografisch relevanten Inhalten (z.B. Fotos / persönliche Gegenstände) am Eingang des Bewohnerzimmers zur besseren Orientierung und Wiedererkennung der eigenen Person.

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfnis: Abwesenheit von Angst / sich nicht bedroht fühlen

Bewohner möchte sich sicher fühlen, keine Angst verspüren, sich nicht durch physische Gefahren bedroht fühlen.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner drückt Angst aus.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner zeigt seine Angst verbal (z.B. durch Hilferufe, Rufe, einzelne Worte, Schreie, Laute, Weinen, Wimmern).– Bewohner zeigt seine Angst nonverbal (z.B. durch erhöhte Körperspannung, beschleunigte oder laute Atmung, Übelkeit, Erbrechen, Festhalten / Festklammern am Bett oder Mitarbeiter).– Bewohner zeigt seine Angst durch Abwehrreaktionen (z.B. durch Wegschieben oder Zurückweichen von Mitarbeitern, Wegschlagen mit den Händen).– Bewohner zeigt seine Angst durch motorische Unruhe (z.B. in Bezug auf Körperspannung, Bewegungen im Sitzen, Aufstehversuche, Versuche den Raum zu verlassen).
Bewohner zeigt unterschiedliche Ursachen für Angst.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner zeigt Angst vor physischer Gefährdung (z.B. vor Stürzen bei der Mobilisierung vom Bett in den Rollstuhl, Drehungen / Bewegungen während der Körperpflege, plötzlichen ruckartigen Bewegungen durch andere, fehlenden Bodenkontakt der Füße).– Bewohner zeigt Angst während unterschiedlicher Handlungen der Körperpflege.– Bewohner zeigt vermehrt Angst nach kürzlich erlebten Stürzen.– Bewohner zeigt Ängste beim Verlassen des Gebäudes.– Bewohner reagiert ängstlich / panisch bei Verschlucken und möchte unter Umständen einige Zeit danach kaum Nahrung zu sich nehmen.– Bewohner zeigt Angst / Unsicherheit aufgrund von Orientierungslosigkeit im Raum / Gebäude (z.B. Tür, Zimmer nicht finden können).– Bewohner zeigt Angst / erschreckt sich bei lauten Geräuschen, unvorbereiteten Berührungen, plötzlichem Herantreten von anderen Personen.– Bewohner zeigt Angst vor Dunkelheit in der Nacht.– Bewohner zeigt Angst vor dem Alleinsein, sucht immer wieder den Kontakt zu anderen Bewohnern oder Mitarbeitern (z.B. Blickkontakt, rufen nach Mitarbeitern oder anderen biografisch relevanten Personen).– Bewohner zeigt Angst bei Personen des anderen Geschlechts.
Besonderheiten, Erschwernisse.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner lässt sich nur sehr schwer aus seiner Angst leiten, baut nur langsam Vertrauen zu einzelnen Mitarbeitern auf.– Bewohner ist sehr verängstigt nach Krankenhausaufenthalt.– Bewohner kann verbale Aufforderungen nur schwer umsetzen, was seine Unsicherheit erhöht.– Hinter einer Angst bei Bewegung können Schmerzen oder die Angst vor Schmerzen stehen.

**Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:
Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?**

Vermittlung von Sicherheit.

- Verbale und nonverbale Reaktion / Zuwendung bei Zeichen der Angst (z.B. beruhigende Worte, in den Arm nehmen).
- Beruhigung durch Berührung (z.B. Massagen, Streichungen).
- Verbale und nonverbale Handlungsankündigung und Anleitung von Bewegungen.
- Förderung der Körperwahrnehmung (z.B. durch Lagerungskissen, Berührung, Ausstreichen, kontinuierlichen Körperkontakt bei der Körperpflege oder Mobilisation).
- Anpassung der Geschwindigkeit während der Versorgung (z.B. behutsame und langsame Bewegung, wiederholte Pausen bei Erschöpfung, starker Anspannung / Unwohlsein).
- Gelegenheit geben, die Umgebung vor der Bewegung wahrnehmen / einschätzen zu können (z.B. Bewohner vor einem Positionswechsel die Bettkante ertasten zulassen).
- Ermöglichung von Kontinuität in Bezug auf möglichst gleichbleibende Handlungsabläufe (z.B. bei der Körperpflege oder Lagerung).
- Ermöglichung von Kontinuität in Bezug auf versorgende Mitarbeiter (z.B. führen wenn möglich die Mitarbeiter Handlungen der Körperpflege aus, bei denen der Bewohner keine Zeichen der Angst ausdrückt).
- Ermöglichung von Kontinuität im Tagesablauf (z.B. möglichst gleich strukturierter Tagesablauf für besonders sensible / ängstliche Bewohner).

Minimierung des Sturzrisikos.

- Minimierung von baulichen und räumlichen Sturzrisikofaktoren (z.B. ‚Stolperfallen‘ wie feuchte oder rutschige Böden, rutschhemmende Bodenbeläge, Handlauf, feststehende oder frei bewegliche Rollstühle, angepasste Lichtverhältnisse, Anwesenheit von Mitarbeitern).
- Anpassung der Gebäudesicherung (z.B. elektronisches Sicherheitssystem, nicht als solche zu erkennende Eingangstüren, gesicherte Treppenhäuser).
- Anpassung der unmittelbaren Bewohnerumgebung (z.B. bezüglich der Hilfsmittel, evtl. Hüftschutzprotektoren, passendes Schuhwerk, Bodenbett, Haltegriffe).
- Überprüfung der Medikation auf bewegungseinschränkende Nebenwirkungen.

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfniskategorie: Selbstbestimmung

Bedürfnis: Eigenen Willen ausdrücken

Bewohner drückt seinen aktuellen Willen (Zustimmung oder Ablehnung) mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln aus und kann so Einfluss auf die aktuelle Situation / Gegebenheit nehmen.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner drückt seine Zustimmung / positive Emotionen aus.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner zeigt seine Zustimmung / Wohlbefinden verbal (z.B. „Ja“, „Mmmh“, „schmeckt lecker“).– Bewohner zeigt seine Zustimmung / Wohlbefinden nonverbal (z.B. Lächeln, Kopfnicken, Mund wird zur Nahrungsaufnahme geöffnet, entspannte Körperhaltung, Blickkontakt, Zuwenden zum Geschehen, Unterstützung der Handlung, Zuwinken, Augen sind weit geöffnet / Bewohner wirkt interessiert).
Bewohner drückt seine Ablehnung / negative Emotionen aus.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner zeigt seine Ablehnung / Unwohlsein verbal (z.B. Schreie, Laute, verbale Äußerungen „Nein“).– Bewohner zeigt seine Ablehnung / Unwohlsein nonverbal (z.B. Mund wird nicht geöffnet bei angereicherten Speisen oder Medikamenten, Augen werden geschlossen, Gesichtsausdruck ist verkrampft, Kopfschütteln, Kopf wird weggedreht, hohe Körperspannung, Arm des Mitarbeiters wird weggeschoben, Schlagen, Treten).
Bewohner drückt auf Nachfrage seinen aktuellen Willen (Zustimmung / Ablehnung) aus.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner antwortet auf Ja-Nein Fragen (z.B. verbal: „Ja“, „Nein“, „Mmmh“; nonverbal: Kopfschütteln, Kopfnicken).– Bewohner drückt Zustimmung / Ablehnung aus / zeigt zustimmendes / abweisendes Verhalten (siehe Ausdruckszeichen oben).
Bewohner nimmt durch Willensäußerungen (Zustimmung / Ablehnung) Einfluss auf die Situation.	<ul style="list-style-type: none">– Bewohner lässt Pflegehandlungen nur in einem für ihn angenehmen Tempo oder ihm angenehmen Zeitpunkt zu.– Bewohner lässt einzelne Handlungen nur von bestimmten Personen zu (z.B. Angehörige, bestimmte oder zeitlich wechselnde Mitarbeiter).– Bewohner zeigt bei bestimmten Handlungen (z.B. Bartpflege oder Kopfberührungen) eine so starke Abwehrreaktion, dass diese durch Mitarbeiter nicht durchgeführt werden können.– Bewohner drückt Missempfindung / Unwohlsein / Wohlbefinden in bestimmten Situationen aus (z.B. bei Lautstärke im Gemeinschaftsraum, bei bestimmten Geräuschen, lebhafte Betriebsamkeit im Raum).– Bewohner zeigt Reaktionen auf fremdinitiierte Handlungen (z.B. bei der Körperpflege oder Nahrungsaufnahme), auf Entscheidungsfragen, auf die Umgebung (z.B. Lärm, Ruhe) oder auch auf eigeninitiierte Handlungen.– Bewohner beendet die Nahrungsaufnahme (z.B. Mund nicht geöffnet, Kopfschütteln, Wegdrehen des Kopfes oder Abwenden des Oberkörpers, wiederholtes Wegschieben von auf dem Tisch stehenden Speisen und Getränken, Wegdrücken von Besteck mit Lippen, Zunge oder Hand).

**Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:
Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?**

**Wahrnehmung und Ermittlung
der Willensäußerungen.**

- Gelegenheit und ausreichend Zeit für die Willensäußerung / Beantwortung von Fragen geben (z.B. Handlungen verbal oder nonverbal ankündigen und Reaktion des Bewohners abwarten).
- Willen des Bewohners (Zustimmung / Ablehnung) zu beabsichtigten / anstehenden Handlungen erfragen (durch Ja- / Nein-Fragen).
- Willen des Bewohners (Zustimmung / Ablehnung) zu beabsichtigten / anstehenden Handlungen wahrnehmen (durch Beobachtung der Ausdruckszeichen).
- Ermittlung des Bewohnerwillens aus eventuellen Patientenverfügungen, früheren Äußerungen mit dem Abgleich zum aktuell beobachtbaren Verhalten.

**Reaktion auf aktuelle
Willensäußerungen des
Bewohners.**

- Flexibilität in der Durchführung von Handlungen ermöglichen (z.B. Körperpflege erst am Nachmittag durchführen).
- Anpassung der Versorgung (z.B. langsamere Durchführung von Handlungen, Anpassung der Nahrung).

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfnis: So-sein-dürfen

Bewohner kann seine individuelle Vorlieben, Gewohnheiten und Verhaltensweisen ausleben, diese werden in den Aktivitäten des täglichen Lebens berücksichtigt.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner zeigt individuelle oder ungewöhnliche Verhaltensweisen.

- Bewohner zeigt bei alltäglichen Aktivitäten unkonventionelle Verhaltensweisen (z.B. Essen mit den Fingern, vom Teller trinken, bevorzugt bzw. vermeidet bestimmte Lebensmittel, schläft nicht in seinem Bett, sondern in einem anderen Zimmer / Bodenbett, Bücher zerreißen als Alltagsbeschäftigung).
- Bewohner hat seinen eigenen Rhythmus, evtl. konträr zum Ablauf der Einrichtung (z.B. Schlafrhythmus, Essens- und Körperpflegezeiten, Körperpflege nach einem bestimmten Schema / Ritual).
- Bewohner fühlt sich bei Gruppenaktivitäten unwohl, möchte sich lieber allein beschäftigen.
- Bewohner möchte recht wenig / oder benötigt viel direkte Ansprache seiner Person (z.B. Ruhe beim Essen, wenig verbale Ansprache, häufige gezielte Ansprache).

Biografische Aspekte nehmen Einfluss auf das Verhalten des Bewohners.

- Bewohner führt biografisch relevante Verhaltensweisen, wie z.B. Tätigkeiten aus Haushalt, Familien- oder Berufsleben fort (z.B. zur Arbeit müssen, nach Hause müssen, Wäsche falten, Schrauben drehen, um andere besorgt sein, auf das äußere Erscheinungsbild achten).
- Bewohner zeigt aus der Biografie bekannte Vorlieben (z.B. in Bezug auf die Nahrungsaufnahme, Kleidung oder Lieblingsspeisen).
- Bewohner zeigt aus der Biografie bekannte Charaktereigenschaften (z.B. eher Einzelgänger, Willensstärke, eher ängstliche Person).

Erschwernisse, Besonderheiten.

- Über den Bewohner sind wenig biografisch relevante Lebensaspekte bekannt.
- Bewohner hat aktuell keinen Bezug zu früher relevanten Themen, reagiert nicht auf Ansprache biografisch relevanter Themen.
- Andere Bewohner können unter Umständen wenig Verständnis für die Verhaltensweisen des Bewohners haben und zeigen negative Reaktionen.

**Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:
Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?**

**Akzeptanz ungewöhnlicher
Verhaltensweisen und Wertschätzung
des Bewohners.**

Einzigartigkeit des Bewohners annehmen. Er kann so sein, wie er ist und wird darin akzeptiert, angenommen und wertgeschätzt:

- Annahme und Einlassen auf die jeweilige aktuelle Situation des Bewohners (z.B. Angst, Fürsorge, Arbeiten, Ordnung halten).
- Unkonventionelle, persönliche Vorlieben, Interessen, Gewohnheiten werden wenn möglich fortgeführt (z.B. Essen mit den Fingern).
- Umsetzung alltäglicher / auch ungewöhnlicher Verrichtungen, Gewohnheiten ermöglichen (z.B. Schaffung von Ausweischlafplätzen).
- Individuelle Ausrichtung des Tagesablaufs an den Bewohner (z.B. Bewohner ausschlafen lassen, Körperpflege erst am Nachmittag durchführen, Tausch der Mahlzeiten).
- Orientierung an biografisch relevanten Faktoren in Abgleich mit der aktuell vorliegenden Situation.

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bereich: Spirituelle Bedürfnisse

Der Bereich der spirituellen Bedürfnisse erfährt ein hohes Interesse in der Versorgung. Im Forschungsprojekt wurden Bedürfnisse spiritueller Art ebenfalls entdeckt, wenn auch in geringer Ausprägung als erwartet. Die von Versorgenden empfundene Relevanz spiritueller Aspekte konnte in den hier vorliegenden Ergebnissen nicht in diesem Ausmaß bestätigt werden. Die gefundenen Aussagen beziehen sich fast alle auf die Religiosität, die spirituellen Aspekte jenseits der Religiosität konnten nur wenig abgedeckt werden. Dies schließt das Vorhandensein und die mögliche Relevanz für den einzelnen Bewohner nicht aus. Die Beobachtung dieser Bedürfnisse, das innere spirituelle / religiöse Erleben ist mit den verwendeten Mitteln jedoch nur sehr begrenzt möglich. Oftmals beruhen die Annahmen auf früheren Äußerungen und Werten des Bewohners, die aktuell nicht immer eindeutig beobachtbar sind.

Bedürfniskategorie: Religion

Bedürfnis: Religiosität ausdrücken

Bewohner möchte seine individuelle Religiosität / Spiritualität mit seinen Mitteln selbst oder in Gemeinschaft mit anderen ausdrücken und zeigt dabei positive Reaktionen und Zeichen des Wohlbefindens.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner zeigt religiös bezogene Verhaltensweisen.

- Bewohner macht religionsbezogene Äußerungen (z.B. spricht Gebete / oder Teile davon, ruft Gott um Hilfe an, betet den Rosenkranz, singt Kirchenlieder).
- Bewohner betet gern zusammen mit Mitarbeitern / Angehörigen (z.B. vor den Mahlzeiten).
- Bewohner greift religiös bedeutsame Gegenstände (z.B. Kreuz, Kruzifix) oder zeigt darauf.
- Bewohner möchte religiös bezogenen Gegenstand in der Nähe liegen haben.
- Ein religiöses Bild im Zimmer des Bewohners scheint eine besondere Bedeutung zu haben.
- Bewohner reagiert positiv auf Kirchenglocken, Kleidung mit religiösem Bezug und andere religiöse Handlungen und Situationen.
- Bewohner kann gut über Religion und damit verbundene Situationen angesprochen werden.
- Bewohner reagiert auf religiöse Angebote mit situationsüblichem Verhalten (z.B. betet oder singt in Gemeinschaft im religiösen Kontext, Mitsprechen von Gebeten).
- Bewohner erhält religionsbegründet eine besondere Ernährung.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Biografische Bedeutsamkeit der Religion für den Bewohner.

- Durch frühere Äußerungen des Bewohners oder Angaben durch Angehörige ist ein hoher Stellenwert von Religion / Spiritualität bekannt.
- Bewohnerzimmer ist mit vielen religiösen Gegenständen ausgestattet.
- Angehörige unterstützen das Erleben von Religion durch das Bereitstellen von Gegenständen mit religiösem Bezug (z.B. Gebetsbücher und -ketten, Bibel) und Besuch von religiösen Veranstaltungen.
- Bewohner nahm in früheren Phasen der Erkrankung aktiv und gern an religiösen Handlungen teil.

Besonderheiten

- Bewohner zeigt keine Reaktion auf religiöse Rituale trotz bekannter früherer Religiosität.
- Die biografische Bedeutung von Religion für den Bewohner ist unklar.

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Bewohner kann Religiosität ausdrücken.

- Ermöglichung der Teilnahme an religiösen Veranstaltungen (z.B. Gottesdienstbesuch, Beerdigungen, religiöse Feste).
- Ermöglichung, religiöse Rituale im Alltag zu erleben (z.B. mit dem Bewohner beten, Priesterbesuch, religiöse Feste).
- Einhaltung religiöser Ernährungsregeln.
- Zugänglichkeit religiöser Gegenstände für den Bewohner.

Berücksichtigung religiöser Bezüge am Lebensende.

- Ermöglichung eines religiösen Beistandes im Sterbeprozess.
- Verabschiedung verstorbener Bewohner mit religiösen Ritualen / Praktiken.

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?

Bedürfnis: An religiösen Ritualen teilnehmen

Bewohner führt religiöse Rituale aus oder erlebt diese in Gemeinschaft und zeigt dabei positive Reaktionen/ Zeichen des Wohlbefindens.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

Bewohner nimmt aktiv an religiösen Ritualen in Gemeinschaft teil (z.B. Singen, Beten, Abendmahl).

- Bewohner nimmt an Gebeten in Gemeinschaft teil, spricht (einzelne Teile) der Gebete mit, reagiert dabei in positiver Weise (z.B. wirkt aktiviert, wendet sich interessiert dem Geschehen zu).
- Bewohner betet selbst (z.B. Rosenkranz beten, Tischgebete, religionsbezogene Redewendungen).
- Bewohner singt im religiösen Kontext (z.B. singt mit während religiöser Handlungen, zeigt positive Emotionen beim Singen).

Interesse an Religion nimmt ab.

- Bewohner zeigt keine Reaktion auf religiöse Rituale trotz bekannter früherer Religiosität.

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Erleben und Teilnahme an religiösen Handlungen ermöglichen.

- Ermöglichung der Teilnahme an religiösen Veranstaltungen (z.B. Gottesdienstbesuch, Beerdigungen).
- Ermöglichung, religiöse Rituale im Alltag zu erleben (z.B. mit dem Bewohner beten, Priesterbesuch, religiöse Feste).
- Einhaltung religiöser Ernährungsregeln.
- Zugänglichkeit religiöser Gegenstände für den Bewohner.

Berücksichtigung religiöser Bezüge am Lebensende.

- Bewohner erhält religiösen Beistand im Sterbeprozess (z.B. durch Besuch eines Geistlichen, Krankensalbung, Gebete).
- Angehörige oder Mitarbeiter führen religiöse Abschiedsrituale durch.

Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?