

Konzept
zur Beziehungsgestaltung
in der Pflege
von
Menschen mit Demenz

Inhaltsangabe

1. Vorwort	4
2. Definitionen	5
2.1. Demenz	5
2.2. Validation.....	5
2.3. Personenzentrierte Pflege und Betreuung	6
3. Richtlinienstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“	7
3.1. Strukturkriterien	7
3.1.1. Personenzentrierung/Pflegekonzepte/Modelle/Methoden	7
3.1.2. Fort- und Weiterbildung	7
3.1.3. Zentrale Rolle der Leitungs/-führungscompetenz.....	8
3.1.4. Planungs- und Umsetzungskompetenz der Mitarbeiter:innen.....	8
3.1.5. Interdisziplinäre Verfahrensregelung	8
3.1.6. Anleitung und Beratung (Wissen und Kompetenz der Pflegekräfte)	9
3.1.7. Einbindung von An- und Zugehörigen	9
3.1.8. Strukturelle Rahmenbedingen/Demenzfreundliche Lebensräume (Baulich, Ausstattungstechnisch, Hilfsmittel).....	9
3.1.9. Alltagsgestaltung im Jahreskreis	9
3.1.10. Ernährungskonzept	10
3.1.11. Seelsorge/spirituelle Angebote	10
3.1.12. Evaluations- und Reflexionsfähigkeit der Pflegekräfte	10
3.2. Prozesskriterien	11
3.2.1. Pflegeprozess zur Beziehungsgestaltung bei der Pflege von Menschen mit Demenz ...	11
3.2.2. Freiheitseinschränkende/-beschränkende Maßnahmen	13
3.2.3. Vorausschauende Planung am Lebensende/Palliative Care	13
3.2.4. Umgang mit Krisenhaften Verläufen.....	13
3.2.5. Ehrenamtliche Begleitung/Einbindung von An- und Zugehörigen	13
3.3. Ergebniskriterien.....	14
4. Vorgehensweise/Ratgeber für eine gelungene Beziehungsgestaltung und Kommunikation	15
4.1. 3 Ebenen zur Umsetzung Personenzentrierter Kommunikation.....	17
4.2. Personalmanagement	17
4.3. Organisationsentwicklung und Nachhaltigkeit.....	18
4.4. Standards, Richtlinien/Leitlinien, Verfahrensanweisungen	18
4.1.1. Verfahrensanweisung „Personenzentrierte Kommunikation“	18

4.1.2. Verfahrensanweisung „Normalitätsprinzip“	18
4.1.3. „HausUnordnung“ Verhaltenstipps für den Alltag von Menschen mit Demenz.....	19
4.1.4. Leitlinie im Umgang mit krisenhaften Verläufen bei Bewohner:innen mit Demenz ...	19
4.1.5. Gesprächsleitfaden zur Fallbesprechung	19
4.1.6. Sonstige	19
5. Anhang	20
5.1. HausUnordnung.....	20
5.2. Verfahrensanweisung „Personenzentrierte Kommunikation“	20
5.3. Verfahrensanweisung „Normalitätsprinzip“	20
5.4. Leitlinie im Umgang mit krisenhaften Verläufen bei Bewohner:innen mit Demenz.....	20
5.5. Gesprächsleitfaden zur Fallbesprechung	20
6. Quellen.....	20

1. Vorwort

„Es ist wie es ist...“

In Österreich leben aktuellen Schätzungen zufolge ca. 130.000 Personen mit der Form einer demenziellen Beeinträchtigung. Aufgrund des Altersanstiegs und der damit verbundenen steigenden Lebenserwartung in der Bevölkerung wird sich diese Zahl bis zum Jahr 2050 voraussichtlich verdoppeln (vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2023).

Auch in den Osttiroler Wohn- und Pflegeheimen spiegeln sich die o.a. Zahlen im Verhältnis wider. Menschen mit unterschiedlichen Formen und Schweregraden der Demenzerkrankung werden im normalstationären Setting, im speziellen Bereich für Menschen mit Demenz, in der Tagesbetreuung und Kurzzeitpflege betreut.

Insofern hat die Schaffung, Gestaltung und stetige Weiterentwicklung demenzfreundlicher Lebensräume höchste Priorität. Dabei stehen die Anleitung zur Alltagsbewältigung und das Erlangen/Erhalten von Wohlbefinden für die Menschen mit kognitiven Einschränkungen im zentralen Fokus aller Pflege- und Betreuungsangebote. Da die Demenzerkrankung eine fortschreitende Erkrankung ist, stellt sich die würdevolle und achtsame Begleitung am Lebensende, unter Einhaltung biografiebezogener Zuwendungen im Sinne von Palliative Care und hospizlicher Begleitung, als gleichermaßen zentrales Anliegen der professionellen Pflege in den 4 Osttiroler Wohn- und Pflegeheimen dar.

In Anlehnung an die vom Bundesministerium für Gesundheit, Soziales, Pflege und Konsumentenschutz ausgegebene Orientierungshilfe für Führungskräfte „Demenzkompetenz im Pflegeheim“ und dem Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“, sind die nachfolgende Richtlinie und die mitumfassten Pflege- und Betreuungsstandards und Verfahrensanweisungen darauf aufgebaut.

Als Orientierungshilfe in der strategischen Planung zur Weiterentwicklung demenzfreundlicher Lebensräume dient die SPACE-Systematik (vgl. Rappold, Pfabigan, 2020. Demenzkompetenz im Pflegeheim).

S taff	ausreichendes und adäquat geschultes Personal (Skills and Grades)
P artnership	Partnerschaftlichkeit (achtsame zugewandte Kommunikation/Validation hin zum Menschen mit Demenz, Umgang miteinander, im Team, hin zu externen Dienstleistern, Betriebsklima, etc.)
A ssessment	Risikoeinschätzung
C are	individualisierte Betreuung und Versorgung (weg von der rein instrumentellen Pflege, hin zu einer Beziehungsgestaltung mit dem Fokus Alltagsbewältigung, Wohlbefinden und Sinnstiftung, bis hin zur Begleitung beim Sterben)
E nvironment	Umgebung und Ausstattung (Barrierefreiheit, Farbe, Licht, Ruhe, Bewegungsmöglichkeiten, Anzahl spezieller Hilfsmittel für Menschen mit Demenz – Geschirr, Robotertiere, Nesteltherapiedecken/Pölster, etc.)

2. Definitionen

2.1. Demenz

Bei „Demenz“ handelt es sich um einen krankheitsbedingten, erworbenen und fortschreitenden Verlust von Leistungen höherer Gehirnfunktionen. Kognitive Fähigkeiten wie die Merk- und Lernleistung als auch die Auffassungsgabe, Sprache, Orientierung sowie das Denk- und Abstraktionsvermögen, emotionale und soziale Fähigkeiten können (zunehmend) beeinträchtigt sein. Im Laufe der Erkrankung sind Veränderungen der Persönlichkeit und plötzliche Gemütsschwankungen mögliche Folgen. Zusätzlich können Störungen des Verhaltens oder der Motorik auftreten. Die selbstständige Erledigung von Alltagsaufgaben wird zunehmend erschwert (vgl. Gesundheit.gv.at, 2023).

Im medizinischen Kontext spricht man auch von einer neurokognitiven Störung. Die Prävalenz von Demenzerkrankungen steigt mit zunehmendem Alter, weshalb das hohe Alter den größten Risikofaktor darstellt.

Bezogen auf die Entstehungsursachen unterscheidet man die primäre (degenerative Veränderungen im Gehirn, beispielsweise die Alzheimerdemenz) und die sekundäre Demenz (in Folge einer Grunderkrankung wie beispielsweise Alkoholabhängigkeit, Schädel Hirntrauma, Stoffwechselstörungen, etc.).

Im medizinischen Kontext unterscheidet man 3 Stadien des Krankheitsverlaufes, der leichten, der mittelschweren und der schweren Demenz.

Mittels verschiedener Testverfahren wird die Stadien Einteilung vorgenommen, wie beispielsweise mit dem Mini-Mental- Status-Test (MMST)

Der Mini-Mental-Status-Test dient zur diagnostischen Verifizierung und Abklärung von psychischen Leistungsstörungen, sowie zu deren Verlaufsbeobachtung. Er ermöglicht jedoch keine Diagnosestellung der verschiedenen Demenz-Formen.

2.2. Validation

Naomi Feil (* 1932 in München), eine deutschamerikanische Gerontologin, hat unter der Bezeichnung **Validation** eine Methode für den Umgang mit Menschen mit Demenz entwickelt. Die **Validation** soll den Betroffenen eine bessere Lebensqualität bieten und den Pflegenden ihre Aufgabe erleichtern.

Konzept der Validation

Validation ist ein Kommunikationskonzept, um mit Menschen mit Demenz verbal oder nonverbal in Kontakt zu treten und im Sinne einer personenzentrierten Vorgehensweise die persönliche Integrität der erkrankten Person anzunehmen, zu achten, zu schützen und zu fördern.

Ziel der Validation ist es, Menschen mit Demenz mit Würde und Respekt gegenüberzutreten, Vertrauen zu schaffen und ihnen ihr Selbstwertgefühl zurückzugeben.

Stadien Einteilung der Demenz nach Naomi Feil

Stadium 1: Mangelhafte Orientierung (Störungen im Kurzzeitgedächtnis). In dieser Phase werden Gefühle oft geleugnet. Defizite werden gut versteckt und Alltagsfertigkeiten lassen nach. Die Erkrankten sind unglücklich über ihre Defizite und suchen immer „Schuldige“. Konflikte aus der Vergangenheit werden auf Personen der Gegenwart übertragen.

Stadium 2: Zeitverwirrtheit (fehlendes Kurzzeitgedächtnis). Kognitive Einschränkungen können in dieser Phase nicht mehr geleugnet werden, die Menschen mit Demenz ziehen sich weiter aus der Realität zurück. Gegenstände oder Personen der Gegenwart erinnern sie an ihre Vergangenheit, in die sie sich immer mehr zurückziehen. Gefühle wie Liebe, Hass, Trauer, Trennungsängste und Streben nach Identität stehen im Vordergrund.

Stadium 3: Immer wieder kehrende Bewegungen (Bewegung ersetzt Sprache). In dieser Phase ersetzen wiederholte Bewegungen (z.B. auf den Tisch schlagen, mit dem Fuß aufstampfen) den Ausdruck der Gefühle, da die kognitiven fortschreitenden Störung auch mit einem Verlust des Sprachvermögens einhergeht.

Stadium 4: Regression (totaler Rückzug, nur mehr emotional erreichbar). Menschen mit Demenz verschließen sich in dieser Phase gänzlich der Aussenwelt und sind nur mehr über das emotionale Gedächtnis erreichbar (Düfte, Geschmäcker, Berührungen, Basale Stimulation, etc.)

2.3. Personenzentrierte Pflege und Betreuung

Unter personenzentrierter Pflege und Betreuung versteht man eine verständnisvolle, verstehende, behutsame Zugewandtheit und Unterstützung zur Befriedigung der unterschiedlichen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz mit dem zentralen Fokus der Erhaltung des Personseins (vgl. Kitwood 2008).

Dabei ist die **anerkennende** Beziehungsgestaltung das zentrale Instrument, um das Belastungserlebnis für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen zu reduzieren, deren Sicherheitsgefühl zu fördern und zur Stabilisierung eines positiven Selbstbildes beizutragen (vgl. Rappold, Pfabigan, 2020. Demenzkompetenz im Pflegeheim).

Um personenzentrierte Haltung zu gewährleisten werden in den 4 Osttiroler Wohn- und Pflegeheime eine Vielzahl an, ineinander in Beziehung stehenden, Konzepten und Maßnahmen zur Anwendung gebracht, welche als **Richtlinienstandard** in strukturellen, prozessbezogenen und ergebnisbezogenen Kriterien wie folgt beschrieben werden.

3. Richtlinienstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“

Der Richtlinienstandard orientiert sich im Aufbau am Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

3.1. Strukturkriterien

3.1.1. Personenzentrierung/Pflegekonzepte/Modelle/Methoden

In den Osttiroler Wohn- und Pflegeheimen gelangt das Pflegemodell nach Nancy Roper unter Bezugnahme der Grundsätze einer aktivierenden und reaktivierenden Pflege in Anlehnung an das Pflegemodell von Erwin Böhm, modifiziert von Riedl zur Anwendung.

Basis sind die 12 Lebensaktivitäten deren Bedürfnisbefriedigung auf Basis des **Normalitätsprinzips** unterstützt und oder angeleitet werden. Dabei wird auf eine gewohnte Alltagsgestaltung (Schlaf/Wach Rhythmus, Vorlieben/Abneigungen, Auswahl der Kleidung, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, aktive Einbindung der Familie, sinnstiftende/sinnvolle Beschäftigung, uvm) Bedacht genommen. Siehe dazu detailliertes Pflege- und Betreuungskonzept im Anhang.

Böhm spricht vom Normalitätsprinzip und meint damit, dass man immer wieder fragen muss, was in der Jugend oder im früheren Erwachsenenalter der heutigen betagten Menschen „normal“ oder „üblich“ war. Gemeint sind moralische Wertvorstellungen ebenso, wie ganz banale Alltagsgewohnheiten, die das normale Leben einstmals bestimmten.

Die kann unter Umständen, eben aufgrund der individuell unterschiedlichen Biographien und Lebenszeiträume, sehr stark von dem abweichen, was wir als Betreuungspersonen als „normal“ empfinden.

Ziel ist eine unterstützende, aber zugleich fördernde und fordernde Pflege und Betreuung, um Ressourcen und Fähigkeiten bestmöglich zu halten und der, von zuhause gewohnten, **individuellen Normalität** möglichst nahe zu kommen.

Biografiearbeit ist bei der personenzentrierten beziehungsfördernden Pflege und Betreuung wesentlich, um ein umfassendes Bild über Lebensumstände zu erhalten und Handlungsweisen von Menschen mit Demenz besser zu verstehen. Biografisches Erzählen wird in den Pflegealltag im Rahmen durchzuführender Pflege oder aber in Form von aktiver Beschäftigung täglich umgesetzt.

- Siehe Verfahrensanweisung „Normalitätsprinzip“ im Anhang

3.1.2. Fort- und Weiterbildung

Weiterbildungsangebote (Pflege bei Demenz, Palliative Care, Aromapflege, Basales und mittleres Pflegemanagement, etc.) werden jährlich ausgeweitet um möglichst viele Mitarbeiter:innen vor allem in den zentralen Themen der stationären Altenpflege auf aktuellem Pflegewissen zu halten und dieses auch zu vertiefen.

Im jährlichen Fortbildungskatalog stehen den Mitarbeiter:innen fachliche und persönlichkeitsbildende Angebote zur Verfügung um sowohl eine, an den aktuellen Erfordernissen einer modernen Pflege ausgerichtete Qualität zu sichern, aber auch um die persönliche/soziale Kompetenz als Teil eines Teams, im persönlichen Berufsverständnis sowie die Reflexionsfähigkeit und Methodik in der täglichen Arbeit laufend zu verbessern.

3.1.3. Zentrale Rolle der Leitungs/-führungscompetenz

Das Basale und mittlere Pflegemanagement stellt die operative Umsetzung strategischer Vorgaben im Bezug auf Pflege und Pflegequalität sicher. Sie schafft gemeinsam mit dem jeweiligen Pflorgeteam die Wohn- und Lebensräume für Menschen mit Demenz, die den jeweiligen individuellen Bedürfnissen entsprechen. Sie fördert und fordert ihr Team und forciert die angebotenen Möglichkeiten zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie achtet auf eine wertschätzende Teamkultur und reflektiert gemeinsam mit dem Team belastende Betreuungssituationen, achtet auf eine ausgewogene, aktuelle Pflegedokumentation und unterstützt bei der Einbindung der An- und Zugehörigen in das Betreuungssetting.

Jährliche gezielte Schulungen des leitenden Pflegepersonals bezogen auf die Führungsaufgaben werden verpflichtend durchgeführt. Der Weiterbildungslehrgang für Basales und mittleres Pflegemanagement muss absolviert werden.

3.1.4. Planungs- und Umsetzungscompetenz der Mitarbeiter:innen

Anhand der digitalen Pflegedokumentation werden die individuellen Pflegepläne für die Bewohner:innen erstellt; dabei obliegt dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in der Kernkompetenz Pflege die eigenverantwortliche Anordnungs- und Durchführungs-/Delegationskompetenz. In der Planung werden anhand einer personenzentrierten Vorgehensweise die Bedürfnisse und Ressourcen in Bezug auf Alltagsfertigkeiten, Unterstützungsbedarfe, sinnstiftenden Beschäftigungs- u. Aktivierungsangebote, etc. konkret definiert. Die Umsetzung wird laufend evaluiert und gegebenenfalls den sich ändernden Bedürfnissen und Möglichkeiten angepasst.

3.1.5. Interdisziplinäre Verfahrensregelung

zur Sicherstellung von beziehungsfördernden und –gestaltenden Maßnahmen
(Stellenbeschreibungen, Leitbild, Werthaltung des Betriebes)

Diese stellen sicher, dass ein demenzfreundliches Umfeld für die Bewohner:innen zur Verfügung steht. Dazu gehören insbesondere:

- Aktivierungspläne nach Angeboten, Monatsmotto , Jahresmotto, Einzelinterventionen – alle aufliegend auf allen Wohnbereichen und im umfassenden Betreuungs- und Aktivierungskonzept – siehe Anhang
- Stellenbeschreibungen, welche je nach Ausbildungsstand die konkreten Arbeitsaufgaben beschreiben
- Pflegestandards, Richtlinien und Leitlinien – wie beispielsweise der Umgang mit Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, Palliative Care, Ernährung bei Demenz uvm.
- Pflegekonzept
- Wäschebearbeitungskonzept - Normalitätsprinzip

3.1.6. Anleitung und Beratung (Wissen und Kompetenz der Pflegekräfte)

Siehe Fort- und Weiterbildung. Das aktuelle Pflege- und Betreuungswissen wird sowohl in der Praxisanleitung von Student:innen der FH Gesundheit wie auch der Praktikant:innen aus dem Bereich Pflegeassistenz, Heimhilfe, etc. angeleitet.

Bewohner:innen erhalten im Rahmen von gesundheitsförderlichen Aufklärungsgesprächen Anleitung und Beratung zur Verbesserung von Gesundheitsproblemen oder werden gezielt durch validierende Kommunikation unterstützt angeleitet um den Alltag bedürfnisorientiert zu bewältigen und Wohlbehagen zu erfahren. In der Angehörigenarbeit unterstützen und beraten Pflegemitarbeiter:innen analog ihres Kompetenzbereiches.

3.1.7. Einbindung von An- und Zugehörigen

An- und Zugehörige werden soweit in die tägliche Betreuung und Pflege mit eingebunden, wie es der rechtliche Rahmen zulässt. Eine definierte Vertrauens- oder Bezugsperson ist immer der erste Ansprechpartner/in oder aber es besteht eine gerichtlich festgelegte Angehörigenvertretung/Vorsorgevollmacht oder es wurde eine gerichtliche Erwachsenenvertretung zur Seite gestellt. Angehörige erhalten individuelle Anleitung und Beratung gerade im Umgang von ihren Angehörigen mit Demenz. Sie stellen zudem eine wichtige Ressource bei der Anamneseerhebung dar. Sie bleiben pflegende Angehörige vor allem in der psychosozialen Begleitung der Erkrankten. Im wechselseitigen Austausch mit den Pflege- und Betreuungsteams geben sie ihre Beobachtungen und Erfahrungen an die Pflegemitarbeiter:innen weiter, um eine möglichst individuelle und bedürfnisorientierte Pflege- und Betreuung zu ermöglichen. Siehe dazu ergänzend Pkt. 3.2.5. Prozesskriterien/Ehrenamtliche Begleitung und Einbindung von An- und Zugehörigen).

3.1.8. Strukturelle Rahmenbedingen/Demenzfreundliche Lebensräume (Baulich, Ausstattungstechnisch, Hilfsmittel)

Es stehen umfassende Hilfsmittelangebote zur Verfügung, wie beispielsweise

- Jährliches Dekorationsbudget zur jahreszeitlichen Gestaltung der Stationen
- Farbgestaltung der Stationen
- Gestaltung der Aufenthaltsbereiche mit Platz für Beschäftigung, Haushaltstätigkeiten, etc.
- Orientierungshilfen, demenzfreundliche Beschilderung
- Robotertiere/Puppen
- Nesteldecken/Pölster
- Offene Schränke zum Räumen und Klauben
- Gartenmöglichkeiten
- Pflegehilfsmittel jeder Art (Niederflurbetten, Sensorsystem, Desorientiertenfürsorgesystem, Gehwalker, etc.)
- uvm

3.1.9. Alltagsgestaltung im Jahreskreis

Der jährliche Veranstaltungs- u. Aktivitätenkalender orientiert sich einerseits an ein jährlich neu festgelegtes Jahresmotto, aber auch ganz speziell an kirchlichen Festen und Feiern im Jahreskreis, wie Weihnachten, Ostern, Fronleichnam, etc.

- Siehe Pflegekonzept, Seelsorgekonzept und Konzept der sozialen Betreuung.

Dabei stehen sinnstiftende, biografiebezogene Aktivitäten, aber auch das Erhalten der körperlichen Mobilität im Fokus. Feinmotorikübungen und Wellnessangebote dazu, wie das wöchentliche Händewellness sollen einerseits eben die Mobilität stützen, aber auch Spaß machen und angenehm sein.

Im Ergotherapeutischen Assessment wird erhoben, wo und wie am besten auf eine sinnstiftenden Alltagsgestaltung hingearbeitet werden kann und dementsprechend funktionsübergreifend die Pflegepläne angepasst.

3.1.10. Ernährungskonzept

Essen und Trinken wird nicht nur als wichtige Lebensaktivität gesehen, sondern soll auch Genuss, Freude am gemeinsamen Essen und Wohlfühlen in der Gemeinschaft vermitteln.

Siehe dazu Ernährungsleitbild und Ernährungsleitlinien, speziell auch Leitlinie „Ernährung bei Demenz.“

Zu besonderen Anlässe werden spezielle, festliche oder traditionelle Speisen gereicht. Eine angenehme Atmosphäre in den Aufenthaltsräumen, soll das Gemeinschaftsgefühl speziell auch beim gemeinsamen Essen fördern. Wiederkehrende Ernährungsscreenings und die Planung bei Problemen rund um die Ernährung bilden sich in der Pflegedokumentation ab und werden laufend evaluiert.

3.1.11. Seelsorge/spirituelle Angebote

Glaube und Spiritualität haben für die jetzige Generation betagter Menschen einen hohen Stellenwert. Dabei steht die römisch-katholische Prägung in Osttirol im Vordergrund. Dennoch werden alle spirituellen Bedürfnisse unterstützt und gefördert und entsprechende persönliche Besuchsdienste und Seelsorge Angebote organisiert.

Im beigefügten Seelsorgekonzept sind die Angebote im Detail abgebildet.

3.1.12. Evaluations- und Reflexionsfähigkeit der Pflegekräfte

Zur kritischen Betrachtung des eigenen pflegerischen Handelns, aber auch um Stereotypen aufzubrechen, Rituale in einen sinnbringenden Kontext zu stellen und mit Belastungsfaktoren angemessen umzugehen, ist Evaluationsfähigkeit und Reflexionsfähigkeit unumgänglich.

Angeboten werden diesbezüglich zur Unterstützung Supervision und Teamcoaching, welches im Einzelsetting oder in der Gruppe möglich ist. Die Terminkoordination obliegt der PDL. Sie wählt auch die externen Supervisor:innen und Coaches aus. Die Angebote können in der Dienstzeit konsumiert werden. Der Dienstgeber übernimmt zur Gänze die Kosten.

In laufenden Fallbesprechungen und Pflegevisiten werden Betreuungssituationen gemeinsam evaluiert, neu bewertet und Ergebnissen reflektiert. Besonders im Kontext einer demenzfreundlichen Pflege- und Betreuung finden regelmäßige Besprechungen auf den Stationen mit den Mitarbeiterinnen aus dem Bereich der psychosozialen Betreuung/Aktivierung/Gesundheitsförderung und den Pflegekräften Vorort statt, um den Betroffenen eine bedürfnis- und bedarfsorientierte Pflege- und Betreuung zu sichern.

3.2. Prozesskriterien

3.2.1. Pflegeprozess zur Beziehungsgestaltung bei der Pflege von Menschen mit Demenz

Ziel in der Pflege und Betreuung, explizit in der von Menschen mit Demenz, ist es den Bewohner:innen möglichst viel Selbstbestimmung zu gewähren und dabei ein angemessenes Maß an Fürsorgepflicht walten zu lassen. Persönliche Freiheit, Achtung der Selbstbestimmung und Wahrung der persönlichen Integrität sollen nicht im Gegensatz zur Fürsorgepflicht, sondern in einem harmonischen Kontext stehen.

Selbstbestimmtes sowie sinnvolles und bedeutungsvolles Handeln trägt zur allgemeinen Lebenszufriedenheit bei und stärkt den Selbstwert.

Insofern werden in der Pflegeplanung nicht nur die rein verrichtungsorientierten Pflegehandlungen geplant (Inkontinenzversorgung, Körperpflege, Wundmanagement, etc.), sondern v.a. auch auf die beziehungsfördernden Aspekte des Pflegealltages speziell und individuell eingegangen (mit einander in Kontakt treten, Beschäftigen, Adaptionszeit beachten, Spielen, Aufgaben übertragen, Bewegungsdrang zulassen und aushalten, uvm).

Anerkennende Beziehungsgestaltung bedeutet im Umgang mit Menschen mit Demenz, die funktionellen Pflegeanteile auch täglich individuell und je nach Tagesverfassung anzupassen und abzuändern (Körperpflege erst am NM und nicht schon am Morgen, länger schlafen lassen, Essenszeiten verschieben, weil etwas anderes für den Betroffenen gerade wichtiger ist, etc.).

- In den aktuellen dokumentarischen Richtlinien sind die Schritte des Pflegeprozesses im Detail beschrieben – siehe Richtlinie Nr. 02.

Wesentlich ist dabei eine umfassende Anamnese/Sozialanamnese um möglichst viele biografisch wichtige Daten einfließen zu lassen und die wesentlichsten Aspekte der individuellen Prägung zu erfassen. Aus der Biografie/Prägung heraus, werden viele Verhaltensmuster besser erklär- und verstehbar. Eine Re-Aktivierung aus dem Langzeitpflegegedächtnis heraus ist diesbezüglich hilfreich, um ein sinnvolles und bedeutungsvolles Alltagsleben zu fördern.

Der erhobene und beobachtete Unterstützungsbedarf aus den anamnestischen Daten wird in Fallbesprechungen im Pflegeteam zu einer **Verstehenshypothese** zusammengefasst und die u.a. Aspekte für alle verständlich und nachvollziehbar geplant (vgl. T. Münzenhofer, 2023. <https://lichtblicke-demenzstrategie.bayern/>). Siehe dazu „Gesprächsleitfaden zur Fallbesprechung“ im Anhang.

- *Wie erlebe ich mich selbst als Person in dieser Beziehung. Welche Rolle fühle ich / möchte ich?*
- *Wie erlebt die Person sich selbst und ihre Umwelt?*
- *Welches Denken, Fühlen und Erleben erklärt den subjektiven Sinn von Verhaltensweisen?*
- *Was ist deren Funktion?*
- *Auf welche Themen ist das Verhalten eine Antwort?*

(Aus diesen Antworten entwickelt sich eine vorläufige Hypothese → Verstehenshypothese)

Die Fallbesprechungen zur Beziehungsgestaltung von Menschen mit Demenz finden jedenfalls im Stadium 2 der Desorientierung nach Feil in folgenden Rhythmen statt:

- Bei Heimeinzug
- Anlassbezogen (bei Krisen, Veränderungen des Verhaltens)
- Im Rahmen von Pflegevisiten
- Im Rahmen der Pflegeplanungsevaluierung

Die „Verstehenshypothese“ ist Basis für alle weiteren Pflegeplanungsschritte, welche sich auf die u.a. beziehungsfördernden Aspekte beziehen müssen:

- Alltags- und Lebensorientierung vermitteln
- Wahrnehmung fördern
- Wertschätzung und Zuwendung geben
- Sensorische Defizite ausgleichen
- Körperliche- und psychische Bedürfnisse wahrnehmen
- Schmerzen eruieren
- Kognitive Symptome und die nicht-kognitiven (psychischen Verhaltensmuster) erfassen
- Ablenkung durch positive Anreize schaffen
- Selbst Ruhe bewahren und ausstrahlen (eigene Zentriertheit)
- Vertrauenspersonen schaffen
- Wahnzustände ernst nehmen, aber nicht bestärken (CAVE: Validation ist bei wahnhaften Verhaltensstörungen kontraindiziert!)
- Ortswechsel anbieten
- Reizüberflutung vermeiden
- Identität geben
- Selbstwirksamkeit bestärken
- Einbeziehung in die Gesellschaft, festen Platz geben
- Nähe, Trost und Sicherheit vermitteln
- Orientierung geben
- Wertschätzung und Zuwendung geben

Die Pflegeziele richten sich einerseits auf das Abwenden von Pflegerisiken und andererseits hin zu einer wertschätzenden, achtsamen Beziehungsgestaltung zur Wahrung der Würde und Erhaltung einer guten Lebensqualität für die betroffenen Bewohner:innen, welche an einer Demenzerkrankung leiden.

Im Evaluierungsprozess wird die Wirksamkeit von gesetzten Maßnahmen beurteilt und ggf angepasst. Dabei wird die gesamte Beziehungs- und Pflegesituation reflektiert auf beispielsweise:

- Zeichen der Entspannung
- Zeichen der Zufriedenheit und Schmerzfreiheit
- Abnahme von Wahn und Aggression
- Annehmen von Pflegeangeboten
- Beteiligung
- Halten des Körpergewichtes oder Verbesserung der BMI Situation
- Uvm.

3.2.2. Freiheitseinschränkende/-beschränkende Maßnahmen

Die Anwendung Freiheitsbeschränkender Maßnahmen stellt immer die Ultima Ratio (letzter Ausweg in einer schwierigen Situation) dar, wenn alle anderen pflegegelinderen Mittel nicht die notwendige Entlastung für den **leidenden Menschen mit Demenz** bringen.

- Siehe dazu allgemeiner Standard Nr. 05 „Anwendung von Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.“

3.2.3. Vorausschauende Planung am Lebensende/Palliative Care

Die vorausschauende Planung für das Lebensende ist Teil einer gelebten palliativen Haltung in den Pflegeteams und wird in interdisziplinären Teams mit den Betroffenen und deren An- u. Zugehörigen angemessen und individuell durchgeführt. Diese wird laufend evaluiert, da sich die Wünsche und Bedürfnisse im Laufe der letzten Lebensjahre durchaus noch gravierend ändern können.

- Siehe dazu Richtlinie 06 „Palliative Betreuung am Lebensende,“

3.2.4. Umgang mit Krisenhaften Verläufen

Krisenhafte Verläufe bahnen sich oft langsam an und können durch eine fundierte Krankenbeobachtung der prof. Pflege abgewendet oder abgeschwächt werden. Bedürfen jedoch immer einer Anpassung von Pflege- und Betreuungskonzepten sowie der Einbindung zusätzlicher Kompetenzbereich, wie beispielsweise der Medizin mit den div. Fachdisziplinen, Therapeuten, Psycholog. Dienste, Seelsorge, Palliativteam, Hospiz, etc.

- (Siehe Leitlinie 11a „Umgang mit krisenhaften Situationen und Verläufen bei Bewohner:innen mit Demenz“).

3.2.5. Ehrenamtliche Begleitung/Einbindung von An- und Zugehörigen

Die ehrenamtlichen Besuchs- und Begleitdienste ergänzen das professionelle Pflege- und Betreuungsangebot und sind ausschließlich auf die Förderung der Beziehungsgestaltung ausgerichtet.

- Siehe dazu Richtlinie Nr. 10 „Konzept Ehrenamt“.

An- und Zugehörige können ein wesentliches/entscheidendes „Bindeglied“ in der Gefühlswelt des an Demenz erkrankten Menschen sein. Je besser die Einbindung/Zusammenarbeit mit den An- und Zugehörigen gelingt, desto besser kann verstehendes Verständnis für Verhaltensmuster und Krisen aufgebracht und dementsprechend gehandelt werden. Pflegeberatung zum An- und Zugehörigen hin funktioniert in einem ausgeglichenen, wertschätzenden und vertraulichen Miteinander. Fehlen innerhalb des gesamten An- und Zugehörigen Verbundes Harmonie und Verständnis, so zeigen sich in der Praxis auch zum Pflege- und Betreuungsteam hin Vertrauensdefizite. Diesbezüglich ist kontinuierliche, sachliche, wertschätzende und verständnisvolle Pflegeberatung hilfreich um Hürden zu überwinden.

Gefördert werden beispielsweise

- Regelmäßige Besuche
- Übernahme von Pflege- und Betreuungstätigkeiten (Essen reichen, Vorlesen, Spielen, Spazieren, etc.)

- Koordination von externen Arztbesuchen unter Miteinbeziehung der Bezugsperson
- Definition einer Bezugsperson
- Teilnahme an Feiern und Festlichkeiten auf Station
- Teilnahme an externen Ausflügen
- Heimaturlaube unterstützen
- Regelmäßiger Austausch über den Verlauf von Pflege und Betreuung sowie sofortige Einbindung bei Veränderungen

3.3. Ergebniskriterien

Zur Überprüfung der Ergebnisqualität sind einerseits messbare Kennzahlen relevant, wie beispielsweise:

- Häufigkeit von krisenhaften Situationen
- Dokumentation bildet die Realität ab und gibt Hinweise auf die beziehungsrelevante Aspekte (Affekte, Beziehung, Bestätigung, Geborgenheit) und bildet die Wirksamkeit dieser ab
- Angehörige sind eingebunden und aufgeklärt (auch dokumentarisch festgehalten); Beratungsgespräche und Kontakte zu Angehörigen sind dokumentiert, diesbezügliche Kontinuität bildet sich in der Dokumentation ab, Angehörige geben Feedback
- Maßnahmenplan liegt vor und ist eingehalten, Abweichungen werden schlüssig begründet
- Gefühlswelt der Menschen mit Demenz, zeigen Zeichen der Entspannung, des Wohlbefindens in Mimik und Gestik
- sowie an einer freudigen Teilhabe am Geschehen des Alltages, beteiligen sich (Feste, Veranstaltungen, Spiritualität, Aktivitäten)
- Veränderungen sind in der Pflegedokumentation schlüssig und nachvollziehbar abgebildet
- Die Kennzahl „Anzahl der MA mit absolviertem Weiterbildungslehrgang Pflege bei Demenz“/Fort- und Weiterbildungsstunden in Bezug auf Demenzpflege, Validation, etc.
- Eine Gemütlichkeit ausstrahlende Wohnatmosphäre mit demenzfreundlicher Gestaltung und Ausstattung sowie Möglichkeiten zum Rückzug und zur Wahrung der Intimsphäre/Privatsphäre
- Barrierefreiheit und die Anzahl an angewendeten freiheitsbeschränkenden Maßnahmen
- Anzahl konsensualer/multiprofessioneller, bedürfnisorientierter vorausschauender Planungen bezogen auf krisenhafte Verläufe sowie zum Lebensende hin
- Anwendung von Assessments, wie beispielsweise BESD zur Differenzialdiagnostik „Schmerz“
- Uvm

Andererseits zeigt sich eine gelungene Pflege- und Betreuung

- im Ausdruck des an Demenz erkrankten Menschen
- Entspannung, Wohlbefinden, Zufriedenheit, etc. zeigen sich in der Körperhaltung
- frei von Aggression oder Abwehr
- in einem selbstzufriedenen herumarschieren, räumen und klaben
- im Halten eines stabilen Körpergewichts
- und in der entspannten Teilhabe am täglichen Geschehen.

4. Vorgehensweise/Ratgeber für eine gelungene Beziehungsgestaltung und Kommunikation

- Langsam und deutlich sprechen, bei Schwerhörigkeit lauter sprechen, bei Problemen mit dem Sehen näher kommen
- Ansprechen der Person mit dem Namen, den sie sicher versteht (muss aber nicht der Nachname sein)
- Kurze Sätze und einfache Worte, direkte Formulierungen verwenden
 - Das Gesagte wiederholen und dabei je nach Phase (im Sinne der Validation) zu Beginn umformulieren. Später jedoch, wenn die kognitive Fähigkeit abnimmt, vermittelt man mit „nicht umformulieren“, mit genauem Wiedergeben des Gesagten, Sicherheit, Vertrauen und Ernst nehmen.
- Einzelne Aktivitäten verbal und nonverbal ankündigen, mit der Aktivität warten, bis die Person mit Demenz signalisiert, dass sie verstanden hat und bereit dafür ist
- Informationen Schritt für Schritt anbieten, bei einem Thema und Inhalt bleiben, nicht mehrere Informationen auf einmal vermitteln
- KEINE rationalen Diskussionen und Argumentationen über „Realität“
- Nicht korrigieren, nicht konfrontieren, anstatt dessen positive Bemerkungen, Anerkennung und Lob
- Biographisch bezogene Fragen und Bemerkungen (exaktes Nachfragen: Wann und wo war das? Wie war das? Wer war da dabei?)
- Die 5 W's (WER WO WAS WIE WANN?), Nachfragen und die Person mit Demenz kennen lernen und in ihrer Geschichte verstehen
- Keine „warum, wieso, weshalb - Fragen“. Menschen die an einer Demenz erkrankt sind, können diese Fragen nicht beantworten, es erfordert kognitive Fähigkeiten, Möglichkeit zum logischen Denken und/oder Einsicht. Außerdem kann die „Warum“ Frage zu Schuldgefühlen führen, besonders zu Beginn einer Demenzerkrankung.
- Keine „Baby“- Sprache (abwertende Verniedlichungen, unangebrachtes Duzen, Entwerten etc. aber: langsames und einfaches Sprechen ist vor allem bei fortgeschrittener Demenz sehr sinnvoll)
- Kein Sprechen über die Person mit Demenz, als wäre sie nicht anwesend
- Augenkontakt und deutliche Zugewandtheit, Begegnung auf Augenhöhe (hinsetzen, in die Knie gehen)
- Empathisches und aktives Zuhören und emotionales Hinhorchen
- Geduld und Empathie beim einfühlsamen Beobachten von Mikroverhaltensweisen (z.B. Tränen in den Augen, kleine Handbewegungen, Zuckungen um den Mund als Kommunikationsversuche deuten)
- Ruhiger Tonfall und tiefe Stimme vermitteln Sicherheit, vermeiden von zu hoher Sprachfrequenz

- Interpretieren von herausforderndem Verhalten (Schreien, Agitiertheit usw.) als **Kommunikationsversuche** von unerfüllten Bedürfnissen
- Gefühle der Person mit Demenz erkennen, anerkennen und spiegeln (das bedeutet, in derselben Tonlage zu antworten und damit verständlich zu machen, dass man das Gefühl wie Zorn oder Traurigkeit versteht/ emotional gehört hat). Die Emotion der Betroffenen in der eigenen Körpersprache spiegeln. Die Stimme als Trägerin von Emotionen nützen.
- Körperliche Nähe zulassen, Mut zu Berührungen an Armen, Schultern und Händen, eventuell später, wenn Vertrauen aufgebaut ist, im Gesicht. Bei weit fortgeschrittener Demenz werden nur mehr kopfnahere Berührungen (Oberarme, Schultern, oberer Anteil von Brust und Rücken, Hals, Kopf) sicher als „das gilt mir“ erkannt.
- Veränderungen im Gesicht der Person mit Demenz, in der Stimmlage und Körpersprache als emotionale Kommunikationssignale wahrnehmen
- Gefühle wahrnehmen und empathisch ansprechen
- Eigene Gefühle von Scham, Angst vor Alter, Tod und Trauer, Wut, Aggression und Hilflosigkeit wahrnehmen und reflektieren
- Aktivitäten, die für die Person mit Demenz erfreulich sind, anbieten
- Einflüsse auf Kommunikation identifizieren (Selbstkonzept, Geschichte der Person, Persönlichkeit, Depression, Isolation, Abhängigkeit, die eigene Geschichte mit hochbetagten Menschen in Familie und Umfeld und im beruflichen Alltag reflektieren)
- Sich einlassen „wollen“, auch auf Unvorhergesehenes und Ungewöhnliches
- Frauen und Männer mit Demenz ernst nehmen und als erwachsenen Menschen behandeln (Infantilisierung vermeiden)

Das ABC Motto nach J.Powell

1. **A...AVOID CONFRONTATION** (vermeide Konfrontationen, keine rationale Diskussion, sich auf die Welt des Demenzkranken einlassen, eher passives Zuhören und bestätigen)
 2. **B...BE PRACTICAL** (handle zweckmäßig, praktikable Lösungen in kritischen Situationen oder zur Vermeidung von kritischen Situationen. Bei beginnender Demenz: Frage, ob es eine gegenteilige Situation gab? Ob es eine Situation gab, wo sich der Mensch mit Demenz nicht gefürchtet hat? Was damals seine Lösungsstrategie war?)
 3. **C...CLARIFY EMOTIONS** (Kläre das Gefühl oder die Gefühle, formuliere und spiegle die Gefühle und spende Trost, sprich Gefühle an) Hilfen zum Brückenbauen
- Erinnerungsbücher, Erinnerungskarten, vergrößerte Fotos geben Erinnerungen und Orientierung
 - Erinnerungsstützen und Hilfen gemeinsam gestalten
 - Stofftiere und Puppen sind Brückenbauer und Gefährten
 - Tiere, ausgebildete Therapietiere können gut tun und Wärme und Kontakt vermitteln
 - Andersfarbiges Geschirr und andersfarbige Haltegriffe geben Menschen mit Demenz die Fähigkeit wieder, Kontraste unterscheiden zu können

- Gegenstände, die die Sinne anregen, geben Anlass aus der Isolation zu wollen und am Leben wieder teilhaben zu wollen

4.1. 3 Ebenen zur Umsetzung Personenzentrierter Kommunikation

Ebene 1: Die Grundhaltung/Wertehaltung des Betriebes, der Mitarbeiter:innen basiert auf Empathie, Kongruenz (Übereinstimmung) und Akzeptanz.

Ebene 2: Team/Teamkultur und Rahmenbedingungen: Wertschätzendes Miteinander beginnend von der Führung bis hin zum Team, klare Verantwortungsverteilung und ein Feedbacksystem das kontinuierliche Weiterentwicklung fördert und unterstützt.

Ebene 3: Methodik und bauliche Struktur: Anwendung von Pflorgetechniken wie Validation, basale Stimulation, Aromapflege. Bauliche und architektonische Gestaltung z.B. orientierungsfördernde, farbliche Gestaltung von Gängen und Räumen, farbliche Gestaltung von Bädern und Nasszellen (andersfärbig, etwa färbiger Toilettendeckel oder andersfärbige Haltegriffe und Begrenzungen), buntes, andersfärbiges Geschirr (keine weißen Tassen auf weißen Tischdecken mit weißen Servietten, um die eingeschränkte Kontrastwahrnehmung von Menschen mit Demenz zu unterstützen), uvm. (vgl. Heimerl et al 2010).

- Siehe dazu Verfahrensanweisung Nr.... „Personenzentrierte Gesprächsführung“ im Anhang

4.2. Personalmanagement

- z.B. Auswahl von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, regelmäßige Fortbildung, Umgang mit Auszubildenden und mit neuen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen
- partizipatives Leitungsverständnis; z.B. Dienstplangestaltung gemeinsam mit den Mitarbeitenden, das Einbeziehen der Mitarbeitenden und der Betroffenen in ethische Entscheidungen
- interdisziplinäre Verankerung; alle Berufsgruppen sind an der Umsetzung zu beteiligen, z.B. Pflege, Medizin, Hausangestellte, Küche, Verwaltung, Ehrenamtliche
- Organisation der Pflege; z.B. Hohe Priorität hat das Einhalten der Tagespräsenz in der Pflege; Bezugspflege als Voraussetzung für die Umsetzung von Personenzentrierter Kommunikation
- Flexibilität von Abläufen; diese ermöglicht es den Mitarbeitenden, Handlungs- und Entscheidungsspielräume wahrzunehmen, z.B. den Tagesablauf flexibel zu gestalten und Essens- und Schlafenszeiten nach den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz zu richten
- Entscheidungsstrukturen; *Wie wissen wir, was unsere Bewohner:innen wünschen?* Wie können wir deren Willen in unseren Entscheidungen respektieren?
- regelmäßige Evaluation in Hinblick auf die Frage, ob die Kommunikation mit Menschen mit Demenz in einer Einrichtung oder einem Dienst dem entspricht, was sich Leitung und Mitarbeitende als Ziel gesetzt haben, wird empfohlen und trägt zur Weiterentwicklung von Kultur und Struktur bei

4.3. Organisationsentwicklung und Nachhaltigkeit

Die zentrale Rolle der Leitung:

Wenn in einer Organisation Personenzentrierte Kommunikation mit Menschen mit Demenz umgesetzt werden soll, so ist Unterstützung durch die Leitung unumgänglich.

Organisationen **lernen über Entscheidungen** und verändern so ihren Alltag und den ihrer Bewohner:innen. Für nachhaltige Entscheidungen braucht es die Leitung.

In den Osttiroler Wohn- und Pflegeheimen stellt sich die Kompetenz der Leitungen wie folgt dar:

- Verfügen über zumindest aktuelles Basiswissen in der Beziehungsförderung und Kommunikation zur Betreuung von Menschen mit Demenz
- Verfügen über die nötige wertschätzende, achtsame und empathische Grund- und Werthaltung
- Fördern Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter:innen in den Pflgeteams
- Geben Feedback (MOG, Fallbesprechungen, Pflegevisite, Teamsitzung, Stationsbesprechungen, usw.)
- Bieten Supervision und Coaching an
- Beteiligen sich an Betrieblichen Gesundheitsförderungskonzepten für die Mitarbeiter:innen und forcieren die diesbezüglichen Angebote
- Sorgen dafür, dass wohnliche und orientierungsfördernde Atmosphäre auf den Stationen ganzjährig umgesetzt ist
- Die Leitung kennt das Entwicklungspotential der Mitarbeiter:innen, fördert individuelle Karrieren und erkennt Veränderungsbedarf bzw. findet Lösungen bei Engpässen.
- Sorgen dafür, dass alle notwendigen Hilfsmittel in ausreichender und angemessener Form zur Verfügung stehen
- Geben klare strategische Ziele vor und sorgen für eine transparente Kommunikation
-

4.4. Standards, Richtlinien/Leitlinien, Verfahrensanweisungen

Nachfolgend sind die aus dem Konzept abgeleiteten Verfahrensanweisung und mitgeltenden Standards, Richt- und Leitlinien aufgelistet.

4.1.1. Verfahrensanweisung „Personenzentrierte Kommunikation“

Die Verfahrensanweisung zur personenzentrierten Kommunikation bildet die wichtigsten Verhaltensregeln zur achtsamen, zugewandten und empathischen Kommunikation ab, die dazu dienen gut mit Menschen mit Demenz in Kontakt zu treten, ihre Gefühlswelt so anzunehmen wie sie ist und sie gut durch den Alltag zu begleiten.

4.1.2. Verfahrensanweisung „Normalitätsprinzip“

Die Verfahrensanweisung zur Gestaltung von Wohn- und Lebensräumen für Menschen mit Demenz nach dem Normalitätsprinzip (so wie es ihrer Normalität entspricht), soll Behaglichkeit, Orientierung und Sicherheit vermitteln. Gewohnte Kleidung, bekannte Bilder, jahreszeitliche Dekoration, uvm, geben Orientierung, ohne zu korrigieren. Dabei wird die Würde und der Selbstwert der Betroffenen geachtet und gestützt.

4.1.3. „HausUnordnung“ Verhaltenstipps für den Alltag von Menschen mit Demenz

Die Hausunordnung dient dazu, verstehendes Verständnis bei Mitarbeiter:innen, Systempartner:innen sowie An- und Zugehörigen zu bewirken und darauf hinzuweisen, dass in der „Welt“ von Menschen mit Demenz anderslautende Regeln gelten. Ziel ist es, diese Welt auch zuzulassen und auszuhalten. Ihre Ordnung gibt Sicherheit! Die „Hausunordnung“ ist in allen Wohnbereichen zugänglich.

4.1.4. Leitlinie im Umgang mit krisenhaften Verläufen bei Bewohner:innen mit Demenz

Krisenhafte Verläufe im Sinne von gesteigerter Agitiertheit, Unruhe, Aggression, gestörter Tag/Nacht Rhythmus und/oder Wahnzustände sind für die Betroffenen äußerst belastend, da Körper und Geist nicht mehr zur Ruhe kommen können. Ein stützendes Alltagsfertigkeitstraining sowie eine entlastende Beziehungsgestaltung sind kaum mehr möglich, da Menschen, die an Demenz leiden, in solchen Ausnahmesituationen auch mit personenzentrierter Kommunikation/Validation nicht mehr oder nur sehr verzögert erreichbar sind. Die mitgeltende Verfahrensanweisung bildet ab, wie solche Verläufe bereits im frühen Stadium abgewendet oder in der Krise möglichst rasch und unter Einbeziehung aller nötigen Fachdisziplinen wieder behoben werden können.

4.1.5. Gesprächsleitfaden zur Fallbesprechung

Der entwickelte Gesprächsleitfaden für strukturierte Fallbesprechungen, soll den Pflegeteams bei der Entwicklung der Verstehenshypothese als Richtschnur dienen. In weiterer Folge wird davon abgeleitet die Planung des Pflegeprozesses mit dem Fokus auf die Beziehungspflege vorgenommen.

4.1.6. Sonstige

In den u.a. Konzepten, Standards, Verfahrensanweisungen sowie Richt- und Leitlinien wird insbesondere auch auf die Pflege- und Betreuung von Menschen mit Demenz Bedacht genommen. Sie ergänzen das vorliegende Konzept zur Beziehungsgestaltung von Menschen mit Demenz und sind allgemein gültig. Insbesondere sind dies:

- Das Pflegekonzept
- Das Konzept zur sozialen Betreuung
- Das Konzept Ehrenamt
- Die Richtlinie zu spirituellen Rituale
- Die Richtlinie zur palliativen Betreuung am Lebensende
- Die Richtlinie zur Ernährung bei Demenz und zur Ernährung am Lebensende
- Der Standard zur Vornahme von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen
- Die dokumentarischen Richtlinien
- Der Standard zur Anwendung von Pflegeinterventionen bei chronischen Schmerzen
- Der Standard zur Anwendung von komplementären Pflegeangebote

5. Anhang

5.1. HausUnordnung

5.2. Verfahrensanweisung „Personenzentrierte Kommunikation“

5.3. Verfahrensanweisung „Normalitätsprinzip“

5.4. Leitlinie im Umgang mit krisenhaften Verläufen bei Bewohner:innen mit Demenz

5.5. Gesprächsleitfaden zur Fallbesprechung

6. Quellen

Büscher, A. et al (2019): Expertenstandard *Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*. HG: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osanbrück.

Heimerl, K. et al (2020): *Frauen und Männer mit Demenz*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

Kitwood, T (2008): *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Hans Huber Verlag.

Powell, J. (2011). *Hilfen zur Kommunikation bei Demenz*. Kuratorium Deutsche Altershilfe (7. Aufl.).

Rappold, E., Pfabigan, D. (2020): *Demenzkompetenz im Pflegeheim. Eine Orientierungshilfe*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

[https://www. Validation bei Demenz - Gesprächsführung einfach erklärt \(die-demenzberaterin.de\)](https://www.validation.bei.demenz.de/). 2024

[https://www. Tobias Münzenhofer/Team - Wer wir sind. Was wir gemacht haben - LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE](https://www.tobiasmuenzenhofer.com/). 2024

https://www.gesundheit.gv.at. 2024

Ersteller: Wohn- und Pflegeheime Lienz, PDL's (2024)	freigegeben: 05/24
Verteiler: WPH Lienz:1. AB, 2. AB, 3./4. AB, APP., NB 1, NB 2, 3./4. NB, NB Süd, Stabstellen	übermittelt am: 04/24
V:/Richtlinien/Leitlinien	Version: 1
Evaluierung:	Februar 2026