

2.4 Kommentierung der Standardkriterien

S1a Die Pflegefachkraft hat eine person-zentrierte Haltung in der Pflege von Menschen mit Demenz entwickelt.

Kennzeichnend für einen person-zentrierten Ansatz in der Pflege ist die Fokussierung auf das Subjekt: die Person selbst wird in den Mittelpunkt gerückt. Personsein ist dabei nicht so sehr eine persönliche Eigenschaft, sondern zeigt sich in der Art, mit der Menschen miteinander in Kontakt sind. Wesentlich für dieses Beziehungsgeschehen sind wechselseitige Anerkennung, Vertrauen und Respekt. Wechselseitiger Zuspruch, die Versicherung von Akzeptanz und Assistenz zwischen Menschen wird dann besonders wichtig, wenn Menschen trotz Mängel, Fehler und Versagen Anerkennung erfahren und erleben sollen. Die Defizite eines Menschen mit Demenz bilden in einer solidarischen Anerkennungsgemeinschaft keinen Grund, ihm das Personsein abzusprechen, sondern es gilt, die Bemühungen zu verstärken und die Assistenz zu optimieren. Pflegenden haben die Aufgabe, u. a. als Hilfs- oder gar Ersatz-Ich die Person mit Demenz so zu ergänzen, dass diese möglichst das Gefühl beibehalten kann, ein gleichberechtigtes Gegenüber zu sein.

Grundlage für eine person-zentrierte Pflege ist damit die Abkehr von einer verrichtungs- oder funktionsbezogenen Pflege, die auf das Modell der Kompensation für einzelne, kleinteilige Handlungsschritte (z. B. Anziehen oder Essen reichen) ausgelegt ist. Das impliziert, dass Pflege sich nicht nur an den objektiven Bedarfen, sondern auch an den subjektiven Bedürfnissen der Menschen mit Demenz und ihrer Familien zu orientieren hat und diese dabei ermutigt, partizipativ ihre Vorstellungen gegenüber dem Versorgungssystem einzubringen. Dann wandeln sich Pflegeangebote von funktionsgebundenen Handlungsvollzügen zu offenen Situationen, in denen die Art der Pflege, das *Wie*, genauso wichtig ist wie die Handlung selbst, das *Was*. Pflegenden müssen daher grundsätzlich funktionale Aufgaben in Beziehungshandeln einbetten. Daher ist der Aufbau einer tragfähigen Beziehung als Voraussetzung für die Durchführung funktionaler Tätigkeiten anzuerkennen und auch mit personellen Ressourcen zu berücksichtigen, damit daran gearbeitet werden kann, eine einmal entwickelte person-zentrierte Haltung zu erhalten.

Eine als gut zu bezeichnende Pflege von Menschen mit Demenz besteht also im Wesentlichen aus einer Reihe qualitativ hochwertiger Interaktionen, die den Betroffenen in dem Gefühl bestärken, gehört, verstanden und angenommen zu werden und weniger aus ‚störungsfreien‘ Abläufen der jeweiligen Pflegeeinheit bzw. der häuslichen Situation (vgl. dazu und dem Folgenden Kap. 3.1). Zu den Voraussetzungen gelingender Interaktionen gehören der Respekt und die Anerkennung seiner Einzigartigkeit als Mensch und nicht seine Klassifizierung und möglicherweise Stigmatisierung als Demenzkranker. Wenn Pflegenden im Stande sind, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen und die Welt aus der Sicht des Menschen mit Demenz betrachten können, erhöht sich die Chance auf den Aufbau einer tragfähigen Beziehung. Dafür bedarf es in Ergänzung zur verbalen auch der nonverbalen Kommunikation. Damit ist beispielsweise gemeint, sich auf den Körperausdruck eines Menschen einzulassen, in gegenseitige leibliche Resonanz zu kommen um nachvollziehen zu können, in welcher Gemütslage sich das Gegenüber befindet, auch wenn die Person sich nicht verbal äußern kann. So können vielleicht Ängste, Wünsche oder auch Anzeichen von Schmerzen dem leiblichen Ausdruck von Unruhe, Agitation oder gar Aggression entnommen werden, das damit seinen pauschalen Charakter als störendes Verhalten verliert.

Die dazu notwendigen Rahmenbedingungen stehen vielfach in einem Widerspruch zu bestehenden Auflagen, Regeln und vor allem Leistungskontrollen der Kostenträger, die beziehungs-fördernde und gestaltende Maßnahmen in der Regel nicht adäquat berücksichtigen. Die daraus folgenden Vorgaben für funktionale Abläufe haben negativen Einfluss auf die Möglichkeiten, eine

gute Interaktionsqualität zu gestalten. Interne Qualitätsentwicklung und externe Qualitätssicherung müssen sich methodisch daher vielmehr als Lern- und Entwicklungsaufgabe für die Beziehung zwischen Pflegenden und Menschen mit Demenz sowie ihren Angehörigen sehen. Das schließt ein, dass die Finanzierung pflegerischer Leistungen weniger die Verrichtungsarbeit, sondern vermehrt die Beziehungsarbeit zu fokussieren hat.

S1b Die Pflegefachkraft hat das Wissen und die Kompetenz, Menschen mit Demenz zu identifizieren und damit einhergehende Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung fachlich einzuschätzen.

Um pflegebedürftige Menschen mit Demenz mit Anzeichen bzw. Diagnose einer Demenz und damit korrespondierenden Interaktions-, Kommunikations- und Beziehungsbedarfe identifizieren zu können, müssen Pflegenden über entsprechende Kenntnisse verfügen (vgl. Kap. 3.1 und 3.3.1). Relevante Hinweise auf Kenntnisse lassen sich sowohl aus der ICD-10, dem DSM 5 sowie Konzepten zur Beziehung, Bindung und person-zentrierter Pflege (vgl. Kap. 3.1) ableiten.

Gemäß den Ausführungen der ICD-10 lassen sich die kognitiven Leistungseinbußen durch die Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen identifizieren. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden dabei in der Regel von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet. Zum Teil treten diese auch eher auf. Der Nachweis von Anzeichen kognitiver Leistungseinbußen berücksichtigt zudem das frühere kognitive Leistungsniveau und ist insofern für die Identifikation der Anzeichen von Demenz ebenso von Relevanz. Dem kann Rechnung getragen werden durch Beobachtung seitens der Pflegefachkräfte, der Äußerungen von Vermutungen des Pflegebedürftigen selbst oder einer dem Pflegebedürftigen nahestehenden Person.

Gemäß DSM-5, in denen auf den Begriff Demenz verzichtet wird, können kognitive Leistungseinbußen in einer oder mehreren der kognitiven Domänen auftreten, die unmittelbar mit Interaktions-, Kommunikations- und Beziehungsbedarfen korrespondieren. Dem liegt das Konstrukt der sozialen Kognition (vgl. Kap. 3.3.1) zugrunde, d. h. ausgehend von einem Grundverständnis kognitiver Systeme wird soziale Kognition als die Gruppe der kognitiven Prozesse behandelt, die sich mit den Leistungen der Selbst-Fremd-Differenzierung und des Selbst-Fremd-Austauschs befassen und die der Interaktion und Kommunikation mit anderen Menschen dienen. Damit werden zudem elementare Aspekte einer person-zentrierten Pflege angesprochen, deren Fokus die Beziehungsgestaltung und -förderung einschließt, wenn es einerseits darum geht, mentale Prozesse (hier der neurodegenerativen Erkrankung) zu kennen und andererseits deren Zusammenhang mit sozialer Wahrnehmung und Urteilsbildung sowie sozialer Einflussnahme zu verstehen (Abbildung 1).

Blickwinkel soziale Kognition

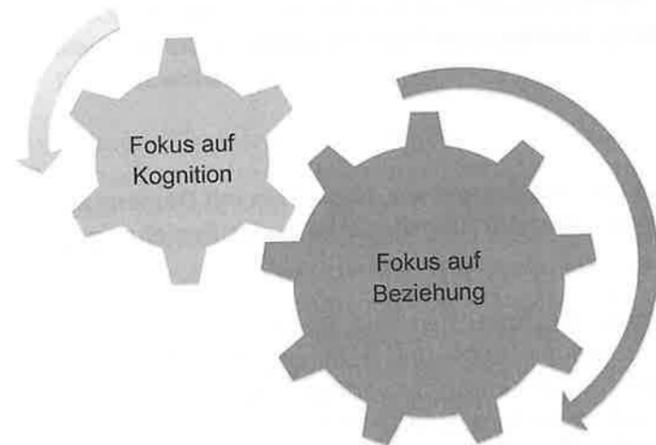


Abbildung 1: Blickwinkel soziale Kognition

Hinsichtlich einer kriteriengestützten Vorgehensweise lässt sich grundsätzlich folgendes ableiten: es spielt keine Rolle, ob zuerst Veränderungen im Beziehungsverhalten oder kognitive Einschränkungen wahrgenommen werden. Beide korrespondieren eng miteinander. Bei den weiteren Ausführungen zu einer kriteriengestützten Vorgehensweise handelt es sich um eine konzeptionelle Zuordnung, die in dieser Form weder in den verschiedenen Assessmentinstrumenten noch in den Vorgehensweisen zur Identifikation von Anzeichen einer Demenz und damit korrespondierende Veränderungen in Interaktion, Kommunikation und Beziehungsgestaltung dargestellt wurde. Deutlich wird zwar, dass die im Rahmen der Literaturstudie identifizierten Instrumente den Aspekt der Beziehungsgestaltung und -förderung implizit (mehr oder weniger deutlich) thematisieren, aber keines der Instrumente dies umfassend tut. Insofern kann auch keines der analysierten Instrumente explizit empfohlen werden. Analog des Modells der sozialen Kognition hält die Expertengruppe die Verbindung dieser beiden Aspekte dennoch für praxisrelevant.

In den folgenden Ausführungen finden sich Hinweise auf den Zusammenhang kognitiver Leistungseinbußen analog der Domänen des DSM-5 für neurokognitive Störungen (vgl. Kap. 3.3.1.1) und daraus ableitbarer Interaktions-, Kommunikations- und Beziehungsbedarfe, die sich auf entsprechende Inhalte der in der Literaturstudie identifizierten Assessmentinstrumente beziehen (vgl. Kap. 3.3.1.2). Beide Ebenen sollten für eine kriteriengestützte fachliche Einschätzung herangezogen und miteinander verbunden werden.

Komplexe Aufmerksamkeit

Der Bereich der komplexen Aufmerksamkeit ist gekennzeichnet durch die Art der Aufmerksamkeit, also ob diese kontinuierlich oder geteilt bzw. selektiv erfolgt, wie intensiv diese ist und wie schnell die damit zusammenhängende Auffassungsgabe ist. Wenn zu beobachten ist, dass der Interaktionspartner Probleme damit hat, den Fokus auf das aktuelle Kommunikationsthema zu halten oder komplexe Fragen und Sätze zu verstehen, können das Hinweise auf kognitive Funktionseinbußen sein. Daraus ergibt sich gegebenenfalls der Bedarf an angepasster Gestaltung der Kommunikationssituation, z. B. ruhige Umgebung oder Benutzen einfacher Sätze. Weitere Hinweise auf Beziehungsbedarfe, die mit Aufmerksamkeitsproblemen zusammenhängen können, wären mangelndes Interesse am Interaktionspartner, auf sich selbst bezogen sein und sich aus Interaktionen mit anderen zurückzuziehen.

Exekutive Funktionen

Der Bereich der exekutiven Funktionen bezieht sich auf die Handlungssteuerung, also das Planen und Entscheiden, das Reagieren auf Feedback, das Korrigieren von Fehlern oder das Verändern von Handlungsrouninen, was mentale Flexibilität voraussetzt. Eine weitere Voraussetzung besteht in der prozessualen Erinnerung, ohne die für die Alltagskompetenz wichtige Routinen nicht möglich sind. Hinweise auf kognitive Einbußen ergeben sich, wenn in größerem Ausmaß Hilfestellung bei der Lösung von Alltagsproblemen mit Blick auf die Planung von Handlungsabläufen erforderlich wird, z. B. bei der Organisation des Lebensmitteleinkaufs („Ist der Einkaufszettel dabei?“). Ebenso kann ein Zeichen sein, ob eine Person festgestellte Defizite und ihre Konsequenzen für den Alltag einsieht. Hinweise auf Beziehungsbedarfe ergeben sich unter anderem daraus, ob die Person unterschiedliche Komplexitätsstufen bezogen auf einen Inhalt versteht, ob sie diesbezüglich Entscheidungen treffen und Aufgaben selbständig ausführen kann („Mittags soll es Eintopf geben, dazu muss verschiedenes eingekauft werden.“). Darüber hinaus aber auch, ob sie dies mitteilen kann und zeigt, dass sie versteht, was der Andere zu ihr sagt.

Lernen und Gedächtnis

In diesem Bereich geht es darum, wie eine Person die Gegenwart erinnert, wie sie kurz zurückliegende Ereignisse erinnert und wie das Langzeitgedächtnis, sowohl autobiographisch als auch semantisch, d. h. die Bedeutung von Sachverhalten betreffend, ausgeprägt ist. Erste Hinweise auf kognitive Einbußen liegen vor, wenn mehr als gelegentliche oder sogar häufige Erinnerungen an Vorhaben oder Sachverhalten notwendig sind oder wenn vermehrt externe Gedächtnishilfen verwendet werden müssen, z. B. überall Klebezettel angebracht sind. Ebenso kann das Ausmaß der Merkfähigkeit von Begriffen über kurze Zeiträume ein Hinweis sein. Beziehungsbedarfe werden deutlich, wenn ein Interaktionspartner notwendig wird, der Erinnerungen mit weiterführenden Hinweisen verbinden muss („Du wolltest doch den Pullover anziehen, der liegt noch im Kleiderschrank.“).

Sprache

Hierbei geht es um den sprachlichen Ausdruck, also gesuchte Worte zu finden, Dinge richtig zu bezeichnen, Satzaufbau und Grammatik handhaben und flüssig sprechen zu können. Verbunden damit geht es auch um die Emotionalität der Sprache. Dementsprechend finden sich Hinweise auf kognitive Einbußen, wenn der Mensch mit Demenz z. B. Sätze formuliert, die inhaltlich nicht stimmig sind oder er sich nicht oder fast nicht mehr verständlich machen kann, wenn es für ihn schwierig ist, einfache Sachverhalte auszudrücken, wenn Gegenstände (z. B. eine Uhr oder ein Stift) nur mühsam oder nicht richtig benannt werden können, oder ein vorgedrochener Satz nicht nachgesprochen werden kann. Beziehungsbedarfe werden entsprechend deutlich, wenn Hilfestellung beim sich Ausdrücken erforderlich wird, wenn der Kommunikationspartner undeutlich oder wiederholend vor sich hin spricht oder wenn auf den emotionalen Inhalt des Gesagten wenig oder nicht reagiert wird.

Perzeptuell-motorische Fähigkeiten

Hier geht es unter anderem um die visuelle Wahrnehmung und die Augen-Hand-Koordination. Wenn ein Interaktionspartner Schwierigkeiten hat, den Anderen direkt anzusehen, Augenkontakt aufbauen und zu halten oder visuelle Hinweise auf Aktivitäten zu verstehen und ungerichtete Verhaltensweisen wie ein Blick ins Leere, nach draußen oder auf einen bestimmten Gegenstand zeigt, kann dies – je nach Situation – ein Hinweis auf kognitive Einbußen sein. Ebenso ist es mit der Augen-Hand-Koordination, wenn beispielsweise Fünfecke nicht nachgezeichnet werden können oder das Handling von Alltagsgegenständen (Kaffeetasse mit Untertasse und Kaffeelöffel) schwierig wird. Beziehungsbedarfe werden hier sowohl bei der angemessenen Gestaltung von Kommunikationssituationen als auch bei der Unterstützung von Alltagshandlungen deutlich.

Soziale Kognition

In diesem komplexen Bereich geht es um das Erkennen und die Interpretation von Emotionen und das Verstehen, dass jede Person ihre eigene Perspektive und ihre eigenen Motive repräsentiert. Das sind Voraussetzungen dafür, dass soziale Interaktion gelingt. Es beginnt damit, dass die Person signalisiert, dass sie interagieren und kommunizieren möchte, dass sie selbst Emotionen zeigt und auf die Emotionen anderer reagiert, dass sie durch Kommunikation und Interaktion sozial einbezogen ist, manchmal auch auf passive Weise z. B. durch Beobachten und Zuschauen bei Gesellschaftsspielen oder beim Kochen. Dies kann zu einem Gefühl der Stimmigkeit oder Kohärenz der Situation führen, das sich in Mimik (z. B. zustimmendes Lächeln) und Gestik (z. B. sich interessiert vorbeugen) ausdrückt. Ebenso kann die Person nonverbal zeigen, dass sie versteht, was Andere zu ihr sagen. Wenn die Person verbale oder nonverbale Kommunikation vermeidet oder auf Versuche, mit ihr zu kommunizieren, nicht reagiert oder antwortet, kann dies ein Hinweis auf kognitive Einbußen sein. Beziehungsbedarfe werden aus dem Maß der Einschränkung deutlich und beziehen sich sowohl auf die Situationsgestaltung als auch die Angemessenheit der Kommunikations- und Interaktionsangebote, was beispielsweise einfach mit der Person anwesend sein oder Ansprechen in einfacher Sprache und langes Warten auf Reaktionen bedeuten kann.

Für die konkrete Einschätzungssituation ist zu beachten, dass die analytische Trennung in sechs Bereiche sowie die damit verbundenen Beziehungsbedarfe zu einem Gesamtbild der Kommunikations-, Interaktions- und Beziehungsbedarfe zusammengeführt werden müssen.

S1c Die Einrichtung fördert und unterstützt eine person-zentrierte Haltung für eine die Beziehung fördernde und gestaltende Pflege von Menschen mit Demenz sowie ihren Angehörigen und sorgt für eine person-zentrierte Pflegeorganisation.

Pflegende handeln in der Regel im Kontext einer Einrichtung. Ihre Haltung ist zumeist ein Spiegel dieser Institution. Daher ist die Einrichtung der primäre Adressat person-zentrierter Pflege, nicht der oder die einzelne Pflegenden. Grundsätzlich werden Pflegenden eher befähigt sein, person-zentriert zu handeln, wenn sie selbst (z. B. durch Führungskräfte oder Kollegen) person-zentriert behandelt werden. Die Einrichtung bestimmt in starkem Maße das soziale Umfeld, in dem Menschen mit Demenz leben und wirkt so entscheidend daran mit, ob dieses Umfeld deren Lebensqualität fördert. Angemessene Führung trägt folglich für ein klares Leitbild Sorge und lebt und vermittelt dies glaubhaft.

Auf Einrichtungsebene ist die Ermöglichung person-zentrierter Pflege in erster Linie eine Führungsaufgabe. Gute Führung leitet Mitarbeiter in Anhängigkeit von ihrer Erfahrung zur Selbststeuerung und Selbstverantwortung an. Da das Team eine der wichtigsten Motivationsquellen für Pflegenden darstellt, ist die Pflege des Teams durch Angebote von Supervision, ausreichende Besprechungszeiten und Bearbeitung schwieriger Teamdynamiken von nicht zu unterschätzender Bedeutung. So zählt zu den Aufgaben einer Führungskraft, nachzufragen, Zeit für Gespräche einzuräumen, zeitnah auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter zu reagieren und gezielt Rückmeldungen zu geben. Führung zielt darauf ab, dass Pflegenden das tun können, was fachlich wichtig und erforderlich ist, damit sie ihre Arbeit als sinnvoll und erfreulich erleben können. Führende kümmern sich im Detail darum, dass Pflegenden neue Interventionen in die Ablaufstruktur der Einrichtung einbringen können. Soweit als möglich werden Pflegenden in wichtige Entscheidungen, wie z. B. Neubelegung, Neueinstellung, Ablauforganisation oder bauliche Veränderungen, einbezogen. Diesem Führungsverständnis folgend wird es dann möglich, Schwierigkeiten und Herausforderungen offen und ohne Schuldzuweisungen anzusprechen. Führende sorgen durch anhaltende Qualifizierung dafür, dass Pflegenden argumentationsfähig werden und ein professionelles Standing entwickeln können.

Das Qualifikations- und Weiterbildungsniveau hat einen deutlich Einfluss auf Stresserleben: je höher die Qualifizierung, desto gelassener, entspannter, aber auch zielsicherer können Mitarbeiter in krisenhaften Situationen reagieren. Festzustellen ist aber auch, dass je höher die Qualifizierung der Mitarbeiter ist, desto größer die Ansprüche an die Einrichtung sind. Können Mitarbeiter das Gelernte nicht umsetzen, ist die Frustration nach der Fortbildung größer als vorher. So sollten Maßnahmen der Personalentwicklung immer auch mit Organisationsentwicklungen einhergehen. Im günstigen Fall jedoch führen positive Resultate bei Menschen mit Demenz sowie ihren Angehörigen und eine hohe Arbeitszufriedenheit zu einem sich gegenseitig positiv beeinflussenden Zusammenhang. Aus diesen Überlegungen heraus resultiert auch die Notwendigkeit einer hohen Führungskompetenz im Arbeitsfeld Demenz. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich die Art und Weise, wie Mitarbeiter geführt werden, unmittelbar im Kontakt mit Menschen mit Demenz und Angehörigen widerspiegelt.

Ein entsprechendes Qualifikations- und Weiterbildungsniveau ist auf drei verschiedenen Ebenen angesiedelt: (1) Alle Mitarbeiter, die an der Versorgung von Menschen mit Demenz beteiligt sind, erfahren im Rahmen einer kontinuierlichen Schulung Grundwissen und Auffrischungen zu den Themen Demenz und Beziehungsgestaltung. (2) Jeder Arbeitsbereich, in dem Menschen mit Demenz leben oder versorgt werden, sollte über mindestens einen Mitarbeiter mit einer demenzspezifischen, Beziehungsgestaltung und -förderung berücksichtigenden gerontopsychiatrischen Zusatzausbildung verfügen, der das Team in der Pflege von Menschen mit Demenz fachlich begleitet. (3) Auf einer übergeordneten, beim Management angesiedelten Ebene sollte eine Fachkraft alle gerontopsychiatrischen Aktivitäten der Einrichtung oder des Dienstes koordinieren und für die fachliche Weiterentwicklung der Gesamteinrichtung Sorge tragen.

Eine person-zentrierte Pflegeorganisation bedeutet immer, dass eine kontinuierliche Beziehung der verantwortlichen Pflegefachkraft sowie der Assistenzkräfte zum Menschen mit Demenz aufgebaut werden kann. Das heißt aber keinesfalls, dass Pflegenden mit dem Menschen mit Demenz allein gelassen werden. Welche konkrete Organisationsform für die anspruchsvolle Aufgabe der Beziehungsgestaltung geeignet ist, hängt von Art und Größe der Einrichtung ab. In der häuslichen Pflege ist eine hohe personelle Kontinuität anzustreben, in der stationären Altenhilfe spielt eine stabile Teambildung eine große Rolle, während im Akutkrankenhaus intensive Begleitung bei kurzen Verweildauern und zahlreichen stressvollen Erfahrungen für die Patienten mit Demenz entscheidend sind. Wesentlich ist in jedem Fall, dass eine verantwortliche Pflegefachkraft als Bezugspflegerin zur Verfügung steht, die, wie zum Beispiel im Primary Nursing-System, Planungsverantwortung hat, für Kontinuität der Pflege sorgt, in direkter Kommunikation mit allen Beteiligten steht und auch in der direkten pflegerischen Versorgung tätig ist.

P1 Die Pflegefachkraft erfasst zu Beginn des pflegerischen Auftrags sowie anlassbezogen, schrittweise unter Einbeziehung der Angehörigen bzw. anderer Berufsgruppen kriteriengestützt mit der Demenz einhergehende Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung, deren Auswirkungen auf die Lebens- und Alltagswelt sowie Vorlieben und Kompetenzen des Menschen mit Demenz.

Anzeichen einer Demenz und damit korrespondierende Interaktions-, Kommunikations- und Beziehungsbedarfe sind sowohl bei Menschen mit einer diagnostizierten Demenz als auch bei Menschen ohne Demenzdiagnose zu erfassen, sobald erste Hinweise für kognitive Einschränkungen vorliegen. Mit dieser Vorgehensweise wird deutlich, dass der Pflegebeobachtung eine herausragende Bedeutung zukommt. Für diese umfassende Einschätzung braucht es allerdings Zeit, um durch die Begleitung der Person in Alltagssituationen, sowie durch Kommunikation und Interaktion Erkenntnisse

über die (noch) vorhandenen Fähigkeiten hinsichtlich ihrer Beziehungsbedarfe zu erlangen. Dieser Prozess wird zu Beginn des pflegerischen Auftrags begonnen, kontinuierlich fortgesetzt oder anlassbezogen initiiert. Dies gilt auch und insbesondere im Rahmen von Alltagsaktivitäten. Ziel ist es, vor der Planung von in den Alltag integrierten beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen zu einer Verstehenshypothese zu kommen (vgl. P2 und die Kommentierung dazu).

Der Expertenstandard ist anzuwenden wenn (a) eine Demenzdiagnose vorliegt oder (b) Anzeichen einer Demenz identifiziert wurden. Die dem Expertenstandard zugrundeliegende Annahme besteht darin, dass in beiden Fällen ein pflegerischer Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Beziehungsgestaltung und -förderung besteht. Liegt keine medizinische Demenzdiagnose vor und wurden jedoch Anzeichen einer Demenz identifiziert, so sind diese an den behandelnden Arzt der betreffenden Person weiterzuleiten, um eine adäquate Diagnostik zu initiieren und die Möglichkeit einer Behandlung abzuklären. Bestätigen sich im Verlauf der pflegerischen Einschätzung vermutete Anzeichen von Demenz nicht, ist der Expertenstandard nicht anzuwenden.

Nach derzeitigem Stand liegen keine Assessment-Instrumente vor, die für eine umfassende Einschätzung der für die Gestaltung und Förderung von für die Beziehung relevanten Bedarfe in Frage kämen. Daher empfiehlt die Expertengruppe ein kriteriengestütztes Vorgehen (vgl. Kommentar zu S1b) sowie die Berücksichtigung folgender Prinzipien:

- Ermöglichung von und Wertschätzung der Selbstauskunft der Menschen mit Anzeichen bzw. Diagnose einer Demenz, d. h. sämtliche verbale und nonverbale Interaktions- und Kommunikationshinweise sind von Relevanz. Im Vordergrund pflegerischen Handelns steht, *wie* interagiert und kommuniziert wird. Dem nachgeordnet ist die Frage danach, *was* zur Initiierung von Interaktion und Kommunikation als Intervention angeboten wird. Sowohl die Selbstauskünfte der Menschen mit Anzeichen einer Demenz als auch Aussagen von ihnen nahestehenden Personen bzw. anderen an der Versorgung Beteiligten sind zu dokumentieren.
- Obwohl kognitive Einschränkungen bestehen, sind Menschen mit Demenz nach wie vor in der Lage, sinnvoll zu interagieren und zu kommunizieren sowie absichtsvoll zu handeln. Diesem Anspruch kann entsprochen werden, indem sich Pflegenden Zeit nehmen, u. a. um zu reflektieren und zu überlegen, wie sich ihre Beziehung zum Menschen mit Demenz gestaltet. Zudem ist zu reflektieren, inwieweit Menschen mit Demenz noch die Fähigkeit besitzen, selbst Beziehungen zu initiieren.
- Die Welt aus der Perspektive der Menschen mit Demenz zu betrachten kann Erkenntnisse liefern, auf Grundlage derer ihr Verhalten verstanden bzw. nachvollzogen werden kann. Eine Interpretation des Verhaltens kann sowohl realitätsorientierend sein als auch die Annahme subjektiver Situationsdefinitionen in den Vordergrund stellen.
- Das Reflektieren von Gefühlen der Kohärenz aus Sicht der Menschen mit Demenz ist relevant, um Erkenntnisse zu folgenden Themen zu erhalten: Verstehbarkeit (z. B. vorhersehbar), Bewältigbarkeit (z. B. zur Verfügung stehende Ressourcen) sowie Bedeutsamkeit (z. B. Engagement ist subjektiv wertvoll). Präferenzen der Menschen mit Demenz sind in der Planung, Umsetzung und Evaluation der Pflege zu berücksichtigen.

E1a Der Mensch mit Demenz wird durch die person-zentrierte Haltung der Pflegenden in seiner Einzigartigkeit wahrgenommen.

Dieses anspruchsvolle Kriterium steht bereits am Anfang des zu gestaltenden Beziehungsprozesses zwischen den Pflegenden und dem Menschen mit Demenz. Denn von vorneherein geht es darum, den Menschen mit Demenz nicht als Repräsentanten einer störenden Art, als Objekt zu sehen, das

mit dem entsprechenden Risikomanagement und Maßnahmen für seine Sicherheit in die Funktionalität der jeweiligen Institution (Krankenhaus, stationäre Altenhilfe, aber auch die Familie) eingepasst wird. Vielmehr stellt von Anfang an die Neugierde auf die Person, der Respekt vor dem Menschen und die Bereitschaft, sich auf seine Lebenswelt kommunikativ einzulassen, den Ausgangspunkt eines gemeinsamen Erkundungsprozesses, möglichst zusammen mit den Angehörigen bzw. relevanten Beziehungspersonen, dar. Er wird in seiner Eigenart angenommen, unabhängig davon, ob er Beziehungsangebote zunächst nicht, nur teilweise oder gar nicht annimmt. Er bleibt eine Person, ein geachtetes Mitglied der menschlichen Gesellschaft, dem Vertrauen entgegengebracht wird.

E1b Die Pflegedokumentation enthält, der Dauer und dem Anlass des pflegerischen Auftrags entsprechend, systematische und konkretisierende Hinweise auf mit der Demenz einhergehende Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung.

Liegt eine medizinische Demenzdiagnose vor, so ist diese dokumentiert. Liegt keine medizinische Demenzdiagnose vor und konnten Anzeichen einer Demenz identifiziert werden, so sind diese ebenfalls dokumentiert und für alle an der Pflege beteiligten Personen einsehbar. Zudem sind die identifizierten Anzeichen an den behandelnden Arzt weitergeleitet, um eine adäquate Diagnostik zu initiieren und die Möglichkeit einer Behandlung abzuklären. Die Weiterleitung an den behandelnden Arzt ist ebenfalls dokumentiert.

Die individuellen Beziehungsbedarfe sind dokumentiert. Sie stellen die Grundlage für persönliche Kontakte und Interaktionen dar, im Rahmen derer das Erlebte und die damit verbundenen Emotionen des Menschen mit Demenz in einem Kontext einlassender und aufmerksamer Begegnung anerkannt werden. Die Initiierung dieser Begegnungen kann durch individuell ausgewählte Interventionen erfolgen.

S2a Die Pflegefachkraft verfügt über Kompetenzen zur Planung und Koordination von beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen der Pflege von Menschen mit Demenz.

Für die Planung und Koordination der Pflege werden umfassendes Wissen und Handlungskompetenz insbesondere bezogen auf folgende Themenbereichen benötigt:

1. Wissen über verbale und nonverbale Interaktions- und Kommunikationsvarianten und spezifisches Wissen hinsichtlich der Bedeutung von Interaktion und Kommunikation in der Gestaltung von Beziehungen zu und mit Menschen mit Demenz. Darüber hinaus berufliches Wissen verbunden mit einer kontinuierlich weiterentwickelnden reflektierten sozialen Kompetenz, insbesondere um die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen positiv zu beeinflussen.
2. Wissen über unterschiedliche Demenzformen und Phasen des Verlaufes und eine Betrachtung dieser Kenntnisse in Verbindung mit Persönlichkeitsmerkmalen des Menschen mit Demenz sowie im Kontext seiner Lebensgeschichte, seines Umfeldes und seiner kognitiven, funktionalen, sozialen und emotionalen Fähigkeiten und Ressourcen.
3. Hinsichtlich der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie ist aktuelles, vertieftes theoretisches Fachwissen, z. B. bezüglich der Beobachtung von Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten bzw. hinsichtlich ihrer Wirkung auf das Verhalten von Menschen mit Demenz erforderlich. Die Pflegefachkraft verliert dabei nie den Bezug zur individuellen Vorstellung von Lebensqualität des Menschen mit Demenz.

Dieses Wissen fließt in die Planung und die Koordination der Pflege ein, deren Grundlage eine person-zentrierte Beziehungsgestaltung ist. Die Pflegefachkraft benötigt zudem Fähigkeiten zur Teamarbeit sowie zur internen und externen Kooperation. Die Planung person-zentrierten Handelns bezieht das Feedback der Menschen mit Demenz und ihrer Bezugspersonen konstitutiv ein. Wichtig ist die Motivation und Befähigung von Menschen mit Demenz und ihrer Bezugspersonen zur aktiven Beteiligung an der Planung von beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen. Bei der Frage der Beteiligung von Menschen mit Demenz an Entscheidungsprozessen geht es nicht darum, ob eine Person vollumfänglich entscheidungsfähig ist oder nicht, sondern um die Suche nach geeigneten Formen der beteiligten Entscheidungsfindung. Der deutsche Ethikrat verweist in diesem Kontext auf eine assistierte Selbstbestimmung, mit deren Hilfe Selbständigkeits- und Selbstbestimmungsanteile aktiviert werden können (vgl. Kap. 3.1.2).

Je nach Versorgungssetting ergeben sich große Unterschiede in den Möglichkeiten der Planung und Koordination. Eine im stationären Setting etablierte Verteilung von Planungs- und Koordinationsaufgaben besteht in der häuslichen Umgebung nicht und ist jeweils neu auszuhandeln. Angehörige sind oft aus der Sorge heraus, für einen Menschen mit Demenz als Stellvertreter zu agieren und alles regeln zu müssen, mehr auf stabile häusliche Tagesabläufe als auf die individuellen und an der Person orientierten Aktivitäten fixiert. Sie benötigen von Beginn an begleitende Beratungen und Erklärungen durch die Pflegefachkraft sowie ggf. Vorschläge für die Planung und Koordination eines Tagesablaufs, um neue Prioritäten setzen zu können.

S2b Die Einrichtung stellt sicher, dass die Pflege von Menschen mit Demenz auf Basis eines person-zentrierten Konzepts gestaltet wird und verfügt über eine interdisziplinäre Verfahrensregelung, in der die Zuständigkeiten für beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote definiert sind.

Ein person-zentriertes Konzept beinhaltet zunächst eine Beschreibung dessen, was (a) im Kontext der Pflege von Menschen mit Demenz unter Person-Zentrierung zu verstehen ist. Die weiteren Konzeptbausteine beinhalten Aussagen zu (b) den Zielgruppen des Konzeptes, (c) den settingspezifischen Besonderheiten der Beziehungsförderung und -gestaltung, sowie (d) Regelungen bezüglich der Strukturen und Prozesse zum Erhalt und zur Förderung der Beziehungen zu Menschen mit Demenz. Darüber hinaus sind Hinweise auf (e) erwartbare Ergebnisse hinsichtlich der Beziehungsförderung und -gestaltung, verstanden als Teil der Lebensqualität, formuliert.

Zu (a): Der Begriff der Person-Zentrierung im Kontext der Pflege von Menschen mit Anzeichen einer Demenz verweist auf die grundsätzliche Fokussierung auf personbezogene Aspekte wie Stärkung der Menschenwürde und positive Beziehungsgestaltung im Gegensatz zu einer historisch vorherrschenden Defizitorientierung in der Pflege und Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Für Person-Zentrierung existiert zum jetzigen Zeitpunkt keine einheitliche Definition, vielmehr nähern sich verschiedene Theorien und Modelle einem Verständnis vom Umgang mit Menschen mit Demenz an, bei dem die Anerkennung der Einzigartigkeit und der Individualität der Person als wesentliche Voraussetzung für das Erleben von Wohlbefinden angesehen wird. Person-Zentrierung wird dabei als ein bio-psycho-soziales Konstrukt verstanden, welches die Person mit allen Bedürfnissen wahrnimmt und im Sinne der Person darauf einzugehen sucht. Hervorzuheben ist der Aspekt der Partizipation und Selbstbestimmung der Person trotz vorhandener Einschränkungen. Person-Zentrierung steht damit für eine Haltung und für ein berufliches Handeln unter aktiver Einbeziehung des Menschen mit Demenz sowie seiner Angehörigen.

Aufgrund des breiten Spektrums an Möglichkeiten der person-zentrierten Pflege hat sich die Expertenarbeitsgruppe entschlossen, weder eines der gängigen Konzepte zu empfehlen, noch von ihnen abzuraten (vgl. Kap. 3.1.2). Vielmehr legt die Expertenarbeitsgruppe Wert darauf, dass die grundsätzlichen Merkmale der Person-Zentrierung in den Einrichtungskonzepten zu berücksichtigen sind. Ausgangspunkt ist die Anerkennung der Person als einzigartiges Individuum, die als solche wertgeschätzt wird. Im Umgang mit ihr ist ihre individuelle Perspektive zu berücksichtigen, um ihre soziale Integration fördern zu können. Zur Verankerung, Ausgestaltung und Reflektion person-zentrierter Elemente im beruflichen Handeln stehen verschiedene Modelle zur Verfügung (vgl. Kap. 3.1.2).

Zu (b): Neben der vorherrschenden Kultur in der Einrichtung ist im person-zentrierten Konzept auf die Zielgruppen einzugehen. Dazu gehören die Menschen mit Demenz sowie deren nächste Bezugspersonen. Zielgruppen des Konzeptes sind darüber hinaus die Mitarbeiter der unterschiedlichen Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsbereiche, ehrenamtliche Helfer sowie interne und externe Kooperationspartner. Die Berücksichtigung dieser Zielgruppen im Konzept ist erforderlich, um zentrale Elemente person-zentrierter Pflege umzusetzen. Dazu gehören interdisziplinäre Teamarbeit und aktive Koordination aller beteiligten Professionen. Die Einrichtungsleitung trägt die Verantwortung für notwendige Veränderungen in der vorherrschenden Kultur im Umgang mit Menschen mit Demenz. Dafür sind von der Einrichtungsleitung Veränderungsprozesse anzuregen, die auf allen Ebenen der Einrichtung Wertvorstellungen und Haltungen hinterfragen und person-zentrierte Entwicklungen fördern.

Zu (c): Neben einer Kultur der Einrichtung, welche Person-Zentrierung ermöglicht und befördert, sind Angebote der Pflege, Betreuung und weiteren Versorgung wichtig, mit deren Hilfe Beziehung für den Menschen mit Anzeichen einer Demenz erfahrbar wird. Im häuslichen Bereich und in der

ambulanten Pflege ist es von großer Wichtigkeit für den Menschen mit Demenz, Alltagsroutinen beizubehalten. Aspekte eines selbstbestimmten Lebens sollen mit entsprechenden Maßnahmen unterstützt werden. Person-zentriert pflegen und begleiten bedeutet eine Förderung und Stärkung vorhandener Ressourcen. Dies gilt auch für die Bereiche der Tagespflege und für Menschen in Wohngemeinschaften, die von ambulanten Pflegediensten punktuell unterstützt werden.

An dieser Stelle wird auf die Kommentierung zur vierten Ebene des Expertenstandards verwiesen, die Interventionen zur Interaktion und Kommunikation im Kontext der Gestaltung und Förderung von Beziehung fokussiert. In der Zusammenstellung der Angebote sind die unterschiedlichen Fähigkeiten und Bedürfnisse im Verlauf einer dementiellen Erkrankung sowie settingspezifische Anforderungen zu beachten. Dabei gilt, dass im Sinne der Förderung von Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Demenz die Koordination aller Beteiligten auch bürgerschaftliches Engagement berücksichtigen soll. Das trifft in dieser Form insbesondere für die stationäre Altenhilfe zu. In der ambulanten Pflege erhält die Kooperation mit Angehörigen und deren Einbindung in die Pflege einen höheren Stellenwert, während im Akutkrankenhaus vor allem bedingt durch eine kurze Verweildauer auf kurzfristige Hilfe- und Unterstützungsbedarfe hinsichtlich Interaktion und Kommunikation zu achten ist. Insbesondere kommt hier der Sensibilisierung der Mitarbeiter für die Bedarfe von Patienten mit Demenz eine herausragende Bedeutung zu. Ein Aufenthalt im Akutkrankenhaus ist für den Menschen mit Demenz von großer Verunsicherung und durch Ängste geprägt. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu verantwortlichen Pflegefachkräften und die Beteiligung der Angehörigen an der Begleitung durch den Krankenhausaufenthalt haben hier höchste Priorität.

Zu (d): Die Einrichtungs- oder Pflegedienstleitung legt im Konzept fest, mit welchen Strukturen interprofessionelle Teamarbeit und die Koordination aller Beteiligten ermöglicht wird. Einrichtungsintern ist im Rahmen einer Verfahrensregel festzulegen, welche Aufgaben der Versorgungsplanung mit interprofessioneller Teamarbeit zu lösen sind und für welche Aufgaben Kooperationspartner in geeigneter Form involviert werden. So erfolgt die individuelle Pflege- und Betreuungsplanung eines Menschen mit Demenz im Team von Pflegefachkraft und Mitarbeitern der sozialen Betreuung. Die Abstimmung mit externen Ergo- oder Physiotherapeuten, Haus- und Fachärzten sowie Apothekern erfolgt über geeignete Koordinationsformen.

Zu den strukturellen Erfordernissen gehört zudem eine klar zugewiesene Verantwortlichkeit eines Teammitglieds als kontinuierlicher Ansprechpartner für den Menschen mit Demenz und seiner Bezugspersonen. Idealerweise ist die für die Pflegeplanung verantwortliche Pflegefachkraft kontinuierlicher Ansprechpartner für alle Belange der Pflege und Versorgung. Dazu gehört die Festlegung von Verantwortungsbereichen, Aufgabenbeschreibungen und Kommunikationsstrukturen, die eine berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung mit internen und externen Kooperationspartnern sicher stellen. Die Einrichtungsleitung stellt die klare Übertragung von Verantwortlichkeiten sicher und sorgt für die erforderliche Qualifizierung (z. B. Bildungsangebote zur Beratung) der an der Versorgung beteiligten Personen.

Die Informations- und Kommunikationsstrukturen der Einrichtung sind so zu gestalten und konzeptionell zu verankern, dass alle an der Versorgung Beteiligten darin eingebunden sind. Sicherzustellen ist, dass alle relevanten Informationen in geeigneter Form weitergegeben und so dokumentiert werden, dass diese zeitgerecht in die Pflege- und Versorgungsplanung einfließen können.

Zu (e): Die unterschiedlichen Perspektiven von zu Pflegenden mit Demenz, Angehörigen und Professionellen sind dabei zu berücksichtigen. So kann im Rahmen von Pflegevisiten z. B. konkret nachgefragt werden, ob sich der Mensch mit Demenz in Entscheidungen einbezogen fühlt. Oder im Rahmen von Mitarbeitervisiten und -gesprächen können Beobachtungen der Interaktion zwischen Mitarbeitenden und Personen mit Demenz, sowie subjektive Erfahrungen der Mitarbeitenden thematisiert

werden. Im Bereich Fort- und Weiterbildung stehen eine Reihe von Evaluationsoptionen zur Verfügung; angefangen von der Bewertung von Fortbildungsthemen, bis hin zu Strategien der Umsetzung neuer Erkenntnisse und Fähigkeiten. Auf der Ebene der Einrichtungsleitung kann eine strukturierte Personalentwicklungsstrategie eine person-zentrierte Einrichtungskultur fördern.

P2 Die Pflegefachkraft plant auf Basis einer Verstehenshypothese unter Einbeziehung des Menschen mit Demenz und seiner Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen individuell angepasste beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen.

Nach der pflegerischen Einschätzung ergibt sich vor der Maßnahmenplanung die Notwendigkeit einer übergeordneten Zusammenfassung, die mehr als die Summe ihrer Teile ist. Es geht um eine sinnhafte, logische Synthese der zur Verfügung stehenden Informationen unter der Berücksichtigung folgender Fragestellungen:

- Wie erlebt die Person sich selbst, andere Menschen und ihre Welt?
- Aus welchem Denken, Fühlen und Erleben heraus ergeben die Verhaltensweisen, Befindlichkeiten und Erscheinungsweisen einen subjektiven Sinn?
- Was ist die Funktion von Verhaltensweisen, was wird mit dem Verhalten kompensiert, auf welche inneren Antriebe, Fragen, Themen ist das Verhalten eine Antwort?

Eine Verstehenshypothese basiert auf der Zuordnung verschiedener Informationen: zum einen aus den im Rahmen des Pflegeprozesses gesammelten Informationen und zum anderen aus der Zuordnung dieser gewonnenen Erkenntnisse zu den Symptomen einer Demenz oder auch anderer psychiatrischer Erkrankungen sowie zu erfahrbaren, erlebten Persönlichkeitsmerkmalen. Im Prozess der Entwicklung einer Verstehenshypothese ist zu beachten, nicht vorschnell allgemeinen Zuschreibungen zu unterstellen (z. B. „Depressive jammern immer“) oder dem Menschen mit Demenz Absichten zu unterstellen (z. B. „das macht der nur, um Aufmerksamkeit zu bekommen“), ohne dies zu reflektieren. Im Mittelpunkt steht das Verhalten, das Erscheinen und die Befindlichkeiten aus der Position der Person selbst als sinnvoll und problemlösend soweit als möglich nachzuvollziehen. „Möglichst nachzuvollziehen“ deshalb, da Verstehenshypothesen immer intersubjektive Konstrukte darstellen, die sich auch als falsch oder unpassend erweisen können. Sie sind dennoch wichtig, um nicht beispielsweise das Verhalten des Menschen mit Demenz voreilig als absichtlich gegen sich gerichtet, als ablehnend oder aggressiv zu werten. Zeichnet sich im Team eine Hypothese ab, ist diese auf Grundlage der zur Verfügung stehenden Informationen möglichst auf ihre Stimmigkeit hin zu überprüfen. Die so entwickelten Hypothesen sind immer offen und ständig zu verifizieren, d. h. mit neu gewonnenen Informationen abzugleichen.

Die Expertenarbeitsgruppe geht davon aus, dass Pflegenden sich gegenüber Menschen mit Demenz angemessener verhalten, wenn sie diese besser verstehen. Hintergrund ist, dass das eigene Verhalten, besonders die non-verbalen, automatisierten Teile, von der Wahrnehmung seiner selbst in Situationen gesteuert werden. Diese Wahrnehmung wird wiederum von dem ‚inneren Bild‘ gesteuert, das die Person von sich-in-der-Situation hat. Das Bild von sich-in-der-Situation hängt davon ab, wie man andere Personen in Beziehung zu sich selbst positioniert, z. B. als Bedrohung. Je eher der Pflegende nun das Verhalten des Menschen mit Demenz als Problemlösung und Orientierungsversuch versteht, desto mehr kann er sich selbst ‚aus der Gleichung‘ herausnehmen und sich entspannt, ruhig und langsam verhalten. Die Veränderung des inneren Bildes (von „der bedroht mich“ zu „der hat Angst und die hat mit mir eigentlich nichts zu tun“) von sich-in-der-Situation verändert die Wahrnehmung (die Angst des anderen kommt in den Blick) und damit die nicht-bewussten, non-verbalen und automatisierten Anteile des eigenen Verhaltens. Diese werden wiederum (unbewusst) seitens

des Menschen mit Demenz als Beziehungssignal verstanden, so dass dieser sich selber ruhiger und entspannter verhalten kann. Der Ansatz, mit einer Verstehenshypothese zu arbeiten, befürwortet damit, dass eine kognitive Neubewertung primär die unbewussten, automatisierten, non-verbale Beziehungsanteile betrifft und verändert, die dann (auch eher unbewusst und automatisiert) ein anderes pflegerisches Verhalten ermöglichen. Wirksam ist das, was man nicht sieht.

Die Planung person-zentrierter Beziehungsgestaltung stellt einen Kulturwandel unseres Umgangs mit Menschen mit Demenz dar und erfordert von daher eine intensive Auseinandersetzung sowohl mit dem eigenen, teils unbewussten Verhalten, als auch dem teils ungewöhnlichen Verhalten in einer Demenzerkrankung.

Auf Grundlage der Verstehenshypothese der für den Mensch mit Demenz bedeutsamen Ziele in der Beziehungsgestaltung werden geeignete beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen zusammen mit dem Menschen mit Demenz und seinen Angehörigen geplant, abgestimmt und durch die Pflegefachkraft im Pflegeplan festgehalten.

Die Planung der Beziehungsgestaltung beginnt mit dem Finden von Zielen, welche für den Menschen mit Demenz bedeutsam sind. Das geschieht wenn möglich mit dem Menschen mit Demenz, oder wenn dies nicht möglich ist, mit Hilfe der Auskünfte einer nahe stehenden Person. Für die Pflegenden erstrebenswerte Ziele der Beziehungsgestaltung sind nicht zwangsläufig erstrebenswert für den Menschen mit Demenz. Unterschiedliche Bedürfnisse nach Nähe, Sicherheit, Einbeziehung oder auch Hoffnung und Trost sind unbedingt zu beachten. Gerade beim Finden von person-orientierten Zielen braucht die Pflegefachkraft den Perspektivwechsel weg von eigenen Vorlieben, Prägungen und allgemeinen (Vor-)Urteilen, hin zu einem Annähern an die Erlebenswelt des Menschen mit Demenz. Für das Finden individueller Ziele ist zudem wichtig zu wissen, dass unabhängig vom Grad der kognitiven Leistungsfähigkeit die Gefühlswelt in der Demenzerkrankung erhalten bleibt. Mit dem Fortschreiten der Erkrankung wird es für den Menschen mit Demenz schwerer, Gesprächen zu folgen bzw. sich aktiv zu beteiligen, aber auch bei schweren geistigen Einschränkungen fühlt und spürt er, ob er an- und ernst genommen wird. Fachlich nicht haltbar ist die oft auch noch unter Pflegenden anzutreffende Meinung: „Der Demenzkranke bekommt nichts mit.“ Somit bleibt das Finden individueller Ziele wichtige Grundlage aller Maßnahmenplanung auch bei fortschreitender Demenz.

Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz fordern unsere gewohnten Denk- und Handlungsmuster heraus. Die Planung, der Aufbau und die Pflege wertschätzender Beziehungen zu Menschen mit demenzbedingten herausfordernden Verhaltensweisen ist eine Kunstfertigkeit, die bewusst erlernt und im Team trainiert werden muss. Der bewusste und offene Umgang mit persönlichen Grenzen und Schwierigkeiten ist Teil dieses Lernprozesses, bei dem die einzelne Pflegefachkraft die Unterstützung des Teams und der Einrichtungsleitung braucht.

Nachvollziehbar zu planen ist, welche Maßnahmen zum Einsatz kommen sollen, der Zeitpunkt, die Zuständigkeit, sowie individuelle Besonderheiten, die vom jeweiligen Pflege- und Betreuungsstandard abweichen. Dort wo andere Personen wie Assistenz- oder Betreuungspersonen an der Unterstützung der Menschen mit Demenz beteiligt sind, sorgt die Pflegefachkraft durch Anleitung, Begleitung und Überprüfung dafür, dass auch diese situativ flexibel zur Einhaltung des Maßnahmenplans in der Lage sind.

Bei der Planung von Maßnahmen ist auf eine Vielfalt an beziehungsfördernden Maßnahmen zu achten, um z. B. auf Schwankungen im Demenzerleben und damit einhergehende sich schnell verändernde fluktuierende Zustände reagieren zu können und verschiedenen Sinne und Fähigkeiten des Menschen mit Demenz anzuregen. Der Maßnahmenplan ist so zu gestalten, dass die Interaktions- und Kommunikationsaktivitäten stets situativ an die Bedürfnisse und Empfindungen des Menschen

mit Demenz angepasst werden können. Bei der Umsetzung im Alltag kann dies u. a. bedeuten, dass die an der Versorgung Beteiligten ihr Handeln manchmal von einem Moment auf den anderen anpassen müssen. So kann beispielsweise an einigen Tagen ein Verweilen im Gemeinschaftsraum die Ressourcen einer Person eher fördern und anregen, während die Person an anderen Tagen sensorisch und sozial überfordert wird. Dann muss eine geeignete Rückzugssituation geschaffen werden.

Die Pflegefachkraft plant in erster Linie beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen im Zusammenhang mit den Kernaufgaben der pflegerischen und betreuenden Versorgung und berücksichtigt dabei auch Kommunikationsangebote, die gezielt im Rahmen der täglichen pflegerischen Aktivitäten wie Körperpflege oder Mahlzeitenversorgung eingesetzt werden können.

Im Akutkrankenhaus stehen zudem Orientierungshilfen sowie Angstminderung und Vertrauensaufbau im Vordergrund. Diesbezüglich ist darauf zu achten, dass Menschen mit Demenz kontinuierlich begleitet werden.

E2 Eine person-zentrierte, die identifizierten Unterstützungsbedarfe und mögliche fluktuierende Zustände berücksichtigende Maßnahmenplanung liegt vor und ist allen an der Pflege des Menschen mit Demenz beteiligten Personen bekannt.

Der Pflegeplan enthält beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen, die im individuellen Fall zum Einsatz kommen können, auch unter Berücksichtigung von Schwankungen von Fähigkeiten und Bedürfnissen im Demenzverlauf, aber auch im Tagesverlauf. Aus der Pflegeplanung wird ersichtlich, wie der beziehungsfördernde Aspekt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen auf die individuelle Situation angepasst ist und wer für die Anwendung der beziehungsfördernden Maßnahmen zuständig ist. Die geplanten Maßnahmen basieren auf person-zentrierter Haltung und fördern Selbst- bzw. Mitbestimmung des Menschen mit Demenz.

S3a Die Pflegefachkraft verfügt über Wissen und Kompetenzen zur Information, Anleitung und Beratung über beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote sowie deren Einbindung in Alltagssituationen.

Unter Information, Anleitung und Beratung durch die Pflegefachkraft wird hier die Umsetzung eines proaktiven Beratungsansatzes verstanden, der sich an Menschen mit Demenz sowie ihre Angehörigen richtet. Es reicht nicht aus auf Anfragen zu reagieren, sondern aktive achtsame Ansprache ist erforderlich, denn oft ist die Diagnose mit Scham besetzt und das Einholen von Hilfen wird vermieden. Die definitorische Abgrenzung der unterschiedlichen Unterstützungsformen bezieht sich auf den Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege des Zentrums für Qualität in der Pflege (vgl. Kap. 3.3.4). *Information* beinhaltet demnach das zur Verfügung stellen von mündlichen oder schriftlichen Informationen entsprechend der konkreten Fragestellungen und des Bedarfs der Menschen mit Demenz bzw. der Angehörigen. *Anleitung* beinhaltet die anwendungsorientierte Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten. Zentrales Mittel ist dabei das gemeinsame Handeln in pflegerischen und alltäglichen Situationen, die Reflektion desselben und die Unterstützung der konkreten Ausbildung von Kompetenzen zur Kommunikations- und Beziehungsgestaltung. *Beratung* wird als ergebnisoffener Prozess beschrieben, der durch das Anbieten von Deutungs- und Orientierungsmustern die Entwicklung von Problemlösungsstrategien beinhaltet. Hier wird immer das Ziel verfolgt, den Ratsuchenden zur Problembewältigung zu befähigen. In der Verantwortung der Pflegefachkraft kann ein solcher Prozess beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen (vgl. auch Kommentierung zu S5b) umgesetzt werden.

Die fachliche Kompetenz sowie die Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit der Pflegefachkraft haben einen maßgeblichen Einfluss darauf, dass Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in die Lage versetzt werden, ihre Kompetenzen im Bereich der Beziehungsgestaltung zu reflektieren und zu entwickeln. Die persönliche Eignung sowie die fachliche Fort- und Weiterbildung der Pflegefachkraft sind dabei zentral. Sie sollte daher über allgemeine Kompetenzen hinsichtlich der Beratung, über konkrete Techniken der Gesprächsführung mit Menschen mit Demenz sowie über Kenntnisse zur Gestaltung von Anleitungssituationen und Informationsvermittlung verfügen. Grundlage all dieser Aktivitäten ist ein person-zentrierter Ansatz in der Gestaltung der Beziehung zum Menschen mit Demenz und zu seinen Angehörigen.

Die Pflegefachkraft hat die Aufgabe, das gesamte Pflege- und Betreuungssetting in den Blick zu nehmen. Die Angehörigen sind aufgrund ihrer Erfahrungen mit dem Mensch mit Demenz und ihrer Vertretungsberechtigung die wichtigsten Partner. Es gilt, eine gemeinsame Sorgehaltung im Kontext der Person-Zentrierung anzustreben. Die Kompetenzen und Ressourcen, als auch die Belastungssituation der Angehörigen sind hier einzubeziehen. Damit Angehörigen das Verständnis für den Umgang, insbesondere die Beziehungsgestaltung mit dem Menschen mit Demenz erleichtert wird, benötigen sie Informationen und Wissen bezüglich der Erkrankung Demenz, sowie der damit einhergehenden Auswirkungen auf die Interaktion, Kommunikation und Beziehungsgestaltung. Zudem können ggf. Kenntnisse über den Verlauf von Demenzerkrankungen hilfreich sein. Im Rahmen ihrer Alltagsbewältigung stehen Angehörige außerdem vor der Herausforderung, für sich selbst Strategien zu entwickeln und sich mit dem Erhalt ihrer eigenen Gesundheit und damit korrespondierendem Selbstmanagement zu befassen.

Information, Anleitung und Beratung gehen in den verschiedenen Settings (ambulante, stationäre, teilstationäre Pflege oder Krankenhaus) von der zuständigen Pflegefachkraft aus, die im jeweiligen Bereich für die konkrete Pflegeplanung und den Pflegeprozess zuständig ist. Unterschiedliche Anforderungen korrespondieren mit dem Setting. Hier beeinflussen die Rahmenbedingungen die Durchführung der Information, Anleitung und Beratung. Anpassungen an die jeweilige Situation werden notwendig. Es bestehen unterschiedliche Bedürfnisse der Adressaten und es variieren die insti-

tutionellen Möglichkeiten der Pflegefachkraft. Letzteres trifft hauptsächlich für das nur in engem zeitlichem Rahmen mögliche Angebot in Krankenhäusern zu, wenn sich erstmals eine kognitive Beeinträchtigung bedingt durch den Umgebungswechsel, der mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden ist, zeigt.

S3b Die Einrichtung schafft Rahmenbedingungen für individuelle Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen und stellt zielgruppenspezifische Materialien über beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen zur Verfügung.

Auf Einrichtungsebene sind Rahmenbedingungen zu schaffen, um Information, Anleitung und Beratung für Angehörige anbieten zu können. Hinsichtlich der räumlichen Ausstattung gehört dazu die Möglichkeit, ein Gespräch in einer angenehmen Atmosphäre, ungestört und in einem geschützten Rahmen führen zu können.

Die Einrichtung hat die Bereitstellung von zielgruppenspezifischen Informationsunterlagen in Form von Broschüren oder Publikationen sicherzustellen. Zudem sollten insbesondere adressatengerechte Informationen über weiterführende Angebote verfügbar sein. Grundsätzlich gilt es, im Rahmen der Information, Anleitung und Beratung alle Unterlagen auf Angemessenheit der Inhalte und ihre Passgenauigkeit für die Zielgruppe zu prüfen. Ein gezielter Einsatz dieser Unterlagen ist notwendig, um die Angehörigen nicht durch zu viele Informationen zu überfordern. Individuell zusammengestellte, schriftlich verfasste Informationen zum aktuellen Leitungs- und Beratungsthema bieten den Vorteil einer passgenauen Hilfestellung. Hier bieten Organisationen wie die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (www.deutsche-alzheimer.de), Demenz Service Zentren (www.demenz-service-nrw.de) oder das Onlineportal des Ministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (www.wegweiser-demenz.de) differenzierte und zielgruppenspezifische Informationen. In Bezug auf Materialien zur Unterstützung der Beziehungsgestaltung können auch Romane, Filme oder Erfahrungsberichte von Betroffenen empfohlen werden.

Weiterführende Angebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen sind spezielle Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen oder regionale Demenznetzwerke, außerdem Kurse für Angehörige von Menschen mit Demenz nach §45 SGB XI. Hier gilt es, die Informationen über bestehende Möglichkeiten vor Ort bereitzuhalten und diese entsprechend zu vermitteln.

P3a Die Pflegefachkraft informiert, leitet an oder berät den Menschen mit Demenz entsprechend seiner Fähigkeiten über beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote.

Menschen mit Demenz sind als direkte Adressaten von Informations-, Leitungs- und Beratungsangeboten durch die Pflegefachkräfte wahrzunehmen. Dies gilt insbesondere zu Beginn der Erkrankung, weniger bei einer weiter fortgeschrittenen Demenz (vgl. Kap. 3.3.4.1). Der Informations-, Leitungs- und Beratungsbedarf Menschen mit Demenz lässt sich aus den Ausführungen zu Beziehung, Bindung und Person-Zentrierung ableiten (vgl. Kap. 3.1.1 und Kap. 3.1.2). Die Auseinandersetzung mit den Veränderungen, die eine dementielle Erkrankung mit sich bringt, führt häufig zu Ängsten, Unsicherheiten oder auch Wut und Frustration und die Abnahme der Fähigkeit zur Selbststeuerung zu einem Rückzug, verstärkt aber in anderen Fällen auch den Wunsch nach Beziehungsgestaltung. Auf das Bedürfnis nach Interaktion und Kommunikation des Menschen mit Demenz u. a. mit seinen Angehörigen, anderen Menschen mit Demenz sowie den an der Versorgung Beteiligten gilt es zu

reagieren. Die Vorlieben und Fähigkeiten der Menschen mit Demenz leiten die Auswahl der Interaktions- und Kommunikationsangebote, die dazu beitragen, die Beziehung des Menschen mit Demenz mit anderen zu gestalten und zu fördern.

Unterschiedliche Anforderungen an die Beratung korrespondieren hier mit den kognitiven Einschränkungen des Menschen mit Demenz und der damit verbundenen Schwierigkeit, eine Beratung im eingangs definierten Sinn umzusetzen. Grundsätzlich lässt sich jedoch für alle Settings sagen, dass es immer darum gehen muss, den Menschen mit Demenz bedarfsgerecht in seinen alltäglichen Entscheidungen und seiner jeweiligen Befindlichkeit in die Beratung einzubeziehen und seine Wünsche in Bezug auf die Beziehungsgestaltung entsprechend zu berücksichtigen.

P3b Die Pflegefachkraft informiert, leitet an und berät die Angehörigen proaktiv und anlassbezogen über beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen in Alltags- und Ausnahmesituationen.

Das Ziel der Information, Anleitung und Beratung besteht darin, Angehörige mit ihren Kompetenzen und Ressourcen in den Pflegeprozess einzubeziehen. Es geht um die Befähigung zu einem der Situation angepassten Umgang mit dem Menschen mit Demenz und um die Unterstützung der Angehörigen, auf ihre eigenen gesundheitsbezogenen Belastungen zu achten. Angehörige sollen Erkenntnisse gewinnen, welche Aspekte für die Versorgung der Menschen mit Demenz hinsichtlich Interaktion und Kommunikation sowie Beziehungsgestaltung und -förderung bedeutsam sind. Darüber hinaus sollen sie unter Berücksichtigung ihrer Möglichkeiten und ihres Bedarfs hinsichtlich bestehender Entscheidungsoptionen und bezogen auf ihr gesundheitsbezogenes Selbstmanagement beraten werden. Eine proaktive bzw. anlassbezogene Vorgehensweise ist dabei auf eine Integration in den Alltag und dem Erhalt der Lebensqualität des Menschen mit Demenz ausgerichtet.

In der Literaturstudie wird darauf verwiesen, dass die Qualität der Beziehung zwischen Angehörigen und Menschen mit Demenz zentral ist für die Bewertung der wahrgenommenen Belastung und Zufriedenheit des pflegenden Angehörigen. Eine niedrige Beziehungsqualität wirkt sich zudem negativ auf die Lebensqualität des Menschen mit Demenz aus (vgl. Kap. 3.1.1).

In allen Settings sind Angehörige wichtige Partner im Pflegeprozess. Sie sind darüber hinaus die wichtigsten Bezugspersonen und häufig die gesetzlichen Vertretungspersonen des Menschen mit Demenz. In der Kommunikation mit Angehörigen geht es daher immer um die Wertschätzung ihres Anteils an der Beziehungsgestaltung, außerdem um die Ermutigung der Angehörigen, sich in den Pflegeprozess einzubringen. Unter Einbeziehung der Kompetenzen und Ressourcen sowie der Belastungssituation des pflegenden Angehörigen werden konkrete Pflegesituationen und deren Gestaltung reflektiert.

Es bietet sich an, die Angehörigen im Kontext von Fallbesprechungen in den Pflegeprozess einzubeziehen. Immer gilt es zu klären, ob und in welcher Weise sich Angehörige in den Pflegeprozess einbringen können und möchten, insbesondere unter dem Aspekt der Qualität der bestehenden Beziehung zum an Demenz erkrankten Angehörigen.

Die Angehörigen erhalten in allen Settings weitergehende Informationen zum Krankheitsbild und zu als schwierig erlebten Verhaltensweisen des Menschen mit Demenz. Sie erfahren Anleitung und Begleitung bei der Interaktion, Kommunikation und der Beziehungsgestaltung mit dem Menschen mit Demenz.

Im Krankenhaus geht es insbesondere darum zu vermitteln, dass Angehörige sich aktiv einbringen sollten, da sie als vertraute Kommunikationspartner das Wohlbefinden des Menschen mit Demenz steigern, Sicherheit gewähren und zur besseren Orientierung beitragen können. Außerdem sollte darüber gesprochen werden, dass eine frühzeitige Entlassung in eine postakute, stabile Versorgungssituation voraussichtlich zu einer Verbesserung des Allgemeinzustandes, insbesondere des Wohlbefindens führen kann. Die Pflegefachkraft fungiert hier als Wegweiser und bezieht zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes ggf. pflegerische Experten und den Sozialdienst in die weitere Beratung zur nachstationären Versorgung ein.

In der ambulanten und teilstationären Pflege sind die Angehörigen häufig die direkten Pflegepersonen und leisten einen hohen Anteil der täglichen Versorgung und der weiteren Beziehungsgestaltung für den Menschen mit Demenz. Die Aufgabe der Pflegefachkraft ist es hier, die Beziehung und den Umgang mit dem Menschen mit Demenz positiv zu gestalten und mit dem Angehörigen zu reflektieren sowie Überlastungen pflegender Angehörige zu erkennen und ggf. Entlastungsangebote zu vermitteln.

Im Folgenden werden exemplarische Inhalte für Informations-, Anleitungs- und Beratungsangebote dargestellt. Dabei geht es ausschließlich um Inhalte zur Förderung der Interaktion, Kommunikation und Beziehungsgestaltung, die durch die Pflegefachkraft umgesetzt werden. Die Literaturanalyse zeigt, dass die aktive Teilnahme an einer Wissensvermittlung zu besseren Ergebnissen führt (vgl. Kap. 3.3.4.2). Diese Erkenntnis lässt darauf schließen, dass die Anleitung durch die Pflegefachkraft zu nachhaltigen positiven Ergebnissen bei den pflegenden Angehörigen führen wird, sowohl hinsichtlich ihres Belastungserlebens, als auch hinsichtlich der Lebensqualität des Menschen mit Demenz.

Inhalte, die mit Interaktion, Kommunikation und Beziehungsgestaltung korrespondieren

Kommunikationsherausforderungen durch Menschen mit Demenz aus Sicht der Angehörigen beziehen sich im Wesentlichen auf die ständigen Wiederholungen, das Nicht-Erinnern können sowie die abnehmende Fähigkeit, einen Gesprächsfaden aufrecht zu halten (vgl. Kap. 3.3.1.3). Außerdem stellt die Vermischung von Zeitebenen eine Herausforderung für Angehörige dar. Das Erleben der momentanen Realität stimmt zwischen ihnen und dem Menschen mit Demenz häufig nicht überein, was zu Schwierigkeiten im gegenseitigen Verstehen führt. Hier gilt es mit den Angehörigen die Wahrnehmung des Menschen mit Demenz zu reflektieren und neue Zugangsweisen zu entwickeln (vgl. Kap. 3.1.2). Die Pflegefachkraft gibt Anleitung zu den konkreten Möglichkeiten der Gesprächsführung. Hilfreich kann dabei, je nach Bedarf des Angehörigen, die Vermittlung von Grundregeln zur Kommunikation mit Menschen mit Demenz sein. Diese bestehen in einer zugewandten Haltung, der Verwendung von kurzen, verständlichen Sätzen, der Gestaltung des Gesprächs mit Aussagen unter Vermeidung von Fragen und dem Zeitlassen für eine Reaktion. Die Bedeutung von verbaler und nonverbaler Kommunikation gilt es dem Angehörigen zu vermitteln, da Menschen mit Demenz sensibel auf nonverbale Botschaften durch Stimmlage und Körpersprache reagieren (vgl. Kap. 3.1.1). Daneben senden auch Menschen mit Demenz durch ihr Verhalten Signale, die es zu deuten gilt, z. B. Unruhe bei möglichen Schmerzen.

Die Interaktion und Kommunikation des pflegenden Angehörigen in konkreten Pflege- und Alltagssituationen gilt es zu unterstützen und dem Angehörigen Reflektionsmöglichkeiten zu bieten. Konkrete Rückmeldungen zu positivem Kontakt und konkrete Anleitung führen dann zu größerer Sicherheit des Angehörigen und weniger Belastung im Zusammenleben mit dem Mensch mit Demenz. Ebenso gilt es, auf das abnehmende Interaktionsangebot von Seiten der Angehörigen gegenüber Menschen mit Demenz bei fortschreitender Erkrankung aufmerksam zu machen.

Zu beachten ist darüber hinaus die zunehmende Abhängigkeit von dem Gefühl von Sicherheit bei Menschen mit Demenz. Die betreuende Person hat die Aufgabe, mit der damit einhergehenden Suche nach Bindung und Nähe umzugehen. Hier könnte es darum gehen, mit dem Angehörigen nach Zugängen zu und Ressourcen in der Welt des Menschen mit Demenz zu suchen und das Bedürfnis nach Sicherheit, das mit den bisherigen Lebenserfahrungen korrespondiert, anzuerkennen (vgl. Kap. 3.1.1). Die Kenntnis über den Verlauf des Krankheitsbildes kann hilfreich sein, um das Erleben und Verhalten des Menschen mit Demenz zu verstehen. Darüber hinaus geht es auch um die Reflektion der Gefühle des Angehörigen und seinen Möglichkeiten, den Bindungswünschen zu entsprechen. Die Information über entsprechende Entlastungsangebote kann bei Überforderung Freiräume verschaffen.

Inhalte, die mit person-zentrierter Pflege korrespondieren

Das Konzept der person-zentrierten Pflege bezieht sich auch auf pflegende Angehörige, die die Aufgabe haben, trotz abnehmender Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung des Menschen mit Demenz aktiv an der Gestaltung der Beziehung und der Unterstützung des Person-Seins mitzuwirken. In der Literaturanalyse sind person-zentrierte Ansätze dargestellt, die hilfreich für die Gestaltung der Kommunikation eingesetzt werden können (vgl. Kap. 3.1.2).

Als besonders geeignete Interventionsmaßnahme der person-zentrierten Beziehungsgestaltung muss die Erinnerungspflege genannt werden. Hier haben in besonderer Weise die Angehörigen die Möglichkeit, Interventionen vorzubereiten, zu gestalten oder zu unterstützen (z. B. Erinnerungskiste oder -buch, vertraute Gegenstände). Erinnerungsfördernde Aktivitäten stärken insbesondere die Identität des Menschen mit Demenz und damit sein Selbstwertgefühl (vgl. Kap. 3.3.2.8). Angehörige haben gegenüber den professionell Pflegenden den Vorteil, dass sie den Mensch mit Demenz besser kennen und um seine Interessen wissen. Die Pflegefachkraft übernimmt die Anleitung der Angehörigen in Bezug auf die angemessene Gestaltung der Inhalte (z. B. übersichtliche Gestaltung von Erinnerungsbuch oder -kiste). Wichtig kann auch sein, den Angehörigen für die Perspektive des Menschen mit Demenz zu sensibilisieren, um die Angebote auf seine Bedürfnisse auszurichten. Die Unterstützung der Aktivitätenreflektion durch die Pflegefachkraft sowie die Würdigung erfolgreicher Interventionen tragen zur Motivation der Angehörigen bei.

Inhalte, die mit der Belastung der Angehörigen korrespondieren

Das Belastungserleben von Angehörigen steht in Zusammenhang mit der Qualität der Beziehung zum Mensch mit Demenz. So führen positive Beziehungen zur Reduktion von Depression und subjektivem Belastungserleben bei Angehörigen, außerdem zu reduzierter Aggression des Menschen mit Demenz (vgl. Kap. 3.3.1.3). Um das zu erreichen, kann die bereits genannte Erinnerungspflege zur Steigerung der Gegenseitigkeit der Beziehung eingesetzt werden, indem für Beide vertraute Inhalte aufgegriffen werden. Bei der Bewertung der Interventionen wurde Erinnerungsarbeit zwar nicht besser bewertet als weitere mögliche Interventionsformen, sie ist aufgrund der Gegenseitigkeit für die Beziehungsgestaltung aus Sicht der Expertenarbeitsgruppe allerdings besonders zu empfehlen.

Für die Pflegefachkraft ergibt sich die Aufgabe, die Beziehungsqualität von Angehörigen und dem Menschen mit Demenz in den Blick zu nehmen. Die Unterstützung des Angehörigen in der Beziehungsgestaltung zum Menschen mit Demenz kann auch das subjektive Belastungserleben senken und die Lebensqualität des Menschen mit Demenz steigern.

Die Reflektion der psychosozialen Befindlichkeit des Angehörigen sowie das Aufzeigen von Entlastungsangeboten und die Möglichkeit der Inanspruchnahme derselben sollten Inhalte der Beratung sein. Hier geht es dann unter Umständen um die weitere Vermittlung von Entlastungs- und Beratungsangeboten und die Vermittlung von weiterführenden Informationen und Kursangeboten sowie Informationsveranstaltungen vor Ort.

E3a Information, Anleitung oder Beratung des Menschen mit Demenz und seine Reaktionen auf das Angebot sind dokumentiert.

Im Rahmen der Reflektion des Erfolgs des proaktiven Beratungsansatzes und damit korrespondierender Maßnahmen zur beziehungsfördernden und -gestaltenden Pflege, unter Berücksichtigung der Vorlieben des Menschen mit Demenz, geht es um die Überprüfung, Bewertung und Anpassung der angebotenen Unterstützung.

Zentral ist hier die Einschätzung, ob der Mensch mit Demenz in seiner Auseinandersetzung mit den krankheitsbedingten Einschränkungen, Ängsten und fluktuierenden Zuständen von der Beratung, Anleitung und Information profitiert.

Der Beratungsprozess, die daraus abgeleiteten Maßnahmen, ihre Inanspruchnahme und Wirkung sind dokumentiert. In einer einrichtungsinternen Verfahrensregelung ist geklärt, ob es sich dabei um ein extra Beratungsblatt handelt oder die Inhalte in die bestehende Dokumentation integriert werden.

E3b Die Angehörigen des Menschen mit Demenz kennen die Notwendigkeit und Bedeutung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen.

Durch die verschiedenen Angebote der Information, Anleitung und Beratung durch die Pflegefachkraft sowie durch die vermittelten weitergehenden Angebote werden Angehörige in die Lage versetzt, sofern möglich gemeinsam mit dem Menschen mit Demenz, Anpassungen im eigenen Alltag vorzunehmen. Gleichzeitig können sie ihre eigene Belastungssituation reflektieren und ihren Vorlieben und Kompetenzen entsprechend adäquate Selbstmanagementstrategien umsetzen.

Die angebotenen Maßnahmen und das Ergebnis der Beratung sind dokumentiert. In einer einrichtungsinternen Verfahrensregelung ist geklärt, ob es sich dabei um ein extra Beratungsblatt handelt oder die Inhalte in die bestehende Dokumentation integriert werden.

S4a Die Pflegefachkraft kennt beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote und ist in der Lage, die Pflege von Menschen mit Demenz darauf auszurichten.

Aus den in der Präambel und in der Literaturstudie (vgl. Kap. 3.1.2) formulierten Grundannahmen person-zentrierter Pflege sowie aus der Zielsetzung dieses Expertenstandards ergibt sich, dass die Pflegefachkraft bei der Gestaltung des persönlichen Alltags des Menschen mit Demenz dessen aktuelle Gefühle, seine Befindlichkeiten und Wünsche in den Mittelpunkt ihres pflegerischen Handelns zu stellen hat, um ein Höchstmaß an Selbst- und Mitbestimmung bzw. Mitwirkung zu ermöglichen. Darüber hinaus verfügt sie über folgende Fähigkeiten, die für die Beziehungsgestaltung und -förderung von Menschen mit Demenz relevant sind. Die Pflegefachkraft ist in der Lage,

- situationsbedingt auf subjektive Realitäten von Menschen mit Demenz zu reagieren.
- die soziale Teilhabe der Menschen mit Demenz zu ermöglichen.
- einen lebendigen, gemeinsamen Alltag zu gestalten, in dem der Person Wertschätzung vermittelt wird und dem gemeinsamen Tun und Aufeinander-Bezug-Nehmen ein hoher Stellenwert gegeben wird.
- Wissen über das Erleben, das Reagieren, die Bedürfnisse und die Ziele des Menschen mit Demenz zu erlangen und dessen Fähigkeiten und Eigenaktivitäten bei allen Lebensaktivitäten im Alltag einzubinden.
- mit Wahrnehmungseinschränkungen des Menschen mit Demenz situationsadäquat umzugehen bzw. Maßnahmen situationsadäquat anzupassen.

S4b Die Einrichtung schafft Rahmenbedingungen für person-zentrierte, beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote und sorgt für einen qualifikationsgemäßen Kenntnisstand aller an der Pflege Beteiligten.

Die Sicherstellung individueller beziehungsfördernder und -gestaltender Angebote kann nicht alleine in der Verantwortung der Pflegefachkraft liegen. Vielmehr muss die Bereitschaft des Einrichtungsmanagements in allen Einrichtungsarten vorhanden sein, für eine angemessene Personaleinsatzplanung, die an den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz angepasst ist, zu sorgen und Handlungsspielräume für eine individuelle und beziehungsfördernde Pflege zur Verfügung zu stellen.

Demnach ist es Aufgabe des Managements dafür Sorge zu tragen, dass

- betreuende Pflegefachkräfte in die Lage versetzt werden, den Menschen mit Demenz in seiner je eigenen Individualität und Situation zu begreifen und in dieser zwischenmenschlichen Begegnung seine Ressourcen und Fähigkeiten zu entdecken, um sie dann behutsam in den Alltag einzubinden.
- Pflegefachkräfte in die Lage versetzt werden, das seelische, emotionale, soziale und körperliche Wohlbefinden der Menschen mit Demenz zu unterstützen, indem sie seine situativen Äußerungen wahrnehmen, zeitnah darauf reagieren und eine lebensweltorientierte Begleitung anbieten.
- Menschen mit Demenz ein möglichst hohes Maß an Sicherheit und Geborgenheit erleben, obwohl ihre Selbstwirksamkeit schwindet.
- Pflegefachkräften ausreichend Zeit zur Verfügung steht. Da ein Mensch mit Demenz mehr Zeit benötigt, um Handlungen verstehen und darauf reagieren zu können, müssen Interaktionen verlangsamt bzw. an die individuellen Bedürfnisse der Menschen mit Demenz angepasst werden können.

- eine kontinuierliche Betreuung durch vertraute und als positiv wahrgenommene Bezugspersonen erfolgen kann und relativ gleichmäßige Tagesabläufe mit positiven Erlebnissen und Alltagsritualen ermöglicht werden.
- sowohl ständig wechselnde Tagesabläufe als auch monotone Abläufe weitestgehend vermieden werden, da sie beim Menschen mit Demenz u. a. Apathie, Verwirrtheit und Ängste auslösen können.

Darüber hinaus und zur Unterstützung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen oder Angebote sollte in allen Einrichtungsarten das Umfeld in wahrnehmungsfördernder Art und Weise gestaltet sein. In Einrichtungen der stationären Altenhilfe und Wohngemeinschaften gehören dazu u. a. die Nutzung persönlicher Gegenstände (z. B. eigene Möbel, Bilder, Handtasche oder Erinnerungstücke), vertraute und für die Bewohner gut handhabbare Alltagsgegenstände (z. B. Kaffeebecher aus Porzellan statt Kunststoffbecher) oder Gegenstände aus der früheren Arbeitswelt (z. B. Werkzeug) bzw. der Lebenswelt (z. B. Blumenbeet). Auch in Akutkrankenhäusern, Tagespflegeeinrichtungen und geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen sollten Räumlichkeiten zumindest anregungsreich und wohnlich, jedoch nicht überfordernd gestaltet sein. Dazu gehört im Krankenhaus u. a. die Gestaltung der Aufnahme mit überschaubaren Räumlichkeiten (vgl. Kap. 3.3.3).

Bislang kann nicht von einer systematischen person-zentrierten Wissens- und Kompetenzvermittlung in den Ausbildungen sowie Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsfachberufe ausgegangen werden. Demzufolge benötigen insbesondere verantwortliche Pflegefachkräfte Möglichkeiten der Kompetenzerweiterung bezüglich person-zentrierter Pflege sowie Beziehungsgestaltung und -förderung von Menschen mit Demenz. Daneben erfordert die Veränderung der Kultur einer Einrichtung hin zu einer person-zentrierten Pflege Bildungsangebote für alle an der Versorgung beteiligten Personen. Neben der Kompetenzerweiterung ist eine kontinuierliche Begleitung sowohl der verantwortlichen Pflegefachkräfte, als auch der beteiligten Assistenzkräfte zu ermöglichen (vgl. Kommentierung zu S1c). Beziehungsgestaltung zu Menschen mit Demenz kann die sozialen Kompetenzen der Pflegefachkräfte und Assistenzkräfte herausfordern und teilweise auch überfordern. Sie benötigen deshalb flankierende Angebote zur Bearbeitung und Bewältigung der Herausforderungen in der Beziehungsgestaltung zu Menschen mit Demenz.

Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass die Einrichtung über ein Konzept der kontinuierlichen Weiterentwicklung aller an der Versorgung beteiligten Personen verfügt, welches neben der Vermittlung des notwendigen Wissens auch die Überprüfung der Anwendung dieses Wissens im Pflegealltag thematisiert. Für die Teilnahme an Bildungsveranstaltungen und für die mit der Integration des Wissens einhergehenden Veränderungen des Pflegealltags (z. B. sogenannte fortgebildete Demenzbegleiter im Akutkrankenhaus) sind vom Management entsprechende Ressourcen bereitzustellen.

P4 Die Pflegefachkraft gewährleistet und koordiniert das Angebot sowie die Durchführung von beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen. Gegebenenfalls unterstützt sie andere an der Pflege des Menschen mit Demenz Beteiligte.

Damit Menschen mit Demenz sich gehört, verstanden und angenommen fühlen und sich als mit anderen Personen verbunden erleben, ist es notwendig, dass die Pflegefachkräfte eine an den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz ausgerichtete Beziehungsgestaltung und -förderung in folgenden Schwerpunkten im Alltag gewährleistet:

- Lebensweltorientierung
- Wahrnehmungsförderung
- Wertschätzung und Zuwendung
- Spezifische Maßnahmen

Im Folgenden werden die beziehungsgestaltenden und -fördernden Maßnahmen zu diesen Schwerpunkten dargestellt, die aus Sicht der Expertenarbeitsgruppe für Menschen mit Demenz besonders bedeutsam sind. Nicht alle diese Maßnahmen sind in allen Einrichtungsarten gleichermaßen anwendbar. Die Einrichtungen sind aufgefordert, einrichtungsartspezifische und gleichermaßen zielgruppenspezifische Angebote in ihrem Pflegekonzept darzustellen (vgl. Kommentierung zu S2b).

Lebensweltorientierung

Person zu sein und als solche anerkannt und unterstützt zu werden, erfordert von der Pflegefachkraft die Sicherstellung, dass sich das Alltagsleben des Menschen mit Demenz nach der ihm vertrauten, als positiv wahrgenommenen früheren Lebenswelt richtet. Vor diesem Hintergrund können folgende Maßnahmen sinnvoll sein, welche die Beziehung gestalten und fördern.

Biografiegeleitete Gestaltung des Alltags

Der Berücksichtigung von vertrauten Zeiten und Herangehensweisen, Hilfsmitteln, Alltagsgegenständen etc. bei der Interaktions- und Kommunikationsgestaltung kommt eine besondere Bedeutung zu. So können z. B. individuelle Pflegerituale entscheidend zum Erleben von Vertrautheit bei Menschen mit Demenz beitragen. Dies können aufwändigere Rituale sein, wie z. B. das Waschen der Haare, anschließendes Aufdrehen auf Lockenwickler, welches durch ein Gespräch bei einer Tasse Kaffee während des Trocknens der Haare unter einer Schwebhaube flankiert wird.

Biografiegeleitete Milieugestaltung als Interaktions- und Kommunikationskatalysator

Die Pflegefachkraft ist auch für die Nutzung der räumlich-dinglichen Umwelt – verstanden als Interaktions- und Kommunikationskatalysator in der Pflege von Menschen mit Demenz – mitverantwortlich. Zunächst bedeutet dies, ein möglichst vertrautes räumliches Umfeld zu gestalten. Dazu gehört in Einrichtungen der stationären Pflege und Wohngemeinschaften beispielsweise die Eigenmöblierung bzw. die Einrichtung mit vertrautem Mobiliar und eine entsprechend lebensweltorientierte und vertraute Dekoration. Eine biografiegeleitete Umgebungsgestaltung schafft Sicherheit und Orientierung. Sie dient als wichtige Interaktions- und Kommunikationsmöglichkeit zwischen dem Bewohner und den Dingen in seinem Umfeld sowie Kommunikationsmöglichkeiten zu seinen Mitbewohnern, den Angehörigen und den an der Versorgung beteiligten Personen.

Als Kommunikations- und Handlungsanregung dienen z. B. Fotos an der Wand, ein selbstgesticktes Bild, der gut erhaltene Hobel des früheren Schreiners oder das große rote Sofa, auf dem die Kinder immer so gerne getobt haben. Dabei kommt der biografiegeleiteten Gestaltung des Mikromilieus eine herausragende Bedeutung zu, z. B. der griffbereiten Handtasche, der altvertrauten Kleidung oder der bestimmten Zeitung.

Zu beachten ist allerdings, dass je weiter die Demenz voranschreitet, desto mehr grundlegende Merkmale der Umgebung in den Vordergrund treten: Helligkeit, Schutz vor Geräuschen und Gerüchen, eine freundliche, orientierende Umgebung, ein gemütliches Ambiente, angereichert mit Möglichkeiten der Eigenaktivität in Griffweite, Natur und Tiere. Besonderes Augenmerk ist bei fortgeschrittener Demenz aufgrund der zunehmenden Einschränkungen des räumlichen Sehens auf barrierefreie Laufwege zu legen.

Beziehungsfördernde Gestaltung des Alltags

Kollektive Muster der Kommunikation und Interaktion, der Beziehungsgestaltung sowie der Umgebungs- und Alltagsgestaltung wirken in jedem Kulturkreis und in jeder Gesellschaft auch identitätsstiftend. Lebensweltorientierung in der Pflege von Menschen mit Demenz bedeutet, dass Kommunikation, Unterstützung des Handelns, die Gestaltung eines möglichst vertrauten räumlichen Milieus und die Organisation des Alltags und der Abläufe an dem ausgerichtet werden, was in ihrem Kulturkreis oder sozialen Milieu üblich und positiv besetzt ist.

Insgesamt muss sich die Lebensweltorientierung an die Möglichkeiten und Bedürfnisse des Menschen mit Demenz anpassen. Dazu gehört z. B.

- Interaktionen zu verlangsamen. Menschen mit Demenz benötigen mehr Zeit, um zu verstehen, was gerade um sie herum passiert, um zu verarbeiten, wer in den Raum gekommen ist und um reagieren zu können auf das, was geschieht.
- sich dem Betroffenen als vertraute Stütze und als positiv wahrgenommene Bezugsperson kontinuierlich zuzuwenden und Nähe zuzulassen.
- die Fähigkeit der Pflegenden, eine regionale Mundart zu verstehen und – zumindest in Teilen – zu sprechen.
- in Einrichtungen der stationären Altenhilfe die Abläufe im Sinne einer lebensweltorientierten Begleitung zu gestalten und sich dabei um eine möglichst familiäre Atmosphäre zu bemühen, z. B. gemeinsames Kochen in einer wohnlich gestalteten Küche, zumindest eine Mahlzeiteinnahme wie in der Familie an einem schön gedeckten großen Tisch mit Schüsseln oder auch das gemeinsame Pflanzen von Blumen im Frühling.
- in Einrichtungen der stationären Altenhilfe regionale Ereignisse im Jahreskreis aufzugreifen und zu begleiten (Schützenfeste, Karneval etc.) sowie Veranstaltungsteilnahme, Besuch beim Stadtfest, gemeinsamen Einkaufsbummel oder Spaziergänge.
- den Tag gut zu strukturieren. Das bedeutet einerseits Tagesabläufe zu gestalten, die sich relativ gleichmäßig wiederholen und andererseits zu vermeiden, dass der Mensch mit Demenz diese als monoton erlebt, indem der Tag mit positiven Erlebnissen und Alltagsritualen angereichert wird. Dies erleichtert die Orientierung und vermittelt Sicherheit.
- wie bereits in der Kommentierung zu P2 beschrieben, die fluktuierenden Zustände von Menschen mit Demenz bei der Durchführung von Maßnahmen zu beachten und ihnen Vorrang einzuräumen.

Wahrnehmungsförderung

Unterstützung der Sinneswahrnehmung des Menschen mit Demenz

Damit Menschen mit Demenz soweit möglich gesicherte Informationen über ihre Umwelt und ihr Gegenüber erhalten, benötigen sie aufgrund ihres Alters und vorliegender Pflegebedürftigkeit vielfach kontinuierlich Assistenz in der Bereitstellung und Nutzung von Hilfsmitteln wie Brille, Lesebrille, Hörgeräte, Hörverstärker oder Zahnprothesen.

Wahrnehmungs- und orientierungsfördernde Interaktion und Kommunikation

Die Pflegefachkraft und die von ihr begleiteten Assistenzkräfte kommunizieren mit dem Menschen mit Demenz verbal, paraverbal (u. a. Tonhöhe, Lautstärke oder Pausen) und nonverbal in einer Weise, die seine Wahrnehmung und Orientierung fördert. Die Pflegenden übernehmen in einer Interaktion die kommunikative Verantwortung. Dies zeigt sich auf der handlungspraktischen Ebene durch eine schwebende Aufmerksamkeit, verbunden mit einer Reaktionsbereitschaft. Um dies zu erreichen,

erscheint nach den Erfahrungen der Expertenarbeitsgruppe die Einhaltung der folgenden für die Beziehungsgestaltung und -förderung relevanten Kommunikations- und Interaktionsregeln durch die Pflegenden hilfreich:

- Kommunikation in Augenhöhe. Dies beinhaltet, so viel Abstand einzuhalten, dass das Gegenüber sich nicht bedroht oder belästigt fühlt und gleichzeitig so wenig Abstand einzuhalten, dass die Pflegenden seine Aufmerksamkeit erreicht und – falls vorliegend – Seh- und Hörbeeinträchtigungen kompensiert werden können.
- Verbale Techniken wie Paraphrasierung, Zusammenfassungen, Reflektion und verbale Ermutigung einsetzen.
- Aktiv zuhören, d. h. versuchen insbesondere paraverbale und nonverbale Signale hinsichtlich des dahinterstehenden Bedürfnisses einzuordnen, zu deuten, alternative Deutungen abzuwägen und mit der eigenen Interpretation korrigierbar bleiben, weil Menschen selbst bei fortgeschrittener Demenz ihre Gefühle durch Mimik, Gestik und Körpersprache oft noch gut ausdrücken können.
- Die eigene Lautstärke, Wortwahl, Satzlänge und die Komplexität des zu kommunizierenden Inhalts an die Möglichkeiten des Menschen mit Demenz anpassen, jedoch ohne ihn durch eine unnötige Vereinfachung oder gar Infantilisierung zu entwürdigen.
- Emotionale Tönung des Gesagten unter Berücksichtigung der Kommunikations- und Interaktionsbedürfnisse gestalten sowie angstreduzierend und verstehend kommunizieren.
- Die eigene verbale, paraverbale und nonverbale Kommunikation reflektieren und dies mit der Intention einer gelingenden Interaktion und Kommunikation sowie Beziehungsgestaltung und -förderung verbinden. Dazu ist es notwendig, die Kommunikation sowie Beziehungsgestaltung und -förderung immer wieder neu anzupassen und dabei kongruent und authentisch zu bleiben.

Je weiter die Demenz voranschreitet, desto mehr ist die Aufrechterhaltung der Konversation selbst das Ziel aller Konversation. Die Inhalte treten zurück. Rhythmische Dialoge, Wiederholungen und Stereotypen, u. a. durchsetzt mit stimmungsgelagerten Äußerungen und das Verlieren des ‚roten Fadens‘ kennzeichnen die Kommunikation. Zunächst fallen inhaltliche, dann formale und zuletzt lautliche Einbrüche der Äußerungen auf. Die ‚normativen Skripte‘ konventioneller Kontakte brechen zusammen (z. B. den anderen nicht ausreden lassen oder mit anderen Themen dazwischenfahren) und es entsteht die Gefahr eines vorzeitigen Abbruchs der Konversation, da die Inhalte des Gesagten nicht abgesichert werden können, die Perspektive des Gegenübers weniger nachvollziehbar erscheint, man weniger beieinander ‚durchdringt‘. Es bedarf daher erheblicher Anstrengungen und Geduld, die Konversation in den Gang zu bringen und aufrecht zu erhalten. Entscheidend ist das Bemühen, Äußerungen so zu deuten, zu ergänzen, zu kontextualisieren und rekonstruieren, dass der Mensch mit Demenz den Eindruck einer gelingenden Konversation gewinnt und der Fluss der Konversation aufrechterhalten wird. ‚Verstehbarkeit‘ ist als Potential zu denken, das sich im Hin und Her der Konversation zunehmend zum ‚werdenden Verstehen‘ entwickelt: man ist sich einig geworden und hat den Eindruck eines kommunikativen Erfolges gewonnen, ohne dass klar beschrieben werden kann, was konkret gesagt wurde.

Da Menschen mit Demenz mit der Zeit die Selbstdistanzierungsfähigkeit verlieren, äußern sie sich zu ihrer eigenen subjektiven Wirklichkeit oft in symbolischer Art und Weise. So ist der Wunsch, nach Hause zu gehen, die Mutter zu Besuch zu erwarten, bestohlen worden zu sein etc. weniger psychotisch denn als Orientierungsversuch und Selbsthilfversuch zu deuten. Die Aufgabe besteht darin, den selbstoffenbareren Teil herauszugreifen und für eine Konversation zu nutzen.

Nehmen Menschen mit Demenz Körperkontakt positiv wahr, kann er individuell und bedürfnisorientiert in die Interaktion und Kommunikation sowie Beziehungsgestaltung und -förderung eingebaut werden. Allerdings ist dabei zu beachten, dass manche Menschen so wenig Körperkontakt wie möglich wünschen. Im Verlauf der Demenzerkrankung kommt dem Körperkontakt, der Berührung als nonverbales Ausdrucksmittel eine wachsende Bedeutung zu, insofern ist eine hohe Sensibilität seitens der an der Versorgung beteiligten Personen gefordert, um eine den Vorlieben des Menschen mit Demenz entsprechende Berührungsqualität zu erreichen. Kritisch zu hinterfragen wäre z. B., ob bei jeder körperlichen Berührung Handschuhe zu tragen sind, da diese Form der taktilen Distanzierung das Fremdheitserleben des Menschen mit Demenz fördert und insgesamt betrachtet nicht zur Wahrnehmungsförderung beiträgt. Bei der Intimpflege sind Handschuhe jedoch im Sinne einer gewollten Distanzerhaltung sowie aus hygienischen Gründen unverzichtbar.

Spezielle Wahrnehmungsförderung zur Förderung der Orientierung

Die Pflegefachkraft wendet nach den Anforderungen des Einzelfalls spezielle Maßnahmen an, die eine gezielte Förderung von Menschen mit Demenz auf verschiedenen Wahrnehmungsebenen ermöglichen. Diese gestaltet sie jeweils in einer dialogischen Art und Weise. So können basal stimulierende Angebote die Körperorientierung fördern und somit die Ich-Identität aufrechterhalten. Dazu gehören auch weitere multisensorische Angebote zur Alltagsorientierung wie z. B. Kaffeeduft am Morgen, Wasserplätschern vor der Körperpflege. Aus Sicht der Expertenarbeitsgruppe erscheinen hingegen multisensorische „Therapie-Einheiten“, die nicht in den Alltag integriert sind, als weniger hilfreich und nicht praxistauglich im Hinblick auf die Beziehungsgestaltung.

Vermeidung oder Abmilderung von Destimulation durch monotone oder aversive Reize

Menschen mit Demenz erleben Umweltreize häufig als Irritationen, die ihre ohnehin beeinträchtigte Wahrnehmungsfähigkeit weiter verschlechtern und sich ungünstig auf die Beziehungsgestaltung und -förderung auswirken können. Die Pflegefachkraft sorgt dafür, dass der Mensch mit Demenz nicht durch Reize, die er nicht einordnen oder verstehen kann, beeinträchtigt wird. Sie vermeidet gleichermaßen eine Unter- bzw. Überstimulation. Alles was den Menschen mit einer Demenz verunsichert, sein ständiges Erleben von Nicht-einordnen können und Bedrohung verstärkt, sollte vermieden werden. Dazu gehören beispielsweise akustische Reize (u. a. ständiges Piepsen von Geräten), visuelle Reize (u. a. unbeachtetes Laufen von Fernsehgeräten oder unvertraute Snoezelen-Lampen) oder nicht angepasste, die Interaktion verhindernde physische Umgebung. Dies sind insbesondere fehlende Anlässe zur Ortsveränderung oder nicht vorhandene Anreize, etwas zu tun.

Wertschätzung und Zuwendung

Sicherstellung notwendiger Präsenz und Nähe

Je weiter die Demenz fortgeschritten ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen mit Demenz nicht mehr alleine im eigenen Haushalt leben oder – sofern sie im Akutkrankenhaus oder in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe sind – nicht alleine bleiben können und die Gefahr sozialer Isolation besteht. Im pflegerischen Alltag, insbesondere in der stationären Pflege oder im Akutkrankenhaus, trägt die betreuende Pflegefachkraft daher die Verantwortung dafür, dass – neben den professionell an der Versorgung beteiligten Personen – auch eine vertraute Bezugsperson im für die Beziehungsgestaltung und -förderung notwendigen Maße für den Menschen mit Demenz im Nahbereich erlebbar ist. Der Grad der Nähe richtet sich dabei nach den Bedürfnissen des Menschen mit Demenz.

In der ambulanten Pflege kann dies so weit gehen, dass eine Rund-um-die-Uhr Betreuung (z. B. wenn der Pflegebedürftige alleine zu Hause lebt bzw. zur Entlastung der pflegenden Angehörigen) notwendig wird, um dem Menschen mit Demenz Sicherheit zu vermitteln und dadurch möglicherweise herausfordernden Verhaltensweisen vorzubeugen.

Kontinuität der Beziehungsarbeit

Die Unterstützung von Bindungsverhalten stellt ein wesentliches Element person-zentrierter Pflege von Menschen mit Demenz dar. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass Menschen mit Demenz aufgrund der erhalten gebliebenen Emotionalität durchaus beziehungsfähig sind. Daraus folgt, dass die Beziehungsgestaltung und -förderung Kernelement pflegerischen Handelns in der Versorgung von Menschen mit Demenz ist. Daher ist es wichtig, dass die Pflegefachkraft eine größtmögliche Kontinuität der Bezugspersonen im pflegerischen Alltag ermöglicht, u. a. um auch in schwierigen Situationen, in denen die Interaktion, Kommunikation und Beziehung gestaltet wird, noch Zugang zum Menschen mit Demenz zu finden.

Situationsbezogen auf subjektive Realitäten reagieren

Wenn der Mensch mit Demenz nicht mehr in der Lage ist, das Hier und Jetzt zu erleben oder in einer anderen, biografisch geprägten, Realität lebt, ist es aus Sicht der Expertenarbeitsgruppe nicht sinnvoll, immer wieder zu versuchen, ihn mit der aktuell existierenden Wirklichkeit, z. B. Leben im Altenheim, zu konfrontieren. In Fällen wie diesen kann eine verstehende und als Unterstützung erlebte Beziehungsgestaltung und -förderung nur gelingen, wenn die Pflegefachkraft und die an der Versorgung beteiligten Personen die Situation kritisch reflektieren und sich dann situationsadäquat auf die Wirklichkeit des Menschen mit Demenz einlassen. In manchen Situationen kann ein Realitätsbezug sinnvoll sein (z. B. „Sie sind hier in einem Krankenhaus, weil sie ein Problem mit dem Herzen haben“) und in wieder anderen Situationen kann die Validation genutzt werden (z. B. „Sie vermissen ihre Mutter...“). In Not- bzw. Grenzsituationen ist die Akzeptanz der subjektiven Realität – das Mitgehen (z. B. „Ich verscheuche die Spinnen, damit Sie gut schlafen können“) aus Sicht der Expertenarbeitsgruppe eine Methode, um Situationen zu deeskalieren und zu entspannen. Alle drei Ansätze sollten im Repertoire der Pflegenden vorhanden sein und überlegt und bewusst genutzt werden (vgl. Kommentierung zu P2, insb. zur Verstehenshypothese).

Wertschätzung geben

Wertschätzung und ein Sich-Einfühlen drücken sich in der Interaktion und Kommunikation u. a. durch eine persönliche Anrede, das Gespräch über die Familie, seine Werte, für ihn wichtige Lebensereignisse oder den früheren oder heutigen Alltag des Menschen mit Demenz aus. Auch die Teilhabe des Betroffenen an einem lebendigen, gemeinsamen Alltag, der ihm kommunikative und interaktive sowie für die Beziehungsgestaltung wichtige Ausdrucks- und Handlungsmöglichkeiten eröffnet, vermittelt ihm Wertschätzung und trägt zu seinem Wohlbefinden bei.

Soziale Teilhabe ermöglichen

Die Pflegefachkraft ist sich des grundsätzlichen Anspruchs des Menschen mit Demenz auf soziale Teilhabe bewusst, insbesondere da Teilhabe und Mitwirkung am gesellschaftlichen Leben im Verlauf der Erkrankung nicht mehr selbst initiiert werden können. Menschen mit Demenz haben dennoch das Bedürfnis, sich als Teil einer Gruppe oder Gemeinschaft zu erleben. Dies stellt die an der Versorgung beteiligten Personen in allen Settings vor besondere Anforderungen in der Beziehungsgestaltung und -förderung. Es bedarf also einer pflegerischen Gestaltung sozialer Begegnungsprozesse, z. B. anhand von Alltagshandlungen oder gemeinsamem Klönen beim Kaffeeklatsch oder andere die Interaktion, Kommunikation, Beziehung gestaltende und fördernde Aktivitäten, welche von den

Menschen mit Demenz als sinnvoll erlebt werden. Die Pflegefachkraft ist somit – gemeinsam mit anderen an der Versorgung beteiligten Personen – mitverantwortlich für die Schaffung von Sozialräumen für einen als sinnvoll erlebten Alltag und somit für gelingende Interaktionen und Kommunikationen. Gemeinsame Aktivitäten werden dabei weniger als Therapie, sondern als Teil des gemeinsamen Alltags verstanden.

Familienorientierte Pflege und Ersatzfamilie

Die Familie stellt für die meisten Menschen mit Demenz einen zentralen Bezugspunkt dar. Die Familienorientierte Pflege bedient Bedürfnisse, die mit Nähe, Zugewandtheit, Wertschätzung und Anerkennung der Identität zu tun haben können. Angehörige werden soweit gewünscht als vertraute Bezugspersonen in den Alltag einbezogen. Sie sind dann vor allem Informationsquelle und Empfänger von Informationen, Partner im Pflegeprozess und Betroffener von Belastungen durch die Demenz des Familienmitgliedes.

Verstorbene oder nicht mehr in Kontakt stehende Familienmitglieder des Menschen mit Demenz, soweit sie eine Bedeutung für ihn haben, werden in der Interaktion und Kommunikation berücksichtigt. Dies bedeutet, sie z. B. in Gesprächen wertschätzen, die Anekdoten zu sammeln und später darauf zurückkommen, um die Vertrautheit und das Person-Sein des Menschen mit Demenz zu unterstützen.

Wenn keine Angehörigen da sind oder das Verhältnis schwierig ist, wird das Pflegeteam oft zur Ersatzfamilie. Die Pflegefachkraft hat in diesem Falle die Aufgabe, den mit dem Menschen mit Demenz zu gestaltenden Beziehungsprozess immer wieder selbstkritisch zu reflektieren und zu hinterfragen, wie viel Nähe der Mensch mit Demenz benötigt, wie viel Nähe oder Distanz die Pflegefachkraft selbst aushalten kann und welche Art der gestischen Kommunikation noch verstehbar oder erlaubt ist oder bereits Grenzen überschreitet. Umgekehrt ist auch zu fragen, was die Nähe der Pflegefachkraft zum Menschen mit Demenz für die Angehörigen bedeutet oder welche Gefühle dies bei ihnen auslöst, u. a. wenn sie zeitgleich vom Menschen mit Demenz nicht mehr erkannt oder gar Interaktion und Kommunikation abgelehnt wird.

Menschen mit Demenz können auch untereinander eine Ersatzfamilie sein. Nähe kann sich hier sehr unterschiedlich entwickeln und kann – sofern hilfreich für das Wohlbefinden aller – von den Pflegenden unterstützt und gefördert werden.

Spezifische Maßnahmen

Begegnung und Zusammenleben mit Haustieren

Für die Interaktion mit Tieren spielen die biografischen Hintergründe eines Menschen mit Demenz eine große Rolle. Wenn positive Erfahrungen mit der jeweiligen Tierart (z. B. Hunden oder Katzen) existieren, kann daran angeknüpft werden. Da Haustiere auch zu so etwas wie einem Mitglied der Gemeinschaft werden, fördern sie die Interaktion und Kommunikation sowie die Beziehungsgestaltung mit Anderen. Mit Tieren kann der Mensch mit Demenz durch Berührung oder Gesten in Kontakt treten, auch wenn er sich verbal nicht mehr artikulieren kann. Nach den Erfahrungen der Expertenarbeitsgruppe kann ein in den Alltag eingebundenes Haustier mit seinen Interaktionsangeboten positiv wirken und zur Aktivierung der Menschen mit Demenz, zur Harmonisierung des Alltags und zum Wohlbefinden aller Beteiligten – einschließlich der an der Versorgung beteiligten Personen – beitragen.

Die Pflegefachkraft hat u. a. zu überprüfen, ob das Tier für den Umgang mit älteren Menschen geeignet ist bzw. ob ein besonderes Verletzungsrisiko für den Menschen mit Demenz (z. B. durch unkontrolliertes, ungestümes Verhalten des Tieres) besteht. Lebt das Tier in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe, so ist die Einrichtung für eine tiergerechte Haltung, Versorgung und tierärztliche Überwachung verantwortlich.

Singen, Musik und Tanz

Musik stellt eine wesentliche Brücke zu Menschen mit Demenz dar. Musik kann unter Berücksichtigung individueller und gruppenbezogener Vorlieben integraler Bestandteil des Alltags sein. Eine destimulierende musikalische Dauerberieselung ist jedoch zu vermeiden, ebenso eine Musikauswahl nach den Vorlieben der Mitarbeiter.

Die Pflegefachkraft kann den Einsatz von Musik und Singen gestalten, indem sie

- mit dem Menschen mit Demenz in Alltagssituationen singt, z. B. in froher Runde am Nachmittag mit tages- oder jahreszeitlichem Bezug. Es geht es um vertraute Lieder und Melodien, insbesondere Volkslieder, Weihnachtslieder, Karnevalslieder in bestimmten Regionen, Schlager oder Evergreens.
- in besonderen Situationen, z. B. bei der Körperpflege oder zur Mobilisation Lieder summt, zum Mitsummen anregt oder Schlaflieder als Einschlafhilfe singt.
- Musik zur Entspannung oder Unterhaltung anbietet.

Tanzen kombiniert das Erleben von Musik mit Bewegung. Je nach Biografie kann das genutzt werden, um Selbstausdruck zu ermöglichen und sich selbst positiv wahrzunehmen. Pflegende können ein Tänzchen z. B. als kreative Interaktionsform in den Alltag integrieren. Kleine Gruppentänze können Phasen längeren Sitzens unterbrechen. Auch wer nicht mehr stehen kann, kann angeregt werden, sich zur Musik rhythmisch zu bewegen. Eine weitere Möglichkeit stellen Tanzveranstaltungen, wie beispielsweise sogenannte Tanztees dar. Sie können Thema und somit Anlass für die Kommunikation, z. B. durch auf die Biografie bezogene Gespräche mit Anderen sein. Tanzen und Singen können nach Einschätzung der Expertenarbeitsgruppe demnach soziale Interaktion und Beziehungsgestaltung fördern.

Einsatz von Puppen oder Stofftieren

Puppen oder Stofftiere dienen nicht nur bei Kindern als ein Gegenüber, das Trost spendet, sensorisch ansprechend stimuliert und auf Dauer zum Vertrautheit vermittelnden Wegbegleiter werden kann. Bei vielen Erwachsenen verhindert oft die kritische Selbstkontrolle („Ich bin doch kein Kind“), den Umgang mit Puppen oder Stofftieren. In der Demenz geht diese kritische Selbstkontrolle bei einem Teil der Betroffenen verloren und sie können eine Puppe oder ein Stofftier (wieder) entsprechend nutzen. Insofern können sie nicht mehr vorhandene Kommunikationspartner ersetzen und Einsamkeit und Langeweile reduzieren.

Der Einsatz von Puppen erscheint bei einzelnen Menschen mit Demenz sinnvoll. Insbesondere Frauen, deren Identitätsmuster eng von der Rolle als Mutter geprägt sind, können durch den Kontakt mit Puppen eine Validation ihrer Gefühle des „sich kümmern Wollens, Nähe Gebens, Versorgens und gebraucht Werdens“ erfahren.

Der Einsatz von Puppen ist jedoch besonders mit zwei Einschränkungen und Risiken verbunden:

- Das Konzept geht davon aus, dass der Betroffene entweder nicht mehr erkennt, dass es sich um eine Puppe handelt oder dass er dies ignoriert. In ersterem Fall kann er eine Kränkung dadurch erleiden, dass er in einem bestimmten Moment doch erkennt, dass das Baby nicht echt ist.
- Es besteht die Gefahr einer Abwertung oder gar Stigmatisierung der Person, die eine Puppe versorgt und liebkost, wenn Dritte dieses beobachten. Neben Mitbewohnern oder Mitpatienten können dies auch Angehörige sein, die bei mangelnder Akzeptanz der Veränderung des Menschen mit Demenz oder unzureichender Kenntnis von nicht-realitysorientierenden Pflegemethoden verbal-negative oder gar rüde Reaktionen zeigen könnten.

Vor dem Einsatz einer Puppe sollte versucht werden, dem Menschen mit Demenz, der ein starkes Bedürfnis danach hat, mütterlich und fürsorglich sein zu können, zu ermöglichen, dies durch andere Alltagshandlungen auszuüben, z. B. Kochen, kleine Hausarbeiten, etwas für andere Senioren oder die Pflegenden erledigen, über die Kinderversorgung sprechen, Babyfotos angucken und Ähnliches. Insbesondere in der Langzeitpflege bietet eine lebensweltorientierte Alltags- und Milieugestaltung dazu vielfältige Anlässe und Möglichkeiten.

Auch beim Einsatz von Stofftieren ist es die Verantwortlichkeit der Pflegefachperson dafür zu sorgen, dass die persönliche Würde beachtet wird, beispielsweise indem sie den Menschen mit Demenz mit einem Stofftier vor Verächtlichmachung schützt. Zudem stellt sie sicher, dass die individuelle Prägung und die Vorlieben des Menschen mit Demenz beachtet werden, wenn es um die Frage geht, ob ein Stofftier als Trostgeber, Stimulanz und Interaktionsunterstützung etc. eingesetzt werden kann. Es kann auch sinnvoll sein, Stofftiere mitzugeben, wenn der Mensch mit Demenz in ein Krankenhaus eingeliefert werden muss. Das Stofftier kann auch in der Kontaktaufnahme und für die Kommunikation hilfreich sein.

E4 Die Pflege des Menschen mit Demenz wird beziehungsfördernd und -gestaltend durchgeführt.

Die angebotenen Maßnahmen, die Begründung für deren Auswahl sowie deren beziehungsfördernde und -gestaltende Wirkung sind in der Dokumentation festgehalten. Dokumentiert werden sollte u. a., wie Menschen mit Demenz ihre Gefühle, Befindlichkeiten und ihre Wünsche zur aktuellen Interaktion und Kommunikation sowie Beziehungsgestaltung äußern. Ebenso wird aus der Dokumentation ersichtlich, in welcher Art und Weise die Pflegefachkräfte bzw. andere an der Versorgung beteiligte Personen die Interaktion und Kommunikation sowie Beziehung gestalten, damit nachvollziehbar wird, wie dies mit Menschen mit Demenz gelingt. Die Durchführung oder Nicht-Durchführung individueller beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen ist für alle an der Versorgung beteiligten Personen nachvollziehbar dokumentiert. Anpassungen von für die Beziehungsgestaltung und -förderung relevanten Maßnahmen sowie Hinweise auf die Abweichungen von der Umsetzung der geplanten Maßnahmen sind ebenfalls aus der Dokumentation ersichtlich. Darüber hinaus kann z. B. aus Fallbesprechungsprotokollen die Suche nach gemeinsamen Strategien zur Beziehungsgestaltung und -förderung erkennbar werden.

55a Die Pflegefachkraft verfügt über Wissen und die Kompetenz zur Evaluation beziehungs-fördernder und -gestaltender Pflege.

Die Pflegefachkraft kennt die Bedürfnisse, Vorlieben und daraus abgeleiteten Bedarfe des Menschen mit Demenz. Sie kann vor dem Hintergrund biographischer, lebensweltlicher, pflegerischer und gesundheitsbezogener Informationen professionell wahrnehmen, beschreiben, einordnen, sodann Ziele entwickeln und fachlich geeignete Maßnahmen aussuchen. Auf der Basis dieser Pflegeplanung hat die Pflegefachkraft die Kompetenz, aufgrund der oft täglich fluktuierenden Verfassung von Menschen mit Demenz regelmäßig, möglichst täglich und im Austausch mit allem am Prozess beteiligten Personen, den Pflegeprozess zu evaluieren. Unter am Pflegeprozess beteiligten Personen werden alle an der Versorgung Beteiligten verstanden, hierzu zählen auch Angehörige, Therapeuten und Ärzte.

Der Verlauf der Demenz führt zu Einschränkungen der Betroffenen in den Fähigkeiten, sich von außen zu betrachten, erlebte Veränderungen ‚mitzunehmen‘, zu verstehen, einzuordnen und Einsicht zu zeigen. Das eigene Befinden wird oft indirekt, symbolisch oder anhand von Verhalten vermittelt. Menschen mit Demenz überschätzen oft ihre Fähigkeiten, reagieren auf die Frage nach ihrem Befinden oft mit erwünschten Antworten, wollen nicht zur Last fallen, können Person und Frageanliegen nicht differenzieren und äußern sich positiv, wenn ihnen die fragende Person zusagt. Je nach Schweregrad der Demenz sind Fähigkeiten der Erinnerung, Kognition, Einsicht in die persönliche Situation unterschiedlich stark ausgeprägt. Kommunikation und Verhalten sind auch vor dem Hintergrund von Persönlichkeit, bestehenden Komorbiditäten (z. B. Depressivität, Schmerzen oder Psychosen) und der bestehenden Medikation zu interpretieren. Die Pflegefachkraft muss in der Lage sein, Verhalten und Kommunikation angemessen zu beurteilen.

Die Pflegefachkraft kann bei Menschen im fortgeschrittenen Stadium der Demenz Stimmung und Affekt, Beziehung und Interaktion zu Mitmenschen, Betätigung und Eingebunden sein sowie Anzeichen für das Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit überwiegend nur beobachten. Daraus können Rückschlüsse darauf gezogen werden, ob der Mensch mit Demenz sich gehört, verstanden und angenommen sowie mit anderen Personen verbunden fühlt. Auf diese Weise wird eine Evaluation der beziehungs-fördernden und -gestaltenden Maßnahmen auch dann möglich, wenn die Fähigkeit zur Selbstauskunft eingeschränkt ist. Wesentliche Aspekte dieser beobachtbaren Verhaltensweisen und Zustände sind im Folgenden kurz zusammengefasst.

Stimmung und Affekt

Unter Affekten sind emotionale Verfassungen zu verstehen, die durch Anlässe und Situationen spontan ausgelöst werden, wogegen Stimmungen länger anhaltende emotionale Verfassungen darstellen (‚Laune‘ oder ‚Gemüt‘), die kurzfristige affektive Veränderungen überdauern und durch unser ‚Temperament‘ wesentlich vorgegeben sind. Affekte sind z. B. Angst, Wut, Ekel, Trauer, aber auch Freude, Überraschung oder Interesse. Diese Basisaffekte haben die Funktion, uns selbst aber auch unsere Umgebung über elementare Bedürfnisse schnell zu informieren: so ist heftiges Schreien kulturübergreifend ein Signal, dass ein Mensch dringend Hilfe benötigt – und in der Regel fühlen sich andere Personen spontan aufgefordert, eben dies auch zu tun. Die menschliche Psyche bemüht sich, ein konstantes Erregungsniveau mit einer stabilen Affektvariabilität aufzubauen (‚Komfortzone‘). Da in der Demenz die Fähigkeit, emotionale Verfassungen selbst zu steuern, abnimmt, ist die Stress-Schwelle reduziert und es kommt in der Folge vermehrt zu ängstlichen, panikartigen und aggressiven Affekten (‚neurologische Angst‘), die – wenn überhaupt – nur im Kontakt gebunden, also aufgelöst werden können (interaktive Stressregulierung). Es gilt, eine Hypererregung (Agitiertheit) oder Hypoerregung (Depressivität, Verzweiflung oder Erstarrung) schnell zu erkennen und darauf zu

reagieren. Obwohl der affektive Ausdruck sich in der Demenz verändert, gehen positive und negative Affekte weiterhin mit eindeutigen körpersprachlichen und mimischen Merkmalen einher, die kulturübergreifend erkennbar sind.

Positive Stimmung und Affekte versteht die Expertenarbeitsgruppe als Ausdruck für das Gefühl, gehört, verstanden und angenommen zu sein. Negative Stimmungen und Affekte stellen eher Anzeichen dafür dar, dass dieses Gefühl unzureichend ausgeprägt ist. Im Rahmen einer person-zentrierten Beziehung ist die Pflegefachkraft in der Lage, die wahrgenommenen Stimmungen und Affekte individuell zu interpretieren. Dies bedeutet, dass Stimmungen und Affekte auch vor dem Hintergrund sozialer Normen interpretiert werden, zum Beispiel wenn Menschen in einem Erzählkreis mitlachen oder ein freundliches Lächeln zur Begrüßung zeigen.

Beziehung und Interaktion

Für Menschen mit Demenz ist es eine Herausforderung, in einer Beziehung zu anderen Menschen zu stehen. Im Verlauf der Demenz sind sie beispielsweise weniger in der Lage, gelernte soziale Normen zu erfüllen. Ausgehend von Interaktionen und Beziehungen geraten Menschen mit Demenz zunehmend in weniger kontrollierbare Stresssituationen.

Hieraus resultiert häufig ein Angsterleben, das mit sozialem Rückzug oder Agitiertheit einhergehen kann. Mit anderen in Kontakt zu treten ist eine der grundlegenden Formen menschlichen Verhaltens, Ängste zu binden. Daher ist es für Menschen mit Demenz von besonderer Bedeutung, dass ihnen person-zentrierte Beziehungen angeboten und die auch aufrechterhalten werden. Die Integration der Angehörigen ist ein Kernpunkt person-zentrierten pflegerischen Handelns, da die Angehörigen in vielen Bereichen das Wissen um die Person ergänzen können. Sie können der Pflegefachkraft wichtige Ansatzpunkte für den Aufbau und den Erhalt einer person-zentrierten Beziehung geben (biographische Informationen, Vorlieben, Werte und Normen). Die Summe der gezielten individuellen Interaktionen macht das Gefühl aus, gehört, verstanden und angenommen zu werden und mit anderen Personen verbunden zu sein.

Betätigung und Eingebunden-Sein

Da Zufriedenheit und Lebensqualität wesentlich davon abhängen, die unmittelbar umgebende materielle und personale Umwelt mitgestalten zu können und in ihr eine Bedeutung und Funktion zu haben, sollten Menschen mit Demenz allein oder zusammen mit anderen tätig sein, mit Menschen in Kontakt kommen oder sich mit anderen geeigneten Objekten (z. B. Puppen, Tiere, Tücher oder Erinnerungsbücher) beschäftigen können. Diese Tätigkeiten sind Anlässe für Kontakt und Begegnung und haben eine die Psyche stabilisierende Funktion: so tragen angepasste und sinnvolle Tätigkeiten dazu bei, herausforderndes Verhalten zu reduzieren. Besonderes Augenmerk ist auf Tätigkeiten zu legen, welche die Person mit anderen in Verbindung bringen und damit Gelegenheit für Austausch, Wechselseitigkeit, Abstimmung und Rollenübernahme geben und sich in Anerkennung und Wertschätzung auswirken können. Die Person erfährt in diesem Kontext sowohl Autonomie als auch Verbundenheit, erlebt sich als wirkungsvoll und teilhabend.

Möglichkeiten des Tätig- und Beteiligtseins müssen der Person, ihrem biographischen Hintergrund, den vorhandenen Ressourcen und Interessen angepasst werden. Hierbei kommt der persönlichen Sicht der Person besondere Aufmerksamkeit zu, z. B. Zeitung lesen beim Frühstück. Besonderes Augenmerk ist auf die sensorische Bereicherung der unmittelbaren Umgebung (Griffnähe) zu legen. Die ‚Dosis‘ darf weder über- noch unterfordern.

Bei fortgeschrittener Demenz stehen zunehmend sensorische Möglichkeiten im Vordergrund und es bedarf der Anleitung, der Begleitung und des Vormachens. Eine angemessene Beschäftigung ist daran zu erkennen, dass die Person schweregradabhängig sich in die Tätigkeit vertiefen kann, ohne bei leichten Irritationen durch die Umgebung aus der Situation zu fallen. Weiterhin daran, dass die Person keine Anzeichen von Überforderung, Frustration oder Langeweile zu erkennen gibt, sondern in immer neuen oder gleichbleibenden Varianten mit Objekten, Aufgaben oder zusammen mit anderen Personen fokussiert bleiben kann. Angemessene Beschäftigung kann auch daran erkannt werden, dass sie begleitet, vorgemacht, unterstützt wird bis zu einem Punkt, an dem die Person über kurze oder längere Zeit weitermachen kann.

Anzeichen unangemessener Beschäftigung könnten sein: anhaltendes Starren, zunehmende Schläfrigkeit, keine Reaktion auf angebotenes Material oder Aufgaben, schnelles Aufgeben der Tätigkeit wegen Unterforderung, häufiges Abbrechen der Tätigkeit aufgrund von Irritationen, das völlige Fehlen von Materialien, Aufgaben oder Kontakten über einen längeren Zeitraum hinweg sowie fehlende Ortsveränderungen. Hierbei ist der Schweregrad der Demenz und die zunehmenden neurologischen Störungen (insbesondere der Aufmerksamkeit und bezüglich der Exekutivfunktionen) zu berücksichtigen.

Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit

Der Mensch mit seiner Demenz kann seine Umgebung als solche identifizieren, fühlt sich in ihr wohl, aufgehoben, geborgen oder aufgenommen. Der vorhandene Raum wird für die eigene Betätigung, die Nahrungsaufnahme und die Gestaltung der Beziehungen zu anderen Menschen genutzt. An der Beziehung beteiligten Personen folgen einem eigenen Beziehungsrhythmus, lassen sich aufeinander ein, nehmen den Anderen in seiner Persönlichkeit wahr und ernst. Die Beziehung zu anderen Personen, vor allem den Pflegefachpersonen wirkt sich positiv auf das ‚sich geborgen fühlen‘ des Menschen mit Demenz aus. Dabei beinhaltet die Beziehung nicht mehr per se nur die kommunikative, sondern die emotionale, taktile oder sensorische Ebene und darüber hinaus zum Teil die einfache Anwesenheit von Personen. Auch die Integration von Angehörigen kann sich positiv auf die Beziehung der Pflegefachkraft zum Menschen mit Demenz auswirken. Je intensiver die Beziehungen, je mehr die einzelnen Bedürfnisse, vor allem auf der emotionalen Ebene, berücksichtigt werden, umso mehr kann sich der Betroffene auch tatsächlich sicher und geborgen fühlen.

Da die Fähigkeit der Betroffenen im Verlauf der Demenz abnimmt, sich einer für ihre physische Unversehrtheit ausreichend sicher gestalteten Umgebung selbst zu vergewissern, muss dies von anderen Personen übernommen werden. Oberste Priorität ist die Gestaltung einer sicheren Umgebung, die sich nicht negativ auf das Geborgenheitsgefühl des Menschen mit Demenz auswirkt. Hierzu zählen zum Beispiel technische Unterstützungen im Bereich der Küche (der Herd schaltet sich bei Inaktivität selbständig aus) oder die Gestaltung des Flurbereiches (die Haustür ist durch gestalterische Merkmale als solche nicht wahrzunehmen und der Betroffene mit seiner Hinlauftendenz verlässt die Räumlichkeit nicht). Der Mensch mit Demenz kann sich in einem begrenzten Garten, einem Wohnbereich oder anderen Strukturen gut bewegen und erlebt dieses nicht als Einschränkung seines Zuhauses.

Neben eindeutigen Äußerungen des Menschen mit Demenz sind freundliche Beziehungen zu anderen Bewohnern und eine Orientierung sowie selbstbewusste Nutzung der räumlichen Umwelt weitere Indizien, die besonders in der stationären Altenpflege auf das Gefühl, sich zu Hause zu fühlen, hinweisen. Ob ein Mensch mit seiner Demenz sich sicher, zu Hause und geborgen fühlt, kann aufgrund der unter Umständen eingeschränkten verbalen Kommunikation von Dritten durch non-verbale Signale der Entspannung wahrgenommen werden. Mögliche Merkmale sind sichtbare

Anzeichen des Genießens, singen, in die Hände klatschen, orientiert sein, einen Anhaltspunkt haben, lachen oder lächeln. Die betroffene Person definiert sich durch eine vergangene oder andere Zeitstruktur, durch vestibuläre Reaktionen wie schaukeln, schwingen oder summen.

Bei einer Störung des Geborgenheitsgefühls lassen sich verschiedene Veränderungen wahrnehmen: Bei der *non-verbalen* Kommunikation können zum Beispiel Anzeichen wie Vermeidung von Augenkontakt, einem irritierten Blick, Zittern, Schwitzen - auch als Zeichen von Angst oder Bedrohung - oder verschränkte Haltungen subsumiert werden. Auch der Rückzug in die eigene Welt als Reaktion auf eine Reizüberflutung ist möglich. Zu den *verbal* wahrgenommenen Beobachtungen gehören unter anderem das Rufen und das Schreien (als Zeichen von Angst oder Bedrohung), die Wortwiederholungen oder das Schimpfen. Im Bereich der *Motorik* lassen sich neben vielen anderen die körperliche Gegenwehr, das Klopfen, die Versteifung oder Hände in unruhiger Bewegung (als Zeichen einer Reizüberflutung) beobachten.

55b Die Einrichtung stellt sicher, dass die Pflegefachkraft sowie andere an der Pflege Beteiligte ihre Beziehungsgestaltung zu den Menschen mit Demenz reflektieren können.

Reflektion bedeutet, die Beziehungen, Interaktionen und Maßnahmen aus einer Außenperspektive anzuschauen und dabei bewusst einen Perspektivenwechsel vorzunehmen. Die Pflegefachkraft nimmt die Situation des Menschen mit Demenz aus dessen Sicht und aus Sicht anderer am Pflegeprozess beteiligten Personen in den Blick und gleicht dies mit der Eigenwahrnehmung ab. Da Interaktionen oft automatisiert aus dem Vorbewussten heraus gesteuert werden, besteht immer wieder die Gefahr, dass pflegerische Interaktionen von unreflektierter Routine, monotonen, vorherbestimmten Abläufen und weniger aus einer differenzierten Wahrnehmung der Situation und Stimmung der Person heraus bestimmt werden. Diese Umstände haben mitunter zur Folge, die Wahrnehmung der Person und ihrer Situation einzuschränken, das fachliche Urteil zu vereinfachen und Handlungen auf wenige Optionen zu reduzieren. In der Reflektion geht es darum, den Teilbereich des pflegerischen Wahrnehmens, Urteilens und Handelns in den Gesamtkontext der Person (z. B. soziale Beziehungen, Wohnsituation oder Behandlungsplan) einzuordnen und zu bewerten. Wichtig ist die kritische Reflektion, weil die Verletzung sozialer Normen und Verhaltenserwartungen zu Stress und - zumeist unbewussten - Distanzierungen führt. In der Folge werden Menschen mit Demenz dann teilweise korrigiert, erzogen oder vernachlässigt.

Durch Reflektion entsteht eine verstehende Haltung – Nähe mit Distanz – durch die eine stabile, verlässliche, tolerante Beziehung zwischen dem Pflegenden und der Person mit Demenz aufgebaut werden kann. Die Reflektion verhilft dazu, sich von funktionsorientierten Handlungsschritten zu lösen und diese in Beziehungshandeln einzubetten. Damit werden vermehrt offene Situationen geschaffen, an deren Gestaltung die Person teilhaben kann. Dies geschieht auf der Grundlage der im Einschätzungs- und Planungsprozess entwickelten Verstehenshypothese, die durch diesen Reflektionsprozess kontinuierlich weiterentwickelt wird.

Eine geeignete Möglichkeit zur Reflektion pflegerischen Handelns ist die Fallbesprechung. Im Mittelpunkt dieser Besprechung stehen die Person mit Demenz sowie die Erfahrungen, Einschätzungen, Empfindungen aller am Pflegeprozess beteiligten Personen inklusive der Angehörigen. In der Regel machen sich diese an konkreten Situationen in der Pflege und Versorgung fest. Die Fallbesprechung hat in der Regel eine gleichbleibende Struktur und einen festgeschriebenen Rahmen und kann situationsbezogen strukturiert werden. Pflegerische Fallbesprechungen können innerhalb eines Teams, hausübergreifend oder gar institutionsübergreifend anberaumt werden. Die Fallbesprechung weist in der Regel folgende Teile auf: Zusammentragen aller Informationen (Explorationsphase), sich in die

Person hineinversetzen (Assoziationsphase), eine gemeinsame Einschätzung der Gesamtsituation entwickeln (Formulierungsphase auf Grundlage der Verstehenshypothese), eine Weiterentwicklung der Pflegeplanung mit konkreten Vornahmen und Handlungsschritten (Brainstorming & Forming). Die Fallbesprechung benötigt einen geschulten Moderator, eine gute Fallvorbereitung sowie eine Fallnachbereitung. Das Verhalten und Befinden des Menschen mit Demenz aus seiner Perspektive als sinnvoll, sogar als problemlösend zu verstehen, sollte Ziel der Fallbesprechung sein. Je mehr das Verhalten und Befinden verstanden werden kann, desto eher verhalten sich am Pflegeprozess Beteiligte deeskalierend.

P5 Die Pflegefachkraft überprüft laufend die Wirksamkeit der beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen. Sie nimmt in Absprache mit dem Menschen mit Demenz, seinen Angehörigen sowie allen an der Pflege Beteiligten gegebenenfalls Änderungen am Maßnahmenplan vor.

Die Evaluation ist nur auf dem Hintergrund einer person-zentrierten Beziehung zum Menschen mit Demenz möglich. Die Beziehung zum Pflegenden und die sachliche Qualität der Pflegeleistung können Menschen mit Demenz im Verlauf der Erkrankung allerdings immer weniger unterscheiden. Dies hat auch Auswirkungen auf die Evaluationssituation. Der Mensch mit Demenz ist immer weniger in der Lage, die Qualität der einzelnen pflegerischen Dienstleistungen zu beurteilen, wohl aber die Beziehung zum Pflegenden. Daher sollte dieser im Kontext des pflegerischen Handelns bewusst evaluieren (z. B. nachfragen oder nachspüren), wie der Mensch mit Demenz die Qualität der person-zentrierten Pflege wahrnimmt. Dies kann sowohl an verbalen Bekundungen, non-verbalen und körpersprachlichen Anzeichen wie z. B. Mitmachbewegungen oder Verweigerungen festgestellt werden und äußert sich insgesamt in dem Gefühl, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein. Daher empfiehlt die Expertengruppe anstatt eines speziell definierten Evaluationsinstrumentes eine jeweils dem Setting angepasste kriteriengeleitete Evaluation.

Anhand der vier Hauptthemen Stimmung und Affekt, Beziehung und Interaktion, Betätigung und Eingebunden-Sein sowie Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit (vgl. Kommentierung zu S5a) entwickelt die Pflegefachkraft settingspezifisch und mit Blick auf den Schweregrad der Demenz konkrete Fragen. So ist durch Beobachten und Erspüren beispielsweise zu erkunden, welche *Affekte und Stimmungen* beim Mensch mit Demenz in einer gegebenen Situation vorherrschen („Wie wirkt der Mensch auf mich?“, „Wie äußert er sich verbal?“, „Wie ist seine nonverbale Körpersprache?“). Für die Evaluation von *Beziehung und Interaktion* kann erkundet werden, ob der Mensch mit Demenz Kontakt sucht und wie er dies tut oder ob er sich zurückzieht („Geht der Mensch auf andere zu?“, „Beteiligt er sich an Gesprächen?“, „Wendet er sich ab?“, „Zieht er sich zurück?“). Für die Mitwirkung der Angehörigen ist in stationären Settings deren bewusste Einbeziehung durch Pflegende zu evaluieren („Wird der Angehörige in die Pflege des Menschen mit Demenz einbezogen?“, „Ist der Angehörige bei Pflegetätigkeiten im Zimmer?“). Die Angemessenheit von *Betätigung und Eingebunden-Sein* muss jeweils individuell erkundet werden („Sind die Aktivitäten der Identität, den sensorischen und motorischen Fähigkeiten, den Bedürfnissen und Bedarfen sowie den Gewohnheiten und Präferenzen des Menschen mit Demenz angepasst?“). Das *Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit* kann situativ beobachtet werden („Beteiligt sich der Menschen mit Demenz am Gruppengeschehen?“ „Hält er sich viel in seinem Zimmer auf, ggf. auch mit Angehörigen, und hat Freude an schön empfundenen Gegenständen oder Bildern?“ „Zieht er sich in seine eigene Welt zurück?“), es kann diesem Gefühl aber auch in der Körpersprache des Menschen mit Demenz nachgespürt werden („Wirkt er entspannt?“ „Kann er Situationen genießen?“ oder aber „Vermeidet er Augenkontakt?“ „Ist er unruhig?“). Diese Fragen stellen allesamt nur mögliche Beispiele dar, die Themen müssen von der Pflegefachkraft für das

jeweilige Setting und die jeweilige Person individuell formuliert werden. So spielen für das Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit im Krankenhaus Begleitung und angstmindernde Orientierung eine große Rolle, während es im häuslichen Setting mehr darum geht, ob der Mensch mit Demenz sich entspannt in dieser Umgebung bewegt.

Die Pflegefachkraft hat die Verantwortung, sich täglich persönlich über das Befinden des Menschen mit Demenz zu informieren und die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen laufend zu evaluieren. Dazu befragt und beobachtet sie in erster Linie den Menschen mit Demenz, in zweiter Linie andere am Pflegeprozess beteiligte Personen. Fragen an den Menschen mit Demenz sind auf das Jetzt und Hier zu richten, müssen in einfacher und unmissverständlicher Sprache, gut strukturiert mit einfachen Antwortmöglichkeiten gestellt werden, benötigen eine unterstützende und ermutigende Interviewtechnik und müssen im Nachhinein im Gesamtkontext der Person gedeutet und ausgewertet werden.

Die Pflegefachkraft kann zusammen mit Angehörigen eine gemeinsame Sorgehaltung entwickeln und diese in den Pflegeprozess integrieren. Wichtige Merkmale der Angehörigenintegration sind die gemeinsame Anamnese und Pflegeplanung (z. B. Tagesgestaltung). Die Anzeichen für eine gelungene Integration der Angehörigen sind vielfältig evaluierbar, zum Beispiel durch eine Befragung der Angehörigen. Daneben können der Einbezug und Kommunikation mit Angehörigen (z. B. in Teamrunden, Fallbesprechungen, in gelungenem Informationsaustausch mit den Angehörigen oder mittels definierter Ansprechpartner) bewertet werden.

Da es sich bei Demenz um ein fluktuierendes Krankheitsbild handelt, ist immer die Gefahr einer Über- bzw. Unterforderung gegeben. Hinzu kommt, dass die Bewertung des Befindens und Verhaltens einer Person in Bezug auf geplante Maßnahmen anhand von persönlichen Gesprächen mit der Person und allen am Pflegeprozess Beteiligten sowie aufgrund eigener Beobachtungen einen komplexen Vorgang darstellt, bei dem Fehldeutungen nicht leicht zu vermeiden sind. Die Pflegefachkraft hat daher die Aufgabe, durch den täglichen Kontakt Unter- und Überforderungen zeitnah zu erkennen und bei Bedarf den Maßnahmenplan anzupassen (z. B. bei Veränderungen des Gesundheitszustandes). Die Maßnahmenplanung benötigt demnach eine gewisse Bandbreite für ‚gute‘ und ‚schlechte‘ Tage, aber auch für die zeitnahe Korrektur von Fehldeutungen im Rahmen der Reflektion und der Weiterentwicklung der Verstehenshypothese. In Hinblick auf person-zentrierte Aspekte der Planung sind Anpassungen besonders dann bedeutsam, wenn sich die Person in sozialen Zusammenhängen nicht mehr normgerecht verhalten kann, von anderen Menschen mit Demenz gemäßregelt wird und offensichtlich mit dem sozialen Geschehen überfordert ist.

E5a Der Mensch mit Demenz zeigt Anzeichen für den Erhalt und die Förderung seines Gefühls, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein.

Im Rahmen der person-zentrierten Pflege ist das Augenmerk auf Stimmung und Affekt, speziell aber auf Beziehung und Interaktion zu Mitmenschen, auf Betätigung und Eingebunden-Sein sowie auf Sicherheit und Geborgenheit zu legen. Um das zu ermöglichen ist es notwendig, das zu evaluierende Geschehen aus der Perspektive des Menschen mit Demenz zu betrachten und so die Anzeichen für beziehungsfördernde Pflege zu bewerten.

Quer durch diese Themen ziehen sich die Anliegen von Ressourcennutzung und Selbstbestimmung. Aus Sicht des Menschen mit Demenz ist es das Ziel, einen sinnvollen Alltag zu erleben. Wesentliche Kriterien für einen sinnvollen Alltag ist die Balance zwischen Sicherheit und Zugehörigkeit einerseits

sowie Selbstbestimmung andererseits, zwischen dem Bedürfnis nach Rückzug und Distanz (Divergenz) einerseits und dem Bedürfnis nach Eingebunden-Sein, Teilhabe und Betätigung (Konvergenz) andererseits. Hierbei ist fachlich abzuwägen zwischen dem, was die Person *für sich* an Selbstbestimmung beansprucht und dem, was aus fachlicher Sicht *für sie* angemessen und vertretbar erscheint. Einsichtsfähigkeit und Verletzlichkeit sind hierbei zu berücksichtigen.

E5b Verlaufsbeobachtungen dieser Anzeichen sind nachvollziehbar dokumentiert und Änderungen im Maßnahmenplan sind bei Bedarf vorgenommen.

Da die Umsetzung des Pflegeprozesses im Team erfolgt, müssen bei dem Menschen mit Demenz wahrgenommene Anzeichen für den Erhalt und die Förderung seines Gefühls, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein, ebenso verstehbar dokumentiert sein wie die Wirkung der durchgeführten Maßnahmen und Veränderungen im Maßnahmenplan. Die fluktuierenden Zustände des Menschen mit Demenz machen es erforderlich, dies sehr sorgfältig zu tun, damit die Dokumentation eine ergiebige Daten- und Informationsgrundlage für Fallbesprechungen und andere Reflektionsformen sein kann.