



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (HRSG.)

Konsultationsfassung zum
EXPERTENSTANDARD
BEZIEHUNGSGESTALTUNG IN DER PFLEGE
VON MENSCHEN MIT DEMENZ

1. Aktualisierung 2026
Präambel, Expertenstandard und Kommentierung

Die **vorläufige Version** des Expertenstandards einschließlich Präambel und Kommentierung sowie die Literaturstudie sind **bis zum 08. Mai 2026** auf der Webseite des DNQP einsehbar. In diesem Zeitraum können Rückmeldungen bzw. Stellungnahmen zum Expertenstandard schriftlich an das DNQP gerichtet werden.

**Konsultationsfassung zum
Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege
von Menschen mit Demenz
1. Aktualisierung 2026**

Herausgeber:

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Büscher; Prof. Dr. Sara Marquard

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg; Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Büscher; Dipl.-Pfleger Moritz Krebs; Alena Lübken, M.Sc.; Prof. Dr. Sara Marquard; Lea-Maria Niemann, M.Sc.; Heiko Stehling, MScN

Geschäftsstelle: Elke Rausing und Bianca Grams

Hochschule Osnabrück · Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Albrechtstr. 30 · 49076 Osnabrück · Tel.: 0541 969-20 04
E-Mail: dnqp@hs-osnabrueck.de · Internet: www.dnqp.de

Inhaltsverzeichnis

2	Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“, 1. Aktualisierung 2026	5
2.1	Expert*innenarbeitsgruppe	5
2.2	Präambel zum Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“, 1. Aktualisierung	9
2.3	Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“, 1. Aktualisierung	13
2.4	Kommentierung der Standardkriterien	14

Mitglieder des DNQP-Lenkungsausschusses

(Stand: März 2026)

Andrea Bergsträßer

Pflegekammer Rheinland-Pfalz, Mainz

Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Büscher

Hochschule Osnabrück

Olaf Christen

Sozialverband VdK Deutschland, Berlin

Dipl.-Pflegerin Yvonne Dintelmann

Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. Astrid Elsbernd

Hochschule Esslingen

Prof. Dr. Annett Horn

Fachhochschule Münster

Prof. Dr. Christiane Knecht

Fachhochschule Münster

Prof. Dr. Sascha Köpke

Universität Köln

Prof. Dr. Sara Marquard

Hochschule Osnabrück

Prof. Dr. Rainhild Schäfers

Universität Münster

Univ-Prof. Dr. Erika Sirsch

Universität Duisburg-Essen/Universitätsklinikum Essen

Carola Stenzel-Maubach, M.A.

Deutscher Pflegerat (DPR), Berlin

Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Dr. h. c. Franz Wagner, MSc

Berlin

2 Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“, 1. Aktualisierung 2026

Roes, M.; Basteck, N.; Becker-Scharwatz, R.; Bieber, A.; Dreier-Wolfgramm, A.; Friedrich, V.; Halek, M.; Hasenbein, B.; Johannes-Becker, S.; Kurti, E.; Müller-Hergl, C.; Raasch, S.; Roll, A.; Volmar, B.; Weiß, S.

2.1 Expert*innenarbeitsgruppe

Wissenschaftliche Leitung:	Prof. Dr. Martina Roes, Witten
Moderation:	Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Büscher, Osnabrück
Wissenschaftliche Mitarbeit DNQP:	Heiko Stehling, MScN, Osnabrück Lea-Maria Niemann, M.Sc., Osnabrück
Wissenschaftliche Mitarbeit Literaturanalyse:	Lea-Maria Niemann, M.Sc., Osnabrück Heiko Stehling, MScN, Osnabrück Dr. Mike Rommerskirch-Manietta, Witten
Externe Fachberatung:	Nina Basteck, Köln Erald Kurti, Ingolstadt
Vertreterin der Nutzerperspektive:	Saskia Weiß, Berlin

Expertinnen und Experten¹

Rita Becker-Scharwatz

Dipl. Pflegepädagogin, Dipl. Gerontologin. Duale Einrichtungsleitung/ Pflegedienstleitung der Klinik für Gerontopsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und geschäftsführende Leitung Fachbereich Regionale Angebote Leben im Alter, Pfalzkrankenhaus Klingenmünster. Beteiligung am Projekt Prävent+ / DemStepCare. Mitglied Forum Demenz Landau/Südliche Weinstraße und Mitglied Pflegestrukturplanung Kreis Südliche Weinstraße.

Anja Bieber

Dr. rer. medic., MSc in Dementia Studies, Altenpflegerin. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits-, Hebammen- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Koordinierung des Projekts Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz Halle (Saale), Koordinatorin des Landeskompetenzzentrums Demenz Sachsen-Anhalt. Mitglied der Expert*innenarbeitsgruppe zur Entwicklung des Expertenstandards.

Adina Dreier-Wolfgramm

Prof. Dr.. Professorin für Pflegewissenschaft an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg, Fakultät Gesundheit. Forschungsschwerpunkte sind die ambulante pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz, die Arbeitsteilung im Gesundheitswesen (Delegation und heilkundlicher Aufgabenübertragung von Ärzt*innen an

¹ Erklärungen zu möglichen Interessenkonflikten der Mitglieder der Expert*innenarbeitsgruppe liegen dem DNQP vor. Bei den beteiligten Expertinnen und Experten lagen zum Zeitpunkt der Entwicklung des Expertenstandards keine Interessenkonflikte vor, die einer Mitwirkung in der Expertenarbeitsgruppe entgegenstanden.

professionell Pflegende) und die Qualifikation von Pflegefachpersonen (Weiterbildung, Hochschulausbildung und interprofessionelles Lernen). Vorstandsmitglied der Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Mecklenburg-Vorpommern, Mitglied des wissenschaftlichen Beirats „Herausforderung Demenz“ des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern zur Entwicklung eines Landesdemenzplans. Mitglied in diversen Fachgesellschaften, Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

Verena Friedrich

MScN, BSc.. Advanced Practice Nurse für Demenz und Delir, tirol kliniken am Landeskrankenhaus Innsbruck. In der Einrichtung verantwortlich für das fachliche Leadership im Themenfeld Pflege bei Demenz, wirkt konsiliarisch und berät in der Versorgung von Menschen mit Demenz und Delir und Bestandteil der multiprofessionellen Initiative „Demenz braucht Kompetenz“, eingebunden in das unternehmensweite Schulungsprogramm. Beteiligt an Forschungs- sowie qualitätsorientierten Entwicklungsprojekten zu den Themen Demenz und Delir.

Margareta Halek

Prof. Dr., Altenpflegerin. Professorin für Pflegewissenschaft, Lehrstuhlinhaberin, Leitung Department für Pflegewissenschaft, Dekanin Fakultät für Gesundheit Universität Witten/Herdecke. Expertise zum Thema Demenz durch diverse Forschungsprojekte seit 20 Jahren, unter anderem zu Verhaltensveränderungen und Lebensqualität bei Demenz. Entwicklung und Evaluation pflegerischer Interventionen im stationären und ambulanten Langzeitbereich. Mitglied der Expert*innenarbeitsgruppe zur Entwicklung des Expertenstandards.

Birgit Hasenbein

Dipl.-Sozialarbeiterin, Altenpflegerin. Einrichtungsleitung des Haus St. Antonius - Zentrum für Menschen mit Demenz, Caritasverband Paderborn e.V.. Langjährige Praxisexpertise, insbesondere in demenzbezogener Konzeptentwicklung in der stationären Altenhilfe, Angehörigenberatung und -schulung sowie interner Fortbildung. Mitglied der Expert*innenarbeitsgruppe zur Entwicklung des Expertenstandards.

Susanne Johannes-Becker

Geriatrische Fachkrankenschwester. Leitung des Demenzteams Blauer Punkt am Alfried Krupp Krankenhaus Essen. Fachweiterbildungen als Pflegeexpertin und Pflegetrainerin für Menschen mit Demenz, Palliative Care, Bobath Pflegetherapeutin, Teamerin Validation n. R. Einrichtungsbezogene Beteiligung an den Projekten „Blickwechsel Demenz“, „Familiale Pflege“ und „Demenzsensibles Krankenhaus“. Mitglied der Expert*innenarbeitsgruppe zur Entwicklung des Expertenstandards

Christian Müller-Hergl

BPhil, Dipl.-Theologe, Altenpfleger. DCM-Trainer, Mitglied der International DCM Implementation Group, Mitglied im Kuratorium „Demenz Support Stuttgart, Zentrum für Informationstransfer“, Mitglied der Expertengruppe zur Entwicklung der „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ des BMG. Mitglied der Expert*innenarbeitsgruppe zur Entwicklung des Expertenstandards

Sebastian Raasch

M.Sc. (Management und Qualitätsentwicklungen für Gesundheitseinrichtungen), B.Sc. (Gesundheits- und Pflegemanagement), gerontopsychiatrische Pflegefachperson, Supervisor und Coach (DGSv), systemischer Coach (DGSF). Mehrjährige Leitung der gerontopsychiatrischen ASB Tagespflege Langenhorn in Hamburg. Veröffentlichungen zum Thema Demenz und entsprechende Gremienarbeit.

Martina Roes

Univ.-Prof. Dr., Dipl. Soziologin, Krankenschwester, Lehrerin für Pflege. Gruppenleiterin und Standortsprecherin des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) - Standort Witten. Professur für Nursing Science and Health Care Research, Fakultät für Gesundheit (Department für Pflegewissenschaft) der Universität Witten/Herdecke. Umfangreiche laufende und abgeschlossene Forschungsprojekte zu person-zentrierter Demenzversorgung. Mitglied in diversen nationalen und internationalen Gremien und Netzwerken sowie ehemaliges Mitglied des DNQP Lenkungsausschusses. Wissenschaftliche Leitung der Expert*innenarbeitsgruppe zur Entwicklung des Expertenstandards.

Anne Roll

Prof. Dr., Krankenschwester. Professorin für gerontologische und geriatrische Pflege, Studiengangsleiterin des Bachelorstudiengangs Pflegewissenschaft (B. Sc.), Hochschule Bochum. Demenzbezogenen Forschungs- und Projektarbeiten unter anderem zu Zukunftsplanung jüngerer Menschen mit Demenz, Demenz bei Menschen mit geistiger Behinderung sowie zur Erweiterung pflegerischer Kompetenzen, z. B. durch simulationsbasiertes Lernen. Delegierte der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft für die Arbeit an der S3-Leitlinie „Demenzen“.

Benjamin Volmar

M.A., B.A., Gesundheits- und Krankenpfleger. Schwerpunkt Psychiatrische Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz und anderen chronischen Erkrankungen. Advanced Practice Nurse „Case Management in der Gerontopsychiatrie“, LWL Klinik Gütersloh.

Externe Fachberatung

Nina Basteck

Dipl. Sozialpädagogin. Leiterin der Fachstelle Demenz des Malteser Hilfsdienstes e.V.. Langjährige Praxiserfahrung im Aufbau, der Weiterentwicklung und Qualitätssicherung von ambulanter Demenzarbeit (Angebote gem. § 45a SGB XI). Erfahrung in der Entwicklung und Aktualisierung von Curricula und Schulungen zum Thema Demenz für verschiedene Zielgruppen. Entwicklung, Planung und Durchführung oder Begleitung von zahlreichen (Modell-)Projekten im Themenfeld Demenz und pflegende Angehörige. Netzwerkarbeit mit relevanten Akteuren der Demenzarbeit bundesweit; Netzwerk Nationale Demenzstrategie: Netzwerkpartner und Akteur; Bundesarbeitsgemeinschaft für Seniorenorganisationen (BAGSO): Mitglied der Fachkommission „Gesundheit: Prävention, Rehabilitation, Pflege“.

Erald Kurti

M.Sc. Gerontologie, staatlich anerkannter Sozialpädagoge. Wohnbereichsleiter im gerontopsychiatrischen Bereich, Danuvius Haus Ingolstadt. Langjährige theoretische und praktische Expertise in der personenzentrierten Pflege, Beziehungsgestaltung und Betreuung

von Menschen mit Demenz. Beteiligung an der Implementierung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz.

Vertreterin der Nutzer*innenperspektive

Saskia Weiß

Dipl. Sozialpädagogin, M.A. Sozialmanagement. Geschäftsführerin Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz. Langjährig hauptamtlich tätig in der Selbsthilfe Demenz (z. B. Beratung von Menschen mit Demenz und Angehörigen, Umsetzung verschiedener Praxisprojekte).

Literaturanalyse

Lea-Maria Niemann

M.Sc., wissenschaftliche Mitarbeiterin im Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an der Hochschule Osnabrück

Mike Rommerskirch-Manietta

Dr., wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) - Standort Witten

Heiko Stehling

MScN, wissenschaftlicher Mitarbeiter im Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an der Hochschule Osnabrück

2.2 Präambel zum Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“, 1. Aktualisierung

Die mit einer Demenz einhergehenden Veränderungen haben für Betroffene und ihre Angehörigen tiefgreifende und umfassende Folgen. Diese zeigen sich, bedingt durch Veränderungen in der Interaktion und Kommunikation, insbesondere in der Beziehungsgestaltung. Sie beeinträchtigen die Fähigkeit von Menschen mit Demenz, sich orientieren, etwas verstehen oder beurteilen zu können und wirken sich auf emotionales und soziales Verhalten aus. So erschüttert die Erfahrung der Demenz Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit, was u. a. zu Ängsten führen kann, die aufgrund von erlebter Unsicherheit, Bedrohung und Trennungssituationen entstehen. Darauf kann seitens der Menschen mit Demenz u. a. mit Rückzug oder einem bindungssuchenden Verhalten (z. B. Blickkontakt, wiederholtes Rufen etc.) reagiert werden. Derartige Veränderungen beeinflussen nicht nur die Lebensbereiche der Menschen mit Demenz, sondern auch die ihres sozialen Umfeldes (Angehörige, Freunde etc.). Gelingt es Pflegefachpersonen², den skizzierten Veränderungen durch Beziehungsgestaltung zu begegnen, hat dies unmittelbar positive Auswirkungen auf die von Menschen mit Demenz empfundene Lebensqualität. Dies liegt vor allem darin begründet, dass trotz kognitiver Einbußen die emotionale Wahrnehmung des Menschen mit Demenz erhalten bleibt.

Definition und Bestimmung der Zielgruppe

Zielgruppe dieses Expertenstandards sind alle Menschen mit einer diagnostizierten Demenzerkrankung sowie Menschen, bei denen sich mit Beginn des pflegerischen Auftrages bzw. im Verlauf der Pflege Anzeichen von Demenz zeigen, ohne dass jedoch eine Demenzdiagnose vorliegt. Angehörige³ und insbesondere pflegende Angehörige sind gemäß ihrer Wünsche und Möglichkeiten bei der Pflege einzubeziehen. Sie sind einerseits Adressaten der Pflegefachpersonen und werden beispielsweise informiert, angeleitet oder beraten. Andererseits sind sie auch eine wichtige Ressource für den Menschen mit Demenz, indem sie z. B. den Pflegenden Informationen über bedeutsame biografische Hintergründe, zu den Gewohnheiten und Wertvorstellungen des Menschen mit Demenz sowie zur Einschätzung seiner verbal oder durch Verhalten geäußerten Bedürfnisse geben. Sie sind auch Mitwirkende in der Umsetzung pflegerischer Maßnahmen und leisten damit kommunikative und interaktive Beiträge zu seiner Lebenswelt und seiner Beziehungsgestaltung.

Spezifisches pflegerisches Handeln in Situationen, in denen Menschen mit Demenz soziales und emotionales Verhalten zeigen, das aus Sicht der Pflegenden oder der Angehörigen als problematisch, störend und damit als herausfordernd erlebt wird, wird in diesem Expertenstandard nicht ausdrücklich beschrieben. Gleichwohl ist die Expert*innenarbeitsgruppe davon überzeugt, dass mangelnde Bedürfnis- und

² Im Expertenstandard werden unter dem Begriff „Pflegefachperson“ die Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege) angesprochen. Darüber hinaus werden auch diejenigen Fachpersonen im Pflegedienst angesprochen, die über eine grundständige Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.

³ Wenn in diesem Expertenstandard von Angehörigen gesprochen wird, geschieht dies nicht in einem engen juristischen Kontext, sondern es geht um das soziale Konstrukt der Beziehung zueinander und der damit verbundenen Bereitschaft, füreinander Verantwortung zu übernehmen. Die Menschen mit Demenz entscheiden selbst, wer ihre Angehörigen sind. Dies können Verwandte, Freunde oder andere wichtige Personen aus dem Umfeld sein, die mit Zustimmung des Menschen mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf eingebunden werden.

Beziehungsorientierung bei Menschen mit Demenz herausfordernd erlebtes Verhalten hervorrufen oder zumindest befördern kann. Daher bilden person-zentrierte, beziehungsgestaltende und -fördernde Maßnahmen eine notwendige Grundlage für die Einflussnahme auf die Entstehung von herausfordernd erlebtem Verhalten.

Die spezifischen Beziehungsbedarfe von Menschen mit frontotemporaler Demenz wurden in der Literaturrecherche und in der Diskussion der Expert*innenarbeitsgruppe bei der Aktualisierung des Expertenstandards berücksichtigt. Im Ergebnis geht die Expert*innenarbeitsgruppe wie schon bei der Entwicklung des Expertenstandards weiterhin davon aus, dass grundlegende Elemente einer person-zentrierten Beziehungsgestaltung auch für diese Personengruppe zutreffen. Letzteres gilt auch weiterhin für Menschen mit Demenz in der Palliativversorgung, auch wenn diese spezifische Aufgabe nicht im Mittelpunkt dieses Expertenstandards steht.

Zielsetzung

Dieser Expertenstandard fordert von Pflegefachpersonen eine person-zentrierte Pflege von Menschen mit Demenz. Diese ist mit einer Haltung verbunden, die die Person in den Mittelpunkt stellt und dabei die Demenz nicht als medizinisches Problem wahrnimmt, sondern den Menschen mit Demenz als einzigartiges Subjekt mit individuellen Unterstützungs- und Beziehungsbedarfen sieht. Personsein zeigt sich in einer von Akzeptanz, Vertrauen und Respekt geprägten Dynamik, mit der Menschen miteinander in Kontakt sind. Personsein beschreibt Interaktion und Kommunikation, also ein Beziehungsgeschehen, in dem bestehende Unterschiede zwischen Menschen als irrelevant zu betrachten sind. Personsein bedeutet auch die gelingende Einbindung in Sozialbeziehungen, wodurch ein Gefühl gesellschaftlicher Zugehörigkeit ermöglicht wird. Unterschiede rechtfertigen keine Exklusion, Stigmatisierung und Diskriminierung. Menschen bilden eine Gemeinschaft, da niemand ohne eine andere Person sein kann. Jeder Mensch ist auf Anerkennung durch Andere angewiesen. Eine solche Anerkennungsgemeinschaft ist für ein kooperierendes und solidarisches Handeln konstitutiv. Die Tatsache, dass bei einem Menschen Anzeichen einer Demenz erkannt bzw. eine Demenz diagnostiziert wurde, stellt daher keinen Grund dafür dar, ihr das Personsein abzusprechen, sondern im Gegenteil sind die Bemühungen, um den Erhalt des Personseins zu verstärken.

Diesem Anspruch steht häufig die Funktionalität von Gemeinschaften und Organisationen entgegen, die nur begrenzt mit Irritationen durch die Auswirkungen von Demenz leben können und oft mit Exklusion aus sozialen Zusammenhängen oder der Negierung sinnhaften Handelns dieser Personengruppe reagieren. Im Ergebnis wird der Andere nicht mehr als gleichberechtigtes und anerkanntes Subjekt wahrgenommen, sondern als fremd erlebt bzw. nur noch als Repräsentant einer störenden Art, als Objekt stigmatisiert und versorgt. Das Risikomanagement einer Organisation sowie das Sicherheitsempfinden der an der Versorgung Beteiligten und nicht Autonomie und Selbstbestimmung der Menschen mit Demenz drohen dann, im Vordergrund zu stehen. Entspricht dies der Haltung des professionellen Teams, so besteht die Gefahr, dass die Versorgung darauf gerichtet ist, (Verhaltens-) Störungen zu unterbinden und sozial akzeptables Verhalten von Menschen mit Demenz zu erwarten. Dies hat allerdings mehr mit unreflektiert akzeptierten gesellschaftlichen Erwartungen an das Verhalten in sozialen Situationen zu tun als mit den Wünschen und Bedürfnissen der Menschen mit Demenz.

Vor diesem Hintergrund wird im Rahmen dieses Expertenstandards die *Beziehungsgestaltung und -förderung* von Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt gestellt. Aufgabe der Pflegefachpersonen ist es, Menschen mit Demenz als gleichberechtigtes Gegenüber wahrzunehmen und anzuerkennen. Sie tragen dadurch zur Aufrechterhaltung des Personseins bei und *erhalten und fördern das Gefühl des Menschen mit Demenz, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein*. Um dieses Ziel zu erreichen, stehen Pflegefachpersonen auch vor der Herausforderung, anderen Personen in der unmittelbaren sozialen Umwelt des Menschen mit Demenz, beispielsweise Angehörigen oder Assistenzpersonen, diese Kompetenz der Wahrnehmung und Anerkennung zu vermitteln.

*Anwender*innen des Expertenstandards*

Anwender*innen dieses Expertenstandards sind Pflegefachpersonen ohne spezielle Weiterbildung im gerontopsychiatrischen Bereich. Im Expertenstandard wird dennoch deutlich, dass die person-zentrierte Beziehungsgestaltung mit Menschen mit Demenz ohne besondere Kompetenzen nicht bewältigt werden kann. Dies zeigt sich insbesondere daran, dass es weniger um das *Was* der Pflege geht, beispielsweise die funktionale Unterstützung im körperlichen Bereich, sondern um das *Wie* der Pflege, also einer zugewandten und verstehenden Haltung der Pflegenden. Ein solches Verstehen beruht auf der Entwicklung einer Hypothese über Erleben, Sinnggebung und Verhaltensweisen des Menschen mit Demenz. Dieser durch eine Verstehenshypothese geleiteten Vorgehensweise kommt im Rahmen einer person-zentrierten Pflege von Menschen mit Demenz eine entscheidende Bedeutung zu. Entsprechende Kompetenzen erlangen Pflegefachpersonen beispielsweise durch Schulungen, Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Fachpflege oder durch ein pflegewissenschaftliches Studium, wenn diese Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen einen solchen Schwerpunkt aufweisen.

Aktualisierung des Expertenstandards

Der Aktualisierung des Expertenstandards liegt eine ausführliche Recherche der nationalen und internationalen Literatur von November 2015 bis Dezember 2024 zugrunde. Eine hohe Anzahl an Studien und insbesondere systematischen Übersichtsarbeiten ließ sich zu Assessment- und Evaluationsinstrumenten sowie zu unterschiedlichen Interventionen identifizieren. Recherchiert wurde hinsichtlich der Population zu Menschen mit Demenz einschließlich einer frontotemporalen oder einer young-onset Demenzerkrankung. Der Fokus wurde somit im Vergleich mit der Literaturanalyse zur Entwicklung des Expertenstandards erweitert. Hinsichtlich der Interventionen wurden Studien mit Schwerpunkt auf Interaktions- und Kommunikationsangebote, psychosoziale Interventionen und digitale Interventionen einbezogen, die der person-zentrierten Beziehungsgestaltung dienen. Nicht einbezogen wurden Interventionen mit anderem primären Fokus.

Weiterhin gilt wie schon bei der Entwicklung des Expertenstandards, dass trotz einer umfangreichen Forschungsliteratur viele Empfehlungen überwiegend aufgrund von Fachexpertise getroffen werden mussten. Dies begründet sich vor allem durch mangelnde oder heterogene Evidenz und unzureichende methodische Qualität der vorliegenden Studien sowie durch fehlende Erkenntnisse zur Übertragung von Forschungsergebnissen auf die Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Insbesondere wurden auf Fachexpertise

beruhende Empfehlungen dann ausgesprochen, wenn zu Aspekten, die von der Expert*innenarbeitsgruppe als relevant betrachtet wurden, keine Studien vorlagen.

Voraussetzungen für die Anwendung des Expertenstandards

Eine person-zentrierte Haltung und person-zentrierte Praktiken in der Pflege können sich nicht entfalten, wenn sie nicht durch das gesellschaftliche Umfeld getragen werden. Der dazu notwendige Reformprozess ist derzeit noch zu wenig ausgeprägt, auch weil Demenz zuallererst als familiäre Verpflichtung begriffen wird. Die Befähigung der Familien zur Sorgearbeit wird von Gemeinden und Kostenträgern jedoch nur ungenügend proaktiv ermöglicht und begleitet. Dies kann für Familien mit pflegenden Angehörigen in einer ungeschützten und von sozialem Abstieg bedrohten Lebenslage münden. Notwendig ist vielmehr, den Familien eine Chance auf Entwicklung zu geben.

Die modellhafte Implementierung und die Anwendung des Expertenstandards haben gezeigt, dass es für die professionelle Pflege um eine Wende weg von einer funktionalen Ausrichtung der Pflege von Menschen mit Demenz hin zu Lebensweltorientierung und person-zentrierter Beziehungsgestaltung geht. Person-Zentrierung und Beziehungsgestaltung sind dabei Ausdruck einer Grundhaltung, eines spezifischen Pflegeverständnisses und Ergebnis eines professionellen Abstimmungsprozesses darüber, wie Menschen mit Demenz gepflegt werden sollten.

Grundlage hierfür ist in den Einrichtungen auch das Vorhandensein eines Praxiskonzepts zur Gestaltung einer person-zentrierten Pflege, in dem auch die Förderung und der Erhalt von Beziehungen für Menschen mit Demenz beschrieben sind. Je nach Versorgungsart kann dies unterschiedliche Schwerpunkte beinhalten, für die spezifische Schulungsprogramme angeboten werden müssen. Entscheidend ist, dass neben Pflegefachpersonen auch Assistenzpersonen und alle weiteren an der Versorgung beteiligten Personen in dieses Konzept eingebunden sind und ihnen Kompetenzerweiterung sowie fachliche Reflektion u. a. durch Pflegefachpersonen gewährt werden. Kennzeichnend für diesen Weg zeigen sich dialogische Prozesse zwischen allen an der Pflege beteiligten Personen. Besonders Fallbesprechungen haben sich bewährt, um sich gemeinsam mit allen Beteiligten dem Wesen der Beziehungsgestaltung anzunähern, ein Verständnis für den Menschen mit Demenz zu entwickeln, etablierte Handlungsweisen zu hinterfragen und das eigene Handeln zu reflektieren. Zu betonen ist ebenfalls, dass die Einbindung beziehungsgestaltenden Handelns in alltägliches Pflegehandeln die Sicherheit im Umgang mit Menschen mit Demenz fördern und damit auch zu höherer Akzeptanz der Standardinhalte beitragen kann. Im Implementierungsprojekt war dies bedeutsam für eine Veränderung verrichtungsorientierter Handlungsweisen und damit letztendlich auch unterstützend für die Entwicklung einer person-zentrierten Haltung.

2.3 Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz, 1. Aktualisierung“

Stand 28.10.2025

Zielsetzung: Jeder Mensch mit Demenz erhält Angebote zur Beziehungsgestaltung, die das Gefühl, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein, erhalten oder fördern.

Begründung: Beziehungen sind ein Grundbedürfnis aller Menschen. Beziehungen zählen zu den wesentlichen Faktoren, die aus Sicht von Menschen mit Demenz Lebensqualität konstituieren und beeinflussen. Für Menschen mit Demenz sind Beziehungen elementar für die Förderung und Aufrechterhaltung ihres Personseins und ihrer Selbstwirksamkeit. Durch person-zentrierte Interaktions- und Kommunikationsangebote kann die Beziehung zwischen Menschen mit Demenz und Pflegenden sowie anderen Menschen in ihrem sozialen Umfeld erhalten und gefördert werden.

Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
S1a Die Pflegefachperson hat eine person-zentrierte Haltung in der Pflege von Menschen mit Demenz entwickelt. S1b Die Pflegefachperson hat das Wissen und die Kompetenz, Menschen mit Demenz zu identifizieren und damit einhergehende Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung fachlich einzuschätzen. 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.	P1 Die Pflegefachperson erfasst kriteriengestützt mit der Demenz einhergehende Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung, deren Auswirkungen auf die Lebens- und Alltagswelt sowie Vorlieben und Kompetenzen des Menschen mit Demenz. Die Erfassung erfolgt zu Beginn des pflegerischen Auftrags sowie anlassbezogen, schrittweise und unter Einbeziehung der Angehörigen und ggf. anderer Berufsgruppen.	E1a Der Mensch mit Demenz wird durch die person-zentrierte Haltung aller Pflegenden in seiner Einzigartigkeit wahrgenommen. 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.
S2a Die Pflegefachperson verfügt über Kompetenzen zur Entwicklung und Formulierung von Verstehenshypothesen sowie zur Planung und Koordination von beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen in der Pflege von Menschen mit Demenz. 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.	P2a Die Pflegefachperson entwickelt gemeinsam mit allen an der Pflege Beteiligten auf Basis der im Rahmen des Pflegeprozesses gesammelten Informationen Verstehenshypothesen zum Erleben, Verhalten und Funktionen der Verhaltensweisen des Menschen mit Demenz. P2b Die Pflegefachperson plant unter Einbeziehung des Menschen mit Demenz, der Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen individuell angepasste beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen.	E2 Eine Maßnahmenplanung, die die identifizierten Unterstützungsbedarfe, die Verstehenshypothesen und die fluktuierenden Zustände berücksichtigt liegt vor und ist allen an der Pflege des Menschen mit Demenz beteiligten Personen bekannt.
S3a Die Pflegefachperson verfügt über Wissen und Kompetenzen zur Information, Anleitung und Beratung über beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote sowie deren Einbindung in Alltagssituationen. S3b Die Einrichtung schafft Rahmenbedingungen für individuelle Information, Anleitung und Beratung von Menschen mit Demenz sowie ihren Angehörigen und stellt zielgruppenspezifische Materialien über beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen zur Verfügung.	P3a Die Pflegefachperson informiert, leitet an oder berät den Menschen mit Demenz entsprechend seiner Fähigkeiten über beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote. P3b Die Pflegefachperson informiert, leitet an und berät die Angehörigen proaktiv und anlassbezogen über beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen in Alltags- und Ausnahmesituationen.	E3a Information, Anleitung oder Beratung des Menschen mit Demenz und seine Reaktionen auf das Angebot sind dokumentiert. E3b Die Angehörigen des Menschen mit Demenz kennen die Notwendigkeit und Bedeutung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen.
S4a Die Pflegefachperson weiß um die Relevanz der Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz und kennt Angebote zur Beziehungsförderung und -gestaltung. S4b Die Einrichtung schafft Rahmenbedingungen für die Beziehungsförderung und -gestaltung und sorgt für einen qualifikationsgemäßen Kenntnisstand aller an der Pflege Beteiligten.	P4 Die Pflegefachperson gewährleistet und koordiniert die Durchführung von beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen.	E4 Die Pflege des Menschen mit Demenz wird beziehungsfördernd und -gestaltend durchgeführt.
S5a Die Pflegefachperson verfügt über das Wissen und die Kompetenz zur Evaluation beziehungsfördernder und -gestaltender Pflege. S5b Die Einrichtung stellt sicher, dass die Pflegefachperson sowie andere an der Pflege Beteiligte ihre Beziehungsgestaltung zu den Menschen mit Demenz reflektieren können.	P5 Die Pflegefachperson 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.	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. E5b Verlaufsbeobachtungen sind nachvollziehbar dokumentiert und Änderungen im Maßnahmenplan sind bei Bedarf vorgenommen.

2.4 Kommentierung der Standardkriterien

S1a Die Pflegefachperson 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. Pflegende 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. Das ist vor allem auch dann bedeutsam, wenn die Person mit Demenz ihrem Gegenüber nicht die wünschenswerte Anerkennung bzw. Respekt zeigen kann.

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*. Pflegende 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 bei der Planung personeller Ressourcen zu berücksichtigen, um die Aufrechterhaltung einer einmal entwickelten person-zentrierten Haltung zu ermöglichen. 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 das 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 demenziell Betroffene. Wenn Pflegende 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 Ursache für einen leiblichen Ausdruck von Unruhe, Agitation oder

Aggression sein. Wird das Verhalten auf diese Weise wahrgenommen und verstanden, verliert es seinen möglicherweise störenden Charakter.

Die dazu notwendigen Rahmenbedingungen stehen vielfach in einem Widerspruch zu bestehenden Auflagen und Regeln, die beziehungsfördernde 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 Pflegefachperson 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 Pflegefachpersonen über entsprechende Kenntnisse verfügen (vgl. Kap. 3.1 und 3.3.3).

Gemäß den Ausführungen der ICD 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 können dabei von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet sein. Zum Teil treten diese Veränderungen oder Begleiterscheinungen auch schon vor den kognitiven Beeinträchtigungen auf. Demenz kann in vielen verschiedenen Formen auftreten. Die kognitive Leistungsfähigkeit und die Begleiterscheinungen variieren in den Krankheitsverläufen und zwischen den verschiedenen Formen der Demenz stark. Daher ist eine systematische Erfassung von Pflege- und Unterstützungsbedarfen, der Ressourcen und Wünsche sowie den Bedürfnissen des Menschen mit Demenz unerlässlich. Dies kann über ein strukturiertes Assessment, über die Beobachtungen des multiprofessionellen Teams, den Äußerungen (verbal und nonverbal) des Menschen mit Demenz und einer nahestehenden Person geschehen.

Gemäß DSM, in dem 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).



Abb. 1: Blickwinkel soziale Kognition

Für eine kriteriengestützte Vorgehensweise lässt sich folgendes ableiten: es spielt keine Rolle, ob zuerst Veränderungen im Beziehungsverhalten oder kognitive Beeinträchtigungen wahrgenommen werden. Beide korrespondieren eng miteinander. Deutlich wird, dass die in 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 dem Modell der sozialen Kognition hält die Expert*innenarbeitsgruppe die Verbindung dieser beiden Aspekte dennoch für praxisrelevant.

In den Ausführungen finden sich Hinweise auf den Zusammenhang kognitiver Leistungseinbußen analog den Domänen des DSM für neurokognitive Störungen (vgl. Kap. 3.3.1) 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. Beschrieben werden die Interaktions-, Kommunikations- und Beziehungsbedarfe komplexe Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen, Lernen und Gedächtnis, Sprache, perzeptuell-motorische Fähigkeiten und soziale Kognition.

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 oder die Interaktionspartner*in 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 an Interaktionspartner*innen, 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 Handlungsroutrinen, 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 selbst wahrnimmt. 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 die Pflegeperson 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 autobiografisch 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 eine weitere Person notwendig wird, die 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 vorgespochener Satz nicht nachgesprochen werden kann. Beziehungsbedarfe werden entsprechend deutlich, wenn Hilfestellung beim sich Ausdrücken erforderlich wird, wenn der oder die Kommunikationspartner*in undeutlich oder repetierend vor sich hinspricht 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*e Interaktionspartner*in Schwierigkeiten hat, eine andere Person direkt anzusehen, Augenkontakt aufzubauen 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 Beeinträchtigung 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.

Bei der Erhebung der Versorgungssituation sollten neben dem Menschen mit Demenz auch die pflegenden Angehörigen berücksichtigt werden. Hintergrund ist, dass der überwiegende Anteil der Menschen mit Demenz von Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit versorgt wird. Dies entspricht dem Wunsch der Betroffenen. Somit sind pflegende Angehörige wichtige Akteure in der Versorgung von Menschen mit Demenz. Gleichzeitig geben sie häufig an, dass sie nicht-adressierte Versorgungsbedürfnisse haben, sich von der Pflegeaufgabe belastet fühlen und gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen. Eine optimale Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz beginnt mit der individuellen, systematischen Bedarfsanalyse, um darauf basierend multimodale Konzepte zur Unterstützung und Entlastung zu entwickeln und umzusetzen. So können pflegende Angehörige bedarfsgerecht bei ihrer Pflegeaufgabe unterstützt und ein Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit Demenz geleistet werden.

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 in der Häuslichkeit oder im Kontext einer Einrichtung. Daher sind nicht allein und in erster Linie der oder die einzelne Pflegenden für die person-zentrierte Pflege verantwortlich, sondern ebenso die Einrichtung. Grundsätzlich werden Pflegenden eher befähigt sein, person-zentriert zu handeln, wenn sie selbst (z. B. durch Führungspersonen oder Kolleg*innen) person-zentriert behandelt werden. Die Einrichtung bestimmt in hohem Maß das soziale Umfeld, in dem Menschen mit Demenz leben oder sich aufhalten 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. Die Pflegefachpersonen begleiten Angehörige in der Häuslichkeit durch Beratung und Anleitung zur Unterstützung ihrer Beziehungsgestaltung (vgl. Kommentierungen zur Kriterienebene 3).

Die Ermöglichung person-zentrierter Pflege ist in erster Linie eine Führungsaufgabe. Gute Führung leitet Mitarbeitende in Abhängigkeit von ihrer Erfahrung zur Selbststeuerung und Selbstverantwortung an. Da das Team eine der wichtigsten Motivationsquellen für Pflegenden darstellt, sind Supervision, ausreichende Besprechungszeiten und das Erkennen und die Bearbeitung schwieriger Teamdynamiken von nicht zu unterschätzender Bedeutung. So zählt zu den Aufgaben einer Führungsperson, nachzufragen, Zeit für Gespräche einzuräumen, zeitnah auf die Bedürfnisse der Mitarbeitenden 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. Führungspersonen kümmern sich im Detail darum, dass Pflegenden neue Interventionen in Ablaufstrukturen einbringen können. Entsprechend diesem Führungsverständnis wird es möglich, Schwierigkeiten und Herausforderungen offen und ohne Schuldzuweisungen anzusprechen. Führungspersonen sorgen dafür, dass der Pflegeprozess umgesetzt wird und übernehmen durch die Unterstützung anhaltender Qualifizierung der Pflegenden Verantwortung dafür, dass deren Expertise Wirkung findet.

Damit Pflegefachpersonen wichtige Versorgungsaufgaben in der Unterstützung von Menschen mit Demenz übernehmen können, ist eine entsprechende Qualifikation erforderlich. Fort- und Weiterbildungen sollten kontinuierlich gemäß neuesten Erkenntnissen aus Forschung und Praxis erfolgen. Das Qualifikations- und Weiterbildungsniveau hat einen Einfluss auf Stresserleben: je höher die Qualifizierung, desto gelassener, entspannter, aber auch zielsicherer können Mitarbeitende in krisenhaften Situationen reagieren. Zur Sicherstellung der Umsetzung erworbener Kompetenzen von Pflegefachpersonen sollte routinemäßig im Teamansatz (z. B. interprofessionelle Fallbesprechungen) die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Demenz reflektiert und neue pflegerische Maßnahmen zur Versorgungsoptimierung entwickelt werden. Die nachhaltige Implementierung von interprofessionellen Versorgungsmaßnahmen sollte ausgeweitet und breit umgesetzt werden, um einen Beitrag zur künftig optimierten Pflege von Menschen mit Demenz zu leisten. Dabei sind Auswirkungen der Zusammenarbeit in der Praxis zu bewerten. Erkenntnisse stellen die Grundlage dar, um künftig verstärkt interprofessionelle Qualifizierungen zu entwickeln, spezielle pflegerische Qualifizierungsschwerpunkte zu identifizieren und bestehende (pflegerische) Versorgungsrichtlinien (Pflegestandards, Expertenstandards, Leitlinien) weiterzuentwickeln.

Festzustellen ist, dass je höher die Qualifizierung der Mitarbeitenden ist, desto größer sind deren Ansprüche an die Einrichtung. Können sie das Gelernte nicht umsetzen, ist die Frustration nach der Fortbildung größer als vorher. So sollten Maßnahmen der Personalentwicklung immer auch mit Organisationsentwicklungen einhergehen. Im besten 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, die von einer Haltung der Wertschätzung gegenüber Mitarbeitenden und Menschen mit Demenz geprägt ist. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich die Art und Weise, wie Mitarbeitende 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 Personen, die an der Versorgung von Menschen mit Demenz beteiligt sind, erhalten Grundwissen und Auffrischungen zu den Themen Demenz und Beziehungsgestaltung.
- (2) Jeder Arbeitsbereich, in dem Menschen mit Demenz leben oder versorgt werden, sollte über mindestens eine Pflegefachperson mit einer demenzspezifischen, Beziehungsgestaltung und -förderung berücksichtigenden gerontopsychiatrischen Zusatzausbildung verfügen, die das Team in der Pflege von Menschen mit Demenz fachlich begleitet.
- (3) Auf einer übergeordneten, beim Management angesiedelten Ebene sollte eine Pflegefachperson alle gerontopsychiatrischen Aktivitäten der Einrichtung oder des Dienstes koordinieren und für die fachliche Weiterentwicklung der Gesamteinrichtung Sorge tragen. Dabei wird die Einbindung von ANP (Advanced Nursing Practice), von Case- und Care-Management Methoden und die Umsetzung von Bezugspflegemodellen unterstützt.

Eine person-zentrierte Pflegeorganisation bedeutet immer, dass eine kontinuierliche Beziehung der verantwortlichen Pflegefachperson und aller weiteren Mitarbeitenden 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 eine intensive Begleitung bei kurzen Verweildauern und zahlreichen stressvollen Prozeduren für die Patient*innen mit Demenz entscheidend sind. Wesentlich ist in jedem Fall, dass eine Pflegefachperson 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 Pflegefachperson erfasst kriteriengestützt mit der Demenz einhergehende Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung, deren Auswirkungen auf die Lebens- und Alltagswelt sowie Vorlieben und Kompetenzen des Menschen mit Demenz. Die Erfassung erfolgt zu Beginn des pflegerischen Auftrags sowie anlassbezogen, schrittweise und unter Einbeziehung der Angehörigen und ggf. anderer Berufsgruppen.

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 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. Die für die Bedarfserhebung und Planung verantwortliche Pflegefachperson sollte Mitarbeitende aus der Pflege und Betreuung einbeziehen, die in engem Kontakt zur Person mit Demenz stehen. Ziel ist es, vor der Planung von in den Alltag integrierten beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen zu einer Verstehenshypothese zu kommen (vgl. Kommentierungen zu Kriterienebene 2).

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 oder die behandelnde Ärztin 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 Expert*innenarbeitsgruppe ein kriteriengestütztes Vorgehen (vgl. Kommentierung 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, 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 dabei zu berücksichtigen und zu dokumentieren.
- Obwohl kognitive Beeinträchtigungen 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 Pflegendе 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 aller 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 und 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 der 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. Die Person mit Demenz wird in ihrer Eigenart angenommen, unabhängig davon, ob sie Beziehungsangebote zunächst nicht, nur teilweise oder gar nicht annimmt. Er oder sie bleibt eine Person und ein geachtetes Mitglied der menschlichen Gesellschaft, dem Vertrauen und Wertschätzung 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 oder die behandelnde Ärztin weitergeleitet, um eine adäquate Diagnostik zu initiieren und die Möglichkeit einer Behandlung abzuklären. Die Weiterleitung 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.

Auf Grund der bestehenden Versorgungsdyade (Mensch mit Demenz und pflegende Angehörige) sollten frühzeitig die Beziehungsbedarfe der pflegenden Angehörigen ermittelt und dokumentiert sein. Dies schließt auch die Erfassung nicht in Anspruch genommener Unterstützungs- und Entlastungsangebote einschließlich der Gründe ein. Faktoren der Nicht-Inanspruchnahme zu identifizieren und zu dokumentieren, stellt eine wichtige Voraussetzung dar, um bestehende Unterstützungs- und Entlastungsangebote auf ihre individuelle Passung zu reflektieren und eine Weiterentwicklung zur Versorgungsbedarfsdeckung der pflegenden Angehörigen zu initiieren.

Konsultationsfassung

S2a Die Pflegefachperson verfügt über Kompetenzen zur Entwicklung und Formulierung von Verstehenshypothesen sowie zur Planung und Koordination von beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen in der Pflege von Menschen mit Demenz.

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

1. Die Pflegefachperson hat 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 verfügt sie über berufliches Wissen verbunden mit einer kontinuierlich weiterzuentwickelnden reflektierten sozialen Kompetenz, insbesondere um die Lebensqualität der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen positiv zu beeinflussen.
2. Die Pflegefachperson hat Wissen über unterschiedliche Demenzformen und Phasen des Verlaufes. Sie ist in der Lage, diese Kenntnisse in Verbindung mit Persönlichkeitsmerkmalen des Menschen mit Demenz mit seiner Lebensgeschichte, seinem Umfeldes und seinen kognitiven, funktionalen, sozialen und emotionalen Fähigkeiten und Ressourcen zu setzen.
3. Die Pflegefachperson kann in Übereinstimmung mit den jeweiligen institutionellen Vorgaben Fallbesprechungen vorbereiten, durchführen und die Ergebnisse in die Pflegeplanung einarbeiten. In Zusammenarbeit mit dem Team erarbeitet sie Verstehenshypothesen, in welche die Perspektiven der Menschen mit Demenz, der Angehörigen, der behandelnden Ärzt*innen und der Pflegenden Eingang finden und integriert werden. Hierbei ist der unter Umständen tagesformabhängigen subjektiven Sicht der Klienten besondere Aufmerksamkeit beizumessen.
4. 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 Pflegefachperson 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. Hinweise zur Gestaltung von Interaktion und Kommunikation über alle Kontaktsituationen hinweg sind möglichst konkret zu halten und an Beispielen zu beschreiben: so reicht eine Notiz ‚validierende Gespräche‘ oder ‚biografisches Arbeiten‘ nicht aus, wenn nicht beschrieben wird, in welchem Kontext welche Themen wie zu validieren und anzusprechen bzw. zu vermeiden sind.

Die Pflegefachperson benötigt zudem Fähigkeiten zur Teamarbeit sowie zur internen und externen Kooperation. Ein möglichst konvergentes Verhalten des Gesamtteams ist insbesondere bei kritischen, konflikthafter und angstbesetzten Situationen anzustreben, so dass in der Pflege mögliche Trigger für herausforderndes Verhalten vermieden werden. 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. Möglichkeiten für die Gestaltung sind unter anderem Folgende: Studien der aktuellen Literaturstudie zeigen übereinstimmend, dass Beziehungsgestaltung dann gelingt, wenn Pflegepersonen oder Angehörige die emotionalen, biografischen und kommunikativen Signale von Menschen mit Demenz besser verstehen, und dass genau dieses vertiefte Verstehen – im Sinne der Verstehenshypothese (vgl. Kommentierung zu P2a) – durch person-zentrierte Kommunikation, biografische Zugänge, gemeinsame Aktivitäten, Musik, Bewegung, digitale Unterstützung und Schulungen systematisch gefördert wird (vgl. Kommentierungen zur Kriterienebene 4). 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 Pflegefachperson 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 person-bezogene 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 Expert*innenarbeitsgruppe entschlossen, weder eines der gängigen Konzepte zu empfehlen noch von ihnen abzuraten (vgl. Kap. 3.1.2). Vielmehr legt die Expert*innenarbeitsgruppe 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. In der Interaktion mit ihr ist ihre individuelle Perspektive zu berücksichtigen, um ihre soziale Integration fördern zu können. Zur Verankerung, Ausgestaltung und Reflexion 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 Mitarbeitenden der unterschiedlichen Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsbereiche, ehrenamtliche Helfer*innen sowie interne und externe Kooperationspartner*innen. 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 Kommentierungen zur vierten Kriterienebene des Expertenstandards verwiesen, die Interventionen zur Interaktion und Kommunikation im Kontext der Gestaltung und Förderung von Beziehung fokussieren. 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 Mitarbeitenden für die Bedarfe von Patient*innen mit Demenz eine herausragende Bedeutung zu. Ein Aufenthalt im Akutkrankenhaus kann für den Menschen mit Demenz von großer Verunsicherung und durch

Ängste geprägt sein. Die individuellen Bedürfnisse können mithilfe erweiterter biografischer Informationen erhoben werden (vgl. Kommentierung zu P2a). Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu Pflegefachpersonen 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*innen in geeigneter Form involviert werden. So erfolgt die individuelle Pflege- und Betreuungsplanung eines Menschen mit Demenz im Team von Pflegefachperson und Mitarbeitenden der sozialen Betreuung. Die Abstimmung mit externen Ergo- oder Physiotherapeut*innen, Haus- und Fachärzt*innen sowie Apotheker*innen erfolgt über geeignete Koordinationsformen.

Zu den strukturellen Erfordernissen gehört zudem eine klar zugewiesene Verantwortlichkeit eines Teammitglieds als kontinuierlicher Ansprechpartner*in für den Menschen mit Demenz und seiner Bezugspersonen. Idealerweise ist die für die Pflegeplanung verantwortliche Pflegefachperson kontinuierlicher Ansprechpartner*in 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 Kooperationspartner*innen 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.

Besondere Bedeutung haben in diesem Zusammenhang die Fallbesprechung und die Verstehenshypothesen. Mitarbeitende werden in der Vorbereitung, Durchführung einer Fallbesprechung geschult und wissen, wie die Ergebnisse in die Pflege- oder Maßnahmenplanung zu integrieren sind. Im Rahmen einer Verfahrensanweisung wird beschrieben, wann, wie häufig und in welcher Form Fallbesprechungen durchzuführen und Verstehenshypothesen zu überprüfen sind. Die Verantwortlichkeit dafür ist klar beschrieben. In der Regel bereitet die zuständige Pflegefachperson die Informationen für den Termin der Fallbesprechung vor. An der Fallbesprechung sollten alle für die Pflege und Versorgung des Menschen mit Demenz zuständigen maßgeblichen Personen teilnehmen. Die Teilnahme sollte verpflichtend sein. Die zuständige Pflegefachperson stellt die Informationen vor. Eine weitere Person nimmt die Rolle des Fallmoderators ein und leitet die Besprechung. Alle Beteiligten entwickeln zusammen eine oder mehrere Verstehenshypothesen (vgl. Kommentierung zu P2a). Das Ergebnis ist zu dokumentieren und in die Pflegeplanung (vgl. Kommentierung zu P2b) einzuarbeiten.

Zu (e): Die unterschiedlichen Perspektiven von Menschen mit Demenz, Angehörigen und Pflegenden 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.

Ebenso können in Pflegevisiten und -gesprächen Beobachtungen der Interaktion zwischen Mitarbeitenden und Menschen mit Demenz, sowie subjektive Erfahrungen der Mitarbeitenden thematisiert werden. Für Fort- und Weiterbildung stehen verschiedene Evaluationsmöglichkeiten 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.

P2a Die Pflegefachperson entwickelt gemeinsam mit allen an der Pflege Beteiligten auf Basis der im Rahmen des Pflegeprozesses gesammelten Informationen Verstehenshypothesen zum Erleben, Verhalten und Funktionen der Verhaltensweisen des Menschen mit Demenz.

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?

Diese Fragen lassen sich ohne umfangreiche Kenntnis der Biografie nicht vollumfänglich beantworten. Liegen zu Beginn des Pflegeprozesses zunächst nur lückenhafte Informationen vor, stellen diesen einen ersten Ausgangspunkt dar. Erweitert sich das Wissen über die Biografie im weiteren Prozess, sollte die Synthese der zur Verfügung stehenden Informationen konkretisiert werden und damit zur Aktualisierung von Verstehenshypothesen beitragen.

Eine Verstehenshypothese basiert auf der Zuordnung verschiedener Informationen und stellt die angestrebte Synthese im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes dar: 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. Die pflegerischen Maßnahmen sollten möglichst aus der Verstehenshypothese ableitbar sein, zumindest aber die Art und Weise der Kommunikation und Interaktion bei der Durchführung aller Maßnahmen durchgängig bestimmen.

Im Prozess der Entwicklung einer Verstehenshypothese ist zu beachten, nicht vorschnell allgemeinen Zuschreibungen zu erliegen (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. Die gesammelten Informationen ergeben nicht immer

ein in sich stimmiges Gesamtbild: so mag die Person Verhaltensweisen entwickeln, die sich weder aus der Biografie noch aus den berichteten Persönlichkeitsmerkmalen auch nur ansatzweise ableiten lassen. Daher kann es sinnvoll sein, verschiedene Hypothesen und verschiedene, daraus abgeleitete Maßnahmen zu entwickeln: erst im weiteren Prozess der Pflege zeigt sich dann, mit welchen Maßnahmen und welchem Gesamtverständnis man der Person am besten entsprechen kann. Zeichnen sich im Team eine oder mehrere Hypothesen ab, sind 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 Expert*innenarbeitsgruppe geht davon aus, dass Pflegende 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 Pflegende nun das Verhalten des Menschen mit Demenz als Problemlösung und Orientierungsversuch verstehen, desto mehr können sie 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 selbst ruhiger und entspannter verhalten kann. Der Ansatz, mit einer Verstehenshypothese zu arbeiten, befürwortet damit, dass eine kognitive Neubewertung primär die unbewussten, automatisierten, non-verbalen Beziehungsanteile betrifft und verändert, die dann (auch eher unbewusst und automatisiert) ein anderes pflegerisches Verhalten ermöglichen.

P2b Die Pflegefachperson plant unter Einbeziehung des Menschen mit Demenz und seiner Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen individuell angepasste beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen.

Die Planung person-zentrierter Beziehungsgestaltung stellt einen Kulturwandel des 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 Verstehenshypothesen über die für den Menschen 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 Pflegefachperson 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 von Angehörigen. 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 Pflegefachperson 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 kognitiven Beeinträchtigungen fühlt und spürt er, ob er an- und ernst genommen wird. Fachlich nicht haltbar ist die Einschätzung: „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 Handelsmuster 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 Pflegefachperson 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 Pflegefachperson 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 (vgl. Kommentierungen zur Kriterienebene 4) 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 Pflegefachperson plant beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen in erster Linie 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, Vertrauensaufbau und davon abgeleitete und angepasste Maßnahmen im Vordergrund. Diesbezüglich ist darauf zu achten, dass Menschen mit Demenz kontinuierlich begleitet werden.

E2 Eine Maßnahmenplanung, die die identifizierten Unterstützungsbedarfe, die Verstehenshypothesen und die fluktuierenden Zustände berücksichtigt 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. Einige Verläufe in der Demenz sind von deutlich unterschiedlich akzentuierten Tagesverfassungen gekennzeichnet. So erleben manche Personen Tage oder Tagessituationen (häufig am Vormittag), an denen sie sehr viel deutlicher als zuvor über sich und ihre Situation im Klaren zu sein scheinen, und umgekehrt: Tage oder Tagessituationen, an denen oder in denen die zuvor wahrgenommenen Kompetenzen gänzlich verschwunden zu sein scheinen (häufig gegen Abend und nachts). Die Verstehenshypothesen und die daraus abgeleitete Pflegeplanung berücksichtigt unterschiedliche Tagesverfassungen. Die Planung beschreibt ein Spektrum von Möglichkeiten, die es erlauben, die Maßnahmen an die Tagesverfassung anzupassen. So könnten die jeweilige Ansprechbarkeit, die jeweilige Stimmung, die Körpersprache, Signale von Unruhe oder Verärgerung die innere Situation der Person erkennen lassen. Es wäre hilfreich, derartige Konstellationen von Signalen zu beschreiben, welche der Pflegefachperson helfen, ihre Maßnahmen anzupassen.

Aus der in dieser Weise ausdifferenzierten Pflegeplanung wird ersichtlich, wie der beziehungsfördernde Aspekt von Pflegemaßnahmen 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 Pflegefachperson 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 Pflegefachperson 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. 3.3.5). *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 Reflexion 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 Pflegefachperson kann ein solcher Prozess beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen (vgl. auch Kommentierungen zu S2b und S5b) umgesetzt werden.

Die fachliche Kompetenz sowie die Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit der Pflegefachperson 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 Pflegefachperson 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 Pflegefachperson hat die Aufgabe, das gesamte Pflege- und Betreuungssetting in den Blick zu nehmen. Angehörige können aufgrund ihrer Erfahrungen mit dem Mensch mit Demenz wichtige Partner*innen sein. Es gilt, eine gemeinsame Sorgehaltung im Kontext der Person-Zentrierung anzustreben. Die Kompetenzen und Ressourcen sowie die Belastungssituation der Angehörigen sind 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 Pflegefachperson

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 Adressat*innen und es variieren die institutionellen Möglichkeiten der Pflegefachperson. 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 Menschen mit Demenz sowie ihren Angehörigen und stellt zielgruppenspezifische Materialien über beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen zur Verfügung.

Auf Einrichtungsebene sind Rahmenbedingungen zu schaffen, um Information, Anleitung und Beratung für Menschen mit Demenz und ihre 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. Diese Rahmenbedingungen korrespondieren mit dem person-zentrierten Konzept der Einrichtung (vgl. Kommentierung zu S2b). Zudem unterstützt die Einrichtung ein entsprechendes Qualifikations- und Weiterbildungsniveau der Pflegefachpersonen (vgl. Kommentierung zu S1c)

Die Einrichtung hat die Bereitstellung von zielgruppenspezifischen Informationsunterlagen in Form von Broschüren oder Publikationen sicherzustellen. Zudem sollten insbesondere zielgruppengerechte 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 Menschen mit Demenz und ihre 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),
- das Ministerium für Bildung, Familien, Senioren, Frauen und Jugend (www.wegweiser-demenz.de),
- das Bundesgesundheitsministerium (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-demenz.html>) sowie
- das Zentrum für Qualität in der Pflege (www.zqp.de)

differenzierte und zielgruppenspezifische Informationen. Auch einzelne Pflege- und Krankenkassen machen entsprechende Angebote über ihre Webseiten oder in Form von Broschüren. In Bezug auf Materialien zur Unterstützung der Beziehungsgestaltung können auch Romane, Filme oder Erfahrungsberichte von Betroffenen empfohlen werden. Zukünftig können hier auch digitale Pflegeanwendungen (DiPA) für Angehörige und entsprechende Apps eine unterstützende Rolle spielen.

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 und die individuelle Pflegeberatung nach §7a SGB XI. Hier gilt es, die Informationen über bestehende Möglichkeiten vor Ort bereitzuhalten und diese entsprechend zu vermitteln.

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

Menschen mit Demenz sind als direkte Adressat*innen von Informations-, Anleitungs- und Beratungsangeboten durch die Pflegefachpersonen wahrzunehmen. Dies gilt insbesondere zu Beginn der Erkrankung, weniger bei einer weiter fortgeschrittenen Demenz (vgl. Kap. 3.3.5). Der Informations-, Anleitungs- und Beratungsbedarf von 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 sind handlungsleitend für 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 mit den kognitiven Beeinträchtigungen des Menschen mit Demenz, die sowohl von der Demenzform als auch vom Krankheitsstadium abhängig sind. Damit verbunden ist die 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 Pflegefachperson 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 zum einen um die Befähigung zu einem der Situation angepassten Umgang mit dem Menschen mit Demenz und zum anderen um die Unterstützung der Angehörigen, auf ihre eigenen gesundheitsbezogenen Belastungen zu achten. Angehörigen soll vermittelt werden, 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 Angehörigem und Menschen mit Demenz zentral ist für die Bewertung der wahrgenommenen Belastung und Zufriedenheit der Angehörigen von Menschen mit Demenz. 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*innen 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 der Angehörigen werden konkrete Pflegesituationen und deren Gestaltung reflektiert.

Es bietet sich an, die Angehörigen im Kontext von Fallbesprechungen in den Pflegeprozess einzubeziehen. Es gilt immer 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*innen 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 Pflegefachperson fungiert hier als Wegweiser und bezieht zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes ggf. pflegerische Expert*innen 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 Pflegefachperson ist es hier, die Beziehung und den Umgang mit dem Menschen mit Demenz positiv zu gestalten und mit den Angehörigen zu reflektieren sowie Überlastungen der Angehörigen zu erkennen und ggf. Entlastungsangebote zu vermitteln.

Das Versorgungssystem hat sich in den letzten Jahren ausdifferenziert. So gibt es inzwischen z. B. Gesprächsgruppen für Menschen mit beginnender Demenz oder Angehörigengruppen speziell für Angehörige von Menschen mit frontotemporaler Demenz.

Im Folgenden werden exemplarische Inhalte für Informations-, Handlungs- und Beratungsangebote dargestellt. Dabei geht es ausschließlich um Inhalte zur Förderung der Interaktion, Kommunikation und Beziehungsgestaltung, die durch die Pflegefachperson umgesetzt werden. Zu beachten ist, dass sich die Inhalte und die jeweiligen pflegerischen Ziele

der Informations-, Anleitungs- und Beratungsangebote je nach individueller Situation unterscheiden können. Zu berücksichtigen sind hierbei auch die verschiedenen Schweregrade und Formen der Demenz. Die Literaturstudie zeigt, dass die aktive Teilnahme an einer Wissensvermittlung zu besseren Ergebnissen führt (vgl. Kap. 3.3.5). Diese Erkenntnis lässt darauf schließen, dass die Anleitung durch die Pflegefachperson zu nachhaltigen positiven Ergebnissen bei den 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. 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 Pflegefachperson 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, Angehörigen zu vermitteln, da Menschen mit Demenz sensibel auf nonverbale Botschaften durch Stimmlage und Körpersprache reagieren (vgl. Kap. 3.1.1). Daneben senden Menschen mit Demenz durch ihr Verhalten auch Signale, die es zu deuten gilt, z. B. Unruhe bei möglichen Schmerzen.

Die Interaktion und Kommunikation der Angehörigen in konkreten Pflege- und Alltagssituationen gilt es zu unterstützen und ihnen Reflexionsmöglichkeiten zu bieten. Konkrete Rückmeldungen zu positivem Kontakt und konkrete Anleitung führen dann zu größerer Sicherheit 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.

Das Sicherheitsbedürfnis von Menschen mit Demenz und damit die Suche nach Bindung und Nähe wird mit zunehmenden kognitiven Beeinträchtigungen größer. Die betreuende Person hat die Aufgabe damit umzugehen. Hier geht es darum, mit dem Angehörigen einen Zugang zum Menschen mit Demenz und seinen Gefühlen zu finden. Hinweise auf positive Ressourcen in Bezug auf Bindung und Beziehung liefert die individuelle Biografie (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 Reflexion der Gefühle von Angehörigen und ihren Möglichkeiten, den Bindungswünschen zu entsprechen. Bei Überforderung können Entlastungsangebote den Angehörigen Freiräume verschaffen. Über entsprechende Angebote sollte informiert werden.

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 Literaturstudie 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 ist die Erinnerungspflege zu nennen. 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. Kommentierung zu P4 und Kap. 3.3.4.10). Angehörige haben gegenüber den professionell Pflegenden den Vorteil, dass sie den Mensch mit Demenz besser kennen und um seine Interessen wissen. Die Pflegefachperson 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, Angehörige für die Perspektive des Menschen mit Demenz zu sensibilisieren, um die Angebote auf seine Bedürfnisse auszurichten. Die Unterstützung der Aktivitätenreflexion durch die Pflegefachperson 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 Menschen 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. 3.3.3.3). 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 Expert*innenarbeitsgruppe allerdings besonders zu empfehlen.

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

Die Reflexion der psychosozialen Befindlichkeit der Angehörigen sowie das Aufzeigen von Entlastungsangeboten und die Möglichkeit der Inanspruchnahme derselben sollten Inhalte der Beratung sein. Hier geht es 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.

Der Beratungsprozess, die daraus abgeleiteten Maßnahmen, ihre Inanspruchnahme und Wirkung sind dokumentiert. In einer einrichtungsinternen Verfahrensregelung (vgl. Kommentierung zu S2b) ist geklärt, ob es sich dabei um ein extra Beratungsblatt handelt oder die Inhalte in die bestehende Dokumentation integriert werden.

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

Aus der Dokumentation geht dabei auch hervor, ob der Erfolg des proaktiven Beratungsansatzes überprüft und bewertet wurde und ob unter Berücksichtigung der Vorlieben des Menschen mit Demenz eine Anpassung der angebotenen Unterstützung notwendig wird. Wird aus der Evaluation des Informations-, Schulungs- und Beratungsangebots ersichtlich, dass auch andere, korrespondierende Maßnahmen zur beziehungsfördernden und -gestaltenden Pflege anzupassen sind, wird dies nach entsprechender Reflexion im Maßnahmenplan berücksichtigt (vgl. Kommentierung zu Kriterienebene 5).

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

Information, Anleitung und Beratung durch die Pflegefachperson sowie die Vermittlung weiterführender Angebote tragen dazu bei, dass Angehörige ihre eigene Belastungssituation wahrnehmen. Sie werden gestärkt, Anpassungen im eigenen Alltag vorzunehmen, sofern möglich gemeinsam mit dem Mensch mit Demenz. Sie entwickeln Strategien zur Selbstfürsorge und Entlastung.

Die angebotenen Maßnahmen und das Ergebnis der Beratung sind dokumentiert. In einer einrichtungsinternen Verfahrensregelung (vgl. Kommentierung zu S2b) ist geklärt, ob es sich dabei um ein extra Beratungsblatt handelt oder die Inhalte in die bestehende Dokumentation integriert werden.

S4a Die Pflegefachperson weiß um die Relevanz der Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz und kennt Angebote zur Beziehungsförderung und -gestaltung.

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 Pflegefachperson bei der Gestaltung des persönlichen Alltags des Menschen mit Demenz dessen aktuelle Gefühle, 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 bei Menschen mit Demenz relevant sind. Die Pflegefachperson ist in der Lage,

- situationsbedingt auf subjektive Realitäten von Menschen mit Demenz zu reagieren,
- die soziale Teilhabe von Menschen mit Demenz zu ermöglichen und beziehungsorientiert zu arbeiten,
- in Aktivitäten des täglichen Lebens die Selbst- und Mitbestimmung von Menschen mit Demenz als primäres Ziel anzusetzen, indem sie Ressourcen aktiviert, Entscheidungsmöglichkeiten eröffnet und gemeinsames Tun fördert,
- Wissen über das Erleben, das Reagieren, die Bedürfnisse und die Ziele des Menschen mit Demenz zu erlangen und dessen Fähigkeiten sowie 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 die Beziehungsförderung und -gestaltung und sorgt für einen qualifikationsgemäßen Kenntnisstand aller an der Pflege Beteiligten.

Die Sicherstellung individueller, beziehungsfördernder und -gestaltender Angebote liegt nicht allein in der Verantwortung der Pflegefachperson. In allen Einrichtungsarten braucht es daher Managemententscheidungen, die eine bedarfsgerechte, an den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz ausgerichtete Personaleinsatzplanung ermöglichen und Handlungsspielräume für individuelle, beziehungsfördernde Pflege schaffen.

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

- betreuende Pflegefachpersonen in die Lage versetzt werden, den Menschen mit Demenz in seiner Individualität und aktuellen Situation zu verstehen sowie Ressourcen und Fähigkeiten zu erkennen, um diese behutsam in den Alltag einzubinden.
- Pflegefachpersonen das seelische, emotionale, soziale und körperliche Wohlbefinden von Menschen mit Demenz unterstützen können, indem sie situative Äußerungen wahrnehmen, zeitnah darauf reagieren und eine lebensweltorientierte Begleitung anbieten.
- Menschen mit Demenz trotz abnehmender Selbstwirksamkeit ein möglichst hohes Maß an Sicherheit und Geborgenheit erleben können.
- Pflegefachpersonen ausreichend Zeit zur Verfügung steht, um Interaktionen zu verlangsamen und an individuelle Bedürfnisse anzupassen; Menschen mit Demenz

benötigen hierfür häufig mehr Zeit, um Handlungen zu verstehen und darauf zu reagieren.

- eine kontinuierliche Pflege durch vertraute und als positiv wahrgenommene Bezugspersonen gewährleistet wird; zudem werden möglichst gleichmäßige Tagesabläufe mit positiven Erlebnissen und Alltagsritualen ermöglicht.
- ein strukturierter, ausgewogener Tagesverlauf möglich ist: Stabilität durch vertraute Routinen und Abwechslung durch passende Aktivitäten; häufige ungeplante Wechsel sowie Über- und Unterforderung werden weitestgehend vermieden, da sie Orientierung erschweren und u. a. Apathie, Verwirrtheit und Ängste auslösen bzw. begünstigen können.

Darüber hinaus sollte zur Unterstützung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen das Umfeld in allen Einrichtungsarten wahrnehmungsfördernd gestaltet sein. In Einrichtungen der stationären Altenhilfe und in Wohngemeinschaften gehören dazu u. a. die Nutzung persönlicher Gegenstände (z. B. eigene Möbel, Bilder, Handtasche oder Erinnerungsstücke), vertraute und gut handhabbare Alltagsgegenstände (z. B. Kaffeebecher aus Porzellan statt Kunststoffbecher) sowie Gegenstände aus der früheren Arbeitswelt (z. B. Werkzeug) bzw. der Lebenswelt (z. B. Blumenbeet). Auch in Akutkrankenhäusern, Tagespflegeeinrichtungen und geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen sollten Räumlichkeiten anregungsreich und wohnlich, zugleich jedoch nicht überfordernd gestaltet sein. Dazu gehören im Krankenhaus u. a. eine überschaubare Gestaltung der Aufnahmebereiche sowie eine angemessene Planung und Gestaltung von Diagnostik- und Behandlungsprozessen (vgl. Kap. 3.3.6.).

Bislang ist person-zentrierte Wissens- und Kompetenzvermittlung in Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsfachberufe nicht durchgängig systematisch verankert. Daher benötigen insbesondere verantwortliche Pflegefachpersonen Möglichkeiten zur Kompetenzerweiterung in person-zentrierter Pflege sowie in Beziehungsförderung und -gestaltung bei Menschen mit Demenz. Darüber hinaus erfordern eine Kulturveränderung hin zu person-zentrierter Pflege Bildungsangebote für alle an der Versorgung beteiligten Personen. Neben der Kompetenzerweiterung ist eine kontinuierliche Begleitung sowohl der verantwortlichen Pflegefachpersonen als auch der beteiligten Assistenzpersonen zu ermöglichen (vgl. Kommentierung zu S2b). Beziehungsgestaltung mit Menschen mit Demenz kann soziale Kompetenzen von Pflege- und Assistenzpersonen herausfordern und teilweise auch überfordern; daher benötigen sie flankierende Angebote, z. B. Fallgespräche oder Supervision, zur Bearbeitung und Bewältigung entsprechender Anforderungen.

Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass die Einrichtung über ein Konzept zur kontinuierlichen Weiterentwicklung aller an der Versorgung beteiligten Personen verfügt, das neben der Wissensvermittlung auch die Überprüfung der Anwendung dieses Wissens im Pflegealltag umfasst. Für die Teilnahme an Bildungsveranstaltungen sowie für die mit der Integration des Wissens einhergehenden Veränderungen im Pflegealltag (z. B. fortgebildete Demenzbegleiter und Schulungen zur person-zentrierten Beziehungsgestaltung) sind vom Management entsprechende Ressourcen bereitzustellen.

P4 Die Pflegefachperson gewährleistet und koordiniert die Durchführung von beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen.

Damit Menschen mit Demenz sich gehört, verstanden und angenommen fühlen und sich als mit anderen Personen verbunden erleben, ist eine im Alltag verankerte, person-zentrierte Beziehungsgestaltung erforderlich. Sie umfasst als handlungsleitende Schwerpunkte:

- Lebensweltorientierung
- Wahrnehmungsförderung
- Wertschätzung und Zuwendung
- Spezifische Maßnahmen

Beziehungsgestaltung ist integraler Bestandteil jeder pflegerischen Situation und nicht auf gesonderte Angebote beschränkt. Strukturierte Maßnahmen und alltägliche Pflegesituationen (z. B. Körperpflege, Essen, Mobilisation) beziehen sich wechselseitig aufeinander und können jeweils als beziehungsfördernde Anlässe gestaltet werden.

Die nachfolgenden Maßnahmen beruhen – soweit möglich – auf Ergebnissen der Literaturstudie zum Expertenstandard (vgl. Kapitel 3) und auf die entsprechenden Kapitel wird nachfolgend hingewiesen. Dort, wo die Evidenzlage begrenzt ist oder keine eindeutigen Schlussfolgerungen zulässt, werden Empfehlungen durch die Expert*innenarbeitsgruppe ergänzt. Nicht alle Maßnahmen sind in allen Settings gleichermaßen anwendbar. Einrichtungen sind daher aufgefordert, einrichtungsartspezifische und zugleich zielgruppenspezifische Angebote in ihrem Pflegekonzept darzustellen (vgl. Kommentierung zu S2b).

Lebensweltorientierung

Als Person anerkannt und unterstützt zu werden bedeutet, den Alltag so zu gestalten, dass Sicherheit, Zugehörigkeit, Sinn und Autonomie möglich bleiben. Je nach Setting kann dies z. B. durch Vertrautheit, Entscheidungsspielräume, den Schutz der Privatsphäre und die Möglichkeit zur Teilhabe an bedeutsamen Aktivitäten unterstützt werden. Lebensweltorientierung ist dabei nicht nur als „Zurück ins Früher“ zu verstehen, sondern verbindet biografie- und identitätsbezogene Anknüpfungspunkte (wenn hilfreich) mit einem konsequenten Blick auf Bedürfnisse im Hier und Jetzt (vgl. Kommentierung zu P3b).

Biografiegeleitete Gestaltung des Alltags

Biografiearbeit ist in der Pflege von Menschen mit Demenz zentral, weil die Erkrankung Orientierung und Alltagskontinuität erschweren kann und Vertrautes dadurch an Bedeutung gewinnt. Die Pflegefachperson nutzt biografiebezogene Informationen (z. B. Gewohnheiten, Vorlieben, kulturelle Bezüge, vertraute Routinen und bedeutsame Tätigkeiten), um den Alltag wiedererkennbar zu gestalten und Anknüpfungspunkte für Beziehung, Kommunikation und Teilhabe zu schaffen. Dadurch können Zugehörigkeit, Sicherheit und Schutz unterstützt werden, da diese eng mit Vertrautheit und dem Anknüpfen an bekannte Aktivitäten und Lebensbezüge verbunden sind. Biografiebezogene Informationen werden so erhoben, aufbereitet und im Team verfügbar gemacht, dass sie im Pflegealltag konkret nutzbar sind; sie dienen der individuellen Begleitung und sind nicht als schematische Handlungsanweisung zu verstehen. Gleichzeitig ist zu beachten, dass biografiebezogene Angaben häufig lückenhaft

oder perspektivisch gefärbt sind – insbesondere, wenn sie von Angehörigen stammen, die nicht über alle lebensrelevanten Ereignisse informiert sind (z. B. einschneidende Lebensereignisse vor der Geburt von Kindern). Um Fehlannahmen zu vermeiden, sollten diese Informationen im Team reflektiert, im Verlauf überprüft und – soweit möglich – durch Beobachtung sowie durch die Person selbst ergänzt werden (vgl. Kap. 3.3.4.10)

Ergänzend bieten sich strukturierte Modelle zur alltagsnahen Nutzung biografiebezogener Informationen an:

- Kurzprofile/Steckbriefe und visuelle Erinnerungstützen bündeln zentrale personenbezogene Hinweise (z. B. Vorlieben, Gewohnheiten, Beruhigendes, wichtige Bezugspersonen) und unterstützen Kommunikation sowie soziale Teilhabe im Versorgungsalltag.
- Strukturierte Teamprogramme zur systematischen Nutzung personenbezogener Informationen (z. B. „Lern von mir“, Poppy Flower) fördern eine einheitliche person-zentrierte Haltung, indem biografische Daten, individuelle Bedürfnisse und situative Auslöser alltagsnah erfasst, verfügbar gemacht und in eine handlungsleitende Orientierung übersetzt werden.
- Life-Story-/Memory-Books (auch digital oder collagebasiert) können als Gesprächs- und Kontaktpunkt dienen und Kommunikation, Interaktion sowie Beziehungsgestaltung fördern; Ziele, Umfang und Nutzung werden an den Wünschen und Möglichkeiten der betroffenen Person ausgerichtet (vgl. Kommentierung zu P3b).
- Biografieorientierte Personalisierung gemeinsam genutzter Bereiche (z. B. vertraute persönliche Objekte, gestaltete Anknüpfungspunkte) kann Zugehörigkeit und Beziehung im Alltag unterstützen.
- Individuelle Routinen und Pflegerituale (z. B. Körperpflege oder Frisieren in vertrauter Weise) werden – soweit möglich – beibehalten bzw. angepasst, um Kontinuität und Vertrautheit zu stärken und dadurch Sicherheit im Alltag zu fördern.

Biografiegeleitete Milieugestaltung als Interaktions- und Kommunikationskatalysator

Räume, Gegenstände und Atmosphäre prägen den Alltag von Menschen mit Demenz und können – bewusst gestaltet – Beziehung, Kommunikation und Eigenaktivität fördern. Die Pflegefachperson nutzt die räumlich-dingliche Umwelt gezielt, um Beziehung, Orientierung und Kommunikation zu unterstützen. Sie ermöglicht – soweit möglich – ein vertrautes, lebensweltorientiertes Umfeld (z. B. Eigenmöblierung, vertraute Gegenstände, persönliche Dekoration), weil dies Sicherheit und „sich zu Hause fühlen“ fördern kann (vgl. Kap. 3.3.6).

Konkrete, in der Literatur besonders hervorgehobene Elemente einer beziehungsfördernden Milieugestaltung sind u. a.:

- Kleine Essgruppen in wohnlicher Umgebung und ein bedürfnisangepasster Essservice zur Förderung von Gemeinschaft und Interaktion. Für den Bereich Mahlzeiten wird eine person-zentrierte, alltagsnahe Gestaltung mit familiärer Atmosphäre beschrieben (z. B. kleine Tischgemeinschaften, Tischdecken, Verzicht auf Tablett, angepasstes Licht, Geräuschminimierung). Ergänzend wird eine individuelle Unterstützung zur Förderung von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit empfohlen (z. B. passendes Anreichen/Assistenzniveau, ausreichende Zeit, nach Möglichkeit situatives Auswählen der Mahlzeiten). Ein ruhiger, reizreduzierter Rahmen (z. B. unnötige Bewegungen,

Lärm und Gespräche „über die Köpfe hinweg“ vermeiden) kann Überforderung senken; bei Bedarf kann es hilfreich sein, Speisen schrittweise anzubieten (z. B. Gang für Gang statt alles gleichzeitig).

- Biografieorientierte Gestaltung von Fluren und Übergangszonen (z. B. Bewohner*innen-Porträts als Foto oder kleine Collage) mit einem kurzen, wertschätzenden Text (2–3 Sätze) zu bedeutsamen Lebensrollen, Interessen oder Aspekten, auf die die Person stolz ist (z. B. „Herr Meyer – Ingenieur, viele Jahre bei Audi, bereist über 150 Länder.“), kann als niedrigschwellige biografische Anknüpfung dienen, Gesprächsanlässe eröffnen und Interaktion im Alltag unterstützen; zugleich kann sie die Wahrnehmung und Haltung der Mitarbeitenden gegenüber der Person positiv beeinflussen
- Außenbereiche mit klaren Rundwegen und markanten Orientierungspunkten ermöglichen selbstständige, sichere Bewegung. Ergänzend können „Hotspots“ als gezielt gestaltete Anlauf- und Aufenthaltsorte entlang der Wege (z. B. Sitznischen, kleine Plätze, Pavillons, gut einsehbare Ruhepunkte oder Aktivitätsstationen) Orientierung, Pausen, Begegnung und Interaktion unterstützen.
- Multisensorische Elemente (z. B. Hochbeete, Wasserflächen, duftende Pflanzen) dienen dabei als Aktivierungs- und Interaktionsanlässe.
- Barrierefreiheit, Orientierungshilfen und persönliche Gestaltung zur Unterstützung von Selbstständigkeit und Privatsphäre.

Die Pflegefachperson gestaltet bzw. initiiert dies gemeinsam mit dem Team, indem sie:

- persönliche Dinge sichtbar und greifbar platziert (z. B. Fotoalbum auf dem Tisch, vertraute Tasse, Handarbeit, Werkzeug/Utensilien im Blickfeld) und diese als Gesprächsanlass nutzt.
- kleine „Alltagsinseln“ ermöglicht, die Eigenaktivität und Kontakt anregen (z. B. gedeckter Kaffeetisch, Körbchen mit Wäsche zum Zusammenlegen, Postkarten/Zeitschriften, Musik-/Radioecke).
- Orientierung unterstützt (z. B. gut lesbare Beschriftungen/Symbole, klare Wegeführung, deutlich erkennbare Türen wie „Bad“, persönliche Symbole an der Zimmertür, die sich im Bewohner*innenzimmer wiederfinden, sowie gezielt eingesetzte Signalfarben/hohe Kontraste zur besseren Erkennbarkeit wichtiger Elemente, z. B. eine farblich abgesetzte WC-Brille). Zugleich werden orientierungsstörende Reize vermieden (z. B. unbedacht laufende Radios oder hallige Räume durch ungünstige Akustik).
- Überforderung reduziert (z. B. Lärmquellen minimieren, Gerüche und Unruhe begrenzen, ruhige Sitzplätze anbieten, abends gedämpftes Licht statt grellem Stationslicht).
- sichere Bewegung erleichtert (barrierearme Wege, gute Beleuchtung, rutschfeste Böden, Haltemöglichkeiten; Stolperfallen vermeiden) und Bewegungsräume schafft, die „Einladung“ statt „Verbot“ ausstrahlen.

Beziehungsfördernde Gestaltung des Alltags

Beziehungsfördernde Alltagsgestaltung setzt voraus, dass Kommunikation, Handlungsunterstützung und Abläufe so gestaltet werden, dass Vertrautheit, Zugehörigkeit, Sicherheit und Autonomie unterstützt werden. Diese Dimensionen sind eng mit vertrauten

Personen, Gegenständen, Aktivitäten und alltäglicher Kontinuität verbunden. Die Pflegefachperson berücksichtigt dabei insbesondere den Faktor Zeit: Interaktion und Kommunikation werden am individuellen Tempo und an den Verständnismöglichkeiten ausgerichtet (vgl. Kap. 3.3.6).

Die Pflegefachperson achtet insbesondere darauf, dass:

- Tempo und Kommunikation angepasst werden: Interaktionen verlangsamen, Zeit geben und Sprache sowie Kommunikationsform (verbal/nonverbal) anpassen (z. B. kurze, einfache, respektvolle Formulierungen; schrittweise Unterstützung; Wiederholungen). Kurze, klare Anleitungen und kleinschrittiges Vorgehen können Verstehen unterstützen und Angst/Widerstand reduzieren.
- psychosoziale Präsenz zugewandt ist: Zuwendung zeigt sich durch emotional ansprechbare Präsenz, das Aufgreifen von Kontakt und gemeinsames Tun im Alltag. Mitarbeitende wirken dabei als „Katalysator“ für das psychosoziale Klima; bei Abwesenheit kann die Atmosphäre rasch angespannt werden und Unruhe/Angst fördern.
- Tagesabläufe strukturieren und sinnvoll füllen: Wiederkehrende Abläufe unterstützen Orientierung; dazu können feste Zeitanker (insbesondere bei Hauptmahlzeiten) und wiedererkennbare Rituale (z. B. kurzes Gebet, ein Gong, vertraute Musik) beitragen.
- soziale Teilhabe im Lebensumfeld ermöglicht wird: Gelegenheiten für Teilhabe werden alltagsnah aufgegriffen und an Möglichkeiten/Belastungsgrenzen angepasst; bedeutsam ist dabei das „Mit-anderen-sein“ (z. B. Kontakte, gemeinschaftliche Aktivitäten).
- Gruppenkonstellationen beziehungsfördernd gestaltet werden: Sitzordnung und Gruppenzusammensetzung werden so gewählt, dass Interaktionen zwischen Bewohner*innen – auch zwischen Menschen mit Demenz – unterstützt werden. Dabei werden Bedürfnisse, Belastungsgrenzen und Kommunikationsmöglichkeiten berücksichtigt; situativ kann es hilfreich sein, Personen mit ähnlichem kognitivem Niveau zusammenzusetzen. Eine ungünstige Mischung sehr unterschiedlicher kognitiver Fähigkeiten kann Missverständnisse, Abwertung oder Konflikte begünstigen und Rückzug, Unsicherheit oder Stress verstärken.
- Kontaktangebote aufgegriffen und gestützt werden: Initiale Kontaktimpulse (z. B. Blick, Geste, Annäherung) werden erkannt und beantwortet; Handlungen werden so unterstützt, dass sie nicht „ins Leere“ laufen; bei emotionaler Belastung wird beruhigend und bestätigend begleitet.

Beziehungsfördernde Alltagsgestaltung nach dem Prinzip der Lebensweltorientierung erfordert, dass Kommunikation, Handlungsunterstützung und Abläufe so gestaltet werden, dass Vertrautheit, Autonomie und Teilhabe möglich werden – orientiert an dem, was für die Person im eigenen sozialen und kulturellen Milieu vertraut und positiv besetzt ist.

Wahrnehmungsförderung

Wahrnehmungsförderung hat das Ziel, Menschen mit Demenz dabei zu unterstützen, ihre Umwelt, Situationen und Bezugspersonen möglichst klar, sicher und verstehbar wahrzunehmen. Da Sinnesbeeinträchtigungen (z. B. Sehen, Hören, Tasten) und demenzbedingte Verarbeitungs- und Orientierungsprobleme häufig zusammenwirken, benötigen Betroffene im Alltag meist eine Kombination aus technischer Unterstützung

(Hilfsmittel) sowie kommunikativer und interaktionaler Unterstützung. Wahrnehmung wird dabei nicht isoliert verstanden, sondern als Teil der Alltags- und Beziehungsgestaltung: Kommunikation, Abläufe und Umgebung werden so anschlussfähig gestaltet, dass Vertrautheit, Autonomie und Teilhabe im eigenen sozialen und kulturellen Kontext möglich bleiben (vgl. Kap. 3.3.6).

Unterstützung der Sinneswahrnehmung

Pflegefachpersonen tragen dazu bei, dass notwendige Hilfsmittel (z. B. Brille/Lesebrille, Hörgerät/Hörverstärker, Zahnprothese) verfügbar, funktionsfähig und im Alltag tatsächlich genutzt werden. Dazu gehören – je nach Bedarf – das Anreichen und Anlegen, die Funktionskontrolle, Reinigung sowie das regelmäßige Erinnern und bedarfsgerechte Anbieten bzw. die entsprechende Anleitung.

Wahrnehmungs- und orientierungsfördernde Interaktion und Kommunikation

Pflegefachpersonen und das Team gestalten die Kommunikation mit Menschen mit Demenz so, dass Wahrnehmung, Orientierung und Beziehung unterstützt werden. Sie übernehmen dabei die kommunikative Verantwortung, beobachten Reaktionen fortlaufend und passen ihr Vorgehen situativ an. (vgl. Kap. 3.3.4.6 und 3.3.6)

In der Pflegepraxis hat es sich bewährt, insbesondere auf folgende Punkte zu achten:

- Bedarfsgerechte Ansprache: Die Person entsprechend ihrer individuellen Gewohnheiten, biografischer Prägung und aktueller Präferenzen ansprechen (z. B. Duzen/Siezen, gewünschter Name/Titel), um eine passende, respektvolle Kommunikationsebene zu schaffen.
- Interaktionen zu verlangsamen: Menschen mit Demenz benötigen 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.
- Zugewandte Kontaktaufnahme: ruhig nähern, Blickkontakt anbieten, Namen nennen und kurz im Hier-und-Jetzt orientieren.
- Kommunikation auf Augenhöhe: Abstand und Haltung so wählen, dass die Person sich nicht bedrängt fühlt; Seh- und Hörbeeinträchtigungen berücksichtigen (z. B. von vorn ansprechen, gut sichtbar sprechen, Hintergrundlärm reduzieren).
- Klar und kleinschrittig sprechen: kurze Sätze, eine Information nach der anderen, Zeit zum Verarbeiten lassen; bei Bedarf wiederholen oder anders formulieren.
- Verstehen sichern: zentrale Aussagen in eigenen Worten zusammenfassen und gelingende Beiträge wertschätzend bestätigen.
- Aktiv zuhören: Mimik, Gestik, Körperspannung oder Unruhe als Hinweise auf Bedürfnisse verstehen und die eigene Interpretation offen halten (z. B. „Ich sehe, das ist Ihnen gerade zu viel – wir machen kurz Pause.“).
- Handlung und Sprache verbinden: Pflegehandlungen ankündigen und währenddessen begleitend erklären, damit Orientierung „im Tun“ entsteht.
- Paraverbales bewusst einsetzen: ruhiger Ton, freundlicher Gesichtsausdruck, passendes Tempo und Pausen; bei Bedarf kurze, wiederholte beruhigende Botschaften.

- Biografische Anker nutzen: Fotos, Erinnerungsbuch oder vertraute Gegenstände als Gesprächsanlass und Orientierungshilfe einsetzen (z. B. „Das ist Ihr Hochzeitsfoto – was war am schönsten an diesem Tag?“).
- Berührung achtsam einsetzen: nur wenn erkennbar erwünscht, grenzwahrend und passend zur Situation; Berührung kann Kommunikation unterstützen.
- Im Team abstimmen und reflektieren: hilfreiche Formulierungen und Vorgehensweisen gemeinsam festlegen und anhand kurzer Beobachtungen/Fallbesprechungen weiterentwickeln.

Hinweis zur Gesprächsführung bei fortschreitender Demenz: Mit zunehmendem Krankheitsfortschritt wird die Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses selbst zum Ziel; Inhalte treten zurück. Es braucht Geduld und das Bemühen, Äußerungen so zu deuten, zu ergänzen und zu kontextualisieren, dass der Mensch mit Demenz den Eindruck einer gelingenden Konversation gewinnt („werdendes Verstehen“).

Spezielle Wahrnehmungsförderung zur Förderung der Orientierung

Wahrnehmungsfördernde Maßnahmen können dazu beitragen, Kontakt, Orientierung und Sicherheit im Moment zu unterstützen, wenn sie individuell angepasst, dialogisch gestaltet und in den Alltag eingebettet werden. Die Pflegefachperson setzt – orientiert am individuellen Bedarf – gezielte wahrnehmungsfördernde Maßnahmen ein und gestaltet sie dialogisch. Dazu können basal stimulierende Angebote gehören, die Körperorientierung unterstützen und im Moment Sicherheit und Kontakt fördern. Multisensorische Reize werden bevorzugt alltagsintegriert genutzt, z. B. Orientierungsboxen mit vertrauten Gegenständen, Kaffeeduft am Morgen als vertrauter Anker, warmes Wasser und ruhige Geräusche vor der Körperpflege, vertraute Musik, Klangschalen zur Beruhigung oder angenehme taktile Reize, um Orientierung und Wohlbefinden im Hier und Jetzt zu unterstützen. Auch alltagsnahe Sinnesanker können gezielt eingesetzt werden, z. B. Geschirrklopfen als Hinweis auf Mahlzeiten, Brot in die Hand geben (Geruch, Haptik), das Brummen des elektrischen Rasierers als vorbereitender Hinweis auf die Rasur oder ein Kamm in der Hand als taktile Impuls zur Anbahnung von Körperpflegehandlungen.

Die Wirksamkeit ist je nach Person, Setting und Umsetzung unterschiedlich: Positive Effekte auf Stimmung, Entspannung, Aufmerksamkeit und soziale Aktivität sind möglich, insbesondere bei individueller Passung. Gleichzeitig sind Effekte häufig eher kurzfristig, und es können auch ungünstige Reaktionen auftreten (z. B. Verwirrtheit oder Unruhe). Daher ist eine eng begleitete Umsetzung mit fortlaufender Beobachtung und Anpassung erforderlich.

Aus Sicht der Expert*innengruppe sind isolierte multisensorische „Therapie-Einheiten“ ohne Bezug zum Alltag für Beziehungsgestaltung und praktische Umsetzbarkeit weniger hilfreich. Bevorzugt wird eine alltagsnahe, beziehungsorientierte Anwendung.

Reizgestaltung: Unter- und Überstimulation vermeiden

Menschen mit Demenz erleben Umweltreize häufig als Irritationen, die ihre beeinträchtigte Wahrnehmungsfähigkeit weiter verschlechtern und sich ungünstig auf Beziehungsgestaltung und -förderung auswirken können. Die Pflegefachperson sorgt daher dafür, dass der Mensch

mit Demenz nicht durch Reize beeinträchtigt wird, die er nicht einordnen oder verstehen kann. Sie vermeidet gleichermaßen Unter- wie Überstimulation.

Zu reduzieren sind insbesondere akustische Reize (z. B. ständiges Piepen von Geräten/Alarmen, hohe Geräuschkulisse), visuelle Reize (z. B. unbeachtetes Laufen von Fernsehgeräten, auffällige unvertraute Lichteffekte) sowie eine Interaktion verhindernde physische Umgebung. Studien zur Umgebungsgestaltung in der stationären Langzeitpflege betonen, dass die Qualität der physischen Umgebung (z. B. Wohnlichkeit, Überschaubarkeit, Orientierungsunterstützung, Möglichkeiten für Aktivität und soziale Interaktion) mit Wohlbefinden und sozialer Teilhabe zusammenhängt.

Daraus folgt zugleich: Nicht nur Überreizung ist zu vermeiden, sondern auch monotone, „leere“ Umgebungen sind problematisch. Besonders ungünstig sind fehlende Anlässe zur Ortsveränderung und nicht vorhandene Anreize, etwas zu tun, weil dadurch Aktivität und soziale Begegnung erschwert werden. (vgl. Kap.3.3.6)

Wertschätzung und Zuwendung

Sicherstellung notwendiger Präsenz und Nähe

Mit fortschreitender Demenz steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen nicht mehr allein leben können oder – im Krankenhaus bzw. in stationären Einrichtungen – nicht längere Zeit allein bleiben sollten. Damit nimmt auch das Risiko für Einsamkeit und soziale Isolation zu. Einsamkeit beschreibt dabei das subjektive Gefühl, dass Beziehungen nicht ausreichen; soziale Isolation meint objektiv wenige bzw. seltene Kontakte. Vor diesem Hintergrund sorgt die Pflegefachperson dafür, dass vertraute Nähe im Nahbereich erlebbar ist – durch das Team und, wo möglich, durch Angehörige oder andere Bezugspersonen. Wie viel Nähe gebraucht wird, richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen. In Akutsituationen und insbesondere im Krankenhaus kann – wo organisatorisch möglich und von der Person gewünscht – ein Rooming-in bzw. eine kontinuierliche Anwesenheit vertrauter Bezugspersonen zur Stabilisierung beitragen. Zur verlässlichen Einbindung von Angehörigen werden Besuchsmöglichkeiten aktiv unterstützt, z. B. durch abgestimmte Besuchspläne, klare Zeitfenster und Absprachen zur Entlastung, sodass Besuche nicht dem Zufall überlassen bleiben.

Vor diesem Hintergrund sorgt die Pflegefachperson dafür, dass vertraute Nähe im Nahbereich erlebbar ist – durch das Team und, wo möglich, durch Angehörige oder andere Bezugspersonen. Wie viel Nähe gebraucht wird, richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen des Menschen mit Demenz.

Die Pflegefachperson achtet insbesondere darauf, dass:

- Anwesenheit zugewandt ist („Ort und Moment teilen“): kurze, echte Kontaktmomente werden ermöglicht (z. B. mit am Tisch sitzen, gemeinsam einen Tee trinken, beim Falten von Handtüchern „mitmachen“, beim Gang zur Toilette ruhig begleiten, ein paar Sätze Small Talk anbieten).
- nicht nur „im Raum gearbeitet“ wird: reine Aufgabentätigkeit ohne Kontakt („Ort teilen, aber nicht den Moment“) kann ein instabiles Klima begünstigen; deshalb werden Aufgaben, wo möglich, mit Ansprache und Blickkontakt verbunden.

- Allein-Phasen minimiert oder gut vorbereitet werden: Wenn jemand „weder Ort noch Moment teilt“ (z. B. allein im Zimmer/Flur), kann das bei manchen Betroffenen schnell Angst, Anspannung oder Eskalationen auslösen.
- Nähe im Team verlässlich organisiert wird – auch bei hoher Arbeitsdichte (z. B. Bezugspersonen/klare Zuständigkeiten, kurze geplante Kontaktzeiten wie „alle 10 Minuten kurz hingehen und ansprechen“, Übergaben mit Hinweis auf Nähe Bedürfnis, Einbindung von Angehörigen).

Ergänzend kann die Pflegefachperson Angehörige im Sinne familienorientierter/familiärer Pflege beraten und einbeziehen, um vorhandene Ressourcen der Zugehörigen zu erfassen, realistisch zu bewerten und bedarfsgerecht zu nutzen (z. B. wer kann wann präsent sein, wer ist belastbar, welche Unterstützung wird benötigt?).

In der ambulanten Pflege bei Bedarf kontinuierliche Betreuung organisiert wird (bis hin zu 24-Stunden-Präsenz), um Sicherheit zu vermitteln und zu vermeiden, dass Bedürfnisse unbemerkt bleiben (z. B. Toilettengang, Hunger, Durst, Einsamkeit) und daraus belastende Situationen entstehen.

Situationsbezogen auf subjektive Realitäten reagieren

Wenn der Mensch mit Demenz nicht mehr in der Lage ist, das Hier und Jetzt zuverlässig zu erfassen, oder in einer anderen, biografisch geprägten Realität lebt, ist es nicht sinnvoll, ihn wiederholt mit der aktuell existierenden Wirklichkeit (z. B. „Leben im Altenheim“) zu konfrontieren. Beziehungsgestaltung und -förderung können in solchen Situationen nur gelingen, wenn die Pflegefachperson und die an der Versorgung beteiligten Personen die Situation reflektieren und sich dann situationsadäquat auf die Wirklichkeit des Menschen mit Demenz einlassen.

Je nach Situation kann ein Realitätsbezug sinnvoll sein (z. B. „Sie sind hier in einem Krankenhaus, weil Sie ein Problem mit dem Herzen haben“), in anderen Situationen kann Validation genutzt werden (z. B. „Sie vermissen Ihre Mutter ...“). In Not- bzw. Grenzsituationen kann das Mitgehen (z. B. „Ich verscheuche die Spinnen, damit Sie gut schlafen können“) dazu beitragen, Situationen zu deeskalieren und zu entspannen. Alle drei Ansätze sollten im Repertoire der Pflegenden vorhanden sein und überlegt und bewusst eingesetzt werden (vgl. Kommentierung zu P2a).

Pflegefachpersonen wenden beziehungsbezogene Kommunikationsweisen (z. B. Bestätigungen, passende Reaktionen, Geduld, Umleiten) an und passen Tonfall, Lautstärke sowie Sprechtempo an emotionale und kognitive Bedürfnisse an. Bevormundende, kindliche Ansprache („Elderspeak“) ist zu vermeiden; sie umfasst u. a. vereinfachte Sprache, Diminutive/Koseformen, kollektive Anredeformen und sogenannte „tag questions“ (angehängte Bestätigungsfragen wie „... oder?“, „... ja?“ Beispiel: „jetzt trinken wir noch einen Schluck, ja?“) und kann Widerstand begünstigen (vgl. Kap. 3.3.4.6 und 3.3.7).

Wertschätzung geben

Die Pflegefachperson nimmt Menschen mit Demenz in ihrer Würde wahr und macht Wertschätzung im Kontakt sichtbar – durch persönliche Anrede (z. B. mit Namen), zugewandte Begrüßungen sowie kurze Gespräche, die an Familie, Werte, wichtige Lebensereignisse und

den früheren bzw. heutigen Alltag anknüpfen. Wertschätzung zeigt sich zudem darin, dass Menschen mit Demenz im Alltag beteiligt werden und dabei Ausdrucks- und Handlungsmöglichkeiten erhalten, sodass ein „gemeinsamer Alltag“ als sinnvoll erlebt werden kann.

Alltagsnahe Kommunikationsstrategien wie bestätigende Rückmeldungen, Lob und Komplimente sowie eine passende humorvolle, positive Tonlage können dies unterstützen. Damit Kommunikation auch in Pflegesituationen gelingt, werden Informationen klar, einfach und in überschaubaren Einheiten gegeben (z. B. Rephrasing, Ja/Nein-Fragen, nicht zu viele Inhalte auf einmal), um Verständigung zu erleichtern und Überforderung zu vermeiden (vgl. Kap. 3.3.7).

Soziale Teilhabe ermöglichen

Die Pflegefachperson erkennt den Anspruch von Menschen mit Demenz auf soziale Teilhabe an und unterstützt ihn aktiv – insbesondere, weil Teilhabe im Verlauf der Erkrankung häufig nicht mehr aus eigener Initiative entsteht. Sie übernimmt eine „Brückenfunktion“, indem sie im Alltag Gelegenheiten für Begegnung und Austausch schafft, Kontakte anbahnt und aufrechterhält sowie Barrieren im Setting reduziert (z. B. fehlende Anlässe, ungünstige Abläufe, erschwerte Zugänge).

Zusätzlich trägt sie dazu bei, dass das Umfeld soziale Interaktion erleichtert, etwa durch überschaubare, wohnliche und beziehungsfördernde räumliche Strukturen (z. B. kleinere Einheiten, einladende Gemeinschaftsbereiche), da räumlich-umweltbezogene Faktoren positive soziale Interaktion und damit Lebensqualität begünstigen können (vgl. Kapitel 3.3.6.). Dabei werden auch vertraute Beziehungen gezielt unterstützt, z. B. durch erleichterte Telefonkontakte mit Angehörigen oder durch die Möglichkeit, als Paar in Alltagssituationen zusammen zu sein (z. B. im Speisesaal nebeneinander sitzen). Wenn persönliche Besuche eingeschränkt sind oder selten stattfinden, ermöglicht und begleitet sie ergänzend Remote-Kontakte (z. B. Videoanrufe), insbesondere auch bei moderater bis schwerer Demenz im Pflegeheim, um positive und bedeutsame Interaktionen mit Angehörigen und Freunden zu fördern und sozialer Isolation/Einsamkeit entgegenzuwirken.

Familienorientierte Pflege und Ersatzfamilie

Für viele Menschen mit Demenz ist die Familie ein zentraler Bezugspunkt. Familienorientierte Pflege richtet sich darauf aus, Bedürfnisse nach Nähe, Zugewandtheit, Wertschätzung und Identitätsanerkennung zu unterstützen. Angehörige werden – soweit dies gewünscht ist – als vertraute Bezugspersonen in den Alltag einbezogen: Sie geben wichtige biografische und alltagsbezogene Informationen, erhalten zugleich Informationen zum Pflegeprozess und sind häufig selbst durch die Erkrankung belastet. Da Familien die größte Gruppe informell Versorgender darstellen, ist eine gezielte Unterstützung der Angehörigen, insbesondere in der Kommunikation, ein relevanter Bestandteil guter Demenzversorgung.

Bedeutsame, auch nicht mehr erreichbare oder verstorbene Familienmitglieder können – sofern sie für die Person wichtig sind – in Gesprächen behutsam aufgegriffen werden (z. B. wertschätzend erwähnen, Erinnerungen/Anekdoten sammeln und später wieder aufnehmen), um Vertrautheit und Personsein zu stützen. Damit verbunden ist auch, Trost anzubieten und

– je nach Situation – Raum für Trauer und den Ausdruck von Verlust zu ermöglichen (z. B. Gefühle benennen und bestätigen, gemeinsames Erinnern, kurze ruhige Begleitung), ohne zu korrigieren oder vorschnell abzulenken.

Gleichzeitig braucht es, wenn Angehörige fehlen oder Beziehungen stark belastet sind, verlässliche Beziehungsangebote ins formelle Umfeld. Dann kann das Pflege team im Alltag eine Art „Ersatzfamilie“ bilden – vorausgesetzt, Nähe und Distanz werden professionell reflektiert: Welche Form von Nähe braucht die Person mit Demenz, welche Nähe ist für Pflegenden tragbar, und welche Berührungen/gestischen Signale sind unterstützend, ohne Grenzen zu überschreiten.

Kommunikationsbezogene Interventionen, die funktionale Alltagskommunikation stärken und Angehörige einbeziehen, werden mit positiven Effekten auf Lebensqualität bei Menschen mit Demenz in Verbindung gebracht; dies unterstreicht die Bedeutung von Beziehungsgestaltung und Familienbeteiligung.

Spezifische Maßnahmen

Als ergänzender Schwerpunkt sind im Rahmen von Beziehungsgestaltung und -förderung bei Menschen mit Demenz spezifische Maßnahmen zu nennen. Diese können beziehungsfördernd wirken, wenn sie individuell passend, alltagsintegriert und fachlich begleitet eingesetzt werden. Auch hier stützt sich die Auswahl – soweit verfügbar – auf Befunde aus der aktualisierten Literaturstudie, ergänzt um die Expertise der Expert*innenarbeitsgruppe.

Begegnung und Zusammenleben mit Haustieren

Tiergestützte Angebote können positive Emotionen unterstützen und Interaktionsanlässe schaffen (z. B. durch Annäherung, Berührung, Blickkontakt). In stationären Settings kann dies z. B. durch das Zusammenleben mit geeigneten Haustieren, regelmäßige Tierbesuche oder Besuchshundeangebote erfolgen (vgl. Kap.3.3.4.14).

Die Pflegefachperson gestaltet tiergestützte Angebote, indem sie:

- Passung klärt (Biografie/Präferenzen; Ausschluss bei Angst/Allergie).
- Sicherheit und Hygiene sicherstellt (z. B. Infektionsschutz, Sturz-/Bissrisiken, Rückzugsorte).
- Eignung des Tieres und Belastbarkeit beurteilt und Interaktionen angemessen begleitet.
- bei dauerhaft in der Einrichtung lebenden Tieren artgerechte Haltung und tierärztliche Versorgung organisatorisch gewährleistet.

Singen, Musik und Tanz

Musik kann eine wesentliche Brücke zu Menschen mit Demenz darstellen. Sie kann unter Berücksichtigung individueller (biografischer) Vorlieben integraler Bestandteil des Alltags sein. Eine destimulierende musikalische Dauerberieselung ist zu vermeiden, ebenso eine Musikauswahl nach den Vorlieben der Mitarbeitenden (vgl. Kap. 3.3.4.8 und 3.3.4.12).

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

- mit dem Menschen mit Demenz in Alltagssituationen singt, z. B. im Rahmen einer kurzen Gruppenaktivität am Nachmittag mit Tages- oder Jahreszeitenbezug (vertraute Lieder und Melodien, je nach Region z. B. Volkslieder, Weihnachtslieder, Karnevalslieder oder andere bekannte populäre Lieder).
- in besonderen Situationen (z. B. bei der Körperpflege oder zur Mobilisation) leise summt, zum Mitsummen anregt oder Schlaflieder als Einschlafhilfe singt.
- Musik gezielt zur Entspannung oder Aktivierung anbietet.

Tanzen kombiniert das Erleben von Musik mit Bewegung. Je nach Biografie kann dies genutzt werden, um Selbstaussdruck zu ermöglichen und die Selbstwahrnehmung positiv zu unterstützen. Pflegende können kurze Tanz- oder Bewegungssequenzen als kreative Interaktionsform in den Alltag integrieren; auch im Sitzen. Tanzveranstaltungen (z. B. Tanznachmittage) können Anlass für Kommunikation sein. Aspekte wie verkörperte Verbundenheit, Ausdruck und gemeinsames Erleben werden u. a. im Programm „Sharing Dance Seniors“ hervorgehoben, das tanzbasierte Bewegungssequenzen für ältere Menschen in Gruppenformaten strukturiert und auf Teilhabe sowie Ausdruck ausrichtet.

Einsatz von Puppen oder Stofftieren

Puppen oder Stofftiere können für Menschen mit Demenz ein tröstendes „Gegenüber“ sein und Sicherheit, Beschäftigung sowie Kontakt und Kommunikation unterstützen. Sie können bei einzelnen Betroffenen Belastung und herausforderndes Verhalten reduzieren und Wohlbefinden/Engagement fördern (vgl. Kap. 3.3.4.9).

Der Einsatz ist personen- und biografieorientiert zu prüfen und erfolgt als Angebot; er wird nur bei erkennbarer Annahme eingesetzt. Hinweise auf Passung können z. B. ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Nähe, Beruhigung, „Kümmern“ oder nach einem Gegenüber sein; dies kann bei Frauen und Männern vorkommen. Vor dem Puppenangebot kann geprüft werden, ob das Bedürfnis nach Fürsorge auch über alltagsnahe Tätigkeiten ausgelebt werden kann (z. B. kleine Hausarbeiten, etwas für andere richten, über frühere Fürsorgeaufgaben sprechen, Fotos ansehen).

Wird eine Puppe angeboten, wird die Reaktion beobachtet (Zuwendung/Entspannung vs. Unruhe/Überforderung); bei Belastung wird das Angebot angepasst oder beendet. Eine begleitete, validierende Anwendung im Team ist sinnvoll; besonders günstig beschrieben ist der Einsatz therapeutischer „Empathie-Puppen“ und eine koordinierte Nutzung durch Bezugspersonen/Team.

Der Einsatz von Puppen ist mit Einschränkungen und Risiken verbunden: Es kann zu Situationen kommen, in denen Betroffene erkennen, dass es „nicht echt“ ist, oder in denen das Umfeld abwertend reagiert; daher sind Würde- und Schutzmaßnahmen (z. B. Privatsphäre, sensible Ansprache, Information von Angehörigen/Team) wichtig. Zudem können Besitzkonflikte oder Distress auftreten, wenn die Puppe weggenommen wird; deshalb sind klare Absprachen zu Eigentum, Aufbewahrung, Reinigung und ggf. Ersatz erforderlich.

Auch Stofftiere können als Trostgeber und Kontakthanlass genutzt werden. Die Pflegefachperson beachtet dabei individuelle Prägung, Vorlieben und Abneigungen und

schützt die Person vor Abwertung. Bei Ortswechseln (z. B. Krankenhaus) kann das Mitgeben eines vertrauten Stofftiers stabilisierend wirken und die Kontaktaufnahme erleichtern.

Bewegung und körperliche Aktivierung

Bewegung kann Beziehung und Teilhabe unterstützen, wenn sie gemeinsam gestaltet wird und sich an der Person orientiert (z. B. Tagesform, Sicherheit, frühere Gewohnheiten). Körperliche Aktivität kann bei Menschen mit Demenz neben körperlichen Effekten auch Stimmung und herausforderndes Verhalten positiv beeinflussen (vgl. Kap. 3.3.4.1).

Die Pflegefachperson gestaltet Bewegung beziehungsfördernd, indem sie:

- Bewegung niedrigschwellig in den Alltag einbaut (z. B. begleitetes Gehen, gemeinsame Spaziergänge) und Tempo sowie Tagesform berücksichtigt.
- Bewegung als Kontaktangebot nutzt (z. B. zugewandtes Dabeisein, Blickkontakt, gemeinsamer Rhythmus, Humor, gemeinsames Wahrnehmen und Teilen von Sinneseindrücken, z. B. zu Jahreszeiten bei Spaziergängen, Rascheln vom Laub im Wind).
- an biografische Vorlieben anknüpft und passende Anlässe schafft (z. B. Spaziergang, Tanzen, Gartenarbeit).
- Sicherheit berücksichtigt (Sturzrisiko und Überlastung einschätzen, Hilfsmittel und Umgebung anpassen).
- Wirkungen im Alltag beobachtet (z. B. mehr Mitmachen, bessere Stimmung, weniger Unruhe) und Angebote entsprechend anpasst.
- Team und Angehörige einbindet, damit Ziele und Vorgehen abgestimmt sind.

Gartenarbeit und naturbezogene Aktivitäten

Natur- und gartenbezogene Aktivitäten können Beziehung und Teilhabe fördern, indem sie sinnstiftende Rollen, Gesprächsanlässe und sensorische Erfahrungen ermöglichen (vgl. Kap. 3.3.4.2).

Die Pflegefachperson initiiert und koordiniert Gartenaktivitäten gemeinsam mit dem Team und sorgt für eine sichere, person-zentrierte Umsetzung:

- biografie- und jahreszeitenbezogene Aufgaben werden angeboten (z. B. säen, gießen, ernten, Kräuter riechen, Blumen arrangieren) und Wahlmöglichkeiten ermöglicht.
- Aufgaben werden kleinschrittig dosiert und sicher umgesetzt (z. B. Handschuhe, Sonnenschutz, Trinkangebot, Sturzprävention; Allergien beachten).
- Gemeinschaftserleben wird unterstützt (z. B. kleines Gartenteam, gemeinsames Ernten und Verarbeiten).
- auch bei eingeschränkter Mobilität wird Teilhabe ermöglicht (z. B. Hochbeete, Tischgärtnerei, Balkon-/Fensterbankaktivitäten, Sitzmöglichkeiten).

In Alten- und Pflegeheimen mit Hochbeeten im Innenhof oder auf der Terrasse kann der Weg dorthin als kurzer begleiteter Spaziergang genutzt werden; vor Ort werden z. B. Kräuter berührt und gerochen, gegossen oder geerntet – auch im Sitzen.

Technik (Tablets, Anwendungen, Robotik, VR, virtuelle Besuche)

Technikbasierte Angebote können Beziehung und Teilhabe unterstützen, wenn sie als gemeinsames Tun eingesetzt werden (z. B. gemeinsam auswählen, anschauen, darüber sprechen) und an Interessen, Fähigkeiten und Tagesform angepasst sind. Insgesamt zeigen Studien Hinweise auf kognitive Aktivierung und weniger depressive Symptome; Effekte auf ADL und Lebensqualität sind dagegen nicht gesichert. Für soziale Roboter – damit sind interaktive, meist autonome oder teilautonome technische Systeme gemeint, die durch Sprache, Bewegung, Geräusche oder Berührung soziale Reaktionen auslösen und soziale Interaktion anregen (z. B. „Roboter-Haustiere“ oder humanoide Assistenzsysteme) – wird eine meist gute Akzeptanz beschrieben, während die Wirksamkeit je nach Outcome uneinheitlich ist. Virtuelle Besuche können Verbundenheit und Kommunikation fördern, insbesondere wenn sie vorbereitet, begleitet und an die Person angepasst werden (vgl. Kap. 3.3.4.13).

Die Pflegefachperson sorgt dafür, dass Technik im Alltag passend und sicher eingesetzt wird, indem sie:

- Ziele und Rahmenbedingungen im Team und mit Angehörigen abstimmt (z. B. wer begleitet, wann, wie lange).
- für Privatsphäre und eine störungsarme Umgebung sorgt (z. B. ruhiger Raum, Sitzposition, Bildschirm/Audio gut verständlich).
- die Personalisierung unterstützt (z. B. vertraute Themen, Bilder, Musik; Auswahl nach Vorlieben und Fähigkeiten).
- die Nutzung an Tagesform und Belastbarkeit anpasst (kurz beginnen, Pausen ermöglichen, bei Überforderung beenden).
- Wirkungen im Alltag beobachtet (z. B. mehr Kontakt/Engagement vs. Unruhe/Überforderung) und das Vorgehen entsprechend anpasst oder pausiert.

Gedächtnisstützen und kognitive Stimulation

Kognitive Stimulation (z. B. themenbezogene Gespräche, alltagsnahe Denk- und Aktivierungsangebote – häufig in Kleingruppen) kann bei Menschen mit leichter bis mäßiger Demenz Kognition verbessern und Kommunikation sowie soziale Interaktion unterstützen; zudem sind leichte Verbesserungen u. a. bei Lebensqualität, Stimmung und herausforderndem Verhalten möglich. Für elektronische Gedächtnisstützen/Assistive Technologien (z. B. elektronische Medikamentendispenser, digitale Erinnerungsfunktionen) liegt derzeit keine belastbare Wirksamkeitsevidenz aus methodisch hochwertigen Studien vor; ihr Einsatz kann dennoch im Einzelfall sinnvoll sein, wenn Nutzen, Handhabung und Akzeptanz individuell geprüft werden (vgl. Kap. 3.3.4.3 und 3.3.4.10).

Die Pflegefachperson sorgt dafür, dass:

- kognitive Stimulation an Fähigkeiten, Interessen und Tagesform anknüpft und als soziales, zugewandtes Miteinander gestaltet wird.
- Wirkungen im Alltag beobachtet werden (z. B. mehr Gesprächsbeteiligung/mehr Kontakt, bessere Stimmung) und Angebote entsprechend angepasst werden.
- technische Gedächtnisstützen nur als Angebot eingesetzt werden: verständlich einführen, einfache Bedienung sicherstellen, Akzeptanz prüfen und Überforderung vermeiden.

- bei fehlendem Nutzen oder Belastung (z. B. Frustration, Unruhe) das Vorgehen reduziert, verändert oder beendet wird.

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

Die angebotenen Maßnahmen, die Begründung ihrer Auswahl sowie beobachtete beziehungsfördernde und -gestaltende Effekte werden in der Pflegedokumentation nachvollziehbar festgehalten. Dokumentiert werden soll u. a., wie der Mensch mit Demenz Gefühle, Befindlichkeiten und Wünsche im Hinblick auf Interaktion, Kommunikation und Beziehungsgestaltung äußert (verbal, paraverbal, nonverbal) und wie Pflegefachpersonen sowie weitere an der Versorgung beteiligte Personen darauf reagieren. Aus der Dokumentation wird ersichtlich, in welcher Art und Weise Interaktion, Kommunikation und Beziehung im Pflegealltag gestaltet werden, sodass nachvollziehbar ist, was in der jeweiligen Situation hilfreich war (z. B. Tempo, Kommunikationsform, Setting, Dauer, Intensität, unterstützende Elemente). Anpassungen beziehungsrelevanter Maßnahmen sowie Hinweise auf Abweichungen von geplanten Vorgehensweisen sind ebenfalls dokumentiert. Die Durchführung oder begründete Nicht-Durchführung individueller beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen (z. B. Ablehnung, Überforderung, Tagesform, gesundheitliche Gründe) ist für alle an der Versorgung beteiligten Personen nachvollziehbar dokumentiert; ggf. werden alternative Vorgehensweisen festgehalten. Ergänzend können Fallbesprechungsprotokolle die gemeinsame Entwicklung und Abstimmung beziehungsfördernder Strategien im Team abbilden.

S5a Die Pflegefachperson verfügt über das Wissen und die Kompetenz zur Evaluation beziehungsfördernder und -gestaltender Pflege.

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

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 und der Demenzform 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 Pflegefachperson muss in der Lage sein, Verhalten und Kommunikation angemessen zu beurteilen.

Die Pflegefachperson 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 beziehungsfördernden 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 diese auch zu leisten. 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 Expert*innenarbeitsgruppe 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 kontinuierlichen person-zentrierten Beziehung ist die Pflegefachperson 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 Pflegefachperson wichtige Ansatzpunkte für den Aufbau und den Erhalt einer person-zentrierten Beziehung geben (biografische Informationen, Vorlieben, Werte und Normen). Die Summe und die Kontinuität 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 oder Erinnerungsgegenstände oder -bücher) 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 biografischen 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 sich abhängig von Art und Schwere der Demenz 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 und 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 sind 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 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 beteiligte 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 Pflegefachperson 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 Bewohner*innen 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.

S5b Die Einrichtung stellt sicher, dass die Pflegefachperson sowie andere an der Pflege Beteiligte ihre Beziehungsgestaltung zu den Menschen mit Demenz reflektieren können.

Reflexion bedeutet, die Beziehungen, Interaktionen und Maßnahmen aus einer Außenperspektive anzuschauen und dabei bewusst einen Perspektivenwechsel vorzunehmen. Die Pflegefachperson 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 Reflexion 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 Reflexion, 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 Reflexion 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 Reflexion 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 Reflexionsprozess kontinuierlich weiterentwickelt wird.

Eine geeignete Möglichkeit zur Reflexion pflegerischen Handelns ist die Fallbesprechung. Im Mittelpunkt dieser regelmäßig stattfindenden 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 stattfinden. Die Fallbesprechung weist in der Regel folgende Bestandteile 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 und 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 Pflegefachperson 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. Dabei spielt die Kontinuität der Beziehung eine wichtige Rolle, weil damit das Erkennen von beziehungsrelevanten Anzeichen und Ausdrucksformen durch die gemeinsamen Erfahrungen sowie durch das wachsende Wissen über die Person mit Demenz eine wichtige Interpretationsgrundlage bildet. 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. durch 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 Expert*innenarbeitsgruppe 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 Pflegefachperson settingspezifisch und mit Blick auf den Schweregrad der Demenz und die Demenzform konkrete Fragen:

- So ist durch Beobachten und Erspüren beispielsweise zu erkunden, welche *Affekte und Stimmungen* beim Menschen 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 Pflegenden zu evaluieren („Wird der Angehörige in die Pflege des Menschen mit Demenz einbezogen?“, „Ist der Angehörige bei Pflegeleistungen 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 Mensch 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 Pflegefachperson 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 Pflegefachperson hat die Verantwortung, sich in kurzen Abständen regelmäßig und 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 Pflegefachperson beachtet dabei die möglichen fluktuierenden Zustände des Menschen mit Demenz, die einen Einfluss auf die Evaluationskriterien haben können. So kann beispielsweise sich zurückziehen tagesform- oder tageszeitabhängig sein oder Unruhezustände nur abends auftreten. Die Fluktuationen hängen von der Demenzschwere, Demenzform sowie von Komorbiditäten ab. So ist zum Beispiel die Lewy-Body Demenz charakterisiert durch rasche Veränderungen in der Aufmerksamkeit (sog. Kognitive Fluktuationen) während Demenzen mit Parkinson motorische Fluktuationen aufweisen und Menschen mit frontotemporaler Demenz starke Stimmungsschwankungen zeigen können. Gleichzeitig können körperliche Faktoren wie Infektionen, Stoffwechselstörungen, Schmerzen, Dehydrierung sowie Medikamente Fluktuationen verstärken. Auch die Umgebung, die Begegnungen können Fluktuationen in Emotionen, im Verhalten verursachen durch Überforderung, Über- oder Unterreizung. Werden solche Fluktuationen erfasst und mögliche Muster erkannt, sollten entsprechende Angebote oder Umgangsoptionen angepasst werden.

Die Pflegefachperson 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*innen) 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 Pflegefachperson 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 Reflexion 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 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. Fluktuierende Zustände sind zu beachten.

E5b Verlaufsbeobachtungen 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 Reflexionsformen sein kann.