UNIKLINIK KÖLN
Zentrum für Palliativmedizin

ARBEITSHILFE

für die Versorgungspraxis der stationären Altenhilfe

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

GEFÖRDERT VOM:

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 1

1. Hintergrund 3
1.1. Entwicklung der Arbeitshilfe 3
1.1.1. Systematische Übersichtsarbeit 3
1.1.2. Erfassung der Bedürfnisse – Datenerhebung und Auswertung 4
1.1.3. Erarbeitung der Arbeitshilfe 4
1.2. Zielsetzung der Arbeitshilfe und Anwendung in der Praxis 5
1.2.1. Was soll die Arbeitshilfe leisten? 5
1.2.2. Wie ist die Arbeitshilfe aufgebaut und wie kann sie genutzt werden? 5
1.3. Durchführung einer Bestandsaufnahme 5

2. Voraussetzung für eine bedürfnisorientierte Versorgung 8
2.1. Das PersonSein entdecken 8
2.2. Zugang finden 8
2.3. Angehörige einbeziehen 10
2.4. Rahmenbedingungen berücksichtigen 10

3. Bausteine für die Bedürfniserkennung 11
3.1. Mitarbeiterperspektive 11
3.1.1. Baustein: Innere Haltung der Mitarbeiter 11
3.1.2. Baustein: Kompetenz 12
3.1.3. Baustein: Bedürfniskategorien 12
3.2. Zugang zum Bewohner finden 13
3.2.1. Baustein: Beobachten – Ausdruckszeichen des Bewohners erkennen 13
3.2.2. Baustein: Wissen sammeln – Bewohner kennenlernen 16
3.3. Bewohnerperspektive: Individuelle Bedürfnisse erkennen und ihnen begegnen 17

4. Weiterführende Literatur 18

Anhang 19
Gesamtübersicht der Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz 19

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

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

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

Köln, im Mai 2015

Die Autoren und Projektleiter

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

1.1.2. Erfassung der Bedürfnisse – Datenerhebung und Auswertung

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

1.1.3. Erarbeitung der Arbeitshilfe

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

---

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

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

Institutionskultur und gesellschaftliche Rahmenbedingungen

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

Haltung des Teams

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

Kompetenzen

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

---

[5] Weitere Orientierung für eine Bestandsaufnahme bieten:
Das Grundsatzpapier des DHPV und der DGP zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe Stand August 2012:
http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/Betreuung%20schwerstkranker%20und%20sterbender%20Menschen%20im%20hohen%20Lebensalter%20in%20Pflegeeinrichtungen.pdf
Der Abschlussbericht Palliative Care und Abschiedskultur bei Menschen mit schwerer Demenz der gos Gesellschaft für Organisationsberatung in der Sozialen Arbeit mbH Stand November 2013: http://www.awo-obb-senioren.de/uploads/media/Palliative_care_und_Abschiedskultur_bei_Menschen_mit_schwerer_Demenz__Abschlussbericht.pdf
Die deutsche Übersetzung des EAPC Weissbuches Demenz Stand Januar 2015:
http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Dementia/ExplanatoryText_EAPC%20dementiaWP_Ge.pdf

2. Voraussetzung für eine bedürfnisorientierte Versorgung

2.1. Das PersonSein entdecken

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

2.2. Zugang finden

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

2.3. Angehörige einbeziehen

Menschen mit schwerer Demenz stehen auch immer 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. Und selbst wenn diese unter Umständen nicht mehr leben, so sind sie doch auch Bestandteil der Erinnerungen des Bewohners. Auch wenn sich die vorliegende Arbeitshilfe überwiegend auf die persönliche Begegnung der Pflegenden mit Bewohnern mit schwerer Demenz bezieht, so bedeutet dies keineswegs, diese Rolle der Angehörigen schmälern zu wollen. Ganz im Gegenteil verstehen die Autoren diese Arbeitshilfe als Möglichkeit der konkreten Zusammenarbeit mit den Angehörigen, sei es bei der Wissenssammlung, bei der Beobachtung oder auch bei der Erfüllung vorhandener Bedürfnisse.

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

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

2.4. Rahmenbedingungen berücksichtigen

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

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

3.1.2. Baustein: Kompetenz

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

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

3.1.3. Baustein: Bedürfniskategorien

Übersicht – Welche Bedürfnisse haben Menschen mit schwerer Demenz?

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

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

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

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

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

Tabelle 2: Ausdruckszeichen von Menschen mit schwerer Demenz

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

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

3.2.2. Baustein: Wissen sammeln – Bewohner kennenlernen

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

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

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

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

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

4. Weiterführende Literatur

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bereich: Körperliche Bedürfnisse

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

Bedürfniskategorie: Nahrungsaufnahme

Bedürfnis: Essen und Getränke zu sich nehmen

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

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen: Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?	
Bewohner nimmt die angebotene Nahrung selbstständig oder angereicht durch Mitarbeiter positiv auf.	– Bewohner öffnet selbstständig den Mund zur Nahrungsausnahme oder mit Hilfe verbaler und nonverbaler Anleitung und Unterstützung. – Bewohner nimmt Speisen und Getränke nach wiederholter Ansprache und Erinnerung positiv auf. – Bewohner kaut und schluckt gut. – Bewohner hat eine entspannte Körperhaltung während der Mahlzeit (z.B. in Bezug auf Gestik, Mimik oder Körperspannung). – Bewohner nimmt sich Speisen und Getränke von anderen Bewohnern.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen: Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?	
Fortsetzung Bedürfnis: **Bewohner nimmt nur sehr geringe Mengen oder überhaupt keine angebotene Nahrung zu sich.**	– Bewohner lehnt angebotene Speisen und Getränke ab bzw. beendet die weitere Nahrungsaufnahme durch nonverbale Ausdruckszeichen (z.B. Mund nicht geöffnet, Kopfschütteln, Wegdrehen des Kopfes oder Abwenden des Oberkörpers, wiederholtes Wegschieben von auf dem Tisch stehenden Speisen und Getränken, Wegdrücken von Besteck mit Lippen, Zunge oder Hand). – Bewohner belässt die aufgenommene Nahrung im Mund, schluckt diese nicht herunter oder bringt die Nahrung wieder aus dem Mund heraus.

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

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Anpassung von Konsistenz, Optik und Nährstoffgehalt der Nahrung an die Ressourcen des Bewohners.	– Angebot von Fingerfood bei vorhandenen Ressourcen der selbstständigen Nahrungsaufnahmen (z.B. Obst und Gemüse in kleinen mundgerechten Stücken, Teller mit belegten Broten). – Angebot passierter Kost und angedickter Getränke bei Kau- und Schluckproblemen. – Anpassung der Reihenfolge von festen Speisen und Getränken bei Kau- und Schluckproblemen. – Anpassung der Darreichungsform von Medikamenten bei Kau- und Schluckproblemen (z.B. Tropfenform, zerkleinerte Tabletten, Suppositorium). – Hochkalorische Anreicherung der Speisen bei geringer Nahrungsaufnahme und optisch ansprechende Darreichung von (passierten) Nahrungsangeboten (z.B. Smoothfood, ansprechendes Geschirr oder Tischgedeck).

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Anpassung der äußeren Reize während der Nahrungsaufnahme.	– Anpassung der Umgebungsreize (z.B. Nahrungsaufnahme erfolgt in ruhiger Umgebung oder in Gemeinschaft an einem großen Tisch). – Anpassung der Ansprache während der Nahrungsaufnahme (z.B. möglichst wenig oder kontinuierliche verbale Ansprache, Aufnahme von Blickkontakt, Berührung). – Konstante Begleitung der Mahlzeit durch einen Mitarbeiter / Angehörigen (z.B. führt ein ständiger Wechsel der Personen zu Unruhe / Unsicherheit). – Vermeidung von Zeitdruck (z.B. ausreichend Zeit für die Nahrungsaufnahme geben, Hektik in der Umgebung vermeiden).

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

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Anpassung der Körperpflege an die Ressourcen des Bewohners.	– Anpassung der Durchführung der Körperpflege an den Mobilitätsgrad des Bewohners (z.B. im Pflegebett, Bad, im Sitzen oder Stehen vor dem Waschbecken, mit Hilfe eines Dusch- oder Toilettenstuhls). – Aktiver Einbezug des Bewohners in die Körperpflege unter Anleitung / Hilfestellung (z.B. mit Waschlappen Gesicht und Oberkörper waschen lassen, Waschschüssel halten lassen, Bewohner auffordern die Arme zu heben / die Körperposition zu ändern). – Ankündigung (verbal, nonverbal) / Anbahnung von Handlungen durchführen und die Zustimmung zu Handlungen erfragen (z.B. „Jetzt die Arme hochheben", „Ist die Wassertemperatur so angenehm?", elektrischen Rasierer zum Gesicht führen und Bewegungen anbahnen).
Minimierung möglicher Belastungen.	– Anpassung an die Verfassung (Tagesform) des Bewohners (z.B. Waschen statt Duschen; Körperpflege erst im Tagesverlauf durchführen). – Ruhige / bedachte Durchführung der Handlungen, wiederholte kurze Erholungspausen ermöglichen. – Schaffung einer für den Bewohner angenehmen Atmosphäre (z.B. Ruhe, angenehme Raumtemperatur, humorvoller Umgang miteinander / Scherzen). – Beruhigung des Bewohners durch Berührung und verbale Ansprache (z.B. in den Arm nehmen, Hand streicheln).
Wahrung der Intimsphäre.	– Durchführung der Körperpflege durch möglichst wenige und für den Bewohner vertraute Personen. – Bedeckung intimer Körperstellen zwischen den einzelnen Handlungsschritten (z.B. durch Handtuch). – Schaffung einer für den Bewohner angenehmen Atmosphäre (z.B. Ruhe, geschlossene Türen, abschirmende Vorhänge, humorvoller Umgang miteinander / Scherzen). – Vorherige verbale Ankündigung der Handlungen.
Berücksichtigung biografischer Erkenntnisse.	– Beachtung von Vorlieben / Gewohnheiten des Bewohners zu Handlungen der Körperpflege (z.B. regelmäßiger Frisörbesuch, Fußpflege, „Vorwärmen" von Kleidung auf der Heizung). ***Hinweis: Angehörige können wichtige Hinweise zu früheren Gewohnheiten und Vorlieben geben.***
Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?	

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Durchführung einer regelmäßigen Zahn- und Mundpflege	– Wiederholter Anleitungen und Hilfestellung durch Erklärung oder Nennung der Handlungsreihenfolge (z.B. verbal, Zahnbürste gemeinsam mit Bewohner zum Mund führen, Zahnputzbecher zum Umspülen reichen, ansetzen). – Sicherstellung von ausreichend Zeit für die Umsetzung der Zahn- und Mundpflege. – Berücksichtigung biografischer Aspekte (z.B. Wichtigkeit der Zahnpflege im Lebensverlauf).
Flexible Anpassung der Zahn- und Mundpflege.	– Alternative Anpassung der herkömmlichen Zahn- und Mundpflege an die Ressourcen des Bewohners (z.B. Verwendung von Kinderzahnpasta bei Problemen mit dem Umspülen, Watteträger, Mundspülung). – Wiederholtes Ausprobieren, um sich bei vorhandenen Abwehrreaktionen des Bewohners langsam an eine Zahn- und Mundpflege anzunähern (z.B. Zahn- und Mundpflege zu regelmäßigen Zeiten durchführen, zu Beginn nur den Mund berühren und Zahnputzbewegungen allmählich ausdehnen). – Abbruch der Zahn- und Mundpflege und Nachholen zu einem späteren Zeitpunkt.
Erleichterung / Vermeidung von Schmerzen.	– Beheben der Schmerzursachen (z.B. (Pilz-)Infektionen der Mundschleimhaut, Karies, Parodontose). – Sicherstellung einer zahnärztlichen Betreuung (z.B. Hausbesuche durch den Zahnarzt, unter Umständen sind mehrmalige Versuche oder eine Sedierung des Bewohners notwendig). – Gabe von schmerzstillenden Medikamenten. – Vermeidung von schmerzauslösenden Nahrungsmitteln.
Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?	

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Ermöglichung regelmäßiger Ausscheidung.	– Regelmäßige Nutzung der Toilette / des Toilettenstuhls wird ermöglicht und an den Unterstützungsbedarf und die aktuell vorhandenen Ressourcen des Bewohners angepasst. – Unterstützung des regelmäßigen Ausscheidevorgangs (z.B. durch verbale Ankündigung und Anregung auszuscheiden, laufenden Wasserhahn in Hörweite, Bauchmassagen). – Sicherstellung von ausreichend Zeit und Ruhe während des Toilettengangs. – Verwendung passender und an die Ressourcen des Bewohners angepasster Hilfsmittel (z.B. Toilettenstuhl). – Erkennung und Beeinflussung der Ursachen für Obstipation zur Sicherstellung eines regelmäßigen Stuhlgangs (z.B. abführende Speisen und Getränke, Medikamente).
Entlastung bei Anstrengungen durch das Ausscheiden.	– Anstrengungen durch den Wechsel von Inkontinenzmaterialen bei bettlägerigem Bewohner möglichst gering halten (z.B. Ausführung durch zwei Mitarbeiter, spezielle Liegestühle). – Sicherstellung von Erholungsmöglichkeiten und Ruhepausen des durch das Abführen stark körperlich belasteten Bewohners.
Sicherstellung eines behutsamen Vorgehens bei der Intimpflege.	– Durchführung der Intimpflege erfolgt behutsam und mit verbaler und nonverbaler Ankündigung. – Behutsames Waschen und Reinigen bei Blasendauerkathetern. – Anwärmen des Toilettensitzes bei Kälteempfindlichkeit. – Verwendung passender Inkontinenzmaterialien. – Übernahme der Inkontinenzversorgung / Intimpflege durch möglichst wenige und für den Bewohner vertraute Personen. – Bedeckung intimer Körperstellen zwischen einzelnen Handlungsschritten.
Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?	

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Einbezug des Bewohners beim Kleiden.	– Durchführung von Handlungen des Kleidens durch den Bewohner nach vorhandenen Ressourcen (z.B. beim An- und Auskleiden während der Körperpflege). – Ankündigung und Anleitung von Handlungen beim An- und Auskleiden (z.B. Erklärung und Erinnerung an bestimmte Handlungsschritte).
Anpassung der Kleidung an persönlichen Vorlieben, Jahreszeiten und bestimmte Anlässe.	– Beachtung der Kleidungsgewohnheiten des Bewohners unter Berücksichtigung des Wissens aus der Biografie. – Auswahl persönlicher Accessoires (z.B. Schmuck, Halstuch). – Einbezug des Bewohners in die Auswahl der Kleidung (z.B. zwei Hemden zur Auswahl zeigen). – Auswahl adäquater Kleidung für unterschiedliche Anlässe und äußere Bedingungen (z.B. festliche Kleidung für die Weihnachtsfeier). – Auswahl passender „Alltagskleidung" bei bettlägerigen Bewohnern (z.B. nicht nur Nachthemd o.ä., sondern geeignete Bluse). ***Hinweis: Angehörige können wichtige Hinweise zu früheren Gewohnheiten und Vorlieben geben.***
Anpassung der Kleidung an die körperliche Verfassung Bewohners.	– Auswahl geeigneter Kleidung (z.B. weit sitzende / bequeme Kleidung auswählen, auf wenig störende Nähte achten, Hosen möglichst ohne Knöpfe, leichte oder warme Kleidung, bei Bettlägerigkeit kann das Oberteil unter Umständen zum einfacheren An- und Auskleiden am Rücken aufgetrennt werden). – Tragen eines Kleiderschutzes während der Mahlzeiten, um ein häufiges für den Bewohner anstrengendes Aus- und Ankleiden zu vermeiden. – Akzeptanz von nicht stets sauberer Kleidung in den Fällen, in denen der Bewohner z.B. keinen Kleiderschutz tragen oder auf eine bestimmte Art essen möchte.
Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?	

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Durchführung regelmäßiger Schmerzerfassung und Identifikation von Schmerzursachen.	– Kontinuierliche Beobachtung des Bewohners auf mögliche Verhaltensweisen, die auf vorhandene Schmerzen hindeuten. Verwendung von Assessmentinstrumenten zur Schmerzerfassung. – Beobachtung von u.a. Hautinfektionen, Wunden, Verletzungen durch Stürze, verletzte Mundschleimhaut als mögliche Schmerzursachen. – Sensible Beobachtung ungewöhnlicher Verhaltensweisen, wie Unruhe oder Angst als möglicher Ausdruck von Schmerzen. – Ausschluss anderer Ursachen für bestimmte Verhaltensweisen (z.B. Hunger oder Durst, Angst vor Stürzen).
Therapeutische Behandlung von Schmerzen.	– Verabreichung einer individuell angepassten Schmerzmedikation (z.B. Medikamente in flüssiger / zerkleinerter Form). – Behandlung oder Prophylaxe von schmerzverursachenden Erkrankungen, Wunden, Dekubitus, Verletzungen, Kontrakturen. – Regelmäßige Durchführung ko-therapeutischer Maßnahmen eventuell mit vorheriger Schmerzmedikation (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Massage, regelmäßige Bewegung der Extremitäten). – Anpassung der Körperpflege und Mobilisierung an die Ressourcen des Bewohners (z.B. Bewegungen langsam anbahnen und durch verbale / nonverbale Kommunikation Unterstützung, Schmerzmedikation vor anstehenden Bewegungen). – Regelmäßige Betreuung durch den Haus-und / oder Facharzt. – Regelmäßiger Austausch des Teams bezüglich der Beobachtungen zum Schmerzerleben des Bewohners. – (Zahn-)ärztliche Betreuung nach Bedarf in Kombination mit beruhigenden / sedierenden Medikamenten.
Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?	

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Verlaufsbeobachtung und Behandlung der chronischen /akuten Erkrankungen / Symptombehandlung.	– Verlaufsbeobachtung und Behandlung / Linderung von Symptomen angepasst an das jeweilige Krankheitsbild des Bewohners (z.B. Medikation oder nichtmedikamentöse Behandlung, Einbezug weiterer Therapeuten wie Logopäden oder Physiotherapeuten). – Regelmäßiger Konsultation durch Haus- und / oder Fachärzte. – Abwägung der Therapieoptionen (z.B. Antibiotikagabe, Chemotherapie, Anpassung / Reduzierung der Medikamente).
Anpassung der Versorgung an den Gesundheitszustand des Bewohners.	– Anpassung der Körperpflege zur Vermeidung unnötiger Belastungen (z.B. behutsamere Durchführung und Unterlassung bestimmter Handlungsschritte, bei bewegungsabhängigen Schmerzen bspw. Gabe einer Schmerzmedikation vor der anstehenden Versorgung). – Anpassung der Ernährung an das Krankheitsbild des Bewohners (z.B. angedickte Getränke bei Schluckbeschwerden, diätische Kost). – Anpassung der Verabreichungsform von Medikamenten angepasst an das Krankheitsbild des Bewohners (z.B. in flüssiger Form, evtl. zusammen mit der Nahrung). – Anpassung des Tagesablaufs an den Gesundheitszustand des Bewohners (z.B. ausreichende Ruhe-, Rückzugs- und Schlafmöglichkeiten sicherstellen, Angebot an täglichen Aktivitäten reduzieren).
Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?	

Bedürfnis: Wahrnehmen von Körper- und Sinneserfahrungen

Bewohner kann Sinneswahrnehmungen erfahren. Sinnesreize vermitteln positive Wahrnehmungen, jeweils nach individuellen Vorlieben.

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen: Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?	
Bewohner erfährt seinen Körper.	– Bewohner berührt und betastet den eigenen Körper, nimmt eigenen Körper mit Körpergrenzen wahr (z.B. durch Ertasten / Berühren von Kopf, Gesicht oder Beinen mit den Händen, Schlagen auf einzelne Körperpartien). – Bewohner streicht sich wiederholt über den Körper oder die Kleidung. – Bewohner zieht sich einzelne Kleidungsstücke immer wieder an und aus. – Bewohner erfährt seinen Körper durch eigene oder passive Bewegung durch Mitarbeiter.
Bewohner nimmt alltägliche Eindrücke über verschiedene Sinne wahr.	Sehen: – Bewohner betrachtet (biografische) Bilder oder Fotos und wirkt dabei interessiert / wach / aufmerksam (z.B. Lächeln, Augen weit geöffnet). – Bettlägeriger Bewohner betrachtet Lichtspiele, Mobile wirkt dabei interessiert, wach, aufmerksam. – Bewohner wendet sich bewegten Gegenständen oder vorübergehenden Personen zu (z.B. wird Blickkontakt gesucht, Kopf gedreht). – Bewohner reagiert bei Spaziergängen auf die Umgebung und wirkt dabei wacher und interessiert (z.B. wendet Kopf und Augen gezielt verschiedenen Dingen zu).
	Hören: – Bewohner produziert selbst Geräusche mit Worten, Lauten, Silben. – Bewohner reagiert positiv auf einzelne Geräusche, wie Musik, Singen, Glocken (z.B. durch Lächeln, weites und interessiertes Öffnen der Augen, konzentriertes „Lauschen"). – Bewohner reagiert negativ auf einzelne Geräusche oder Stimmen (z.B. Erschrecken / Zusammenzucken).
	Riechen: – Bewohner reagiert positiv auf Düfte u.a. von Speisen, Blumen, Parfum (z.B. Lächeln, entspannte Körperhaltung). – Bewohner reagiert negativ auf strenge Gerüche u.a. von Speisen oder Ausscheidungen (z.B. mit Worten, Nase rümpfen oder zuhalten).
	Tasten: – Bewohner nestelt / befühlt / spielt / ertastet die Beschaffenheit verschiedener Gegenstände (z.B. Tischdecke, Kleidungsstücke, Möbelstücke, Geschirr). – Bewohner hält gern etwas fest in den Händen oder im Arm (z.B. ein Stofftier) und wirkt dann ruhiger (z.B. in Bezug auf eine entspannte Körperhaltung, Unterlassen von verbalen Geräuschen). – Bewohner genießt Streichungen, Massagen, Hautpflege allgemein, Gesichtsbehandlungen, Maniküre. – Bewohner „planscht" am Waschbecken gerne im Wasser, taucht die Hände immer wieder ein und wirkt dabei positiv gestimmt (z.B. durch Lächeln).

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Vermittlung von Möglichkeiten zur Körperwahrnehmung.	– Wahrnehmung der eigenen Körpergrenzen ermöglichen (z.B. durch Lagerungsmittel, gerichtete Berührungen, Massagen, begrenzende Kleidungsstücke, Physiotherapie, Ergotherapie).
Vermittlung und Anpassung von Anregungen zur Sinneserfahrung.	Sehen: – Vermittlung verschiedener Sinneseindrücke durch Spaziergänge / Aufenthalte im Freien. – Vermittlung von visuellen Anregungen durch Bilder, Fotos, Zeitschriften, Bücher mit vielen Abbildungen. – Vermittlung von visuellen Anregungen durch z.B. Lichtspiele im Raum, Wassersäulen, Dekorationen, von der Decke hängende Mobiles.
	Hören: – Vermittlung von auditiven Sinneseindrücken z.B. über Musik, singen, Musik- und Klangtherapie. – Vermittlung von Alltagsgeräusche durch z.B. Aufenthalt in Gemeinschafträumen oder in räumlicher Nähe zu Geräuschen von Alltagsaktivitäten.
	Riechen: – Vermittlung von verschiedenen Gerüchen (z.B. von zubereiteten Speisen, frischem Kaffee, jahreszeitliche Gerüche in der Natur, Angebot einer Aromatherapie).
	Tasten: – Durchführung von Massagen verschiedener Körperpartien (z.B. Hände, Nacken, Kopf). – Vermittlung von Sinneseindrücken durch Angebote der Körperpflege (z.B. kosmetische Behandlung, Friseurbesuch). – Bereitstellung von Gegenständen / Materialien unterschiedlicher Beschaffenheit (z.B. in Bezug auf die Oberfläche oder Formgebung), die durch den Bewohner ertastet / berührt werden können.
	Schmecken: – Angebot verschiedener Speisen und Getränke, die der Bewohner probieren kann.
	Temperatur(-unterschiede) spüren: – Bewohner Wassertemperatur während der Körperpflege spüren lassen (z.B. Bewohner kann vorab mit den Händen fühlen). – Anpassung der Kleidung / Bettdecke an das individuelle Temperaturempfinden des Bewohners. – Steigerung des Wohlbefindens durch Reaktion auf das Temperaturempfinden des Bewohners (z.B. bei Kälteempfinden die Kleidung während der Körperpflege auf der Heizung vorwärmen oder Bewohner im Gemeinschaftraum eine leichte Decke reichen. – Anregungen zur Temperaturwahrnehmung geben (z.B. Schnee spüren lassen, Fenster öffnen).
Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?	

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Schaffung und Anpassung von Bewegungsmöglichkeiten.	– Unterstützte oder selbstständige Bewegung im Raum oder Bett ermöglichen (z.B. durch verbale und nonverbale Handlungsanleitung). – Fortbewegung des Bewohners im Gebäude / auf einem begrenzten Raum zu Fuß oder im Rollstuhl ermöglichen (z.B. durch eine bauliche Anpassung des Wohnbereichs, „Rundlauf" im Gebäude, breite barrierefreie Gänge). – Schaffung / Angebot von Bewegungsmöglichkeiten im Alltag, die den Bewohner zur Bewegung anregen (z.B. gemeinschaftliche Bewegungsangebote, aktiver Einbezug in Handlungen der Körperpflege, Bewohner kann mit den Händen und Armen aktiv sein, Bewegung zu Musik zu gesellschaftlichen Anlässen). – Sicherstellung von ausreichend Zeit und Anleitung für die Umsetzung der Bewegung.
Unterstützung und Erhalt der Bewegungsmöglichkeiten.	– Physiotherapeutische Unterstützung der aktiven Bewegung des Bewohners und Förderung vorhandener Ressourcen. – Ausreichende Gabe von Schmerzmedikamenten bei bewegungsabhängigen Schmerzen, um eine möglichst schmerzfreie Bewegung zu ermöglichen und Schonhaltungen zu vermeiden.
Passive Bewegungserfahrungen ermöglichen.	– Bestmögliche passive Unterstützung und Erhalt von Mobilität und Beweglichkeit des Bewohners (z.B. durch Physiotherapie, regelmäßiges Bewegen der Gliedmaßen im Alltag). – Verbale / nonverbale Ankündigung und Begleitung von passiver Bewegung. – Wiederholte Veränderung / Anpassung von Position und Aufenthaltsort bei immobilen Bewohnern im Tagesverlauf.
Durchführung von Maßnahmen zur Sturzprävention	– Verwendung von Hilfsmitteln (z.B. Rollator, Rollstuhl, Lagerungskissen, Protektoren).
Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?	

Bereich: Psychosoziale Bedürfnisse

Bedürfniskategorie: Reizanpassung

Bedürfnis: Abschirmen von Reizen

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

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen: Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?	
Bewohner reagiert positiv bei reizarmer Umgebung oder einzelnen Reizen.	– Bewohner wirkt positiv gestimmt bzw. äußert weniger Zeichen des Unbehagens (z.B. in Bezug auf Gestik, Mimik, Körperspannung, Worte, Laute) bei einer beschränkter Anzahl und Intensität von Reizen (z.B. bei geringen Umgebungsgeräuschen, ruhigem Vorgehen durch eine (bestimmte) Pflegeperson, wenn sich der Bewohner allein im Bewohnerzimmer befindet). – Bewohner nimmt in geräuscharmer Umgebung mehr Nahrung zu sich. – Bewohner kann in reizarmer Umgebung Handlungsanleitungen (z.B. zur Nahrungsaufnahme) besser folgen.
Bewohner reagiert negativ bei vielen gleichzeitig auftretenden Reizen.	– Bewohner zeigt Unwohlsein, Anspannung, Überforderung oder motorische / verbale Unruhe (z.B. bezüglich Körperspannung, erschrecktes Zusammenzucken, nestelnde Hände, unruhig bewegte Füße, angespannte Gestik und Mimik, schnelle Atmung, hektischer Blick, Laute, Schreie) bei lauter Geräuschkulisse (z.B. durch allgemein laute Geräuschkulisse oder Lärm in der Umgebung durch Bauarbeiten, Haushaltsarbeiten, lauten oder durcheinander sprechenden Stimmen, Anwesenheit mehrerer geschäftiger Mitarbeiter und Bewohner, große Gemeinschaftsräume, eingeschalteten Radio- oder Fernsehgeräten). – Bewohner kann bei vielen gleichzeitig vorliegenden Umgebungsreizen gewohnte Handlungen nicht ausführen oder Anleitungen nicht umsetzen (z.B. isst Bewohner nicht bei lauter Geräuschkulisse oder kann sich auch mit Unterstützung nicht bewegen).
Bewohner vermittelt aktiv das Bedürfnis nach reizärmerer Umgebung.	– Bewohner reagiert nicht in gewohnter Weise auf Ansprache oder Aufforderung (z.B. Augen, Mund geschlossen, wendet sich ab). – Bewohner fordert Ruhe ein mit Worten, Rufen, Lauten. – Bewohner ist motorisch und psychisch unruhig (z.B. nestelnde Hände, unruhig bewegte Füße, ängstliche Haltung, unruhig umherwandernder Blick). – Mobiler Bewohner sucht ruhige Orte im Gebäude auf oder versucht den reizstarken Raum zu verlassen.
Erschwernisse und Besonderheiten.	– Bewohner kann Reize weniger gut und schnell verarbeiten, benötigt mehr Zeit zur Reaktion (z.B. antwortet sehr verzögert oder erst nach mehrmaliger Wiederholung der Frage, setzt Handlungen erst nach wiederholter Anleitungen um). – Bewohner ist generell geräuschempfindlich, was eventuell auch biografisch bekannt ist. – Bewohner hat bei akuten Erkrankungen einen erhöhten Ruhe- und Rückzugsbedarf.

Bedürfnis: Vermitteln von Reizen

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

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen: Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?	
Bewohner reagiert positiv auf äußere Reize.	Bewohner reagiert positiv auf äußere Reize: wirkt wacher, aktiver, teilnehmender, ist konzentriert, interessiert drückt Freude und Wohlbefinden aus (z.B. Augen bleiben geöffnet, aufmerksamer Blick, Lächeln, aktive Körperhaltung, wendet sich dem Geschehen zu). Beispiele für äußere Reize können sein: – Umgebungsreize (z.B. anwesende Personen, Unterhaltungen anderer Personen, Musik, Gesang, Massage, Beschäftigungsangebote, Fotos, Bilder, lebendige Umgebung in Gemeinschaftsräumen). – Direkte Ansprache (bei ausbleibender Ansprache wirkt Bewohner teilnahmslos, desinteressiert, gelangweilt). – Biografisch relevante Aspekte (z.B. zur Familie oder Beruf, früherer Wohnort). – Verschiedene Aktivitäten (z.B. Einzelbetreuung durch sozialen Dienst oder Bewegungsübungen in der Gruppe).
Bewohner setzt selbst Reize.	– Bewohner ergreift Gegenstände in erreichbarer Entfernung und ertastet diese ausführlich. – Bewohner hantiert / arbeitet mit erreichbaren Gegenständen. – Bewohner ist verbal aktiv, ruft, spricht, produziert Silben, Laute, Schreie. – Bewohner stimuliert sich selbst durch Klopfen, Schlagen, Streichen, Kratzen des eigenen Körpers.

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Individuelle Vermittlung von positiv wahrgenommenen Reizen.	– Angebot verschiedener Gegenstände / Oberflächen / Materialien, die vom Bewohner berührt und ertastet werden können. – Wiederholte Veränderung der Räumlichkeiten / Aufenthaltsorte bieten Abwechslung für den Bewohner. – Angebot individueller Bewegungsmöglichkeiten für den Bewohner (z.B. Physiotherapie, Gruppenübungen). – Anregung zur Körperwahrnehmung geben (z.B. durch Massagen, Lagerungsutensilien).
Vermittlung von sozialen Reizen.	– Angebot von Möglichkeiten zur Alltagsbeobachtung und Teilnahme am Gemeinschaftsleben. – Ermöglichung von Kontakten mit anderen Bewohnern. – Ritualisierte Ansprache bedeutender biografischer Themen. – Fortführung tageszeitlicher oder jahreszeitlicher Rituale (z.B. Kaffee und Kuchen am Nachmittag, Tanz in den Mai, Sankt Martin, Karneval).
Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?	

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen: Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?	
Bewohner reagiert auf Emotionen anderer.	– Bewohner reagiert positiv auf verbale Emotionsäußerungen (z.B. Späße, Scherze, Neckereien) oder nonverbale Gesten (z.B. Lächeln, bestätigendes Kopfnicken) anderer Bewohner oder Mitarbeiter. – Bewohner kommentiert / bewertet das Verhalten anderer Bewohner (z.B. negative Äußerungen als Reaktion auf laut schreiende Bewohner).
Bewohner kümmert sich um andere.	– Bewohner ist anderen Bewohnern behilflich (z.B. entfernt liegende Gegenstand anreichen, etwas schenken wollen, zum Essen auffordern, Hilfe herbei rufen). – Bewohner fordert Mitarbeiter / Angehörige verbal auf, für einen anderen Bewohner etwas zu tun. – Bewohner weist andere in ihrem Verhalten zurecht / gibt Anweisungen. – Bewohner nimmt Anteil an anderen Bewohnern, die z.B. rufen, weinen (z.B. Hinwenden, anteilnehmender Blickkontakt, beruhigende Geräusche). – Bewohner reagiert fürsorglich auf Kinder, Babys, Plüschtier mit Kindchenschema.
Bewohner reagiert, wenn andere auf seine aktuelle Emotion eingehen.	– Bewohner reagiert positiv auf Verstärkung / Eingehen seiner positiven Emotion (z.B. Zeichen der Freude noch größer, Einstieg in Kommunikation). – Bewohnern ist trauriger Stimmung / negativer Stimmung und reagiert positiv auf Verständnis / Spiegelung seiner Emotion (z.B. wird Bewohner ruhiger, hört auf zu weinen / zu rufen). – Bewohner reagiert auf emotionalen Teil der Kommunikation (z.B. Stimmklang, Mimik, Gestik), während Inhalte nachrangig erscheinen.
Erschwernisse, Besonderheiten.	– Bewohnerverhalten / Grundstimmung kann jeden Tag variieren. – Emotion des Bewohners kann nicht immer eindeutig zugeordnet werden, andere Bedürfnisse können die Ursache einer Emotionsäußerung sein (z.B. weint ein Bewohner nicht aus Traurigkeit, sondern weil er Schmerzen hat). – Die aktuellen Emotionen des Bewohners können von biografisch bekannten Emotionen abweichen. – Häufige Traurigkeit, Weinen (ohne unmittelbar erkennbaren Auslöser) können auf eine mögliche depressive Erkrankung hinweisen.

Bedürfnis: Im Austausch / Kontakt mit anderen sein

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

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen: Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?	
Bewohner nimmt selbst Kontakt zu anderen Personen auf.	– Bewohner nimmt verbal (z.B. Ansprechen, Begrüßungsworte, Grüßen, Verabschieden, Fragen, Tuscheln) oder nonverbal (z.B. Anschauen, Zulächeln, Zuzwinkern, Hand zum Gruß heben, Zunicken, Zuprosten, Heran- und Zuwinken, Lächeln, Berühren, Greifen nach vorübergehenden Personen) Kontakt zu anderen Bewohnern oder Mitarbeitern auf. – Bewohner tritt mit Mitarbeitern / anderen Bewohnern in Austausch mit Unterhaltungscharakter. Bewohner reagieren aufeinander mit passenden Gesten und Mimik, auch wenn die Worte häufig nur wenig zueinander passen (z.B. Smalltalk-Charakter, einzelne Worte, Sätze, biografisch relevante Sprichwörter, Gesten, Mimik). – Bewohner sendet in Unterhaltung begleitend nonverbale und parasprachliche Signale und reagiert besonders auf nonverbale und parasprachliche Signale des Gegenübers (z.B. Blickkontakt, Lächeln, Berühren, Laute, Aufgreifen der Sprachmelodie). – Bewohner kommentiert / bestätigt / maßregelt Verhaltensweisen anderer / gibt Anweisungen (z.B. mit Kopfschütteln, Nicken, Augen verdrehen, Zuwenden, Lächeln, einzelnen Worten, kurze Sätze). – Bewohner wendet den Kopf spontan der Person neben sich zu. – Bewohner bewegt sich auf Mitarbeiter oder Angehörige zu, nimmt Körperkontakt auf.
Bewohner reagiert positiv auf Kontaktaufnahme durch andere Personen.	– Bewohner reagiert positiv auf verbale (z.B. Begrüßung, Verabschiedung, humorvolle Ansprache, Scherze) oder nonverbale (z.B. Gestik, Mimik, Berührung) Ansprache (z.B. in Bezug auf verbale Erwiderung, Hinwenden zur ansprechenden Person, Blickkontakt, Gestik, Mimik, Körperhaltung, Körperspannung, Bewohner wirkt wach und aktiv). – Bewohner reagiert positiv auf den Aufenthalt in Gruppenräumen oder auf die Gemeinschaft mit anderen Bewohnern und Mitarbeitern (z.B. in Bezug auf Gestik, Mimik, Körperspannung). – Ansonsten wenig teilnehmend wirkender Bewohner reagiert freudig auf die Ansprache durch Mitarbeiter. – Bewohner reagiert erfreut auf lobende Worte der Mitarbeiter (z.B. Lächeln nach Hinweis auf den „sehr schönen Seidenschal"). – Bewohner reagiert auf nonverbal vermittelte Emotion der Kommunikation (z.B. über Gesten, Mimik, Körperhaltung, Stimmklang). – Bewohner reagiert erfreut auf die Anwesenheit / den Besuch von Angehörigen oder Mitarbeitern.

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Angebote zur Kommunikation und Kontaktaufnahme vermitteln.	– Ermöglichung von Gelegenheit regelmäßig Kontakt zu anderen aufzunehmen (z.B. in Gemeinschaftsräumen, gemeinsamen Mahlzeiten und Aktivitäten). – Ausreichend Zeit geben auf eine Ansprache / Frage zu reagieren. – Regelmäßige Ansprache des Bewohners (verbal mit einfachen, kurzen Sätzen/ Namensansprache; nonverbal durch Berührung, Gesten). – Ansprache nach immer wiederkehrenden / ritualisierten Mustern (z.B. persönliche Begrüßung und Verabschiedung, Ansprechen mit Namen, Winken). – Einbezug des Bewohners in das Geschehen mit Ja / Nein Fragen. – Wertschätzende Kommunikation (z.B. durch Loben).
Erwidern der Kontaktaufnahme des Bewohners auf verschiedenen Ebenen.	– Reaktionen auf die unterschiedlichen Formen der Kontaktaufnahme des Bewohners zeigen (z.B. Blickkontakt, Lächeln, Begrüßungsworte und Gesten). – Eingehen auf emotionalen Gehalt der Kommunikation (z.B. Emotionen wie Traurigkeit oder Freude spiegeln).
Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?	

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen: Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?	
Bewohner fordert Zuwendung ein.	– Bewohner sucht die Nähe von Mitarbeitern (z.B. Ansprechen oder Festhalten von Mitarbeiter, um Hilfe bitten). – Bewohner zeigt negative Emotionen (z.B. in Bezug auf Gestik und Mimik), wenn Angehörige sich einem anderen Bewohner zuwenden. – Bewohner stimuliert sich selbst durch Berührung (z.B. Schlagen, Kratzen).
Besonderheiten, Erschwernisse.	– Bewohner ist eingeschränkt in seiner verbalen und nonverbalen Kommunikation. – Über den Bewohner sind kaum biografische Aspekte bekannt, über die er angesprochen werden kann. – Bewohner zeigt nur wenige oder überhaupt keine Reaktionen auf verbale oder nonverbale Kommunikation durch andere. – Bewohner wendet sich rasch ab bei nicht adäquat erwiderter Kommunikation (fühlt sich nicht verstanden). – Bewohner reagiert negativ auf bestimmte Mitarbeiter oder Personen des anderen Geschlechts. – Bewohner reagiert aus unterschiedlichen Gründen (z.B. bei lauten Umgebungsgeräuschen oder unter Zeitdruck stehende / gestresst wirkende Mitarbeitern) negativ / nicht in gewohnter Weise auf die Ansprache durch andere.

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

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

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Ermöglichung von Berührung im Alltag.	– Bewohner kann andere Personen berühren (z.B. Mitarbeiter zur Begrüßung oder während der Körperpflege, andere Bewohner im Gemeinschaftsraum). – Bereitstellung von unterschiedlichen Berührungsangeboten (z.B. Massagen, Streichungen, Hand- und Fußpflege).
Berührung als Kommunikation.	– Über Berührungen kann viel vom aktuellen Zustand des Bewohner erspürt werden (z.B. Körperspannung, Bewegungen, Kraft, Körpertemperatur). – Beruhigung des Bewohners durch Berührung (z.B. bei Unruhe oder Angst). – Ritualisierte Berührungen für wiederkehrende Handlungen (z.B. Begrüßung, Verabschiedung, Beginn einer Mahlzeit oder Körperpflege). – Berührung begleitend zur verbalen Kommunikation (z.B. zur Begrüßungen oder Handlungsanleitung).
Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?	

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Gemeinschaft mit anderen Bewohnern ermöglichen.	– Regelmäßige Kontakte der Bewohner untereinander ermöglichen (z.B. Aufenthalt in Gemeinschaftsräumen / Räumen mit einer beschränkten / kontinuierlichen Bewohneranzahl; Bewohner zusammensetzen, die sich gut verstehen). – Bewegung im Raum ermöglichen / unterstützen. Bewohner kann so mit anderen in Kontakt treten. – Kontakte auch für immobile Bewohner ermöglichen, die im Bett oder anderen Hilfsmitteln (z.B. Liegerollstuhl, Gerontostuhl) Zeit in Gemeinschafträumen verbringen können. – Anpassung von Gemeinschaftsaktivitäten an die Ressourcen und die Stimmung der Bewohner (z.B. gemeinsames Singen, jahreszeitlich passende Musik hören).
Beobachtung der Umwelt und von alltäglichen Situationen ermöglichen.	– Akustisches und visuelles Wahrnehmung von Haushaltsaktivitäten / Alltagssituationen ermöglichen (z.B. Speisen auf dem Wohnbereich zubereiten, so dass Aktivitäten in der Küche vom Bewohner beobachtet / gehört / gerochen werden können). – Beobachtung von Alltag und Umwelt außerhalb der Einrichtung ermöglichen (z.B. kann der Bewohner durch Fenster nach draußen / in den Garten schauen, Spaziergänge / Ausflüge nach individueller Möglichkeit, Aufenthalt im Freien / Garten). – Aufenthalt in verschiedenen Räumlichkeiten im Tagesverlauf ermöglichen.
Anpassung der Raumgestaltung.	– Ausreichend Platz in den Gemeinschaftsräumen ermöglichen (z.B. für Pflegebetten, Liegerollstühle, große Sessel). – Angebot von überschaubaren, abgegrenzten Gemeinschaftsräumen (z.B. Pflegeoasen, Tagesoasen, spezielle Wohnbereiche für Menschen mit schwerer Demenz). – Anpassung der baulichen Gestaltung (z.B. „Beobachtungsposten" und tiefe Fenster, um nach draußen oder in den Wohnbereich schauen zu können; einsehbare Küchenbereiche). – Behindertengerechter Zugang zum Außengelände / Garten. – Gestaltung des Wohnbereichs (z.B. mit regional typischen Gegenständen / Bildern / Farben, jahreszeitliche Gestaltung der Räumlichkeiten).
Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?	

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen: Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?	
Besonderheiten, Erschwernisse.	– Bewohner zeigt eine geringe Konzentrations- / Aufmerksamkeitsspanne (z.B. Beendigung der Tätigkeit schon nach kurzer Zeit, Bewohner wirkt erschöpft / müde). – Bewohner scheint sich zu langweilen, wirkt teilnahmslos, desinteressiert (z.B. reagiert nicht auf ein Beschäftigungsangebot, schläft ein). – Bewohner wirkt durch die Tätigkeit überfordert (z.B. wirkt angespannt, hektischer / hilfesuchender Blick, wendet sich ab). – Andere Bewohner können von der Tätigkeit des Bewohners beeinträchtigt sein (z.B. durch Geräusche) und dies dem Bewohner vermitteln (z.B. durch Schreie, Rufe). – Bewohner übernimmt Verhaltensweisen von anderen Bewohnern (z.B. Klopfen auf den Tisch).

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Vermittlung von Beschäftigungsangeboten.	Angebot von begleiteten Einzel- und Gemeinschaftsaktivitäten nach individuellen Vorlieben und Möglichkeiten: – Gemeinsames Singen oder Musizieren (z.B. Volkslieder, Karnevalslieder, regionale Musik). – Bewegungsangebote (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Bewegungsspiele in Gemeinschaft). – Einbeziehen in Haushaltsaktivitäten (z.B. Tisch decken, Besteck in Schublade sortieren). – Kreative Angebote (z.B. Basteln, Malen, Magnet- oder Pinnwand). – Alte Fotos / Postkarten / Bücher betrachten. – Puppen und Stofftiere. – Haushalts- und Arbeitsgegenständen (z.B. Tücher, Wäsche, Werkzeug). – Gestaltung persönlicher Kisten mit Fotos, kleinen Gegenständen zum sinnlichen Erfahren.
Anpassung von Angeboten unter Beachtung der Ressourcen des Bewohners.	– Leichte Erreichbarkeit oft genutzter und bevorzugter Gegenstände gewährleisten (z.B. auf dem Tisch des Bewohners). – Eingehen auf das aktuelle Befinden des Bewohners durch Anpassung der Beschäftigung (z.B. anregend / aktivierend bei Müdigkeit oder beruhigend bei Zeichen der Unruhe). – Akzeptanz von zum Teil ungewöhnlichen Aktivitäten (z.B. Tücher auf dem Tisch ausbreiten, Bücher zerreißen, „mit dem Essen spielen“).

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

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Kontinuität schaffen.	– Ein möglichst gleichbleibender Personenkreis (Angehörige, Mitarbeiter) hat kontinuierlich Kontakt zum Bewohner. – Angehörige können regelmäßig mit dem Bewohner zusammen sein. – Die betreuenden Mitarbeiter und Bewohner haben Gelegenheit sich über einen längeren Zeitraum kennen zu lernen. – Strukturierung des Tagesablaufs erleichtert dem Bewohner das Wiedererkennen bestimmter Abläufe.
Vertrautheit über biografische Kontinuität.	– Wiederkehrende (ritualisierte) Ansprache des Bewohners (z.B. Vor- und / oder Nachnamen, Du / Sie). – Wiederkehrende (ritualisierte) Ansprache von relevanten Lebensthemen (z.B. Familie, Beruf, Hobby). – Einrichtung des Bewohnerzimmers mit persönlichen Gegenständen (z.B. Fotos, Möbeln). – Gestaltung von „Biografiekästen" mit biografisch relevanten Inhalten (z.B. Fotos / persönliche Gegenstände) am Eingang des Bewohnerzimmers zur besseren Orientierung und Wiedererkennung der eigenen Person.
Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?	

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Vermittlung von Sicherheit.	– Verbale und nonverbale Reaktion / Zuwendung bei Zeichen der Angst (z.B. beruhigende Worte, in den Arm nehmen). – Beruhigung durch Berührung (z.B. Massagen, Streichungen). – Verbale und nonverbale Handlungsankündigung und Anleitung von Bewegungen. – Förderung der Körperwahrnehmung (z.B. durch Lagerungskissen, Berührung, Ausstreichen, kontinuierlichen Körperkontakt bei der Körperpflege oder Mobilisation). – Anpassung der Geschwindigkeit während der Versorgung (z.B. behutsame und langsame Bewegung, wiederholte Pausen bei Erschöpfung, starker Anspannung / Unwohlsein). – Gelegenheit geben, die Umgebung vor der Bewegung wahrnehmen / einschätzen zu können (z.B. Bewohner vor einem Positionswechsel die Bettkante ertasten zulassen). – Ermöglichung von Kontinuität in Bezug auf möglichst gleichbleibende Handlungsabläufe (z.B. bei der Körperpflege oder Lagerung). – Ermöglichung von Kontinuität in Bezug auf versorgende Mitarbeiter (z.B. führen wenn möglich die Mitarbeiter Handlungen der Körperpflege aus, bei denen der Bewohner keine Zeichen der Angst ausdrückt). – Ermöglichung von Kontinuität im Tagesablauf (z.B. möglichst gleich strukturierter Tagesablauf für besonders sensible / ängstliche Bewohner).
Minimierung des Sturzrisikos.	– Minimierung von baulichen und räumlichen Sturzrisikofaktoren (z.B. ‚Stolperfallen' wie feuchte oder rutschige Böden, rutschhemmende Bodenbeläge, Handlauf, feststehende oder frei bewegliche Rollstühle, angepasste Lichtverhältnisse, Anwesenheit von Mitarbeitern). – Anpassung der Gebäudesicherung (z.B. elektronisches Sicherheitssystem, nicht als solche zu erkennende Eingangstüren, gesicherte Treppenhäuser). – Anpassung der unmittelbaren Bewohnerumgebung (z.B. bezüglich der Hilfsmittel, evtl. Hüftschutzprotektoren, passendes Schuhwerk, Bodenbett, Haltegriffe). – Überprüfung der Medikation auf bewegungseinschränkende Nebenwirkungen.
Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?	

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Wahrnehmung und Ermittlung der Willensäußerungen.	– Gelegenheit und ausreichend Zeit für die Willensäußerung / Beantwortung von Fragen geben (z.B. Handlungen verbal oder nonverbal ankündigen und Reaktion des Bewohners abwarten). – Willen des Bewohners (Zustimmung / Ablehnung) zu beabsichtigten / anstehenden Handlungen erfragen (durch Ja / Nein Fragen). – Willen des Bewohners (Zustimmung / Ablehnung) zu beabsichtigten / anstehenden Handlungen wahrnehmen (durch Beobachtung der Ausdruckszeichen). – Ermittlung des Bewohnerwillens aus eventuellen Patientenverfügungen, früheren Äußerungen mit dem Abgleich zum aktuell beobachtbaren Verhalten.
Reaktion auf aktuelle Willensäußerungen des Bewohners.	– Flexibilität in der Durchführung von Handlungen ermöglichen (z.B. Körperpflege erst am Nachmittag durchführen). – Anpassung der Versorgung (z.B. langsamere Durchführung von Handlungen, Anpassung der Nahrung).
Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?	

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Akzeptanz ungewöhnlicher Verhaltensweisen und Wertschätzung des Bewohners.	Einzigartigkeit des Bewohners annehmen. Er kann so sein, wie er ist und wird darin akzeptiert, angenommen und wertgeschätzt: – Annahme und Einlassen auf die jeweilige aktuelle Situation des Bewohners (z.B. Angst, Fürsorge, Arbeiten, Ordnung halten). – Unkonventionelle, persönliche Vorlieben, Interessen, Gewohnheiten werden wenn möglich fortgeführt (z.B. Essen mit den Fingern). – Umsetzung alltäglicher / auch ungewöhnlicher Verrichtungen, Gewohnheiten ermöglichen (z.B. Schaffung von Ausweichschlafplätze). – Individuelle Ausrichtung des Tagesablaufs an den Bewohner (z.B. Bewohner ausschlafen lassen, Körperpflege erst am Nachmittag durchführen, Tausch der Mahlzeiten). – Orientierung an biografisch relevanten Faktoren in Abgleich mit der aktuell vorliegenden Situation.

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

Beispiele individueller Bedürfnisausprägungen: Wie kann sich das Bedürfnis im Versorgungsalltag zeigen? Welche Besonderheiten oder Erschwernisse können auftreten?	
Biografische Bedeutsamkeit der Religion für den Bewohner.	– Durch frühere Äußerungen des Bewohners oder Angaben durch Angehörige ist ein hoher Stellenwert von Religion / Spiritualität bekannt. – Bewohnerzimmer ist mit vielen religiösen Gegenständen ausgestattet. – Angehörige unterstützen das Erleben von Religion durch das Bereitstellen von Gegenständen mit religiösem Bezug (z.B. Gebetsbücher und -ketten, Bibel) und Besuch von religiösen Veranstaltungen. – Bewohner nahm in früheren Phasen der Erkrankung aktiv und gern an religiösen Handlungen teil.
Besonderheiten	– Bewohner zeigt keine Reaktion auf religiöse Rituale trotz bekannter früherer Religiosität. – Die biografische Bedeutung von Religion für den Bewohner ist unklar.

Beispiele individueller Handlungsmöglichkeiten: Wie können Sie dem Bedürfnis begegnen?	
Bewohner kann Religiosität ausdrücken.	– Ermöglichung der Teilnahme an religiösen Veranstaltungen (z.B. Gottesdienstbesuch, Beerdigungen, religiöse Feste). – Ermöglichung religiöse Rituale im Alltag zu erleben (z.B. mit dem Bewohner beten, Priesterbesuch, religiöse Feste). – Einhaltung religiöser Ernährungsregeln. – Zugänglichkeit religiöser Gegenstände für den Bewohner.
Berücksichtigung religiöser Bezüge am Lebensende.	– Ermöglichung eines religiösen Beistandes im Sterbeprozess. – Verabschiedung verstorbener Bewohner mit religiösen Ritualen / Praktiken.
Welche weiteren Aspekte können Sie beobachten? Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten kennen Sie?	