



**UNIKLINIK
KÖLN**

Zentrum für
Palliativmedizin

Kölner Arbeitshilfe

zur bedürfnisorientierten Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz

Individuelle Bedürfnisse
in der letzten Lebensphase erkennen und erfüllen

GEFÖRDERT VOM:



**Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend**

Autoren

Dr. Dipl.-Ges.-Ök. Holger Schmidt

Dipl.-Päd. Yvonne Eisenmann

Dr. Klaus Maria Perrar

Projektleitung

Dr. Klaus Maria Perrar

Prof. Dr. Raymond Voltz

Zentrum für Palliativmedizin

Universitätsklinik Köln

Kerpener Str. 62

50937 Köln

Kontakt

klaus-maria.perrar@uk-koeln.de

www.palliativzentrum.uk-koeln.de/

© August 2017

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.

Inhalt

Gesamtübersicht Kölner Arbeitshilfe

Vorwort	1
Einführung	3
Einführung der Arbeitshilfe in die Praxis	5
BAUSTEIN I: Grundlagen	10
BAUSTEIN II: Gesamtprozess Bedürfnisanalyse	24
BAUSTEIN III: Bedürfniskatalog	38
Weiterführende Literatur	104

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 Kölner Arbeitshilfe 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 der Forschenden 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 völlig 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 ambulanten und stationären Altenhilfe für die Bedürfnisse von Menschen 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 Menschen 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 Betroffenen, 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 Expertenhearings und der internationalen Fachtagung. Ihre Beiträge haben wesentlich zur Vernetzung von Theorie und Praxis beigetragen. 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 August 2017

Die Autoren und Projektleiter

1. Einführung

Was soll die Arbeitshilfe leisten?

Die Arbeitshilfe soll Mitarbeiter in der ambulanten und stationären Altenhilfe dabei unterstützen, die Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz besser zu erkennen und zu erfüllen. Sie dient insbesondere in deren letzter Lebensphase dazu, unterschiedliche palliative Aspekte in das tägliche Handeln einzubeziehen. Die Arbeitshilfe kann konkrete Hilfestellung für neue oder unerfahrene Mitarbeiter sein. Ebenso kann sie erfahrenen Mitarbeitern zur Reflexion ihres Wissens und ihres Handelns dienen. Die Arbeitshilfe soll Anregungen und Ideen für den Berufsalltag anbieten und die Sicherheit im Umgang mit Menschen mit schwerer Demenz erhöhen. Darüber hinaus kann die Arbeitshilfe den Austausch im Team und mit den Angehörigen fördern.

Wer ist die Zielgruppe der Arbeitshilfe?

Die Arbeitshilfe zielt auf die Erkennung und Erfüllung der Bedürfnisse bei *schwerer* Demenz in der letzten Lebensphase. Menschen mit schwerer Demenz sind aufgrund von zahlreichen kognitiven und kommunikativen Einschränkungen oftmals nicht mehr in der Lage, ihre Wünsche und Bedürfnisse mündlich mitzuteilen. Dies kann Pflegende in der Versorgung¹ vor große Herausforderungen stellen.

Im Folgenden wird Ihnen anhand der Reisbergskala (GDS – Grade 6 und 7) eine Übersicht zu den möglichen Symptomen und Einschränkungen in der Endphase der Demenzerkrankung gegeben. Diese müssen nicht zwingend alle gemeinsam auftreten. Es handelt sich vielmehr um Beispiele, die Ihnen verdeutlichen sollen, an welche Personen sich die Arbeitshilfe richtet.

Grad 6: schwere kognitive Leistungseinbußen

- Name des Ehepartners wird vergessen,
- keine Erinnerung an kurz zurückliegende Ereignisse und Erfahrungen,
- Jahreszeiten oder zeitliche Veränderungen werden nicht mehr wahrgenommen,
- von 10 kann nicht mehr flüssig rückwärts gezählt werden,
- Toilettengang kann nur noch selten alleine ausgeführt werden,
- Tag-/Nachtrhythmus ist gestört,
- Persönlichkeitsveränderungen und Gefühlsstörungen treten in den Vordergrund: Verfolgungsgedanken und Wahnstörungen treten auf, Zwangssymptome können sich einstellen, Putzen immer auf derselben Stelle, Angstsymptome, Unruhe und bisher nicht bekanntes aggressives Verhalten können auftreten, Antrieb und Wille sind eingeschränkt.

¹ Der Begriff ‚Versorgung‘ umfasst alle Handlungen der Pflege und Betreuung von Menschen mit schwerer Demenz.

Grad 7: sehr schwere kognitive Leistungseinbußen

- Oft totaler Sprachverlust, gelegentlich sind noch sprachliche Automatismen erhalten,
- Harninkontinenz und / oder Stuhlinkontinenz,
- ist auf Hilfe beim Toilettengang und beim Essen angewiesen,
- Verlust grundlegender psychomotorischer Fähigkeiten, kann z.B. nicht mehr laufen, mit Essen nichts anfangen, das Gehirn scheint den Körper nicht mehr steuern zu können oder nicht mit dem Körper (Menschen) zusammen zu gehören.

Wer kann die Arbeitshilfe anwenden?

Die Arbeitshilfe richtet sie sich an alle Berufsgruppen in der ambulanten und stationären Altenhilfe, die mit der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz befasst sind. Damit sind u.a. Krankenpflegekräfte, Altenpflegekräfte, Mitarbeiter des Sozialen Dienstes, Alltagsbegleiter, Ärzte, ehrenamtliche Mitarbeiter oder Hauswirtschaftskräfte gemeint. Rückmeldungen der Praxis legten eine besondere Eignung der Arbeitshilfe für Mitarbeiter nahe, die sich in der Ausbildung befinden oder in der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz noch unerfahren sind.

Wie ist die Arbeitshilfe aufgebaut?

Die Kölner Arbeitshilfe besteht aus verschiedenen Materialien, die Sie bei der Erkennung und Erfüllung der Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz unterstützen sollen. Das vorliegende Manuskript ist in drei Bausteine unterteilt:

BAUSTEIN I: Grundlagen

In diesem Baustein sind die wesentlichen Merkmale einer bedürfnisorientierten Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz abgebildet.

BAUSTEIN II: Gesamtprozess Bedürfnisanalyse

Dieser Baustein beinhaltet eine schrittweise Beschreibung und Anleitung zur Durchführung und Dokumentation einer personenbezogenen Bedürfnisanalyse.

BAUSTEIN III: Bedürfniskatalog

Der Bedürfniskatalog beinhaltet eine Gesamtübersicht zu den Bedürfnissen von Menschen mit schwerer Demenz und gibt konkrete Beispiele zu Bedürfnisausprägungen und Handlungsempfehlungen.

KÖLNER ARBEITSHILFE KOMPAKT – Poster und Kurzversion

Die Bausteine wurden für den schnellen Überblick in Form eines Posters und einer Kurzversion im Taschenformat zusammengefasst.

DOKUMENTATIONSMAPPE

Mit Hilfe der Dokumentationsmappe können die Ergebnisse der durchgeführten Bedürfnisanalysen festgehalten werden.

Wie kann die Arbeitshilfe genutzt werden?

Die Reihenfolge zur Nutzung der einzelnen Bausteine kann entsprechend Ihrer Arbeitsweise und persönlichen Vorlieben variabel erfolgen. Im Idealfall schauen Sie sich in Anlehnung an die vergebene Nummerierung zunächst die Grundlagen, den Gesamtprozess der Bedürfnisanalyse und den Bedürfniskatalog an, bevor Sie mit der Bedürfnisanalyse beginnen. Eine andere Möglichkeit besteht darin, dass Sie erst im Rahmen der Bedürfnisanalyse die weiteren Bausteine als Hilfestellung hinzuziehen. Die Anleitung zur Bedürfnisanalyse führt Sie durch den Prozess des Erkennens und Erfüllens der Bedürfnisse. Dabei stellt die Bedürfnisanalyse kein strikt abzuarbeitendes Assessment dar, vielmehr soll sie anregen zur Reflexion über die Bedürfnisse des einzelnen Betroffenen und die Möglichkeiten diesen zu begegnen. Das Poster und die Kurzversion der Arbeitshilfe platzieren Sie am besten gut sichtbar an einem Ort, der für Sie und Ihre Kollegen schnell zugänglich ist (z.B. im Besprechungsraum oder Stationszimmer). So können Sie sich die zentralen Inhalte der Arbeitshilfe schnell wieder ins Gedächtnis rufen.

2. Einführung der Arbeitshilfe in die Praxis

Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe haben ihre jeweils 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 die Kompetenzen und Zusammensetzung des Teams beziehen. In vielen Einrichtungen laufen zahlreiche Bemühungen, Menschen mit schwerer Demenz am Lebensende bestmöglich zu versorgen. Möglicherweise finden Fallbesprechungen zu einzelnen Personen statt, werden regelmäßige Fort- und Weiterbildungen zu unterschiedlichen Themen angeboten, Instrumente beispielsweise zur Schmerzerfassung eingesetzt oder bestimmte Interventionen durchgeführt.

Die Erfahrungen der bisherigen Anwender zeigten, dass Tiefe und Art der Anwendung sehr unterschiedlich ausfallen können. Weiter sind aus der Praxis Hinweise hervorgegangen, die bei der Einführung der Arbeitshilfe in Ihrer Einrichtung hilfreich sein können. Aus diesen

Erfahrungen ist die nachfolgende Verfahrensanleitung hervorgegangen, die Sie bei der Implementierung der Arbeitshilfe unterstützen soll.

Wie kann die Arbeitshilfe in Ihre Einrichtung eingeführt werden?

Die Einführung der Arbeitshilfe profitiert von einer guten Planung und Begleitung mit Blick auf die Besonderheiten Ihrer Einrichtung. Um eine möglichst reibungslose Einführung der Arbeitshilfe zu gewährleisten, stellte sich die Benennung einer Schlüsselperson als sehr förderlich heraus. Als Multiplikator koordiniert und begleitet diese Schlüsselperson den gesamten Prozess und ist Ansprechpartner für die Mitarbeiter. An diese Schlüsselperson richten sich die folgenden Hinweise zur Bestandsaufnahme vor Einführung der Arbeitshilfe.

Wie kann eine Bestandsaufnahme vor Einführung der Arbeitshilfe aussehen?

Um herauszufinden, an welcher Stelle sich diese Arbeitshilfe sinnvoll in Ihren Arbeitsalltag einbinden lässt, bietet sich zunächst eine Bestandsaufnahme an. Hierbei können die in der Arbeitshilfe dargestellten Merkmale einer bedürfnisorientierten Versorgung als Orientierung dienen. Nach Ansicht der teilnehmenden Experten sind die folgenden Fragen zur Bestandsaufnahme hilfreich.² 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 / Ihr Pflegedienst in Bezug auf Menschen mit einer schweren Demenz?
- Welche Vorgaben gibt der Träger Ihrer Einrichtung / Ihres Pflegedienstes?
- Wie ist Ihre Einrichtung / Ihr Pflegedienst in die Gemeinde / Stadt / Quartier eingebunden?
- Gibt es Vernetzungen mit lokalen Hospiz- oder Palliativdiensten?
- Wie sind ehrenamtliche Mitarbeiter in Ihre Einrichtung / Ihren Pflegedienst eingebunden?

² 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/BetreuungschwerstkrankerunsterbenderMenschenimhohenLebensalterinPflegeeinrichtungen.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 Weißbuch Demenz Stand Januar 2015:

http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Dementia/ExplanatoryText_EAPCdementiaWP_Ge.pdf

Haltung des Teams

- Welche Haltung gegenüber Menschen mit einer schweren Demenz kennzeichnet Ihre Einrichtung / Ihren Pflegedienst und Ihre Mitarbeiter?
- Welches Bild hat Ihr Team von alten Menschen und Menschen mit Demenz?
- Wie begegnen Sie den Betroffenen 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?
- Wie können neue oder unerfahrene Mitarbeiter von erfahrenen Kollegen lernen?
- Welche Stärken oder besonderen Fähigkeiten haben die einzelnen Mitarbeiter Ihrer Einrichtung / Ihres Pflegedienstes?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen Ihrer Einrichtung / Ihrem Pflegedienst und den behandelnden Ärzten und Therapeuten?

Zugang zum Menschen mit schwerer Demenz finden

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

Bedürfnisse erkennen und Bedürfnissen begegnen

- Findet eine regelmäßige und strukturierte Beobachtung der Personen mit schwerer Demenz statt?
- Wie erkennen Sie die Bedürfnisse des Betroffenen?
- Welche Assessmentverfahren werden (regelmäßig) angewendet und wie wird mit ihren Ergebnissen verfahren?
- Erfolgt eine regelmäßige Erfassung von Schmerzen, psychiatrischen Symptomen?
- Tauschen sich verschiedene Berufsgruppen zum Erkennen von Bedürfnissen / belastenden Symptomen aus?
- Wie wird auf die Bedürfnisse des Betroffenen 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 Menschen mit schwerer Demenz umgegangen?
- Was geschieht während oder nach dem Versterben des Menschen mit Demenz?

In welchem Rahmen kann die Arbeitshilfe eingesetzt werden?

Sie können frei nach den Erfordernissen Ihrer Einrichtungen entscheiden, in welchem Rahmen Sie die Arbeitshilfe einsetzen möchten. Die Arbeitshilfe kann im Team angewendet werden, etwa im Rahmen von Fall- oder Teambesprechungen als Hilfestellung zur Strukturierung und Reflexion. Die Verwendung durch einzelne Mitarbeiter ist ebenfalls denkbar.

Wie können die Mitarbeiter in die Inhalte der Arbeitshilfe eingeführt werden?

Für einen gemeinsamen Start mit allen involvierten Mitarbeitern ist eine Einführungsveranstaltung sinnvoll sein. Die mit der Arbeitshilfe vertraute Schlüsselperson kann in die Ziele und Anwendung der Arbeitshilfe einführen und Fragen zur Anwendung unmittelbar aufgreifen. Wichtig ist dabei herauszustellen, dass das Erkennen und Erfüllen der Bedürfnisse einen Prozess darstellt und die Arbeitshilfe über die Funktion einer Checkliste hinausgeht. Gemeinsam können Sie bestimmen, in welchem Rahmen Sie die Arbeitshilfe anwenden möchten und in welchem Zeitrahmen dies geschehen soll.

Wie kann eine Fallbesprechung gestaltet werden?

Die Arbeitshilfe kann als Unterstützung in Fallbesprechungen herangezogen werden. Keinesfalls soll sie einen Ersatz für diese Fallbesprechungen darstellen. Vielmehr können Sie Ihre bereits bestehenden Konzepte von Fallbesprechungen daraufhin überprüfen, wie die Bedürfnisanalyse Ihnen hier einen Mehrwert bietet. So kann die Arbeitshilfe Sie bei der Identifikation von Bedürfnissen und der Erarbeitung von Lösungsvorschlägen unterstützen. Förderliche Voraussetzungen sind eine feste Verankerung in der Versorgung und ein strukturiertes Vorgehen zur Vorbereitung und Moderation der Fallbesprechung.

Wie können die Ergebnisse der Bedürfnisanalyse festgehalten werden?

Die Erstellung einer zusätzlichen Dokumentation der Bedürfnisanalyse ist nicht zwingend erforderlich. Die schriftliche Dokumentation der Ergebnisse kann jedoch nützlich sein, um den Prozess der bedürfnisorientierten Versorgung zu verfolgen und Ihre gewonnenen Erkenntnisse weiteren an der Versorgung beteiligten Mitarbeitern zugänglich zu machen. Die Bedürfnisanalyse kann in Ihr reguläres Dokumentationssystem integriert werden, dabei kann die Arbeitshilfe auch als Hilfestellung für die Pflegedokumentation dienen.

Welche Kompetenzen sind für Schlüsselpersonen hilfreich?

Die Praxisanwender sahen in der Vertrautheit mit der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz eine wichtige Voraussetzung für die Schlüsselperson. Fachwissen und ein guter Bezug zu den Mitarbeitern wirken unterstützend, um den Bedarf an Fort- und Weiterbildung von erfahrenen und unerfahrenen Mitarbeitern einschätzen zu können. Unterstützend wirken vorhandene Erfahrungen in der Koordination von Umsetzungsprozessen. Die Schlüsselperson sollte Rückhalt durch die Leitungsebene erhalten oder selbst mit Leitungsaufgaben vertraut sein, beispielsweise als Wohnbereichsleitung.

BAUSTEIN I:

Grundlagen

Inhalt

BAUSTEIN I: Grundlagen

1. Voraussetzung einer bedürfnisorientierten Versorgung	12
1.1. Das PersonSein entdecken.....	12
1.2. Zugang finden.....	12
2. Merkmale einer bedürfnisorientierten Versorgung	14
2.1. Innere Haltung der Mitarbeiter	14
2.2. Kompetenzen der Mitarbeiter	15
2.3. Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz.....	15
2.3.1. Bedürfniskategorien.....	15
2.3.2. Individuelle Bedürfnisse erkennen und ihnen begegnen	17
2.4. Beobachten	17
2.4.1. Ausdruckszeichen erkennen	17
2.4.2. Beobachtungen in der Sterbephase.....	18
2.5. Wissen sammeln – Menschen mit Demenz kennenlernen	19
2.6. Angehörige einbeziehen.....	21
2.7. Rahmenbedingungen berücksichtigen	21

1. Voraussetzung einer bedürfnisorientierten Versorgung

Der **BAUSTEIN I: Grundlagen** stellt Ihnen die zentralen Merkmale einer bedürfnisorientierten Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz vor. Im Gesamtprozess der Bedürfnisanalyse (BAUSTEIN II) sollen die Grundlagen zur Reflexion des eigenen Handelns anregen und für die Bedürfnisse der Betroffenen sensibilisieren. Da jeder Mitarbeiter über unterschiedliche Voraussetzungen und Erfahrungen in der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz verfügt, muss geschaut werden, welche dieser Merkmale für Pflegende oder für den Betroffenen im Einzelfall wichtig und hilfreich sind.

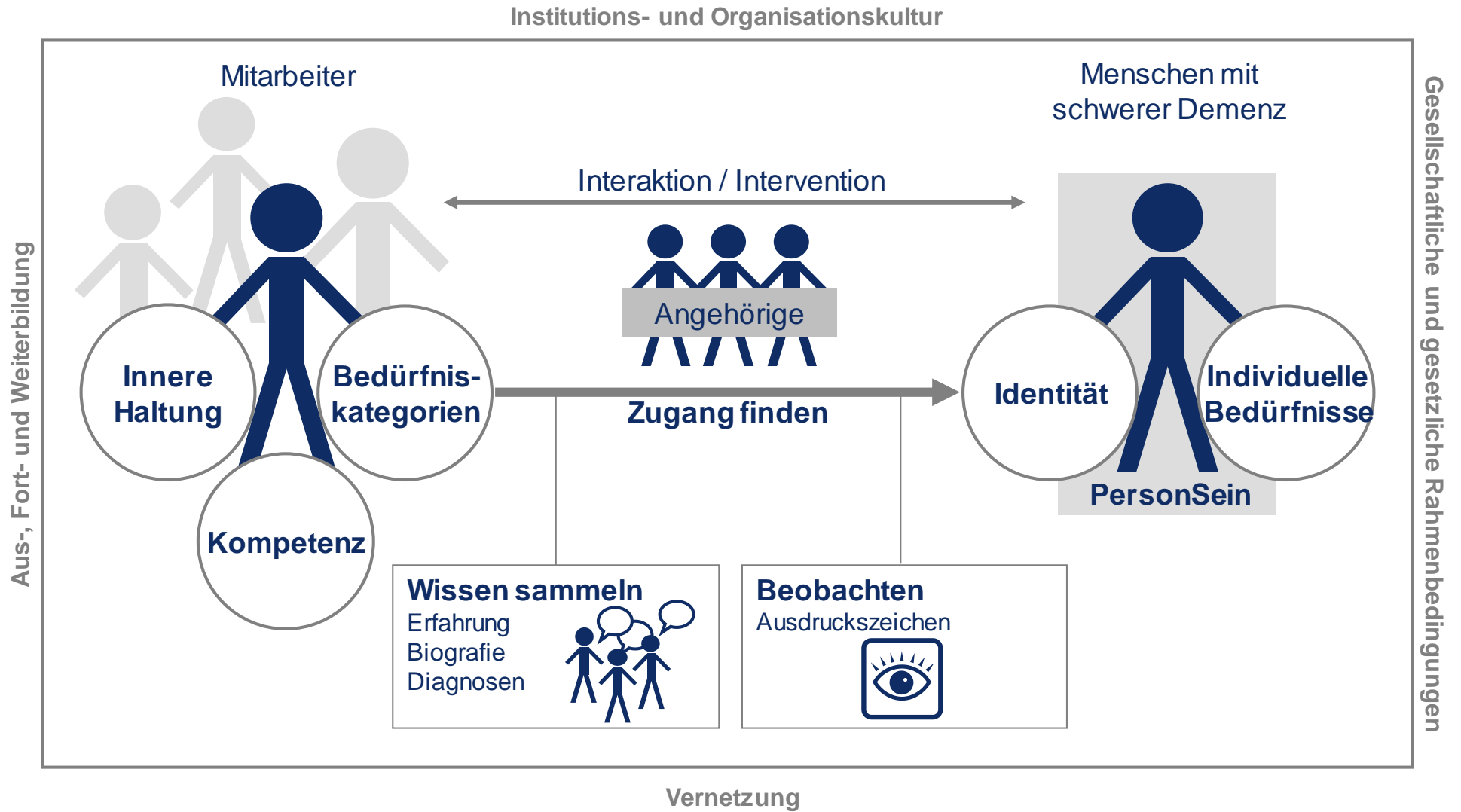
1.1. Das PersonSein entdecken

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 Betroffene 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 Menschen mit Demenz ist folglich wesentlich für die Versorgung. Werden die individuellen Bedürfnisse erkannt und wird diesen begegnet, fühlt sich der Betroffene in dem angesprochen, was seine Person in der jeweiligen Situation ausmacht.

1.2. Zugang finden

Um das PersonSein erfüllen zu können, ist es notwendig, einen Zugang zum Menschen mit schwerer Demenz zu finden. Es gilt herauszufinden, auf welche Weise die betroffene Person 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 1 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 1: Bedürfnisorientierte Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz – Worauf kommt es an?



2. Merkmale einer bedürfnisorientierten Versorgung

Das kontinuierliche Erkennen und Erfüllen der Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz stellt einen stetigen Prozess dar, in dem unterschiedliche Einflussfaktoren Berücksichtigung finden müssen. Im Folgenden werden die zentralen Merkmale einer bedürfnisorientierten Versorgung dieses Personenkreises vorgestellt.

2.1. Innere Haltung der Mitarbeiter

Welche Rolle spielt die innere Haltung bei der Versorgung von Menschen 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 betroffenen Personen. Um einen Zugang zu finden und das PersonSein zu entdecken, sind folgende Haltungen von zentraler Bedeutung:

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

2.2. Kompetenzen der Mitarbeiter

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

Für einen kompetenten Umgang mit den Betroffenen 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 Betroffenen 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.

2.3. Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz

2.3.1. 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 im beschriebenen Forschungsprojekt (siehe Vorwort in der Kurzeinführung) 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. Eine Gesamtübersicht zu den einzelnen Bedürfnissen findet sich im Bedürfniskatalog (BAUSTEIN III).

Tabelle 1: Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz

Körperliche Bedürfnisse	
Bedürfniskategorie	Bedürfnis
A. Nahrungsaufnahme	A.1 Essen und Getränke zu sich nehmen / nicht unter Hunger und Durst leiden
B. Körperliches Wohlbefinden	B.1 Sich pflegen / gepflegt werden (Körperpflege)
	B.2 Erhalt der Zähne / intakte Mundschleimhaut
	B.3 Ausscheiden
	B.4 Sich kleiden
	B.5 Abwesenheit von Schmerzen
	B.6 Vermeidung von Unbehagen aufgrund körperlicher Erkrankungen
	B.7 Intakte Haut / Wundversorgung
	B.8 Wahrnehmen von Körper- und Sinneserfahrungen
C. Körperliche Aktivität und Erholung	C.1 Sich bewegen / körperlich aktiv sein / bewegt werden
	C.2 Ruhen und schlafen

Psychosoziale Bedürfnisse	
Bedürfniskategorie	Bedürfnis
D. Reizanpassung	D.1 Abschirmen von Reizen
	D.2 Vermitteln von Reizen
E. Kommunikation	E.1 Emotionen ausdrücken
	E.2 Im Austausch / Kontakt mit anderen sein
F. Zuwendung	F.1 Angesprochen / wahrgenommen / verstanden werden
	F.2 Andere berühren / berührt werden
G. Teilhaben	G.1 Alltag und Gemeinschaft erleben
	G.2 Sich beschäftigen / aktiv sein
H. Vertrautheit und Sicherheit	H.1 Vertrautheit
	H.2 Abwesenheit von Angst / sich nicht bedroht fühlen
I. Selbstbestimmung	I.1 Eigenen Willen ausdrücken
	I.2 So-Sein-Dürfen

Spirituelle Bedürfnisse	
Bedürfniskategorie	Bedürfnis
J. Religion	J.1 Religiosität ausdrücken
	J.2 An religiösen Ritualen teilnehmen

2.3.2. 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 Menschen mit Demenz angeglichen werden. Bei einem Betroffenen müssen nicht alle Bedürfnisse vorzufinden oder prägnant sein. Jeder Betroffene 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 die erkrankte Person keine Nahrung mehr zu sich nehmen möchte (Bedürfnis: Essen und Getränke zu sich nehmen) oder ein erhöhtes Ruhebedürfnis (Bedürfnis: Ruhen und schlafen) hat.

2.4. Beobachten

2.4.1. Ausdruckszeichen erkennen

*Welche Ausdruckszeichen des Betroffenen können beobachtet werden?
Wie können diese wahrgenommen werden?*

Auch wenn Menschen 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 Betroffenen 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 Personen beobachten und mit ihren Sinnen (Fühlen, Schmecken, Riechen, Hören, Sehen) wahrnehmen. Die Herausforderung ist es, die individuellen Ausdruckszeichen der Betroffenen zu erkennen und in den Kontext möglicher Bedürfnisse einzuordnen. Eine kontinuierliche Beziehung zwischen dem Menschen mit schwerer Demenz 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 geeignet.

Schmerzerleben lässt sich ebenfalls mit speziellen Assessmentverfahren wie das Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz (BISAD) oder die Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD) 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 Menschen mit schwerer Demenz 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...

2.4.2. Beobachtungen in der Sterbephase

Zum Lebensende hin und in der unmittelbaren Sterbephase können unter Umständen Veränderungen im Verhalten des Betroffenen wahrgenommen werden. Diese beziehen sich z.B. auf die Nahrungsaufnahme, das Schlaf- und Ruheverhalten sowie das Kommunikationsverhalten. 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 schwerer Demenz die Phase des Lebensendes bzw. die 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

2.5. Wissen sammeln – Menschen mit Demenz kennenlernen

Welches Wissen kann für eine bedürfnisorientierte Versorgung relevant sein?

Welche Informationsquellen gibt es?

Neben einer Qualifikation im Umgang mit Personen mit schwerer Demenz bringt eine multiprofessionelle Zusammensetzung des versorgenden Teams eine vielseitige Betrachtung der Bedürfnisse hervor. Ein möglichst vielschichtiges und umfassendes Bild vom Betroffenen und seinen Bedürfnissen entsteht durch den fachlichen Austausch der Mitarbeiter untereinander. Weitere Quellen für die Sammlung von Wissen können sein: frühere Äußerungen des Betroffenen oder Patientenverfügungen, die Angehörigen, Fallbesprechungen im Team und mit den Angehörigen. Folgendes Wissen über die Person mit schwerer Demenz 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 Betroffenen gemeint. Der Mensch mit Demenz und der 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 Menschen mit schwerer Demenz 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 Biografie-Erhebung 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 Betroffenen.

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 oder Lebensqualität. Sie können Aufschluss geben über mögliche, belastende Symptome oder bestimmte Aspekte des Gesundheitszustandes.

Die in den Einrichtungen / Pflegediensten 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.

2.6. 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 Betroffenen. Die Arbeitshilfe bezieht sich überwiegend auf die persönliche Begegnung der Pflegenden mit den Menschen 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 Menschen hinaus.

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

2.7. Rahmenbedingungen berücksichtigen

Die sehr persönliche Beziehung zwischen den Pflegenden, den Menschen 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 der stationären und ambulanten Altenhilfe sowie auf den Anspruch auf allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung).

Auf Ebene der Einrichtungen / Pflegedienste 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 / der ambulanten Pflegedienste 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.

BAUSTEIN II:

Gesamtprozess

Bedürfnisanalyse

Inhalt

BAUSTEIN II: Gesamtprozess Bedürfnisanalyse

3. Bedürfnisorientierte Versorgung – Gesamtprozess 26

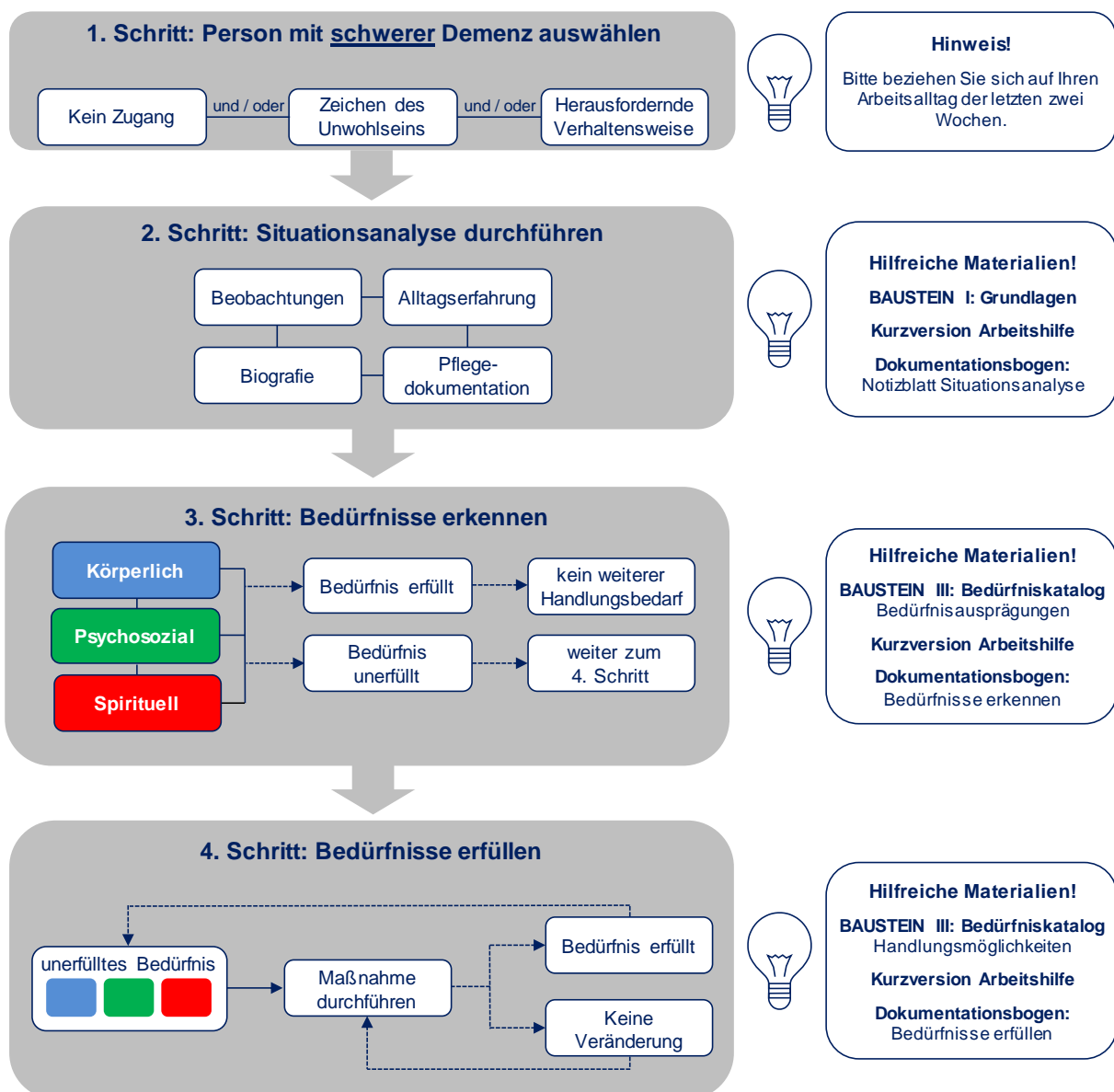
Fallbeispiel: Bedürfnisanalyse für die ambulante oder stationäre
Altenhilfe 27

3. Bedürfnisorientierte Versorgung – Gesamtprozess

Abbildung 2 stellt den Gesamtprozess einer bedürfnisorientierten Versorgung dar und beschreibt die schrittweise Durchführung einer personenbezogenen Bedürfnisanalyse.

Um Ihnen zu verdeutlichen, wie Sie die Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz erfassen und erfüllen können, werden Ihnen die vier Arbeitsschritte im Folgenden anhand eines Fallbeispiels für die ambulante und stationäre Altenhilfe erläutert.

Abbildung 2: Gesamtprozess einer bedürfnisorientierten Versorgung



Fallbeispiel: Bedürfnisanalyse für die ambulante oder stationäre Altenhilfe

1. Schritt: Person mit schwerer Demenz auswählen

Wenn Sie an Ihren Arbeitsalltag in den letzten zwei Wochen zurückdenken, auf welche Menschen mit schwerer Demenz trifft mindestens eine der folgenden Aussagen zu?

- Ich habe das Gefühl, nur schwer einen Zugang zur Person mit schwerer Demenz zu finden. Ich komme nur selten an sie heran und bin mir unsicher, wie ich ihr Wohlbefinden erhalten bzw. verbessern kann.
- Die Person mit schwerer Demenz zeigt Zeichen des Unwohlseins (z.B. verzerrter Gesichtsausdruck, erhöhte Körperspannung, Weinen oder Wimmern) ohne für mich direkt erkennbare Ursache.
- Die Person mit schwerer Demenz zeigt herausfordernde Verhaltensweisen (z.B. Aggressivität, Schreien oder Rufen, Apathie, starke motorische Unruhe, abwehrendes Verhalten).

Bitte wählen Sie zunächst eine dieser Personen aus, für die Sie im Folgenden eine Bedürfnisanalyse durchführen möchten. Im Anschluss können Sie diesen Vorgang für weitere Personen wiederholen.

2. Schritt: Situationsanalyse durchführen

Bitte führen Sie eine Situationsanalyse durch, die möglichst viele Informationen über diese Person beinhaltet. Dieses Vorgehen hilft Ihnen dabei, konkrete Anknüpfungspunkte zum Erkennen und Erfüllen der individuellen Bedürfnisse dieser Person zu finden.

Folgende Leitfragen können bei der Situationsanalyse hilfreich sein:

- Was wissen Sie über diese Person (u.a. Biografie, Diagnosen, Erfahrungen)?
- Wie haben Sie die letzten zwei Wochen im Versorgungsalltag mit dieser Person erlebt?
- Welche Verhaltensweisen sind Ihnen bei dieser Person aufgefallen?
- In welchen Situationen haben Sie Zeichen des Wohlbefindens bei dieser Person beobachtet?
- In welchen Situationen haben Sie Zeichen des Unwohlseins bei dieser Person beobachtet?
- Was ist Ihnen schwer gefallen im Umgang mit dieser Person?
- Was ist Ihnen leicht gefallen im Umgang mit dieser Person?

Hinweis!



Nutzen Sie hierzu auch den **BAUSTEIN I: Grundlagen** (Abschnitte 2.4 – 2.7)

Beobachten – Ausdruckszeichen erkennen

Wissen sammeln

Angehörige einbeziehen

Rahmenbedingungen berücksichtigen

Es ist möglich, die Situationsanalyse in unterschiedlicher Form zu bearbeiten. Vielleicht ist es schon ausreichend, sich konkrete Situationen aus dem Versorgungsalltag der letzten zwei Wochen ins Gedächtnis zu rufen. Sie können auch auf die Pflegedokumentation zurückgreifen, um Informationen zu sammeln. Eine weitere Möglichkeit bietet zudem der Austausch zu dieser Person mit anderen Kolleginnen und Kollegen.

Das hier dargestellte Fallbeispiel wurde bewusst sehr umfassend gestaltet, um Ihnen die verschiedenen Aspekte zu verdeutlichen, die relevant sein können. Bitte beachten Sie, dass die Situationsanalyse nicht zwingend in einem solchen Umfang erfolgen muss und natürlich auch in Stichpunkten erfolgen kann.

Situationsanalyse

Fallbeispiel: Frau Meier

Kurzbeschreibung:

Frau Meier ist 84 Jahre alt und von einer schweren Demenz betroffen. Gemeinsam mit Ihrem Mann lebt sie im eigenen Haushalt. Sie ist vollkommen auf die Hilfe und Unterstützung ihrer Töchter und eines ambulanten Pflegedienstes angewiesen. Für den Transfer in einen Rollstuhl kann sie gestützt stehen. An manchen Tagen sind unter Anleitung noch ein paar langsame Schritte, z.B. vom Bett ins angrenzende Bad, möglich. Die Beweglichkeit von Frau Meier ist stark eingeschränkt, ihr Körper wirkt steif und ungelenkt.

Erschwerter Zugang zu Frau Meier:

Insgesamt wird das unstete Verhalten von Frau Meier von den Pflegenden und den Angehörigen als sehr problematisch empfunden, da sich im Tagesverlauf immer wieder Zeichen des Unwohlseins zeigen. Als schwierig und teilweise belastend wird das Gefühl erlebt, keinen wirklichen Zugang zu Frau Meier zu bekommen, um ihr Wohlbefinden zu erhalten bzw. zu steigern.



Beobachten – Ausdruckszeichen erkennen

Welche Ausdruckszeichen können bei Frau Meier beobachtet werden?

Wie können diese wahrgenommen werden?

Nach der morgendlichen Körperpflege in ihrem Zimmer verbringt Frau Meier die meiste Zeit des Tages in der Wohnküche. Dort ist zu beobachten, dass sie häufig sehr zurückgezogen, zum Teil apathisch in ihrem Rollstuhl am Tisch sitzt und keinerlei Reaktionen auf ihre Umwelt zeigt. Immer wieder kommt es vor, dass sie kurz einschläft. Dann nimmt sie eine Körperhaltung ein, die sehr unbequem zu sein scheint (halbschräge Sitzposition). Wenn ihr Kopf nach vorne sinkt, wird sie wieder wach, öffnet die Augen und schaut sich kurz um, bis sie schließlich wieder einnickt (**möglicher Hinweis auf das Bedürfnis ‚Ruhens und schlafen‘**).

Auf direkte Ansprache (z.B. Aufforderung zur Nahrungsaufnahme) reagiert Frau Meier, wenn überhaupt, mit fragendem Blick. Bis auf wenige Worte (Ja, Nein, wiederholendes Nachsprechen einzelner Worte) spricht sie nicht mehr. Neben der vorherrschenden Passivität wirkt sie in einigen Alltagssituationen auch ängstlich und angespannt. In diesem Fall sind eine erhöhte Körperspannung und Zeichen des Unwohlseins (z.B. verzerrte Mimik, Verschränken von Händen und Armen vor der Brust, leichtes Wimmern oder wiederholende Laute) zu beobachten. Insbesondere in Situationen mit erhöhter Geräuschkulisse (z.B. wenn der Ehemann das Radio anstellt und dabei in der Küche das Essen zubereitet oder sich mehrere Personen unterhalten), zeigt Frau Meier deutliche Zeichen der Anspannung. Dann rutscht sie mit verkramptem Gesichtsausdruck unruhig in ihrem Rollstuhl hin und her und seufzt dabei leise (**möglicher Hinweis auf das Bedürfnis ‚Abschirmen von Reizen‘**).

Ähnliches ist auch während der morgendlichen Körperpflege wahrzunehmen. Gerade bei ruckartigen und schnellen Bewegungen scheint sich Frau Meyer zu erschrecken, was an der hohen Körperspannung und dem ängstlichen Gesichtsausdruck deutlich wird. Häufig beginnt sie zu weinen. Beim Duschen ist dies besonders ausgeprägt (**möglicher Hinweis auf das Bedürfnis ,Abwesenheit von Schmerzen'**).

Insbesondere die Nahrungsaufnahme ist mit Erschwernissen verbunden. Da Frau Meier nicht mehr mit Besteck essen kann, wird die Nahrung entweder durch Angehörige oder den Pflegedienst angereicht. Dabei kommt es häufig vor, dass sie den Mund nicht öffnet, die Augen schließt oder den Kopf wegdreht. Auch nach wiederholter Aufforderung reagiert sie nicht. Teile der Nahrung werden zum Teil nicht gekaut, wieder ausgespuckt oder verbleiben im Mundraum (**möglicher Hinweis auf das Bedürfnis ,Essen und Getränke zu sich nehmen / nicht unter Hunger und Durst leiden'**).

Weiter ist zu beobachten, dass Frau Meier wiederholt nach Gegenständen (z.B. Trinkbecher, Kaffeetassen, Speisen oder Servietten) greift, die sich vor ihr auf dem Tisch befinden. Aus der Befürchtung heraus, dass Getränke verschüttet werden oder sie sich die Servietten in den Mund steckt, werden diese Gegenstände außer Reichweite der Betroffenen platziert oder ihre Hand weggeschoben (**möglicher Hinweis auf das Bedürfnis ,Sich beschäftigen / aktiv sein'**).



Wissen sammeln

Welches Wissen kann für eine bedürfnisorientierte Versorgung relevant sein?

Welche Informationsquellen gibt es?

Biografie: Frau Meier wurde 1932 in Köln geboren und ist dort gemeinsam mit ihren Eltern und drei Schwestern aufgewachsen. Nach ihrem Volksschulabschluss hat sie in der Bäckerei ihres Vaters sowohl in der Backstube als auch im Verkauf gearbeitet. Dort hat sie auch ihren Mann kennengelernt, der in der Verwaltung einer Kölsch-Brauerei tätig war und in seiner Mittagspause regelmäßig in der Bäckerei einkaufte. Nach der Hochzeit 1952 war Frau Meier zunächst Hausfrau und kümmerte sich um die zwei gemeinsamen Töchter. Nach Auszug der Kinder arbeitete sie wieder halbtags als Verkäuferin in einer Konditorei. Die Familie bewohnt ein kleines Reihenhäuschen mit Garten in Köln-Zollstock.

Die Töchter beschreiben ihre Mutter als eher zurückhaltende, aber herzliche Person, die immer gerne in Gesellschaft von Familie und Freunden gewesen sei. Auch Karneval hätte sie gerne gefeiert. Wichtig seien Frau Meier die gemeinsamen Urlaube an der Nordsee gewesen. Zunächst mit den Kindern, später nur noch mit ihrem Mann, wäre sie immer gern an den gleichen Ort gefahren, um die Ruhe, die Natur und die Luft zu genießen. Als Hobbies wurde von den Töchtern neben dem Backen noch die Gartenarbeit genannt. Frau Meier hätte es geliebt, ihre Beete umzugraben und neu zu bepflanzen.

Diagnose: Die Diagnose Alzheimer-Demenz erhielt sie vor sechs Jahren durch ihren Hausarzt, seitdem hat sich ihr Zustand kontinuierlich verschlechtert.

Versorgung: Ihr Mann hat sich nach Beginn der Demenzerkrankung zunächst alleine um sie gekümmert. Später übernahm ein ambulanter Pflegedienst zunächst einmal täglich die körperliche Grundversorgung. Heute sind die Mitarbeiter morgens, mittags und abends vor Ort. Die zwei Töchter – beide familiär und beruflich stark eingebunden – wechseln sich in der Betreuung und Essensversorgung ab. Sie übernehmen das Öfteren das Anreichen der Mahlzeiten oder Teile der Pflege.

Erfahrung: Neben den beschriebenen Zeichen des Unwohlseins wurden durch Pflegekräfte auch Situationen beobachtet, in denen Frau Meier ihr Wohlbefinden ausdrückt bzw. keine Abwehrreaktionen zeigt. So scheint sie Süßspeisen zu mögen. Fruchtquark und Jogurt, aber auch Kuchen am Nachmittag werden meistens mit einem entspannten und wachen Gesichtsausdruck (Augen weit geöffnet) gegessen.

Nach dem Mittagessen wird Frau Meier zum Mittagsschlaf in ihr Zimmer gebracht und durch eine Pflegekraft vom Rollstuhl ins Bett transferiert. Sobald sie zugedeckt in ihrem Bett liegt, wirkt sie entspannt, was daran deutlich wird, dass ihre Körperspannung abnimmt. Oftmals seufzt sie, was von den Mitarbeitern als Zeichen der Erleichterung bzw. des Wohlbefindens gedeutet wird. Der Ehemann von Frau Meier berichtet, dass diese nach der Mittagsruhe oft aktiver und wacher wirke. Sie würde dann ihre Umgebung beobachten und Blickkontakt aufnehmen.

Auffällig ist auch, dass Zeichen des Unwohlseins bei bestimmten Mitarbeitern des Pflegedienstes weniger ausgeprägt zu sein scheinen. So isst Frau Meier z.B. an einigen Tagen mehr, wenn eine junge Pflegeschülerin ihr die Nahrung anreicht oder sie wirkt deutlich entspannter, wenn ihre Tochter die Haarpflege übernimmt (***möglicher Hinweis auf das Bedürfnis ‚Vertrautheit‘***).

3. Schritt: Bedürfnisse erkennen

Nach Abschluss der Situationsanalyse können Sie sich nun der Frage widmen, welche Bedürfnisse aus Ihrer Sicht für diese Person relevant sind.

Beachten Sie dabei, welche dieser Bedürfnisse für Ihren täglichen Arbeitsbereich (z.B. Pflege, Sozialer Dienst oder Hauswirtschaft) von Bedeutung sind.

Entscheiden Sie bitte, welche der Bedürfnisse Sie für diese Person als erfüllt oder unerfüllt einschätzen und kreuzen Sie entsprechendes in der Tabelle auf der nächsten Seite an.

Hinweis!



Nutzen Sie hierzu den **BAUSTEIN III: Bedürfniskatalog**
Bedürfnisausprägungen

Beachten Sie, dass nicht alle Bedürfnisse bei der ausgewählten Person vorzufinden oder prägnant sein müssen. Jeder Mensch mit schwerer Demenz hat individuelle Bedürfnisausprägungen, die unterschiedliche Prioritäten aufweisen und im Verlauf der Erkrankung stark variieren können. Darüber hinaus stehen die Bedürfnisse in enger Verbindung zueinander bzw. bedingen sich gegenseitig. So können Schmerzen (*Bedürfnis: Abwesenheit von Schmerzen*) dazu führen, dass die erkrankte Person keine Nahrung mehr zu sich nehmen möchte (*Bedürfnis: Essen und Getränke zu sich nehmen*) oder ein erhöhtes Ruhebedürfnis (*Bedürfnis: Ruhen und schlafen*) hat.

Tabelle 3: Bedürfnisse erkennen – Fallbeispiel Frau Meier

Körperliche Bedürfnisse		erfüllt	unerfüllt
Bedürfniskategorie	Bedürfnis		
A. Nahrungsaufnahme	A.1 Essen und Getränke zu sich nehmen / nicht unter Hunger und Durst leiden	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B. Körperliches Wohlbefinden	B.1 Sich pflegen / gepflegt werden (Körperpflege)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B.2 Erhalt der Zähne / intakte Mundschleimhaut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B.3 Ausscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B.4 Sich kleiden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B.5 Abwesenheit von Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	B.6 Vermeidung von Unbehagen aufgrund körperlicher Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B.7 Intakte Haut / Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B.8 Wahrnehmen von Körper- und Sinneserfahrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Körperliche Aktivität und Erholung	C.1 Sich bewegen / körperlich aktiv sein / bewegt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C.2 Ruhen und schlafen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Psychosoziale Bedürfnisse		erfüllt	unerfüllt
Bedürfniskategorie	Bedürfnis		
D. Reizanpassung	D.1 Abschirmen von Reizen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	D.2 Vermitteln von Reizen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E. Kommunikation	E.1 Emotionen ausdrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	E.2 Im Austausch / Kontakt mit anderen sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Zuwendung	F.1 Angesprochen / wahrgenommen / verstanden werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F.2 Andere berühren / berührt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Teilhaben	G.1 Alltag und Gemeinschaft erleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	G.2 Sich beschäftigen / aktiv sein	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H. Vertrautheit und Sicherheit	H.1 Vertrautheit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	H.2 Abwesenheit von Angst / sich nicht bedroht fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Selbstbestimmung	I.1 Eigenen Willen ausdrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	I.2 So-Sein-Dürfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spirituelle Bedürfnisse		erfüllt	unerfüllt
Bedürfniskategorie	Bedürfnis		
J. Religion	J.1 Religiosität ausdrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	J.2 An religiösen Ritualen teilnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auf Grundlage der Situationsanalyse von Frau Meier wurden beispielhaft sieben Bedürfnisse ausgewählt, von denen davon ausgegangen wird, dass sie für die Betroffene relevant und unerfüllt sind. Um den Prozess der Bedürfniserkennung zu verdeutlichen, sind in der folgenden Tabelle zu jedem der ausgewählten Bedürfnisse anregende Reflexionsfragen aufgeführt. Diese sollen dabei helfen, mögliche Bedürfnisausprägungen zu identifizieren und können Ihnen zudem Ideen zur Erarbeitung von Handlungsmöglichkeiten liefern.

Tabelle 4: Reflexionsfragen zur Bedürfniserkennung – Fallbeispiel Frau Meier

Bedürfnisse	Anregende Reflexionsfragen zu möglichen Bedürfnisausprägungen
A.1	<ul style="list-style-type: none"> – Wie kann die Selbstständigkeit und Individualität bei der Nahrungsaufnahme gefördert werden? – Welche Speisen bevorzugt Frau Meier (evtl. Süßspeisen)? – Auf welche Weise sollte das Angebot und die Darreichungsform an Nahrung für Frau Meier angepasst werden? – Welche Faktoren (z.B. räumliche Umgebung) sind bei Frau Meier für die Nahrungsaufnahme förderlich? – Welche krankheitsbedingten Einschränkungen (z.B. Schluckstörungen) liegen vor?
B.5	<ul style="list-style-type: none"> – Welche Assessments werden durchgeführt, um Schmerzen als mögliche Ursache für das Verhalten von Frau Meier (z.B. während der Körperpflege) zu identifizieren bzw. auszuschließen?
C.2	<ul style="list-style-type: none"> – Wie ist der Schlafrhythmus von Frau Meier (z.B. erhöhtes Schlafbedürfnis, umgekehrter Tag- und Nachtrhythmus)? – Welche Medikamente erhält Frau Meier (z.B. Nebenwirkungen)? – Wie verbringt Frau Meier ihren Tag (z.B. ausreichend Frischluft und Licht)?
D.1 / D.2	<ul style="list-style-type: none"> – Welche äußeren Reize benötigt Frau Meier für ihr Wohlbefinden (z.B. weniger Reize während der Körperpflege, reizärmere Gestaltung der Umgebung)?
G.2	<ul style="list-style-type: none"> – Welche Form der Beschäftigung / Ansprache zur Aktivierung benötigt Frau Meier?
H.1	<ul style="list-style-type: none"> – Welche Personen vermitteln Frau Meier Vertrautheit und auf welche Weise (positive Reaktion auf bestimmte Personen)? – Welche Themen (z.B. biografisch) lösen bei Frau Meier positive Reaktionen aus?

In der Tabelle wird auch der enge Zusammenhang der Bedürfnisse untereinander deutlich. So kann beispielsweise die mögliche Bedürfnisausprägung „Nahrung selbstständig und auf die eigene Art zu sich nehmen“ nicht nur den körperlichen, sondern ebenso den psychosozialen Bedürfnissen (Selbstbestimmung) zugeordnet werden.

4. Schritt: Bedürfnisse erfüllen

Bitte erarbeiten Sie anhand der folgenden Tabelle Handlungsmöglichkeiten zu den von Ihnen als unerfüllt eingeschätzten Bedürfnissen und setzen Sie diese im Versorgungsalltag um.

Im Anschluss überprüfen Sie, ob sich das Verhalten der betroffenen Person aufgrund einer Maßnahme verändert und das Bedürfnis als erfüllt betrachtet werden kann.

Sind keine Veränderungen wahrzunehmen, führen Sie eine weitere Maßnahme durch und wiederholen dieses Vorgehen, bis das Bedürfnis aus Ihrer Sicht erfüllt ist.

Dabei kann es vorkommen, dass Ihre Ideen für Handlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind oder Sie stellen im Zeitverlauf fest, dass möglicherweise doch ein anderes als das bisher angenommene Bedürfnis hinter dem Verhalten der Person steckt. In diesem Fall setzen Sie Ihre Bearbeitung mit einem anderen Bedürfnis fort und kehren gegebenenfalls später an die entsprechende Stelle zurück.

Hinweis!



Nutzen Sie hierzu den **BAUSTEIN III: Bedürfniskatalog**
Handlungsmöglichkeiten

In der folgenden Tabelle haben Sie die Möglichkeit Ihr Vorgehen zur Bedürfniserfüllung festzuhalten. Hierzu können Sie in den linken Spalten zunächst das Kürzel des zu bearbeitenden Bedürfnisses eintragen und die jeweilige Maßnahme unter Angabe des Durchführungsdatums kurz beschreiben. In die weiteren Spalten tragen Sie jeweils ein, ob das Bedürfnis durch die gewählte Maßnahme erfüllt (Veränderung ist zu beobachten) oder unerfüllt (keine Veränderung zu beobachten) ist. Letzteres führt zur Durchführung und Überprüfung einer weiteren Maßnahme.

Tabelle 5: Bedürfnisse erfüllen – Fallbeispiel Frau Meier

Bedürfnis (Kürzel)	Durchgeführte Maßnahme (Datum / Kurzbeschreibung)	Bedürfnis		Durchgeführte Maßnahme (Datum / Kurzbeschreibung)	Bedürfnis		Durchgeführte Maßnahme (Datum / Kurzbeschreibung)	Bedürfnis	
		erfüllt	unerfüllt		erfüllt	unerfüllt		erfüllt	unerfüllt
A.1	01.06.2017: Angebot an Süßspeisen wurde erhöht.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	15.06.2017: Mehr pürierte Kost wurde angereicht (evtl. Kau- oder Schluckprobleme?)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	01.08.2017: Speisen wurden angeboten, die auch mit den Fingern gegessen werden können, um das eigenständige Essen erhalten zu können (z.B. geschnittenes Obst, Gemüse, Kartoffelecken) <i>(Beachte: Zusammenhang mit dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung)</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.5	05.06.2017: Schmerz-Assessment wurde erstmals nach einigen Wochen wieder durchgeführt; Positiver Befund, sodass schmerzreduzierende Maßnahmen mit dem Hausarzt durchgeführt wurden (z.B. neue Medikation, besondere Lagerung).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Regelmäßiges Assessment durchführen!</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.2	05.06.2017: Tagesablauf wurde an Frau Meier angepasst (z.B. morgens ausschlafen lassen oder die Körperpflege später am Tag durchführen, Ruhephasen über den Tag verteilt)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	10.06.2017: Medikation wurde angepasst (z.B. Verabreichung von Schlafmitteln einschränken).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Weitere Handlungsempfehlung: Auch in der Wohnküche vom Rollstuhl auf einen anderen Stuhl / in speziellen Gerontostuhl setzen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.1 / D.2	01.07.2017: Reize wurden minimiert (z.B. wurde das Radio ins angrenzende Wohnzimmer als Hintergrundmusik platziert, während der Mahlzeiten wird auf eine ruhige Atmosphäre geachtet).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	15.07.2017: Langsameres, anbahnendes Vorgehen bei der Körperpflege.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.07.2017: Bei Anwesenheit von Besuchern wird darauf geachtet, dass nicht zu viele Personen gleichzeitig mit Frau Meier im Raum sind, bzw. sie sich in einen ruhigeren Raum zurückziehen kann.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bedürfnis (Kürzel)	Durchgeführte Maßnahme (Datum / Kurzbeschreibung)	Bedürfnis		Durchgeführte Maßnahme (Datum / Kurzbeschreibung)	Bedürfnis		Durchgeführte Maßnahme (Datum / Kurzbeschreibung)	Bedürfnis	
		erfüllt	unerfüllt		erfüllt	unerfüllt		erfüllt	unerfüllt
G.2	01.08.2017: Individuell angepasste Aktivitäten und Materialien wurden angeboten (z.B. Teig mit der Hand kneten lassen oder ein Gefäß mit Blumenerde anbieten, Kräuter umtopfen lassen).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.08.2017: Das Greifen nach Gegenständen wurde nicht mehr unterbunden und auch unkonventionelle Handlungen akzeptiert (z.B. mit ‚Joghurt auf dem Tisch malen‘). Geeignete Gegenstände befinden sich in Reichweite von Frau Meier.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H.1	12.08.2017: Kontinuität schaffen: So wurde im Versorgungsalltag darauf geachtet möglichst gleichbleibende Abläufe und Personen zu gewährleisten.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BAUSTEIN III:

Bedürfniskatalog

**Beispiele individueller
Bedürfnisausprägungen und Handlungsmöglichkeiten**

Inhalt

BAUSTEIN III: Bedürfniskatalog

Körperliche Bedürfnisse	42
Psychosoziale Bedürfnisse	70
Spirituelle Bedürfnisse	99

Was soll der Bedürfniskatalog leisten?

Der **Baustein III: Bedürfniskatalog** gibt Ihnen eine tabellarische Gesamtübersicht zu den Bedürfnissen von Menschen mit schwerer Demenz in der letzten Lebensphase. Anhand konkreter Beispiele soll er Ihnen als Nachschlagewerk und Ideengeber dienen und Sie in Ihrem Arbeitsalltag dabei unterstützen, die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen zu erkennen und zu erfüllen.

Hierbei ist stets zu berücksichtigen, dass bei einem Betroffenen nicht alle Bedürfnisse vorzufinden oder prägnant sein müssen. Jeder Mensch mit schwerer Demenz 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 die erkrankte Person keine Nahrung mehr zu sich nehmen möchte (Bedürfnis: Essen und Getränke zu sich nehmen) oder ein erhöhtes Ruhebedürfnis (Bedürfnis: Ruhen und schlafen) hat.

Wie ist der Bedürfniskatalog aufgebaut?

Analog zur Darstellung im **BAUSTEIN I: Grundlagen (Abschnitt 2.3.1)** sind die Bedürfnisse gegliedert in körperliche, psychosoziale und spirituelle Bereiche. Diese unterteilen sich wiederum in zehn Bedürfniskategorien, die im Einzelnen für 25 Bedürfnisse stehen. Der Katalog ist für jedes dieser Bedürfnisse identisch aufgebaut:

- Zu Beginn wird eine kurze Beschreibung des jeweiligen Bedürfnisses gegeben.
- Im Anschluss werden die individuellen Ausprägungen und Beobachtungen des jeweiligen Bedürfnisses an konkreten und thematisch geordneten Beispielen umfassend dargestellt. Die Übersichten verdeutlichen, wie sich die Bedürfnisse erkennen lassen und welche Besonderheiten sowie Erschwernisse zu deren Erfüllung auftreten können. Dabei ist zu beachten, dass die Beschreibung auch im individuellen Fall für andere Bedürfnisse stehen kann. Dies gilt es, in der konkreten Begegnung mit dem Menschen mit schwerer Demenz herauszufinden.
- Im Weiteren werden auf das jeweilige Bedürfnis bezogene Handlungsmöglichkeiten zur Bedürfniserfüllung vorgestellt. Zur besseren Übersichtlichkeit sind auch diese thematisch geordnet.
- Abgeschlossen wird die Beschreibung der Bedürfnisse mit Reflexionsfragen dazu, welche weiteren Aspekte in der Versorgung der betroffenen Person beobachtet werden können und welche weiteren Handlungsweisen bekannt sind.

Zur besseren Orientierung und Unterscheidungskraft wurden den einzelnen Bereichen Farben zugeordnet: Die körperlichen Bedürfnisse sind blau, die psychosozialen Bedürfnisse grün und die spirituellen Bedürfnisse rot hinterlegt.

Jeweils zu Beginn der einzelnen Bereiche finden Sie eine Inhaltsübersicht, die Ihnen die Seitenzahlen der jeweiligen Bedürfnisse anzeigt. Um Ihnen während der Bedürfnisanalyse die Dokumentation Ihrer Erkenntnisse zu erleichtern (siehe **BAUSTEIN II: Gesamtprozess Bedürfnisanalyse**), sind allen Bedürfnissen Kürzel zugeordnet (z.B. G.1 für das Bedürfnis *Alltag und Gemeinschaft* erleben). So müssen nicht immer alle Bedürfnisbezeichnungen ausgeschrieben werden.

Zum schnelleren Auffinden einzelner Bedürfnisse ist deren Kürzel in der jeweiligen Bereichsfarbe zudem am Seitenende aufgeführt. Hier findet sich auch ein Hinweis darauf, ob es sich um die Bedürfnisprägungen oder die Handlungsmöglichkeiten handelt.

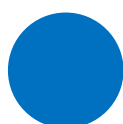
Wie kann der Bedürfniskatalog genutzt werden?

Der Bedürfniskatalog soll Sie im Prozess der Bedürfnisanalyse (siehe **BAUSTEIN II: Gesamtprozess Bedürfnisanalyse**) dabei unterstützen, die Bedürfnisse zu erkennen (**3. Schritt**) und zu erfüllen (**4. Schritt**). Daneben können Sie ihn im Versorgungsalltag als allgemeines Nachschlagewerk verwenden, z.B. wenn Sie konkrete Ideen und Anregungen für ein bestimmtes Bedürfnis benötigen.

Körperliche Bedürfnisse

Bedürfniskategorie	Bedürfnis	Seite
A. Nahrungsaufnahme	A.1 Essen und Getränke zu sich nehmen / nicht unter Hunger und Durst leiden	43
B. Körperliches Wohlbefinden	B.1 Sich pflegen / gepflegt werden (Körperpflege)	48
	B.2 Erhalt der Zähne / intakte Mundschleimhaut	51
	B.3 Ausscheiden	53
	B.4 Sich kleiden	55
	B.5 Abwesenheit von Schmerzen	57
	B.6 Vermeidung von Unbehagen aufgrund körperlicher Erkrankungen	59
	B.7 Intakte Haut / Wundversorgung	61
	B.8 Wahrnehmen von Körper- und Sinneserfahrungen	63
C. Körperliche Aktivität und Erholung	C.1 Sich bewegen / körperlich aktiv sein / bewegt werden	66
	C.2 Ruhen und schlafen	68

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 Betroffenen 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 Betroffenen. 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 Menschen mit schwerer Demenz nicht unnötig zu belasten.



Bedürfniskategorie: Nahrungsaufnahme (A)

Bedürfnis: Essen und Getränke zu sich nehmen / nicht unter Hunger und Durst leiden (A.1)

Der Betroffene 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 Betroffenen.

43

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

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

Der Betroffene nimmt die angebotene Nahrung selbstständig oder angereicht durch Pflegende positiv auf.

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

Der Betroffene bevorzugt bestimmte Nahrungsmittel.

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

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

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

A.1

Bedürfnisausprägungen

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:
Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?

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

- Betroffener nimmt die angebotene Nahrung zu einem bestimmten Zeitpunkt positiv und oftmals in größerer Menge zu sich (z.B. wenn alle anderen Personen bereits gegessen haben).
- Betroffener nimmt die angebotene Nahrung in Gegenwart von Angehörigen oder bestimmten Personen positiv und oftmals in größerer Menge zu sich.
- Betroffener 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).
- Betroffener nimmt die angebotene Nahrung in ruhiger Atmosphäre und Umgebung während der Mahlzeiten positiv und oftmals in größerer Menge zu sich.
- Betroffener nimmt die angebotene Nahrung bei möglichst wenig Ansprache und Intervention von außen positiv und oftmals in größerer Menge zu sich.
- Betroffener nimmt die angebotene Nahrung in Gemeinschaft mit anderen Personen positiv und oftmals in größerer Menge zu sich.

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

- Betroffener hat eine angespannte Körperhaltung während der Mahlzeit (z.B. in Bezug auf Gestik, Mimik und eine erhöhte Körperspannung).
- Betroffener 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.
- Betroffener 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).
- Betroffener belässt die aufgenommene Nahrung im Mund, schluckt diese nicht herunter oder bringt die Nahrung wieder aus dem Mund heraus.

Der Betroffene hat Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme.

- Betroffener zeigt eine Gewichtsabnahme.
- Betroffener kann aufgrund der körperlichen Verfassung selbst kaum oder keine Speisen und Getränke zu sich nehmen (z.B. können manche Betroffene sich selbst nicht bzw. nur eingeschränkt in eine geeignete Position zur Nahrungsaufnahme bringen).
- Betroffener hat einen verminderten Appetit aufgrund Nebenwirkungen von Medikamenten.
- Betroffener hat Schmerzen im Mundraum (z.B. durch Infektionen der Mundschleimhaut, beschädigte Zähne).



Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

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

- Betroffener hat Schluckstörungen:
 - Eingenommene Medikamente verbleiben im Mundraum.
 - Speisereste verbleiben im Mundraum, Getränke laufen wieder aus Mund heraus.
 - Die Aufnahme von Getränken führt zu häufigem Verschlucken.
 - Betroffener hat akut verlegte Luftwege durch Speisen und ist auf Hilfe zur Entfernung angewiesen.
- Betroffener zeigt eine verminderte Kaubewegung oder kann bestimmte feste Speisen nur schwer kauen.
- Betroffener 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).
- Betroffener hat Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme durch fehlenden oder schlecht sitzenden Zahnersatz.

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Anpassen von Konsistenz, Optik und Nährstoffgehalt der Nahrung an die Ressourcen des Betroffenen.

- 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 angedickter Getränke bei Kau- und Schluckproblemen.
- Anpassen der Reihenfolge von festen Speisen und Getränken bei Kau- und Schluckproblemen.
- Anpassen der Darreichungsform von Medikamenten bei Kau- und Schluckproblemen (z.B. Tropfenform, zerkleinerte Tabletten, Suppositorien).
- Hochkalorische Anreicherung der Speisen bei geringer Nahrungsaufnahme und optisch ansprechende Darreichung von (passierten) Nahrungsangeboten (z.B. Smoothfood, ansprechendes Geschirr oder Tischgedeck).

Anpassen des Unterstützungsbedarfs bei der Nahrungsaufnahme an die Ressourcen des Betroffenen.

- 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 Betroffenen 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 Betroffenen positionieren.
- Anpassen von Dauer und Tempo der Nahrungsaufnahme an den Betroffenen.

Beachtung biografischer Aspekte und persönlicher Vorlieben des Betroffenen.

- Angebot von bekannten Lieblingsgerichten sowie bevorzugten Nahrungs- oder Genussmitteln (z.B. bestimmtes Brot / Brötchen, Eier zum Frühstück, süße Getränke, Kaffee zu jeder Tageszeit).
- Weiterführen 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 Betroffenen geben (z.B. in Gesprächen oder durch Beobachtung während des Essenanreichens).

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Einbezug des Betroffenen bei der Auswahl von Nahrungsmitteln.

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

Durchführung bestimmter Handlungen zur Appetitanregung.

- Beobachten 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).
- Anpassen der Reihenfolge der Speisen (z.B. zu Beginn der Mahlzeit eine Süßspeise zur Appetitanregung und im Anschluss eine herzhafte Speise).

Anpassen der äußeren Reize während der Nahrungsaufnahme.

- Anpassen der Umgebungsreize (z.B. Nahrungsaufnahme erfolgt in ruhiger Umgebung oder im Gemeinschaftsraum an einem großen Tisch).
- Anpassen 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?

Bedürfniskategorie: Körperliches Wohlempfinden (B)

Bedürfnis: Sich pflegen / gepflegt werden (Körperpflege) (B.1)

In Abhängigkeit von seinen vorhandenen Ressourcen führt der Betroffene 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?

Der Betroffene reagiert positiv auf einzelne Handlungen der Körperpflege.	<ul style="list-style-type: none">– Betroffener wirkt während der Körperpflege entspannt (z.B. in Bezug auf Gestik, Mimik, Lächeln, Körperspannung).– Betroffener wirkt besonders entspannt bei einzelnen Handlungen der Körperpflege, scheint diese zu genießen (z.B. Baden, Duschen, Haare waschen / föhnen / frisieren (Frisörbesuch), Cremes der Haut, Bartpflege, Auftragen von Make-Up oder Nagellack, Fußpflege).– Betroffener greift im Bad nach erreichbaren Waschutensilien und hantiert mit diesen (z.B. mit Haarkamm, Zahnbürste, Creme oder Deodorant).– Betroffener bevorzugt aus der Biografie bekannte Körperpflegegewohnheiten (z.B. Waschen statt Duschen, Trockenrasur, bestimmte Pflegeprodukte, Frisörbesuch, Fußpflege).
Der Betroffene führt (teilweise) Handlungen der Körperpflege aus.	<ul style="list-style-type: none">– Betroffener 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).– Betroffener greift im Bad nach erreichbaren Waschutensilien in Reichweite und beginnt einzelne Handlungsschritte (z.B. Haarkamm, Zahnbürste, Creme oder Deodorant).
Der Betroffene reagiert negativ / abwehrend auf einzelne Handlungen der Körperpflege.	<ul style="list-style-type: none">– Während der Körperpflege wirkt der Betroffene angespannt / gestresst (z.B. in Bezug auf Gestik, Mimik, Körperspannung, Worte, Laute, Schreie).– Betroffener richtet sich verbal und nonverbal gegen die Körperpflege.– Betroffener toleriert kaum Berührungen in bestimmten Körperregionen wie Kopf, Füße oder Intimbereich und zeigt dabei Abwehrreaktionen (z.B. hohe Körperspannung, Abwehr mit Händen und Füßen, ablehnende Worte).– Betroffener toleriert einzelne Handlungen der Körperpflege wenig und zeigt Abwehrreaktionen (z.B. beim Baden, Duschen, Gesicht oder Haare waschen, Kämmen, Cremes der Haut).
Der Betroffene wirkt belastet durch die Körperpflege.	<ul style="list-style-type: none">– Betroffener wirkt beim Waschen und damit verbundenen Bewegungen angestrengt (z.B. in Bezug auf Lautäußerungen / Stöhnen, schnellere Atmung, Schwitzen, angespannter Gesichtsausdruck).– Betroffener wirkt nach der Körperpflege erschöpft, müde oder schläfrig (z.B. erschlaffte Körperhaltung, Augen fallen zu, der Betroffene schläft während der anschließenden Mahlzeit ein).

B.1

Bedürfnisausprägungen

Bedürfniskategorie: Körperliches Wohlempfinden (B)

Beispiele individueller Bedürfnisprägungen:

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

Der Betroffene drückt Schamgefühl / Unwohlsein bei der Intimpflege aus.

- Der Betroffene 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).
- Betroffener 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?**

Anpassen der Körperpflege an die Ressourcen des Betroffenen.

- Anpassen der Durchführung der Körperpflege an den Mobilitätsgrad des Betroffenen (z.B. im Pflegebett, Bad, im Sitzen oder Stehen vor dem Waschbecken, mit Hilfe eines Dusch- oder Toilettenstuhls).
- Aktiver Einbezug des Betroffenen in die Körperpflege unter Anleitung / Hilfestellung (z.B. mit Waschlappen Gesicht und Oberkörper waschen lassen, Waschschüssel halten lassen, den Betroffenen 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).

Minimieren möglicher Belastungen.

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

Wahrung der Intimsphäre.

- Durchführen der Körperpflege durch möglichst wenige und für den Betroffenen vertraute Personen.
- Bedecken intimer Körperstellen zwischen den einzelnen Handlungsschritten (z.B. durch Handtuch).
- Schaffen einer für den Betroffenen angenehmen Atmosphäre (z.B. Ruhe, geschlossene Türen, abschirmende Vorhänge, humorvoller Umgang miteinander / Scherze).
- Vorherige verbale Ankündigung der Handlungen.

Berücksichtigung biografischer Erkenntnisse.

- Beachten von Vorlieben / Gewohnheiten des Betroffenen 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 (B.2)

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

51

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

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

Der Betroffene reagiert positiv auf die Zahn- und Mundpflege.

- Betroffener greift selbst nach Zahnpflegeutensilien und führt die Zahnpflege (in Teilen) selbst durch.
- Betroffener führt (Teile der) Zahnpflege mit wiederholter Anleitung der Mitarbeiter selbst durch.
- Betroffener 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).
- Betroffener 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).
- Betroffener kann nur erschwert zahnärztlich betreut werden (z.B. öffnet den Mund nicht, zeigt starke Abwehrreaktionen).

Der Betroffene hat Schmerzen im Zahn- und Mundbereich.

- Betroffener 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, Aphten, beschädigte / lockere Zähne).
- Betroffener reagiert abweisend auf das Einsetzen von Zahnprothesen, diese werden dem Betroffenen nicht mehr eingesetzt, fehlen oder passen nicht.

B.2

Bedürfnisausprägungen

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:
Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Durchführung einer regelmäßigen Zahn- und Mundpflege

- Wiederholte Anleitung und Hilfestellung durch Erklären oder Nennen der Handlungsreihenfolge (z.B. verbal, Zahnbürste gemeinsam mit Betroffenenem zum Mund führen, Zahnputzbecher zum Umspülen reichen, ansetzen).
- Ausreichend Zeit für die Umsetzung der Zahn- und Mundpflege ermöglichen.
- 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 Betroffenen (z.B. Verwendung von Kinderzahnpaste bei Problemen mit dem Umspülen, Watteträger, Mundspülung).
- Wiederholtes Ausprobieren, um sich bei vorhandenen Abwehrreaktionen des Betroffenen 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).
- Sicherstellen einer zahnärztlichen Betreuung (z.B. Hausbesuche durch den Zahnarzt, unter Umständen sind mehrmalige Versuche oder eine Sedierung des Betroffenen notwendig).
- Gabe von schmerzstillenden Medikamenten.
- Vermeiden von schmerzauslösenden Nahrungsmitteln.

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



Bedürfnis: Ausscheiden (B.3)

Der Betroffene 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?

Der Betroffene scheidet bei entsprechender Gelegenheit regelmäßig aus.

- Betroffener nutzt regelmäßig den gewohnten Toilettengang trotz (teilweiser) Inkontinenz.
- Betroffener ist mit dem Ablauf des Toilettengangs vertraut und führt dabei Handlungen selbstständig oder mit verbaler / nonverbaler Anleitung aus (z.B. Herunterziehen der Kleidung oder Betätigung der Toilettenspülung).
- Betroffener benötigt Hilfe beim regelmäßigen Toilettengang (z.B. Unterstützung beim Aufsuchen der Toilette, Umsetzen vom Rollstuhl auf die Toilette / Toilettenstuhl, Unterstützung beim An- und Entkleiden).

Der Betroffene zeigt das akute Bedürfnis auszuschneiden.

- Betroffener gibt verbale Hinweise auf vorhandenen Harn- oder Stuhldrang.
- Betroffener gibt nonverbale Hinweise auf 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).
- Betroffener räumt sich rektal aus.

Der Betroffene kann die Ausscheidung nicht mehr kontrollieren oder scheidet unregelmäßig aus.

- Betroffener kann Ausscheidung kaum oder nicht willentlich steuern / herbeiführen (z.B. erfolgt das Wasserlassen sobald der Betroffene aus dem Rollstuhl aufgerichtet wird).
- Betroffener benötigt Hilfsmittel zur Inkontinenzversorgung (z.B. Schutzhosen, Schutzvorlagen).

Der Betroffene zeigt mit dem Ausscheiden verbundene Belastungen / negative Emotionen.

- Betroffener zeigt sich belastet durch Obstipation (z.B. in Bezug auf Körperspannung, Unruhe, Gestik, Mimik, Schmerzäußerung, an den Bauch fassen, Festklammern an Gegenständen).
- Betroffener zeigt sich belastet durch Harnwegsinfektionen bspw. in Folge von Blasendauerkathetern (z.B. durch Schmerzäußerungen, entzündetes Gewebe, Berührungsempfindlichkeit, erhöhte Temperatur, Mattheit).
- Betroffener ist nach dem Ausscheiden, besonders bei seltener und medikamentös eingeleiteter Stuhlausscheidung erschöpft (z.B. verminderte Körperspannung, Zeichen von Müdigkeit).
- Betroffener 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).
- Betroffener äußert sich negativ über Geruch der eigenen Ausscheidungen (z.B. Rümpfen / Zuhalten der Nase).

Der Betroffene drückt mit dem Ausscheiden verbundenes Schamgefühl aus.

- Betroffener drückt bei der Ausscheidung oder der Inkontinenzversorgung in Anwesenheit von mehreren, fremden oder andersgeschlechtlichen Personen ein Schamgefühl aus (z.B. wirkt verunsichert, versucht den Intimbereich mit den Händen / der Kleidung zu bedecken, Beine werden zusammengezogen, Lautäußerungen).
- Betroffener hält die Kleidung stark fest, so dass ein An- oder Auskleiden nur schwer möglich ist.
- Ausdruck von Unbehagen wenn Ausscheidungen ins Bett oder an Kleidung gelangen (z.B. Gestik und Mimik).

B.3

Bedürfnisausprägungen

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:
Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Ermöglichen regelmäßiger Ausscheidung.

- Regelmäßige Benutzung der Toilette / des Toilettenstuhls wird ermöglicht und an den Unterstützungsbedarf und die aktuell vorhandenen Ressourcen des Betroffenen angepasst.
- Unterstützung des regelmäßigen Ausscheidvorgangs (z.B. durch verbale Ankündigung und Anregung auszuscheiden, laufenden Wasserhahn in Hörweite, Bauchmassagen).
- Sicherstellen von ausreichend Zeit und Ruhe während des Toilettengangs.
- Verwenden passender und an die Ressourcen des Betroffenen angepasster Hilfsmittel (z.B. Toilettenstuhl).
- Erkennen und Reduzieren der Auslöser für die Obstipation, um regelmäßigen Stuhlgang sicherzustellen (z.B. abführende Speisen und Getränke, Medikamente).

Entlastung bei Anstrengungen durch das Ausscheiden.

- Anstrengungen durch den Wechsel von Inkontinenzmaterialien bei bettlägerigem Betroffenen möglichst gering halten (z.B. durch zwei Mitarbeiter durchführen, spezielle Liegestühle).
- Sicherstellen von Erholungsmöglichkeiten und Ruhepausen für den durch das Abführen körperlich stark belasteten Betroffenen.

Sicherstellen 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 Betroffenen vertraute Personen.
- Bedecken intimer Körperstellen zwischen einzelnen Handlungsschritten.

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

Bedürfnis: Sich kleiden (B.4)

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

55

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

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

Der Betroffene reagiert positiv auf das Ankleiden und Kleidung.

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

Der Betroffene hat bestimmte Vorlieben bei der Kleidung.

- Betroffener hat aus der Biografie bekannte Wertvorstellung in Bezug auf das äußere Erscheinungsbild (z.B. immer in Hemd und Hose oder nur Röcke tragen).
- Betroffener 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.

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

B.4

Bedürfnisausprägungen

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:
Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Einbezug des Betroffenen beim Kleiden.

- Übernehmen von einzelnen Handlungsschritten des Kleidens durch den Betroffenen 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).

Anpassen der Kleidung an persönliche Vorlieben, Jahreszeiten und bestimmte Anlässe.

- Beachten der Kleidungsgewohnheiten des Betroffenen unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der Biografie.
- Auswahl persönlicher Accessoires (z.B. Schmuck, Halstuch).
- Einbezug des Betroffenen 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 Betroffenen (z.B. nicht nur Nachthemd o.ä., sondern geeignete Bluse).

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

Anpassen der Kleidung an die körperliche Verfassung des Betroffenen.

- 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 Betroffenen anstrengendes, Aus- und Ankleiden zu vermeiden.
- Akzeptanz von nicht stets sauberer Kleidung in den Fällen, in denen der Betroffene 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 (B.5)

Der Betroffene 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?

Betroffenverhalten deutet auf das Vorliegen von Schmerzen hin.

- Betroffener äußert verbal Schmerzen spontan oder situationsbedingt (z.B. durch verbale Äußerungen: „Aua“, „Weg“, „Nein“, Angabe des Schmerzortes, Stöhnen, Wimmern, durch Rufe, Laute, Schreie).
- Betroffener äußert nonverbal Schmerzen spontan oder situationsbedingt (z.B. durch erhöhte Körperspannung, verkrampte Körperhaltung, Schonhaltung oder Bewegungsdrang, wiederholte Berührung an bestimmten Körperstellen, verzerrter Gesichtsausdruck, starrer Blick, schnelle Atmung, Schnaufen, erhöhter Puls, Schwitzen).
- Betroffener 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).
- Betroffener ist berührungsempfindlich (z.B. bei der Körperpflege).

Mögliche Schmerzursachen können sein:

- Betroffener hat Schmerzen durch weitere Erkrankungen neben der Demenz (z.B. neuropathische Schmerzen nach Herpes Zoster Infektion, akute Infekte).
- Betroffener 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).
- Betroffener hat Schmerzen durch Wunden, Hauterkrankungen.
- Betroffener hat Schmerzen durch eine eingeschränkte Mundgesundheit.
- Betroffener hat Schmerzen / Unwohlsein durch Obstipation.

Erschwernisse beim Erkennen und der Behandlung von Schmerzen.

- Betroffener zeigt häufig keine eindeutig wahrnehmbaren Schmerzäußerungen.
- Betroffener ist durch Nebenwirkungen der Schmerzmedikation belastet (z.B. Müdigkeit, Verdauungsstörungen).
- Betroffener erhält nicht ausreichende Schmerzmedikation.
- Die Medikamenteneinnahme ist erschwert / nicht möglich (z.B. durch Schluckbeschwerden, körperliche Schwäche des Betroffenen, abwehrende Reaktionen des Betroffenen wie das Schließen des Mundes, Abwenden des Kopfes, Wegschieben der Medikamente).

B.5

Bedürfnisausprägungen

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

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

- Kontinuierliche Beobachtung des Betroffenen 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.**

- Verabreichen einer individuell angepassten Schmerzmedikation (z.B. Medikamente in flüssiger / zerkleinerter Form).
- Behandlung oder Prophylaxe von schmerzverursachenden Erkrankungen, Wunden, Dekubitus, Verletzungen, Kontrakturen.
- Regelmäßiges Durchführen ko-therapeutischer Maßnahmen eventuell mit vorheriger Schmerzmedikation (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Massage, regelmäßige Bewegung der Extremitäten).
- Anpassen der Körperpflege und Mobilisierung an die Ressourcen des Betroffenen (z.B. Bewegungen langsam anbahnen und durch verbale / nonverbale Kommunikation unterstützen, Schmerzmedikation vor anstehenden Bewegungen).
- Regelmäßige Betreuung durch den Haus- und / oder Facharzt.
- Regelmäßiger Austausch des Teams bezüglich der Beobachtungen zum Schmerzerleben des Betroffenen.
- (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 (B.6)

Der Betroffene empfindet keine Belastungen, Unwohlsein und Unbehagen aufgrund von körperlichen Erkrankungen (z.B. akute Infekte, chronische 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?

Der Betroffene hat belastende Symptome durch weitere chronische / akute Erkrankungen.

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

Erschwernisse bei der Behandlung von Symptomen / Erkrankungen.

- Betroffener 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).
- Betroffener ist belastet durch Neben- und / oder Wechselwirkungen unterschiedlicher Medikamente (z.B. Gangunsicherheit, Müdigkeit, Apathie, verwaschene Sprache, veränderter Appetit, Obstipation, veränderten Tag-Nacht-Rhythmus).

B.6

Bedürfnisausprägungen

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 Betroffenen (z.B. medikamentöse oder nichtmedikamentöse Behandlung, Einbezug weiterer Therapeuten wie Logopäden oder Physiotherapeuten).
- Regelmäßiger Betreuung durch Haus- und / oder Fachärzte.
- Abwägen der Therapieoptionen (z.B. Antibiotikagabe, Chemotherapie, Anpassung / Reduzierung der Medikamente).

**Anpassen der Versorgung an den
Gesundheitszustand des Betroffenen.**

- Anpassen der Körperpflege zur Vermeidung unnötiger Belastungen (z.B. behutsameres Durchführen und Unterlassen bestimmter Handlungsschritte, bei bewegungsabhängigen Schmerzen bspw. Gabe einer Schmerzmedikation vor der anstehenden Versorgung).
- Anpassen der Ernährung an das Krankheitsbild des Betroffenen (z.B. angedickte Getränke bei Schluckbeschwerden, diätische Kost).
- Anpassen der Verabreichungsform von Medikamenten angepasst an das Krankheitsbild des Betroffenen (z.B. in flüssiger Form, evtl. zusammen mit der Nahrung).
- Anpassen des Tagesablaufs an den Gesundheitszustand des Betroffenen (z.B. ausreichende Ruhe-, Rückzugs- und Schlafmöglichkeiten sicherstellen).

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

Bedürfnis: Intakte Haut / Wundversorgung (B.7)

Der Betroffene 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?

Der Betroffene hat keine intakte Haut.

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

Erschwernisse und Besonderheiten.

- Betroffener 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.
 - Betroffener zeigt Unverträglichkeitsreaktionen auf Pflegeprodukte.
 - Betroffener 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?

Anpassen der Hautpflege und Wundversorgung.

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

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

Bedürfnis: Wahrnehmen von Körper- und Sinneserfahrungen (B.8)

Der Betroffene 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?

Der Betroffene erfährt seinen Körper.

- Betroffener 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).
- Betroffener streicht sich wiederholt über den Körper oder die Kleidung.
- Betroffener zieht sich einzelne Kleidungsstücke immer wieder an und aus.
- Betroffener erfährt seinen Körper durch eigene oder passive Bewegung durch Mitarbeiter.

Sehen:

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

Der Betroffene nimmt alltägliche Eindrücke über verschiedene Sinne wahr.

Hören:

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

Riechen:

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

Tasten:

- Betroffener nestelt / befühl / spielt / ertastet die Beschaffenheit verschiedener Gegenstände (z.B. Tischdecke, Kleidungsstücke, Möbelstücke, Geschirr).
- Betroffener 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).
- Betroffener genießt Streichungen, Massagen, Hautpflege allgemein, Gesichtsbehandlungen, Maniküre.

B.8

Bedürfnisausprägungen

Beispiele individueller Bedürfnisprägungen:

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

- Betroffener „planscht“ am Waschbecken gerne im Wasser, taucht die Hände immer wieder ein und wirkt dabei positiv gestimmt (z.B. durch Lächeln).

Schmecken:

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

Fortsetzung Bedürfnis:

Der Betroffene nimmt alltägliche Eindrücke über verschiedene Sinne wahr.

Temperatur spüren:

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

Erschwernisse und Besonderheiten bei der Körperwahrnehmung.

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

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Vermitteln von Möglichkeiten zur Körperwahrnehmung.

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

Sehen:

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

Hören:

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

Riechen:

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

Vermitteln und Anpassen von Anregungen zur Sinneserfahrung.

Tasten:

- Durchführen von Massagen verschiedener Körperpartien (z.B. Hände, Nacken, Kopf).
- Vermitteln von Sinneseindrücken durch Angebote der Körperpflege (z.B. kosmetische Behandlung, Friseur).
- Bereitstellen von Gegenständen / Materialien unterschiedlicher Beschaffenheit (z.B. in Bezug auf die Oberfläche oder Formgebung), die durch den Betroffenen ertastet / berührt werden können.

Schmecken:

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

Temperatur(-unterschiede) spüren:

- Betroffenen Wassertemperatur während der Körperpflege spüren lassen (z.B. vorab mit den Händen fühlen lassen).
- Anpassen der Kleidung / Bettdecke an das individuelle Temperaturempfinden des Betroffenen.
- Steigerung des Wohlbefindens durch Eingehen auf das Temperaturempfinden des Betroffenen (z.B. bei Kälteempfinden die Kleidung während der Körperpflege auf der Heizung vorwärmen oder Betroffenen eine leichte Decke reichen).
- Möglichkeiten zur Temperaturwahrnehmung geben (z.B. Schnee spüren lassen, Fenster öffnen).

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

B.8

Handlungsmöglichkeiten

Bedürfniskategorie: Körperliche Aktivität und Erholung (C)

Bedürfnis: Sich bewegen / körperlich aktiv sein / bewegt werden (C.1)

Der Betroffene 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?

Der Betroffene reagiert positiv auf Bewegung.

- Betroffener 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).
- Betroffener zeigt Freude während oder nach Bewegung (z.B. Lächeln, „bei der Sache sein“, Augen weit geöffnet).
- Betroffener wirkt erschöpft und müde während oder nach Bewegung (z.B. Atmung deutet auf Anstrengung hin, Stöhnen, Augen fallen immer wieder zu, der Betroffene 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).

Der Betroffene möchte sich trotz Einschränkungen bewegen.

- Betroffener zeigt einen Bewegungsdrang (symptomatisch oder aus biographischer Gewohnheit):
- Betroffener äußert Worte / Sätze, die einen Bewegungswunsch nahe legen.
 - Betroffener ist mit den Händen aktiv (z.B. auf Tisch klopfen, Gegenstände hin und her schieben, falten, festhalten).
 - Betroffener bewegt sich wiederholt im Rollstuhl oder auf dem Stuhl (z.B. hin und her rutschen mit dem Gesäß, Trippelschritte mit den Füßen, wiederholte Aufstehversuche).

Der Betroffene reagiert negativ auf fremdinitiierte Bewegung.

- Bewegung / bewegt werden als Notwendigkeit in der Versorgung (z.B. Positionswechsel bei immobilen, bettlägerigen Betroffenen):
- Betroffener zeigt Abwehrreaktionen / Angst (z.B. Schreie, Rufe, Laute, Stöhnen, hohe Körperspannung, Gegenbewegungen) insbesondere bei abrupten, fremdinitiierten Bewegungen.

Erschwernisse und Besonderheiten bei Bewegung.

- Betroffener zeigt variierende Bewegungsmöglichkeiten im Tagesverlauf, im Verlauf verschiedener Tage oder bei verschiedenen Pflegepersonen.
- Betroffener äußert Schmerzen (verbal / nonverbal) in Zusammenhang mit Bewegung (z.B. bei ungewohnten oder ausgeprägten Bewegungsabläufen während der Pflege oder Physiotherapie).
- Betroffener wirkt während und nach Bewegungen sehr schnell erschöpft (z.B. schläft immer wieder ein, ist kurzatmig, stöhnt und schnauft).
- Betroffener hat ein erhöhtes Sturz- und Verletzungsrisiko durch unsichere Bewegungsabläufe.

C.1

Bedürfnisausprägungen

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

**Schaffen und Anpassen von
Bewegungsmöglichkeiten.**

- Unterstützte oder selbstständige Bewegung im Raum oder Bett ermöglichen (z.B. durch verbale und nonverbale Handlungsanleitung).
- Fortbewegung des Betroffenen auf einem begrenzten Raum zu Fuß oder im Rollstuhl ermöglichen (z.B. durch ein Umstellen der Möbel im Wohnbereich, Barrieren im Raum reduzieren).
- Schaffen / Angebot von Bewegungsmöglichkeiten im Alltag, die den Betroffenen zur Bewegung anregen (z.B. Bewegungsangebote, aktiver Einbezug in Handlungen der Körperpflege, Betroffener kann mit den Händen und Armen aktiv sein, Bewegung zu Musik zu gesellschaftlichen Anlässen).
- Sicherstellen von ausreichend Zeit und Anleitung für die Umsetzung der Bewegung.

**Unterstützung und Erhalt der
Bewegungsmöglichkeiten.**

- Physiotherapeutische Unterstützung der aktiven Bewegung des Betroffenen 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 Betroffenen (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 Betroffenen im Tagesverlauf.

**Durchführen 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 (C.2)

Der Betroffene erhält Möglichkeiten für Ruhepausen und Schlaf bei Erschöpfung. Der Betroffene 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?

Der Betroffene benötigt Ruhepausen zur Erholung.

- Betroffener ist erschöpft / ermüdet (z.B. Augen sind geschlossen, der Betroffene schläft im Sitzen ein, Laute, Schreie, Stöhnen, Körperhaltung, Würgereiz, schnellere Atmung, angespannter Gesichtsausdruck) nach bestimmten Handlungen oder Alltagsaktivitäten wie der morgendlichen Körperpflege, Aufenthalt unter vielen Menschen oder nach einer Bewegungsaktivität.
- Betroffener ist während einer Pflegehandlung erschöpft und benötigt eine Unterbrechung (z.B. kurze Pause zwischen Positionswechseln oder einzelnen Handlungsschritten).

Der Betroffene hat unterschiedlichen Schlafrhythmus.

- Der Schlafrhythmus des Betroffenen unterscheidet sich von anderen Familienmitgliedern / Bewohnern (z.B. Betroffener ist bereits sehr früh wach oder morgens nur schwer aufzuwecken).
- Betroffener hat ein hohes Schlafbedürfnis (z.B. schläft tagsüber ein, wirkt insgesamt sehr müde, benötigt vermehrt Ruhezeiten im Bett oder Liegesessel).
- Betroffener hat einen umgekehrten Tag-Nacht-Rhythmus (ist nachtaktiv und schläft tagsüber).

Erschwernis

- Betroffener 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.

- Akzeptanz des individuellen Schlafbedürfnisses (z.B. Betroffenen ausschlafen lassen, Körperpflege wenn möglich zeitlich verschieben).
- Betroffener kann nachts aktiv sein (z.B. im Wohnbereich umhergehen können, Sturzgefahr bei mobil stark eingeschränkten Betroffenen berücksichtigen: Klingelmatte vor dem Bett, Bettgeländer verwenden).
- Abwägen / Anpassen des Einsatzes von Medikamenten zur Verbesserung des Schlafes.

Berücksichtigung individueller Ruhebedürfnisse.

- Ermöglichen von Ruhepausen (z.B. während / nach der Körperpflege, einzelne Handlungsschritte langsamer und mit vorheriger Ankündigung durchführen, Betroffener kann Mittagsschlaf halten).
- Durchführen eines Positionswechsels (z.B. vom Rollstuhl in einen bequemeren Sessel / Bett oder Liegerollstuhl).
- Wechsel der Räumlichkeiten (z.B. vom Wohnraum in das ruhigere Schlafzimmer).

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

Psychosoziale Bedürfnisse

Bedürfniskategorie	Bedürfnis	Seite
D. Reizanpassung	D.1 Abschirmen von Reizen	71
	D.2 Vermitteln von Reizen	73
E. Kommunikation	E.1 Emotionen ausdrücken	75
	E.2 Im Austausch / Kontakt mit anderen sein	78
F. Zuwendung	F.1 Angesprochen / wahrgenommen / verstanden werden	81
	F.2 Andere berühren / berührt werden	84
G. Teilhaben	G.1 Alltag und Gemeinschaft erleben	86
	G.2 Sich beschäftigen / aktiv sein	88
H. Vertrautheit und Sicherheit	H.1 Vertrautheit	91
	H.2 Abwesenheit von Angst / sich nicht bedroht fühlen	93
I. Selbstbestimmung	I.1 Eigenen Willen ausdrücken	95
	I.2 So-Sein-Dürfen	97



Bedürfniskategorie: Reizanpassung (D)

Bedürfnis: Abschirmen von Reizen (D.1)

Der Betroffene kann nur eine beschränkte Anzahl oder Intensität von Reizen verarbeiten. Eine zu große Menge und Intensität von Reizen kann den Betroffenen überfordern. Der Betroffene 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?

Der Betroffene reagiert positiv bei reizarter Umgebung oder einzelnen Reizen.

- Betroffener 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 Betroffene allein in seinem Zimmer befindet).
- Betroffener nimmt in geräuscharmer Umgebung mehr Nahrung zu sich.
- Betroffener kann in reizarter Umgebung Handlungsanleitungen (z.B. zur Nahrungsaufnahme) besser folgen.

Der Betroffene reagiert negativ bei vielen gleichzeitig auftretenden Reizen.

- Betroffener 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 Personen, eingeschalteten Radio- oder Fernsehgeräten).
- Betroffener kann bei vielen gleichzeitig vorliegenden Umgebungsreizen gewohnte Handlungen nicht ausführen oder Anleitungen nicht umsetzen (z.B. isst Betroffener nicht bei lauter Geräuschkulisse oder kann sich auch mit Unterstützung nicht bewegen).

Der Betroffene vermittelt aktiv das Bedürfnis nach reizärmerer Umgebung.

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

Erschwernisse und Besonderheiten.

- Betroffener 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 Anleitung um).
- Betroffener ist generell geräuschempfindlich, was eventuell auch biografisch bekannt ist.
- Betroffener hat bei akuten Erkrankungen einen erhöhten Ruhe- und Rückzugsbedarf.

D.1

Bedürfnisausprägungen

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

Reizanpassung an den Betroffenen.	<ul style="list-style-type: none"> – Begrenzung von Reizen (z.B. Geräuschpegel senken, „Durchgangsverkehr“ vermeiden). – Ein kontinuierlicher und begrenzter Personenkreis kommt mit dem Betroffenen in Kontakt. – Einsatz gezielter Reize anstatt kontinuierlicher Reizvermittlung (z.B. ausgewählte Musikstücke oder singen statt Radio). – Langsameres Durchführen von Pflegehandlungen, Einlegen von Pausen, Betroffenen ausreichend Zeit geben sich auf die aktuelle Situation zu konzentrieren und einzustellen.
Anpassen 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. Ruheraum, Schlafzimmer, Bett, Liegesessel).
Beruhigung und Vermitteln von Ruhe.	<ul style="list-style-type: none"> – Hinwendung zum Betroffenen und persönliche Ansprache des Betroffenen mit seinem Namen. – Vertraute Personen versorgen den Betroffenen. – Ansprache biografisch relevanter und wiedererkannter Aspekte vermitteln dem Betroffenen Sicherheit. – Durch wiederkehrende Abläufe kann der Betroffene Vertrautes wiedererkennen, sich sicherer fühlen. – Berührung / im Arm halten vermittelt dem Betroffenen Sicherheit.

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

D.1

Handlungsmöglichkeiten

Bedürfnis: Vermitteln von Reizen (D.2)

Die verschiedenen Sinne des Betroffenen werden durch die Vermittlung von Reizen angeregt, er zeigt dabei Zeichen des Wohlbefindens oder der Aktivität. Der Betroffene 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?

Der Betroffene reagiert positiv auf äußere Reize.

Betroffener 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).
- Direkte Ansprache (bei ausbleibender Ansprache wirkt der Betroffene 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).

Der Betroffene setzt selbst Reize.

- Betroffener ergreift Gegenstände in Reichweite und ertastet diese ausführlich.
- Betroffener hantiert / arbeitet mit erreichbaren Gegenständen.
- Betroffener ist verbal aktiv, ruft, spricht, produziert Silben, Laute, Schreie.
- Betroffener 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 Betroffenen berührt und ertastet werden können.
- Wiederholte Veränderung der Räumlichkeiten / Aufenthaltsorte bieten Abwechslung für den Betroffenen.
- Angebot individueller Bewegungsmöglichkeiten für den Betroffenen (z.B. Physiotherapie).
- Anregung zur Körperwahrnehmung (z.B. durch Massagen, Lagerungsutensilien).

Vermitteln von sozialen Reizen.

- Angebot von Möglichkeiten zur Alltagsbeobachtung und Teilnahme am Gemeinschaft- / Familienleben.
- Ermöglichen von Kontakten mit anderen Betroffenen.
- Ritualisierte Ansprache bedeutender biografischer Themen.
- Fortführen tageszeitlicher oder jahreszeitlicher Rituale / Feste (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 (E)

Bedürfnis: Emotionen ausdrücken (E.1)

Der Betroffene empfindet in verschiedenen Situationen eine Vielzahl von Emotionen, denen er Ausdruck verleihen will, er möchte sich mitteilen. Der Betroffene 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?

Der Betroffene drückt aktuelle Emotion unmittelbar aus.

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

Der Betroffene drückt positive Emotionen aus.

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

Der Betroffene drückt negative Emotionen aus.

- Betroffener 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.
- Betroffener wirkt erleichtert, nachdem er seinen Ärger zum Ausdruck gebracht hat (z.B. tiefes Durchatmen, nachlassende Körperspannung).
- Betroffener drückt mit negativen Emotionsäußerungen Schmerzen / körperliches Unbehagen aus.
- Vom Betroffenen 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 Betroffener zerstritten ist).

E.1

Bedürfnisausprägungen

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

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

Der Betroffene reagiert auf Emotionen anderer.

- Betroffener reagiert positiv auf verbale Emotionsäußerungen (z.B. Späße, Scherze, Neckereien) oder nonverbale Gesten (z.B. Lächeln, bestätigendes Kopfnicken) anderer Personen.
- Betroffener kommentiert / bewertet das Verhalten anderer Personen.

Der Betroffene kümmert sich um andere.

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

Der Betroffene reagiert, wenn andere auf seine aktuelle Emotion eingehen.

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

Erschwernisse, Besonderheiten.

- Betroffenenverhalten / Grundstimmung kann jeden Tag variieren.
- Emotion des Betroffenen kann nicht immer eindeutig zugeordnet werden, andere Bedürfnisse können die Ursache einer Emotionsäußerung sein (z.B. weint ein Betroffener nicht aus Traurigkeit, sondern weil er Schmerzen hat).
- Die aktuellen Emotionen des Betroffenen 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 Betroffenen 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?**E.1****Handlungsmöglichkeiten**

Bedürfnis: Im Austausch / Kontakt mit anderen sein (E.2)

Der Betroffene 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?

Der Betroffene nimmt selbst Kontakt zu anderen Personen auf.

- Betroffener 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 betroffenen Personen und Mitarbeitern auf.
- Betroffener tritt mit Angehörigen, Mitarbeitern / anderen Betroffenen in Austausch mit Unterhaltungscharakter. Die Betroffenen 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).
- Betroffener 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).
- Betroffener kommentiert / bestätigt / maßregelt Verhaltensweisen anderer / gibt Anweisungen (z.B. mit Kopfschütteln, Nicken, Augen verdrehen, Zuwenden, Lächeln, einzelnen Worten, kurzen Sätzen).
- Betroffener wendet den Kopf spontan der Person neben sich zu.
- Betroffener bewegt sich auf Mitarbeiter oder Angehörige zu, nimmt Körperkontakt auf.

Der Betroffene reagiert positiv auf Kontaktaufnahme durch andere Personen.

- Betroffener 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, Betroffener wirkt wach und aktiv).
- Betroffener reagiert positiv auf den Aufenthalt in Menschengruppen oder auf die Gemeinschaft mit anderen betroffenen Personen und Mitarbeitern (z.B. in Bezug auf Gestik, Mimik, Körperspannung).
- Ansonsten wenig teilnehmend wirkender Betroffener reagiert freudig auf die Ansprache durch Mitarbeiter.
- Betroffener reagiert erfreut auf lobende Worte der Mitarbeiter (z.B. Lächeln nach Hinweis auf den „sehr schönen Seidenschal“).
- Betroffener reagiert auf nonverbal vermittelte Emotion der Kommunikation (z.B. über Gesten, Mimik, Körperhaltung, Stimmklang).
- Betroffener reagiert erfreut auf die Anwesenheit / den Besuch von Angehörigen oder Mitarbeitern.

E.2

Bedürfnisausprägungen

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

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

Der Betroffene reagiert positiv auf das Ansprechen seines PersonSeins / seiner Identität.

- Betroffener 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.“).
- Betroffener reagiert positiv auf das Ansprechen für ihn relevanter biografischer Themen (z.B. Familie, Beruf oder Hobby).
- Betroffener führt biografisch relevante Verhaltensweisen fort (z.B. in Gesellschaft nicht laut lachen oder sprechen).
- Betroffener führt biografisch relevante Rolle im Kontakt mit verbalen und nonverbalen Kommunikationsmitteln fort (z.B. fürsorgliche Mutter, Hausfrau, Familienvorstand, beruflich Verantwortlicher).

Kommunikation über Berührung.

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

Erschwernisse und Besonderheiten.

- Betroffener ist in der verbalen und nonverbalen Ausdrucksweise stark eingeschränkt (z.B. wenige verbliebende Worte, unzusammenhängende Worte / Sätze, wenig erkennbare Ausdruckszeichen in Gestik und Mimik).
- Betroffener ist im Sprachverständnis stark eingeschränkt, kann aber emotionale Inhalte der Kommunikation verstehen und darauf reagieren.
- Betroffener hat ein eingeschränktes Hör- und Sehvermögen.
- Betroffener kann durch seine Einschränkungen nur schwer selbst Kontakt zu anderen Personen aufnehmen, oder erfährt kaum Rückmeldung von diesen.
- Betroffener wendet sich bei Schwierigkeiten in der Kommunikation rasch ab.
- Betroffener hat einen hohen Bedarf an Ruhe, Kontakte mit anderen Personen gestalten sich schwierig.
- Betroffener 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 Menschengruppen, gemeinsamen Mahlzeiten und Aktivitäten).
- Ausreichend Zeit geben, auf eine Ansprache / Frage zu reagieren.
- Regelmäßige Ansprache des Betroffenen (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 Betroffenen in das Geschehen mit Ja-/ Nein-Fragen.
- Wertschätzende Kommunikation (z.B. durch Loben).

Erwidern der Kontaktaufnahme des Betroffenen auf verschiedenen Ebenen.

- Reaktionen auf die unterschiedlichen Formen der Kontaktaufnahme des Betroffenen 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?

E.2

Handlungsmöglichkeiten

Bedürfniskategorie: Zuwendung (F)

Bedürfnis: Angesprochen / wahrgenommen / verstanden werden (F.1)

Der Betroffene möchte in seiner aktuellen Gefühlslage und seiner Person 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?

Der Betroffene reagiert positiv auf die Ansprache seiner Person und aktuellen Lage.

- Betroffener 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.
- Betroffener wirkt wach, aktiviert, teilnehmend bei Ansprache durch Mitarbeiter, nimmt unter Umständen an weiteren Aktivitäten teil (z.B. Singen, Bewegung, Essen, Körperpflege).
- Betroffener reagiert positiv auf Gesten der Kontaktaufnahme (z.B. Blickkontakt, Winken, begrüßendes „Anstoßen“, Namensansprache).
- Ansonsten wenig teilnehmend wirkender Betroffener reagiert freudig auf die Ansprache durch Mitarbeiter und wirkt aktiviert.
- Betroffener reagiert positiv auf die Anteilnahme sowohl an negativen (z.B. traurige Stimmung, Weinen) als auch positiven (z.B. freudige, ausgelassene Stimmung) Emotionen durch andere (z.B. tröstende oder verständnisvolle Worte, Blickkontakt, und Berührungen wie Handhalten, Rückenstreichen, in den Arm nehmen).

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

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

F.1

Bedürfnisausprägungen

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen:

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

Der Betroffene fordert Zuwendung ein.

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

Besonderheiten, Erschwernisse.

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

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:
Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Individuelle Ansprache des Betroffenen 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 Betroffenen (z.B. durch ritualisierende / validierende Sätze).
- Vertraute / ritualisierte Ansprache des Betroffenen.
- Volle Hinwendung und Konzentration auf den Betroffenen (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: Betroffener erfährt verbale und nonverbale Zuwendung auch in emotional unbelasteten Situationen, bei positiver Grundstimmung (z.B. liebevolle Gesten, die Nähe, Sicherheit, Geborgenheit vermitteln: Stimmklang, Berührungen, Wangen streichen, Haarsträhne zurück streichen, in den Arm nehmen).

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

Bedürfnis: Andere berühren / berührt werden (F.2)

Der Betroffene möchte in verschiedenen sozialen Situationen andere berühren. Der Betroffene 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?

Der Betroffene reagiert positiv auf Berührung.

- Betroffener zeigt positive Reaktionen auf Berührungen / Körperkontakt unterschiedlicher Art (z.B. Hand halten, Wange Streichen, in den Arm nehmen, Rücken streichen).
- Betroffener zeigt positive Reaktionen bei Berührung durch vertraute Personen (z.B. Lächeln, Entspannung, Laute und Schreie nehmen ab).
- Betroffener beruhigt sich bei verbaler Ansprache verbunden mit beschützender, tröstender Berührung (z.B. Handhalten, Festhalten).
- Betroffener zeigt positive Reaktionen (z.B. Entspannung, Lächeln, Fröhlichkeit) auf unterschiedliche mit Berührung verbundene Aktivitäten (z.B. Maniküre, Handmassage, Frisörbesuch).
- Betroffener entspannt sich (z.B. in Bezug auf eine weniger verkrampfte Haltung, verminderte Spastik der Extremitäten) als Reaktion auf eine gezielte Berührung (z.B. Massage, Ausstreichen).

Der Betroffene drückt durch Berührung Emotionen aus, möchte andere berühren.

- Betroffener drückt mit Berührungen Zuneigung aus (z.B. umarmt, herzt, küsst auf die Wange, streichelt andere).
- Betroffener ergreift die angebotene Hand oder greift nach vorübergehenden Personen.
- Betroffener lässt Mitarbeiter oder Angehörige nicht los (z.B. bei der Umarmung oder Halten der Hand).
- Betroffener streichelt und beobachtet gerne Tiere.
- Betroffener wirkt ruhiger und entspannter, wenn er etwas in den Händen oder Armen halten kann (z.B. Puppen oder Plüschtiere).

Besonderheiten, Erschwernisse.

- Betroffener 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.
- Betroffener reagiert im Gegensatz zu biografisch bekanntem Verhalten aktuell positiv auf Berührungen.

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:
Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Ermöglichen von Berührung im Alltag.

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

Berührung als Kommunikation.

- Über Berührungen kann viel vom aktuellen Zustand des Betroffenen erspürt werden (z.B. Körperspannung, Bewegungen, Kraft, Körpertemperatur).
- Beruhigung des Betroffenen 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 (G)

Bedürfnis: Alltag und Gemeinschaft erleben (G.1)

Der Betroffene 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?

Der Betroffene zeigt Interesse an seiner Umgebung, reagiert positiv auf Alltagssituationen.

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

Der Betroffene reagiert positiv auf das Zusammensein mit anderen Personen.

- Betroffener wirkt in Gemeinschaft / in geschäftiger Umgebung positiv gestimmt / wacher / aktiver (z.B. in Bezug auf eine entspannte Körperhaltung, Lächeln).
- Betroffener zeigt besondere Sympathie für einzelne Personen (z.B. möchte neben der Person sitzen, Anlächeln, Umarmen).
- Betroffene reagieren verbal und nonverbal aufeinander (z.B. durch Unterhaltung / Smalltalk, Zunicken, Berührung).
- Betroffener isst und trinkt in Gemeinschaft reichlicher und wirkt dabei entspannt.

Besonderheiten, Erschwernisse.

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

G.1

Bedürfnisausprägungen

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:

Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Gemeinschaft mit anderen Betroffenen ermöglichen.

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

Beobachtung der Umgebung und von alltäglichen Situationen ermöglichen.

- Akustisches, visuelles und olfaktorisches Wahrnehmen von Haushaltsaktivitäten / Alltagssituationen ermöglichen (z.B. Speisen so zubereiten, dass Aktivitäten in der Küche vom Betroffenen beobachtet / gehört / gerochen werden können).
- Beobachtung von Alltag und Umwelt außerhalb des Hauses / der Wohnung ermöglichen (z.B. kann der Betroffene 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 Wohnräumen ermöglichen (z.B. für Pflegebetten, Liegerollstühle, große Sessel).
- Gestaltung des Raumes (z.B. „Beobachtungsposten“ in Küche oder Wohnzimmer und tiefe Fenster, um nach draußen schauen zu können).
- Barrierefreier Zugang und Begleitung nach draußen / Garten.
- Gestaltung der Wohnung / des Zimmers (z.B. mit regional typischen Gegenständen / Bildern / Farben, jahreszeitliche Gestaltung der Räumlichkeiten).

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

G.1

Handlungsmöglichkeiten

Bedürfnis: Sich beschäftigen / aktiv sein (G.2)

Der Betroffene 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?

Der Betroffene startet selbst eine Beschäftigung, möchte etwas Sinnhaftes tun.

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

Der Betroffene ist positiv gestimmt während einer Beschäftigung.

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

G.2

Bedürfnisausprägungen

Beispiele individueller Bedürfnisprägungen:

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

Besonderheiten, Erschwernisse.

- Betroffener zeigt eine geringe Konzentrations- / Aufmerksamkeitsspanne (z.B. Beenden der Tätigkeit schon nach kurzer Zeit, Betroffener wirkt erschöpft / müde).
- Betroffener scheint sich zu langweilen, wirkt teilnahmslos, desinteressiert (z.B. reagiert nicht auf ein Beschäftigungsangebot, schläft ein).
- Betroffener wirkt durch die Tätigkeit überfordert (z.B. wirkt angespannt, hektischer / hilfeschender Blick, wendet sich ab).

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, religiöse Lieder, 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
Betroffenen.**

- Leichte Erreichbarkeit oft genutzter und bevorzugter Gegenstände gewährleisten (z.B. auf dem Tisch des Betroffenen).
- Eingehen auf das aktuelle Befinden des Betroffenen 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?

G.2

Handlungsmöglichkeiten

Bedürfniskategorie: Vertrautheit und Sicherheit (H)

Bedürfnis: Vertrautheit (H.1)

Regelmäßig wiederkehrende Personen und Handlungen vermitteln dem Betroffenen 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?

Der Betroffene reagiert positiv bei vertrauten Personen oder Situationen.

- Betroffener reagiert positiv auf bekannte Personen (z.B. bezüglich Blickkontakt, Anlächeln, Zuwenden, Körperspannung).
- Betroffener wirkt ruhiger bei gleichbleibenden, bekannten Abläufen / Räumlichkeiten (z.B. in Bezug auf Beruhigung, Körperspannung, Schreie, Laute).
- Betroffener lässt Pflegehandlungen nur von bestimmten Personen zu.
- Betroffener reagiert positiv auf durch typische Berufskleidung erkennbare Personen (z.B. Priester, Arzt), Personen des anderen Geschlechts, junge Menschen.

Der Betroffene reagiert negativ / zurückhaltend bei unbekanntem Personen oder unvertrauten Situationen.

- Betroffener verhält sich bei Anwesenheit fremder Personen anders als gewohnt (z.B. in Bezug auf Blickkontakt, Mimik, Gestik, Körperspannung, Abwenden, verbale Kommunikation).
- Betroffener reagiert mit Angst auf Personen des anderen Geschlechts (z.B. Anspannung, zurückhaltendes Beobachten, Wegdrehen).
- Betroffener scheint von der aktuellen Situation überfordert (weiß sie nicht einzuordnen) und reagiert ängstlich / zurückhaltend / verwirrt (z.B. angespannte Mimik, Wegdrehen, hohe Körperspannung).
- Betroffener 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).

Der Betroffene reagiert positiv auf biografisch relevante Lebensthemen.

- Betroffener 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).
- Betroffener kann aus negativer Emotion, wie z.B. Weinen, Unruhe, Unwohlsein über die Ansprache positiv besetzter biografischer Aspekte (z.B. Familie, Hobby, Werte) herausgeleitet werden.

H.1

Bedürfnisausprägungen

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:
Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

Kontinuität schaffen.

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

Vertrautheit über biografische Kontinuität.

- Wiederkehrende (ritualisierte) Ansprache des Betroffenen (z.B. Vor- und / oder Nachnamen, Du / Sie).
- Wiederkehrende (ritualisierte) Ansprache von relevanten Lebensthemen (z.B. Familie, Beruf, Hobby).

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



Bedürfnis: Abwesenheit von Angst / sich nicht bedroht fühlen (H.2)

Der Betroffene 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?

Der Betroffene drückt Angst aus.

- Betroffener zeigt seine Angst verbal (z.B. durch Hilferufe, Rufe, Schreie, Laute, Weinen, Wimmern).
- Betroffener zeigt seine Angst nonverbal (z.B. durch erhöhte Körperspannung, beschleunigte oder laute Atmung, Übelkeit, Erbrechen, Festhalten / Festklammern am Bett oder Mitarbeiter).
- Betroffener zeigt seine Angst durch Abwehrreaktionen (z.B. durch Wegschieben oder Zurückweichen von Mitarbeitern, Wegschlagen mit den Händen).
- Betroffener zeigt seine Angst durch motorische Unruhe (z.B. in Bezug auf Körperspannung, Bewegungen im Sitzen, Aufstehversuche, Versuche den Raum zu verlassen).

Der Betroffene zeigt unterschiedliche Ursachen für Angst.

- Betroffener 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).
- Betroffener zeigt Angst während unterschiedlicher Handlungen der Körperpflege.
- Betroffener zeigt vermehrt Angst nach kürzlich erlebten Stürzen.
- Betroffener zeigt Ängste beim Verlassen des Gebäudes.
- Betroffener reagiert ängstlich / panisch bei Verschlucken und möchte unter Umständen einige Zeit danach kaum Nahrung zu sich nehmen.
- Betroffener zeigt Angst / Unsicherheit aufgrund von Orientierungslosigkeit im Raum / Gebäude.
- Betroffener zeigt Angst / erschreckt sich bei lauten Geräuschen, unvorbereiteten Berührungen, plötzlichem Herantreten von anderen Personen.
- Betroffener zeigt Angst vor Dunkelheit in der Nacht.
- Betroffener zeigt Angst vor dem Alleinsein, sucht immer wieder den Kontakt zu anderen Personen (z.B. Blickkontakt, rufen nach Mitarbeitern oder anderen biografisch relevanten Personen).
- Betroffener zeigt Angst bei Personen des anderen Geschlechts.

Besonderheiten, Erschwernisse.

- Betroffener lässt sich nur sehr schwer aus seiner Angst leiten, baut nur langsam Vertrauen zu einzelnen Mitarbeitern auf.
- Betroffener ist sehr verängstigt nach Krankenhausaufenthalt.
- Betroffener kann verbale Aufforderungen nur schwer umsetzen, was seine Unsicherheit erhöht.
- Hinter einer Angst bei Bewegung können Schmerzen oder die Angst vor Schmerzen stehen.

H.2

Bedürfnisausprägungen

**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. Betroffenen vor einem Positionswechsel die Bettkante ertasten zulassen).
- Ermöglichen von Kontinuität in Bezug auf möglichst gleichbleibende Handlungsabläufe (z.B. bei der Körperpflege oder Lagerung).
- Ermöglichen von Kontinuität in Bezug auf versorgende Mitarbeiter (z.B. führen wenn möglich die Mitarbeiter Handlungen der Körperpflege aus, bei denen der Betroffene keine Zeichen der Angst ausdrückt).
- Ermöglichen von Kontinuität im Tagesablauf (z.B. möglichst gleich strukturierter Tagesablauf für besonders sensible / ängstliche Betroffene).

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).
- Anpassung der Gebäudesicherung (z.B. elektronisches Sicherheitssystem, nicht als solche zu erkennende Eingangstüren, gesicherte Treppenhäuser).
- Anpassung der unmittelbaren Betroffenenumgebung (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?

H.2

Handlungsmöglichkeiten

Bedürfniskategorie: Selbstbestimmung (I)

Bedürfnis: Eigenen Willen ausdrücken (I.1)

Der Betroffene 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?

Der Betroffene drückt seine Zustimmung / positive Emotionen aus.

- Betroffener zeigt seine Zustimmung / Wohlbefinden verbal (z.B. „Ja“, „Mmmh“, „schmeckt lecker“).
- Betroffener zeigt seine Zustimmung / Wohlbefinden nonverbal (z.B. Lächeln, Kopfnicken, Mund wird zur Nahrungsaufnahme geöffnet, entspannte Körperhaltung, Blickkontakt, Zuwenden zum Geschehen, Unterstützen der Handlung, Zuwinken, Augen sind weit geöffnet / Betroffener wirkt interessiert).

Der Betroffene drückt seine Ablehnung / negative Emotionen aus.

- Betroffener zeigt seine Ablehnung / Unwohlsein verbal (z.B. Schreie, Laute, verbale Äußerungen „Nein“).
- Betroffener zeigt seine Ablehnung / Unwohlsein nonverbal (z.B. Mund wird nicht geöffnet bei angereichten Speisen oder Medikamenten, Augen werden geschlossen, Gesichtsausdruck ist verkrampft, Kopfschütteln, Kopf wird weggedreht, hohe Körperspannung, Arm des Mitarbeiters wird weggeschoben, Schlagen, Treten).

Der Betroffene drückt auf Nachfrage seinen aktuellen Willen (Zustimmung / Ablehnung) aus.

- Betroffener antwortet auf Ja-Nein Fragen (z.B. verbal: „Ja“, „Nein“, „Mmmh“; nonverbal: Kopfschütteln, Kopfnicken).
- Betroffener drückt Zustimmung / Ablehnung aus / zeigt zustimmendes / abweisendes Verhalten (siehe Ausdruckszeichen oben).

Der Betroffene nimmt durch Willensäußerungen (Zustimmung / Ablehnung) Einfluss auf die Situation.

- Betroffener lässt Pflegehandlungen nur in einem für ihn angenehmen Tempo oder ihm angenehmen Zeitpunkt zu.
- Betroffener lässt einzelne Handlungen nur von bestimmten Personen zu (z.B. Angehörige, bestimmte oder zeitlich wechselnde Mitarbeiter).
- Betroffener zeigt bei bestimmten Handlungen (z.B. Bartpflege oder Kopfberührungen) eine so starke Abwehrreaktion, dass diese durch Mitarbeiter nicht durchgeführt werden können.
- Betroffener drückt Misempfindung / Unwohlsein / Wohlbefinden in bestimmten Situationen aus (z.B. bei hoher Lautstärke, bei bestimmten Geräuschen, lebhafte Betriebsamkeit im Raum).
- Betroffener 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.
- Betroffener 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).

I.1

Bedürfnisausprägungen

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 Betroffenen abwarten).
- Willen des Betroffenen (Zustimmung / Ablehnung) zu beabsichtigten / anstehenden Handlungen erfragen (durch Ja- / Nein-Fragen).
- Willen des Betroffenen (Zustimmung / Ablehnung) zu beabsichtigten / anstehenden Handlungen wahrnehmen (durch Beobachtung der Ausdruckszeichen).
- Ermittlung des Betroffenenwillens aus eventuellen Patientenverfügungen, früheren Äußerungen mit dem Abgleich zum aktuell beobachtbaren Verhalten.

**Reaktion auf aktuelle
Willensäußerungen des
Betroffenen.**

- 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 (I.2)

Der Betroffene kann seine individuellen 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?

Der Betroffene zeigt individuelle oder ungewöhnliche Verhaltensweisen.

- Betroffener 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).
- Betroffener hat seinen eigenen Rhythmus, evtl. konträr zum Ablauf seiner Umgebung (z.B. Schlafrhythmus, Essens- und Körperpflegezeiten, Körperpflege nach einem bestimmten Schema / Ritual).
- Betroffener fühlt sich bei Gemeinschaftsaktivitäten unwohl, möchte sich lieber allein beschäftigen.
- Betroffener 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 Betroffenen.

- Betroffener 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).
- Betroffener zeigt aus der Biografie bekannte Vorlieben (z.B. in Bezug auf die Nahrungsaufnahme, Kleidung oder Lieblingsspeisen).
- Betroffener zeigt aus der Biografie bekannte Charaktereigenschaften (z.B. eher Einzelgänger, Willensstärke, eher ängstliche Person).

Erschwernisse, Besonderheiten.

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

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten:
Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?

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

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

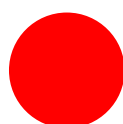
- Annahme und Einlassen auf die jeweilige aktuelle Situation des Betroffenen (z.B. Angst, Fürsorge, Arbeiten, Ordnung halten).
- Unkonventionelle, persönliche Vorlieben, Interessen, Gewohnheiten werden wenn möglich fortgeführt (z.B. Essen mit den Fingern).
- Umsetzung alltäglicher / auch ungewöhnlicher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

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

Spirituelle Bedürfnisse

Bedürfniskategorie	Bedürfnis	Seite
J. Religion	J.1 Religiosität ausdrücken	100
	J.2 An religiösen Ritualen teilnehmen	102

Der Bereich der spirituellen Bedürfnisse erfährt ein hohes Interesse in der Versorgung. Im Forschungsprojekt wurden Bedürfnisse spiritueller Art ebenfalls entdeckt, wenn auch in geringerer 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 einzelne Menschen mit schwerer Demenz 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 der Betroffenen, die aktuell nicht immer eindeutig beobachtbar sind.



Bedürfniskategorie: Religion (J)

Bedürfnis: Religiosität ausdrücken (J.1)

Der Betroffene 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?

Der Betroffene zeigt religiös bezogene Verhaltensweisen.

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

Biografische Bedeutsamkeit der Religion für den Betroffenen.

- Durch frühere Äußerungen des Betroffenen oder Angaben durch Angehörige ist ein hoher Stellenwert von Religion / Spiritualität bekannt.
- Persönliche Umgebung des Betroffenen 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.
- Betroffener nahm in früheren Phasen der Erkrankung aktiv und gern an religiösen Handlungen teil.

Besonderheiten

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

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

Der Betroffene kann Religiosität ausdrücken.

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

Berücksichtigung religiöser Bezüge am Lebensende.

- Ermöglichen eines religiösen Beistandes im Sterbeprozess.
- Verabschiedung verstorbener Betroffener mit religiösen Ritualen / Praktiken.

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



Bedürfnis: An religiösen Ritualen teilnehmen (J.2)

Der Betroffene 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?

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

- Betroffener 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).
- Betroffener betet selbst (z.B. Rosenkranz beten, Tischgebete, religionsbezogene Redewendungen).
- Betroffener singt im religiösen Kontext (z.B. singt mit während religiöser Handlungen, zeigt positive Emotionen beim Singen).

Interesse an Religion nimmt ab.

- Betroffener 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.

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

Berücksichtigung religiöser Bezüge am Lebensende.

- Betroffener 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?

4. Weiterführende Literatur

Im Folgenden finden Sie eine Literaturliste zu den hier beschriebenen Themen, die Sie zur Vertiefung der in dieser Arbeitshilfe behandelten Themen nutzen können.

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.

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.